

Review of research on organizational culture in health care system

Przegląd badań nad kulturą organizacyjną w systemie opieki zdrowotnej

Marta Szara, Anna Ksykiewicz-Dorota, Jadwiga Klukow, Marzena Lamont

Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie/
Chair and Department of Management in Nursing, Faculty of Health Sciences, Medical University, Lublin

CORRESPONDING AUTHOR:

Marta Szara

Chair and Department of Management in Nursing,
Faculty of Health Sciences, Medical University, Lublin

ul. Staszica 4-6, 20-081 Lublin

tel. +48 81448 6820

e-mail: marta.szara@umlub.pl

STRESZCZENIE

PRZEGLĄD BADAŃ NAD KULTURĄ ORGANIZACYJNĄ W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

Wstęp. Kultura organizacyjna to pojęcie wieloznaczne, odzwierciedla normy i wartości uznawane za ważne w danym społeczeństwie. Podlega wpływom czynników wewnętrznych i zewnętrznych, a także determinują ją rozwiązania techniczne i organizacyjne. Uznawana jest za znaczący czynnik sukcesu organizacji oraz wytycza kierunek większości działań jej członków.

Cel. Celem pracy było przedstawienie przeglądu badań nad kulturą organizacyjną w systemie opieki zdrowotnej na podstawie piśmiennictwa.

Metoda. Artykuł ma formę przeglądu niesystematycznego. Przejrzano bazy danych medycznych PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar (od stycznia 1963 roku do stycznia 2017).

Wnioski. Pojęcie kultury organizacyjnej w piśmiennictwie dotyczącym zarządzania po raz pierwszy zostało zdefiniowane w latach 50-tych XX wieku. Tematyką badań nad kulturą organizacyjną w systemie opieki zdrowotnej i podsystemie pielęgniarstwa zajmowano się przede wszystkim w Ameryce Północnej i Europie Zachodniej. W Polsce badania kultury organizacyjnej w sektorze świadczeń pielęgniarstwa analizowano w odniesieniu do obciążenia psychicznego pielęgniarek. Z przeprowadzonego przeglądu piśmiennictwa wynika, że kultura organizacyjna oddziałuje na wiele elementów pracy zawodowej pielęgniarek, takich jak; wydajność, jakość, obciążenie psychiczne, wypalenie zawodowe, występowanie chorób związanych z pracą, a także ma związek z satysfakcją z opieki i poczuciem bezpieczeństwa.

Słowa kluczowe: kultura organizacyjna, pielęgniarstwo, zarządzanie w pielęgniarstwie

ABSTRACT

REVIEW OF RESEARCH ON ORGANIZATIONAL CULTURE IN HEALTH CARE SYSTEM

Introduction. Organizational culture is an ambiguous concept, it reflects norms and values considered important in a given society. It is subject to the influence of internal and external factors, as well as its technical and organizational solutions. It is considered a significant factor in the organization's success and sets the direction of most of its members' activities.

Aim. The aim of the work was to present a review of research on organizational culture in the health care system based on the literature.

Methods. The article is in the form of an unsystematic review. The medical databases PubMed, Scopus, Web of Science and Google Scholar have been reviewed (from January 1963 to January 2017).

Results. The concept of organizational culture in the management literature for the first time was defined in the 1950s. The subject of research on organizational culture in the health care system and subsystem of nursing was mainly dealt with in North America and Western Europe. In Poland, the study of organizational culture in the nursing sector was analyzed in relation to the mental burden of nurses. The review of the literature shows that organizational culture affects many elements of the professional work of nurses, such as; efficiency, quality, mental stress, burnout, the occurrence of work-related diseases, and also is associated with satisfaction with care and a sense of security.

Key words: organizational culture, nursing, management in nursing

INTRODUCTION

The concept of the organizational culture in the literature on management was first defined in the 1950s. At the beginning of the 1980s, problems related with the organizational culture were introduced into the theory of organizational and management science [1]. The organizational culture is an ambiguous concept, which has been developed for a long period of time. It reflects norms and values considered as important in a given society, is subjected to the effect of internal and external factors, and is also determined by technical and organizational solutions. It is regarded as a vital success factor of an organization, and sets the direction to the majority of its members' activities [2]. The concept of the organizational culture may be referred to on three levels of an organization functioning [3]:

- independent variable, i.e. the *effect of environment on the organization*;
- internal variable, which develops *as a result of activities of the members of an organization*;
- core metaphor, identified with the specificity of an organization, understood through *symbolic actions, e.g. forms of human work, artefacts characteristic of a given organization*.

For the needs of the presented study, the interpretation of the organizational culture as an internal variable was adopted. This allowed the diagnosis of the organizational culture, its development, and determination of the relationship with effectiveness of work in the organizations of the health care system, e.g. in hospitals.

Such an approach was adopted by E. Schein, the author of the best known definition of the organizational culture. According to E. Schein, the organizational culture is a set of basic values, norms and beliefs which are commonly accepted in a given organization [4]. It develops primarily under the effect of founders and managers of the organization, therefore, it may be directed and changes may be introduced.

E. Schein proposed six distinguishing features of the organizational culture [3]. These are:

- repeatable *behaviour patterns*, designed to show respect (e.g. language, rituals);
- *norms shaped in staff teams* (e.g. honest work for decent payment);
- *dominant values* (e.g. technological innovativeness, improvement of quality);
- *philosophy directing the policy of the organization* with respect to employees, clients and contractors (e.g. cooperation, empathy, ethics);
- *rules enabling cooperation within the organization* (e.g. common documentation, common meetings);
- *attitude and climate* shown to the members and the environment (e.g. support, kindness).

According to the concept by E. Schein, some features of the organizational culture may be perceived and are obvious, whereas other features become clear only after diagnosis of the organization and longer observation. This allows comparing the organizational culture to an iceberg. Above the surface there are located formal and

■ Tab. 1. Selected attempts to define organizational culture in literature on management sciences.

| Author | Description of definition |
|--|---|
| Kroeber A.L., Kluckhohn C. (1952) | Pattern of values, ideas, and other symbolic elements, which shape behaviour (<i>the first historical definition of organizational culture</i>) |
| Jaques E. (1952) | It is a customary, traditional way of thinking and acting, which new members must get to know and, at least partially, accept, if they want to be accepted as employees |
| Murdock G.P. (1954) | Culture is learned and consists of habits shaped under the effect of experience |
| Schein E. (1986) | Pattern of basic assumptions shared, learned by a group in the course of solving problems, its external adaptation and internal integration |
| Deshapande R.V., Parasurman R. (1986) | Unwritten, often subconsciously respected rules, which fill the gap between what is written and what actually happens. Culture concerns mutual attitudes, ideology, values, beliefs, expectations and norms |
| Schenplein H. (1988) | All concepts, values, norms and beliefs, which are accepted by all or by the majority in the enterprise |
| Rue L.W., Holland P.G. (1989) | Collection of beliefs, convictions prevalent in the enterprise, concerning how to run a business, how the employees should behave and how they should be treated |
| Pietkiewicz E., Kałużny S. (1993) | Specific climate in organization and management method |
| Kostera M. (1996) | Legacy of previous participants which constantly changes, together with the development of people and organization |
| Bratnicki M., Kryś R., Tachowicz J. (1998) | Shared meanings and symbols, rituals, cognitive patterns constantly formulated and transformed, as the organization tries to balance the requirements of maintaining internal coherence, and the needs for reaction detected in the environment |
| Hofstede G. (2000) | Collective programming of the minds of all members of the organization which, apart from the universal and individual programming allows differentiation between one group and another. The group may be nations, organizations, professions |
| Sikorski Cz. (2002) | Collection of social norms and systems of values, which are stimulants of behaviours of the members of institutions, important from the aspect of relations which are of importance for the attainment of a specified goal, taking place in time and space between people and elements of equipment |
| Robbins S. (2004) | System of meanings adopted by the organization, and these meanings differentiate the enterprise from others |
| Cameron K., Quinn R. (2006) | Collection of values considered obvious, common expectations of employees, which are not mentioned in the organization |
| Mullins L. (2006) | Collection of values, traditions, beliefs, attitudes, which are the essence of all what is done or thought about in the organization. This is supplied by the system of ceremonies, rituals, communication patterns, informal structures |

Source: Own study based on Nogalski, Szpitter 2012, Chmielewska-Muciek 2009.

explicit elements, such as mission, organization goals, organizational structure, employment policy resources, technology, and financial resources. Informal distinguishing features, in the form of group values and norms, staff attitudes common for the whole organization, have been hidden under the surface of the symbolic iceberg [5]. The E. Schein's model is of special value in the studies of the organizational culture. It allows recognition of the relationships between individual levels of the organizational culture. Simultaneously, difficulties with detailed analysis should be accepted, due to limited perception of all components of this phenomenon [6].

