



Investigating the Relationship between Resilience and Conflict Management Styles from the Perspective of Nurses in Hospitals Affiliated with Golestan University of Medical Sciences

Ahmad Nooreddini¹, Maryam Anemohammadzadeh², Mousa Ghelichi-Ghojogh³,
Mohammad Ali Mardom⁴, Mahtab Farahani⁵, Jebreil Balafkan^{2*}

1- Assistant Professor, Department of Nursing, Gonbad Kavous School of Nursing, Golestan University of Medical Sciences, Gonbad Kavous, Iran.

2- MSc, Department of Nursing, Gonbad Kavous School of Nursing, Golestan University of Medical Sciences, Gonbad Kavous, Iran.

3-Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Metabolic Disorders Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

4- PhD Student, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

5- PhD Student, School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Jebreil Balafkan, Department of Nursing, Gonbad Kavous School of Nursing, Golestan University of Medical Sciences, Gonbad Kavous, Iran.

E-mail: jebreil2729@gmail.com

Received: 2026/02/25

Accepted: 2026/05/19

Abstract

Introduction: Conflict is inevitable in high-tension healthcare environments, and its effective management is crucial for maintaining optimal performance of nursing teams. Given the role of resilience as a psychological capacity for adapting to difficult conditions, this study aimed to determine the relationship between resilience and conflict management styles among nurses.

Methods: This analytical cross-sectional study was conducted in 2025 on 240 nurses working in hospitals affiliated with Golestan University of Medical Sciences in Gonbad-e Kavous. Stratified random sampling with proportional allocation was employed. Data were collected using the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) and Rahim Organizational Conflict Inventory-II (ROCI-II). Analysis was performed using SPSS version 26, employing Pearson correlation and ANOVA tests.

Results: The mean resilience score of participants was 71.52 ± 14.38 , and the mean total conflict management score was 92.05 ± 17.08 . A significant but weak correlation was observed between total resilience score and total conflict management styles score ($r=0.137$, $p=0.034$). Specifically, this relationship was positive and significant with dominating ($p=0.041$), compromising ($p=0.028$), and integrating ($p=0.024$) styles, but no significant relationship was found with avoiding and obliging styles. None of the demographic variables showed a statistically significant association with resilience scores.

Conclusion: The results indicated that resilience has a positive and significant relationship with dominating, compromising, and integrating conflict management styles. Given the weak nature of this relationship, implementing integrated organizational interventions that simultaneously enhance resilience and provide practical training in constructive conflict management styles particularly integrating and compromising is recommended to reduce destructive conflicts and improve care quality.

Keywords: Conflict Management Styles, Hospitals, Resilience, Nurses.

How to cite this article: Ahmad Nooreddini, Maryam Anemohammadzadeh, Mousa Ghelichi-Ghojogh, Mohammad Ali Mardom, Mahtab Farahani, Jebreil Balafkan, Investigating the Relationship between Resilience and Conflict Management Styles from the Perspective of Nurses in Hospitals Affiliated with Golestan University of Medical Sciences, Iranian Journal of Nursing Research (IJNR).2026. P:18-29 (in Persian).

Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).





بررسی ارتباط میزان تاب آوری با سبک‌های مدیریت تعارض از دیدگاه پرستاران بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گلستان

احمد نورالدینی^۱، مریم آنه محمدزاده^۲، موسی قلیچی قوجق^۳، محمدعلی مردم^۴، مهتاب فراهانی^۵، جبرائیل بال افکن^{۲*}

۱. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری گنبد کاووس، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گنبد کاووس، ایران.
۲. کارشناس ارشد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری گنبد کاووس، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گنبد کاووس، ایران.
۳. استادیار اپیدمیولوژی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات اختلالات متابولیک پژوهشکده زیست پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۴. دانشجوی دکتری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
۵. دانشجوی دکتری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: جبرائیل بال افکن، دانشکده پرستاری گنبد کاووس، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گنبد کاووس، ایران .
ایمیل: jebreil2729@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۲/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۲/۶

چکیده

مقدمه: تعارض در محیط‌های پر تنش مراقبت سلامت امری اجتناب‌ناپذیر است و مدیریت اثربخش آن برای حفظ عملکرد مطلوب تیم‌های پرستاری حیاتی می‌باشد. با توجه به نقش تاب‌آوری به عنوان یک ظرفیت روان‌شناختی مؤثر در سازگاری با شرایط دشوار، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین تاب‌آوری و سبک‌های مدیریت تعارض در پرستاران انجام شد.

روش کار: این مطالعه تحلیلی-همبستگی در سال ۱۴۰۴ بر روی ۲۴۰ پرستار بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گلستان در گنبدکاووس انجام شد. نمونه‌گیری به روش تصادفی طبقه‌ای با تخصیص متناسب بود. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد تاب‌آوری کونور-دیویدسون (CD-RISC) و سبک‌های مدیریت تعارض رحیم (ROCI-II) جمع‌آوری و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمره تاب‌آوری شرکت‌کنندگان $71/52 \pm 14/38$ و میانگین نمره کل مدیریت تعارض $92/05 \pm 17/08$ بود. بین نمره کل تاب‌آوری و نمره کل سبک‌های مدیریت تعارض رابطه‌ای معنادار ولی ضعیف مشاهده شد ($r=0/137$, $p=0/034$). این رابطه به طور خاص با سبک‌های تسلط ($p=0/041$)، مصالحه ($p=0/028$) و یکپارچه‌سازی ($p=0/024$) مثبت و معنادار بود، اما با سبک‌های اجتنابی و ملزم شده رابطه معناداری نداشت. هیچ‌یک از متغیرهای دموگرافیک با نمره تاب‌آوری ارتباط آماری معنی‌داری نشان ندادند.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد تاب‌آوری با سبک‌های تسلط، مصالحه و یکپارچه‌سازی مدیریت تعارض ارتباط مثبت و معناداری دارد. با توجه به ضعیف بودن این رابطه، طراحی مداخلات سازمانی یکپارچه که همزمان به تقویت تاب‌آوری و آموزش کاربردی سبک‌های مدیریت تعارض سازنده به ویژه یکپارچه‌سازی و مصالحه بپردازند، برای کاهش تعارضات مخرب و ارتقای کیفیت مراقبت پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری، پرستاران، سبک‌های مدیریت تعارض، بیمارستان‌ها.

