



دومین کنگره دوسالانه روانشناسی صنعتی و سازمانی ایران ۳ و ۴ اسفند ۸۹ دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)

شناخت رابطه بین سلامت روان و امید به آینده در بین کارکنان یک کارخانه صنعتی:
نقش تعدیل کننده اثرات بهزیستی وجودی، انگیزش، پرستش و سازگاری، تعالی معنوی، حمایت مذهبی و اعمال و نگرش
مذهبی

ایلناز سجادیان^۱ محمد علی نادری^۲

چکیده

این پژوهش با هدف شناخت رابطه بین سلامت روان و امید به آینده با تعدیل اثرات بهزیستی وجودی، انگیزش، تعالی معنوی، حمایت مذهبی و اعمال و نگرش مذهبی در بین کارکنان یک کارخانه صنعتی انجام شد. روش انجام پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است، جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه کارکنان شاغل در یک شرکت صنعتی دولتی در سال ۱۳۸۸ تشکیل می دهد ۲۰۰ نفر از کارکنان به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. در این پژوهش در راستای گردآوری داده ها از مقیاس چندوجهی ابعاد مذهبی- معنوی هابر و همکاران (۲۰۰۷)، که دارای ۵ بُعد انگیزش، تعالی معنوی، بهزیستی وجودی، حمایت مذهبی و اعمال و نگرش مذهبی می باشد، پرسشنامه سلامت عمومی ۱۲ سوالی گلدبرگ و هیلر و مقیاس امید به آینده اشنایدر (۱۹۹۱) به نفل از پترسون، (۲۰۰۰) استفاده شد. برای تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS16 استفاده گردید. یافته های مربوط به همبستگی های ساده نشان داد که امید به آینده با سلامت روان، بهزیستی وجودی، انگیزش، پرستش و سازگاری، تعالی معنوی و اعمال و نگرش مذهبی رابطه دارد ولی با حمایت مذهبی همبستگی ندارد. نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی نشان داد که صرفاً در بلوک دوم حمایت مذهبی و در بلوک سوم حمایت مذهبی و بهزیستی وجودی نقش تعدیل کننده بین سلامت روان و امید به آینده داشته است.

کلیدواژه ها: سلامت روان، امید به آینده، اعمال و نگرش مذهبی.

^۱ - دانشجوی دکترای روانشناسی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان) - عضو باشگاه پژوهشگران جوان.

^۲ - استادیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)



دومین کنگره دوسالانه روانشناسی صنعتی و سازمانی ایران ۳ و ۴ اسفند ۸۹ دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)

