

## بررسی باورهای نظارتی و سبک‌های حل تعارض در کارکنان پرستاری

مرجان مردانی حموله<sup>۱\*</sup>، عزیز شهرکی واحد<sup>۲</sup>، سودابه حامدی شهرکی<sup>۳</sup>

### مقاله‌ی پژوهشی

#### چکیده

شناخت باورهای نظارتی پرستاران به درک سبک‌های حل تعارض در آنان می‌انجامد. لذا هدف این پژوهش تعیین باورهای نظارتی و سبک‌های حل تعارض در کارکنان پرستاری است. این مطالعه از نوع مقطعی و جامعه‌ی پژوهش کلیه‌ی کارکنان پرستاری شاغل در یک بیمارستان منتخب در شهر اصفهان و نمونه‌ی منطبق بر جامعه به تعداد ۱۳۹ نفر بوده است که به روش سرشماری انتخاب شدند. پرسشنامه‌های باورهای نظارتی و سبک‌های حل تعارض جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد و داده‌ها به کمک آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون آنالیز واریانس) تحت نرم افزار SPSS نسخه ۱۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد باورهای نظارتی پرستاران در به‌کارگیری سبک‌های حل تعارض آنان مؤثر بوده است، به طوری که پرستاران برخوردار از باورهای نظارتی غیرمستقیم به ترتیب از سبک‌های حل تعارض همکاری، سپس سبک‌های مصالحه و ایثار بیش‌تر استفاده کرده‌اند. هم‌چنین پرستاران بهره‌مند از باورهای نظارتی مشارکتی به ترتیب از سبک‌های حل تعارض مصالحه و ایثار و سپس همکاری سود برده‌اند. در حالی که پرستاران برخوردار از باورهای نظارتی مستقیم، بیش‌تر از سبک‌های اجتناب و رقابت استفاده نموده‌اند. از طرفی بین متغیرهای جنس و نوبت کاری در پرستاران با باورهای نظارتی و سبک‌های حل تعارض آنان مطابق آزمون آنالیز واریانس رابطه‌ی معنی‌دار آماری مشاهده شد ( $P < 0.05$ ). بنابراین، شناسایی باورهای نظارتی و سبک‌های حل تعارض در کارکنان پرستاری بسیار حائز اهمیت است، زیرا پرستاران می‌توانند از باورهای نظارتی خود در جهت حل تعارضات در بالین استفاده نمایند.

**واژگان کلیدی:** باورهای نظارتی، سبک‌های حل تعارض، کارکنان پرستاری، عملکرد

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان فاطمه زهرا (س) نجف آباد اصفهان

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیأت علمی گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زابل

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد آمار زیستی، عضو هیأت علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زابل

\* نشانی: اصفهان، نجف آباد، اتوبان شهید صالحی، بیمارستان فاطمه زهرا (س)، تلفن: ۰۹۱۳۲۸۶۴۰۷۷

## مقدمه

تمرین‌های فعالیت‌های سازمانی، مستلزم وجود کارکنان لایقی است که از اندیشه‌ی جامع، عمیق و قابل انعطاف برخوردار باشند. کارکنان برخوردار از اعتقادات و باورهای صحیح، پیش‌نیاز رشد و توسعه‌ی همه‌جانبه‌ی بیمارستان‌ها برای عملکرد اثربخش می‌باشند. چه بسیارند کارکنانی که به سبب اعتقاد به پاره‌ای باورهای نادرست در خصوص ارتباطات و نحوه‌ی نظارت صحیح با محدودیت‌های فراوان مواجهند (۱). در واقع، فرآیند نظارت و خدمات نظارتی همواره در بیمارستان‌ها مدنظر بوده است، به این صورت که به کوشش کارکنان بیمارستان‌ها در اصلاح وضع امور جاری برای تحریک رشد و پیشرفت حرفه‌ای آنان در راستای رسیدن به اهداف سازمانی توجه شده است (۲). هدف از انجام این مطالعه‌ی مقطعی تعیین باورهای نظارتی و سبک‌های حل تعارض در پرستاران بوده است. به نظر می‌رسد هر گونه فعالیتی که عمدتاً برای اصلاح خدمات درمانی از سوی کارکنان بیمارستان‌ها صورت پذیرد، در حوزه‌ی نظارت قرار می‌گیرد (۳). باورهای نظارتی نظامی از عقاید کم و بیش مستقل نسبت به نظارت هستند که به سه‌دسته تقسیم می‌شوند: نظارت مستقیم، مشارکتی و غیرمستقیم. نظارت مستقیم رویکردی مبتنی بر این اعتقاد است که عملکرد کارکنان شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های فنی با ملاک‌ها و قابلیت‌های شناخته شده است و اثر بخشی کارکنان مستلزم برخورداری آن‌ها از این مهارت‌ها و قابلیت‌هاست. نظارت مشارکتی مبتنی بر این فرض است که عملکرد کارکنان در درجه‌ی اول حل مسأله است که در آن دو نفر یا بیشتر از راه مشارکت، فرضیه‌های پیرامون مسأله را مورد بررسی قرار داده و راهبردهای مناسب را به‌کار می‌بندند و در نظارت غیرمستقیم فرض بر این است که بهبود روش‌ها و نحوه‌ی عملکرد کارکنان در درجه‌ی اول تجربه‌ای شخصی است که آن‌ها به‌کار می‌گیرند تا به راه حل‌های خاص خودشان دست یابند. چنانچه کارکنان از باورهای مشارکتی در محل کار خود بهره