مقدمه

تعارض، امری طبیعی و رویدادی اجتناب ناپذیر در روابط فردی و سازمانی است (۱). به اعتقاد دوبرین (Dubrin) تعارض در محیط‌های رقابتی ناشی از تفاوت در نیازها، اهداف، عقاید یا ارزش‌های افراد است و اغلب با احساساتی مانند خشم، درماندگی، اضطراب و ترس همراه می‌باشد (۲). تعارض در حد معقول یک جنبه طبیعی و مطلوب در هر رابطه‌ای است و اگر مدیریت تعارض به شکل سازنده صورت گیرد بسیار ارزشمند خواهد بود (۳، ۴). امروزه خدمات مراقبت سلامت توسط تیم‌های چندتخصصی در محیط‌های پرتنش ارائه می‌شود و کارکنان این حوزه روزانه با حجم بالایی از تعارضات درونی و بیرونی مواجه هستند (۲)، پرستاران بیمارستان نیز از این قاعده مستثنی نیستند (۵). مطالعه‌ای در ژاپن نشان می‌دهد که تعارضات پرستاری معمولاً ناشی از هفت عامل است: توانایی‌های شخصی، روابط با تیم پزشکی، محیط کار، فرآیند تصمیم‌گیری، تعامل با خانواده بیمار، مدیریت درد و محدودیت‌های پزشکی (۵). در ترکیه؛ ۹۱٪ پرستاران تعارض را تجربه کرده و مهم‌ترین علت آن را شرایط کاری، ارتباطات ناکافی و عدم تعادل قدرت معرفی کرده‌اند (۶، ۷). پژوهشی در اردن نشان می‌دهد که استفاده مؤثر مدیران پرستاری از سبک‌های مدیریت تعارض، موجب افزایش ماندگاری پرستاران در شغل خود می‌شود (۸). در ایران نیز پژوهش‌ها حاکی از آن است که اکثر پرستاران، سطح متوسط تعارض شغلی را تجربه کرده‌اند (۱). از طرفی تعارض بین کارکنان بخش سلامت بر روی بیماران اثرات منفی دارد، بنابراین توانمندی در مدیریت تعارض باید اولویتی در بین پزشکان، پرستاران و دیگر مراقبین سلامت باشد (۹). مدیریت تعارض در واقع به معنای شناسایی و اداره تعارض به صورت معقول و منصفانه است (۱۰).

شیوه‌ها و الگوهای رفتاری مورد استفاده افراد هنگام بروز تعارض در برخورد با طرف مقابل یا طرف‌های درگیر، به‌منظور حل و فصل تعارض، سبک‌های مدیریت تعارض نامیده می‌شود (۱۱). رحیم (M. Afzalur Rahim) در سال ۱۹۸۳ با دیدگاه توجه به خود و توجه به دیگران، پنج سبک برای مدیریت تعارض ذکر کرده است. سبک‌ها عبارت‌اند از: ۱) سبک تسلط (Dominating Style)؛ تمرکز بر منافع خود و بی‌توجهی به خواسته‌های طرف مقابل ۲) سبک

یکپارچه‌سازی (Integrating Style)؛ تلاش دو طرف برای رسیدن به راه‌حلی که منافع هر دو را به بهترین شکل تأمین کند ۳) سبک اجتنابی (Avoiding Style)؛ زمانی اتفاق می‌افتد که شخص سعی می‌کند از پدیده تعارض دوری کند. ۴) سبک ملزم شده (Obliging Style)؛ یک طرف برای تداوم روابط سعی می‌کند تا باگذشت، پا روی خواسته‌های خویش گذاشته تا طرف دیگر به خواسته‌هایش دست یابد. ۵) سبک مصالحه (Compromising Style)؛ هر دو طرف با کاستن از خواسته‌های خود، به راه‌حلی میانه می‌رسند (۱۲-۱۵).

یکی از سازمان‌هایی که به دلیل ارتباطات پیچیده، محدودیت زمانی، انتظارات بالا و فشار تصمیم‌گیری در موقعیت‌های بحرانی، شرایطی را برای ایجاد تعارض در شاغلان آن فراهم می‌سازد؛ بیمارستان است (۲). بدون شک، این تعارضات به وضوح بر کیفیت عملکرد پرستاران تأثیر منفی گذاشته و به محیط کار آسیب می‌رساند، این شرایط نه تنها هماهنگی تیم را مختل می‌کند، بلکه پیامدهای نامطلوبی برای سلامت روان و جسم افراد دارد (۴، ۱۶). فلذا شناسایی عوامل مرتبط بر آن ضروری است و به همین دلیل محققین عوامل زیادی را تأثیرگذار بر سبک‌های مدیریت تعارض می‌دانند که عبارت‌اند از ویژگی‌های شخصی، ارزش‌ها، اخلاق شخصی، ادراک، ضوابط و مقررات، فرهنگ سازمانی، ساختار سازمانی، تکنولوژی و بزرگی سازمان (۱۷). یکی از مهم‌ترین سازه‌های شخصیتی که می‌تواند با مدیریت تعارض ارتباط داشته باشد تاب‌آوری می‌باشد (۱۸، ۱۹).

تاب‌آوری به معنای توانایی تحمل، سازگاری با بحران‌های زندگی و غلبه بر آن‌هاست (۲۰). درواقع تاب‌آوری شرکت فعال و سازنده فرد در محیط و نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی محسوب می‌شود (۲۱). برخی از محققان این مفهوم را برای متخصصان مراقبت‌های بهداشتی به کار برده‌اند و بیان کرده‌اند که تاب‌آوری توانایی حفظ رفاه شخصی و حرفه‌ای برای مقابله با استرس و ناملازمات در محل کار است (۲۲). در سال‌های اخیر، تاب‌آوری در پرستاری توجه زیادی را به خود جلب کرده است.

تاب‌آوری به معنای توانایی تبدیل چالش‌های محیط کار به فرصتی برای رشد حرفه‌ای، نقش مهمی در سلامت

گرفته شود.