In literature concerning the scope of problems of management, various definitions of the organizational culture are presented. This constitutes a good starting point for the genesis of this phenomenon, but also a basic difficulty resulting from the multiplicity of choices (Tab. 1).

The authors of the presented article, considering own studies concerning the relationship between the organizational culture and nurses' performance, adopted, after K. Cameron, R. Quinn and H. Schenplein, the definition of the organizational culture as a '*set of values considered as obvious, non-necessarily verbalized, common expectations of employees, as well as all concepts, values, norms and beliefs, which are accepted in the enterprise and observed by all or the majority of workers*'. According to this definition, the organizational culture reflects the dominant attitudes, determines the sense of identity of the employees, provides undocumented, although indispensable assumptions of conduct in the place of work, e.g. an ethical and empathic patient management. The organizational culture is expressed in the values shared by the members of the organization, in language and symbols, methods of conduct and routine procedures, as well as dominant styles of staff management [1]. It is understood as a part of organization and, as a result of functioning of the organization dependent on others, tangible organizational elements, which may be managed in order to improve productivity of the whole organization [7].

In order to better recognize the essence of the concept of the organizational culture, there is a need for characterization of its components, both those verbalized and non-verbalized. These are: symbols, ways of communication, rituals, values, myths, taboos, safety, and organizational climate.

The easiest observable components of the organizational culture are *symbols*, which facilitate the identification of the organization, help to decipher meanings or emotions, and motivate people to act. They may be divided into [5,6]:

- architectural symbols (e.g. red cross or crescent sign on buildings, vehicles used for saving health and life);
- physical symbols (e.g. white kit, nurse's cap, stethoscope);
- status symbols (e.g. business privileges, secretary, office car).

The **way of communication** is an important element of the organizational culture. Each organization uses a specific way of mutual communication between the culture members. These are [5,6]:

- language, i.e. common expressions which are difficult to understand for people outside the organization, mental shortcuts (e.g. medical terms, abbreviations of the names of diseases, e.g. MS, RA);
- linguistic forms, i.e. nicknames, slogans, calls, short phrases (e.g. the phrase 'baby dropped weight' meaning physiological weight loss in a newborn);
- the way of admitting patients (e.g. stat „cito", on a first come first served basis);
- the way employees turn to each other (e.g. the term 'sister' referring to a nurse).

The subsequent components of the organizational culture are *rituals*, i.e. the ways of passing contents, repeatability of gestures and situations. These are: ways of saying 'hello', welcoming new co-workers, commonly starting workday, commonly spending breaks at work, celebrations (e.g. co-workers' birthdays, promotions, retirement), spending free days together (e.g. going for trips, integration picnics) [5,6].

Values are situations valued by the employees (e.g. saving health and life of a patient). They constitute a desired, stable element, which the employees try to achieve and maintain. Values may become the source of conflicts, both internal and external [5].

Myths, in turn, consist of anecdotes, legends and stories referring to the history of the organization. They concern especially important persons (both real and fictional) who participated in special occasions which took place in the organization. Myths perform an educational function, emphasizing what a given culture justifies and accepts, and what is unacceptable. The task of myths is to strengthen in the members of the organization the belief in the righteousness of the adopted cultural patterns and practices applied [5,6].

Into *tabu* there were classified matters about which it is inappropriate to talk and deal with. Tabu in an organization may concern, for instance, the private life of employees, amount of payment, criteria of promotion policy, admitting errors and weaknesses [5,6].

Safety is the result of individual and group values, attitudes, competences, and patterns of behaviours, which in a significant way affect actions related with safety management and work hygiene, and conditions the style and effectiveness of management. This may be, e.g. disclosure of undesirable effects or medical errors [8].

The last element of the organizational culture is an *organizational climate*, which is commonly identified with the organizational culture, and described by researchers as a surface, epidermal element of culture, its direct, easily observable manifestation [6,9]. The organizational climate concerns subjective perceptions of the staff of the organization concerning the atmosphere at the workplace modelling the behaviours of the employees [6,9]. The organizational climate, to some extent, shapes the motivation of workers, exerts an effect on productivity, reflects the level of satisfaction, as well as successes achieved. The type of climate may be subjectively perceived in the form of the existing atmosphere of: openness-distrust, friendship-hostility, warmth-coolness, support-its lack, innovation-stagnation, engagement-passiveness, and uncompromisingness-compromises [9].

The organizational climate is closely related with the individual motivation and behaviour of employees, whereas culture concerns the complexity of the functioning of the whole organization. According to K. Cameron and R. Quinn, the organizational culture is the essential factor affecting productivity of each enterprise. This allows positive distinguishing of the organization on the background of competitors, rationalization of actions, limitation of costs and, in effect, achievement of high productivity. The organizational culture reflects also the skills of management staff

with respect to the formulation of goals, methods of their attainment, and way of functioning of the organization [6].

At present, determination of the type of the organizational culture and the skills of managing this culture have gained a greater importance, due to the need for joining and creating various cultures within one organization. K. Cameron and R. Quinn distinguished four types of organizational cultures: hierarchy, market, clan, and adhocracy.

Organizational culture of the *hierarchy type* is to a high degree formalized. The tasks of employees are strictly specified by procedures. The leader is the coordinator and organizer. Internal control results from rules, regulations, narrow specializations, and centralized decisions. The organization is characterized by permanence and predictability [1].

In the organizational culture biased towards the *market*, the managers, to a greater degree, focus on external rather than the internal affairs of the organization. The organization functions considering economic market mechanisms, such as the reduction of costs, transactions with other organizations, obtaining an advantage over competitors [1].

The organizational culture of the *clan type* is, to a greater extent, characterized as a large family rather than an organization. Cooperation, mutual support, common acknowledgment of values and goals are the most important, both for employees and leaders. Leaders perform the role of mentors and caregivers of the subordinates [1].

The organizational culture called *adhocracy* (the word developed from the expression *ad hoc*) is biased towards dynamics and immediate actions. Most frequently, the forms of organization of this type are developed for performance of a specified task. They are characterized by innovativeness, flexibility and creativeness in the situation dominated by uncertainty and excess of information. In this type of culture of adhocracy, there is no permanent leader, professional relations, and authority is mutually delegated by people according to the situation (*ad hoc*) [1].

It should be emphasized that the above-mentioned types of the organizational culture were distinguished for methodological reasons, whereas in practice, mixed types occur most frequently.

■ AIM

The objective of the study was presentation of a review of the studies concerning the organizational culture in the health care system based on literature.

■ MATERIAL AND METHODS

The article is in the form of an unsystematic review of the literature. In order to collect the material, the following databases were reviewed: PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar. After familiarization with the titles of the reports and abstracts, 22 full texts of articles were qualified for further detailed analysis. The following

key words were introduced: organizational culture, organizational culture and hospital, organizational culture and nursing, organizational culture and health care system, organizational culture and health care system and nursing, nursing and organizational culture, nursing performance dependent organizational culture.

Based on the titles, 267 articles were selected, 50 were left after the selection of abstracts, and after reading 22 articles were finally qualified for the study.

■ REVIEW OF RESEARCH ON ORGANIZATIONAL CULTURE IN THE CONTEXT OF MANAGING THE WORK ENVIRONMENT AMONG EMPLOYEES OF THE HEALTH CARE SYSTEM

The review of literature showed that scientific studies concerning organization culture were conducted both in Poland and worldwide. The majority of reports came from the North America and Western Europe. This scope of the problem was undertaken by researchers from Canada [10], the United States [11], Pakistan [12], Turkey [13], Greece [14], Cyprus [15], France [16], Germany [17], the United Kingdom [4], Finland [18], Australia [19] and Brazil [2]. Studies of the organizational culture in health care systems were conducted in the context of evaluation of individual types of hospitals, wards and employee groups. The effect of the organizational culture on various levels of functioning of the staff of health institutions was also analyzed.

The studies which have been published since 1963 provided more than a dozen standardized research instruments for the assessment of the organizational culture [20]. Studies of the organizational culture were carried out among two groups of employees: managers and executive staff. The research instruments were also adjusted to the function performed by an employee in the organization (manager-employee). Analysis of the instruments will be the object of a separate article.

The largest group of available scientific publications within the scope of the organizational culture in the health care system refer to hospital staff, mainly nurses and physicians.