مقدمه

برای دهه ها، تحقیقات علوم رفتاری گزارش کردند که متغیرهای مذهبی- معنوی به طور متعادل و مثبتی با پیشگیری از بیماری، کاهش اختلال ذهنی، افزایش اثربخشی درمان و بهبود قابلیت سازگاری و بازیابی از ناتوانی های پزشکی عمده و همچنین اعتیاد جدی رابطه دارند (لارسون^۱، ۱۹۹۳؛ لارسون، سویرز و مک کولاف^۲، ۱۹۹۷). یکی از اهداف اصلی مطالعات علمی مذهبی- معنوی نیز شناسایی ماهیت تأثیر گذاری عوامل مذهبی- معنوی در پیامدهای سلامتی است. شاید یکی از مهمترین این پیامدها امیدواری به آینده باشد. بررسی عوامل مذهبی و معنوی به استفاده محض از متغیرهای مذهبی و معنوی، تک سازه ای و غیر مفهومی و عدم شفافیت روانسنجی این حیطه ها محدود شده است (لارسون و همکاران، ۱۹۹۷). از دیدگاه روانشناسی بالینی، عدم درک ابعاد زیربنایی ابزارهای مذهبی- معنوی مانع از شناسایی الف) اهمیت عوامل مذهبی- معنوی که نتایج سلامت را تحت تأثیر قرار می دهد و ب) مکانیزم هایی که به وسیله آن این تأثیرات بروز می کند، می شود (موسسه فترز/ موسسه ملی پیری^۳، ۱۹۹۹). تلاش های تجربی و نظری اخیر دقیقاً تأثیرات متغیرهای مذهبی- معنوی را بر روی نتایج بالینی و دامنه وسیعی از مکانیزم های بالقوه که ممکن است علت اصلی این تأثیرات باشد، نشان می دهد. هدف این مطالعه نیز بررسی ابزارهای معنوی و مذهبی کلیدی است که در مطالعات متعدد مربوط با سلامت گزارش شده است و عوامل زیربنایی سازه این ابزارها را هدایت می کند. مطالعه ابعاد و جنبه های مذهبی- معنوی از یک تاریخچه طولانی برخوردار است. نزدیک به نیم قرن پیش یک جامعه شناس بنام چارلز گلاک^۴ (۱۹۶۲) پنج بعد مذهبی شامل: ابعاد ایدئولوژیک (عقاید)، رسومات (اعمال)، عقلانی (دانش)، تجربی (احساس) و نتیجه ای (تأثیرات) که در دو مطالعه متفاوت به صورت تجربی و عملیاتی بررسی شده بود، پیشنهاد کرد (وولف^۵، ۱۹۹۷: ۲۰۵). مدارک اولیه از این ساختار حمایت می کرد و همبستگی متوسطی را بین ابعاد این مقیاس نشان می داد. البته روایی تشخیصی این مقیاس، چند بعدی بودن آن را تبیین می نمود (فائولکنر و دی جانگ^۶، ۱۹۶۶). مطالعات بعدی برای کاربرد این ساختار کمی مبهم و گمراه کننده بود به طوری که بعضی گزارش ها بیانگر روابط بالای بین ابعاد این مقیاس با یکدیگر و خصوصاً گویای بعد مذهبی- معنوی بود (کلایتون و گلادن^۷، ۱۹۷۴). در مطالعات بعدی بحث پیرامون چند بعدی بودن این مقیاس در گروه های نامتجانس و با پرسشنامه های جامع تر شدت یافت و نتایج نشان داد که بین ۱۰ تا ۲۰ درصد عوامل قابل تبیین (کینگ و هانت^۸، ۱۹۷۲، ۱۹۷۵، ۱۹۹۰) ۶ تا ۸ عامل پدیدار شده را بازسازی می کنند (هابر، جاکوب و اسپنگلر^۹، ۲۰۰۷). بنابراین اسناد و مدارک کمتر از آن بود که قانع کننده باشد. از اواخر دهه ۱۹۹۰ تاکنون، یکی از ثابت ترین موضوعات پژوهشی بررسی روابط بین دین و سلامت بوده است و به طور عقلانی یافته ها نشان دهنده رابطه مثبت بین این دو متغیر بوده است. با بررسی مطالعات انجام شده در سال ۲۰۰۱ مشخص گردید که علاوه بر سلامت روان، متغیرهای مذهبی و معنوی بر سلامت جسمانی نیز موثر است (کوئینگ، مک کولاف و لارسون، ۲۰۰۱). تأثیرات مذهبی و معنوی بر فرایند بیماری جسمانی، قلب، تنش زیاد، اختلالات مغزی-عروقی، عملکرد سیستم ایمنی، سرطان، ناتوانی، درد مزمن و مرگ و میر به طور روز افزون بررسی شده است. تأثیرات متغیرهای مذهبی و معنوی بر فرایندهای سلامت روان به طور روزافزون با توجه به بهزیستی روانشناختی عمومی، افسردگی، خودکشی، اختلال اضطراب، الکلیسم، سوء مصرف مواد، بزهکاری، بی ثباتی زناشویی و اختلالات شخصیت مطالعه شده است (کوئینگ و همکاران، ۲۰۰۱). این نتایج به طور کلی نشانگر ارتباط معکوس بین مذهب- معنویت و بیماری یا اختلال می باشد که به نحوی اهمیت درک مکانیزم های این اثرات و تردید در وسعت ابعاد حیطه مذهب و معنویت را افزایش می دهد (هابر و همکاران، ۲۰۰۷).

¹ - Larson

² - Swyers, & McCullough

³ -Fetzer Institute/National Institute on Aging

⁴ -Charles Glock

⁵ - Wulff

⁶ -Faulkner & DeJong

⁷ - Clayton & Gladden

⁸ - King & Hunt

⁹ -Haber and Spangler



دومین کنگره دوسالانه روانشناسی صنعتی و سازمانی ایران ۳ و ۴ اسفند ۸۹ دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)

تاکنون چندین کمک قابل ملاحظه به اهمیت پژوهش در حیطه مذهبی- معنوی شده است. اول پروژه های موسسه فترز و موسسه ملی پیری (۱۹۹۹) که سنجش چند بعدی دین و معنویت در پژوهش سلامت را مورد تأکید قرار می داد. تلاش های بی حاصلی برای شناسایی و گردآوری (تدوین) ابزارهای معنوی- مذهبی با شناخت ارتباط با سلامت جسمانی و روانی در یک فرم موجز و مختصر انجام شده است. دوم در یک مطالعه روانشناختی کندلر و همکاران، دامنه ای از گویه های مذهبی- معنوی را بررسی کردند و هفت عامل را شناسایی نمودند که ارتباطات معکوس معناداری با اختلالات سلامت روانی درونی و بیرونی شده خاص داشت (کندلر، گاردنر و پری اسکات^۱، ۱۹۹۹؛ کندلر و همکاران، ۲۰۰۳). این تلاش ها به طور غیرمستقیم یک دیدگاه چندبعدی را از مذهب و معنویت با تشریح تأثیرات منحصر به فرد مربوط با ابعاد مذهبی و معنوی معین به تأیید رساند. سوم، در حیطه تحقیقات شخصیت کلونینگر مقیاس تعالی فردی را (TCI-ST) به عنوان بخشی از سیاهه ویژگی خودش تدوین کرد (کلونینگر، پرزی بک، اسورایک و ووتزل^۲، ۱۹۹۴) و پیدومنت^۳ (۱۹۹۷)، مقیاس تعالی معنوی را به عنوان یک فرض ۶ عاملی برای سیاهه پنج عامل بزرگ شخصیت نئو پیشنهاد نمود (کاستا و مک کری^۴، ۱۹۸۵). این ابزارها علایق خاصی را مطرح کرد، چرا که ارتباط بین یک بعد شخصیتی و حیطه مذهبی- معنوی، پای تأثیرات ژنتیک را به عنوان یک عامل ممکن برای خصایص مذهبی و معنوی به میان می کشید. مدارک مقیاس تعالی فردی کلونینگر در باب وراثت (جلیس پای، کلانینگر، هیت و مارتین^۵، ۲۰۰۳) از این فرضیه حمایت می کرد. چهارم، بعضی از متخصصان علم ژنتیک، تعدادی از متغیرهای مذهبی- معنوی را بررسی نمودند و دامنه وسیعی از قابلیت های ارثی را از صفر تا بیش از پنجاه درصد از روی این حیطه گزارش نمودند. برای مثال، به ترتیب برای حضور در کلیسا ۲۰ درصد، نگرش های مذهبی ۲۲ درصد، تعالی فردی کلونینگر ۳۹ درصد، مقیاس دینداری درونی و بیرونی آلپورت ۴۳ درصد و ۳۹ درصد، مقیاس ارزش های دینی آلپورت- ورنون و لیندزی^۶ ۴۶ درصد و مقیاس بنیادگرایی دینی ویگنز در بزرگسالان، ۵۴ درصد بدست آمده است (بوکار، سگال و تلگن^۷، ۲۰۰۴). این یافته ها نشان می دهد که ژنتیک بر روی عوامل مذهبی- معنوی موثر است و می توان برای بخشی از ارتباط ابعاد مذهبی- معنوی بر روی آن (به طور مستقیم یا غیرمستقیم) حساب باز کرد. پنجم، محققان، بدنه رشد یافته مدارک را برحسب تعداد راههای علی کلیدی که از طریق عوامل مذهبی- معنوی تأثیرات خود را بر سلامت وارد می کنند خلاصه کرده اند و مدلی را که ممکن است در شناخت زیربنای شبکه علّیت مفید باشد ارائه نموده اند. هرچند، پیشرفت در حیطه های جدید از اهمیت تدوین ابزارهای مطلوب و مربوط نکاسته است اما علاقه به این عرصه از مطالعات، به بررسی ابزارهای سنتی مذهبی - معنوی مثل مقیاس جهت گیری مذهبی آلپورت (آلپورت و روز^۸، ۱۹۶۷) و الیسون^۹ (۱۹۸۳)، مقیاس بهزیستی معنوی و ابزارهایی که ارتباط بالینی خاص را بررسی می کنند مثل چهارگویه مهم جسور و جسور^{۱۰} (۱۹۷۷) و مقیاس سازنده گرایی شخصی و اخلاص فردی کندلر (کندلر و همکاران، ۱۹۹۷) انجامید. هرچند ابزارهای معین به خاطر مشکلات عملیاتی و مدارک مستند (مثل تعهد، ترجیحات سازمانی، دگرگونی معنوی) کنار گذارده شدند ولی پیشرفت های اخیر، ملاحظات و رویکردهای جدیدی را برای تثبیت طولانی تر فرضیه ها در خصوص مکانیزم هایی که به وسیله آن، متغیرهای مذهبی- معنوی ممکن است سلامت را تحت تأثیر قرار دهند پررنگ تر ساخته است. با توجه به آنچه از نظر گذشت، هدف مطالعه حاضر بررسی شناخت رابطه بین سلامت روان و امید به آینده با تعدیل اثرات بهزیستی وجودی، انگیزش، تعالی معنوی، حمایت مذهبی و اعمال و نگرش مذهبی در بین کارکنان یک کارخانه صنعتی می باشد.

جامعه و روش نمونه گیری، روش پژوهش

¹ -Kendler, Gardner, & Prescott

² - Cloninger, Przybeck, Svrakic, & Wetze

³ -Piedmont

⁴ - Costa & McCrae

⁵ -Gillespie, Cloninger, Heath, & Martin

⁶ - Allport-Vernon-Lindzey

⁷ - Bouchard, Segal, & Tellegen

⁸ -Ross

⁹ -Ellison

¹⁰ - Jessor and Jessor



دومین کنگره دوسالانه روانشناسی صنعتی و سازمانی ایران ۳ و ۴ اسفند ۸۹ دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)

روش انجام پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است، جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه کارکنان شاغل در یک شرکت صنعتی دولتی در سال ۱۳۸۸ تشکیل می دهد. از این جامعه به روش تصادفی ساده و با بکارگیری فرمول تعیین حجم مطالعات همبستگی و تطبیق آن با جدول تعیین حجم نمونه کوهن و همکاران در سطح خطای ۰/۰۵، ۲۰۰ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب گردید.

ابزار های پژوهش

در این پژوهش در راستای گردآوری داده ها از مقیاس چندوجهی ابعاد مذهبی- معنوی استفاده شد که توسط هابر، جاکوب و اسپنگلر^۱ در سال ۲۰۰۷ ساخته شده و دارای ۳۰ گویه می باشد. این مقیاس، ۵ بُعد انگیزش و سازگاری، تعالی معنوی، بهزیستی وجودی، حمایت مذهبی و اعمال و نگرش مذهبی را می سنجد. پاسخ دهندگان به هر یک از عبارت های کوتاه پاسخی به طیف ۵ درجه ای لیکرت، بسیار زیاد تا بسیار کم می دهند. برای محاسبه سلامت روان از ابزار ۱۲ گویه ای سلامت روان گلدبرگ و هیلر استفاده گردید که عبادی و همکاران (۱۳۸۱) انسجام درونی پرسشنامه را، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و در این پژوهش نیز ۰/۶۳ محاسبه گردید، روایی پرسشنامه نیز، با استفاده از روش تحلیلی «مقایسه گروه های شناخته شده»^۲ مورد بررسی قرار گرفت و برای محاسبه امید به آینده از مقیاس امید آشنایدر (۱۹۹۱ به نقل از پترسون، ۲۰۰۰) استفاده شد. لازم به ذکر است که گلزاری (۱۳۸۶) پایایی این ابزار را با روش همسانی درونی (۰/۸۹) گزارش نموده است.

روند ترجمه و آماده سازی مقیاس چندوجهی ابعاد مذهبی- معنوی: این مقیاس برای اولین بار در ایران در این پژوهش ترجمه و آماده اجرا شده است. در ترجمه ابتدا فرم انگلیسی مقیاس به فارسی برگردانده شد، سپس در اختیار سه نفر از اساتید روانشناسی مسلط به زبان انگلیسی قرار داده شد تا متن ترجمه را با متن اصلی تطبیق دهند. بعد با استفاده از نظر این اساتید مقیاس ترجمه شده مورد اصلاح و بازبینی قرار گرفت. مقیاس بازبینی شده و در اختیار تنی چند از افراد غیر متخصص (کارکنان) قرار گرفت تا در مورد قابل فهم و روان بودن گویه ها اظهار نظر کنند (نزدیک به چهل نفر)، سپس گویه های مبهم که فهم آنها دشوار بود مورد ویرایش ادبی قرار گرفته است. در نهایت یک بار دیگر گویه ها ویرایش شده از نظر اطمینان با مقیاسهای انگلیسی تطبیق داده شده است. بدین شکل که واژه ها و اصطلاحات مورد استفاده در ترجمه گویه ها به لحاظ معنی و مفهوم با واژه های انگلیسی تناظر دقیق داده شده است تا احياناً اصطلاحات ترجمه شده باعث برهم خوردن مفهوم گویه نشود. این مقیاس بصورت انفرادی (و نه گروهی) پاسخ داده شده اند. برای هر فرد ابتدا توضیح کلی در باب نحوه پاسخگویی هر مقیاس ارائه شد، سپس مقیاس در اختیار آنها قرار گرفت تا پاسخ دهند. زمان پاسخگویی حدود ۵-۱۰ دقیقه بصورت میانگین بوده است.

