

کنترل تضاد در پرستاران بالینی

ناهید دهقان‌نیری* رضا نکارنده** ناصر بحرانی*** افسانه صدوقی‌اصل****

چکیده

زمینه و هدف: بروز تضاد در سازمان‌های مراقبت بهداشتی با توجه به پیچیده بودن سازمان، فراوانی و تنوع تعاملات، تخصص‌ها، نقش‌ها و ماهیت سلسله مراتب، بیشتر است. گرچه تضاد همیشه مخرب و مضر نیست و درجه معینی از آن می‌تواند موجب بهبود خدمات شود؛ اما افزایش سطح تضاد یا مزمن شدن آن نیز موجب بروز اختلال می‌شود و به همین جهت مدیریت و کنترل تضاد امری ضروری است. این مطالعه به منظور بررسی ارتباط درونی مفاهیم الگوی کنترل تضاد صورت گرفته است.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه مقطعی است که در آن پرسشنامه‌ای جهت بررسی ارتباط درونی مفاهیم الگوی کنترل تضاد تدوین و توسط ۲۹۰ پرستار شاغل در بیمارستان‌های سه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مستقر در تهران تکمیل گردید. روایی پرسشنامه به وسیله خبرگان بررسی و انسجام درونی آن ($\alpha=0/81$) تأیید گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (جداول توزیع فراوانی) و تحلیلی (آزمون همبستگی اسپیرمن) در بسته آماری برای علوم اجتماعی (SPSS) انجام یافت. طرح پژوهش در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تهران بررسی و تأیید شد. رضایت آگاهانه نیز از کلیه شرکت‌کننده‌ها اخذ گردید.

یافته‌ها: دامنه سنی افراد بین ۲۲ تا ۵۳ سال ($34/5 \pm 8/2$) بود. اکثر پرستاران مورد مطالعه زن ($88/6\%$)، متأهل ($57/6\%$) و در سمت پرستار ($84/8\%$) بودند. از منظر اکثر پرستاران تضاد به معنای ناهماهنگی، عدم تفاهم و اختلاف و برای کمترین آنان تضاد به معنای خشونت و مسایل دشوار بوده است. واکنش $41/4\%$ نمونه‌های پژوهش در هنگام مواجهه با تضاد مذاکره بود. اما عصبانی شدن، کناره‌گیری، گذشت کردن، نادیده گرفتن و قبولاندن ایده‌های خود به فرد مقابل نیز از واکنش‌های پرستاران به تضاد بود. از نظر نمونه‌های پژوهش مؤثرترین عوامل در ایجاد یا کنترل تضاد به ترتیب تعامل و درک ($32/4\%$ ؛ شخصیت و خصوصیات فردی پرستار $26/6\%$) و شرایط شغلی ($21/7\%$) می‌باشند. تعامل که متغیر مرکزی الگوی کنترل تضاد معرفی شده است، در این مطالعه نیز با پنج متغیر اصلی دیگر ارتباط معنادار دارد.

نتیجه‌گیری: ارتباطات و تعامل ناکافی و مخدوش مهم‌ترین عامل در بروز تضاد است که پرستاران و مدیران آن‌ها با درک این مطلب، باید در صدد بهبود مجاری ارتباطی افراد در سازمان و آموزش کارکنان جهت برقراری ارتباط مؤثر با یکدیگر باشند. این امر به درک متقابل کارکنان کمک نموده و از سوء برداشتها و کج‌فهمی‌ها که زمینه ساز بروز تضاد است می‌کاهد. همچنین با شناخت سایر عوامل و متغیرهای مؤثر بر بروز و کنترل تضاد، آن‌ها می‌توانند ضمن تعدیل شرایطی که منجر به بروز تضاد می‌شود از روش‌های مؤثرتری برای حل تضاد بهره بگیرند.

نویسنده مسؤول: رضا نکارنده؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

e-mail: megarandeh@tums.ac.ir

واژه‌های کلیدی: تضاد، کنترل تضاد، پرستاران بالینی، ایران

- دریافت مقاله: مهر ماه ۱۳۸۸ - پذیرش مقاله: فروردین ماه ۱۳۸۹

مقدمه

تضاد جنبه غیر قابل اجتناب روابط انسانی و مسأله عمده‌ای است که سازمان‌ها با

آن مواجهند (۲ و ۱). از این رو احتمال و زمینه ایجاد تضاد در هر سازمان در حال تعاملی وجود دارد. اما در سازمان‌های مراقبت بهداشتی، مراقبان بهداشتی به لحاظ پیچیده بودن سازمان و فراوانی و تنوع تعاملات، تخصص‌ها، نقش‌ها و ماهیت سلسله مراتب، در

* دانشجویار گروه آموزشی مدیریت پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
** دانشجویار گروه آموزشی پرستاری بهداشت جامعه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
*** مربی گروه آموزشی ریاضی - آمار دانشکده علوم پایه دانشگاه هوایی شهید ستاری
**** مربی گروه آموزشی مدیریت پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

برابر بروز تضاد آسیب پذیرترند و این مسأله حایز اهمیت است (۳و۴).

