

بررسی سبک مدیریت تعارض مدیران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران

علی محمد مصدق‌راد^۱، محمد عرب^۲، آرزو موج بافان^{۳*}

• دریافت مقاله: ۹۴/۱۱/۲۱ • دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۵/۳/۵ • پذیرش مقاله: ۹۵/۳/۱۱



چکیده

مقدمه: تعارض زیاد در بیمارستان‌ها علاوه بر کاهش رضایت و بهره‌وری کارکنان و افزایش هزینه‌های بیمارستان بر فرآیند درمان بیماران نیز تأثیر منفی دارد. بنابراین، کسب دانش و مهارت‌های لازم مدیریت تعارض برای مدیران بیمارستان‌ها ضروری است. این پژوهش با هدف بررسی سبک مدیریت تعارض مدیران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۴ انجام شد. نمونه پژوهش ۵۶۳ نفر از مدیران ارشد، میانی و عملیاتی کلیه بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند. اطلاعات لازم از طریق پرسشنامه خود ساخته بر اساس مدل توماس و کیلمان با روایی و پایایی بالا جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ در دو سطح آمار توصیفی نظیر محاسبه فراوانی، میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی نظیر تست‌های آماری اسپیرمن، رگرسیون و آنالیز واریانس انجام شد.

یافته‌ها: سبک همکاری به عنوان سبک غالب مدیریت تعارض توسط مدیران بیمارستان‌ها استفاده می‌شد. بعد از آن از سبک‌های مصالحه و سازش بیشتر استفاده شدند. بین سبک همکاری در مدیریت تعارض و سطوح مدیریت ($P=0/038$)، سن ($P=0/016$)، سابقه کاری ($P=0/019$)، سابقه مدیریت ($P=0/021$) و گذراندن دوره‌های آموزشی مدیریت تعارض ($P=0/001$) رابطه آماری معنادار یافت شد. **بحث و نتیجه‌گیری:** ماهیت سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایجاب می‌کند که مدیران بیشتر از سبک‌های همکاری، مصالحه و سازش در تعامل با ذی‌نفعان مختلف استفاده کنند. برگزاری دوره‌های آموزشی مناسب در زمینه مدیریت تعارض نقش به‌سزایی در کاهش اثرات مخرب تعارض در بیمارستان‌ها دارد.

واژگان کلیدی: مدیریت تعارض، مدیران ارشد، مدیران میانی، مدیران عملیاتی، بیمارستان‌های آموزشی

ارجاع: مصدق راد علی محمد، عرب محمد، موج بافان آرزو. بررسی سبک مدیریت تعارض مدیران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۵؛ ۲(۱): ۱۳-۱.

۱. استادیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲. استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳. کارشناس ارشد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

* نویسنده مسؤول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت.

Email: arezoomjbfan@yahoo.com

تلفن: ۰۲۱ - ۴۲۹۳۳۰۰۶

مقدمه

تعارض، تفاوت و ناسازگاری بین دیدگاه‌ها، نظرات و رفتارهای افراد یا گروه‌ها است (۱). تعارض نوعی تلاش آگاهانه افراد یا گروه‌ها برای ممانعت از دستیابی اهداف سایر افراد و گروه‌ها به منظور دستیابی به اهداف خود می‌باشد (۲). تعارض به سبب این که جزئی از ارتباطات بین افراد محسوب می‌گردد، غیر قابل اجتناب است. با برقراری ارتباط بین اشخاص و به وجود آمدن اختلاف در منافع آن‌ها تعارض به وجود می‌آید. بنابراین، در هر سازمانی تعارض وجود دارد. در سازمان‌های بهداشتی و درمانی به خاطر استرس بالای ناشی از ماهیت کار، کمبود منابع، تقاضا و انتظارات زیاد بیماران تعارض زیادی مشاهده می‌شود (۲).

عوامل فردی و سازمانی منجر به ایجاد تعارض در سازمان می‌شوند. عوامل فردی تعارض به خاطر تفاوت در شخصیت، ارزش‌ها، نگرش‌ها، سلیقه، اطلاعات، توانایی‌ها، مهارت‌ها و احساسات افراد به وجود می‌آیند. عوامل سازمانی تعارض به خاطر محدودیت منابع، اشتراک منابع، ابهام در نقش‌ها و وظایف، تفاوت در اهداف، رهبری و ارتباطات ضعیف، فرهنگ سازمانی و ضوابط و مقررات سازمان به وجود می‌آیند. در سازمان‌های بهداشتی و درمانی علاوه بر عوامل فردی و سازمانی ایجاد کننده تعارض، به خاطر ماهیت این سازمان‌ها و ویژگی‌های خدمات آن‌ها عوامل دیگری نیز موجب به وجود آمدن تعارض می‌شوند. پیچیدگی و ساختار سلسله مراتبی 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 (۲،۳).

تعارض منفی، غیرسازنده و مخرب با توجه به انحراف تلاش‌های سازمانی از اهداف سازمانی، منجر به کاهش بهره‌وری سازمان می‌شود. تعارض منفی بر کیفیت زندگی کارکنان اثر منفی می‌گذارد و منجر به ایجاد تنش بین کارکنان می‌شود. تعارض مخرب مانع دستیابی به اهداف سازمانی می‌شود و تضعیف روحیه کار گروهی در سازمان، افزایش خستگی و بی‌تفاوتی کارکنان و تأخیر، غیبت و جابه‌جایی آن‌ها، کاهش رضایت شغلی کارکنان و کاهش کارایی سازمان را به همراه دارد (۴،۵). حدود ۶۵ درصد مشکلات عملکردی در سازمان‌ها به خاطر روابط نامطلوب کارکنان به وجود می‌آید (۶). تعارض، منجر به ۵۰ درصد ترک غیرداوطلبانه سازمان توسط کارکنان می‌شود (۷).

تعارض همیشه منجر به کاهش بهره‌وری سازمان نمی‌شود بلکه حفظ مقدراری از تعارض، بهره‌وری سازمان را افزایش هم می‌دهد. تعارض مثبت یا سازنده در راستای اهداف سازمان بوده، محرکی برای تغییرات مثبت در سازمان است و منجر به بهبود روحیه کار گروهی، افزایش انگیزش، تعهد و رضایت کارکنان، تقویت خلاقیت و نوآوری در افراد، حل خلاقانه مسائل سازمانی، بهبود تصمیم‌گیری‌ها و کار با کیفیت بالا می‌شود (۸،۹). تعارض شرط لازم و ضروری هر تغییر است. بنابراین، میزانی از تعارض همیشه مطلوب است. مدیران باید تعارض سازنده را تشویق و حمایت کنند. با تشویق تعارض سازنده، تغییرات لازم در سازمان به وجود می‌آید (۲).

