

سبک مدیریت تعارض مدیران پرستاری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال

۱۳۹۴

علی محمد مصدق راد^۱

*آرزو موج بافان^۲

چکیده

زمینه و هدف: تعارض در بخش‌های پرستاری اجتناب ناپذیر بوده و می‌تواند منجر به بروز ناراضی‌های پرستاران و در نتیجه ارائه خدمات با کیفیت پایین به بیماران شود. مدیریت صحیح تعارض در بخش‌های پرستاری منجر به افزایش بهره‌وری می‌شود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین سبک مدیریت تعارض مدیران پرستاری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر مطالعه توصیفی-تحلیلی مقطعی بود که در سال ۱۳۹۴ انجام شد. جامعه آماری شامل ۲۶۹ نفر از مدیران پرستاری بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. ابزار مطالعه یک پرسشنامه محقق ساخته بر اساس مدل مدیریت تعارض Thomas-Kilmann بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی و با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

یافته‌ها: مدیران پرستاری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران به هنگام مواجهه با تعارض بیشتر از سبک‌های همکاری، مصالحه و اجتناب استفاده کردند. بین سبک همکاری مدیریت تعارض و سن، سابقه کاری و گذراندن دوره‌های آموزشی مدیریت تعارض مدیران پرستاری و نوع بیمارستان‌ها رابطه آماری معنی‌داری وجود داشت. مدیران با سابقه کاری بیشتر که دوره آموزشی مدیریت تعارض را گذرانده بودند، بیشتر از سبک همکاری استفاده کردند ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری کلی: ماهیت خدمات پرستاری ایجاب می‌کند که مدیران پرستاری بیشتر از سبک‌های همکاری و مصالحه استفاده کنند. انتخاب افراد دارای تجربه و سابقه کاری کافی برای مدیریت پرستاری و برگزاری دوره‌های آموزشی مناسب در زمینه مدیریت تعارض نقش بسزایی در کاهش اثرات مخرب تعارض در بخش‌های پرستاری بیمارستان‌ها دارد.

کلید واژه‌ها: تعارض، پرستار، مدیر، سرپرستاران، بیمارستان‌های آموزشی

تاریخ دریافت: ۹۶/۲/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۶/۶/۵

۱. دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت دانشکده بهداشت و عضو مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران، (*نویسنده مسئول).

شماره تماس:

Email: arezoomojbafan@yahoo.com

۰۲۱۴۲۹۳۳۰۰۶

مقدمه

تعارض نبود توافق بین دو یا چند گروه است که با تلاش آگاهانه افراد برای جلوگیری از دستیابی سایر افراد به اهدافشان همراه است^(۱). وجود تعارض در سازمان امری طبیعی و غیر قابل اجتناب است. عوامل فردی و سازمانی فراوانی منجر به ایجاد تعارض سازمانی می‌شوند. عوامل فردی تعارض به دلیل وجود تفاوت در شخصیت، ارزش‌ها، نگرش‌ها، سلاقی، اطلاعات، توانایی‌ها، مهارت‌ها، تجارب و احساسات افراد به وجود می‌آیند. عوامل سازمانی تعارض به دلیل محدودیت یا اشتراک منابع، ابهام در نقش‌ها و وظایف، ارتباطات ضعیف، تفاوت در اهداف، فرهنگ سازمانی و مقررات سازمان به وجود می‌آیند^(۲). در سازمان‌های بهداشتی و درمانی به دلیل وجود پیچیدگی و ساختار سلسله مراتبی، ناملموس بودن خدمات سلامت، ناهمگونی و استقلال حرفه‌ای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و همسان نبودن اطلاعات ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت، تعارض به وجود می‌آید^(۱).

بیشتر کارکنان بیمارستان‌ها را پرستاران تشکیل می‌دهند. کمبود پرستاران یکی از چالش‌های مهم مدیریت پرستاری در ایران است. بنابراین، جذب، توسعه و حفظ کادر پرستاری یکی از وظایف مهم مدیران پرستاری و مدیران بیمارستان‌ها است. پرستاران به دلیل ماهیت کار پرستاری، نوع وظایف، استرس محیط کاری، نقش حمایتی از بیماران و نیاز به تعامل با گروه‌های مختلف نظیر بیماران و همراهان آن‌ها، پزشکان و سایر کارکنان بیمارستان، همواره در معرض تعارض قرار دارند. عواملی مانند بارکاری زیاد و کمبود پرستار^(۳)، افزایش دانش و توسعه نقش‌های پرستاری^(۴)، واضح نبودن شرح وظایف^(۵)، جو پزشک سالاری و وجود ارتباط ضعیف بین کادر پزشکی و پرستاری^(۶) منجر به بروز تعارض در پرستاران می‌شود. سه نظریه سنتی، روابط انسانی و تعاملی در خصوص تعارض ارائه شده است. بر اساس نظریه سنتی، تعارض ناخوشایند و زیان‌آور بوده و دارای اثرات منفی در

سازمان است. به همین دلیل مدیر باید تعارض را در سازمان از بین ببرد. تعارض بر اساس تئوری روابط انسانی، پدیده‌ای طبیعی و غیرقابل اجتناب بوده که نمی‌توان آن را حذف کرد، در مواردی به نفع سازمان بوده و عملکرد آن را بهبود می‌بخشد. این نظریه با وجود تعارض در سازمان موافق است. بر اساس نظریه تعاملی، گروه هماهنگ و آرام در سازمان دچار تنبلی و سستی شده و در برابر تغییر و نوآوری واکنشی از خود نشان نمی‌دهد. بنابراین، مدیران برای توسعه سازمان و افزایش بهره‌وری کارکنان باید مقداری تعارض در سازمان ایجاد کنند تا کارکنان را به تلاش بیشتر تشویق کنند^(۷).

تعارض مخرب موجب افزایش تنش و رفتارهای تهاجمی بین کارکنان، تضعیف روحیه‌ی کارگروهی^(۸)، افزایش خستگی و بی‌تفاوتی، تأخیر، غیبت، جابجایی و کاهش رضایت شغلی کارکنان^(۸) و کاهش کارایی سازمان شده^(۹) و کیفیت ارائه خدمات به بیماران را کاهش می‌دهد^(۱۰). حدود ۶۵ درصد مشکلات عملکردی در سازمان‌ها به دلیل روابط نامطلوب کارکنان به وجود می‌آید^(۱۱). تعارض منجر به ۵۰ درصد ترک غیر داوطلبانه سازمان توسط کارکنان می‌شود^(۱۲) و حدود ۲۰ درصد وقت مدیران پرستاری صرف حل آن می‌شود^(۱۳).

