


Wpływ przynależności do grupy zawodowej pielęgniarek i lekarzy na milczenie organizacyjne

Barbara Kudryńska¹  <https://orcid.org/0000-0001-8441-2958>

Krzysztof Krzywdziński²  <https://orcid.org/0000-0002-0411-887X>

¹ Absolwentka SWPS Uniwersytet Humanistyczno-Społeczny Wydział Zamiejscowy w Sopocie

² Wydział Zarządzania, Uniwersytet Gdański

Adres do korespondencji: Barbara Kudryńska, Kociewskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. Starogard Gdański, ul. Dr J. Balewskiego 1, basiak19@wp.pl

Abstract

The impact of belonging to the professional group of nurses and doctors on the organizational silence

Employees who have relevant information about the functioning of the organization sometimes decide to share this information, and in other cases, they choose not to disclose their opinion. In the literature on the subject, this phenomenon is called organizational silence. This study aimed to try to answer whether the position in the organization and belonging to a specific professional group will impact organizational silence. The survey covered representatives of employees of two professional groups – doctors and nurses. The questionnaires were completed by 30 doctors and 35 nurses. The study showed that in the three analyzed situations, the hypothesis, assuming that the silence of employees is more pronounced in a situation where the violation of the applicable professional standards concerns people from the same professional group of nurses or doctors, was confirmed only in the case of a “mistake in administering the drug”.

Keywords: organizational silence, professional group, professional position

Słowa kluczowe: milczenie organizacyjne, grupa zawodowa, pozycja zawodowa

Wprowadzenie

Pracownicy często mają pomysły, informacje i opinie dotyczące konstruktywnych sposobów doskonalenia organizacji pracy w podmiotach, w których pracują. Niekiedy wypowiadają się i wyrażają swoje pomysły i opinie, a innym razem milczą. Zjawisko to w literaturze przedmiotu nazywane jest milczeniem organizacyjnym, traktowanym jako intencjonalne podejmowanie decyzji o niezabieraniu głosu przez pracowników w sytuacji, kiedy w organizacji zachodzą nieprawidłowości, działania nieetyczne, występują naruszenia osobistych, moralnych i prawnych standardów [1]. O ile Pinder i Harlos [2] skupiali się na indywidualnym aspekcie milczenia pracowników, o tyle według Morrisona i Millikena milczenie organizacyjne to zjawisko „kolektywne”, występujące wtedy, gdy większość członków organizacji wybiera milczenie na temat spraw organizacji [3]. Bottero, Van Dyne i Ang [4] wskazują na

milczenie pracowników jako strategię, w której pracownicy w zależności od postawy aktywnej lub pasywnej celowo i intencjonalnie zatrzymują lub wyrażają swoje opinie.

Morrison, Milliken i Hewlin [5] wskazują na pięć motywów odgrywających główną rolę w zachowaniu milczenia. Są to:

- przewidywanie negatywnych skutków związanych z zabranieniem głosu w postaci utraty swojego wizerunku i bycia uznanym za osobę, która jest postrzegana negatywnie, przynosi złe wiadomości i stwarza problemy, tzw. *troublemaker*; obawa przed zemstą lub karą, taką jak utrata pracy lub brak awansu, oraz obawa przed ściągnięciem kłopotów na innych;
- niesprzyjający klimat organizacyjny, hierarchiczna, niesprzyjająca wypowiedzianiu się struktura organizacyjna firmy, brak wsparcia ze strony przełożonych, brak zaufania do przełożonych;

- wiara w to, iż zabranie głosu i tak nic nie wniesie i nie zmieni oraz inne negatywne konsekwencje, jak utrata pracy, pomijanie w awansach i nagrodach;
- indywidualne cechy jednostek, takie jak brak doświadczenia i niska pozycja w miejscu pracy;
- styl zarządzania przełożonych przejawiający się brakiem wsparcia, zaufania i zdystansowaniem.

Van Dyne i Ang [4], bazując na kluczowych motywach kierujących pracownikami, a jest to brak zaangażowania, samoobrona, zorientowanie na innych i przyjmowana przez nich pasywna lub aktywna postawa, wyróżniają trzy typy milczenia – ugodowe (*acquiescent silence*), obronne (*defensive silence*), prospołeczne (*prosocial silence*) oraz analogicznie trzy typy zachowań związanych z zabieraniem głosu – ugodowy głos (*acquiescent voice*), obronny głos (*defensive voice*) oraz prospołeczny głos (*acquiescent voice*).

Milczenie ugodowe dotyczy sytuacji, w których pracownik milczy ze względu na brak wiary w skuteczność swoich argumentów. Z kolei pracownik zabiera głos ugodowy w sytuacjach, w których nie ma wiary w przekonanie grupy do swoich idei i akceptuje zdanie grupy. Z milczeniem obronnym mamy do czynienia wtedy, gdy pracownik powstrzymuje się od zabrania głosu w celu chronienia siebie. Z kolei pracownik zabiera głos obronny, aby np. skierować podejrzenia na kogoś innego. Ostatni typ milczenia, milczenie prospołeczne, odnosi się do sytuacji, w których milczenie wynika ze współpracy i ma na celu dobro organizacji. Pracownik zabiera głos prospołeczny, czyli wyraża idee i pomysły, aby poprawić organizację [4].

