

SOCIALNE MREŽE BOLNIŠNIČNEGA OSEBJA ZDRAVSTVENE NEGE

SOCIAL NETWORKS OF HOSPITAL EMPLOYEES IN NURSING CARE

Melita Peršolja Černe

UDK/UDC 614.253.5:301.18

DESKRIPTORJI: *negovalno osebje bolnišnično*

DESCRIPTORS: *nursing service hospital; social work*

Izvleček – *Socialna mreža na delovnem mestu je preplet stikov in odnosov zaposlenega s sodelavci. V okviru kakovosti je pomembna tako njena struktura kot podpora, ki jo ponuja.*

V raziskavi med 400 zaposlenimi v zdravstveni negi iz petih bolnišnic je bilo ugotovljeno, da socialna mreža raziskovane populacije temelji na kolegih, vendar vključuje tudi nadrejene in osebje drugih strok. Skoraj 40 % anketiranih si na delovnem mestu želi širšo socialno mrežo. Pomanjkanje socialne podpore se kaže predvsem na področju zaupanja in nezadostnih navodil in informacij ob izvajanju nalog.

Abstract – *Social network at work place can be defined as a set of contacts and relations between the employed. In the frames of quality, its structure and social support are of utmost importance.*

Research study of 400 nurses from five Slovenian hospitals shows that quality of nurses networks at work place is low. Nurses networks include workers and managers, but almost 40 % of the researched population would prefer a larger network. The biggest problem seems to be a lack of possibility for confiding and the assistance with nursing tasks and information.

Uvod

Organizacijska komunikacija

Komunikacija je proces, za katerega ne moremo točno opredeliti ne kje se je začel in kje zaključil, saj se razvija in spreminja v času. »Bistvo človeka je prav v komuniciranju« (Trček, 1994), saj »ni socialne interakcije, ki ne bi bila hkrati tudi komunikacija, informacija in sporočilo« (Rus, 1969). V procesu komunikacije sta udeleženi najmanj dve osebi. Nekateri avtorji (Trček, 1994) ju ločijo na sprejemnika in oddajnika, glede na to, kdo signale, besede, pošilja in kdo jih sprejema. Možina, Tavčar in Knežević (1998) pa komuniciranje delijo na: pošiljatelja, prejemnika, sporočilo in komunikacijsko pot. Bennet (1997) razlaga komunikacijo kot prenos in sprejem informacij (sporočil), ki obsega izmenjavo podatkov, mnenj in/ali občutkov. Brajša (1983) jo opisuje kot neposredno in osebno srečanje dveh oseb, v kateri ima enako pomembno vlogo beseda kot tisto, kar besedo spremlja.

Poseben segment raziskovanj komunikologov je komunikacija v organizaciji. Kako zaposleni doživljajo delovno organizacijo in delo, je določeno prav s kakovostjo komunikacije na delovnem mestu (Bennet, 1997). Ta poteka po predpisanih poteh (formalna) in po kanalih priljubljenosti (neformalna). Neformalne komunikacijske mreže nastajajo v interpersonalnem komuniciranju, ko »udeleženci svobodno vstopajo v

medsebojne interakcije različne stopnje intenzivnosti in pogostosti«. Formalne mreže so – nasprotno – predpisane, »interakcije potekajo v načrtno, zavestno razvitih mrežah« (Džinić, 1980). Džinić (1980) ugotavlja še, da je za obe vrsti komunikacijskih mrež pomembna kolektivnost, ki predstavlja dostop do drugih pripadnikov komunikacijske mreže – v neformalnih mrežah imajo vsi pripadniki dostop do drugega, drugače pa je v formalnih mrežah, kjer je dostop do posameznih pripadnikov za nekatere omejen ali celo nemogoč.

Za Kanterja (1993) je v organizacijski komunikaciji bistveno zaupanje. Pogoj zanj je obojestransko razumevanje, ki temelji na obojestranskih interesih. Zaupanje je osnova za lojalnost in pripadnost zaposlenih, po Butlerju (1991) pa so pogoji zanj: diskretnost, razpoložljivost, pristojnost, doslednost, poštenost, lojalnost, odprtost, vzajemno zaupanje, izpolnjevanje obljub in dovezetnost. Kot trdita Tyler in DeGoey (1993), imajo odločilno vlogo v razvoju zaupanja v organizaciji menedžerji, ki pospešijo ali ovirajo pretok informacij (po Laschinger et al, 2000). V organizacijah, kjer ni zaupanja, Cangemi, Rice in Kowalski (1998) ugotavljajo visok absentizem, podaljšane odmore, omejeno učenje, nizko prevzemanje odgovornosti, reaktivno mišljenje in nizko ustvarjalnost. Larson in La fasto (1989) razlagata, da zaupanje med člani učinkuje tudi na delo tima, saj njegovim članom omogoča,

da se osredičijo na delo oziroma na nalogo, vzpodbuja učinkovito komuniciranje, izboljšuje kakovost sodelovanja in vodi v medsebojno pomoč.

