

Pielęgniarka – lider czy przywódca?

Nurse – leader or manager?

Anna Ksykiewicz-Dorota

Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Anna Ksykiewicz-Dorota
Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Staszica 4/6, 20-081 Lublin
E-mail: ksykzarz@umlub.pl

STRESZCZENIE

PIELĘGNIARKA – LIDER CZY PRZYWÓDCA?

Celem pracy jest przedstawienie istoty przywództwa na podstawie wybranych teorii oraz odniesienie przywództwa do zawodu pielęgniarki. Podjęto także próbę uporządkowania pojęć związanych z powyższym zagadnieniem.

Problem przywództwa, nie tylko w pielęgniarstwie, jest jednym z najtrudniejszych zagadnień w nauce o zarządzaniu. Wynika to z wielości teorii prezentowanych przez autorów, oraz około 35 tys. definicji tego pojęcia.

Słowa kluczowe: przywództwo, przywódca, lider, pielęgniarka

ABSTRACT

NURSE – LEADER OR MANAGER

This research paper discusses the idea of leadership. The author pays special attention to leadership in nursing. The study is also an attempt at organizing the concepts related to the above-mentioned problem.

The issue of leadership remains to be one of the most complex problems in the field of management as such. With approximately 35.000 definitions of the concept of leadership and a whole abundance of theories presented by researchers, it remains to be a really complex issue.

Key words: leadership, leader, nurse

WSTĘP

Uczestnictwo w panelu eksperckim II Forum Dyskusyjno-Naukowego „Lider w praktyce pielęgniarstwie”¹ jest przesłanką do uporządkowania kwestii skupionych wokół dwóch pojęć: lider i przywódca. W dyskusji naukowej ważne jest ujednoczenie terminologii, klarowność poglądów oraz odniesienie się do wybranych teorii wyjaśniających istotę rozważanego problemu. Ważne jest także doprecyzowanie odpowiedzi na pytania problemowe postawione ekspertom, dotyczące pielęgniarki – lidera/przywódcy: „jak jest?” i „dlaczego tak jest?”. Powyższe kwestie, z metodologicznego punktu widzenia, stanowią odrębne płaszczyzny eksploracji naukowej i praktycznej.

Lider (*ang. Leader*), tj. kierownik, przywódca. Leadership (*ang.*) – w języku polskim oznacza przywództwo [1]. Przywództwo definiuje się jako wywieranie wpływu na ludzi, aby osiągnąć określony cel [2]. Uważa się, że bez wywierania wpływu nie ma działania. Przywódca i kierownik, pełnią te same funkcje, niezależnie od ich usytuowania w organizacji. Są to: planowanie, organizowanie, motywowanie/bądź przewodzenie, oraz kontrolowanie. Nie bez przyczyny, akcentuje się znaczenie trzeciej funkcji kierowniczej – motywowania, bowiem jest ważna w wyjaśnieniu istoty przywództwa.

Problem przywództwa jest zagadnieniem specyficznym i niejednoznacznym w naukach o zarządzaniu. Z jednej strony budzi zainteresowanie, zarówno ze strony akademików jak i praktyków. Z drugiej, wielość teorii prezentowanych przez różnych autorów nie ułatwia zrozumienia jego specyfiki.

Stąd celem niniejszej pracy jest próba przedstawiania istoty przywództwa poprzez pryzmat podstawowych, wybranych teorii, oraz odniesienia przywództwa do zawodu pielęgniarki. Należy podkreślić, że nie jest to metaanaliza powyższego problemu, tylko chęć uporządkowania chaosu (*bądź twórczego fermentu*), jaki wynikał z wypowiedzi uczestników ww. Forum.

POJĘCIE PRZYWÓDZTWA

Badania nad przywództwem rozpoczęto w latach 50-60. XX w., w krajach anglosaskich. Dotyczyły analizy procesu i wymiarów przywództwa, jego najważniejszych paradygmatów, oraz wpływu na planowane zmiany organizacyjne. Najpełniejszy przegląd teorii przywództwa, oraz badań eksperymentalnych nad przywództwem (w latach 50-80-tych XX wieku), zawiera dwutomowa monografia pt. Zachowanie człowieka w organizacji [3]. W latach póź-

1. II Forum Dyskusyjno-Naukowe w Pielęgniarstwie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin 13 maja 2015 r.

niejszych na uwagę zasługuje monografia Cialdiniego oraz Walshe i Smitha [4,5].