با این وجود، تعارض همیشه منجر به کاهش بهره‌وری سازمان نمی‌شود، بلکه گاهی موجب افزایش آن نیز می‌شود. تعارض مثبت یا سازنده در راستای اهداف سازمان بوده و محرکی برای ایجاد تغییرات مثبت است و موجب بهبود روحیه‌ی کار گروهی، افزایش انگیزه، تعهد و رضایت کارکنان، تقویت خلاقیت و نوآوری در حل مسائل، بهبود تصمیم‌گیری‌ها و انجام کار با کیفیت بالا می‌شود^(۱۴،۱۵). تعارض شرط لازم و ضروری هر تغییر بوده و با دادن بازخورد به افراد و گروه‌ها، در رشد و توسعه آن‌ها مفید است. بنابراین، میزانی از تعارض همیشه مطلوب است.

مدیران پرستاری (مترون‌ها، سوپروایزرها و سرپرستارها) همواره در معرض تعارض بوده و نحوه کنش و واکنش

تعارض پیشنهاد کردند که شامل سبک رقابت (تحکم یا اجبار)، اجتناب (عقب نشینی)، مصالحه (مذاکره)، سازش (راضی کردن) و همکاری (انسجام یا مشارکتی) است (نمودار شماره ۱).

آن‌ها به تعارض، سبک مدیریتی تعارض آن‌ها را مشخص می‌کند. Blake, Mouton و Thomas, Kilmann و Rahim با در نظر گرفتن دو بعد تأمین رضایت خود و دیگران به هنگام مواجهه با تعارض، پنج سبک مدیریت



نمودار شماره ۱: روش‌های مدیریت تعارض

داد که سرپرستاران بیمارستان میلاد تهران، بیشتر از سبک‌های همکاری و مصالحه استفاده کردند^(۲۳). در پژوهش ترابی‌پور و همکارانش که بر روی ۷۰ نفر از مدیران پرستاری (مترونها، سوپروایزرها و سرپرستارهای) بیمارستان‌های منتخب شهر اهواز انجام شد، به ترتیب ۴۲/۹ درصد، ۳۴/۳ درصد و ۷/۱ درصد مدیران پرستاری از سبک‌های راه حل‌گرایی (همکاری و مصالحه)، عدم مقابله (سازش و اجتناب) و کنترلی (رقابتی) استفاده کردند^(۲۴).

مدیریت تعارض امری ضروری در مدیریت پرستاری است. اساس پرستاری نیز ایجاد محیط مراقبتی مناسب برای بهبود بیماران است. مدیریت صحیح می‌تواند منجر به توسعه فردی پرستاران و کاهش فرسودگی شغلی در آنها شود. بنابراین، با مدیریت صحیح باید تعارض را در سطح سازنده‌ای حفظ کرد. آشنا نبودن مدیران پرستاری با ماهیت تعارض، نحوه مدیریت آن و انتخاب سبک نادرست مدیریتی منجر به تشدید تعارض و بروز نتایج جبران‌ناپذیر خواهد شد. به علت تماس نزدیک پرستاران با بیماران و تأثیر مستقیم آنها بر روند درمان و بهبودی بیماران، آشنایی مدیران پرستاری با ماهیت تعارض و نحوه مدیریت صحیح آن امری ضروری است. شناسایی

سبک رقابت بر مبنای سیاست برنده-بازنده و خودخواهی در مدیریت تعارض بوده و فرد دارای سبک رقابت، سعی در تأمین اهداف خود دارد و نیازها و انتظارات طرف مقابل را نادیده می‌گیرد. هدف سبک سازش، برآورده‌سازی نیازها و انتظارات طرف مقابل است و برای فرد سازشی مهم نیست که بازنده باشد. سبک همکاری بر اساس سیاست برنده-برنده بوده و فرد به دنبال یافتن راهکاری است که تأمین‌کننده منافع همه افراد درگیر تعارض باشد. سبک مصالحه در حد وسط قرار داشته و تصمیم‌های سریع و مورد قبول دو طرف تعارض در آن گرفته می‌شود و افراد تمایل به مذاکره داشته و قبول می‌کنند گاهی برنده و گاهی بازنده باشند. در نهایت، سبک اجتناب شامل رفتارهای بدون همکاری بوده و درمقابل رفتار همکاری قرار دارد^(۱۶-۱۸).

مطالعات نشان داده که میزان تعارض در پرستاران ایرانی در حد متوسط است^(۱۹-۲۲). میزان تعارض پرستاران بخش اورژانس مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران در حد متوسط^(۱۹)، بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی گیلان در حد متوسط بالا^(۲۰) و در بیمارستان‌های عمومی استان بوشهر نیز در حد متوسط گزارش شد^(۲۱). مطالعه فرزاد نیا نشان

ترتیب برای پرسشنامه طراحی شده $CVI=0/89$ و $CVR=0/79$ برآورد و تأیید شد. پایایی پرسشنامه نیز با روش آزمون- باز آزمون در فاصله زمانی دو هفته در یک نمونه ۵۰ نفری تأیید شد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: ضریب همبستگی بین سوالات سبک‌های مدیریت تعارض

نام سبک مدیریت تعارض	تعداد سوالات	توزیع سوالات در پرسشنامه	ضریب همبستگی
سبک همکاری	۶	۱-۶	۰/۹۷۷
سبک رقابت	۶	۷-۱۲	۰/۹۹۷
سبک اجتناب	۶	۱۳-۱۸	۰/۹۹۱
سبک سازش	۶	۱۹-۲۴	۰/۹۷۲
سبک مصالحه	۶	۲۵-۳۰	۰/۹۹۵
پرسشنامه سبک مدیریت تعارض	۳۰	۱-۳۰	۰/۹۹۴

سؤال‌های پرسشنامه با استفاده از مقیاس لیکرت با گزینه‌های خیلی کم (۱)، کم (۲)، متوسط (۳)، زیاد (۴) و خیلی زیاد (۵) تنظیم شد. بنابراین، میانگین امتیاز هر کدام از پنج سبک مدیریت تعارض مدیران بیمارستان‌ها بین یک و پنج متغیر بود. کسب بیشترین امتیاز در یک سبک بیانگر سبک غالب مدیریت تعارض مدیران پرستاری بود. از میان ۳۸۲ نفر جامعه آماری که پرسشنامه را دریافت کرده بودند، ۲۶۹ نفر، پرسشنامه را به پژوهشگر بازگرداندند (میزان پاسخگویی ۷۰٪). تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار- فراوانی و درصد) و ضریب همبستگی Pearson و Spearman انجام شد.