Badania wskazują na negatywne skutki milczenia pracowników dla samej jednostki z powodu mniejszego ich zaangażowania [6]. Milczenie organizacyjne hamuje rozwój i innowacyjność poprzez utrzymywanie dotychczasowych praktyk, może przyczyniać się do zadawania cierpienia, molestowania seksualnego i innych nadużyć, jak przemoc czy korupcja, a także błędów medycznych [7]. Milczenie organizacyjne może być również groźne w skutkach, szczególnie jeżeli dochodzi do naruszenia standardów moralnych lub kiedy naruszenie procedur naraża zdrowie lub życie. Uzasadnieniem dla niechęci do mówienia i zachowania milczenia jest przewidywanie negatywnych reakcji otoczenia (odrzućcie), które mogą doprowadzić do izolacji (naruszenie interesów grupy), bądź ograniczenia dostępu do podziału dóbr organizacji (nagrody, awanse). Osoby o większej uważności społecznej (skłonności jednostki do działania, które wyraża się zrozumieniem potrzeb innych i nastawieniem na dobro innych) mają mniejszą skłonność do zachowywania milczenia w sytuacjach, gdzie dochodzi do naruszenia norm etycznych i efektywności działania. Jest to czynnik indywidualny. Z kolei kontekst organizacyjny wskazuje również na znaczącą rolę stylu zarządzania prezentowaną przez przełożonych [8] (na co wskazywali Henriksen i Dayton [9]). Modyfikacja zakresu milczenia jest związana z pozycją w hierarchii władzy oraz rodzajem zatrudnienia. Zaangażowanie przełożonego w pracę, oceniane przez podwładnego, zmniejsza skłonność do milczenia i powoduje przełamywanie autocenzury. Autocenzurę w organizacji można zdefiniować jako świadomą decyzję pracowników o powstrzymaniu się od wyrażania opinii, krytyki

lub sugestii w sytuacjach dostrzeżonych nieprawidłowości. Osoby, którym przypisuje się silną autocenzurę, nie ujawniają informacji o nieprawidłowościach we własnej grupie [10]. Badania dotyczące hierarchii w organizacji potwierdziły, iż osoby zajmujące stanowiska kierownicze mniej milczą niż osoby na stanowiskach wykonawczych, a posiadana władza przyczynia się do ujawniania informacji mających znaczenie dla poprawy funkcjonowania firmy. Milczenie motywowane autocenzurą rośnie, kiedy pracownik ma stałe zatrudnienie, a więc kiedy ma większe poczucie bezpieczeństwa. W warunkach umowy na czas określony silniejszy wpływ na zachowanie milczenia ma ochrona interesu własnego i stąd mniejsza skłonność do wyrażania swojej opinii [8].

Czynnikiem wpływającym na milczenie organizacyjne w przedsiębiorstwach międzynarodowych może być kraj pochodzenia poszczególnych pracowników (ang. *expatriate employees*) oraz kraj, w którym pracują oni w ramach przedsiębiorstwa. Pracownicy z krajów Europy Zachodniej, np. z Austrii, Hiszpanii czy Niemiec, są mniej skłonni do milczenia organizacyjnego niż ich koledzy z innych krajów, np. Indii, Turcji czy Egiptu. Jednym z głównych powodów jest kultura organizacyjna, która może być podobna lub zupełnie inna w poszczególnych krajach [11]. Niska kultura organizacyjna oraz inne czynniki organizacyjne wpływają na wysoki poziom milczenia pracowników z innych krajów, powodując wysoki poziom ich stresu i tym samym zmniejszenie wydajności pracy [12]. Konieczne zatem wydaje się przyjęcie przez organizację kultury organizacyjnej zachęcającej pracowników do zabierania głosu w kwestiach pracowniczych i niemilczenia, aby organizacja poznała opinie pracowników i próbowała je uwzględnić w zarządzaniu [13]. Badania przeprowadzone wśród pracowników służby zdrowia w Turcji wykazały, że istnieje pozytywna korelacja pomiędzy kulturą organizacyjną a milczeniem organizacyjnym w ramach jednego kraju [14].

W przypadku jednostek ochrony zdrowia milczenie organizacyjne czy milczenie pracowników jest traktowane jako skrywanie błędów medycznych powodujących lub mogących spowodować skutki groźne dla pacjentów [9]. Z raportu *To Err Is Human: Building a safer health system* przygotowanego i opublikowanego w 1999 r. przez Institute of Medicine wynika, że w Stanach Zjednoczonych co roku umiera w szpitalach od 44 tys. do 98 tys. osób w wyniku błędów medycznych, których można by uniknąć. Według raportu koszty błędów medycznych, oprócz kosztów związanych z ludzkim życiem, szacuje się na 17–29 mld USD rocznie (łącznie z kosztami dodatkowej opieki spowodowanej błędami, utraconym dochodem oraz niepełnosprawnością). Raport definiuje błędy medyczne jako niepowodzenie właściwie zaplanowanego działania lub wykorzystanie złego planu do osiągnięcia celu. Według raportu wśród problemów, które często występują w trakcie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, znajdują się niepożądane zdarzenia związane z podaniem leków, nieprawidłowe transfuzje, urazy chirurgiczne i operacje niewłaściwego miejsca, urazy lub śmierć związane z krępowaniem, upadki, oparzenia, odleżyny, a także błędna tożsamość pacjenta [16].