روش کار

در این مطالعه تحلیلی-همبستگی که در سال ۱۴۰۴ انجام گرفت، جامعه آماری و محیط پژوهش شامل تمام پرستاران رسمی، پیمانی، قراردادی، طرحی و شرکتهای بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گلستان در گنبد کاووس (بیمارستان شهید مطهری، شهید، پیامبر اعظم (ص) و طالقانی) که بالای ۶ ماه سابقه کار (۱) بودند، است. معیارهای ورود شامل تمایل به شرکت در مطالعه، داشتن مدرک تحصیلی کارشناسی یا بالاتر در رشته پرستاری و معیارهای خروج شامل پر کردن ناقص پرسشنامه حتی یک سوال، گذراندن کلاس یا کارگاههای مدیریت تعارض و تاب آوری بود. حجم نمونه با توجه به ضریب همبستگی بین دو متغیر تاب آوری و مدیریت تعارض ($r = 0.18$) گزارش شده در مطالعه بالافکن و همکاران (۲۴)، بر اساس فرمول زیر با در نظر گرفتن سطح معنی داری ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۹۰ حداقل حجم نمونه ۲۴۰ نفر برآورد گردید.

$$n = \left[\frac{Z_{\alpha} + Z_{\beta}}{C} \right]^2 + 3 \rightarrow \left[\frac{1.96 + 0.8416}{0.1820} \right]^2 + 3 = 240$$

بود. فرم مشخصات جمعیت شناختی و شغلی شامل ۸ سوال مربوط به سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت استخدامی، سابقه کار، ساعت اضافه کاری و قومیت است.

جهت بررسی میزان تاب آوری پرستاران از پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون استفاده شد. پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون ۲۵ گویه دارد که در یک طیف لیکرت ۵ تایی (کاملاً نادرست ۰)، (بندرت درست ۱)، (گاهی درست ۲)، (اغلب درست ۳)، (همیشه درست ۴) نمره گذاری می شود. بنابراین، حداقل نمره در این پرسشنامه ۰ و حداکثر ۱۰۰ است، هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان تاب آوری بیشتر فرد پاسخ دهنده خواهد و برعکس. نقطه برش این پرسشنامه امتیاز ۵۰ می باشد. به عبارتی، نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب آوری خواهد بود و هرچه این امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد، به همان میزان شدت تاب آوری

روانی پرستاران دارد. پژوهشی نشان می دهد پرستارانی که از تاب آوری بالاتری برخوردارند، شادابی حرفه ای بیشتر و فرسودگی عاطفی کمتری تجربه می کنند (۲۳). تاب آوری به عنوان یک عامل محافظتی در برابر مشکلات سلامت روانی شناخته شده است، و نشان داده شده است که نقش مفیدی در کاهش فرسودگی شغلی و بار کاری درک شده در پرستاران اورژانس دارد (۲۲).

باوجود توافق در مورد اهمیت مسئله تاب آوری به عنوان ویژگی شخصیتی مثبت و همچنین اهمیت موضوع مدیریت تعارض در میان کارکنان مراقبت سلامت؛ در مورد ارتباط میزان تاب آوری با سبکهای مدیریت تعارض در پرستاران و عواقب عدم مدیریت مناسب تعارض بر سیستم بهداشتی درمانی و بیماران، مطالعات کمتری انجام شده؛ بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط میزان تاب آوری با سبکهای مدیریت تعارض از دیدگاه پرستاران بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام شد و نتایج یافته های پژوهش حاضر می تواند در حیطه های آموزش، مدیریت، خدمات و پژوهش به کار

با توجه به اینکه تعداد کل پرستاران بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گلستان در شهرستان گنبد کاووس، ۹۱۲ نفر بود (بیمارستان پیامبر اعظم: ۲۷۰ نفر، بیمارستان شهید: ۱۶۰ نفر، بیمارستان مطهری: ۳۲۹ نفر و بیمارستان طالقانی: ۱۵۳ نفر). پس از اخذ کد اخلاق با استفاده از نمونه گیری طبقه ای با تخصیص متناسب از بیمارستان پیامبر اعظم ۷۱ نمونه، شهید ۴۲ نمونه، مطهری ۸۷ نمونه و بیمارستان طالقانی ۴۰ نمونه گرفته شد. جهت انتخاب نمونه در هر بیمارستان ابتدا اسامی پرستاران بر حسب شماره گذاری لیست و با استفاده از نرم افزار اکسل (Sampling) به صورت تصادفی ساده انتخاب شد.

ابزارهای پژوهش شامل فرم مشخصات جمعیت شناختی، پرسشنامه تاب آوری کونور-دیویدسون (Connor-Davidson Resilience Scale) و پرسشنامه سبکهای مدیریت تعارض رحیم-II (Rahim Organizational Conflict Inventory-II)

فرد نیز بالاتر خواهد و برعکس. سوالات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۳، ۲۴ و ۲۵ جهت سنجش زیر مقیاس تصور از شایستگی فردی، سوالات ۶، ۷، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ جهت سنجش زیرمقیاس اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی، سوالات ۱، ۲، ۴، ۵ و ۸ جهت سنجش زیرمقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن سوالات ۱۳، ۲۱ و ۲۲ جهت سنجش زیرمقیاس کنترل و زیرمقیاس تأثیرات معنوی با سوالات ۳ و ۹ سنجیده می شوند. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آنست که این آزمون دارای ۵ عامل؛ تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است (۲۵، ۲۶). کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته ای ۰/۸۷ بوده است (۲۷).

مقیاس تاب آوری توسط محمدی و همکاران برای کاربرد در ایران بومی سازی شده است. روایی آن با استفاده از همبستگی گویه ها با نمره کل و تحلیل عاملی تأیید شده است. پایایی مقیاس نیز با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است (۲۸). در پژوهش بال افکن و همکاران نیز پایایی این مقیاس ۰/۸۹ به دست آمده است (۲۴). جهت بررسی سبک های مدیریت تعارض از پرسشنامه سبک های مدیریت تعارض رحیم (ROCI-II) استفاده شد. این پرسشنامه ۲۸ گویه دارد که سبک های مدیریت تعارض را در ۵ سبک ارزیابی می نماید که شامل سبک مسلط، ملزم شده، مصالحه، یکپارچه سازی و سبک اجتنابی می باشد. سبک تسلط با ۵ گویه شامل گویه های ۸، ۹، ۱۸، ۲۱، ۲۵، سبک ملزم شده با ۶ گویه شامل گویه های ۲، ۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۹، ۲۴، سبک مصالحه با ۴ گویه شامل گویه های ۷، ۱۴، ۱۵، ۲۰، سبک یکپارچه سازی با ۷ گویه شامل گویه های ۱، ۴، ۵، ۱۲، ۲۲، ۲۳، ۲۸ و سبک اجتنابی با ۶ گویه شامل گویه های ۳، ۶، ۱۶، ۱۷، ۲۶، ۲۷ ارزیابی می گردند. نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ تایی به صورت کاملاً مخالفم: نمره ۱، مخالفم: نمره ۲، نظری ندارم: نمره ۳، موافقم: نمره ۴، و کاملاً موافقم: نمره ۵ می باشد. هر یک از گویه ها می توانند نمره ای از ۱ تا ۵ را

