

Izvirni znanstveni članek / Original article

ODLOČANJE IN UPORABA MOČI VODIJ V ZDRAVSTVENI NEGI**DECISION-MAKING AND USE OF POWER OF NURSING CARE LEADERS***Mateja Lorber, Brigita Skela Savič***Ključne besede:** odločanje, delegiranje, vodje, zdravstvena nega**Key words:** decision-making, delegation, leaders, nursing care**IZVLEČEK**

Izhodišča: Bistvo odločanja vodij v zdravstveni negi je v pripravljanju in izbiri različnih rešitev. Vodja v zdravstveni negi se mora znati ustrezno in pravočasno odločiti v skladu s svojimi predvidevanji in izkušnjami. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, ali so zaposleni v zdravstveni negi vključeni v proces odločanja ter ali vodje pri sprejemanju odločitev uporabljajo različne pritiske in moč.

Metode: Raziskava je temeljila na kvantitativni metodologiji. Uporabljena je opisna raziskovalna metoda, za metodo zbiranja podatkov pa anketni vprašalnik, ki je vseboval vprašanja zaprtega tipa. V raziskavo so bili vključeni zaposleni v zdravstveni negi v štirih bolnišnicah v Sloveniji, kar predstavlja 8 % vseh zaposlenih v zdravstveni negi v vseh slovenskih bolnišnicah. Raziskava je potekala aprila leta 2009. Statistično analizo smo izvedli s statističnim programom SPSS 16.0. Za ugotavljanje statistično pomembnih razlik med posameznimi spremenljivkami smo uporabili t-test, povezanost med spremenljivkami smo ugotavljali s korelacijsko analizo. Metodo glavnih komponent smo uporabili za oblikovanje komponent, ki predstavljajo značilnosti merjenih spremenljivk.

Rezultati: Iz analize podatkov je razvidno, da vodje pri sprejemanju odločitev redko vključujejo in poslušajo sodelavce ($t = 8,76; p < 0,001$) ter za svoje odločitve običajno ne sprejmejo odgovornosti ($t = 7,17; p < 0,001$). Prav tako vodje zaposlenim ne zaupajo delegiranih nalog ($t = 3,46; p < 0,001$). Ugotovimo, da vodje v zdravstveni negi pri odločanju še vedno uporabljajo različne pritiske ($t = -9,00; p < 0,001$) ter moč vodstvene hierarhije ($t = -8,76; p < 0,001$).

Diskusija in zaključki: Ugotovili smo, da vodje v zdravstveni negi v procese odločanja zaposlenih ne vključujejo, prav tako pri sprejemanju odločitev predloge sodelavcev slabo upoštevajo. Problem vključevanja ni prisoten le na nivoju zaposlenih, ampak tudi pri vodjih na nivoju nižjega menedžmenta. Učinkovit in uspešen vodja je lahko le tisti, ki je sposoben prilagoditi svoj stil vodenja razmeram in zaposlenim v organizaciji.

ABSTRACT

Introduction: The essence of leaders' decision-making in nursing lies in the development and selection of different solutions. Leaders in nursing should know how to make the right decisions at the right moment and in accordance with their own expectations and experiences. The aim of the study was to determine whether employees are at all involved in the decision-making process and whether leaders use pressure techniques and different types of power in the decision-making process.

Methods: The survey was based on quantitative methodology. Enquiry was used as a research method, while a questionnaire containing closed questions and document analysis was used as the data collection method. Four hospitals across Slovenia were included in the survey, representing 8 % of all health care employees in Slovenian hospitals. Research was conducted in April 2009. Various statistical methods using the computer program SPSS 16.0 were used. Differences between individual variables were analysed using the t-test, while correlation analysis was used to identify the relationship between variables. In addition, principal component analysis to establish characteristic components of the measured variables was used.

Results: The results of the study show that leaders rarely involve employees ($t = 8.76; p < 0.001$) in decision-making and that they usually fail to take responsibility ($t = 7.17; p < 0.001$). Moreover, it has also been found that leaders do not trust employees with delegated tasks ($t = 3.46; p < 0.001$) and that leaders in nursing continue to use various forms of pressure ($t = -9.00; p < 0.001$) and the power of management hierarchy ($t = -8.76; p < 0.001$) when making decisions.

Discussion and conclusions: It has been found that leaders in nursing fail to include employees and their proposals in the decision-making process. Integration seems to be problematic not only with employees, but also with lower level management leaders. Only those who are able to adapt their leadership style to a particular situation and employees within an organization can be effective and successful leaders.

pred. mag. Mateja Lorber, viš. med. ses., univ. dipl. org., Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ul. 15, 2000 Maribor, e-pošta: mateja.lorber@uni-mb.si

doc. dr. Brigita Skela Savič, viš. med. ses., univ. dipl. org., Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice

Članek temelji na ugotovitvah magistrskega dela z naslovom Vedenje, značilnosti in kompetence vodij v povezavi z zadovoljstvom in pripadnostjo zaposlenih v zdravstveni negi, ki je nastalo na Fakulteti za management Univerze na Primorskem pod mentorstvom doc. dr. Brigite Skela Savič.

