

## علل و نتایج تعارض در مدیران پرستاری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران

علی محمد مصدق راد<sup>۱</sup>، \*آرزو موج بافان<sup>۲</sup>

### چکیده

**مقدمه:** تعارض مخرب و غیر سازنده در پرستاری با پیامدهایی نظیر استرس و فشارهای روحی همراه است که می‌تواند موجب نارضایتی، غیبت و حتی ترک خدمت پرستاران، کاهش کیفیت مراقبت بیمار، نارضایتی بیماران و تشدید بیماری و مرگ آنها شود. این پژوهش با هدف تعیین میزان تعارض و علل آن در مدیران پرستاری (مترونها، سوپروایزرها و سرپرستارها) انجام شد.

**روش بررسی:** این پژوهش توصیفی-تحلیلی به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۴ بر روی ۲۶۹ نفر از مدیران پرستاری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. میزان تعارض مدیران پرستاری با استفاده از یک پرسشنامه محقق ساخته معتبر تعیین شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام شد.

**یافته‌ها:** میانگین میزان تعارض در بین مدیران پرستاری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲/۸۰ از ۵ امتیاز (متوسط) بود. در بُعد سازمانی، بار کاری زیاد، محدودیت منابع و قوانین و مقررات پیچیده و نامناسب و در بُعد فردی اختلاف در سطح دانش، توانایی‌ها، مهارت‌ها و ویژگی‌های شخصیتی مدیران پرستاری بیشترین تعارض را ایجاد کردند. حدود ۸۴٪ تعارض مدیران پرستاری بیمارستان‌ها ناشی از عوامل سازمانی بود. تعارض در بخش‌های داخلی قلب، پیوند، اطفال، اتاق عمل و عفونی زیاد بود. میزان تعارض در بیمارستان‌های تخصصی بیشتر از بیمارستان‌های عمومی بود. بین میزان تعارض ادراک شده توسط مدیران پرستاری و تمایل آنها به ترک بیمارستان رابطه آماری معناداری مشاهده شد ( $p=0/03$  و  $r=0/127$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** میزان تعارض در مدیران پرستاری در حد قابل قبولی است. مدیران پرستاری با آگاهی از علل و نتایج تعارض باید سطح تعارض را در واحد کاری خود در حد بهینه نگه دارند تا منجر به بهبود بهره‌وری شود.

کلمات کلیدی: بیمارستان‌های آموزشی، مدیران پرستاری، تعارض

## مقدمه

تعارض فرایندی است که براساس آن شخصی تلاش می‌کند تا برای دستیابی به اهداف خود، مانع تحقق اهداف دیگران شود. بنابراین، تعارض نوعی تلاش آگاهانه افراد یا گروه‌ها برای ممانعت از دستیابی اهداف سایر افراد و گروه‌ها است [۱]. تعارض جزئی از ارتباطات بین افراد است و غیرقابل اجتناب است. با برقراری ارتباط بین اشخاص و به‌وجود آمدن اختلاف در نیازها، اهداف، عقاید، ارزش‌ها و منافع آنها تعارض به‌وجود می‌آید. بنابراین، در هر سازمانی تعارض وجود دارد. عوامل فردی و سازمانی منجر به ایجاد تعارض در سازمان می‌شوند. عوامل فردی تعارض شامل تفاوت در شخصیت، ارزش‌ها، نگرش‌ها، سلیقه، اطلاعات، توانایی‌ها، مهارت‌ها و احساسات افراد است. عوامل سازمانی تعارض به‌خاطر محدودیت منابع، اشتراک منابع، ابهام در نقش‌ها و وظایف، تفاوت در اهداف، رهبری و ارتباطات ضعیف، فرهنگ سازمانی و ضوابط و مقررات سازمان به‌وجود می‌آیند [۲].

در سازمان‌های بهداشتی و درمانی به‌خاطر استرس بالای ناشی از ماهیت کار، کمبود منابع و تقاضا و انتظارات زیاد بیماران تعارض زیادی مشاهده می‌شود. پیچیدگی و ساختار سلسله‌مراتبی این سازمان‌ها، ناملموس بودن خدمات سلامت، ناهمگونی و استقلال حرفه‌ای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و عدم تقارن اطلاعات ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت موجب ایجاد تعارض در این سازمان‌ها می‌شود [۳].

کارکنان پرستاری بیشترین کارکنان بیمارستان‌ها را تشکیل می‌دهند. کمبود پرستاران یکی از چالش‌های مهم مدیریت پرستاری در بیمارستان‌های ایران است. بنابراین، جذب، توسعه و حفظ کادر پرستاری یکی از وظایف مهم مدیران پرستاری و مدیران بیمارستان‌ها است [۴]. حرفه پرستاری نیازمند ارتباطات مناسب و همکاری خوب پرستاران با بیماران و سایر کارکنان بیمارستانی است. پرستاران به‌خاطر تنوع وظایف، نقش حمایت از بیماران و نیاز به تعامل با گروه‌های مختلف نظیر بیماران و همراهان آنها، پزشکان، مدیران و سایر کارکنان تشخیصی،

درمانی و پشتیبانی بیمارستان همواره در معرض تعارض قرار دارند. میزان تعارض در پرستاری در دنیا در حال افزایش است [۵]. عواملی مانند بار کاری زیاد، کمبود پرستاران و فشار زمان [۶]، افزایش دانش پرستاران و توسعه نقش‌های پرستاری [۷]، عدم وضوح شرح وظایف [۸، ۹]، استرس شغلی [۱۰]، عدم توجه و بی‌احترامی مدیران [۱۱]، جو پزشک سالاری و ارتباطات ضعیف بین کادر پزشکی و پرستاران [۱۲، ۱۳] و ارتباطات ضعیف بین پرستاران و مدیران پرستاری [۱۱] منجر به بروز تعارض بین پرستاران می‌شود.