کسب کنند و سپس با توجه به تعداد گویه های هر زیر مقیاس نمره کلی آن زیر مقیاس بدست می آید. نمره هر کدام از این زیر مقیاس که بیشتر باشد نشان دهنده این است که فرد بیشتر از آن سبک برای حل تعارض خود استفاده می کند. محدوده امتیاز آن بین ۲۸ تا ۱۴۰ بوده است. هر چه این امتیاز به ۱۴۰ نزدیک تر باشد، از سبک های مدیریت تعارض بیشتری استفاده می کند. در پژوهشی که رحیم و مگنر (Nace R. Magner) در سال ۱۹۹۵ انجام شده بود نتایج نشان داد که پرسشنامه سبک های مدیریت تعارض رحیم (ROCI-II) از روایی همگرا و افتراقی مطلوبی برخوردار است. همسانی درونی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۵ گزارش شد (۲۹).

در مطالعه آهنگیان و همکاران، روایی نسخه فارسی پرسشنامه بر روی پرستاران بخش مراقبت های ویژه تأیید شده است، پایایی آن نیز با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش شده است (۱۲). در پژوهش بال افکن و همکاران آلفا کرونباخ پرسشنامه سبک های مدیریت تعارض رحیم - II، ۰/۸۶ به دست آمده است (۲۴).

تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. در بخش توصیف متغیرها از درصد، فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در بخش آزمون فرضیه ها نیز از تحلیل همبستگی، آزمون تی تست، تحلیل واریانس استفاده گردید. جهت بررسی فرض نرمال از آزمون کولموگوروف اسمیرنوف شد که داده ها از توزیع نرمال برخوردار بودند. در کلیه موارد تجزیه تحلیل آماری، سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه ۲۴۰ پرستار با میانگین سن و سابقه کاری به ترتیب ۳۲/۵±۷/۰، ۸/۳±۶/۱ شرکت داشتند. از این تعداد پرستار ۷۰ درصد (۱۶۸ نفر) زن، ۹۵ درصد (۲۲۸ نفر) دارای مدرک تحصیلی کارشناسی، ۷۴ درصد (۱۷۸ نفر) متأهل، ۴۸ درصد (۱۱۷ نفر) رسمی و ۶۷ درصد (۱۶۱ نفر) ترکمن بودند که جزئیات مشخصات شرکت کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک پرستاران شرکت کننده در مطالعه

متغیر	تعداد	درصد
جنسیت		
زن	۱۶۸	۷۰٪
مرد	۷۲	۳۰٪
تحصیلات		
کارشناسی	۲۲۸	۹۵٪
کارشناسی ارشد و بالاتر	۱۲	۵٪
وضعیت تأهل		
متاهل	۱۷۸	۲/۷۴٪
مجرد	۶۲	۸/۲۵٪
وضعیت استخدامی		
رسمی	۱۱۷	۷/۴۸٪
پیمانی	۱۷	۱/۷٪
قراردادی	۹	۸/۳٪
شرکتی	۶	۵/۲٪
طرحی	۹۱	۹/۳۷٪
قومیت		
ترکمن	۱۶۱	۶۷٪
فارس	۴۷	۶/۱۹٪
بلوچ	۳	۳/۱٪
ترک	۱۴	۸/۵٪
سیستانی	۱۵	۳/۶٪
سن (سال)	میانگین $\pm$ انحراف معیار	۳۲/۵۶ $\pm$ ۷/۰۱
سابقه کار (سال)	میانگین $\pm$ انحراف معیار	۸/۳۹ $\pm$ ۶/۱۹
ساعت اضافه کار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	۵۹/۴۰ $\pm$ ۵۳/۲۶

نمره ۲۸ و بیشترین نمره ۱۴۰ بود. میانگین نمرات ابعاد تاب آوری و سبک‌های مدیریت تعارض در جدول ۲ قابل مشاهده است.

طبق جدول ۲ میانگین نمره تاب آوری پرستاران $۷۱/۵۲ \pm ۱۴/۳۸$ و کمترین نمره ۱۳ و بیشترین نمره ۱۰۰ است. از طرفی میانگین نمره سبک‌های مدیریت تعارض $۹۲/۰۵ \pm ۱۷/۰۸$ و کمترین

جدول ۲: میانگین نمرات تاب آوری، سبک‌های مدیریت تعارض و ابعاد آن‌ها

متغیر	میانگین نمره	انحراف معیار	کمترین نمره	بیشترین نمره
تاب آوری (کل)	۷۱/۵۲	۱۴/۳۸	۱۳	۱۰۰
مؤلفه تصور از شایستگی فردی	۲۳/۱۵	۵/۲۱	۴	۳۲
مؤلفه اعتماد به غرایز فردی	۱۸/۸۶	۴/۵۵	۱	۲۸
مؤلفه پذیرش مثبت تغیر و روابط ایمن	۱۴/۸۵	۲/۹۸	۲	۲۰
مؤلفه کنترل	۸/۷۰	۲/۱۴	۱	۱۲
مؤلفه تأثیرات معنوی	۵/۹۴	۱/۵۹	۱	۸
سبک‌های مدیریت تعارض (کل)	۹۲/۰۵	۱۷/۰۸	۲۸	۱۴۰
سبک تسلط	۱۴/۸۸	۳/۹۸	۵	۲۵
سبک ملزم شده	۱۸/۱۳	۴/۴۲	۶	۳۰
سبک مصالحه	۱۳/۷۴	۲/۷۹	۴	۲۰
سبک یکپارچه سازی	۲۶/۰۲	۵/۰۳	۷	۳۵
سبک اجتنابی	۱۹/۲۶	۴/۶۹	۶	۳۰

براساس جدول ۳ بین نمرات متغیرهای تاب آوری و سبک‌های مدیریت تعارض از لحاظ آماری رابطه معنی‌داری وجود دارد ($r=0/137$ ، $p=0/034$) که این رابطه معنی‌داری نیز وجود دارد (به‌ترتیب $p=0/041$ ، $p=0/028$ ، $p=0/024$).

