

Original Article

Developing a Structural Model of Employee Psychological Well-being Based on Occupational Stress, Personality, and Psychological Capital

Somayeh Zarei Fathabadi¹, Maryam Khosravizad^{1*}, Maryam Damorchiloo¹, Masoumeh Damarloo Abhari¹

¹ Department of Personality Psychology, Electronic Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Abstract

Article History:

Received: May 26, 2025

Revised: August 22, 2026

Accepted: August 25, 2026

ePublished: September 25, 2026

*Corresponding author:

Maryam Khosravizad,
Department of Personality
Psychology, Electronic Branch,
Islamic Azad University, Tehran,
Iran.

Email: froudgah3@gmail.com

Objectives: Hospital environments, due to the nature of their services, are considered among the most stressful work settings, posing a serious challenge to the employees' mental health. This study aimed to design and test a structural model of psychological well-being among the clinical and administrative staff of Milad Hospital in Tehran. Given the study's focus on a specialized medical center, the results are more generalizable to similar hospital environments, and caution should be exercised when generalizing them to other sectors of the healthcare system.

Methods: This study employed a mixed-methods (sequential exploratory) approach. In the qualitative phase, using interpretive phenomenology and 16 in-depth interviews with experts, the study's main goal was to examine the impact of living environments. Data were analyzed using MAXQDA (version 2020). In the quantitative phase, based on the qualitative findings, a 30-item questionnaire was developed and distributed among 300 hospital employees. Data analysis and model fitting were performed using Covariance-Based Structural Equation Modeling (CB-SEM) in LISREL (version 8.8).

Results: In the qualitative phase of the study, three main themes—personality traits, psychological capital, and job stress—were identified, along with 30 sub-themes. Quantitative model testing indicated that the conceptual model demonstrated a good fit ($\chi^2/df = 2.36$, CFI = 0.93, RMSEA = 0.063). The findings confirmed that psychological capital ($\beta = 0.48$) and personality traits ($\beta = 0.41$) had positive and significant effects. In contrast, job stress ($\beta = -0.33$) had a negative and significant effect on psychological well-being ($p < 0.001$). Among these variables, psychological capital was the strongest positive predictor of psychological well-being.

Conclusion: The results of this study underscore the need to move from approaches based solely on efficiency and performance control (tool-based management) toward human-centered approaches in healthcare human resource management. This approach considers mental health, employees' lived experiences, and their psychological capital as key components in organizational decision-making and the design of workplace interventions. In this framework, strengthening psychological capital can serve as a balancing resource, reducing the negative effects of job stress and contributing to the sustainability of psychological well-being in hospital settings.

Keywords: Hospital Staff, Job Stress, Personality Characteristics, Psychological Capital, Psychological Well-being



Extended Abstract

Background and Objective

Hospital environments are among the most stressful work settings because of the critical and complex nature of healthcare services, which pose significant risks to staff mental health. Ensuring the psychological well-being of employees is not only a fundamental individual right but also essential for patient safety, healthcare quality, and system sustainability. Although much research has explored factors influencing psychological well-being, no comprehensive model exists that concurrently considers personality, psychological capital, and job stress within a structural framework, especially in Iranian hospitals. Psychological capital—comprising hope, self-efficacy, resilience, and optimism—represents a positive state that can act as a protective resource against work-related pressures. In contrast, occupational stress—arising from heavy workloads, long shifts, exposure to patient suffering and death, and equipment limitations—significantly threatens staff mental health. Furthermore, personality traits influence how individuals perceive and manage stressors, as well as how they utilize their psychological capital. This study was carried out to develop and evaluate a structural model of employees' psychological well-being based on job stress, personality, and psychological capital among clinical and administrative staff at Milad Hospital in Tehran.

Materials and Methods

This study employed a mixed-methods approach with a sequential exploratory design, comprising two phases—qualitative followed by quantitative. The primary goal of the qualitative phase was to identify the contextual dimensions, components, and indicators associated with psychological well-being within the Milad Hospital setting. The study involved university professors, specialists in industrial and organizational psychology, health psychologists, and experienced hospital administrators. The sampling process started with purposive sampling, followed by snowball sampling. Data collection continued until theoretical saturation was reached after conducting 16 semi-structured, in-depth interviews. Data analysis was conducted using Braun and Clarke's thematic analysis and MAXQDA (version 2020), yielding three main themes and 30 subthemes. In the quantitative phase, the conceptual model was tested using a descriptive-survey design. The statistical population included all staff members of Milad Hospital (approximately 1,200 people). The estimated sample size was 290 participants, calculated using Cochran's formula. A total of 330 questionnaires were distributed, and 300 were collected and analyzed. The research tool was a 30-item questionnaire created by the researcher, grounded in qualitative findings. Content validity was confirmed with CVR=0.78 and CVI=0.85, while

reliability was established with a Cronbach's alpha ranging from 0.81 to 0.87. The data were analyzed using covariance-based structural equation modeling in LISREL 8.8, and the measurement and structural models were examined using confirmatory factor analysis and fit indices.

Results

During the qualitative phase, three main dimensions were identified: personality traits—which include subthemes such as emotional stability, responsibility, conscientiousness, flexibility, extraversion, agreeableness, openness, and self-control—psychological capital, comprising hope, a sense of meaning, self-efficacy, optimism, resilience, psychological reconstruction, perseverance, and coping strategies—and job stress, which encompasses workload pressure, rest disruption, exposure to patient suffering, staff shortages, role ambiguity, role conflict, equipment limitations, injustice, strained relationships, concern about errors, and evaluation pressure. In the quantitative phase, the measurement model fit well. Psychological capital, with a coefficient of 0.48, was the strongest positive predictor, followed by personality traits with a coefficient of 0.41. Job stress, with a coefficient of -0.33, significantly negatively affected psychological well-being. Overall, the final model accounted for a substantial portion of the variance in well-being.

Discussion

The results show that hospital employees' psychological well-being derives from a dynamic interplay between internal factors like personality and psychological capital, and external pressures such as job stress. The more pronounced impact of psychological capital compared to personality indicates that, unlike more stable traits, psychological capital is a developable capacity that can be strengthened through training. This finding is consistent with previous research that emphasizes the key role of psychological capital in the mental health of healthcare workers. Furthermore, the moderating role of personality on the relationship between stress and well-being highlights the importance of emotional stability and responsibility in clinical environments. Work-related stress, which considerably hampers well-being, remains a major obstacle. Even when psychological capital is high, well-being can decline if structural stressors are intense. On the other hand, clinical staff, despite greater pressure, experience higher well-being when they have professional satisfaction and a sense of meaning in their work. These findings suggest the need to shift from a transactional, control-oriented approach to a human-centered, resource-oriented one in health human resources management. They also emphasize that unidimensional interventions cannot guarantee the sustainability of well-being; rather, a combination of strengthening internal resources and addressing external stressors is essential.

Conclusion

This study offered an integrated framework that uses a comprehensive structural model, incorporating personality traits, psychological capital, and job stress, to explain and improve the psychological well-being of hospital employees. The results showed that psychological well-being in high-pressure clinical environments is a dynamic outcome of the interplay among personality structure, the strength of psychological resources, and how occupational stress is managed. While stress is unavoidable, enhancing the four aspects of psychological capital—hope, resilience, self-efficacy, and optimism—can serve as a vital

managerial strategy to reduce harmful effects and promote individual growth. The proposed model can serve as a practical roadmap for hospital administrators to design supportive work environments, reduce occupational stress, psychologically empower staff, and ultimately enhance the quality of healthcare services and patient safety. It is proposed that hospitals move toward compassion-focused organizations by implementing psychological capital training programs, redesigning shift and rest protocols, and establishing employee well-being councils, so that the mental health of caregivers is prioritized as strategically as the quality of patient care.

Please cite this article as follows: Zarei Fathabadi S, Khosravizad M, Damorchiloo M, Damarloo Abhari M. Developing a Structural Model of Employee Psychological Well-being Based on Occupational Stress, Personality, and Psychological Capital . *Iran J Ergon*. 2026;14(2): 146-156. DOI:10.53208/IJE.14.2.146

ارائه مدل ساختاری بهزیستی روان‌شناختی کارکنان براساس مؤلفه‌های استرس شغلی؛ شخصیت و سرمایه روان‌شناختی

سمیه زارعی فتح‌آبادی^۱، مریم خسروی‌زاد^{۱*}، مریم دمرچیلو^۱، معصومه دمرلو ابهری^۱

^۱ گروه روان‌شناسی شخصیت، واحد الکترونیکی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

اهداف: محیط‌های بیمارستانی، به دلیل ماهیت خدمات، از جمله پرتنش‌ترین محیط‌های کاری محسوب می‌شوند که سلامت روان کارکنان را با چالش جدی مواجه می‌کنند. این پژوهش با هدف طراحی و آزمون مدل ساختاری بهزیستی روان‌شناختی در میان کارکنان کادر درمان و اداری بیمارستان میلاد تهران انجام شد. با توجه به تمرکز مطالعه بر یک مرکز درمانی تخصصی، نتایج بیشتر در سطح محیط‌های بیمارستانی مشابه قابل تعمیم است و باید در تعمیم آن به بخش‌های دیگر نظام سلامت با احتیاط عمل شود.

روش کار: این مطالعه با رویکرد ترکیبی (اکتشافی متوالی) انجام گرفت. در فاز کیفی، با استفاده از پدیدارشناسی تفسیری و شانزده مصاحبه عمیق با خبرگان، هدف اصلی نه شناسایی متغیرهای جدید، بلکه بومی‌سازی ابعاد و استخراج شاخص‌های زمینه‌مند مرتبط با بهزیستی روان‌شناختی در بافت بیمارستان میلاد تهران بود. داده‌ها با تحلیل مضمون (MAXQDA 2020) تحلیل شدند. در فاز کمی، براساس یافته‌های کیفی، پرسش‌نامه‌ای ۳۰ گویه‌ای تدوین و میان ۳۰۰ نفر از کارکنان بیمارستان توزیع شد. تحلیل داده‌ها و برازش مدل نهایی با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری (CB-SEM) در نرم‌افزار LISREL 8.8 انجام شد.

یافته‌ها: در فاز کیفی، سه مضمون اصلی (ویژگی‌های شخصیتی، سرمایه روان‌شناختی و استرس شغلی) و سی مضمون فرعی استخراج شد. نتایج آزمون مدل کمی نشان داد که مدل مفهومی برازش مطلوبی دارد ($\chi^2/df=2/36$ ، $CFI=0/93$ ، $RMSEA=0/063$) و ویژگی‌های شخصیتی ($\beta=0/41$) تأثیر مثبت و معنادار و استرس شغلی ($\beta=-0/33$) تأثیر منفی و معناداری در بهزیستی روان‌شناختی دارند ($P<0/001$). در این میان، سرمایه روان‌شناختی به‌عنوان قوی‌ترین پیش‌بین مثبت بهزیستی شناسایی شد.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش بر ضرورت حرکت از رویکردهای صرفاً مبتنی بر کارایی و کنترل عملکرد (مدیریت ابزارمحور) به سمت رویکردهای انسان‌محور در مدیریت منابع انسانی سلامت تأکید دارد؛ رویکردی که در آن سلامت روان، تجربه زیسته کارکنان و سرمایه روان‌شناختی آنان به‌عنوان مؤلفه‌های کلیدی در تصمیم‌گیری‌های سازمانی و طراحی مداخلات محیط کار مورد توجه قرار می‌گیرد. در این چهارچوب، تقویت سرمایه روان‌شناختی می‌تواند به‌عنوان منبع تعدیل‌کننده، آثار منفی استرس‌های شغلی را کاهش دهد و به پایداری بهزیستی روان‌شناختی در محیط‌های بیمارستانی کمک کند.

کلید واژه‌ها: بهزیستی روان‌شناختی، سرمایه روان‌شناختی، استرس شغلی، کادر درمان

استناد: زارعی فتح‌آبادی، سمیه؛ خسروی‌زاد، مریم؛ دمرچیلو، مریم؛ دمرلو ابهری، مریم. ارائه مدل ساختاری بهزیستی روان‌شناختی کارکنان براساس مؤلفه‌های استرس شغلی؛ شخصیت و سرمایه روان‌شناختی. مجله ارگونومی، تابستان ۱۴۰۵ (۲): ۱۴۶-۱۵۶.

مقدمه

در دنیای معاصر، نظام‌های سلامت با چالش‌های بی‌سابقه‌ای در زمینه حفظ و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی نیروی انسانی خود روبه‌رو هستند. بیمارستان‌ها به‌عنوان نهادهایی که مستقیماً با حیات انسان‌ها در ارتباط‌اند، محیط‌هایی پر فشار محسوب می‌شوند که بهزیستی کارکنان در آن‌ها نه تنها حق فردی، بلکه پیش‌شرطی برای ایمنی بیمار و کیفیت خدمات است. بهزیستی روان‌شناختی ضعیف در میان کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، پیامدهای گسترده‌ای، از جمله افزایش نرخ غیبت، ترک خدمت و کاهش ایمنی مراقبت از بیمار را به همراه دارد که ضرورت شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده آن را دوچندان می‌کند [۱]. باوجود اینکه بهزیستی سازه‌ای چندبعدی است، اما این مفهوم در محیط‌های درمانی تحت تأثیر پیچیدگی‌های عملکردی و ویژگی‌های فردی قرار دارد که باعث می‌شود تغییرات فردی در سطح بهزیستی کارکنان بسیار چشمگیر باشد و طراحی مداخلات حمایتی را با چالش مواجه کند [۲].

یکی از ستون‌های اصلی تبیین بهزیستی در این پژوهش، سرمایه روان‌شناختی است. سرمایه روان‌شناختی به‌عنوان حالت توسعه‌ای مثبت، شامل مؤلفه‌هایی نظیر امید، خودکارآمدی، تاب‌آوری و خوش‌بینی است که به افراد کمک می‌کند تا در مواجهه با مشکلات، مسیرهای جایگزین را پیدا و بر اهداف خود تمرکز کنند [۳]. در محیط‌های بالینی، این منابع درونی به عنوان سپر دفاعی عمل می‌کنند. مطالعات نشان داده‌اند که سطح سرمایه روان‌شناختی در میان پرستاران بالینی متفاوت است و نیم‌رخ‌های مختلفی از ضعیف تا غنی را شامل می‌شود؛ در این میان، متغیرهایی مانند ساعات کاری طولانی و نوبت‌کاری‌های شبانه مکرر، تأثیر منفی در این سرمایه دارند، درحالی‌که آموزش‌های روان‌شناختی و رضایت شغلی می‌توانند ذخایر آن را تقویت کنند [۴]. سرمایه روان‌شناختی نه تنها به عملکرد شغلی کمک می‌کند، بلکه به‌طور مستقیم با رضایت از زندگی و پیوندهای اجتماعی کارکنان در ارتباط است و به‌عنوان عامل محافظ در برابر آسیب‌های روانی عمل می‌کند [۵، ۶].

عامل کلیدی دیگر که در تقابل با بهزیستی قرار دارد، استرس شغلی است. کارکنان بیمارستان‌ها به‌طور مستمر با منابع تنش‌زا، از جمله فشار کاری ناشی از حجم زیاد مراجعان، مواجهه با رنج بیماران و محدودیت تجهیزات روبه‌رو هستند. این فشارها در صورت مدیریت‌نشدن، به بروز اضطراب‌های محیطی منجر می‌شوند و از طریق ایجاد فرسودگی شغلی، استرس کارکنان را به سطوح بحرانی می‌رسانند [۷]. در مراکز درمانی تخصصی، استرس شغلی ناشی از مسئولیت‌های سنگین حرفه‌ای و انتظارات زیاد بیماران، باعث ایجاد آشفتگی‌های عاطفی عمیق می‌شود که لزوم ایجاد شبکه‌های حمایتی حرفه‌ای و مداخلات روان‌شناختی منسجم را برجسته می‌کند [۸]. اگر استرس مزمن در مراحل اولیه، حتی از دوران آموزش و کارآموزی، شناسایی و کنترل نشود، به تخریب خودپنداره مثبت و کاهش اشتیاق کاری در نیروهای متخصص منجر می‌شود [۹، ۱۰].

علاوه بر این، مؤلفه‌های شخصیت در نحوه مواجهه فرد با این استرس‌ها نقش زیربنایی ایفا می‌کنند. ویژگی‌های شخصیتی تعیین می‌کنند که یک کارمند چگونه منابع سرمایه روان‌شناختی خود را برای مقابله با تنش‌های اخلاقی و فرسودگی ناشی از محیط کار فعال کند. تحقیقات تأیید کرده‌اند که تفاوت‌های فردی در ویژگی‌های شخصیتی می‌توانند رابطه میان پریشانی اخلاقی و فرسودگی شغلی را تعدیل کنند؛ به‌طوری‌که تقویت منابع روانی درونی می‌تواند آثار مخرب فشارهای محیطی را خنثی کند [۱۰]. برای مدیریت این تعاملات پیچیده، سازمان‌های پیشرو در سلامت به‌سمت استفاده از تکنیک‌های نوین مانند ذهن‌آگاهی سوق یافته‌اند. مداخلاتی نظیر کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR) با هدف کاهش فرسودگی و ارتقای تاب‌آوری، به کارکنان کمک می‌کنند تا باوجود فشارهای شغلی زیاد، بهزیستی خود را حفظ کنند و کیفیت مراقبت از بیمار را ارتقا دهند [۶].

بیمارستان میلاد تهران به‌دلیل دسترسی پژوهشگران، گستردگی ساختار، تنوع مشاغل و امکان تأمین حجم نمونه کافی انتخاب شد. باوجود پژوهش‌های جهانی، هنوز مدلی بومی‌سازی‌شده که هم‌زمان مؤلفه‌های شخصیت، سرمایه روان‌شناختی و استرس شغلی را برای کارکنان این مرکز در قالبی ترکیبی آزمون کند، وجود نداشت. براساس ادبیات و یافته‌های مرحله کیفی، نوعی مدل مفهومی اکتشافی تدوین شد که در آن هر سه متغیر به‌عنوان پیش‌بین مستقیم بهزیستی روان‌شناختی در نظر گرفته شدند. این مدل در بخش یافته‌ها آزموده و مدل نهایی گزارش شده است. هدف، ارائه مدلی ساختاری از بهزیستی روان‌شناختی بر پایه این سه مؤلفه و در نتیجه، فراهم‌سازی راهکارهایی عملیاتی برای ارتقای بهزیستی کارکنان از طریق تقویت سرمایه روان‌شناختی و مدیریت استرس است.

روش کار

این مطالعه با روش ترکیبی اکتشافی متوالی انجام شد: فاز کیفی (پدیدارشناسی تفسیری) ابعاد مدل بهزیستی روان‌شناختی در بافت بیمارستان میلاد را شناسایی کرد و فاز کمی مدل را با CB-SEM آزمود. ابزار نهایی شامل سی گویه ذیل سه عامل شخصیت، سرمایه روان‌شناختی و استرس شغلی بود. شاخص‌های CVI و CVR براساس نظر خبرگان محاسبه شد ($CVR = 0.78$, $CVI = 0.85$) و تمامی گویه‌ها حداقل‌های قابل قبول ($CVR > 0.62$, $CVI > 0.79$) را احراز کردند.

در فاز کیفی، جامعه هدف شامل استادان دانشگاه، متخصصان روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، روان‌شناسی سلامت و مدیران باتجربه بیمارستانی بود که به‌طور مستقیم با محیط بیمارستان میلاد درگیر بودند. نمونه‌گیری هدفمند و سپس گلوله‌برفی تا اشباع نظری ادامه یافت که این مهم پس از شانزده مصاحبه نیمه‌ساختاریافته (هریک به‌طور میانگین شصت دقیقه) حاصل شد، به‌طوری‌که مصاحبه‌های

۱۵ و ۱۶ هیچ کد جدیدی اضافه نکردند. تحلیل مضمون به‌روش براون و کلارک با نرم‌افزار MAXQDA 2020 انجام شد و به سی مضمون فرعی در قالب سه مضمون اصلی (مؤلفه‌های شخصیت، سرمایه روان‌شناختی و استرس شغلی) انجامید که مبنای تدوین گویه‌های پرسش‌نامه کمی قرار گرفت.

در فاز کمی، جامعه آماری همه کارکنان بیمارستان میلاد (حدود ۱۲۰۰ نفر) بود. حجم نمونه با فرمول کوکران ۲۹۰ نفر برآورد و با لحاظ احتمال ریزش، ۳۳۰ پرسش‌نامه توزیع شد که نهایتاً ۳۰۰ پرسش‌نامه کامل تحلیل شد. تحلیل توان پسینی با G*Power توان ۰/۸۴ را نشان داد و نسبت نمونه به گویه (۱۰:۱) نیز کفایت نمونه برای CB-SEM را تأیید کرد. با وجود این، اذعان می‌شود که تحلیل توان پیشینی می‌توانست طراحی را تقویت کند و این نکته در محدودیت‌های پژوهش درج شده است. نمونه‌گیری به شیوه خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام شد. به این ترتیب که واحدهای بیمارستان به‌عنوان خوشه‌های اصلی تعریف، تعدادی به تصادف انتخاب و در گام آخر، به‌علت محدودیت‌های اجرایی (شیفت‌های کاری متنوع و ضرورت حضور فیزیکی) از روش در دسترس استفاده شد. این محدودیت در تفسیر نتایج لحاظ شده است.

پرسش‌نامه محقق‌ساخته براساس یافته‌های کیفی طراحی شد (۳۰ گویه، طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای). سازه «بهزیستی روان‌شناختی کارکنان» به‌عنوان متغیر مکنون درون‌زا در مدل ساختاری تعریف شد که صرفاً از طریق روابط ساختاری با سه پیش‌بین (مؤلفه‌های شخصیت، سرمایه روان‌شناختی و استرس شغلی) و براساس همان ۳۰

گویه اندازه‌گیری شد و فاقد گویه‌های مستقل بود. پایایی مقدماتی با آلفای کرونباخ بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۹ برای خرده‌مقیاس‌ها و ۰/۸۷ برای کل ابزار تأیید شد. تحلیل داده‌های کمی با مدل‌سازی معادلات ساختاری مبتنی بر کوواریانس (CB-SEM) در نرم‌افزار LISREL ۸/۸ انجام شد. ابتدا مدل اندازه‌گیری شامل تحلیل عاملی تأییدی، بارهای عاملی استاندارد، پایایی مرکب (CR)، میانگین واریانس استخراج‌شده (AVE) و روایی واگرا به‌روش فورنل-لارکر ارزیابی شد که جزئیات کامل آن در بخش یافته‌ها ارائه شده است. سپس مدل ساختاری آزمون و شاخص‌های برازش χ^2/df , GFI, CFI, RMSEA, SRMR محاسبه شد که مقادیر دقیق و تفسیر آن‌ها نیز در بخش یافته‌ها گزارش شده است. بررسی نرمال‌بودن چندمتغیره داده‌ها از طریق چولگی و کشیدگی (در بازه ۲/۱- تا ۱/۱+) مؤید نرمال‌بودن توزیع بود. برای کنترل سوگیری روش مشترک، آزمون هارمن تک‌عاملی اجرا شد که با تبیین تنها ۳۲ درصد واریانس (کمتر از حد بحرانی ۵۰ درصد)، نشان‌دهنده نبود تهدید جدی این سوگیری برای نتایج است. ضرایب مسیر براساس آماره t در سطح معناداری ۹۵ درصد با $\pm 1/96 >$ ارزیابی و گزارش شدند.

یافته‌ها

دیدگاه شانزده خبره در فاز کیفی و سیزده پرسش‌نامه در فاز کمی تحلیل شد که ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو فاز در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان پژوهش

فاز	متغیر	گروه	فراوانی (نفر)	درصد
کیفی (N = ۱۶)	جنسیت	مرد	۱۱	۶۸/۸
		زن	۵	۳۱/۲
	سطح تحصیلات	دکتری تخصصی	۱۳	۸۱/۳
		کارشناسی ارشد	۳	۱۸/۷
	سابقه خدمت در محیط‌های درمانی	۱۵ تا ۱۰ سال	۶	۳۷/۵
		بیش از ۱۵ سال	۱۰	۶۲/۵
کمی (N = ۳۰۰)	حوزه تخصصی	روان‌شناسی صنعتی و سازمانی	۴	۲۵/۰
		روان‌شناسی سلامت	۴	۲۵/۰
		مدیریت منابع انسانی در نظام سلامت	۴	۲۵/۰
		مدیریت و سرپرستی بیمارستانی	۴	۲۵/۰
		مرد	۱۶۵	۵۵/۰
	سن	زن	۱۳۵	۴۵/۰
		کمتر از ۳۰ سال	۶۰	۲۰/۰
		۳۱ تا ۴۰ سال	۱۳۵	۴۵/۰
		۴۱ تا ۵۰ سال	۷۵	۲۵/۰
		بیش از ۵۰ سال	۳۰	۱۰/۰
سطح تحصیلات		کارشناسی	۱۵۰	۵۰/۰
		کارشناسی ارشد	۱۱۴	۳۸/۰

۱۲/۰	۳۶	دکتری	
۲۴/۰	۷۲	کمتر از ۵ سال	سابقه کاری در بیمارستان میلاد
۳۷/۰	۱۱۱	۵ تا ۱۰ سال	
۳۹/۰	۱۱۷	بیش از ۱۰ سال	
۶۲/۰	۱۸۶	واحدهای بالینی و پاراکلینیکی	نوع واحد سازمانی
۲۶/۰	۷۸	واحدهای اداری و ستادی	
۱۲/۰	۳۶	واحدهای پشتیبانی و خدمات	

زیرمضمون‌هایی نظیر «نگرانی از خطاهای حرفه‌ای و پیامدهای آن»، «فشار ناشی از ارزیابی‌های عملکرد و نظارت‌های سخت‌گیرانه» و «تعارض بین نقش حرفه‌ای و الزامات اداری» بازتاب‌دهنده ابعاد زمینه‌محوری هستند که در مدل‌های عمومی استرس شغلی کمتر به آن‌ها پرداخته شده است. اولویت‌بندی نهایی عوامل براساس ضرایب β در مدل SEM انجام شد که نتایج آن در ادامه گزارش می‌شود.

تحلیل مضمون داده‌های حاصل از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با سؤالات کاملاً باز، به استخراج ۲۱۴ کد اولیه و سپس ۳۰ مضمون فرعی در قالب سه مضمون اصلی انجامید (جدول ۲). از آنجا که رویکرد پژوهش، اکتشافی و زمینه‌محور و هدف، ساخت ابزاری بومی برای بیمارستان میلاد بود، گویه‌ها به جای استفاده از پرسش‌نامه‌های عمومی شخصیت، مستقیماً از تجربه زیسته خبرگان استخراج شدند. اگرچه بخش عمده مضامین با ادبیات نظری هم‌پوشی دارند،

جدول ۲. عوامل مؤثر بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی کارکنان (نتایج تحلیل کیفی)

عوامل اصلی	عوامل فرعی (زیرمضامین)
۱. ویژگی‌های شخصیتی	ثبات و تعادل هیجانی در شرایط کاری پرتنش، احساس تعهد و مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای، وجدان کاری و پایبندی به اصول اخلاقی، انعطاف‌پذیری رفتاری در مواجهه با تغییرات، گرایش به برون‌گرایی و تعامل مؤثر اجتماعی، خوش‌رویی و توانایی مدیریت تعارض‌های بین‌فردی، گشودگی به تجربه و روش‌های نوین کار، خودمهارگری و کنترل هیجان در موقعیت‌های فشارزا.
۲. سرمایه روان‌شناختی	امیدواری به بهبود شرایط و پیشرفت شغلی، احساس معنا و هدفمندی در نقش شغلی، باور به خودکارآمدی در انجام وظایف تخصصی، اطمینان به توانایی حل مسائل پیچیده، خوش‌بینی به نتایج تلاش‌های شغلی، نگرش مثبت و اعتماد به سازمان و همکاران، تاب‌آوری در برابر فشارهای روانی محیط کار، توانایی بازسازی روانی پس از شیفت‌های فرساینده، پشتکار و استمرار در انجام امور دشوار، به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه.
۳. استرس شغلی	فشار کاری ناشی از حجم زیاد مراجعان و محدودیت زمانی، اختلال در الگوی استراحت به دلیل شیفت‌های طولانی و شب‌کاری، مواجهه مستمر با رنج، ناتوانی و مرگ بیماران، کمبود نیروی انسانی و توزیع نامتوازن حجم کار، ابهام در شرح وظایف و انتظارات شغلی، تعارض بین نقش حرفه‌ای و الزامات اداری، تعارض مسئولیت‌های شغلی با وظایف خانوادگی، محدودیت امکانات و تجهیزات و تأثیر آن در کیفیت کار، ادراک نابرابری و بی‌عدالتی در نظام پرداخت و ارتقا، روابط تنش‌زا با همکاران، سرپرستان یا بیماران، نگرانی از خطاهای حرفه‌ای و پیامدهای آن، فشار ناشی از ارزیابی‌های عملکرد و نظارت‌های سخت‌گیرانه.

هم‌بستگی آن سازه با سازه‌های دیگر (درایه‌های غیرقطری) بزرگ‌تر بود.

مدل ساختاری با استفاده از CB-SEM آزموده شد. شاخص‌های برازش همگی در محدوده مطلوب قرار داشتند: $\chi^2/df=2/36$ ، $GFI=0/91$ ، $CFI=0/93$ ، $RMSEA=0/063$ و $SRMR=0/054$

براساس ضرایب مسیر، ویژگی‌های شخصیتی ($P<0/001$)، $t=6/32$ ، $\beta=0/41$) و سرمایه روان‌شناختی ($P<0/001$)، $t=7/11$ ، $\beta=0/48$) اثر مثبت و معنادار و استرس شغلی ($P<0/001$)، $t=-5/28$ ، $\beta=-0/33$) اثر منفی و معنادار در بهزیستی روان‌شناختی داشتند. بدین ترتیب، سرمایه روان‌شناختی قوی‌ترین پیش‌بین مثبت و استرس شغلی مهم‌ترین عامل تضعیف‌کننده شناسایی شد. نتایج کامل در جدول ۴ و شکل ۱ ارائه شده است.

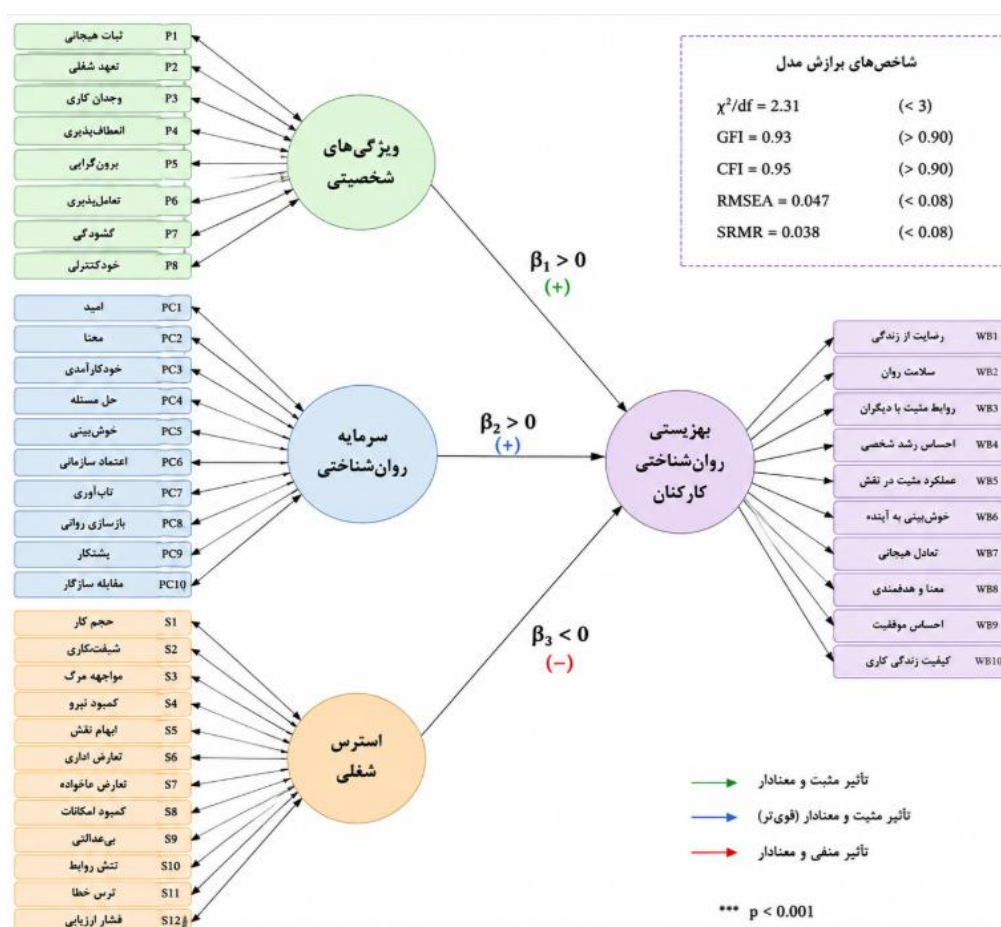
برای سنجش متغیرهای پژوهش، پرسش‌نامه‌ای براساس یافته‌های کیفی طراحی شد. ابتدا پایایی و روایی سازه‌ها با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی بررسی شد. شاخص‌های روایی همگرا و پایایی، که در جدول ۳ ارائه شده‌اند، همگی در دامنه قابل‌قبولی قرار داشتند و برازش مدل اندازه‌گیری را تأیید کردند. نتایج تحلیل روایی محتوایی نشان داد که تمامی گویه‌ها از نظر خبرگان دارای CVR بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۹ و CVI بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ بوده‌اند و هیچ گویه‌ای از ابزار حذف نشد. بارهای عاملی استاندارد تمامی گویه‌ها بین ۰/۶۳ تا ۰/۸۸ به دست آمد و نشان‌دهنده برازش مناسب مدل اندازه‌گیری بود. همچنین، پایایی مرکب (CR) بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۱ و میانگین واریانس استخراج‌شده (AVE) بین ۰/۵۱ تا ۰/۶۹ قرار داشت که روایی همگرا را تأیید می‌کند. روایی واگرا با استفاده از معیار فورنل-لارکر تأیید شد، بدین‌صورت که جذر AVE هر سازه (قطر اصلی ماتریس) از