Badania nad przywództwem wśród pielęgniarskiej i lekarskiej kadry kierowniczej w Polsce były prowadzone w latach 80. XX w. przez Lenartowicz [6]. W latach 2009-2011 badania nad wybranymi elementami przywództwa, w których udział brał autor artykułu, zrealizowano w ramach międzynarodowego projektu badawczego „Nurse Forecasting Human Resources Planing in Nursing” (RN4CAST), koordynowanego przez Collegium Medicum UJ w Krakowie [7].

Upraszczając zagadnienie dotyczące przywództwa, można wyróżnić trzy paradygmaty badawcze. Pierwszy, posiłkujący się teorią cech osobowościowych bazował na badaniach cech przywódcy. Został on odrzucony, ze względu na brak korelacji między cechami osobowości a wymiarem przywództwa, oraz trudnością w doborze wystandaryzowanych metod badawczych. Drugi paradygmat – to podejście behawioralne, bardziej akceptowalne, ze względu na możliwości operacjonalizacji czynników przywództwa. W tym podejściu badacze koncentrują się na teoriach zachowań. I trzeci paradygmat – to podejście sytuacyjne, w którym przyjmuje się, że sposób działania jest zróżnicowany, zależny od zmienności otoczenia. Żadne z ww. podejść nie jest idealne, ale metodologicznie porządkuje rozważania nad istotą przywództwa [8].

Przegląd wystandaryzowanych narzędzi dla potrzeb przywództwa wykazuje, że większość z nich wywodzi się z paradygmatu behawioralnego [8]. Klasycznym narzędziem jest test Bassa (The Orientation Inventory), w którym bada się wymiary przywództwa w trzech orientacjach: na siebie, na zadania, na ludzi. Test ten zastosowała Lenartowicz, określając wpływ przywództwa na efektywność pracy pielęgniarek w szpitalu. Wg autorki, istotna większość kierowników – pielęgniarek stosowała orientację na ludzi, a lekarzy na zadania [6]. Pomimo wielości innych, powstałych współcześnie narzędzi badawczych [2], większość z nich jest modyfikacją testu Bassa.

Zajmowanie się problematyką przywództwa wymaga nie tylko dobrej znajomości teorii zarządzania, ale wiedzy i umiejętności powiązania innych obszarów dyscyplin naukowych i teorii, które mają związek z przewodem. Np. dylemat stanowi wybór wśród teorii motywowania, tej, która najlepiej wyjaśnia istotę przywództwa. W odniesieniu do przywództwa jest to teoria motywowania Herzberga [9], w której przyjmuje się, że są dwa rodzaje czynników, które wpływają na ludzi: higieniczne i motywacyjne. Wg Herzberga można przewodzić efektywnie ludziom, gdy grupa czynników higienicznych jest zrealizowana na odpowiednim poziomie (*są to m.in. bezpieczne środowisko pracy, odpowiednia płaca*). Wtedy takie czynniki jak: poczucie sprawstwa związane z samodzielnością decyzyjną, satysfakcja z pracy, autonomia zawodowa, samorealizacja motywują ludzi do jakościowej dobrej pracy.

Drugą z teorii motywacyjnych, którą należy brać pod uwagę analizując fenomen przywództwa jest teoria niesłuszności Adamsa [3, t. 1, s. 158-175]. W teorii Adamsa zakłada się, że pracownicy są motywowani nie tyle wysokością płacy, tylko porównywaniem się z innymi człon-

kami zespołu. Jeżeli różnice są zbyt duże to powstaje poczucie niezadowolenia.