Raport odegrał kluczową rolę w podnoszeniu świadomości występowania błędów medycznych w amerykańskiej służbie zdrowia. Jednak badanie z 2002 r. wykazało, że tylko 5% lekarzy i 6% społeczeństwa zidentyfikowało błąd medyczny jako jeden z najpoważniejszych problemów w opiece zdrowotnej [16].

W Polsce liczbę popełnianych błędów medycznych i zaniedbań w działaniach medycznych szacuje się na ok. 45 tys. rocznie. Według statystyk Prokuratury Krajowej w 2016 r. prokuratury w całym kraju prowadziły 4963 postępowania dotyczące błędów medycznych [17].

Niski poziom milczenia organizacyjnego przy jednocześnie wysokim poziomie dopasowania pracownika do organizacji wpływa na sukces organizacji [18]. Jak wcześniej napisano, milczenie organizacyjne prowadzi do zmniejszenia wydajności organizacji. Dlatego też ważne jest, aby pracownicy dzielili się swoimi sugestiami i obawami, w wielu wypadkach poprawiającymi ich wizerunek wewnątrz organizacji. Istnieje jednak wiele powodów powstrzymujących tych pracowników od takich działań i dlatego liderzy organizacji muszą stwarzać warunki, które motywują i umożliwiają głos pracowników, jednocześnie przełamując obawy przed strachem, odrzuceniem lub negatywnym postrzeganiem [19].

■ Cel pracy

Rozważania teoretyczne dotyczące milczenia pracowników, a zwłaszcza jego aspektu organizacyjnego i kolektywnego fenomenu, przedstawione przez Morrisona, Millikena i Hewlina [5], a także wpływu funkcjonowania grup zadaniowych, skłaniają do sformułowania następujących problemów badawczych: czy poczucie przynależności do grupy zawodowej wiąże się z decyzją o zachowaniu milczenia? Przyjmując założenia, iż czynniki społeczne (konformizm) i organizacyjne (wpływ funkcjonowania grup zadaniowych) podtrzymują zachowanie milczenia przez pracowników [9], oczekiwano, że zachowanie milczenia wobec członków własnej grupy zawodowej będzie bardziej nasilone niż wobec przedstawiciela grupy obcej. Dodatkowo spostrzeżenia Morrisona i Millikena [20] stanowiące, iż hierarchiczna, niesprzyjająca wypowiedzianiu się struktura organizacyjna sprzyja milczeniu pracowników, sprawiły, że postanowiono sprawdzić, czy pozycja w hierarchii organizacyjnej lekarz–pielęgniarka będzie miała wpływ na milczenie tych pracowników, przyjmując, że lekarz, który wydaje polecenia/zlecenia – zajmuje pozycję wyższą w organizacji.

Chcąc uzyskać odpowiedź na pytanie, czy poczucie przynależności do grupy zawodowej wiąże się z decyzją o zachowaniu milczenia, sformułowano następującą hipotezę:

H1: Milczenie pracowników jest bardziej nasilone w sytuacji, gdy naruszenie obowiązujących standardów zawodowych dotyczy osób z tej samej grupy zawodowej – pielęgniarek lub lekarzy.

■ Metodologia

Procedura badania oraz wyniki ankietowe badanych osób pochodzą z badania przeprowadzonego na potrzeby pracy magisterskiej [22].

Uczestnikami badania była grupa 65 osób – 31 pielęgniarek, 4 pielęgniarzy (grupa zawodowa pielęgniarek), 18 lekarzy i 12 lekarek (grupa zawodowa lekarzy) pracujących w lecznictwie szpitalnym i ambulatoryjnym województwa pomorskiego. Osoby te były w wieku od 26 do 61 lat (średnia wieku 41 lat, odchylenie standardowe 8,14 roku). Średnia stażu pracy wszystkich 65 osób wyniosła 17,06 roku (odchylenie standardowe 9,40 roku), a więc byli to pracownicy doświadczeni zawodowo.

Osoby biorące udział w badaniu zapoznawały się z informacją wstępną o badaniu, jego anonimowości oraz wyrażali ustną zgodę na udział w badaniu. Następnie dokonywali oceny stopnia zachowania milczenia w skali od 0% do 100% do opisanych 3 sytuacji (bodźców) naruszających standardy zawodowe (Załączniki nr 1 i nr 2). W pierwszej ankiecie (Załącznik nr 1) opisane 3 przykłady naruszeń dyscypliny pracy dotyczyły przedstawicieli zawodu lekarskiego, natomiast w drugiej ankiecie (Załącznik nr 2) przykłady naruszeń dyscypliny pracy dotyczyły przedstawiciela zawodu pielęgniarskiego. Jedna osoba otrzymywała losowo tylko jedną ankietę (Załącznik nr 1 lub nr 2), co oznaczało, że mogła oceniać przykłady naruszenia dyscypliny pracy przez przedstawiciela swojej grupy zawodowej lub przez przedstawiciela drugiej grupy zawodowej. Na 35 osób z grupy zawodowej pielęgniarek 16 osób (46%) oceniało naruszenie dyscypliny pracy przez przedstawiciela tej samej grupy zawodowej, a 19 pielęgniarek oceniało naruszenie dyscypliny pracy przez lekarza (54%). Z kolei w grupie zawodowej lekarzy 50% z nich oceniało naruszenie dyscypliny zawodowej przez lekarza i tyle samo procent lekarzy oceniało naruszenie dyscypliny zawodowej przez pielęgniarkę.

