

Izvirni znanstveni članek / Original article

## REŠEVANJE KONFLIKTOV: MEDICINSKE SESTRE, ZDRAVNIKI

CONFLICT MANAGEMENT STYLES OF NURSES AND PHYSICIANS

*Cvetka Gregorc*

**Ključne besede:** stili reševanja konfliktov, izogibanje, medicinske sestre, zdravniki

**Key words:** conflict management styles, avoidance, nurses, physicians

### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Konflikti med zdravstvenimi delavci so endemičen pojav v zdravstvenih organizacijah. Upravljanje konfliktov je pomembnejše kot preprečevanje konfliktov in vzrokov za nasprotja.

**Metode:** Z raziskavo med 228 medicinskimi sestrami in 56 zdravniki v slovenskih transfuzijskih ustanovah, bolnišnicah in Zdravstvenem domu Ljubljana so bili analizirani njihovi pristopi k reševanju konfliktov. Vprašalnik je vključeval test Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument.

**Rezultati:** Konflikti se redko izrazijo, večinoma ostajajo prikriti. Konflikti so pogostejši znotraj poklicnih skupin kot med poklicnimi skupinami. Med medicinskimi sestrami in zdravniki je izogibanje najpogostejši način reševanja konfliktov ne glede na dejavnost organizacije, vrsto konflikta, delovni položaj, delovno dobo in spol zaposlenih. Vodilni konfliktom ne posvečajo dovolj pozornosti in jih pogosto ignorirajo, zato medicinske sestre in zdravniki najpogosteje konflikte rešujejo sami. Medicinske sestre se pogosteje kot zdravniki izražujejo o upravljanju s konflikti. Izobraževanje v nobeni poklicni skupini ni izboljšalo sodelovanja.

**Diskusija in zaključki:** Menedžment konfliktov ni sestavni del organizacijske kulture slovenskih zdravstvenih organizacij. Nekonstruktivno reševanje konfliktov v zdravstvu je posledica tradicionalne vodilne vloge in moči zdravnikov. Medsebojni odnosi zaposlenih so potisnjeni na stranski tir zaradi usmerjenosti k zdravljenju in zdravstveni negi. Medicinske sestre in zdravniki so prezaposleni, vodilni pa nimajo ustreznega znanja o upravljanju s konflikti in o lastni vlogi pri tem. Naloga vodij je namreč, da v sodelovanju z zaposlenimi kulturo izogibanja konfliktov preusmerijo v kulturo njihovega konstruktivnega reševanja in tako povečajo učinkovitost zaposlenih in organizacije.

### ABSTRACT

**Introduction:** Conflicts among health care workers have been identified as a significant disturbing issue within healthcare settings. Management of conflicts is more important than the prevention of conflicts and their causes.

**Methods:** A survey on conflict management styles was conducted among 228 nurses and 56 physicians in Slovenian transfusion centers, hospitals and the Community Health Centre Ljubljana. The questionnaire included the Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument test.

**Results:** The results show that there are few open conflicts, but many latent ones. Intra-professional conflicts seem to be more frequent than inter-professional ones. The most common response of nurses and physicians to an emerging conflict is avoidance. The conflict management style was found to be similar in both groups of health professionals, regardless of the organization activity, type of conflict, employees' position, the length of the working period or gender. Managers do not pay enough attention to conflicts and often ignore them. Consequently, the nurses and physicians have to resolve conflicts by themselves. Nurses more often enrol in conflict management programmes than physicians. Targeted education has, however, not improved interprofessional communication and collaboration in either group.

**Discussion and conclusions:** Management of conflicts is not part of the organizational culture in Slovenian healthcare institutions. The non-constructive problem solving results from the traditional pivotal role and power of physicians. As the medical treatment and nursing care are at the forefront, the interprofessional relationships are not given proper consideration. Nurses and physicians are overburdened with work and managers have deficient knowledge on conflict management and their role in solving interpersonal problems. Together with other staff members, managers should increase organizational effectiveness by enforcing the culture of constructive management of conflicts and not avoid them.

## Uvod

Konflikti so neizogiben pojav v delovnem okolju zaradi razlik zaposlenih v stališčih, vrednotah, željah, potrebah, ciljih, znanju, izkušnjah, odgovornostih, zaznavanju in idejah. Konflikt je opredeljen kot proces interakcij med najmanj dvema udeležencema, od katerih eden zazna nestrinjanje drugega (Almost, 2005; Vivar, 2006).

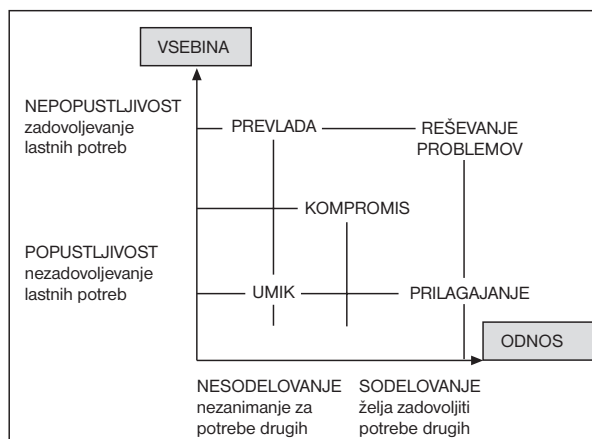
Konflikti med zdravstvenimi delavci so endemičen pojav v zdravstvenih organizacijah po vsem svetu. V Avstraliji in Kanadi raziskovalci poročajo o porastu konfliktov med medicinskimi sestrami (Almost, 2005; Hesketh et al., 2003; Farrell, 1997). Na Japonskem medicinske sestre zaradi konfliktov s kolegicami zapuščajo delovna mesta (Lambert, Lambert, Ito, 2004), v Novi Zelandiji pa medicinske sestre zaznavajo visoko stopnjo konfliktov v prvem letu zaposlitve po diplomi (McKenna et al., 2003). Da so konflikti prisotni tudi v slovenskem zdravstvu, dokazujejo rezultati raziskav o sodelovanju, komunikaciji, delovnih obremenitvah, stresnih dejavnikih in nasilju med zdravstvenimi delavci (Dobnik, 2007; Vrbovšek, 2006; Klemenc, Pahor, 2004; Rakovec Felser, 1996).