Organizacijska socializacija

S sprejemom novega delavca spreminjamo živi organizem organizacije, zato mora prišlek tudi po odzivih ustrezati že zaposlenim oziroma njihovi mehki ali organski organizaciji (Lipičnik, 1998). Bandura (1997) je v raziskavah dokazal, da organizacijska socializacija poteka kot razvojni proces. Izvršitev naloge je določena s sposobnostmi in z zaupanjem posameznika v lastne sposobnosti. Samo prepričanje o zmožnosti je ob tem celo pomembnejše od dejanskih sposobnosti. Ker so prepričanja socialno oblikovana, lahko z ustreznim vodenjem, usmerjanjem in korekcijskimi povratnimi informacijami zaposleni dosežejo večji občutek za delovno uspešnost, ne glede na njihovo začetno prepričanje v obvladovanju novih sposobnosti in znanj. Socialna podpora na delovnem mestu odrine stara prepričanja in tako lahko spodbudi posameznikov razvoj.

Obstojajo različne strategije za razvijanje varnih vezi. Posameznik se lahko približa drugim z zaupanjem vase (pozitivna strategija) ali z negotovimi strategijami, kot so pretirana odvisnost, odklanjanje ali podkupovanje pomoči drugih. Pozitivne strategije se zrcalijo v podporni mreži varnih medsebojnih vezi. Za te sta značilna *recipročnost in zadovoljstvo*. Varne vezi nakazujejo uspešno socializacijo tudi z medsebojnim sprejemanjem in razumevanjem (Nelson, Quick, Joplin, 1991).

S procesom socializacije se oblikujejo mreže socialne podpore in tesni medsebojni odnosi, ki povečajo kohezijo in kooperacijo. Vključenost v podporno mrežo in recipročne medsebojne odnose s sodelavci zmanjšujeta številne stresorje na delovnem mestu, njihov način socializacije pa vpliva tudi na naklonjenost iniciativnosti in inovativnosti (MacPhee, 1999). Podobno Svetlik (1998) ugotavlja socialno vključitev delavca, ki »prispeva k večji storilnosti in k boljšim zasluzkom posameznikov ter k večji produktivnosti dela in profitom organizacije«.

Socialna podpora

Ljudje vstopajo v medsebojne odnose, medsebojno komunicirajo in se medsebojno potrebujejo. Človek človeku je recipročen, aktiven in pasiven subjekt in objekt medosebne potrebe (Brajša, 1983). Za vzdrževanje uravnoteženih medsebojnih odnosov ljudje potrebujemo tako priložnosti za dajanje, kot tudi za prejemanje podpore – čustvene ali instrumentalne.

Medosebna ali *čustvena podpora* lahko vključuje karkoli, da pomaga sprejemniku. Podporni socialni odnosi so trajni, ali pa obstoja vsaj pričakovanje, da se bodo utrdili prek ponavljajočih se kontaktov: v odnosu med dvema osebama je izraženo medsebojno zaupanje, obstoja občutek socialne obveze. Člani sku-

pine vedo, kdo ponuja določeno obliko podpore (Hupcey in Morse, 1997). Od čustveno bolj oddaljenih članov skupine se ne pričakuje enakega tipa socialne podpore kot od bližnjega jedra (MacPhee, 1999). Instrumentalno podporo ponujajo profesionalni odnosi. To so pogosto relacije enosmernega zaupanja, kjer prejemnik zaupa, čeprav ponudnik tega ni nujno vreden (Hupcey, Morse, 1997).

Antoucci (1985) trdi, da je socialna podpora serija recipročne socialne izmenjave, v kateri posameznik ustanovi »banko«. Ne pričakuje se, da bo nekdo »plačal takoj« ali z isto obliko podpore, vendar obstojajo pričakovanja, da bo ravnotežje nekoč doseženo.

Socialna mreža v organizaciji

V razumevanju socialnih mrež v organizaciji so neformalni (nenadzorovani) medsebojni odnosi ravno tako pomembni kot formalni (Nohria, 1992). Med sodelavci spontano nastaja socialna mreža, znotraj katere se vzpostavljajo številne vezi in odnosi. Vezi potekajo v različne smeri in so različno močne. Znotraj skupine se človek preoblikuje, daje in prejema. Oblikuje druge in drugi oblikujejo njega.

