Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article

Volume 14, Issue 3, Autumn 2025

Relationship Between Nursing Leadership Styles, Work-Family Conflict, and Nursing Errors Among Clinical Nurses at Selected Hospitals in Urmia, Iran

Nastaran Sheidaei Khoshmehr[1], Monireh Rezaee Moradali[2*], Esfandyar Baljani[3]

1- Department of Nursing, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran.
2- Department of Midwifery, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran.
3- Department of Nursing, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran.

Corresponding Author: Monireh Rezaee Moradali, Department of Midwifery, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran.
Email: m.rezaee1351@iau.ac.ir

Received: 2026/10/03 Accepted: 2026/10/31

Abstract

Introduction: Nurse supervisors' leadership style and nurses' work-family balance are important determinants of the quality and safety of nursing care. Work-family conflict and nursing errors are important challenges for health systems, yet evidence on the simultaneous role of leadership style in both outcomes is scarce. This study aimed to determine the relationship between nursing leadership styles (relationship-oriented and task-oriented) and work-family conflict and nursing errors among clinical nurses at Selected hospitals in Urmia, Iran, Iran.

Methods: This descriptive-correlational study was conducted on 133 clinical nurses selected through multistage cluster sampling in 2025. Data were collected using a demographic questionnaire, the Burdens and Metzkas Leadership Style Questionnaire, the Carlson et al. (2000) Work-Family Conflict Questionnaire, and a localized Nursing Error Questionnaire, and were analyzed using Spearman correlation and multiple linear regression in SPSS version 22 (significance level 0.05).

Results: Of the 133 nurses, 66.2% were women, and the mean age was 32.54 ± 7.12 years. Neither leadership style was significantly correlated with nursing errors (relationship-oriented: $p = 0.093$, $p= 0.296$; task-oriented: $\rho = 0.096$, $p = 0.299$). Relationship-oriented leadership was significantly and positively correlated with work-to-family conflict ($\rho = 0.256$, $p= 0.005$), family-to-work conflict ($\rho = 0.202$, $p= 0.025$), and total work-family conflict ($\rho = 0.218$, $p= 0.017$), and significantly predicted total conflict in multiple regression (Beta = 0.284, $p = 0.003$), whereas task-oriented leadership showed no significant association with any conflict dimension. Work-family conflict was not significantly correlated with nursing errors (all $p>0.34$).

Conclusion: Contrary to expectation, supervisors' relationship-oriented leadership was associated with increased, rather than decreased, work-family conflict among nurses, while nursing errors appeared independent of both leadership style and work-family conflict. Leadership training for nursing supervisors should combine relationship-oriented skills with workload-management and work-family balance strategies.

Keywords: Leadership style; Work-family conflict; Nursing errors; Nurses.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-21]

Extended Abstract

Introduction

Hospitals are among the most complex institutions providing health services, and nurses, as the largest group of professional healthcare providers, play a key role within them (1). Continued population growth has steadily increased the demand for nursing care (2). Leadership style reflects the characteristics, competencies, and behavioral patterns that managers use to interact with staff (3), and is shaped by the value system, the level of trust placed in employees, individual leadership tendencies, and the nature of organizational activities (4). In nursing, leadership is a core responsibility of nurse managers such as matrons, supervisors, and head nurses (5). Leadership style is related to the quality of nursing care and job satisfaction (7), and can affect organizational culture, productivity, job performance, motivation, and employee satisfaction (8). The global nursing shortage poses a serious challenge to leadership in the profession (9); the World Health Organization has set a minimum nurse-to-population ratio of 1:200 (10), and the growing shortage increases workload and can force nurses to choose between occupational goals and family commitments (10).

Work and family are two essential domains of life, and conflict between them produces unfavorable consequences for individuals and organizations (11), a concern especially salient for healthcare staff, who face continuous occupational pressures (12). Work-family conflict occurs when job responsibilities conflict with family obligations (12); it manifests as family-to-work and work-to-family interference, the latter generally being more prevalent among nurses (13-15). Poor work-environment quality and ineffective leadership have also been linked to worse patient-safety outcomes (16), and nursing errors are recognized as one of the most serious threats to patient safety (18); they are typically multifactorial (19). Prior studies have examined leadership style in relation to job satisfaction, burnout, and patient safety (16, 20), studies on work-family conflict have focused mainly on individual or environmental factors (21), and studies on nursing errors mostly on technical factors (22); studies examining the simultaneous role of leadership style in both work-family conflict and nursing errors remain scarce. Given the central role of nurse supervisors in shaping the work environment, this study aimed to determine the relationship between nursing leadership styles and work-family conflict and nursing errors among nurses at Imam Reza and Milad hospitals in Urmia.

Methods

This descriptive-correlational study was conducted among clinical nurses at Imam Reza and Milad hospitals in Urmia, Iran, in 2025. Sample size was calculated with Cochran's formula (95% confidence level, proportion = 0.5, margin of error = 0.05), yielding 131 participants; multistage cluster sampling was used, with clinical wards as clusters and eligible nurses recruited proportionally across morning, evening, and night shifts. Of 137 questionnaires distributed, 133 valid questionnaires were analyzed. Inclusion criteria were a bachelor's degree or higher in nursing, at least 12 months of clinical experience, active shift work, absence of any severe psychological condition, and voluntary informed consent; exclusion criteria were withdrawal at any stage, more than 20% incomplete responses, transfer to another facility during the study, or onset of an acute physical or psychological condition.

Data were collected using four instruments: a demographic and occupational questionnaire; the Burdens and Metzkas (1969) Leadership Style Questionnaire (35 items, five-point Likert scale, relationship-oriented and task-oriented subscales; reliability supported in Iranian studies (23, 24); Cronbach's alpha 0.756 here); the Carlson et al. (2000) Work-Family Conflict Questionnaire (18 items, five-point Likert scale, time-, strain-, and behavior-based conflict in both work-to-family and family-to-work directions; reliability supported in previous studies (25-27); alpha 0.919 here); and a localized 19-item yes/no Nursing Error Questionnaire, previously validated and used in Iranian nursing populations (28-30), with an alpha of 0.852 in the present study. After approval from the university's research ethics committee (IR.IAU.URMIA.REC.1404.157) and hospital administrators' permission, written informed consent was obtained; participation was voluntary and confidential. Data were analyzed in SPSS (version 22). Because the Kolmogorov-Smirnov test showed that most variables were not normally distributed, hypotheses were tested using Spearman's correlation coefficient, the Mann-Whitney U test, and the Kruskal-Wallis H test, with multiple linear regression used to examine the predictive role of leadership styles. Significance was set at 0.05.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-21]

Results

Of the 133 participating nurses, 88 (66.2%) were women and 70 (52.6%) were married, with a mean age of 32.54 ± 7.12 years and mean total work experience of 8.38 years. Most held a bachelor's degree (82.7%), worked rotating shifts (92.5%), and reported dissatisfaction with their job (68.4%) and income (97.3%); nurses were distributed across general (37.6%), emergency (34.6%), and specialized/critical care (27.8%) wards.

