

KULTURA ORGANIZACYJNA A NEGATYWNE ZACHOWANIA PERSONELU PIEŁĘGNIARSKIEGO – NA PRZYKŁADZIE SZPITALI KLINICZNYCH

Joanna A. Jończyk

Politechnika Białostocka
e-mail: j.jonczyk@pb.edu.pl

Danuta Kunecka

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
e-mail: danuta.kunecka@gmail.com

Iwona Mazur

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
e-mail: mazuri@interia.pl

DOI: 10.15611/noz.2017.3.11

Streszczenie: Celem badań było udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy występuje zależność pomiędzy określonym modelem kultury organizacyjnej, dominującym w szpitalach klinicznych, a negatywnymi zachowaniami personelu pielęgniarskiego. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z użyciem autorskiego kwestionariusza ankiety oraz standaryzowanego narzędzia badawczego *The Negative Acts Questionnaire* (NAQ), adaptowanego do polskich warunków, w grupie pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach klinicznych. Analizie statystycznej poddano 178 prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy. Uzyskane wyniki badań wskazują, że w szpitalach klinicznych dominuje kultura organizacyjna charakteryzująca się wysokim stopniem sformalizowania, zorientowana głównie na zadania, ze znacznym wpływem kontroli formalnej. Powszechne jest występowanie negatywnych zachowań w miejscu pracy personelu pielęgniarskiego, w 41,6% pozwalających na wiktyimizację w postaci mobbingu. Nie stwierdzono zależności pomiędzy dominującym w szpitalach klinicznych modelem kultury organizacyjnej a występowaniem negatywnych zachowań w miejscu pracy personelu pielęgniarskiego.

Słowa kluczowe: kultura organizacyjna, szpitale kliniczne, zachowanie się, miejsce pracy, mobbing, personel pielęgniarski.

1. Wstęp

W obliczu rosnących potrzeb społecznych w zakresie odpowiedniego zabezpieczenia zdrowotnego dostrzeżenie wymuszanie na systemach ochrony zdrowia – nie tylko w Polsce, ale i na świecie – systematycznego zwiększania efektywności jego funkcjonowania. To przy ograniczonych zmianach w zakresie jego finansowania decyduje o tym, że na znaczeniu zyskują elementy ściśle związane ze sprawnym zarządzaniem zasobami ludzkimi, w tym także z wypracowaniem optymalnej dla organizacji kultury organizacyjnej.

Pojęcie kultury organizacyjnej po raz pierwszy zdefiniowano w latach 50. ubiegłego wieku jako „zwyczajowy, tradycyjny sposób myślenia i działa-

nia, podzielany w mniejszym lub większym stopniu przez wszystkich członków, a którego nowi członkowie muszą się nauczyć i przynajmniej częściowo zaakceptować, aby sami mogli być zaakceptowani w firmie” [Aniszewska 2007, s. 17]. Wzmoczone zainteresowanie obszarem kultury organizacyjnej możemy obserwować od lat 80. XX wieku. W tym czasie wielu autorów stworzyło liczne definicje tego pojęcia [Nogalski, Szpitter 2012]. Różnią się one najczęściej w opisach w zależności od tego, czy dotyczą sposobu myślenia o zagadnieniu czy też działania. Ponadto różnicuje je dyscyplina naukowa, na gruncie której definiowane jest pojęcie kultury organizacyjnej. Autorzy artykułu założyli, że w każdej organizacji istnieje kultura, która dla tej organizacji jest niepo-

wtarzalna, unikatowa, jedyna i wyjątkowa oraz jest budulcem pożądaných zachowań organizacyjnych [Zbiegiem-Maciąg 2008, s. 14]. Dlatego przyjęto jedną z najpopularniejszych definicji kultury organizacyjnej, wskazaną przez E.H. Scheina, uznając ją za „wzór podzielanych podstawowych założeń, wyuczonych przez grupę w toku rozwiązywania problemów jej zewnętrznej adaptacji i wewnętrznej integracji, działających wystarczająco dobrze, aby uważano je za wartościowe, a przeto wpajane nowym członkom jako właściwy sposób postrzegania, myślenia i odczuwania w odniesieniu do tych problemów” [Schein 2004, s. 91; Jończyk, Mazur 2016]. Istotę kultury organizacyjnej można dookreślić, wskazując jej cechy. Kultura organizacyjna to czynnik wyróżniający organizację, ważny punkt odniesienia w procesie formułowania celów i strategii organizacji, wzorzec kształtujący zachowania i działania ludzi w organizacji, a także element integrujący, a dla nowych członków organizacji swoisty mechanizm uzmysławiający im, jak należy działać w danej organizacji. Każdorazowo mający na celu ujednoczenie działania poszczególnych uczestników organizacji, odzwierciedlając także związki organizacji z otoczeniem [Jończyk 2009; Buchelt 2011]. Ponieważ przy takiej wieloznaczności pojęcia kultury organizacyjnej trudno byłoby dokonać jednej klasyfikacji jej modeli, autorzy, uwzględniając wcześniejsze wyniki badań w tym w sektorze ochrony zdrowia w Polsce [Sułkowski 2013], przyjęli jako spójne dla specyfiki sektora klasyfikację kultury organizacyjnej według R. Harrisona [1972], C. Handy’ego [1981] oraz J. Petersa [Pietruszka-Ortyl 2005]. Na potrzeby opracowania sklasyfikowano cztery modele kultury organizacyjnej:

- model 1: kultura władzy/kultura działania – dla organizacji o orientacji na władzę (KO 1),
- model 2: kultura zadaniowa/kultura kontroli – dla organizacji o orientacji zadaniowej (KO 2),
- model 3: kultura osobowa/kultura harmonii – dla organizacji o orientacji personalnej (KO 3),
- model 4: kultura roli/kultura innowacyjna – dla organizacji o orientacji na rolę (KO 4).

