

Zachowania pomocne w świetle humanistycznej teorii organizacji

<https://doi.org/10.33141/po.2011.78.08>

Przeład Organizacji, Nr 7/8 (858/859), 2011, ss. 35-39
www.przeładorganizacji.pl
Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa (TNOiK)

Kazimierz Mrozowicz

Wprowadzenie

Zuwagi na zróżnicowane aksjologiczne i teleologiczne determinanty organizacyjne domena organizacji, pozycjonująca ją w danym segmencie gospodarki, predysponuje pewne składowe osobowości jej uczestników kosztem innych o mniejszym znaczeniu adaptacyjno-funkcjonalnym w panujących warunkach organizacyjnych i środowiskowych. Ze względu na konieczność optymalizowania funkcji personalnej, nieodzowne stają się identyfikacja oraz deskrypcja motywów podejmowania i pełnia ról społeczno-organizacyjnych.

W przypadku organizacji ratowniczych (np. GOPR, TOPR, ratownictwo górnicze) i służby medycznej najważniejszego znaczenia nabierają zachowania, których podmiotem stają się inni ludzie, a które w literaturze noszą miano zachowań prospołecznych. Ich odmianą są realizowane w obrębie ról ratowniczych tzw. zachowania pomocne.

Zachowania prospołeczne i pomocne

Wspektrum zachowań organizacyjnych występuje pewna klasa działań interpersonalnych, „zwykle pozytywnie ocenianych przez grupę odniesienia wykonawcy z uwagi na standardy kulturowe i społeczne jako dobroczynne dla innych osób i całego otoczenia systemu społecznego” [Manstead, Hewstone, 1996, s. 739]. Obok altruizmu (postawa bezinteresownego poświęcenia) i współpracy (pożytek płynący z kooperacji) specyficzną formą zachowań prospołecznych są zachowania pomocne, stanowiące „dobrowolne akty dokonywane z intencją czynienia dobra drugiej osobie” [Piliavin i inni, 1981]. Co skłania ludzi do pomocy innym i jakiego typu motywacja leży u podłoża tego typu zachowań?

Motywacja i postawy w zachowaniach pomocnych

W prakseologicznej definicji Pszczołowskiego „motywacja stanowi system motywów lub synonim motywowania jako działanie w poszukiwaniu motywów działania. Motywowanie jest zatem metodą wpływania na zachowanie się podmiotu za pośrednictwem określonego zespołu bodźców, które wtórnie przekształcone zostają w motywy” [Pszczołowski, 1978, s. 123–124].

Stanowisko z zakresu psychologii zarządzania Michoncia głosi, że motywację tworzy „zespół sił i czynników pobudzających oraz podtrzymujących aktywność człowieka w zachowaniach zmierzających do osiągnięcia określonych celów. Motywacja jest zawsze zjawiskiem złożonym, powstaje jako splot pojedynczych motywów i jest ona determinantą aktywności człowieka w pracy” [Michoń, 1981, s. 120].

Motywacja, jak łatwo daje się zauważyć, jest złożonym procesem wyboru alternatywnych form zachowania dla osiągnięcia określonych celów (wiązka celów, hierarchia celów), te natomiast wynikają z zasobów wiedzy, przekonań i metod, jakimi podmiot jest skłonny je realizować. Istotnego znaczenie w zachowaniach człowieka nabierają również postawy.

Pojęcie postawy, według klasycznej definicji Allporta, oznacza psychiczny oraz nerwowy stan gotowości wywołany przez doświadczenie, wywierający ukierunkowany lub dynamiczny wpływ na reakcje jednostki w stosunku do wszystkich podmiotów czy sytuacji, z którymi jest ona związana [Mika, 1975, s. 64]. Na gruncie nauki polskiej Nowak zdefiniował postawę (model postawy doskonale racjonalnej) jako „ogół względnie trwałych dyspozycji do oceniania danego przedmiotu i emocjonalnego reagowania oraz ewentualnie towarzyszących tym emocjonalno-oceniającym dyspozycjom względnie trwałych przekonań o naturze i właściwościach tego przedmiotu i względnie trwałych dyspozycji do zachowań się wobec tego przedmiotu” [Nowak, 1973, s. 23].