یافته‌ها

بیشتر افراد مورد مطالعه شامل سرپرستاران زن متأهل، دارای مدرک تحصیلی کارشناسی، در گروه سنی ۵۰-۴۱ سال، استخدام رسمی- قطعی با سابقه کاری ۲۵-۲۱ سال، سابقه مدیریتی کمتر از ۵ سال و با تعداد کارکنان تحت

سبک‌های مدیریت تعارض مدیران پرستاری نیز اولین قدم است. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی سبک‌های مدیریت تعارض مدیران پرستاری بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی و مقطعی بود که در سال ۱۳۹۴ با مجوز کمیته اخلاق (کد ۸۸۹۵۱۴۰۴) انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمامی مترونها، سوپروایزرها و سرپرستارهای شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران (۵ بیمارستان عمومی و ۱۱ بیمارستان تک تخصصی) بود. نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری سرشماری انتخاب شدند. لازم به ذکر است که مدیران ارشد دو بیمارستان تخصصی، اجازه همکاری در پژوهش را ندادند و در مطالعه شرکت نکردند.

از مدل Thomas-Kilmann برای سنجش سبک مدیریت تعارض استفاده شد^(۱۷) که در بسیاری از مطالعات انجام شده در داخل^(۲۵) و خارج کشور مورد استفاده قرار گرفته است^(۲۶-۲۸). این مدل پنج سبک مدیریت تعارض را مورد توجه قرار می‌دهد. برای هر سبک مدیریت تعارض با استفاده از مرور متون علمی^(۳۱) و دریافت نظرات و راهنمایی‌های خبرگان مدیریت بهداشت و درمان تعدادی سؤال طراحی شد. پرسشنامه شامل دو بخش بود. بخش اول حاوی اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش و بخش دوم نیز دارای سوالات تعیین سبک مدیریت تعارض بود (۳۰ سؤال ۵ گزینه‌ای). روایی پرسشنامه با اخذ نظرات ۱۰ نفر از متخصصین و انجام بازنگری‌های مکرر تأیید شد. روایی صوری پرسشنامه با استفاده از محاسبه Impact Score که برای تمامی سوالات بیشتر از ۱/۵ بود، تأیید شد. به منظور تأیید روایی محتوا، از شاخص نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا استفاده شد. این میزان‌ها به

سرپرستی ۱۰-۵۰ نفر بودند (جدول شماره ۲). حدود ۹۴/۱ درصد از مدیران دوره آموزشی مدیریت تعارض را نگذرانده بودند. مدیران دارای دیدگاه سنتی، انسانی و

تعاملی در مورد تعارض به ترتیب ۱۳ ، ۶۴/۳ و ۲۲/۷ درصد از مدیران را شامل می‌شدند.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی و نسبی ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش

متغیر دموگرافیک	فراوانی	درصد	متغیر دموگرافیک	فراوانی	درصد
جنس	زن	۲۲۹	۸۵/۱	۹	۳/۳
	مرد	۴۰	۱۴/۹	۱۷	۶/۳
تأهل	مجرد	۴۲	۱۵/۶	۶۲	۲۳
	متأهل	۲۲۴	۸۳/۳	۹۵	۳۵/۳
	مطلقه	۳	۱/۱	۶۸	۲۵/۳
	دیپلم	۱	۰/۴	۱۸	۶/۸
وضعیت تحصیلی	فوق دیپلم	۱	۰/۴	۱۲۱	۴۵
	لیسانس	۲۱۶	۸۰/۲	۹۰	۳۳/۴
گروه سنی	فوق لیسانس	۴۳	۱۶	۴۳	۱۶
	دکترای پرستاری	۸	۳	۱۲	۴/۵
	کمتر از ۳۰ سال	۱۳	۴/۸	۲	۰/۷
	۳۱-۴۰ سال	۹۸	۳۶/۵	۱	۰/۴
نوع استخدام	۴۱-۵۰ سال	۱۴۲	۵۲/۸	۲۱	۷/۸
	بالای ۵۰ سال	۱۶	۵/۹	۴	۱/۵
	رسمی - آزمایشی	۷	۲/۶	۷	۲/۶
	رسمی - قطعی	۲۳۷	۸۸/۱	۲۳۷	۸۸/۱

مصالحه، اجتناب، سازش و رقابت به کار گرفته شده بود (جدول شماره ۳).

سبک غالب مدیریت تعارض مدیران پرستاری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران، سبک همکاری بود و پس از آن نیز به ترتیب بیشتر سبک‌های

جدول شماره ۳: بررسی توزیع فراوانی سبک‌های مدیریت تعارض مدیران پرستاری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران

استفاده از سبک مدیریت تعارض	خیلی کم		کم		متوسط		زیاد		خیلی زیاد		میانگین (انحراف)
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
سبک همکاری	۱	۰/۴	۱۶	۵/۹	۹۳	۳۴/۶	۱۲۹	۴۸	۳۰	۱۱/۲	(۰/۶۲) ۳/۵۶
سبک رقابت	۳۲	۱۱/۹	۶۹	۲۵/۷	۱۲۱	۴۵	۴۲	۱۵/۶	۵	۱/۹	(۰/۷۷) ۲/۷۳
سبک اجتناب	۵	۱/۹	۴۷	۱۷/۵	۱۳۵	۵۰/۲	۶۶	۲۴/۵	۱۶	۵/۹	(۰/۶۴) ۳/۱۳
سبک سازش	۸	۳	۳۸	۱۴/۱	۱۳۸	۵۱/۳	۷۷	۲۸/۶	۸	۳	(۰/۶۱) ۳/۱۱
سبک مصالحه	۳	۱/۱	۲۹	۱۰/۸	۱۴۵	۵۳/۹	۷۷	۲۸/۶	۱۵	۵/۶	(۰/۶۱) ۳/۲۳

در مقایسه با مدیران پرستاری مرد، بیشتر از سبک سازش استفاده کردند. در هنگام رویارویی با تعارض نیز مدیران پرستاری متأهل، بیشتر از سبک همکاری و مدیران پرستاری مجرد بیشتر از سبک رقابت استفاده کردند (جدول شماره ۴).