تعارض زیاد و غیر سازنده یکی از عوامل استرس شغلی محسوب می‌شود [۱۴، ۱۵]. تعارض مخرب موجب تنش و تضعیف روحیه کارگروهی در سازمان [۱۶]، خستگی و بی‌تفاوتی کارکنان، ابتلا به انواع بیماری‌های جسمی و روحی نظیر سردرد، اضطراب و افسردگی [۱۷]، تأخیر، غیبت و جابجایی کارکنان [۱۸]، کاهش کیفیت زندگی کاری [۱۹، ۲۰]، رضایت شغلی [۱۸] و تعهد سازمانی کارکنان [۲۱]، افزایش فرسودگی شغلی کارکنان [۲۲] و تمایل به ترک سازمان [۲۳]، کاهش کیفیت خدمات [۲۴]، افزایش میزان خطاهای کاری [۲۵]، آسیب به بیمار [۲۶] و کاهش رضایت بیماران [۲۷]، افزایش هزینه‌های آموزش کارکنان، و در نهایت، کاهش بهره‌وری سازمان می‌شود [۲۸، ۲۹]. تعارض منجر به ۵۰٪ ترک غیرداوطلبانه سازمان توسط کارکنان می‌شود [۳۰]. بنابراین، تعارض هزینه‌های مالی و غیرمالی زیادی به بیمارستان‌ها تحمیل می‌کند. با توجه به اینکه بیشتر کادر پرستاری را خانم‌ها تشکیل می‌دهند، تعارض بیش از اندازه موجب رنجش، اضطراب، افسردگی، بدخلقی و بدرفتاری آنها با همسر و فرزندان، از دست دادن کنترل بر امور، انجام ضعیف وظایف والدینی و همسری و کاهش رضایت از زندگی هم می‌شود [۷].

تعارض همیشه منجر به کاهش بهره‌وری سازمان نمی‌شود. حفظ میزانی از تعارض، بهره‌وری سازمان را افزایش هم می‌دهد. تعارض مثبت یا سازنده در راستای اهداف سازمان

بیمارستان‌ها پرداختند [۳۴-۳۸]. تا کنون پژوهشی در زمینه بررسی علل و نتایج تعارض در بین مدیران پرستاری بیمارستان‌های کشور انجام نشده است. بنابراین، این پژوهش با هدف بررسی میزان تعارض و علل و نتایج آن در مدیران پرستاری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. نتایج این پژوهش می‌تواند اطلاعات ارزشمندی را در اختیار مدیران پرستاری این بیمارستان‌ها در سطح خرد و مدیران بیمارستان‌ها و سیاستگذاران بهداشت و درمان کشور در سطح میانی و کلان برای مدیریت صحیح تعارض در بیمارستان‌های کشور قرار دهد.

### روش بررسی

این پژوهش توصیفی-تحلیلی به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۴ انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه مترونها، سوپروایزرها و سرپرستارهای بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران (۵ بیمارستان عمومی و ۱۱ بیمارستان تک تخصصی) بود. مدیران ارشد دو بیمارستان تخصصی اجازه همکاری در پژوهش را ندادند.

با توجه به اینکه پرسشنامه جامعی برای تعیین میزان و علل تعارض در مدیران پرستاری وجود نداشت، در این پژوهش از یک پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. پرسشنامه با استفاده از مرور متون علمی [۵، ۶، ۱۱، ۱۶، ۱۸] و دریافت نظرات و راهنمایی‌های خبرگان بهداشت و درمان طراحی شد. این پرسشنامه شامل دو بخش اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش مانند جنس، سن، وضعیت تأهل، سابقه کاری، سابقه مدیریت و نوع استخدام و ۲۲ سؤال اختصاصی تعیین میزان تعارض و علل آن در سطوح فردی و سازمانی بود. سؤالات پرسشنامه در مقیاس لیکرت شش گزینه‌ای (هرگز، خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) تنظیم شد. بنابراین، میانگین امتیاز تعارض مدیران پرستاری بین صفر و پنج متغیر بود. کسب امتیاز کمتر از ۱، بین ۱ و ۱/۹۹، بین ۲ و ۲/۹۹، بین ۳ و ۳/۹۹، بین ۴ و ۴/۹۹ و بیشتر از ۴ بیانگر میزان تعارض

بوده، محرکی برای تغییرات مثبت در سازمان است و منجر به افزایش انگیزش، تعهد و رضایت کارکنان، بهبود روحیه کار گروهی، تقویت خلاقیت و نوآوری در افراد، حل خلاقانه مسائل سازمانی، بهبود تصمیم‌گیری‌ها و انجام کار با کیفیت بالا می‌شود [۳۱، ۳۲]. بنابراین، مدیران برای افزایش بهره‌وری سازمان گاهی اوقات باید مقداری تعارض در سازمان ایجاد کنند تا کارکنان برای دستیابی به اهداف سازمانی تلاش بیشتری کنند.

کادر پرستاری بزرگترین گروه کارکنان بیمارستان‌ها است. تعارض در سازمان‌ها پدیده‌ای طبیعی و غیرقابل اجتناب است. حرفه پرستاری به خاطر عدم ثبات و عدم اطمینان بسیار پیچیده است. تنوع بیماران و در نتیجه تنوع نیاز آنها به مراقبت‌های پرستاری به خاطر بیماری‌ها و درمان‌های متنوع، تغییر در وظایف پرستاری به دلیل تغییر در شرایط بیمار و به وجود آمدن شرایط اورژانسی موجب ایجاد عدم ثبات و عدم اطمینان در حرفه پرستاری می‌شود. پیچیدگی حرفه پرستاری موجب می‌شود که مدیران پرستاری نتوانند علل ریشه‌ای ایجاد کننده تعارض را به خوبی مدیریت و رفع کنند. در نتیجه همواره تعارض در حرفه پرستاری وجود دارد. حدود ۲۰٪ وقت مدیران پرستاری صرف حل تعارض می‌شود [۳۳]. مدیران پرستاری نقش بسزایی در حصول اطمینان از کیفیت مراقبت‌های پرستاری دارند. قسمت قابل توجهی از وقت آنها صرف ارتباطات با بیماران، همراهان، تیم پزشکی، تشخیصی و مدیریتی بیمارستان‌ها می‌شود. در نتیجه، آنها به دلیل ماهیت کاری با انواع تعارض فردی و سازمانی مواجه هستند. مدیران پرستاری ضمن اطلاع از میزان تعارض و عوامل ایجاد کننده آن، باید سعی کنند با استفاده از روش‌های مناسب همواره آن را در سطح مطلوبی حفظ کنند. برای این منظور، نیاز به انجام پژوهش‌هایی برای تبیین تعارض در حرفه پرستاری و علل و نتایج آن است.

پژوهش‌های انجام شده در کشور بیشتر به بررسی میزان تعارض و سبک‌های مدیریت تعارض در بین پرستاران

جدول ۱- توزیع فراوانی و نسبی ویژگی‌های دموگرافیک مدیران پرستاری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران

متغیر دموگرافیک	فراوانی	درصد
جنس	زن	۲۲۹ / ۸۵٪
	مرد	۴۰ / ۱۴٪
تاهل	مجرد	۴۲ / ۱۵٪
	متاهل	۲۲۴ / ۸۳٪
	مطلقه	۳ / ۱٪
	وضعیت تحصیلی	لیسانس
گروه سنی	کمتر از ۳۰ سال	۱۳ / ۴٪
	۳۱-۴۰ سال	۹۸ / ۳۶٪
	۴۱-۵۰ سال	۱۴۲ / ۵۲٪
سابقه کار	بالای ۵۰ سال	۱۶ / ۵٪
	۵-۱۰ سال	۹ / ۳٪
	۱۱-۱۵ سال	۱۷ / ۶٪
	۱۶-۲۰ سال	۶۲ / ۲۳٪
	۲۱-۲۵ سال	۹۵ / ۳۵٪
سابقه مدیریت	کمتر از ۵ سال	۱۲۱ / ۴۵٪
	۵-۱۰ سال	۹۰ / ۳۳٪
	۱۱-۱۵ سال	۴۳ / ۱۶٪
	۱۶-۲۰ سال	۱۲ / ۴٪
	۲۱-۲۵ سال	۲ / ۰٪
نوع استخدام	۲۶-۳۰ سال	۱ / ۰٪
	شرکتی - قراردادی	۲۱ / ۷٪
	پیمانی	۴ / ۱٪
	رسمی - آزمایشی	۷ / ۲٪
رسمی - قطعی	۲۳۷ / ۸۸٪	

براساس نتایج آزمون آنالیز واریانس، حدود ۸۴٪ تعارض مدیران پرستاری بیمارستان‌ها ناشی از عوامل سازمانی بود.

در بُعد تعارض سازمانی، به ترتیب بارکاری زیاد (۳/۵۲)، محدودیت منابع (۳/۲۷) و قوانین و مقررات پیچیده و نامناسب (۳/۰۴) بیشترین و تبعیض در محیط کار (۲/۵۹)، اندازه سازمان (۲/۲۳) و ساختار و سلسله مراتب سازمانی (۲/۰۷) کمترین تعارض را ایجاد کردند. در بُعد تعارض فردی، به ترتیب

جدول ۳- میزان تعارض در سطوح مختلف مدیران پرستاری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران از ۵ امتیاز

بیمارستان‌ها	مدیران		سطح:	
	سرپرست‌ها	سوپروایزرها	مترونها	تعارض
تخصصی	۲/۸۹±۰/۸۳	۲/۶۵±۰/۸۹	۲/۷۸±۰/۸۶	۲/۷۴±۱/۱۸
عمومی	۲/۹۲±۰/۹۱	۲/۵۹±۰/۸۴	۲/۷۶±۰/۹۱	۲/۳۱±۱/۱۲
تعارض کل	۲/۹۱±۰/۷۷	۲/۶۳±۰/۸۱	۲/۷۷±۰/۸۰	۲/۹۵±۱/۰۸

بسیار کم، کم، متوسط، زیاد و بسیار زیاد است. پرسشنامه از نظر روایی و پایایی مورد بررسی قرار گرفت. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه توسط اساتید و صاحب نظران مدیریت بهداشت و درمان تأیید شد. پایایی پرسشنامه با روش آزمون- باز آزمون در فاصله زمانی دو هفته تأیید شد (ضریب همبستگی ۰/۹۴).

از روش سرشماری در این پژوهش استفاده شد. تعداد ۲۶۹ پرسشنامه از ۳۸۲ پرسشنامه توزیع شده، بازگردانده شد (میزان پاسخگویی ۷۰٪). تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۹ نرم‌افزار آماری SPSS انجام شد. آمار توصیفی با استفاده از فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و آمار تحلیلی با استفاده از آزمون‌های اسپیرمن، آنالیز واریانس و رگرسیون انجام شد.

### یافته‌ها

تعداد ۲۶۹ نفر پرستار از ۱۴ بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی تهران در این مطالعه شرکت کردند. بیشتر افراد مورد مطالعه، سرپرستاران زن، متأهل، دارای مدرک تحصیلی کارشناسی، در گروه سنی ۴۱-۵۰ سال، در استخدام رسمی قطعی با سابقه کاری ۲۱-۲۵ سال و سابقه مدیریت کمتر از ۵ سال با تعداد کارکنان تحت سرپرستی ۵۰-۱۰۰ نفر بودند (جدول ۱). حدود ۹۴/۱٪ مدیران پرستاری دوره آموزشی مدیریت تعارض را نگذرانده بودند.

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین امتیاز میزان تعارض مدیران پرستاری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران برابر با ۲/۸۰ از ۵ امتیاز بود (سطح متوسط تعارض). ارتباط آماری معناداری بین تعارض کل با تعارض ناشی از عوامل فردی ( $I=0/۸۶۶$  و  $p=0/۰۰۱$ ) و عوامل سازمانی ( $I=0/۹۰۶$  و  $p=0/۰۰۱$ ) مشاهده شد. میانگین عوامل فردی و سازمانی تعارض تقریباً برابر بوده است. با این وجود،

جدول ۲- میزان تعارض در مدیران پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

میانگین	میزان تعارض			
	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد
عوامل تعارض	۲/۸۰±۰/۸۶	۲/۸۰±۰/۸۶	۲/۸۰±۰/۸۶	۲/۸۰±۰/۸۶
عوامل سازمانی	۲/۸۰±۰/۸۶	۲/۸۰±۰/۸۶	۲/۸۰±۰/۸۶	۲/۸۰±۰/۸۶
عوامل فردی	۲/۸۰±۰/۸۶	۲/۸۰±۰/۸۶	۲/۸۰±۰/۸۶	۲/۸۰±۰/۸۶
تعارض کل	۲/۸۰±۰/۸۶	۲/۸۰±۰/۸۶	۲/۸۰±۰/۸۶	۲/۸۰±۰/۸۶

جدول ۴- میانگین امتیاز میزان تعارض مدیران پرستاری به تفکیک متغیرهای دموگرافیک از ۵ امتیاز

متغیرهای دموگرافیک	میزان تعارض	تعارض فردی	تعارض سازمانی	تعارض کل
جنس				
مرد	۲/۸۵±۱/۰۷	۲/۸۲±۰/۹۶	۲/۸۳±۰/۹۳	
زن	۲/۷۹±۰/۸۷	۲/۸۰±۰/۸۴	۲/۷۹±۰/۷۷	
تاهل				
مجرد	۲/۸۵±۰/۷۵	۲/۹۷±۰/۸۴	۲/۹۲±۰/۷۳	
متاهل	۲/۷۹±۰/۹۳	۲/۷۶±۰/۸۵	۲/۷۸±۰/۸۰	
تحصیلات				
لیسانس	۲/۷۹±۰/۸۸	۲/۷۸±۰/۸۴	۲/۷۹±۰/۷۷	
فوق لیسانس	۲/۷۴±۰/۹۰	۲/۸۴±۰/۹۲	۲/۸۰±۰/۸۱	
دکتری تخصصی	۲/۳۱±۱/۰۹	۳/۱۷±۱/۲۰	۳/۲۴±۱/۱۳	
سن				
کمتر از ۳۰ سال	۲/۵۰±۰/۷۴	۳/۱۷±۰/۶۸	۳/۲۲±۰/۶۴	
۳۱-۴۰ سال	۲/۶۲±۰/۸۲	۲/۵۸±۰/۷۷	۲/۶۰±۰/۶۸	
۴۱-۵۰ سال	۲/۸۴±۰/۹۱	۲/۹۳±۰/۸۷	۲/۸۸±۰/۸۱	
بالای ۵۰ سال	۳/۰۱±۱/۰۹	۳/۷۸±۱/۱۳	۳/۸۸±۱/۰۷	
سابقه کاری مدیران				
۵-۱۰ سال	۳/۳۳±۰/۷۲	۳/۱۰±۰/۹۸	۳/۲۰±۰/۸۱	
۱۱-۱۵ سال	۳/۰۲±۰/۸۸	۳/۰۵±۰/۶۱	۳/۰۴±۰/۶۰	
۱۶-۲۰ سال	۲/۶۹±۰/۸۸	۲/۵۴±۰/۷۶	۲/۶۱±۰/۷۰	
۲۱-۲۵ سال	۲/۶۹±۰/۸۵	۲/۸۹±۰/۸۱	۲/۸۰±۰/۷۵	
۲۶-۳۰ سال	۲/۹۰±۰/۹۹	۲/۷۹±۱/۰۱	۲/۸۴±۰/۹۴	
بالای ۳۰ سال	۲/۸۶±۰/۸۶	۲/۸۶±۰/۸۲	۲/۸۶±۰/۷۹	

تحصیلات بالا گزارش شد (جدول ۴). با این وجود، فقط بین میزان تعارض مدیران و تحصیلات آنها ( $r=0/139$ ) و رابطه آماری معناداری یافته شد. بین میزان تعارض ادراک شده توسط مدیران پرستاری و تمایل آنها به ترک بیمارستان ( $r=0/127$  و  $p=0/03$ ) و پیشنهاد اشتغال در بیمارستان به دوستان و آشنایان ( $r=0/254$  و  $p=0/001$ ) رابطه آماری معناداری مشاهده شد. مدیران پرستاری اعتقاد داشتند که تعارض سازنده حدود ۵۴٪ و تعارض مخرب حدود ۴۶٪ بوده است.

### بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تعیین میزان تعارض و علل آن در مدیران پرستاری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. نتایج این پژوهش میزان تعارض مدیران پرستاری را در حد متوسط ارزشیابی کرد. میزان تعارض سازنده حدود ۵۴٪ و میزان تعارض مخرب حدود ۴۶٪ بوده است. پژوهش‌های متعددی به ارزشیابی تعارض در پرستاران بیمارستان‌های کشور پرداختند. به عنوان مثال، میزان تعارض پرستاران در بخش اورژانس بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران [۳۴]، در بیمارستان‌های عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران [۳۷] و در بیمارستان‌های عمومی استان بوشهر [۳۵] در حد متوسط ارزشیابی شد. جهاندار و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی میزان تعارض پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی گیلان را در حد متوسط بالا ارزشیابی کردند [۳۹].

نتایج این پژوهش نشان داد که میزان تعارض مدیران پرستاری در بیمارستان‌های تخصصی بیشتر از بیمارستان‌های عمومی بود. دلیل این موضوع را شاید باید در ماهیت تخصصی خدمات ارائه شده در این بیمارستان‌ها و نوع بیماران آنها جستجو کرد که نیازمند ارتباطات تخصصی‌تر و هماهنگی بیشتر بین کارکنان مختلف بیمارستان است. علاوه بر این، در بخش‌های بالینی دارای حضور فعال بیماران و همراهان آنها

خصوصیات رفتاری متفاوت کارکنان (۳/۱۳)، تفاوت در سطح دانش و تخصص کارکنان (۳/۰۶)، تفاوت در توانایی‌ها و مهارت‌های کارکنان (۳/۰۶) و تفاوت در ویژگی‌های شخصیتی کارکنان (۳/۰۱) بیشترین و تفاوت در مشخصات دموگرافیک کارکنان (۲/۴۹)، درک نادرست کارکنان از نیازهای فردی یکدیگر (۲/۴۸) و ارزش‌ها و اعتقادات متضاد کارکنان (۲/۴۳) کمترین تعارض را ایجاد کردند.

میزان تعارض در بیمارستان‌های تخصصی بیشتر از بیمارستان‌های عمومی بود. بین نوع بیمارستان با میزان تعارض کل ( $r=0/191$  و  $p=0/002$ ) و میزان تعارض ناشی از عوامل فردی ( $r=0/206$  و  $p=0/001$ ) و عوامل سازمانی ( $r=0/141$ ) و پرستاری در بخش‌های داخلی قلب (۴/۰۹)، پیوند (۳/۵۹)، اطفال (۳/۳۰)، اتاق عمل (۳/۲۵) و عفونی (۳/۲۰) بالا و در بخش‌های مراقبت‌های ویژه قلبی (۲/۴۳) و مراقبت‌های ویژه تنفسی (۲/۵۰) پایین بود. میزان تعارض بیشتری در سطوح بالای مدیریت پرستاری گزارش شد. مترون‌های بیمارستان‌ها تعارض بیشتری را تجربه کرده بودند. با این وجود، این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود (جدول ۳).

