

Marcin Kęsy¹

Zespół Badawczy „AVICENNA” w Instytucie Ekonomii i Zarządzania Uniwersytetu Jagiellońskiego

Zarządzanie procesem komunikacji intergrupowej w służbie zdrowia²

Wprowadzenie

Prawidłowe funkcjonowanie szpitala w sposób istotny powiązany jest z aspektami makroekonomicznymi oraz wewnętrzną organizacją służby zdrowia³.

Kreowanie procesu komunikacji jest wymogiem prawidłowego funkcjonowania jednostki organizacyjnej. Oczywiście na konkurencyjność przedsiębiorstwa oprócz jakości realizowanych zadań przez pracowników wpływ mają również inne czynniki mające swoje źródło w otoczeniu wewnętrznym, czy też zewnętrznym. Jednakże podstawą zarządzania jest proces komunikacji, który pośredniczy w realizacji zadań dotyczących planowania, organizowania, motywowania oraz kontrolowania. Dlatego autor podjął się zdiagnozowaniu czynników wpływających na jakość komunikacji w zakładach opieki zdrowotnej (zoz) do których *zalicza się wiele różnorodnych jednostek*⁴.

Generalizując, można przyjąć, że *komunikacja jest ciągłym procesem, w którym ludzie cały czas wysyłają do siebie wiadomości*⁵.

System komunikacji można porównać do krwioobiegu żywego organizmu, w którym to procesie żywym organizmem są organizacje, w szczególności usługowe, jakim są zoz-y⁶.

Jednocześnie komunikacja w organizacjach przybiera charakter funkcjonalny, polegający na dostosowaniu jej do celu realizowanych zadań interakcji pracowniczej specyficznych dla określonej organizacji. Oprócz wykonania zadań, komunikacja pomaga budować związki i utrzymywać w nich zdrowy, wspierający klimat⁷ na poziomie jednostki bądź grupy.

Stereotypy grupowe są tym czynnikiem, który kształtuje relacje i pośrednio wpływa na jakość kontaktów interpersonalnych.

W szpitalu występują stereotypy na poziomie segmentacyjnym, dla których kryterium podziału jest zawód, a właściwie charakter zatrudnienia w instytucji służby zdrowia⁸. Z tego wynikają dalsze negatywne zjawiska pojawiające się w organizacjach, takie jak podziały pracowników, „mania wyższości”, czy też „kompleks niższości”.

Nacisk na polepszanie procesu rozwiązywania problemów w grupach i poza nimi, związany jest ze skupieniem się jedynie na racjonalnej stronie zachowań człowieka. Aby zrozumieć, jak naprawdę pracują grupy zawodowe, trzeba mieć pewną wiedzę o ludzkich uczuciach i zachowaniach⁹ oraz wiedzę zawodową.

Przez brak prawidłowego współdziałania przedstawicieli różnych grup zawodowych cierpi na tym komunikacja międzyludzka¹⁰ oraz intergrupowa, co ma swoje odbicie w organizacji pracy, co w konsekwencji powoduje obniżenie jakości funkcjonowania zoz-u. I właśnie aspekt jakości komunikacji autor poddał analizie, podejmując badania w wybranych zoz-ach.

¹ Doktor, M. Kęsy, adiunkt, Wyższa Szkoła Menedżerska w Legnicy, Wydział Zarządzania.

² Artykuł recenzowany.

³ M. Kęsy (2011) Diagnoza procesu komunikacyjnego oraz propozycja restrukturyzacji w szpitalach na podstawie badań własnych, [w:] Kapitał ludzki oraz informatyczne systemy wsparcia w procesie zarządzania przedsiębiorstwem, A. Antonowicz (red.), Wyd. Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego, Sopot, s. 139.

⁴ M. Kęsy (2009) Kompetencje i przywództwo w zakładach opieki zdrowotnej, [w:] Organizacja i zarządzanie szpitalami – wybrane zagadnienia, J. Stępniewski (red.), Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 113.