The mean relationship-oriented and task-oriented leadership scores were 44.17 ± 7.20 and 49.74 ± 9.49, respectively. The mean work-to-family, family-to-work, and total work-family conflict scores were 34.04 ± 6.29, 28.67 ± 7.45, and 62.67 ± 13.09, respectively, and the mean nursing error score was 4.83 ± 4.10 (possible range 0–19).

Spearman correlation showed no significant association between either leadership style and nursing errors (relationship-oriented: $\rho = 0.093$, $p = 0.296$; task-oriented: $\rho = 0.096$, $p = 0.299$). Relationship-oriented leadership was significantly and positively correlated with work-to-family conflict ($\rho = 0.256$, $p = 0.005$), family-to-work conflict ($\rho = 0.202$, $p = 0.025$), and total conflict ($\rho = 0.218$, $p = 0.017$), while task-oriented leadership showed no significant correlation with any conflict dimension. Work-family conflict was not significantly correlated with nursing errors in any dimension (all $p > 0.34$). Multiple linear regression confirmed that relationship-oriented leadership significantly predicted total work-family conflict (Beta = 0.284, $p = 0.003$; $R^2 = 0.083$, $F(2,105) = 4.762$, $p = 0.010$) and both its sub-dimensions, while task-oriented leadership was not a significant predictor in any model, and neither leadership style significantly predicted nursing errors ($R^2 = 0.020$, $F(2,112) = 1.172$, $p = 0.314$).

Discussion

Contrary to expectation, relationship-oriented supervisory leadership was associated with higher, not lower, work-family conflict among nurses. This contrasts with reports that supportive, relationship-centered leadership tends to reduce work-life conflict (9), and diverges in direction from an earlier study using the same instrument in another Iranian hospital, where relationship-oriented leadership was inversely associated with nurses' ethical conflicts (31). A plausible explanation is that relationship-oriented supervisors, by fostering closer interpersonal ties, may create more opportunities for flexible yet demanding informal requests (e.g., shift swapping), which can blur the boundary between work and family life; ward-level factors may also confound this association, as ward assignment was related to both relationship-oriented leadership and work-family conflict in this sample.

Nursing errors were not significantly related to either leadership style or work-family conflict, only partly consistent with prior literature linking leadership style to patient-safety outcomes (16). This may reflect the multifactorial nature of nursing errors, which appear driven more by proximal factors such as acute workload, staffing adequacy, and individual skill (19, 32-34) than by supervisors' overall leadership style. The binary self-report error measure, together with known barriers to honest error reporting among Iranian nurses such as fear of disciplinary consequences (35), likely limited variance and statistical power. The non-significant association between work-family conflict and errors also diverges from a study reporting a positive relationship between work-family conflict and missed nursing care (36), possibly because missed care is a more gradual, multi-item construct, whereas the present measure captures discrete events less sensitive to the cumulative resource depletion described by conservation-of-resources and work/family border theories (37, 38).

Among background variables, ward of employment was important: emergency-department nurses reported the lowest levels of both relationship-oriented leadership and work-family conflict. Female nurses reported higher relationship-oriented leadership scores than male nurses, partly diverging from findings among Lebanese nurses (39), while age and total work experience were negatively correlated with relationship-oriented leadership. Limitations include the cross-sectional design, which precludes causal inference; restriction to two hospitals in a single city; reliance on self-reported data, particularly susceptible to underreporting of nursing errors; and use of a binary rather than graded error measure.

Conclusion

Leadership quality in nursing appears to be a multifaceted, sometimes paradoxical phenomenon in which an apparently favorable style may carry unintended costs. Nurse leaders may benefit from training that balances professional closeness with healthy work-family boundary-setting, alongside

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-21]

confidential, non-punitive error-reporting systems to improve patient safety (40). Future studies should adopt longitudinal or interventional designs, larger multi-center samples with ward-level nesting, multidimensional graded error instruments, and qualitative approaches to explore the positive association between relationship-oriented leadership and work-family conflict.

Acknowledgments

This research is the result of a master's thesis in nursing. The authors would like to express their gratitude to the Vice Chancellor for Research of Urmia Azad University and the nurses who participated in this study.

Data Availability

The data that support the findings of this study are available on request from the corresponding author.

Ethical Statement

This study has ethics code number IR.IAU.URMIA.REC.1404.157 from the Faculty of Medical Sciences, Islamic Azad University, Urmia Branch.

Funding

This research has not received any financial support from organizations or individuals.

Conflict of Interest

The authors declared no conflict of interest.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-21]

فصلنامه مدیریت پرستاری
مقاله پژوهشی

دوره ۱۴، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۴

بررسی رابطه سبک‌های رهبری پرستاری با تعارض کار–خانواده و خطاهای کاری پرستاران بیمارستان‌های منتخب شهر ارومیه

نسترن شیدائی خوشمهر[۱]، منیره رضایی مراداعلی[۲*]، اسفندیار بالجانی[۳]

۱. گروه پرستاری، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.
۲. گروه مامایی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.
۳. گروه پرستاری، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

نویسنده مسئول: منیره رضایی مراداعلی، گروه مامایی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.
ایمیل:m.rezaee1351@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۷/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۸/۹

چکیده

مقدمه: سبک رهبری سرپرستاران و تعادل کار–خانواده پرستاران از عوامل مؤثر بر کیفیت و ایمنی مراقبت‌های پرستاری به شمار می‌روند. تعارض کار–خانواده و خطاهای کاری از چالش‌های مهم نظام سلامت هستند و شواهد درباره نقش هم‌زمان سبک رهبری در این دو پیامد محدود است. هدف مطالعه حاضر تعیین ارتباط سبک‌های رهبری پرستاری (رابطه‌مدار و وظیفه‌مدار) با تعارض کار–خانواده و خطاهای کاری پرستاران بیمارستان‌های منتخب شهر ارومیه بود.