W krajowym systemie zdrowotnym, w ostatniej dekadzie, obserwuje się zjawisko opisane w teorii niesłuszności Adamsa w grupie pielęgniarek. Z jednej strony mają one coraz lepsze wykształcenie, z drugiej narasta zróżnicowanie wskaźnika dochodów między pielęgniarkami, a innymi członkami zespołu mierzone tzw. Współczynnikiem Giniego [10]. Aktualnie współczynnik Giniego jest najwyższy w naszym kraju, w porównaniu z pozostałymi państwami UE na niekorzyść pielęgniarek. Ponadto, występujące w krajowym systemie zdrowotnym takie fakty, jak: „niewidoczność” procedur pielęgniarskich dla płatnika; akceptacja dla planowania intuicyjnego liczby pielęgniarek, a nie wynikającego z zapotrzebowania pacjentów na opiekę, zależność pielęgniarek pełniących funkcje kierownicze od kierowników – lekarzy; ograniczanie autonomii zawodowej pielęgniarek; brak jednoznacznego zróżnicowania obowiązków, uprawnień, odpowiedzialnych wśród pielęgniarek z różnym wykształceniem (*pielęgniarki licencjatki, pielęgniarki ze specjalizacją*) świadczy o słabości tej grupy zawodowej i nie najlepszej kondycji przywództwa wśród kierowniczej kadry pielęgniarskiej.

Następną teorią, poprzez pryzmat której można analizować przywództwo wśród pielęgniarek, jest teoria socjologiczna *Token woman* sformułowana przez Kanter [11]. W tej teorii zakłada się, że w odniesieniu do kobiet pełniących funkcje przywódcze, występuje tzw. stereotypizacja, która polega na, rozliczaniu przywódcy-kobiety z pełnienia funkcji kierowniczej, oraz z tego, że jest kobietą. Stereotypizacja wśród kobiet – kierowników powoduje, że przyjmują one trzy pozycje obronne: wycofanie się; strategię „królowej pszczoł” – czyli odcięcie się od swojej grupy zawodowej, nie reprezentowanie interesów pracowników, oraz w sytuacjach konfliktowych branie strony silniejszego. Trzecia strategia to wspieranie swoich podwładnych, którą wybiera mniejszość kobiet - kierowników [11]. Socjolożki [11] są zdania, że w krajowym szpitalnictwie wśród pielęgniarek – kierowników strategia „królowej pszczoł” jest rozpowszechniona.

■ LIDER, CZY PRZYWÓDCA?

Powstaje zatem pytanie – a co z pojęciem „lider”?

Definicja lidera odnosi ten termin do 1) przywódcy partii politycznej; związku zawodowego lub innych organizacji społecznych; 2) zawodnika zajmującego 1. miejsce; 3) muzyka prowadzącego; 4) czołowej firmy w danej dziedzinie [12]. Nie ma nic złego w używaniu tego pojęcia, ale jako *synonimu przywództwa*. Tylko należy się zastanowić, czy sprzyja to klarowności rozważań nad pielęgniarką – liderem. Jeden z autorów Forum [13] przedstawił interesującą rycinę, odnoszącą przywództwo do czterech płaszczyzn: *nauki, zarządzania, pielęgniarstwa i polityki*. Moim zdaniem w *naucze* mamy specjalistów, lub ekspertów. Wybitni otrzymują nagrodę Nobla. Nie wydaje mi się, żeby przypisywanie im nazwy lidera czy przywódcy było adekwatne i przez nich akceptowane.

W zarządzaniu, zdecydowanie (jako specjalista w tym zakresie) opowiadam się za przywództwem, gdyż jego wymiar można zbadać za pomocą wystandaryzowanych narzędzi. Liderom można tylko przypisywać cechy, co spotyka się w wielu badaniach z ostrą krytyką. Także porównywanie zarządzania i „liderowania” (nie ma takiego pojęcia) nie znajduje uzasadnienia lingwistycznego i metodologicznego. W pielęgniarstwie natomiast należy mówić o specjalistach a nie liderach. Ilustracją tego twierdzenia było ciekawe wystąpienie na omawianej konferencji, nt. zakresu obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pielęgniarki – specjalisty zaawansowanej praktyki [14]. Treść ww. wystąpienia może być doskonałą wizją rozwoju pielęgniarstwa w naszym kraju na najbliższe dziesięciolecie. Stosowanie zaś terminu „lider”, zgodnie z definicją tego pojęcia, zostawiłabym analizom politologicznym w odniesieniu do rozważań nad polityką zdrowotną poszczególnych krajów.