Z uwagi na to, że wpływ omówionych pokrótce czynników motywacyjnych i postaw na formowanie się zachowań organizacyjnych, a co za tym idzie także zachowań pomocnych ma kompilacyjny i zagregowany, a tym samym trudny do wyizolowania charakter (motywacja wpływa na zachowanie, a zachowanie jest egzemplifikacją wiedzy i uczuć zawartych w postawie), mamy prawo twierdzić, że stymulują one je dwuwymiarowo. Dlatego zdecydowano się ujmować ten proces syntetycznie, jako funkcjonowanie agregatu motywacyjno-poznawczego, mając na uwadze to, że mimo utylitarnych walorów, płynących z tak ujętej koncepcji autora, kształtuje się on zarówno w teorii, jak i w praktyce dwutorowo. Działanie tego typu odnajduje też swoje teoretyczne uzasadnienie w przywołanej wcześniej teorii Nowaka, którą warto zaimplementować w interdyscyplinarne obszary nauk humanistycznej teorii organizacji i zarządzania.

Metodyka badań własnych

W rezultacie dokonanego zarysu kluczowych zagadnień teoretycznych, istotnym krokiem wydaje się być poczynienie uwag metodycznych, które uwzględniono w zaprojektowanym i przeprowadzonym działaniu analitycznym. Jego celem uczyniono poszukiwanie podłoża zachowań pomocnych.

Narzędzie badawcze

Aby zrealizować tak postawiony cel badawczy, podjęto działania, które sprowadziły się do kilku etapów: analizy czynnikowej i kategoryzacji czynników addytywnych, wyłonienia kategorii hipotetycznych motywów i postaw, opracowania kwestionariusza ankiety z odpowiadającymi wyabstrahowanym typom odpowiednimi skalami do pomiaru czynników motywacyjno-poznawczych, operacjonalizacji uzyskanych danych oraz na koniec analizy wyników przeprowadzonych badań.

W efekcie opisanego procesu skonstruowano narzędzie pod nazwą „Kwestionariusz samooceny”, zbudowany z dziewięciu skal zerojedynkowych, odpowiadających wyłoniłom czynnikom motywacyjno-poznawczym, takim jak: „allocentryzm”, „prestiz”, „powołanie”, „ciekawość”, „pensja”, „tradycja”, „naśladowanie”, „konieczność”, „presja otoczenia” i „testowanie siebie”. Każdemu czynnikowi odpowiadają w teście cztery wewnętrznie spójne pytania jednokrotnego wyboru typu „tak – nie”. Spójność oraz rzetelność narzędzia zweryfikowano metodą fasadową na etapie badań pilotażowych przy użyciu techniki obserwacji oraz wywiadu strukturalnego prowadzonego z doświadczoną kadrą pracowniczą i skonfrontowano z opiniami sędziów niezależnych.

Metoda i grupa badana

Grupę badaną (grupa A) tworzyła 138-osobowa próba, pobrana z populacji generalnej służby medycznej: pielęgniarki i pielęgniarze, ratownicy medyczni (w tekście okreśłani tym ogólnym mianem) z terenu całej Polski (Przemyśl, Tarnów, Wrocław, Katowice, Szczecin, Gdynia, Toruń, Radom, Białystok). Stanowili

ją mężczyźni i kobiety w wielu 25–55 lat. W skład grupy kontrolnej (grupa B) weszła analogiczna pod względem demograficznym próba porównawcza, którą tworzyli pracownicy firm handlowo-usługowych, administracji samorządowej, nauczyciele, pracownicy budowlani i przedsiębiorcy (131 osób). Podczas doboru kierowano się zasadą obiektywności źródeł, dostępnością danych i komfortem pracy ankietowanych.

Pytania i hipotezy badawcze

W świetle naszkicowanej perspektywy badawczej postawiono kilka pytań badawczych:

■ Jakie motywy kierują podejmowaniem oraz pełnieniem ról społeczno-zawodowych przez personel pielęgniarski i ratowników medycznych?

■ Czym cechują się preferencje zawodowe, przekonania i zamiłowania, stanowiące podstawę nastawienia i postaw do życia i do wykonywanego zawodu?