میزان تعارض بیشتری در مدیران پرستاری مرد، مجرد و با

واکنش مناسب سریع نشان دهند. وجود استرس در کارکنان، اعتماد کم کارکنان به یکدیگر، اجتناب از تعامل با یکدیگر، جابجایی و غیبت کاری زیاد کارکنان، عدم تبادل اطلاعات در سازمان و خراب کاری تجهیزات سازمان از نشانه‌های بارز وجود تعارض مخرب در سازمان است [۱]. بنابراین، مدیران پرستاری با مشاهده چنین علائمی باید اقدامات لازم را برای کاهش تعارض به کار گیرند. بی‌توجهی مدیران و عدم به‌کارگیری اقدامات لازم منجر به فرسودگی شغلی کارکنان می‌شود.

مدیران پرستاری در صورت بالابودن تعارض با استفاده از سبک مناسب مدیریت تعارض می‌توانند آن را در سازمان کنترل کنند. توماس و کیلمن پنج سبک رقابتی، اجتناب، مصالحه، سازش و همکاری را برای مدیریت تعارض پیشنهاد می‌دهند [۴۰]. مدیران پرستاری با توجه به ماهیت مراقبت‌های پرستاری باید بیشتر از سبک‌های مشارکتی و مصالحه استفاده کنند. پژوهش‌های انجام شده در کشور نیز بیانگر این واقعیت است که مدیران پرستاری بیشتر از سبک‌های همکاری و مصالحه در کنترل تعارض در بیمارستان‌ها استفاده می‌کنند [۴۱-۴۴]. آموزش مدیران به‌منظور شناسایی موقعیت‌های تعارض و استفاده از سبک‌های مناسب مدیریت تعارض در کاهش تعارض در بیمارستان‌ها مؤثر است [۴]. بنابراین، مدیران ارشد بیمارستان‌ها باید به‌صورت دوره‌ای مدیران پرستاری و پرستاران را در زمینه مدیریت تعارض آموزش دهند.

اگرچه میانگین عوامل فردی و سازمانی تعارض در مدیران پرستاری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران تقریباً برابر بوده است، ولیکن، حدود ۸۴٪ تعارض مدیران پرستاری ناشی از عوامل سازمانی بود. مطالعه‌ای که در سال ۱۳۹۴ بر روی پرستاران بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد، نشان داد که عوامل فردی تأثیر بیشتری نسبت به عوامل سازمانی در ایجاد تعارض در بین پرستاران داشته است [۳۸]. با توجه به اینکه مدیران پرستاری بیشتر وظایف ستادی را انجام می‌دهند، مواجه بیشتر با تعارض ناشی از عوامل سازمانی قابل توجیه است.

مانند بخش‌های داخلی، جراحی و اطفال که مستلزم ارائه مراقبت‌های پرستاری بیشتر و در نتیجه تعامل بیشتر با سایر بخش‌ها و واحدهای بیمارستانی است، میزان تعارض بیشتری گزارش شد. بنابراین، مدیران ارشد پرستاری باید در انتخاب سرپرستاران این بخش‌ها دقت بیشتری کنند. افراد دارای ویژگی‌های شخصیتی مناسب باید برای مدیریت پرستاری این بخش‌ها انتخاب شوند و در زمینه مدیریت و کنترل تعارض آموزش‌های لازم را دریافت کنند.

تعارض بسیار کم، منجر به رکود سازمانی می‌شود. از طرف دیگر، میزان زیاد تعارض منجر به هرج و مرج و ایجاد تنش و به‌وجود آمدن جو رقابتی بین کارکنان می‌شود. بنابراین، حد متوسط تعارض برای سازمان مناسب است و منجر به افزایش بهره‌وری می‌شود. مدیران پرستاری باید تعارض را مدیریت کنند. مدیریت تعارض شامل افزایش یا کاهش تعارض است. مهارت‌های مدیریت تعارض کمک می‌کند تا جوی در سازمان ایجاد شود که بین مدیران و کارکنان اعتماد ایجاد شود تا کارکنان به‌راحتی نظرات خود را بیان کنند. در نتیجه، در صورت به‌وجود آمدن تعارض، اقدامات اصلاحی به‌موقع به‌کار گرفته خواهد شد و اثرات نامطلوب تعارض کاهش می‌یابد. مدیران باید تعارض سازنده را تشویق و حمایت کنند. با تشویق تعارض سازنده، تغییرات لازم در سازمان به‌وجود می‌آید. روش‌هایی که مدیران پرستاری برای افزایش تعارض می‌توانند استفاده کنند، عبارتند از برگزاری جلسات و کمیته‌ها، استفاده از گروه‌های کاری ناهمگون، برگزاری دوره‌های آموزشی و توسعه فرهنگ مشارکتی و حمایتی تا انتقادپذیری، خلاقیت و انجام کار گروهی تشویق شود [۱].

ماهیت بیمارستان‌ها ایجاد می‌کند که یک جو همکاری و دوستانه بین کارکنان ایجاد شود. تعارض مخرب در نهایت بر روی بیماران تأثیر منفی خواهد گذاشت. تعارض بین کارکنان بالینی میزان خطاهای پزشکی را افزایش می‌دهد که در نهایت منجر به افزایش میزان ابتلا و مرگ و میر بیماران خواهد شد [۲۵]. مدیران پرستاری در صورت بالابودن میزان تعارض باید

بارکاری زیاد، محدودیت منابع و قوانین و مقررات پیچیده در بُعد سازمانی مهم‌ترین عوامل تعارض‌زا برای مدیران پرستاری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند. بنابراین، مدیران ارشد بیمارستان‌ها با آگاهی از این عوامل باید اقدامات مناسبی را برای مدیریت صحیح تعارض به‌کار گیرند. کمبود منابع و بروکراسی در سایر پژوهش‌های داخلی و خارجی هم به‌عنوان مهم‌ترین عوامل سازمانی ایجاد تعارض معرفی شدند [۸، ۳۸، ۴۶-۴۵]. نیروی انسانی و منابع مورد نیاز برای ارائه مراقبت‌های پرستاری با کیفیت ضروری است. بنابراین، مدیران پرستاری برای اطمینان از ارائه مراقبت‌های پرستاری با کیفیت، ایمن و اثربخش به بیماران باید نیروی انسانی لازم و کافی با دانش و توانایی‌ها و مهارت‌های لازم و تجهیزات و ملزومات کافی را داشته باشند. کمبود کادر پرستاری و حقوق و مزایای پایین منجر می‌شود تا از یک طرف کادر پرستاری شیفت‌های متوالی کاری داشته باشند و از طرف دیگر ممکن است اشتغال دوگانه ایجاد شود که هر دو مورد موجب افزایش تعارض سازمانی خواهد شد. قوانین و مقررات بیش از اندازه و بروکراسی غیرمعمول می‌تواند مانع از انجام صحیح کارهای مدیران پرستاری شود و بر استرس شغلی و تعارض آنها بیفزاید. تغییر و تحولات سازمانی نیز می‌تواند منشأ تعارض سازمانی باشد [۴۷]. بنابراین، مدیران ارشد بیمارستان‌ها و سیاستگذاران بخش سلامت باید اقدامات جدی برای کاهش بروکراسی غیرضروری به‌ویژه به‌هنگام اعمال تغییرات سازمانی به‌عمل آورند.

در بُعد فردی، ناهمگونی دانش، توانایی‌ها، مهارت‌ها و ویژگی‌های شخصیتی بیشترین تعارض را برای مدیران پرستاری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران ایجاد کردند. تفاوت‌های فردی و شخصیتی کارکنان در ایجاد تعارض در سازمان نقش قابل ملاحظه‌ای دارد. این پژوهش نیز همانند مطالعات قبلی [۳۸، ۴۵، ۴۶] بین میزان تحصیلات مدیران پرستاری و میزان تعارض ادراک شده آنها ارتباط آماری معناداری گزارش کرد. گروه‌های تحصیلی مختلفی در

بیمارستان‌ها کار می‌کنند. مطالعه‌ای نیز بین تیپ شخصیتی کارکنان و میزان تعارض ارتباط پیدا کرد. افراد با تیپ شخصیتی A بیشتر از افراد با تیپ شخصیتی B تعارض گزارش کردند [۴۸]. بنابراین، مدیران ارشد بیمارستان‌ها و مدیران پرستاری باید به این موضوع در مرحله کارمندیابی، انتخاب و استخدام پرستاران توجه ویژه‌ای داشته باشند. آنها باید علاوه بر توجه به سابقه و تجربه کاری پرستاران، به ویژگی‌های شخصیتی آنها هم توجه کنند. تفاوت‌های فردی و شخصیتی کادر پرستاری در سازماندهی محل کاری آنها هم باید مورد توجه قرار گیرد. سرپرستاران بخش‌های بالینی باید در این زمینه آموزش‌های لازم را دریافت کنند. ارائه آموزش‌های حین خدمت تا حدودی می‌تواند به کنترل تعارض کمک کند.

ارتباطات نادرست تأثیر زیادی در ایجاد تعارض دارد. مطالعات متعددی ارتباطات نامناسب بین پرستاران و پزشکان را عامل مهم تعارض فردی در حرفه پرستاری بیان کردند [۵، ۳۸]. تفاوت بین دو حرفه پزشکی و پرستاری، نوع آموزش‌های کلاسیک ارائه شده به دانشجویان این دو حرفه و نوع اختیارات تفویض شده به آنها موجب ایجاد دو خرده فرهنگ متمایز پزشکی و پرستاری در بیمارستان‌ها شده است که اختلافات اعتقادی و ارزشی آنها می‌تواند ایجاد تعارض کند. بنابراین، خطوط ارتباطی باید در بیمارستان‌ها باز نگه داشته شود و اطلاعات به‌طور کامل و واضح در اختیار مدیران پرستاری و پرستاران قرار گیرد. مدیران ارشد پرستاری باید یک جو سالم توأم با اعتماد ایجاد کنند تا مدیران میانی و عملیاتی و حتی پرستاران به راحتی بتوانند نگرانی‌های خود را مطرح کنند و نظرات و پیشنهادات خود را ارائه دهند. آنها باید قبل از اینکه تعارض زیاد و مخرب به کیفیت زندگی کاری پرستاران و در نهایت به بیماران آسیب وارد سازد، با مداخلات لازم آن را مدیریت و کنترل کنند. ارتباطات نامناسب موجب کاهش اعتماد کارکنان می‌شود که عامل بسیار مهمی در افزایش تعارض در سازمان است.

نتایج این پژوهش نشان داد که میزان تعارض مدیران

اجرا کنند تا قابلیت‌های مدیران پرستاری افزایش یابد. آموزش مدیران میانی و عملیاتی بیمارستان‌ها در زمینه اصول و مبانی مدیریت نوعی سرمایه‌گذاری محسوب می‌شود. در نتیجه، مدیران مذکور در صورت بروز هر نوع تعارضی آن را به خوبی مدیریت خواهند کرد و از بزرگ شدن آن و ایجاد چالش برای مدیران ارشد بیمارستان پیشگیری خواهند کرد. با توجه به اینکه کار در بیمارستان باید به صورت تیمی انجام شود، این آموزش‌ها باید در اختیار کلیه کارکنان بیمارستان‌ها قرار گیرد. بنابراین، آموزش‌های مدیریتی باید در دانشگاه‌های علوم پزشکی در اختیار کلیه دانشجویان علوم پزشکی قرار گیرد. این آموزش‌ها به آنها کمک خواهد کرد که چگونه تعارض را کنترل و مدیریت کنند و چگونه خود را با شرایط استرس‌زا و تعارض آمیز تطبیق دهند تا کمتر دچار آسیب جسمی و روحی شوند.

این پژوهش میزان تعارض، علل و نتایج آن را در مدیران پرستاری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران مشخص کرد که اطلاعات مفیدی را در اختیار سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت کشور قرار می‌دهد. با این وجود، نتایج این پژوهش قابل تعمیم به سایر بیمارستان‌های کشور نیست. پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی با استفاده از پرسشنامه توسعه یافته در این مطالعه در سایر بیمارستان‌های کشور انجام شود. علاوه‌براین، انجام پژوهش‌های کیفی برای تکمیل مطالعات کمی پیشنهاد می‌شود تا بتوان تصویر کامل‌تری از تعارض در بیمارستان‌های کشور به دست آورد.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه با کد اخلاق IR.TUMS.REC.1394.123 در تاریخ ۱۳۹۴/۳/۳۱ در دانشگاه علوم پزشکی تهران به تصویب رسیده است. از همکاری کلیه مدیران پرستاران بیمارستان‌های شرکت کننده در این پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین، نویسندگان از داوران محترمی که با انتقادات سازنده و بیان نظرات کارشناسی خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، تشکر می‌کنند.

پرستاری با تمایل آنها به ترک سازمان رابطه دارد. مطالعات خارجی قبلی نیز تعارض سازمانی را عامل مهمی در جابجایی [۴۹] و تمایل به ترک سازمان [۲۳] در پرستاری گزارش کردند. بنابراین، می‌توان گفت تعارض و استرس شغلی که منجر به کاهش رضایت شغلی کادر پرستاری می‌شود، یکی از دلایل مهم کمبود کادر پرستاری در بیمارستان‌های کشور است. هزینه جابجایی و جایگزینی مدیران پرستاری در بیمارستان‌ها بسیار زیاد است. مدیران ارشد بیمارستان‌ها باید یک جو سازمانی مثبت ایجاد کنند. برای این منظور، آنها باید استقلال و اختیارات لازم را به مدیران پرستاری بدهند و با آنها با احترام رفتار کنند. اگر با پرستاران با احترام رفتار نشود، احتمال بروز رفتار تهاجمی در آنها زیاد خواهد بود [۵۰]. اگر با آنها با احترام، رفتاری متناسب با شأن آنها صورت گیرد، آنها به مدیران اعتماد خواهند کرد و از خود رفتار مثبت نشان خواهند داد و تعارض کمتری ایجاد خواهد شد. مدیران باید انصاف و عدالت را در سازمان رعایت کنند، خطوط ارتباطات سازمان را باز نگه دارند و محیط احترام متقابل در سازمان ایجاد کنند تا افراد تحمل دیدگاه‌های مخالف را داشته باشند. سیاست‌ها و مقررات مورد نیاز برای مدیریت تعارض باید تدوین شوند [۱].

پیچیدگی بیمارستان‌ها و ماهیت اضطراری خدمات آنها مدیریت تعارض را برای مدیران پرستاری کمی دشوار می‌سازد. بنابراین، آنها باید آموزش‌های لازم را در این زمینه دریافت دارند. برخی از مدیران مهارت و تجربه لازم را در مدیریت تعارض ندارند و با انتخاب سبک نامناسب مدیریت تعارض موجب تشدید تعارض و ایجاد بحران در سازمان می‌شوند. متأسفانه، درصد بسیار کمی از مدیران پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه مدیریت تعارض آموزش دیده بودند. مطالعات قبلی هم نشان می‌دهد که آموزش مدیریت تعارض در اختیار کارکنان بیمارستان‌های کشور قرار نمی‌گیرد [۴، ۳۸]. مدیران ارشد بیمارستان‌ها باید برنامه‌های آموزشی مناسبی را در زمینه‌های اصول و مبانی مدیریت، مهارت‌های ارتباطات و مذاکره، هوش هیجانی و مدیریت استرس و تعارض تدوین و



## References

1. Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization & management. Tehran: Dibagran; 2015. [Persian].
2. Mosadeghrad AM, Arab M, Mojbafan A. Conflict and its causes in hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *Journal of hospital*. 2016; 15(4):59-69. [Persian].
3. Mosadeghrad AM. Handbook of hospital professional organisation and management. Tehran: Dibagran; 2004. [Persian].
4. Mosadeghrad A, Mojbafan A. Conflict management styles of nurse managers in hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences: 2015. *Iran journal of nursing*. 2017; 13(107):62-73. [Persian].
5. Almost J. Conflict within nursing work environments: concept analysis. *Journal of advanced nursing*. 2006; 53(4):444-453.
6. McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of advanced nursing*. 2003; 44(6):633-642.
7. Tabak N, Orit K. Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. *Journal of nursing management*. 2007; 15(3):321-331.
8. Kaitelidou D, Kontogianni A, Galanis P, Siskou O, Mallidou A, Pavlakis A, et al. Conflict management and job satisfaction in paediatric hospitals in Greece. *Journal of nursing management*. 2012; 20(4):571-578.
9. Ogbimi RI, Adebamowo CA. Questionnaire survey of working relationships between nurses and doctors in University Teaching Hospitals in Southern Nigeria. *BMC nursing*. 2006; 5:1-6.
10. Swansburg RC. Introductory management and leadership for clinical nurses: a text-workbook. Boston, London: Jones and Barlett Publishers; 1993.
11. Almost J, Doran DM, McGillis Hall L, Spence Laschinger HK. Antecedents and consequences of intra-group conflict among nurses. *Journal of nursing management*. 2010; 18(8):981-992.
12. Cox KB. The effects of intrapersonal, intragroup, and intergroup conflict on team performance effectiveness and work satisfaction. *Nursing administration quarterly*. 2003; 27(2):153-163.
13. Zakari NM, Al Khamis NI, Hamadi HY. Conflict and professionalism: perceptions among nurses in Saudi Arabia. *International nursing review*. 2010; 57(3):297-304.
14. Mosadeghrad AM. Occupational stress and its consequences: implications for health policy and management. *Leadership in health services*. 2014; 27(3):224-239.
15. Mosadeghrad AM. Occupational stress and turnover intention: implications for nursing management. *International journal of health policy and management*. 2013; 1(2):169-176.
16. Kelly J. An overview of conflict. *Dimensions of critical care nursing*. 2006; 25(1):22-28.
17. Danna K, Griffin RW. Health and well-being in the workplace: a review and synthesis of the literature. *Journal of management*. 1999; 25(3):357-384.
18. 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. *Nursing & health sciences*. 2000; 2(1):9-16.
19. Mosadeghrad AM. Quality of working life and turnover intentions: implications for nursing management. *International journal of research in nursing*. 2013; 4(2):47-54.
20. Mosadeghrad AM. Quality of working life: an antecedent to employee turnover intention. *International journal of health policy and management*. 2013; 1(1):43-50.
21. Jehn KA. A multimethod examination of the benefits and detriments of intragroup conflict. *Administrative science quarterly*. 1995; 40(2):256-282.
22. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit J-F, Pochard F, et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2007; 175(7):698-704.
23. McKenna BG, Smith NA, Poole SJ, Coverdale JH. Horizontal violence: experiences of registered nurses in their first year of practice. *Journal of advanced nursing*. 2003; 42(1):90-96.
24. Mosadeghrad AM. Factors influencing healthcare service quality. *International journal of health policy and management*. 2014; 3(2):77-89.
25. Forté PS. The high cost of conflict. *Nursing economic\$*. 1997; 15(3):119-123.

26. Institute of Medicine (US) Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety. Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses. Washington (DC); 2004.
27. Sportsman S, Hamilton P. Conflict management styles in the health professions. *Journal of professional nursing*. 2007; 23(3):157-166.
28. Brinkert R. A literature review of conflict communication causes, costs, benefits and interventions in nursing. *Journal of nursing management*. 2010; 18(2):145-156.
29. Pisarski A, Lawrence SA, Bohle P, Brook C. Organizational influences on the work life conflict and health of shiftworkers. *Applied ergonomics*. 2008; 39(5):580-588.
30. Watson C, Hoffman LR. Managers as negotiators: a test of power versus gender as predictors of feelings, behavior, and outcomes. *The leadership quarterly*. 1996; 7(1):63-85.
31. Cosier RA, Dalton DR. Positive effects of conflict: a field assessment. *International journal of conflict management*. 1990; 1(1):81-92.
32. Afzalur Rahim M. Empirical studies on managing conflict. *International journal of conflict management*. 2000; 11(1):5-8.
33. McElhaney R. Conflict management in nursing administration. *Nursing management*. 1996; 27(3):49.
34. Tourani S, Ahmadi 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*. 2014; 3(3):37-46. [Persian].
35. 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). *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2011; 15(2):63-69. [Persian].
36. 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). *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2011; 15(2):63-69. [Persian].
37. Ghasemyani S, Pourreza A, Mahmoodi M. Survey on conflict level and conflict management strategies among nurses in general hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *Journal of Payavard Salamat*. 2017; 11(1):20-30. [Persian].
38. Ganjizadeh M, Naderi M, Zaghari Tafreshi M, Niroomand Zandi K. Factors affecting conflict among emergency nurses. *Journal of nursing management*. 2016; 5(2):18-25. [Persian].
39. 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].
40. Thomas KW, Kilmann RH. Thomas-Kilmann conflict mode instrument. New York: Xicom; 1997.
41. Bikmoradi A, Abdi F, Soltanian A, Hamidi Y. The correlation between conflict management styles and nurse managers' demographic characteristics in Hamadan Therapeutic and Educational Centers. *Scientific Journal of Hamadan Nursing and Midwifery Faculty*. 2017; 25(2):27-35. [Persian].
42. Farzadnia F. The impact of emotional intelligence on conflict-handling styles among the head nurses of Milad Hospital, Tehran. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2012; 20(2):53-61. [Persian].
43. Torabi Pour A, Ebrahimi B, Haghighizadeh MH. Survey on relation between negotiating styles and conflict management strategies among the nursing managers in Ahvaz hospitals. *Jundishapur Journal of Health Sciences*. 2010; 2(3):47-56. [Persian].
44. Mosadeghrad AM, Arab M, Mojbafan A. Study of conflict management styles in Tehran University affiliated hospitals. *Journal of health-based research*. 2016; 2(1):1-13. [Persian].
45. Tengilimoglu D, Kisa A. Conflict management in public university hospitals in Turkey: a pilot study. *The health care manager*. 2005; 24(1):55-60.
46. Piko BF. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*. 2006; 43(3):311-318.
47. Mosadeghrad A. Why do organizational change programmes fail? *International journal of strategic change management*. 2014; 5(3):189-218.
48. Baron RA. Personality and organizational conflict: effects of the type a behavior pattern and self-monitoring. *Organizational behavior and human decision processes*. 1989; 44(2):281-296.
49. 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. *International journal of nursing studies*. 2004; 41(1):85-97.
50. VanYperen NW, Hagedoorn M, Zweers M, Postma S. Injustice and employees' destructive responses: the mediating role of state negative affect. *Social justice research*. 2000; 13(3):291-312.

## **Antecedents and consequences of conflict among nurse managers of Tehran University hospitals**

Mosadeghrad AM<sup>1</sup>, \*Mojbafan A<sup>2</sup>

### **Abstract**

**Background:** Destructive conflict in nursing may result in nurses' dissatisfaction, absenteeism and turnover and decreases quality of patient care. This study aimed to examine the level of conflict and its underlying causes among nurse managers (metronomes, supervisors, and head nurses).

**Materials and methods:** This descriptive and cross-sectional study was conducted on 269 nurse managers at hospitals related to Tehran University of Medical Sciences in 2015. A valid and reliable questionnaire was used to identify the level of conflict and its causes. Data was analyzed using SPSS software through descriptive and inferential statistics.

**Results:** The mean of conflict among these nurse managers was 2.80 out of 5 (moderate). Heavy workload, resource shortage and bureaucracy were the main factors causing conflict at organizational level. On the other hand, differences in nurse managers' knowledge, abilities, skills and personalities were the main personal factors causing conflict. Organizational factors were responsible for 84% of conflict in nurse managers. More conflict was observed in internal medicine, pediatrics and operation theatre wards. Conflict in specialized hospitals was higher than general hospitals. Also, there is a significant statistical relation between conflict level in nurse managers and their turnover intention ( $p=0.03$ ,  $r=0.127$ ).

**Conclusion:** In summary, nurse managers experienced an acceptable level of conflict. Such managers should keep conflict at an optimum level to increase the productivity.

**Keywords:** Teaching Hospital, Nurse Managers, Conflict

1. Associate professor, Health Management Research Center, Department of management science and health economic, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. MSc in health service management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (\*Corresponding Author)  
arezoomjafan@yahoo.com