جویند ۷۰ تا ۷۵ درصد مشکلات را می‌توانند بدون کمک از سایر منابع، مورد تجزیه و تحلیل قرار داده و به نتیجه قابل قبولی دست یابند (۲). از طرفی، تعارض یکی از مسائل مهم در سازمان‌ها از جمله بیمارستان‌هاست که یک واقعیت اجتناب‌ناپذیر می‌باشد و مهارت‌های کارکنان بیمارستان‌ها بالاخص پرستاران در برخورد با آن، یک عامل پیشگویی‌کننده‌ی مهم در مورد میزان موفقیت آنان محسوب می‌شود (۴). در حقیقت، تعارض به فرآیند ادراک یا احساس هر گونه ناسازگاری اطلاق می‌شود که در درون یا بین افراد، گروه‌ها یا سازمان‌ها به‌وجود می‌آید و به رفتار پنهان یا آشکار متعارض در دو طرف منتهی می‌گردد (۵). تعارض را تعامل افراد وابسته به هم تعریف نموده‌اند، به‌نحوی که این افراد ادراک متفاوتی از اهداف، مقاصد و ارزش‌ها دارند و هر کدام دیگری را طرف مخالف این اهداف تلقی می‌کند (۴). سبک نیز عبارت است از الگوی رفتاری خاص که افراد هنگام هدایت کردن فعالیت‌های دیگران از خود بروز می‌دهند (۶). در واقع، سبک‌های تعارض شیوه‌های رفتاری خاصی است که کارکنان در مواجهه با تعارض مطابق با آن عمل می‌کنند (۵). در این رابطه شیوه‌های حل تعارض در سازمان‌ها را می‌توان به پنج سبک رقابت، همکاری، ایثار، مصالحه و اجتناب تفکیک نمود. در سبک همکاری، کارکنان می‌کوشند تا خواسته‌های یکدیگر را تأمین کنند و برای یافتن راه حل مناسب نیروهایشان را در یک راستا به‌کار می‌گیرند. در سبک مصالحه هر دو طرف تعارض، مسؤلیت نتیجه را مشترکاً می‌پذیرند. در سبک ایثار یکی از طرفین، منافع طرف مقابل را بر منافع خود ترجیح داده و تسلیم خواسته‌های طرف مقابل می‌شود. در سبک رقابت یکی از طرفین، طرف مقابل را سرکوب نموده و می‌خواهد به منافع خود بیفزاید و نهایتاً در سبک اجتناب، کارکنان حالت بی‌تفاوتی به خود می‌گیرند یعنی در حالی که متوجه تعارض هستند، آن را نادیده می‌گیرند (۷). Edmonton و همکاران به بررسی شیوه‌های نظارتی کارکنان اثربخش پرداخته و نشان داده‌اند که از نظر کارکنان خدمات بهداشتی و درمانی، لازم

است جهت مقابله با تعارض، نظارت پیشگیرانه و اقتضایی در کارها انجام شود (۸). نتایج تحقیق باباپور در شهر تبریز نشان داد، شیوه‌ی حل تعارض از نوع همراهانه و مصالحه‌گرانه با سلامت روان‌شناختی رابطه‌ی مستقیم دارد و افرادی که از شیوه‌ی حل تعارض سازنده استفاده می‌نمایند در مقایسه با آن‌هایی که روش غیرسازنده را به کار می‌برند از سلامت روان‌شناختی بالاتری برخوردارند (۹). Davis و همکاران به بررسی رابطه‌ی جو سازمانی با سبک‌های تعارض در بیمارستان‌ها اقدام نموده و نشان دادند که هر چه جو بیمارستان‌ها بازتر باشد، میزان تعارض کم‌تر خواهد بود (۱۰). براساس نتایج پژوهشی دیگر، در خصوص شیوه‌های حل تعارض، زنان بیش‌تر از مردان تمایل به تلاش در به‌وجود آوردن تغییراتی در رفتارهای آتی دارند (۱۱). در این میان، شاغلان حرفه‌ی پرستاری به دلیل ماهیت خاص کار خود که در رابطه با بیماران و خانواده‌های آن‌ها در موقعیت‌های بالینی گوناگون به ارائه‌ی خدمات می‌پردازند، باید مورد توجه بیش‌تری قرار گیرند و از پرستاران انتظار می‌رود جهت افزایش شایستگی‌های حرفه‌ای در بالین، از روش‌های صحیح حل تعارض بهره‌جویند و به اصلاح باورهای نظارتی خود اقدام نمایند. لذا با توجه به مطالب گفته شده، ممکن است پیش‌فرض‌ها، ادراکات و باورهای پرستاران بر عملکرد آن‌ها اثر بگذارد و در نتیجه باعث شود تا به گونه‌ی متفاوتی عمل کنند. بنابراین، برخورداری از باورهای نظارتی مختلف، سبک‌های حل تعارض گوناگونی را نیز در پی دارد. در این مطالعه باورهای نظارتی و سبک‌های حل تعارض کارکنان پرستاری مورد بررسی قرار گرفته است و انتظار بر آن است که نتایج این پژوهش بتواند به مدیران پرستاری و پرستاران شاغل در بخش‌ها، در حیطه‌ی پرستاری بالینی یاری برساند. به بیان دیگر، این تحقیق سبب افزایش آگاهی‌های مدیران پرستاری در زمینه‌ی رفتار و روابط انسانی پرستاران، به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر در موفقیت عملکرد بیمارستان‌ها می‌گردد.