Uvod

Vodenje je že dolgo časa v središču pozornosti različnih strokovnjakov. V teoriji prevladuje splošno stališče, da na pridobivanje položaja vodje vplivajo situacijski dejavniki, vendar kljub temu ne smemo zanemariti vpliva osebnosti in vedenja posameznika. Vodenje ljudi je posebna spretnost in večšina vodij in menedžerjev, ki je ne moremo enačiti z upravljanjem, saj od posameznika zahteva povsem drugačno znanje in spretnosti – spretnosti ravnanja z ljudmi pri delu (Luckmann Jagodič, 2007). Vodenje ni enkratno dejanje, ampak dalj časa trajajoč proces vplivanja na ljudi, ki se nanaša na usmerjanje in spreminjanje (Sullivan, Decker, 2005) z namenom doseganja zastavljenih ciljev.

Za učinkovitega vodjo v zdravstveni negi bi lahko označili osebo, ki je sposobna vplivati na zaposlene tako, da vsi zaposleni aktivno sodelujejo v prizadevanju za doseganje ciljev organizacije (Kotter, 1990). Možina (2002) navaja, da mora vodja ne le usposobiti zaposlene, da dosežejo cilje, temveč jih mora predvsem pripraviti, da to sami želijo. Tappen (2001) navaja naslednje značilnosti učinkovitega vodje v zdravstveni negi: ustrezno in zadostno znanje ter strokovna usposobljenost s področja vodenja, samozavestnost, učinkovitost in jasnost v procesu komunikacije, odločnost in izžarevanje pozitivne energije, sprejemanje in določanje pomembnih ciljev in nalog ter prizadevnost. Maceri (2006) navaja, da mora uspešen vodja v zdravstveni negi znati učinkovito komunicirati, biti na razpolago zaposlenim, vključevati zaposlene pri odločanju, ohranjati klinične spretnosti, nuditi podporo zaposlenim pri reševanju konfliktov, pomagati zaposlenim pri pridobivanju kliničnih spretnosti, biti zagovornik pacienta, spodbujati zaposlene k reševanju problemov ter imeti spoštovanje do vseh ljudi. Jooste (2004) ugotavlja, da različne zahteve in spremembe v zdravstveni negi zahtevajo spretnosti, ki jih morajo vodje znati učinkovito vnesti v izbrani stil vodenja.

Odločanje, delegiranje in uporaba moči

Bistvo odločanja je v pripravljanju in izbiri različnih rešitev, zato je potrebno odločanje organizirati, zagotoviti pravo informiranost in ustrezno rabo ustvarjalnih metod ter izvedbo odločanja. Vodja v zdravstveni negi se mora znati ustrezno in pravočasno odločiti v skladu s svojimi predvidevanji. Pred sprejetjem odločitve mora vodja povabiti k podajanju predlogov sodelavce, skupaj z njimi najti najboljšo odločitev, jih o sprejetju odločitvi seznaniti in ob tem zanjo sprejeti tudi odgovornost. Prav tako mora vodja imeti sposobnost oblikovanja pravočasnih in ustreznih odločitev ter sprejemati odločitve tudi v negotovih situacijah. Lin in sodelavci (2007) navajajo, da mora vodja spodbujati enakopravno vključevanje in sodelovanje pri sprejemanju odločitev, saj bodo le tako doseženi pozitivni rezultati pri pacientu ter optimalno

izkoriščeni resursi vseh sodelujočih v procesni obravnavi zdravstvene nege.

Delegiranje je eden izmed elementov za izboljšanje delovnega procesa. Preko delegiranja se večja številost tistih, ki sodelujejo pri odločanju. Vodja mora pri delegiranju nalog imeti visoko stopnjo menedžerskih sposobnosti, hkrati sodelavcem zaupati in jim dajati zadolžitve za delo glede na njihovo znanje in sposobnosti. Svetic (2003) pravi, da je posledica delegiranja ploščenje hierarhične strukture in zniževanje hierarhične ravni, kar pomeni obenem tudi hitrejši pretok informacij.

Za uspešno vodenje niso pomembne samo sposobnosti in motivacija ter delegiranje, ampak tudi moč in vpliv vodje. Russel in Scoble (2004) navajata, da znajo uspešni vodje razdeliti moč, imajo intuicijo in sposobnosti za usklajevanje vrednot, dobro poznajo samega sebe in imajo sposobnost doseganja vizije. Moč je sposobnost vplivati in usmerjati posameznika, skupino ali organizacijo proti želenim rezultatom (Možina, 2002). Vsak vodja ima moč in hkrati mora vedeti, kdaj in kako naj jo uporablja. Ločimo več vrst moči oziroma vpliva, Možina (2002) navaja naslednje:

- legitimna moč – le-ta izhaja iz uradnega položaja vodje v organizacijski hierarhiji;
- moč (materialnega in nematerialnega) nagrajevanja – le-ta izvira iz možnosti vodje, da nagraduje svoje sodelavce;
- moč pritiska – le-ta izhaja iz bojzani in strahu sodelavcev pred kaznijo;
- referenčna moč – le-ta izhaja iz identifikacije sodelavcev z vodjo;
- ekspertna moč – le-ta izvira iz specializiranega, strokovnega znanja vodje.

Vodje pri delu uporabljajo vse vrste moči, in sicer glede na okoliščine, v katerih delujejo.