In Poland, the scope of problems pertaining to the organization culture was undertaken by, among others, P. Konodyba-Szymański and T. Irzyniec. The researchers assessed the relationship between the organization culture and psychological load experienced by employees. Using the questionnaire *Organizational Culture Assessment Instrument* (OCAI) and the *Work Content Control List* the staff of public and non-public health care units were examined (160 physicians, 330 nurses, 253 remaining employees). The occurrence of the organizational culture of a hierarchy-market character and authoritarian style of management was observed in public health care units. In turn, in non-public health care units, a democratic style of management and the organizational culture of the clan type were noted. Based on the analysis, it was confirmed

that the organizational culture is related with the amount of psychological load experienced by the employees. The researchers observed the most beneficial results in democratically managed organizations. Psychological load assessed by all employee groups were placed on a mediocre level. In addition, in health care facilities which were democratically managed, conformity was found between the 'present' profile of the organizational culture, and the state 'desired' by the employees. It was found that the phenomenon of an increase in psychological load among workers of health care institutions is conditioned by a clear discrepancy between the present and the desired (expected) organization culture [21].

A subsequent study concerning the organizational culture in the context of productivity of management staff was conducted in the United Kingdom. A team of researchers led by R. Jacobs, using the questionnaire *Competing Values Framework*, evaluated relationships between the organizational culture and productivity. Managers of British hospitals were examined during three periods: 2001/2002 (899 managers from 187 hospitals), 2006/2007 (826 managers from 143 hospitals), and 2007/2008 (739 managers from 140 hospitals). A reduced number of managers and hospitals participating in the study resulted from hospital amalgamations. Based on collected research material, it was found that the organizational culture in individual institutions varies, and is subject to changes. During the period between 2001/2002 and 2006/2007, the clan and market cultures were dominant in British hospitals. In subsequent years (2007/2008), a gradual increase was noted in the frequency of occurrence of the hierarchy and market cultures, with a simultaneous decrease in the clan culture. This was related with the amalgamation of hospitals and the necessity to manage larger organizations. The clan culture was observed in small organizations, with a smaller number of job positions, hospital beds and diagnostic tests. Attention was paid to salaries of the employees in the examined facilities (physicians, consultants, nurses). Salaries of persons employed in institutions where clan culture was dominant were lower than those of employees in facilities where the remaining types of organizational culture prevailed. It was observed that productivity in hospitals where market culture was dominant was higher than in the remaining groups, despite longer time of awaiting for the provision of health services by patients. Based on the conducted study, a relationship was found between productivity and the existing organizational culture. It was observed that the more convergent the existing organization culture and the culture desired by employees, the higher the productivity [4].

Evaluation of the relationship between the organizational culture and the number of errors reported while performing professional duties was undertaken by S. Jafree et al. Using the questionnaires: *Practice Environment Scale-Nurse Work Index Revised* (PES-NWI) and *Survey to Solicit Information about the Culture of Reporting* (SSICR), 309 nurses were examined who were employed in Pakistan. Based on the collected research material, organization in Pakistani hospitals was assessed as unfavourable

for nurses. Neither physicians and hospital administration employees, nor patients treated a nurse as a person possessing medical education who is aware of the health needs of patients. In many regions of Pakistan, nursing was perceived as performance of hygienic practices in patients and performance of doctor's orders. The presence of a nurse was not observed in the planning of care. Pakistani medical environment is dominated by males; whereas in the nursing environment - 95% are females. The study showed the authoritarian atmosphere, the presence of bullying and laying the blame for errors on doctors in training and nurses. For this reason, nurses unwillingly admitted medial errors committed and undesirable events. A higher percentage of reporting errors was observed among nurses who were married and those employed for an indefinite period of time. The authors of the presented study compared the above-mentioned facts with the sense of home safety accompanying nurses as a result of stability of employment, or the financial provision of the family by their spouses, in the situation of losing the job. In the conducted study, based on the analysis of the collected material, it was observed that the reporting of errors occurring at work was related with the existing organizational culture [12].

Conclusions similar to Pakistani hospitals were drawn based on the study concerning safety of patients resulting from the organizational culture of hospitals in Turkey. A team of Turkish researchers Ü. Günes et al., using a Turkish version of the questionnaire *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, examined 554 nurses employed in Turkish hospitals. According to the respondents, in Turkish hospitals not much importance is ascribed to patient safety. Various organizational cultures were observed among individual employee groups (physicians, nurses, etc.), as well as in hospital wards, which exerted a negative effect on team cooperation. A low level of team work was noted. Based on the analysis of the collected research material, it was found that in Turkish hospitals the hierarchy organizational culture dominates. The majority of employees, for fear of consequences, do not report medical errors and undesirable events. According to the above-mentioned researchers, an attempt should be undertaken to modify the existing organizational culture into the culture which would guarantee patient safety, with open communication and mutual trust [13].

According to the opinions of both research teams – from Pakistan and Turkey - a relationship may be sought between socio-cultural determinants (patriarchal society), and the type of organization culture in hospitals. However, this relationship was not the object of the presented study, therefore it may only be a premise for further sociological analyses.

According to employees, an unfriendly organizational culture may result in the occurrence of health complaints. These are most frequently injuries of the musculoskeletal system and occupational burnout syndrome. The scope of problems concerning the relationship between the organizational culture and the occurrence of health effects was a basis for the study by P. Stone et al. using the questionnaire *Perceived Nurse Work Environment Scale*, 2,047 nurses

employed in 13 hospitals in the United States were examined. The objective of the study was to determine the relationship between one of the indicators of the organizational culture – organizational climate, and occupational health effects in nurses. The state of health was measured using such indicators as: workdays lost, injuries concerning the musculoskeletal system, exposure to patients' blood and body fluids, as well as occupational burnout. Based on the collected results, it was confirmed that 75% of the nurses in the study reported work absenteeism due to illness, while one-third – due to injury. Analysis of the research material indicated the lack of correlation between the occurrence of musculoskeletal diseases and the organizational climate manifested by: inappropriate cooperation between physicians and nurses, improper method of nursing staff management, and the lack of possibility of promotion. A positive correlation was noted between the organizational climate evaluated in negative terms, and occupational burnout occurring among nurses. The level of occupational burnout was assessed using the *Maslach Burnout Inventory* (MBI). The study showed that the organizational climate exerts an effect on the sense of personal achievements, emotional exhaustion, and the sense of depersonalisation [22].

The relationship between the organizational culture, occupational burnout and productivity in an organisation was described in the study by P. Minvielle et al. The study included 1,000 employees in intensive care units in 26 hospitals in France. The organizational culture was evaluated by means of the questionnaire *Competing Values Framework*. Productivity was evaluated based on five criteria: coordination and adjustment of work to the changing organizational conditions, interpersonal communication, solving conflicts, performance of organizational changes, and supplementary education. Analysis of the collected research material showed four types of the organizational culture in intensive care units. These were: hierarchy culture, market culture, clan culture, and adhocracy culture. A positive relationship was confirmed between the organizational culture and productivity. In the wards where the organizational culture of the clan, adhocracy, and market types were dominant, a higher level of productivity was noted, compared to the wards where the hierarchy organizational culture was observed. The study also showed that the organizational culture exerts an effect on the quality of care provided and occupational burnout among employees [23].

The research team of D. Mijakoski et al. dealt with the relationships between occupational burnout, engagement in work, quality of performance of professional duties, and the organizational culture. This problem was investigated among physicians and nurses employed in a hospital in Skopje, Macedonia. The study covered 286 employees (138 physicians and 148 nurses). Standard research instruments were applied: the *Maslach Burnout Inventory* (MBI), the *Utrecht Work Engagement Scale*, and the *Competing Values Framework*. Based on the analysis of the research material, no differences were found between physicians and nurses with respect to emotional exhaustion, sense of depersonalization, level of life energy, and the sense of devotion. Both groups obtained a similar result. In both

groups in the study, a difference was found in the perception of the present organizational culture. Physicians employed full time in the above-mentioned facility perceived the organization culture as the clan culture; whereas those employed part time – as the hierarchy culture. In the group of nurses, the organisational culture was assessed as the clan culture. A negative correlation was observed between the sense of depersonalization of physicians and the organizational culture of the clan type. Among nurses who evaluated the present organizational culture as the market culture, a negative relationship was noted with respect to emotional exhaustion, and a positive relationship – with engagement in work. The highest results concerning the effect on the level of life energy, engagement in work, both in the group of physicians and nurses, were noted among patients who evaluated the organizational culture as the clan culture. Physicians perceived the organizational culture as more formal, determined by regulations, whereas nurses – as based on interpersonal relationships, more coherent and as teamwork. In the professional relations between employees of the hospital, teamwork dominated together with support on the part of superiors and co-workers, positive interpersonal relations, support while making independent decisions, and correct physical work conditions. According to the above-mentioned researchers, these factors positively affected the low level of occupational burnout among physicians and nurses. The study showed that both groups most often indicated the clan culture as the desired organization culture, rich in factors protecting against occupational burnout, and motivation for engagement in work [14].