جدول ۳: رابطه نمرات تاب آوری با نمرات سبک‌های مدیریت تعارض و ابعاد آن

سبک‌های مدیریت تعارض	سبک تسلط	سبک ملزم شده	سبک مصالحه	سبک یکپارچه سازی	سبک اجتنابی
همبستگی پیرسون	۰/۱۳۷	۰/۱۳۲	۰/۰۹۵	۰/۱۴۲	۰/۰۵۳
تاب آوری	۰/۰۳۴	۰/۰۴۱	۰/۱۳۵	۰/۰۲۸	۰/۰۴۱۲
p-value					

یافته‌های این مطالعه نشان داد هیچ رابطه معنی‌داری بین نمره تاب‌آوری و مشخصات دموگرافیک پرستاران وجود ندارد. میانگین نمرات تاب‌آوری پرستاران براساس مشخصات دموگرافیک در جدول ۴ قابل مشاهده است.

جدول ۴: میانگین نمرات تاب آوری و ارتباط آن با مشخصات دموگرافیک پرستاران

متغیرهای دموگرافیک	میانگین (انحراف معیار)	تاب آوری	آماره آزمون	p-value
جنسیت				
زن	۷۰/۴۱ (۱۴/۱۶)		$t(238) = -1/842$	۰/۰۶۷
مرد	۷۴/۱۲ (۱۴/۶۶)			
وضعیت تأهل				
متاهل	۷۱/۳۴ (۱۴/۵۲)		$t(238) = 0/139$	۰/۸۸۹
مجرد	۷۵/۰۰ (۱۱/۳۸)			
تحصیلات				
کارشناسی	۷۱/۶۰ (۱۴/۶۵)		$F(1,238) = 0/736$	۰/۳۹۲
کارشناسی ارشد و بالاتر	۷۱/۳۰ (۱۳/۷۰)			
وضعیت استخدامی				
رسمی	۷۱/۵۷ (۱۵/۰۰)			
پیمانی	۷۱/۸۸ (۱۸/۳۴)		$F(4,235) = 0/297$	۰/۲۹۷
قراردادی	۷۴/۳۳ (۱۳/۷۶)			
شرکتی	۷۶/۱۶ (۵/۵۲)			
طرحی	۷۰/۸۱ (۱۳/۳۵)			
قومیت				
ترکمن	۷۱/۱۶ (۱۴/۷۲)			
فارس	۷۲/۴۰ (۱۳/۹۹)		$F(4,235) = 0/286$	۰/۸۸۷
بلوچ	۷۵/۶۶ (۱۶/۰۱)			
ترک	۷۳/۸۵ (۱۴/۷۴)			
سیستانی	۶۹/۶۰ (۱۲/۵۵)			
سن (سال)	–		$t(238) = 0/021$	۰/۷۴۵
سابقه کار (سال)	–		$t(238) = 0/016$	۰/۸۰۵
ساعت اضافه کار	–		$t(238) = 0/010$	۰/۸۸۱

مدیریت تعارض باید اذعان شود که تاب‌آوری با نمره کل سبک‌های مدیریت تعارض و بخصوص با سبک‌های تسلط، مصالحه و یکپارچه‌سازی از نظر آماری رابطه معنادار دارد و با سبک‌های ملزم شده و اجتنابی از نظر آماری رابطه معنادار ندارد. پرستاران به‌عنوان یکی از گروه‌های حرفه‌ای در حوزه سلامت، در معرض سطوح بالایی از تعارض بین‌فردی و

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه میزان تاب‌آوری با سبک‌های مدیریت تعارض از دیدگاه پرستاران بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گلستان در گنبدکاووس در سال ۱۴۰۴ انجام گرفت. طبق نتایج به دست آمده در خصوص تعیین رابطه بین تاب‌آوری با سبک‌های

سرپرستان، فرهنگ بخش و آموزش‌های اختصاصی مدیریت تعارض احتمالاً سهم به مراتب بزرگ‌تری در تعیین سبک مدیریت تعارض پرستاران دارند. بنابراین، مداخلات سازمانی باید چندوجهی طراحی شوند.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که هیچ یک از متغیرهای جمعیت شناختی با میانگین نمره تاب‌آوری از نظر آماری رابطه معنی‌داری ندارند. در مطالعه سبجانی فر و همکاران (۱۴۰۳) نیز بین میانگین نمره تاب‌آوری و مشخصات جمعیت شناختی مانند سن، جنسیت، سابقه کار و مدرک تحصیلی رابطه معنی‌داری وجود نداشته که با مطالعه حاضر همسو است (۳۲). در مطالعه ستوده و همکاران که در بخش مراقبت‌های ویژه انجام شده بود، نمره تاب‌آوری پرستاران متأهل از پرستاران مجرد بیشتر بوده است (۳۳) که این نتیجه با مطالعه حاضر همسو نیست. در مطالعه کراوولی و همکاران (۱۴۰۰) که با هدف تعیین رابطه تاب‌آوری با سلامت روان کارکنان عملیاتی اورژانس پیش بیمارستانی انجام شده است، نشان می‌دهد که وضعیت استخدامی کارکنان با نمره تاب‌آوری از نظر آماری رابطه معنادار دارد (۳۴) که یافته‌های مطالعه همخوانی ندارد. در راستای تبیین این یافته، می‌توان اینگونه استدلال نمود که به نظر می‌رسد در محیط‌های پرفشار و یکسان‌سازی شده‌ای مانند بخش‌های بیمارستانی، عوامل سازمانی و شرایط محیط کار (از قبیل فرهنگ حاکم بر بخش، حجم و پیچیدگی بار کاری، و سبک رهبری مدیران) تأثیر تعیین‌کننده‌تر و نیرومندتری بر سطح تاب‌آوری پرستاران داشته باشند تا متغیرهای فردی و جمعیت‌شناختی. به عبارت دیگر، فشارها و استرس‌های ساختاری و سیستماتیک نهادینه‌شده در چنین محیط‌هایی، ممکن است تا حد زیادی بر تفاوت‌های بالقوه ناشی از سن، جنسیت یا سابقه کار غلبه کرده و آنها را تحت‌الشعاع قرار دهد.