Namen in hipoteze

Zaradi zavedanja pomena sodelovanja vseh zaposlenih v zdravstveni negi pri odločanju smo se odločili za raziskavo, s katero smo želeli ugotoviti, ali so zaposleni v zdravstveni negi vključeni v proces odločanja ter ali vodje pri svojem delu še vedno uporabljajo pritiske in moč. Rezultati so povratna informacija in hkrati pomoč vodilnim pri sprejemanju odločitev ter pri stilu vodenja.

Hipoteza 1: Vodje z več leti delovne dobe se bolj zavedajo odgovornosti pri sprejemanju odločitev ter pri svojem delu upoštevajo predloge sodelavcev.

Hipoteza 2: Vodje v zdravstveni negi pri sprejemanju odločitev največ uporabljajo ekspertno moč.

Hipoteza 3: Vodje z več leti delovne dobe pri odločanju uporabljajo različne vrste moči.

Metode

Raziskava je temeljila na kvantitativni metodologiji. Uporabili smo deskriptivno raziskovalno metodo in za metodo zbiranja podatkov anketni vprašalnik, ki je vseboval vprašanja zaprtega tipa, ter analizo dokumentov. Raziskava je bila izvedena aprila 2009, vanjo so bile vključene štiri bolnišnice v Sloveniji. Od tega smo eno bolnišnico obiskali in sodelovali pri razdelitvi vprašalnikov zaposlenim in vodjem, ostalim sodelujočim bolnišnicam smo anketne vprašalnike poslali po pošti, le-te so jih nato zbirale v za to namenjenih skrinjah, s čimer smo zagotovili anonimnost. Razdelili smo 750 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 26,8 % vseh zaposlenih v zdravstveni negi v bolnišnicah, ki so sodelovale v raziskavi (N = 2802), in 8 % vseh zaposlenih v zdravstveni negi v vseh slovenskih bolnišnicah (N = 9404). Sto deset anketnih vprašalnikov za vodje smo razdelili med vodje na srednji in nižji ravni vodenja, istočasno smo razdelili 640 anketnih vprašalnikov za zaposlene ostalim zaposlenim v zdravstveni negi v štirih slovenskih bolnišnicah. Razporeditev vprašalnikov za vodje ni bila naključna, saj je bila povezana z delovnim mestom anketiranega vodje v zdravstveni negi, kar pomeni, da smo uporabili namensko vzorčenje. Zaposleni v zdravstveni negi so se za sodelovanje v raziskavi odločili prostovoljno. Vrnjenih je bilo 509 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 68% odziv.

V raziskavi smo uporabili dva vprašalnika, enega za vodje in drugega za ostale zaposlene v zdravstveni negi. Pripravili smo ju na osnovi študija literature o sodobnem vodenju ter s pomočjo že obstoječega vprašalnika za merjenje kompetenc (O. K. Consulting d. o. o. – Svetovalno izobraževalno podjetje na področju razvoja zaposlenih in transformacijskega vodenja), za katerega smo pridobili pisno soglasje za uporabo. Vodje so v anketnem vprašalniku ocenjevali sebe kot vodjo, to pomeni, da smo pridobili samooceno vodij v zdravstveni negi. Zaposleni so se opredeljevali do trditev, ki so opisovale njihovega neposrednega vodjo. Anketiranci so se do trditev opredelili po Likertovi lestvici, kjer je 1 pomenilo »sploh ne drži« in 5 »popolnoma drži«. Zbiranje podatkov je temeljilo na anketnem vprašalniku, sestavljenem iz nekaj vsebinskih sklopov ter demografskih podatkov o anketiranih. V nadaljevanju je predstavljena struktura anketnega vprašalnika.

Vedenje vodij smo proučevali s pomočjo štirih stilov vodenja. Stil vodenja smo ugotavljali z dvajsetimi trditvami, za vsak stil vodenja po pet trditev, ki smo jih oblikovali s pomočjo teoretičnih izhodišč ter že uporabljenih vprašalnikov (Možina, 2002; Skela Savič, 2002; Čeferin Kveder, 2005). Stopnja zanesljivosti omenjenega sklopa je 0,748, kar je zadovoljiva stopnja.

Področje osebnostnih in drugih značilnosti vodij smo ugotavljali na podlagi izbranih petindvajsetih osebnostnih in drugih značilnosti, ki smo jih določili s pomočjo karakterističnih značilnosti in večšin, ki naj bi jih imel uspešen vodja (Tappen, 2001; Mayer, 2003; Maceri, 2006). Stopnja zanesljivosti omenjenega sklopa vprašanj je 0,953.

Področje odločanja smo ugotavljali z enajstimi trditvami, ki smo jih oblikovali s pomočjo že obstoječega anketnega vprašalnika O. K. Consultinga za ugotavljanje kompetenc. Na podlagi teoretičnih izhodišč zdravstvene nege smo obstoječi vprašalnik dopolnili in prilagodili za to področje (Skela Savič, 2002; Dickson, Den Hartog, Mitchelson, 2003). Stopnja zanesljivosti omenjenega sklopa je 0,774.