سبک‌های همکاری و سازش در مدیریت تعارض در سطوح بالای مدیریت پرستاری (مترون‌ها و سوپروایزرها) بیش از سرپرستاران به کار رفته بود. در مقابل، سرپرستارها بیشتر از سبک‌های اجتناب و مصالحه استفاده کرده بودند. در هنگام بروز تعارض مدیران پرستاری زن

جدول شماره ۴: میانگین امتیاز سبک مدیریت تعارض مدیران پرستاری به تفکیک متغیرهای دموگرافیک آنها

ویژگی‌های دموگرافیک	سبک‌های مدیریت تعارض				
	سبک همکاری	سبک رقابت	سبک اجتناب	سبک سازش	سبک مصالحه
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
بیمارستان	۳/۴۳ (۰/۵۷)	۲/۶۳ (۰/۷۱)	۳/۱۹ (۰/۶۶)	۳/۰۸ (۰/۵۶)	۳/۲۰ (۰/۵۹)
تخصصی	۳/۶۲ (۰/۶۴)	۲/۷۹ (۰/۸۰)	۳/۰۸ (۰/۶۰)	۳/۱۲ (۰/۶۳)	۳/۲۵ (۰/۶۳)
مسئولیت	۳/۵۹ (۰/۷۰)	۲/۸۲ (۰/۷۰)	۳/۰۸ (۰/۵۹)	۳/۲۱ (۰/۵۷)	۳/۲۰ (۰/۶۰)
مترن و سوپروایزر	۳/۵۵ (۰/۶۰)	۲/۷۱ (۰/۷۹)	۳/۱۴ (۰/۶۶)	۳/۰۸ (۰/۶۲)	۳/۲۴ (۰/۶۲)
سرپرستار	۳/۶۵ (۰/۷۲)	۲/۶۹ (۰/۷۵)	۳/۱۹ (۰/۷۱)	۳/۱۱ (۰/۵۶)	۳/۳۰ (۰/۷۵)
جنس	۳/۵۴ (۰/۶۰)	۲/۷۴ (۰/۷۸)	۳/۱۲ (۰/۶۳)	۳/۱۱ (۰/۶۲)	۳/۲۲ (۰/۵۹)
مرد	۳/۴۹ (۰/۶۱)	۲/۷۴ (۰/۶۳)	۳/۱۱ (۰/۶۹)	۳/۰۶ (۰/۶۱)	۳/۱۵ (۰/۶۱)
زن	۳/۵۷ (۰/۶۲)	۲/۷۳ (۰/۸۰)	۳/۱۳ (۰/۶۴)	۳/۱۱ (۰/۶۱)	۳/۲۵ (۰/۶۲)
وضعیت	۳/۵۷ (۰/۶۱)	۲/۷۳ (۰/۷۸)	۳/۱۴ (۰/۶۵)	۳/۱۱ (۰/۶۱)	۳/۲۶ (۰/۶۱)
متأهل	۳/۳۸ (۰/۶۶)	۲/۷۳ (۰/۷۵)	۳/۰۴ (۰/۶۱)	۳/۱۱ (۰/۶۲)	۳/۰۳ (۰/۵۶)
لیسانس	۴/۱۲ (۰/۶۹)	۲/۷۶ (۰/۸۲)	۳/۰۱ (۰/۳۶)	۳/۲۶ (۰/۶۴)	۳/۶۴ (۰/۷۸)
فوق لیسانس	۳/۳۹ (۰/۷۲)	۲/۵۰ (۰/۵۸)	۳/۱۵ (۰/۶۴)	۳/۲۳ (۰/۷۴)	۳/۴۵ (۰/۵۰)
دکتری پرستاری	۳/۴۹ (۰/۵۷)	۲/۵۹ (۰/۸۱)	۳/۱۲ (۰/۶۰)	۲/۹۹ (۰/۶۰)	۳/۱۶ (۰/۶۳)
کمتر از ۳۰ سال	۳/۵۶ (۰/۶۲)	۲/۸۲ (۰/۷۵)	۳/۱۳ (۰/۶۸)	۳/۱۶ (۰/۵۹)	۳/۲۳ (۰/۶۰)
سن	۴/۰۵ (۰/۵۹)	۲/۹۸ (۰/۷۲)	۳/۰۹ (۰/۶۰)	۳/۲۸ (۰/۵۷)	۳/۵۰ (۰/۶۶)
۳۱-۴۰ سال	۳/۳۸ (۰/۶۳)	۲/۵۵ (۰/۸۲)	۳/۲۴ (۰/۶۴)	۳/۲۹ (۰/۷۴)	۳/۱۴ (۰/۶۳)
۴۱-۵۰ سال	۳/۴۴ (۰/۶۵)	۲/۶۲ (۰/۴۹)	۲/۹۶ (۰/۵۹)	۲/۹۲ (۰/۵۱)	۳/۱۸ (۰/۴۵)
بالای ۵۰ سال	۳/۴۹ (۰/۵۷)	۲/۵۹ (۰/۸۷)	۳/۱۲ (۰/۶۲)	۲/۹۵ (۰/۵۸)	۳/۲۰ (۰/۶۳)
سابقه کاری	۳/۵۵ (۰/۶۸)	۲/۷۱ (۰/۷۳)	۳/۱۰ (۰/۶۳)	۳/۱۱ (۰/۶۱)	۳/۲۵ (۰/۶۴)
مدیران	۳/۵۱ (۰/۵۲)	۲/۸۲ (۰/۷۸)	۳/۱۹ (۰/۷۰)	۳/۲۳ (۰/۵۷)	۳/۱۹ (۰/۵۷)
۱۶-۲۰ سال	۴/۱۵ (۰/۵۱)	۳/۱۳ (۰/۷۲)	۳/۰۹ (۰/۶۴)	۳/۲۴ (۰/۷۱)	۳/۴۴ (۰/۷۲)
۲۱-۲۵ سال					
۲۶-۳۰ سال					
بالای ۳۰ سال					