Po dokonaniu oceny sytuacji badani wypełniali opisane dalej kwestionariusze. Każda osoba wypełniająca ankietę udzielała też informacji na temat płci, zawodu, stażu pracy, wieku (tzw. metryczka).

Pierwsza z zaprezentowanych 3 hipotetycznych sytuacji (Załączniki nr 1 i nr 2) opisywała naruszenie dyscypliny pracy poprzez oddalenie się z miejsca pracy przez lekarza lub pielęgniarkę. Druga sytuacja dotyczyła spożycia alkoholu w czasie dyżuru przez lekarza lub pielęgniarkę. Ostatnia z opisywanych sytuacji dotyczyła popełnienia błędu w podaniu leku. W przypadku lekarza błąd polegał na błędnie zaordynowanej dawce leku, natomiast w przypadku pielęgniarki błąd polegał na podaniu innej niż zaordynowana przez lekarza dawki leku.

Wszystkie przedstawione sytuacje mogą wpłynąć na jakość leczenia pacjentów, przy czym wpływ każdej z nich może być inny. Pierwsze dwie sytuacje, aczkolwiek istotne, są pośrednio związane z procesem leczenia. Chociaż proporcje występowania opisanych zdarzeń między grupami zawodowymi lekarzy i pielęgniarek są z pewnością różne, a opuszczenie miejsca pracy jest nagminne wśród lekarzy, to „picie alkoholu w pracy” może występować w obydwu grupach zawodowych. Obserwacja dotyczy raczej lekarzy,

celem badania było jednak zbadanie reakcji (ocena nasilenia milczenia) na bodziec, jakim była opisywana sytuacja. Trzecia sytuacja dotyczy podawania leku pacjentowi i może mieć bezpośredni wpływ na jego zdrowie i życie. W pierwszym przypadku (Załącznik nr 1) mamy do czynienia z błędem medycznym lekarza, w drugim – z niedopatrzeniem pielęgniarki lek został podany pacjentowi w błędnie zaordynowanych przez lekarza dawkach. W drugim przypadku (Załącznik nr 2) lek przypisany pacjentowi przez lekarza w prawidłowo zaordynowanej dawce został podany przez pielęgniarkę w błędnej dawce, innej niż ta przepisana przez lekarza. Zatem pierwszy przypadek można zakwalifikować jako błąd medyczny popełniony przez lekarza. Drugi przypadek należy traktować jako brak ostrożności i niezachowanie staranności działania przez pielęgniarkę. W świetle orzecznictwa sądowego niedopełnienie obowiązków przy wykonywaniu czynności medycznych poprzez naruszenie elementarnych zasad ostrożności oraz brak starannego działania nie są błędami medycznymi. Są traktowane jako zaniedbanie lub niedopatrzenie i można je zaliczyć do zdarzeń niepożądanych, czyli takich, które podczas diagnozowania lub leczenia pacjenta nie wynikają z jego aktualnego stanu zdrowia i nie wiążą się z naturalnym przebiegiem schorzenia, ale mogą prowadzić do uszczerbku na zdrowiu lub mu zagrażać¹ [18]. Można dyskutować nad różnicą oceny sytuacji „błąd w podaniu leku” w kategoriach błędu medycznego i działania niepożądanego. Oczywiście z racji odmiennych ról zawodowych lekarzy i pielęgniarek zadana do oceny sytuacja musiała mieć podobny kontekst, lecz inne sprawstwo. Jednak, jak wspomniano wyżej, nadrzędnym celem badania była reakcja na zadany bodziec (ocena nasilenia milczenia) wobec własnej lub obcej grupy zawodowej.

Wyniki badań

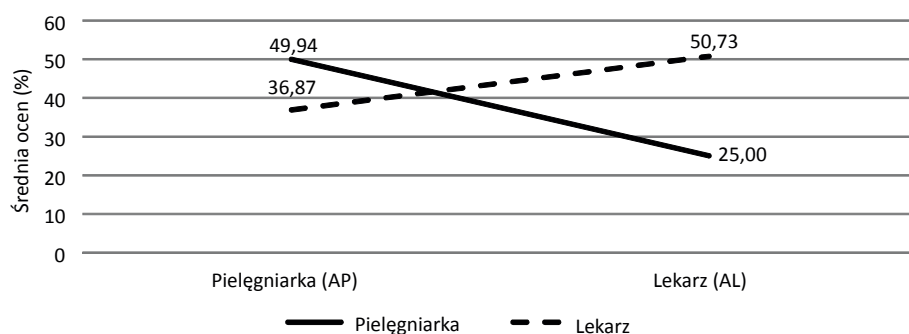
Celem sprawdzenia hipotezy, że skłonność do milczenia zależy od przynależności do grupy zawodowej i pozycji zawodowej, zastosowano analizę wariancji jednej zmiennej UNIANOVA, wykorzystując program IBM SPSS Statistics.