Področje delegiranja smo ugotavljali s sedmimi trditvami, ki smo jih oblikovali s pomočjo že obstoječega anketnega vprašalnika O. K. Consultinga za ugotavljanje kompetenc. Tudi ta sklop vprašanj smo na podlagi teoretičnih izhodišč zdravstvene nege dopolnili in prilagodili za to področje (Skela Savič, 2002; Dickson, Den Hartog, Mitchelson, 2003). Stopnja zanesljivosti omenjenega sklopa je 0,691.

Za statistično analizo smo uporabili računalniški program SPSS 16.0. Odgovore anketirancev smo predstavili s povprečno oceno in pripadajočim koeficientom variabilnosti. Razlike v povprečni oceni pri različnih spremenljivkah smo preverjali s t-testom, povezanost med spremenljivkami smo ugotavljali s korelacijo. Za oblikovanje nekaterih komponent, ki predstavljajo značilnosti merjenih spremenljivk, smo uporabili metodo glavnih komponent.

Rezultati

S t-testom smo preverili, ali med posameznimi povprečnimi vrednostmi mnenj vodij in mnenj zaposlenih obstajajo statistično pomembne razlike. V Razpredelnici 1 so prikazane povprečne vrednosti (PV) odgovorov za vodje in zaposlene s koeficientom variabilnosti ter rezultati t-testa za spremenljivko odločanje in delegiranje.

V primerjavi z zaposlenimi vodje s statistično pomembno višjo povprečno vrednostjo menijo, da se odločajo v skladu s svojimi pristojnostmi in odgovornostmi (PV = 4,5; t = 5,70; p < 0,001) in da za svoje odločitve sprejmejo tudi odgovornost (PV = 4,6; t = 7,17; p < 0,001). Zaposleni v višji meri menijo, da vodje pri odločanju uporabljajo svojo osebno moč (PV = 2,9; t = -4,09; p < 0,001), kot to ocenjujejo vodje. V primerjavi z zaposlenimi vodje s statistično pomembno višjo povprečno vrednostjo menijo, da svoje odločitve ustrezno argumentirajo (PV = 4,4; t = 5,02; p < 0,001) ter da pri odločanju uporabljajo svoje strokovno znanje (PV = 4,5; t = 4,74; p < 0,001).

Vodje prav tako s statistično pomembno višjo povprečno vrednostjo menijo, da pri sprejemanju odločitev

poslušajo in upoštevajo predloge sodelavcev (PV = 4,4; t = 8,76; p < 0,001), medtem ko zaposleni ocenjujejo, da vodje pri sprejemanju odločitev le redko upoštevajo njihove predloge (PV = 3,8). Vodje s statistično pomembno višjo povprečno vrednostjo menijo, da kadar naloge delegirajo sodelavcem, jim tudi zaupajo, da jih bodo le-ti dobro opravili (PV = 4,5; t = 3,46; p < 0,001), medtem ko zaposleni menijo, da jim vodje velikokrat ne zaupajo delegiranih nalog. Vodje s statistično pomembno višjo povprečno vrednostjo menijo, da zaposlenim dodeljujejo naloge, ki predstavljajo zanje izziv (PV = 3,8; t = 2,26; p = 0,025), medtem ko zaposleni menijo, da so delegirane naloge le občasno takšne, da jim pri delu predstavljajo izziv (PV = 3,6).

Zaposleni s statistično pomembno nižjo povprečno vrednostjo menijo, da jim vodje dodeljujejo delovne naloge vedno glede na njihovo znanje (PV = 3,8; t = 3,73; p < 0,001). Zaposleni s statistično pomembno višjo povprečno vrednostjo menijo, da je najbolj pomembno doseči dobre delovne rezultate (PV = 3,3; t = -2,11; p = 0,037), medtem ko vodje v manjši meri menijo, da je dobre delovne rezultate treba doseči za vsako ceno (PV = 3,1). Opaziti je tudi statistično pomembno višjo povprečno oceno vodij pri trditvah, da lahko zaposleni pri delu uporabijo svoja znanja in sposobnosti (PV = 4,5; t = 4,14; p < 0,001) ter da zaposlenim omogočajo samostojnost pri izvedbi delegiranih nalog (PV = 4,2; t = 3,39; p < 0,001), kot je to opaziti pri mnenju zaposlenih.

Razpredelnica 1. Primerjava trditev o odločanju in delegiranju med vodji in zaposlenimi ter statistično pomembne razlike.

Table 1. Comparison of arguments of decision-making and delegation between leaders and employees, and statistically significant differences.

Odločanje in delegiranje	PV vodje	Koef. variab. (%)	PV zaposleni	Koef. variab. (%)	t	p
Odločam se v skladu s svojimi pristojnostmi in odgovornostmi.	4,5	12,0	4,1	21,0	5,70	< 0,001
Za svoje odločitve sprejem tudi odgovornost.	4,6	11,8	4,1	21,5	7,17	< 0,001
Pri odločanju uporabljam svojo osebno moč.	2,4	46,9	2,9	40,4	-4,09	< 0,001
Pri sprejemanju odločitev upoštevam predloge sodelavcev.	4,4	13,1	3,8	23,8	8,76	< 0,001
Svoje odločitve ustrezno argumentiram.	4,4	14,2	4,0	19,4	5,02	< 0,001
Sprejemam strokovno utemeljene odločitve.	4,4	13,9	4,1	20,4	3,76	< 0,001
Bistveno je doseči dobre rezultate.	3,1	28,4	3,3	33,4	-2,11	0,037
Kadar naloge delegiram sodelavcem, jim tudi zaupam.	4,5	13,0	4,1	19,9	3,46	< 0,001
Sodelavcem delegiram naloge, ki zahtevajo višjo stopnjo odgovornosti.	3,2	33,2	3,2	32,8	-0,63	0,527
Sodelavcem dodeljujem delovne naloge, ki so zanje izziv.	3,8	17,3	3,6	23,8	2,26	0,025
Sodelavcem dodeljujem delovne naloge glede na njihovo znanje.	4,1	17,5	3,8	24,9	3,73	< 0,001
Zaposleni lahko pri delu uporabijo svoja znanja in sposobnosti.	4,5	14,5	4,1	21,6	4,14	< 0,001
Sodelavci so pri opravljanju delegiranih nalog samostojni.	4,2	17,0	3,9	20,8	3,39	< 0,001