Another study conducted in the USA, aimed at determination of the relationship between the organizational culture and establishing work environment which would prevent the desire to change the place of work. This problem was investigated by J. Banaszak-Holl et al., using the questionnaire the *Competing Values Framework*. Three groups of nurses employed in residential homes in the United States participated in the study. The education of nurses varied in the context of the type of education and professional independence. These were: RN – Registered Nurse, LPN – Licensed Practice Nurse, and NA – Nursing Aide. Based on the data collected from 1,056 nurses, the relationship was described between the organizational culture and rotation of employees with a specified type of professional education. The study showed that individual professional groups perceived the organizational culture in a given institution in a different way. For RN and LNP, therefore, nurses with a lower level of professional preparedness, the organizational culture of the market type most frequently exerted an effect on seeking a new job. In turn, the organizational culture of the hierarchy type motivated for the change of work in RN, but had no effect on LNP and NA. In the case of LNP, the organizational culture of adhocracy type resulted in mobilization for the change of the job. The results of the study did not indicate any culture which would activate the group NA for a change of job. The organizational culture of the clan type occurred to be the most beneficial for all the employee groups. The study showed that the majority of nurses performing professional

duties in the environment characterized by the clan culture did not seek a new place of employment [24].

In the above-mentioned reports, the researchers proved that organizational culture is related with employees' satisfaction [19], occupational autonomy [10], occupational burnout [11], productivity [4], rotation of employees [24], psychological load experienced by employees [21], employees' health complaints [13], and that it also exerts an effect on the safety of patients [11, 12, 13].

CONCLUSIONS

1. The review of literature showed that the scope of problems concerning the organizational culture in the system of health care and in the nursing subsystem was undertaken primarily in North America and Western Europe.

Przegląd badań nad kulturą organizacyjną w systemie opieki zdrowotnej

WPROWADZENIE

Pojęcie kultury organizacyjnej w piśmiennictwie dotyczącym zarządzania po raz pierwszy zostało zdefiniowane w latach 50-tych XX wieku. Na początku lat 80-tych wprowadzono zagadnienia związane z kulturą organizacyjną do nauki teorii organizacji i zarządzania [1]. Kultura organizacyjna to pojęcie wieloznaczne, które rozwijano w długim okresie, odzwierciedla normy i wartości uznawane za ważne w danym społeczeństwie. Podlega wpływom czynników wewnętrznych i zewnętrznych, a także determinują ją rozwiązania techniczne i organizacyjne. Uznawana jest za znaczący czynnik sukcesu organizacji oraz wytycza kierunek większości działań jej członków [2]. Pojęcie kultury organizacyjnej można odnieść do trzech płaszczyzn funkcjonowania organizacji [3]:

- zmiennej niezależnej, czyli *efektu wpływu otoczenia na organizację*;
- zmiennej wewnętrznej, powstającej w *rezultacie działania członków organizacji*;
- metafory rdzenia, utożsamianego ze specyfiką organizacji, rozumianego poprzez *działania symboliczne, np. formy ludzkiej pracy, artefakty charakterystyczne dla danej organizacji*.

Dla potrzeb niniejszego artykułu przyjęta została interpretacja kultury organizacyjnej jako zmiennej wewnętrznej. Pozwoli to na diagnozę kultury organizacyjnej, jej rozwoju i określenia związku z efektywnością pracy w organizacjach systemu opieki zdrowotnej (np. szpitalach).

Takie podejście przyjął E. Schein, autor najbardziej znanej definicji kultury organizacyjnej. Według E. Scheina kultura organizacyjna stanowi zbiór podstawowych wartości, norm i przekonań powszechnie akceptowanych w danej organizacji [4]. Powstaje przede wszystkim pod

2. In Poland, the studies of the organizational culture in the sector of nursing services were analyzed from the aspect of psychological load experienced by nurses. Practically, there are no studies evaluating the relationship between the organizational culture and the context of productivity of this occupational group.
3. The literature review showed that the organizational culture affects many elements of the occupational activity of nurses, such as: productivity, quality of work, psychological load, occupational burnout, occurrence of work-related diseases, and is also related with the subjective assessment of the quality of care by patients and their sense of safety.

wplywem założycieli i menadżerów organizacji, w związku z czym można nią kierować i dokonywać w niej zmian.

E. Schein zaproponował sześć wyróżników kultury organizacyjnej [3]. Są to:

- *powtarzalne wzorce zachowań*, służące okazywaniu szacunku (np. język i rytuały);
- *normy wykształcone w zespołach pracowniczych* (np. uczciwa praca za uczciwą płacę);
- *dominujące wartości* (np. innowacyjność technologiczna, poprawa jakości);
- *filozofia, ukierunkowująca politykę organizacji* wobec pracowników, klientów oraz kontrahentów (np. współpraca, empatia, etyka);
- *reguły umożliwiające współpracę w organizacji* (np. wspólna dokumentacja, wspólne zebrania);
- *nastawienie i klimat* okazywany członkom i otoczeniu (np. wsparcie, życzliwość).

Zgodnie z koncepcją E. Scheina, niektóre wyróżniki kultury organizacyjnej można dostrzec i są oczywiste, pozostałe widoczne stają się dopiero po diagnozie organizacji i dłuższej obserwacji. Pozwala to na porównanie kultury organizacyjnej do góry lodowej. Nad powierzchnią ułożone zostały elementy formalne i jawne, takie jak misja, cele organizacji, struktura organizacyjna, zasoby polityki personalnej, technologia, zasoby finansowe. Wyróżniki nieformalne, w postaci wartości i norm grupowych, postaw pracowniczych wspólnych dla całej organizacji, zostały ukryte pod powierzchnią symbolicznej góry lodowej [5]. Model E. Scheina ma szczególną wartość w badaniach kultury organizacyjnej. Pozwala na poznanie zależności pomiędzy poszczególnymi płaszczyznami kultury organizacyjnej. Jednocześnie należy zaakceptować trudności szczegółowej analizy, ze względu na ograniczoną percepcję wszystkich elementów składowych tego zjawiska [6].

W piśmiennictwie z zakresu zarządzania, prezentowane są różne definicje pojęcia „kultury organizacyjnej”. Stanowi to dobry punkt wyjścia dla genezy tego zjawiska, ale także podstawową trudność, wynikającą z wielości wyborów (tab. 1).

■ Tab. 1. Wybrane próby definiowania kultury organizacyjnej w piśmiennictwie nauk o zarządzaniu.

| Autor (rok) | Opis definicji |
|--|--|
| Kroeber A.L., Kluckhohn C. (1952) | Wzór wartości, idei i innych symbolicznych elementów, które kształtują zachowanie (<i>pierwsza, historyczna definicja kultury organizacyjnej</i>). |
| Jaques E. (1952) | Jest zwyczajowym, tradycyjnym sposobem myślenia i działania, które muszą poznać nowi członkowie i przynajmniej częściowo go zaakceptować, jeśli sami chcą być zaakceptowani jako pracownicy. |
| Murdock G.P. (1954) | Kultura jest wyuczona i składają się na nią nawyki, kształtujące się pod wpływem doświadczenia. |
| Schein E. (1986) | Wzór podzielanych podstawowych założeń, wyuczonych przez grupę w toku rozwiązywania problemów, jej zewnętrznej adaptacji i wewnętrznej integracji. |
| Deshapande R.V., Parasurman R. (1986) | Niepisane, przestrzegane często podświadomie zasady, które wypełniają lukę między tym, co napisane, a tym, co się rzeczywiście dzieje. Kultura dotyczy wspólnych poglądów ideologii, wartości, przekonań, oczekiwań i norm. |
| Schenplein H. (1988) | Wszystkie pojęcia, wartości, normy i przekonania, które są w firmie akceptowane i przestrzegane przez wszystkich lub przez większość. |
| Rue L.W., Holland P.G. (1989) | Zbiór wierzeń, przekonań szerzących się w firmie, dotyczących tego, jak prowadzić interesy, jak powinni zachowywać się pracownicy i jak powinni być traktowani. |
| Pietkiewicz E., Kałużny S. (1993) | Swoisty klimat w organizacji i metoda zarządzania. |
| Kostera M. (1996) | Spuścizna wcześniejszych uczestników, która ciągle się zmienia wraz z rozwojem ludzi i organizacji. |
| Bratnicki M., Kryś R., Tachowicz J. (1998) | Podzielane znaczenia i symbole, rytuały, schematy poznawcze nieustannie formułowane i przekształcane, w miarę jak organizacja stara się zrównoważyć wymogi zachowania wewnętrznej spójności z potrzebami reakcji wykrywanymi w otoczeniu. |
| Hofstede G. (2000) | Zbiorowe zaprogramowanie umysłów wszystkich członków organizacji, które obok zaprogramowania uniwersalnego i indywidualnego pozwala na odróżnienie jednej grupy od drugiej. Grupą mogą być narody, organizacje, profesje. |
| Sikorski Cz. (2002) | Zbiór norm społecznych i systemów wartości, które są stymulantami zachowań członków instytucji istotnych z punktu widzenia stosunków mających znaczenie dla realizacji określonego celu, a zachodzących w czasie i przestrzeni pomiędzy ludźmi i elementami aparatury. |
| Robbins S. (2004) | System znaczeń, które przyjmuje organizacja, a znaczenia te odróżniają firmę od innych. |
| Cameron K., Quinn R. (2006) | Zbiór wartości uważanych za oczywiste, wspólnych oczekiwań pracowników, o których w organizacji nie wspomina się. |
| Mullins L. (2006) | Zespół wartości, tradycji, przekonań, postaw, które są istotą wszystkiego, co się robi i myśli w organizacji. Jest zasilana przez system obrzędów, rytuałów, wzorców komunikowania się, nieformalnych struktur. |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie (Nogalski, Szpitter 2012, Chmielewska-Muciek 2009).

