

دوره ۸، شماره ۳

پاییز ۱۳۹۱

صص ۱۵۱-۱۲۷

تاریخ پذیرش: ۹۱/۸/۳

اندیشه‌های نوین تربیتی

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

دانشگاه الزهراء^س

تاریخ دریافت: ۹۰/۶/۷

تاریخ بررسی: ۹۱/۳/۱۰

رابطه بین سلامت سازمانی دانشگاه‌های غرب کشور با سلامت روانی کارکنان آن‌ها

فخرالدات نصیری و یک‌بنی*، سیروس قبری**، سیدرسول عادی*** و ایمان کربایی
چکیده

این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین سلامت عمومی و سلامت سازمانی کارکنان رسمی دانشگاه‌های غرب کشور (دانشگاه بوعلی سینا همدان، دانشگاه کردستان، دانشگاه رازی کرمانشاه و دانشگاه ملایر) انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را ۱۳۳۴ نفر از کارکنان (۹۰۸ نفر مرد و ۴۲۶ نفر زن) تشکیل دادند که از این تعداد با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای - نسبتی تعداد ۷۲۷ نفر (۴۹۱ نفر مرد و ۲۳۶ نفر زن) انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از دو پرسشنامه استاندارد سلامت سازمانی و پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی و نیز از ضریب همبستگی پیرسون، آزمون t برای گروه‌های مستقل و تحلیل رگرسیون استفاده شد. نتایج نشان داد ابعاد هفت‌گانه سلامت سازمانی از دیدگاه کارکنان دانشگاه‌های غرب کشور بالاتر از سطح متوسط است، ولی کارکنان از نظر سلامت عمومی در وضعیت مرزی قرار دارند. همچنین بین سلامت عمومی و سلامت سازمانی کارکنان ارتباطی وجود ندارد. سایر نتایج پژوهش نیز نشان داد بین میزان سلامت عمومی کارکنان در ابعاد چهارگانه به لحاظ جنسیت تفاوت معناداری وجود دارد و میزان سلامت روانی مردان بهتر از زنان است، اما از نظر سنوات خدمت و

* استادیار گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان

fsnasiri2002@yahoo.com

** استادیار گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه بوعلی سینا، همدان

*** استادیار گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان

**** دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی، گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه

بوعلی سینا، همدان

میزان تحصیلات تفاوت معنادار وجود ندارد، لذا می‌توان گفت میزان سلامت روانی کارکنان با سنوات خدمتی متفاوت، یکسان است. همچنین میزان سلامت روانی در میان کارکنان با توجه به سطوح تحصیلات آن‌ها نیز یکسان است و در نهایت اینکه متغیرهای نفوذ مدیر، ساخت‌دهی، پشتیبانی منابع، روحیه و تأکید علمی با اطمینان ۰/۹۵ می‌تواند تغییرات مربوط به سلامت عمومی را پیش‌بینی کنند، ولی متغیرهای یگانگی نهادی و ملاحظه‌گری ارتباط معناداری با سلامت عمومی نداشتند.

کلید واژه‌ها

سلامت سازمانی؛ سلامت روانی؛ دانشگاه‌های غرب کشور

مقدمه

سلامت روانی^۱ از موضوعاتی است که در سال‌های اخیر، اندیشمندان فراوانی در زمینه‌های گوناگون به آن توجه کرده‌اند. سازمان جهانی بهداشت^۲، بهداشت روانی را یکی از اصول اولیه بهداشتی در دستور کار کشورهای عضو قرار داده است و سلامت روان را، حالتی از سلامتی می‌داند که در آن فرد توانایی‌های خود را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای طبیعی زندگی مقابله کند، برای جامعه مثرتر باشد و قادر به تصمیم‌گیری و مشارکت جمعی باشد. بر این اساس سلامت روانی مبنای رفاه و سلامتی برای افراد و جامعه است. در واقع سلامتی پاسخ سه‌گانه وضعیت‌های جسمانی، روانی و اجتماعی نسبت به محرک‌های داخلی و خارجی در جهت نگهداری ثبات و راحتی است (شریعتی و همکاران، ۱۳۸۵، ص ۲۷). مننجر^۳ سلامت روان را سازش افراد با جهان اطرافش می‌داند، اریکسون سلامت روانی را در اعتماد در مقابل فقدان اعتماد، خودمختاری در مقابل شرم و حیا، صمیمیت در مقابل انزوا و توانایی تسلط بر دوره‌های رشد می‌داند (ایمان و مرادی، ۱۳۸۸: ص ۵). از نظر کاپلان و بارون^۴ بهداشت روانی حالت خاصی از روان است که سبب بهبود، رشد و کمال شخصیت انسان می‌شود و به فرد کمک می‌کند که با خود و دیگران سازگاری داشته باشد. مازلو^۵ بهداشت روانی را حاصل تأمین نیازها و شکوفا شدن استعداد ذاتی انسان‌ها می‌داند (میرکمالی، ۱۳۷۵).

1. Mental Health
2. World Health Organization (WHO)
3. Mannanger
4. Kaplan & Baron
5. Maslow

هدف اصلی سلامت روانی کمک به همه افراد در رسیدن به زندگی کامل‌تر، شادتر، هماهنگ‌تر، شناخت وسیع و پیشگیری از بروز اختلالات خلقی، عاطفی و رفتاری است. مقابله با بیماری‌های روانی برای ایجاد جامعه سالم از وظایف اصلی دولت‌ها و افراد جامعه است و هر اجتماع که خواستار بهزیستی و شادکامی افراد خود است، باید مردم سازگار و هماهنگ پرورش دهد (میلانی فر، ۱۳۷۸). به عقیده آدلر ۱۹۷۳، سلامت روان یعنی داشتن اهداف مشخص، روابط خانوادگی و اجتماعی مطلوب، کمک به هم‌نوعان و کنترل عواطف و احساسات خود است (وردی، ۱۳۸۱). در حقیقت مفهوم سلامت روانی جنبه‌ای از مفهوم کلی سلامت است و به کلیه روش‌ها و تدابیری اطلاق می‌شود که برای جلوگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی به کار می‌روند. در سال‌های اخیر، انجمن کانادایی بهداشت روانی این مفهوم را در سه قسمت تعریف کرده است؛ قسمت اول نگرش‌های مربوط به خود که شامل تسلط بر هیجان‌های خود، آگاهی از ضعف‌های خود و رضایت از خوشی‌های ساده است، قسمت دوم نگرش‌های مربوط به دیگران که شامل علاقه به دوستی‌های طولانی و صمیمی، احساس تعلق به یک گروه و احساس مسئولیت در محیط انسانی و مادی است؛ و قسمت سوم نگرش‌های مربوط به زندگی که شامل پذیرش مسئولیت‌ها، انگیزه توسعه امکانات و علایق خود، توانایی اخذ تصمیم‌های شخصی و انگیزه خوب کار کردن است. سلامت روانی به عنوان پدیده‌ای روان‌شناختی و اجتماعی نه تنها در کیفیت روانی تک‌تک افراد نقش دارد، بلکه نوعی زندگی سالم و مثبت برای کل افراد جامعه و در نتیجه یک محیط اجتماعی فراهم می‌کند (صادقیان و حیدریان پور، ۱۳۸۸). همچنین بهداشت روانی در محیط کار یعنی مقاومت در مقابل پیدایش پریشانی‌های روانی و اختلالات رفتاری در کارکنان، به کمک ایمن‌سازی فضای روانی و سالم‌سازی آن به نحوی که هدف‌های سازمانی تأمین شوند و هیچ یک از کارکنان سازمان به دلیل عوامل موجود گرفتار اختلال روانی نشوند و در عین حال هر یک از کارکنان از این که در سازمان خود به فعالیت اشتغال دارند، احساس رضایت کنند (پوراسلامی، ۱۳۷۹). مرگان^۱ (۱۹۷۹) درباره مبانی نظری مدل‌های مختلف سلامت روانی با عنوان چارچوب‌های پنداشتی^۲ بحث کرده است. او بر این عقیده است که چهارچوب نظری مدل‌های سلامت روانی بر اساس مبانی

1. Morgan

2. Framework of thought

هستی‌شناسانه^۱، معرفت‌شناسانه^۲، روش‌شناسانه^۳ و انسان‌شناسانه^۴ استوار شده است؛ یعنی بر اساس نوع برداشت ما از هستی، چگونگی شناخت ما از دنیای اطراف، پنداشت ما از ماهیت انسان و چگونگی ارتباط او با دنیای اطراف و هم‌چنین روش ما در کشف دانش. باید یادآور شد که وضعیت اختلالات روانی در ایران نیز مطابق نتایج پژوهش‌های مشابه دیگر کشورهاست. آمارها در ایران تقریباً شبیه آمارهای جهانی است و از همان روند تبعیت می‌کند. در اولین پژوهشی که برای اولین بار برای تعیین بار بیماری‌ها در ایران در دبیرخانه تحقیقات کاربردی معاونت سلامت با کمک سایر بخش‌های این معاونت از جمله اداره سلامت روان و گروه پژوهشگران بدون مرز از سال ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۳ انجام شد، در کنار بار بیماری‌ها در سه استان بوشهر، چهارمحال بختیاری و آذربایجان شرقی وضعیت سلامت روانی بررسی شد، براساس نتایج روشن شد که عملکرد روانی به‌طور بنیادی با عملکرد فیزیکی، اجتماعی و پیش‌آگهی سلامت در ارتباط است. به‌طور مثال افسردگی عامل خطری برای بیماری‌هایی مثل سرطان‌ها و بیماری‌های قلبی است و از طرفی بیماری‌های روانی مانند افسردگی، اضطراب و وابستگی به مواد در افرادی که از بیماری‌های جسمی رنج می‌برند موجب فقدان پذیرش و شکست در برنامه‌های درمانی می‌شود. در بین ۱۰ عامل خطر برای بار کلی بیماری که در DALY محاسبه شده و در گزارش سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۲ آمده است، ۳ مورد آن روانی - رفتاری بوده (روابط جنسی غیر ایمن، مصرف تنباکو و الکل) و ۳ مورد دیگر تحت تأثیر عوامل روانی - رفتاری قرار می‌گیرد (چاقی، فشار خون و کلسترول بالا). شیوع افسردگی اساسی در جمعیت به‌طور کل بین ۳ تا ۱۰٪ است، ولی در افرادی که دچار بیماری‌های مزمن هستند این میزان بیش‌تر است. افراد افسرده مبتلا به بیماری‌های عفونی ممکن است برنامه‌های درمانی خود را نپذیرند و رژیم درمانی مربوط را رعایت نکنند و این مسأله باعث مقاومت دارویی شده و عوارض جدی بر روی سلامت عمومی جامعه می‌گذارد. همچنین طبق پژوهشی که در سال ۱۳۸۷ برای بررسی وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ سال و

1. Ontology
2. Epistemology
3. Methodology
4. Anthropological

بالا تر در کشور با حجم نمونه بالا (۳۵۰۱۴ نفر) انجام شد، شیوع اختلال‌های روانی در جمعیت بالای پانزده سال کشور ۳/۲۱ درصد در مناطق روستایی و ۹/۲۰ درصد در مناطق شهری برآورد شد که در این میان اختلال‌های افسردگی و اضطرابی بیش‌ترین شیوع را داشته و میزان شیوع اختلال‌های روان‌پریشی (سایکوز)، فرم بسیار شدیدتر اختلال‌های روانی، ۶/۰ درصد بوده است (گزارش سایت پرشین بلوگ).

از سوی دیگر امروزه اهمیت عامل انسانی و نقش منحصر به فرد آن به منزله یک منبع استراتژیک و طراح و مجری نظام‌ها و فراگردهای سازمانی جایگاهی به مراتب والاتر از گذشته یافته است تا جایی که در تفکر سازمانی پیشرفته از انسان به مثابه مهم‌ترین منبع و دارایی برای سازمان یاد می‌شود (شولر و جکسون، ۱۳۸۴). در سازمانی همچون سازمان‌های آموزشی، این عنصر می‌تواند اهمیتی دوچندان داشته باشد و از آنجایی که مهم‌ترین منبع سازمانی، نیروی انسانی است، لذا نیروهای سازمان به همراه مدیران، در کسب اهداف سازمان و ایجاد اثربخشی آن نقش اساسی را به عهده دارند (نیکنامی، ۱۳۸۳، ص ۹۹). سلامت سازمانی^۱ برای مفهوم‌سازی جوّ عمومی سازمان است، مفهوم سلامتی مثبت در یک سازمان توجه را به شرایطی جلب می‌کند که رشد و توسعه سازمان را تسهیل کرده یا موجب پویایی‌های سازمانی است. اصطلاح «سلامت سازمانی» را نخستین بار در سال ۱۹۶۹، مایلز^۲ در مطالعه جوّ سازمانی مدارس به کار برده است (سویی و چنگ^۳، ۱۹۹۹؛ کورکماز^۴، ۲۰۰۶ و ۲۰۰۷). از نظر مایلز سلامت سازمانی به وضعی فراتر از اثربخشی کوتاه مدت سازمانی دلالت داشته به مجموعه‌ای از خصایص نسبتاً پردوام اشاره می‌کند و عبارت است از دوام و بقای سازمان در محیط خود، سازگاری با آن و ارتقاء و گسترش توانایی سازمان برای سازگاری بیشتر (جاهد، ۱۳۸۴). این اصطلاح که نخستین بار برای بیان جنبه تداوم و بقای سازمان استفاده شد، هوی و تارتر (۱۹۹۷) و هوی و میسکل^۵ (۱۹۹۱) آن را، بر اساس کار پارسونز^۶ و همکاران (۱۹۵۳)، به عنوان توانایی سازگاری

-
1. Organizational Health
 2. Miles
 3. Tsui & Cheng
 4. Korkmaz
 5. Miskel
 6. Parsons

سازمان با محیط خود، ایجاد هماهنگی میان اعضای سازمان و دستیابی به اهداف آن تعریف کردند. به عقیده او همه سیستم‌های اجتماعی برای بقا و رشد خود نیازمند حل چهار مشکل اساسی انطباق، کسب هدف، یکپارچگی و نهفتگی هستند (هوی و میسکل، ۱۳۸۲، ص ۵۸). همچنین سلامت سازمانی اشاره دارد به سازمان سالمی که با نیروهای مانع بیرونی به‌طور مؤفقیّت‌آمیزی برخورد کرده نیروی آن را به‌طور اثر بخش در جهت اهداف و مقاصد اصلی سازمان هدایت می‌کند (هوی و میسکل، ۱۳۸۲). از طریق سلامت سازمانی می‌توان استعدادهای اعضا را شناسایی کرد تا با استفاده از آن‌ها، اهداف سازمانی به شکل مطلوبی تحقق پیدا کند (کاترین^۱، ۲۰۰۷). ناظران در سازمان‌های سالم، کارکنانی متعهد و وظیفه‌شناس با روحیه و عملکرد بالا و کانال‌های ارتباطی باز و با مؤفقیّت بالا می‌یابند و یک سازمان سالم جایی است که افراد می‌خواهند در آنجا بمانند و کار کنند و به آن افتخار کنند و خود افرادی سودمند و مؤثر باشند (لایدن و کلینگل، ۲۰۰۰) سازمان سالم و پویا دارای جوی مطلوب و سالم بوده و موجبات انگیزش و علاقه‌مندی به کار را در کارکنان سازمان فراهم کرده و از این طریق اثربخشی سازمان را بالا می‌برد، از طرف دیگر جوب سازمان سالم و حمایت‌گر باعث اعتماد بیشتر و روحیه بالای آن‌ها می‌شود (هوی و میسکل، ۲۰۰۵). سطوح و ابعاد سلامت سازمانی از دیدگاه هوی و همکاران (۲۰۰۰). شامل: سطح نهادی: سازمان را با محیط آن پیوند می‌دهد: ۱ - یگانگی نهادی^۲. سطح اداری: مدیریت درونی سازمان را نظارت و اداره می‌کند؛ ۲ - نفوذمدیر^۳؛ ۳ - ملاحظه‌گری^۴؛ ۴ - ساخت‌دهی^۵؛ ۵ - پشتیبانی منابع^۶. سطح فنی: محصول را تولید می‌کند. در مدارس کارکرد فنی، فراگرد تدریس و یادگیری است: ۶ - روحیه^۷ - تأکید علمی^۸. این اجزاء مهم، هر دو دسته نیازهای ابزاری و بیانی نظام اجتماعی را تأمین کرده سه سطح مسئولیت موجود در مدرسه را معرفی می‌کند (علاقه بند، ۱۳۷۸ ص ۲۵). عبارت سازمان سالم

1. Kathrine
2. Institutional integrity
3. Principal Influence
4. Consideration
5. Initiating Structure
6. Resource Support
7. Morale
8. Academic Emphasis

به روش‌های مختلف استفاده شده است؛ در مسائل بهداشت حرفه‌ای، عمدتاً برای اشاره به وضعیت سلامتی کارگران استفاده می‌شود و یکی از روش‌های اصلی اندازه‌گیری آن، بررسی سلامت ذهنی و فیزیکی است. سازمان‌هایی نیز وجود دارند که برای بهبود سازگاری کارگر با محیط کار و کاهش ناسازگاری بین آنچه از آن‌ها انتظار می‌رود و آنچه توان انجام آن را دارند، برنامه‌هایی را اجرا می‌کنند (کوپر و کارترایت، ۱۹۹۴). سازمان‌های دیگر به احساسات مطلوب کارگران، توانایی حل تعارضات، توجه به جنبه‌های فیزیکی کار (مواد، ارگونومیک و...) (لو، ۲۰۰۰) رهبری و ایجاد اعتماد بین کارگران توجه می‌کنند (رابرتسون، ۲۰۰۰، به نقل از انصاری و همکاران، ۱۳۸۸). به همین نحو، برخی به درگیری، منابع انسانی در دستیابی به نتایج مطلوب سازمانی توجه می‌کنند. سالم بودن همچنین در ارتباط با سازمان‌هایی به کار می‌رود که در آن‌ها روابط خوب انسانی، نه فقط بین همکاران، بلکه بین مدیران اجرایی و کارکنان حاکم است که این مدیران اجرایی بیشتر شبیه رهبران رفتار می‌کنند تا شبیه رؤسا. طبق نتایج پژوهش‌ها وضعیت سلامت سازمانی در کشور با توجه به نوع و اهداف سازمان‌ها متفاوت تشخیص داده شده است، به عبارتی هر سازمان و محیطی با توجه به شرایط، جو و فرهنگ‌های داخلی گوناگون دارای میزان و سطوح سلامت سازمانی مختلفی هستند. اگر چه سلامت سازمانی، عمدتاً به سلامت کارکنان وابسته است، اما یک تکامل تدریجی در استفاده از واژه‌ها و حرکت از سلامت افراد به سمت سلامت فرایندهای مدیریتی، فرهنگ و ساختار و توجه به عوامل روان‌شناختی، سازگاری با محیط کار، احساسات مطلوب کارکنان، رهبری، اعتماد، حمایت متقابل، مسئولیت اجتماعی، اثربخشی و... ایجاد شده است (تراپید و همکاران، ۲۰۰۸، به نقل از انصاری و همکاران، ۱۳۸۸). با این اوصاف می‌توان گفت از جمله عناصر وابسته به سلامت سازمانی، سلامت روانی (عمومی) کارکنان سازمان مربوطه است. از آنجایی که سلامت سازمانی حکایت از جو عمومی سازمان دارد و می‌تواند بر متغیرهای مختلف سازمانی اثرگذار باشد، لذا بررسی وضعیت این دو مؤلفه و رابطه بین آن‌ها در هر سازمانی اهمیت ویژه‌ای دارد. لیکاتا و هارپر^۱ (۱۹۹۹) بین ادراک معلمان از سلامت سازمانی و توانمندی مدرسه همبستگی مثبت معنادار به دست آوردند. لایدن و کلینگل^۲ (۲۰۰۰) طی مطالعه‌ای درباره

1. Licata & Harper
2. Lynden & Llingle

ارزیابی سلامت سازمانی دانشگاه و آموزش و برای سلامت سازمانی در قرن حاضر ۱۱ مؤلفه (بعد جداگانه اما مرتبط به هم) بدین شرح ارائه کرده‌اند: ارتباط، مشارکت و درگیر بودن در سازمان، وفاداری و تعهد، اعتبار یا شهرت مؤسسه، روحیه، اخلاقیات، شناسایی یا بازشناسی عملکرد، مسیر هدف، رهبری، بهبود یا توسعه کارایی کارکنان، کاربرد منابع. همچنین شاین (۲۰۰۲) در پژوهشی به رابطه سلامت سازمانی و اثربخشی سازمان‌ها، به‌عنوان پیکره‌های سازش‌پذیر، حلال مشکلات و دارای انگیزه توجه کردند. به عقیده آن‌ها اشتباهات مربوط به اثربخشی باید براساس فعل و انفعالاتی انجام شود که سازمان با اتخاذ آن‌ها مشکلات را بررسی و حل می‌کند نه از اندازه‌گیری‌های جامع و استاتیک بازارکار، پس سلامت سازمانی به‌عنوان معیاری برای تعیین اثربخشی سازمانی نیز به‌کار می‌رود.

کابوت درایو نیز در سال (۲۰۰۴)، با اجرای یک پژوهش در دانشگاه میشیگان اصول اساسی استقرار سلامت سازمانی را چنین بیان می‌کند: ۱- احترام گذاشتن؛ ۲- عدالت اجتماعی؛ ۳- توجه به کارکنان عادی و کم درآمد. همچنین اسنیدر^۱ (۲۰۰۵) در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه بین سلامت سازمانی و اثربخشی سازمانی مدارس متوسطه شهر نیویورک به این نتیجه رسید که: سلامت سازمانی بالا با اثربخشی سازمانی همبستگی دارد. بیل ویلکرسون^۲ (۲۰۰۹) پژوهشی درباره سلامت ذهنی کارکنان انجام داده است. مطابق نتایج این پژوهش یک سازمان، هنگامی سالم است که مدیران و تک تک کارمندان در یک فرایند مشترک به یکدیگر پیوندند تا مسئولیتی را برای ایجاد مکان کاری پویا، بپذیرند که وفاداری مشتری و سوددهی مشترک را بالا خواهد برد.

بیک زاد (۱۳۸۸) در پژوهش خود با عنوان «بررسی رابطه سلامت سازمانی مدارس با عملکرد مدیران مدارس مقاطع سه‌گانه تحصیلی آموزش و پرورش شهرستان مراغه» نتیجه گرفت: بین سلامت سطح نهادی مدارس و عملکرد مدیران مقاطع سه‌گانه آموزش و پرورش مراغه رابطه معناداری وجود ندارد؛ ولی بین میزان سلامت سطح اداری و فنی با عملکرد مدیران مدارس رابطه معناداری وجود دارد. میرکمالی و ملکی‌نیا هم (۱۳۸۷) در پژوهشی دریافتند که: بین مشارکت کارکنان و سلامت سازمانی دبیرستان‌های پسرانه دولتی شهر تهران

1. Snider

2. Bill Wilkerson

همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. کوجیما^۱ و همکاران در پژوهشی در میان کارگران ژاپنی نشان دادند که همبستگی بالایی بین افسردگی، اضطراب و حمایت شغلی پایین وجود دارد (کوجیما و همکاران، ۲۰۰۲). ادیمانسیا^۲ و همکاران نیز نتیجه گرفتند که تنش، افسردگی و اضطراب با شرایط نامناسب شغلی و فقدان امنیت شغلی همبستگی مثبت دارد (ادیمانسیا، ۲۰۰۸، ص ۹۰). همچنین، یافته‌های پژوهش‌ها بیان‌کننده درجات متفاوتی از اختلالات روانی در میان مردم است. پژوهش دادخواه و همکاران نشان داد که ۲۸٪ از دانشجویان، مشکوک به اختلالات روانی هستند (دادخواه و همکاران، ۱۳۸۵، ص ۳۶). نوربالا و همکارانش دریافتند که ۲۱٪ از افراد شرکت‌کننده در طرح، مشکوک به اختلال روانی بوده‌اند. نتایج مطالعه بنیتز و همکاران بیان‌کننده این است که ۴۱٪ دانشجویان پزشکی دانشگاه چیل در خطر ابتلا به اختلالات روانی هستند. آن‌ها معتقدند که تنش ایجاد شده در این گروه به علت نیاز به فعالیت بیش از حد فیزیکی، ذهنی و هیجانی، آن‌ها را مستعد ایجاد اختلال روانی خواهد کرد (نور بالا، ۱۳۷۸). نتایج پژوهش قهرمانی و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد که وضعیت سلامت سازمانی دانشکده‌های دانشگاه شهید بهشتی از نظر مؤلفه‌های سیزده‌گانه پژوهش به جز مؤلفه‌های مشارکت و یادگیری، شناسایی عملکرد، کاربرد بهینه منابع، شرایط فیزیکی در دیگر ابعاد در سطح بالا بوده است (قهرمانی و همکاران، ۱۳۹۱، ص ۱۳). در پژوهش حسینی و موسوی نیز نتایج نشان داد همبستگی مثبت و معناداری بین مدیریت دانش و سلامت سازمانی کارکنان اداره کل تربیت بدنی شهر اصفهان وجود دارد (حسینی و موسوی، ۱۳۹۱، ص ۵۱). همچنین در پژوهش جعفری و همکاران (۱۳۹۰) یافته‌ها نشان داد که در میان ابعاد سلامت سازمانی، بعد روحیه دارای بیشترین میانگین و بعد پشتیبانی منابع دارای کمترین میانگین بود. همچنین نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین سلامت سازمانی و برخی ابعاد آن نفوذ مدیر، پشتیبانی منابع، تأکید علمی و روحیه با تعهد سازمانی ارتباط معنادار و مثبتی وجود دارد، ولی بین سایر ابعاد سلامت سازمانی یگانگی نهادی، ملاحظه‌گری و ساخت‌دهی با تعهد سازمانی رابطه معناداری مشاهده نشد (جعفری و همکاران، ۱۳۹۰، ص ۴۱).

هر چند تاکنون مطالعاتی پیرامون سلامت سازمانی انجام شده است با وجود این مطالعه و

1. kojima

2. Edimansiya

پژوهش پیرامون سلامت سازمانی در محیط‌های آموزشی و دانشگاهی هنوز بسیار ناکافی است؛ چرا که مطالعه وضعیت سلامت سازمانی نه فقط به خودی خود از لحاظ فهم شرایط کار و پویایی‌های آن اهمیت دارد؛ بلکه پیش‌بینی‌کننده اثربخشی سازمان، پیشرفت تحصیلی، تعهد سازمانی کارکنان، گزینش انسانی و اعتماد به همکاران و مدیران است (علاقه‌بند، ۱۳۷۸، ص ۲۸). فهم وضعیت سلامت سازمان‌های آموزشی می‌تواند مدیران را در گزینش سبک‌های مدیریت و رهبری مناسب برای اثربخشی آن یاری کند. از آنجایی که شناخت سلامت سازمانی بسیاری از متغیرهای مدیریت آموزشی از جمله متغیرهای سطح فنی یعنی روحیه و رضایت از کار کردن و بودن در محیط کاری، تأکیدات علمی و آموزشی و استانداردهای عالی تحصیلی و متغیرهای سطح مدیریتی یعنی میزان نفوذ و تأثیرگذاری مدیران در رفتار کارکنان، سبک رهبری مدیران در دو بعد ملاحظه‌گری و ساخت‌دهی و همچنین چگونگی ایفای وظیفه تدارک منابع پشتیبان در سازمان از سوی مدیران را مطالعه می‌کند، لذا با بررسی سلامت سازمانی، به توانایی سازمان‌ها در سازگاری با محیط خود و یگانگی، انسجام و تمامیت برنامه‌های آموزشی تأکید می‌شود. همچنین سازمان‌های آموزشی و از جمله دانشگاه و دانشکده‌های زیر مجموعه آن با بهره‌مندی از یک مدیریت کارآمد و شایسته و در عین حال با بهره‌مندی از کارکنانی سالم از جهت جسمی و روحی می‌توانند به سیاست‌ها و اهداف خود به خوبی جامه عمل پوشانده و ضمن تلاش در جهت بهره‌مندی از ویژگی‌های سلامت سازمانی به عنوان یک سازمان سالم معرفی شوند. لذا اهمیت پژوهش حاضر در آن است که، با مطالعه سلامت سازمانی و سلامت عمومی کارکنان، پژوهشی جامع و چند بعدی است و می‌تواند به محققان، کارشناسان و مدیران آموزشی کمک کند تا نسبت به مؤلفه‌های کلیدی اثربخشی و تعالی سازمانی آشنا شوند. به عبارت دیگر سلامت سازمانی و سلامت عمومی کارکنان را می‌توان عامل بسیار مهمی در تسهیل و تسریع وصول به اهداف و رسالت سازمان به حساب آورد.

سؤال‌های پژوهش

۱. وضعیت سلامت سازمانی دانشگاه‌های مورد مطالعه چگونه است؟
۲. وضعیت سلامت عمومی کارکنان دانشگاه‌های مورد مطالعه چگونه است؟
۳. آیا بین سلامت سازمانی دانشگاه‌ها و سلامت روانی کارکنان رابطه وجود دارد؟

۴. آیا بین میزان سلامت روانی کارکنان به لحاظ جنسیت، سنوات خدمت و میزان تحصیلات تفاوت وجود دارد؟

۵. با کدام مؤلفه‌های سلامت سازمانی می‌توان سلامت روانی کارکنان را پیش‌بینی کرد؟

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی - همبستگی است، جامعه آماری این پژوهش کلیه کارکنان رسمی دانشگاه‌های غرب کشور (دانشگاه بوعلی سینا همدان، دانشگاه کردستان، دانشگاه رازی کرمانشاه و دانشگاه ملایر) بودند که در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ مشغول به کار بوده‌اند، که تعداد کل آن‌ها ۱۳۳۴ نفر (۹۰۸ نفر مرد و ۴۲۶ نفر زن) بود. از این تعداد ۷۲۷ نفر (دانشگاه کردستان ۱۳۹ نفر (۱۹/۲ درصد)، دانشگاه رازی کرمانشاه ۲۳۰ نفر (۳۱/۶ درصد)، دانشگاه ملایر ۱۸ نفر (۱۶/۲ درصد) و دانشگاه بوعلی سینا ۲۴۰ نفر (۳۳ درصد) به عنوان نمونه به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای - نسبتی انتخاب شدند. که از این تعداد ۴۹۱ نفر مرد (۶۷/۵ درصد) و ۲۳۶ نفر زن (۳۲/۵ درصد) بودند. منظور از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای - نسبتی این است که هرگاه جامعه آماری را طبقات مختلفی تشکیل دهند از هر کدام از طبقات، به‌طور جداگانه تعدادی نمونه انتخاب و نتایج برآورد می‌شود. البته، تعداد نمونه‌ها از هر طبقه می‌تواند مساوی یا به نسبت جمعیت آن طبقه انتخاب شوند. بنابراین، محققان مطابق جامعه آماری دانشگاه‌های مورد مطالعه حجم نمونه را هم تعیین کردند. برای گردآوری داده‌های مورد نیاز از دو نوع پرسشنامه استفاده شد. ۱- پرسشنامه سلامت سازمانی هوی و تارتر (۱۹۹۷): دارای ۴۴ گویه است و هفت بعد سلامت سازمانی یعنی یگانگی نهادی (۷ گویه)، نفوذ مدیر (۵ گویه)، ملاحظه‌گری (۵ گویه)، ساخت‌دهی (۵ گویه)، پشتیبانی منابع (۵ گویه)، روحیه (۹ گویه) و تأکید علمی (۸ گویه) را اندازه می‌گیرد. کارکنان میزان موافقت خود را با ۴۴ گویه، به صورت طیف چهار درجه‌ای لیکرت (همیشه ۴، غالباً ۳، گاهی ۲ و به ندرت ۱ برای گویه‌های مثبت و معکوس آن برای گویه‌های منفی) بیان کردند. ضریب پایایی این پرسشنامه در مطالعه مقدماتی در میان ۳۵ نفر به روش آلفای کرانباخ ۰/۹۰ به دست آمده است. در مطالعه نهایی نیز ضریب پایایی کل به روش آلفای کرانباخ ۰/۹۱ محاسبه شده است. ۲- پرسشنامه سلامت

عمومی: که برای اولین بار گلدبرگ^۱ در سال ۱۹۷۲، آن را تنظیم و به‌طور وسیعی به‌منظور تشخیص نشانه‌های خفیف روانی از قبیل افسردگی، اضطراب، علائم جسمانی و کارکرد اجتماعی در موقعیت‌های مختلف به کار برده است و از ۲۸ سؤال در ۴ حیطه نامبرده تشکیل شده است. هر حیطه نیز ۷ سؤال دارد. هر سؤال به صورت طیف لیکرت ۴ درجه‌ای به صورت ۵، ۴، ۳، ۲، ۱ نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار قدرت کشف و شناسایی اختلالات روانی در محیط‌های مختلف را دارد. برای تعیین روایی آن از روش روایی محتوا استفاده شده و چند متخصص روان‌شناسی آن را تأیید کردند. پایایی آن نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

در این پژوهش، برای تجزیه و تحلیل داده‌های جمع آوری شده و آزمون فرضیه از روش‌های توصیفی در حد، فراوانی، درصد، میانگین، انحراف‌معیار و از روش‌های آمار استنباطی در حد ضریب همبستگی پیرسون و آزمون t برای گروه‌های مستقل و تحلیل واریانس یک‌طرفه، تحلیل رگرسیون با روش همزمان و نرم افزار آماری SPSS استفاده شده است.

یافته‌ها

کل نمونه آماری مورد مطالعه ۷۲۷ نفر از کارکنان دانشگاه‌های غرب کشور بودند. دانشگاه کردستان ۱۳۹ نفر (۱۹/۱ درصد)، دانشگاه رازی کرمانشاه ۲۳۰ نفر (۳۱/۶ درصد)، دانشگاه ملایر ۱۱۸ نفر (۱۶/۲ درصد) و دانشگاه بوعلی همدان با ۲۴۰ نفر (۳۳ درصد) نمونه پژوهش را تشکیل دادند. که از این تعداد ۴۹۱ نفر مرد (۶۷/۵ درصد) و ۲۳۶ نفر زن (۳۲/۵ درصد) بودند. ۲۶۳ (۳۶/۲ درصد) نفر سابقه خدمتی ۵ - ۱۰ سال، ۱۸۶ نفر (۲۵/۶ درصد) سابقه خدمتی ۱۱-۱۵ سال، ۱۵۰ نفر (۲۰/۶ درصد) سابقه خدمتی ۱۶ - ۲۰ سال داشتند. ۱۴ نفر (۱/۹ درصد) نیز به این سؤال پاسخی نداده‌اند. همچنین از نظر سن بیشتر نمونه مورد مطالعه یعنی ۱۹۷ نفر (۲۷/۱ درصد) ۳۶ - ۴۰ سال سن دارند. ۱۶۲ نفر (۲۲/۳) ۳۰ - ۳۵ سال، ۱۴۹ نفر (۲۰/۵) ۴۰ - ۴۵ سال سن، ۱۳۶ نفر (۱۸/۷) ۲۵ - ۳۰ سال سن و ۷۶ نفر (۱۰/۵) ۴۶ سال به بالا سن دارند. ۷ نفر نیز خود را مشخص نکرده بودند. میزان تحصیلات بیشتر کارکنان،

یعنی ۳۳۹ نفر (۴۶/۶ درصد) کارشناسی، ۱۶۶ نفر (۲۲/۸ درصد) دیپلم، ۱۱۴ نفر (۱۵/۷ درصد) کارشناسی ارشد، ۸ نفر (۱/۱ درصد) دکترا بودند. ۵ نفر تحصیلات خود را مشخص نکرده بودند.

تجزیه و تحلیل سؤال‌های پژوهش

سؤال ۱. وضعیت سلامت سازمانی دانشگاه‌های مورد مطالعه چگونه است؟

جدول ۱: توصیف اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت سازمانی دانشگاه‌های مورد مطالعه

شاخص‌ها (مؤلفه‌ها)	تعداد کل نمونه	حداقل نمره در نمونه	حداکثر نمره در نمونه	انحراف استاندارد	میانگین مشاهده شده	میانگین مورد انتظار ^۱	مقدار t	سطح معناداری
بعد یگانگی نهادی	۷۲۷	۱۰	۲۷	۳/۹۸	۱۸/۱۲	۱۷/۵	۴/۱۶	۰/۰۰۰
بعد نفوذ مدیر	۷۲۷	۵	۲۰	۲/۴۳	۱۳/۵۶	۱۲/۵	۱۱/۷۳	۰/۰۰۰
بعد ملاحظه‌گری	۷۲۷	۵	۲۰	۳/۳۸	۱۴/۸۴	۱۲/۵	۱۸/۶۵	۰/۰۰۰
بعد ساخت‌دهی	۷۲۷	۴	۲۰	۳/۲۸	۱۵/۷۹	۱۲/۵	۲۷/۰۳	۰/۰۰۰
بعد پشتیبانی منابع	۷۲۷	۵	۲۰	۳/۶۰	۱۴/۶۵	۱۲/۵	۱۶/۰۹	۰/۰۰۰
بعد روحیه	۷۲۷	۱۲	۳۵	۴/۳۶	۲۵/۶۵	۲۲/۵	۱۳/۰۹	۰/۰۰۰
بعد تأکید علمی	۷۲۷	۸	۳۲	۴/۹۹	۲۵/۰۹	۲۰	۲۰/۱۳	۰/۰۰۰
کل سلامت سازمانی	۷۲۷	۶۶	۱۶۷	۱۵/۴۶	۱۲۷/۶۹	۱۱۰	۲۶/۷۴	۰/۰۰۰

هم‌چنین نتایج میانگین و انحراف معیار بعد یگانگی نهادی به ترتیب شامل ۱۸/۱۲ و ۳/۹۸، بعد نفوذ مدیر دارای میانگین ۱۳/۵۶ و انحراف معیار ۲/۴۳، بعد ملاحظه‌گری با میانگین ۱۴/۸۴ و انحراف معیار ۳/۳۸، بعد ساخت‌دهی با میانگین ۱۵/۷۹ و انحراف معیار ۳/۲۸، بعد پشتیبانی منابع دارای میانگین ۱۳/۶۴ و انحراف معیار ۳/۶۰، هم‌چنین بعد روحیه با میانگین ۲۵/۶۵ و انحراف معیار ۴/۳۶ و بعد تأکید علمی با میانگین ۲۲/۰۹ و انحراف معیار ۴/۹۹ است. لذا این نتایج بیان‌کننده آن است که میانگین مشاهده شده در تمامی ابعاد سلامت سازمانی از میانگین مورد انتظار بیشتر است و این تفاوت از نظر آماری معنادار است. لذا به‌طور کلی می‌توان گفت ابعاد هفت‌گانه سلامت سازمانی از دیدگاه کارکنان دانشگاه‌های غرب کشور بالاتر از سطح

۱. میانگین آماری (میانگین مورد انتظار) هر پرسشنامه در بعد سلامت سازمانی ۱۱۰ است؛ زیرا $2/5 = 10 \div 4 = 1 + 2 + 3 + 4$ با توجه به این که پرسشنامه شامل ۴۴ سؤال است، بنابراین، $110 = 44 \times 2/5$. برای هر یک از مؤلفه‌های سلامت سازمانی این روند برقرار است.

متوسط است.

سؤال ۲. وضعیت سلامت عمومی کارکنان دانشگاه‌های مورد مطالعه چگونه است؟

جدول ۲: توصیف اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت عمومی کارکنان دانشگاه‌های مورد مطالعه

متغیر	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار
علائم جسمانی	۷۲۷	۰	۲۱	۶/۰۶	۴/۳۹
علائم اضطرابی	۷۲۷	۰	۲۰	۶/۰۰	۴/۵
علائم اختلال در کارکرد اجتماعی	۷۲۷	۰	۲۰	۷/۰۷	۳/۵۷
علائم افسردگی	۷۲۷	۰	۱۸	۳/۲۳	۳/۸۳
سلامت عمومی	۷۲۷	۰	۶۲	۲۲/۳۶	۱۳/۰۶

بررسی وضعیت سلامت عمومی که از چهار مؤلفه تشکیل شده نشان می‌دهد که کمترین و بیشترین میزان سلامت عمومی کارمندان دانشگاه‌های غرب کشور به ترتیب ۰ و ۶۲ و میانگین ۲۲/۳۶ و انحراف معیار ۱۳/۰۶ است. بنابراین، با توجه به اینکه نقطه برش در این پرسشنامه ۲۳ است و این پرسشنامه اختلالات عمومی را می‌سنجد و میانگین به دست آمده کمتر از ۲۳ است؛ لذا دانشگاه‌های غرب کشور از نظر سلامت عمومی وضعیت مرزی دارند. سؤال ۳. آیا بین سلامت سازمانی دانشگاه‌ها و سلامت روانی کارکنان رابطه وجود دارد؟ برای دستیابی به پاسخ این سؤال از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است:

جدول ۳: نتایج آزمون همبستگی پیرسون در دو متغیر سلامت سازمانی دانشگاه‌ها و سلامت روانی

کارکنان					شاخص آماری
تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب همبستگی	سطح معناداری	متغیرها
۷۲۷	۱۲۷/۶۹	۱۵/۴۶	۰/۰۲	۰/۶۷۹	سلامت سازمانی
۷۲۷	۲۲/۳۶	۱۳/۰۵			سلامت روانی

داده‌های جدول ۳ حاکی از آن است که ضریب همبستگی بین متغیرهای سلامت سازمانی دانشگاه‌ها و سلامت عمومی کارکنان ($r = 0/02$) در سطح $P < 0/05$ معنادار نیست. از ضریب

همبستگی به دست آمده چنین استنباط می شود که بین متغیرهای مورد مطالعه ارتباطی وجود ندارد. در نهایت که فرضیه مربوط به این آزمون رد می شود.

سؤال ۴. آیا بین میزان سلامت روانی کارکنان به لحاظ جنسیت، سنوات خدمت و میزان تحصیلات تفاوت وجود دارد؟

۴-۱ - آیا بین میزان سلامت روانی کارکنان به لحاظ جنسیت تفاوت وجود دارد؟

جدول ۴: مقایسه میانگین سلامت روانی کارکنان زن و مرد

متغیرها	جنسیت	تعداد	میانگین	تفاوت میانگین ها	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
سلامت روانی	مرد	۴۹۱	۲۱/۳۱	۳/۲۲	۳/۱۳	۷۲۵	۰/۰۰۲
	زن	۲۳۶	۲۴/۵۳				

نتایج آزمون t برای گروه های مستقل نشان داد بین سلامت روانی کارکنان زن و مرد دانشگاه های غرب کشور تفاوت معناداری وجود دارد؛ زیرا مقدار t محاسبه شده (۳/۱۳) در سطح $a=0.05$ و $df=725$ بزرگ تر از مقدار t بحرانی است، لذا می توان نتیجه گرفت بین سلامت روانی کارکنان زن و مرد تفاوت وجود دارد و با توجه به مقادیر میانگین دو گروه می توان گفت میزان سلامت روانی مردان بهتر از زنان است.

۴-۲ - آیا بین سلامت روانی کارکنان به لحاظ سنوات خدمت تفاوت وجود دارد؟

جدول ۵: مقایسه میانگین سلامت روانی کارکنان به لحاظ سنوات خدمت

شاخص های آماری منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
بین گروهی	۱۸۱۹/۶۳	۷	۲۶۹/۹۵	۱/۵۹	۰/۱۳
درون گروهی	۱۲۱۰۳۴/۱۷	۷۱۴	۱۶۹/۵۲		
کل	۱۲۲۹۲۲/۸۱	۷۲۱			

با توجه به داده های جدول ۵، مقدار f محاسبه شده در سطح $a=0.05$ با $df=714$ از مقدار f بحرانی کوچک تر است. لذا می توان نتیجه گرفت که بین میانگین سلامت روانی کارکنان به لحاظ سنوات خدمت آن ها تفاوت معنادار وجود ندارد به عبارت دیگر میزان سلامت روانی

کارکنان با سنوات خدمتی متفاوت، یکسان است.

۳-۴- آیا بین میزان سلامت روانی کارکنان به لحاظ سطوح تحصیلات تفاوت وجود دارد؟

جدول ۶: مقایسه میانگین سلامت روانی کارکنان به لحاظ سطوح تحصیلات

شاخص‌های آماری منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری
بین گروهی	۱۱۸۳/۷۷	۵	۲۳۶/۷۵	۱/۳۹	۰/۲۲
درون گروهی	۱۲۲۱۹۱/۲	۷۱۹	۱۶۹/۹۵		
کل	۱۲۳۳۷۴/۹۷	۷۲۴			

بر اساس اطلاعات مقدار f محاسبه شده در سطح $a=۰.۰۵$ و با $df=(۵/۷۱۹)$ مقدار f بحرانی کوچک‌تر است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بین سلامت روانی کارکنان به لحاظ سطوح تحصیلات آن‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد، به عبارت دیگر میزان سلامت روانی در میان کارکنان با توجه به سطوح تحصیلات آن‌ها یکسان است.

سؤال ۵. با کدام مؤلفه‌های سلامت سازمانی دانشگاه می‌توان سلامت روانی کارکنان را پیش‌بینی کرد؟

برای پاسخ به این سؤال از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد که نتایج آن در جدول‌های ۷ و ۸ آمده است.

جدول ۷: خلاصه مدل تحلیل واریانس سلامت عمومی بر خرده مقیاس‌های سلامت سازمانی

مدل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری
رگرسیون	۵۰۰۷/۲۱	۷	۷۱۵/۳۲	۴/۳۳	۰/۰۰۲
باقیمانده	۱۱۸۷۳۹/۸	۷۱۹	۱۶۵/۱۵		
کل	۱۲۳۷۴۷/۰۱	۷۲۶			

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد میزان F مشاهده شده ($۴/۳۳$) در سطح $p<۰/۰۱$ معنادار است. به عبارتی ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهد که مؤلفه‌های سلامت سازمانی واریانس سلامت عمومی را به صورت معنادار تبیین می‌کنند.

جدول ۸: ضرایب تأثیر متغیرهای مورد مطالعه در معادله رگرسیون

شاخص مدل	ضرایب غیر استاندارد	ضرایب استاندارد	t	سطح معناداری
b	خطای استاندارد	β (بتا)		
مقدار ثابت	۲۳/۱۲	-	۴/۷۳	۰/۰۰۰
یگانگی	-۰/۲۲	-۰/۰۷	-۱/۷۳	۰/۰۸
نفوذ مدیر	۰/۴۴	۰/۰۸	۲/۱	۰/۰۴
ملاحظه‌گری	-۰/۱۴	-۰/۰۴	-۰/۸۵	۰/۴
ساخت‌دهی	-۰/۳۸	-۰/۰۹	-۱/۹۸	۰/۰۴
پشتیبانی منابع	۰/۵۳	۰/۱۵	۳/۰۷	۰/۰۰۲
روحیه	-۰/۴	-۰/۱۳	-۲/۹۵	۰/۰۰۳
تأکید علمی	۰/۳۱	۰/۱۲	۲/۷۴	۰/۰۰۶

در جدول ۸ مقدار β به دست آمده در متغیرهای نفوذ مدیر ($t=۲/۱$)، ساخت‌دهی ($t=-۱/۹۸$)، پشتیبانی منابع ($t=۳/۰۷$)، روحیه ($t=-۲/۹۵$) و تأکید علمی ($t=۲/۷۴$) حاکی از آن است که این متغیرها با اطمینان ۰/۹۵ می‌تواند تغییرات مربوط به سلامت عمومی را پیش‌بینی کند. در بین متغیرها، یگانگی نهادی و ملاحظه‌گری ارتباط معناداری با سلامت عمومی نداشتند.

معادله رگرسیون متغیرهای مورد بحث در زیر آمده است:

$$Y = ۲۳/۱۲ + ۰/۱۵ X_{\text{پشتیبانی منابع}} - ۰/۱۳ X_{\text{روحیه}} + ۰/۱۲ X_{\text{تأکید علمی}} - ۰/۰۹ X_{\text{ساخت‌دهی}} + ۰/۰۸ X_{\text{نفوذ مدیر}}$$

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش بررسی رابطه‌ای بین سلامت روانی و سلامت سازمانی کارکنان دانشگاه‌های غرب کشور بود، لذا ابتدا وضعیت متغیرها در دانشگاه‌های مورد مطالعه بررسی شد که یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که سلامت سازمانی دانشگاه‌های غرب کشور بالاتر از سطح متوسط بود، ولی میانگین سلامت عمومی کارکنان کمتر از ۲۳ است؛ لذا کارکنان دانشگاه‌های غرب کشور از نظر سلامت روانی در وضعیت مرزی قرار دارند. به نظر می‌رسد که در سازمان‌های مورد نظر مسئولان به کارمندان و اعضای خود ارج می‌نهند و آن‌ها را به‌طور مستقیم در جریان فعالیت‌های آموزشی قرار می‌دهند و از آنجایی که مشارکت و

درگیر بودن در سطوح مختلف سازمان توسط کارکنان می‌تواند در سلامت سازمانی آن نقش بسزایی ایفا کند زیرا این مشارکت مزایای بسیاری از قبیل بهبود مستمر کارایی فردی و سازمانی، امنیت شغلی، رضایت کارکنان و ارباب رجوع، افزایش انگیزه، شناخته شدن استعدادها و فراهم ساختن زمینه‌های شکوفایی آن‌ها، ترویج روحیه تفکر علمی و نوآوری، انسجام، همیاری، فراهم شدن زمینه‌های انتقاد و پیشنهادهای سازنده، تسریع و تصریح فرایند تصمیم‌گیری در سازمان و... خواهد داشت که مجموع آن‌ها باعث افزایش سلامت سازمانی در دانشگاه می‌شود با این اوصاف سلامت سازمانی دانشگاه‌های مورد مطالعه در بالاتر از حد مورد انتظار است. از سوی دیگر سلامت روانی که خود مستقیماً با علائم جسمانی، اضطرابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی مرتبط است و به گفته محققان بهداشت روانی حالت خاصی از روان است که سبب بهبود، رشد و کمال شخصیت انسان می‌شود و به فرد کمک می‌کند که با خود و دیگران سازگاری داشته باشد (کاپلان و بارون به نقل از میرکمالی و نارنجی‌شان، ۱۳۸۷). یا بهداشت روانی را حاصل تأمین نیازها و شکوفا شدن استعداد ذاتی انسان‌ها می‌دانند لذا می‌توان بیان داشت که ضعف و مرزی بودن سلامت روانی کارکنان جامعه مورد مطالعه بیشتر به خود آن‌ها برمی‌گردد و شاید این دلیلی باشد برای فقدان رابطه با سلامت سازمانی. چنانکه نتایج سؤال اصلی نشان داد بین سلامت روانی کارکنان و سلامت سازمانی دانشگاه‌های مورد مطالعه رابطه مثبت و معنادار وجود ندارد و با توجه به اینکه هیچ پژوهشی مطابق با این موضوع کار نشده بنابراین همخوانی و فقدان همخوانی فرضیه‌ها با پژوهش‌های دیگران کار بسیار مشکلی است ولی با مطالعه یافته‌های نزدیک به موضوع پژوهش برای تبیین و توضیح این نتایج می‌توان گفت همان‌گونه که محققان مطرح کردند سلامت سازمانی در واقع تنها توانایی سازمان برای انجام دادن وظایف به‌طور مؤثر نیست، بلکه شامل توانایی سازمان برای رشد و بهبود مداوم است، در سازمان‌های سالم کارکنانی متعهد و وظیفه‌شناس با روحیه و عملکرد بالا و کانال‌های ارتباطی باز و با مؤفقیت بالا وجود دارند (لایدن و کلینگل، ۲۰۰۱). سازمان سالم و پویا دارای جوئی مطلوب و سالم بوده و موجبات انگیزش و علاقه‌مندی به کار را در کارکنان سالم فراهم کرده و از این طریق اثربخشی سازمان را بالا می‌برد، از طرف دیگر جو سازمان سالم و حمایت‌گر باعث اعتماد بیشتر و روحیه بالای آن‌ها می‌شود (شاین، ۲۰۰۲). بیل ویلکرسون (۲۰۰۶) معتقد است یک سازمان، هنگامی سالم است که مدیران و تک تک کارمندان

در یک فرایند مشترک به یکدیگر پیوندند تا مسئولیتی را برای ایجاد مکان کاری پویا، بپذیرند که وفاداری مشتری و سوددهی مشترک را بالا خواهند برد. بنابراین، شاید دلیل اصلی وضعیت مطلوب سلامت سازمانی داشتن مدیران لایق و شایسته، کارکنان متعهد و با وجدان، جو و فرهنگ مطلوب، سبک‌های رهبری مورد پذیرش، مشارکت اعضا در تصمیم‌گیری‌ها، استفاده درست از منابع موجود، ارتباطات منطقی و عوامل دیگر انگیزاننده برای پویایی و سلامتی باشد که در نمونه‌ها مشاهده شده است، ولی برحسب شرایط جوی و جغرافیای زندگی کارکنان، نحوی رفتار میان فردی و شخصی، سطوح مختلف خانوادگی، وضعیت‌های فرهنگی، اجتماعی، مذهبی و به‌خصوص اقتصادی و... که در مناطق مختلف می‌تواند متفاوت باشد دلایلی هستند برای اینکه سلامت عمومی کارکنان را تحت تأثیر قرار داده و فقدان همبستگی با متغیر سلامت سازمانی را موجب شوند.

سایر نتایج پژوهش نشان داد که مؤلفه‌های نفوذ مدیر، ساخت‌دهی، پشتیبانی منابع، روحیه و تأکید علمی با اطمینان ۰/۹۵ می‌توانند تغییرات مربوط به سلامت روانی کارکنان را پیش‌بینی کنند، ولی در بین مؤلفه‌ها، یگانگی نهادی و ملاحظه‌گری ارتباط معناداری با سلامت عمومی نداشتند. شاید دلیل اصلی آن نوع و ماهیت وظایف کارکنان واحدهای مختلف سازمان‌های آموزشی باشد که تمرکز امور در یک جا را مشکل می‌کنند، دخیل بودن مراجع تصمیم‌گیری متعدد در عملکرد سازمان و همچنین فشارهای عناصر دیگر اجتماعی و محیط‌های بیرونی نیز می‌تواند از عوامل دیگر باشد. نتیجه یافته‌ها در این بعد با نتایج پژوهش شاین (۲۰۰۲) که سازمان سالم را سازمانی می‌دانند که با نیروهای تهدیدکننده خارجی به‌طور موفقیت‌آمیزی مواجه شده و نیروی آن‌ها را در جهت هدف اصلی سازمان هدایت کند و همواره با حفظ توانایی‌های بقای خود، آن را رشد و توسعه دهد، کاملاً هم‌سو است. همچنین این نتیجه با نتایج رسولی (۱۳۸۸) و سلحشور (۱۳۸۲) همخوانی دارد چرا که نتایج پژوهش نشان داد افرادی که به دلائلی دچار اضطراب هستند به شیوه‌های متفاوت آشفته‌گی خود را بروز می‌دهند، این افراد اغلب دارای مشکلاتی مثل خودپنداری ضعیف، طرد اجتماعی و ناتوانی در برقراری ارتباط با افراد و فقدان پابندی به قوانین هستند در حالی که این مشکل روحی تأثیر مستقیم بر سلامت سازمان دارد. سایر نتایج پژوهش بیان‌کننده این است که بین ابعاد سلامت روانی کارکنان زن و مرد تفاوت معناداری وجود دارد؛ و می‌توان گفت وضعیت سلامت روانی در میان کارکنان

دانشگاه‌های مورد پژوهش (به جز درباره جنسیت) مشابه و یکسان است. البته، نتایج پژوهش‌های دیگران نیز مؤید همین امر است چرا که نتیجه پژوهش‌های پلوسو و سیلوریا^۱ (۲۰۰۵) و برگر و بوتکی^۲ (۱۹۹۷) و عباسی (۱۳۸۱) و ساکی (۱۳۸۱) بیان‌کننده تفاوت سلامت روانی میان دختران و پسران بود و بر اساس نتایج این پژوهش پسران سلامت روانی بیشتر یا بالاتری نسبت به دختران داشتند، در حالی که ساکی (۱۳۸۱) و رسولی (۱۳۸۸) و سلگی و همکاران (۱۳۸۵) بر عکس آن را نتیجه گرفتند. هر چند برخی از یافته‌های این مطالعه مؤید نتایج سایر مطالعات است، با این حال پژوهش‌گر با برخی محدودیت‌ها نیز مواجه بوده است. عمده‌ترین محدودیت، نگرانی آزمودنی‌ها از ارزیابی بود با وجود تمام اعتمادسازی که قبل از پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌ها ایجاد می‌شد، ولی باز هم افراد تا حدودی نگران ارزیابی خود بودند و سعی می‌کردند خود را بهتر از آن چیزی که هستند، جلوه دهند همچنین با توجه به محدودیت‌های زمانی، در این بررسی تنها، کارکنان دانشگاه ارزیابی شدند و به نظر می‌رسد برای تکمیل نتایج پژوهش، اعضای هیأت علمی دانشگاه و دانشجویان نیز بررسی شوند.

از آنجایی که پژوهشگران به محیط‌های شغلی و شرایط کاری به‌منظور بالابردن کیفیت کار، حفظ سلامت و بهداشت کارکنان و بهره‌گیری بیشتر و بهتر از تجارب کارکنان توجه کرده‌اند و اینکه نیروی کار بخش بزرگی از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهد و توجه به بهداشت روانی آنها می‌تواند یکی از اولویت‌ها به شمار آید چرا که سالم‌سازی شرایط کاری به معنای سالم‌سازی نیروی کار و نیروی کار سالم باعث تعالی سازمان و پیشرفت جامعه است. لذا پیشنهاد می‌شود که مسئولان ذی ربط دانشگاه‌ها در جهت شناسایی علل ضعف و متوسط بودن سلامت عمومی کارکنان برابند و برنامه‌ها و طرح‌هایی را در سطح دانشگاه با هدف بهبود و سالم‌سازی مؤلفه‌های آن در نظر بگیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود همان‌گونه که دانش، تجربه و توانایی کارکنان در رابطه با یک وظیفه خاص اغلب بر اعتماد، تعهد و انگیزش و در نتیجه استرس و سلامتی اثر می‌گذارد، دانشگاه‌ها کارکنان را مطابق با تخصص خود برای انجام دادن کار برگزینند و در این بین، آموزش مناسب را برای افزایش توانایی آن‌ها در نظر بگیرند؛ چه این

-
1. Peluso & Silveira
 2. Berger & Butki

امر باعث متناسب شدن توانایی کارکنان و افزایش ایمنی و سلامت می‌شود. و سرانجام اینکه مدیران باید با استفاده از مشارکت دادن اعضای سازمان در تصمیم‌گیری و حل تعارضات، ایجاد نظام پیشنهادات، کمک به تأمین نیازهای جسمی و روانی، برقراری ارتباط با دانشگاه‌های علوم پزشکی برای کسب اطلاعات مربوط به بهداشت جسمانی و روانی و برگزاری دوره‌های آموزشی لازم، شایسته سالاری، ایجاد روحیه خلاقیت و نوآوری، روزآمدی و استفاده از مشاوران و صاحب‌نظران باعث ایجاد جوّ باز و سازنده شوند تا بتوانند سلامت سازمانی را هر چه بیشتر تقویت کنند و موجب رفع اختلالات و ضعف سلامت عمومی کارکنان شوند.

منابع

- انصاری، م. ا.، استادی، ح. و جاوری، ف. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین سلامت سازمانی و نگرش‌های مثبت کاری کارکنان در ادارات امور مالیاتی استان اصفهان، *فصلنامه تخصصی مالیات*، دوره جدید، شماره ششم، (مسسل ۵۴)، پاییز، صص ۴۲-۶۵.
- ایمان، م. مرادی، گ. ل. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین راهبردهای فرهنگ پذیری و سلامت روانی در میان مهاجران: نمونه موردی مطالعه شهر کرمانشاه، *فصلنامه جامعه‌شناسی کاربردی*، سال بیستم، شماره پیاپی (۳۳)، شماره ۱.
- بیک زاده، ج.، سرمست ب. و خوشی ب. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت سازمانی مدارس با عملکرد مدیران مدارس مقاطع سه‌گانه تحصیلی آموزش و پرورش شهرستان مراغه، *فصلنامه تحقیقات مدیریت آموزشی*، شماره دوم زمستان ۸۸.
- پوراسلامی، م.، ایار، س. (۱۳۷۹). *واژه نامه ارتقای سلامت*، دفتر ارتباطات و آموزش بهداشت، معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- جاهد، ح. (۱۳۸۵). سلامت سازمانی. *ماهنامه تدبیر*، شماره ۱۵۹. ۲۹-۱۶.
- جعفری، ح.، محمدیان، م.، حسینپور، د. (۱۳۹۰). *رابطه سلامت سازمانی و تعهد سازمانی در کارکنان بیمارستانهای آموزشی منتخب دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز*، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناختی.
- حسینی، م.، موسوی، ز. (۱۳۹۱). تعیین سهم نسبی مدیریت دانش بر سلامت سازمانی در اداره کل تربیت بدنی و هیأت‌های ورزشی شهر اصفهان، *مجله پژوهش‌های مدیریت ورزشی و علوم حرکتی*، سال دوم، شماره ۳.
- دادخواه ب.، محمدی، م. و مظفری، ن. (۱۳۸۵). وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، دوره ششم، شماره اول، صص ۳۱-۳۶.
- رسولی، ع. (۱۳۸۸). *اثر بخشی و تعالی سازمانی معیار سلامت سازمان*، تهران، الوند.

سازمان جهانی بهداشت، (۱۳۸۰). *بهداشت روان گرداگرد جهان*. شاه محمدی، د، چاپاول، تهران: وزارت بهداشت، اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها، ص ۵-۸.

ساکي، ک.؛ کيخاوني، س. (۱۳۸۱). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایلام، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه ایلام*، سال ۱۰، شماره ۳۵، ص ۱۱-۱۵.

سلحشور، م (۱۳۸۲). *الفبای سلامت روانی*، مجله پیوند. شماره ۲۹۱، ص ۴۱.

سلگی، ع. (۱۳۸۵). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان تربیت بدنی دانشگاه رازی کرمانشاه (۱۳۸۵)، *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*. سال ۱۳، شماره ۲ تابستان، ۱۴۶-۱۲۵.

شاین، ا. (بی تا)، *روان‌شناسی سازمانی*، مترجم: ابوالفضل صادق‌پور و حبیب اله بهرامی، تهران: دانشگاه تهران.

شریعتی، م.؛ کفاشی، ا.؛ قلعه‌بندی، م. ف. (۱۳۸۵). بررسی وضعیت روانی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، *فصلنامه پژوهشگاه علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی*، دوره (۱) ۳، ص ۳۷-۲۱.

عباسی، م. (۱۳۸۱). *بررسی محتوای کتاب مطالعات اجتماعی متوسطه در پرورش مهارت‌های تفکر انتقادی بر مبنای دیدگاه اجتماعی برنامه درسی*، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشکده روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی.

قهرمانی، م، ابوالقاسمی، م، عارفی، م، خاتمی، م، (۱۳۹۱). *ارزیابی سلامت سازمانی دانشکده‌های دانشگاه شهید بهشتی*، *فصلنامه مشاوره شغلی و سازمانی*، دوره چهارم، شماره ۱۰، صص ۳۰-۱۳.

میرکمالی، س، م. (۱۳۷۹). *روابط انسانی در آموزشگاه*، چاپ دوم، تهران: یسپرون.

میرکمالی، م. (۱۳۷۵). *مشارکت در تصمیم‌گیری امور آموزشی و همبستگی آن با کارایی و اثربخشی سازمان‌های آموزشی*، *فصلنامه تعلیم و تربیت*، شماره ۴۷، ص ۲۰-۷.

میرکمالی، س، م و ملکی‌نیا، ع. (۱۳۸۷). *بررسی رابطه بین مشارکت کارکنان و سلامت سازمانی دبیرستان‌های پسرانه دولتی شهر تهران*، *فصلنامه اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی*، سال سوم، شماره ۴، ص ۸۷-۶۸.

میرکمالی، س، م، نارنجستانی، ف. (۱۳۸۷) بررسی رابطه کیفیت زندگی کاری و رضایت شغلی بین اعضای هیات علمی دانشگاه‌های تهران و صنعتی شریف. فصل‌نامه پژوهش و برنامه‌ریزی در آموزش عالی. شماره ۷۱-۱۰۱، ۴۸.

میلانی فر، ب. (۱۳۷۸). بهداشت روانی، تهران: قدس، نوربالا، ا، محمدکاظم (۱۳۷۸). طرح ملی بررسی سلامت و بیماری در ایران. تهران: مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی.

نیکنامی، م. (۱۳۸۳). نظارت و راهنمایی آموزشی، تهران: سمت.

وردی، م. (۱۳۸۱). رابطه کمال گرایی و سرسختی روان‌شناختی با سلامت روانی و عملکرد تحصیلی در دانش‌آموزان دختر مرکز پیش دانشگاهی اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناختی.

هوی وین ک، میسکل، سیسیل ج. (۱۳۸۲). تئوری تحقیق و عمل در مدیریت آموزشی، ترجمه میرمحمد سید عباس زاده، ارومیه: دانشگاه ارومیه.

Berger, BG, Grove, JR, & Butki, BD. (1997). Relationship of swimming distance, expectancy and performance to Behrans, Watson-Glaser. *Journal of Nursing Education*.

Bill Wilkerson. A. (2009). Attachment, evolution, and the psychology of religion. New York: The Guilford Press. <http://www.magiran.com/viewpdf.asp?>

Capot, D. (2004). Different stability of individual differences in state and trait test anxiety. *Learning and individual differences*, Volume 10, Issue, 1. 51-66.

Cheng, Y. c. (1999). An investigation of antecedents of organizational commitment. *Education Research Journal*, 5, 29-42.

Edimansiya, s. N. (2008). The tangled web: Delinquency, deception, and parental attachment. *Journal of Youth Adolescents*, 36(5), 607-622.

Hoy, W.K. & Miskle, C.G. (2005). Educational administration. New York Graw Hill Companies. Seventh Edition.

Lynden, K & Klinge, P. (2000). "The development of an instrument to measure organizational trust". Annual Meeting of the American Educational Research Association in New Orleans. (12): 3 5.

Kathrine, B, (2007). Staff and school level predictors of school organizational Health: A mu Stoner.

kojima, T G. and Dipnert, M, C. (2002). Organization Development and Change; 8th Edition, Ohio: Southwestern Thompson, Chapter 5.

Korkmrz, M, (2007). The effect of Leadership Style on organizational health. *Educational Research Quarterly*, 3, 22-54.

Mehmet, K. (2007). The Effect of leadership style on organizational health. *Educational Research Quarterly*. V30 N2 P23-55.



- Miskel G. Cicil and Hoy k. Wayne (1991), "Educational Administration, Theory, Research, practice" International Edition.
- Morgan, f.m. (1979). Mental health, *Journal of Educational management*. 49-78.
- Licata, J. W. & Harper, G. W. (1999). Healthy schools, robust schools and Academic emphasis as an Organizational theme. *Journal of Educational Administration*, 5, 463-475.
- Sadeghian E, Heidarian pour A. (2009). Determination of mental health and related stressors in student of Hamadan medical university. *The Hayat official scientific quarterly publication of the School of Nursing & Midwifery*; 15(1): 71-81. (Persian)
- Snider, j.A. (2005), the organizational health of hig school. Departmental effectiveness, Doctoral dissertation, st, *journal, university: Faculty of education and humanservices*, New York.
- Peluso. J. & Silveira. (2005). *Coping strategies as predictors and mediators of disability-related variables and psychosocial adaptation*. Rehabil Couns Bull. 194-208.