Neustrezno upravljanje konfliktov negativno vpliva na delovno klimo in psihofizično počutje zaposlenih, povečuje fluktuacijo in absentizem, zmanjšuje sodelovanje in učinkovitost zdravstvenih delavcev in s tem učinkovitost organizacije, kar posredno vpliva na izide zdravljenja in zdravstvene nege (De Dreu, Harinck, Van Vianen, 1999; Spector, Jex, 1998). Če je konflikt oziroma nasprotje navzoče, je upravljanje s konfliktom pomembnejše kot preprečevanje konflikta in vzrokov za nasprotje. Ravnanje s konflikti je pomemben vidik organizacijske kulture (Možina, 2002). Ameriško združenje menedžerjev je ugotovilo, da menedžment v zdravstveni negi za upravljanje konfliktov v povprečju porabi 20 % svojega časa. Veščine upravljanja s konflikti so prav tako ali pa še bolj pomembne kot veščine načrtovanja, komunikacije, motivacije in sprejemanja odločitev (Cox, 2003). Kako slovenske medicinske sestre in zdravniki konflikte rešujejo oziroma jih ne rešujejo, je ugotovljeno z raziskavo, ki jo predstavlja članek.

## Metode reševanja konfliktov

Reševanje konfliktov je proces, ki pripelje do določenega izida. Blake in Mouton (1964, cit. po Almost, 2005) sta opredelila pet načinov reševanja konfliktov, ki temeljijo na dveh osnovnih usmeritvah udeležencev v konfliktu: usmerjenost k nalogam, v produktivnost, k izidom, rezultatom, in usmerjenost k ljudem oziroma k medsebojnim odnosom. Ti dve usmeritvi lahko pojmujejo tudi kot skrb zase in skrb za druge (Rahim, Bonoma, 1979) ali kot zadovoljevanje lastnih potreb in zadovoljevanje potreb drugih (Thomas, 1976). Reše-

vanje konfliktov vključuje obe dimenziji v različnem obsegu. Visoka skrb tako zase kot za druge je opredeljena kot »sodelovalni, povezovalni slog«, medtem ko je nizka skrb zase in za druge opredeljena kot »izogibajoči slog«. Visoka skrb zase in nizka skrb za druge je opisana kot »tekmovalni, prevladujoči slog«, nizka skrb zase in visoka skrb za druge kot »prilagoditveni slog« (Lewicki, Weiss, Lewin, 1992) (Sl. 1).



Sl. 1. Metode reševanja konfliktov.

Figure 1. Problem solving methods.

Pri reševanju konfliktov posameznik izrazi svojo asertivnost (nepopustljivost, skrb zase) in pripravljenost na sodelovanje (skrb za druge). Asertivno vedenje posamezniku omogoča, da deluje v skladu s svojimi interesi, da se postavi zase brez nepotrebne anksioznosti, da svoja občutja izrazi brez neprijetnega občutka oziroma da uveljavlja svoje pravice, ne da bi zanikal pravice drugih (Rungapadiachy, 1999). Prilaganje je neasertivno in sodelovalno, izogibanje je neasertivno in nesodelovalno, sodelovanje je asertivno in sodelovalno, prevlada je asertivna in nesodelovalna, kompromis pa je srednja stopnja sodelovalnosti in asertivnosti (Cavanagh, 1991).

Skjørshammer (2001) ugotavlja, da so med poklicnimi skupinami v zdravstvu razlike v dojemanju in upravljanju konfliktov, kar pripisuje njihovim poklicnim vlogam in pristojnostim. Medicinske sestre so na splošno šibkejše pri asertivnosti in močnejše pri sodelovanju (Baggs, Ryan, 1990). Raziskave konfliktov pri moških in ženskah. Ženske imajo težnjo po prilaganju, medtem ko so moški nagnjeni k prevladi. Medicinske sestre, ki so večinoma ženske, tako uporabljajo predvsem izogibanje in prilaganje in kompromis, sledita sodelovanje in tekmovalanje (Vivar, 2006; Almost, 2005). Več raziskovalcev ugotavlja, da je izogibanje najpogostejši konfliktni stil medicinskih sester ne glede na njihovo stopnjo izobrazbe, poklicni položaj, delovno dobo in zakonski stan (Kantek, Kavla, 2007; Cavanagh,

1991). Po drugih raziskavah sodeč starejše medicinske sestre uporabljajo predvsem kompromis, ostale bolj izogibanje (Cavanagh, 1991; Hightower, 1986).

Za razliko od navedenih ugotovitev Prescott in Bowen (1985) omenjata, da večina medicinskih sester v njihovi študiji rešuje konflikte s prevlado. Tudi zdravniki v njihovi študiji uporabljajo prevlado, in to še pogosteje kot medicinske sestre. Prevlasti sledi prilagajanje. Še vedno pa so medicinske sestre v konfliktih prepoznane kot šibkejša stran. Da bi konflikte rešile v svojo korist, uporabljajo tudi taktike, ki se razlikujejo od opisanih metod. Poiščejo pomoč pri drugih zdravnikih, na drugih oddelkih, pri menedžmentu zdravstvene nege in poklicnih združenjih ali se obrnejo po pomoč k bolnikom in njihovim svojcem.