بین سن مدیران پرستاری با سبک همکاری ($r=0/168$ و $P=0/008$) و سبک سازش ($r=0/141$ و $P=0/021$) رابطه معنی‌دار بود. در مدیران پرستاری با سابقه کاری بالاتر، کاربرد سبک همکاری، رقابت و سازش بیشتر بود. رابطه بین سابقه مدیریت با سبک همکاری ($r=0/120$ و $P=0/050$) و سبک رقابت ($r=0/133$ و $P=0/030$) معنی‌دار بود. با افزایش سابقه مدیریتی مدیران، کاربرد

بین سن مدیران پرستاری با سبک همکاری ($r=0/168$ و $P=0/008$) و سبک رقابت ($r=0/217$ و $P=0/001$) رابطه آماری معنی‌داری وجود داشت. مدیران پرستاری با افزایش سن، بیشتر از سبک همکاری و رقابت استفاده می‌کردند. بین سابقه کار مدیران با سبک همکاری ($r=0/138$ و $P=0/023$)، سبک رقابت ($r=0/162$ و $P=0/038$)

بیمارستان مرکزی نفت تهران نیز بیشتر از سبک‌های راه حل‌گرایی، عدم مقابله و کنترلی استفاده کردند^(۳۳). فرهنگ و ملیت در انتخاب سبک مدیریت تعارض موثر هستند. پژوهش Al-Hamdan و همکارانش بر روی پرستاران بیمارستان‌ها در اردن نشان داد که سرپرستاران عمانی بیشتر از سبک رقابتی تحکم و سرپرستاران هندی بیشتر از سبک اجتناب استفاده کردند. با توجه به اینکه اعضای تیم پزشکی در بیمارستان‌های عمان خارجی بودند، سرپرستاران به دلیل دارا بودن ملیت عمانی نسبت به پزشکان، قدرت بیشتری احساس می‌کردند^(۳۴). نتایج پژوهش انجام شده در عربستان نیز نشان داد که پرستاران در مقابل بیماران، بیشتر از سبک‌های سازش و همکاری و در مقابل پزشکان بیشتر از سبک رقابتی و کمتر از سبک سازش استفاده کردند^(۳۵). در اسپانیا نیز پرستاران بیشتر به خاطر جو پزشک‌سالاری حاکم، کار زیاد و اطلاعات کم از مدیریت تعارض، از سبک اجتناب بیشتر استفاده کردند^(۳۶). همچنین، بیش از ۶۰ درصد پزشکان و پرستاران یونانی از سبک اجتناب و بقیه از سبک همکاری در هنگام تعارض استفاده کردند^(۵). نتایج پژوهش دیگری نشان داد که پرستاران تایلندی بیشتر از سبک‌های سازش، مصالحه و اجتناب استفاده می‌کنند^(۸).

سبک همکاری، سبک غالب مدیران پرستاری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. در پژوهش‌های دیگر نیز این سبک مدیریت تعارض، سبک ترجیحی مدیران پرستاری بود^(۲،۳،۴،۳۲،۳۳). مصالحه دومین سبک مورد استفاده مدیران پرستاری بود. برای دستیابی به مصالحه، دو طرف تعارض باید حاضر به از دست دادن چیزهایی برای دستیابی به توافق باشند. در مواردی که موضوع تعارض مهم بوده ولیکن، ارزش تنش را ندارد، سبک مصالحه مناسب بوده و به تصمیم‌گیری سریع در حل مقطعی تعارض کمک می‌کند و منجر به رضایت دو طرف تعارض می‌شود. البته طرفین تعارض باید در فرصت مناسب با تعامل بیشتر به دنبال راه کار اساسی برای حل تعارض باشند. اجتناب سومین سبک ترجیحی

سبک‌های همکاری و رقابتی بیشتر بود. بین نوع بیمارستان با سبک همکاری ($r=0/135$ و $P=0/027$) رابطه معنی‌داری وجود داشت. در بیمارستان‌های تخصصی نیز بیشتر از سبک همکاری استفاده شد. رابطه آماری معنی‌دار بین گذراندن دوره آموزشی مدیریت تعارض با سبک‌های همکاری ($r=0/176$ و $P=0/004$) و رقابت ($r=-0/148$ و $P=0/015$) مشاهده شد. مدیران پرستاری که دوره آموزشی مدیریت تعارض را گذرانده و با مدیریت تعارض و سبک‌های آن آشنایی داشتند، از سبک همکاری بیشتر و سبک رقابتی کمتر استفاده می‌کردند. بین دیدگاه مدیران پرستاری به موضوع تعارض و سبک همکاری ($r=0/269$ و $P=0/001$) و سبک سازش ($r=0/231$ و $P=0/001$) رابطه معنی‌داری وجود داشت. کاربرد سبک‌های ذکر شده در مدیران پرستاری با دیدگاه تعاملی نسبت به تعارض به مراتب بیشتر بود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که مدیران پرستاری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران به ترتیب بیشتر از سبک‌های همکاری، مصالحه، اجتناب، سازش و رقابتی استفاده می‌کنند. پژوهش انجام شده در یکی از بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی تهران نیز نشان داد که سرپرستاران بیشتر از سبک‌های همکاری و مصالحه برای حل تعارض استفاده کردند^(۲۳). مدیران پرستاری بیمارستان‌های منتخب شهر اهواز نیز به ترتیب از سبک‌های راه حل‌گرایی (همکاری و مصالحه)، عدم مقابله (سازش و اجتناب) و کنترلی (رقابتی) استفاده کردند^(۲۴). پرستاران شاغل در بیمارستان‌های اصفهان نیز به ترتیب سبک‌های مدیریت تعارض همکاری، مصالحه، سازش، اجتناب و رقابت را به کار بردند^(۳۲). پژوهش دیگری بر روی پرستاران شاغل در ۱۳ بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نشان داد که به ترتیب سبک‌های مصالحه، سازش، همکاری، اجتناب و رقابتی برای مدیریت تعارض به کار گرفته شده بود^(۲۵). پرستاران