PV = povprečna vrednost; Koef. variab. = koeficient variabilnosti; t = izračunana vrednost t-testa; p = statistična značilnost za p ≤ 0,05

Razpredelnica 2. Primerjava trditev uporabe moči med vodji in zaposlenimi in statistično pomembne razlike.

Table 2. Comparison of arguments of power between leaders and employees, and statistically significant differences.

Uporaba moči	PV vodje	Koef. variab. (%)	PV zaposleni	Koef. variab. (%)	t	p
Legitimna moč	2,7	42,4	3,0	36,4	-3,06	0,002
Materialno nagrajevanje	2,9	44,3	2,9	44,9	-0,22	0,827
Nematerialno nagrajevanje	3,1	33,1	2,8	43,4	2,32	0,022
Moč pritiska	1,3	51,6	2,1	59,8	-9,00	< 0,001
Referenčna moč	2,4	46,9	2,9	40,4	-4,09	< 0,001
Ekspertna moč	4,5	13,7	4,1	20,8	4,74	< 0,001

PV = povprečna vrednost; Koef. variab. = koeficient variabilnosti; t = izračunana vrednost t-testa; p = statistična značilnost za p ≤ 0,05

V Razpredelnici 2 so predstavljene povprečne vrednosti odgovorov za vodje in zaposlene s koeficientom variabilnosti ter rezultati t-testa za spremenljivko uporaba moči. Zaposleni s statistično pomembno višjo povprečno vrednostjo menijo, da vodje pri odločanju uporabljajo različne pritiske (PV = 2,1; t = -9,00; p < 0,001) ter moč vodstvene hierarhije – legitimna moč (PV = 3,0; t = -3,06; p < 0,001), kot to menijo vodje sami. Zaposleni statistično pomembno nižje ocenjujejo, da vodje pri odločanju uporabljajo nematerialne nagrade (PV = 2,8; t = 2,32; p = 0,022), kot to menijo vodje (PV = 3,1).

Iz rezultatov razberemo, da vodje najpogosteje uporabljajo ekspertno moč, sledita nematerialno in materialno nagrajevanje. Legitimno moč uporabljajo včasih, referenčno moč redko, moči pritiska ne uporabljajo skoraj nikoli. Visoke vrednosti koeficienta variabilnosti predvsem pri zaposlenih nakazujejo na neenotnost oziroma različno sprejemanje uporabe moči vodij.

Analiza odločanja z metodo glavnih komponent

Oceno stanja odločanja pri delu v bolnišnici smo ugotavljali z enajstimi trditvami. Postavili smo si vprašanje, ali je mogoče število spremenljivk zmanjšati. V ta namen smo izvedli metodo glavnih komponent. S pomočjo Kaiser-Meyer-Olkinovega (KMO) testa ter Bartlettovega testa smo preverili primernost uporabe metode glavnih komponent in nato skušali identificirati dejavnike odločanja. V prvi poskus so bile v model vključene vse trditve, ki se nanašajo na odločanje. Zaradi zelo nizke vrednosti komunalitet smo iz obdelave odstranili dve trditvi. Po ponovni oceni in proučitvi diagrama »scree« smo nadaljevali s poskusom ocene modela z dvema komponentama. Vrednost statistike KMO po izključitvi trditve za nizko vrednostjo komunalitet je znašala 0,895 (na začetku je KMO znašala 0,883), kar kaže na odlično oceno primernosti. Z izključitvijo dveh trditve iz analize se vrednost mere za oceno primernosti vzorčenja nekoliko izboljša, kar nakazuje na primernost

odločitve o izločitvi. Z analizo glavnih komponent smo dobili dve komponenti, s katerima skupno pojasnimo skoraj 49 % celotne variabilnosti spremenljivke odločanja. S prvo komponento pojasnimo kar 39 % celotne variabilnosti ter z drugo skoraj 10 % celotne variabilnosti. Z rotacijo smo dobili dve komponenti, kar prikazuje Razpredelnica 3. V prvo komponento oz. dejavnik se je uvrstilo šest spremenljivk, glede na skupni imenovalec smo ga poimenovali odgovornost za sprejete odločitve.

