Journal of Spiritual Health

2026, Volume 4, Issue 4
Pages: 816-826
10.30491/JSH.4.4.816

The Relationship between the Components of Hardiness with General and Spiritual Health and Job Burnout in Administrative Staff of Islamic Azad University

Zahra Parsaeiyeganeh [1], Parisa Shojaei [1*]

[1] *Faculty of Medicine, TMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran*

Abstract

Background and Aim: Hardiness, as a personality trait, encompasses commitment, control, and challenge, which can play a significant role in reducing the negative effects of stress and improving mental and spiritual health.

Methods: This cross-sectional-analytical study was conducted on 116 administrative staff of Islamic Azad University of Medical Sciences in Tehran in 2023. The data collection tools included four questionnaires: general health (GHQ-28), spiritual well-being scale (SWBS), hardiness questionnaire (Kobasa), and Maslach burnout inventory (MBI). The data were analyzed using nonparametric tests such as Spearman's rank and descriptive and inferential statistical analyses in SPSS software.

Results: Age had a significant positive relationship with burnout; however, its impact on general and spiritual health was insignificant. Gender had a significant negative effect on burnout and a relatively strong positive impact on general health. Education was associated with increased burnout but had lesser effects on general and spiritual health. Job commitment significantly reduced burnout and showed a positive impact on general and spiritual health. Moreover, control and job challenges had positive effects on general and spiritual health, but their relationship with burnout varied.

Conclusion: This study highlighted the importance of individual and job-related factors in determining levels of burnout, general health, and spiritual health. The findings indicated that increasing job commitment and providing opportunities for control and challenge in the workplace can contribute to improving the general and spiritual health of employees while reducing burnout.

Keywords: Hardiness, General Health, Spiritual Health, Job Burnout, Staff.

*Corresponding author: **Parisa Shojaei,** Email: shojaee7@gmail.com

Received: 22 November 2025 **Accepted:** 31 January 2026

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.4.816]

مجله سلامت معنوی
دوره ۴، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۴
صفحات: ۸۲۶-۸۱۶
10.30491/JSH.4.4.816

رابطه بین مؤلفه‌های سرسختی با سلامت عمومی و معنوی و فرسودگی شغلی در کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی

زهرا پارسایی یگانه[۱]، پریسا شجاعی[۱*]

[۱] *دانشکده پزشکی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران*

چکیده

زمینه و هدف: سرسختی به عنوان یک ویژگی شخصیتی شامل تعهد، کنترل و چالش است که می‌تواند در کاهش اثرات منفی استرس و بهبود سلامت روانی و معنوی نقش مهمی داشته باشد.

روش‌ها: این مطالعه مقطعی- تحلیلی بر روی ۱۱۶ نفر از کارکنان بخش اداری دانشگاه آزاد اسلامی علوم پزشکی تهران در سال ۱۴۰۲ انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل چهار پرسشنامه: سلامت عمومی (GHQ-28)، مقیاس رفاه معنوی (SWBS)، پرسشنامه سرسختی (Kobasa) و پرسشنامه فرسودگی شغلی ماسلاچ (MBI) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های ناپارامتریک مانند اسپیرمن و تحلیل‌های آماری توصیفی و استنباطی در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: سن به طور معناداری با فرسودگی شغلی رابطه مثبت داشت، اما اثر آن بر سلامت عمومی و سلامت معنوی کم‌اهمیت بود. جنسیت تأثیر منفی قابل توجهی بر فرسودگی شغلی و تأثیر مثبت نسبتاً قوی بر سلامت عمومی داشت. تحصیلات با افزایش فرسودگی شغلی همراه بود اما تأثیرات کمتری بر سلامت عمومی و معنوی داشت. تعهد شغلی به‌طور معناداری فرسودگی شغلی را کاهش داد و تأثیر مثبتی بر سلامت عمومی و معنوی نشان داد. همچنین کنترل و چالش‌های شغلی تأثیرات مثبتی بر سلامت عمومی و معنوی داشتند، اما رابطه آن‌ها با فرسودگی شغلی متفاوت بود.

نتیجه‌گیری: این پژوهش اهمیت عوامل فردی و شغلی را در تعیین سطوح فرسودگی شغلی، سلامت عمومی و سلامت معنوی برجسته کرد. یافته‌ها نشان داد که افزایش تعهد شغلی و فراهم‌سازی فرصت‌های کنترل و چالش در محیط کار می‌تواند به بهبود سلامت عمومی و معنوی کارکنان کمک کند و از فرسودگی شغلی بکاهد.

کلیدواژه‌ها: سرسختی، سلامت عمومی، سلامت معنوی، فرسودگی شغلی، کارمند.

*نویسنده مسئول: **پریسا شجاعی.** پست الکترونیک: shojaee7@gmail.com
دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۹/۰۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۱۱/۱۱

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.4.4.816]

مقدمه

در دنیای پرشتاب و پرفشار امروزی، سلامت روانی و جسمانی افراد تحت تأثیر عوامل متعددی قرار دارد که می‌تواند کیفیت زندگی و عملکرد شغلی آن‌ها را به چالش بکشد. یکی از مفاهیمی که در سال‌های اخیر توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده است، سرسختی روان‌شناختی است. سرسختی به عنوان یک ویژگی شخصیتی، شامل سه مؤلفه‌ی تعهد، کنترل و چالش بوده و نقشی اساسی در مقابله با استرس و دشواری‌های زندگی ایفا می‌کند (۱). افرادی که سرسختی بالاتری دارند، معمولاً نسبت به رویدادهای زندگی خود احساس کنترل بیشتری داشته و مشکلات را به عنوان فرصتی برای رشد و یادگیری تلقی می‌کنند (۲). از سوی دیگر، سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد مهم و فاکتوری حفاظتی در ارتقاء سلامت، به معنای احساس ارتباط با یک نیروی متعالی، یافتن معنا در زندگی و داشتن هدفی فراتر از امور روزمره است. مطالعات نشان داده‌اند که سلامت معنوی می‌تواند در کاهش تنش‌های روانی مؤثر باشد و از بروز فرسودگی شغلی جلوگیری کند (۳،۴). وقتی محیط های کاری و حرفه‌ای به خوبی سازماندهی و مدیریت نمی‌شوند، می‌توانند عواقب نامطلوبی برای کارکنان داشته باشد و این عوامل با ایجاد زمینه فرسودگی شغلی در کارکنان، مخاطرات شغلی- روانی- اجتماعی مهمی در جامعه امروزی ایجاد نموده و هزینه‌های زیادی برای افراد و سازمان‌ها دربر دارد (۵،۶). فرسودگی شغلی یکی از مشکلات رایج در محیط‌های کاری است که در اثر استرس مزمن شغلی ایجاد می‌شود و شامل ابعاد خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و کاهش احساس موفقیت فردی است. این پدیده می‌تواند تأثیرات منفی چشمگیری بر سلامت روان و عملکرد حرفه‌ای افراد داشته باشد. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که سرسختی و سلامت معنوی می‌توانند نقش مهمی در کاهش میزان فرسودگی شغلی داشته باشند، اما تاکنون رابطه دقیق این متغیرها به‌صورت همزمان کمتر مورد بررسی قرار گرفته است (۷-۹). بنابراین، ویژگی شخصیتی سرسختی و تأثیر آن بر سلامت عمومی معنوی و فرسودگی شغلی، نقش مهمی در کیفیت زندگی و عملکرد شغلی افراد ایفا می‌کند. افرادی که از سرسختی بالاتری برخوردارند، معمولاً نگرش مثبت‌تری به چالش‌های زندگی دارند و در مواجهه با استرس‌های شغلی، انعطاف‌پذیرتر عمل می‌کنند. این ویژگی می‌تواند به کاهش اثرات منفی استرس و جلوگیری از فرسودگی شغلی کمک کند (۱۰). از سوی دیگر، سلامت عمومی معنوی نیز به عنوان یک منبع حمایتی قوی، موجب افزایش تاب‌آوری روانی و بهبود سلامت کلی افراد می‌شود. ارتباط با یک نیروی برتر، احساس تعلق اجتماعی و جستجوی معنا در زندگی، همگی به افراد کمک می‌کنند تا فشارهای روانی ناشی از کار و زندگی شخصی را بهتر مدیریت کنند (۱۱). در مجموع، یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که سرسختی و سلامت عمومی معنوی، دو عامل کلیدی در پیشگیری از فرسودگی شغلی و بهبود سلامت روان هستند. توسعه برنامه‌های آموزشی و مداخلات روانشناختی که به افزایش این دو متغیر کمک کنند، می‌تواند تأثیرات مثبتی بر کارکنان، به‌ویژه در محیط‌های پرتنش کاری مانند دانشگاه‌ها و مراکز درمانی داشته باشد (۱۲). از این رو، پژوهش‌های بیشتری برای درک بهتر این روابط و ارائه راهکارهای عملی جهت ارتقای سلامت روانی و شغلی کارکنان ضروری به نظر می‌رسد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین سرسختی روان‌شناختی، سلامت معنوی و فرسودگی شغلی در میان کارکنان دانشگاه آزاد واحد علوم پزشکی تهران انجام می‌شود. نتایج این مطالعه می‌تواند در طراحی مداخلات مؤثر برای کاهش فرسودگی شغلی و بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانی کارکنان نقش مهمی ایفا کند.