روش تجزیه و تحلیل داده ها: برای تجزیه و تحلیل داده های حاصل از مقیاسها از نرم افزار آماری SPSS16 استفاده شد. برای محاسبه ضرایب همبستگی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. همچنین از رگرسیون سلسله مراتبی برای بررسی نقش تعدیل کننده ابعاد مذهبی- معنوی استفاده گردید.

جدول (۱) ماتریس همبستگی میان متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش

شاخص آماری	میانگین	انحراف معیار	امید به آینده	سلامت روان	بهزیستی وجودی	انگیزش	تعالی معنوی	حمایت مذهبی	اعمال و نگرش مذهبی
امید به آینده	۱۸/۸۳	۳/۳۳	-						
سلامت روان	۳۶/۵۵	۶/۰۱	*۰/۵۷۰	-					

^۱- Haber, Jacob and Spangler

^۲- Known Groups Comparison



دومین کنگره دوسالانه روانشناسی صنعتی و سازمانی ایران ۳ و ۴ اسفند ۸۹ دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)

					۰/۴۵۵ *	۰/۳۷۹ *	۳/۹۳	۱۹/۳۹	بهبودی وجودی
			-	۰/۳۴۰ *	۰/۳۵۳ *	۰/۳۰۱ *	۳۹/۲۵	۴/۱۹	انگیزش، پرستش و سازگاری
		-	۰/۲۳۲ *	۰/۱۸۲ *	۰/۲۶۳ *	۰/۲۷۹ *	۰/۵۱	۳/۳۹	تعالی معنوی
	-	۰/۰۵۲	۰/۱۰۷	۰/۳۶۴ *	۰/۴۶۰ *	۰/۰۷۴	۳/۳۷	۱۹/۵۴	حمایت مذهبی
	-	۰/۱۱۳	۰/۰۷۵	۰/۲۷۶ *	۰/۳۷۶ *	۰/۲۶۱ *	۲/۳۰	۱۰/۰۸	اعمال و نگرش مذهبی

در جدول (۱) شاخص های توصیفی و همبستگی بین متغیرهای پژوهشی ارائه شده است. چنانچه در این جدول مشاهده می شود، سلامت روان بیشترین همبستگی را با امید به آینده ($F=0/570$) و کمترین همبستگی را با اعمال و نگرش مذهبی ($F=0/261$) و سپس با تعالی معنوی ($F=0/279$) و انگیزش، پرستش و سازگاری ($F=0/301$) دارد ($P<0/01$). اما با حمایت مذهبی هیچ گونه ارتباطی ندارد. در سطح سلامت روان، حمایت مذهبی دارای بیشترین همبستگی ($F=0/460$) و کمترین همبستگی را با اعمال و نگرش مذهبی ($F=0/259$) دارد. در جدول (۲) نتایج رگرسیون سلسله مراتبی تعدیلی برای بررسی نقش تعدیل کنندگی بهبودی وجودی، انگیزش، پرستش و سازگاری، تعالی معنوی، حمایت مذهبی و اعمال و نگرش مذهبی در رابطه بین سلامت روان و امید به آینده آمده است.

جدول ۶- نتایج رگرسیون سلسله مراتبی تعدیلی برای بررسی نقش تعدیل کننده ابعاد مذهبی - معنوی

ΔF	R^2 Δ	R^2 تعدیلی	R^2	β	متغیر های پیش بین	رتبه رتبه	رتبه رتبه
۷۲ ۹۴	۳۲۶ ۰/	۳۲۱ ۰/	۳۲۶ ۰/	۰/۵۷۰	سلامت روان	۱	امید به آینده ۱
۹۰ ۱۳	۰۴۵ ۰/	۳۶۳ ۰/	۳۶۹ ۰/	۰/۶۷۹	سلامت روان	۲	
				۰/۲۳۹ -	حمایت مذهبی		
۵۰ ۱۰	۰۳۲ ۰/	۳۹۲ ۰/	۴۰۲ ۰/	۰/۶۰۵	سلامت روان	۳	
				۰/۲۷۹ -	حمایت مذهبی		



دومین کنگره دوسالانه روانشناسی صنعتی و سازمانی ایران ۳ و ۴ اسفند ۸۹ دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)

				۰/۲۵۵	بهبودی وجودی	
				۰/۵۷۸	سلامت روان	۴
۷۵/	۰۰۵	۳۹۵	۴۰۷	۰/۲۷۱	حمایت مذهبی	
۱	۰/	۰/	۰/	۰/۱۹۶	بهبودی وجودی	
				۰/۰۷۹	انگیزش	
				۰/۵۵۷	سلامت روان	۵
				۰/۲۶۲	حمایت مذهبی	
۸۰/	۰۰۸	۴۰۰	۴۱۶	۰/۱۸۸	بهبودی وجودی	
۲	۰/	۰/	۰/	۰/۰۶۵	انگیزش	
				۰/۰۹۷	تعالی معنوی	
				۰/۵۵۱	سلامت روان	۶
				۰/۲۵۸	حمایت مذهبی	
۰۴/	۰۰۳	۴۰۱	۴۱۹	۰/۱۶۸	بهبودی وجودی	
۱	۰/	۰/	۰/	۰/۰۵۳	انگیزش	
				۰/۱۰	تعالی معنوی	
				۰/۰۶۲	اعمال و نگرش مذهبی	

$p \leq 0/01$

چنانچه در جدول (۲) مشاهده می شود برای امید به آینده در بلوک اول سلامت روان ۳۲/۶ درصد از واریانس این بعد را تبیین نموده است. در بلوک دوم با افزوده شدن تعامل سلامت روان × حمایت مذهبی، ۴/۵ درصد واریانس افزوده انحصاری برای این تعامل پدید آمده است. به عبارت دیگر حمایت مذهبی، عامل تعیین کننده رابطه بین سلامت روان و امید به آینده است. در این بلوک میزان واریانس تبیین شده به ۳۶/۹ درصد ارتقاء یافت. در بلوک سوم با ورود بهبودی به معادله، ۴۰/۲ درصد واریانس امید به آینده توسط این سه متغیر تبیین شد. این تعامل سه متغیری ۳/۲ درصد از واریانس افزوده انحصاری را تبیین می نمود. در بلوک چهارم با افزوده شدن انگیزش، پرستش و سازگاری به سه متغیر قبلی یک تعامل چهار وجهی شکل گرفت. با ورود متغیر چهارم ۴۰/۷ درصد از واریانس امید به آینده توسط این چهار متغیر تبیین شد. در بلوک چهارم با افزوده شدن تعامل سلامت روان × حمایت مذهبی × بهبودی × انگیزش، ۰/۵ درصد واریانس افزوده انحصاری برای این تعامل پدید آمده است. در بلوک پنجم با ورود متغیر تعالی معنوی صرفاً ۰/۸ درصد واریانس افزوده انحصاری برای این بلوک به دست آمد و در نهایت در بلوک ششم با افزوده شدن اعمال و نگرش مذهبی به پنج متغیر قبلی، علاوه بر اینکه ۰/۳ درصد واریانس افزوده انحصاری برای این بلوک پدید آمد، این بلوک ۴۲ درصد از واریانس امید به آینده را نیز تبیین نمود. براساس ضرایب بتا استاندارد گزارش شده در جدول (۲)، از بلوک اول تا بلوک سوم ضریب مسیر مستقیم سلامت روان بر امید به آینده از ۰/۵۷۰ به ۰/۶۰۵ افزایش یافته و مقادیر واریانس تبیین شده از بلوک اول یعنی ۳۳ درصد به ۴۰ درصد در بلوک سوم برای امید به آینده افزایش یافته است. این در حالی است که با



دومین کنگره دوسالانه روانشناسی صنعتی و سازمانی ایران ۳ و ۴ اسفند ۸۹ دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)

افزافه شدن متغیرهای انگیزش، تعالی معنوی و اعمال و نگرش مذهبی هیچ کدام از بلوک های چهارم تا ششم معنادار نبوده است و از بلوک چهارم به بعد با اضافه شدن متغیرهای جدید مقدار آماره بتا یک روند کاهشی را نشان می دهد هر چند مقدار واریانس تبیین شده از ۴۰ درصد در بلوک سوم به ۴۲ درصد در بلوک ششم افزایش یافته است.

بحث و نتیجه گیری

یافته های این پژوهش حمایت اولیه ای برای رابطه سلامت روان با ابعاد مذهبی - معنوی و امید به آینده ادراک شده در بین کارکنان یک شرکت صنعتی را فراهم ساخت. متغیرهای مذهبی - معنوی که به طور متعادل با پیشگیری از بیماری و افزایش قابلیت سازگاری افراد در الگوهای سلامت پیوند عمیق دارد و به لحاظ ماهیت، با سلامت جسمانی و روانی آنها در ارتباط است، زمینه اثربخشی سازمانی را برای سازمان های مختلف فراهم می کند. یافته های مربوط به همبستگی های ساده (جدول ۱) نشان داد که امید به آینده با سلامت روان، بهزیستی وجودی، انگیزش، پرستش و سازگاری، تعالی معنوی و اعمال و نگرش مذهبی رابطه دارد ولی با حمایت مذهبی همبستگی ندارد. شواهد متعددی حاکی از وجود رابطه بین ابعاد مذهبی - معنوی و سلامت روان با امید به آینده است. از این منظر یافته های این پژوهش مبنی بر اینکه ابعاد مذهبی - معنوی و سلامت روان با امید به آینده رابطه دارد با یافته های محققانی چون کوئینگ و همکاران (۲۰۰۱) همسوئی دارد. هر چند به طور اختصاصی حمایت مذهبی با امید به آینده رابطه ای نشان نداد. این نتایج به طور کلی نشانگر ارتباط مستقیم بین مذهب - معنویت و سلامت روان کارکنان بود. هابر و همکاران (۲۰۰۷) اذعان می دارد که بین مذهب - معنویت و اختلال ها رابطه ای معکوس حکمفرما است. وجود رابطه مثبت بین ابعاد مذهبی - معنوی با سلامت روان و امید به آینده حاکی از آن است که ابعاد مذهبی - معنوی همواره به عنوان یک معیار و ارزش به جهات مختلفی کارکنان را در درون سازمان به سمت رفتارها و نگرش های خاص سوق می دهد. براساس دیدگاه های مطرح کنونی نظیر مکانیزم های مذهبی - معنوی، آنگاه که کارکنان یک سازمان احساس نمایند که در حیطه سلامت روان شرایط مناسبی دارند نسبت به آینده نیز امید بیشتری خواهند داشت. خصوصاً زمانی که حمایت و بهزیستی وجودی به این سلامت روان افزوده شود. اما عدم رابطه مستقیم حمایت مذهبی با امید به آینده به احتمال زیاد از شرایط گروه نمونه پژوهش حاضر که کارکنان سیستم صنعتی بوده اند، نشأت می گیرد. در درجه اول نظام های صنعتی ایران یک نظام دارای مدیریت کارمدار (وظیفه گرا) است که بر مبنای مجموعه ای از دستورالعمل ها، آیین نامه ها و قوانین خشک و بدون انعطاف شبیه ماشین تشکیل شده است و در درجه دوم به دلیل تأکیدات ظاهری بر ماهیت دین در محیط کار و تکرار مناسک مذهبی بدون هدف، احتمالاً ماهیت حمایت گرایانه مذهب را تا حدود زیادی دستخوش شک و تردید در ادراکات کارکنان قرار داده است. به علاوه اینکه در یک چنین نظام صنعتی که مبتنی بر قواعد مشخص و معین است زمینه های وجود حمایت های غیرماشینی و فرامادی را تا حدود زیادی کاهش داده است. این در حالی است که بالاترین سطح ارتباط حمایت مذهبی با سلامت روان کارکنان است و در عین حال که مطالعات متعدد این یافته را تأیید می کند وجود یک تکیه گاه فرامادی که در هنگام بحران ها (جسمانی، روانی، عاطفی و) کارکنان را به عنوان موجودی فاقد پناه و ایمنی، حمایت کند امری پذیرفته است. از طرفی حمایت مذهبی دارای سطوح بالای توان تبدیلی در کنار سلامت روان جهت پیش بینی امید به آینده کارکنان بوده است. اسناد و مدارک این فرضیه را که حمایت مذهبی نتایج و پیامدهای سلامتی را تحت تأثیر قرار می دهد تا حدود زیادی کامل می کند. به هرحال باید توجه داشت که به عنوان یک محدودیت، نتایج حاصل از این پژوهش با استفاده از گروه نمونه کارکنان یک شرکت صنعتی بدست آمده، لذا بایستی در تعمیم نتایج به دیگر افراد شاغل در سازمان های دیگر با احتیاط بسیار عمل شود. از طرف دیگر از آن جایی که پژوهش حاضر در زمره اولین پژوهش ها در حوزه رابطه ابعاد مذهبی - معنوی با سلامت روان و امید به آینده است، لذا لازم است این نمونه پژوهش در سازمان های صنعتی دیگر و به طور مجدد در بین کارکنان شرکت صنعتی حاضر تکرار شود تا بتوان احتمال طرح فرضیه تبیین نسبی (یعنی تبیین یافته ها براساس شرایط فرهنگی و زمینه ای سازمان ها) را مطرح کرد. در عین حال به نظر پژوهشگران این پژوهش، در تحقیقات آتی، علاوه بر ابعاد مذهبی - معنوی بهتر است معناداری زندگی نیز به عنوان بعدی از ابعاد معنوی که به طور مستقیم با امید به آینده در ارتباط است به عنوان یک متغیر اضافی در کنار ابعاد مذهبی - معنوی استفاده شود. در نهایت به عنوان یک پیشنهاد کاربردی، لازم است مدیران، حمایت مذهبی و تأکید بر بهزیستی وجودی کارکنان را در محیط کار افزایش و تسری دهند تا سطوح سلامت روان کارکنان و امید به آینده آنها افزایش یابد.

منابع

گلزاری، محمود. (۱۳۸۶). اعتباریابی مقیاس امید/شنايدر(چاپ نشده). دانشگاه علامه طباطبائی تهران.



دومین کنگره دوسالانه روانشناسی صنعتی و سازمانی ایران ۳ و ۴ اسفند ۸۹ دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)

عبادی، مهدی؛ حریری، امیرمحمود؛ شریعتی، محمد؛ گرمارودی، غلام رضا؛ فاتح، ابوالفضل؛ منتظری، علی (۱۳۸۱). ترجمه، تعیین پایایی و روایی پرسشنامه ۱۲ سوالی سلامت عمومی (GHQ-12). فصل نامه پایش. سال اول، شماره ۳، صص ۳۹-۴۶.

- Allport, G., & Ross, J. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 447-457.
- Bouchard, T., Segal, N., & Tellegen, A. (2004). Genetic influence on social attitudes: Another challenge to psychology from behavior genetics. In *Behavior genetics principles: Perspectives in development, personality, and psychopathology* (pp. 89-104). Washington, DC: American Psychological Association.
- Clayton, R. R., & Gladden, J. W. (1974). The five dimensions of religiosity: Toward demythologizing a sacred artifact. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 13, 135-143.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T., Svrakic, D., & Wetzel, R. (1994). *The temperament and character inventory: A guide to its development and use*. St. Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality Washington University
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO personality inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology & Theology*, 11, 330-340.
- Faulkner, J. E., & DeJong, G. F. (1966). Religiosity in 5-D: An empirical analysis. *Social Forces*, 45, 246-254.
- Fetzer Institute/National Institute on Aging. (1999). *Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research*. Kalamazoo, MI: Fetzer Institute
- Gillespie, N. A., Cloninger, C. R., Heath, A. C., & Martin, N. G. (2003). The genetic and environmental relationship between Cloninger's dimensions of temperament and character. *Personality and Individual Differences*, 35, 1931-1946.
- Haber, J. R. Jacob, T., Spangler, D. (2007). Dimensions of Religion/Spirituality and Relevance to Health Research. *International Journal for the Psychology of Religion*. 17: 4, 265-288.
- Jessor, R., & Jessor, S. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (1997). Religion, psychopathology, and substance use and abuse: A multimeasure, genetic-epidemiologic study. *American Journal of Psychiatry*, 154, 322-329.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (1999). Clarifying the relationship between religiosity and psychiatric illness: The impact of covariates and the specificity of buffering effects. *Twin Research*, 2, 137-144.
- Kendler, K. S., Liu, X.-Q., Gardner, C. O., McCullough, M. E., Larson, D., & Prescott, C. A. (2003). Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 160, 496-503
- King, M. B., & Hunt, R. A. (1972). *Measuring religious dimensions: Studies of congregational involvement*. Dallas, TX: Southern Methodist University.



دومین کنگره دوسالانه روانشناسی صنعتی و سازمانی ایران ۳ و ۴ اسفند ۸۹ دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)

- King, M. B., & Hunt, R. A. (1975). Measuring the religious variable: *National replication*. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 14, 13–22.
- King, M. B., & Hunt, R. A. (1990). Measuring the religious variable: Final comment. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 29, 532–535.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.
- Larson, D. (1993). *The faith factor: An annotated bibliography of systemic reviews and clinical research on spiritual subjects: Volume 2*. Washington, DC: National Institute for Healthcare Research.
- Larson, D., Swyers, J., & McCullough, M. E. (1997). *Scientific research on spirituality and health: A consensus report*. Washington, DC: National Institute for Healthcare Research.
- Piedmont, R. (1997). *Development and validation of the Spiritual Transcendence Scale: A measure of spiritual experience*. J. E. G. Williams (Chair), *Spiritual Experience and the Five-Factor Model of Personality Symposium*. Columbia, MD: Loyola College.
- Peterson, C. (2000). *Optimistic explanatory style and health*. In J. Gillham (ed.) *The Science of Optimism and Hope*. Philadelphia, PA: Templeton Foundation Press.
- Wulff, D. (1997). *Psychology of religion: classic & contemporary* (2nd ed.). New York: Wiley.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.