PODSUMOWANIE

Podsumowując, twórczy ferment w rozważaniach nad istotą i przyszłością pielęgniarstwa w naszym kraju jest pożądanym. Jednak musi być zgodny z aktualną wiedzą, poprawnością metodologiczną, oraz krytycznym podejściem do omawianego zjawiska.

Wprowadzenie pojęcia „lidera”, który jest angielskim odpowiednikiem polskiego „przywódcy” niepotrzebnie to zjawisko skomplikowało, zamiast go wyjaśnić. Rozważania istoty przywództwa i badanie tego zjawiska jest chyba najtrudniejszym zagadnieniem w nauce organizacji i zarządzania. Świadczy o tym wypowiedź Kostery, redaktora podręcznika akademickiego pt. „Nowe kierunki w zarządzaniu” nt. kryzysu przywództwa „w dyskursie akademickim funkcjonuje obecnie ok. 35 tys. definicji przywództwa, a badacze i teoretycy nie są zgodni, co do tego, czy przywództwa można się nauczyć” [2, s.334].

Niemniej jednak Forum dyskusyjne, pomimo pewnych mankamentów (*analizy cech lidera, próby różnicowania zarządzania i „liderowania”*), miała pozytywny aspekt. Stała się bowiem impulsem do podjęcia próby uporządkowania terminologii i ewentualnego ukierunkowania badań w tym zakresie.

PIŚMIENNICTWO

1. Piotrowski T., Saloni Z. Mały Słownik angielsko-polski i polsko-angielski. Warszawa: WP; 2015: 150.
2. Ciuk S. Nowe kierunki w badaniach nad przywództwem. [w:] Koster M, red. Nowe kierunki w zarządzaniu. Warszawa: Wyd. Akademickie i Naukowe; 2008: 332.
3. Scott WE, Cummings LL (red.). Zachowanie człowieka w organizacji. Warszawa: PWN; 1983, t. 1 i 2.
4. Cialdini RB. Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP; 2013.
5. Peck E. Metody przewodzenia w organizacji i ich rozwój w opiece zdrowotnej. [w:] Walshe K, Smith J, red. Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer Business; 2011, 397-414.
6. Lenartowicz H. Kadra pielęgniarska w lecznictwie stacjonarym. Z badań nad wykorzystaniem czasu pracy i kwalifikacji zawodowych. Rozp. Hab. Lublin: AM; 1987.
7. Bruyneel L, Van den Heede K, Diwa L, et al. Predictive validity of the International Hospital Outcomes Study questionnaire: an RN4CAST pilot study. J Nur School. 2009; 41 (2): 202-10.
8. Stoner JAT, Wankler Ch. Kierowanie. Warszawa: PWE; 1997.
9. Armstrong M. Zarządzanie zasobami ludzkimi. Kraków: Oficyna Ekonomiczna; 2005: 217-222.
10. Stawicka MK. Ekonomiczne rozwarstwienie społeczeństwa Unii Europejskiej po światowym kryzysie gospodarczym – problematyka rozkładu dochodów. Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy/Uniwersytet Rzeszowski; 2012 (24): 125-135.
11. Kanter RM. Men and women of the Corporation. New York: Basic Books 1997. [w:] Kubisa J. Bunt białych czepek. Warszawa: Wyd. Naukowe SCHOLAR; 2014:102-104.
12. Słownik Wyrazów Obcych. Bańko M (red). Warszawa: Wyd. Naukowe PWN; 2004: 555.
13. Kózka M. Pielęgniarka jako lider w opiece i zmianach systemu opieki zdrowotnej. II Forum Dyskusyjno-Naukowe w Pielęgniarstwie, UM, Lublin 13 maja 2015.
14. Polska U. Lider zaawansowanej praktyki pielęgniarstwa w USA. II Forum Dyskusyjno-Naukowe w Pielęgniarstwie, UM, Lublin 13 maja 2015.

Praca przyjęta do druku: 24.06.2015

Praca zaakceptowana do druku: 6.07.2015