Rola i znaczenie kultury organizacyjnej w procesie sprawnego funkcjonowania każdej organizacji są niezaprzeczalne. Jednak nie należy zapominać, że im szerzej jest ona rozpowszechniona wśród pracowników i głębiej zakorzeniona w ich świadomości, tym trudniej taką organizację poddawać jakimkolwiek zmianom, co w przypadku sektora zdrowia może mieć istotne, jeśli nie decydujące znaczenie. Elementy kultury organizacyjnej, tj. jasno określone cele, środki realizacji zadań, kryteria oceny rezultatów czy sposoby korygowania poczynań organizacji, mogą okazać się pomocne w rozwiązywaniu proble-

mów związanych z adaptacją do zmieniającego się otoczenia [Schein 2004]. Obecnie w sektorze opieki zdrowotnej w Polsce trudno zapewnić kulturze organizacyjnej przybliżoną jednolitość czy też całkowitą spójność wśród wszystkich pracowników. Ten brak może sprzyjać występowaniu negatywnych zachowań w miejscu pracy, mogących obejmować zachowania o bardzo drastycznym charakterze, jak też przyjmować postać subtelnej manipulacji osobą i jej otoczeniem, a tym samym trudniejszych do zidentyfikowania, udowodnienia i obronienia się przed nimi. Autorzy, zakładając, że kultura organizacyjna, jej przyjęty w organizacji model, ma wpływ na postawy i zachowania pracowników [Gadomska-Lila 2013], sformułowali cel główny badań.

2. Cel badań

Celem głównym było zbadanie, czy w tak dużej i specyficznej organizacji, jaką są szpitale kliniczne, istnieje związek pomiędzy dominującym w nich modelem kultury organizacyjnej a występowaniem negatywnych zachowań wśród jej pracowników, na przykładzie personelu pielęgniarskiego. To zdeterminowało cele szczegółowe, którymi kolejno były: ocena dominującego modelu kultury organizacyjnej dla szpitali klinicznych oraz ocena skali występowania negatywnych zachowań w miejscu pracy personelu pielęgniarskiego zatrudnionych w strukturze organizacyjnej szpitali klinicznych.

3. Materiał i metody

Materiał do badań stanowiły kwestionariusze ankiety, wypełnione przez wolontariuszy deklarujących chęć udziału w badaniu. Jedynym kryterium kwalifikacji do udziału w nim było wykonywanie pracy na stanowisku pielęgniarki w szpitalu klinicznym. Łącznie wydano 664 kwestionariusze ankiet, z czego do autorów wróciło 427, w tym nieuzupełnionych w całości 212 oraz 37 kwestionariuszy nieuzupełnionych w części uniemożliwiającej jednoczesną ocenę występowania negatywnych zachowań w miejscu pracy oraz ocenę dominującego modelu kultury organizacyjnej w placówce. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Badanie zrealizowano w pierwszym kwartale 2014 roku. Właściwy materiał do badań stanowiło 178 prawidłowo/kompletnie wypełnionych kwestionariuszy ankiety. Badani to osoby wykonujące zawód pielęgniarski w strukturze organizacyjnej szpitali klinicznych Polski Północnej. W zdecydowanej większości to kobiety (176 osób, co stanowi 99,9% ogółu badanych), w wieku powyżej 43 lat (86 osób, co stanowi 48,3% ogółu badanych), legitymujące się

w znacznym stopniu wykształceniem wyższym (70 osób, co stanowi 39,3% ogółu badanych). Staż pracy w zawodzie pielęgniarskim większości uczestników wynosił ponad 16 lat (86 osób, co stanowi 66,3% ogółu badanych). Dokładną charakterystykę badanej grupy w zakresie danych socjometrycznych przedstawiono w tab. 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanych w zakresie wybranych zmiennych

Zmienna	Charakterystyka zmiennej	N	Odsetek
Forma zatrudnienia	Brak odpowiedzi	55	30,9
	Umowa o pracę	111	62,3
	Inne	12	6,7
Staż pracy	Brak odpowiedzi	23	12,9
	5 lat i mniej	7	3,9
	5-10 lat	9	5,1
	11-15 lat	21	11,8
	16 lat i więcej	118	66,3
Wiek	Brak odpowiedzi	22	12,3
	25 lat i mniej	2	1,1
	26-34 lata	19	10,7
	35-42 lata	49	27,5
	43 lat i więcej	86	48,3
Wykształcenie	Brak odpowiedzi	26	14,6
	Liceum medyczne	43	24,2
	Studium medyczne	39	21,9
	Licencjat	29	16,3
	Magister	41	23,0

Źródło: badania własne.