جدول ۳. شاخص‌های روایی همگرا و پایایی سازه‌های پژوهش

سازه	دامنه بارهای عاملی	آلفای کرونباخ	CR	AVE
ویژگی‌های شخصیتی	۰/۷۱-۰/۸۶	۰/۸۸	۰/۹۰	۰/۶۲
سرمایه روان‌شناختی	۰/۷۲-۰/۸۲	۰/۸۶	۰/۸۹	۰/۶۰
استرس شغلی	۰/۶۸-۰/۸۳	۰/۸۵	۰/۸۷	۰/۵۸
بهبودی روان‌شناختی کارکنان	۰/۷۴-۰/۸۹	۰/۸۷	۰/۹۱	۰/۶۴

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل ساختاری و نتایج آزمون فرضیه‌ها

بخش	شاخص / مسیر	مقدار	معیار / سطح پذیرش	نتیجه
برازش کلی مدل	χ^2/df	۲/۳۶	< 3	مطلوب
	GFI	۰/۹۱	$> ۰/۹۰$	مطلوب
	CFI	۰/۹۳	$> ۰/۹۰$	مطلوب
	RMSEA	۰/۰۶۳	$< ۰/۰۸$	مطلوب
	SRMR	۰/۰۵۴	$< ۰/۰۸$	مطلوب
روابط ساختاری (فرضیه‌ها)	تأثیر ویژگی‌های شخصیتی در بهبودی روان‌شناختی	$\beta = ۰/۴۱, t = ۶/۳۲, p < ۰/۰۰۱$	$t > \pm ۱/۹۶$	تأیید
	تأثیر سرمایه روان‌شناختی در بهبودی روان‌شناختی	$\beta = ۰/۴۸, t = ۷/۱۱, p < ۰/۰۰۱$	$t > \pm ۱/۹۶$	تأیید
	تأثیر استرس شغلی در بهبودی روان‌شناختی	$\beta = -۰/۳۳, t = -۵/۲۸, p < ۰/۰۰۱$	$t > \pm ۱/۹۶$	تأیید



شکل ۱. مدل ساختاری نهایی پژوهش (SEM) شامل روابط بین ویژگی‌های شخصیتی، سرمایه روان‌شناختی و استرس شغلی با بهبودی روان‌شناختی کارکنان بیمارستان میلاد تهران

بحث

تحلیل نهایی مدل ساختاری پژوهش نشان داد که بهزیستی روان‌شناختی کارکنان بیمارستان میلاد، محصول تعاملی توازن میان منابع درونی و تقاضاهای بیرونی است. برازش مطلوب مدل نهایی تأیید می‌کند که متغیرهای شخصیت، سرمایه روان‌شناختی و استرس شغلی، ارکان اصلی تبیین‌کننده سلامت روانی در این بافت درمانی هستند. این نتیجه با دیدگاه Kirk هم‌خوانی دارد که معتقد است بهزیستی عاطفی کادر درمان، زیربنای اصلی ایمنی بیمار و پایداری سیستم سلامت است [۱۱]. همچنین، Rikos و همکاران در مطالعه خود تأیید کردند که در محیط‌های بیمارستانی، بهزیستی روان‌شناختی تابعی از کیفیت زندگی حرفه‌ای و اشتیاق شغلی است [۱۲]. تحلیل این شباهت نشان می‌دهد که مدل طراحی‌شده در بیمارستان میلاد، فراتر از الگوی نظری، نوعی ضرورت عملیاتی برای پیشگیری از فرسودگی سیستمی است که در آن، بهزیستی نه یک انتخاب، بلکه پیش‌نیاز عملکرد ایمن محسوب می‌شود. با این حال، نکته مهم این است که اغلب مطالعات پیشین این روابط را به صورت جداگانه یا تک‌سطحی بررسی کرده‌اند، درحالی‌که مدل حاضر این متغیرها را در قالب مدل یکپارچه ساختاری و در یک بافت بومی (بیمارستان میلاد) آزمون کرده است؛ موضوعی که می‌تواند تفاوت اصلی این پژوهش با ادبیات موجود تلقی شود.

در تبیین نقش پیش‌بین‌های مثبت، داده‌ها نشان دادند که سرمایه روان‌شناختی با ضریب مسیر ۰/۴۶، قدرتمندترین عامل در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی کارکنان است. این سازه، که مجموعه‌ای از امید، خودکارآمدی، تاب‌آوری و خوش‌بینی است، به عنوان منبعی انرژی‌بخش، آثار فشارهای کاری را خنثی می‌کند. این یافته به طور مستقیم با نتایج Rew و همکاران همسو است که سرمایه روان‌شناختی را عامل کلیدی در بهبود سلامت روان و توانمندی حرفه‌ای پرستاران دانستند [۳]. همچنین، Teng و همکاران نشان دادند که این متغیر می‌تواند به عنوان ضربه‌گیر در برابر استرس‌های ناشی از نوبت‌کاری عمل کند [۴]. از مقایسه این نتایج می‌توان نتیجه گرفت که برخلاف ویژگی‌های ثابت، سرمایه روان‌شناختی ظرفیتی توسعه‌یافتنی است که تقویت آن در کارکنان بیمارستان میلاد، سریع‌ترین راهکار برای جهش در سطح بهزیستی عمومی سازمان خواهد بود. در دو پژوهش قبلی، این سازه عمدتاً در گروه‌های خاص (مانند پرستاران یا جوانان آسیب‌پذیر) بررسی شده است، درحالی‌که در مطالعه حاضر این متغیر در یک مدل چندعاملی و در کنار ویژگی‌های شخصیتی و استرس شغلی آزمون شده و نقش نسبی آن در پیش‌بینی بهزیستی به صورت هم‌زمان مشخص شده است.

علاوه بر منابع درونی، ویژگی‌های شخصیتی با ضریب تأثیر ۰/۴۱ نقش بسیار پررنگی در پیش‌بینی بهزیستی ایفا کردند. برخورداری از ثبات هیجانی و مسئولیت‌پذیری به کادر درمان کمک می‌کند تا در مواجهه با تروماهای بالینی، کمتر دچار گسست روانی شوند. این یافته با پژوهش Xue و همکاران، که بر نقش تعدیل‌کننده شخصیت در رابطه میان پریشانی اخلاقی و فرسودگی تأکید داشت [۱۰]، هم‌خوانی

دارد؛ همچنین Purchase و همکاران نشان دادند که انتظارات فردی و ساختار شخصیت حرفه‌ای‌ها، مستقیماً در ادراک آن‌ها از استرس و سطح بهزیستی تأثیر می‌گذارد [۱۳]. بخش مهم تفاوت این پژوهش آن است که شخصیت در کنار منابع روان‌شناختی قابل توسعه (مانند سرمایه روان‌شناختی) بررسی شده است؛ در نتیجه، نشان می‌دهد که حتی در حضور ویژگی‌های نسبتاً پایدار شخصیتی، همچنان امکان تقویت بهزیستی از طریق متغیرهای مداخله‌پذیر وجود دارد.