روش

در این مطالعه توصیفی تحلیلی که در سال ۱۴۰۲ بر روی کارکنان دانشگاه آزاد علوم پزشکی تهران در سال انجام شد، طبق مطالعه مشابه (۱۳) حجم نمونه با در نظر گرفتن p به میزان ۰/۵ و d به میزان ۰۵/۰ و همچنین z به میزان ۱/۹۶، تعداد ۱۱۶ نمونه محاسبه شد.

$$n = \frac{z^2_{1-\alpha/2} \times p(1-p)}{d^2}$$

p : که در آن درصد توزیع صفت در جامعه می‌باشد.

d^2 : دقت است. یعنی تا چه حد اشتباه، جایز و از نظر بالینی تاثیرگذار نیست.

Z^2 : مقدار چندک توزیع نرمال متناظر با سطح اطمینان در نظر گرفته شده می‌باشد.

در این مطالعه، برای بررسی ارتباطات بین متغیرهای مختلف و تحلیل تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم آن‌ها، از تحلیل مسیر (Path Analysis) استفاده شد. تحلیل مسیر یک تکنیک آماری است که به ما این امکان را می‌دهد تا روابط پیچیده بین متغیرها را مدل‌سازی کنیم و تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم را به‌صورت همزمان بررسی کنیم. تحلیل مسیر یکی از روش‌های آماری پیشرفته است که به منظور بررسی روابط بین متغیرها و تحلیل تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم آن‌ها استفاده می‌شود. نرم‌افزار لیزرل (LISREL) به‌عنوان یکی از ابزارهای قوی برای تحلیل مسیر و مدلسازی معادلات ساختاری (SEM) شناخته می‌شود. طبق مراحل تحلیل مسیر در ابتدا، یک مدل نظری یا مفهومی طراحی می‌شود که شامل متغیرهای مستقل، وابسته و میانجی است. روابط بین این متغیرها به‌صورت گرافیکی یا نمودار ساختاری نمایش داده می‌شود. داده‌های مورد نیاز با استفاده از ابزارهای معتبر (پرسشنامه، مصاحبه، و غیره) جمع‌آوری می‌شوند. برای اطمینان از کیفیت داده‌ها، مراحل پاک‌سازی و پیش‌پردازش انجام می‌شود. سپس مدل نظری در

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.4.816]

نرم‌افزار لیزرل تعریف می‌شود. پارامترهای مدل شامل ضرایب بار، اثرات مستقیم و غیرمستقیم و واریانس‌های خطا است. اطلاعات ورودی شامل ماتریس همبستگی یا کوواریانس است. برآورد پارامترها با استفاده از روش‌های مختلف برآورد (مانند حداکثر درست‌نمایی)، انجام می‌شود.

ابزارهای پژوهش

الف) پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)

این پرسشنامه ابتدا توسط Goldberg با ۶۰ سوال تهیه شد، سپس نسخه کوتاه ۲۸ سوالی آن توسط Goldberg و Hiller تهیه شد و در این مطالعه از نوع کوتاه آن استفاده گردید. این پرسشنامه چهار خرده مقیاس را با ۷ آیتم، از جمله علائم جسمی، اضطراب و اختلال خواب، عملکرد اجتماعی و علائم افسردگی اندازه‌گیری می‌کند. برای این سنجش از مقیاس چهار نقطه‌ای لیکرت (۰-۳) استفاده می‌شود و نمره کلی آزمون از صفر تا ۸۴ با نقطه برش ۲۳ متغیر خواهد بود. برای هر خرده مقیاس این مقیاس، نقطه برش ۷ در نظر گرفته می‌شود (۱۱). مطالعات زیادی در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی GHQ-28 در ایران انجام شده که این پرسشنامه را به یکی از معتبرترین ابزارهای پرکاربرد برای ارزیابی روان‌شناختی در جامعه عمومی تبدیل کرده است. تقوی پایایی پرسشنامه سلامت عمومی را براساس سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب، ضرایب پایایی ۰/۹۳، ۰/۷۰ و ۰/۹۰ را به دست آورد. همچنین در این پژوهش برای مطالعه روایی پرسشنامه سلامت روانی از روش‌های روایی همزمان و تحلیل عوامل استفاده شده است. روایی همزمان پرسشنامه سلامت عمومی از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس (MHQ ۵۵/۰) گزارش شده است (۸،۹).

ب) پرسشنامه فرسودگی شغلی (MBI)

پرسشنامه فرسودگی شغلی Maslach در سال ۱۹۹۳ توسط Maslach و Jackson برای اندازه‌گیری فرسودگی شغلی طراحی شد. MBI دارای سه بعد است که شامل خستگی عاطفی (احساس خستگی بیش از حد در محل کار؛ شامل ۹ مورد)، مسخ شخصیت (احساس بی‌توجهی یا عدم حساسیت نسبت به همکاران یا دریافت‌کنندگان خدمات؛ شامل ۵ مورد) و موفقیت شخصی (احساس موفقیت ارزشمند در کار؛ شامل ۸ مورد) می‌باشد (۱۴). این مقیاس دارای دو جنبه فرکانس و شدت است. فراوانی فرسودگی شغلی بر اساس یک مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای از ۰ تا ۶ خواهد بود. آزمودنی‌ها بر اساس نمرات فرسودگی شغلی خود به سه دسته خفیف، متوسط و شدید طبقه‌بندی می‌شوند. در بعد خستگی عاطفی، نمرات کمتر یا مساوی ۱۷ خفیف، ۱۸ تا ۲۹ متوسط و بیشتر یا مساوی ۳۰ شدید در نظر گرفته می‌شود. در مقیاس مسخ شخصیت، نمرات کمتر یا مساوی ۵ به عنوان خفیف، ۶ تا ۱۱ متوسط و بیشتر یا مساوی ۱۲ شدید طبقه‌بندی می‌شوند. در مقیاس موفقیت شخصی، نمرات زیر ۳۳ نشان‌دهنده موفقیت شخصی کم، ۳۴ تا ۳۹ موفقیت شخصی متوسط و نمرات بیشتر از ۴۰ موفقیت شخصی بالا است. شدت فرسودگی شغلی بر اساس یک مقیاس لیکرت هشت‌درجه‌ای از ۰ تا ۷ خواهد بود. به همین ترتیب، آزمودنی‌ها بر اساس نمرات به‌دست‌آمده به سه دسته خفیف، متوسط و شدید طبقه‌بندی می‌شوند: در بعد خستگی عاطفی، نمرات کمتر یا مساوی ۲۵ به عنوان خفیف، ۲۶ تا ۳۹ متوسط و بزرگتر یا مساوی ۴۰ به عنوان شدید طبقه‌بندی می‌شوند. در بعد مسخ شخصیت، نمرات کمتر یا مساوی ۶ خفیف، ۷ تا ۱۴ متوسط و بیشتر یا مساوی ۱۵ شدید در نظر گرفته می‌شوند. به نوبه خود، در مقیاس موفقیت شخصی، نمرات زیر ۳۶ نشان‌دهنده موفقیت شخصی کم، ۳۷ تا ۴۳ موفقیت شخصی متوسط، و بیشتر یا مساوی ۴۴، موفقیت شخصی بالا است Maslach و Jackson پایایی درونی پرسشنامه را برای هر خرده مقیاس محاسبه کردند و پایایی درونی پرسشنامه را با ضریب آلفای کرونباخ ۷۱ تا ۹۰ درصد گزارش کردند. آن‌ها همچنین ضریب آزمون بازآزمایی را برای این معیار ۶۰ تا ۸۰ درصد گزارش کردند. به همین ترتیب، حسینایی و نوفرستی گزارش دادند که پایایی درونی این معیار با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ تا ۰/۹۳ و ضریب بازآزمایی ۶۰ تا ۸۰ درصد بوده است. روایی این پرسشنامه نیز به روش روایی همگرا محاسبه شد. به نوبه خود با همبستگی نمرات این پرسشنامه با پرسشنامه فرسودگی شغلی Goldard، ضریب همبستگی بین این دو پرسشنامه ۰/۵۹ معنادار گزارش شد (۱۵).

ج) مقیاس رفاه معنوی (SWBS)

مقیاس رفاه معنوی توسط Paloutzian و Ellison ایجاد شد و یکی از پرکاربردترین معیارهای سلامت معنوی است. این معیار شامل ۲۰ مورد در دو بعد بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی می باشد. مقیاس پاسخ این مقیاس یک مقیاس لیکرت با ۶ امتیاز است (مثلاً ۱ = کاملاً مخالفم، ۶ = کاملاً موافقم). Paloutzian و Ellison گزارش کردند که ضرایب آلفای کرونباخ برای بهزیستی مذهبی، وجودی و کلی به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ است (۲۱). ویژگی‌های روان‌سنجی SWBS قبلاً توسط سلیمانی و همکاران مورد توجه قرار گرفته است. در بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد، ضریب پایایی بازآزمایی SWBS 825/0 گزارش شد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های بهزیستی مذهبی و وجودی به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۴ به دست آمد. روایی مقیاس از طریق روایی صوری، روایی محتوایی و روایی سازه مورد سنجش قرار گرفت که قابل قبول گزارش شد (۱۶).

د) پرسشنامه سرسختی کوباسا (Kobasa)

آزمون سرسختی توسط کوباسا و همکاران (۱۹۹۹) برای اندازه گیری سرسختی تهیه شده است (۱۷). این آزمون از ۲۰ سوال ۴ گزینه‌ای (هرگز، به ندرت،گاهی اوقات و اغلب اوقات) تشکیل شده است. این آزمون توسط زارع و امین پور (۱۳۹۰) بر روی دانشجویان دانشگاه پیام نور مورد هنجاریابی قرار گرفت. این مطالعات نشان‌دهنده همسانی درونی مناسب این پرسشنامه می‌باشد. تحلیل پایایی

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.4.816]

داده‌ها حاکی از آن است که ابزار سنجش در تمامی ابعاد از اعتبار لازم برخوردار است. مقدار آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۹۱/۰ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی عالی است. همچنین ضرایب اختصاصی برای مؤلفه‌های تعهد (۸۴/۰)، کنترل (۸۲/۰) و مبارزه‌جویی (۷۵/۰) همگی بالاتر از حد مرزی (۷۰/۰) بوده و گویای همسانی درونی قابل‌قبول در این زیرمقیاس‌ها می‌باشد. کوباسا و مدی (۱۹۹۲) این آزمون را دارای روایی سازه مناسب می‌دانند. پرسشنامه سرسختی دارای ۲۰ عبارت بوده و هدف آن ارزیابی میزان سرسختی و عوامل آن در افراد می‌باشد. شیوه نمره‌دهی پرسشنامه سرسختی بدین صورت است که گزینه‌های هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات به ترتیب نمرات ۴، ۳، ۲ و ۱ کسب خواهد نمود. جمع کل نمرات این سوالات به عنوان امتیاز سرسختی آزمودنی در نظر گرفته می‌شود و هر چه این نمره بالاتر باشد، بیانگر سرختی بالاتر پاسخ‌دهنده است و برعکس.

پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS27 و LIZREL8.80 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تحلیل توصیفی شامل محاسبه میانگین، انحراف معیار و توزیع نمرات در هر یک از متغیرها بوده و تحلیل استنباطی هم شامل آزمون‌های معناداری مانند همبستگی و همچنین تحلیل رگرسیون برای بررسی روابط میان متغیرها بود. مدل‌سازی و تحلیل مسیر به منظور بررسی روابط مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرها و بررسی تاثیرات متغیرهای میانجی انجام شد. در این مرحله، مقادیر شاخص‌های برازش مدل مورد بررسی قرار خواهد گرفت. تمام ملاحظات اخلاقی در این تحقیق رعایت شد و کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد واحد علوم پزشکی آزاد تهران اخذ گردید (IR.IAU.TMU.REC.1402.202).

نتایج

میانگین سنی افراد شرکت کننده در مطالعه ۶/۹۳ ± ۴۴/۰۱ بود. جدول ۱ اطلاعات دموگرافیک افراد را نشان می‌دهد.

جدول-۱. توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک افراد شرکت کننده در مطالعه

متغیر	گروه	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۵۵	۰/۳۹
	زن	۶۱	۴۳/۳
وضعیت تأهل	مجرد	۲۹	۲۰/۶
	متأهل	۷۱	۵۰/۴
	طلاق‌گرفته	۱۳	۹/۲
	بیوه	۳	۲/۱
تحصیلات	کارشناسی	۵۸	۴۱/۱
	کارشناسی ارشد	۳۶	۲۵/۵
	دکتری و بالاتر	۲۲	۱۵/۶

جدول ۲، آمار توصیفی برای متغیرهای فرسودگی شغلی، سلامت عمومی، سلامت معنوی و سرسختی و ابعاد مختلف هر یک را نشان می‌هد. نتایج توصیفی متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد که فرسودگی شغلی در شرکت‌کنندگان به‌طور میانگین ۱۱/۳۷ ± ۶۰/۶۶ است که نشان‌دهنده سطح متوسط تا بالای فرسودگی شغلی در نمونه مورد بررسی است. در خصوص سرسختی روان‌شناختی، میانگین کلی ۴/۵۵ ± ۲۱/۶۹ به‌دست آمده است که نشان‌دهنده میزان متوسطی از سرسختی روانی در شرکت‌کنندگان است. سلامت معنوی با میانگین ۶/۰۲ ± ۵۵/۳۸ نشان می‌دهد که افراد مورد بررسی از سلامت معنوی نسبتاً خوبی برخوردار هستند. در رابطه با سلامت عمومی، میانگین ۶/۴۵ ± ۴۳/۶۷ نشان‌دهنده وضعیت سلامت عمومی افراد است که در محدوده متوسط تا ضعیف قرار دارد.

جدول-۲. آمار توصیفی برای متغیرهای مختلف مرتبط با فرسودگی شغلی و سلامت معنوی

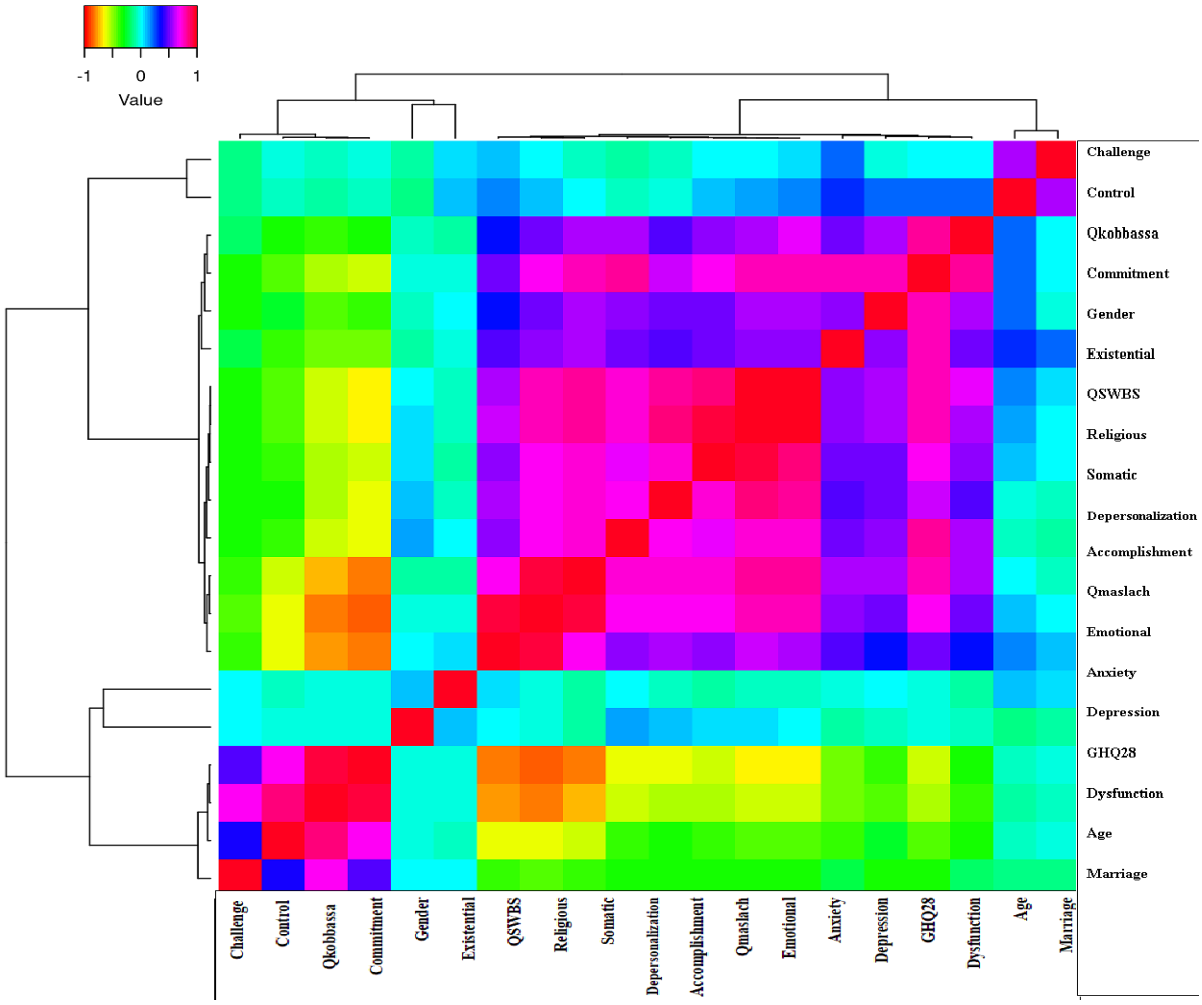
متغیر	میانگین ± انحراف استاندارد
مجموع فرسودگی شغلی	۱۱/۳۷ ± ۶۰/۶۶
مجموع سرسختی روان‌شناختی	۴/۵۵ ± ۲۱/۶۹
مجموع سلامت معنوی	۶/۰۲ ± ۵۵/۳۸
مجموع سلامت عمومی	۶/۴۵ ± ۴۳/۶۷
علائم جسمانی	۳/۹۴ ± ۹/۰۴
اضطراب و بی‌خوابی	۳/۵۷ ± ۹/۰۹
اختلال عملکرد اجتماعی	۳/۸۴ ± ۸/۱۲
افسردگی شدید	۳/۰۵ ± ۱۰/۴۶
مجموع فرسودگی شغلی	۱۹/۶۶ ± ۷۱/۹۶
خستگی عاطفی	۹/۴۸ ± ۳۱/۵۶
مسخ شخصیت	۳/۹۵ ± ۱۱/۲۶
کاهش موفقیت شخصی	۷/۳۵ ± ۲۹/۱۴
مجموع سلامت معنوی	۱۲/۰۰ ± ۷۱/۴۹
سلامت دینی	۶/۷۸ ± ۳۷/۴۴
سلامت وجودی	۶/۱۷ ± ۳۴/۰۵
مجموع سرسختی روان‌شناختی	۱۹/۳۴ ± ۷۳/۹۲
تعهد	۹/۹۲ ± ۲۵/۱۸
کنترل	۶/۸۷ ± ۲۳/۵۴
چالش	۶/۲۶ ± ۲۵/۲۰

ابتدا قبل از انجام تحلیل مسیر، آزمون همبستگی بین متغیرها انجام گردید تا مشخص گردد که چه متغیرهایی با هم ارتباط معنادار دارند. شکل ۱، نقشه حرارتی (heatmap) است که ارتباط بین متغیرهای مختلف را نشان می‌دهد. طبق این نمودار سرسختی روان‌شناختی ارتباط مثبتی با سلامت معنوی دارد. فرسودگی شغلی ارتباط منفی با سلامت معنوی و ارتباط مثبت با سلامت عمومی ضعیف دارد. اضطراب و افسردگی ارتباط قوی و مثبتی با یکدیگر و با مشکلات عملکرد اجتماعی دارند. افرادی که تعهد، کنترل و چالش‌پذیری بالاتری دارند، معمولاً از سلامت معنوی و روانی بهتری برخوردارند.

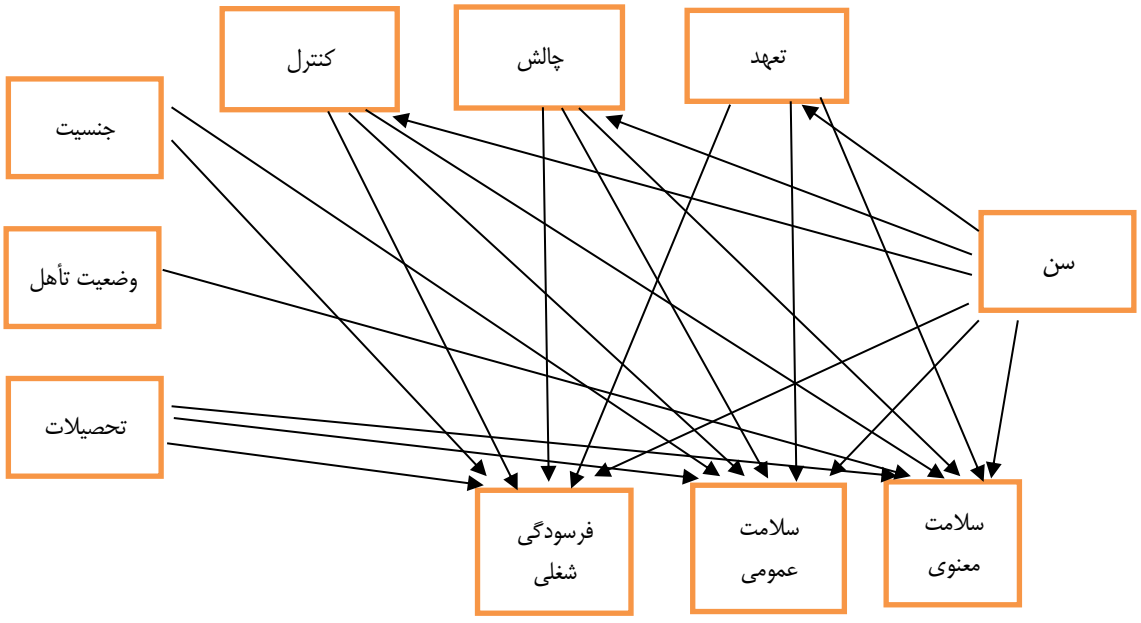
برای انجام تحلیل مسیر ابتدا یک مدل مفهومی اولیه (شکل ۲) ترسیم و این مدل با لیزرل آزمون شد.

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.4.816]



شکل-۱. نقشه حرارتی ارتباط بین متغیرهای مورد مطالعه

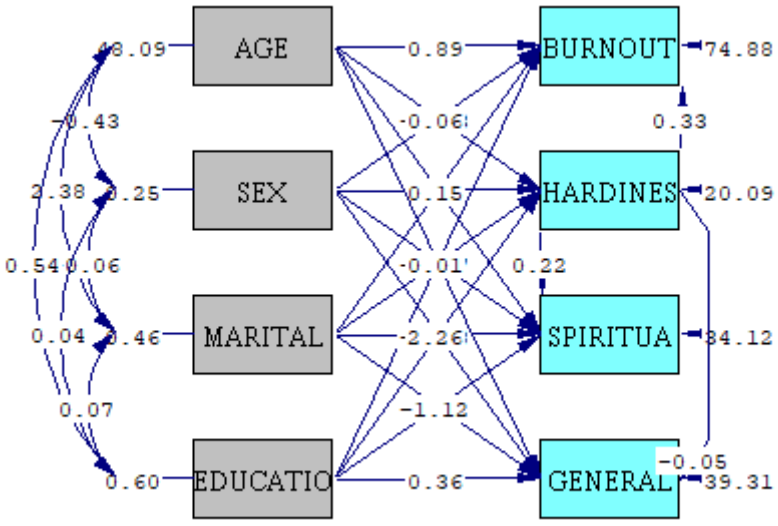


شکل-۲. مدل مفهومی اول: الگوی علی اثر سرسختی بر سلامت معنوی، سلامت عمومی و فرسودگی شغلی

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.4.816]

نتایج تحلیل نشان می‌دهند که مدل پیشنهادی از برازش نسبتاً مطلوبی برخوردار است. شاخص‌های CFI، IFI، NFI، و GFI بالای ۰/۹۰ بوده و نشان‌دهنده تطابق قوی مدل با داده‌ها هستند. در مجموع، مدل پیشنهادی برازش قابل قبولی دارد اما ممکن است با اصلاحاتی در روابط بین متغیرها و افزایش پیچیدگی مدل، بهبود یابد. شکل ۳، مدل تجربی مربوط مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم بر سرسختی را نشان می‌دهد. در جدول ۳ این ضریب‌ها نشان داده شده است. بیشترین اثر مثبت: سن بر فرسودگی با اثر (۰/۸۹) و جنس بر سلامت عمومی با اثر (۲/۲۶). کمترین اثر مثبت: سن بر سلامت عمومی با اثر (۰/۰۱۱) و تحصیلات بر سلامت معنوی با اثر (۰/۱۱). بیشترین اثر منفی: جنس بر فرسودگی با اثر (۱/۸۳-) و وضعیت تأهل بر سلامت معنوی با اثر (۱/۵۸-). کمترین اثر منفی: سرسختی بر سلامت عمومی با اثر (۰/۰۵۱-) و جنس بر سلامت معنوی با اثر (۰/۳۷-).



شکل-۳. مدل تجربی کامل (مدل مسیر تجربی برای تأثیرات سلامت معنوی، سلامت عمومی، فرسودگی شغلی، پیش‌بینی کننده‌های اجتماعی-اقتصادی بر سرسختی).

جدول-۳. تأثیر مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای جمعیت شناختی و سرسختی بر سلامت عمومی، سلامت معنوی و فرسودگی شغلی در مدل مفهومی اول

متغیر	اثر کل	t-value غیرمستقیم	خطای استاندارد غیرمستقیم	اثر غیرمستقیم	t-value	خطای استاندارد	اثر مستقیم
فرسودگی							
سن	۰/۹۱۱۴۵	۰/۳۰	۰/۰۷۱	۰/۰۲۱۴۵	۶/۳۶	۰/۱۴	۰/۸۹
جنس	۱/۷۸۷۱-	۰/۰۵	۰/۸۷	۰/۰۴۲۹	۱/۰۹-	۱/۶۸	۱/۸۳-
وضعیت تأهل	۱/۲۵۹۵	۰/۶۷	۰/۷۴	۰/۰۴۹۵	۰/۸۵	۱/۴۲	۱/۲۱
تحصیلات	۱/۷۲۴۵	۰/۳۸	۰/۵۶	۰/۲۱۴۵	۱/۳۸	۱/۰۹	۱/۵۱
سرسختی	۰/۳۳	-	-	-	۱/۸۳	۰/۱۸	۰/۳۳
سلامت عمومی							
سن	۰/۰۳۹۱	۰/۳۰	۰/۰۹۳	۰/۰۲۸۱	۰/۱۱	۰/۱۰	۰/۰۱۱
جنس	۱/۸۳۹۳	۰/۴۸-	۰/۸۷	۰/۴۲۰۷-	۱/۸۶	۱/۲۲	۲/۲۶
وضعیت تأهل	۱/۰۶۵۹-	۰/۰۷۳	۰/۷۴	۰/۰۵۴۱	۱/۰۸-	۱/۰۳	۱/۱۲-
تحصیلات	۰/۵۳۸	۰/۳۲	۰/۵۶	۰/۱۷۸	۰/۴۶	۰/۷۹	۰/۳۶
سرسختی	۰/۰۴۳۶-	۰/۰۷۴	۰/۱۰	۰/۰۰۷۴	۰/۳۸-	۰/۱۳	۰/۰۵۱-
سلامت معنوی							
سن	۰/۱۶۴۳	۰/۲۰	۰/۰۷۱	۰/۰۱۴۳	۱/۵۹	۰/۰۹۳	۰/۱۵
جنس	۰/۳۵۳	۰/۲۰	۰/۸۷	۰/۰۱۷	۰/۳۳-	۱/۱۳	۰/۳۷-
وضعیت تأهل	۱/۴۸۲۵-	۰/۱۳	۰/۷۴	۰/۰۹۷۵	۱/۶۴-	۰/۹۶	۱/۵۸-
تحصیلات	۰/۲۰۷۵	۰/۱۷	۰/۵۶	۰/۰۹۷۵	۰/۱۵	۰/۷۳	۰/۱۱
سرسختی	۰/۲۲۹۸	۰/۱۴	۰/۰۷۱	۰/۰۰۹۸	۱/۷۷	۰/۱۲	۰/۲۲
سرسختی							
سن	۰/۰۵۶	-	-	-	۰/۹۱	۰/۰۷۱	۰/۰۶۵
جنس	۰/۱۳	-	-	-	۰/۱۵	۰/۸۷	۰/۱۳
وضعیت تأهل	۰/۱۵	-	-	-	۰/۲۰	۰/۷۴	۰/۱۵
تحصیلات	۰/۶۵	-	-	-	۱/۱۶	۰/۵۶	۰/۶۵

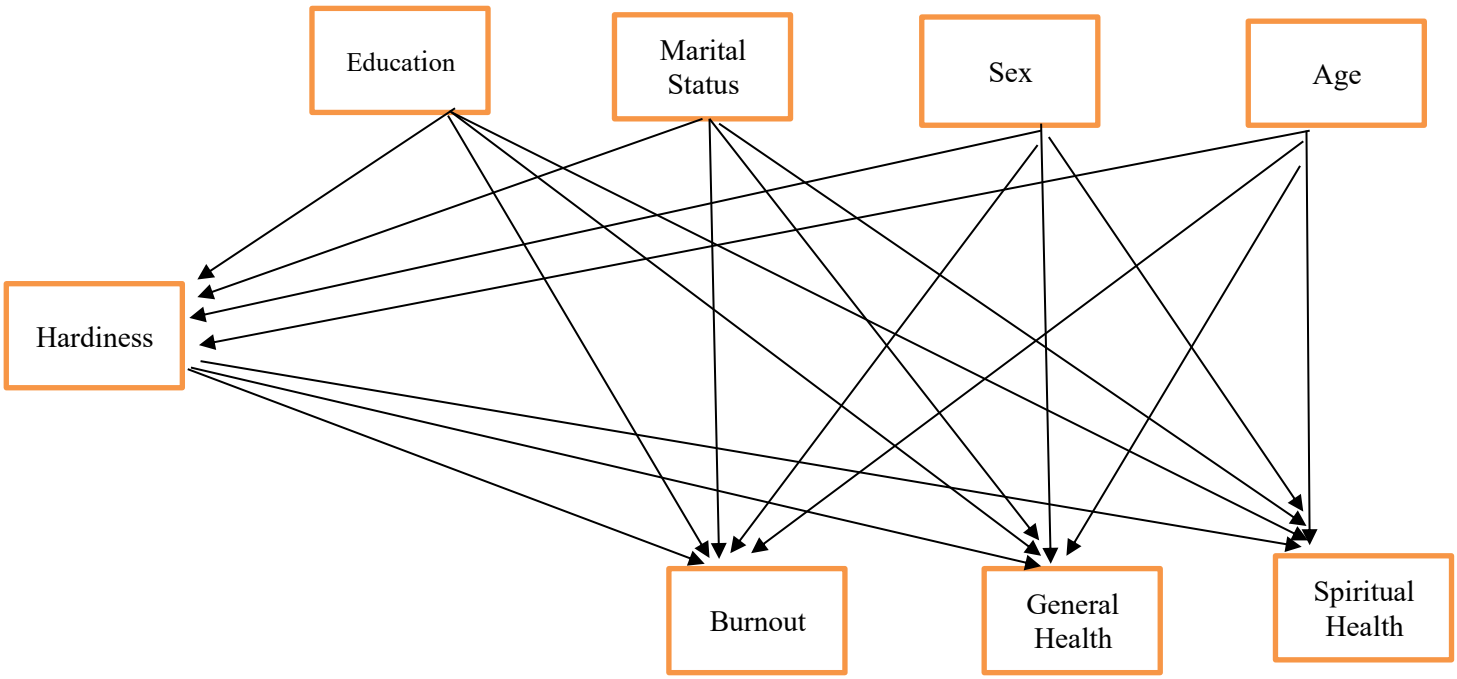
[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.4.816]

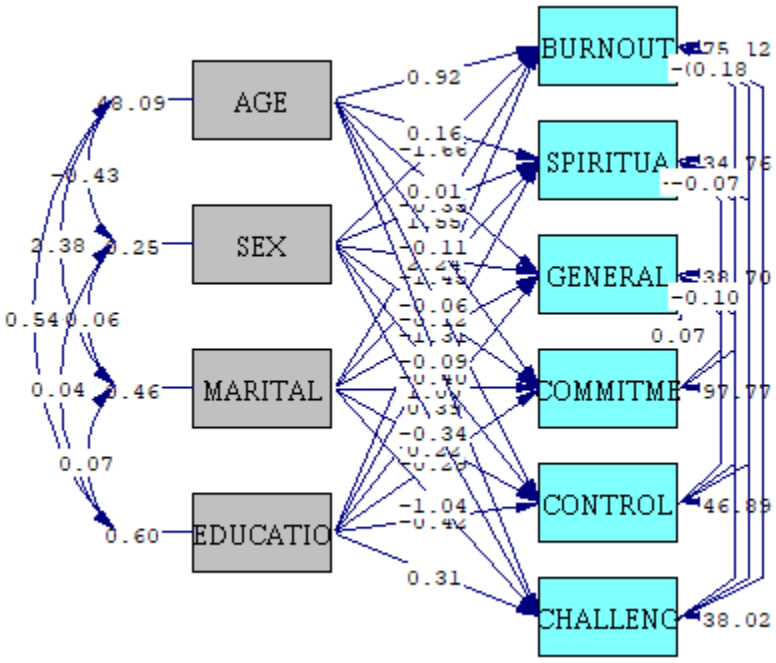
سپس از مدل مفهومی دوم (شکل ۴) استفاده کردیم که این بار مولفه‌های سرسختی به طور مجزا وارد مدل شدند و آزمون شدند. برای آزمون مدل مفهومی دوم مدل تجربی دوم استخراج گردید (شکل ۵) و اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرها بر مولفه‌های سرسختی در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۴، به اثرات مستقیم و غیرمستقیم ارتباطات میان متغیرهای مستقل (فرسودگی شغلی، سلامت عمومی و سلامت معنوی) و وابسته (مولفه‌های سرسختی) در مدل‌های مختلف سلامت می‌پردازد.

بیشترین اثر مثبت مربوط به جنس در سلامت عمومی با مقدار ۲/۲۶۰ و فرسودگی شغلی و تحصیلات با مقدار ۰/۹۳۹ است. کمترین اثر مثبت در سن در سلامت عمومی با مقدار ۰/۰۲۳۲ و تعهد در فرسودگی شغلی با مقدار –۰/۱۶۵ مشاهده می‌شود. بیشترین اثر منفی به وضعیت تأهل در سلامت معنوی با مقدار –۱/۴۶۵ و سن در فرسودگی شغلی با مقدار –۱/۶۳۹ اختصاص دارد. در نهایت، کمترین اثر منفی مربوط به چالش در سلامت عمومی با مقدار –۰/۱۰۴ و کنترل در سلامت معنوی با مقدار –۰/۰۷۳ است.



شکل–۴. مدل مفهومی دوم: الگوی علی اثر مؤلفه های سرسختی بر سلامت معنوی، سلامت عمومی و فرسودگی شغلی



شکل–۵. مدل تجربی کامل (مدل مسیر تجربی برای تأثیرات سلامت معنوی، سلامت عمومی، فرسودگی شغلی، پیش‌بینی کننده‌های اجتماعی– اقتصادی بر سرسختی).

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.4.816]

جدول-۴. تأثیر مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای جمعیت شناختی و مولفه‌های سرسختی بر سلامت عمومی، سلامت معنوی و فرسودگی شغلی در مدل مفهومی دوم