Autorzy niniejszej pracy mając na uwadze własne badania związku kultury organizacyjnej z wydajnością pracy pielęgniarek przyjęli, za K. Cameron i R. Quinn oraz H. Schenplein, definicję kultury organizacyjnej jako „zbioru wartości uważanych za oczywiste, niekoniecznie zwerba-

lizowanych, wspólnych oczekiwań pracowników, a także wszystkie pojęcia, wartości, normy i przekonania, które są w firmie akceptowane i przestrzegane przez wszystkich lub przez większość pracowników”. W myśl tej definicji, kultura organizacyjna odzwierciedla dominujące poglądy, określa poczucie tożsamości pracowników, dostarcza nieudokumentowanych, jednakże nieodzownych założeń postępowania w miejscu pracy, np. etycznego i empatycznego postępowania z pacjentem. Kultura organizacyjna wyraża się w podzielanych przez członków organizacji wartościach, w języku i symbolach, obowiązujących metodach postępowania i rutynowych procedurach, a także dominujących stylach kierowania pracownikami [1]. Kultura organizacyjna jest rozumiana, jako część organizacji, jako efekt działania organizacji, uzależniony od innych, namacalnych elementów organizacyjnych, którymi można zarządzać w celu poprawy wydajności całej organizacji [7].

W celu lepszego poznania treści pojęcia kultury organizacyjnej, zachodzi potrzeba scharakteryzowania jej elementów składowych, zarówno zwerbalizowanych, jak i niezwerbalizowanych. Są to: symbole, sposoby komunikowania się, rytuały, wartości, mity, tabu, bezpieczeństwo, klimat organizacyjny.

Najłatwiej dostrzegalnym ogniwem kultury organizacyjnej są *symbole*, które ułatwiają identyfikację organizacji, pomagają odczytać znaczenia, bądź emocje oraz popychają ludzi do działania. Podzielić je można na [5,6]:

- symbole architektoniczne (np. znak czerwonego krzyża lub półksiężyc na budynkach, samochodach służących ratowaniu zdrowia i życia);
- symbole fizyczne (np. biały fartuch, czepek pielęgniarski, słuchawki lekarskie);
- symbole statusu (np. służbowe przywileje, sekretarka, samochód służbowy).

Ważny element kultury organizacyjnej stanowi **sposób komunikowania się**. Każda organizacja posługuje się specyficznym sposobem porozumiewania się członków kultury. Jest to [5,6]:

- język, czyli wspólne wyrażenia trudne do zrozumienia dla osób spoza organizacji, skróty myślowe (np. wyrażenia medyczne, skróty nazw chorób, np. SM, RZS);
- formy lingwistyczne, czyli przydomki, hasła, zawołania, krótkie zwroty (np. zwrot „dziecko spadło z wagi” oznaczający fizjologiczny spadek masy ciała noworodka);
- sposób przyjmowania pacjentów (np. na „cito”, według kolejności zgłoszenia);
- sposób odnoszenia się pracowników do siebie wzajemnie (np. termin „siostrzo” do pielęgniarki).

Kolejną częścią składową kultury organizacyjnej są *rytuały*, czyli sposoby przekazywania treści, powtarzalność gestów i sytuacji. Są to: sposoby witania się, przyjmowania nowych współpracowników, wspólne rozpoczęcie dnia pracy, wspólne spędzanie przerw w pracy, obchodzenie uroczystości (np. imienin współpracowników, awansów, odejścia na emeryturę), spędzanie wspólnie wolnych dni (np. wyjazdy na wycieczki, pikniki integracyjne) [5,6].

Wartości to sytuacje, które pracownicy cenią (np. uratowanie zdrowia i życia pacjenta). Stanowią element pożądany, stabilny, który członkowie starają się osiągnąć i utrzymać. Wartości mogą stać się źródłem konfliktów, zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych [5].

Mity natomiast składają się z anegdot, legend i opowieści odnoszących się do historii organizacji. Dotyczą szczególnie ważnych osób (zarówno realnych, jak i fikcyjnych) uczestniczących w szczególnych wydarzeniach, które miały miejsce w organizacji. Mity pełnią funkcję wychowawczą, podkreślając co dana kultura usprawiedliwia i akceptuje, a co jest niedopuszczalne. Zadaniem mitów jest utwierdzenie członków organizacji o słuszności przyjętych wzorów kulturowych i stosowanych praktyk [5,6].

Do *tabu* zaliczone zostały sprawy, o których w organizacji nie wypada mówić i zajmować się nimi. Tabu w organizacji może dotyczyć na przykład życia prywatnego pracowników, wysokości wynagrodzenia, kryteriów polityki awansów, przyznawania się do błędów i słabości [5,6].

Bezpieczeństwo stanowi wypadkową indywidualnych i grupowych wartości, postaw, kompetencji, i wzorów zachowań, które w istotny sposób wpływają na działania związane z zarządzaniem bezpieczeństwem i higieną pracy, a także warunkują styl i skuteczność zarządzania. Może to być np. ujawnienie lub nie zdarzeń niepożądanych lub błędów medycznych [8].

Ostatni element kultury organizacyjnej to *klimat organizacyjny*. Potocznie często utożsamiany z kulturą organizacyjną, a przez badaczy określony jako element powierzchniowy, naskórkowy kultury, jej bezpośredni, łatwo obserwowalny przejaw [6,9]. Klimat organizacyjny dotyczy subiektywnych odczuć pracowników organizacji, odnoszący się do atmosfery w miejscu pracy, modelującej zachowania pracowników [6,9]. Klimat organizacyjny w pewnym stopniu kształtuje motywację pracowników, wpływa na efektywność pracy, odzwierciedla poziom satysfakcji, a także odnoszone sukcesy. Rodzaj klimatu może być subiektywnie odczuwany w postaci panującej atmosfery: otwartości-nieufności, przyjaźni-wrogości, ciepła-chłodu, wsparcia-jego braku, innowacji-stagnacji, zaangażowania-pasywności, nieustępliwości-ustępstw [9].

Klimat organizacyjny jest ściślej związany z indywidualną motywacją i zachowaniem pracowników, natomiast kultura dotyczy złożoności działania całej organizacji. Zdaniem K.Cameron i R.Quinn, kultura organizacyjna jest zasadniczym czynnikiem wpływającym na efektywność każdego przedsiębiorstwa. Pozwala na pozytywne wyodrębnienie organizacji na tle konkurencji, racjonalizację działań, ograniczenie kosztów, a w rezultacie na osiągnięcie wysokiej wydajności. Kultura organizacyjna odzwierciedla także umiejętności kadry zarządzającej w zakresie formułowania celów, metod ich realizacji oraz sposobu funkcjonowania organizacji [6].

Określenie typu kultury organizacyjnej oraz umiejętności zarządzania nią nabrało aktualnie większego znaczenia, ze względu na potrzebę łączenia i kreowania różnych kultur w jednej organizacji. K.Cameron i R.Quinn wyróżnili cztery typy kultur organizacyjnych: hierarchii, rynku, klanu, adhoracji.

Kultura organizacyjna *hierarchii* jest w wysokim stopniu sformalizowana. Zadania pracowników są ściśle określone procedurami. Przywódca jest koordynatorem i organizatorem. Kontrola wewnętrzna wynika z przepisów, regulaminów, wąskiej specjalizacji i scentralizowanych decyzji. Organizacja charakteryzuje się trwałością i przewidywalnością [1].