Leumann (1978) s sodelavci socialno mrežo opredeljuje kot niz vozlov-stikov (ljudi, organizacij), ki so med seboj povezani s socialnimi odnosi (priateljstvo, izmenjava dobrin, pripadnost) specifičnega tipa (po Nohria, 1992). Dimenzije socialne mreže so opredeljene s širino, bližino in kontakti med člani ter s tipi podpore (čustvena ali instrumentalna) v njej (MacPhee, Hoffenberg, Feranchak, 1998).

Burt (1992) medsebojne odnose v socialni mreži razume kot dobro naložbo. Poimenuje jih z besedo socialni kapital, za katerega je značilno, da povečuje donos, je last vseh udeleženih v socialni mreži, se ne izčrpa, vanj vlagamo (temelji na recipročnosti, izmenjavi, dvosmernosti) in je virtualen. Za črpanje socialnega kapitala obstajata dva pogoja: zaupanje (kakovost vezi) in možnost nadzora.

Jakost vezi določa odprtost za novosti (Bandura, 1997), saj so ljudje z močnejšimi vezmi bolj sprejemljivi za nove ideje v primerjavi s tistimi, ki so socialno odtujeni. V vse bolj nemirnem svetu socialne mreže zmanjšujejo negotovost pri svojih članih. Omogočajo sinergijo med njimi, so dobra transportna sredstva za informacije in za vse oblike borze znanja. Chill zatrjuje (1992), da je privlačnost mreže tudi ta, da olajšuje članom doseganje globalnih ciljev s čim manj stroški in v čim krajšem času. Berkman in Syme (1979) sta ugotovila, da osebe z večjimi socialnimi mrežami dosegajo bolj plačana delovna mesta in celo živijo dlje (po Burt, 1992). Socialne mreže zmanjšujejo stres, povečujejo kohezijo in kooperacijo (Cramer, Riley, Kiger, 1991) in prav na ta način vplivajo na osebno in kolektivno učinkovitost ter povečujejo možnosti za spremembe in inovacije.

Vpletenost v socialno mrežo pa je lahko tudi negativna. Chill (1992) razlaga težave v komunikaciji,

močnem občutku podrejenosti, izgubi avtonomije in motivacije, neodločnosti in pomanjkanju priložnosti za lastno promocijo v dominantnih socialnih mrežah. V socialni mreži enakovrednih partnerjev pa manjka »možgani in osrednji živčni sistem«, člani so pod nenehnim pritiskom med zaupanjem in dvomom, težava je tudi v oblikovanju in doseganju vizije.

Raziskava

Pomen raziskave in raziskovalno vprašanje

Interdisciplinarno sodelovanje je opredeljeno kot bistven element kakovostne zdravstvene oskrbe, vendar je v zdravstveni službi običajno omejeno zaradi pomanjkanja sposobnosti udeleženih oseb, da bi sodelovale (Van Ess Coeling, Cukr, 2000). Pogoj zanj je učinkovita komunikacija, ki je po Brajši (1983) dvostrana: z dejansko in obojestransko obojesmernostjo, recipročno pripravljenostjo, s sprejemanjem negativnih in pozitivnih povratnih informacij ter z jasnimi in resničnim razmejevanjem vsebine in odnosa.

V raziskavi so avtorice Kangas, Kee in McKee-Wadde (1999) ugotavljale organizacijske dejavnike, ki bi lahko vplivali na zadovoljstvo z delovnim mestom medicinskih sester. Kot najpomembnejši dejavnik je bilo opredeljeno podporno okolje. Za zadovoljstvo medicinskih sester z delovnim mestom nista bila pomembnejša niti organizacijska struktura in niti uporabljen model zdravstvene nege. Vachonova (1989) je v raziskavi obravnavala medicinske sestre v akutni in paliativni zdravstveni negi v onkologiji. Odkrila je, da recipročni medsebojni odnosi s kolegi v socialni mreži pomagajo pri premagovanju stresorjev na delovnem mestu. Fisher (1985) je raziskoval odnose med socialno podporo in prilagajanjem na delovnem mestu. Njegova raziskava, ki je vključevala 210 medicinskih sester, je pokazala, da je socialna podpora kolegov in nadrejenih pozitivno povezana z izidi na delovnem mestu (po MacPhee, 1999).