متغیر	t-value	خطای استاندارد	اثر کل	اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم
فرسودگی شغلی	۶/۶۶	۰/۱۴	۰/۹۳۹	۰/۰۱۹	۰/۹۲
سن	۰/۹۹-	۱/۶۸	۱/۶۳۹-	۰/۰۲۱	۱/۶۶-
جنس	۱/۰۹	۱/۴۳	۱/۵۳۲	۰/۰۱۸-	۱/۵۵
وضعیت تأهل	۱/۵۷	۱/۰۹	۱/۶۸۸	۰/۰۲۲-	۱/۷۱
تحصیلات	۶/۶۶	۰/۱۴	۱/۹۳۹	۰/۰۱۹	۰/۹۲
تعهد	۱/۸۸-	۰/۱۲	۰/۱۶۵-	۰/۰۰۵-	۰/۱۶-
کنترل	۱/۷۱	۰/۱۲	۰/۱۹۵	۰/۰۰۵-	۰/۲۰
چالش	۱/۳۵	۰/۱۳	۰/۱۷۷	۰/۰۰۳-	۰/۱۸
سلامت عمومی					
سن	۰/۰۹۲	۰/۱۰۰	۰/۰۲۳۲	۰/۰۱۴	۰/۰۰۹۲
جنس	۱/۸۵	۱/۱۲	۲/۲۶۰	۰/۰۲۰	۲/۲۴
وضعیت تأهل	۱/۲۷-	۱/۰۳	۱/۳۲۹-	۰/۰۱۹-	۱/۳۱-
تحصیلات	۰/۵۱	۰/۷۸	۰/۳۷۴	۰/۰۱۶-	۰/۳۹
تعهد	۱/۲۱	۰/۰۶۰	۰/۰۶۱	۰/۰۱۱-	۰/۰۷۲
کنترل	۰/۳۹	۰/۰۸۶	۰/۰۲۵	۰/۰۰۹-	۰/۰۳۴
چالش	۱/۰۷-	۰/۰۹۶	۰/۱۰۴-	۰/۰۰۴-	۰/۱۰-
سلامت معنوی					
سن	۱/۷۳	۰/۰۹۴	۰/۱۷۰	۰/۰۱۰	۰/۱۶
جنس	۰/۳۰-	۱/۱۵	۰/۳۲۲-	۰/۰۱۸	۰/۳۵-
وضعیت تأهل	۱/۴۹-	۰/۹۷	۱/۴۶۵-	۰/۰۱۵-	۱/۴۵-
تحصیلات	۰/۲۷	۰/۷۴	۰/۱۹۲	۰/۰۰۸-	۰/۲۰
تعهد	۰/۰۴۶-	۰/۰۵۷	۰/۰۰۹۴	۰/۰۱۲	۰/۰۰۲۶-
کنترل	۰/۹۸-	۰/۰۸۲	۰/۰۷۳-	۰/۰۰۷	۰/۰۸۰-
چالش	۰/۷۶	۰/۰۹۱	۰/۰۶۴	۰/۰۰۵-	۰/۰۶۹

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که با افزایش سن، میزان فرسودگی شغلی در بین کارکنان ارتقا می‌یابد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در جامعه مورد مطالعه، برخلاف فرضیه «انباشتِ تجربه مقابله‌ای»، با افزایش سنوات خدمتی، تحلیل‌رفتگی منابع روانی بر مهارت‌های مقابله‌ای غلبه یافته است. این نتیجه با یافته‌های Chmielewski و همکاران (۱۸) همسویی دارد، اما تضاد آن با مطالعات Barton و همکاران (۱۹) و Adam و همکاران (۲۰) که سن را عاملی برای ارتقای تاب‌آوری می‌دانستند، نشان‌دهنده این ضرورت است که در بافتِ شغلی مورد بررسی، حمایت‌های سازمانی نباید صرفاً متوجه نیروهای جوان باشد؛ چرا که نیروهای باسابقه به دلیل فرسایش شغلی، آسیب‌پذیری بیشتری نشان داده‌اند. همچنین ثبات سلامت معنوی در فرآیند افزایش سن، برخلاف یافته Raymaker (۲۱)، تبیین‌گر این است که معنویت در این فرهنگ، سازه‌ای ریشه‌دار و مستقل از تغییرات تحولی و شغلی است. در تحلیل متغیر جنسیت، مشاهده شد که زنان فرسودگی شغلی بالاتر و سلامت عمومی پایین‌تری را تجربه می‌کنند. در تبیین این پدیده، همسویی با مطالعات Olley و همکاران (۲۲) و Arnold (۲۳) نشان می‌دهد که «ادراک استرس» در زنان به دلیل مسئولیت‌های مضاعف خانوادگی و اجتماعی، اغلب به شکل «تهدید» بازنمایی می‌شود که این امر منجر به تخلیه سریع‌تر منابع روانی می‌گردد. وجود تناقض در ادبیات تحقیق (۲۶-۲۴) در خصوص تفاوت‌های جنسیتی، مطالعه حاضر را به عنوان شواهدی بر تأثیرِ بافتِ محیط کار بر سلامت جنسیتی برجسته می‌کند. با این حال، عدم تفاوت در سلامت معنوی (۲۷،۲۸)، مؤید این تبیین است که باورهای معنوی به عنوان یک منبع مقابله‌ای درونی، ماهیتی فراجنسیتی داشته و به شکلی یکسان در بازسازی روانی مردان و زنان نقش ایفا می‌کنند (۲۹). یکی از یافته‌های چالش‌برانگیز این پژوهش، رابطه مثبت تحصیلات و تاهل با فرسودگی شغلی بود. این نتیجه با الگوهای کلاسیک که تحصیلات (۳۰،۳۱) و تاهل (۳۲،۳۳) را به عنوان ضربه‌گیرِ استرس معرفی می‌کردند، ناهمسو است. در تبیین این ناهمسویی می‌توان به پدیده «تضاد نقش‌ها» اشاره کرد؛ به گونه‌ای که در جامعه مورد مطالعه، افزایش سطح انتظارات شغلی ناشی از تخصص و همچنین بارهای مسئولیتی تاهل، فراتر از ظرفیت حمایتیِ این دو متغیر عمل کرده است (۳۶-۳۴). این یافته که با نتایج Amrai و همکاران (۳۲) در تضاد است، هشدار می‌دهد که در محیط‌های تحت فشار، حتی متغیرهای حفاظتیِ سنتی نیز ممکن است به عوامل استرس‌زا تبدیل شوند. در نهایت، نتایج مربوط به مؤلفه‌های سرسختی (تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی) با ضریب آلفای بالای پژوهش (۰/۹۱)، تبیین‌گرِ

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.4.816]

قوی‌ترین سازوکارِ حفاظتی در برابر فرسودگی است. همسو با دیدگاه Bartone و همکاران (۱)، یافته‌های ما نشان داد که «تعهد» از طریق ایجاد معنا در تجارب دشوار و «کنترل» با تبدیل تهدیدها به چالش‌های قابل مدیریت، سلامت روان را تضمین می‌کنند. در حالی که برخی مطالعات مانند Hansen (۳۷)، پیوند معناداری میان این متغیرها نیافته بودند، پژوهش حاضر در همسویی با Whitehead (۳۸) و جوادی (۳۹)، تأکید می‌کند که تقویت سرسختی در کنار راهبردهای معنوی (۴۰)، کارآمدترین رویکرد برای خنثی‌سازی اثرات مخربِ متغیرهای جمعیت‌شناختی و ارتقای سلامت عمومی کارکنان است.

نتیجه‌گیری

به طور کلی یافته‌ها نشان می‌دهد که تعهد شغلی، کنترل و چالش‌های شغلی به‌طور قابل توجهی می‌توانند فرسودگی شغلی را کاهش دهند و سلامت عمومی و معنوی را افزایش دهند. به‌ویژه، تأثیر جنسیت و تحصیلات بر فرسودگی شغلی و سلامت عمومی نشان‌دهنده اهمیت توجه به عوامل فردی در طراحی برنامه‌های بهبود کیفیت زندگی شغلی است. از این رو، پیشنهاد می‌شود که سازمان‌ها با ایجاد محیط‌های کاری که امکان افزایش تعهد، کنترل و چالش‌های مثبت را فراهم می‌کنند، به بهبود سلامت کارکنان و کاهش فرسودگی شغلی کمک کنند. این پژوهش بر لزوم توجه به جنبه‌های روان‌شناختی در محیط‌های کاری تأکید می‌کند و می‌تواند به عنوان مبنای نظری برای تحقیقات آینده در این حوزه مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی: بدینوسیله محققین از تمامی کسانی که در تکمیل این تحقیق سهیم بوده اند صمیمانه تشکر می‌نمایند. از کارکنان اداری دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران بابت مشارکت و بینش ارزشمندشان تشکر ویژه داریم.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Bartone PT, Homish GG. Influence of hardiness, avoidance coping, and combat exposure on depression in returning war veterans: A moderated-mediation study. Journal of Affective Disorders. 2020;265:511-8.
2. Talavera-Velasco B, Luceño-Moreno L, Martín-García J, García-Albuerne Y. Psychosocial risk factors, burnout and hardy personality as variables associated with mental health in police officers. Frontiers in Psychology. 2018;9:1478.
3. Leite A, Ramires A, Moura Ad, Souto T, Maroco J. Psychological well-being and health perception: predictors for past, present and future. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo). 2019;46:53-60.
4. Yang FC, Desai AB, Esfahani P, Sokolovskaya TV, Bartlett DJ. Effectiveness of Tai Chi for Health Promotion of Older Adults: A Scoping Review of Meta-Analyses. American Journal of Lifestyle Medicine. 2022;16(6):700-16.
5. Kazemi F, Safarzadeh S. Designing a job burnout model based on the physical health status and the brain-behavioral system with the mediation of occupational stress in employees. Health Psychology. 2023;12(47):59-70.
6. Shah Moradi B, Golmohammadian M, Hojatkah M. Analyzing the Lived Experiences of Nurses in the Corona Department of Kermanshah Hospitals on Coping with Job Burnout. Health Psychology. 2024;13(49):7-20.
7. McCormack HM, MacIntyre TE, O'Shea D, Herring MP, Campbell MJ. The Prevalence and Cause(s) of Burnout Among Applied Psychologists: A Systematic Review. Frontiers in Psychology. 2018;9:1897.
8. Braam AW, Koenig HG. Religion, spirituality and depression in prospective studies: A systematic review. Journal of Affective Disorders. 2019;257: 428-38.
9. Busireddy KR, Miller JA, Ellison K, Ren V, Qayyum R, Panda M. Efficacy of interventions to reduce resident physician burnout: a systematic review. Journal of Graduate Medical Education. 2017;9(3):294-301.
10. Richards TD. The role of self-care and hardiness in moderating burnout in mental health counselors. 2017.
11. Krauss SW, Russell DW, Kazman JB, Russell CA, Schuler ER, Deuster PA. Longitudinal effects of deployment, recency of return, and hardiness on mental health symptoms in US Army combat medics. Traumatology. 2019;25(3):216.
12. Kunzler AM, Helmreich I, Chmitorz A, König J, Binder H, Wessa M, et al. Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020; 7(7):Cd012527.
13. Rostami C, Ahmadian H, Yousefi F, Gorgin L. The Relationship between Hardiness, Resilience, and Job Burnout among Health Workers of the Health Network of the City of Kamyaran. Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry. 2015;2(1):1-12.
14. Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: a prospective study. Journal of Personality and Social Psychology. 1982;42(1):168.
15. Maslach C, Jackson S, Leiter M. Maslach burnout inventory: Scarecrow Education. 1997.
16. Bufford RK, Paloutzian RF, Ellison CW. Norms for the spiritual weil-being scale. Journal of Psychology and Theology. 1991;19(1):56-70.
17. Khoshaba DM, Maddi SR. Early experiences in hardiness development. Consulting psychology Journal: Practice and Research. 1999;51(2):106.

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.4.816]

18. Chmielewski J, Wojciechowska M, Chirico F, Crescenzo P, Rizzo A, Starz R, et al. Job burnout in a sample of Polish paramedics-role of work experience, age and health behaviours. Annals of Agricultural and Environmental Medicine. 2024; 31(3):395-400.
19. Bartone PT, McDonald K, Hansma BJ. Hardiness and burnout in adult US workers. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 2022;64(5):397-402.
20. Adam D, Berschick J, Schiele JK ,Bogdanski M, Schröter M, Steinmetz M, et al. Interventions to reduce stress and prevent burnout in healthcare professionals supported by digital applications: a scoping review. Frontiers in Public Health. 2023;11:1231266.
21. Raymaker DM, Teo AR, Steckler NA, Lentz B, Scharer M, Delos Santos A, et al. "Having All of Your Internal Resources Exhausted Beyond Measure and Being Left with No Clean-Up Crew": Defining Autistic Burnout. Autism Adulthood. 2020;2(2):132-43.
22. Olley R. Hear me, see me, trust you–job burnout and disengagement of Australian aged care workers. Leadership in Health Services. 2023;36(1):111-24.
23. Arnold SR, Higgins JM, Weise J, Desai A, Pellicano E, Trollor JN. Confirming the nature of autistic burnout. Autism. 2023;27(7):1906-18.
24. Yi X ,Li X, Ma X, Li F. The relationship between occupational stress and job burnout in coal miners: interactions between GCCR and SLC6A4 gene polymorphisms and the environment. Journal of Affective Disorders. 2022;297:76-82.
25. Jenaabadi H, Bahrami KA. The relationship between spiritual health and school burnout with mediating role of social support. Journal of Spiritual Health. 2021;8(3):163-70.
26. Markus C, Daniela B, Paul J, Markus B, Andreas F, Kathrin B, et al. Gender differences in different dimensions of common burnout symptoms in a group of clinical burnout patients. Neuropsychiatry. 2018;8(6):1967-76.
27. Pishghadam R, Yousofi N, Amini A, Tabatabayeeyan MS. Interplay of psychological reactance, burnout, and spiritual intelligence: A case of Iranian EFL teachers. Revista de Psicodidáctica (English ed). 2022;27(1):76-85.
28. Durmuş M, Alkan H. Investigation of the relationship between quality of work life, burnout and spiritual well-being in intensive care nurses. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;10(2):264-72.
29. Pong H-K. The correlation between spiritual well-being and burnout of teachers. Religions. 2022;13(8):760.
30. Shi L, Ren F, Xin S, Sun Q, Li D-n, Li K, et al. Prevalence of burnout among military personnel in the plateau region of China: a cross-sectional survey. BMC Public Health. 2024;24(1):1897.
31. Javanmardi K, Gilani N, Ghafourifard M, Dadashzadeh A, Dehghannejad J, Feyzollahzade H. The relationship between COVID-19 exposure risk and burnout in prehospital emergency medical technicians. Journal of Caring Sciences. 2023;12(2): 123.
32. Amrai F, Mahfoozpour S, Vahdat S, Hesam S. Study of factors affecting the performance evaluation of Iranian health centers. Journal of Biological Research-Bollettino della Società Italiana di Biologia Sperimentale. 2022;95.
33. Mahon D. Systematic review of servant leadership and burnout. Mental Health and Social Inclusion. 2024.
34. Rensi M, Barta M, Moreno J, McCullough R, Glaus R, Lundblad R, et al. Examining the Key Topics in Research Articles on Burnout Among Firefighters, Police Officers, and First Responders: A Topic Modeling Analysis. Journal of Police and Criminal Psychology. 2024:1-9.
35. Chen M, Guan Q, Zhuang J. Patient-centered lean healthcare management from a humanistic perspective. BMC Health Services Research. 2024;24(1):1261.
36. Yaghoubi Z, Babazadeh S, Karimzadeh Sharaf F, Shafieian R, Behbahanirad A. The relationship between burnout and spiritual intelligence among dental residents in Shiraz ,Iran. Journal of Health Sciences & Surveillance System. 2020;8(4):162-7.
37. Hansen CS. Is there a relationship between hardiness and burnout in full-time staff nurses versus per diem nurses? Grand Valley State University; 2000.
38. Pargament K, Ano G ,Wachholtz A. The religious dimension of coping: Advances in theory, research, and practice. Handbook of the psychology of religion and spirituality. New York, NY US: Guilford Press; 2005.
39. Javadi SV, Ghanifar MH, Esmaeili Darmian M. Investigation of the Role of Spiritual Health in Predicting Psychological Vulnerability of Islamic Azad University Staff, Birjand, Iran. Religion and Health. 2021;9(1):46-52.
40. Jabari E, Rastgar A, Abedi Jafari H, Pirmaleki P. Spiritual Health Strategies of Employees based on Non-Duality Leadership. Journal of Spritual Health. 2024;3(1):288-97.

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.4.816]