

بررسی رابطه میان دینداری و سلامت روان منابع انسانی سازمان (مورد مطالعه: دانشگاه شهید چمران اهواز)

دکتر بلقیس باورصاد^۱، سجاد شمسی گوشکی^۲ و سید مهدی محمدی^۳

تاریخ وصول: ۹۳/۷/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۰/۲۵

چکیده:

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه‌ی میان دینداری و ابعاد آن (اعتقادی، پیامدی، عاطفی و مناسکی) با سلامت روانی کارکنان در دانشگاه شهید چمران اهواز می‌باشد. تحقیق حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ نحوی گردآوری داده‌ها توصیفی - همبستگی می‌باشد. حجم جامعه برابر با ۲۱۵۲ نفر بوده که در نتیجه با استفاده از فرمول کوکران تعداد نمونه ۳۲۷ نفر برآورد گردید. روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی می‌باشد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای SPSS و PLS استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که میان دینداری و سلامت روانی کارکنان رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین میان ابعاد دینداری جز بعد اعتقادی و سلامت روانی کارکنان رابطه‌ی مثبت و معناداری مشاهده گردید.

مفاهیم کلیدی: دینداری، سلامت روان، منابع انسانی سازمان

^۱ استادیار گروه مدیریت دانشگاه شهید چمران اهواز (نویسنده‌ی مسئول) bita40@yahoo.com
^۲ کارشناس ارشد مدیریت بازرگانی دانشگاه شهید چمران اهواز sajjad.shams64@gmail.com
^۳ کارشناس ارشد مدیریت بازرگانی دانشگاه شهید چمران اهواز sm2nz1363@gmail.com

مقدمه و بیان مسأله

در عصر حاضر که عصر رقابت است مهم‌ترین منبعی که سازمان‌ها برای رقابت در محیط متلاطم و بی‌ثبات در اختیار دارند نیروی انسانی کارآمد و متخصص است که بتواند در وهله‌ی نخست بقای سازمان را حفظ نموده و برای سازمان سود کسب نماید و دوم نوعی مزیت رقابتی برای سازمان به شمار آید. یکی از عواملی که تأثیر بسیار زیادی بر کارآیی و اثر بخشی کارکنان دارد موضوع سلامت کارکنان هم از نظر جسمی و هم از نظر روحی و روانی می‌باشد. وزارت بهداشت (۲۰۰۲)، اعلام داشت که ملاحظات روانشناسی باید در محیط‌های پرتنش افزایش یابد چرا که نیازی مبرم برای آنهاست (منکیویز؛ تروتز^۱، ۲۰۱۴). همزمان با فزونی ارزش کارکنان در سازمان‌ها در دهه‌های اخیر، امنیت روانی و سلامت روحی آنان نیز برای محققان اهمیت بیشتری پیدا کرده است (بولوگنا؛ اوساتوکه^۲، ۲۰۱۳). ولی سلامت روانی کارکنان نظر به اینکه ملموس و قابل اندازه‌گیری نیست، اغلب مورد غفلت واقع می‌گردد، در حالی که تأثیر بسیار بیشتری نسبت به سلامت جسمی فرد بر کارآیی وی دارد. در دنیای ماشینی امروزی منابع انسانی سازمان‌ها اغلب از سلامت روانی کافی برخوردار نیستند. مثلاً بر طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی انتظار می‌رود که تا سال ۲۰۲۰ اختلالات روانی بزرگ‌ترین مشکل سلامتی در جهان باشند (عرفان^۳، ۲۰۰۲). بنابراین مشکل سلامت و بهداشت روانی یکی از گرفتاری‌های مهم رو به افزایش خانواده‌ها، سازمان‌ها و جوامع است. از سوی دیگر همه روزه به شمار افرادی که باور دارند "معنویت" درمان رنجوری‌ها و درماندگی روحی آنها می‌باشد و همچنین متقاضیانی که برای درمان بیماری‌های روانی و سلامت و بهداشت روان بر باورها و رفتارهای مذهبی متمرکز می‌شوند، افزوده می‌شود. انسان امروز با آگاهی و بینش به این یقین رسیده است که بدون معنویت تنها می‌ماند و به پوچی و درماندگی خواهد رسید (شجائیان و منفرد، ۱۳۸۱).

به رغم نگاه بدبینانه‌ی روانشناسان به مذهب، از همان ابتدای شکل‌گیری روانشناسی کاربردی، تحقیقات در زمینه‌ی رابطه‌ی مذهب و سلامت روانی، اغلب بیانگر رابطه‌ای مثبت بین این دو متغیر بوده است. از دهه‌ی ۵۰ میلادی تحقیقات بیانگر تأثیر مداخلات مذهبی بر بهبود آلام روانی بودند. از جمله می‌توان به تأثیر نماز و دعا بر کنترل اختلالات

¹ Mankiewicz & Truter

² Bologna & Osatuke

³ Irfan

روانشناختی اشاره کرد. مرور تحقیقات در سال‌های اخیر این تأثیر را برجسته تر می‌کند. از دهه‌ی ۹۰ به دنبال ناکامی نسبی متخصصین حرفه‌ای بهداشت روانی از فنون و شیوه‌های مداخله‌ای مرسوم و به دنبال تحقیقات متعدد و نتایج آنها بیانگر تأثیر مثبت مذهب بر سلامت روان بود، روی‌آوری به مذهب افزون گردید (جان‌بزرگی، ۱۳۸۶: ۳۵۰-۳۴۵).

بررسی‌های انجام شده در زمینه‌ی مذهب و سلامتی نشان داده‌اند که دست کم برخی از انواع رفتارهای مذهبی با افزایش سطح سلامت روانی و جسمی ارتباط دارند (شجائیان، ۱۳۸۱).

آیا می‌توان با افزایش و تقویت دینداری و با اتکا به آموزه‌های اسلام سلامت روان کارکنان را تأمین کرد؟ آیا می‌توان در قرن حاضر که عصر آشفتگی روحی و روانی و عصر اضطراب است، با تمسک به رهنمودهای دین مبین اسلام و به کارگیری دستورات شریعت بر این بحران غلبه نمود؟

در جامعه‌ی ایران نیز برخی تحقیقات رابطه‌ی مذهب را با مؤلفه‌های روانشناختی مورد بررسی قرار داده‌اند. سلامت روانی می‌تواند تمایل حرفه‌ای‌ها بکار در کنار یکدیگر را از طریق تغییر نگرش‌های منفی و کشف زمینه‌های مشترک در آینده بالا ببرد (پریست و همکاران^۱، ۲۰۱۱). در این پژوهش به دنبال بررسی تأثیر دینداری، در اینجا دین مقدس اسلام و آموزه‌های آن، بر سلامت روان منابع انسانی سازمان‌ها هستیم که به طور خاص دانشگاه شهید چمران اهواز بعنوان مطالعه‌ی موردی انتخاب گردید.

ادبیات پژوهش

دین اسلام دینی کامل، جامع و جهانی است که توسط پیامبر اکرم (ص) بعنوان آخرین فرستاده‌ی خداوند ابلاغ شده است. در قرن حاضر که عصر آشفتگی روحی و روانی و عصر اضطراب است با تمسک به رهنمودهای دین مبین اسلام و بکارگیری دستورات شریعت می‌توان بر این بحران غلبه کرد. در این پژوهش نگاه به دین یک نگاه روانشناختی است. در حالی که واقعیت دین خارج از محدوده‌ی دانش ماست. می‌توان گفت که دین یک نظام عملی مبتنی بر اعتقادات است که در قلمرو ابعاد فردی و اجتماعی از جانب پروردگار برای هدایت انسان‌ها فرستاده شده و شامل عقاید، باورها، نگرش‌ها و رفتار است که با هم

^۱ Priest & et.al

پیوند داشته و یک احساس جامعیت برای فرد تدارک می‌بیند (آرین، ۱۳۷۸؛ به نقل از احمدی، ۱۳۸۷).

با قاطعیت می‌توان گفت که آموزه‌های قرآنی بهترین وسیله هم در پیش‌گیری از بیماری‌های روانی و هم دستیابی به آرامش و سلامت روانی است. ما می‌توانیم توسط حقایقی که در قرآن درباره‌ی انسان و صفات و حالات گوناگون روانی او آمده است به خوبی شخصیت انسانی خویش را رشد دهیم و همچنین عواملی را که در هماهنگ کردن شخصیت و تکامل و ایجاد بهداشت روانی ما تأثیر بسزایی دارند، بشناسیم. زیرا قرآن سخن آفریدگار انسان است و بدیهی است که با استناد به آیه ۱۴ سوره‌ی ملک "ألم يعلم من خلق و هو اللطیف الخبیر؛" آیا آن خدایی که خلق را آفریده، عالم به اسرار آنها نیست؟ و حال آنکه او به باطن و ظاهر همه‌ی امور عالم، آگاه است". آفریدگار به طبیعت و اسرار آفرینش مخلوق خود دانتر است (عبدالحسینی، ۱۳۸۶). در متون اسلامی روح و روان واقعیتی انکارناپذیر است. آفرینش روان، از آن خداست و حیات آن ابدی است. از دیدگاه قرآن، انسان ترکیبی از ماده و روان است و شرافت انسان، به روان اوست. معنای لغوی بهداشت روانی، سالم نگهداشتن روان از هر گونه آسیب است و همچنین در ایجاد آمادگی برای سازش منطقی با پیشامدهای مهم زندگی در محیط خانه، مدرسه، دانشگاه، محیط کار و غیره بسیار راهگشاست. احترام به شخصیت و حیثیت انسان بر همگان واجب است و تا زمانی که ارزش و جایگاه افراد نادیده گرفته شود، سلامت فکر، تعادل روان و بهبود روابط انسانی تحقق نخواهد یافت (جوهری، ۱۳۸۴).

بهداشت روانی یعنی داشتن احساس آرامش و امنیت درون و دور بودن از اضطراب، افسردگی و تعارض‌های مزمن روانی. از منظر دیگر، بهداشت روانی؛ یعنی بهره‌مندی از سلامت ذهن و اندیشه و تفکر. درصد قابل توجهی از بیماری‌های جسمانی، ریشه‌ی روان‌شناختی دارند و بهره‌مندی از بهداشت روان می‌تواند بر سلامت جسم اثر مثبتی داشته باشد و متقابلاً، سلامت جسم نیز بستر مناسبی برای رسیدن به احساس امنیت درون و سلامت ذهن و روان است. نوع نگرش و باورهای آدمی درباره‌ی زندگی و محیط پیرامون خود و نیز تعهدات ارزشی و ویژگی‌های زندگی فردی و اجتماعی انسان، در بهره‌مندی از بهداشت روانی مطلوب بسیار اثر گذارند (تقوی، ۱۳۸۶).

مشکلات روحی و روانی در جوامع امروزی رایج است. به گونه‌ای که حدوداً از هر ۶ نفر یک نفر این اختلال را تجربه کرده است. بطور مشابه درصد کمی از مردم سلامت روانی مثبتی از خود را گزارش کرده‌اند (دله^۱ و همکاران، ۲۰۱۴).

هدف بهداشت روانی، تأمین سلامت روانشناختی و تحقق انسان سالم است (عبدالحسینی، ۱۳۸۶). سلامت روان یعنی اینکه فرد بتواند عملکرد موفق و عالی از نظر تفکر، خلق و خو، و رفتار داشته باشد. همچنین فعالیت‌های مفیدی در جامعه داشته باشد، روابط مثبت با دیگران برقرار کند، با مشکلات و استرس‌ها و ناملایمات زندگی کنار آید و توانایی کمک به دیگران را هم داشته باشد (چمنی، ۱۳۸۸). وقتی صحبت از بهداشت روانی می‌کنیم منظور بیشتر دستیابی به درجه بالایی از سلامت روانی است. به عبارت دیگر منظور رساندن فرد به انسانی شایسته و لایق دارای انسجام شخصیتی و روانی بوده که قادر باشد، کارکردها و مسؤولیت‌های خویش را به نحو مطلوب انجام دهد (نوابخش و پوریوسفی، ۱۳۸۵).

جوشی و کوماری^۲ (۲۰۱۱)، اظهار می‌دارند که قدرت باورهای مذهبی در تشریح تأثیر مذهب بر سلامت روان مهم‌تر است و افراد با باورهای قوی‌تر مذهبی پریشانی کمتری نسبت به افرادی دارند که باورهای مذهبی‌شان ضعیف‌تر است.

آرامش روحی نشانه‌ی سلامت روان است و آن در پرتو عواملی بدست می‌آید. از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر آرامش و سلامت روان، ایمان است. ایمان انسان را به پایداری در برابر رویدادهای ناگوار زندگی رهنمون می‌سازد به گونه‌ای که تا خدا نخواهد هیچ حادثه‌ای نمی‌تواند در آدمی تزلزل ایجاد نماید. مؤمن از هیچ چیز در این دنیا نمی‌ترسد چون می‌داند که تا خدا نخواهد هیچ انسانی یا قدرتی در دنیا قادر نیست به او ضرر رساند یا خیری را از او منع کند. به همین دلیل مؤمن واقعی انسانی است که امکان ندارد ترس و اضطراب بر او چیره شود "بلی من أسلم وجهه لله و هو محسن فله اجره عند ربه و لا خوف علیهم و لا هم یحزنون"؛ آری کسی که از هر جهت تسلیم حکم خدا گردید و نیکوکار گشت، مسلم اجرش نزد خدا بزرگ خواهد بود و او را هیچ خوف و اندیشه و هیچ حزن و اندوهی در دنیا و آخرت نخواهد بود. ایمان روابط اجتماعی را بهبود می‌بخشد و انسان سالم در پرتو ایمان به خدا، روابط اجتماعی مطلوب با دیگران برقرار می‌کند (عبدالحسینی، ۱۳۸۶). رسیدن به آرامش، از رکن‌های مهم سلامت روان است که در سایه‌ی دین‌داری و

¹ Dale

² Joshi & Kumari

بندگی خالصانه‌ی خداوند نصیب انسان می‌شود. در میان عبادت‌ها نیز نماز جایگاهی والا و ارزشمند دارد و نقش مهمی در ایجاد آرامش روح و روان ایفا می‌کند. توماس هایسلوپ می‌گوید: "مهم‌ترین راه ایجاد آرامش در روان و اعصاب انسان که من تاکنون شناخته‌ام، نماز است". یکی از روش‌های سودمند و کم نظیر برای درمان احساس گناه، توبه است؛ زیرا توبه سبب آمرزش گناهان و تقویت امید انسان به جلب خرسندی الهی است. بدین ترتیب، از اضطراب ناشی از اشتباه‌های گذشته فرد می‌کاهد؛ همچنین توبه، انسان را به اصلاح و خودسازی وا داشته و او را از ارتکاب دوباره‌ی گناهان باز می‌دارد. توبه، به بالا رفتن بهداشت روانی در فرد کمک می‌کند؛ زیرا بر اثر توبه دل، صفا می‌گیرد، روح، پاکیزه و زنگار گناه از قلب انسان زدوده می‌شود. توبه، حالتی است که روان و روح را سیقل می‌دهد و به انسان سرزندگی و نشاط می‌بخشد، به گونه‌ای که انسان، دیگر رغبتی به انجام دادن گناه ندارد (تقوی، ۱۳۸۶).