W kulturze organizacyjnej ukierunkowanej na *rynek* zarządzający w większym stopniu koncentrują się na sprawach zewnętrznych niż wewnętrznych organizacji. Organizacja działa uwzględniając ekonomiczne mechanizmy rynkowe, takie jak zmniejszenie kosztów, transakcje z innymi organizacjami, uzyskanie przewagi konkurencyjnej [1].

Kultura organizacyjna typu *klan* jest charakteryzowana w większym stopniu jako wielka rodzina niż organizacja. Zarówno dla pracowników, jak i przywódców najważniejsza jest współpraca, wzajemne wsparcie, wspólne wyznawanie wartości i celów. Przywódcy pełnią rolę mentora i opiekuna podwładnych [1].

Kultura organizacyjna nazwana *adhoracja* (słowo powstało od wyrażenia *ad hoc*) ukierunkowana jest na dynamiczność i doraźne działania. Najczęściej formy organizacji tego typu powoływane zostają do wykonania określonego zadania. Charakteryzują się innowacyjnością, elastycznością i kreatywnością w sytuacji zdominowanej przez niepewność i nadmiar informacji. W kulturze typu adhoracja nie ma stałego przywódcy, zależności służbowej, a władza przekazywana jest wzajemnie przez ludzi w zależności od sytuacji (*ad hoc*) [1].

Należy zaznaczyć, że wyżej wymienione typy kultury organizacyjnej zostały wyróżnione ze względów metodologicznych, natomiast w praktyce najczęściej występują typy mieszane.

■ CEL PRACY

Przedstawienie przeglądu badań nad kulturą organizacyjną w systemie opieki zdrowotnej na podstawie piśmiennictwa.

■ MATERIAŁ I METODY

Artykuł ma formę niesystematycznego przeglądu piśmiennictwa. W celu zgromadzenia materiału przejrano bazy danych PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar (od stycznia 1963 roku do stycznia 2017). Wpisywano następujące słowa kluczowe: organizational culture, organizational culture and hospital, organizational culture and nursing, organizational culture and health care system, organizational culture and health care system and nursing, nursing and organizational culture, nursing performance dependent organizational culture.

Na podstawie tytułów wybrano 267 artykułów, po selekcji streszczeń pozostało ich 50, a po przeczytaniu uwzględniono 22 artykuły.

PRZEGLĄD BADAŃ NAD KULTURĄ ORGANIZACYJNĄ W KONTEKŚCIE ZARZĄDZANIA ŚRODOWISKIEM PRACY WŚRÓD PRACOWNIKÓW SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ

Przeegląd piśmiennictwa wykazał, iż badania naukowe dotyczące kultury organizacyjnej prowadzono zarówno w kraju, jak w całym świecie. Większość doniesień pochodzi z terenu Ameryki Północnej i Europy Zachodniej. Zagadnieniem tym zajmowali się badacze z Kanady [10], Stanów Zjednoczonych [11], Pakistanu [12], Turcji [13], Grecji [14], Cypru [15], Francji [16], Niemiec [17], Anglii [4], Finlandii [18], Australii [19] i Brazylii [2]. Przeprowadzono badania kultury organizacyjnej w systemach opieki zdrowotnej w kontekście oceny poszczególnych typów szpitali, oddziałów i grup pracowniczych. Analizowano także wpływ kultury organizacyjnej na różne płaszczyzny funkcjonowania pracowników instytucji zdrowotnych.

W badaniach opublikowanych od 1963 roku dostarczono kilkanaście standaryzowanych narzędzi badawczych do oceny kultury organizacyjnej [20]. Badania kultury organizacyjnej przeprowadzono wśród dwóch grup pracowniczych: osób zarządzających i pracowników wykonawczych. Narzędzia badawcze były także dostosowane do funkcji pełnionej przez pracownika w organizacji (kierownik-pracownik). Analiza narzędzi będzie przedmiotem odrębnego artykułu.

Najliczniejsza grupa dostępnych publikacji naukowych z zakresu badania kultury organizacyjnej w systemie opieki zdrowotnej, odnosi się do pracowników szpitali, głównie pielęgniarek i lekarzy.

W Polsce, tematyką kultury organizacyjnej szpitali zajmowali się m.in. P. Konodyba-Szymański i T. Irzyniec. Badacze dokonali oceny związku kultury organizacyjnej z obciążeniem psychicznym pracowników. Za pomocą kwestionariusza *Organizational Culture Assessment Instrument* (OCAI) oraz *Listy Kontrolnej Treści Pracy* zbadano pracowników publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej (160 lekarzy, 330 pielęgniarek, 253 pozostałych pracowników). Stwierdzono występowanie kultury organizacyjnej o charakterze hierarchiczno-rynkowej i autorytarny styl zarządzania w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. W niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej natomiast odnotowano demokratyczny styl zarządzania i kulturę o charakterze klanu. Na podstawie przeprowadzonej analizy wykazano, że kultura organizacyjna ma związek z wielkością obciążenia psychicznego pracowników. Najkorzystniejsze wyniki badacze zaobserwowali w demokratycznie zarządzanych organizacjach. Oszacowane przez wszystkie grupy pracownicze obciążenie psychiczne umiejscowiono na poziomie średnim. Ponadto, w zakładach opieki zdrowotnej demokratycznie zarządzanych odnotowano zgodność „obecnego” profilu kultury organizacyjnej ze stanem „pożądanym” przez pracowników. Zaobserwowano, iż zjawisko wzrostu obciążenia psychicznego pracowników instytucji zdrowotnych, uwarunkowane jest wyraźną rozbieżnością pomiędzy obecną kulturą organizacyjną a pożądaną (oczekiwaną) [21].

Kolejne badanie nad kulturą organizacyjną, w kontekście wydajności pracy kadry zarządzającej przeprowadzone zostało w Anglii. Zespół badaczy pod kierunkiem R. Jacobs za pomocą kwestionariusza *Competing Values Framework* dokonał oceny relacji między kulturą organizacyjną a wydajnością pracy. Przebadano menadżerów angielskich szpitali w trzech okresach: 2001/2002 (899 menadżerów ze 187 szpitali), 2006/2007 (826 menadżerów ze 143 szpitali) i 2007/2008 (739 menadżerów ze 140 szpitali). Zmniejszona liczba menadżerów i szpitali biorących udział w badaniu wynikała z przeprowadzonych fuzji szpitalnych. Na podstawie analizy zebranego materiału badawczego stwierdzono, iż kultura organizacyjna w poszczególnych instytucjach jest różna i ulega zmianie. W okresie pięciu lat między 2001/2002 a 2006/2007 dominującą kulturą w angielskich szpitalach była kultura klanu i kultura rynku. Odnotowano w latach następnych (2007/2008) stopniowy wzrost częstości występowania kultury hierarchicznej i rynku, przy jednoczesnym spadku kultury klanu. Miało to związek z fuzją szpitali i koniecznością zarządzania większymi organizacjami. Kultura klanu zaobserwowana została w małych organizacjach, z mniejszą liczbą etatów pracowniczych, łóżek szpitalnych i badań diagnostycznych. Zwrócono uwagę na wynagrodzenia pracowników badanych jednostek (lekarze, konsultanci, pielęgniarki). Wynagrodzenie osób zatrudnionych w instytucjach z dominującą kulturą klanu były niższe niż pracowników jednostek, w których panowały pozostałe typy kultury organizacyjnej. Zaobserwowano, że wydajność pracy w szpitalach, gdzie panuje kultura organizacyjna o charakterze rynku jest wyższa niż w pozostałych grupach, pomimo dłuższego czasu oczekiwania pacjenta na realizację świadczeń zdrowotnych. Na podstawie przeprowadzonego badania odnotowano związek pomiędzy wydajnością pracy a panującą kulturą organizacyjną. Dostrzeżono, że im bardziej zbieżna jest występująca kultura organizacyjna z kulturą pożądaną przez pracowników, tym wydajność pracy jest wyższa [4].