#### روش کار

این پژوهش، یک مطالعه‌ی مقطعی است. جامعه‌ی این پژوهش کلیه‌ی کارکنان پرستاری شاغل در یک بیمارستان منتخب در شهر اصفهان و نمونه‌ی منطبق بر این جامعه به تعداد ۱۳۹ نفر بوده‌اند. پرستاران مورد بررسی در طیف کارشناس پرستاری و دیپلم بهیاری و نیز کارکنان واحد اتاق عمل در طیف کاردان هوشبری و تکنیسین اتاق عمل بوده که در سال ۱۳۸۸ در بیمارستان منتخب مشغول به کار بودند و به روش سرشماری انتخاب شده‌اند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات مشتمل بر پرسشنامه‌ی مشخصات فردی جهت سنجش متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، نوبت کاری، مدرک تحصیلی، بخش محل کار و سابقه‌ی کار؛ پرسشنامه‌ی باورهای نظارتی برای سنجش باورها در سه گروه مستقیم، مشارکتی و غیرمستقیم و پرسشنامه‌ی سبک‌های حل تعارض در حیطه‌های همکاری، رقابت، اجتناب، مصالحه و ایثار بوده‌اند. پرسشنامه‌ی باورهای نظارتی توسط Glickman طراحی شده است (۱۲) و حاوی ۳۰ سؤال در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای به‌صورت کاملاً موافق تا کاملاً مخالف است که به ترتیب ۴، ۳، ۲، ۱ و ۰ نمره دارند. این پرسشنامه هر یک از باورهای نظارتی مستقیم (در قالب ۹ سؤال) و غیرمستقیم (در قالب ۹ سؤال) را به‌طور یکسان در محدوده‌ی ۰ تا ۳۶ نمره و باورهای نظارتی مشارکتی را در قالب ۱۲ سؤال (در محدوده‌ی ۰ تا ۴۸ نمره) مورد سنجش قرار می‌دهد و دامنه‌ی نمره‌ی آن در کل از ۰ تا ۱۲۰ است. در حیطه‌ی نظارت مستقیم در زمینه‌ی ارزیابی از مهارت‌ها و قابلیت‌های حرفه‌ای پرستاران، در حیطه‌ی نظارت مشارکتی در خصوص تشریح مساعی در به‌کارگیری راه‌کارهای مناسب جهت حل مشکلات بالینی و در حیطه‌ی نظارت غیرمستقیم در زمینه‌ی خودآگاهی پرستاران جهت بهبود شرایط دشوار بالینی از آن‌ها سؤال شد. پرسشنامه‌ی سبک‌های حل تعارض توسط Robbins طراحی شده است (۱۳) که حاوی ۱۵ سؤال در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای در قالب خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم بوده و به‌صورت ۵، ۴، ۳، ۲ و ۱ نمره‌گذاری می‌شود. این

جدول شماره ۱- مشخصات فردی واحدهای پژوهش

متغیر	تعداد	درصد
سن به سال	۴۲	بیش تر از ۴۰
		۳۰ - ۴۰
		کم تر از ۳۰
جنس	۸۵	زن
		مرد
وضعیت تأهل	۳۱	متاهل
		مجرد
نوبت کاری	۲۹	ثابت
		در گردش
مدرک تحصیلی	۸۲	لیسانس
		فوق دیپلم
		دیپلم
محل کار	۱۶	اورژانس
		اطفال
		ویژه
		اتاق عمل
		داخلی
		جراحی
		زنان
سابقه کار به سال	۶۰	بیش تر از ۱۰
		۵ - ۱۰
		کم تر از ۵
	۳۸	۴۳/۱
		۲۷/۳
		۲۹/۶