Rozkłady procentowe uzyskane w badanej grupie odzwierciedlają zbliżone proporcje do ogółu środowiska pielęgniarskiego w Polsce.

Metodą zastosowaną w badaniach był sondaż diagnostyczny, w którym jako narzędzie wykorzystano kwestionariusz ankiety, składający się z dwóch części. Pierwsza część dotyczyła profili kultury organizacyjnej w szpitalach, a część druga: negatywnych zachowań w miejscu pracy.

Pierwsza część to autorski kwestionariusz, który powstał na podstawie analizy literatury przedmiotu i został zweryfikowany w badaniach pilotażowych na próbie 51 menedżerów w 5 szpitalach działających na terenie północnej Polski, a także poddany ocenie kompetentnych sędziów wybranych z trzech grup zawodowych, takich jak:

- menedżerowie z pionu administracyjnego (kadra zarządzająca, niemająca wykształcenia medycznego, tzn. dyrektorzy i/lub dyrektorzy finansowi),
- kadra zarządzająca z wykształceniem medycznym/lekarze, tzn. dyrektor ds. medycznych i/lub ordynator/kierownik kliniki,
- kadra zarządzająca z wykształceniem medycznym/pielęgniarki (tzn. pielęgniarka naczelnia i/lub pielęgniarki oddziałowe).

Druga część to standaryzowane narzędzie badawcze *The Negative Act Questionnaire* (NAQ), w polskiej wersji językowej¹, identyfikujące i oceniające zjawisko mobbingu w miejscu pracy [Warszewska-Makuch 2007], także służące do oceny ryzyka mobbingu według przyjętego przez Leymanna kryterium [Leymann 1990]. Mierzy ono również subiektywne poczucie bycia represjonowanym, zgodnie z zaprezentowaną w kwestionariuszu definicją mobbingu. Dodatkowo narzędzie to pozwala na identyfikację czynników kulturowych sprzyjających innowacyjności [Jończyk 2011], zapewniając jednocześnie identyfikację dominującego modelu kultury organizacyjnej w miejscu pracy respondenta.

Tzw. metryczkę stanowiło 5 pytań dotyczących danych socjodemograficznych, których dobór opierał się na analizie wyników badań zrealizowanych w obszarze zbieżnym z tytułem opracowania.

Analizy statystyczne zebranego materiału przeprowadzono z wykorzystaniem arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel oraz pakietu statystycznego Statsoft Inc. (2010) STATISTICA 9.1. We wstępnej analizie zebrany materiał badawczy opisano liczebnościami i odpowiadającymi im odsetkami (rozkłady procentowe udzielonych odpowiedzi wyrażono w liczbach bezwzględnych – N wielkości próby oraz wartościach procentowych). W dalszej analizie statystycznej, szukając zależności pomiędzy przyjętymi w badaniu zmiennymi, zastosowano test χ^2 , gdzie za poziom istotności przyjęto $p = 0,05$. Badania zrealizowano w 2014 roku.

4. Wyniki

Uzyskane wyniki wskazują, że dominującym modelem przyjętej kultury organizacyjnej w szpitalach klinicznych w Polsce, w strukturach których pracę na stanowiskach pielęgniarskich wykonywali uczestnicy badania, jest model charakterystyczny dla organizacji o orientacji zadaniowej, w której istotne znaczenie przypisuje się kontroli (uznało tak 101 osób, co stano-

¹ Standaryzacja kwestionariusza NAQ w wersji polskiej została przeprowadzona przez CIOP – zgodę na jego wykorzystywanie uzyskano w ramach wcześniejszej współpracy przy jego adaptacji.

wi 56,7% ogółu badanych). W przypadku co czwartego uczestnika dominującym modelem jest kultura władzy (uznało tak 49 osób, co stanowi 27,5% ogółu badanych). Dopiero w dalszej kolejności respondenci wskazali na kulturę roli/innowacyjną (uznało tak 19 osób, co stanowi 10,7% ogółu badanych), a jedynie 9 osób wskazało jako dominujący model kulturę osobową/harmonii (co stanowi 5,1% ogółu badanych).