Ugotovitve o pomembnosti podpore socialnega okolja na delovnem mestu medicinskih sester so vzvod za raziskovalno vprašanje: *Kakšne so značilnosti socialne mreže na delovnem mestu za zaposlene v bolnišnični zdravstveni negi?*

Populacija, vzorec, instrument

Podatki so bili pridobljeni prek ankete širše vsebine, ki je bila razdeljena 400 naključno izbranim zaposlenim v zdravstveni negi štirih slovenskih bolnišnic v letih 2001 in 2002.

Vprašanja, ki so raziskovala socialne mreže, so se opirala na sistem socialnih obročev, kot jih predlaga Antoucci (1986). V prvi socialni obroč so anketirani razporejali osebe, ki »so vam na delovnem mestu najbližje – tako, da si celo težko predstavljate življenje brez njih«. V drugem obroču so »tisti, s katerimi ste si blizu in so za vas zelo pomembni«. V tretjem pa so

»ljudje, ki so za vas na delovnem mestu zelo pomembni, vendar se z njimi ne čutite tako blizu, kot z osebami v prvem in drugem obroču.« Anketiranci so opredelili še obliko socialne podpore, ki jim jo te bližnje osebe na delovnem mestu ponujajo.

Sistem krogov, s katerim bi anketiranci razvrstili njim pomembne ljudi na delovnem mestu, je bil nekajkrat komentiran kot »čuden, nesmiselen in nerealen«. Dve anketiranki sta se odločili, da nobenega ne moreta »popredalčkati«, še posebej ne svojih prijateljev. Motilo je tudi dejstvo, da anketa sprašuje o pomembnih ljudeh »ta trenutek«, saj se v zdravstveni negi timi sestavljajo v turnusih. Zanimivo je bilo mnenje, da imajo mlajši, to je novi zaposleni, sicer manj ljudi v svojem krogu, so pa na te bolj navezani. Medicinska sestra, ki je komentirala anketo, mi je zatrdila, da je njej kot »stari sestri« povsem vseeno, s kom je v službi.

V večini, so bile sodelujoče medicinske sestre zadovoljne z vprašalnikom. Všeč jim je bilo, da koga sploh zanima, kaj menijo in da so imele priložnost za razmišljanje o medsebojnih odnosih.

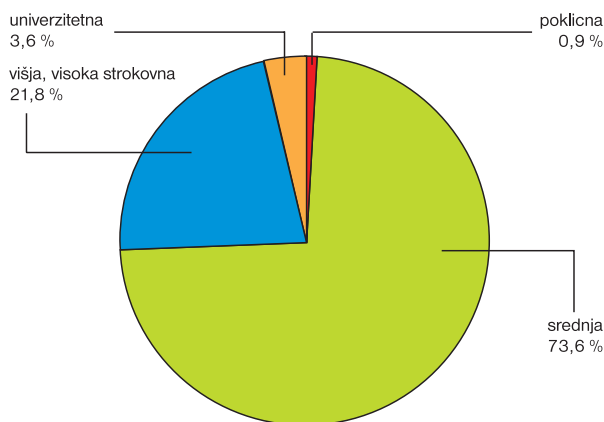
Prvotni pristop k anketirancem prek formalne mreže (od direktorice, glavne medicinske sestre bolnišnice in glavnih medicinskih sester oddelkov) se je izkazal kot zelo neučinkovit (od 250 razdeljenih anket je bilo popolnoma izpolnjenih in vrnjenih le 14!). Izkazalo pa se je, da so neformalne mreže med medicinskimi sestrami izjemno dobro razvite, medicinske sestre same pa nagnjene k temu, da vedno pomagajo, če jih kdo od znancev za to zaprosi. Ankete so bile drugod zato razdeljene prek ene kontaktne osebe, ki je potem pristopila do svojih znank (sodelavk) medicinskih sester in jih prosila za sodelovanje. Metoda se je izkazala kot zelo uspešna!

Opis vzorca

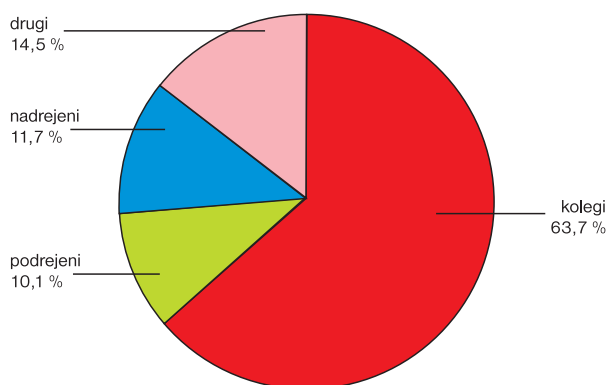
Pretežno ženske (103) in le 6,4 % (7) moških, kar je 27,5 % vzorca, je vrnilo popolnoma izpolnjene vprašalnike. 40 let je najpogostejša starost skupine, kjer je večina vprašanih poročenih (61,5 %) in imajo enega ali več otrok (71,6 %). V izobrazbeni strukturi večina vprašanih sodi v kategorijo srednješolske izobrazbe, s povprečnim številom delovnih ur na teden 42,2, ki niha od 20 do 60 ur.