Oceny związku kultury organizacyjnej z liczbą raportowych błędów, powstałych w czasie wykonywania obowiązków zawodowych, podjęli się S. Jafree i wsp. Za pomocą kwestionariuszy ankiet: *Practice Environment Scale-Nurse Work Index Revised* (PES-NWI) oraz *Survey to Solicit Information about the Culture of Reporting* (SSICR) zbadano 309 pielęgniarek zatrudnionych na terenie Pakistanu. Na podstawie analizy zebranego materiału badawczego oceniono kulturę organizacyjną w pakistańskich szpitalach, jako niekorzystną dla pielęgniarek. Lekarze, pracownicy administracyjni szpitali, a także pacjenci nie traktowali pielęgniarki jako osoby posiadającej wykształcenie medyczne i mającej świadomość potrzeb zdrowotnych pacjentów. W wielu regionach Pakistanu pielęgnowanie postrzegano jako wykonywanie toalety u pacjentów i realizację zleceń lekarskich. Nie dostrzegano obecności pielęgniarki w planowaniu opieki. Pakistańskie środowisko lekarskie jest zdominowane przez mężczyzn, natomiast w środowisku pielęgniarskim - 95% stanowią kobiety. Badanie wykazało, że panuje autorytarna atmosfera, obecne jest zastraszanie i obarczanie winy za błędy, lekarzy stażystów i pielęgniarki. Powodowało to, że pielęgniarki

niechętnie przyznawały się do popełnianych błędów medycznych i zdarzeń niepożądanych. Wyższy odsetek raportowania błędów zaobserwowano wśród pielęgniarek pozostających w związku małżeńskim oraz zatrudnionych na czas nieokreślony. Powyższe fakty zostały przez autorów badania porównane z poczuciem bezpieczeństwa domowego towarzyszącego pielęgniarkom, wynikającego ze stabilności zatrudnienia, bądź finansowego zabezpieczenia rodziny przez współmałżonka, w sytuacji utraty pracy. W przeprowadzonym badaniu, na podstawie analizy zebranego materiału badawczego, spostrzeżono, że raportowanie błędów powstałych w czasie pracy jest powiązane z panującą kulturą organizacyjną [12].

Podobne wnioski, jak w pakistańskich szpitalach, zostały wyciągnięte na podstawie badania nad bezpieczeństwem pacjentów wynikającym z kultury organizacyjnej szpitali w Turcji. Zespół tureckich badaczy Ü. Günes i wsp., za pomocą tureckiej wersji kwestionariusza ankiety *Hospital Survey on Patient Safety Culture* przebadali 554 pielęgniarki zatrudnione w szpitalach na terenie Turcji. W ocenie respondentek biorących udział w badaniu, w tureckich szpitalach nie przykładano dużej wagi do bezpieczeństwa pacjentów. Zaobserwowano różne kultury organizacyjne wśród poszczególnych grup pracowniczych (lekarze, pielęgniarki, itd.), a także w różnych oddziałach szpitalnych, co wpływało negatywnie na współpracę zespołową. Odnotowany został niski poziom pracy zespołowej. Na podstawie analizy zebranego materiału badawczego określono, że w tureckich szpitalach panuje hierarchiczna kultura organizacyjna. Większość pracowników z obawy przed konsekwencjami nie zgłasza błędów medycznych i zdarzeń niepożądanych. W opinii autorów ww. badania należałoby podjąć próbę modyfikacji panującej kultury organizacyjnej, na warunkującą bezpieczeństwo pacjentów przy otwartej komunikacji oraz wzajemnym zaufaniu [13].

W opinii obu zespołów badawczych (z Pakistanu i Turcji) można się doszukiwać związku, między determinantami społeczno-kulturowymi (społeczeństwo patriarchalne) a rodzajem kultury organizacyjnej w szpitalach. Jednak ten związek nie był przedmiotem badania; może jedynie stanowić przesłankę do dalszych analiz socjologicznych.

Nieprzyjazna według pracowników kultura organizacyjna może oddziaływać również na występowanie dolegliwości zdrowotnych. Najczęściej są to urazy układu mięśniowo-szkieletowego oraz zespół wypalenia zawodowego. Tematyka związku kultury organizacyjnej z występowaniem skutków zdrowotnych była podstawą badania prowadzonego przez P. Stone i wsp. Za pomocą kwestionariusza *Perceived Nurse Work Environment Scale* przebadano 2 047 pielęgniarek zatrudnionych w 13 szpitalach na terenie Stanów Zjednoczonych. Celem badania było określenie zależności między jednym z wyznaczników kultury organizacyjnej (klimatem organizacyjnym) a zawodowymi skutkami zdrowotnymi u pielęgniarek. Stan zdrowia mierzono za pomocą takich wskaźników, jak: utracone dni robocze, urazy układu mięśniowo-szkieletowego, ekspozycja na krew i płyny ustrojowe pacjentów, a także wypalenie zawodowe. Na podstawie zebranych wyników ustalono,

że 75% pielęgniarek objętych badaniem zgłosiło absencję w pracy z powodu choroby, a jedna trzecia z powodu urazu. Analiza materiału badawczego wykazała brak korelacji między występowaniem chorób układu mięśniowo-szkieletowego, a klimatem organizacyjnym, przejawiającym się: nieodpowiednią współpracą pielęgniarek i lekarzy, niewłaściwym sposobem zarządzania kadrą pielęgniarską, brakiem możliwości awansu. Odnotowano dodatnią korelację pomiędzy nisko ocenianym klimatem organizacyjnym, a wypaleniem zawodowym występującym wśród pielęgniarek. Poziom wypalenia zawodowego oceniono za pomocą *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Badanie wykazało, że klimat organizacyjny oddziałuje na poczucie osobistych osiągnięć, wyczerpanie emocjonalne oraz poczucie depersonalizacji [22].

Związek pomiędzy kulturą organizacyjną, wypaleniem zawodowym i wydajnością pracy w organizacji został opisany w badaniach przeprowadzonych przez P. Minvielle i wsp. Przebadano 1000 pracowników oddziałów intensywnej terapii medycznej z 26 szpitali we Francji. Do oceny kultury organizacyjnej posłużono się kwestionariuszem *Competing Values Framework*. Wydajność oceniona została w pięciu kryteriach: koordynacja i dostosowanie pracy do zmieniających się warunków organizacyjnych, komunikacja interpersonalna, rozwiązywanie konfliktów, przeprowadzanie zmian organizacyjnych oraz dokształcanie się. Analiza zebranego materiału badawczego wykazała cztery typy kultury organizacyjnej na oddziałach intensywnej terapii medycznej. Były to: kultura hierarchii, kultura rynku, kultura klanu, kultura adhoracji. Określony został pozytywny związek kultury organizacyjnej z wydajnością pracy. W oddziałach, na których panowała kultura organizacji o typie klanu, adhoracji oraz rynku stwierdzono wyższy poziom wydajności pracy, w porównaniu z oddziałami ze stwierdzoną hierarchiczną kulturą organizacyjną. Badanie wykazało również, że kultura organizacyjna wpływa na jakość sprawowanej opieki oraz wypalenie zawodowe pracowników [23].

Zespół D. Mijakoski i wsp. zajmowali się zależnością wypalenia zawodowego, zaangażowania w pracę, jakością wykonania obowiązków zawodowych od kultury organizacyjnej. Powyższą kwestię zbadano wśród lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu w Skopje w Macedonii. W badaniu udział wzięło 286 pracowników (138 lekarzy i 148 pielęgniarek). Wykorzystano standaryzowane narzędzia badawcze: *Maslach Burnout Inventory* (MBI), *Utrecht Work Engagement Scale*, *Competing Values Framework*. Na podstawie przeprowadzonej analizy materiału badawczego nie stwierdzono różnic między lekarzami i pielęgniarkami w zakresie eliminacji z emocjonalnego wyczerpania, poczucia depersonalizacji, poziomem energii życiowej oraz poczucia poświęcenia. Obie grupy uzyskały podobny wynik. Odnotowano różnicę w postrzeganiu obecnej kultury organizacyjnej wśród obu grup badanych. Lekarze zatrudnieni w wyżej wymienionej jednostce na pełnym etacie, postrzegali kulturę organizacji jako kulturę klanu, natomiast zatrudnieni w niepełnym wymiarze, jako kulturę hierarchii. W grupie pielęgniarek obecna kultura organizacyjna oceniona została jako kultura klanu. Stwierdzono negatywną korelację pomiędzy

poczuciem depersonalizacji lekarzy, a kulturą organizacyjną typu klan. Wśród pielęgniarek, które oceniły obecną kulturę organizacji, jako kulturę rynku, stwierdzono negatywny związek z eliminacją emocjonalnego wyczerpania, a pozytywny z zaangażowaniem w pracę. Najwyższe wyniki dotyczące wpływu na poziom energii życiowej, zaangażowanie w pracę, zarówno w grupie lekarzy, jak i pielęgniarek, odnotowane zostały wśród pracowników oceniających kulturę organizacyjną, jako kulturę klanu. Lekarze postrzegają kulturę organizacyjną jako bardziej formalną, warunkowaną regulaminami, natomiast pielęgniarki, jako opartą na relacjach międzyludzkich, bardziej spójną i zespołową. W zawodowych relacjach pracowników szpitala dominowała praca zespołowa, wsparcie ze strony przełożonych i współpracowników, pozytywne relacje interpersonalne, wspieranie w podejmowaniu samodzielnych decyzji oraz prawidłowe warunki fizyczne pracy. Powyższe czynniki, według autorów badania, w pozytywny sposób oddziaływały na niski poziom wypalenia zawodowego lekarzy i pielęgniarek. Badanie wykazało, że obie grupy najczęściej wskazały na pożądaną kulturę organizacyjną, jako kulturę klanu, bogatą w czynniki chroniące przed wypaleniem zawodowym i motywujące do zaangażowania w pracę [14].