تضاد را فرایندی دانسته‌اند که در آن یک طرف یا هر دو طرف مانع تحقق اهداف طرف مقابل می‌شوند (۵). در گذشته تضاد همواره به صورت مخرب و مضر در نظر گرفته می‌شد، اما مطالعات متعدد دانشمندان علوم رفتاری نشان می‌دهد که همه تضادها ویرانگر و مخرب نبوده بلکه حضور درجه معینی از تضاد برای سازمان ضروری است. بنابراین مدیریت تضاد، برای حفظ عملکرد مؤثر و برتری سازمان‌ها لازم و ضروری است. Fritchie بین تضاد داغ و سرد تفاوت قابل شده می‌گوید در حالی که تضاد داغ منجر به خلاقیت و فعالیت طرفین می‌شود، تضاد سرد به دلیل انکار تضاد مانع ارتباطات می‌شود. بنابراین برای مدیریت کارآمد تضاد اهمیت دارد که بدانیم ماهیت تضاد چیست و چگونه می‌توان آن را مدیریت یا حل کرد (۶).

همان‌طور که گفته شد، تضاد همیشه مخرب و مضر نیست، بلکه تضاد به واسطه ایجاد سطح مفیدی از تنش و رقابت می‌تواند موجب بهبود خدمات شود، اما در صورت افزایش سطح یا مزمن شدن، می‌تواند موجب بروز اختلال و خشونت شود و به همین جهت تضاد برای مدیران زنگ خطری است که اشتباهی در حال رخ دادن است و باید راه‌حل‌های جدید از طریق مشکل‌گشایی، واضح کردن اهداف، برقراری هنجارهای گروهی و تعیین مرزها مشخص و اجرا شود. هر چند رفع کامل تضاد لازم نیست، اما نادیده گرفتن تضاد، اجتناب از آن یا سرکوب آن نیز درست نیست،

بلکه باید با آن برخورد سازنده شود. چنانچه مدیران و پرستاران منابع ایجاد تضاد و طریقه مواجهه با آن را بدانند و به کار گیرند، فشار به افراد و سازمان کم می‌شود و می‌توان به طور اثربخشی از منابع بهره گرفت. به عبارت دیگر، نحوه مواجهه با تضاد است که می‌تواند سازنده یا مخرب باشد نه وجود یا فقدان تضاد (۵).

با توجه به اهمیت کنترل تضاد در سازمان‌های مراقبت بهداشتی و با توجه به این که اکثر نیروی انسانی این سازمان‌ها را پرستاران با تعاملات متنوع تشکیل می‌دهند و امکان بروز تضاد زیاد است، لذا دانش کنترل تضاد امری ضروری است. مطالعات مختلفی در این زمینه صورت گرفته است از جمله دهقان‌نیری و نگارنده در تحقیقی کیفی الگوی کنترل تضاد را ارائه نموده‌اند (شکل ۱). این الگو متشکل از سازه‌های خصوصیات فردی، مدیریت، محیط کاری، شرایط و ماهیت شغل، احساس و درک تضاد، شیوه واکنش و حل تضاد، درک متقابل و تعامل، و پیامدهای تضاد است. بر اساس این الگو فرد هنگام رویارویی با تضادهای گوناگون درونی یا برونی از خود واکنش نشان می‌دهد که بسیاری از این واکنش‌ها منحصر به فرد بوده و با خصوصیات فردی افراد نظیر آرام و یا عصبی بودن فرد و میزان تحمل شرایط تضادآور، ارتباط تنگاتنگی دارد. همچنین نحوه بروز واکنش‌ها با آموزش و نیز تحت تأثیر عوامل محیطی می‌تواند تغییر یابد. این الگو توضیح می‌دهد که چگونه ضعف‌های مدیریتی در بروز و حل ناموفق تضاد نقش دارند. به علاوه طبق این الگو محیط کار و ماهیت شغل از جمله مواردی نظیر

جهت تعمیم‌پذیری ضروری می‌نمود، به همین لحاظ این مطالعه به منظور بررسی ارتباط درونی مفاهیم الگوی کنترل تضاد صورت گرفته است.