V zdravstvenih organizacijah imajo pri upravljanju konfliktov ključno vlogo zdravniki. Med zdravniki je izogibanje prevladujoči konfliktni slog, njihova statusna moč pa vpliva na obnašanje drugih zdravstvenih delavcev. Avtonomija zdravnikov, združena z njihovo visoko statusno in položajno močjo, se lahko izrazi v prikrievanju nasprotij (Tabak, Koprak, 2007; Skjørshammer, Hofoss, 1999).

Povzamemo lahko, da je med medicinskimi sestrami in zdravniki izogibanje najpogostejši način reševanja konfliktov. Izogibanje se izraža skozi različne vedenjske sloge:

- o konfliktu se ne govori, nesoglasja se »pometejo pod preprogo«;
- ignoriranje negativnih komentarjev, zbadanj in težavnega vedenja sodelavcev v upanju, da bo minilo;
- potlačanje nestrinjanja in lastnih občutkov s preusmeritvijo na prednostne vloge oziroma naloge (skrb za dobrobit bolnika);
- razpravljanje o konfliktu z drugimi sodelavci, prijatelji ali v ožji podporni skupini; udeleženci z drugimi delijo in sprostijo svoje frustracije in negativne izkušnje po konfliktu, iz česar se lahko razvijejo govorice, opravljanje itd.;
- bolniški dopust in zamenjava službe sta skrajni obliki izogibanja konfliktom (Skjørshammer, 2001).

Medicinske sestre v konfliktih z zdravniki uporabljajo izogibanje in prilagajanje predvsem zaradi bolnikov in zaradi mnenja, da imajo minimalne možnosti za rešitev problema, kar je posledica vpliva statusa in avtoritete zdravnikov (Tabak, Koprak, 2007; Kunaviktik et al., 2000). Zdravniki uporabljajo izogibanje, ker menijo, da nimajo dovolj močnih argumentov, s katerimi bi prepričali sogovornika, ali zaradi lojalnosti do kolegov oziroma vodij. Bojijo se tudi posledic, kot so sankcije, bojijo se, da se bodo osramotili, da ne bodo prenesli s konfliktom povezanega stresa, bojijo se poslabšanja lastnega statusa ali vpliva konflikta na kariero. Vodje tehtajo med posledicami in koristmi ne samo za njih same, ampak tudi za njihovo skupino oz. oddelek

(Tabak, Koprak, 2007; Vivar, 2006; Skjørshammer, 2001). Skjørshammer in Hofoss (1999) ugotavljata, da zdravniki v primerjavi z medicinskimi sestrami zaznajo manj konfliktov, čeprav bi jih glede na njihovo vodilno vlogo in odgovornost pri zdravljenju pričakovali več. Zdravniki o konfliktih govorijo manj pogosto oziroma konfliktno situacijo redkeje opredelijo kot konflikt. Na to se navezuje tudi navedba Pahor (1997), da zdravniki ne prepoznajo konfliktov z medicinskimi sestrami, ker jih ne zaznavajo kot »pomembne druge«. Za zdravnike so pomembni predvsem drugi zdravniki, bolniki in njihove družine.

Izbira pristopa za reševanje konfliktov je odvisna tudi od specifičnih situacij pri zdravljenju in zdravstveni negi (Brandt, Holt, Sullivan, 2001; Herzog, 2000). V zdravstvenih organizacijah je mnogo dejavnikov, ki narekujejo uporabo izogibanja kot razumnega in prevladujočega konfliktnega sloga. Metode reševanja konfliktov določata predvsem dva dejavnika: zaznani občutek soodvisnosti in moči med udeleženci in zaznana nujnost ukrepanja v določeni situaciji (Skjørshammer, 2001) (Razpr. 1).

#### Razpr. 1. Model konfliktnih slogov v zdravstvenih organizacijah.

Table 1. Model of conflict styles in health organizations.

	Zaznavanje nujnosti	
	Nizko	Visoko
Zaznavanje soodvisnosti		
Nizko	izogibanje	prevlada
Visoko	prevlada	kompromis

#### Delovna soodvisnost in moč

Delovna soodvisnost med poklicnimi skupinami temelji na usklajevanju delovnih nalog in poklicnih kompetenc, ki zagotavljajo kakovostno zdravljenje in zdravstveno nego. Delovna soodvisnost določajo pravila, postopki, nadzor nad razpoložljivimi viri in možnost zagotavljanja virov. Kadar sodelujejo različni strokovnjaki ali oddelki, na soodvisnost vpliva moč zaposlenih. Moč zaposlenih pomeni imeti možnost odločanja, kaj bo narejeno v določeni situaciji z razpoložljivimi viri, oziroma imeti znanje in veščine, s katerimi se vpliva na način reševanja konflikta. Status posameznika, poklicne skupine ali oddelka je ključni vir moči, ki zaposlenim omogoča uresničevanja njihovih želja in interesov (Skjørshammer, 2001).

Običajno je večja moč zaposlenih povezana z večjo neodvisnostjo, večja odvisnost pa z manjšo močjo zaposlenih. Soodvisnost, povezana z močjo, je običajno pristopna pred konfliktom. V zdravstvenih organizacijah obstajajo utečeni vzorci vedenja, ki določajo smer in moč soodvisnosti med vključenimi v konflikte in močno vplivajo na njihovo obnašanje. Položaj zaposlenih ključno določa soodvisnost in slog reševanja konfliktov.

Uporaba prevlade – moči – je običajno povezana z zaznavanjem nadrejenega položaja ene strani, pri čemer je druga stran odvisna. V situaciji, kjer je soodvisnost nizka, je izogibanje pogosto prevladujoči slog reševanja konfliktov (Skjørshammer, 2001).

## Zaznavanje nujnosti

Druga determinanta konfliktne sloga je zaznavanje nujnosti. Nujnost se vedenjsko izraža v poudarjanju, da je neka stvar pomembna, in z močjo argumentiranja, da se nekaj naredi v določeni situaciji. Zaznavanje stopnje nujnosti s strani vpletenih je ključnega pomena za to, kako se bo ob konfliktu postopalo. Med medicinskimi sestrami in zdravniki obstajajo razlike v zaznavanju časa, kar vpliva tudi na njihovo zaznavanje nujnosti. Medicinske sestre čas stalno zaznavajo, ga razčlenjujejo in nadzorujejo njegovo porabo. Zdravniki časa ne razčlenjujejo, temveč dajejo prednost trenutno najbolj nujnim nalogam. Zaradi večje statusne moči večine zdravnikov je tendenca, da prevlada zdravnikov način dojemanja časa, kar posledično vpliva tudi na delovne interakcije. Razlike v zaznavanju delovnega časa ustvarjajo razlike v zaznavanju nujnosti, kar je osnova za konflikte (Skjørshammer, 2001).

## Namen

Namen raziskave je ugotoviti:

- pogostost konfliktov znotraj in med poklicnimi skupinami medicinskih sester in zdravnikov in soudeležence v konfliktih;
- strategije, ki jih zaposleni uporabljajo pri reševanju konfliktov;
- zadovoljstvo zaposlenih z lastnim in organizacijskim pristopom k reševanju konfliktov.

## Cilj

Cilj raziskave je analizirati in primerjati reševanje konfliktov med medicinskimi sestrami in zdravniki ter prikazati statistično pomembne razlike in soodvisnosti glede na poklicno skupino, spol, delovno dobo, delovno organizacijo in položaj zaposlenih v organizaciji.

## Hipoteze

Na podlagi pregleda literature in spoznanj raziskovalcev odnosov in konfliktov med medicinskimi sestrami in zdravniki so postavljene izhodiščne hipoteze:

*Hipoteza 1:* Konflikti so pogostejši znotraj poklicnih skupin kot med poklicnimi skupinami.

*Hipoteza 2:* Izogibanje je najpogostejši način reševanja konfliktov v obeh poklicnih skupinah.

*Hipoteza 3:* Medicinske sestre in zdravniki najpogo-

steje rešujejo konflikte sami.

*Hipoteza 4:* Vodilni reševanju konfliktov ne posvečajo dovolj pozornosti.

## Metode

Za raziskavo je bila uporabljena kvantitativna metoda s tehniko anketiranja. Anketiranje je bilo izvedeno v oktobru in novembru 2008 po klasični in elektronski pošti. Vprašalnik je poleg vprašanj o načinih reševanja konfliktov z večstransko izbiro in Likartovo lestvico strinjanja, vključeval tudi v slovenščino preveden validiran vprašalnik Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument (Thomas, Kilmann, 1974). Vprašalnik sestavlja 30 parov izjav o možnih odzivih v določeni konfliktni situaciji; na podlagi izbranih odgovorov se oceni posameznikov pristop k reševanju konfliktov. Zanesljivost Thomas-Kilmannovega testa je visoka, saj je koeficient korelacije test-retest 0,77 (Volkema, Bergmann, 2001).

Z anketo pridobljeni podatki so bili obdelani s pomočjo računalniškega programa Excel in statističnega program SPSS 12.0.

## Vzorec

800 vprašalnikov je bilo razdeljenih medicinskim sestram in zdravnikom v Zdravstvenem domu Ljubljana in v vseh slovenskih transfuzijskih ustanovah, od koder so vprašalnike posredovali tudi sodelavcem v bolnišnicah. Vrnjenih je bilo 284 vprašalnikov (35,5%), vsi so bili vključeni v vzorec raziskave; izpolnilo jih je 228 medicinskih sester (80 %) in 56 zdravnikov (20 %).

V obeh poklicnih skupinah je bil večji delež žensk kot moških: med anketiranimi v zdravstveni negi je bilo 92,1 % medicinskih sester, v skupini zdravnikov je bilo 73,2 % zdravnic. Med medicinskimi sestrami je imelo 49,1 % anketiranih srednjo stopnjo izobrazbe, 14,9 % višjo, 33,8 % visoko strokovno in le ena medicinska sestra (2,2 %) univerzitetno izobrazbo. Povprečna delovna doba med anketiranimi medicinskimi sestrami je bila 19 let in med zdravniki 17 let. Glede na število vseh zaposlenih v ustanovah je največji delež anketiranih iz transfuzijskih oddelkov pri slovenskih bolnišnicah (44,4 %) in iz Zavoda RS za transfuzijsko medicino v Ljubljani (39 %), sledi Zdravstveni dom Ljubljana (7,8 %) in nato oddelki bolnišnic (2 %).

## Rezultati

Medicinske sestre in zdravniki v povprečju pri svojem delu zelo redko (enkrat ali večkrat na leto) pridejo v konflikt s sodelavci. Vendar se medicinske sestre (69 %) v večjem deležu kot zdravniki (27 %) strinjajo, da so na njihovih oddelkih tudi prikriti – neizraženi konflikti.

Povprečne ocene pojavnosti konfliktov s sodelavci (od 1 – nikoli, do 5 – en ali več na dan) kažejo, da imajo konflikte s sodelavci v enaki meri medicinske sestre (1,8) kot zdravniki (1,8). Konflikti so pogostejši znotraj poklicnih skupin kot med poklicnimi skupinami. Statistično značilni povzročitelj konfliktov, ki jih zazna medicinska sestra, so druge medicinske sestre (srednja, višja, visoka stopnja izobrazbe). Povezanost s pojavnostjo konfliktov je visoka ( $R = 0,616$ ;  $p \leq 0,05$ ). Srednje medicinske sestre povzročajo 35 % konfliktov, višje in diplomirane medicinske sestre k temu prispevajo še 3 %. Statistično značilni povzročitelj konfliktov, ki jih zazna zdravnik, so drugi zdravniki (vodja, predstojnik) in medicinske sestre (srednja stopnja izobrazbe). Tudi tu je povezanost s pojavnostjo konfliktov visoka ( $R = 0,621$ ;  $p \leq 0,05$ ). Vodilni zdravniki povzročajo 30 % konfliktov, medicinske sestre (srednje) k temu prispevajo še 9 %. Med konfliktnostjo medicinskih sester in zdravnikov je pozitivna korelacija ( $\rho = 0,583$ ;  $p < 0,01$ ).

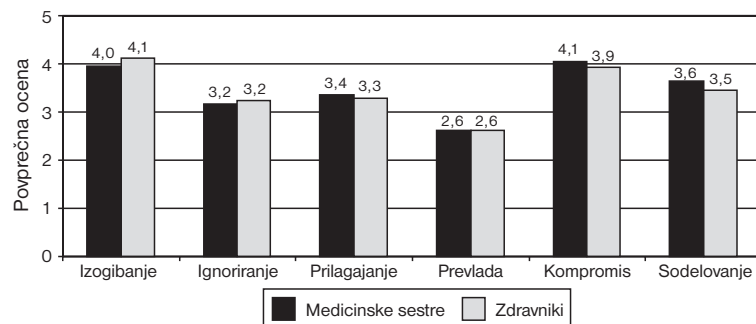
Metode reševanja konfliktov s sodelavci so bile ocenjene z dveh zornih kotov:

- z vidika anketirancev – subjektivna ocena,
- s psihološkim testom Thomas-Kilmann – objektivna ocena.

### Subjektivna ocena metod reševanja konfliktov

Povprečne ocene (od 1 – nikoli, do 5 – zelo pogosto) kažejo, da medicinske sestre in zdravniki k reševanju konfliktov pristopajo podobno. Najpogosteje uporabljajo kompromis in izogibanje, sledi sodelovanje in prilagajanje, nato ignoriranje. Prevlado uporabljajo zelo redko (Sl. 2).

Zanesljivost in veljavnost subjektivnih ocen načinov reševanja konfliktov s sodelavci sta preverjeni s testom notranje konsistentnosti Cronbach alfa. Dobljena vrednost testa je 0,579, kar je manj od priporočene vredno-



Sl. 2. Metode reševanja konfliktov med medicinskimi sestrami in zdravniki (subjektivna ocena).

Figure 2. Methods for resolving conflicts among nurses and physicians (subjective assessment).

sti 0,8 in kaže na to, da subjektivna ocena anketiranih ni najbolj ustrezna.

Nižja zanesljivost subjektivnih ocen načinov reševanja konfliktov s sodelavci se odraža tudi v faktorski analizi z nižjo primernostjo testa KMO (0,68) kljub izločitvi metode tekmovanja zaradi prenizke komunalitete (0,123). V nadaljevanju sta z metodo glavnih osi izstopili dve kategoriji načinov reševanja konfliktov, ki dobro (70 %) predstavljata vhodno variabilnost spremenljivk:

- v prvo kategorijo, ki nosi 47 % lastnosti vhodnih spremenljivk, sodijo naslednje metode reševanja konfliktov: ignoriranje, izogibanje in prilagajanje, in sicer z razmerjem uteži 0,99 : 0,90 : 0,78;
- v drugo kategorijo, ki nosi 23 % lastnosti vhodnih spremenljivk, sodita sodelovanje in kompromis, in sicer z razmerjem uteži 0,96 : 0,49.

S faktorsko analizo (metodo glavnih osi) je potrjeno, da imajo v obeh poklicnih skupinah ignoriranje, izogibanje in prilagajanje večji vpliv (težo) kot sodelovanje in kompromis.

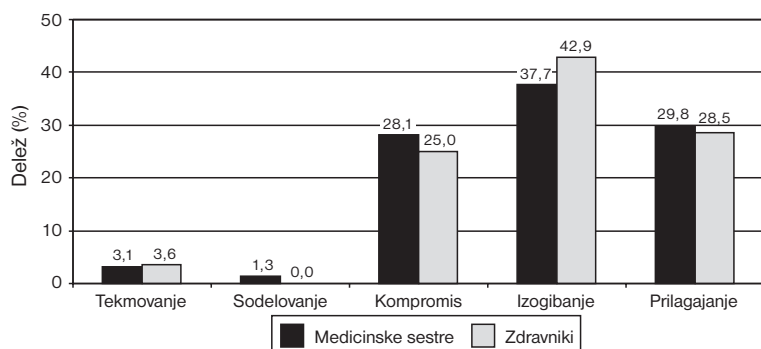
### Objektivna ocena metode reševanja konfliktov (Thomas-Kilmannov test)

Thomas-Kilmannov test je potrdil, da medicinske sestre in zdravniki pri reševanju konfliktov najpogosteje uporabljajo izogibanje. Pri zdravnikih izogibanju sledita prilagajanje in kompromis, pri medicinskih sestrah sledi najprej kompromis in nato prilagajanje. Sodelovanje in tekmovanje sta v obeh poklicnih skupinah uporabljena redko (Sl. 3).

Razlika v frekvencah med posameznimi slogi reševanja konfliktov je glede na velikost vzorca velika, zato lahko potrdimo hipotezo, da je izogibanje najpogostejši način reševanja konfliktov v obeh poklicnih skupinah. Med medicinskimi sestrami in zdravniki tudi ni statistično značilnih razlik v načinih reševanja konfliktov (Mann-Whitneyev test;  $p > 0,05$ ).

Primerjava najpogostejših načinov reševanja konfliktov med zaposlenimi v zdravstvenih domovih, bolnišnicah, Zavodu RS za transfuzijsko medicino in transfuzijskih oddelkih kaže, da je povsod najpogostejše izogibanje, sledi prilagajanje in nato kompromis. Med medicinskimi sestrami in zdravniki v navedenih ustanovah ni statistično značilnih razlik v načinih reševanja konfliktov (test  $\chi^2 > 0,05$ ).

Način reševanja konfliktov med vodilnimi se ne razlikuje od načina reševanja konfliktov pri zaposlenih brez vodstvenega položaja (test  $\chi^2 > 0,05$ ). Med moškimi in ženskami v obeh poklicnih



Sl. 3. Metode reševanja konfliktov med medicinskimi sestrami in zdravniki (Thomas-Kilmannov test).

Figure 3. Methods for resolving conflicts among nurses and physicians (Thomas-Kilmann test).

skupinah ni statistično značilnih razlik v načinih reševanja konfliktov (test  $\chi^2 > 0,05$ ). Medicinske sestre z naraščanjem delovne dobe uporabljajo več izogibanja konfliktom (Pearsonova korelacija:  $\rho = -0,177$ ;  $p = 0,009$ ), pri zdravnikih pa korelacija med delovno dobo in metodami reševanja konfliktov ni statistično značilna.

### Reševanje konfliktov: posameznik – organizacija

Tako medicinske sestre ( $x = 3,94$ ;  $t = 11,4$ ;  $p < 0,01$ ) kot tudi zdravniki ( $x = 4,13$ ;  $t = 8,06$ ;  $p < 0,01$ ) konflikte najpogosteje rešujejo sami. Medicinske sestre statistično značilno pogosteje ( $x = 3,34$ ) kot zdravniki ( $x = 3,02$ ) pri reševanju konfliktov prosijo za pomoč sodelavce, ki jim zaupajo (ANOVA:  $F = 3,5$ ;  $p = 0,031$ ), vendar z leti zaposlitve tudi pri medicinskih sestrah to upada ( $\rho = -0,166$ ;  $p = 0,014$ ). V obeh poklicnih skupinah zelo redko prosijo za pomoč predstojnika oddelka, znotraj tega pa se kaže, da se moški na predstojnika obrnejo statistično značilno pogosteje kot ženske (ANOVA:  $F = 7,9$ ;  $p < 0,005$ ).

Povprečne ocene kažejo, da so s svojim pristopom k reševanju konfliktov bolj zadovoljni zdravniki ( $x = 3,35$ ) kot medicinske sestre ( $x = 3,21$ ) (ANOVA:  $F = 2,7$ ;  $p = 0,046$ ), pri čemer so medicinske sestre s srednjo stopnjo izobrazbe ( $x = 3,67$ ) bolj zadovoljne s svojim pristopom k reševanju konfliktov kot medicinske sestre z višjo in visoko stopnjo izobrazbe ( $x = 3,41$ ) (ANOVA:  $F = 3,2$ ;  $p = 0,023$ ).

Zdravniki ( $x = 3,62$ ) se bolj kot medicinske sestre ( $x = 3,42$ ) strinjajo, da za uspešno reševanje konfliktov potrebujejo dodatna znanja (ANOVA:  $F = 12,8$ ;  $p \leq 0,001$ ). Izobraževanja o konfliktih se je udeležilo 48,7 % anketiranih medicinskih sester in 35,7 % zdravnikov. Pri medicinskih sestrah, ki so se udeležile izobraževanja o konfliktih, se način reševanja konfliktov ne razlikuje od načina reševanja konfliktov pri medicinskih sestrah brez izobraževanja, pri zdravnikih pa je razlika statistič-

no značilna (test  $\chi^2$ :  $p = 0,038$ ). V obeh poklicnih skupinah se je po izobraževanju zmanjšala uporaba prilaganja in povečala uporaba izogibanja, sodelovanje kot najustreznejša metoda reševanja konfliktov pa se ni povečalo.

Med medicinskimi sestrami in zdravniki ni statistično značilnih razlik v strinjanju, da vodilni reševanju konfliktov ne posvečajo dovolj pozornosti in da reševanje konfliktov na njihovih oddelkih ni ustrezno.

### Razprava

Realizirani vzorec se ne ujema s strukturo medicinskih sester in zdravnikov v slovenski populaciji, zato rezultatov raziskave ne moremo posploševati na celotno populacijo. Zavedati se moramo tudi omejitev tehnike anketiranja. Rezultati so odraz subjektivnih ocen in izkušenj udeležencev. Toda kljub zapisanemu in kljub relativno majhnemu številu zdravnikov, vključenih v raziskavo, je način reševanja konfliktov tako izrazil, da vzorec dobro predstavlja poklicno skupino zdravnikov in medicinskih sester.

Slovenske medicinske sestre in zdravniki upravljajo s konflikti podobno kot njihovi kolegi v drugih državah. Konflikti se redko izrazijo, večinoma ostajajo prikriti. Ob upoštevanju vseh stopenj konfliktov (prikritih, zaznanih, občutenih in izraženih) so konflikti dejansko prisotni v večji meri, kot kažejo ocene anketiranih. Konflikti so pogostejši znotraj poklicnih skupin kot med poklicnimi skupinami medicinskih sester in zdravnikov. Posamezniki, delovne skupine in timi z veliko medsebojno odvisnostjo imajo več konfliktov in obratno (Jehn, Mannix, 2001), zato najpogosteje prihaja do konfliktov med tesnimi sodelavci (Gregorc, 2009; Tabak, Koprak, 2007; Vivar, 2006; Almost, 2005; Cox, 2003; Skjørshammer, 2001; Skjørshammer, Hofoss, 1999).

Z raziskavo smo potrdili izhodiščne hipoteze. Med medicinskimi sestrami in zdravniki je izogibanje najpogostejši način reševanja konfliktov ne glede na poklicno skupino (medicinske sestre, zdravniki), dejavnost organizacije (zdravstveni dom, bolnišnica, transfuzijske ustanove), vrsto konflikta (interpersonalni, medskupinski, formalne vloge vključenih v konflikt (nadrejeni, podrejeni) in spol zaposlenih. Izogibanje konfliktom ima kratkoročno lahko tudi ugodne učinke, obe strani lahko premislita o problematiki in okoliščinah konfliktnih situacij in se tako izogneta neprimernim takojšnjim reakcijam. Toda problem ostaja nerešen. Dolgoročno to lahko moti sodelovanje in sproži agresivno vedenje, prevzemanje tveganja, govorice, opravljanje, grupiranje in slabšanje odnosov (Tabak, 2007; Vivar, 2006; Almost, 2005; Skjørshammer, 2001; Skjørshammer, Hofoss, 1999).

Glavni razlogi za prevlado izogibanja konfliktom v zdravstvu so:

- Tradicionalna paradigma o vlogah zdravnika kot vodilnega in od njega odvisnih drugih zdravstvenih delavcev se odraža tudi pri reševanju konfliktov (Tabak, Koprak, 2007; Almost, 2005; Skjørshammer, 2001).
- Medsebojni odnosi v zdravstvu so pogosto spregledani, potisnjeni na stranski tir in zaznavani kot manj pomembni in manj problematični. Zaradi bolnikov so zdravstveni delavci bolj pripravljeni na kompromise ali izogibanje (Skjørshammer, Hofoss, 1999).
- Zdravstveni delavci so prezaposleni in nimajo oziroma si ne vzamejo časa za pogovor o medsebojnih odnosih in konfliktih. Mnogi problemi se izpostavijo šele, ko je njihovo reševanje nujno. Prednost imajo problemi, povezani z bolniki, nato težave s strokovnim delom in šele nazadnje medsebojni odnosi. Delovno sodelovanje in delovno okolje se obravnava šele, ko postaneta nevzdržni. Obravnava konfliktov ne sledi njihovi pojavnosti (Skjørshammer, 2001).
- Vodilni imajo premalo znanja o svoji vlogi pri upravljanju konfliktov (Vivar, 2006).

Posledice neustreznega upravljanja s konflikti se odražajo v medsebojnih odnosih. Raziskave konfliktov med medicinskimi sestrami in zdravniki kažejo, da sta ti dve poklicni skupini včasih bolj obremenjeni z medsebojnimi odnosi kot s pacienti, kar zlasti velja za medicinske sestre (Mac Kay, 1993, cit. po Pahor, 1997). Medicinske sestre večkrat omenjajo medpoklicne odnose kot zdravniki, kar lahko pripišemo večji občutljivosti za problem in temu, da je vprašanje medpoklicnega sodelovanja pri medicinskih sestrah bolj opaženo (Mihelič Zajec, Kobilšek, Horvat, 2007).

Podrobnejša raziskava izogibanja konfliktom bi pokazala dejanske vzroke in posledice te metode, na podlagi katerih bi vodilni skupaj z zaposlenimi lahko pričeli načrtno in sistematično uvajati konstruktiven način reševanja konfliktov.

Pri raziskovanju metod reševanja konfliktov je potrebno upoštevati razlike v metodologiji njihovega ocenjevanja. Kot se je izkazalo v tej raziskavi, se subjektivne ocene lastnih načinov reševanja konfliktov razlikujejo od rezultatov preizkušenih in validiranih testov za ocenjevanje konfliktnih slogov. Pri samoocenjevanju se bolj kot dejansko stanje izrazijo želje oziroma zavedanje posameznikov v smeri ustreznega reševanja konfliktov. Tako anketiranci postavijo sodelovanje na tretje mesto, takoj za izogibanje in kompromis.

Dosedanje izobraževanje o upravljanju s konflikti ni izboljšalo sodelovalne prakse v nobeni poklicni skupini. Glavni razlog za to pripisujemo temu, da se poklicne skupine izobražujejo in usposabljuje ločeno. Vsaka zase pozna svoje probleme in o njih razpravlja, problemov drugih ne poznajo. Morda mislijo, da o

drugih že vse vedo ali da drugi nimajo problemov. Le redki poskušajo poiskati odgovore in razumeti, zakaj se sodelavci obnašajo drugače, kot od njih pričakujejo. To bi bilo lažje doseči na skupnih srečanjih, kjer bi se medsebojno poslušali, poskušali razumeti drug drugega in reševali skupne probleme v obojestransko korist. San Martin-Rodrigues s sodelavci (2005) navaja, da bi bilo potrebno že v izobraževalni sistem vnesti duha profesionalne pluralnosti, ki bi prispeval k prepoznavanju vrednosti in odgovornosti posameznih disciplin. Bodoči zdravstveni delavci bi že med študijem spoznavali delo in pristojnosti sodelavcev, se naučili medsebojnega spoštovanja, sodelovanja in konstruktivnega reševanja nastalih nasprotij.

## Zaključek

Menedžment konfliktov ni sestavni del organizacijske kulture slovenskih zdravstvenih organizacij. Ker organizacijsko kulturo oblikujejo in upravljajo vodje, je potrebno prve aktivnosti za spreminjanje organizacijske kulture pričeti na vrhu organizacije. Naloga vodij je, da izkoristijo izkazano željo medicinskih sester in zdravnikov in izpopolnijo znanja iz vodenja, uvajanja sprememb in ravnanja z zaposlenimi ter nato kulturo izogibanja konfliktov preusmerijo v kulturo njihovega konstruktivnega reševanja. Glavni izziv predstavlja prepoznavanje konfliktov v zgodnji fazi, ko še nimajo uničujočega vpliva na sodelovanje med zaposlenimi in razvijanje organizacijskega okolja, v katerem bodo zaposleni lahko izrazili svoje misli, ideje, pomisleke, skratka sebe, ker bodo upoštevani in spoštovani.

## Literatura

1. Almost J. Conflict within nursing work environments: concept analysis. *J Adv Nurs*. 2005;53(4):444–53.
2. Baggs J, Ryan SA. Nurse – physician collaboration and nursing satisfaction. *Nurs Econ*. 1990;8(6):386–92.
3. Brandt AM, Holt J, Sullivan M. How to make conflict work for you. *Nurs Manage*. 2001;32(11):32–4.
4. Cavanagh SJ. The conflict management style of staff nurses and nurse managers. *J Adv Nurs*. 1991;16(10):1254–60.
5. Cox BK. The effects of intrapersonal, intergroup and intergroup conflict on team performance effectiveness and work satisfaction. *Nurs Adm Q*. 2003;27(2):153–63.
6. De Dreu CKW, Harinck F, Van Vianen AEM. Conflict and performance in groups and organization. In: Cooper CL, Robertson IT, eds. *International review of industrial and organizational psychology*. Chichester; New York: Wiley; 1996(14):376–405.
7. Dobnik M. Analiza komunikacijskega udobja in motenj pri komunikaciji. *Obzor Zdr N*. 2007;41(2-3):153–8.
8. Farrell AG. Agression in clinical setting: nurses views. *J Adv Nurs*. 1997;25(3):501–8.
9. Gregorc C. Dojemanje in upravljanje konfliktov v zdravstvu: primerjava med poklicnimi skupinami [magistrsko delo]. Kranj: Univerza v Mariboru; 2009.
10. Herzog AC. Conflict resolution in a nutshell: tips for everyday nursing. *SCI Nurs*. 2000;7(4):162–6.
11. Hesketh K, Duncan SM, Estabrooks CA, Reimer MA, Giovannetti P, Hyndman K, et al. Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy*. 2003;63(3):311–21.

12. Hightower T. Subordinate choice of conflict-handling modes. *Nursing Adm Q*. 1986;11(1):29–34.
13. Jehn KA, Mannix E. The dynamic nature of conflict: a longitudinal study of intragroup conflict and performance. *Acad Manage J*. 2001;44(2):238–51.
14. Kantek F, Kavla I. Nurse – nurse manager conflict: How do nurse managers manage it? *Health Care Manag*. 2007;26(2):147–51.
15. Klemenc D, Pahor M. Zmanjševanje pojavov nasilja na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. *Obzor Zdr N*. 2004;38(1):43–52.
16. Kunaviktikul W, Nuntasupawat R, Srisuphan W, Booth RZ. Relationships among conflict, conflict management, job satisfaction, intent to stay, and turnover of professional nurses in Thailand. *Nurs Health Sci*. 2000;2(1):9–16.
17. Lambert VA, Lambert CE, Ito M. Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *Int J Nurs Stud*. 2004;41(1):85–97.
18. Lewicki RJ, Weiss SE, Lewin D. Models of conflict, negotiation, and third party intervention: a review and synthesis. *J Organ Behav*. 1992;13(3):209–52.
19. McKenna BG, Smit NA, Pool S, Coverdal H. Horizontal violence: experiences of registered nurses in their first year of practice. *J Adv Nurs*. 2003;42(1):90–6.
20. Mihelič Zajec A, Kobilšek PV, Horvat M. Kaj so o medpoklicnem sodelovanju napisale medicinske sestre in kaj zdravniki v obdobju 1995–2005 v svojih strokovnih periodičnih časopisih. In: Filej B, Kersnič P, eds. *Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna*. 6. mednarodni kongres zdravstvene in babiške nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2007: 501–7.
21. Možina S. Odnosi in nasprotja v organizaciji. In: Možina S, ed. *Management: nova znanja za uspeh*. Radovljica: Didakta; 2002: 581–616.
22. Pahor M. Spremembe stališč in vrednot pri študentih zdravstvene vzgoje na Univerzi v Ljubljani [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 1997.
23. Prescott PA, Bowen SA. Physician–nurse relationships. *Ann Intern Med*. 1985;103(1):127–33.
24. Rahim A, Bonoma TV. Managing organizational conflict: a model for diagnosis and intervention. *Psychol Rep*. 1979;44(3, Pt 2):1323–44.
25. Rakovec Felser Z. Sindrom »burnout« ali sindrom izgorelosti medicinske sestre. *Obzor Zdr N*. 1996;30(1-2):29–32.
26. San Martín-Rodríguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care*. 2005;19(Suppl.1):32–47.
27. Rungapadiachy DM. *Medosebna komunikacija v zdravstvu*. Ljubljana: Educy; 1999.
28. Skjørshammer M. Co-operation and conflict in a hospital: inter-professional differences in perception and management of conflict. *J Interprof Care*. 2001;15(1):7–18.
29. Skjørshammer M, Hofoss D. Physician in conflict: a survey study of individual and work-related characteristics. *Scand J Caring Sci*. 1999;13(4):211–6.
30. Spector PE, Jex SM. Development of four self-report measures of job stressors and strain: interpersonal conflict at work scale, organizational constraints scale, quantitative workload inventory, and physical symptoms inventory. *J Occup Health Psychol*. 1998;3(4):356–67.
31. Tabak N, Koprak O. Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. *J Nurs Manag*. 2007;15(3):321–31.
32. Thomas KW. Conflict and conflict management. In: Dunnette MD, ed. *Handbook of industrial and organizational psychology*. Chicago: R. McNally; 1976: 889–935.
33. Thomas KW, Kilmann RH. *Thomas-Kilmann conflict mode instrument*. Tuxedo: XICOM; 1974.
34. Vivar CG. Putting conflict management into practice: a nursing case study. *J Nurs Manag*. 2006;14(3):201–6.
35. Volkema RJ, Bergmann TJ. Conflict styles as indicators of behavioral patterns in interpersonal conflicts. *J Soc Psychol*. 2001;135(1):5–15.
36. Vrbovšek S. *Strukturne značilnosti razmerij med medicinskimi sestrami in zdravniki* [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2006.