Na rysunku 1 przedstawiono wyniki przypadku dotyczącego „błędu w podaniu leku” (Załącznik nr 1 – Sytuacja 3

i Załącznik nr 2 – Sytuacja 3). Kiedy oceniającymi były pielęgniarki, chęć zachowania milczenia była znacznie wyższa, gdy dotyczyła oceny przedstawiciela tej samej grupy zawodowej (49,98%) niż w przypadku oceny przedstawiciela grupy zawodowej lekarzy (25,00%). Podobnie było w grupie zawodowej lekarzy, w której respondenci byli bardziej skłonni do zachowania milczenia przy ocenie przedstawiciela tej samej grupy (50,73%) niż w przypadku oceny przedstawicielki grupy zawodowej pielęgniarek (36,87%). Wyniki analizy wariancji (2×2 ; miejsce w hierarchii: pielęgniarka, lekarz \times przynależność do grupy: pielęgniarek vs lekarzy) potwierdziły istotność statystyczną interakcji obydwu zmiennych niezależnych ($F = 4,90^2$, $df = 1,61$, $p = 0,031$) w ocenie Sytuacji 3.

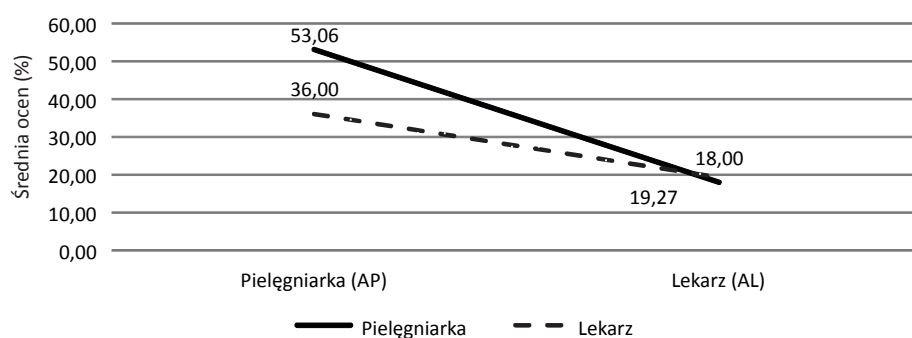
Wyniki oceny zachowania milczenia w ocenie sytuacji „alkohol w pracy” (Sytuacja 2) zaprezentowano na rysunku 2. Skłonność do zachowania milczenia w grupie pielęgniarek wyniosła 53,06%, gdy naruszenie dyscypliny pracy dotyczyło przedstawicielki ich grupy zawodowej, i tylko 18,00%, gdy dotyczyło lekarza. Sytuacja ta nie wystąpiła w grupie zawodowej lekarzy, którzy oceniając lekarza, w 19,27% byli skłonni do zachowania milczenia, a aż w 36,00%, gdy naruszenie dyscypliny pracy dotyczyło pielęgniarki. Wyniki analizy wariancji (2×2 ; miejsce w hierarchii: pielęgniarka, lekarz \times przynależność do grupy: pielęgniarek vs lekarzy) oceny sytuacji „spożycia alkoholu w miejscu pracy” wskazują, że interakcja obydwu zmiennych niezależnych okazała się statystycznie nieistotna ($F = 1,57$, $df = 1,61$, $p = 0,214$).

Wyniki oceny trzeciego hipotetycznego przypadku naruszenia dyscypliny pracy dotyczącego „opuszczenia miejsca pracy” (Sytuacja 1), przedstawione na rysunku 3, również nie potwierdziły postawionej hipotezy. Oceniające pielęgniarki w 56,19% były skłonne zachować milczenie w przypadku naruszenia dyscypliny pracy przez osobę z tej samej grupy zawodowej i tylko w 28,95%, gdy naruszenie dotyczyło lekarza. Z kolei lekarze oceniając postępowanie lekarza, byli w 18,67% skłonni do zachowania milczenia i aż w 63,80%, gdy naruszenie dotyczyło pielęgniarki. Wyniki analizy wariancji (2×2 ; miejsce w hierarchii: pielęgniarka, lekarz \times przynależność do grupy: pielęgniarek vs lekarzy) oceny sytuacji „opuszczenia miejsca pracy” oznaczają, że interakcja obydwu zmiennych niezależnych