پیشینه پژوهش

الف) تحقیقات داخلی

در مطالعه‌ای که در مورد روابط جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان در دانشگاه رازی کرمانشاه بر دانشجویان در سال ۱۳۸۴ صورت گرفت نتایج نشان دادند که جهت‌گیری مناسکی با چهار بعد سلامت روانی همبستگی معنی‌داری دارد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون برای دخترها نشان داد که جهت‌گیری پایبندی به اخلاقیات تنها متغیر قوی در تبیین واریانس سلامت روانی آزمودنی‌ها است. نتایج تحلیل رگرسیون برای پسرها نشان دادند که اضافه کردن متغیر جهت‌گیری پایبندی به عقاید و مناسک تغییر اندک ولی معنی‌داری در معادله‌ی رگرسیون ایجاد نمود. به عبارت دیگر، جهت‌گیری مناسکی برای پیش‌بینی سلامت روانی آزمودنی‌های پسر بااهمیت است (کریمی و دیگران، ۱۳۸۵: ۵۲-۳۱).

همچنین پژوهشی در مورد تأثیر روزه‌داری بر وضعیت سلامت روانی در گناباد صورت گرفت و در آن افرادی که سابقه‌ی اختلالات روانی نداشتند قبل و بعد از ماه مبارک رمضان مورد آزمون قرار گرفتند و نتایج این پژوهش نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین وضعیت سلامت روانی افراد در قبل و بعد از روزه‌داری وجود داشته و وضعیت سلامت روانی افراد بهتر شده است؛ همچنین روزه‌داری باعث کاهش علائم اضطراب و افسردگی و بهبود عملکرد اجتماعی افراد شده و یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که انجام اعمال مذهبی

نظیر نماز، روزه و سایر عبادات اسلامی در فاصله‌های زمانی تکرار شونده، همگی با متوجه کردن افراد به سوی خداوند باعث ایجاد نوعی آرامش روحی و روانی در انسان شده که می‌تواند در خودسازی و روش‌های مقابله با استرس و در نتیجه کاهش اختلالات روانی مؤثر باشند (قهرمانی و دیگران، ۱۳۷۹).

در بررسی که در دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال تحصیلی ۷۹-۱۳۷۸ صورت گرفت نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین مقابله‌ی مذهبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب جنسیت، مقاطع تحصیلی و رشته‌ی تحصیلی وجود دارد. اگر چه رابطه‌ی بین مقابله‌ی مذهبی و سلامت و بیماری روانی پیچیده است، اما آشکار است که عقاید و شعائر مذهبی نقش مهمی را در پیشگیری و کاهش مشکلات هیجانی و روانی بازی می‌کنند (عظیمی و ضرغامی، ۱۳۸۱).

جان‌بزرگی (۱۳۸۶)، با تحقیقی که در سطح دانشگاه‌های تهران در مورد جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان انجام دارد به این نتایج دست یافت که بین مذهب یا مذهبی بودن و سلامت روانی رابطه‌ای مستقیم وجود دارد. هر چه جهت‌گیری مذهبی درونی‌تر می‌شود سلامت روانی بالاتر می‌رود. هر چه جهت‌گیری فرد در زمینه مذهبی بیرونی‌تر می‌شود، احساس خستگی و نشانه‌های بدنی نیز بیشتر می‌شود. هر چه جهت‌گیری فرد بیرونی‌تر می‌شود میزان اضطراب و بی‌خوابی فرد بیشتر می‌شود.

در مطالعه‌ای که شهینی‌بیلاق و همکاران (۱۳۸۳)، بر روی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز انجام دادند بر اساس نتایج این پژوهش مسیرهای مستقیم از نگرش‌های مذهبی به خوشبینی، از خوشبینی به سلامت روانی و از سلامت روانی به سلامت جسمانی معنی‌دار بود؛ همچنین بطور غیر مستقیم نگرش‌های مذهبی بر سلامت روانی و جسمانی و خوشبینی بر سلامت جسمانی وجود دارد و رابطه‌ی مستقیمی بین این‌ها وجود ندارد (شهینی‌بیلاق و همکاران، ۱۳۸۳: ۳۴-۱۹).

عباس‌زاده و همکاران (۱۳۸۶)، با بررسی رابطه بین اعتقادهای مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان دانشجویان به این نتیجه رسیدند که عملکرد مذهبی بر سلامت روان و منبع کنترل درونی تأثیر مثبت و مستقیم داشت، هر چند که رابطه‌ی بین عملکرد مذهبی و مقیاس‌های برگ ارزیابی علائم مرضی معنی‌دار و معکوس بود.

پژوهشی دیگر به بررسی رابطه‌ی جو سازمانی با سلامت روانی کارکنان پرداخته بود. یافته‌ها نشان داد که بین جو سازمانی و سلامت روانی کارکنان رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد. از میان ابعاد نه‌گانه‌ی سلامت روان، پنج بعد آن شامل اختلال وسواس - اجبار،

افسردگی، اضطراب، ترس مرضی و روان‌پریشی با جو سازمانی ارتباط معنی‌داری نشان داد (فولادوند، ۱۳۸۶).

در بررسی که در میان مأموران راهنمایی و رانندگی انجام گرفت نتایج نشان داد که استرس شغلی و رویدادهای استرس‌زای زندگی با سلامت روان رابطه‌ی مثبت معنی‌داری داشته و می‌توان استرس شغلی و رویدادهای استرس‌زای زندگی را متغیرهای پیش‌بینی کننده برای سلامت روان دانست. بین مأموران ستادی و انتظامی از نظر سلامت روان و تیپ شخصیتی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ولی مأموران انتظامی از استرس شغلی بیشتری نسبت به مأموران ستادی برخوردار بودند. همچنین مأموران متأهل رویدادهای استرس‌زای بیشتری را نسبت به مجردان تجربه می‌کنند (عقیلی‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۶: ۳۶۰-۳۵۵).

نتایج مطالعه در مورد ارتباط دعا با سلامت روانی و عملکرد شغلی در کارکنان صنایع مهمات‌سازی حاکی از آن است که بهره‌گیری از دعا با سلامت روانی آزمودنی‌ها رابطه‌ی معنی‌داری دارد و با افزایش استفاده از دعا، سلامت روانی آنها نیز افزایش یافته است. همچنین افزایش بکارگیری دعا با کاهش خرده‌مقیاس‌های اضطراب و افسردگی همراه بوده است. دعا با سلامت روانی ارتباط دارد، اما با عملکرد شغلی بی‌ارتباط است؛ همچنین عملکرد شغلی با سلامت روان رابطه‌ای با یکدیگر ندارند (شجاعیان و زمانی منفرد، ۱۳۸۱). کمبودی که در پژوهش‌های ذکر شده وجود داشت و ما را بر آن داشت که به تحقیق حاضر اقدام کنیم، عدم توجه‌ی تحقیقات پیشین به ابعاد جامع دینداری بالاخص آموزه‌های دین اسلام بطور مشخص بود.

(ب) تحقیقات خارجی

روز^۱ (۱۹۹۰)، ۴۰۱ خانواده را بعنوان نمونه مورد بررسی خود در رابطه با موضوع "مذهب و افسردگی" انتخاب و تلفنی مورد نظر سنجی قرار داد. نتایج تحقیق ایشان نشان می‌دهد که بین علائم افسردگی و اضطراب و قدرت باور مذهبی رابطه وجود دارد. بر اساس نتایج تحقیق ایشان، افرادی که باورهای مذهبی قوی دارند نسبت به آنان که باورهای ضعیف مذهبی دارند یا مذهب ندارند، با پریشانی کمتری در زندگی خود مواجه هستند و افرادی که عدم اطمینان در باورهای مذهبی خود دارند.

^۱ Ross

فرینگ^۱ و همکاران (۱۹۹۷)، در تحقیقی که در مورد بیماران بزرگسال مبتلا به سرطان انجام دادند، دریافتند که امید و مذهبی بودن رابطه‌ی مثبت با خلق و خوی مثبت و با افسردگی بیماران مذکور رابطه‌ی منفی دارند. آنها بر اساس دستاوردهای تحقیق خود اظهار می‌دارند که، دینداری ممکن است نتواند مانع افسردگی شود ولی می‌تواند به بهبود سریع‌تر آن کمک کند.

هیکسان^۲ و همکاران (۱۹۹۸)، در مطالعه‌ای که از ۱۱۲ زن بزرگسال به عمل آوردند، به این نتیجه رسیدند که باورهای مذهبی بر فشار خون افراد پس از کنترل سلامتی (مانند؛ فعالیت‌های فیزیکی بدن، رژیم غذایی، سیگار کشیدن و مصرف مشروبات الکلی دارد.

کوین^۳ و همکاران (۲۰۱۵)، پژوهشی را با هدف بررسی رابطه‌ی بین دینداری فردی و استفاده از خدمات بهداشت روانی در بین نوجوانان انجام دادند. نتایج تحقیق رابطه‌ی منفی بین دینداری فردی و استفاده از خدمات بهداشت روانی را نشان داد. بنابراین، نوجوانان با باورهای مذهبی زیاد احتمال کمتری برای ابتلا به افسردگی نسبت به هم‌تایان کمتر مذهبی خود دارند.

فرضیه‌های پژوهش

با توجه به مبانی نظری مطرح شده این پژوهش دارای یک فرضیه‌ی اصلی و چهار فرضیه‌ی فرعی به صورت زیر می‌باشد:

فرضیه اصلی

بین دینداری کارکنان دانشگاه و سلامت روانی آنها رابطه‌ی معنادار و مثبت وجود دارد.

فرضیه‌های فرعی

- بین بعد اعتقادی دینداری کارکنان دانشگاه و سلامت روانی آنها رابطه‌ی معنادار و مثبت وجود دارد.

^۱ Fehring

^۲ Hixson

^۳ Quinn

- بین بعد عاطفی دینداری کارکنان دانشگاه و سلامت روانی آنها رابطه‌ی معنادار و مثبت وجود دارد.
- بین بعد پیامدی دینداری کارکنان دانشگاه و سلامت روانی آنها رابطه‌ی معنادار و مثبت وجود دارد.
- بین بعد مناسکی دینداری کارکنان دانشگاه و سلامت روانی آنها رابطه‌ی معنادار و مثبت وجود دارد.

روش‌شناسی پژوهش

تحقیق حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ نحوه‌ی گردآوری داده‌ها توصیفی - همبستگی می‌باشد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی در قالب نرم‌افزار *SPSS* و *PLS* استفاده می‌گردد. آمار استنباطی در برگیرنده‌ی آزمون نرمال بودن داده‌ها، آزمون همبستگی و مدل معادلات ساختاری می‌باشد. جامعه‌ی آماری این پژوهش کلیه‌ی کارمندان دانشگاه شهید چمران اهواز سال ۱۳۹۴ (۲۱۵۲ نفر) می‌باشند. با توجه به فرمول کوکران حجم نمونه ۳۲۷ نفر برآورد گردید. روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای می‌باشد. جهت انتخاب نمونه ابتدا تعداد کل کارکنان هر بخش (سازمان مرکزی، دانشکده‌ها و کتابخانه‌ی مرکزی) مشخص شد، سپس با توجه به اندازه‌ی نمونه تعداد کارکنان نمونه‌ی هر بخش تعیین گردید و با مراجعه به هر بخش به طور تصادفی آزمودنی‌ها انتخاب گردید. در نهایت با توزیع این تعداد پرسشنامه، ۳۱۹ پرسشنامه‌ی سالم بازگشت داده شد که در تجزیه و تحلیل نهایی مورد استفاده قرار گرفت.

گردآوری اطلاعات در این پژوهش از طریق دو پرسشنامه می‌باشد. سنجه‌ی دینداری مسلمانان، که این مقیاس یک ابزار خود گزارشی برای سنجش دینداری فرد است و ۲۶ سؤال دارد که نمره‌گذرای هر سؤال بر روی یک پیوستار از ۱ (کاملاً موافقم) تا ۵ (کاملاً مخالفم) می‌باشد. این مقیاس توسط سراج‌زاده (۱۳۷۷)، بر اساس مدل گلاک و استارک^۱ (۱۹۶۵)، تهیه و تدوین گردیده است. این مقیاس شامل چهارده خرده مقیاس، بعد اعتقادی یا باورهای مذهبی، بعد تجربی یا عواطف دینی، بعد پیامدی یا آثار دینی و بعد مناسکی یا اعمال دینی می‌باشد. پرسشنامه سلامت روانی (*GHQ*)^۲، که یک پرسشنامه‌ی مبتنی بر خود گزارشی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که

^۱ Glock & Stark

^۲ General Health Questionnaire

دارای اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر ارائه شد و دارای ۲۷ سؤال و هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت دارای چهار گزینه که از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری شده است در کل دارای ۸۴ نمره می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۴ مقیاس و هر مقیاس دارای ۷ سؤال است این مقیاس‌ها عبارتند از: علایم جسمانی، علایم اضطراب و اختلال، کارکرد اجتماعی و افسردگی. تحقیقات متعددی درباره‌ی اعتبار و پایایی پرسشنامه‌ی سلامت روانی در داخل کشور انجام شده است (صادقی و همکاران، ۱۳۸۷). در تحقیق حاضر پایایی ابعاد مختلف آزمون و پایایی کلی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد. ضرایب آلفای کرونباخ ضریب پایایی کلی آزمون ۰/۷۲ به دست آمد و برای ابعاد مختلف سنجی دینداری به صورت زیر بدست آمد: بعد اعتقادی ۰/۸۱، بعد عاطفی ۰/۶۳، بعد پیامدی ۰/۵۳، و بعد مناسکی ۰/۹۰ که این ضرایب بیانگر پایایی خوب آزمون می‌باشند.

یافته‌های پژوهش

آمار توصیفی

الف) میزان دینداری

جدول زیر نشان می‌دهد که دینداری در بعد اعتقادی نمره‌ی ۴/۶۳، در بعد عاطفی ۴/۵۱، در بعد پیامدی ۳/۷۷ و در بعد مناسکی ۳/۶۳ را کسب کرده است. در نتیجه میزان دینداری در میان کارکنان نمره‌ی ۴/۱۳۵ را به خود اختصاص می‌دهد که نشان‌دهنده‌ی میزان بالای دینداری هم در بعد فردی و هم در بعد اجتماعی در میان کارکنان دانشگاه می‌باشد.

جدول ۱: میانگین میزان دینداری و ابعاد آن بر حسب میانگین

دینداری	بعد اعتقادی	بعد عاطفی	بعد پیامی	بعد مناسکی	میانگین
۳۱۹	۳۱۹	۳۱۹	۳۱۹	۳۱۹	فرآوانی
۴/۱۳۵	۴/۶۳	۴/۵۱	۳/۷۷	۳/۶۳	میانگین

ب) میانگین گویه‌های ابعاد دینداری

در سنجش میانگین گویه‌های بعد اعتقادی اطلاعات زیر بدست آمده است: همچنانکه جدول زیر نشان می‌دهد گویه‌ی اول یعنی "قرآن کلام خداست"، بالاترین نمره را به خود

اختصاص داده است. با توجه به جدول می‌توان چنین نتیجه گرفت که بطور کلی کارکنان در تمام گویه‌های اعتقادی از نمره‌ی بالایی برخوردار هستند. پنج گویه از شش گویه میانگین بالاتر از ۴/۵ دارند که بیشتر جنبه‌ی فردی را در بر می‌گیرد و گویه‌ی "امر به معروف و نهی از منکر" نسبت به سایر گویه‌ها میانگین کمتری دارد اما میانگین بالایی را کسب نموده است که بیانگر میزان اهمیت این موضوع از دید کارکنان دانشگاه است.

جدول ۲: میانگین گویه‌های ابعاد دینداری

میانگین	گویه‌ها	ابعاد
۴/۸۶	قرآن کلام خداست	اعتقادی
۴/۷۸	اعتقاد به معاد و رسیدگی به اعمال	
۴/۶۹	ظهور حضرت مهدی (عج)	
۴/۶۶	وجود فرشتگان	
۴/۶۱	وجود شیطان	
۴/۱۸	امر به معروف و نهی از منکر	
۴/۶۸	احساس توبه و درخواست از خداوند جهت جبران گناهان	عاطفی
۴/۶۳	احساس معنویت در حرم امامان و اولیاء خدا	
۴/۴۸	پوچ بودن زندگی بدون اعتقادات دینی	
۴/۴۸	احساس خوف از خدا	
۴/۴۱	احساس نزدیکی به خداوند	
۴/۳۹	عدم ترس از مرگ به خاطر ایمان به خدا	
۴/۵۷	سختگیری در خرید و فروش مشروبات الکلی	پیامدی
۴/۴۱	تقلب در مالیات کار نادرستی است	
۳/۵۹	رهبران سیاسی باید اول کاردان باشند بعد متدین	
۲/۵۱	حضور زنان در ورزشگاه‌ها به عنوان تماشاچی	
۴/۹۱	خواندن نماز	مناسکی
۴/۷۱	گرفتن روزه	
۳/۷۷	قرائت قرآن	
۳/۶۲	شرکت در اعیاد مذهبی و عزاداری‌ها	
۳/۰۲	همکاری با مسجد محل یا هر مؤسسه‌ی اسلامی دیگر	
۲/۸۷	شرکت در نماز جماعت	

اطلاعات جدول فوق نشان می‌دهد که بعد عاطفی همچون بعد اعتقادی در میان کارکنان از نمره‌ی بالایی برخوردار است. همان‌طور که مشاهده می‌گردد اعتقاد به اینکه خداوند خطاهای انسان را می‌بخشد و همچنین احساس معنویت، احساس نزدیکی به خدا و عدم احساس پوچ بودن زندگی از عوامل مهم سلامت روان هستند که در اینجا کارکنان دانشگاه به طور میانگین نمره‌ی بالایی را کسب کرده‌اند.

همان‌طور که با استفاده از جدول فوق قابل مشاهده است بعد پیامدی از میانگین متوسط برخوردار است. برخی از گویه‌های این بعد همچون گویه‌ی "سختگیری در خرید و فروش مشروبات الکلی" از نمره‌ی بالا (با میانگین ۴/۵۷ از ۵) و برخی دیگر همچون "حضور زنان در ورزشگاه‌ها به عنوان تماشاچی" از نمره‌ی پایینی (با میانگین ۲/۵۱ از ۵) برخوردار هستند. همان‌طور که از میانگین بالای گویه‌ی اول و دوم و میانگین پایین گویه‌ی چهار برمی‌آید از بعد پیامدی نیز دینداری در سطح بالایی قرار داشته و بیانگر بعد اجتماعی دینداری بوده و این که توجه به دینداری در بعد اجتماعی نیز به طور متوسط برای کارکنان دانشگاه مهم است.

همان‌طور که مشاهده می‌شود برخی از گویه‌های این بعد از نمره‌ی بالا، برخی متوسط و برخی نیز نمره‌ی پایین دارند. بر این اساس می‌توان گفت مناسب و واجب همچون خواندن نماز (با میانگین ۴/۹۱ از ۵) و گرفتن روزه (با میانگین ۴/۷۱ از ۵) از نمره‌ی بالایی برخوردارند، شرکت در اعمال مستحب اجتماعی همچون شرکت در نماز جماعت (با میانگین ۲/۸۷ از ۵)، نمره‌ی پایینی را به خود اختصاص داده‌اند و باقی گویه‌ها از نمره‌ی متوسط برخوردارند.

ج) میزان انجام اعمال دینی و مذهبی

در این بخش به بیان و توضیح میزان پایبندی و تعهد و انجام اعمال و دستورات دین توسط کارکنان دانشگاه می‌پردازیم.

۱- خواندن نمازهای یومیه

اطلاعات نشان می‌دهند که ۹۳/۳۳ درصد از کارکنان هر روز نماز می‌خوانند، ۲/۹۶ درصد از کارکنان گاهی اوقات نماز می‌خوانند، ۲/۲۲ درصد از آنها روزهای تعطیل نماز می‌خوانند و ۱/۴۹ درصد از آنها اصلاً نماز نمی‌خوانند. این امر نشان می‌دهد که اکثر کارکنان به خواندن روزانه‌ی نماز خود پایبند هستند.

۲- قرائت قرآن

با توجه به اطلاعات ارائه شده، مشاهده شده است که ۴۰/۷۴ درصد از کارکنان گاهی اوقات قرآن می‌خوانند، ۲۸/۸۹ درصد از آنها اصلاً قرآن نمی‌خوانند، ۱۹/۲۶ درصد از آنها به ندرت قرآن می‌خوانند، ۱۰/۳۷ درصد هفته‌ای یکبار قرآن می‌خوانند و تنها ۰/۷۴ درصد از کارکنان حداقل روزی یکبار قرآن می‌خوانند.

۳- روزه گرفتن

داده‌های گردآوری شده نشان می‌دهد که ۷۸/۳۶ درصد از کارکنان هر روز روزه می‌گیرند، ۹/۷۰ درصد از آنها بیشتر روزها روزه می‌گیرند، ۶/۷۲ درصد از آنها بعضی روزها روزه می‌گیرند، ۲/۲۴ درصد به ندرت روزه می‌گیرند و تنها ۲/۹۸ درصد از آنها اصلاً روزه نمی‌گیرند.

۴- حضور در نماز جمعه

اطلاعات نشان می‌دهد که ۴۲/۱۱ درصد از کارکنان ماهی یکبار به نماز جمعه می‌روند، ۲۴/۸۱ درصد از آنها هر جمعه به نماز جمعه می‌روند، ۱۸/۸۰ درصد از آنها چندین مرتبه در سال به نماز جمعه می‌روند، ۷/۵۲ درصد از آنها نیز به ندرت به نماز جمعه می‌روند و تنها ۶/۷۷ درصد از آنها اصلاً به نماز جمعه نمی‌روند.

۵- حضور در مجالس عزاداری

از داده‌های ارائه شده دریافت می‌شود که ۴۳/۷۰ درصد از کارکنان به ندرت، ۳۱/۸۵ درصد بعضی وقت‌ها، ۱۱/۱۲ درصد اصلاً و ۱۰/۳۷ کارکنان بعضی وقت‌ها در اعیاد مذهبی و مجالس عزاداری شرکت می‌کنند و تنها ۲/۹۶ درصد از آنها اصلاً در اعیاد مذهبی و مجالس عزاداری شرکت نمی‌کنند. ملاحظه گردید در کل زنان بیشتر از مردان در مجالس عزاداری شرکت می‌نمایند، اما مردانی که اظهار کرده‌اند در همه‌ی مراسمات شرکت می‌نمایند بیشتر از تعداد زنان است.

۵) میزان سلامت روانی

برای بررسی و اندازه‌گیری میزان سلامت روانی و ابعاد مختلف آن از جدول فراوانی استفاده می‌نمائیم.

جدول ۳: میانگین میزان سلامت روانی و ابعاد آن بر حسب میانگین

سلامت روانی	افسردگی	کارکرد اجتماعی	اضطراب و اختلال	علایم جسمانی	تعداد
۳۱۹	۳۱۹	۳۱۹	۳۱۹	۳۱۹	۳۱۹
۲/۱۶۵	۲/۵۷	۲/۰۹	۱/۹۴	۲/۰۶	میانگین

همان گونه که در جدول قابل مشاهده است، میانگین سلامت روانی در بعد علائم جسمانی ۲/۰۶، در بعد اضطراب و اختلال ۱/۹۴، در بعد کارکرد اجتماعی ۲/۰۹ و در بعد افسردگی ۲/۵۷ است. در نتیجه نمره‌ی سلامت روانی ۲/۱۶۵ خواهد بود.

آمار استنباطی

آزمون نرمال بودن داده‌ها

برای بررسی نرمال یا غیر نرمال بودن داده‌ها از خطای استاندارد کشیده و چولگی استفاده شده است. با توجه به اینکه برای تمامی متغیرها خطای استاندارد کشیدگی و چولگی بین +۲ و -۲ است می‌توان گفت داده‌های مورد نظر نرمال می‌باشند.

جدول ۴: آزمون نرمال بودن داده‌ها

تعداد	کشیدگی		چولگی		متغیر
	Statistic	خطای استاندارد	Statistic	خطای استاندارد	
۳۱۹	-۰/۱۵۴	۰/۱۳۷	۰/۷۲۸	۰/۲۷۲	دینداری
۳۱۹	-۰/۷۳۴	۰/۱۳۷	۱/۵۳۱	۰/۲۷۲	سلامت روانی

آزمون همبستگی

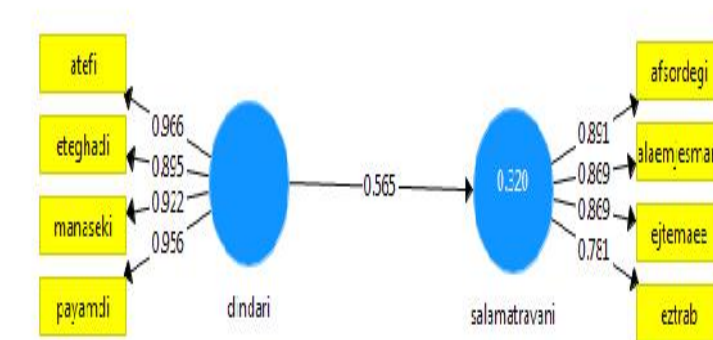
برای بررسی وجود یا عدم وجود رابطه و همچنین میزان شدت رابطه‌ی بین دو متغیر کمی، از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده می‌شود. همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، که مقدار *sig* برای تمامی موارد برابر با صفر بوده، در نتیجه فرض صفر مبنی بر عدم همبستگی رد و همبستگی مثبت و معنادار میان متغیرهای مستقل و وابسته تأیید می‌شود.

جدول ۵: نتایج آزمون همبستگی پیرسون برای متغیرهای تحقیق

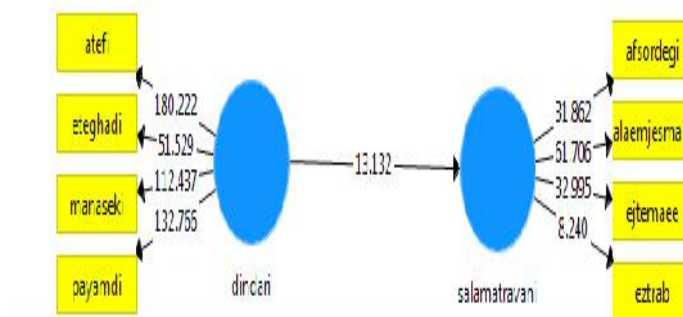
ردیف	متغیر مستقل	متغیر وابسته	سطح خطا	سطح معناداری	ضریب همبستگی
۱	دینداری	سلامت روانی	۰/۰۵	۰/۰۰۰	۰/۵۰۴
۲	بعد اعتقادی دینداری	سلامت روانی	۰/۰۵	۰/۰۰۰	۰/۳۵۹
۳	بعد عاطفی دینداری	سلامت روانی	۰/۰۵	۰/۰۰۰	۰/۴۶۵
۴	بعد پیامدی دینداری	سلامت روانی	۰/۰۵	۰/۰۰۰	۰/۴۵۲
۵	بعد مناسکی دینداری	سلامت روانی	۰/۰۵	۰/۰۰۰	۰/۶۳۱

آزمون فرضیات تحقیق با استفاده از مدل معادلات ساختاری

۱- آزمون فرضیه اصلی



نمودار ۱: مدل معادلات ساختاری در حالت استاندارد برای فرضیه اصلی

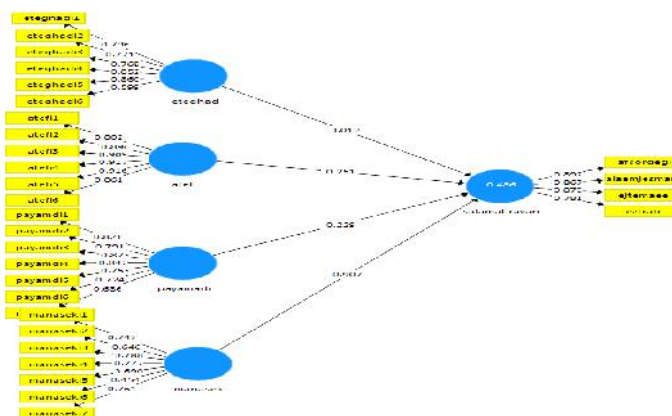


نمودار ۲: مدل معادلات ساختاری در حالت عدد معناداری برای فرضیه اصلی

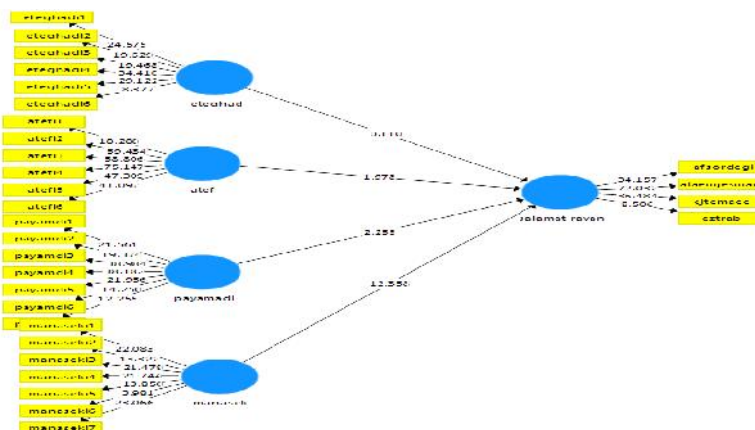
با توجه به اینکه مقدار عدد معناداری برای فرضیه‌ی اصلی تحقیق برابر با ۱۳/۱۳۲ بوده و در نتیجه این مقدار بیش از ۱/۹۶ می‌باشد، لذا می‌توان بیان کرد که بین دینداری کارکنان دانشگاه و سلامت روانی آنها رابطه‌ی مستقیم مثبت وجود دارد.

۲) آزمون فرضیه‌های فرعی

در قسمت زیر مدل معادلات ساختاری در حالت استاندارد و حالت عدد معناداری را برای فرضیه‌های فرعی تحقیق مشاهده می‌کنید.



نمودار ۳: مدل معادلات ساختاری در حالت استاندارد برای فرضیه‌های فرعی



نمودار ۴: مدل معادلات ساختاری در حالت عدد معناداری برای فرضیه‌های فرعی

با توجه به نمودارهای ۳ و ۴:

- عدد معناداری برای فرضیه‌ی فرعی اول برابر با ۰/۱۱۰ می‌باشد، با توجه به اینکه این مقدار کمتر از ۱/۹۶ است، در نتیجه فرضیه‌ی مذکور رد می‌شود، به عبارت دیگر بعد اعتقادی دینداری رابطه‌ی معناداری با سلامت روانی کارکنان ندارد.
- عدد معناداری برای فرضیه‌ی فرعی دوم برابر با ۱/۹۷۸ می‌باشد، با توجه به اینکه این مقدار بیشتر از ۱/۹۶ است، در نتیجه فرضیه‌ی مذکور تأیید می‌شود، به عبارت دیگر بعد عاطفی دینداری رابطه‌ی مثبت و معناداری با سلامت روانی کارکنان دارد.
- عدد معناداری برای فرضیه‌ی فرعی سوم برابر با ۲/۲۵۵ می‌باشد، با توجه به اینکه این مقدار بیشتر از ۱/۹۶ است، در نتیجه فرضیه‌ی مذکور تأیید می‌شود، به عبارت دیگر بعد پیامدی دینداری رابطه‌ی مثبت و معناداری با سلامت روانی کارکنان دارد.
- عدد معناداری برای فرضیه‌ی فرعی چهارم برابر با ۱۲/۳۵۸ می‌باشد، با توجه به اینکه این مقدار بیشتر از ۱/۹۶ است، در نتیجه فرضیه‌ی مذکور تأیید می‌شود، به عبارت دیگر بعد مناسکی دینداری رابطه‌ی مثبت و معناداری با سلامت روانی کارکنان دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش حاکی از این است که دینداری کارمندان دانشگاه در حد نسبتاً بالایی (۴/۱۳۵ از ۵) است. می‌توان بیان داشت به دلیل این که فرهنگ غالب بر جامعه فرهنگ اسلامی و دینی است لذا باورها و اعتقادات افراد از آن تأثیر می‌پذیرد. در گویه‌های بعد اعتقادی اعتقاد به کلام خدا بودن قرآن بالاترین میانگین (۴/۸۶ از ۵) را دارد سایر گویه‌های نیز بالاتر از ۴/۵ بودند به جز گویه‌ی امر به معروف و نهی از منکر که دارای میانگین ۴/۱۸ است که البته نمره‌ی بالایی است. در بعد عاطفی نیز گویه احساس توبه و درخواست از خداوند جهت جبران گناهان بالاترین میانگین (۴/۶۸ از ۵) را داراست سایر گویه‌ها نیز میانگین شان نزدیک به ۴/۵ می‌باشد. در بعد پیامی نیز میانگین گویه‌های سخت‌گیری در خرید و فروش مشروبات الکلی و تقلب در مالیات کار نادرستی است نزدیک به ۴/۵۷ و میانگین گویه حضور زنان در ورزشگاه‌ها به عنوان تماشاچی از نمره‌ی پایینی (۲/۵۱ از ۵) برخوردار است. در بعد مناسکی گویه‌ی خواندن نماز بالاترین نمره (۴/۹۱ از ۵) را دارد که حاکی از توجه بسیار زیاد کارکنان دانشگاه به این امر واجب می‌باشد. گویه‌ی روزه گرفتن نیز دارای نمره‌ی ۴/۷۱ از ۵ است که نمره‌ی بالایی می‌باشد. این دو گویه که بیان‌کننده اعمال واجب دین اسلامی هستند از نمره‌ی بالایی برخوردارند و نشان از

پایبندی اغلب کارکنان دانشگاه به این اعمال واجب می‌باشد. میانگین گویه‌ی قرآنت قرآن و شرکت در اعیاد مذهبی و عزاداری‌ها (به ترتیب ۳/۷۷ و ۳/۶۲ از ۵) می‌باشد که نشان‌دهنده‌ی توجه‌ی کارکنان به اعمال مستحبی دین می‌باشد.

بطور کلی میانگین بعدی اعتقادی (۴/۶۳)، بعد عاطفی (۴/۵۱)، بعد پیامی (۳/۷۷) و بعد مناسکی (۳/۶۳) است و در مجموع میانگین دینداری کارکنان دانشگاه برابر با ۴/۱۳۵ از ۵ می‌باشد.

میزان سلامت روان کارکنان دانشگاه نیز در وضعیت خوبی قرار داشته و در مجموع ۲/۱۶۵ از ۳ می‌باشد. در سلامت از نظر بعد علایم جسمانی میانگین برابر با ۲/۰۶، در بعد اضطراب و اختلال ۱/۹۴، در بعد کارکرد اجتماعی ۲/۰۹ و در بعد افسردگی برابر با ۲/۵۷ می‌باشد. البته در بعد سلامت وضعیت بعد اضطراب چندان مطلوب به نظر نمی‌رسد که شاید بخاطر فشارهای روحی و روانی ناشی از فشار در محیط کاری و عدم تطبیق محیط کار با وضعیت کارمندان باشد.

دینداری و سلامت روانی همان‌گونه که در ادبیات نظری تأکید شده است رابطه‌ی مثبت و معناداری با سلامت روانی کارکنان دانشگاه دارد و به نظر می‌رسد می‌توان با تقویت ابعاد دینداری کارکنان به خصوص بعد عاطفی، پیامدی و مناسکی زمینه‌ی بهتری جهت فراهم نمودن سلامت روان کارکنان دانشگاه فراهم نمود، البته باید سایر عوامل تأثیر گذار بر سلامت روان را در محیط کار در نظر گرفت و اقدامات لازم جهت تطبیق کار با شرایط روحی و روانی کارمندان را فراهم آورد.

فهرست منابع:

- احمدی، وحید (۱۳۸۷). بررسی رابطه‌ی بین نگرش‌های مذهبی و سلامت روان دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز، پایان‌نامه‌ی کارشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- تقوی، سوده سادات (۱۳۸۶). "برخی عوامل مؤثر بر بهداشت روان"، مجله‌ی طوبی، شماره‌ی ۱۶ و ۲۴.
- جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۸۶). "جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان"، مجله‌ی پژوهشی دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دوره‌ی ۳۱، شماره‌ی ۴، زمستان.
- جوهری، شکیبا سادات (۱۳۸۴). "جایگاه بهداشت در اسلام"، مجله‌ی طوبی، شماره‌ی ۲.
- چمنی، امیررضا (۱۳۸۸). معنویت، اصل مهم در تأمین سلامت روان، ایسنا، سایت تبیان.
- سراج‌زاده، ح. (۱۳۷۷). نگرش‌ها و رفتارهای دینی نوجوانان تهرانی، در نمایه‌ی پژوهش، دوره‌ی ۲، شماره‌ی ۷ و ۸.
- شجائیان، رضا و زمانی منفرد، افشین (۱۳۸۱). "ارتباط دعا با سلامت روانی و عملکرد شغلی کارکنان فنی صنایع مهمات‌سازی"، مجله‌ی اندیشه و رفتار، شماره‌ی ۲، سال هشتم، پاییز.
- شهنی‌بیلاق، منیجه؛ شکرکن، حسین و موحد، احمد (۱۳۸۳). "رابطه‌ی علی بین نگرش‌های مذهبی، خوش‌بینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز"، مجله‌ی علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره‌ی سوم، شماره‌های ۱ و ۲، سال یازدهم.
- صادقی، محمدرضا؛ باقرزاده لداری، رحیم و حق‌شناس، محمدرضا (۱۳۸۷). "بررسی وضعیت نگرش مذهبی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران"، مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی مازندران.
- عباس‌زاده، عباس؛ باقری‌یزدی سید عباس؛ سلیمانی‌زاده، لاله و صالحی، لیلی (۱۳۸۶). "رابطه‌ی بین اعتقادهای مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان"، مجله‌ی علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، شماره‌ی ۱ (پی در پی ۴۲)، سال یازدهم، بهار.
- عبدالحسینی، حمیده (۱۳۸۶). قرآن و بهداشت روانی، پایان‌نامه، حوزه‌ی علمیه‌ی مجتهده امین اصفهان.

- عظیمی، حمیده و ضرغامی، مهران (۱۳۸۱). "بررسی مقابله‌ی مذهبی و میزان اضطراب در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال تحصیلی ۷۹-۷۸"، مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، شماره‌ی ۳۴، سال دوازدهم، بهار.
- عقیلی‌نژاد، ماشاءاله؛ محمدی، صابر؛ افکاری، محمداسحق و عباس‌زاده دیزجی، رضا (۱۳۸۶). "بررسی رابطه‌ی استرس شغلی با سلامت روانی، تیپ شخصیتی و رویدادهای استرس‌زای زندگی در مأموران راهنمایی و رانندگی تهران بزرگ"، مجله‌ی دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دوره‌ی ۳۱، شماره‌ی ۴، زمستان.
- فولادوند، خدیجه (۱۳۸۶). "بررسی رابطه‌ی جو سازمانی با سلامت روانی کارکنان بیمارستان‌های دولتی شهرستان ایلام"، مجله‌ی علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره‌ی پانزدهم، شماره‌ی اول، بهار.
- قهرمانی، محمد؛ دلشاد، علی و توکلی‌زاده، جهان‌شیر (۱۳۷۹). "بررسی تأثیر روزه‌داری بر وضعیت سلامت روانی"، افق دانش، دوره‌ی ۶، بهار و تابستان.
- کرمی، جهانگیر؛ روغن‌چی، محمود؛ عطاری، یوسف‌علی؛ شکری، مهتاب و بشلیده، کیومرث (۱۳۸۵). "بررسی روابط ساده و چندگانه‌ی ابعاد جهت‌گیری مذهبی با سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه"، مجله‌ی علوم تربیتی و روانشناسی، ویژه‌نامه روانشناسی، دوره‌ی ۱۳(۳).
- نوابخش، مهرداد و پوریوسفی، حمید (۱۳۸۵). "نقش دین و باورهای مذهبی بر سلامت روان"، مجله‌ی پژوهش دینی، شماره‌ی چهاردهم، زمستان.

Blincoe & Armstrong, C. (2011). "Preparing for collaborative working in mental health: an interprofessional education project with clinical psychology trainees and nursing students", *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*. Vol. 6, No. 1, pp. 47-57.

Bologna, D & Osatuke, K. (2013). "Communication and psychological safty in veterans health administration work environment", *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 28, No. 6, pp. 754-776.

Fehring, R. J., Miller, J. F., & Shaw, C. (1997). "Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in

elderly people coping with cancer”, *Oncology Nursing Forum*, Vol.24, pp. 663-671.

Glock, C.Y., & Stork, R. (1965). "Religion and society in tention", Chicago: Rand McNally Company.

Hannah Dale; Linsay Brassington; Kristel King (2014). “The impact of healthy lifestyle interventions on mental health and wellbeing: a systematic review”, *Mental Health Review Journal*. Vol. 19, No. 1, pp. 61-71.

Hixson, K. A., Gruchow, H.W., & Morgan, D.W. (1998). “The relation between religiosity, selected health behaviors, and blood pressure among adult females”, *Preventive Medicine*, Vol. 27, pp. 545–552.

Irfan, H. (2002). “Religion in mental health: the soul under pressure”, *Islam on line.net - Health & Science.htm*. Available on line at: <http://www.ishim.net/ishimj/ishimj2.htm>.

Joshi, S. Kumari, S. (2011). Religious beliefs and mental health: an empirical review”, *Delhi Psychiatry Journal* Vol. 14 No.1, pp. 40-50.

Julie, B. (2001). “A Framework to Support the Development of a Provincial Mental Health Policy For Newfoundland And Labrador”, September, 2001.

Nancy, J. Yanchus; Ryan Derickson; Scott C. Moore; Daniele Bologna; Katerine Osatuke (2014). “Communication and psychological safety in veterans health administration work Environments”, *Journal of Health Organisation and Management*, Vol. 28, No. 6, pp.754-76.

Pawel, D. Mankiewicz; Johan Truter (2014). “Creating and establishing a recovery-oriented clinical psychology provision across an acute care mental health pathway”, *Ethical obligation and clinical reality, Mental Health and Social Inclusion. Mental Health and Social Inclusion*, Vol. 18, pp. 98 -104.

Quinn, T. C., & Utz, R. L. (2015). “Personal religiosity and mental health care utilization among adolescents, in Jennie Jacobs Kronenfeld (ed.) education, social factors, and health beliefs in health and health care services (Research in the Sociology of Health Care”, Vol. 33, Emerald Group Publishing Limited, pp.139-159.