⁵ S. P. Morreale, B. H. Spitzberg, J. K. Barge (2008) Komunikacja między ludźmi. Motywacja, wiedza i umiejętności, PWN, Warszawa, s. 45.

⁶ Patrz: G. Morgan (1997) Obrazy organizacji, PWN, Warszawa.

⁷ Patrz: Tamże, s. 47.

⁸ J. Błuszkowski (2003) Stereotypy narodowe w świadomości Polaków, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa, s. 11.

⁹ K. Adams, G. J. Galanes (2008) Komunikacja w grupach, PWN, Warszawa, s. 15.

¹⁰ M. Kęsy (2011) Rola procesu komunikacji w zarządzaniu pracownikami szpitala, [w:] Innowacje organizacyjne w szpitalach, J. Stępniewski, P. Karniej, M. Kęsy (red.), Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa, s. 408.

Opis badań

Badania w terenie przeprowadzone zostały w 6 placówkach służby zdrowia wybranych z uwzględnieniem kryterium liczby zatrudnionych osób. Dane przedstawione w publikacji zebrano w okresie sześciu miesięcy 2011 roku. Wyniki przedstawione w publikacji są częścią większych badań dotyczących stanu oraz jakości komunikacji w jednostkach służby zdrowia realizowanych w ramach Zespołu Badawczego „AVICENNA” w Instytucie Ekonomii i Zarządzania Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Jednostki wybrane do badań podzielone zostały na trzy grupy. Do grupy małych organizacji służby zdrowia zalicza się zoz-y zatrudniające nie więcej niż 49 pracowników. Grupę średnich organizacji stanowią jednostki zatrudniające co najmniej 50 i nie więcej niż 249 pracowników. Trzecią grupę stanowią jednostki największe zaliczane do zbioru dużych instytucji służby zdrowia, w których pracuje co najmniej 250 pracowników. Nie brano pod uwagę kryterium przychodu ze względu na specyfikę służby zdrowia a przede wszystkim jej służebność w stosunku do otoczenia.

Założono, że w badaniu w każdym ze szpitali uczestniczyć będzie 20% zatrudnionych podzielonych na 4 główne grupy zawodowe (lekarzy, położnych i pielęgniarek, pracowników administracyjnych oraz pracowników technicznych i innych).

W sumie badaniu poddano 436 osób z podziałem: 20 pracowników w grupie małych jednostek, 96 zatrudnionych w średnich oraz 320 osób w dużych szpitalach.

Badanie przeprowadzono za pomocą metody ilościowej oraz jakościowej w celu sprawdzenia danych. Badanie główne oparto na metodzie ankietowej, uzupełnionej obserwacją na miejscu badania. Analizując zwroty ankiet, najniższy wynik uzyskano w dużych jednostkach. Wynikać to może z gorszych relacji interpersonalnych w szpitalu między przedstawicielami zarządu a pracownikami szpitali. Często spotykaliśmy się z negatywnym nastawieniem, bagatelizowaniem badań bądź też zasłanianiem się brakiem czasu głównie przez lekarzy, w mniejszym stopniu przez przedstawicieli innych grup zawodowych.

Tab. 1. Poziom zwrotów kwestionariuszy w zakładach opieki zdrowotnej.

Forma	wydane	zwrócone	(%) zwrotów
Duże	320	180	56,3
Średnie	96	95	99,0
Małe	20	20	100,0
Razem	436	295	67,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych.

Analiza wyników badawczych

Przyczynami istnienia podziałów w organizacjach, które wpływają i kształtują charakter oraz poziom komunikacji między pracownikami są między innymi zjawiska „kompleksu niższości” oraz „manii wyższości”, jak również świadomość i dostrzeganie istnienia przez pracowników podziałów na grupy. W wyniku tego kreowane są stereotypy w oparciu o podział pracowników na grupy zawodowe, oczywiście z założeniem, że ta sama cecha może być inaczej interpretowana w naszej, czy obcej grupie. Oczywiście „nasza cecha” będzie przez nas pozytywnie postrzegana, a u innych będzie miała ona charakter negatywny.