Kakovost socialne mreže

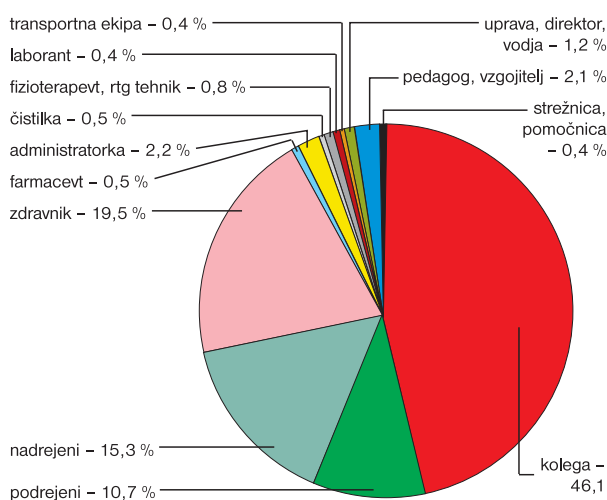
Socialna mreža medicinskih sester obsega v povprečju 11 ljudi, večina teh oseb je v drugem, najmanj pa v tretjem socialnem obroču. Skoraj štiri te bližnje osebe anketirani uvrščajo med tiste, ki so jim tako blizu, da bi jim bilo na oddelku že težko brez njih. V drugi obroč se uvrščajo povprečno štiri osebe, v tretji obroč pa tri. Zanimivo je, da anketirani pogosto v prva dva obroča sprejmejo osebe izven svoje stroke, s čemer se (v primerjavi s podatki iz tujine za približno 20 %) zmanjša delež, ki bi sicer pripadal



Graf 1. Izobrazbena struktura vzorca osebja v zdravstveni negi.



Graf 2. Struktura prvega socialnega obroča osebja zdravstvene nege.



Graf 3. Struktura socialne mreže osebja zdravstvene nege po stroki.

kolegom. Primerjava rezultatov pričujoče raziskave s podatki iz tujine (MacPhee, 1999) kaže nekatera odstopanja v prid Američanom. V Coloradu je socialna mreža medicinske sestre obsežnejša na račun večjega števila oseb v prvem in drugem obroču.

Več ljudi v svoji socialni mreži želi skoraj 40 % medicinskih sester. Večjo čustveno podporo pogreša skoraj polovica, več informacij in podpore v dodeljevanju nalog pa kar 64,2 % medicinskih sester. Prav zaposleni, ki želijo večjo socialno mrežo, težijo k pridobivanju večje socialne podpore: tako čustvene (corell. coef., 450**, $p < 0,01$) kot tudi instrumentalne (corell. coef., 442**, $p < 0,01$).

Korelacijske vrednosti kažejo na značilno zvezo med bližino v obročih in zaupanjem (število kolegov v prvem obroču – št. kolegov za zaupanje: corell. coef = ,397**, $p < 0,01$; število managerjev v prvem obroču – število managerjev za zaupanje: corell. coef = ,426**, $p < 0,01$). Anketirane medicinske sestre se na delovnem mestu o stvareh, ki so zanje pomembne, zaupajo kolegom v vseh treh obročih, nadrejenim pa le, če jih prištevajo v prvi ali drugi socialni obroč.

Ob večjih odločitvah medicinski sestri dajeta potrditev dve osebi iz prvega obroča socialne bližine. Najpogosteje sta to kolega (56,5 %).

Občutek spoštovanosti vprašanim vzbuja 4,53 osebe, vendar le v prvih dveh obročih socialne mreže, tako s strani kolegov kot nadrejenih. 51,9 % oseb, ki izražajo spoštovanje do medicinskih sester, je kolegov. Delež nadrejenih, ki izražajo spoštovanje, sovпада s celotnim številom nadrejenih v socialni mreži medicinske sestre (15,9 %). O nekaterih sodelavcih iz kategorije »osebje drugih strok« je bilo na eni od anket dopisano: »Večina zdravnikov dela z nami, kot da smo smeti in da smo v bolnišnici zaradi njih, ne pa zaradi pacientov.«

Ob vznemirjenju, žalosti ali nervozni se osebje zdravstvene nege lahko pogovori s skoraj tremi osebami. Večinoma so to kolegi (65,9 %), ki jih anketirani prištevajo v prvi (corell. coef: ,394**, $p < 0,01$) ali drugi (corell. coef: ,335**, $p < 0,01$) socialni obroč.