در پژوهش حاضر مدیران پرستاری سطوح بالاتر، بیشتر از سبک همکاری و سازش استفاده کردند. در پژوهشی که در اهواز انجام شد نیز مترون‌ها بیشتر راهبرد کنترلی، سوپروایزرها راهبرد راه حل‌گرایی و سرپرستارها راهبرد عدم مقابله و راه حل‌گرایی را استفاده کردند^(۲۴). سلسله مراتب سازمانی می‌تواند بر انتخاب سبک مدیریت تعارض مدیران اثر بگذارد. مدیران ارشد پرستاری مانند مترون‌ها و سوپروایزرها از نظر سلسله مراتب سازمانی بین مدیران ارشد بیمارستان (رئیس و مدیر بیمارستان) که به طور معمول مرد هستند و سرپرستاران که بیشتر زن هستند، قرار دارند. در فرهنگ ایران فاصله قدرت تا حدودی پذیرفته شده است^(۳۶). مدیران در برابر مدیران سطوح بالاتر بیشتر از سبک سازش، در برابر هم‌تایان خود بیشتر از سبک اجتناب و نسبت به کارکنان بیشتر از سبک‌های همکاری و رقابتی استفاده می‌کنند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ارتباطی بین جنسیت و تحصیلات مدیران پرستاری و سبک مدیریت تعارض آن‌ها وجود ندارد. حدود ۸۵ درصد مدیران پرستاری زن بوده و تحصیلات ۸۰ درصد آن‌ها نیز در حد کارشناسی بود. به نظر می‌رسد که با توجه به ویژگی‌های دموگرافیک مدیران پرستاری در مطالعه حاضر، ارتباطی بین جنسیت، تحصیلات و سبک مدیریت تعارض آن‌ها وجود ندارد. با این وجود نتایج برخی مطالعات حاکی از آن بود که پرستاران مرد نسبت به پرستاران زن بیشتر از سبک مصالحه استفاده می‌کنند^(۳۴).

نتایج پژوهش نشان داد که بیشتر مدیران پرستاری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران رویکرد انسانی نسبت به تعارض داشتند و معتقد بودند تعارض قابل حذف نیست. حدود یک پنجم مدیران پرستاری نیز رویکرد تعاملی داشته و باور داشتند که برای توسعه سازمان مقداری تعارض باید ایجاد شود. آن‌ها هم تعارض را امری طبیعی در سازمان دانسته و البته باید مدیریت شود. از طرف دیگر، مدیران دارای رویکرد تعاملی، بیشتر از سبک‌های همکاری و سازش استفاده کردند. بنابراین،

مدیریت تعارض مورد استفاده مدیران پرستاری بود. در طرف تعارض در سبک اجتناب سعی بر عدم درگیری در تعارض داشته و به خواسته‌های یکدیگر توجه نمی‌کنند. سازش یا استراتژی باخت-برد، چهارمین سبک ترجیحی مدیران پرستاری بود. استفاده از سبک سازشی شاید به دلیل اعتماد به نفس پایین، تعهد کمتر به حرفه پرستاری و احساس قدرت بیشتر در طرف مقابل باشد. سبک رقابتی یا استراتژی برد-باخت نیز آخرین سبک ترجیحی مدیران پرستاری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. در پژوهش‌های قبلی نیز این سبک کمتر مورد استفاده مدیران پرستاری یا پرستاران قرار گرفت^(۳۴،۸).

به نظر می‌رسد که سبک مناسبی برای مدیریت تعارض وجود ندارد و از هر سبکی باید در موقعیت خاص خود استفاده شود. سبک مدیریت تعارضی که در موقعیت خاصی مناسب است، در موقعیت دیگری ممکن است منجر به تشدید تعارض شود. مدیران برای انتخاب سبک مناسب مدیریت تعارض باید به نوع و موقعیت تعارض، زمان در دسترس، میزان قدرت، بلوغ فکری و نوع شخصیت طرف تعارض توجه کنند^(۱). استفاده از سبک مدیریت تعارض در موقعیت مناسب، موجب دستیابی به نتایج خوب خواهد شد. با این وجود، سبک مشارکتی بهترین سبکی است که با توجه به در نظر گرفتن سیاست برد-برد، نتایج مثبت پایدارتری در پی خواهد داشت.

ویژگی‌های دموگرافیک مدیران پرستاری بر انتخاب سبک مدیریت تعارض آن‌ها تأثیر دارد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مدیران با افزایش سن و سابقه کاری، بیشتر از سبک‌های همکاری و رقابت استفاده می‌کنند. پژوهش‌های قبلی انجام شده هم استفاده از سبک همکاری و رقابت را در سنین بالا تأیید کردند^(۲۴،۳۵).

پرستاران با تجربه و سابقه بیشتر ترجیح می‌دهند که سبکی را برای حل تعارض انتخاب کنند که بر روابط بلند مدت آن‌ها با همکاران آسیب نرساند. مدیران پرستاری به مرور زمان اعتماد به نفس بیشتری به دست آورده و از سبک همکاری در مدیریت تعارض استفاده می‌کنند.

بنابراین، نتایج پژوهش حاضر می‌تواند مورد استفاده سیاست‌گذاران بهداشت و درمان و مدیران بیمارستان‌ها قرار گیرد. مدیران پرستاری بیمارستان‌ها باید یاد بگیرند که چگونه تعارض را در واحد خود کنترل و مدیریت کنند تا بتوانند به پرستاران در حل تعارض کمک کنند. همچنین، بهتر است تنها سابقه کاری سرپرستاران ملاک انتخاب آن‌ها نباشد و مواردی مانند شخصیت، دانش و مهارت مدیریت آن‌ها نیز مورد توجه قرار گیرد. به همین منظور پیشنهاد می‌شود که آموزش‌های لازم برای مدیران پرستاری بیمارستان‌ها، به عنوان پیش نیاز مسئولیت مدیریتی به کار گرفته شود. همچنین، برای کاهش میزان تعارض، شرح وظایف و شرایط احراز دقیق و کاملی برای مشاغل مختلف بیمارستانی تدوین و اجرا شود.

از طرف دیگر، بیشتر پرستاران زن بوده و دارای نقش حمایتی مهمی در خانواده هستند. مسئولیت سنگین حرفه پرستاری به دلیل داشتن کار زیاد، استرس شغلی، شیفت‌های کاری طولانی، اضافه کاری، کار با بیماران بدحال و فشار زمان می‌تواند تأثیر منفی بر زندگی خانوادگی آنها داشته باشد و به نوعی منجر به ایجاد تعارض کار- خانواده شود. به عبارتی، فشار ناشی از نقش‌های پرستار در محیط کاری یا خانواده موجب دشواری در انجام نقش دیگر او شود^(۳۸). تعارض کار- زندگی منجر به ایجاد تنش، افسردگی و خستگی کارکنان می‌شود^(۳۹). بنابراین، به نظر می‌رسد برقراری تعادل بین کار و زندگی نقش بسزایی در رضایت کارکنان و افزایش بهره‌وری آن‌ها دارد. برخی از پژوهش‌های انجام شده در ایران بر وجود تعارض کار- خانواده در حرفه پرستاری تاکید دارند^(۴۰-۴۱). توجه نکردن مدیران پرستاری به این موضوع موجب بروز تعارض خانواده- کار خواهد شد که در نهایت، میزان تعارض را در محیط کاری تشدید خواهد کرد

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی بود که با

به نظر می‌رسد که آموزش مدیران و افزایش دانش و مهارت آن‌ها در زمینه شناسایی موقعیت‌های تعارض و استفاده درست از سبک‌های مدیریت تعارض، نقش به سزایی در کاهش تعارض در بیمارستان‌ها دارد. با این وجود، میزان آگاهی مدیران پرستاری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران از ماهیت، علل و نحوه مدیریت تعارض بسیار پایین بود و تنها حدود شش درصد مدیران پرستاری در دوره‌های آموزشی مدیریت تعارض شرکت کرده بودند. در پژوهش حاضر نیز بین گذراندن دوره آموزشی مدیریت تعارض مدیران پرستاری با سبک همکاری در سطح ۰/۰۱ رابطه مثبت و با سبک رقابت در سطح ۰/۰۵ رابطه منفی معنی‌داری مشاهده شد. بنابراین، برگزاری دوره‌های آموزشی برای پرستاران، منجر به کاهش قابل توجه تعارض در آن‌ها می‌شود^(۲۰،۲۲). دوره‌های آموزشی مدیریت تعارض بهتر است برای مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها برگزار شود تا ضمن آگاهی از عوامل موثر در بروز تعارض، با تغییر رفتار خود، موجب کاهش بروز تعارض در سازمان شوند و به هنگام بروز تعارض با استفاده از روش‌های مناسب، آن را مدیریت و کنترل کنند.

علاوه بر این، تغییری باید در نحوه آموزش دانشجویان پرستاری در دانشگاه‌ها ایجاد شود. در برنامه‌های آموزشی آن‌ها باید بر دروس مرتبط با مدیریت پرستاری تأکید شود تا دانش، قابلیت‌ها و مهارت‌های آنها در مدیریت سازمان‌های بهداشتی و درمانی در حیطه‌های تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، رهبری، ارتباطات و کنترل افزایش یابد. بسیاری از تعارضات سازمانی به دلیل سوء مدیریت روی می‌دهد. یادگیری مبتنی بر مسأله نسبت به آموزش‌های سنتی تأثیر بیشتری بر یادگیری مهارت‌های حل تعارض دارد^(۳۷).

تعارض می‌تواند نتایج مثبت و منفی در پی داشته باشد. حفظ سطح معینی از تعارض موجب توسعه خلاقیت در سازمان و افزایش بهره‌وری می‌شود و تعارض بیش از اندازه نیز می‌تواند منجر به کاهش بهره‌وری کارکنان شود.

نویسندگان از داوران محترمی که با انتقادات سازنده و بیان نظرات کارشناسی خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، تشکر می‌کنند.

حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران اجرا شد. بدینوسیله، از همکاری تمامی مدیران پرستاری بیمارستان‌های شرکت کننده در پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین،

فهرست منابع

1. Mosadeghrad A. [Essentials of healthcare organization and management]. Tehran: Dibagran Tehran. 2015. Persian
2. Pavlakis A, Kaitelidou D, Theodorou M, Galanis P, Sourtzi P, Siskou O. Conflict management in public hospitals: the Cyprus case. *Int Nurs Rev*. 2011;58(2):242-8.
3. McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. *J Adv Nurs*. 2003;44(6):633-42.
4. Tabak N, Orit K. Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. *J Nurs Manag*. 2007;15(3):321-31.
5. Kaitelidou D, Kontogianni A, Galanis P, Siskou O, Mallidou A, Pavlakis A, et al. Conflict management and job satisfaction in paediatric hospitals in Greece. *J Nurs Manag*. 2012;20(4):571-8.
6. Zakari N, Al Khamis N, Hamadi H. Conflict and professionalism: perceptions among nurses in Saudi Arabia. *Int Nurs Rev*. 2010;57(3):297-304.
7. Mosadeghrad A. [Principles of health care administration]. Dibagran Tehran, Tehran. 2003. Persian
8. 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.
9. Pisarski A, Lawrence SA, Bohle P, Brook C. Organizational influences on the work life conflict and health of shiftworkers. *Appl Ergon*. 2008;39(5):580-8.
10. Gerardi D. Using mediation techniques to manage conflict and create healthy work environments. *AACN Adv Crit Care*. 2004;15(2):182-95.
11. Watson C, Hoffman L.R. Managers as negotiators. *Leadership Quarterly*. 1996; 7 (1): 63-85.
12. Daniel D. Conflict Resolution: Mediation Tools for Everyday Worklife. McGraw-Hill; 2001.
13. Mcelhaney R. Conflict management in nursing administration. *Nurs Manage*. 1996;27(3):49.
14. Rahim MA. Empirical studies on managing conflict. *International Journal of Conflict Management*. 2000;11(1):5-8.
15. Siu H, Laschinger HKS, Finegan J. Nursing professional practice environments: Setting the stage for constructive conflict resolution and work effectiveness. *J Nurs Adm*. 2008;38(5):250-7.
16. Blake RR. The managerial grid: Key orientation for achieving production through people: Gulf Pub.; 1964.
17. Thomas KW. Thomas-Kilmann conflict mode instrument: Xicom Tuxedo, NY; 1974.
18. Rahim MA. A Measure of styles of handling interpersonal conflict. *Acad Manage J*. 1983;26(2):368-76.
19. Tourani S, Amadi B, Karami A. [The correlation between nurses' conflict and head nurses' emotional intelligence in the emergency ward of teaching hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences]. *Journal Of Health Promotion Management (jhpm)*. 2014;3(3): 37-46. Persian
20. Jahandar F, Mohtashami J, Atashzadeh-Shorideh F, Pishgooie SAH. [Effectiveness of the negotiating style on ICU nurses' moral conflict in selected hospitals of Guilan University of Medical Sciences]. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2016;9(1):37-49. Persian
21. Tourani S, Hoseini F, Azmal M, Kalhor R. [Correlation between nurses' conflict level and application of negotiation styles by head nurses in general hospitals of Boushehr Province (2007)]. *JQUMS*. 2011;15 (2): 63-9. Persian
22. Mazlom SR, Motahari M, Asgharipour N. [Effect of Assertiveness Training on Nurses' Interpersonal Conflicts]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015; 25(124):107-18. Persian