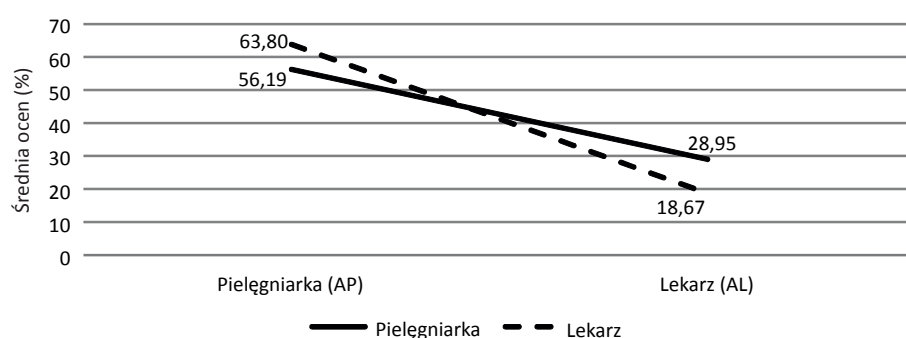
Rysunek 1. Deklarowane milczenie w zależności od grupy zawodowej – sytuacja „błąd w podaniu leku”

Źródło: Obliczenia własne w Programie IBM SPSS Statistics na podstawie danych z ankiet.



Rysunek 2. Deklarowane milczenie w zależności od grupy zawodowej – sytuacja „alkohol w pracy”

Źródło: Obliczenia własne w Programie IBM SPSS Statistics na podstawie danych z ankiet.



Rysunek 3. Deklarowane milczenie w zależności od grupy zawodowej – sytuacja „opuszczenie miejsca pracy”

Źródło: Obliczenia własne w Programie IBM SPSS Statistics na podstawie danych z ankiet.

okazała się statystycznie nieistotna ($F = 1,60$, $df = 1,61$, $p = 0,211$).

Podsumowując, na trzy analizowane sytuacje postawiona hipoteza potwierdziła się tylko w sytuacji dotyczącej „pomyłki w podaniu leku” (Załączniki nr 1 i nr 2 – Sytuacja 3).

Podsumowanie

Podjęte badania były próbą odpowiedzi na pytanie, czy funkcjonowanie pracowników w złożonych organizacyjnie jednostkach ochrony zdrowia z hierarchiczną strukturą, gdzie granice między grupami zawodowymi są silnie zaznaczone, będzie wpływać na milczenie organizacyjne i czy uda się potwierdzić, iż reprezentowanie określonej grupy zawodowej determinuje poziom milczenia. Zgodnie z postawioną hipotezą oczekiwano, że milczenie będzie bardziej nasilone, jeżeli ocenie zostanie poddany pracownik z własnej grupy zawodowej. Hipoteza była testowana za pomocą trzech sytuacji opisujących naruszenie procedur organizacyjnych. Na trzy analizowane sytuacje hipoteza potwierdziła się tylko w jednej. Była to sytuacja związana z „pomyłką w podaniu leku”. Pozostałe

sytuacje okazały się nieinterpretowalne, zależności okazały się nieistotne statystycznie. Próbuując wyjaśnić, dlaczego sytuacja opisująca błąd medyczny lekarza polegający na błędnie zaordynowanej dawce leku oraz niedbalstwo i brak rzetelności zawodowej pielęgniarki w podaniu leku wykazała statystyczną istotność, można przypuszczać, iż jest to najpoważniejsza z zaprezentowanych hipotetycznych sytuacji, której skutki mogą być bardzo poważne nie tylko dla pracownika, ale przede wszystkim dla zdrowia lub życia pacjenta. Prawdopodobnie dlatego obie grupy zawodowe uznały, że konieczne jest zachowanie milczenia w szczególności w stosunku do osób z ich własnej grupy zawodowej.

Do najważniejszych ograniczeń badania zaliczyć można zbyt małą próbę badanych, szczególnie w grupie lekarzy, którzy dosyć niechętnie uczestniczą w badaniach psychologicznych. W instytucjach ochrony zdrowia, oprócz szkodliwego wpływu na samą organizację, milczenie ma bezpośredni związek ze zdrowiem i życiem pacjenta. Dlatego też interesujące byłoby kontynuowanie badania poszukującego odpowiedzi na pytanie nie tylko o to, dlaczego pracownicy milczą, ale także, co powoduje, że decydują się zabrać głos.

Przypisy

1. Przykładem może być śmierć czterech pacjentek z oddziału ginekologiczno-położniczego w wyniku podania silnie trującej substancji (azotynu sodu) zamiast soli gorzkiej (leku przeczyszczającego) [21].
2. Wartość F1/61 odczytana z tablic wynosi 3,998.