Nasveta ob večjih življenjskih odločitvah je medicinska sestra deležna s strani ene osebe, ki je v 61,1 % primerov kolega. Nasvet ob večjih življenjskih odločitvah ponujajo kolegi le v prvem obroču (corell. coef: ,368**, $p < 0,01$), nadrejeni pa v prvem (corell. coef: ,229*, $p < 0,05$) in v drugem obroču (corell. coef: ,249*, $p < 0,05$). «Na delovnem mestu ne sprejemam življenjskih odločitev, saj sodelavci niso moji najbližji prijatelji,« je še zapisal nekdo od anketiranih.

Število oseb v socialni mreži značilno narašča s številom delovnih ur na teden (corell. coef: ,239**, $p < 0,01$) in kaže na pomen srečanja za večanje bližine med osebami. Število oseb v drugem obroču značilno pada z daljšanjem delovne dobe (corell. coef.: -,273**, $p < 0,01$) in je verjetno odraz prerazporejanja oseb znotraj socialne mreže. Statistično značilni razliki med številom nadrejenih v drugem in tretjem obroču ($t = 3,6$, $p < ,000$) ter številom kolegov v drugem in tretjem obroču ($t = 4,5$, $p < ,000$), nakazujeta na postopno prerazporejanje sodelavcev iz drugega v tretji obroč socialne mreže ali obratno.

Tab. 1. Lastnosti socialne mreže osebja zdravstvene nege v bolnišnicah – primerjava s podatki za Colorado.

	COLORADO ¹			SLOVENIJA		
	μ	SD	%	μ	SD	%
Socialna mreža						
– Štev. oseb v soc. mreži	13,8	8,3	–	11,20	4,92	–
– Štev. oseb v 1. obroču	4,7	3,2	–	3,82	3,11	34,4
– Štev. oseb v 2. obroču	5,6	4,5	–	4,30	3,09	38,8
– Štev. oseb v 3. obroču	3,5	3,8	–	2,97	2,35	26,8
Čustvena podpora						
– Štev. oseb za zaupanje	4,0	2,5	–	2,59	2,44	–
– Štev. oseb za odločitve	4,1	3,1	–	2,19	2,23	–
– Štev. oseb za spoštovanje	6,7	4,7	–	4,53	4,34	–
– Štev. oseb za pogovor	3,7	2,9	–	2,92	2,95	–
– Štev. oseb za nasvet	1,5	1,8	–	1,27	2,01	–
Zadovoljstvo v socialni mreži (0 = NE, 1 = DA)						
– Želi več oseb v socialni mreži	0,4	0,5	Ne – 60 Da – 40	0,39	0,49	Ne – 61,5 Da – 38,5
– Želi več čustvene podpore	0,5	0,5	Ne – 50 Da – 50	0,49	0,5	Ne – 50,9 Da – 49,1
– Želi več instrumentalne podpore	0,5	0,5	Ne – 50 Da – 50	0,64	0,48	Ne – 35,8 Da – 64,2

¹ MacPhee M, (1999).

Ugotovljene so bile tudi statistično pomembne razlike med številom kolegov in nadrejenih v prvem ($t = 7,98$, $p < ,000$), drugem ($t = 4,20$, $p < ,000$) in tretjem ($t = 3,7$, $p < ,000$) obroču socialne mreže. Rezultati nakazujejo, da se sprejemanje kolegov in nadrejenih v socialno mrežo medicinske sestre izključuje.

Pričakovanja po čustveni podpori, so tako za kolege kot za nadrejene različna v dveh parametrih. Zaupanju o pomembnih stvareh – pri čemer imajo prednost kolegi – in iskanju nasveta ob življenjskih odločitvah – tu imajo prednost nadrejeni. Pogovor o aktualnih problemih, je odraz priložnosti. Število kontaktov (in s tem priložnosti) je s kolegi večje in vodi v zaupanje večjega števila (nebistvenih) problemov kolegom. Pričakovanje nasvetov s strani nadrejenih je gotovo odraz demografskih značilnosti nadrejenih (večja starost – več izkušenj) in mogoče njihovih osebnostnih lastnosti (večja zaupljivost?).

Sklep

Socialna mreža na delovnem mestu je preplet stikov in odnosov zaposlenega z njegovimi sodelavci. V okviru kakovosti je pomemben tako njen objektivni kot subjektivni vidik. Strukturo socialne mreže določa število oseb in njihov položaj v odnosu do posameznika. Večje število oseb je tu prednost. Čustvena podpornost socialne mreže se kaže preko zaupanja, potrditve, občutka spoštovanja, možnosti pogovora in nasveta ob življenjskih odločitvah. Podpornost z informacijami in dodeljevanjem nalog kaže instrumentalno podporo. Vprašanje subjektivne kakovosti je rešljivo prek zadovoljstva v socialni mreži, pri čemer nezadovoljstvo kaže na (vsaj deloma) nezadovoljene socialne potrebe.

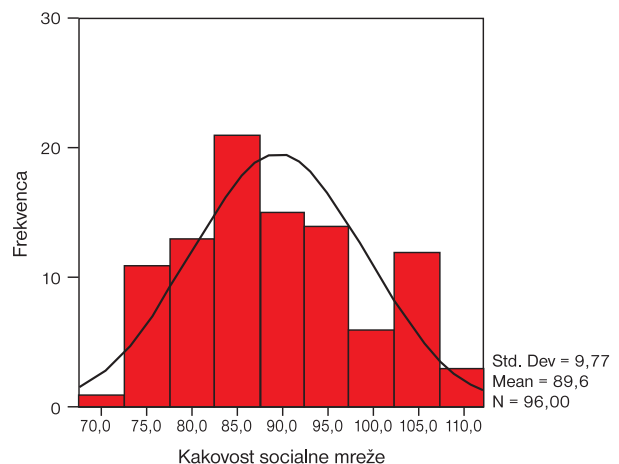
V vseh oblikah omenjene čustvene podpore se anketirano osebje zdravstvene nege naslanja na kolege in le v manjši meri računa na podporo menedžmenta. Primerjava s podatki iz Colorada (MacPhee, 1999) pokaže na manjše število razpoložljivih oseb, ki jih v slovenskih bolnišnicah medicinska sestra šteje v socialno mrežo in v ponudbo vseh oblik čustvene podpore. Podatki kažejo, da si skoraj 40 % anketiranih medicinskih sester v socialni mreži na delovnem mestu želi več oseb.

Po kategorizaciji se socialne mreže vprašanih medicinskih sester izkažejo kot nizko kakovostne, saj srednja vrednost dosega komaj 89,6 ob najvišji možni 117 (mediana 88,5; varianca 95,5; min. 72, max. 111).

Eden izmed vzrokov je zagotovo nizke delež oseb, ki jim lahko zaposleni v zdravstveni negi zaupajo o stvareh, ki se jim zdijo pomembne. V socialnem krogu bližnjih je 11 oseb, vendar vprašani zaupajo le dvema izmed njih. Tudi ob negotovosti v osebnih odločitvah ali iskanju nasveta glede večjih življenjskih odločitev se lahko obrnejo le na dva kolega. Ob vznemirjenju, žalosti ali nervozu se lahko pogovorijo s skoraj tremi osebami, eden izmed teh je nadrejeni. Občutek spoštovanja na delovnem mestu medicinski sestri dajejo le štiri osebe.

Tab. 2. Kakovost socialne mreže osebja zdravstvene nege.

Kategorije	Vrednosti	Frekvenca	%
Nizka	72–86	58	52,7
Srednja	87–101	36	32,7
Visoka	102–117	16	14,5



Graf 4. Kakovost socialne mreže osebja zdravstvene nege.

Burt daje prednost širini in diferenciranosti v socialni mreži (Burt, 1992), zato podpira povezovanje oseb iz različnih socialnih skupin prek ene vezi. Posameznik naj bi tako oblikoval vez z le eno osebo v drugi socialni skupini. Pri tem ni toliko pomembna kakovost te vezi, saj – tako Burt – že šibke vezi omogočajo pretok prednostnih informacij. Večjo težo zato nosi število vezi posameznika, saj se s širjenjem socialne mreže povečujejo tudi priložnosti.

Chill v socialni mreži poudarja moč in zaupanje (Chill, 1992). Ker v socialno mrežo osebe nenehno vstopajo, iz nje izstopajo in se v njej repositionirajo, je bistveno vzdrževanje in utrjevanje odnosov. Pogoj za oblikovanje kakovostnih medsebojnih odnosov je po Chillu zaupanje. Le visoka mera zaupanja omogoča oblikovanje močnih vezi in s tem uspešen medsebojni odnos.

Rezultati iz raziskave pritrjujejo obema trditvama: za kakovostno socialno mrežo je pomembna tako njena širina kot tudi podpora v njej. Podporo v socialni mreži se, po Humpcey in Morse (1997), opredeljuje kot socialno ali profesionalno, glede na položaj ponudnika in prejemnika podpore. Medicinske sestre se v svoji socialni mreži nagibajo k večji naklonjenosti socialni podpori, vendar pričakujejo tudi profesionalno. Želje po spremembah se v največji meri nanašajo prav na profesionalne vsebine in odnos menedžerjev. Medicinske sestre so namreč nakazale, da si v bolnišnici želijo več čustvene, predvsem pa instrumentalne podpore, s povečano ponudbo informacij in navodil v zvezi z izvajanjem nalog.

Viri

1. Antoucci T. (1986). Social support networks: A hierarchical mapping technique. *Generations*, 10: 10–2.
2. Bandura A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman&Company, New York.
3. Bennet W. (1997). *Organizational behavior*. M & E Pitman, London.
4. Brajša P. (1983). *Vodenje kot medosebni proces: odnosna psihodinamika vodenja*. CSND, Ljubljana.
5. Burt RS. (1992). *The Social Structure of competition*. V: Rus, V. *Sociološki problemi managementa*, teksti. FDV, Ljubljana.
6. Chill J. (1992). *Networks and virtuality*. V: Rus, V. (1998). *Sociološki problemi managementa*, teksti. FDV, Ljubljana.
7. Coeling HVE, Cukr PL. (2000). Communication styles that promote perceptions of collaboration, quality and nurse satisfaction. *J Nurs Care Qual*, 14(2): 63–74.
8. Dunkel-Schetter C, Skokan L. (1990). Determinants of social support provision in personal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7: 437–50.
9. Džinić F. (1980). *Komunikologija: sociokibernetika in psihosociologija informiranja in komuniciranja v samoupravni družbi in združenem delu*. Delavska enotnost, Ljubljana.
10. Hupcey J, Morse J. (1997). Can a professional relationship be considered social support? *Nursing Outlook*, 45: 270–6.
11. Knaus, WA et al (1986). An evaluation of Outcome From Intensive Care in Major Medical Centers. *Annals of Internal Medicine*, 104: 410–8.
12. Lascinger HKS, Finegan J, Shamian J, Casier S. (2000). Organizational trust and empowerment in restructured healthcare settings. *JONA*, 30(9): 413–25.
13. Lipičnik B. (1998). *Ravnanje z ljudmi pri delu*. Gospodarski vestnik, Ljubljana.
14. MacPhee M, Hoffenberg E, Feranchak A. (1998). Quality-of-life factors in adolescent inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 41: 6–11.
15. MacPhee Stilson M. (1999). *A mixed method study of flex nurses' work-related social relationships*. Dissertation. Colorado State University, Colorado.
16. Mitchell PH, Armstrong S, Simpson TF, Lentz M. (1989). American Association of Critical-care nurses demonstration project: profile of excellence in critical care nursing. *Heart Lung*, 18(3): 219–39.
17. Možina S, Tavčar M, Kenžević AN. (1998). *Poslovno komuniciranje*. Obzorja, Maribor.
18. Nelson D, Quick J, Joplin J. (1991). Psychological contracting and newcomer socialization. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6: 55–72.
19. Nohria N. (1992). Is Network Perspective a Useful way of studying organizations? V: Rus, V. *Sociološki problemi managementa*, teksti. FDV, Ljubljana.
20. Rus V. (1969). *Analiza socialne organizacije delovnih kolektivov z vidika globalnih struktur: komunikacij, kontrole in odgovornosti: poročilo o delu na raziskovalni nalogi*. RSS, Ljubljana.
21. Shortell SM, Zimmerman JE, Rousseau DM, Gillies RR, Wagner DP, Draper EA, Knaus WA, Duffy J. (1994). The performance of intensive care units: Does good management make a difference? *Medical Care* 32: 508–25.
22. Svetlik I. (1998). *Socialna vključitev delavcev v organizacijo*. *Industrijska demokracija*, 9: 2–5.
23. Trček J. (1994). *Medosebno komuniciranje in kontaktna kultura*. Didakta, Radovljica.
24. Vachon M. (1998). *Caring for the caregiver in oncology and palliative care*. *Seminars in Oncology Nursing*, 14: 152–7.
25. Vann Ess Coeling H, Cukr PL. (2000). Communication Styles that Promote Perceptions of Collaboration, Quality, and Nurse Satisfaction. *J Nurs Care Qual*, 14(2): 63–74.