با توجه به شلوغی بخش‌ها، حضور پیوسته بیماران و همراهان، تعامل با پزشکان و کادر درمان چندتخصصی، نقش هماهنگ‌کننده و پاسخگویی مستمر پرستاران و مواجهه با چالش‌های اخلاقی و سازمانی، تاب‌آوری به یک ضرورت اساسی برای حفظ سلامت روانی و عملکرد مؤثر آنان تبدیل شده است. افراد تاب‌آور از سازگاری فردی بالایی در مواجهه با عوامل استرس‌زای محیطی برخوردارند. در مطالعه حاضر، میزان نمره تاب‌آوری پرستاران در حدود ۷۱ و در سطح متوسط گزارش شده است. در مطالعه جعفری و

تیمی قرار دارند. ماهیت ذاتی حرفه پرستاری که بر همکاری و وابستگی متقابل در تیم‌های چندرشته‌ای استوار است، به‌طور بالقوه زمینه‌ساز بروز اختلافات می‌شود. این تعارضات غالباً ریشه در عواملی همچون محدودیت منابع، تفاوت در سطوح مهارتی اعضای تیم، و رویکردهای رهبری دارد. پیامدهای چنین تعارضاتی قابل توجه بوده و می‌تواند به‌صورت افزایش خطاهای شغلی، کاهش عملکرد بالینی و افت رضایت بیماران تظاهر یابد (۳۰). نتایج مطالعه گرجی و همکاران (۱۴۰۱) نشان می‌دهد بین تاب‌آوری و سبک‌های مدیریت تعارض از نظر آماری رابطه معنادار وجود دارد. همچنین تاب‌آوری با سبک‌های مصالحه و یکپارچه‌سازی مدیریت تعارض ارتباط معنادار دارد (۲۴) که با مطالعه حاضر هم‌راستا است. نتایج مطالعه Farzana Ashraf (۲۰۲۳) که به بررسی راهبردهای خودتنظیمی مذهبی، خودمختاری، تاب‌آوری و مدیریت تعارض در میان دانشجویان مسلمان بین‌المللی در پاکستان پرداخته است، نشان‌دهنده وجود رابطه‌ای متوسط تا قوی بین سطح تاب‌آوری افراد و سبک‌های مدیریت تعارض مورد استفاده توسط آنان می‌باشد (۳۱) که نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همخوانی دارند. یافته‌های این مطالعه مبنی بر وجود رابطه معنادار بین تاب‌آوری با سبک‌های مدیریت تعارض «تسلط»، «مصالحه» و به‌ویژه «یکپارچه‌سازی» و عدم ارتباط آن با سبک‌های «اجتنابی» و «ملزم‌شده»، حاکی از آن است که پرستاران تاب‌آور، تمایل بیشتری به اتخاذ رویکردهای فعال، مشارکتی و حل مسئله‌محور در مواجهه با تعارضات دارند. این الگو همسو با ماهیت تاب‌آوری به‌عنوان ظرفیتی برای سازگاری مثبت و استفاده از منابع درونی و بیرونی در شرایط دشوار است. در مقابل، فقدان رابطه با سبک‌های اجتنابی و انفعالی (ملزم شده) نشان می‌دهد که تاب‌آوری به جای عقب‌نشینی یا تسلیم در برابر تعارض، با جستجوی راه‌حل‌های سازنده مرتبط است. همخوانی این نتایج با مطالعات داخلی و بین‌المللی، بر اعتبار یافته‌ها و جهان‌شمول بودن نسبی ارتباط بین تاب‌آوری و مدیریت فعال تعارض صحنه می‌گذارد. لازم به ذکر است که اگرچه رابطه از نظر آماری معنادار است، اما شدت این رابطه ضعیف می‌باشد ($r=0/137$). این امر نشان می‌دهد اگرچه تاب‌آوری یک عامل مرتبط با مدیریت تعارض است، اما سهم آن به تنهایی کم بوده و عوامل مهم دیگری مانند ساختار سازمانی، سبک رهبری

وجود سوگیری‌های پاسخ نظیر تمایل به ارائه‌ی تصویر اجتماعی مطلوب، یا تأثیر عوامل موقعیتی مانند خستگی، کم‌فرستی و عدم تمرکز شرکت‌کنندگان در زمان تکمیل پرسش‌نامه‌ها محتمل است. دوم، حالات روانی-هیجانی پرستاران در زمان جمع‌آوری داده‌ها، که می‌تواند متأثر از شرایط پویا و استرس‌زای محیط کار باشد، عاملی خارج از کنترل پژوهش بوده و ممکن است بر پاسخ‌ها اثر گذاشته باشد. سوم، با توجه به طرح مقطعی این مطالعه، استنباط روابط علی میان متغیرهای تاب‌آوری و سبک‌های مدیریت تعارض امکان‌پذیر نیست. در نهایت، نمونه‌گیری از یک دانشگاه علوم پزشکی خاص، هرچند با حجم نمونه مناسب، تعمیم‌پذیری نتایج را به سایر بافت‌های فرهنگی-سازمانی نیازمند احتیاط می‌سازد.

نتیجه‌گیری

تاب‌آوری به عنوان یک ظرفیت روان‌شناختی، با انتخاب و کاربرد سبک‌های مدیریت تعارض تسلط، مصالحه و یکپارچه‌سازی در میان پرستاران مرتبط است. این ارتباط در حالی مشاهده شد که سطح هر دو متغیر در نمونه مورد مطالعه در حد متوسط ارزیابی گردید و عوامل جمعیت‌شناختی نقش تعیین‌کننده‌ای در تاب‌آوری نشان ندادند. با توجه به این الگو، تمرکز صرف بر ویژگی‌های فردی کافی نبوده و ضرورت طراحی مداخلات سازمانی یکپارچه آشکار می‌شود. بنابراین پیشنهاد می‌گردد مدیران حوزه سلامت، با اجرای برنامه‌هایی که همزمان به تقویت تاب‌آوری و آموزش مهارت‌های عملی مدیریت تعارض در پرستاران می‌پردازند، گامی مؤثر در جهت کاهش تنش‌های شغلی، ارتقای عملکرد بالینی و در نهایت بهبود کیفیت مراقبت و رضایت بیمار بردارند.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گلستان، با کد IR.GOUMS.REC.1404.321 انجام شده است. این مطالعه مطابق با اصول اخلاقی مندرج در بیانیه هلسینکی صورت گرفته است. همچنین، رضایت کتبی آگاهانه از همه شرکت‌کنندگان اخذ شده و تمامی اطلاعات به دست آمده از شرکت‌کنندگان به طور کاملاً محرمانه و ناشناس باقی‌مانده است. تمام روش‌های این مطالعه مطابق با دستورالعمل‌ها و مقررات مرتبط انجام شده اند. این