Na podstawie danych zawartych tabeli 2 można zbudować następujące założenie *im większa jednostka tym większa liczba pracowników dostrzega istnienie podziałów wśród pracowników ze względu na przynależność zawodową.*

Najwyższy współczynnik wskazań jest udziałem grupy pielęgniarek oraz pracowników administracyjnych. Najrzadziej podziały dostrzegane są w grupie lekarzy, która w szpitalach postrzegana jest bardzo pozytywnie przez inne osoby. Jednocześnie funkcjonuje przekonanie, że lekarze uważają się za osoby niezastąpione i które niedoceniają innych pracowników szpitala.

Niski poziom dostrzegania przez pracowników zjawiska podziału w mniejszych jednostkach może wynikać z faktu, że ze względów ekonomicznych organizacje te „wyrzucają” usługi pomocnicze (zazwyczaj wykonywane przez pracowników technicznych i administracyjnych) na zewnątrz szpitala realizując je w formie usług obcych.

Tab. 2. Podział pracowników medycznych i innych w zakładach opieki zdrowotnej.

Forma	tak	(%)	nie	(%)	nie wiem	(%)
Duże	101	56,1	59	32,8	20	11,1
Średnie	38	40,0	44	46,3	13	13,7
Małe	4	20,0	15	75,0	1	5,0
Razem	143	48,5	118	40,0	34	11,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych.

Porównując dane z tabel 2 i 3 uwidacznia się zależność polegająca na tym, że wszystkie osoby, które są świadome podziałów na pracowników medycznych i innych, dostrzegają rzeczywiste nieformalne podziały na grupy zawodowe. Uwzględniając kryterium wielkości organizacji pokazuje, że w dużych i średnich organizacjach większość pracowników dostrzega zjawisko podziału pracowników na dwie grupy: podstawowych i pomocniczych.

W małych organizacjach tyle samo osób potwierdziło istnienie podziałów, co w ogóle nie wie, czy też nie zastanawiało się, czy ono występuje. Wskazuje to, że nie mieli bezpośredniej styczności z objawami dyskryminacji zawodowej.

Tab. 3. Istnienie nieformalnego podziału pracowników na podstawowych i pomocniczych.

Forma	tak	(%)	nie	(%)	nie wiem	(%)
Duże	102	56,7	24	13,3	54	30,0
Średnie	72	75,8	18	18,9	5	5,3
Małe	9	45,0	2	10,0	9	45,0
Razem	183	62,0	44	14,9	68	23,1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych.

Przecież w każdej z nich w większym lub mniejszym stopniu istnieją podziały na grupy czy to zawodowe, stanowiskowe, stażu pracy, a nawet wieku, czy też płci.

W szpitalach zaliczanych do grupy dużych jednostek 68,9% pracowników dostrzega istnienie zależności pomiędzy przynależnością do grupy zawodowej a zjawiskiem kompleksu niższości. W szczególności dotyczy to pracowników administracyjnych i technicznych w stosunku do lekarzy i pielęgniarek oraz grupy pielęgniarskiej w stosunku do lekarzy. Zjawisko „kompleksu niższości” funkcjonuje we wszystkich organizacjach.

W badanych jednostkach, w szczególności dużych i średnich szpitalach znaczna część pracowników była świadkiem zjawiska „kompleksu niższości” i potwierdza niczym nieuzasadnioną wyższość w relacjach na poziomie grup zawodowych. Konsekwencją tego jest negatywna postawa części pracowników, co skutkuje obniżeniem jakości procesu komunikacji na poziomie grupy oraz w kontaktach indywidualnych. Wynikiem tego jest proces komunikacji polegający na minimalizowaniu kontaktów między przedstawicielami różnych grup zawodowych.

Tab. 4. Zależność pomiędzy podziałem na grupy a istnieniem zjawiska „kompleksu niższości”.

Forma	tak	(%)	nie	(%)	nie wiem	(%)
Duże	124	68,9	18	10,0	38	21,1
Średnie	68	71,6	7	7,4	20	21,0
Małe	12	60,0	3	15,0	5	25,0
Razem	204	69,2	28	9,4	63	21,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych.

Małe jednostki, w przeciwieństwie do dużych oraz średnich szpitali, są organizacjami, w których rzadziej zauważa się symptomy związane ze zjawiskiem „marii wyższości”. W grupie małych zoz-ów najliczniejsza grupa pracowników nie zauważa istnienia tego zjawiska. Jednakże nie można założyć, że nie dostrzegają oni w ogóle podziałów wśród pracowników oraz zjawiska marii wyższości. Wynika to zapewne ze zmiany struktury zatrudnienia w małych jednostkach, w których grupy są jednolite, zazwyczaj zatrudnieni są pracownicy medyczni, czyli lekarze oraz pielęgniarki. Pozostałe grupy zawodowe występują w „szczątkowych” ilościach, wynika to głównie ze względów ekonomicznych.

Tab. 5. Zależność pomiędzy podziałem na grupy a istnieniem zjawiska „marii wyższości”.

Forma	tak	(%)	nie	(%)	nie wiem	(%)
Duże	135	75,0	14	7,8	31	17,2
Średnie	63	66,3	12	12,6	20	21,1
Małe	6	30,0	3	15,0	11	55,0
Razem	204	69,2	29	9,8	62	21,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych.

Inne odczucia towarzyszą pracownikom w związku z negatywnym postrzeganiem lekarzy. W tym względzie dominującą grupą zawodową są laboranci, którzy charakteryzują się bardzo negatywnym nastawieniem w stosunku do lekarzy. W dużych szpitalach osiąga poziom 97,3% negatywnych wskazań. Najbardziej pozytywnie nastawioną grupą do lekarzy są pracownicy techniczni. Co prawda w dużych szpitalach „negatywny” wskaźnik wynosi 62,5% typowań (patrz tabela 6).

Tab. 6. Negatywne postrzeganie przez inne grupy zawodowe lekarzy w kontekście podwyżek ich wynagrodzenia.

Forma	Pielęgniarki		(%)	Pracownicy administracyjni		(%)	Pracownicy techniczni		(%)	Laboranci		(%)
	Wsk.	Całk.		Wsk.	Całk.		Wsk.	Całk.		Wsk.	Całk.	
Duże	86	90	95,6	20	29	69,0	5	8	62,5	36	37	97,3
Średnie	39	51	76,5	13	18	72,2	1	2	50,0	8	13	61,5
Małe	3	10	30,0	0	3	0,0	0	1	0,0	1	2	50,0
Razem	128	151	84,8	33	50	66,0	6	11	54,5	45	52	86,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych.

Różnica we wskazaniach między jednostkami podzielonymi na szpitale według wielkości jednostki wynika z faktu, że w większych szpitalach badani pracownicy potwierdzają istnienie zależności. Wynika to z pewnością z tego, że doświadczają oni negatywnych kontaktów na poziomie intergrupowym. W średnich i małych jednostkach wyniki są niższe od dużych szpitali odpowiednio o około 6 i 8%. Bierze się to z faktu, że w tych jednostkach jest lepsza atmosfera w pracy, rzadziej występują podziały na grupy zawodowe, a pracownicy częściej kontaktują się między sobą przez co postrzeganie przedstawicieli innych grup zawodowych budują na podstawie własnych, bezpośrednich kontaktach, a nie na stereotypach zawodowych.

Tab. 7. Wpływ jakości relacji między pracownikami na częstotliwość i czas kontaktów zawodowych.

Forma	tak	(%)	nie	(%)	nie wiem	(%)
Duże	132	73,3	14	7,8	34	18,9
Średnie	64	67,4	15	15,8	16	16,8
Małe	13	65,0	3	15,0	4	20,0
Razem	209	70,9	32	10,8	54	18,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych.

Podział szpitali według wielkości jeszcze dobitniej ukazuje różnice w jakości komunikacji na płaszczyźnie grup. W małych jednostkach najczęściej poziom komunikacji jest dobrze oceniany.

W szpitalach średnich na równym poziomie występuje zarówno komunikacja na poziomie dobrym, neutralnym, jak i złym. Dobra komunikacja występuje zazwyczaj w kontaktach między lekarzami a pielęgniarkami oraz lekarzami a pracownikami administracyjnymi. Neutralny poziom komunikacji występuje między pielęgniarkami a pracownikami administracyjnymi, pracownikami administracyjnymi a technicznymi oraz pracownikami administracyjnymi a laborantami. Negatywny poziom komunikacji jest charakterystyczny dla kontaktów między pielęgniarkami, lekarzami a pracownikami laboratoriów.

W szpitalach należących do grupy dużych jednostek najczęściej kontakty intergrupowe mają charakter neutralny.

Tab. 8. Jakość komunikacji intergrupowych w zakładzie opieki zdrowotnej.

Forma	b. złe	(%)	złe	(%)	neutralne	(%)	dobrze	(%)	b. dobre	(%)
Duże	9	5,0	42	23,3	82	45,6	42	23,3	5	2,8
Średnie	1	1,0	31	32,6	30	31,6	30	31,6	3	3,2
Małe	0	0,0	5	25,0	5	25,0	7	35,0	3	15,0
Razem	10	3,4	78	26,4	117	39,7	79	26,8	11	3,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych.

We wszystkich przebadanych organizacjach pracownicy bez względu na przynależność zawodową wskazali co najmniej duże powiązanie między jakością relacji intergrupowych a jakością funkcjonowania jednostki służby zdrowia. W dużych szpitalach zależność tę zauważa 75,6% respondentów, z kolei w średnich jednostkach jest to jeszcze większa grupa pracowników (aż 82,1%). Podobny wynik osiągnięto w najmniejszych zoz-ach, który wyniósł 80% wskazań.

Tab. 9. Wpływ relacji intergrupowych na jakość funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej.

Forma	żadne	(%)	W małym stopniu	(%)	neutralnie	(%)	W dużym stopniu	(%)	pełne	(%)
Duże	1	0,6	9	5,0	34	18,8	68	37,8	68	37,8
Średnie	0	0,0	1	1,1	16	16,8	38	40,0	40	42,1
Małe	0	0,0	2	10,0	2	10,0	7	35,0	9	45,0
Razem	1	0,3	12	4,1	52	17,6	113	38,3	117	39,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych.

Aspekt jakości relacji na poziomie intergrupowym należy analizować na podbudowie istniejących konfliktów, stereotypów, jak również jakości komunikacji w organizacji. Z pewnością mają one wpływ na poziom oraz częstotliwość relacji. Wnioskować można, że im bardziej negatywne relacje między przedstawicielami grup zawodowych tym rzadziej i krócej trwa kontakt bezpośredni.

Analizie poddano częstotliwość oraz zachowania behawioralne zachodzące pomiędzy przedstawicielami grup zawodowych. I tak, przy mierzeniu częstotliwości kontaktów międzygrupowych dokonano zsumowania wszystkich wyników w danej grupie odpowiedzi. Przedstawia to poniższy wzór:

$$\Sigma_n = L_n + P_n + PA_n + PT_n + PL_n, \quad (1)$$

gdzie:

L – lekarze,

P – pielęgniarki,

PA – pracownicy administracyjni,

PT – pracownicy techniczni,

PL – pracownicy laboratoriów,

n – oznacza ilość odpowiedzi w danej grupie wyboru.

Ocena częstotliwości kontaktów na poziomie grupy pokazuje ich wzajemne nastawienie. Analizując dane należy pamiętać, że badamy organizację, której prawidłowe i skuteczne działania oparte są na relacjach, procesie komunikacji oraz dobrej atmosferze w miejscu pracy.

Pogrupowanie szpitali według ich wielkości pokazuje, że częstotliwość tych spotkań jest na podobnym poziomie we wszystkich zoz-ach, częściej są one rzadsze bądź co najwyżej umiarkowane. Konsekwencją tego jest po pierwsze sposób organizacji pracy nastawiony na minimalizowanie kontaktów między przedstawicielami grup zawodowych. Po drugie sami pracownicy świadomie dokonują takiego wyboru, minimalizując relacje z przedstawicielami innych grup zawodowych.

Tab. 10. Częstotliwość kontaktów międzygrupowych w zakładach opieki zdrowotnej.

Forma	ciągłe	częste	umiarkowane	rzadkie	żadne
Duże	228	220	235	265	250
Średnie	115	119	115	115	122
Małe	32	33	34	35	35
Razem	375	372	384	415	407

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych.

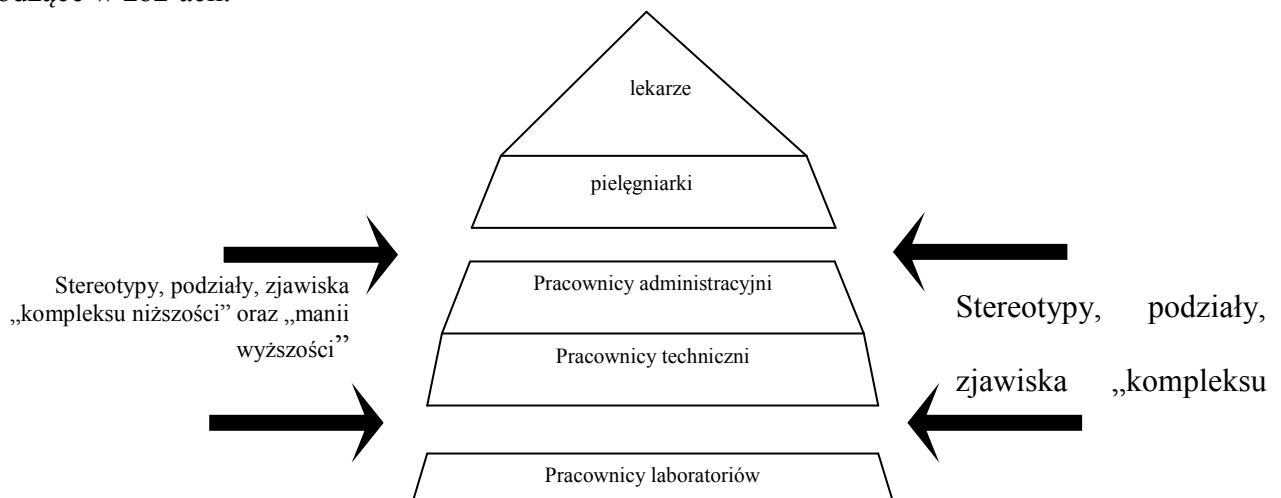
Natomiast we wszystkich przebadanych instytucjach występują dobre relacje na poziomie intragrupowym, najlepsze odnotowano wśród lekarzy oraz pielęgniarek, najgorsze funkcjonują w grupie pracowników laboratoriów.

Wnioski

W organizacji szczególnie ważne jest prawidłowe porozumiewanie się w formule procesów tworzenia zadań, planowania, uzgadniania i koordynowania działań, utrzymania łączności, organizowania pracy i motywowania, a także osiągania satysfakcji z własnych i zespołowych dokonań...W organizacji pracownikom potrzebne są sprawne systemy i środki komunikacji, a także odpowiednie umiejętności komunikacyjne dotyczące sposobu przekazu wiadomości i wymiany informacji¹¹.

W zoz-ach z różnym natężeniem występują zjawiska podziałów, „manii wyższości” oraz „kompleksów niższości”. W konsekwencji czynniki te wpływają na podtrzymywanie oraz podbudowywanie negatywnych stereotypów zawodowych. W związku z tym proces komunikacji interpersonalnej pomiędzy przedstawicielami grup zawodowych jest dużo rzadszy i uboższy. W ocenie pracowników rzutuje na jakość funkcjonowania jednostek służby zdrowia.

Na podstawie dokonanej analizy autor publikacji odwzorował w formie graficznej relacje intergrupowe zachodzące w zoz-ach.



Rys. 1. „Piramida relacji intergrupowych” w zakładach opieki zdrowotnej.

Źródło: Opracowanie własne.

I tak, lekarze oraz pielęgniarki stanowią w miarę zintegrowaną grupę zawodową, podobnie relacje wyglądają w przypadku pracowników administracyjnych i technicznych. Pracownicy laboratoriów zazwyczaj nie utrzymują relacji, unikają porozumiewania się z przedstawicielami innych grup zawodowych. Zauważa się również niedoskonałą jakość relacji między grupą lekarzy i pielęgniarek, a grupą pracowników administracyjnych i technicznych. Dlatego przedstawiona piramida relacji (rysunek 1) przyjmuje formę rozerwanej bryły. Pokazuje, że pracownicy zoz-ów nie stanowią nie rozerwaną strukturę organizacyjną.

¹¹ J. Penc (2010) Komunikacja i negocjowanie w organizacji, Difin, Warszawa, s. 110.

Z tego względu celem kontaktu międzygrupowego powinno być doprowadzenie w możliwie najkrótszym czasie do jak największej liczby udanych relacji interpersonalnych¹².

Streszczenie

Autor podjął się zdiagnozowania czynników wpływających na jakość komunikacji w jednostkach służby zdrowia. W tym celu przeprowadził badania w 6 zakładach opieki zdrowotnej, którymi objętych zostało 436 pracowników. Na podstawie pierwotnych danych przeprowadzono analizę, która pokazała, że w jednostkach istnieją podziały na grupy zawodowe, zjawiska „kompleksu niższości” oraz „manii wyższości”. Na tej podbudowie funkcjonują negatywne stereotypy oddziałujące na jakość komunikacji i relacji międzyludzkiej. Podsumowaniem rozważań jest „piramida relacji intergrupowych” w jednostkach służby zdrowia.

The management with process of the communication in the medical service

Abstract

The author wanted to show the factors of influencing on quality of communication the medical service. He passed the researches in 6 institutions of wholesome care, with 436 workers. The analysis based on the original researches which showed, that exist the partitions on the professional groups, occurrences „complex of inferiority” and „superiorities mania”. Work on the negative stereotypes on quality of the communication and the interhuman account, on this foundation. Recapitulation of the considerations is „pyramid of account intergruops” in the medical service.

Literatura

- 1) Adams K., Galanes G. J. (2008) Komunikacja w grupach, PWN, Warszawa.
- 2) Błuszkowski J. (2003) Stereotypy narodowe w świadomości Polaków, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa.
- 3) Kęsy M. (2009) Kompetencje i przywództwo w zakładach opieki zdrowotnej, [w:] Organizacja i zarządzanie szpitalami – wybrane zagadnienia, J. Stępniewski (red.), Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- 4) Kęsy M. (2011) Diagnoza procesu komunikacyjnego oraz propozycja restrukturyzacji w szpitalach na podstawie badań własnych, [w:] Kapitał ludzki oraz informatyczne systemy wsparcia w procesie zarządzania przedsiębiorstwem, A. Antonowicz (red.), Wyd. Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego, Sopot.
- 5) Kęsy M. (2011) Rola procesu komunikacji w zarządzaniu pracownikami szpitala, [w:] Innowacje organizacyjne w szpitalach, J. Stępniewski, P. Karniej, M. Kęsy (red.), Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa.
- 6) Morgan G. (1997) Obrazy organizacji, PWN, Warszawa.
- 7) Morreale S. P., Spitzeberg B. H., Barge J. K. (2008) Komunikacja między ludźmi. Motywacja, wiedza i umiejętności, PWN, Warszawa.
- 8) Penc J. (2010) Komunikacja i negocjowanie w organizacji, Difin, Warszawa.
- 9) Triandis H. C. (1988) he future of pluralism revisited [w:] Eliminating racism: Profiles in controversy (red. P. A. Katz, D. A. Taylor, Plenum Press, New York.

¹² H. C. Triandis (1988) he future of pluralism revisited [w:] Eliminating racism: Profiles in controversy (red. P. A. Katz, D. A. Taylor, Plenum Press, New York, s. 31-50.