Piśmiennictwo

1. Knoll M., van Dick R., *Do I Hear the Whistle...? This Is the First Attempt to Measure Four Forms of Employee Silence and Their Correlations*, „Journal of Business Ethics” 2013; 113: 349–362.
2. Pinder C.C., Harlos H.P., *Employee Silence: Quiescence and Acquiescence as Responses to Perceived Injustice*, „Research in Personnel and Human Resource Management” 2001; 20: 331–369.
3. Morrison E.W., Milliken F.J., *Organizational Silence: a Barrier to Change and Development in a Pluralistic World*, „Academy of Management Review” 2000; 25 (4): 706–725.
4. Van Dyne L., Ang S., Botero I.C., *Conceptualizing Employee Silence and Employee Voice as Multidimensional Constructs*, „Journal of Management Studies” 2003; 40 (6): 1359–1392.
5. Morrison E.W., Milliken F., Hewlin P.F., *An Exploratory Study of Employee Silence: Issues that Employees Don't Communicate Upward and Why*, „Journal of Management Studies” 2003; 40 (6): 1453–1476.
6. Aflatoon A., Mahdi zare kahnali, Ahmad A., Reza Ali Nejad., *Investigating the Relationship between Silence and Organizational Commitment (Case Study: Shiraz University of Medical Sciences)*, „Revista Publicando” 2018; 15 (2): 893–906.
7. Adamska K., *Milczenie i przelamywanie milczenia w organizacji*, „Roczniki Psychologiczne” 2016; 19: 75–88.
8. Adamska K., *Milczenie w organizacji. Rola uważności społecznej i czynników kontekstowych*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2015: 115–131.
9. Henriksen K., Dyton E., *Organizational Silence and Hidden Threats to Patient Safety*, „Health Services Research” 2006; 41 (4): 1539–1554.
10. Adamska K., Jurek P., *Come and Say What You Think: Reducing Employees' Self-Censorship through Procedural and Interpersonal Justice*, „Current Issues in Personality Psychology” 2021; 9 (4): 328–340.
11. Aydinay M., *The Evaluation of Employee Silence from the Perspective of Foreign Employees Working for International Companies in Poland*, „Erciyes Akademi” 2021; 35 (3): 956–977.
12. Dileep K.M., Ponmalar N.A., Normala G., *The Impact of Organisational Silence on Job Stress, Organisational Commitment and Intention to Leave Among Expatriate Employees*, „Australian Journal of Basic and Applied Sciences” 2015; 9 (29): 1–8.
13. Wageeh A.N., *The Impact of Organizational Silence on Job Attitudes: A Study on Pharmaceutical Industry in Egypt. Impact Factor 3.582*, „Case Studies Journal” 2016; 5 (8): 98–124.
14. Doğan S., Yilmaz M., *The Effects of Organizational Culture on Organizational Silence in the Health Institutions*, „Business & Management Studies: an International Journal” 2020; 8 (2): 1523–1545, doi: <http://dx.doi.org/10.15295/bmij.v8i2.1440>.
15. Morrison E., *Employee Voice and Silence*, „Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior” 2014; 1: 173–197.
16. Institute of Medicine (US); Committee on Quality of Health Care in America, *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, ed. by LT. Kohn, J.M. Corrigan, and M.S. Donaldson, Washington, DC: National Academy Press (US), 2000, doi: 10.17226/9728.
17. Blendon J., DesRoches C., Brodie M. et al., *Views of Practicing Physicians and the Public on Medical Errors*, „New England Journal of Medicine” 2002; 347 (24): 1933–1940, doi: 10.1056/NEJMsa022151.
18. Puch E.A., Nowak-Jaroszyk M., Swora-Cwynar E., *Błąd medyczny w teorii i praktyce – przegląd najważniejszych zagadnień*, „Medycyna Pracy” 2020; 71 (5): 613–630.
19. Sariboğa V. & Serin H., *Organizational Silence and Person-Organization Fit: A Study on Classroom Teachers*, „Cypriot Journal of Educational Science” 2020; 15 (5): 887–898, doi: <https://doi.org/10.18844/cjes.v15i5.5119>.
20. Morrison E.W., Milliken F.J., *Guest Editor's Introduction. Speaking up, Remaining Silent: The dynamics of voice and silence in the organization*, „Journal of Management Studies” 2003; 40 (6): 1353–1358.
21. Wyrok SN II KR 219/83 z dnia 27 października 1983 r., <https://sip.lex.pl/orzeczenia-i-pisma-urzedowe/orzeczenia-sadow/ii-kr-219-83-wyrok-sadu-najwyzszego-520113630> (dostęp: 10.12.2019).
22. Kudryńska B., *Wpływ przynależności do grupy zawodowej i poczucia sprawiedliwości organizacyjnej na milczenie w miejscu pracy*, praca magisterska napisana pod kierunkiem dr. hab. Sylwiusza Retowskiego, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Wydział Zamiejscowy w Sopocie, 2018.

Załącznik nr 1. Ankieta – Lekarz (AL)

Dzień dobry!

Zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie poniższej ankiety. Z uwagi na chęć przedstawienia wiarygodnych i rzetelnych informacji, proszę o poważne potraktowanie poniższej ankiety oraz udzielenie szczerych odpowiedzi wg poniższych wskazówek. Badanie opinii skierowane jest do pracowników wielu placówek ochrony zdrowia i jest w pełni anonimowe.

Poniżej znajdują się 3 opisy sytuacji związane z miejscem pracy, proszę, ocenić, jak postąpiłabyś, będąc ich świadkiem...

SYTUACJA 1. W trakcie nocnego dyżuru dochodzi do zatrzymania krążenia u pacjenta. Personel wzywa lekarza, niestety nie ma go w gabinecie lekarskim. Jakiś czas wcześniej uprzedził, że „wychodzi na kilka minut”. Nie był też wzywany do SOR. Zgodnie z procedurą wzywasz zespół reanimacyjny. Resuscytacja kończy się powodzeniem. Lekarz pojawia się po 2 godzinach, tłumacząc się, że musiał pilnie wyjechać.