Inne badania prowadzone na terenie USA, miały na celu określenie związku kultury organizacyjnej z wypracowaniem satysfakcjonującego środowiska pracy zapobiegającego chęci zmiany miejsca zatrudnienia. Stanowiło to przedmiot badań przeprowadzonych przez J. Banaś-Holl i wsp. za pomocą kwestionariusza *Competing Values Framework*. W badaniu udział wzięły trzy grupy pielęgniarek zatrudnionych w domach opieki na terenie Stanów Zjednoczonych. Wykształcenie pielęgniarek było zróżnicowane, w kontekście rodzaju wykształcenia i samodzielności zawodowej. Były to: RN – Registered Nurse (pielęgniarka dyplomowana), LPN – Licensed Practice Nurse (pielęgniarka podstawowej praktyki pielęgniarskiej), NA – Nursing Aide (pielęgniarka zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej). Na podstawie danych zebranych od 1056 pielęgniarek, opisano związek kultury organizacyjnej z rotacją pracowników o określonym typie przygotowania zawodowego. Badanie wykazało, że poszczególne grupy zawodowe postrzegają kulturę organizacyjną danej instytucji w odmienny sposób. Dla RN oraz LNP, a więc pielęgniarek o niższym przygotowaniu zawodowym, najczęściej na poszukiwanie nowej pracy miała wpływ kultura organizacyjna typu rynek. Natomiast kultura organizacyjna typu hierarchii motywowała do zmiany pracy RN, nie oddziałując na LNP oraz NA. W przypadku LNP mobilizującą na zmianę pracy oddziaływała kultura organizacyjna typu adhocacji. Wyniki badań nie wskazały kultury organizacyjnej aktywizującej grupę NA do zmiany pracy. Dla wszystkich grup pracowniczych najkorzystniejsza okazała się kultura organizacyjna typu klanu. Badania wykazały, że istotna większość pielęgniarek wykonujących obowiązki zawodowe w środowisku cechującym się kulturą organizacyjną typu klan nie poszukiwała nowego miejsca zatrudnienia [24].

W wyżej omówionych publikacjach autorzy dowodzą, że kultura organizacyjna ma związek z satysfakcją pracowników [19], autonomią zawodową [10], wypaleniem zawodowym [11], wydajnością pracy [4], rotacją pracowników [24], obciążeniem psychicznym pracowników [21], dolegliwościami zdrowotnymi pracowników [13], ale także oddziałuje na bezpieczeństwo pacjentów [11, 12, 13].

WNIOSKI

1. W przeglądzie piśmiennictwa wykazano, że tematyką badań nad kulturą organizacyjną w systemie opieki zdrowotnej i podsystemie pielęgniarstwa zajmowano się przede wszystkim w Ameryce Północnej i Europie Zachodniej.
2. W naszym kraju badania kultury organizacyjnej w sektorze świadczeń pielęgniarstwa analizowano w odniesieniu do obciążenia psychicznego pielęgniarek. Badań oceniających związek kultury organizacyjnej w kontekście wydajności pracy tej grupy zawodowej praktycznie nie ma.
3. Z przeprowadzonego przeglądu piśmiennictwa wynika, że kultura organizacyjna oddziałuje na wiele elementów pracy zawodowej pielęgniarek, takich jak; wydajność, jakość pracy, obciążenie psychiczne, wypalenie zawodowe, występowanie chorób związanych z pracą, a także ma związek z subiektywną oceną jakości opieki przez pacjentów i ich poczuciem bezpieczeństwa.

PIŚMIENNICTWO/REFERENCES

1. Cameron KS, Quinn RE. Kultura organizacyjna – diagnoza i zmiana. Kraków: Oficyna Ekonomiczna; 2003.
2. Nogalski B, Szpitter A. Kultura organizacyjna w zarządzaniu organizacją wielokulturową. [w:] Mikuła B, red. Historia i perspektywy nauk o zarządzaniu. Kraków: Wydawnictwo Fundacja UE w Krakowie; 2012, s.225-236.
3. Szeptuch A. Pomiar kultury organizacyjnej w organizacjach ochrony zdrowia. E-mentor. 2016; 3(65): 60-67.
4. Jacobs R, Manion R, Davies H, et. al. The relationship between organizational culture and performance in acute hospitals. Soc Sci Med. 2013; 76: 115-125.
5. Pagórski P, Walicka-Nowaczyk N. Kultura organizacyjna i jej wpływ na właściwe postawy pracownicze w podmiocie leczniczym. Piel Pol. 2012; 3(45): 160-169.
6. Wójtowicz A. Istota i modele kultury organizacyjnej – przegląd koncepcji. ZN MWSE w Tarnowie. 2004; 5: 159-171.
7. Chmielewska-Muciec D. Dyskusja nad pojęciem kultury organizacyjnej. Ann. UMCS. 2009; 43, 20: 317-331.
8. Cooper D. Improving safety culture. A practical guide. London: John Wiley & Sons Ltd; 1998.
9. Smolarek M, Sipa M. Klimat organizacyjny jako przejaw kultury organizacyjnej w małych przedsiębiorstwach. ZN WSH Zarządzanie. 2015; 4: 301-315.
10. Rosenthal M, Hall K, Bussières J-F et. al. Professional Culture and Personality Traits of Hospital Pharmacist cross Canada: A Fundamental First Step in developing Effective Knowledge Translation Strategies. Can J Hosp Pharm. 2015; 68(2): 127-135.
11. Gershon RRM, Stone PW, Zeltser M. Organizational Climate and Nurse Health Outcomes in the United States: A systematic Review. Ind Health. 2007; 45: 622-636.
12. Jafree SR, Zakar R, Zakar MZ, et.al. Nurse perceptions of organizational culture and its association with the culture of error reporting: a case of public sector hospitals in Pakistan. BMC Health Serv Res. 2016; 16(3). Doi: 10.1186/s12913-015-1252-y.
13. Günes ÜY, Gürtek Ö, Sönmez M. A survey of the patient safety culture of hospital nurses in Turkey. Collegian. 2016; 23(2): 225-232.
14. Mijakoski D, Karadzinska-Bislumovska J, Basarovska V. Burnout, Engagement and Organizational Culture: Differences between Physicians and Nurses. MJMS. 2015; 3(3): 506-513.
15. Zachariadou T, Zannetos S, Pavlakis A. Organizational culture in the primary Healthcare setting of Cyprus. BMC Health Serv Res. 2013; 13: 112.
16. Guidet B, González-Romá V. Climate and cultural aspects in intensive care units. Critical Care 2011; 15: 312-319.

17. Körnel M, Wirtz MA, Bengel J, et.al. Relationship of organizational culture, teamwork and Job satisfaction in interprofessional teams. *BMC Health Serv Res.* 2015; 15: 243-255.
18. Hahtela N, McComark B, Paavilainen E, et.al. The Relationship of Workplace Culture With Nursing-Sensitive Organizational Factors. *JONA* 2015; 45 (7/8): 370-376.
19. Callen JL, Braithwaite J, Westbrook JI. Cultures in hospitals and their influence on attitudes to, and satisfaction with, the use of clinical information system. *Soc Sci Med* 2007; 65: 635-639.
20. Scott T, Mannion R, Davies R, Marshall M. The Quantitative Measurement of Organizational Culture in Health Care: A Review of the Available Instruments. *BMC Health Serv Res.* 2003; 38(3): 923-945.
21. Kondyba-Szymański P, Irzyniec T. Kultura organizacyjna a psychiczne obciążenie pracowników na przykładzie wybranych placówek służby zdrowia. *Zdr Publ.* 2007; 117 (3): 232-236.
22. Stone P, Gershon R. Organizational Climate and Occupational Health Outcomes in Hospital Nurses. *Int J Occup Environ Med.* 2007; 49(1): 50-58.
23. Minvielle E, Aegerter P, Dervaux B et.al. Assessing organizational performance in intensive care units: A French experience. *J Crit Care.* 2008; 23(2):236-244.
24. Banaszak-Holl J, Castle NG, Lin MK, et.al. The Role of Organizational Culture in Retaining Nursing Workforce. *The Gerontologist*, 2015; 55(3): 462-471.

Praca przyjęta do druku/Manuscript received:

25.01.2018

Praca zaakceptowana do druku/Manuscript accepted:

17.05.2018

Tłumaczenie/Translation: Hanna Horitza