در سوی دیگر مدل، بررسی عوامل بازدارنده نشان داد که «استرس شغلی» با ضریب ۰/۳۳- به شکلی معنادار بهزیستی روان‌شناختی را تحلیل می‌برد. فشار ناشی از حجم زیاد مراجعان و ابهامات نقش، به تدریج ذخایر روانی فرد را مستهلک می‌کند. این نتیجه با یافته‌های امیدی و همکاران همسو است که استرس محیطی را مانع اصلی شکوفایی کادر درمان می‌دانستند [۷]. همچنین، Wang و همکاران در مطالعه خود تأیید کردند که بارهای عاطفی ناشی از مراقبت، به کاهش سطح سلامت روان منجر می‌شود [۸]. از تطبیق این یافته‌ها می‌توان استنباط کرد که در بیمارستان میلاد، حتی با وجود سرمایه روان‌شناختی زیاد، اگر استرس‌های ساختاری و محیطی از حد آستانه فراتر روند، بهزیستی فردی دچار فروپاشی خواهد شد که این موضوع مدیریت هوشمندانه تقاضاهای شغلی را ضروری می‌کند. تفاوت مهم در این مطالعه آن است که استرس شغلی نه به عنوان متغیر منفرد، بلکه در تعامل با منابع درونی کارکنان در مدل ساختاری بررسی شده است. بنابراین، نشان داده شد که حتی با حضور سرمایه روان‌شناختی بالا، اگر استرس‌های ساختاری شدید باشند، کاهش بهزیستی همچنان رخ می‌دهد.

یکی دیگر از نتایج حائز اهمیت این پژوهش، تأثیر «بافت حرفه‌ای و رضایت شغلی» بر سطح بهزیستی بود، به طوری که کارکنان واحدهای بالینی با وجود فشار بیشتر، در صورت داشتن رضایت حرفه‌ای، بهزیستی بالاتری را تجربه می‌کردند. این یافته با نتایج Demirel و همکاران همسو است که نشان دادند رضایت شغلی و حس شفقت‌ورزی، رابطه مثبتی با بهزیستی روان‌شناختی دارد [۱۴]. همچنین، Rikos و همکاران دریافتند که اگرچه تماس مداوم با بیماران تروماتیک چالش‌برانگیز است، در صورت وجود درگیری شغلی زیاد، می‌تواند به رشد روانی منجر شود [۱۲]. تحلیل این یافته نشان می‌دهد که بهزیستی در بیمارستان میلاد صرفاً به معنای نبود استرس نیست، بلکه به معنای یافتن معنا در مراقبت و داشتن تخصص بالینی است که به فرد حس کارآمدی و هویت حرفه‌ای می‌بخشد. تفاوت این پژوهش در آن است که این عوامل نه به عنوان متغیرهای اصلی، بلکه به عنوان تبیین‌کننده‌های زمینه‌ای در تفسیر روابط اصلی مدل مطرح شده‌اند.

در نهایت، سنتز یافته‌های مدل بر ضرورت نگاه جامع و چندسطحی به سلامت روان در محیط‌های درمانی تأکید دارد. نتایج نشان داد که مداخلات تک‌بعدی نمی‌توانند پایداری بهزیستی را تضمین کنند. این دیدگاه با مطالعه مروری Tamminga و همکاران در پایگاه کارکن مطابقت دارد که بر ترکیب مداخلات متمرکز بر فرد

استرس در حرفه پزشکی و پرستاری، تقویت ابعاد چهارگانه سرمایه روان‌شناختی (امید، تاب‌آوری، خودکارآمدی و خوش‌بینی) می‌تواند به عنوان قدرتمندترین اهرم مدیریتی، آثار مخرب استرس را مهار و شکوفایی فردی را تضمین کند. در نهایت، این پژوهش تأکید می‌کند که پایداری نظام سلامت و ایمنی بیماران، در گرو گذار از نگاه ابزاری به نیروی انسانی و حرکت به سمت سازمان‌های شفقت‌محور است که در آن، سلامت روان درمانگران به همان اندازه کیفیت درمان بیماران در اولویت استراتژیک قرار دارد.

تشکر و قدردانی

از مدیریت و کارکنان بیمارستان میلاد و متخصصان مشارکت‌کننده در مراحل کیفی و کمی صمیمانه قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منفعی گزارش نمی‌کنند.

مشارکت‌های نویسندگان

نویسنده اول در طراحی مفهومی مطالعه، مدیریت داده‌ها، اجرای تحلیل‌های آماری، انجام پژوهش، به‌کارگیری نرم‌افزارهای مورد استفاده، نگارش پیش‌نویس اصلی مقاله و مشارکت در تجسم داده‌ها نقش اصلی داشته است. نویسنده دوم در توسعه روش‌شناسی پژوهش، مدیریت پروژه، نظارت علمی بر فرایند تحقیق و همچنین مشارکت در مفهوم‌سازی مطالعه و ویرایش نهایی متن نقش داشته است. نویسنده سوم در تحلیل داده‌ها، اعتبارسنجی یافته‌ها و مشارکت در تجسم نتایج و همچنین همراهی در فرایند تحلیل آماری نقش‌آفرینی کرده است. نویسنده چهارم نیز در اعتبارسنجی نتایج، مشارکت در منابع علمی و تأیید علمی یافته‌ها نقش داشته و در بازبینی علمی نتایج مشارکت داشته است.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با کد اخلاق IR.IAU.REC.1403.524، با رعایت بیانیه هلسینکی، اخذ رضایت آگاهانه از تمامی مشارکت‌کنندگان و تکمیل بی‌نام پرسش‌نامه‌ها انجام شد.

حمایت مالی

این پژوهش حاصل طرح مستقل علمی است و با هزینه شخصی محققان به انجام رسیده است.

و تغییرات ساختاری برای کاهش استرس تأکید کردند [۱۵]. همچنین Silva و همکاران نشان دادند که هم‌رهبری جمعی و هم‌روش‌های حمایتی مکمل (مانند رایحه‌درمانی)، در کنار هم می‌توانند اتمسفر بهزیستی را تقویت کنند [۱۶]. برایندهایی این مقایسه نشان می‌دهد که بیمارستان میلاد برای ارتقای سلامت روان کارکنان خود، باید مسیری دوجانبه را دنبال کند: تقویت منابع درونی (از طریق آموزش‌های سرمایه روان‌شناختی) و اصلاح منابع بیرونی (از طریق مدیریت استرس و رهبری حمایتی).

این پژوهش نقشه‌راهی عملی برای گذار از رویکرد صرفاً واکنشی و معطوف به بحران به استراتژی پیش‌گیرانه و منبع‌محور در مدیریت منابع انسانی سلامت ارائه می‌دهد. پیشنهاد می‌شود بیمارستان‌ها ممیزی‌های سرمایه روان‌شناختی را به صورت دوره‌ای اجرا کنند که توازن میان ویژگی‌های شخصیتی و توانمندی‌های درونی را همراه با چک‌لیست‌های سنجش‌پذیر، مثلاً نرخ کاهش غیبت‌های ناشی از فرسودگی یا میزان مشارکت در برنامه‌های خودمراقبتی، اندازه‌گیری کند؛ تشکیل «شورای عالی بهزیستی کارکنان» با حضور نمایندگان از مدیریت ارشد، روان‌شناسی سازمانی و مدیران بخش‌های بالینی برای بازطراحی پروتکل‌های شیفت‌بندی و استراحت (با سنجش‌هایی مانند میانگین زمان بازبازی پس از بحران‌های بخش) از دیگر توصیه‌هاست. محدودیت‌های این مطالعه شامل طبیعت مقطعی آن است که استنتاج علی قطعی را محدود و انجام مطالعات طولی را ضروری می‌کند. همچنین، تمرکز بر بیمارستان میلاد تهران، تعمیم‌پذیری نتایج به دیگر اقلیم‌ها و بیمارستان‌های دولتی یا کوچک‌تر را با احتیاط مواجه می‌کند و در نهایت، اتکا به داده‌های خودگزارشی ممکن است با سوگیری مطلوبیت اجتماعی همراه باشد که پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی با شاخص‌های عینی، مانند گزارش‌های حوادث ناخواسته یا شاخص‌های فیزیولوژیک استرس، ترکیب شود. همچنین، بررسی نقش تعدیلگرهایی نظیر سبک رهبری مدیران پرستاری و سطح هوشمندی دیجیتال بیمارستان در تحقیقات آینده توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

دستاوردهایی این مطالعه نشان داد که بهزیستی روان‌شناختی کارکنان در محیط‌های پرفشار بیمارستانی صرفاً یک وضعیت عاطفی پایدار نیست، بلکه برای پویا از تعامل میان ساختار شخصیت، قدرت منابع روانی (سرمایه روان‌شناختی) و مدیریت فشارهای شغلی است. نتایج مدل ساختاری تبیین کرد که باوجود ماهیت گریزناپذیر

REFERENCES

- Papworth A, Ziegler L, Beresford B, Mukherjee S, Fraser L, Fisher V, et al. Psychological well-being of hospice staff: systematic review. BMJ Support Palliat Care. 2024;13(3):e597-e611. [DOI: [10.1136/spcare-2022-004012](https://doi.org/10.1136/spcare-2022-004012)] [PMID]
- Vekara L, Kantanen S, Kolho KL, Räsänen K, Lakka T, Huhtala H, et al. Psychological well-being of children and adolescents with inflammatory bowel disease. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2024;78(6):1287-96. [DOI: [10.1002/jpn3.12220](https://doi.org/10.1002/jpn3.12220)] [PMID]
- Rew L, Kelley M, Preston A. Psychological capital variables as protective factors in indigenous youth experiencing homelessness. Arch Psychiatr Nurs. 2024;51:235-40. [DOI: [10.1016/j.apnu.2024.06.009](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2024.06.009)] [PMID]
- Teng M, Wang J, Jin M, Yuan Z, He H, Wang S, et al. Psychological capital among clinical nurses: a latent profile

- analysis. *Int Nurs Rev.* 2024;71(4):786-93. [DOI: [10.1111/inr.12918](https://doi.org/10.1111/inr.12918)] [PMID]
5. Rew L, Slesnick N, Kesler S, Rhee H. Mediation of psychological capital in youth experiencing homelessness. *Nurs Res.* 2024;73(3):188-94. [DOI: [10.1097/NNR.0000000000000722](https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000722)] [PMID]
 6. Talebiazar N, Anzali BC, Abbasi M, Azizi N, Goli R, Faraji N, et al. Does mindfulness-based stress reduction training have an impact on the occupational burnout and stress experienced by nurses? A randomized controlled trial. *Int Arch Occup Environ Health.* 2025;98(1):1-11. [DOI: [10.1007/s00420-024-02078-8](https://doi.org/10.1007/s00420-024-02078-8)] [PMID]
 7. Omid MR, Meftahi H, Omid N. Investigate the mediating role of job burnout in the relationship between corona anxiety and occupational stress among employees of the engineering and construction company in the oil industry. *Iran J Ergon.* 2023;11(1):27. [Link]
 8. Wang X, Yu H, Zeng W, Hong Y, Huang F, Yang X, et al. Psychological well-being of patients in reproductive medicine center: clinicians' perspectives. *J Reprod Infant Psychol.* 2024;42(5):855-68. [DOI: [10.1080/02646838.2023.2188893](https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2188893)] [PMID]
 9. Wei H, Dorn A, Hutto H, Webb Corbett R, Haberstroh A, Larson K. Impacts of nursing student burnout on psychological well-being and academic achievement. *J Nurs Educ.* 2021;60(7):369-76. [DOI: [10.3928/01484834-20210616-02](https://doi.org/10.3928/01484834-20210616-02)] [PMID]
 10. Xue B, Wang S, Chen D, Hu Z, Feng Y, Luo H. Moral distress, psychological capital, and burnout in registered nurses. *Nurs Ethics.* 2024;31(2-3):388-400. [DOI: [10.1177/09697330231202233](https://doi.org/10.1177/09697330231202233)] [PMID]
 11. Kirk K. Time for a rebalance: psychological and emotional well-being in the healthcare workforce as the foundation for patient safety. *BMJ Qual Saf.* 2024;33(8):483-6. [DOI: [10.1136/bmjqs-2024-017236](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2024-017236)] [PMID]
 12. Rikos N, Mema E, Triantafyllou C, Kleftonikolou H, Mazaraki E, Gounelas G, et al. Professional quality of life, psychological well-being, and work engagement of healthcare professionals in two Greek hospitals during COVID-19: a cross-sectional study. *Work.* 2024;78(3):613-24. [DOI: [10.3233/WOR-230386](https://doi.org/10.3233/WOR-230386)] [PMID]
 13. Purchase M, Thériault ÉR, Collicutt B. Ageism healthcare: implications for the psychological well-being of Atlantic Canadian healthcare professionals. *J Appl Gerontol.* 2024;43(9):1355-65. [DOI: [10.1177/07334648241237099](https://doi.org/10.1177/07334648241237099)] [PMID]
 14. Demirel Y, Çağatay HT, Ertuğrul B, Başaran E, Salimoğlu S. The effect of the compassion levels of healthcare workers on their psychological well-being. *Work.* 2024;77(1):253-62. [DOI: [10.3233/WOR-230035](https://doi.org/10.3233/WOR-230035)] [PMID]
 15. Tamminga SJ, Emal LM, Boschman JS, Levasseur A, Thota A, Ruotsalainen JH, et al. Individual-level interventions for reducing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023;5(5):CD002892. [DOI: [10.1002/14651858.CD002892.pub6](https://doi.org/10.1002/14651858.CD002892.pub6)] [PMID]
 16. Silva JAM, Mininel VA, Fernandes Agreli H, Peduzzi M, Harrison R, Xyrichis A. Collective leadership to improve professional practice, healthcare outcomes and staff well-being. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;10(10):CD013850. [DOI: [10.1002/14651858.CD013850.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD013850.pub2)] [PMID]