روش کار: این پژوهش از نوع توصیفی–همبستگی بود که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای بر روی ۱۳۳ پرستار بالینی در سال ۱۴۰۴ انجام شد. داده‌ها با پرسشنامه‌های مشخصات جمعیت‌شناختی، سبک رهبری باردنز و متزکاس ، تعارض کار–خانواده کارلسون و همکاران و پرسشنامه بومی‌سازی‌شده خطاهای پرستاری گردآوری شد و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی اسپیرمن و رگرسیون خطی چندگانه تحلیل شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: از ۱۳۳ پرستار شرکت‌کننده، ۶۶.۲ درصد زن بودند و میانگین سنی آنان ۳۲.۵۴ سال (انحراف معیار ۷.۱۲) بود. بین سبک‌های رهبری و خطاهای پرستاری ارتباط معناداری یافت نشد (رابطه‌مدار: $p=0.296$، $\rho=-0.093$؛ وظیفه‌مدار: $p=0.299$، $\rho=-0.096$). سبک رهبری رابطه‌مدار با تعارض کار بر خانواده ($p=0.005$، $\rho=0.256$)، تعارض خانواده بر کار ($p=0.025$، $\rho=0.202$) و تعارض کل کار–خانواده ($\rho=0.218$، $p=0.017$) ارتباط مثبت و معنادار داشت و در رگرسیون چندگانه پیش‌بینی‌کننده معنادار تعارض کل بود ($Beta=0.284$، $p=0.003$)، در حالی که سبک وظیفه مدار با هیچ‌یک از ابعاد تعارض ارتباط معناداری نشان نداد. بین تعارض کار–خانواده و خطاهای پرستاری نیز ارتباط معناداری مشاهده نشد (در تمامی مقادیر $p>0.34$).

نتیجه‌گیری: برخلاف انتظار، سبک رهبری رابطه‌مدار سرپرستاران با افزایش (نه کاهش) تعارض کار–خانواده پرستاران همراه بود و خطاهای پرستاری مستقل از سبک رهبری و تعارض کار–خانواده ظاهر شد. توصیه می‌شود آموزش‌های رهبری برای سرپرستاران پرستاری، تقویت مؤلفه‌های رابطه‌مدار را همزمان با راهبردهای مدیریت حجم کاری و تعادل کار–خانواده ارائه دهد.

کلیدواژه‌ها: سبک رهبری، تعارض کار–خانواده، خطای پرستاری، پرستاران.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-21]

مقدمه

بیمارستان‌ها به‌عنوان مهم‌ترین و پیچیده‌ترین نهادهای ارائه‌دهنده خدمات درمانی، نقش کلیدی و انکارناپذیری ایفا می‌کنند و پرستاران به‌عنوان بخش غالب نیروی انسانی حرفه‌ای در نظام سلامت شناخته می‌شوند (۱). با توجه به رشد مداوم جمعیت، نیاز به خدمات سلامت و مراقبت‌های پرستاری به‌صورت فزاینده‌ای احساس می‌شود (۲). سبک رهبری نمایانگر مجموعه‌ای از ویژگی‌ها، توانمندی‌ها و شیوه‌های رفتاری است که مدیران در تعامل با کارکنان خود به کار می‌گیرند (۳) و بر پایه چهار عامل اساسی شامل نظام ارزش‌ها، میزان اعتماد به کارکنان، گرایش‌های فردی در رهبری و ماهیت فعالیت‌های سازمانی شکل می‌گیرد (۴). رهبری از جمله وظایف اساسی مدیران پرستاری نظیر مترون، سوپروایزر و سرپرستار محسوب می‌شود (۵). سبک رهبری در میان پرستاران با کیفیت مراقبت‌های پرستاری و رضایت شغلی آنان ارتباط مستقیم دارد (۷) و بر فرهنگ سازمانی، بهره‌وری، عملکرد شغلی، انگیزش و رضایت کارکنان تأثیرگذار است (۸). کمبود جهانی پرستاران، چالشی جدی برای رهبری در این حرفه به شمار می‌آید (۹) و سازمان جهانی بهداشت نسبت حداقلی پرستار به جمعیت را ۱ به ۲۰۰ اعلام کرده است (۱۰).

کار و خانواده دو بخش اساسی زندگی هستند که تضاد میان آن‌ها نتایج نامطلوبی برای فرد و سازمان به همراه دارد (۱۱)؛ این موضوع در مورد کارکنان حوزه سلامت که به‌طور مداوم با فشارهای شغلی مواجه‌اند، اهمیت بیشتری دارد (۱۲). تعارض کار–خانواده زمانی شکل می‌گیرد که مسئولیت‌های شغلی فرد با تعهدات خانوادگی‌اش در تعارض قرار گیرد (۱۲) و معمولاً در دو شکل تداخل خانواده در کار و تداخل کار در خانواده بروز می‌کند که نوع دوم شکل غالب‌تری در میان پرستاران دارد (۱۳–۱۵). کیفیت محیط کاری پرستاران و نبود رهبری اثربخش با نتایج ایمنی بیماران در ارتباط است (۱۶) و خطاهای کاری به‌عنوان یکی از جدی‌ترین تهدیدها برای ایمنی بیمار شناخته می‌شود (۱۸)؛ خطا زمانی رخ می‌دهد که ارائه‌دهنده خدمات سلامت روش مراقبتی نادرستی را انتخاب یا اجرا کند و ماهیتی چندعاملی دارد (۱۹). با وجود پژوهش‌های متعدد درباره تأثیر سبک رهبری بر پیامدهای شغلی مختلف از جمله رضایت شغلی، فرسودگی و ایمنی بیمار (۱۶, ۲۰) و مطالعاتی بر روی عوامل فردی و محیطی تعارض کار–خانواده (۲۱) و عوامل فنی خطاهای بالینی (۲۲)، پژوهشی که همزمان نقش سبک‌های رهبری پرستاری را در تعارض کار–خانواده و خطاهای کاری پرستاران بررسی کند، محدود است. با توجه به نقش محوری سرپرستاران در سازمان‌دهی محیط کار، هدف این پژوهش تعیین ارتباط سبک‌های رهبری پرستاری با تعارض کار–خانواده و خطاهای کاری در پرستاران بیمارستان‌های امام رضا (ع) و میلاد شهر ارومیه بود.

روش کار

این پژوهش از نوع توصیفی–همبستگی است که بر روی پرستاران بالینی شاغل در بیمارستان‌های امام رضا (ع) و میلاد شهر ارومیه در سال ۱۴۰۴ انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران (سطح اطمینان ۹۵ درصد، نسبت صفت ۰.۵ و خطای مجاز ۰.۰۵) برابر با ۱۳۱ نفر تعیین و نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای با در نظر گرفتن بخش‌های بالینی به‌عنوان خوشه انجام شد؛ جمع‌آوری داده‌ها به‌طور متناسب در شیفت‌های صبح، عصر و شب صورت گرفت. از ۱۳۷ پرسشنامه توزیع‌شده، ۱۳۳ پرسشنامه معتبر جهت تحلیل مورد استفاده قرار گرفت. معیارهای ورود شامل داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، حداقل ۱۲ ماه سابقه کار بالینی، اشتغال در یکی از شیفت‌های کاری فعال، نبود مشکلات روحی–روانی شدید و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه بود؛ معیارهای خروج شامل عدم تمایل به ادامه همکاری، ناقص بودن بیش از ۲۰ درصد پرسشنامه، و انتقال به مرکز درمانی دیگر در حین پژوهش بود.

داده‌ها با استفاده از یک پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی و شغلی و سه پرسشنامه اصلی گردآوری شد: پرسشنامه سبک رهبری باردنز و متزکاس ، پرسشنامه تعارض کار–خانواده کارلسون و همکاران و پرسشنامه بومی‌سازی‌شده خطاهای پرستاری. توضیح هر یک از این ابزارها در ادامه آمده است.

پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی و شغلی: این پرسشنامه شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، تعداد فرزندان، بخش محل خدمت، شیفت کاری، رضایت شغلی، رضایت از درآمد، سابقه کار کل، سابقه کار در بخش فعلی و سرپرست خانوار بودن بود.

پرسشنامه سبک رهبری باردنز و متزکاس (۱۹۶۹): این پرسشنامه ۳۵ گویه در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای دارد و دو سبک رهبری رابطه‌مدار (۱۵ گویه) و وظیفه‌مدار (۲۰ گویه) را می‌سنجد. نمره هر زیرمقیاس از جمع نمرات گویه‌های مربوط به آن به‌دست می‌آید (رابطه‌مدار از ۱۵ تا ۷۵ و وظیفه‌مدار از ۲۰ تا ۱۰۰) و نمره بالاتر در هر زیرمقیاس نشان‌دهنده تمایل بیشتر به آن سبک رهبری است؛ برخی گویه‌ها به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. پایایی این پرسشنامه در مطالعات پیشین

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-21]

ایرانی تأیید شده است (۲۳, ۲۴) و ضریب آلفای کرونباخ آن در پژوهش حاضر ۰.۷۵۶ به‌دست آمد.

پرسشنامه تعارض کار-خانواده کارلسون و همکاران (۲۰۰۰): این پرسشنامه ۱۸ گویه در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای دارد و تعارض را در سه بعد مبتنی بر زمان، فشار و رفتار و در دو جهت تداخل کار در خانواده (۹ گویه) و تداخل خانواده در کار (۹ گویه) می‌سنجد. نمره کل از ۱۸ تا ۹۰ متغیر است و نمره بالاتر نشان‌دهنده تعارض کار-خانواده بیشتر است. این ابزار توسط سازندگان آن ساخته و اعتباریابی شده و پایایی آن در مطالعات پیشین تأیید شده است (۲۵-۲۷)؛ ضریب آلفای کرونباخ آن در پژوهش حاضر ۰.۹۱۹ به‌دست آمد.

پرسشنامه بومی‌سازی‌شده خطاهای پرستاری: این پرسشنامه ۱۹ سؤال بلی/خیر دارد؛ به پاسخ «بلی» نمره ۱ و به پاسخ «خیر» نمره صفر داده می‌شود و نمره کل از ۰ تا ۱۹ متغیر است. نمره بالاتر نشان‌دهنده گزارش خطای بیشتر است. این پرسشنامه پیش‌تر در جامعه پرستاری ایران روایی‌سنجی و استفاده شده است (۲۸-۳۰) و ضریب آلفای کرونباخ آن در پژوهش حاضر ۰.۸۵۲ به‌دست آمد.

پس از اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه و دریافت معرفی‌نامه رسمی، پژوهشگر با کسب مجوز از مسئولین بیمارستان‌ها و توضیح هدف پژوهش، رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان را دریافت کرد؛ محرمانگی اطلاعات در تمام مراحل رعایت شد. داده‌ها با پرسشنامه‌های ذکرشده گردآوری و سپس با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد و با توجه به غیرنرمال بودن اغلب متغیرها، جهت آزمون فرضیه‌ها از ضریب همبستگی اسپیرمن ، آزمون من-ویتنی یو ، آزمون کروسکال-والیس و تحلیل رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰.۰۵ در نظر گرفته شد. این مطالعه دارای کد اخلاق IR.IAU.URMIA.REC.1404.157 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه است.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر براساس نتایج بدست آمده، از مجموع ۱۳۳ پرستار، ۸۸ نفر (۶۶.۲ درصد) زن و ۷۰ نفر (۵۲.۶ درصد) متأهل بودند. میانگین سنی پرستاران ۳۲.۵۴ سال (انحراف معیار ۷.۱۲) با میانگین سابقه خدمت ۸.۳۸ سال بود. ۸۲.۷ درصد پرستاران دارای مدرک کارشناسی، ۹۲.۵ درصد دارای شیفت در گردش، ۶۸.۴ درصد فاقد رضایت شغلی و ۹۷.۳ درصد فاقد رضایت از درآمد بودند (جدول ۱).

جدول ۱: مشخصات جمعیت‌شناختی و شغلی پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش (n=۱۳۳)

متغیر	دسته	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۸۸	٪۶۶,۲
	مرد	۴۵	٪۳۳,۸
وضعیت تأهل	مجرد	۶۲	٪۴۶,۶
	متأهل	۷۰	٪۵۲,۶
تحصیلات	کارشناسی	۱۱۰	٪۸۲,۷
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۲۱	٪۱۵,۸
فرزندآوری	دارای فرزند	۳۹	٪۲۹,۳
	فاقد فرزند	۹۳	٪۶۹,۹
بخش محل خدمت	جنرال	۵۰	٪۳۷,۶
	اورژانس	۴۶	٪۳۴,۶
	ویژه	۳۷	٪۲۷,۸
شیفت کاری	در گردش	۱۲۳	٪۹۲,۵
	ثابت	۷	٪۵,۲
رضایت شغلی	دارد	۴۰	٪۳۰,۱
	ندارد	۹۱	٪۶۸,۴
رضایت از درآمد	دارد	۳	٪۲,۳
	ندارد	۱۳۰	٪۹۷,۳
سرپرست خانوار	هستم	۴۱	٪۳۰,۸
	نیستم	۹۲	٪۶۹,۲

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-21]

میانگین و انحراف معیار نمره سبک رهبری رابطه‌مدار و وظیفه مدار به‌ترتیب ۷.۲۰ ± ۴۴.۱۷ و ۹.۴۹ ± ۴۹.۷۴ بود. میانگین نمره تعارض کار بر خانواده، خانواده بر کار و نمره کل تعارض کار–خانواده به‌ترتیب ۶.۲۹ ± ۳۴.۰۴، ۷.۴۵ ± ۲۸.۶۷ و ۱۳.۰۹ ± ۶۲.۶۷ به‌دست آمد. میانگین نمره خطای پرستاری نیز ۴.۱۰ ± ۴.۸۳ (دامنه احتمالی ۰ تا ۱۹) بود (جدول ۲).