23. Farzadnia F. [The Impact of Emotional Intelligence on conflict-handling styles among the head nurses of Milad hospital, Tehran]. *Science journal of Ilam University of medical sciences*. 2012; 20(2): 53-61. Persian
24. Tourabipour A, Ebrahimi B, Haghghi ZM. [Survey on relation between negotiating styles and conflict management strategies among the nursing managers in Ahvaz hospitals]. *Jentashapir journal of health sciences*. 2010; 2(3):46-56. Persian
25. Hasanpour M1, Izadian Z, Izdian M & Gholami -Motlagh F. [Relationship between nurses' conflict management styles and critical thinking skills in the clinical setting]. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2015; 10 (4): 58-66. Persian
26. Hendel T, Fish M, Galon V. Leadership style and choice of strategy in conflict management among Israeli nurse managers in general hospitals. *J Nurs Manag*. 2005;13(2):137-46.
27. Barton A. Conflict resolution by nurse managers. *Nursing Management*. 1991; 22 (5), 83-6.
28. Cavanagh SJ. The conflict management style of staff nurses and nurse managers. *J Adv Nurs*. 1991;16(10):1254-60.
29. Morris-Rothschild BK, Brassard MR. Teachers' conflict management styles: The role of attachment styles and classroom management efficacy. *J Sch Psychol*. 2006;44(2):105-21.
30. Berryman-Fink C, Brunner CC. The effects of sex of source and target on interpersonal conflict management styles. *Southern Speech Communication Journal*. 1987;53(1):38-48.
31. Valentine PE. A gender perspective on conflict management strategies of nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2001;33(1):69-74.
32. Mardanihamoleh M, ShahrakiVahed A, Hamedishahr S. [Supervision of instructions and conflict management: an assessment in nursing staff]. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2010;3(3):64-73. Persian
33. Hosseini M, Azimzadeh E. [Correlation between self-efficacy and nurses' conflict management strategies]. *Journal of Health Promotion Management*. 2013;2(4):16-23. Persian
34. Al-Hamdan Z, Shukri R, Anthony D. Conflict management styles used by nurse managers in the Sultanate of Oman. *J Clin Nurs*. 2011;20(3-4):571-80.
35. Baddar F, Salem OA, Villagrancia HN. Conflict resolution strategies of nurses in a selected government tertiary hospital in the Kingdom of Saudi Arabia. *J Nurs Educ Pract*. 2016;6(5):91-9.
36. Mohammad MosadeghRad A. [The impact of organizational culture on the successful implementation of total quality management]. *the TQM Magazine*. 2006;18(6):606-25. Persian
37. Seren S, Ustun B. Conflict resolution skills of nursing students in problem-based compared to conventional curricula. *Nurse Educ Today*. 2008;28(4):393-400.
38. Šimunić A, Gregov L. Conflict between work and family roles and satisfaction among nurses in different shift systems in Croatia: a questionnaire survey. *Archives of Industrial Hygiene and Toxicology*. 2012;63(2):189-97.
39. Bianchi SM, Milkie MA. Work and family research in the first decade of the 21st century. *J Marriage Fam*. 2010;72(3):705-25.
40. Farhadi A, Movahedi Y, Nalchi M, Daraei M, Mohammadzadegan R. [The relationship between Work-family conflict, burnout dimensions and intention to leave among female nurses]. *Iran Journal of Nursing*. 2013;26(84):34-43. Persian
41. Rasooli P, Khankeh H, Falahi Khoshknab M, Rahgozar M. [Effect of Time Management Training on work-family conflict among Hospital Nurses]. *Journal of hayat*. 2009;15(3):5-11. Persian
42. Golparvar M, Zeraatie M, Salehhi R. [The Relationship of work-family conflict and spillover to affective well being of female nurses]. *Journal of Payavard Salamat*. 2015;8(5):437-50. Persian

Conflict Management Styles of Nurse Managers in Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Sciences: 2015

Mosadeghrad A.M. PhD¹

*Mojbafan A. MS²

Abstract

Background & Aims: Conflict in nursing profession is inevitable and may result in nurses' dissatisfaction and low quality services to patients. Proper management of conflicts in nursing may result in an increase in nursing productivity. The aim of this study was to examine the conflict management strategies used by the nurse managers of educational hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences.

Materials & Methods: It was a descriptive and cross-sectional study, performed in 2015. The statistic population included 269 nurse managers of educational hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. The instrument was a self-made questionnaire based on Thomas-Kilmann conflict management model. The SPSS software version 22 was used for statistical analysis of the data, using descriptive and inferential statistics.

Results: Nurse managers mainly used collaborating, compromising, and avoiding strategies in management of conflicts. There were significant associations between using collaborating style and nurse managers' age, work experience, conflict management training courses and type of hospitals. Those managers who had higher work experience and passed conflict management training courses, mostly used collaborating style ($P<0.05$).

Conclusion: The nature of nursing services requires nurse managers to apply more collaborating and compromising strategies for conflict resolution. Appointing well-experienced nurses as nurse managers and training them in conflict management reduce destructive consequences of conflicts in hospitals.

Keywords: Conflict, Nurse, Managers, Head Nurses, Affiliated Hospitals

Received: 20 May 2017

Accepted: 27 Aug 2017

¹. Associate Professor, Health Management and Economics Department, School of Public Health, Health Information Management Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

². MS. in Health Services Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (*Corresponding author) Tel:02142933006 Email: arezoomojbafan@yahoo.com