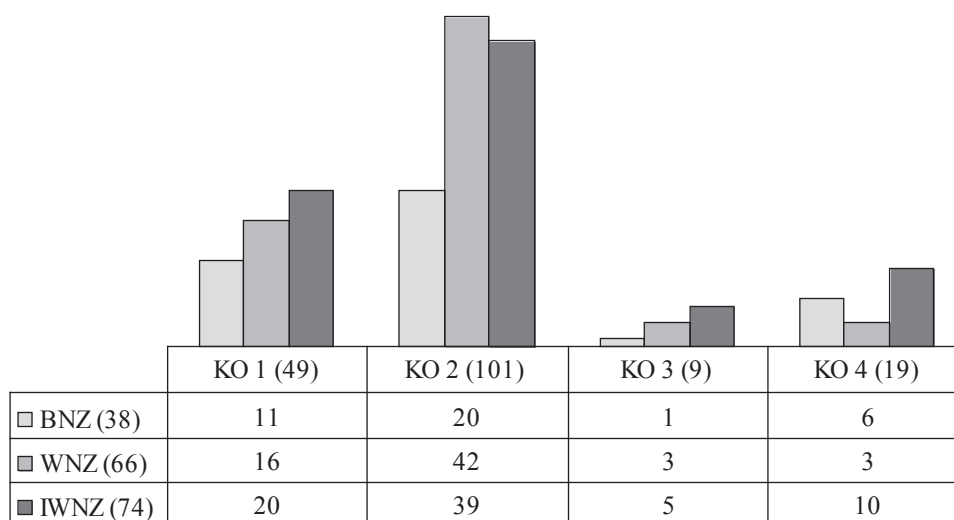
W badanej grupie uzyskano wyniki świadczące o znacznym występowaniu negatywnych zachowań w miejscu pracy. W przypadku 74 osób (co stanowi 41,6% ogółu badanych) należy uznać, że mamy do czynienia z intensywnym ich występowaniem (IWNZ), ponieważ według przyjętego w interpretacji wyników standaryzowanego narzędzia NAQ uzyskane wyniki pozwalają na wiktyzację w postaci mobbingu. Brak zaś występowania negatywnych zachowań wskazał co piąty uczestnik badania (uznało tak 38 osób, co stanowi 21,3% ogółu badanych).

Szczegółowe wyniki odnoszące się do typu modelu kultury organizacyjnej oraz skali występowania negatywnych zachowań w miejscu pracy pielęgniarek przedstawiono na rys. 1.

Warto przywołać wyniki uzyskane w odpowiedzi na pytanie o zadowolenie, bądź nie, z obecnej kultury organizacyjnej. Niezadowoleni w tym przypadku stanowili znaczną mniejszość (17 osób, co stanowi 9,5% ogółu badanych), zadowolonych zaś była prawie połowa (84 osoby, co stanowi 47,2% ogółu badanych), w tym aż 30 osób wskazało wysoki wskaźnik występowania negatywnych zachowań w miejscu pracy (mobbing). Pozostałe 77 osób (co stanowi 43,3% ogółu badanych) udzieliło odpowiedzi świadczącej o braku zarówno zadowolenia, jak i niezadowolenia.

Celem głównym badań było zbadanie, czy występuje wzajemna zależność pomiędzy dominującym modelem kultury organizacyjnej w szpitalach klinicznych a występowaniem negatywnych zachowań w miejscu pracy uczestniczących w badaniu pielęgniarek. Uzyskany wynik $p = 0,415$ świadczy o braku takiej zależności. Kierując się wynikami wcześniejszych badań w tym obszarze, szukając wzajemnych zależności pomiędzy badanymi zjawiskami, analizie poddano wybrane zmienne, uwzględniając także jako odrębną zmienną osoby, które „nie udzieliły odpowiedzi” w części lub całości pytań metryczkowych. Ponadto ze względu na to, że w przypadku zmiennych: staż pracy oraz wiek występowały znaczne różnice w liczebnościach poszczególnych grup badanych, na potrzeby analizy statystycznej sklasyfikowano je w trzech grupach. W przypadku stażu pracy były to: brak odpowiedzi, wszystkie osoby poniżej 16 lat oraz 16 lat i więcej. Natomiast w przypadku wieku badanych: brak odpowiedzi, wszystkie osoby poniżej 43 lat oraz 43 lata i powyżej. Wyniki analizy statystycznej, świadczące o istnieniu wzajemnych zależności, uzyskano kolejno w zestawieniu ze sobą: „dominującego modelu kultury organizacyjnej” i stażu pracy badanych ($p = 0,033$) oraz wieku badanych ($p = 0,000$), a także poziomu wykształcenia ($0,050$). Szczegółowe wyniki analizy statystycznej z użyciem testu chi kwadrat przedstawiono w tab. 2.

Wyniki świadczące o istotnej statystycznie zależności pomiędzy zmienną „dominujący model kultury organizacyjnej” w każdym z tych przypadków wskazują na to, że osoby, które nie udzieliły odpowiedzi w części metryczkowej (przez co gwarantowały sobie najwyższy stopień anonimowości), zdecydowanie



Rys. 1. Kultura organizacyjna a występowanie negatywnych zachowań

Źródło: badania własne.

Tabela 2. Wyniki analizy statystycznej z zastosowaniem testu χ^2 wybranych zmiennych

Badane zmienne	Wartość χ^2	Wartość <i>P</i>
Kultura organizacyjna a występowanie negatywnych zachowań (ocena obiektywna)	6,070	0,415
Kultura organizacyjna a występowanie negatywnych zachowań (ocena subiektywna)	4,459	0,615
Dominujący model kultury organizacyjnej a zadowolenie z KO badanego	4,838	0,565
Kultura organizacyjna a występowanie mobbingu (ocena obiektywna)	2,438	0,487
Zadowolenie z KO badanego a występowanie mobbingu (ocena obiektywna)	3,410	0,182
Dominujący model kultury organizacyjnej a forma zatrudnienia badanego	1,575	0,954
Dominujący model kultury organizacyjnej a staż pracy badanego	13,702	0,033
Dominujący model kultury organizacyjnej a wiek badanego	25,565	0,000
Dominujący model kultury organizacyjnej a poziom wykształcenia badanego	21,041	0,050

Źródło: badania własne.

częściej wskazywały jako dominujący model kultury organizacyjnej, charakterystyczny dla organizacji o orientacji na władzę, zatem kultury władzy/działania (KO 1). Ponadto w przypadku zmiennej „wiek badanych” uzyskano wyniki świadczące o tym, że osoby młodsze (zaklasyfikowane do grupy „wiek poniżej 43 lat”) najczęściej spośród innych grup wskazywały jako dominujący model kultury organizacyjnej kulturę roli/innowacyjną, charakterystyczną dla organizacji o orientacji na rolę (KO 4).

W dalszej części analizy statystycznej podjęto próbę zbudowania modelu regresji. Niemniej uzyskane wyniki świadczyły o znikomej korelacji badanych zmiennych (wartość $F = 0,449405$, istotność $F = 0,505496$), co skłoniło autorów do zaprzestania dalszych prac.

5. Dyskusja

Dotychczas autorzy zajmujący się tematyką kultury organizacyjnej nie wskazali idealnego typu – modelu kultury organizacyjnej, stojąc na stanowisku, że każda organizacja powinna określić go sama, w zależności od swoich teraźniejszych i przyszłych celów.

Uwzględniając obecną sytuację w sektorze zdrowia w Polsce oraz fakt, że „silne kultury zapewniają większą efektywność i konkurencyjność” [Sikorski 2012], jedynym właściwym, ale i niezbędnym dla sprawnego przeprowadzenia koniecznych dla systemu zmian wydaje się model kultury nastawiony na ciągłą zmianę i innowacje [Jończyk 2011], czego nie potwierdziły jednak wyniki badań własnych. Ten typ kultury organizacyjnej jako dominujący w szpitalu klinicznym będącym miejscem pracy respondentów wskazał jedynie co dziesiąty badany. Dominują natomiast modele, w których łączy się słabą, konserwatywną oraz hierarchiczną kulturę organizacyjną. Potwierdzają to także wyniki badań Ł. Sułkowskiego [2013], mówiące o tym, że szpitale publiczne w Polsce, szczególnie duże, mają znacznie więcej kulturowych barier przedsiębiorczości, takich jak: *status quo*, antyinnovacja, antyryzyko, brak otwartości, brak elastyczności [Sułkowski 2012], mogących utrudniać także zmiany rozwojowe. Kultury organizacyjne szpitali należą częściej do kultur słabych, odznaczających się elementami lojalności zawodowej i/lub organizacyjnej, często z dwiema lub wieloma subkulturami. Ten dualizm może rodzić wiele konsekwencji natury organizacyjnej [Sułkowski 2012]. Ponadto profile kulturowe szpitali w Polsce charakteryzują się raczej brakiem atrybutów warunkujących ich wysoką skuteczność [Attributes... 2007]. Jeśli spojrzeć na uzyskane wyniki badań, może dziwić tak wysoki odsetek osób zadowolonych z obecnej kultury organizacyjnej. Szczególnie w przypadku zatrudnionych w miejscu pracy, w którym istnieje podstawa do rozpoznania mobbingu. Być może jest to wynikiem swoistego „akceptowania” stanu rzeczy, na który jednostkowo jako pracownicy nie mamy wpływu, a być może spowodowane jest to tym, że często kulturą dominującą jest kultura władzy, co potwierdził dość wysoki odsetek wskazań. Świadczyć by to mogło o relatywnie niskim poziomie świadomości zarządczej w sektorze, charakterystycznym w okresie cywilizacji przemysłowej, w którym wskazywano trzy podstawowe filary kulturowe: autorytaryzm władzy, formalizację organizacji oraz kolektywizm, który w epoce cywilizacji informacyjnej wypierany jest tymczasowością i zmiennością relacji społecznych [Sikorski 2012]. Taki stan rzeczy predysponuje do występowania negatywnych zachowań w miejscu pracy. Ich skala zaś świadczy o występowaniu procesów zakłócających pewien porządek społeczny, który przybierając na sile, może przyczyniać się do występowania różnorodnych patologii zarządzania zasobami ludzkimi [Kunecka 2013], w skrajnych przypadkach także do występowania mobbingu [Kunecka 2008]. Odnosząc uzyskane wyniki do nieco wcześniejszych badań, na-

leży podkreślić tendencję wzrostową. W badaniach z 2008 roku skala występowania mobbingu wynosiła 30,85% [Kunecka 2008]. W badaniach z 2010 roku 41,4% [Zdziebło, Kozłowska 2010] – jest to wynik zbliżony do tego uzyskanego przez autorów w 2014 roku. W tym miejscu warto podkreślić, że pomimo iż mobbing jest zjawiskiem odczuwanym subiektywnie, to daje się go potwierdzić intersubiektywnie. A co ważne, wśród pielęgniarek subiektywnie jego odczuwanie rozpoznawane jest na średnio o 50% niższym poziomie niż w metodach obiektywnych [Kunecka 2008], co potwierdzono w badaniach.

Celem głównym badań było sprawdzenie, czy w tak specyficznych organizacjach, za jakie uznaje się jednostki świadczące usługi zdrowotne, a zwłaszcza ich szczególny rodzaj, jakim są szpitale kliniczne, istnieje zależność pomiędzy badanymi zjawiskami, czyli modelem dominującej w nim kultury organizacyjnej, a występowaniem negatywnych zachowań w miejscu pracy pielęgniarek. Kierując się wcześniejszymi doniesieniami, zakładano, że taka zależność istnieje. Uzyskane wyniki jednak jej nie potwierdziły. Niemniej chociażby badania K. Gadomskiej wskazują na tego typu zależności. Model w nich wypracowany potwierdza istotny wpływ zmiennej „kultura organizacyjna” na „postawy i zachowania pracowników”, jak również zmiennej „postawy i zachowania pracowników” na zmienną „wynik działania” [Gadomska-Lila 2013]. Podobnie na związek pomiędzy kulturą organizacyjną a zachowaniami pracowników wskazują badania Carmeli [2005].

Uzyskane wyniki wskazują na zależności pomiędzy „dominującym modelem kultury organizacyjnej” a zmiennymi metryczkowymi, takimi jak staż pracy, wiek czy poziom wykształcenia. Zbliżone charakterystyki wzajemnych zależności pomiędzy wymiarem profesjonalizmu (uznając go za wynik m.in. poziomu wykształcenia w połączeniu z doświadczeniem zawodowym – stażem, ale i wiekiem respondentów) a zachowaniami organizacyjnymi, w tym także kulturą organizacyjną, wskazują Cohen i Kol [2004].

Ponieważ występowanie negatywnych zachowań w miejscu pracy jest jednym z czynników określających warunki pracy, w wymiarze nie tylko psychospołecznym, nie należy zapominać o tym, że mogą one być warunkowane także zbyt dużym obciążeniem psychicznym tych pracowników, którzy nie akceptują aktualnego modelu kultury organizacyjnej, na co zwracają w swoich badaniach uwagę P. Konodyba-Szymański i T. Irzyniec, uznając, że zjawisko wzrostu obciążenia psychicznego pracowników ma miejsce najczęściej w placówkach, w których rzeczywisty (całościowy) profil kultury organizacji wyraźnie odbiega od pożądanego (oczekiwanego i korzystniejszego

go [Konodyba-Szymański, Irzyniec 2007]). Wprawdzie uzyskane wyniki wskazują, że jest to stosunkowo nieliczna grupa w przypadku szpitali klinicznych (jedynie co dziesiąty badany), niemniej trudno jest nie podawać w wątpliwość „zadowolenia” wskazanego przez osoby, w wypadku których istnieją obiektywne przesłanki do rozpoznania mobbingu.

Być może wyniki te dają podstawę do zastanowienia się nad тезami prezentowanymi w ramach nurtu krytycznego zarządzania, wśród których za najważniejsze problemy kultury organizacyjnej uznaje się m.in. jej wykorzystywanie jako narzędzia dominacji i opresji, hipostazy i ideologii, jako wątku pseudonaukowego i mody czy też jako psychicznego więzienia [Sułkowski 2011]. Przyjęto, że współczesna kultura organizacyjna (menedżerska i konsumpcyjna) stała się najważniejszym narzędziem kontroli i sprawowania władzy [Sułkowski 2011] czy wręcz ideologią, budującą „falszywą świadomość” wskazującą zarówno sprawującym władzę, jak i podlegającym władzy niesprawiedliwy porządek jako jedyny możliwy, którego alternatywą jest wyłącznie chaos i destrukcja [Monin 2004]. Aby temu zapobiec, należy podjąć zdecydowane kroki mające na celu zmianę tego stanu. Zmiany na lepsze w tym obszarze, według przedstawicieli krytycznego nurtu zarządzania, powinny oznaczać istotny wzrost demokracji wewnątrz organizacji nakierowanej na rzeczywistość, a nie jedynie instrumentalną autonomię pracownika [Sułkowski 2011]. Pomocne mogą okazać się w tym prospołeczne narzędzia zarządzania, szczególnie ważne w sektorach, w których ważną czy główną rolę odgrywają zasoby ludzkie. Ponieważ to przede wszystkim wiedza, umiejętności i motywacja pracowników kształtują wyniki, konkurencyjność, jak również jakość świadczonych usług w danej placówce [Kunecka 2010], co w odniesieniu do sektora ochrony zdrowia nabiera szczególnego znaczenia. Obecnie w Polsce w dobie zmian systemowych sektora zdrowia kulturze organizacyjnej powinno się przypisywać coraz większe znaczenie, ponieważ niekiedy zmiana kultury organizacyjnej może być wręcz uznawana za determinantę zmian całego systemu [Scott, Mannion, Davies 2003]. Badania uwypuklają konieczność zmian tradycyjnych wzorców kulturowych w kierunku wzorców wspierających innowacje w szpitalach klinicznych w Polsce, nie tylko ze względu na to, że w literaturze postrzegana jest jako stymulator innowacji, ale także na to, że może wpływać na zachowania pracowników [Jończyk 2012]. Szczególna rola przypada w tym wymiarze przywódcom – kadry zarządzającej, ponieważ to im dana jest możliwość kształtowania kultury organizacyjnej w taki sposób, aby integrowała ona uczestników wokół celów organizacji [Frąckiewicz-Wronka

2009]. Ponadto to menedżerowie są, czy też powinni być, inicjatorami społecznymi nowych form zachowań w zespołach pracowniczych [Takuska-Mróż 2002], co potwierdziła w badaniach K. Gadomska, wskazując istotność roli praktyk zarządczych dla zapewnienia optymalnej kultury organizacyjnej, kształtującej postawy i zachowania pracowników pożądane z perspektywy osiągania przez organizację przyszłych celów [Gadomska-Lila 2013]. Pozostaje mieć jedynie nadzieję, że tak się stanie w praktyce.

6. Wnioski

1. Wyniki badań wskazywały na znaczne występowanie negatywnych zachowań w miejscu pracy.

2. Większość respondentów była zadowolona z występującej w ich miejscu pracy kultury organizacyjnej.

3. Badania nie wskazały na istnienie statystycznej zależności między dominującym modelem kultury organizacyjnej w szpitalach klinicznych a występowaniem negatywnych zachowań w miejscu pracy badanych pielęgniarek.

4. Zależność statystyczna dotyczyła dominującego modelu kultury organizacyjnej i stażu pracy oraz wieku respondentów (osoby młodsze wskazywały jako dominujący model kultury organizacyjnej kulturę roli/innowacyjną), a także poziomu ich wykształcenia.

5. Zależność istotna statystycznie pojawiła się również pomiędzy zmienną „dominujący model kultury organizacyjnej” a brakiem odpowiedzi w części metryczkowej (poczucie respondentów co do wyższego stopnia anonimowości). Osoby te zdecydowanie częściej wskazywały jako dominujący model kultury organizacyjnej charakterystyczny dla organizacji o orientacji na władzę.

Na podstawie zgromadzonego w badaniach materiału sformułowano następujący wniosek: w szpitalach klinicznych dominujący model kultury organizacyjnej oraz wysoki odsetek występowania negatywnych zachowań w miejscu pracy pielęgniarek świadczyć może o deficytach lub wręcz braku istotnych umiejętności zarządczych kadry menedżerskiej. To w dobie rosnących potrzeb społecznych w tym obszarze może stanowić istotne zagrożenie dla dalszego sprawnego funkcjonowania organizacji sektora ochrony zdrowia w Polsce. Jednocześnie należy podkreślić, że uzyskane wyniki badań mogą stanowić przyczynek do dalszych dociekań i dyskusji w kierunku poszukiwania czynników doskonalenia kultury organizacyjnej w pracy personelu pielęgniarskiego.

Literatura

- Aniszewska G., 2007, *Kultura organizacyjna – istota zjawiska*, [w:] Aniszewska A. (red.), *Kultura organizacyjna w zarządzaniu*, PWE, Warszawa.
- Attributes of a high-performance culture*, 2007, H&HN: Hospitals & Health Networks, April, 81(4), s. 61-64, <http://connection.ebscohost.com/c/articles/24872199/attributes-high-performing-culture> (dostęp: 26.08.2014).
- Buchelt B., 2011, *Perspektywa rozwoju funkcji personalnej w jednostkach sektora usług medycznych w Polsce*. [w:] J. Stępniewski, P. Karniej, M. Kęsy (red.), *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, ABC Woletr Kluwer Business, Warszawa.
- Carmeli A., 2005, *The relationship between organizational culture and withdrawal intentions and behavior*, *International Journal of Manpower*, 26(2), s. 177-195.
- Cohen A., Kol Y., 2004, *Professionalism and organizational citizenship behavior: An empirical examination among Israeli nurses*, *Journal of Managerial Psychology* 19(4), 386-405.
- Frączkiewicz-Wronka A., 2009, *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Gadomska-Lila K., 2013, *Dopasowanie organizacyjne. Aspekt strategii, kultury organizacyjnej i zarządzania zasobami ludzkimi*, Difin, Warszawa.
- Handy C., 1981, *Understanding Organizations*, Penquin Books, Harmondsworth, p. 176-211.
- Harrison R., 1972, *Understanding your organization's character*, *Harvard Business Review*, vol. 4, s. 119-128.
- Jończyk J., 2009, *Koncepcja kultury organizacyjnej*, [w:] Matwiejczuk W. (red.), *Koncepcje i metody zarządzania*, Politechnika Białostocka, Białystok, s. 152-153.
- Jończyk J., 2011, *Kształtowanie proinnowacyjnej kultury organizacyjnej w szpitalu publicznym [Building an Organizational Culture that Stimulates Innovation in Public Hospitals]*, *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, 2(79).
- Jończyk J., 2011, *Model of pro-innovative organizational culture – a theoretical study*, *Journal of Intercultural Management*, 3(2), 93.
- Jończyk J., 2012, *Modelowanie kultury innowacji w zakładach opieki zdrowotnej*, [w:] Sułkowski Ł., Seliga R. (red.), *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa.
- Jończyk J., Mazur I., 2016, *Rola zespołów we wdrażaniu zmian w zarządzaniu psychiatryczną opieką zdrowotną*, *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, t. 17, z. 7-cz. 1, s. 439-451.
- Konodyba-Szymański P., Irzyniec T., 2007, *Kultura organizacji a psychiczne obciążenie pracowników na przykładzie wybranych placówek służby zdrowia [Organizational culture and the psychological burden of employees in selected health care facilities]*, *Zdrowie Publiczne*, 117(2), 232-236.
- Kunecka D., 2008, *Skala zjawiska mobbingu wśród pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych w szczecińskich szpitalach [A range of mobbing among female and male nurses employed in the Szczecin hospitals]*, *Medycyna Pracy*, 59(3), s. 223-228.
- Kunecka D., 2008, *Skala zjawiska mobbingu wśród pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych w szczecińskich szpitalach [A range of mobbing among female and male nurses employed in the Szczecin hospitals]*, *Medycyna Pracy* 59(3), 223-228.
- Kunecka D., 2010, *Polityka antymobbingowa jako instrument zarządzania [Anti-Mobbing Policy as a Management Instrument]*, *Współczesne Zarządzanie*, 1, 114, s. 108-115.
- Kunecka D., 2013, *Dylematy etyczne w zarządzaniu zasobami ludzkimi na przykładzie sektora zdrowia [Ethical dilemmas*

- in Human Resource Management: the example of the Health service*], Współczesne Zarządzanie, 2, s. 100-107.
- Leymann H., 1990, *Mobbing and psychological terror at workplaces*, Violence and Victims, 5, s. 119-126.
- Monin N., 2004, *Management Theory. A Critical and Reflective Reading*, Routledge, London–New York.
- Nogalski B., Szpitter A., 2012, *Kultura organizacyjna w zarządzaniu organizacją wielokulturową*, [w:] Miłucha B. (red.), *Historia i perspektywy nauk o zarządzaniu*, Fundacja UE, Kraków.
- Pietruszka-Ortyl A., 2005, *Kultura organizacji*, [w:] Potocki A. (red.), *Zachowania organizacyjne. Wybrane zagadnienia*, Difin, Warszawa, s. 185-188.
- Schein E.H., 2004, *Organizational Culture and Leadership*, John Wiley & Sons, San Francisco.
- Scott T., Mannion R., Davies T.O., 2003, *Marshall M., Implementing culture change in health care: theory and practice*, International Journal for Quality in Health Care, 15(2), s. 111-118.
- Sikorski Cz., 2012, *Kultura organizacyjna w procesie zarządzania zmianą*, [w:] Sułkowski Ł., Seliga R. (red.), *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa.
- Sułkowski Ł., 2011, *Krytyczna wizja kultury organizacyjnej*, Problemy Zarządzania, vol. 9, 4(34), s. 7-25.
- Sułkowski Ł., 2012, *Kulturowe bariery zmian w polskich szpitalach – rezultaty badań*, [w:] Sułkowski Ł., Seliga R. (red.), *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa; s. 105-111.
- Sułkowski Ł., 2012, *Kulturowe ograniczenia przedsiębiorczości – badania jakościowe polskich szpitali [Barriers to entrepreneurship in the management of hospitals in Poland]*, Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna XI, s. 79-86.
- Sułkowski Ł., 2013, *Zmiana kulturowa w polskich szpitalach – wyniki badań [Cultural change in Polish hospitals – research analysis]*, Przedsiębiorczość i Zarządzanie, cz. I, t. XIV(10).
- Sułkowski Ł., 2013, *Zmiana kulturowa w polskich szpitalach – wyniki badań [Cultural change in Polish hospitals – research analysis]*, Przedsiębiorczość i Zarządzanie, cz. I t. XIV(10), s. 83-96.
- Takuska-Mróż W., 2002, *Problemy etyki zawodowej*, [w:] Bugiel J. (red.), *Zarządzanie. Aspekty psychologiczne i socjologiczne*, AGH, Kraków.
- Warszewska-Makuch M., 2007, *Polska adaptacja kwestionariusza NAQ do pomiaru mobbingu [Polish adaptation of the Negative Acts Questionnaire for measuring mobbing at work]*, Bezpieczeństwo Pracy, 12, s. 16-19.
- Zbiegiem-Maciąg L., 2008, *Kultura organizacji. Identyfikacja kultur znanych firm*, PWN, Warszawa.
- Żdziebło K., Kozłowska E., 2010, *Mobbing w środowisku pracy pielęgniarek [Mobbing in nurses' Works]*, Problemy Pielęgniarstwa 18(2), s. 212-219.

ORGANISATIONAL CULTURE VS. NEGATIVE BEHAVIOR OF NURSES – ON THE EXAMPLE OF CLINICAL HOSPITALS

Summary: The objective of the study was to provide a reply to the question whether there is any relationship between a particular model of organization culture dominant in university hospitals, and negative behaviours in the professional group of nursing staff. The study was conducted in a group of nursing staff employed in university hospitals, by the method of a diagnostic survey, using a questionnaire designed by the author, and a standardized research instrument The Negative Acts Questionnaire (NAQ), adapted to Polish conditions. 178 correctly completed questionnaires were subjected to statistical analysis. The results of the study obtained indicate that in university hospitals there dominate an organizational culture characterized by a high degree of formalization, mainly task-oriented, with a considerable effect of formal control. Negative behaviours commonly occur in the workplace of a nursing staff, in 41.6% allowing the victimization of mobbing. No relationships were found between the model of organizational culture dominant in university hospitals, and the occurrence of negative behaviours at the workplaces of nursing staff.

Keywords: organizational culture, university hospitals, behaviour, workplace, mobbing, nursing staff.