V prvo komponento oz. dejavnik, ki smo ga glede na skupni imenovalec poimenovali odgovornost za sprejete odločitve, se je uvrstilo šest spremenljivk. Glede na sprejemanje odločitev ima vodja strokovno znanje in pri odločanju upošteva tudi predloge sodelavcev. V drugo komponento oz. dejavnik so se uvrstile tri spremenljivke, njihov skupni imenovalec je uporaba osebne ali vodstvene moči pri sprejemanju odločitev, zato smo ga poimenovali uporaba moči pri odločanju.

Korelacijska analiza dejavnikov odločanja

V nadaljevanju so prikazani rezultati korelacijske analize med na eni strani demografskimi dejavniki (starost, stopnja izobrazbe, leta delovne dobe, pri vodjih leta na vodilnem delovnem mestu), stilom vodenja, načini reševanja konfliktov (kompromis, prevladovanje, prilagajanje, izogibanje in dogovor) ter izbranimi desetimi najpomembnejšimi značilnostmi (odločnost, ambicioznost, komunikativnost, samozavest, poštenost, zanesljivost, objektivnost, timsko delo, organiziranost dela ter odločnost), ki naj bi jih po mnenju anketiranih imel vodja v zdravstveni negi, ter na drugi strani dvema dejavnikoma, ki smo jih dobili na osnovi metode glavnih komponent odločanja.

Prvi dejavnik, ki smo ga označili kot odgovornost za sprejete odločitve in vključevanje sodelavcev pri sprejemanju odločitev, se pozitivno povezuje s stopnjo izobrazbe (r = 0,15; p < 0,001), kar pomeni, da se vodje z višjo stopnjo izobrazbe bolj zavedajo svoje odgovornosti pri sprejemanju odločitev in sodelavce pogosteje vključujejo pri sprejemanju odločitev. Vodje, ki spre-

Razpredelnica 3. Rezultati metode glavnih komponent za spremenljivko odločanje.

Table 3. The results of principal component analysis for variable: decision-making.

Odločanje in uporaba moči	Komponenta 1	Komponenta 2
Vodja sprejema strokovno utemeljene odločitve.	0,819	-0,229
Vodja pri sprejemanju odločitev posluša in upošteva predloge sodelavcev.	0,784	-0,330
Vodja svoje odločitve ustrezno argumentira.	0,778	-0,229
Vodja za svoje odločitve sprejme odgovornost.	0,754	-0,287
Vodja pri odločanju uporablja svoje strokovno znanje.	0,720	-0,294
Vodja se odloča v skladu s pristojnostmi in odgovornostmi.	0,555	-0,051
Vodja pri odločanju uporablja svojo osebno moč.	-0,126	0,683
Vodja pri odločanju uporablja moč vodstvene hierarhije.	-0,164	0,544
Vodja pri odločanju uporablja različne pritiske.	-0,365	0,518

jemajo odgovornost za svoje odločitve, uporabljajo različne stile vodenja, razen zadržanega (neustreznega) stila vodenja. Konflikte rešujejo na različne načine, pri tem se konfliktom ne izogibajo ($r = -0,29$; $p < 0,001$). Prav tako se zavedanje odgovornosti in vključevanje sodelavcev pozitivno povezuje z vsemi izbranimi značilnostmi uspešnega vodje.

Drugi dejavnik, ki smo ga označili kot uporaba moči, se negativno povezuje s starostjo ($r = -0,11$; $p = 0,017$), leti zaposlitve ($r = -0,09$; $p = 0,048$), leti vodenja ($r = -0,28$; $p = 0,007$) in stopnjo izobrazbe ($r = -0,10$; $p = 0,022$), moč torej osebno ali vodstveno pogosteje uporabljajo mlajši vodje, ki so zaposleni krajši čas, so krajši čas na vodilnem delovnem mestu in imajo nižjo stopnjo izobrazbe. Vodje, ki pri odločanju uporabljajo svojo moč, uporabljajo predvsem zadržan (neustrezen) stil vodenja ($r = 0,42$; $p < 0,001$). Pri reševanju konfliktov se poslužujejo predvsem izogibanja konfliktov ($r = 0,40$; $p < 0,001$). Prav tako je opaziti negativno povezanost uporabe moči pri odločanju z izbranimi značilnostmi uspešnega vodje, razen ambicioznosti. To pomeni, da pri odločanju moč uporabljajo vodje, ki so manj komunikativni, manj samozavestni, manj zanesljivi, manj objektivni, manj odgovorni, slabše organizirani in ne spodbujajo timskega dela, so pa ambiciozni.

Razprava

Z raziskavo ugotovimo, da vodje v zdravstveni negi v proučevanih bolnišnicah v procese odločanja in obvladovanja sprememb zaposlenih ne vključujejo v taki meri, kot to ocenjujejo sami. Po mnenju zaposlenih smo ugotovili, da vodje pri sprejemanju odločitev predlogov sodelavcev ne upoštevajo oziroma jih slabo upoštevajo. Ugotovimo, da vodje svoje odločitve slabo argumentirajo ter sprejemajo tudi strokovno neutemeljene odločitve. Ugotovili smo, da problem vključevanja ni prisoten samo na nivoju zaposlenih, ampak tudi pri vodjih na nivoju nižjega menedžmenta.