Podczas analizy przedstawionych problemów badawczych dokonano próby falsyfikacji poniższych hipotez:

● w strukturze czynników motywacyjno-poznawczych personelu pielęgniarskiego oraz ratowniczego dominującą rolę odgrywa allocentryzm i poczucie powołania;

● w zakresie determinant motywacyjno-poznawczych grupa A różni się statystycznie od grupy B.

Istotność różnic w zakresie analizowanych zmiennych poddano statystyce „U” weryfikacji poziomu kształtowania się różnic w rozkładach procentowych. Ze względów badawczych, uitorowanych ramami prowadzonych badań, testowano statystyczną istotność rozbieżności w zakresie odpowiedzi potwierdzających. Istotność różnic przyjęto uznać za statystycznie uzasadnioną na poziomie $p \geq 0,05$ i $p \geq 0,01$.

Struktura czynników motywacyjno-poznawczych w świetle badań

O pierając się na wynikach badań, można skonstatować, że struktura dominujących motywów oraz postaw w agregacie motywacyjno-poznawczym ról społecznych w służbie medycznej w porządku rangowym wygląda następująco (tabela 1):

Tab. 1. Struktura agregatu motywacyjno-poznawczego personelu medycznego (pielęgniarki i pielęgniarze, ratownicy medyczni)

Agregat motywacyjno-poznawczy ról społecznych służby medycznej	Motyw (%)		Postawa (%)	
	Tak	Nie	Tak	Nie
Allocentryzm (antonim egocentryzmu, działania na rzecz innych)	98%	2%	100%	0%
Prestiz (wysoka samoocena pełnionej roli społecznej, autorytet)	33%	67%	94%	6%
Powołanie (poczucie pełnienia misji)	92%	8%	84%	16%
Ciekawość (niestandardowość zadań, nietuzinkowość zadań roli)	31%	69%	89%	11%
Pensja (zysk materialny, zasoby finansowe)	22%	78%	3%	97%
Tradycja (kontynuacja etosu rodzinnego)	2%	98%	4%	96%
Naśladowanie (konformizm, oportunizm)	4%	96%	16%	84%
Konieczność (przymus życiowy, brak innych rozwiązań)	36%	64%	38%	62%
Presja społeczeństwa (wpływ grup odniesienia, przymus psychiczny)	3%	97%	30%	70%
Testowanie siebie (stymulacja i poszukiwanie doznań)	83%	17%	94%	6%

Źródło: badania własne.

Tab. 2. Struktura systemu motywacyjno-poznawczego populacji ogólnej pełniącej zróżnicowane role społeczno-zawodowe

Czynniki motywacyjno-poznawcze grupy kontrolnej (B)	Motyw (%)		Postawa (%)	
	Tak	Nie	Tak	Nie
Allocentryzm (antonim egocentryzmu, działania na rzecz innych)	49%	51%	47%	53%
Prestiż (wysoka samoocena pełnionej roli społecznej, autorytet)	33%	67%	52%	48%
Powołanie (poczucie wypełniania misji)	48%	52%	51%	49%
Ciekawość (niestandardowość zadań, nietuzinkowość czynności w roli)	62%	38%	56%	44%
Pensja (zysk materialny, zasoby finansowe)	84%	16%	34%	66%
Tradycja (kontynuacja rodzinnej tradycji)	5%	95%	6%	94%
Naśladowanie (konformizm, oportunizm)	15%	85%	29%	71%
Konieczność (przymus życiowy, brak innych perspektyw zawodowych)	54%	46%	89%	11%
Presja społeczeństwa (wpływ grup odniesienia, przymus psychiczny)	19%	81%	51%	49%
Testowanie siebie (stymulacja i poszukiwanie doznań, emocji)	43%	67%	78%	32%

Źródło: badania własne.

Tab. 3. Poziom istotności różnic w rozkładach procentowych struktury czynników motywacyjno-poznawczych grupy badanej (A) i kontrolnej (B)

Statystyczna istotność różnic rozkładów procentowych w zakresie zmiennych motywacyjno-poznawczych	Motywy grupy „A” i „B”		Wynik testu „U”	Postawy grupy „A” i „B”		Wynik testu „U”
	A	B	Wynik	A	B	Wynik
Allocentryzm (działania na rzecz innych)	98%	49%	Różnica istotna	100%	47%	Różnica istotna
Prestiż (wysoka samoocena, autorytet)	33%	33%	-	94%	52%	-
Powołanie (poczucie wypełniania misji)	92%	48%	Różnica istotna	84%	51%	-
Ciekawość (niestandardowość czynności w roli)	31%	62%	-	89%	56%	-
Pensja (zysk materialny, zasoby finansowe)	22%	84%	Różnica istotna	3%	34%	-
Tradycja (kontynuacja ról rodzinnych)	2%	5%	-	4%	6%	-
Naśladowanie (konformizm, oportunizm)	4%	15%	-	16%	29%	-
Konieczność (przymus życiowy)	36%	54%	-	38%	89%	Różnica istotna
Presja społeczeństwa (wpływ grup odniesienia)	3%	19%	-	30%	51%	-
Testowanie siebie (stymulacja i poszukiwanie doznań)	83%	43%	-	94%	78%	-

Źródło: badania własne.

System czynników agregatu motywacyjno-poznawczego ukształtowany jest w następujący sposób:

■ Dominanty struktury motywacji:

I ranga: allocentryzm (altruizm, potrzeba pomagania innym) – 95%,

II ranga: powołanie (poczucie misji) – 92%,

III ranga: stymulacja (poszukiwanie przygód, silnych doznań, wzruszeń) – 83%;

■ Dominanty systemu postaw:

I ranga: allocentryzm – 100%,

II ranga: prestiż (wizerunek społeczny, wysoka samoocena) – 94% i stymulacja – 94%,

III ranga: ciekawość (inspiracja, nowość, zmiana) – 89%,

IV ranga: powołanie – 84%.

Zgola inaczej przedstawiają się wnioski z badań dla grupy B (tabela 2).

W efekcie przeprowadzonych badań dostrzeżono pewne różnice w zakresie kształtowania się zmiennych kontrolowanych pomiędzy grupami A i B, których nasilenie poddano testowi istotności statystycznej (wyniki analizy zawiera tabela 3).

Weryfikacja istotności różnic w zakresie kształtowania się rozkładów zmiennych pomiędzy grupami A i B pozwala wysnuć następujące wnioski:

■ Członkowie służby medycznej jako dominanty systemu motywacyjnego wskazują: chęć niesienia pomocy innym, poczucie powołania i chęć doznawania stymulacji. Pod tym względem podobni są do ratowników górskich, którzy kierują się w wyborze roli podobnymi preferencjami – zasadne staje się przeto analizowanie zachowań pomocnych jako specyficznej grupy zachowań organizacyjnych. Właściwie powinno się sformułować bardzo szczegółowe

przepisy ról, przydziały czynności i inne instrumenty kształtowania personelu, potencjału społecznego i kultury organizacyjnej.

■ W strukturze postaw grupy badanej dominującą rolę odgrywa allocentryzm (chęć pomagania innym), wysoka ocena pełnionej roli społeczno-zawodowej (prestż), inspiracja cechami zadań (stymulacja) oraz przeświadczenie o pełnieniu misji.

■ Grupa badana (służba medyczna) statystycznie istotnie częściej niż członkowie populacji ogólnej wskazuje jako motyw podjęcia roli w służbie medycznej allocentryzm. Grupa kontrolna zainteresowana jest zgodnie z oczekiwaniami opartymi na powszechnie dostępnej wiedzy, że głównym motywem aktywności zawodowej są pobudki egzystencjalne i finansowe.

■ Grupa badana istotnie częściej niż grupa kontrolna określa pełnioną rolę jako społecznie przydatną, postrzega siebie jako prospołeczną, co skłania do przypuszczeń, że faktycznym źródłem podejmowania i pełnienia roli są czynniki kształtujące prestiż roli, a wśród nich również gratyfikacja finansowa i aprobata społeczna, a co za tym idzie implikacja o bezinteresowności zachowań jest co najmniej problematyczna.

■ Członkowie służby medycznej statystycznie częściej wskazywali jako czynnik motywujący do podjęcia pełnionej roli poczucie powołania, w czym różnili się od silnie zróżnicowanej pod względem kultur organizacyjnych grupy kontrolnej. Na wynikach badań swoje piętno odcisnęło zjawisko wpływu społecznego, co może stać się obiektem ciekawych badań w przyszłości.

■ Członkowie grupy badanej co prawda nie podjęli roli pod presją ekonomicznego przymusu, niemniej pełnią ją istotnie częściej z konieczności, co jest argumentem na rzecz zróżnicowanych źródeł zachowań pomocnych.

■ W przypadku zależności pomiędzy zmiennymi dywersyfikacyjny wpływ odmienności ról nie ma charakteru statystycznej istotności.

Falsyfikacja hipotez i wnioski

Uzyskane wyniki badań pozwalają na wyrowadzenie poniższych konkluzji.

■ Grupa A przy wyborze wykonywanego zawodu zadeklarowała kierowanie się pobudkami allocentrycznymi (antynomiami egocentryzmu), wewnętrznym głosem (powołaniem) i poszukiwaniem wrażeń (stymulacja) – pierwszy z czynników jest wysoce premiowany aprobatą społeczną, co potwierdza wyniki badań przywołanych poprzedników.

■ Co trzeci badany kierował się uznaniem społecznym (33%), ciekawością (31%) oraz względami ekonomicznymi (36%), które zmusiły go do wyboru tej akurat działalności zawodowej. W strukturze motywacji pełnienia ról w służbie medycznej można dopatrywać się wieloskładnikowej kompozycji o dominacji kilku motywów czołowych.

■ Badani jednogłośnie zakwestionowali kontynuację tradycji rodzinnej, presję środowiska i naśladowanie innych osób, o których skądinąd wiadomo, że są silnym czynnikiem modelowania zachowań ludzkich, stworzonych w ramach socjalizacji i atrybucji.

■ Niemalże 80% badanych nie przywiązywało wagi do poziomu zarobków, w co bardzo trudno uwierzyć

z punktu widzenia zachowań i kontestacji tej grupy zawodowej, jak też powszechnie uznawanej opinii i zdrowego rozsądku. Powodów mistyfikacji opinii należy szukać w społecznej ocenie postaw oportunistycznych i negatywnym obrazie działań nastawionych na zysk finansowy.

■ W czasie badań wystąpiły społeczne mechanizmy kształtowania i ochrony wizerunku grupy, które w jakimś trudnym do oceny stopniu zniekształciły wyniki badań. Grupa wyraźnie zastosowała społecznie aprobowaną atrybucję typu: „niosący pomoc, bezinteresowny wolontariusz”, która wywołuje powstawanie korzystnego wizerunku społecznego, pozytywne skojarzenia i w takiej też postaci została wchłonięta w sposób percepcji siebie i swego obrazu w środowisku, a który nie potwierdza zweryfikowanej naukowo i praktycznie wiedzy na temat motywacyjnego znaczenia wynagrodzeń i nie pasuje do społecznych zachowań grupy (np. bezkompromisowe protesty pielęgniarek).

■ Nie odnotowano przekonujących dowodów, aby uznać zachowania pomocne jako atrybut zachowań w ramach odgrywanych ról społeczno-zawodowych w służbie medycznej, co oznacza, że należą one do kategorii ról pełnionych nie tylko w tego typu organizacji, ale w szerokiej klasie organizacji ratowniczych.

Zachowania pomocne (jako typ zachowań organizacyjnych) są naoczną (jawną) formą odgrywanej (pełnionej, odtwarzanej) roli społecznej, którą w sumie tworzą subiektywny oraz obiektywny wymiar roli społecznej. W wymiarze subiektywnym są to: percepcja, wizja, ocena oraz program działania w roli, które należą do sfery aktywności intelektualnej jednostki, w wymiarze obiektywnym natomiast znajduje się normatywny katalog społecznych zasad jej odgrywania (modelowy/wzorcowy przepis roli, zalecany oraz wynikający z konieczności, uwarunkowany sytuacyjnie).

Niejako rekapitulując dotychczasowe rozważania, można pokusić się o próbę definicyjnego ujęcia roli społecznej personelu medycznego (nazywanego w tekście dla uproszczenia „służbą medyczną”), która przedstawia się następująco: „Rola społeczno-zawodowa służby medycznej jest kompleksem oczekiwań i wymogów społecznych (grupowych, jak i o zasięgu ogólnospołecznym) o charakterze normatywnym, których adresatem są uczestnicy grupy społecznej personelu medycznego, realizujący wynikające z niej cele i zadania, zgodnie z panującymi w danej społeczności (grupie, organizacji *etc.*) wartościami i normami społecznymi, oparte na posiadanych przez jednostkę i grupę zasobach psychospołecznych (osobowość, cechy psychiczne, cechy psychomotoryczne) i ekonomicznych”.

Podsumowanie

Kończąc przeprowadzoną analizę, raz jeszcze należy podkreślić zależność między strategią organizacji a domeną jej działania, rozwiniętą w niej kulturą organizacyjną, która jest przyczyną i skutkiem panującego w niej porządku normatywnego, egzemplifikowanego w jawnych zachowaniach, w rolach społecznych i postawach, które z kolei są zdeterminowane uwarunkowaniami osobowościowymi. Istnieje bardzo czytelny, choć w różnym stopniu przejrzyste uświadomiany,

łańcuch logiczny pomiędzy osobowością jednostki a organizacją. Uzmysłwienie sobie tego stanu rzeczy przez teoretyków nauk o organizacji i praktyków gospodarczych stanie się przyczynkiem do innowacyjnego spojrzenia na proces zarządzania zasobami ludzkimi.

dr Kazimierz Mrozowicz

Katedra Zarządzania Kulturą Fizyczną i Turystyką
Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach

BIBLIOGRAFIA

- [1] KOŹMIŃSKI A., PIOTROWSKI W. (red.), *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
- [2] MANSTEAD A.S.R., HEWSTONE M. (red.), *Psychologia społeczna. Encyklopedia Blackwella*, Jacek Santorski & Co., Warszawa 1996.
- [3] MICHON F., *Organizacja i kierowanie w przedsiębiorstwie w świetle socjologii i psychologii pracy*, Książka i Wiedza, Warszawa 1981.
- [4] MIKA S., *Wstęp do psychologii społecznej*, PWN, Warszawa 1975.
- [5] MROZOWICZ K., *Kapitał ludzki organizacji w świetle analizy motywacji na przykładzie ratowników Górskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie”, seria: „Ekonomia” nr 2 (1/2010).
- [6] MROZOWICZ K., *Niektóre aspekty zarządzania kapitałem osobowościowym (na przykładzie organizacji ratownictwa górskiego)*, w: S. LACHIEWICZ (red.), *Zarządzanie rozwojem organizacji*, Monografie Politechniki Łódzkiej, Łódź 2007.

[7] MROZOWICZ K., *Psychologiczne i organizacyjne mechanizmy formalizacji ról społecznych w organizacji (na przykładzie GOPR)*, „Przegląd Organizacji” nr 5/2010.

[8] MROZOWICZ K., *Zachowania ratowników górskich w świetle badań systemu wartości*, „Przegląd Organizacji” nr 10/2010.

[9] NOWAK S. (red.), *Teorie postaw*, PWN, Warszawa 1973.

[10] PILIAVIN J., DOVIDIO J., GAERTNER S., *Emergency Intervention*, Academic Press, New York 1981.

[11] PSZCZOŁOWSKI T., *Mała encyklopedia prakseologii i teorii organizacji*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich – Wydawnictwo, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk 1978.

Summary

Each healthcare facility (hospital, clinic, etc.) functioning in the current economic situation, targeted marketing, subject to the influence of the environment, strong competition from other units of the same type and the growing demands of society. Became particularly evident in recent years, especially since the delivery of the new health reform. Gaining importance now focus on the intangible assets of organizations and managing them through efficient workers in many respects. This article among its many objectives, theoretical, cognitive and practical applications, is designed to illustrate the managing faculty autonomous bodies in Health Care, that the key to market success marketing in the era of competition is the development of social potential as a strategic factor of competitive advantage.