روش بررسی

در این مطالعه مقطعی، پرسشنامه‌ای جهت بررسی ارتباط درونی مفاهیم الگوی کنترل تضاد تدوین گردید. پرسشنامه به انضمام توضیح مختصری از الگو و تعاریف نظری و عملی مفاهیم آن در اختیار جمعی از اساتید و کارشناسان مدیریت و پرستارانی که نمونه‌های پژوهش نبودند، قرار گرفت و روایی صوری و محتوای آن بررسی و تأیید شد. سپس ابزار توسط ۱۵ نفر از پرستاران که جزو نمونه اصلی پژوهش نبودند، تکمیل گردید و انسجام درونی آن به روش الفای کرونباخ سنجیده شد ($\alpha=0/81$). ابزار نهایی پژوهش شامل دو بخش متغیرهای جمعیت‌شناختی و متغیرهای مربوط به مفاهیم الگوی کنترل تضاد بود.

نمونه‌گیری به صورت تصادفی چند مرحله‌ای در بیمارستان‌های سه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مستقر در تهران صورت گرفت. بدین صورت که از بین کلیه بیمارستان‌های عمومی دانشگاه‌های مزبور ده بیمارستان به تصادف انتخاب و سپس متناسب با تعداد کارکنان پرستاری بیمارستان‌های منتخب، نمونه مورد نظر به صورت تصادفی سهمیه‌ای انتخاب گردید و در نهایت ۲۹۰ پرستار شاغل در بیمارستان‌های یاد شده در مطالعه شرکت و پرسشنامه آن را تکمیل نمودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار

سرعت پایین انجام کار در بیمارستان‌های آموزشی، حضور رده‌های مختلف پزشکی و دستورات آن‌ها و دستکاری زیاد بیمار همگی موجب ایجاد تضاد می‌گردند. شرایط و ماهیت شغل که خود از ساختار سازمان، محیط و ساختار نیروی انسانی تأثیر می‌پذیرد بر نحوه احساس و درک تضاد مؤثر است.

در این الگو تضاد، احساس تنازع، خشونت، عصبانیت یا هر احساسی است که از برخورد دو فرد یا بیشتر حاصل می‌شود و یا به صورت درونی به دلیل مسایل رخ داده خارجی در فرد ظاهر شده و دستیابی به اهداف پرستاری را دچار مشکل می‌سازد. در حالی که برخی افراد واکنش‌هایی چون عصبانیت و پرخاشگری، داد زدن سر همراه و همکار را نشان می‌دهند و خود را با فریاد، داد زدن و گریه تخلیه می‌نمایند، برخی دیگر در صورت پیشامد مسایل تضادآور عذرخواهی نموده، برخی نیز سعی در کنترل خود، برخورد آرام و کنار آمدن با خود داشته و یا به این دلیل این که وضعیت موجود تفاوتی نمی‌کند، تضاد خود را بروز نمی‌دهند.

منظور از «تعامل» در این الگو ارتباطات مختلف پرستار به ویژه با بیمار، همکاران و مدیران است و چگونگی احساس و درک این ارتباطات به انتظارات افراد و فرهنگی وابسته است که تعامل در زمینه آن روی می‌دهد. پیامدهای تضاد نیز شامل اثرات مثبت و منفی تضاد در سطح فردی، خانوادگی، گروهی و عملکردی است (۷). از آن جا که این الگو نشأت گرفته از یک تحقیق کیفی است بررسی آن به صورت کمی و با تعداد نمونه‌های بیشتر

به فرد مقابل با $4/8\%$ اولویت نخست نمونه‌های مورد پژوهش در واکنش به تضاد است.

$57/6\%$ پرستاران در خصوص این گزاره که «تضاد بر جسم و روحیه پرستاران تأثیر می‌گذارد» گزینه خیلی موافقم و $37/6\%$ گزینه موافقم را انتخاب نموده بودند، به عبارت دیگر بیش از 95% پرستاران با این گزاره، موافق یا بسیار موافق بوده‌اند. همچنین در پاسخ به عبارت «تضاد بر رضایت شغلی پرستاران تأثیر می‌گذارد» 92% موافق یا کاملاً موافق بوده‌اند.

از نظر نمونه‌های پژوهش مؤثرترین عوامل در ایجاد یا کنترل تضاد به ترتیب نحوه تعامل و درک ($32/4\%$)، شخصیت و خصوصیات فردی پرستار ($26/6\%$) و شرایط شغلی ($21/7\%$) می‌باشد.

جدول شماره سه نتایج آماری ارتباط بین متغیرهای مختلف الگو را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، تعامل که به عنوان متغیر مرکزی الگوی کنترل تضاد نمایان شده است، در این جدول نیز با پنج متغیر اصلی دیگر ارتباط معنادار دارد. بیشترین همبستگی این عامل با شرایط و ماهیت شغل و در مرتبه‌های بعدی با پیامد تضاد و خصوصیات فردی است. مدیریت نیز با چهار متغیر ارتباط معنادار دارد که قوی‌ترین ارتباط این عامل با شرایط و ماهیت شغلی و پس از آن با محیط و ساختار بیمارستان و پیامد تضاد است. همچنین شرایط و ماهیت شغل با شخصیت و خصوصیات فردی و پیامدهای تضاد دارای همبستگی است و نهایتاً همبستگی مثبتی بین «شخصیت و خصوصیات فردی» با پیامدهای تضاد دیده شد.

توصیفی (جداول توزیع فراوانی) و تحلیلی (آزمون همبستگی اسپیرمن) در بسته آماری برای علوم اجتماعی (SPSS) انجام یافت.

طرح پژوهش در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تهران بررسی و تأیید گردید. رضایت آگاهانه پس از مطلع نمودن شرکت‌کنندگان از اهداف و روش مطالعه اخذ شد و به آن‌ها در خصوص اختیارشان در مشارکت یا اجتناب از ادامه شرکت در تحقیق اطمینان داده شد. بی‌نامی پرسشنامه‌ها و رازداری رعایت گردید و یافته‌های مطالعه به اختصار در وبگاه معاونت محترم پژوهشی دانشگاه جهت دسترسی شرکت‌کنندگان و سایر علاقمندان به نتایج قرار گرفت.

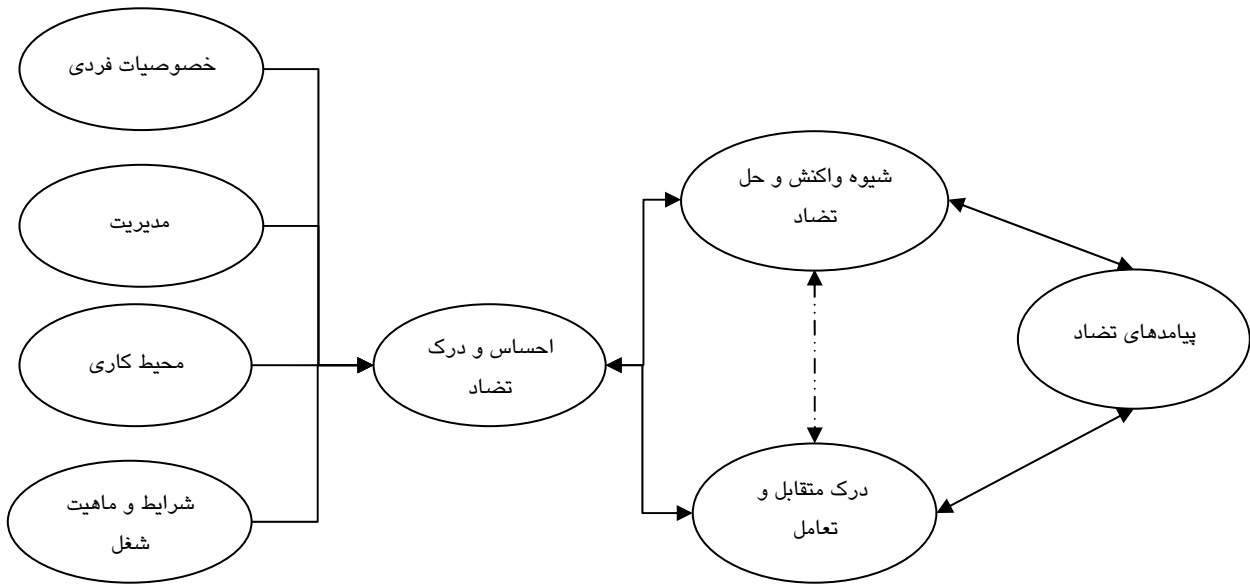
یافته‌ها

دامنه سنی افراد بین ۲۲-۵۳ سال ($24/5 \pm 8/2$) بود. اکثر افراد مورد پژوهش زن ($88/6\%$)، متأهل ($57/6\%$) و در سمت پرستار ($84/8\%$) بودند. نوبت کاری $51/7\%$ آنان در گردش بود و تنها $12/4\%$ آنان شغل دوم داشتند (جدول شماره ۱).

معنای تضاد برای بیشتر پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه «ناهماهنگی» و در مرتبه بعدی «عدم درک و تفاهم» و برای کم‌ترین آنان به معنای «خشونت» بوده است. سایر معانی تضاد در جدول شماره ۲ آمده است.