Skela Savič, Pagon in Robida (2007) ter Mlakar (2007) ugotavljajo, da morajo vodje postati ključni spodbujevalci vključevanja posameznika v procese odločanja, da končno sprejmejo prave odločitve. Patrick in Spence Laschinger (2006) ugotavljata, da so medicinske sestre, ki lahko sodelujejo pri sprejemanju odločitev ter dobijo za inovativne predloge pozitivne odzive in priznanja v obliki nagrad, na delovnem mestu bolj zadovoljne. Marquis in Huston (2009) ugotavljata, da se mora učinkovit vodja v zdravstveni negi zavedati potrebe po sprejetju ustrezne odločitve, za kar pa potrebuje pogum, voljo in ustvarjalnost.

Z raziskavo smo ugotovili, da nekateri vodje v zdravstveni negi pri odločanju še vedno uporabljajo različne pritiske, svojo osebno moč ter moč vodstvene hierarhije. Z metodo glavnih komponent smo ugotovili, da odločanje lahko pojasnimo z dvema dejavnikoma. Prvi dejavnik smo poimenovali odgovornost za sprejete od-

ločitve, z njim lahko pojasnimo skoraj 40 % celotne variabilnosti odločanja. Vodje, ki sprejemajo odgovornost za sprejete odločitve in ki pri odločanju vključujejo tudi sodelavce, imajo višjo stopnjo izobrazbe, uporabljajo različne stile vodenja, razen zadržanega (neustreznega) stila vodenja, ter imajo izraženih vseh deset izbranih značilnosti dobrega vodje.

Na podlagi dobljenih rezultatov prvo hipotezo ovržemo, saj smo s korelacijsko analizo dejavnikov odločanja ugotovili, da starost in leta delovne dobe niso statistično pomembno povezana s sprejemanjem odgovornosti za sprejete odločitve in tudi ne z vključevanjem sodelavcev pri sprejemanju odločitev. Drugi dejavnik smo poimenovali uporaba moči pri odločanju, le-tega uporabljajo mlajši vodje, ki so na vodilnem delovnem mestu krajši čas ter imajo od izbranih značilnosti uspešnega vodje izraženo le ambicioznost. Glede na rezultate lahko drugo hipotezo potrdimo, saj tako vodje kot zaposleni menijo, da vodje v zdravstveni negi največ uporabljajo ekspertno moč pri sprejemanju odločitev, čeprav med ocenami vodij in zaposlenih obstaja statistično pomembna razlika. Tretjo zastavljeno hipotezo lahko ovržemo, saj smo s korelacijsko analizo drugega dejavnika odločanja ugotovili, da pri sprejemanju odločitev moč uporabljajo mlajši vodje, ki so zaposleni krajši čas in so tudi krajši čas na vodilnem delovnem mestu.

Skela Savič (2007) ugotavlja, da hierarhija in moč vodje v bolnišnicah predstavljata oviro za uspešno komuniciranje. Shipper s sodelavci in Rahim s sodelavci (cit. po Dickson, Den Hartog, Mitchelson, 2003) so ugotovili, da je samozavedanje pomemben vidik socialne moči in je povezano z uspešnostjo vodenja in sprejemanja odločitev, hkrati Sullivan in Decker (2005) ugotavljata, da je uspešen vodja lahko le tisti, ki pridobi zaupanje sodelavcev, jih spodbuja k sodelovanju pri sprejemanju odločitev ter ustvarja zanje varno okolje. V raziskavi tudi ugotovimo, da vodje sodelavcem slabo zaupajo, jim ne dodeljujejo nalog, ki bi jim predstavljale izziv in jim ne omogočajo samostojnosti pri opravljanju delegiranih nalog. Po mnenju zaposlenih jim vodje velikokrat delegirajo zahtevnejše naloge, ki zahtevajo višjo stopnjo odgovornosti, kot bi jih zaposleni lahko izvedli glede na svojo strokovno usposobljenost. Naloga vodje je, da poskrbi za enakopravno porazdeljen prispevek vseh članov tima, saj je dober vodja lahko le tisti, ki ne dela razlik med zaposlenimi. Marquis in Huston (2009) ugotavljata, da morajo vodje razumeti pomen enakosti spola, osebnih vrednot, življenjskih izkušenj, želj, pripravljenosti za tveganje in način razmišljanja pri izbiri in sprejetju odločitve. Ugotovitve raziskave podpirajo spoznanja avtorjev (Patrick, Spence Laschinger, 2006; Reader et al., 2007; Skela Savič, 2007), ki navajajo, da je medsebojno sodelovanje vseh članov tima pri sprejemanju odločitev ključnega pomena za zagotavljanje varne obravnave pacientov ter povezano z večjo kakovostjo zdravstvene obravnave.

Zaključek

Znano je, da so najučinkovitejši vodje tisti, ki so sposobni prilagoditi svoj stil vodenja razmeram in zaposlenim, zato pa potrebujejo izkušnje, razumevanje posameznikov in skupin ter ustrezna znanja s področja vodenja in vedenjskih znanosti. Prav tako se morajo vodje v zdravstveni negi zavedati pomena pravilnega ravnanja z zaposlenimi v bolnišnici, saj morajo biti usmerjeni k sodelavcem, tako da jim pomagajo pri delu, obravnavajo enako vse zaposlene, spoštujejo njihova mnenja, skupaj z njimi rešujejo probleme in sprejemajo odločitve ter skrbijo za dobro informiranost zaposlenih na oddelku. Poudariti je potrebno, da so odnosi in sodelovanje s sodelavci ter sodelovanje pri sprejemanju odločitev zelo pomembni za vsako storitveno dejavnost.

Glede na pomembnost sprejemanja odločitev in odgovornosti za sprejete odločitve predlagamo naslednje korake procesa odločanja:

- predstaviti pomen in kontekst sprejete odločitve,
- predstaviti cilje odločitve,
- pripraviti seznam vseh možnosti,
- poiskati najboljše možne rešitve,
- določiti merila za odločanje,
- oceniti možnosti na podlagi izdelanih meril,
- izbrati najboljšo možno rešitev,
- analizirati tveganje,
- sprejeti odgovornost.

Že nekaj časa je govora, da bi se moral vodja in menedžer vsaj polovico svojega delovnega časa ukvarjati z vodenjem zaposlenih, kar pomeni, da bi bilo potrebno v praksi zdravstvene nege za vodenje vodjem zagotoviti več časa. Skela Savič (2008) ugotavlja, da so danes ključne voditeljske veščine povezane z razvojem sposobnosti na področju mehkih veščin vodenja, kot so stil vodenja, izgradnja spodbudne organizacijske kulture, ki temelji na vrednotah, ki spodbuja timsko delo, vključevanje, sodelovanje, inovativnost in razvoj posameznika.

Literatura

1. Čeferin Kveder M. Ustvarjalnost in stili vodenja medicinskih sester v Kliničnem centru Ljubljana. *Neprof Manag.* 2005;3(5/6):3–11.
2. Dickson MW, Den Hartog DN, Mitchelson JK. Research on leadership in a cross-cultural context: making progress and raising new questions. *Leadersh Quater.* 2003;14(6):729–68. Dostopno na: <http://www.ila-net.org/Publications/LQArticles/DenHartog.pdf> (21.01.2011).
3. Jooste K. Leadership: a new perspective. *J Nurs Manag.* 2004;12(3):217–23. doi:10.1111/j.1365-2834.2003.00450.x PMID:15089960
4. Kotter JP. What leaders really do. *Harv Bus Rev.* 1990;68(3):103–11. PMID:10104518
5. Lin LM, Wu JH, Huang IC, Tseng KH, Lawler JJ. Management development: a study of nurse managerial activities and skills. *J Healthc Manag.* 2007;52(3):156–69. PMID:17552353
6. Luckmann Jagodič B. Vodenje – večina, ki se je je moč naučiti. *HRM.* 2007;5(17):52–3.
7. Maceri SL. What a nurse wants, what a nurse needs. *Nurs Manage.* 2006;37(9):59–60. doi:10.1097/00006247-200609000-00015
8. Marquis BL, Huston CJ. Leadership roles and management functions in nursing: theory and application. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2009: 1–14.
9. Mayer J. Lastnosti uspešnih vodij. *Organizacija.* 2003;36(6):368–76.
10. Mlakar P. Odličnost vodenja organizacij v različnih razvojnih obdobjih: nova vloga vodij. *HRM.* 2007;5(15):62–9.
11. Možina S. Vodja in vodenje. In: Možina S, ed. *Management: nova znanja za uspeh.* Radovljica: Didakta; 2002: 472–618.
12. Patrick A, Spence Laschinger HK. The effect of structural empowerment and perceived organizational support on middle level nurse manager role satisfaction. *J Nurs Manag.* 2006;14(1):13–22. doi:10.1111/j.1365-2934.2005.00600.x PMID:16359442
13. Reader TW, Flin R, Mearns K, Cuthbertson BH. Interdisciplinary communication in the intensive care unit. *Br J Anaesth.* 2007;98(3):347–52. doi:10.1093/bja/ael372 PMID:17272386
14. Russell GE, Scoble KB. Mastery path for developing nurses for management: a conceptual model. *Nurs Leadersh Forum.* 2004;9(2):41–50. PMID:16033043
15. Skela Savič B. Dejavniki in kriteriji uspešnega vodenja v zdravstvu [magistrska naloga]. Kranj: Univerza v Mariboru; 2002: 70–5.
16. Skela Savič B. Dejavniki uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu [doktorska disertacija]. Kranj: Univerza v Mariboru; 2007: 101–5.
17. Skela Savič B. Ali potrebujemo spremembe na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu? In: Skela Savič B, Kaučič BM, eds. *Vodenje, motivacija in čustvena inteligenca vodje v zdravstvu.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2008: 9–28.
18. Skela Savič B, Pagon M, Robida A. Predictors of the level of personal involvement in an organization: a study of Slovene hospital. *Health Care Manage Rev.* 2007;32(3):1–13.
19. Sullivan H, Decker PJ. *Effective leadership & management in nursing.* 6th ed. Upper Saddle River: Pearson/Prentice Hall; 2005: 45–7.
20. Svetic A. Managerski izzivi in dinamično vodenje. In: *Management in razvoj organizacije: zbornik 22. mednarodne konference o razvoju organizacijskih ved.* Portorož, 26.–28. 3. 2003. Kranj: Moderna organizacija; 2003: 585–9.
21. Tappen RM. *Nursing leadership and management: concepts and practice.* Philadelphia: F. A. Davis; 2001: 53–71.