در مورد تعارض سه نظریه سنتی، روابط انسانی و تعامل وجود دارد. در نظریه سنتی اعتقاد بر این است که سازمان یک مجموعه هماهنگ و منسجم برای

دستیابی به یک هدف مشترک است. بنابراین، تعارض بد، ناخوشایند و زیان‌آور است و اثر منفی روی سازمان دارد. لذا، مدیر سازمان وظیفه دارد سازمان را از شر تعارض برهاند. بر اساس تئوری روابط انسانی، تعارض یک پدیده طبیعی، غیرقابل اجتناب بوده و نمی‌توان آن را در سازمان حذف کرد. در مواردی هم تعارض به نفع سازمان است و عملکرد آن را بهبود می‌بخشد. بنابراین، این نظریه با موجودیت تعارض در سازمان موافق است. در نظریه تعامل، اعتقاد بر این است که یک گروه هماهنگ و آرام مستعد این است که تنبلی و سستی پیشه کند و در برابر تغییر و نوآوری واکنشی از خود نشان ندهد. بر اساس این نظریه، مدیران باید برای توسعه سازمان و افزایش بهره‌وری کارکنان یک مقدار تعارض در سازمان ایجاد کنند تا کارکنان را به تلاش بیشتر تشویق کنند (۱۰).

در سازمان‌های بهداشتی و درمانی پیچیده و چند تخصصی، همکاری کارکنان بخش‌های مختلف، نقش به‌سزایی در موفقیت سازمانی دارد. سازمان‌های بهداشتی و درمانی به ویژه بیمارستان‌ها همواره مستعد بروز تعارض هستند. تعارض منفی در این سازمان‌ها در نهایت بر روی بیماران تأثیر منفی خواهد گذاشت. تعارض بین کارکنان، میزان خطاهای پزشکی را افزایش می‌دهد که در نهایت منجر به افزایش میزان ابتلاء و مرگ و میر بیماران خواهد شد (۱۱).

اختلاف بین افراد، جزئی از زندگی است. این اختلافات به خاطر عوامل مختلفی نظیر تفاوت در سبک زندگی، اعتقادات، نگرش‌ها، ارزش‌ها، انگیزه‌ها و روش‌های انجام کار روی می‌دهد. مدیران به طور متوسط ۳۰ درصد وقت خود را صرف حل تعارض در محیط کاری می‌کنند (۱۲). بنابراین، آن‌ها باید تعارض را در سازمان مدیریت کنند. مهارت‌های

مدیریت تعارض به ایجاد جو اعتماد بین مدیران و کارکنان در سازمان کمک می‌کند. کارکنان به راحتی می‌توانند نظرات خود را بیان کنند. در نتیجه، در صورت به وجود آمدن تعارض، اقدامات اصلاحی به موقع به کار گرفته خواهد شد و اثرات نامطلوب تعارض کاهش می‌یابد (۲).

رفتارهایی که مدیران برای حل تعارض در سازمان به کار می‌گیرند، سبک تعارض آن‌ها تلقی می‌شود. برخی از مدیران مهارت و تجربه لازم را در مدیریت تعارض ندارند و با انتخاب سبک نامناسب، موجب تشدید تعارض و ایجاد بحران در سازمان می‌شوند. بنابراین، مدیران باید نسبت به سبک غالب مدیریت تعارض خود مطلع باشند. آگاهی از ویژگی‌های سبک‌های مختلف مدیریت تعارض به مدیران کمک می‌کند تا در برخورد با تعارض از سبک مناسب مدیریت تعارض استفاده کنند تا دو طرف تعارض حداکثر منفعت و حداقل آسیب را ببیند (۲).

پژوهشگران متعددی در ایران با استفاده از مدل‌های مختلف مدیریت تعارض به شناسایی سبک‌های مدیریت تعارض مدیران بیمارستان‌ها پرداختند. به عنوان مثال، فقی سلوک و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی سبک مدیریت تعارض ۳۰ نفر از مدیران ارشد (رؤسا، مدیران و مترونها) بیمارستان‌های شهر ارومیه با استفاده از پرسشنامه استفن رابینز پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد که به ترتیب ۳۶/۷٪، ۳۳/۳٪ و ۳۰٪ مدیران از استراتژی‌های راه حل‌گرایی (همکاری و مصالحه)، کنترلی (رقابتی) و عدم مقابله (سازش و اجتناب) استفاده کردند (۱۳). زرنوشه فراهانی و همکاران راهبردهای مدیریت تعارض ۴۸ نفر از مدیران سطوح عالی و میانی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله را مورد بررسی قرار دادند. نتایج



نمودار ۱: روش‌های مدیریت تعارض

رقابت (تحکم) یک حالت خود خواهی و غیر همکاری بر مبنای سیاست برنده - بازنده در مدیریت تعارض است. یک فرد رقابتی سعی در تأمین اهداف خود دارد و نیازها و انتظارات طرف مقابل را نادیده می‌گیرد. او می‌خواهد همیشه برنده و دیگران بازنده باشند. سازش (راضی‌سازی) شامل رفتار همکاری و لیکن عدم توجه به منافع خود است. برای یک فرد سازشی اشکالی ندارد که بازنده شود و دیگران برنده شوند. هدف این رویکرد برآورده‌سازی نیازها و انتظارات طرف مقابل است. رفتار همکاری (مشارکتی) بر مبنای سیاست برنده - برنده در مدیریت تعارض است. مدیری که سبک همکاری دارد، سعی می‌کند راهکاری را پیدا کند که منافع همه افراد درگیر موضوع مورد نظر را تأمین کند. مصالحه (توافق) حد وسط گرفتن است و مدیر هر دو رفتار توجه به منافع خود و دیگران را در نظر می‌گیرد. فرد تمایل به مذاکره دارد و قبول می‌کند بعضی اوقات برنده و بعضی اوقات بازنده باشد. اجتناب (دوری) شامل رفتارهای غیر همکاری است که در مقابل رفتار همکاری قرار دارد. از مزایای این سبک می‌توان به کاهش استرس، صرفه‌جویی در زمان و در امان بودن از خطرات تعارض اشاره کرد (۱۵).

نشان داد که ۵۰٪ مدیران از راهبرد راه‌حل‌جویی، ۴۵/۸٪ مدیران از راهبرد اعمال کنترل و ۴/۲٪ مدیران از راهبرد عدم مقابله استفاده کردند (۱۴).

آموزش‌های مدیریت تعارض باید برای کلیه مدیران ارائه شود تا با اصلاح سبک مدیریت تعارض خود تعارض را در سازمان در حد سازنده نگه دارند. از این رو این پژوهش با هدف بررسی سبک مدیریت تعارض مدیران سطوح مختلف بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۴ انجام شد. جامعه پژوهش از مدیران سطوح ارشد، میانی و عملیاتی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران (۵ بیمارستان عمومی و ۱۱ بیمارستان تک‌تخصصی) که در مجموع ۷۶۳ نفر بودند، تشکیل شده بود. از روش سرشماری در این پژوهش استفاده شد و در نهایت ۵۶۳ پرسشنامه به پژوهشگر بازگردانده شد (میزان پاسخگویی ۷۴٪). مدیران ارشد دو بیمارستان تخصصی اجازه همکاری در پژوهش را ندادند و در مطالعه شرکت نکردند.

برای سنجش سبک مدیریت تعارض از مدل توماس و کیلمان استفاده شد. توماس و کیلمان با در نظر گرفتن دو بُعد تأمین رضایت خود و تأمین رضایت دیگران، پنج روش برای مدیریت تعارض در سازمان پیشنهاد کردند. این روش‌ها عبارت بودند از: رقابت، اجتناب، مصالحه، سازش و همکاری (نمودار ۱).

۱۹) برابر با ۰/۹۷۲ و سبک مصالحه (سؤالات ۳۰-۲۵) برابر با ۰/۹۹۵ بود.

به کلیه مدیران و مسئولین بخش‌ها و واحدهای درمانی، اداری، پشتیبانی و تشخیصی بیمارستان‌ها پرسشنامه داده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ انجام شد. آماره‌های توصیفی نظیر میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد به دست آمد و تست‌های آماری تحلیلی نظیر رگرسیون، اسپیرمن و آنالیز واریانس انجام شد.

یافته‌ها

میانگین سنی، سابقه کاری و سابقه مدیریت مدیران مورد بررسی به ترتیب ۴۱، ۱۷ و ۸ سال بود. بیشتر افراد شرکت‌کننده در پژوهش، مدیران زن، متأهل، دارای تحصیلات کارشناسی، در استخدام رسمی قطعی، در گروه سنی ۴۰-۳۱ سال، با سابقه کاری ۲۰-۱۶ سال، با سابقه مدیریت کمتر از ۵ سال، در واحدهای درمانی و با تعداد کارکنان تحت سرپرستی ۵۰-۱۰ نفر بودند (جدول ۱). تنها ۷٪ مدیران دوره آموزشی مدیریت تعارض را گذرانده بودند. به ترتیب ۱۵/۳، ۵۷ و ۲۷/۷ درصد مدیران دیدگاه سستی، انسانی و تعاملی در مورد تعارض داشتند.

پژوهش حاضر نشان داد که سبک غالب مدیران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران، سبک همکاری بود. بعد از آن به ترتیب سبک‌های مصالحه، سازش، اجتناب و رقابت قرار داشتند (جدول ۱).

برای هر سبک مدیریت تعارض با استفاده از مرور متون علمی (۱۸-۱۶) و دریافت نظرات و راهنمایی‌های خبرگان بخش بهداشت و درمان تعدادی سؤال طراحی شد. سؤالات پرسشنامه در 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 مدیر است.

پرسشنامه از دو بخش تشکیل شده بود. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان نظیر جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، نوع استخدام، سابقه کار و سابقه مدیریت و بخش دوم شامل سؤالات تعیین سبک مدیریت تعارض بود (۳۰ سؤال ۵ گزینه‌ای). پرسشنامه مذکور قبل از توزیع در بین مدیران مورد نظر از نظر روایی و پایایی مورد بررسی قرار گرفت. روایی محتوایی و صوری پرسشنامه توسط اساتید و صاحب‌نظران مدیریت بهداشت و درمان تأیید شد. پایایی پرسشنامه با روش آزمون-باز آزمون در فاصله زمانی دو هفته در یک نمونه ۵۰ نفری تأیید شد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه مدیریت تعارض ۰/۹۹۴ درصد بود. ضریب آلفای کرونباخ برای سبک همکاری مدیریت تعارض (سؤالات ۶-۱) برابر با ۰/۹۷۷، سبک رقابت (سؤالات ۱۲-۷) برابر با ۰/۹۹۷، سبک اجتناب (سؤال ۱۸-۱۳) برابر با ۰/۹۹۱، سبک سازش (سؤالات ۲۴-

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک مدیران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران

متغیرهای دموگرافیک	آماره‌های توصیفی		متغیرهای دموگرافیک	آماره‌های توصیفی	
	تعداد	درصد		تعداد	درصد
جنسیت	زن	۳۷۹	۶۷/۳	مرد	۱۸۴
	مرد	۱۸۴	۳۲/۷	مجرد	۹۶
تاهل	متاهل	۴۶۲	۸۲/۱	مطلقه	۵
	مطلقه	۵	۰/۹	دیپلم	۳۳
وضعیت تحصیلی	فوق دیپلم	۱۲	۲/۱	فوق لیسانس یا پزشک عمومی	۹۶
	لیسانس	۴۰۸	۷۲/۱	دکترای تخصصی	۱۴
	فوق لیسانس یا پزشک عمومی	۹۶	۱۷/۵	کمتر از ۳۰ سال	۴۸
	دکترای تخصصی	۱۴	۲/۵	سال ۳۱-۴۰	۲۱۵
گروه سنی	سال ۳۱-۴۰	۲۱۵	۳۸/۲	سال ۴۱-۵۰	۲۴۸
	سال ۴۱-۵۰	۲۴۸	۴۴	بالای ۵۰ سال	۵۲
	بالای ۵۰ سال	۵۲	۹/۳	کمتر از ۵ سال	۳۶
سابقه کار	کمتر از ۵ سال	۳۶	۶/۴	۵-۱۰ سال	۶۵
	۵-۱۰ سال	۶۵	۱۱/۵	۱۱-۱۵ سال	۱۲۶
	۱۱-۱۵ سال	۱۲۶	۲۲/۴	۱۶-۲۰ سال	۱۶۳
	۱۶-۲۰ سال	۱۶۳	۲۹	۲۱-۲۵ سال	۱۱۶
	۲۱-۲۵ سال	۱۱۶	۲۰/۶	۲۶-۳۰ سال	۵۲
	۲۶-۳۰ سال	۵۲	۹/۲	بالای ۳۰ سال	۵
	بالای ۳۰ سال	۵	۰/۹		

جدول ۲: توزیع فراوانی سبک‌های مدیریت تعارض مدیران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران

سبک مدیریت تعارض	میزان کاربرد		خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	میانگین	انحراف معیار
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)							
سبک همکاری	۲ (۰/۴)	۳۰ (۵/۳)	۱۸۵ (۳۲/۸)	۲۸۲ (۵۰/۱)	۶۴ (۱۱/۴)	۳/۵۷	۰/۶۰		
سبک رقابت	۵۱ (۹/۱)	۱۴۲ (۲۵/۲)	۲۵۱ (۴۴/۶)	۱۰۸ (۱۹/۱)	۱۱ (۲)	۲/۸۲	۰/۷۵		
سبک اجتناب	۱۳ (۲/۳)	۹۵ (۱۶/۹)	۲۹۵ (۵۲/۴)	۱۳۷ (۲۴/۳)	۲۳ (۴/۱)	۳/۰۹	۰/۶۳		
سبک سازش	۱۶ (۲/۸)	۸۱ (۱۴/۴)	۲۹۱ (۵۱/۷)	۱۵۴ (۲۷/۴)	۲۱ (۳/۷)	۳/۱۱	۰/۶۲		
سبک مصالحه	۵ (۰/۹)	۵۷ (۱۰/۱)	۲۹۹ (۵۳/۱)	۱۸۰ (۳۲)	۲۲ (۳/۹)	۳/۲۲	۰/۵۶		

سبک همکاری در مدیران ارشد، سبک مصالحه و عملیاتی بیشتر مورد استفاده قرار گرفت (جدول ۳).

سازش در مدیران میانی و سبک اجتناب در مدیران

جدول ۳: سبک مدیریت تعارض در مدیران سطوح مختلف بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران

سبک مدیریت تعارض	سطح		ارشد		میانی		عملیاتی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سبک همکاری	۴	۰/۴۰	۳/۶۳	۰/۷۰	۳/۵۵	۰/۵۹		
سبک رقابت	۲/۹۶	۰/۶۲	۲/۸۵	۰/۶۹	۲/۸۲	۰/۷۶		
سبک اجتناب	۲/۵۹	۰/۲۶	۳/۰۷	۰/۶۶	۳/۱۱	۰/۶۳		
سبک سازش	۳/۲۰	۰/۶۰	۳/۲۰	۰/۵۶	۳/۰۹	۰/۶۳		
سبک مصالحه	۳/۱۴	۰/۶۱	۳/۲۴	۰/۵۶	۳/۲۲	۰/۵۶		

مراتب بیشتر از مدیران متأهل بود. کاربرد سبک همکاری در مدیران با تحصیلات دکتری تخصصی در سنین بالای ۵۰ سال و سابقه کاری بالای ۳۰ سال بیشتر بود (جدول ۴).

مدیران زن در مقایسه با مدیران مرد در هنگام بروز تعارض بیشتر از سبک اجتناب استفاده می‌کردند. مدیران متأهل از سبک‌های همکاری، اجتناب و مصالحه در هنگام رویارویی با تعارض بیشتر استفاده می‌کردند. استفاده از سبک رقابت در مدیران مجرد به

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

متغیرهای دموگرافیک	سبک‌های مدیریت تعارض		همکاری		رقابت		اجتناب		سازش		مصالحه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
جنسیت												
مرد	۳/۶۱	۰/۶۲	۲/۹۲	۰/۷۰	۳/۰۸	۰/۶۰	۳/۱۱	۰/۶۳	۳/۲۳	۰/۵۸		
زن	۳/۵۵	۰/۵۹	۲/۷۸	۰/۷۶	۳/۱۰	۰/۶۴	۳/۱۱	۰/۶۲	۳/۲۱	۰/۵۵		
تاهل												
مجرد	۳/۵۲	۰/۵۷	۲/۹۲	۰/۶۱	۲/۹۸	۰/۶۷	۳/۰۳	۰/۵۷	۳/۱۶	۰/۵۸		
متأهل	۳/۵۸	۰/۶۱	۲/۸۰	۰/۷۷	۳/۱۲	۰/۶۲	۳/۱۳	۰/۶۳	۳/۲۳	۰/۵۶		
مطلقه	۳/۲۶	۰/۴۳	۳/۰۳	۰/۶۲	۲/۹۶	۰/۵۷	۳/۱۳	۰/۶۳	۲/۹۰	۰/۹۱		
تحصیلات												
دیپلم	۳/۵۱	۰/۵۶	۲/۸۱	۰/۶۴	۳/۲۲	۰/۴۳	۳/۱۶	۰/۵۹	۳/۱۷	۰/۵۶		
فوق دیپلم	۳/۶۸	۰/۳۹	۳/۳۷	۰/۵۸	۳/۶۳	۰/۵۴	۳/۴۴	۰/۸۵	۳/۴۳	۰/۶۰		
لیسانس	۳/۵۶	۰/۶۲	۲/۸۲	۰/۷۷	۳/۱۱	۰/۶۵	۳/۱۰	۰/۶۲	۳/۲۴	۰/۵۵		
فوق لیسانس	۳/۵۴	۰/۵۹	۲/۸۰	۰/۶۸	۲/۹۲	۰/۵۹	۳/۰۶	۰/۶۰	۳/۱۰	۰/۵۱		
دکتری تخصصی	۴	۰/۵۹	۲/۶۴	۰/۷۱	۳/۰۳	۰/۴۳	۳/۲۰	۰/۶۸	۳/۲۶	۰/۸۸		
سن												
کمتر از ۳۰ سال	۳/۵۱	۰/۶۴	۲/۹۱	۰/۷۰	۲/۹۱	۰/۵۹	۳/۰۴	۰/۶۴	۳/۳۰	۰/۵۳		
۳۱-۴۰ سال	۳/۵۳	۰/۵۹	۲/۷۱	۰/۷۷	۳/۱۱	۰/۶۱	۳/۰۶	۰/۶۰	۳/۱۹	۰/۵۶		
۴۱-۵۰ سال	۳/۵۷	۰/۶۰	۲/۸۸	۰/۷۲	۳/۱۲	۰/۶۷	۳/۱۴	۰/۶۲	۳/۲۲	۰/۵۶		
بالای ۵۰ سال	۳/۷۸	۰/۶۳	۲/۹۹	۰/۷۸	۳/۰۸	۰/۵۴	۳/۲۲	۰/۶۸	۳/۲۸	۰/۶۲		
سابقه کاری مدیران												
کمتر از ۵ سال	۳/۵۲	۰/۶۶	۲/۹۱	۰/۷۳	۳	۰/۵۵	۳/۰۹	۰/۵۶	۳/۱۷	۰/۵۰		
۵-۱۰ سال	۳/۵۶	۰/۵۲	۲/۸۲	۰/۶۴	۲/۹۲	۰/۶۲	۳/۰۱	۰/۵۶	۳/۲۶	۰/۵۷		
۱۱-۱۵ سال	۳/۵۰	۰/۶۳	۲/۷۰	۰/۷۹	۳/۱۴	۰/۶۴	۳/۰۵	۰/۶۱	۳/۱۸	۰/۵۵		
۱۶-۲۰ سال	۳/۵۶	۰/۶۳	۲/۸۱	۰/۷۶	۳/۰۸	۰/۶۲	۳/۱۰	۰/۶۳	۳/۲۲	۰/۵۶		
۲۱-۲۵ سال	۳/۵۶	۰/۵۶	۲/۸۷	۰/۷۴	۳/۲۱	۰/۶۷	۳/۲۳	۰/۶۵	۳/۲۱	۰/۵۵		
۲۶-۳۰ سال	۳/۷۷	۰/۵۹	۳/۰۲	۰/۷۶	۳/۰۶	۰/۵۸	۳/۱۴	۰/۶۱	۳/۳۰	۰/۶۲		
بالای ۳۰ سال	۴/۳۶	۰/۴۳	۲/۸۶	۰/۲۴	۲/۸۶	۰/۵۴	۳/۵۳	۰/۸۲	۳/۴۶	۰/۶۸		

کاربرد سبک رقابت بیشتر بود. بین سن مدیران و سبک همکاری ($r = ۰/۱۰۱$ و $P = ۰/۰۱۶$) و سبک سازش ($r = ۰/۰۸۷$ و $P = ۰/۰۳۹$) رابطه آماری معنادار مشاهده شد. به عبارتی، مدیران در سنین بالاتر بیشتر از سبک‌های سازش و همکاری استفاده می‌کردند. بین سابقه کار مدیران با سبک همکاری ($r = ۰/۰۹۹$)، سابقه کار مدیران با سبک سازش ($r = ۰/۰۹۶$ و $P = ۰/۰۱۹$) و سبک سازش ($r = ۰/۰۹۶$ و $P = ۰/۰۲۳$) رابطه معنادار وجود داشت. در مدیران با سابقه بیشتر

براساس جدول ۵، بین سطوح مدیریت با سطح همکاری رابطه منفی آماری معناداری دیده شد به این صورت که در مدیران ارشد بیش از مدیران میانی و اجرایی کاربرد سبک همکاری بیشتر بود. بین جنسیت و سبک رقابت رابطه منفی معنادار دیده شد و بین سطوح مدیریت با سطح همکاری ($r = -۰/۰۹۳$ و $P = -۰/۰۲۷$)، بین سطوح مدیریت با سطح همکاری ($r = -۰/۰۸۷$ و $P = ۰/۰۳۸$) رابطه منفی آماری معناداری دیده شد. به عبارتی در مدیران مرد،

دیده شد. به عبارتی، مدیران با سابقه مدیریت بیشتر از سبک‌های همکاری، رقابت و سازش بیشتر استفاده می‌نمودند.

کاربرد سبک همکاری و سازش بالاتر بود. بین سابقه مدیریت و سبک همکاری ($r=0/098$ و $P=0/021$) و سبک رقابت ($r=0/103$ و $P=0/015$) و سبک سازش ($r=0/108$ و $P=0/011$) رابطه آماری معنادار

جدول 5: بررسی ارتباط بین ویژگی‌های دموگرافیک با سبک مدیریت تعارض مدیران بیمارستان‌ها

ویژگی‌های دموگرافیک	سبک‌های مدیریت تعارض	همکاری	رقابت	اجتناب	سازش	مصلحه
سطوح مدیریت	$-0/038^{\circ}$		$-0/028$	$0/072$	$-0/064$	$-0/005$
جنسیت	$-0/045$		$-0/027^{\circ}$	$0/017$	$-0/018$	$-0/002$
سن	$0/016^{\circ}$		$0/075$	$0/062$	$0/039^{\circ}$	$0/032$
سابقه کار	$0/019^{\circ}$		$0/062$	$0/057$	$0/023^{\circ}$	$0/034$
سابقه مدیریت	$0/021^{\circ}$		$0/015^{\circ}$	$0/070$	$0/011^{\circ}$	$0/035$
نوع استخدام	$-0/014$		$-0/020^{\circ}$	$0/033$	$0/039$	$0/008$
نوع واحد مشغول به خدمت	$0/280$		$0/014^{\circ}$	$0/824$	$0/769$	$0/582$
نوع بیمارستان	$0/022^{\circ}$		$0/070$	$0/032$	$0/009^{\circ}$	$0/050^{\circ}$
دوره آموزشی مدیریت تعارض	$0/001^{\circ}$		$-0/007^{\circ}$	$0/072$	$-0/039$	$-0/058$
دیدگاه نسبت به تعارض	$0/000$		$0/003^{\circ}$	$0/013$	$0/010^{\circ}$	$0/044^{\circ}$

** همبستگی در سطح $0/01$ معنادار است.

* همبستگی در سطح $0/05$ معنادار است.

معنادار وجود داشت. در نهایت، بین دیدگاه مدیران نسبت به تعارض با میزان استفاده آن‌ها از سبک‌های همکاری ($r=0/188$ و $P=0/001$)، رقابت ($r=0/115$) و سازش ($r=0/097$ و $P=0/003$)، سازش ($r=0/097$ و $P=0/010$) و مصلحه ($r=0/072$ و $P=0/044$) رابطه مثبت معنادار وجود داشت. مدیرانی که رویکرد تعاملی‌گرا داشتند بیشتر از سبک‌های همکاری و رقابتی استفاده می‌کردند. در بیمارستان‌های تخصصی بیشتر از سبک‌های همکاری، سازش و مصلحه استفاده می‌شد (جدول 6).

بین نوع استخدام مدیران با سبک رقابت ($r=-0/098$ و $P=0/020$) رابطه آماری منفی معنادار دیده شد. در مدیران با استخدام رسمی سبک رقابت کمتر استفاده می‌شد. بین نوع واحد مشغول به خدمت با سبک رقابت رابطه آماری معنادار مشاهده شد ($r=0/103$ و $P=0/014$) مدیران بخش‌ها و واحدهای پشتیبانی و اداری نسبت به واحدهای تشخیصی و درمانی بیشتر از سبک رقابتی استفاده کردند. بین گذراندن دوره آموزشی مدیریت تعارض با سبک همکاری ($r=0/138$ و $P=0/001$) رابطه مثبت و با سبک رقابت ($r=-0/113$ و $P=0/007$) رابطه آماری منفی

جدول 6: میانگین امتیاز سبک مدیریت تعارض به تفکیک نوع بیمارستان

سبک مدیریت تعارض	نوع بیمارستان		عمومی		تخصصی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سبک همکاری	3/49	0/63	3/61	0/59	3/61	0/59
سبک رقابت	2/76	0/72	2/87	0/76	2/87	0/76
سبک اجتناب	3/07	0/68	3/11	0/60	3/11	0/60
سبک سازش	3/01	0/58	3/17	0/64	3/17	0/64
سبک مصلحه	3/16	0/55	3/26	0/57	3/26	0/57

بیمارستان‌های ۵، ۶، ۸ و سبک مصالحه بیشتر در بیمارستان‌های ۵، ۶، ۸ و ۱ مورد استفاده مدیران قرار گرفت (جدول ۷).

سبک همکاری بیشتر در بیمارستان‌های ۱، ۳ و ۷، سبک رقابت بیشتر در بیمارستان‌های ۷، ۱۲ و ۴، سبک اجتناب بیشتر در بیمارستان‌های ۵، ۸، ۱۰، سبک سازش بیشتر در بیمارستان‌های بیشتر در

جدول ۷: میانگین امتیاز سبک مدیریت تعارض مدیران به تفکیک بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران

نام بیمارستان	سبک‌های مدیریت تعارض		همکاری		رقابت		اجتناب		سازش		مصالحه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۱	۳/۷۸	۰/۵۲	۲/۸۹	۰/۷۱	۳/۰۳	۰/۵۵	۳/۲۰	۰/۵۱	۳/۳۱	۰/۵۲	۳/۳۱	۰/۵۲
۲	۳/۵۶	۰/۶۰	۲/۸۶	۰/۷۴	۳/۰۲	۰/۵۴	۳/۰۲	۰/۵۵	۳/۲۰	۰/۵۵	۳/۲۰	۰/۵۵
۳	۳/۷۱	۰/۵۴	۲/۵۵	۰/۹۱	۳/۲۰	۰/۵۸	۳/۱۹	۰/۶۸	۳/۱۹	۰/۵۹	۳/۱۹	۰/۵۹
۴	۳/۶۴	۰/۶۱	۳/۰۷	۰/۶۷	۳/۱۳	۰/۶۱	۳/۱۷	۰/۶۵	۳/۲۷	۰/۴۸	۳/۲۷	۰/۴۸
۵	۳/۵۹	۰/۴۹	۳/۰۲	۰/۵۳	۳/۳۰	۰/۵۸	۳/۳۷	۰/۶۱	۳/۴۱	۰/۶۰	۳/۴۱	۰/۶۰
۶	۳/۶۸	۰/۴۸	۲/۷۹	۰/۵۱	۲/۹۲	۰/۶۲	۳/۳۱	۰/۵۸	۳/۳۲	۰/۴۸	۳/۳۲	۰/۴۸
۷	۳/۶۹	۰/۶۳	۳/۳۷	۰/۸۰	۳/۱۲	۰/۵۷	۳/۱۸	۰/۷۲	۳/۲۶	۰/۶۰	۳/۲۶	۰/۶۰
۸	۳/۱۷	۰/۵۴	۲/۳۶	۰/۷۱	۳/۲۴	۰/۶۷	۳/۲۰	۰/۶۰	۳/۳۱	۰/۵۹	۳/۳۱	۰/۵۹
۹	۳/۶۰	۰/۴۵	۲/۷۰	۰/۷۳	۳/۰۴	۰/۶۱	۲/۹۶	۰/۶۲	۳/۲۹	۰/۴۸	۳/۲۹	۰/۴۸
۱۰	۳/۳۳	۰/۷۰	۲/۵۴	۰/۶۲	۳/۱۸	۰/۷۱	۲/۹۵	۰/۶۱	۳/۰۶	۰/۵۵	۳/۰۶	۰/۵۵
۱۱	۳/۵۰	۰/۶۱	۲/۷۸	۰/۷۱	۳/۰۵	۰/۵۷	۳	۰/۵۲	۳/۲۰	۰/۵۷	۳/۲۰	۰/۵۷
۱۲	۳/۶۱	۰/۵۷	۳/۱۳	۰/۵۴	۲/۸۸	۰/۶۵	۳/۱۴	۰/۵۸	۳/۰۱	۰/۵۶	۳/۰۱	۰/۵۶
۱۳	۳/۵۸	۰/۶۷	۲/۶۴	۰/۸۳	۳/۰۵	۰/۶۸	۲/۸۵	۰/۷۵	۲/۹۴	۰/۶۳	۲/۹۴	۰/۶۳
۱۴	۳/۴۳	۰/۷۶	۲/۷۱	۰/۸۲	۳/۱۶	۰/۸۷	۳/۰۳	۰/۶۴	۳/۱۴	۰/۵۵	۳/۱۴	۰/۵۵

بحث و نتیجه گیری

سبک غالب مدیران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران سبک همکاری بود. در رده‌های بعدی به ترتیب از سبک‌های مصالحه، سازش و اجتناب بیشتر استفاده شد. سبک رقابت، کمترین سبک مورد استفاده مدیران بیمارستان‌ها بود. به عبارتی، مدیران بیمارستان‌ها تلاش می‌کنند تا از تعارض بیشتر اجتناب کنند. نوع و ماهیت مسئولیت مدیران بیمارستان‌ها ایجاب می‌کند که آن‌ها به هنگام بروز تعارض و مشکلات، روابط دوستانه و توأم با اعتماد با ذی‌نفعان مختلف داشته باشند و کمتر از سبک رقابتی استفاده کنند.

پژوهش‌های متعددی در زمینه مدیریت تعارض در بیمارستان‌های کشور انجام شد. برای مثال در پژوهشی که بر روی ۱۷۷ نفر از مدیران سطوح

مختلف در بیمارستان‌های استان لرستان انجام شد، به ترتیب ۴۹/۷، ۴۴/۶ و ۵/۷ درصد مدیران از سبک‌های عدم مقابله، کنترل و راه‌حل‌جویی استفاده کردند (۱۹). وطن‌خواه و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که راهبرد راه حل‌گرایی سبک غالب مدیریت تعارض مدیران بیمارستان‌های آموزشی قزوین بود. راهبردهای کنترلی و عدم مقابله در رده‌های بعدی قرار داشت (۲۰). نکویی مقدم و همکاران با استفاده از مدل مدیریت تعارض توماس و کیلمان به بررسی سبک‌های مدیریت تعارض در بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان پرداختند. مدیران بیمارستان‌ها بیشتر از سبک‌های سازش و همکاری استفاده می‌کردند. سبک رقابت کمتر مورد استفاده مدیران واقع شد (۲۱).

بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت‌های قومیتی

داشته و اعتقاد داشتند که برای توسعه سازمان باید یک مقدار تعارض در سازمان ایجاد شود. مدیرانی که رویکرد تعاملی‌گرا داشتند بیشتر از سبک‌های همکاری و رقابتی استفاده می‌کردند. بنابراین، آموزش مدیران در این زمینه ضروری است.

پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که مردان و زنان به طور متفاوت نسبت به تعارض واکنش نشان می‌دهند. خانم‌ها تمایل بیشتری به در نظر گرفتن منافع طرف مقابل داشته و بیشتر از سبک‌های مصالحه و اجتناب استفاده می‌کردند. در مقابل مردان بیشتر از سبک‌های رقابتی استفاده می‌کردند (۲۳، ۲۴). مدیران مرد در این پژوهش نسبت به مدیران زن بیشتر از سبک رقابتی استفاده می‌کردند. مدیران زن بیشتر مایل به انتخاب سبک همکاری می‌باشند و بیشتر مصالحه را برای حفظ روابط می‌طلبند. نقش همسری و مادری زن در خانواده ایجاد می‌کند تا بیشتر رفتار حمایتی از خود بروز دهد و کمتر تمایل به درگیری و تشدید اختلافات داشته باشد.

نتایج پژوهش نشان داد که مدیران با افزایش سن، سابقه کاری و سابقه مدیریت، بیشتر ترجیح می‌دهند از سبک‌های همکاری و سازش استفاده کنند. پژوهش‌های قبلی انجام شده هم استفاده از سبک همکاری را در سنین بالا تأیید کردند (۲۵، ۲۶). زیرا افراد با افزایش سن و سابقه خدمت در محل کارشان کم‌کم به نوع ویژگی‌های محیط کاری و همکاران خود آشنا شده و بیشتر تمایل به عدم درگیری و حفظ رضایت طرفین دارد. مدیران متأهل از سبک‌های همکاری، اجتناب و مصالحه در هنگام رویارویی با تعارض بیشتر از مدیران مجرد استفاده کردند. دلیل این امر را می‌توان در نقش این افراد در خانواده به عنوان پدر یا مادر جستجو کرد که باید منافع افراد

و فرهنگی در انتخاب سبک‌های مدیریت تعارض مدیران اثر می‌گذارد. علاوه بر این، نوع تعارض به وجود آمده برای مدیران در بیمارستان‌های کشور ممکن است متفاوت باشد. در نتیجه، در موقعیت‌های مختلف سبک‌های مدیریت تعارض متفاوتی باید به کار گرفته شود. سبکی از مدیریت تعارض که در یک موقعیت مناسب است، ممکن است در موقعیت‌های دیگر موجب تشدید تعارض شود.

آموزش مدیران و افزایش دانش و مهارت آن‌ها در زمینه شناسایی موقعیت‌های تعارض و استفاده درست از سبک‌های مدیریت تعارض نقش به‌سزایی در کاهش تعارض در بیمارستان‌ها دارد. در این پژوهش بین گذراندن دوره آموزشی مدیریت تعارض و استفاده از سبک همکاری رابطه مثبت و سبک رقابت رابطه منفی معناداری در سطح ۰/۰۱ مشاهده شد. اکثر مدیرانی که دوره آموزشی مدیریت تعارض را گذرانده بودند، گرایش بیشتری در استفاده از فنون حل اختلاف در رویارویی با تعارض از خود نشان دادند. تنها هفت درصد مدیران بیمارستان‌ها در دوره‌های آموزشی مدیریت تعارض شرکت کردند. با توجه به نقش تعارض سازمانی در کاهش بهره‌وری بیمارستان‌ها، دوره‌های آموزشی مدیریت تعارض باید برای مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها برگزار شود. به عنوان مثال، نتایج پژوهشی نشان داد که تعارض محیط کار منجر به کاهش رضایت شغلی، هماهنگی و همکاری، کارایی و عملکرد پرستاران و افزایش ترک اختیاری محیط کار و غیبت می‌شود (۲۲).

علاوه بر این، نتایج پژوهش نشان داد که بیشتر مدیران، رویکرد انسانی به تعارض داشتند. به عبارتی آن را پذیرفتند چون قبول دارند که قابل حذف نیست. حدود یک چهارم مدیران رویکرد تعاملی

دیگر را هم تأمین کنند.

بینند.

سبک رقابت مدیران بیمارستان‌ها با نوع استخدام و واحد محل خدمت آن‌ها ارتباط داشت. مدیرانی که به صورت قراردادی کار می‌کردند، خیلی بیشتر از مدیران رسمی از سبک رقابتی استفاده می‌کردند. در واحدهای اداری و پشتیبانی سبک رقابت بیشتر از واحدهای درمانی و تشخیصی استفاده شده است. طبیعت کار با بیماران در بخش‌های تشخیصی و درمانی و نوع آموزش‌هایی که کارکنان این بخش‌ها دیده‌اند، منجر به در نظر گرفتن منافع سایر افراد (بیماران و سایر همکاران) در حل تعارض می‌شود.

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. فرآیند مدیریت تعارض در سازمان باید مشخص و تصویب شود. کلیه کارکنان سازمان باید بدانند که در صورت بروز تعارض یا مشاهده تعارض در سازمان باید از چه طریق اقدام کنند. عدم وجود سیاست‌ها و مقررات در زمینه مدیریت تعارض منجر می‌شود که کارکنان خود به طور مستقیم وارد عمل شوند. کارکنان ممکن است مواردی را در سازمان مشاهده کنند که با ارزش‌های آن‌ها در تضاد باشد یا شاهد انجام اقدامات غیر قانونی و غیر اخلاقی در سازمان باشند. سیاست سازمان برای چنین مواردی باید به طور واضح مشخص شده باشد و کارکنان باید بدانند که چگونه می‌توانند این موارد را به مقامات گزارش دهند بدون این که آسیبی از گزارش دادن

پیشنهادها

آشنایی مدیران با ماهیت تعارض و علل بروز آن در بیمارستان و انتخاب سبک مناسب مدیریت تعارض می‌تواند منجر به حفظ سطح متعادلی از تعارض در بیمارستان‌ها به منظور افزایش بهره‌وری شود. از این رو پیشنهاد می‌شود که مدیران بیمارستان‌ها به صورت دوره‌ای با استفاده از پرسشنامه‌های مناسب میزان تعارض را در بیمارستان‌ها تعیین کنند و با شناسایی سبک مدیریت تعارض مدیران سطوح مختلف، آموزش‌های لازم را به منظور کنترل تعارض در محیط سازمانی خود فراهم کنند. با توجه به این که این پژوهش در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است، نتایج قابل تعمیم به سایر بیمارستان‌های کشور نیست. بنابراین، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در سایر بیمارستان‌های کشور انجام شود تا تصویری بهتر از سبک مدیریت تعارض مدیران بیمارستان‌های کشور به دست آید.

سپاسگزاری

این مقاله بر گرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران است. از همکاری کلیه مدیران 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.

References

1. Rahim MA. A strategy for managing conflict in complex organizations. *Human Relations*. 1985; 38 (1): 81-9.

2. Mosadeghrad AM. *Essentials of Healthcare Organization and Management*. Tehran: Dibagran; 2015. Persian.

3. Mosadeghrad AM. Handbook of Hospital Professional Organisation and Management. Tehran: Dibagran; 2004. Persian.
4. Morris-Rothschild BK, Brassard MR. Teachers' conflict management styles: The role of attachment styles and classroom management efficacy. *Journal of School Psychology*. 2006;44(2):105-21.
5. Forte PS. The high cost of conflict. *Nurs Econ*. 1997;15(3):119-23.
6. 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.
7. Dana D. Conflict resolution: Mediation tools for every day worklife. 1th ed. NewYork: McGraw – Hill; 2001.
8. Cosier RA, Dalton DR. Positive effects of conflict: A field assessment. *International Journal of Conflict Management*. 1990;1(1):81-92.
9. Rahim MA. Empirical studies on managing conflict. *International Journal of Conflict Management*. 2000;11(1):5–8.
10. Mosadeghrad AM. Principles of Health care Management. Tehran: Dibagran; 2003. Persian.
11. Sportsman S, Hamilton P. Conflict management styles in the health professions. *Journal of Professional Nursing*. 2007; 23(3):157–66.
12. Shelton CD, Darling JR. From chaos to order: Exploring new frontiers in conflict management. *Organization Development Journal*. 2004; 22 (3):22-41.
13. Faghisolouk F, Valinejadi A, Ershad Sarabi R, Raeissi P. A survey of the relationship between leadership style and conflict management among high level managers of Urmia Hospitals 2013. *Hospital*. 2014;13(3):110-5. Persian.
14. Zarnoushe Farahani MT, Fathi Ashtiani A, Toufighi S, Habibi M. Identifying the relationship between leadership styles and managers conflict management. *Journal of Behavioral Sciences*. 2008; 1(1):79-86. Persian.
15. Thomas KW, Kilmann RH. Thomas-Kilmann conflict model instrument. Tuxedo, NY: Xicom, Inc; 1974. Available from: <https://www.cpp.com/products/tki/index.aspx>
16. 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.
17. Valentine PE. A gender perspective on conflict management strategies of nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2001;33(1):69-74.
18. Morrison J. The relationship between emotional intelligence competencies and preferred conflict-handling styles. *J Nurs Manag*. 2008;16(8):974-83.
19. Torabi A, Akbari F, Arab M. Conflict management strategies of Lorestan province hospital managers. *Hakim*. 2008; 11(2):54-8. Persian.
20. Vatankhah S, Raessi P, Kalhor R. Correlation between Emotional Intelligence (EI) with Conflict Management Strategies in Managers of Qazvin Teaching Hospitals, 2007. *J Health Adm*. 2008; 11 (32):41-6. Persian.
21. Nekuei Moghaddam M, Taghavi Rad A, Hakimipour S, Shafiei M, Goudarzi G. Evaluation of relation between styles of conflict management and creativity of staff in teaching hospitals of Kerman city in 2008. *Hospital*. 2011; 9 (3-4):29-38. Persian.
22. Brinkert R. A literature review of conflict communication causes, costs, benefits and interventions in nursing. *J Nurs Manag*. 2010;18(2):145-56.
23. Rahim A. A measure of styles in handling interpersonal conflict. *Academy of Management Journal*. 1983; 26(2):368–76.
24. Valentine PE. Management of conflict: do nurses/women handle it differently? *J Adv Nurs*. 1995;22(1):142-9.
25. Baddar F, Salem OA, Villagrancia HN. Conflict resolution strategies of nurses in a selected government tertiary Hospital in the Kingdom of Saudi Arabia. *Journal of Nursing Education and Practice* 2016;6(5):91-9.
26. Antonioni D. Relationship between the big five personality factors and conflict management strategies. *International Journal of Conflict Management*. 1998; 9(4):336-55.

Study of Conflict Management Styles in Tehran University Affiliated Hospitals

Mosadeghrad Ali Mohammad¹, Arab Mohammad², Mojbfan Arezoo^{3*}

• Received: 10. 02. 2016

• Revised: 25. 05. 2016

• Accepted: 31. 05. 2016



Abstract

Introduction: Conflicts in hospitals, in addition to reducing Employee's productivity and satisfaction, and also increasing hospital's costs, has a negative effect on the treatment process. Therefore, acquiring necessary knowledge and skills for conflict management are essential for hospital managers. The present study aimed to investigate the conflict management strategies used by managers of hospitals affiliated with Tehran University of Medical Sciences (TUMS).

Methods: This is a descriptive – analytic study conducted as a cross-sectional one in 2015. The sample consisted of 563 managers of three levels of management including senior, middle, and executive managers in hospitals affiliated with TUMS. Using a high valid and reliable self-made questionnaire based on Thomas and Kilman's model, the data was collected. Data analysis was performed by SPSS software 19, and using descriptive (Mean, Standard Deviation, Frequency and Percentage) and inferential statistics (Regression, Spearman and ANOVA).

Results: The results show that collaborating style was the dominant style used by hospital managers. Compromising and accommodating styles were the next management strategies in order. There were significant statistical relationship between management style and management level ($P=0.038$), age ($P=0.016$), manager's work experience ($P=0.019$), management experience ($P=0.021$) and conflict management training courses ($P=0.001$).

Conclusion: The nature of healthcare organizations requires that managers use collaborating, compromising and accommodating styles in order to interact with various stakeholders. Holding suitable training course in the field of conflict management has a significant role in reducing devastate effects of conflict in the hospitals.

Keywords: Conflict Management, Senior Managers, Middle Managers, Executives, Teaching Hospitals

• **Citation:** Mosadeghrad AM, Arab M, Mojbfan A. Study of Conflict Management Styles in Tehran University Affiliated Hospitals. Journal of Health Based Research 2016; 2(1):1-13.

1. Assistant Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. MSc, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

***Correspondence:** Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences

Tel: 021-42933006

Email: arezoojbfan@yahoo.com