بر اساس یافته‌ها واکنش $41/4\%$ نمونه‌های پژوهش در هنگام مواجهه با تضاد مذاکره است؛ عصبانی شدن با $23/4\%$ ، کناره‌گیری با $16/6\%$ ، گذشت کردن با $11/7\%$ ، نادیده گرفتن با $6/2\%$ و قبولاندن ایده‌های خود

شکل ۱ - الگوی کنترل تضاد



جدول ۱ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای جمعیت‌شناختی و شغلی پرستاران مورد مطالعه شاغل در دانشگاه‌های

علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۸

درصد	تعداد	متغیر	
۱۵/۵	۴۵	<۲۵	سن
۲۴/۱	۷۰	۲۶-۳۰	
۱۷/۲	۵۰	۳۱-۳۵	
۱۳/۸	۴۰	۳۶-۴۰	
۲۵/۲	۷۳	۴۰+	
۴/۱	۱۲	missing	
۱۰۰	۲۹۰	جمع	جنسیت
۱۱/۴	۳۳	مرد	
۸۸/۶	۲۵۷	زن	
۱۰۰	۲۹۰	جمع	سمت
۸۴/۸	۲۴۶	پرستار	
۱۲/۱	۳۵	سرپرستار	
۲/۴	۷	سوپروایزر	
۰/۷	۲	مترون	
۱۰۰	۲۹۰	جمع	وضعیت تأهل
۳۹/۳	۱۱۴	مجرد	
۵۷/۶	۱۶۷	متأهل	
۲/۸	۸	جدا شده	
۰/۳	۱	missing	
۱۰۰	۲۹۰	جمع	

جدول ۲ - معنای تضاد از دیدگاه پرستاران مورد مطالعه شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۸

معنا	فراوانی	تعداد	درصد
ناهماهنگی		۱۷۴	۶۰
عدم درک و تفاهم		۱۲۷	۴۳/۸
اختلاف		۱۱۹	۴۱
تبعیض		۴۳	۱۴/۹
فشار روانی		۲۷	۹/۳
درگیری		۱۶	۵/۵
مسایل و مشکلات دشوار		۱۵	۵/۲
خشونت		۱۰	۳/۴

جدول ۳ - ارتباط اجزای مختلف الگو با یکدیگر بر اساس پاسخ‌های پرستاران مورد مطالعه شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۱۳۸۸

متغیرها	ضریب همبستگی	p	
تعامل	مدیریت	۰/۱۷۱	۰/۰۰۷
	محیط و ساختار بیمارستان	۰/۱۹۸	۰/۰۰۲
	شرایط و ماهیت شغل	۰/۵۰۱	<۰/۰۰۱
	شخصیت و خصوصیات فردی	۰/۲۶۲	<۰/۰۰۱
	نحوه احساس تضاد و واکنش به آن	۰/۰۶۵	۰/۲۹
مدیریت	پیامد	۰/۲۸۷	<۰/۰۰۱
	محیط و ساختار بیمارستان	۰/۳۹۷	<۰/۰۰۱
	شرایط و ماهیت شغل	۰/۴۴۳	<۰/۰۰۱
	شخصیت و خصوصیات فردی	۰/۰۹۶	۰/۱۳۷
	نحوه احساس تضاد و واکنش به آن	۰/۲۶۲	<۰/۰۰۱
محیط و ساختار بیمارستان	پیامد	۰/۳۲۵	<۰/۰۰۱
	شرایط و ماهیت شغل	۰/۵۶۱	<۰/۰۰۱
	شخصیت و خصوصیات فردی	۰/۱۷۴	۰/۰۰۶
	نحوه احساس تضاد و واکنش به آن	۰/۱۱۳	۰/۰۷۴
شرایط و ماهیت شغل	پیامد	۰/۲۵۴	<۰/۰۰۱
	شخصیت و خصوصیات فردی	۰/۲۶۸	<۰/۰۰۱
	نحوه احساس تضاد و واکنش به آن	۰/۱۰۷	۰/۰۸۵
شخصیت و خصوصیات فردی	پیامد	۰/۴۶۸	<۰/۰۰۱
	نحوه احساس تضاد و واکنش به آن	۰/۱۸۶	۰/۰۰۲
	پیامد	۰/۳۴۰	<۰/۰۰۱
نحوه احساس تضاد و واکنش به آن	پیامد	۰/۲۷۲	<۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

داشت؛ در حالی که برای کم‌ترین آنان تضاد به معنای «خشونت» و «مسایل و مشکلات» دشوار بوده است. تعریف جهانی پذیرفته شده‌ای برای

از منظر اکثر پرستاران تضاد معنای «ناهماهنگی»، «عدم درک و تفاهم» و «اختلاف»

(accommodation)، مصالحه یا توافق (compromise) و همکاری (collaboration) است، اما مطالعات انجام یافته توسط Barker، Washington، Cavanagh، Eason و Brown آشکار نمود که پرستاران در مواجهه با تضاد بیشتر از روش اجتناب استفاده می‌کنند که روش غیر قاطعانه و غیر همکارانه در مدیریت تضاد به حساب آمده و نتیجه آن معمولاً بازنده-بازنده است. سازش و توافق دو روشی است که در مرتبه‌های بعدی مورد استفاده پرستاران است (۹ و ۱۰).