Proszę ocenić w skali od 0% do 100%, jak oceniasz szanse, że zachowałbyś milczenie w takiej sytuacji:
0%.....100%

SYTUACJA 2. Na nocnym dyżurze dochodzi do pilnego zabiegu operacyjnego. Lekarz dyżurny pojawia się na oddziale po dosyć długim czasie nieobecności. Istotnie, wcześniej na bloku operacyjnym był wykonany w trybie pilnym zabieg operacyjny. Od lekarza pielęgniarki wyczuwają woń alkoholu. Lekarz tłumaczy, że zapach alkoholu spowodowany jest dezynfekcją rąk przed zabiegiem operacyjnym. Pozostali lekarze nie zaprzeczają ani nie potwierdzają zaistniałej sytuacji.

Proszę ocenić w skali od 0% do 100%, jak oceniasz szanse, że zachowałbyś milczenie w takiej sytuacji:
0%.....100%

SYTUACJA 3. Po przyjęciu dyżuru lekarz sprawdza karty zleceń lekarskich. W jednej z kart zleceń zauważa błąd w dawce antybiotyku. Widzi, że lek w ciągu dnia był podany pacjentowi w błędnie zaordynowanych dawkach. Lekarz poprawia dawki leku, tłumacząc pielęgniarkom, że stan pacjenta tego wymagał. W raporcie z dyżuru lekarz nie uwzględnia tej uwagi.

Proszę ocenić w skali od 0% do 100%, jak oceniasz szanse, że zachowałbyś milczenie w takiej sytuacji:
0%100%

Proszę o udzielenie informacji: Płeć: Kobieta ... Mężczyzna ... (zakreśl właściwe); Zawód: Lekarz ... Pielęgniarka ... (zakreśl właściwe); Wiek: ...; Staż pracy (w latach) ...

■ Załącznik nr 2. Ankieta – Pielęgniarka (AP)

Dzień dobry!

Zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie poniższej ankiety. Z uwagi na chęć przedstawienia wiarygodnych i rzetelnych informacji, proszę o poważne potraktowanie poniższej ankiety oraz udzielenie szczerych odpowiedzi wg poniższych wskazówek. Badanie opinii skierowane jest do pracowników wielu jednostek ochrony zdrowia i jest w pełni anonimowe.

Poniżej znajdują się 3 opisy sytuacji związane z miejscem pracy, proszę ocenić, jak postąpiłbyś/abyś, będąc ich świadkiem...

SYTUACJA 1. Na dyżurze, w godzinach popołudniowych, jedna z pielęgniarek ma bardzo pilną sprawę do załatwienia (musi odwiedzić dziecko ze szkoły), „urywa się na chwilę z pracy”. Po 10 minutach od jej wyjścia u jednego z pacjentów dochodzi do odczynu po podaniu krwi – pacjent ma zapaść. Przybyły lekarz dyżurny rozpoczyna akcję resuscytacyjną, pyta, gdzie jest druga pielęgniarka odcinkowa. Pozostałe pielęgniarki „kryją” koleżankę, mówiąc, że pojechała z pacjentem na badanie TK do odrębnego pawilonu – które trwa ok. 30 min. Resuscytacja kończy się powodzeniem.

Proszę ocenić w skali od 0% do 100%, jak oceniasz szanse, że zachowałbyś milczenie w takiej sytuacji:
0%.....100%

SYTUACJA 2. Od pielęgniarki, która przyszła na dyżur nocny, inne koleżanki wyczuwają woń alkoholu. Tłumaczy, że będąc na imieninach, wypła tylko jeden kieliszek. Powiadomienie pielęgniarki oddziałowej prawdopodobnie spowodowałoby zawieszenie koleżanki w dyżurach, a ona spłaca kredyt. Pozostałe pielęgniarki decydują się pomóc – i kładą koleżankę do łóżka na pustej sali chorych. Same pracują w pomniejszonym składzie. Rano pielęgniarka zdaje raport z dyżuru z pozostałymi. Pielęgniarka oddziałowa niczego się nie domyśla.

Proszę ocenić w skali od 0% do 100%, jak oceniasz szanse, że zachowałbyś milczenie w takiej sytuacji:
0%100%

SYTUACJA 3. Pielęgniarka wykonująca zlecenia – podanie insuliny pacjentom z cukrzycą – pomyliła dawkę leku. Pielęgniarki nie zgłosiły tego lekarzowi. Natomiast bez zlecenia lekarskiego badały poziom cukru we krwi, monitorując stan pacjenta. Pielęgniarki nie uwzględniają pomyłki w dokumentacji medycznej.

Proszę ocenić w skali od 0% do 100%, jak oceniasz szanse, że zachowałbyś milczenie w takiej sytuacji:
0%100%

Proszę o udzielenie informacji: Płeć: Kobieta... Mężczyzna... (zakreśl właściwe); Zawód: Lekarz... Pielęgniarka... (zakreśl właściwe); Wiek:...; Staż pracy (w latach)...