جدول ۲: شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	دامنه
رهبری رابطه‌مدار	۱۲۷	۴۴,۱۷	۷,۲۰	۲۹ تا ۶۷
رهبری وظیفه‌مدار	۱۱۹	۴۹,۷۴	۹,۴۹	۲۸ تا ۷۵
تعارض کار بر خانواده	۱۲۵	۳۴,۰۴	۶,۲۹	۱۵ تا ۴۵
تعارض خانواده بر کار	۱۲۹	۲۸,۶۷	۷,۴۵	۱۱ تا ۴۵
تعارض کل کار–خانواده	۱۲۳	۶۲,۶۷	۱۳,۰۹	۲۶ تا ۹۰
خطاهای پرستاری	۱۳۳	۴,۸۳	۴,۱۰	۰ تا ۱۷

نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد بین هیچ‌یک از سبک‌های رهبری با خطاهای پرستاری ارتباط معناداری وجود ندارد (رابطه‌مدار: $p=0.296$، $\rho=0.093$؛ وظیفه‌مدار: $p=0.299$، $\rho=0.096$). سبک رهبری رابطه‌مدار با تعارض کار در خانواده ($p=0.005$، $\rho=0.256$)، تعارض خانواده در کار ($p=0.025$، $\rho=0.202$) و نمره کل تعارض کار–خانواده ($p=0.017$، $\rho=0.218$) ارتباط مثبت و معناداری داشت، در حالی که سبک وظیفه‌مدار با هیچ‌یک از ابعاد تعارض ارتباط معناداری نشان نداد. در این مطالعه بین ابعاد تعارض کار–خانواده و خطاهای پرستاری نیز ارتباط معناداری مشاهده نشد (در تمامی مقادیر $p>0.34$؛ جدول ۳). تحلیل رگرسیون خطی چندگانه (جدول ۴) نشان داد سبک رهبری رابطه‌مدار به‌طور معناداری نمره کل تعارض کار–خانواده (Beta=۰.۲۸۴، $p=0.003$؛ $F(2،105)=4.762$، $p=0.010$، $R^2=0.083$)، تعارض کار بر خانواده (Beta=۰.۲۹۶، $p=0.002$) و تعارض خانواده بر کار (Beta=۰.۲۳۶، $p=0.013$) را پیش‌بینی می‌کند، در حالی که سبک وظیفه‌مدار در هیچ‌یک از مدل‌ها پیش‌بینی‌کننده معنادار نبود و هیچ‌کدام از سبک‌های رهبری قادر به پیش‌بینی معنادار خطاهای پرستاری نبودند ($F(2،112)=1.172$، $p=0.314$، $R^2=0.020$).

جدول ۳: ضرایب همبستگی اسپیرمن بین سبک‌های رهبری، تعارض کار–خانواده و خطاهای پرستاری

متغیر	رهبری رابطه مدار	رهبری وظیفه مدار	تعارض کار–خانواده	خطاهای پرستاری
رهبری رابطه‌مدار	–	rs = ۰.۰۲۳ p = ۰.۸۰۳	rs = ۰.۲۱۸ p = ۰.۰۱۷*	rs = ۰.۰۹۳ p = ۰.۲۹۶
رهبری وظیفه‌مدار	rs = ۰.۰۲۳ p = ۰.۸۰۳	–	rs = −۰.۱۱۳ p = ۰.۲۳۹	rs = ۰.۰۹۶ p = ۰.۲۹۹
تعارض کار–خانواده	rs = ۰.۲۱۸ p = ۰.۰۱۷*	rs = −۰.۱۱۳ p = ۰.۲۳۹	–	rs = −۰.۰۸۵ p = ۰.۳۴۸
خطاهای پرستاری	rs = ۰.۰۹۳ p = ۰.۲۹۶	rs = ۰.۰۹۶ p = ۰.۲۹۹	rs = −۰.۰۸۵ p = ۰.۳۴۸	–

* معنادار در سطح ۰.۰۵. ضریب همبستگی اسپیرمن (rs) در متن با نماد ρ نشان داده شده است.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-21]

جدول ٤: نتایج تحلیل رگرسیون خطی چندگانه برای پیش‌بینی تعارض کار–خانواده و خطاهای پرستاری بر اساس سبک‌های رهبری

متغیر وابسته	متغیر پیش‌بین	B	Beta	p	R^2	مدل F (df); P
تعارض کل کار–خانواده n=۱۰۸	رهبری رابطه‌مدار	۰.۴۸۳	۰.۲۸۴	۰.۰۰۳*	۰.۰۸۳	F(۲,۱۰۵) = ۴.۷۶۲ p = ۰.۰۱۰*
	رهبری وظیفه‌مدار	−۰.۱۰۰	−۰.۰۷۳	۰.۴۳۶		
تعارض کار بر خانواده n=۱۰۹	رهبری رابطه‌مدار	۰.۲۴۸	۰.۲۹۶	۰.۰۰۲*	۰.۰۸۸	F(۲,۱۰۶) = ۵.۱۳۰ p = ۰.۰۰۷*
	رهبری وظیفه‌مدار	−۰.۰۳۴	−۰.۰۵۲	۰.۵۷۷		
تعارض خانواده بر کار n=۱۱۲	رهبری رابطه‌مدار	۰.۲۳۵	۰.۲۳۶	۰.۰۱۳*	۰.۰۵۹	F(۲,۱۰۹) = ۳.۴۱۵ p = ۰.۰۳۶*
	رهبری وظیفه‌مدار	−۰.۰۵۹	−۰.۰۷۴	۰.۴۲۸		
خطاهای پرستاری n=۱۱۵	رهبری رابطه‌مدار	۰.۰۵۳	۰.۰۹۵	۰.۳۱۳	۰.۰۲۰	F(۲,۱۱۲) = ۱.۱۷۲ p = ۰.۳۱۴
	رهبری وظیفه‌مدار	۰.۰۴۴	۰.۱۰۱	۰.۲۸۲		

* معنادار در سطح ۰.۰۵؛ B: ضریب غیراستاندارد؛ Beta: ضریب استاندارد؛ مدل‌ها به روش Enter و بدون هم‌خطی (VIF=۱.۰۰۴) اجرا شدند.

جدول ٥: نتایج بررسی رابطه‌ی مشخصات دموگرافیک با متغیرهای اصلی پژوهش

متغیر		رهبری رابطه‌مدار	رهبری وظیفه‌مدار	تعارض کار–خانواده	خطاهای پرستاری
سن		rs=۰.۲۱۱, p=۰.۰۱۸	rs=−۰.۰۵۸, p=۰.۵۳۵	rs=−۰.۰۵۰, p=۰.۵۸۵	rs=−۰.۰۷۸, p=۰.۳۷۷
سابقه کل خدمت		rs=−۰.۱۸۵*, p=۰.۰۳۸	rs=−۰.۰۷۰, p=۰.۴۴۸	rs=۰.۰۱۰, p=۰.۹۱۴	rs=−۰.۰۹۰, p=۰.۳۰۱
سابقه خدمت در بخش فعلی		rs=−۰.۱۸۵*, p=۰.۰۴۱	rs=۰.۰۱۲, p=۰.۹۰۱	rs=−۰.۰۷۱, p=۰.۴۲۳	rs=−۰.۱۰۳, p=۰.۲۶۶
جنسیت	Sig.	*۰,۰۴۶	۰,۶۴۲	۰,۱۴۳	۰.۲۰۲
	Mann–U	۱۴۳۲,۰۰	۱۴۹۷,۵۰	۱۴۴۴,۰۰	۱۷۱۳.۵۰
فرزند	Sig.	۰,۵۸۷	۰,۶۰۶	۰,۷۰۳	۰.۳۱۶
	Mann–U	۱۵۷۰,۰۰	۱۲۹۱,۰۰	۱۵۰۴,۰۰	۱۶۱۳.۵۰
شیفت کاری	Sig.	۰,۰۶۱	*۰,۰۴۳	۰,۵۱۲	۰,۵۶۱
	Mann–U	۲۳۶,۵۰	۱۳۱,۰۰	۳۳۷,۰۰	۳۷۴,۵۰
سرپرست خانوار	Sig.	*۰,۰۰۷	۰,۴۲۹	۰,۳۸۰	۰,۹۲۸
	Mann–U	۱۲۴۳,۵۰	۱۳۳۴,۵۰	۱۴۹۷,۵۰	۱۸۶۷,۵۰
رضایت از درامد	Sig.	۰,۴۵۰	۰,۹۱۲	۰,۸۹۶	۰,۶۲۰
	Mann–U	۱۳۸,۵۰	۱۶۷,۵۰	۱۷۲,۰۰	۱۶۲,۵۰
رضایت از شغل	Sig.	۰,۷۰۳	۰,۸۲۱	۰,۰۶۶	۰,۸۳۹
	Mann–U	۱۵۵۷,۵۰	۱۴۴۱,۵۰	۱۲۲۷,۵۰	۱۷۷۹,۵۰
بخش	Sig.	*<۰.۰۰۱	۰,۵۲۸	*<۰,۰۰۱	۰,۷۷۵
	H**	۱۳,۸۱۷	۱,۲۷۷	۱۶,۹۱۶	۰,۵۱۱
وضعیت تاهل	Sig.	۰,۳۵۰	۰,۲۶۰	۰,۷۳۹	۰,۵۶۳
	H	۲,۱۰۱	۱,۲۶۹	۰,۶۰۶	۱,۱۴۷
تحصیلات	Sig.	۰,۳۷۷	۰,۰۹۲	۰,۳۱۷	۰,۷۴۰
	H	۱,۹۵۳	۴,۷۶۲	۲,۲۹۹	۰,۶۰۲

* معنادار در سطح ۰.۰۵ **Kruskal–Wallis H. ضریب همبستگی اسپیرمن (rs) در متن با نماد ρ نشان داده شده است.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-21]

بحث

یافته‌های این پژوهش تصویری پیچیده‌تر از انتظار ساده «رهبری بهتر، پیامد بهتر» ارائه می‌دهد. برخلاف تصور رایج، سبک رهبری رابطه‌مدار سرپرستاران با افزایش (نه کاهش) تعارض کار-خانواده پرستاران همراه بود؛ این رابطه هم در آزمون همبستگی اسپیرمن (تعارض کار بر خانواده: ρ=۰.۲۵۶؛ تعارض خانواده بر کار: ρ=۰.۲۰۲؛ تعارض کل: ρ=۰.۲۱۸) و هم در رگرسیون چندگانه (Beta=۰.۲۸۴، p=۰.۰۰۳) معنادار بود، اما مدل رگرسیونی تنها حدود ۸ درصد از واریانس تعارض کل را تبیین کرد (R^2=۰.۰۸۳) که نشان می‌دهد سبک رهبری تنها یکی از چند عامل مؤثر بر تعارض کار-خانواده است. این یافته با گزارش‌هایی که سبک‌های رهبری حمایتی و رابطه‌محور را با کاهش این نوع تعارض مرتبط دانسته‌اند (۹) و نیز با مطالعه‌ای مشابه با همین ابزار در بیمارستانی دیگر که رهبری رابطه‌مدار را با کاهش تضادهای اخلاقی پرستاران مرتبط دانسته بود (۳۱)، ناهمسو است.

چند تبیین محتمل برای این ناهمسویی قابل طرح است. نخست، سرپرستاران رابطه‌مدار با ایجاد صمیمیت و روابط نزدیک‌تر، زمینه درخواست‌های غیررسمی اما فرساینده (مانند جابه‌جایی شیفت یا پذیرش اضافه‌کار) را فراهم می‌کنند و پرستاران نیز به دلیل احساس تعهد نسبت به سرپرستار حمایت‌گر ممکن است دشوارتر بتوانند این درخواست‌ها را رد کنند؛ در نتیجه مرز میان کار و زندگی خانوادگی آنان کم‌رنگ‌تر می‌شود. این تبیین با نظریه مرز کار-خانواده (۳۸) که بر نقش نفوذپذیری مرزها در بروز تداخل میان دو حوزه تأکید دارد، سازگار است. دوم، بر پایه نظریه حفاظت از منابع (۳۷) حمایت رابطه‌ای سرپرستار یک منبع محسوب می‌شود، اما در شرایطی که فشار کاری زیاد و نارضایتی گسترده پرستاران از درآمد و شغل وجود دارد (جدول ۱)، این منبع ممکن است برای جبران تقاضاهای شغلی کافی نباشد و اثر محافظتی آن آشکار نشود. سوم، بخش محل خدمت می‌تواند نقش مخدوشگر داشته باشد؛ زیرا پرستاران اورژانس همزمان پایین‌ترین سطح رهبری رابطه‌مدار و پایین‌ترین سطح تعارض کار-خانواده را گزارش کردند و همین تفاوت بین‌بخشی ممکن است بخشی از همبستگی مثبت مشاهده‌شده را ایجاد کرده باشد. چهارم، با توجه به طرح مقطعی پژوهش، جهت رابطه قابل تعیین نیست و ممکن است پرستارانی که تعارض بیشتری را تجربه می‌کنند، حمایت و ارتباط بیشتری را از سرپرستار خود جست‌وجو کنند. در مقابل، نبود ارتباط معنادار سبک وظیفه‌مدار با ابعاد تعارض را می‌توان به تمرکز این سبک بر ساختار و انجام وظایف نسبت داد که کمتر با حوزه خانوادگی پرستاران تعامل پیدا می‌کند.

خطاهای پرستاری با هیچ‌یک از سبک‌های رهبری یا تعارض کار-خانواده ارتباط معناداری نشان نداد (نتایج رگرسیون: R^2=۰.۰۲۰، p=۰.۳۱۴)، یافته‌ای که تنها تا حدی با پیشینه پژوهشی درباره ارتباط سبک رهبری با پیامدهای ایمنی بیمار همسو است (۱۶). چند دلیل می‌تواند این یافته را توضیح دهد. نخست، خطای پرستاری ماهیتی چندعاملی دارد و بیشتر تحت تأثیر عوامل نزدیک به لحظه بروز خطا مانند حجم کاری آنی، کفایت نیرو در شیفت و مهارت فردی قرار دارد (۱۹, ۳۲-۳۴) تا سبک کلی رهبری سرپرستار؛ به بیان دیگر، سبک رهبری به‌عنوان یک عامل زمینه‌ای و دور ممکن است اثر مستقیم و قابل‌سنجشی بر رخدادهای مشخص بالینی نداشته باشد. دوم، خطاها به‌صورت خودگزارشی و با پاسخ دووجهی (بلی/خیر) سنجیده شد که تنوع نمرات را محدود می‌کند؛ این ویژگی، همراه با موانع شناخته‌شده گزارش‌دهی صادقانه خطا توسط پرستاران ایرانی نظیر ترس از پیامدهای انضباطی (۳۵)، احتمالاً واریانس و توان آماری لازم برای کشف ارتباطهای ظریف را کاهش داده است. سوم، جهت منفی و غیرمعنادار رابطه تعارض کار-خانواده با خطا با مطالعه‌ای که رابطه مثبت و معنادار میان تعارض کار-خانواده و غفلت مراقبتی گزارش کرده بود (۳۶)، ناهمسو است؛ این تفاوت را می‌توان با ماهیت متفاوت دو سازه تبیین کرد: غفلت مراقبتی سازه‌ای تدریجی و چندگویه‌ای است که با تحلیل تدریجی منابع فرد در نظریه حفاظت از منابع (۳۷) و نفوذ تدریجی تنش‌های یک حوزه به حوزه دیگر در نظریه مرز کار-خانواده (۳۸) هم‌خوان‌تر است، در حالی که ابزار حاضر رخدادهای مجزا و مقطعی را ثبت می‌کند.

در میان متغیرهای زمینه‌ای، بخش محل خدمت عاملی تعیین‌کننده بود؛ پرستاران بخش اورژانس هم‌زمان پایین‌ترین سطح رهبری رابطه‌مدار و پایین‌ترین سطح تعارض کار-خانواده را نشان دادند. پرستاران زن نمره رهبری رابطه‌مدار بالاتری نسبت به پرستاران مرد گزارش کردند که با یافته‌ای از پرستاران لبنانی درباره ادراک سبک رهبری بر حسب جنسیت تا حدی ناهمسو است (۳۹)، و سن و

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-21]

سابقه خدمت با سبک رهبری رابطه‌مدار همبستگی منفی و معناداری داشتند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به طرح مقطعی آن که امکان استنباط علّی را فراهم نمی‌کند، محدود بودن نمونه به دو بیمارستان یک شهر، خودگزارش‌دهی داده‌ها به‌ویژه در مورد خطاهای پرستاری، و دووجهی بودن ابزار سنجش خطا اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با طرح طولی یا مداخله‌ای، نمونه‌های بزرگ‌تر و چندمرکزی با در نظر گرفتن ساختار تودرتوی بخش‌ها، ابزارهای چندبعدی سنجش خطا و رویکردهای کیفی، به تبیین دقیق‌تر رابطه مثبت میان رهبری رابطه‌مدار و تعارض کار–خانواده بپردازند.

نتیجه‌گیری

کیفیت رهبری در پرستاری موضوعی چندوجهی و گاه متناقض است و سبکی که ظاهراً مطلوب است، در برخی بسترهای سازمانی ممکن است پیامدهای ناخواسته داشته باشد. براساس یافته‌های این پژوهش، سبک رهبری رابطه‌مدار سرپرستاران با افزایش تعارض کار–خانواده پرستاران همراه بود، در حالی که سبک وظیفه‌مدار با تعارض کار–خانواده و هیچ‌یک از دو سبک با خطاهای پرستاری ارتباط معناداری نداشت و خطاهای پرستاری از تعارض کار–خانواده نیز مستقل بود. توصیه می‌شود مدیران پرستاری آموزش‌هایی متمرکز بر تعادل میان صمیمیت حرفه‌ای و مرزگذاری سالم میان کار و زندگی شخصی پرستاران دریافت کنند و همزمان، مستقل از سبک رهبری، سامانه‌های گزارش‌دهی محرمانه و غیرتنبیهی خطا برای ارتقای ایمنی بیمار طراحی شود.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله کمال تشکر را از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه و پرستاران شرکت کننده در این پژوهش ابراز می دارند.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجویی دوره کارشناسی ارشد پرستاری بوده و دارای کد اخلاقی IR.IAU.URMIA.REC.1404.157 از کمیته اخلاق دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه می باشد.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می نمایندکه تضاد منافعی در این تحقیق وجود ندارد.

References

1. Salehi T, Haqqani H, Soltani M. Relationship Between Leadership Style of Nursing Managers and Caring Behaviors of Nurses in Selected Hospitals in Tehran, Iran. Iran Journal of Nursing. 2022;35(136):218-31. https://doi.org/10.32598/ijn.35.2.3069
2. Borhani F, Abbaszadeh A, Nakhaee N, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress, professional stress, and intent to stay in the nursing profession. Journal of medical ethics and history of medicine. 2014;7:3.
3. NASIRIVF,EMADIPSA.THERELATIONSHIP BETWEEN TRANSFORMATIONAL AND TRANSACTIONAL LEADERSHIP STYLE WITH THE EMPLOYEES'JOB SATISFACTION. 2016.
4. Bijani M, Ghodsbin F, Fard SJ, Shirazi F, Sharif F, Tehranineshat B. An evaluation of adherence to ethical codes among nurses and nursing students. Journal of medical ethics and history of medicine. 2017;10:6.
5. Mosadeghrad AM, Sokhanvar M. Organizational culture of selected teaching hospitals of Tehran. Journal of Health in the Field. 2018;5(4):26-38.
6. Niinihuhta M, Häggman-Laitila A. A systematic review of the relationships between nurse leaders' leadership styles and nurses' work-related well-being. International journal of nursing practice. 2022;28(5):e13040. doi: 10.1111/ijn.13040 https://doi.org/10.1111/ijn.13040
7. Dousin O, Collins N, Bartram T, Stanton P. The relationship between work-life balance, the need for achievement, and intention to leave: Mixed-method study. Journal of advanced nursing. 2021;77(3):1478-89. https://doi.org/10.1111/jan.14724
8. Labrague L, Ballad C, Fronda D. Predictors and outcomes of work-family conflict among nurses. InternationalNursingReview.2021;68(3):349-57. https://doi.org/10.1111/inr.12642
9. Smoktunowicz E, Lesnierowska M, Cieslak R, Benight CC. Effects of contextual and personal resources on work-family interface. Coping,

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-21]

Personality and the Workplace. 2017:361-73. https://doi.org/10.4324/9781315574240-30
10. Grzywacz JG, Frone MR, Brewer CS, Kovner CT. Quantifying work-family conflict among registered nurses. Research in nursing & health. 2006;29(5):414-26. https://doi.org/10.1002/nur.20133
11. Raffenaud A, Unruh L, Fottler M, Liu AX, Andrews D. A comparative analysis of work-family conflict among staff, managerial, and executive nurses. Nursing outlook. 2020;68(2):231-41. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.08.003
12. Boamah SA, Laschinger HKS, Wong C, Clarke S. Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. Nursing outlook. 2018;66(2):180-9. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.10.004
13. Durmus SÇ, Keçeci A, Akkas Ö, Keskin S, Demiral N, Saygan S. Medical Errors: An Important Indicator of Quality of Care and Patient Safety. Holistic Nursing Practice. 2013;27(4):225-32. https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e318294e6d3
14. Specchia ML, Cozzolino MR, Carini E, Di Pilla A, Galletti C, Ricciardi W, et al. Leadership styles and nurses' job satisfaction. Results of a systematic review. International journal of environmental research and public health. 2021;18(4):1552. https://doi.org/10.3390/ijerph18041552
15. Hosseinjanizadeh M, Rezapour Mirsaleh Y, Behjati F, Bagheriayn M. The Mediating Role of Self-Differentiation in the Relationship Between Moral Distress, Compassions Fatigue and Work-family Conflict in Nurses. Iran Journal of Nursing. 2022;35(137):290-303. https://doi.org/10.32598/ijn.35.137.3063
16. Saeidi SG, Elahi N, Neysi A, Latifi S. A survey on leadership styles of head-nurses and clinical competency of nurses in public and private hospitals of Ahvaz in 2014: A short report. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2016;15(1):81-90.
17. Rezaei B, Yarmohammadian MH, Mahmoodzadeh Ardakani H. The relationship between nurse managers' leadership styles and procrastination in nursing staff in Isfahan social welfare hospitals. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2017;25(1):60-8. https://doi.org/10.21859/nmj-25018
18. Luthans F, Avolio BJ, Avey JB, Norman SM. Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. Personnel psychology. 2007;60(3):541-72. https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x
19. Mardani Hamooleh M, Shahraki Vahed A. Barriers of the reporting of job errors among nurses. Journal of Medical Ethics and History. 2009;2(2):55-61.
20. Baghaei R, Naderi Y. Evaluation of incidence and diclosure of nursing errors and their predisposing factores in critical care units of Urmia Medical Sciences University Hospitals: Dissertation). Urmia, Iran: Urmia University of Medical Sciences, 2011.[In …; 2011.
21. Saki K, Khezri_Azar J, Mohebbi I. Nursing errors and its relationship with fatigue among nurses of the emergency ward. Nursing and Midwifery Journal. 2016;13(10):835-42.
22. Salehzadeh S, Rezaee moradali M, Baljani E. Relationship Between Ethical Conflicts in Nursing and Different Leadership Styles. Faslname-i mudiriyyat-e parastari. 2025;13(3):1-2.
23. Fathizadeh H, Mousavi S-S, Gharibi Z, Rezaeipour H, Biojmajd A-R. Prevalence of medication errors and its related factors in Iranian nurses: an updated systematic review and meta-analysis. BMC nursing. 2024;23(1):175. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01836-w
24. Group WAFPSD, Sherman H, Castro G, Fletcher M, Hatlie M, Hibbert P, et al. Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework. International Journal for Quality in Health Care. 2009;21(1):2-8. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn054
25. Shahbodaghi A, Moghaddasi H, Asadi F, Hosseini A. Documentation errors and deficiencies in medical records: a systematic review. Journal of Health Management. 2024;26(2):351-68. https://doi.org/10.1177/09720634241229545
26. Salehi sahlabadi A, Riazat A, Sury S, Saffarinia N, Damerchi Z, Pouyakian M. Investigating the Causes of Nursing Errors and Its Reduction Countermeasures in Recent Studies: A review. Iranian Journal of Ergonomics. 2020;8(1):74-88. https://doi.org/10.30699/jergon.8.1.74
27. Ahmadzadeh-Zeidi MJ, Rooddehghan Z, Haghani S. The relationship between work-family conflict and missed nursing care; a cross-sectional study in Iran. BMC Nursing. 2024;23:869.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-21]

https://doi.org/10.1186/s12912-024-02196-1
28. Hobfoll SE. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. American Psychologist. 1989;44(3):513-24. https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513
29. Clark SC. Work/family border theory: A new theory of work/family balance. Human Relations. 2000;53(6):747-70. https://doi.org/10.1177/0018726700536001
30. Sabbah IM, Ibrahim TT, Khamis RH, Bakhour HA-M, Sabbah SM, Droubi NS, et al. The association of leadership styles and nurses well-being: a cross-sectional study in healthcare settings. The Pan African Medical Journal. 2020;36:328. https://doi.org/10.11604/pamj.2020.36.328.19720
31. Kamali M, Atashinsadaf A. Evaluating the relationship between head nurses' leadership styles and nursing staff satisfaction: a comparison of specialized and general wards. BMC Nursing. 2026;25(1):570. https://doi.org/10.1186/s12912-026-04905-4

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-21]