در خصوص ارتباط متغیرهای الگو نیز یافته‌ها مؤید و هم راستا با یافته‌های مطالعه کیفی دهقان‌نیری و نگارنده است، به طوری که تعامل به عنوان متغیر مرکزی الگوی کنترل تضاد در این مطالعه نیز با پنج متغیر اصلی دیگر ارتباط معنادار داشت (۱۱). بیشترین همبستگی این عامل با شرایط و ماهیت شغل و در مرتبه‌های بعد با پیامدهای تضاد و خصوصیات فردی است. Thomas معتقد است تضاد فرایندی است که وقتی یکی از طرفین به این درک می‌رسد که طرف مقابل «خصوصاً در موارد مهم» به طور منفی تأثیر گذاشته یا نزدیک است چنین تأثیری را بگذارد، شروع می‌شود (۱۲). از این رو درک و تفاهم متقابل در سازمان پرستاری می‌تواند به طور قابل ملاحظه‌ای از میزان بروز تضاد بکاهد و یا در حل آن مؤثر باشد.

مدیریت نیز با چهار متغیر ارتباط معنادار دارد. قوی‌ترین ارتباط این عامل با شرایط و ماهیت شغلی است و سپس با محیط و ساختار بیمارستان و پیامد تضاد بیشترین همبستگی را

تضاد وجود ندارد و نویسندگان مختلف حسب آن که نگاه شان به این مفهوم چیست، تعاریف مختلفی ارائه نموده‌اند (۶). برخی تضاد را مترادف با برخورد، نزاع، جدال، کشمکش و تنازع دانسته‌اند (۳ و ۵). تضاد می‌تواند کارکردی یا مخل کارکرد باشد این تفاوت به این وابسته است که فرد آن را چگونه درک نموده و چگونه آن را مدیریت و حل می‌کند (۶). Marguis و Huston تضاد را به صورت «ناسازگاری درونی که از اختلاف افکار، ارزش‌ها یا احساسات بین دو نفر یا بیشتر ناشی می‌شود» تعریف نموده‌اند. Fisher تضاد مخرب را بدین شکل تعریف می‌نماید که «موقعیت اجتماعی است که دو یا بیش از دو طرف در اهداف یا ارزش‌ها ناسازگارند و هر یک تلاش می‌کنند که بر طرف دیگر مستولی شده و او را کنترل نمایند و همچنین احساسات خصومت‌آمیز به هم‌دیگر دارند». اعتقاد بر این است که هر زمان اختلافات مهم بین گروه‌ها به وجود آید احتمال بروز تضاد بین گروهی مخرب مطرح می‌شود (۸).

در مورد نحوه واکنش در مواجهه با موقعیت‌های تضادآور، بیشترین درصد پرستاران مورد پژوهش (۴۱/۴٪) مذاکره را به عنوان اولویت اول ذکر کرده‌اند و در رده بعدی اولویت اول پرستاران عصبانی شدن بوده است. این در حالی است که تعداد بسیار اندکی قبولاندن ایده‌های خود به طرف مقابل را هنگام تضاد به عنوان اولویت اول انتخاب نموده‌اند. هر چند پنج روش عمومی برای حل تضاد در متون ذکر شده است که شامل رقابت (competition)، اجتناب (avoidance)، سازش

دارد. Hendl و همکاران می‌نویسند نقش رهبری گروه در کنترل تضاد بسیار مهم است. رهبر بر افراد و گروه‌ها تأثیر گذاشته و آن‌ها را هدایت می‌کند و لازم است خصوصیات و مهارت‌هایی را برای حل تضاد داشته باشد. رهبر تسهیلگر، این استعداد را دارد و کمک می‌کند تا گروه‌های دارای رقابت و خصومت با همدیگر جهت تحقق اهداف مشترکشان کار کنند. او همچنین زدون تنش‌ها، پیشگیری از سوء تفاهات و کج فهمی‌ها و نحوه برخورد با رفتار خصمانه و نفاق افکنانه را تشویق و حمایت می‌کند (۸).

بر اساس یافته‌های این مطالعه شرایط و ماهیت شغل نیز با شخصیت و خصوصیات فردی ارتباط مستقیم داشته است. همچنین شخصیت و خصوصیات فردی با پیامدهای تضاد ارتباط مستقیم دارند.

Swansburg شش حوزه «رفتار تدافعی»، «استرس»، «فضا»، «قدرت پزشک»، «جنسیت» و «اعتقادات، ارزش‌ها و اهداف» را مسبب ایجاد تضاد در پرستاران می‌داند (۴). عوامل تنش‌زا شامل دارا بودن مسؤلیت بسیار کم، فقدان مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها، فقدان حمایت مدیریتی اجبار به رعایت استانداردهای بالای عملکردی و مواجهه با تغییرات سریع فن‌آوری است. همچنین از نظر Van de Vliert تضاد در سازمان‌ها با ویژگی‌های سازمانی نظیر اهداف، ارزش‌ها، هنجارها و جنبه‌های ساختاری سازمان از قبیل عدم تمرکز، ناهمگونی و ابهام وظایف مرتبط است (۸).

از نظر اکثر پرستاران مورد مطالعه، تضاد دارای پیامدهای مختلف فردی و کاری است. هم

راستا با نتایج این تحقیق پژوهشگران نیز دریافتند چنانچه تضاد به خوبی اداره نشود به تضاد عاطفی می‌انجامد که مانع تلاش‌های همکارانه می‌گردد. به نظر Cary و Gardner تضاد کنترل نشده همچنین به استرس، ترس، اضطراب و گسیختگی روابط حرفه‌ای منجر می‌شود و این وضعیت‌ها به نوبه خود به افزایش احتمال تضاد، کاهش بهره‌وری ناشی از خطاها، بیماری و صدمه می‌انجامد و هزینه زیادی را برای فرد و سازمان در بردارد (۱۳). پیامد تضاد عدم کارایی، بی‌کفایتی، عدم اثربخشی و مخاطره‌های حرفه‌ای برای پرستاران خواهد بود (۳). تضاد مانعی مهم برای مراقبت بهینه از بیمار، همکاری اثربخش و دستیابی به اهداف است (۱۴). محققان نشان داده‌اند که رفتارهای غیر حرفه‌ای (۱۵)، تعهد کم به سازمان (۱۶)، فشار روانی (۱۷)، خستگی عاطفی (۱۸ و ۱۹)، بدرفتاری با بیمار (۱۹)، استرس، ترک خدمت (۲۰) و کاهش رفتارهای نوع‌دوستانه (۲۱) همگی از آثار تضاد هستند.

از یافته‌های این تحقیق و بحثی که گذشت می‌توان نتیجه گرفت که ارتباطات و تعامل ناکافی و مخدوش مهم‌ترین عامل در بروز و کنترل تضاد است که پرستاران و مدیران آن‌ها با درک این مطلب، باید در صدد بهبود مجاری ارتباطی افراد در سازمان و آموزش کارکنان جهت برقراری ارتباط مؤثر با یکدیگر باشند. این امر به درک متقابل کارکنان کمک نموده و از سوء برداشت‌ها و کج فهمی‌ها که زمینه ساز بروز تضاد است می‌کاهد. همچنین با شناخت سایر عوامل و متغیرهای مؤثر بر بروز و کنترل تضاد، آن‌ها می‌توانند ضمن تعدیل شرایطی که

منجر به بروز تضاد می‌شود از روش‌های مؤثرتری برای حل تضاد بهره بگیرند.

۲۰۶۶ می‌باشد. بدین‌وسیله از حمایت‌ها و همکاری‌های ارزنده معاونت پژوهشی دانشگاه تقدیر و تشکر به عمل می‌آید. همچنین از کلیه پرستارانی که با پاسخ دقیق به سؤالات پرسشنامه انجام این مطالعه را ممکن نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران به شماره قرارداد

منابع

- 1 - Johnson M. Conflict and nursing professionalization. In: McCloskey J, Grace H, eds. Current Issues in Nursing. 4th ed. St Louis: Mosby; 1994. P. 643-649.
- 2 - Xu Y, Davidhizar R. Conflict management styles of Asian and Asian American nurses: implications for the nurse manager. *Health Care Manag (Frederick)*. 2004 Jan-Mar; 23(1): 46-53.
- 3 - Huber D. Leadership and nursing care management. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2000. P. 179,198,
- 4 - Swansburg RC, Swansburg RJ. Introductory management and leadership for nurses. 2nd ed. Boston: Jones and Bartlett Publisher; 2000. P. 591-595
- 5 - Tomey AM. Guide to nursing management and leadership. 6th ed. St. Louis: Mosby Co; 2000.
- 6 - Vivar CG. Putting conflict management into practice: a nursing case study. *J Nurs Manag*. 2006 Apr; 14(3): 201-6.
- 7 - Dehgan Nayeri N, Negarandeh R. [Conflict among Iranian Hospital Nurses: Presenting and Testing Conceptual Model, Research Project Reports], Tehran University of Medical Sciences, 2007. (Persian)
- 8 - 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 Mar; 13(2): 137-46.
- 9 - Valentine PE. A gender perspective on conflict management strategies of nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2001; 33(1): 69-74.
- 10 - 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 Mar; 2(1): 9-16.
- 11 - Dehghan Nayeri N, Negarandeh R. Conflict among Iranian hospital nurses: a qualitative study. *Hum Resour Health*. 2009 Mar 20; 7: 25.
- 12 - Keenan GM, Cooke R, Hillis SL. Norms and nurse management of conflicts: keys to understanding nurse-physician collaboration. *Res Nurs Health*. 1998 Feb; 21(1): 59-72.
- 13 - Gardner DB, Cary A. Collaboration, Conflict, and Power: Lessons for Case Managers. *Family & Community Health*. 1999 Oct; 22(3): 64-77.
- 14 - Prescott PA, Bowen SA. Physician-nurse relationships. *Ann Intern Med*. 1985 Jul; 103(1): 127-33.
- 15 - Pranulis MF, Renwanz-Boyle A, Kontas AS, Hodson WL. Identifying nurses vulnerable to role conflict. *Int Nurs Rev*. 1995 Mar-Apr; 42(2): 45-50.
- 16 - Kroposki M, Murdaugh CL, Tavakoli AS, Parsons M. Role clarity, organizational commitment, and job satisfaction during hospital reengineering. *Nursingconnections*. 1999 Spring; 12(1): 27-34.
- 17 - O'Driscoll MP, Beehr TA. Moderating effects of perceived control and need for clarity on the relationship between role stressors and employee affective reactions. *J Soc Psychol*. 2000 Apr; 140(2): 151-9.
- 18 - Elloy DF, Terpening W, Kohls J. A causal model of burnout among self-managed work team members. *J Psychol*. 2001 May; 135(3): 321-34.
- 19 - Peiro JM, Gonzalez-Roma V, Tordera N, Manas MA. Does role stress predict burnout over time among health care professionals? *Psychol Health*. 2001; 16(5): 511-525.
- 20 - Kjormo O, Halvari H. Relation of burnout with lack of time for being with significant others, role conflict, cohesion, and self-confidence among Norwegian Olympic athletes. *Percept Mot Skills*. 2002 Jun; 94(3 Pt 1): 795-804.
- 21 - Jex SM, Adams GA, Bachrach DG, Sorenson S. The impact of situational constraints, role stressors, and commitment on employee altruism. *J Occup Health Psychol*. 2003 Jul; 8(3): 171-80.

Conflict Management among Clinical Nurses

Dehghan nayeri* N (Ph.D) - Negarandeh** R (Ph.D) - Bahrani*** N (MSc.) - Sadoghi Asl**** A (MSc.).

Abstract

Received: Oct. 2009
Accepted: Apr. 2010

Background & Objective: Conflict occurs more frequently in health care organizations than the other settings due to complexity, frequent interaction between personnel, variations in specialties, roles, and hierarchy. Although conflict is not harmful and destructive in its nature; and some degrees of conflict can help to improve health care services, high levels of conflict or its continuity may be harmful. Therefore, it is necessary to manage and control conflict. This study was carried out to assess the relationship between components of the conflict control model.

Methods & Materials: In this cross-sectional study, we developed a questionnaire that probed the relationships between components of conflict control model. A total of 290 nurses were recruited to the study using multi-stage sampling procedure from general educational hospitals in Tehran. Data were gathered using a questionnaire. Content validity of the questionnaire was examined by the expert panel. The internal consistency of the questionnaire was 0.81. Data were analyzed in the SPSS using descriptive statistics and spearman statistical test.

Results: The range of age was 22-53 (34.5 ± 8.2). The majority of the respondents (88.6%) were female, 57.6% were married; and 84.8% were staff nurses. From the majority of nurses' perspective, the meaning of conflict was discoordination, disagreement and disparity. However, some of the nurses meant it as violence, and difficult issues. About 41.4% of the respondents used negotiation, when they faced up to conflict. Other strategies were aggression, disagreement, avoidance, forgiveness, ignorance, and imposing own ideas to the others. From the respondents' point of view, factors that might cause or control the conflict were "mutual understanding and interaction" (32.4%), personality of nurses and their individual characteristics (26.6%), and conditions of the job (21.7%). Interaction was recognized to be the core strategy in conflict control model. Interaction had also significant associations with the five main variables in this study.

Conclusion: Lack of appropriate and efficient communication was an important factor in occurrence of conflict from the nurses' point of view. It is essential to improve nurses' and managers' communication channels by helping personnel to use effective communication skills. This measurement can be helpful for staff in understanding each other and reducing misconceptions. In addition, recognizing additional factors and variables that increases the occurrence of conflict can help to modify effective approaches.

Corresponding author:
Negarandeh R
e-mail:
megarandeh@tums.ac.ir

Key words: conflict, conflict control, clinical nurses, Iran

* Associate Professor, Dept. of Nursing Management, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

** Associate Professor, Dept. of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*** Instructor, Dept. of Mathematics and Statistics, School of Basic Sciences, Shahid Sattari University, Tehran, Iran

**** Instructor, Dept. of Nursing Management, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran