

SODELOVANJE IN KONFLIKTI V DELOVNEM OKOLJU MEDICINSKIH SESTER

COLLABORATION AND CONFLICT WITHIN NURSING WORK ENVIRONMENTS

Cvetka Gregorc, prof. zdr. vzg.

Zavod RS za transfuzijsko medicino, Ljubljana, Slovenija

cvetka.gregorc@ztm.si

Izvleček

Ključne besede: zdravstveni delavci, konflikti, vzroki, reševanje konfliktov

Izhodišča: Prispevek predstavlja problematiko konfliktov v poklicni skupini medicinskih sester v odnosu z njihovimi najpogostejšimi zdravstvenimi sodelavci.

Metode: Z anketo med 228 medicinskimi sestrami, 189 zaposlenimi v laboratorijih in 56 zdravniki v slovenskih transfuzijskih ustanovah, bolnišnicah in zdravstvenem domu Ljubljana so zbrana in analizirana njihova mnenja o konfliktih.

Rezultati: Konflikti se redki, vendar zaposleni v vseh treh poklicnih skupinah priznavajo, da so na njihovih oddelkih tudi prikriti konflikti. Konflikti so pogostejši znotraj poklicnih skupin kot med poklicnimi skupinami. V statistično značilni korelaciji s pojavnostjo konfliktov so predvsem podcenjevanje, nepoznavanje, neupoštevanje dela oziroma poklica, nedorečena pravila sodelovanja in negativna organizacijska klima. Anketirani imajo s konflikti v delovnem okolju večinoma negativne izkušnje, zato se konfliktom najpogosteje izogibajo oziroma pri reševanju konfliktov uporabijo manj zahtevni in pogosto manj učinkoviti strategiji kot sta prilagajanje in kompromis.

Diskusija in zaključki: Z izobraževanjem o problematiki konfliktov so opazne spremembe razmišljanja tudi v smeri pozitivnih učinkov konfliktov. Razvoj konstruktivnega reševanja konfliktov in s tem sodelovanja pa omejujejo interakcijski, organizacijski in sistemski dejavniki.

Abstract

Keywords: health care professionals, conflicts, causes, resolution of conflicts

Introduction: This article presents conflicts in professional group of nurses in relation with their most frequent co-workers in health care.

Methods: A survey on conflicts was conducted among 228 nurses, 189 employees in laboratories and 56 physicians in Slovenian transfusion institutes, hospitals and Community Health Centre Ljubljana.

Results: Members of all three professional groups agree that there are few open conflicts in their departments, but acknowledge many latent ones. Conflicts are more frequent inside than between the professional groups. In statistically significant correlation with the frequency of conflicts are mainly underestimating, ignorance, disregard of work or profession, undefined rules of cooperation and negative organizational atmosphere. The survey participants have mostly negative experience with conflicts at work, so they often avoid conflicts or tend to prefer other, more comfortable and often less effective strategies, such as adaptation and compromise.

Discussion and conclusions: Education on conflict issues results in changes in thinking in the direction of positive effects of conflicts, but the development of constructive conflict resolution is limited by interpersonal, organizational and system factors.

Uvod

Medicinske sestre pri varovanju zdravja, preprečevanju in odkrivanju bolezni ter zdravljenju bolnikov in poškodovancev najpogosteje sodelujejo z zdravniki in zaposlenimi v laboratorijih. (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 1992) Pri tem ima vsaka skupina svojo funkcijo glede na poklicno izobrazbo in usposobljenost: področje medicinskih sester je zdravstvena nega (care), področje zdravnikovega dela je diagnosticiranje in zdravljenje (cure), področje zaposlenih v laboratorijih pa laboratorijska medicina, v okviru katere izvajajo laboratorijske analize in preiskave različnih materialov človeškega izvora (Walby, Greenwell et al., 1994 cit. po Vrbovšek, 2006; www.zlms.si, 2009). Uspešno sodelovanje zdravstvenih delavcev zavisi med drugim tudi od njihovih sposobnosti da uskladijo medsebojne razlike v vrednotah, potrebah, ciljih, sposobnostih, znanju, poklicnih kompetencah itd. Tako se izognejo negativnim učinkom konfliktov, ki zmanjšujejo njihovo sodelovanje in učinkovitost ter posredno vplivajo na kakovost zdravstvenih storitev, na njihove stroške in izide zdravstvene nege in zdravljenja bolnikov (Pondy, 1976; Cox, 2003)

Konflikti in njihovi vzroki

Konflikt je proces interakcij med najmanj dvema udeležencema od katerih eden zazna nestrinjanje drugega (Almost, 2005; Vivar, 2006). Konflikt ima naslednjo razvojno dinamiko (Pondy, 1967; Thomas, 1976):

- **prikriti konflikt** - obstajajo pogoji za konflikt vendar ga udeleženci še ne prepoznajo,
- **zaznani konflikt** - udeleženci se zavedajo, da imajo konflikt,
- **občuten konflikt** - konflikt se poosebi, udeleženci občutijo zaskrbljenost ali celo jezo in sovražnost, napetost narašča, vendar konflikt še ni izražen,
- **izraženi konflikt** - izrazi se v vedenju in je viden tudi za druge, ki niso vključeni,
- **izidi – posledice konflikta** - konflikt se zaključi z uporabo določenega pristopa in vzpostavi se novi pogoji, okoliščine, položaj.

Konflikte med zdravstvenimi sodelavci pogojujejo številni dejavniki, ki so odraz osebnosti udeležencev, medsebojnih odnosov, organizacijskih značilnosti in zunanjega okolja organizacije.

Osebnostni dejavniki (temperament, značaj, sposobnosti, konstitucija) pogojujejo razlike med zaposlenimi v mnenjih, vrednotah, stališčih itd., ki lahko vodijo v osebno neujemanje ali do razlik v razumevanju in izvajanju delovnih zadolžitvev (De Dreu, Van Lang, 1995; Wal, Callister, 1995; Friedman et al., 2000). Zaposleni s podobnimi delovnimi vrednostnimi lažje delajo skupaj in bolj pogosto se med njimi razvije medsebojna povezanost in medsebojno zaupanje in spoštovanje (Amason, Sapienza 1997; Jehn, Mannix, 2001).

Interakcijski dejavniki so sestavni del medsebojnih odnosov med zaposlenimi. Pripravljenost na sodelovanje, medsebojno zaupanje, spoštovanje in komunikacija imajo pomembno vlogo pri interpretaciji dogodkov in vedenja drugih (Dirks, Ferrin, 2000). Če si sodelavci zaupajo bolje sprejmejo nestrinjanja in redkeje negativno interpretirajo vedenje drugih (Dirks, Parks, 2003). Nespoštovanje zaposlenih se izraža z ignoriranjem, neupoštevanju in omaloževanju njihovega dela ali poklica ter z omejevanjem pri sprejemanju odločitev. Neustrezno komunikacijo se prav tako lahko zazna in občuti kot nespoštljivo in je povod za konflikte (VanYperen et al., 2000).

Organizacijski dejavniki, ki določajo delovno okolje zaposlenih kot so organizacijska klima, struktura in filozofija, organizacija dela, timski resursi in koordinacijski in komunikacijski mehanizmi, ki spodbujajo sodelovanje in okoliščine za uspešno povezovanje lahko zmanjšajo negativne učinke konfliktov (Almost, 2005). V organizaciji se ustvarja močna medsebojna odvisnost zaposlenih, saj za uspešno delo in doseganje ciljev potrebujejo drug drugega. Delovne skupine in timi z majhno medsebojno odvisnostjo imajo manj konfliktov in obratno (Jehn, Mannix 2001). Boj za avtonomijo med različnimi skupinami izzove konflikte povezane z vlogami, postavljanjem pravil, organizacijskimi procesi in vodenjem (Pundy, 1967; Almost, 2005).

Sistemske dejavniki v organizacijskem okolju kot so družbeni, kulturni, izobraževalni in profesionalni sistem posredno vplivajo tudi na upravljanje s konflikti. Družbeni dejavniki so vir razlik v moči med zdravstvenimi delavci glede na spol, družbeni razred in status ter naravo dela (Lupton, 2003). Vsaka skupina zdravstvenih delavcev je tekom zgodovinskega razvoja svoje profesije, izobraževanja in socializacijskih procesov razvila specifično kulturo, ki vključuje vrednote, prepričanja, stališča, navade in vedenje (Hall, 2005).

Upravljanje konfliktov

Da bi bili konflikti produktivni in ne razdirajoči je ključno kako zdravstveni delavci pristopajo k reševanju konfliktov in upravljajo z različnostjo vključenih. Ko so udeleženci v konfliktu pripravljene na sodelovanje in usklajevanje svojih in soudeležencevih interesov, potreb, ciljev itd. lahko konstruktivno rešujejo konflikte. S tem se izognejo prerekanju, obtoževanju, zameram, agresiji itd. Konstruktivno soočenje vodi v boljše medsebojne odnose in učinkovitejše timsko delo (Kržišnik, 2004; Tabak, Koprak, 2007).

Blake in Mouton (1964) sta opredelila pet načinov reševanja konfliktov, ki temeljijo na dveh osnovnih usmeritvah udeležencev v konfliktu: usmerjenost k nalogoma, v produktivnost in usmerjenost k ljudem. Ti dve usmeritvi lahko pojmujeva tudi kot skrb zase in skrb za druge (Rahim, Bonoma, 1979) ali kot zadovoljevanje lastnih potreb in zadovoljevanje potreb drugih (Thomas, 1976). Reševanje konfliktov vključuje obe dimenziji v različnem obsegu. Visoka skrb tako zase in kot za druge je opredeljena kot »sodelovalni, povezovalni stil«, medtem ko je nizka skrb zase in druge opredeljena kot »izogibajoči stil«. Visoka skrb zase in nizka skrb za druge je opisana kot »tekmovalni, prevladujoči stil«, nizka skrb zase in visoka skrb za druge pa kot »prilagoditveni stil« (Lewicki et al. 1992). Friedman s sodelavci (2000) ugotavlja, da je pri ljudeh, ki uporabljajo sodelovalni ali prilagoditveni stil značilno nižja stopnja konfliktov ter stresa. Nasprotno pa se pri tistih, ki uporabljajo »prevlado« in »izogibanje« izraža višja stopnja konfliktov in stresa.

Posledice konfliktov

Upravljanje in pristopi k reševanju konfliktov ter intenzivnost konfliktov vplivajo na njihove posledice. Premalo konfliktov vodi v samozadovoljstvo, brezvoljnost, in stagnacijo, preveč konfliktov pa lahko povzroči zmedo in neučinkovito porabo energije. Zmerna stopnja ustrezno upravljanih konfliktov omogoča optimalno učinkovitost in vodi v zeleno stopnjo samokritičnosti, učenja in inovacij (Almost, 2005). Konstruktivno reševanje konfliktov poraja nove ideje in krepi notranjo kohezijo članov tima. Reševanje problemov vzbuja v ljudeh občutke večje povezanosti, prilagodljivosti in pristojnosti. Počutijo se močnejši in učinkovitejši in verjamejo, da je vlaganje in združevanje naporov koristno. Uspeh nato še utrdi odnose in osebnost članov tima (Kržišnik, 2004; Almost, 2005).

Trajajoči in neustrezno upravljeni konflikti zmanjšujejo zadovoljstvo zaposlenih in vodijo v stres in psihosomatske težave kot so izčrpanost, obupanost, razdražen želodec, motnje srčnega ritma, zaskrbljenost in depresijo (Rakovec-Falser, 1996; Cox, 2003). Ob konfliktu postane vodenje pogosto bolj avtorsko in avtoritativno, s poudarkom na nalogah in manj na posameznikovem zadovoljstvu. Prav tako pogosto oslabi koodinacija in sodelovanje med zaposlenimi, skupinami ali oddelki, kar se odraža na zmanjšanju učinkovitosti in produktivnosti (Pondy, 1976; Tjosvold, 1997).

Raziskava

Za učinkovito reševanje konfliktov moramo le-te najprej prepoznati in analizirati njihove pogoje in okoliščine. Namen raziskave med medicinskimi sestrami je analizirati njihovo dožemanje in upravljanje konfliktov ter prikazati njihovo soodvisnost s poklicnima skupinam zdravnikov in zaposlenih v laboratorijih.

Metoda

Uporabljena je kvantitativna metoda s tehniko anketiranja. Anketni vprašalnik je vseboval vprašanja zaprtega tipa, v katerih so anketiranci ocenili svoje izkušnje s konflikti s pomočjo petstopenjske originalne merske lestvice strinjanja in psihološki test »Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument« za objektivno oceno stilov reševanja konfliktov.

Podatki pridobljeni z anketo so obdelani s pomočjo računalniškega programa Excel in statističnega paketa SPSS 12.0.

Vzorec

V raziskavi gre za slučajni vzorec. 1100 vprašalnikov je bilo razdeljeno medicinskim sestram, zdravnikom in zaposlenim v laboratorijih v zdravstvenem domu Ljubljana in v vseh slovenskih transfuzijskih ustanovah, ki so vprašalnike posredovali tudi sodelavcem iz navedenih poklicnih skupin v bolnišnicah. Vsi vrnjeni vprašalniki 473 (42,7%) so vključeni v vzorec, ki ga predstavlja 228 (48%) medicinskih sester, 189 (40%) zaposlenih v laboratorijih in 56 (12%) zdravnikov.

Med medicinskimi sestrami je bilo 92,1% žensk in 7,9% moških. V skupini zaposlenih v laboratorijih je bilo 89,4% žensk in 10,6% moških. Med zdravniki je bilo 73,2% žensk in 26,8% moških.

Med medicinskimi sestrami je imelo največ anketiranih srednjo stopnjo izobrazbe (zdravstveni tehniki) 49,1%, višjo (višje medicinske sestre) 14,9 %, visoko strokovno (diplomirane medicinske sestre) 33,8% in le ena medicinska sestra (2,2%) univerzitetno izobrazbo (profesorica zdravstvene vzgoje). Med zaposlenimi v laboratorijih je imelo 16,4%

sodelujočih v raziskavi univerzitetno izobrazbo, 27% visoko strokovno, 12,7% višjo in 43,9% srednjo stopnjo izobrazbe. Vsi zdravniki imajo univerzitetno izobrazbo

Povprečna skupna delovna doba med anketiranimi medicinskimi sestrami je bila 19 let, med zaposlenimi v laboratorijih 17 let in med zdravniki 17 let.

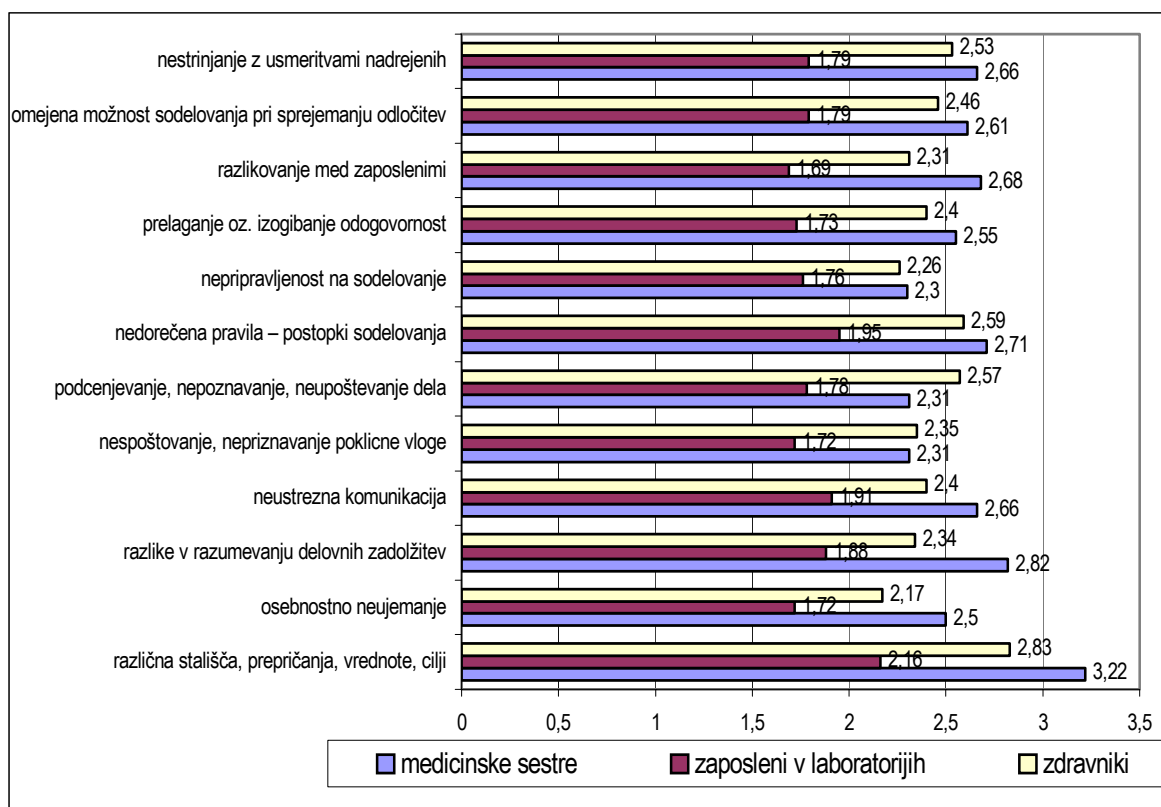
Rezultati

Medicinske sestre in zaposleni v laboratorijih se statistično značilno bolj kot zdravniki strinjajo, da imajo konflikti predvsem negativne posledice ($F=2,6$; $p=0,011$).

Anketirani v vseh treh poklicnih skupinah pri svojem delu zelo redko (enkrat ali večkrat na leto) pridejo v konflikt s sodelavci. Vendar se medicinske sestre (69%) in zaposleni v laboratorijih (51%) v večjem deležu kot zdravniki (27%) strinjajo, da so na njihovih oddelkih tudi prikriti – neizraženi konflikti.

Medicinske sestre imajo največ konfliktov z medicinskimi sestrami. Frekvenca konfliktov je nižja med zaposlenimi, ki pogosteje delajo skupaj. Tako imajo medicinske sestre, v primerjavi s sodelavci s katerimi redko sodelujejo, manj konfliktov s klienti, s kolegicami, z zdravniki, z vodilnimi zdravniki, s čistilkami, z administratorji in pomožnimi zdravstvenimi delavci. Z vodstvom ustanove in zaposlenimi v laboratorijih sodelujejo redko, vendar ob tem večkrat pride do konfliktov. Število konfliktov s sodelavci narašča linearno s večanjem števila zaposlenih v organizacijski enoti. Konflikti so pogostejši v organizacijskih enotah z več kot 50-mi zaposlenimi ($F=3,4$; $p=0,017$). Pogostost konfliktov narašča do delovne dobe 15 let, v naslednjih letih pa postopno upada ($F=2,2$; $p=0,032$).

Med medicinskimi sestrami so povzročitelji konfliktov v večjem deležu (35%) zdravstveni tehniki in v manjšem deležu (3%) višje in diplomirane medicinske sestre ($p<0,05$; $R=0,62$). Do konfliktov med njimi prihaja predvsem zaradi različnih stališč, nedorečenih postopkov sodelovanja, razlik v razumevanju delovnih zadolžitev in razlikovanj med zaposlenimi. S strani zdravnikov pa pogosteje kot s strani medicinskih sester doživljajo podcenjevanje, nepoznavanje in nespoštovanje njihovega dela ($t=6,5$; $p<0,001$). Pri sodelovanju z zaposlenimi v laboratorijih imajo zelo redko težave. Še največkrat med njimi prihaja do razlike v stališčih, prepričanjih, ciljih (Sl. 1).



Sl. 1. Povprečne ocene (od 1-nikoli do 5-zelo pogosto) pojavnosti vzrokov za konflikte s sodelavci med medicinskimi sestrami

Med konfliktnostjo medicinskih sester in zdravnikov je statistično značilna pozitivna korelacija ($\rho=0,583$; $p<0,001$), medtem ko je s konfliktnostjo zaposlenih v laboratorijih statistično značilna negativna korelacija ($\rho=-0,336$; $p<0,001$).

V vseh treh poklicnih skupinah so v statistično značilni pozitivni korelaciji s pojavnostjo konfliktov tudi negativna organizacijska klima, slaba organizacija dela, pogoste organizacijske spremembe in pomanjkljivo znanje s področja managementa ($p<0,001$; $\rho\geq 0,5$). Med medicinskimi sestrami in zaposlenimi v laboratoriju so pogostejše kot med zdravniki vzroki za konflikte še hierarhija med podrejenimi in nadrejenimi, stereotipi glede spola in poklicne vloge in razlikovanje med poklicnimi skupinami ($p<0,001$; $\rho\geq 0,4$). Samo pri medicinskih sestrah pa so v korelaciji s pojavnostjo konfliktov še delovna preobremenjenost, pomanjkanje kadra, pomanjkanje časa za reševanje delovnih in medosebnih problemov in delo pred rednega delovnega časa (v izmenah, dežurstvo) ($p<0,00$; $\rho=0,34$).

Subjektivna ocena stilov reševanja konfliktov kaže, da medicinske sestre najpogosteje uporabljajo izogibanje, kompromis in sodelovanje. Rezultati psihološkega testa Thomas-Kilmann pa kažejo, da izogibanju in kompromisu sledi prilagajanje. Sodelovanje in tekmovanje uporabljajo le redko. Rezultati so podobni v skupini zdravnikov in zaposlenih v laboratorijih. Med poklicnimi skupinami ni statistično značilnih razlik v pogostosti uporabe posameznih metod reševanja konfliktov. Prav tako ni statistično značilnih razlik v stilu reševanja konfliktov med moškimi in ženskami, glede na delovno dobo, zdravstveno organizacijo in delovni položaj zaposlenih v organizaciji. Način reševanja konfliktov pri zaposlenih, ki so se udeležili izobraževanja o konfliktih se ne razlikuje od načina reševanja konfliktov pri zaposlenih brez izobraževanja.

Medicinske sestre pogosteje kot zaposleni v laboratorijih in zdravniki pri reševanju konfliktov prosijo za pomoč sodelavce, ki jim zaupajo ($F=3,5$; $p=0,031$). Pri reševanju konfliktov s sodelavci se posvetujejo tudi z domačimi, partnerji in prijatelji.

Anketirani v vseh treh poklicnih skupinah se v večini strinjajo, da vodilni reševanju konfliktov ne posvečajo dovolj pozornosti in da reševanje konfliktov na njihovih oddelkih ni ustrezno ($t=-5,8$; $p=0,000$). S svojim pristopom k reševanju konfliktov so najbolj zadovoljni zaposleni v laboratorijih, nato medicinske sestre in najmanj zdravniki. Da za uspešno reševanje konfliktov potrebujejo dodatna znanja pa se najbolj strinjajo zdravniki, nato medicinske sestre in nekoliko manj zaposleni v laboratorijih.

Razprava

Glede na celotno slovensko populacijo zdravstvenih delavcev je v vzorec zajeto približno 1,2% zdravnikov, 1,5% medicinskih sester in 13,5% zaposlenih v laboratorijih. Razmerje med poklicnimi skupinami v vzorcu ni skladno z razmerjem v populaciji, zato rezultatov raziskave ne moremo posploševati na populacijo. Kljub temu pa je raziskava pomembna, saj osvetljuje doslej neraziskana konfliktna razmerja med tremi skupinami najtesnejših sodelavcev v zdravstvu.

Z raziskavo smo potrdili, da so med medicinskimi sestrami, zaposlenimi v laboratorijih in zdravniki določene razlike v dojetanju konfliktov, pri upravljanju s konflikti pa med njimi ni razlik.

Ob upoštevanju vseh stopenj konfliktov (prikritih, zaznanih, občutenih in izraženih) so konflikti dejansko prisotni v večji meri kot kažejo ocene anketirani. Pojavnost konfliktov je primerljiva z navedbami tujih avtorjev (Skjorshammer, 2001, Vivar, 2006). Med poklicnimi skupinami ni značilnih razlik v pogostosti konfliktov s sodelavci, čeprav raziskave v tujini kažejo, da v primerjavi z drugimi zdravstvenimi delavci, zdravniki zaznajo manj konfliktov (Skjorshammer, Hofoss, 1999; Pahor, 2007). Pri ravnanju s konflikti v zdravstvenih organizacijah imajo ključno vlogo zdravniki. Njihova avtonomija združena z visoko položajno in statusno močjo vpliva na obnašanje drugih zdravstvenih delavcev (Skjorshammer, Hofoss, 1999; Skjorshammer, 2001). Medicinske sestre in zdravniki delajo neposredno z bolniki, zato je med njimi večja delovna soodvisnosti in s tem konfliktnost kot z zaposlenimi v laboratorijih, ki niso v neposrednem stiku z bolniki. Ugotovitve raziskave se navezujejo tudi na tradicionalno vlogo zdravnika, ki daje ukaze in navodila za delo, ostali zdravstveni delavci pa jih čim bolj brez ugovaranja izvršujejo. Čeprav se mišljenje, da so medicinske sestre izvajalke zdravnikov navodil počasi spreminja, se to še vedno občuti. Zdravniki imajo še vedno avtoritativno vedenje. Mnenj medicinskih sester ne upoštevajo, skrbi jih upad zdravnikove avtoritete in moči (Ashworth, 2000). Makary s sodelavci (2006) opisuje, kako medicinske sestre povezujejo učinkovito timsko delo z dobrim sodelovanjem in spoštovanjem njihovega dela, zdravniki pa s predvidevanjem njihovih potreb in sledenjem navodilom (cit. po Ovijač in sod., 2007).

Največji vpliv na pojavnost konfliktov imajo nespoštovanje, nepriznavanje poklicne vloge in strokovnosti in podcenjevanje, nepoznavanje in neupoštevanje dela in polica. Vzroke za to lahko pripišemo izobraževalnemu sistemu v Sloveniji, ki daje premalo poudarka medpoklicnemu poznavanju in sodelovanju med bodočimi zdravstvenimi profesionalci (Vrbovšek, 2006; Pahor, 2007). Hierarhična medpoklicna razmerja, stereotipi, pristranskost, nenenakovrednost v medpoklicnih razmerjih, občutek nespoštovanja s strani drugih strok so le

nekateri dejavniki, ki so prisotni v medpoklicnih razmerjih med slovenskimi medicinskimi sestrami in zdravniki in močno ovirajo vzpostavljanje interprofesionalnega sodelovanja v slovenskem zdravstvu (Vrbovšek, 2006; Skela Savič, 2006).

Več avtorjev iz tujine navaja, da medicinske sestre in zdravniki za reševanje konfliktov uporabljajo predvsem manj zahtevne in zato pogosto manj učinkovite strategije kot so: izogibanje, prilagajanje in kompromis (Skjorshammer, Hofoss, 1999; Herzog, 2000; Brandt et al., 2001; Huber, 2000). Izogibanje konfliktom ima kratkoročno lahko tudi ugodne učinke. Predvsem v bolnišnicah je mnogo dejavnikov, ki narekujejo uporabo izogibanja kot razumni in prevladujoči konfliktni stil posebej še v luči zaznane nujnosti obravnave bolnikov. Kljub temu čez čas lahko izogibanje povzroča težave, kot so agresivno vedenje, prevzemanje tveganja, govorice, opravljanje, grupiranje in slabšanje odnosov (Skjorshammer, Hofoss, 1999; Skjorshammer, 2001; Almost, 2005; Vivar, 2006; Tabak, Koprak, 2007).

Prevlado izogibanja v zdravstvenih organizacijah pripisujejo naslednjim razlogom:

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

Raziskave v tujini so pokazale, da starejše medicinske sestre uporabljajo predvsem kompromis, ostale pa izogibanje (Vivar, 2006; Tabak, Koprak, 2007). Skjorshammer (2001) ugotavlja, da medicinske sestre uporabljajo izogibanje in prilagajanje predvsem zaradi bolnikov in mnenja, da imajo minimalne možnosti za rešitev problema, to pa je posledica vpliva statusa in avtoritete zdravnikov.

Pri primerjavi ugotovitev med posameznimi raziskovalci konfliktinih stilov je potrebo upoštevati razlike v metodologiji njihovega ocenjevanja. Kot se je izkazalo v tej raziskavi se subjektivne ocene anketirancev o lastnih načinih reševanja konfliktov razlikujejo od rezultatov preizkušenih in validiranih testov za ocenjevanje konfliktinih stilov. Pri samoocenjevanju se bolj kot dejansko stanje izrazijo želje oziroma zavedanje anketirancev v smeri ustreznega reševanja konfliktov.

Zaključek

Konflikti med zdravstvenimi sodelavci se zaradi prvenstvene skrbi za bolnike redko izrazijo, večinoma ostajajo prikriti in tako motijo medsebojno sodelovanje. Medicinske sestre, zaposleni v laboratorijih in zdravniki imajo s konflikti v delovnem okolju predvsem negativne izkušnje, zato se konfliktom najraje izogibajo. Z izobraževanjem o problematiki konfliktov so opazne spremembe osebnostnih dejavnikov, kot so razmišljanje, prepričanja in motivacijski sistem vrednost v smeri pozitivnih učinkov konfliktov. Razvoj konstruktivega reševanja

konfliktov in s tem sodelovanja pa omejujejo interakcijski, organizacijski in sistemski dejavniki.

Literatura in ostali viri

1. Ashworth P. Nurse–doctor relationships: conflict, competition or collaboration. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2000; 16: 127–128.
2. Almost J. Conflict within nursing work environments: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 53(4): 444-453.
3. Amason A.C., Sapienza H. The effects of top Management team size and interaction norms on cognitive and affective conflict. *Journal of Management*. 1997; 23: 496 -516.
4. Brandt A.M., Holt J., Sullivan M. How to make conflict work for you. *Nursing Management*. Chicago; 2001: 32(11): 32-4.
5. Cox B.K. 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 C.K.W., Van Lange P.A. The impact of social value orientations on negotiator cognition and behavior. *Personality and Social Psychology*. 1995; 25: 2049-2066.
7. Dirks K.T, Ferrin D.L. The role of trust in organization setting. *Organization Science*. 2000; 12: 450-467.
8. Dirks K.T., Parks J.M. Conflicting stories: the state of the science of conflict. In *Organizational Behavior: The State of the Science* (Greenberg J., ed.), Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, 2003: 283 – 324.
9. Friedman R.A., Tidd S.T., Currall S.C., Tsai J.C. What goes around comes around: the impact of personal conflict style on work conflict and stress. *International Journal Conflict Management*. 2000; 11: 32-55.
10. Blake R.R., Mouton J.S. *The Managerial Grid*. Gulf, Houston, TX. 1964.
11. Hall P. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*. 2005; 19(suppl.1): 188-196.
12. Herzog, A.C. Conflict resolution in a nutshell: tips for everyday nursing. *SCI Nurs*. 2000; 17(4): 162-166.
13. Huber, D. *Leadership and Nursing Care Management*. 2nd ed. Philadelphia; PA: WA Saunders. 2000.
14. Jehn K.A., Mannix E. The dynamic nature of conflict: a longitudinal study of intragroup conflict and performance. *Academy of Management Journal*. 2001; 44: 238–251.
15. Kržišnik, R. Konflikt – nujno zlo ali dobra priložnost? *Finance*. 2004; marec št.60: 20.
16. Lupton D. *Medicine as Culture*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications. 2003.
17. Lewicki R.J., Weiss S.E., Lewin D. Models of conflict, negotiation, and third party intervention: a review and synthesis. *Journal of Organizational Behavior*. 1992; 13: 209–252.
18. Ovijač D., Škrabl N., Kobilšek P., Pahor M. Značilnosti medpoklicnih razmerij med medicinskimi sestrami in zdravniki. V: Filej B (ur.), Kersnič P (ur.). 6. mednarodni kongres zdravstvene in babiške nege »Zdravstvena in babiška nega kakovostna, učinkovita in varna«. Ljubljana. Zbornica zdravstven in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. 2007: 487 -92.
19. Pahor M. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki kot družbeni pojav. *Zdrav Vest*. 2007; 76: 43-7.
20. Pondy L.R. Organizational conflict: concepts and models. *Administrative Science Quarterly*. 1967; 12: 296 - 320.
21. Rahim A., Bonoma T.V. Managing organizational conflict: a model for diagnostic and intervention. *Psychological Reports*. 1979; 44: 1323-1344.
22. Rakovec - Felser Z. Sindrom Burnout« ali sindrom izgorelosti medicinske sestre, *Zdrav Obzor N*. 1996; 30(1-2): 29-32.

23. Thomas K.W. Conflict and conflict management. In Handbook of industrial and Organizational Psychology. (Dunnette M.D. , ed), Rand McNally, Chichago, IL. 1976: 889-935.
24. Skela Savič B. Organizacijska kultura in uvajanje sprememb v slovenskih bolnišnicah: subkulture in mesto zdravstvene nege? Obzor Zdr N. 2006; 40: 187-95.
25. Skjørshammer M. Co-operaion and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflict. Journal of interprofessional care,. 2001; 15 (1): 7-18.
26. Skjørshammer, M., Hofoss D. Physician in conflict: a study of individual and work-related characteristics. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 1999; 13: 211–216.
27. Tabak N., Koprak O. Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. Journal of Nursing management. 2007; 15: 321-331.
28. Tjosvold D. Conflict within interdependanc: its value for productivity and individuality. In Using Conflict in Organizations (De Dreu C.K., Van de Vliert E. Eds) Sage Thousand Oaks, CA. 1997: 23-37.
29. Thomas - Kilmann Conflict Mode Instrument. Xicom, Tuxedo, New Youk. Dostopno na: <http://old.cef-see.org/8č1čPristopčkčresevanjučnesoglasijč.pdf> . junij 2008.
30. VanYperen N., Hagedoorn M., Zweers M., Postma S. Injustice and employees destructive responses: the mediating role of state negative affect. Social Justice Research.2000: 13(39): 291- 312.
31. Vivar C.G. Putting conflict management into practice: a nursing case study. Journal of Nursing management. 2000; 14: 201-206.
32. Vrbovšek S. Strukturne značilnosti razmerij med medicinskimi sestrami in zdravniki (diplomsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede. 2006.
33. Wall, J.A., Callister, R.R.(1995). Conflict and its management. Journal of Management. 1995; 21: 515- 58.
34. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Ur. l. RS št. 9/1992.
35. Zbornica laboratorijske medicine. Dostopno na www.zlms.si (14. 1. 2008)