همکاران (۱۴۰۱) که با هدف بررسی رابطه مقابله مذهبی با تاب‌آوری پرستاران بخش اورژانس انجام شده بود میزان تاب‌آوری ۶۵ و در حد متوسط گزارش شده است (۳۵) که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. پژوهش Fradelos و همکاران (۲۰۲۲) که به بررسی رابطه بین مذهبی بودن، اضطراب، افسردگی و تاب‌آوری پرستاران پرداخته است، سطح تاب‌آوری آنان را در حد متوسط گزارش کرده‌اند (۳۶) که یافته‌های مطالعه حاضر را تأیید می‌کند. با توجه به این که تاب‌آوری یک سازه محوری در توانمندسازی کادر درمان در مواجهه با استرس‌های شغلی مزمن محسوب می‌شود، همسویی معنادار یافته‌های حاضر با مطالعات داخلی و بین‌المللی، بر ثبات و اعتبار مفهوم «سطح تاب‌آوری متوسط» به عنوان یک الگوی شایع در جامعه پرستاری، علی‌رغم تفاوت‌های زمینه‌ای، صحه می‌گذارد. این همپوشانی، لزوم طراحی و اجرای مداخلات هدفمند سازمانی برای ارتقای نظام‌مند این صلاحیت روان‌شناختی را بیش از پیش ضروری می‌نماید. در یافته‌های مطالعه حاضر میانگین نمره کل سبک‌های مدیریت تعارض ۹۲ بدست آمده است. نتایج پژوهش گرجی و همکاران (۲۰۲۳) نشان می‌دهد که میانگین نمره سبک‌های مدیریت تعارض بین ۸۸ تا ۹۵ قرار دارد (۲۴) که با مطالعه حاضر در یک راستا است. به طور خلاصه، یافته‌های این مطالعه در کنار پژوهش‌های پیشین، تصویری نسبتاً پایدار از وضعیت تاب‌آوری و مدیریت تعارض در جامعه پرستاری ترسیم می‌کند: سطح متوسط هر دو سازه و ارتباط ضعیف اما جهت‌دار بین آن‌ها. این الگو زنگ خطری برای مدیران نظام سلامت است که محیط‌های کاری پرفشار، به خودی خود تاب‌آوری و مهارت مدیریت تعارض را در سطح مطلوب پرورش نمی‌دهند. پیشنهاد می‌گردد: اولاً، مطالعات آتی با طراحی طولی یا کیفی، به شناسایی سایر عوامل تعیین‌کننده قوی‌تر سبک‌های مدیریت تعارض بپردازند. ثانیاً، برنامه‌های مداخله‌ای ترکیبی شامل کارگاه‌های عملی مدیریت تعارض، اصلاح سبک رهبری سرپرستان و ایجاد سیستم پشتیبانی روانی-اجتماعی در کنار برنامه‌های تقویت تاب‌آوری، طراحی و اثربخشی آنها مورد سنجش قرار گیرد. در تفسیر و تعمیم یافته‌های این مطالعه، باید محدودیت‌های ذیل را مورد توجه قرار داد. نخست، داده‌ها با استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی گردآوری شده‌اند؛ بنابراین، علی‌رغم تلاش پژوهشگر برای فراهم‌آوردن فضایی مناسب و ارائه‌ی توضیحات کافی، امکان

معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی گلستان، معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری گنبد کاووس و کلیه پرستاران گرامی که در این پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنند.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچگونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

References

1. Azizzadeh T, Mozaffari N, Aghamohammadi M. Conflict and its Management in Intensive Care Units. *Faslname-i mudiriyyat-e paraštari*. 2021;10(3):50-7 [Persian].
2. 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].
3. Aditya S, Setyawan AA. Conflict management and job satisfaction in Indonesia's public organization. *Journal of International Business and Management*. 2021;4(2):1-14. <https://doi.org/10.37227/JIBM-2021-01-134>
4. Nikitara M, Dimalibot MR, Latzourakis E, Constantinou CS. Conflict Management in Nursing: Analyzing Styles, Strategies, and Influencing Factors: A Systematic Review. *Nursing Reports*. 2024;14(4):4173-92. <https://doi.org/10.3390/nursrep14040304>
5. Satake Y, Arao H. Conflict Experienced by Nurses Providing End-of-life Care in Emergency Departments in Japan. *Journal of trauma nursing : the official journal of the Society of Trauma Nurses*. 2019;26(3):154-63. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000441>
6. Başıoğlu C. Conflict management and teamwork in workplace from the perspective of nurses. *Perspectives in psychiatric care*. 2021;57(2):610-9. <https://doi.org/10.1111/ppc.12584>
7. Başıoğlu C, Özgür G. Role of emotional intelligence in conflict management strategies of nurses. *Asian nursing research*. 2016;10(3):228-33. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2016.07.002>
8. Al-Hamdan Z, Nussera H, Masa'deh R. Conflict management style of Jordanian nurse managers and its relationship to staff

مطالعه شامل هیچ آزمایش بالینی یا مداخلات درمانی نبوده است؛ بنابراین شماره آزمایش بالینی ندارد.

سپاسگزاری

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی با کد پژوهشیار «۱۱۵۲۴۰»، که در جلسه مورخ «۱۴۰۴/۰۸/۱۱» شورای تخصصی پژوهش و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان به تصویب رسیده است، می باشد. محققان از

- nurses' intent to stay. *Journal of nursing management*. 2016; 24 (2):E137-E45. <https://doi.org/10.1111/jonm.12314>
9. Etemadi R, Jafari N. Study the responsibility of nurses (professional ethics and human), the recovery rate of patients. *Military Caring Sciences Journal*. 2014;1(1):57-62. [Persian]. <https://doi.org/10.18869/acadpub.mcs.1.1.57>
 10. Robbins SP, Judge TA. *Organizational behavior*. 15 ed 2010.
 11. Awalluddin M, Maznorbalia A, Awalluddin M, Maznorbalia A. A systematic literature review of the preferred organizational conflict management styles in Malaysia. *Environment and Social Psychology*. 2023;8(2):1-13. <https://doi.org/10.54517/esp.v8i2.1597>
 12. Ahanchian MR, Zeydi AE, Armat MR. Conflict management styles among Iranian critical care nursing staff: a cross-sectional study. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2015;34(3):140-5. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000106>
 13. Hosseinzadeh A. The effect of nurses' conflict management styles on their burnout. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2016;5(1):60-9. [Persian]. <https://doi.org/10.29252/ijnv.5.1.60>
 14. Rahim MA. A strategy for managing conflict in complex organizations. *Human Relations*. 1985;38(1):81-9. <https://doi.org/10.1177/001872678503800105>
 15. Haghighi H, Zarei E, Ghaderi F. Factor structure and psychometric characteristics conflict resolution styles questionnaire Rahim (ROCI-II) in Iranian couples. *Counseling and family psychotherapy*. 2012;1(3):534-61. [Persian].
 16. Parvaresh-Masoud M, Cheraghi MA, Imanipour M. Workplace interpersonal conflict in prehospital emergency: Concept analysis. *Journal of Education and Health Promotion*. 2021;10:347.

- https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_213_21
17. Salar R, Kameli MJ, Jabbari A, Moradi G. Investigating the factors affecting the conflict between commanders and managers. Quarterly Journal of Disciplinary Management Studies. 2014;9(3):492-507. [Persian].
 18. Mohammadi P, Mahdian M. The relation between conflict management styles (accommodation, avoidance, competitive) with resilience in the first period high school educational managers of Kermanshah in academic year 94-95 (a gender based study). The Journal of Modern Thoughts in Education. 2016;11(3):95-104. [Persian].
 19. Golbariean M, Dehghan F. compare the management of conflict resolution, and resilience in working mothers and the unemployed Third International Conference on Recent Innovations in Psychology, Counseling and Behavioral Sciences: psychoconf.ir; 2016. p. [Persian].
 20. Namvar H, Ghasedi M. Interpersonal dependency and social support as the predictors of resilience among hypertensive patients with the mediating role of hope. Qom University of Medical Sciences Journal. 2020;14(7):31-9. [Persian]. <https://doi.org/10.29252/qums.14.7.31>
 21. Jahed Motlagh M, Younesi J, Azkosh M, Farzi M. The effect of training on psychological stress resiliency of female students living in dormitories. Journal of school psychology. 2015;4(2):7-21. [Persian].
 22. Sánchez-Zaballos M, Mošteiro-Díaz MP. Resilience among professional health workers in emergency services. Journal of emergency nursing. 2021;47(6):925-32. e2. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.07.007>
 23. Gagnon-Béland C, Austin S, St-Pierre L. Through thick and thin: nursing resilience as an adaptive psychological mechanism in the context of professional integration. BMC nursing. 2025;24(1):1367. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-04003-x>
 24. Balafkan J, Kaveh O, Hosseinnataj A, Jouybari L, Heidarigorji MA. The Relationship Between Resilience and Conflict Management Styles from the Perspective of the Prehospital Emergency Medicine Operational Staff: A Cross-sectional Descriptive Study. Journal of Nursing & Midwifery Sciences. 2023;10(4). <https://doi.org/10.5812/jnms-139502>
 25. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Depression and anxiety. 2003;18(2):76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
 26. Graminejad N, Ghorbani Moghaddam Z, Kazemi Majd R, Hosseini M. Association between Resilience and Intention to Leave Profession in Critical Care Nurses in Educational Hospitals of Birjand University of Medical Sciences in 2018: A Descriptive Study. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2020;18(11):1103-14. [Persian].
 27. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and anxiety. 2003;18(2):76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
 28. Mohammadi M, Jazayeri A, Rafieci A, Jokar B, Pourshahbaz A. Investigation of resilience factors in people at risk of drug abuse. Journal of Psychology Research, University of Tabriz. 2006;1(3-2):194-214. [Persian].
 29. Rahim MA, Magner NR. Confirmatory factor analysis of the styles of handling interpersonal conflict: First-order factor model and its invariance across groups. Journal of applied psychology. 1995;80(1):122. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.80.1.122>
 30. González-García A, Pinto-Carral A, Marqués-Sánchez P, Quiroga-Sánchez E, Bermejo-Martínez D, Pérez-González S. Characteristics of Nurse Managers' Conflict Management Competency. A Systematic Review. Journal of advanced nursing. 2025;81(4):1717-33. <https://doi.org/10.1111/jan.16600>
 31. Ashraf F, Zareen G, Yıldırım M. Religious self-regulation, self-determination, resilience, and conflict management strategies in a community sample of international Muslim students in Pakistan. Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought. 2023;42(3):323-45. <https://doi.org/10.1080/15426432.2023.2167255>
 32. Sobhanifar F, Rahgoi A, Fallahi- Khoshknab M, Vahedi M. The Relationship between Professional Identity and Resilience with the Quality of Nursing Care. Journal of Nursing Education. 2025;12(6):95-107 [Persian].
 33. Sotoodeh A, Rahmani-Anaraki H, Sabzi Z. Evaluation of resilience and its relationship with some individual professional factors of

- nurses working in the intensive care unit (ICU) of hospitals affiliated to Golestan University of Medical Sciences 2020. *Nursing Development in Health*. 2021;11(2):36-43 [Persian].
34. Keragholi AJ, Mojarad FA, Hosseinnataj A, Yaghoubi T, Jouybari L. Mental Health and Resilience in Emergency Medical Services Practitioners During the COVID-19 Pandemic. *Iranian Journal of Psychiatry & Behavioral Sciences/Progress in Psychiatry & Behavioral Sciences*. 2022;16(2). <https://doi.org/10.5812/ijpbs-121010>
35. Jafari H, Marzband R, Esmacili R, Mirshafiei N. Investigating the Relationship between Religious Coping and Resilience in Emergency Ward Nurses. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2022;10(4):24-32 [Persian].
36. Fradelos EC, Alikari V, Vus V, Papathanasiou IV, Tsaras K, Tzavella F, et al. Assessment of the relation between religiosity, anxiety, depression and psychological resilience in nursing staff. *HPR*. 2020;8(1). <https://doi.org/10.4081/hpr.2020.8234>