پرسشنامه نیز هر یک از سبک‌های پنج‌گانه‌ی حل تعارض را در قالب ۳ سؤال (۳ تا ۱۵ نمره) مورد بررسی قرار می‌دهد و دامنه‌ی نمره‌ی آن در کل از ۱۵ تا ۷۵ است. در این پرسشنامه، در حیطه‌ی همکاری، در خصوص هم‌راستاشدن با یکدیگر برای یافتن راه‌حل مناسب و تأمین خواسته‌های هم، در حیطه‌ی مصالحه مذاکرات فی‌مابین برای حل مسأله، در حیطه‌ی ایثار تلاش در راستای رساندن سایر همکاران به منافع خود، در حیطه‌ی رقابت سعی در افزودن بر منافع شخصی و تأمین اهداف فردی و در حیطه‌ی اجتناب عدم توجه به نظرات خود و سایر همکاران و نادیده گرفتن مشکل، از پرستاران پرسیده شد. روایی هر دو ابزار به روش روایی محتوا توسط ۷ نفر از اساتید حوزه‌ی پرستاری که دارای مدارک تحصیلی فوق‌لیسانس و دکترای پرستاری بودند، اخذ شد و جهت کسب پایایی ابزارها با استفاده از روش آلفای کرونباخ، پایایی آن‌ها به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۲ به دست آمد که نشانگر همبستگی درونی مطلوب برای این پرسشنامه‌ها است. در نهایت، از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون آنالیز واریانس) تحت نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۳، برای تجزیه و تحلیل اطلاعات بهره گرفته شد. ضمن آن‌که ملاحظات اخلاقی در تمام طول تحقیق رعایت شد. به این منظور، مجوز انجام پژوهش از کمیته‌ی اخلاق و موازین شرعی بیمارستان اخذ شد. هم‌چنین پژوهشگر ضمن معرفی خود، اهداف پژوهش را برای نمونه‌ها توضیح داد و به نمونه‌ها اطمینان داده شد که نیازی به ذکر نام در پرسشنامه‌ها نیست. نمونه‌های مورد بررسی با رضایت آگاهانه در تحقیق شرکت نمودند و در نهایت به صورت خود ایفا به تکمیل پرسشنامه‌ها پرداختند.

### نتایج

در این مطالعه میانگین سن نمونه‌ها  $36 \pm 9/3$  سال و کم‌ترین و بیش‌ترین سن به ترتیب ۲۵ و ۴۹ سال بوده است. دیگر یافته‌های حاصل از مشخصات فردی نمونه‌ها در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود.

دیگر یافته‌ها مطابق جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که

میانگین نمرات باورهای نظارتی مستقیم پرستاران زن بالاتر از مردان است یعنی پرستاران زن بیشتر از پرستاران مرد از باورهای نظارتی مستقیم برخوردارند.

جدول شماره ۲- نمرات باورهای نظارتی پرستاران

باورها	جنس	میانگین	انحراف معیار
مستقیم	زن	۳	۲/۳۲
	مرد	۱/۷۷	۱/۹
مشارکتی	زن	۵/۷۶	۱/۷۹
	مرد	۵/۸۳	۱/۶
غیرمستقیم	زن	۶/۰۵	۲/۱
	مرد	۶/۷۱	۱/۹۷

از سوی دیگر، میانگین باورهای نظارتی مشارکتی و غیرمستقیم مردان از زنان بیشتر است. جدول شماره ۳ نیز بیانگر آن است که بین نمرات سبک‌های حل تعارض پرستاران زن و مرد تفاوت موجود است.

از طرفی آزمون آنالیز واریانس با  $P < ۰/۰۵$  نشان می‌دهد که بین باورهای نظارتی و سبک‌های حل تعارض کارکنان پرستاری در کل تفاوت معنی‌دار وجود دارد؛ یعنی باورهای نظارتی کارکنان بر سبک‌های حل تعارض آنان اثر دارد که نحوه‌ی این اثرگذاری در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود. هم‌چنین یافته‌ها نشان داد، مطابق آزمون آنالیز واریانس بین باورهای نظارتی و سبک‌های حل تعارض برحسب نوبت کاری پرستاران تفاوت معنی‌دار وجود دارد که میانگین و انحراف معیارهای مربوطه در جداول شماره ۵ و ۶ نمایان است.

جدول شماره ۳- نمرات سبک‌های حل تعارض پرستاران

اثر	مصالحه	اجتناب	رقابت	همکاری	سبک‌های حل تعارض
					جنس
					زن
					مرد
					<b>P value</b>
۱۰/۶۵ (۲/۲۹)	۱۱/۶۵ (۲/۶۵)	۶/۶۲ (۳/۹۲)	۵/۱۲ (۹/۳۴)	۱۲/۱۹ (۲/۳۵)	
۱۱/۸۶ (۲/۰۲)	۱۱/۸۹ (۲/۲۹)	۵/۵۱ (۲/۸)	۳/۶۲ (۳/۱۲)	۱۲/۶۵ (۱/۷۷)	
$P = ۰/۰۲۸$	$P = ۰/۰۳۵$	$P = ۰/۰۲۵$	$P = ۰/۰۴۸$	$P = ۰/۰۲۱$	

کلیدی اطلاعات به صورت میانگین (انحراف معیار) بیان شده‌اند.

جدول شماره ۴ - توزیع فراوانی باورهای نظارتی و سبک‌های حل تعارض پرستاران

کل	ایثار	مصالحه	اجتناب	رقابت	همکاری	سبک‌های حل تعارض
						باورهای نظارتی
۲۸ (۲۰)	۴ (۳)	۶ (۴)	۸ (۶)	۷ (۵)	۳ (۲)	مستقیم
۶۰ (۴۳)	۱۷ (۱۲)	۲۴ (۱۷)	۳ (۲)	۱ (۰/۷)	۱۵ (۱۱)	مشارکتی
۵۱ (۳۷)	۱۱ (۸)	۱۲ (۹)	۲ (۱)	۱ (۰/۷)	۲۵ (۱۸)	غیرمستقیم
۱۳۹ (۱۰۰) $P = ۰/۰۰۴$	۳۲ (۲۳) $P = ۰/۰۰۳$	۴۲ (۳۰) $P = ۰/۰۰۱$	۱۳ (۹) $P = ۰/۰۰۱$	۹ (۶) $P = ۰/۰۰۴$	۴۳ (۳۱) $P = ۰/۰۰۱$	<b>P value</b>

کلیدی اطلاعات به صورت میانگین (انحراف معیار) بیان شده‌اند.

جدول شماره ۵ - نمرات باورهای نظارتی پرستاران بر حسب نوبت کاری

P value	انحراف معیار	میانگین	نوبت کاری	باورها
$P = ۰/۰۰۱$	۱/۵۱	۱/۶۹	نوبت کار	مستقیم
	۲/۴۸	۴/۸۹	ثابت	
$P = ۰/۰۰۴$	۱/۷	۳/۰۳	نوبت کار	مشارکتی
	۱/۳۴	۴/۸۵	ثابت	
$P = ۰/۰۰۱$	۱/۹۵	۶/۷۵	نوبت کار	غیرمستقیم
	۱/۸۸	۵/۳	ثابت	

جدول شماره ۶ - نمرات سبک‌های حل تعارض پرستاران بر حسب نوبت کاری

ایثار	مصالحه	اجتناب	رقابت	همکاری	سبک‌های حل تعارض
۱۱/۵۴ (۲/۱۴)	۱۲/۱۴ (۱/۲)	۵/۱۷ (۲/۷۶)	۳/۳۹ (۲/۶)	۱۲/۹ (۱/۶۳)	نوبت کاری
۱۰/۲ (۲/۲۸)	۱۰/۳۴ (۲/۴۸)	۹/۳۸ (۳/۶۹)	۸ (۲/۵۳)	۱۰/۵۸ (۲/۵۱)	در گردش ثابت
$P = ۰/۰۴۴$	$P = ۰/۰۰۱$	$P = ۰/۰۰۴$	$P = ۰/۰۲۵$	$P = ۰/۰۰۱$	<b>P value</b>

کلیدی اطلاعات به صورت میانگین (انحراف معیار) بیان شده‌اند.

## بحث

یافته‌های این مطالعه بیانگر آن بود که پرستاران مورد بررسی به ترتیب در ۴۳، ۳۷ و ۲۰ درصد موارد از باورهای نظارتی مشارکتی، غیرمستقیم و مستقیم برخوردار بوده‌اند. به اعتقاد Parker باورهای نظارتی پرستاران به‌ویژه نظارت بالین برای آن‌ها، تسهیل‌کننده‌ی روابط پرستار و بیمار است و توانایی پرستاران را در امر مراقبت از بیماران ارتقا می‌بخشد (۱۴). نتایج مطالعه‌ی Suikkala و همکاران نشان داد که باورهای نظارتی مشارکتی و حمایت‌کننده بر ایجاد ارتباط خوب با بیمار تأثیر می‌گذارد (۱۵). هم‌چنین باورهای نظارتی مشارکتی می‌تواند بر یکپارچگی گروه‌های کاری بیفزاید، باعث تقویت روحیه‌ی کارکنان شود و تعهد بیشتری در آن‌ها نسبت به اهداف سازمانی ایجاد کند (۱۶). در مطالعه‌ی انجام شده در زمینه‌ی استانداردهای عملکرد پرستاری، بین نظارت و روش‌های نظارتی با جوانب مختلفی هم‌چون اثربخشی، رابطه‌ی معنی‌دار گزارش شده است (۱۷). نتایج تحقیق بیانگر تفاوت معنی‌دار میان باورهای نظارتی پرستاران زن و مرد بوده است، به این صورت که پرستاران زن بیشتر از پرستاران مرد از باورهای نظارتی مستقیم استفاده نموده‌اند ولی میزان استفاده‌ی پرستاران مرد از باورهای نظارتی مشارکتی و غیرمستقیم بیشتر از پرستاران زن است. شاید این یافته را چنین بتوان توجیه نمود که باورهای زنان و مردان در زمینه‌های مختلف، متفاوت هستند و این امر بر باورهای نظارتی آنان نیز سایه افکنده است. در مطالعه‌ی ما، میانگین نمرات باورهای نظارتی مستقیم کارکنان پرستاری با نوبت کاری ثابت، پایین‌تر بوده است. از سوی دیگر، میانگین نمرات باورهای نظارتی مشارکتی و غیرمستقیم پرستاران نوبت کار (شیفت در گردش) بالاتر از پرستاران نوبت کار ثابت است. از دیدگاه پژوهشگر، پرستاران نوبت کار در طول شیفت‌های عصر و شب، طی برخوردهای بیشتر با بیماران و همراهان آن‌ها به‌ویژه در ساعات ملاقات؛ روابط انسانی، نظارت و راهنمایی‌های بیشتری را تجربه می‌کنند که این تجربیات در

نگرش، باور و هم‌چنین عملکرد آن‌ها مؤثر است. به عبارت بهتر، در گذر از این موقعیت‌ها واجد باورها و مهارت‌های عملی ویژه‌ای می‌شوند که قبل از گذراندن این موقعیت‌ها، فاقد آن بوده‌اند. به‌طور کلی، یافته‌های این تحقیق از نوبت کاری پرستاران، به‌عنوان یک عامل اثرگذار بر باورهای نظارتی آن‌ها حمایت می‌کند، در عین حال لازم است تحقیقات دیگری نیز در این زمینه انجام گیرد. پرستاران مورد بررسی به ترتیب در ۳۱، ۳۰، ۲۳، ۹ و ۶ درصد موارد از سبک‌های حل تعارض همکاری، مصالحه، ایثار، اجتناب و رقابت بهره گرفته‌اند. Hayhurst و همکاران شیوه‌ی حل تعارض در قالب همکاری را یکی از دلایلی مطرح نموده‌اند که با وجود آن پرستاران تصمیم می‌گیرند در شغلشان باقی بمانند؛ حتی اگر دیگر عوامل مطلوب نباشند. در حقیقت، وقتی افراد به‌عنوان یک تیم با هم کار می‌کنند، حس همکاری گروهی جهت حل مشکل در آنان به‌وجود می‌آید که برایشان رضایت بخش خواهد بود (۱۸). در تحقیق حاضر باورهای نظارتی پرستاران بر سبک‌های حل تعارض آنان مؤثر شناخته شد؛ به این صورت که پرستارانی بیشتر از سبک همکاری بهره برده‌اند که از باور نظارتی غیرمستقیم برخوردارند، ضمن آن‌که تا حد نسبتاً بالایی از باورهای نظارتی مشارکتی نیز برخوردارند. از طرف دیگر، پرستارانی سبک‌های اجتناب و رقابت را بیشتر به‌کار می‌برند که از باورهای نظارتی مستقیم برخوردارند. به علاوه، مشخص شد پرستارانی که از سبک‌های مصالحه و ایثار بیشتر استفاده می‌کنند از باور نظارتی مشارکتی برخوردارند، هر چند از باورهای نظارتی غیرمستقیم نیز تا حدودی برخوردار بوده‌اند. به‌نظر می‌رسد باورها بر نگرش و رفتار عینی نمونه‌های مورد بررسی اثرگذار بوده و در عملکرد آنان نمایان می‌شوند. نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد بین سبک‌های حل تعارض پرستاران زن و مرد تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به این مفهوم که مردان بیشتر از زنان از سبک‌های همکاری، مصالحه و ایثار جهت حل تعارض سود می‌جویند و در مقابل پرستاران زن از سبک‌های

رقابت و اجتناب استفاده می‌کنند. در همین رابطه، نتایج مطالعه‌ی اکبری و همکاران نشانگر تفاوت معنی‌دار آماری بین جنس و استراتژی‌های مدیریت تعارض در بیمارستان‌ها بوده است. در مطالعه‌ی ایشان استراتژی مورد استفاده جهت مردان در ۴۸/۲ درصد موارد از نوع کنترلی و استراتژی مورد استفاده برای زنان در ۵۴/۶ درصد موارد از نوع عدم مقابله‌جویی بوده است (۱۹). تحقیقات میدانی در زمینه‌ی ارتباط جنس با تعارض توسط Smith نشان داد که زنان و مردان تعارض را به‌طور مشابه حل می‌کنند و جنسیت بر سبک حل تعارض آنان اثر ندارد (۲۰). نتیجه‌ی تحقیق باباپور نیز در همین رابطه نشان داد که دو جنس از نظر شیوه‌های حل تعارض تفاوت معنی‌دار با یکدیگر ندارند (۹) که با نتایج مطالعه‌ی حاضر در این خصوص، هم‌سو نیست. یافته‌ها در مقایسه‌ی میانگین نمرات هر یک از سبک‌های حل تعارض بر حسب نوبت کاری بیان می‌دارند که میانگین نمرات پرستاران نوبت کار در سبک‌های همکاری، مصالحه و ایثار در حل تعارض بالاتر از میانگین نمرات پرستاران نوبت کار ثابت است ولی میانگین نمرات پرستاران نوبت کار ثابت در سبک‌های رقابت و اجتناب بالاتر از میانگین نمرات سایر پرستاران است. گروهی از محققان با بررسی ۶۲ دانشجوی پرستاری در کشور اردن، با اعتقاد به این‌که دانشجویان پرستاری در آینده‌ی نزدیک پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها خواهند بود، به مطالعه‌ی دیدگاه آن‌ها درباره‌ی تعارض پرداختند و در نتایج تحقیق بیان داشتند که دانشجویان مورد بررسی، همکاری و عملکرد صحیح پرستاران را از روش‌های حل تعارض دانسته‌اند (۴). همان‌طور که مشاهده شد، پرستاران بر حسب برخورداری از باورهای نظارتی متفاوت از سبک‌های حل تعارض متفاوتی نیز بهره می‌برند. در نتیجه، پرستارانی که باورهای نظارتی غیرمستقیم دارند از سبک حل تعارض همکاری بیش‌ترین بهره را می‌جویند و سپس از سبک‌های مصالحه و ایثار سود می‌برند، در حالی که این گروه از پرستاران تمایلی در به‌کارگیری سبک‌های رقابت و اجتناب ندارند. پرستارانی هم

که باورهای نظارتی - مشارکتی دارند از سبک حل تعارض مصالحه بیش‌ترین بهره را برده‌اند و به ترتیب بعد از آن از سبک‌های ایثار و همکاری بیش‌تر استفاده می‌کنند؛ این گروه از پرستاران نیز آن‌چنان تمایلی به بهره گرفتن از سبک‌های رقابت و اجتناب از خود نشان نمی‌دهند و در نهایت پرستارانی که باورهای نظارتی مستقیم دارند، به ترتیب تمایل بیش‌تری به اعمال سبک‌های حل تعارض اجتناب، رقابت و مصالحه دارند و بعد از آن سبک ایثار را استفاده می‌کنند؛ این گروه از پرستاران هم کم‌ترین تمایل را به استفاده از سبک همکاری از خود نشان می‌دهند. از آنجا که باورها آمادگی برای انجام کار به شیوه‌ای خاص را در افراد ایجاد می‌کند و سپس رفتارهای انسان را در مواجهه با واقعیت‌ها هدایت می‌کند، Kramer و همکاران طی مصاحبه‌های نیمه ساختارمند با مشارکت ۴۴۶ پرستار در ۸ بیمارستان از ایالت آریزونا، آمریکا دریافتند، باورها و حمایت مدیران پرستاری در کاهش تعارضات بین فردی و تعارضات حرفه‌ای پرستاران نقش مؤثری ایفا می‌کند (۲۱). محققان سوئدی با مطالعه‌ی ۷۱ پرستار بیان داشتند میان تعارضات اخلاقی با استرس شغلی و اضطراب رابطه وجود دارد. به عبارت دیگر، تعارضات اخلاقی در پرستاران منبعی برای استرس شغلی و اضطراب آنان است. هم‌چنین پژوهشگران در نتایج تحقیق اظهار نمودند، حمایت از پرستاران در قالب نظارت‌های بالینی در پرستاری به افزایش حس خوب بودن آنها، کنترل مؤثر محیط بالینی و کاهش اضطراب حرفه‌ای منجر می‌گردد (۱۰). Vivar بر این اعتقاد است که تعارض، منبع قدرتمندی برای ایجاد تنش در پرستاران بخش‌های مختلف بیمارستان است و به‌طور اجتناب‌ناپذیری برای همه‌ی آنان وجود دارد و باز هم معتقد است هر چند راهبرد واحدی جهت حل تعارض در محیط‌های بالینی وجود ندارد ولی یادگیری رفتارهای مؤثر جهت فرونشانی تعارض برای پرستاران الزامی است (۷). در پژوهش حاضر بین باورهای نظارتی پرستاران و سبک‌های حل تعارض آنان با بخش محل کار، سابقه‌ی کار، مدرک



تحصیلی و وضعیت تأهل تفاوتی مشاهده نشد. لذا پیشنهاد می‌شود توسط سایر محققان پرستاری در این رابطه تحقیقات جامع‌تری انجام گیرد. هم‌چنین پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آتی از روش‌های مداخله‌ای در راستای کاهش تعارضات بالینی پرستاران استفاده شود و با در نظر گرفتن رویکردهای کیفی به دیدگاه‌های عمیق پرستاران از تجارب آنان، در این زمینه دست یافت. یافته‌های حاصل از این تحقیق در مدیریت پرستاری، آموزش پرستاری و پرستاری بالینی کاربرد دارد. در خاتمه، به‌عنوان محدودیت‌های این پژوهش لازم به ذکر است که باورهای نظارتی و سبک‌های حل تعارض در محیط بیمارستان و شاغلان حرفه‌ی پرستاری مورد بررسی قرار گرفته‌اند، در نتیجه، یافته‌های این تحقیق قابل تعمیم به سایر محیط‌های کاری و شاغلان سایر حرفه‌ها نیست.

### نتیجه‌گیری

با توجه به آن‌که تعارض قادر است بر عملکرد و رفتارهای کارکنان پرستاری اثرات نامطلوب بگذارد، یکی از مهم‌ترین عواملی که می‌تواند باعث رفع تعارض به نحو مطلوب گردد، توانایی کارکنان در انتخاب سبک‌های کارآمد و اثربخش در حل تعارضات با تکیه بر باورهای آنان است و از آن‌جا که تصور محیط بدون تعارض دشوار است، آشنایی با سبک‌های مواجهه با تعارض و میزان اثرپذیری آن از عوامل مختلف برای ساماندهی نظام سلامت به‌طور کلی و پرستاری بالینی به‌طور خاص ضروری به‌نظر می‌رسد.

به این ترتیب می‌توان انتظار داشت که اصلاح عملکرد کارکنان پرستاری در گرو باورهای آنان امکان‌پذیر خواهد بود. پس لازم است در انتخاب کارکنان پرستاری و هم‌چنین در تنظیم برنامه‌های آموزش ضمن خدمت آن‌ها، به باورها و عقاید پرستاران که در پیوند با عملکرد بالینی آن‌ها مدنظر است، توجه ویژه‌ای مبذول نمود.

### تقدیر و تشکر

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از تمامی پرستاران زحمتکش و دلسوز که بدون یاری آنان، انجام این تحقیق میسر نبود، اعلام می‌دارند.

## منابع

- nursing supervision on nurses' experiences of well-being-- a Norwegian study. *J Nurs Manag* 2005; 13(3): 221-30.
- 12- Glickman CD, Gordon SP, Ross-Gordon JM. *Supervision of Instruction: A Developmental Approach*. Boston: Allyn and Bacon; 1990.
- ۱۳- رایبیزا. رفتار سازمانی. ترجمه ی پارسایان ع، اعرابی س م. چاپ دوم. تهران: دفتر پژوهش های فرهنگی؛ ۱۳۷۸.
- 14- Parker JM. Nursing on the medical ward. *Nurs Inq* 2004; 11(4): 210-7.
- 15- Suikkala A, Leino-Kilpi H. Nursing student-patient relationship: a review of the literature from 1984 to 1998. *J Adv Nurs* 2001; 33(1): 42-50.
- ۱۶- سعادت ا. فرآیند تصمیم گیری در سازمان. تهران: انتشارات دانشگاه تهران؛ ۱۳۷۲.
- 17- Cooke H. The surveillance of nursing standards: an organisational case study. *Int J Nurs Stud* 2006; 43(8): 975-84.
- 18- Hayhurst A, Saylor C, Stuenkel D. Work environmental factors and retention of nurses. *J Nurs Care Qual* 2005; 20(3): 283-8.
- ۱۹- اکبری ف، توفیقی ش، ترابی ا، عرب م، طراحی م. رابطه ی سبک رهبری و مدیریت تعارض در مدیران بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی لرستان. فصلنامه علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان ۱۳۸۴؛ دوره ۷ (شماره ۲): ۸-۵۱.
- 20- Smith P. B. Social service teams and their managers. *Br J Soc Work* 1984; 14(1) ; 601-13.
- 21- Kramer M, Maguire P, Schmalenberg C, et al. Nurse manager support: what is it? Structures and practices that promote it. *Nurs Adm Q* 2007; 31(4): 325-40.
- 1- Aiken L, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Int J Qual Health Care* 2002; 14(1): 5-13.
- 2- Adams A, Bond S. Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *J Adv Nurs* 2000; 32(3): 536-43.
- 3- Krogstad U, Hofoss D, Hjortdahl P. Doctor and nurse perception of inter- professional co-operation in hospitals. *Int J Qual Health Care* 2004; 16(6): 491-7.
- 4- Mrayyan MT, Modallal R, Awamreh K, Atoum M, Suliman S. Readiness of organizations for change, motivation and conflict-handling intentions: senior nursing students' perceptions. *Nurse Educ Pract* 2008; 8(2): 120-8.
- 5- Huber D. *Leadership and Nursing Care Management*, 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders; 2006, p. 922.
- 6- Tomey AM. *Nursing Management & Leadership*. 7th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2004. P. 716 -723
- 7- Vivar CG. Putting conflict management into practice: a nursing case study. *J Nurs Manag* 2006; 14(3): 201-6.
- 8- Edmonstone J, Western J. Leadership development in health care: what do we know? *J Manag Med* 2002; 16(1): 34-47.
- ۹- باباپور خیرالدین ج. رابطه ی بین شیوه های حل تعارض ارتباطی و سلامت روان شناختی در دانشجویان. فصلنامه علمی- پژوهشی دانشگاه تبریز ۱۳۸۵؛ دوره ۱ (شماره ۴): ۲۹-۴۵.
- 10- Davies HT, Harrison S. Trends in doctor-manager relationships. *BMJ* 2003; 326 (7390): 646-9.
- 11- Bégat I, Ellefsen B, Severinsson E. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical