

نقش واسطه‌ای سلامت روان در رابطه میان باورهای مذهبی و سلامت سازمانی (مورد مطالعه: دانشگاه‌های دولتی شهر تهران)

نجمه جلالیان^۱، مسعود گرامی پور^۲، محمود برجعلی^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۷/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۱/۱۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه باورهای مذهبی با سلامت سازمانی با توجه به نقش واسطه‌ای سلامت روان در دانشگاه‌های دولتی شهر تهران است. جامعه آماری پژوهش شامل همه اعضای هیأت علمی، مدیران و کارکنان دانشگاه‌های دولتی شهر تهران بود که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای تعداد ۶۳۵ تن به صورت تصادفی انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از پرسشنامه‌های جهت‌گیری مذهبی آلپورت (۱۹۶۷)، پرسشنامه سلامت روانی GHQ گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۸۸) و پرسشنامه سلامت سازمانی لئو (۲۰۱۰) استفاده شد. این تحقیق از نوع توصیفی-همبستگی به شیوه مدل‌یابی معادلات ساختاری است که داده‌ها و نتایج این تحقیق با استفاده از نرم افزار AMOS تجزیه و تحلیل شد. نتایج حاکی از آن است که با ۹۹ درصد اطمینان نه تنها بین باورهای مذهبی و سلامت سازمانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد، بلکه باورهای مذهبی با تأثیرگذاری بر سلامت روان افراد به صورت غیرمستقیم نیز با سلامت سازمانی و مؤلفه‌های آن مرتبط است. بر اساس یافته‌های تجربی پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که به منظور تقویت سلامت روانی و سلامت دانشگاهی، خدمات مشاوره مذهبی در دانشگاه‌ها جهت ارائه به هیأت علمی و کارکنان دانشگاه مورد توجه بیشتر مسئولین قرار گیرد.

واژگان کلیدی: سلامت سازمانی، سلامت روان، باورهای مذهبی، نرم افزار AMOS

۱. استادیار رشته مدیریت دولتی دانشگاه پیام نور n.j.manager@gmail.com

۲. استادیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی (نویسنده مسئول)

mgramipour@yahoo.com

۳. استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی m_borjali501@yahoo.com

مقدمه

در کلیه دیدگاه‌ها، مکاتب و الگوهای توسعه اجتماعی از دانشگاه به عنوان یک عامل کلیدی و اثرگذار یاد می‌شود. دانشگاه از یک سو می‌تواند به عنوان یک ملاک فرآیندی نشان دهنده وضعیت و سطح رشد و توسعه جامعه به حساب آید و از سوی دیگر به عنوان یک شاخص پیش‌بینی‌کننده امکان و زمینه رشد و توسعه جامعه در آینده نیز تلقی گردد. دانشگاه‌ها در این مسیر قبل از هر چیز باید بتوانند در موارد بحرانی ضمن انطباق و سازش با محیط متغیر و مقابله با هر مشکلی، بهترین منابع خود را به کار گرفته و با نیروهای تهدیدکننده خارجی به‌طور موفقیت‌آمیزی برخورد و نیروی آنها را در جهت هدف اصلی سازمان هدایت کنند و همواره با حفظ توانایی بقای خود، آن را رشد و توسعه دهند و به تعبیری دیگر از سلامت سازمانی برخوردار باشند (سلیمانی، ۱۳۸۹). با توجه به مطالعات انجام شده در خصوص متوسط بودن سلامت سازمانی دانشگاه‌ها و فاصله‌ای که تا حد مطلوب آن وجود داشته است (قشقایی زاده و همکاران، ۱۳۹۲) به نظر نیاز به مطالعه و پژوهش درباره دانشگاه و بهبود شرایط و وضعیت آن بایستی مورد توجه جدی برنامه‌ریزان و مسئولان اجتماعی قرار بگیرد. بدیهی است در این میان وضعیت سلامت روان، بهبود وضعیت مدیریت و اصلاح ساختارهای سازمانی به خاطر اثرات مستقیم و غیرمستقیم که بر کمیت و کیفیت فعالیت‌ها و اثربخشی دانشگاهی دارند از اولویت و ضرورت بیشتری برخوردار می‌باشند (قهرمانی و همکاران، ۱۳۹۱). در واقع شناسایی عوامل و شاخص‌های سلامت سازمانی دانشگاه و برنامه‌ریزی جهت توسعه و بهبود این شاخص‌ها، بهبود عملکرد دانشگاه‌ها را به دنبال خواهد داشت.

در دهه اخیر سلامت سازمانی یک مفهوم تقریباً جدید است و شامل توانایی سازمان برای انجام وظایف خود به‌طور مؤثر در جهت رشد و بهبود است. اصطلاح "سلامت سازمانی" برای اولین بار توسط مایلز^۱ در سال ۱۹۶۹ در مطالعه جو سازمانی مدارس به کار برده شده است (سویی و چنگک^۲، ۱۹۹۹؛ کورکماز^۱، ۲۰۰۶ و ۲۰۰۷). از نظر مایلز سلامت

1. Miles

2. Tsui & Cheng

سازمانی به وضعی فراتر از اثربخشی کوتاه‌مدت سازمانی دلالت داشته؛ بلکه به خصایصی نسبتاً بادوام اشاره می‌کند که عبارت است از دوام و بقای سازمان در محیط خود، سازگاری با آن و ارتقاء و گسترش توانایی سازمان برای سازگاری بیشتر لذا سازمان سالم جایی است که افراد می‌خواهند در آنجا بمانند و کار کنند و فردی سودمند و مؤثر باشند (جاهد، ۱۳۸۴). استمرار و پایداری وضعیت سلامت، سازمان را به موجودیتی مولد، چابک و انعطاف‌پذیر تبدیل خواهد نمود. چنانچه اگر انگیزه‌بخشی مستمر و پایدار در یک سازمان سالم صورت نگیرد، سیستم به تدریج دچار اختلال شده و به وضعیت عادی و در صورت تداوم این فقدان به وضعیت ناخوشی و یا بیماری بر می‌گردد (لاب^۲، ۲۰۰۳). اندیشمندان این حوزه ابعاد و مؤلفه‌های گوناگونی را برای یک سازمان سالم برشمرده‌اند که در این مقاله سطوح و ابعاد سلامت سازمانی از دیدگاه لووز^۳ (۲۰۱۰) شامل رهبری فراگیر، فرهنگ مثبت، کارکنان توانمند، موفقیت پایدار و محیط کاری پرطروات جهت سنجش به علت نزدیکی با هدف تحقیق مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌های پژوهشی بریتون^۴ (۲۰۰۹) نشان می‌دهد که از دیدگاه عام یک سازمان، زمانی سالم به نظر می‌رسد که کارکنان احساس امنیت و سلامت شغلی داشته باشند و علاوه بر آن، فعالیت کاری آنها نیز سالم باشد. ویلامز (۱۹۹۴) جنبه‌های مختلف سلامت و سعادت کارکنان را در سلامت اجتماعی، سلامت فکری و سلامت فیزیکی می‌داند و معتقد است، سلامت کارکنان شامل ارتقاء، حفظ و نگهداری و نیز ابزارهای جلوگیری از ترک سازمان است. لذا می‌توان گفت لازمه هر یک از این مؤلفه‌های سلامت سازمانی، ارتقاء سطح سلامت افراد در سازمان می‌باشد. سلامت روان لازمه حفظ و دوام عملکرد اجتماعی، شغلی و تحصیلی افراد جامعه است (سلطانین، ۱۳۸۳). لذا توجه به سلامت کلیه اعضای سازمان‌ها بویژه دانشگاه‌ها از اهمیت خاصی برخوردار است و از آنجا که آنها تربیت‌کنندگان و آینده‌سازان جامعه هستند و همچنین در ارتقای سلامت جامعه و انتقال

1. Korkmaz
2. Laub
3. Lowe's
4. Britton

مفاهیم آن به دیگران نقشی اساسی بر عهده دارند؛ از این رو در بیشتر کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه میدان وسیعی برای رسیدگی به این امر خطیر اختصاص یافته است، که هدف آن تأمین تندرستی کارکنان و نیروی انسانی می‌باشد؛ زیرا اساتید و کارکنان دانشگاه که خود جزو بنیان‌گذاران سلامت محسوب می‌شوند، ضروری است که خود از سلامت کافی برخوردار باشند، تا بتوانند مروج بهداشت و سلامت هم در حوزه سازمانی و هم در عرصه اجتماعی باشند (صابریان و همکاران، ۱۳۸۵).

با طرح ضرورت این مهم برای دانشگاهیان، لازم به ذکر است که در بسیاری از تحقیقات ریشه سلامت روان در باورها و عقاید افراد جستجو شده است. از دیدگاه اسلام سلامت سازمانی به معنای رعایت قوانین و مقررات و ارزش‌های اسلامی در ادای وظایف و فعالیت‌های اداری، همچنین رعایت موازین ارزشی و اخلاقی اسلام در روابط بین کارکنان و مدیران و ارباب رجوع است (شیخی، ۱۳۹۰)، که ریشه در ارتقاء باورهای افراد و گفت‌وگوهای ارزشی محیط سازمانی دارد. باورهای دینی مجموعه اقدامات، رفتارها، باورها و نگرش‌هایی است که در ارتباط با اصول دین، فروع دین و دیگر حیطه‌های مرتبط با مذهب عنوان می‌شود. مذهب به مجموعه‌ای از جهان‌بینی و ایدئولوژی اطلاق می‌شود که تلقین آنها می‌تواند شیوه زندگی فرد را تعیین کند. باورهای دینی در معنای خاص خود شامل باورهای مشترک جماعت معینی هستند که از داشتن این باورها و عمل کردن به مناسک همراه با آنها به خود می‌بالند. این باورها نه اینکه به عنوان امری فردی توسط همه اعضای جماعت پذیرفته شده باشند؛ بلکه در حکم امری متعلق به تمامیت گروه تلقی می‌شوند و جزیی از وحدت گروه را تشکیل می‌دهند (دورکیم، ۱۳۸۳).

از این رو باورها برای افراد الهام‌بخش‌تر بوده و فرد را به سمت پیشرفت و مثبت‌اندیشی سوق می‌دهند (جعفری و کسمایی، ۱۳۹۳). در قرآن کریم ایمان به عنوان منشا نزول آرامش در قلب ذکر شده است. در سوره فتح می‌خوانیم: «هو‌الذی انزل السکینه فی قلوب المؤمنین لیزدادوا ایمانا مع ایمانهم..؛ او کسی است که آرامش را در دل‌های مؤمنان نازل کرد تا ایمانی به ایمانشان بیفزایند... (فتح/۴). در بسیاری از جوامع مبنای ارزش‌ها دین است.

عشق به خدا، انسان را به کار و فعالیت و از خودگذشتگی وا می‌دارد و کسی که خود را در جامعه عضوی سودمند و ارزشمند ببیند ثبات و سلامت روانی او تأمین می‌شود (صدری و جعفری، ۱۳۸۹). تجربه‌های عینی و بررسی‌های اجتماعی نشان داده افرادی که با آموزش‌های راستین و منطقی و دینی و اخلاقی پرورش یافته‌اند بیشتر از آنهایی که چنین آموزش‌هایی را نداشتند؛ در راه هدف‌های ارزنده اجتماعی گام برداشته و فداکاری کرده‌اند و کمتر به جامعه‌ستیزی و انحراف و خیانت کشیده شده‌اند، زیرا برای آنها رضایت خدا بالاترین کار است (احمدی ابهری، ۱۳۷۴). فردی که از باورهای مذهبی بالایی برخوردار است، به راحتی می‌تواند با تهدیدها و وقایع اضطراب‌آور زندگی بدون تجربه برانگیختگی منفی و از هم‌پاشیدگی روانی مقابله نماید (استرچینگ^۱، ۲۰۰۵) زیرا بر اساس باورهای مذهبی بسیاری از این گونه وقایع در زندگی بشر نوعی آزمایش از سوی خداوند است همانطور که در قرآن به این حقیقت اشاره شده است (بقره/۱۵۵) و در کل در ایجاد سازمانی سالم با محیطی پرنشاط با فرهنگ مثبت (ارزش‌های فردی بالا)، که در آن خود مسئولیتی، اعتماد و خودآگاهی افراد بالا است، نقش بسزایی داشته باشد.

در دهه اخیر تحقیقات زیادی در ایران بر نقش باورهای مذهبی بر سلامت روان تأکید داشته‌اند (قریشی، ۱۳۸۲؛ صدری و جعفری، ۱۳۸۹؛ شیخی، ۱۳۹۰؛ صولتی و همکاران، ۱۳۹۰؛ کاظمی و بهرامی، ۱۳۹۳؛ محمدی و همکاران؛ ۱۳۹۵ و)، همچنین نقش سلامت سازمانی بر سلامت روان (نصیری ولیک بنی و همکاران، ۱۳۹۱)، سهم نسبی سلامت روان بر سلامت سازمانی (حسینی و همکاران، ۱۳۸۹) و نقش رهبری معنوی بر سلامت سازمانی (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۳) مورد مطالعه قرار گرفته است. نکته قابل توجه در این مطالعات داشتن سهم نسبی سلامت روان در سلامت سازمانی است که رابطه عکس آن در مطالعه نصیری ولیک بنی و همکارانش رد شده است.

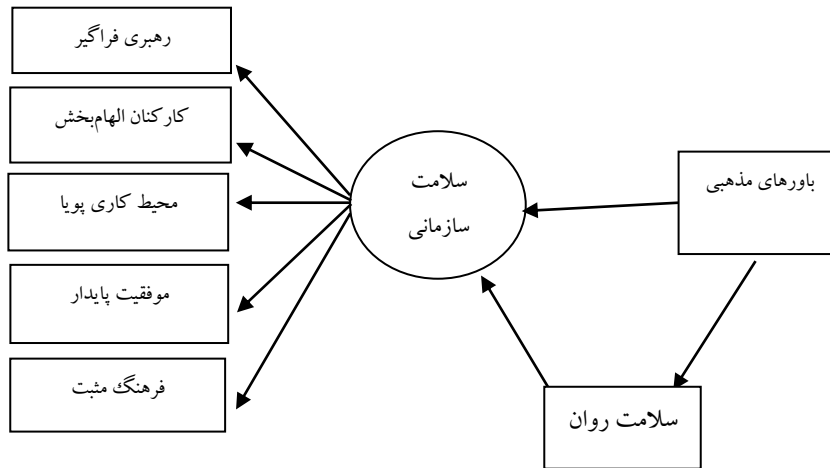
همچنین در مطالعات خارجی نیز بر رابطه باورهای مذهبی و سلامت روان تأکید شده (برگینک^۲، ۱۹۹۱؛ میلر و تورنسن^۱، ۲۰۰۳؛ پاینه و همکاران^۲، ۲۰۰۷؛ کوئیک و لارسون^۳،

1. Stretching
2. Bergin

۲۰۰۹؛ وود^۴، ۲۰۰۱۶ و). آرنتز و بلومکنویست^۵ (۲۰۰۷) به مطالعه سلامتی روان، رهبری و اثربخشی سازمان‌ها پرداخته و مطالعه متغیرهای روانشناسی سازمان سالم را به محققین پیشنهاد کرده‌اند. کمپل و همکارانش^۶ (۲۰۰۷) نیز به مطالعه سلامت افراد و سازمان سالم پرداخته و معتقدند که معیار این مطالعه رهبران سالم هستند. اکستا و همکاران^۷ (۲۰۱۵) در مطالعه سازمان سالم از حوزه تجربی و تئوریک عنصر کلیدی حوزه تجربی را سلامت روانی کارکنان معرفی می‌کنند.

همانگونه که در مطالعات فوق می‌بینیم در تحقیقات صورت گرفته تاثیر هر یک از متغیرها به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفته؛ اما در خصوص نقش باورهای مذهبی بر سلامت سازمانی از موضع سلامت روان نگاه نشده است؛ لذا در این تحقیق ما به بررسی نقش واسطه‌ای سلامت روان در رابطه میان باورهای مذهبی و سلامت سازمانی در دانشگاه‌های دولتی شهرستان تهران جهت بررسی روابط علی متغیرهای تحقیق به شیوه تحلیل مسیر با متغیرهای آشکار و پنهان پرداخته‌ایم که در شکل ۱ روابط بین این متغیرها نشان داده شده است.

-
1. Miller & Thoresen
 2. Payne et al
 3. Koenig & Larson
 4. Wood
 5. Arnetz, B, Blomkvist
 6. Campell et al
 7. Acosta et al



شکل ۱. مدل مفهومی تحقیق

فرضیه‌های پژوهش

- باورهای مذهبی بر سلامت سازمانی تأثیر گذار است.
- باورهای مذهبی بر سلامت روان تأثیر گذار است.
- سلامت روان بر سلامت سازمانی تأثیر گذار است.
- باورهای مذهبی از طریق سلامت روان بر سلامت سازمان تأثیر گذار است.
- باورهای مذهبی از طریق سلامت روان بر رهبری فراگیر تأثیر می‌گذارد.
- باورهای مذهبی از طریق سلامت روان بر کارکنان الهام‌بخش تأثیر می‌گذارد.
- باورهای مذهبی از طریق سلامت روان بر محیط کاری پویا تأثیر می‌گذارد.
- باورهای مذهبی از طریق سلامت روان بر موفقیت پایدار تأثیر می‌گذارد.
- باورهای مذهبی از طریق سلامت روان بر فرهنگ مثبت تأثیر می‌گذارد.

روش

تحقیق حاضر به لحاظ هدف در زمره تحقیقات بنیادی و از لحاظ جمع‌آوری اطلاعات جزء تحقیقات توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری قرار می‌گیرد. جامعه تحقیق شامل کلیه مدیران، کارکنان و هیأت علمی دانشگاه‌های دولتی شهر تهران بود. جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری خوشه چندمرحله‌ای استفاده شد، بدین صورت که

ابتدا از میان دانشگاه‌های دولتی علوم پزشکی، فنی و مهندسی و علوم انسانی، ۳ دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشگاه فنی و مهندسی علم و صنعت و دانشگاه علوم انسانی علامه طباطبایی به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس برای همه کارکنان و هیأت علمی دانشگاه‌های مذکور پرسشنامه‌های پژوهش ارسال شد که در مجموع تعداد ۶۳۵ تن به عنوان نمونه نهایی پژوهش بر حسب جدول ۱ به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند.

جدول ۱. آمار جمعیت‌شناختی تحقیق

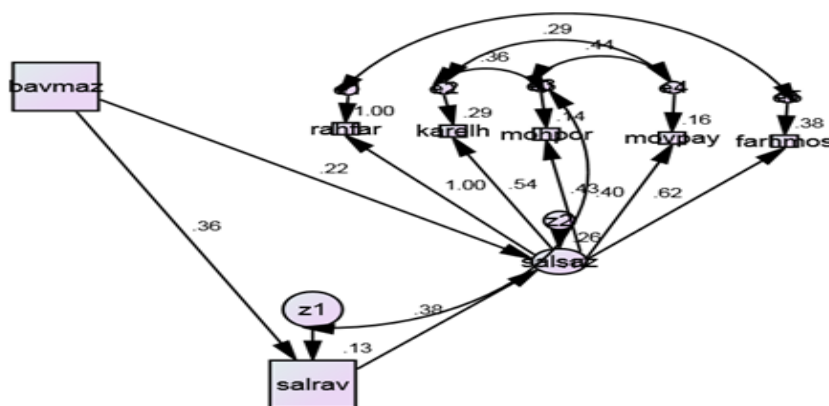
دانشگاه	تعداد	شغل	تعداد	درصد	جنسیت	تعداد	درصد
شهید بهشتی	۲۸۶	هیأت علمی	۳۲۸	۵۱/۷	زن	۲۴۵	۳۸/۶
علم و صنعت	۲۳۲	مدیر	۱۰۲	۱۶/۱	مرد	۳۹۰	۶۱/۴
علامه طباطبایی	۱۱۷	کارمند	۲۰۵	۳۲/۳	کل	۶۳۵	۱۰۰

ابزار اندازه‌گیری. ابزارهای اندازه‌گیری در تحقیق حاضر شامل پرسشنامه ۲۰ سؤالی جهت‌گیری مذهبی آلپورت^۱ (۱۹۶۷) جهت اندازه‌گیری متغیر باورهای مذهبی، پرسشنامه ۱۲ سؤالی سلامت روانی GHQ (گلدبرگ^۲ و ویلیامز^۳، ۱۹۸۸) برای اندازه‌گیری متغیر سلامت روان و پرسشنامه ۲۵ سؤالی سلامت سازمانی لوو^۴ (۲۰۱۰) برای اندازه‌گیری متغیر سلامت سازمانی است که در همه آنها از طیف لیکرت جهت سنجش نگرش افراد از خیلی کم تا خیلی زیاد استفاده گردید. مقدار آلفای کرونباخ به دست آمده از پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی معادل ۰/۹۱، پرسشنامه سلامت روانی ۰/۸۳ و برای کل پرسشنامه سلامت سازمانی معادل با ۰/۹۳ بدست آمد. همچنین مقدار آلفای کرونباخ برای زیر مقیاسهای پرسشنامه سلامت سازمانی شامل رهبری فراگیر ۰/۸۵، کارکنان الهام‌بخش ۰/۸۴، محیط کاری پرتراوت ۰/۹۰، موفقیت پایدار ۰/۸۸ و فرهنگ مثبت ۰/۸۲ بوده است.

1. Allport
2. Goldberg
3. Williams
4. Lowe

تحلیل داده‌ها

با توجه به مدل مفهومی، این پژوهش دارای ۵ متغیر آشکار می‌باشد که متغیر پنهان سلامت سازمانی را اندازه‌گیری می‌کند که رابطه باورهای مذهبی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم با نقش میانجی‌گری سلامت روان، با آن سنجیده شده است (شکل شماره ۱) که با استفاده از نرم‌افزار AMOS مدل برازش شده زیر به دست آمد.



شکل ۲. الگوسازی معادلات ساختاری (ضرایب معنی داری و بارگذاری‌های عاملی تأییدی)

همانگونه که در مدل و جدول ۲ و ۳ نشان داده شده است کلیه فرضیات تحقیق با سطح معناداری ۰/۰۱ و t بالای ۳ پذیرفته شده‌اند. باورهای مذهبی بر سلامت سازمانی ۰/۲۵، باورهای مذهبی بر سلامت سازمانی ۰/۳۱ و سلامت روان بر سلامت سازمانی ۰/۳۸ رابطه دارد؛ که بالاترین میزان رابطه بین سلامت روان و سلامت سازمانی است. و در رابطه بین باورهای مذهبی با مؤلفه‌های سلامت سازمانی بالاترین رابطه را با رهبری فراگیر ۰/۳۶ و پایین‌ترین آن را با فرهنگ مثبت ۰/۲۲ دارد.

جدول ۲. روابط مستقیم مسیرهای مدل معادلات ساختاری

از	به	مقدار برآورد شده	مقدار استاندارد شده	نتیجه
باورهای مذهبی	سلامت سازمانی	۰/۲۵	۰/۲۲	$p < ۰/۰۱$ تأیید
باورهای مذهبی	سلامت روان	۰/۳۱	۰/۳۶	$p < ۰/۰۱$ تأیید
سلامت روان	سلامت سازمانی	۰/۵۰	۰/۳۸	$p < ۰/۰۱$ تأیید

جدول ۳. روابط غی مستقیم مسیرهای مدل معادلات ساختاری بین باورهای مذهبی و سلامت سازمانی از طریق سلامت روان

از	به	مقدار برآورد شده	مقدار استاندارد شده	نتیجه
باورهای مذهبی	سلامت سازمانی	۰/۱۶	۰/۱۴	تأیید $p < ۰/۰۱$
باورهای مذهبی	رهبری فراگیر	۰/۴۱	۰/۳۶	تأیید $p < ۰/۰۱$
باورهای مذهبی	کارکنان الهام بخش	۰/۲۵	۰/۱۹	تأیید $p < ۰/۰۱$
باورهای مذهبی	محیط کاری پویا	۰/۲۰	۰/۱۵	تأیید $p < ۰/۰۱$
باورهای مذهبی	موفقیت پایدار	۰/۱۷	۰/۱۴	تأیید $p < ۰/۰۱$
باورهای مذهبی	فرهنگ مثبت	۰/۱۵	۰/۲۲	تأیید $p < ۰/۰۱$

برای برازش مدل از معیارهای برازشی که در مدل سازی معادلات ساختاری وجود دارد استفاده شده است. معیارهای برازش نشان دهنده این است که آیا مدل بازنمایی شده توسط داده‌ها، مدل اندازه گیری پژوهش را تأیید می کند یا خیر. در جدول ۴ شاخص های برازش و برازش قابل قبول که در این پژوهش استفاده شده ارائه شده است. که نشان دهنده برازش خوب مدل است.

جدول ۳. نشانگرهای برازش مدل

عنوان نشانگر	مقدار	دامنه مورد قبول	نتیجه مدل
CMIN/DF	۲/۴۰۴	CMIN/DF < ۳	تأیید مدل
RMSEA	۰/۰۶۲	RMSEA < ۰/۰۹	تأیید مدل
GFI	۰/۹۴۷	CFI > ۰/۹	تأیید مدل
NFI	۰/۹۲۸	NFI > ۰/۹	تأیید مدل
CFI	۰/۹۸۴	GFI > ۰/۹	تأیید مدل
RFI	۰/۹۴۸	IFI > ۰/۹	تأیید مدل
RMR	۰/۰۲۱	RMR ≈ ۰	تأیید مدل
IFI	۰/۹۵	AGFI ≥ ۰/۸۵	تأیید مدل

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر حاکی از آن است که باورهای مذهبی با افزایش و ارتقاء سلامت روان افراد در سازمان از یک سو به صورت غیرمستقیم و از سوی دیگر به صورت مستقیم، از جمله متغیرهایی است که می تواند سلامت سازمانی را افزایش دهد. با توجه به نتایج می-

توان گفت مهم‌ترین عامل سلامت سازمانی، سلامت روان مدیران و کارگزاران سازمان با تأسی از باورهای مذهبی آنان است. دومین عامل مؤثر بر سلامت سازمانی در این تحقیق سلامت روان کارکنان در جهت توانمندسازی آنهاست. لذا می‌توان نتیجه گرفت که سلامت سازمانی زمانی حاصل می‌شود که افراد به عنوان یکی از فاکتورهای اساسی آن دارای روحیه و جسمی سالم باشند و می‌توان گفت یکی از مهمترین عوامل مؤثر بر سلامت افراد که در تحقیقات به آن زیاد اشاره گردیده است، باورهای مذهبی آنهاست، لذا بایستی این واقعیت انکارناپذیر را پذیرفت که چنانچه افراد ظرفیت روانی و ایمان قلبی خود را افزایش دهند، می‌توانند با افزایش کیفیت شهودی، ارتباط، مراقبتی، اعتماد، خودآگاهی و ایجاد ارزش‌هایی قوی چون احترام و انصاف در ایجاد محیطی پویا و سالم، نقشی پررنگ داشته باشند؛ لذا این افراد با ایمان به اینکه ناظری حاکم بر اعمال و رفتار آنهاست کما اینکه قرآن با خطاب به انسان به این حقیقت اشاره می‌کند (علق/۱۴)، با افزایش سلامت روان و ایجاد خودکنترلی به ارتقاء سطح اثربخشی خویش در انجام وظایف خواهند پرداخت.

همچنین نتایج این تحقیق حاکی از آن است که باورهای مذهبی با افزایش سلامت روان باعث افزایش وفاداری دوسویه رهبر و کارکنان (رهبری فراگیر)، فرهنگ مثبت، محیط کاری پویا، توانمندی کارکنان و موفقیت پایدار سازمان‌ها می‌شود. شهید مطهری رشد و بهره‌برداری از سرمایه‌های نیروی انسانی و اداره نمودن و ایجاد انگیزه و نشاط در آنها را مترادف با مدیریت و رهبری می‌داند (مطهری، ۱۳۶۸). اهمیت مدیریت در اسلام تا جایی است که سلامت و فساد سازمان و جامعه را به سلامت و فساد دو گروه یعنی فرهیختگان و کارگزاران پیوند داده است. رسول گرامی (ص) می‌فرماید: دو گروه (عالمان، "فرهیختگان" و امرا "کارگزاران کشوری و لشکری") اگر صالح باشند، امت صالح می‌ماند و اگر فاسد باشند امت فاسد می‌شود (صدوق، ۱۴۰۰ق). در نتیجه اگر مدیران صالح باشند، با توجه به نقش الگویی خود تأثیر بسزایی بر افراد سازمان خواهند گذاشت کما اینکه در منبع اسلامی این مثل مشهور شده است که «الناس علی دین ملوکهم» مردم بر دین و روش فرمانروایان خود هستند (مازندرانی، ۱۳۸۲ق).

از لوازم دیگر در سازمان سالم وجود یک فرهنگ مثبت است، که نقش حیاتی در فرهنگ سازمانی سالم دارد. می‌توان گفت فرهنگ مثبت مبتنی بر ارزش‌های قوی افراد و مبتنی بر ارزش‌های صحیح، معتبر، قابل اعتماد و قوی است. در بسیاری از جوامع مبنای این ارزش‌ها و باورها، دین است. دین پدیده‌ای در اعلی‌ترین درجه اجتماعی و چه بسا منشأ تمام کارها و نهادهای اجتماعی است. دین مجموعه‌ای از هنجارهای اجتماعی مثبت است که اطاعت از آن موجب تأیید، پشتیبانی و پذیرش از سوی دیگران می‌شود. دین و مذهب یکی از اساسی‌ترین و مهمترین نهادهایی است که جامعه بشری به خود دیده است؛ به طوری که هیچ‌گاه بشر خارج از این پدیده زیست نکرده و دامن از آن بر نکشیده است (خسروانیان و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۴۷). بر اساس دیدگاه رابرت هیوم، دین به انسان چیزی می‌دهد که از هیچ منبع دیگری قابل دریافت نیست. اعتماد به حاصل کوشش‌های زندگی از طریق اتصال شخصی به قدرت یا قدرت‌های متعالی جهان، قدرتی به انسان می‌دهد که وی را در برابر شدائد ایمن و تاب‌آور می‌سازد (حاجی زاده میمنندی و برغمندی، ۱۳۸۹). می‌توان گفت کارکرد عمده مذهب ایجاد معنی در زندگی است (ایمونس و پالوتزیان، ۲۰۰۳). لذا همانطور که بیان شد یاد خدا تنها آرامش‌دهنده واقعی قلب‌هاست. همچنین قرآن مجید راهبردها و توصیه‌های سازنده‌ای را در برخورد با فشارهای روانی به مسلمانان توصیه می‌نماید که عبارتند از: نماز (بقره، آیات ۴۵، ۱۵۳)؛ توبه و ذکر (رعد، ۷-۲۸)؛ توکل (نحل، ۴)؛ دعا و نیایش (فرقان، ۷۰، ۷۱) و انجام کارها با نشاط و شادی: و النشاطات نشطا (نازعات، ۲) "قسم به فرشتگانی که مأموریت خود را با نشاط انجام می‌دهند". لذا باورهای مذهبی، با ایجاد معنا، امیدواری، افزایش کنترل شخصی، احساس قدرت فراطبیعی (صدری و جعفری، ۱۳۸۹) و افزایش قدرت تحمل ناکامی‌ها منجر به افزایش سلامت روان افراد از یک سو و با تجویز سبک زندگی سالم و ایجاد هنجارهای مثبت اجتماعی به ایجاد فضایی سالم برای روابط اجتماعی انسان‌ها می‌پردازد. بنابراین توصیه عملی این مقاله به سازمانها این است که با تقویت باورها و نگرش‌های مذهبی و ارتقاء اخلاق فردی که شامل

ایمان، تقوا و اطاعت از فرامین الهی، اخلاص، خداترسی، توکل و توسل است، با افزایش ضمانت اجرایی سالم در خود، به مؤلفه‌های سلامت سازمانی دست یابند (نصیری، حسینی، ۱۳۹۲).

تحقیقات دین و سلامت پیامدهای اخلاقی و عملی‌ای هستند که باید توسط عامه مردم، متخصصان سلامت، جامعه پژوهش و روحانیت به آن پرداخته شود (البرت^۱، ۲۰۰۰). می‌توان بیان نمود که برگزاری جلسات مشاوره مذهبی خصوصی و گروهی جهت ارتقاء سلامت روانی و سازمانی از اهمیت بسیاری برخوردار است. این مهم زمانی بیشتر خود را نشان می‌دهد که بحث فساد اداری به عنوان یکی از ارکان تحقیق در حوزه سلامت سازمانی در نتیجه عدم توجه به ارتقاء سطح سلامتی مطرح گردد. واژه فساد در بین عموم یادآور موضوعاتی است که شدیداً نامطلوب و مورد تنفر می‌باشد. فساد اداری یا مالی از این قاعده مستثنی نیست. به همین منظور نهادهای سلامت ملی و بین‌المللی از سال ۱۹۸۴ تشکیل گردیدند که هدف آنها آگاه‌سازی و برنامه‌ریزی برای مبارزه با فساد بود (معدنچیان، ۱۳۸۲). فساد زمانی روی می‌دهد که ۱- تمایل به فساد در ذهن فرد ایجاد و ۲- فرصت ایجاد آن نیز حاصل شود. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که اولین گام جهت حرکت به سمت سازمان سالم و نشر فرهنگی مثبت، ایجاد باورهای قوی در افراد اعم از مدیران و کارکنان در مقابل فرصت‌های فساد می‌باشد. البته ما منکر تأثیر فرهنگ (ارزها و باورهای مشترک) بر رفتار اعضای سازمان نیستیم، و لزوم تغییر فرهنگ در جهت مبارزه با فساد اداری و ارتقاء سطح سلامت سازمانی نیز واقفیم؛ اما با توجه به سطوح تغییر که از اندیشه فرد به گروه و بالعکس گروه به فرد مطرح است؛ بحث ساده‌تر بودن تغییر اندیشه فردی، تأثیرگذاری الگوها و همچنان نتایجی که در بخش آماری بدست آمد، می‌تواند بر آنچه در این تحقیق به دنبال آن بودیم، مهر تأیید بزند؛ از این رو باورهای مذهبی که به نوعی کنترل‌کننده‌ای درونی برای رفتارهای فردی است می‌تواند با ارتقاء سطح سلامت فردی (ارتقاء مسئولیت‌پذیری، خودباوری، ایجاد معنا، صبوری و در کل تقوا) منجر به

افزایش سلامت سازمانی با تأثیرگذاری بر فرهنگ و جو سازمانی، توانمندسازی افراد، افزایش کیفیت روابط اجتماعی (دوستانه، احترام‌آمیز و ..) و ... گردد.

می‌توان گفت باورهای مذهبی با ارتقاء سطح سلامت افراد در سازمان، بر سلامت سازمانی اثرگذار است؛ چرا که عمده‌تاً سلامت سازمانی به سلامت کارکنان وابسته است. همانگونه که مطرح شد سلامت سازمانی به قابلیت‌های یک سازمان برای دستیابی به اهدافش بر اساس محیطی که موجب بهبود عملکرد فرد و سازمان و حمایت جهت سعادت‌مندی کارکنان می‌شود اشاره دارد. در این سازمان رضایت و سلامت کارکنان (فیزیکی، فکری و اجتماعی) در سلامت سازمانی بسیار مهم بوده، چرا که زمینه را برای بهبود عملکرد سازمان فراهم می‌سازد (آلمن^۱، ۲۰۱۰). می‌توان گفت یک تکامل تدریجی در استفاده از واژه‌ها و حرکت از سلامت افراد به سمت سلامت فرآیندهای 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 (تراپد و همکاران، ۲۰۰۸ به نقل از انصاری و همکاران، ۱۳۸۸). گاهی سلامت روان به عنوان یکی از عوامل شکل‌گیری سلامت سازمان مطرح است. محیط کاری بانشاط زمانی حاصل خواهد شد که کارکنان احساس شادی را به هم منتقل نموده و با هم هماهنگ باشند. نیروی الهام‌بخشی و انگیزه نیز با توجه به ساختار روانی افراد قدرت می‌گیرد. غالباً سازمان‌ها نمی‌توانند الهام‌بخش باشند مگر اینکه دارای کارکنانی الهام‌بخش باشند (جعفری و کسمایی، ۱۳۹۳). شاید بتوان گفت وجود باورهای مذهبی در توانمندی سلامت سازمانی و ایجاد فرهنگی مثبت (بوژه با ایجاد فضای اعتماد) در جهت موفقیت و حرکت به سوی تعالی، شاخصی ارزشمند است؛ چرا که بررسی‌های روان‌شناسی اسلامی و جریان‌های اصلی روانی در انسان این واقعیت را نشان می‌دهد که انسان در حالت سلامت فکر همواره در حالت پویایی در مسیر رشد می‌باشد (کاظمی و بهرامی، ۱۳۹۳).

همانگونه که بیان شد سلامت روانی متأثر از مجموعه‌ای از عوامل جسمی، اجتماعی و شناختی است. هر انسانی که بتواند با مسایل عمیق خود کنار بیاید، با خود و دیگران سازش یابد و در برابر تعارض‌های اجتناب‌ناپذیر درونی خود ناتوان نشود و خود را به وسیله جامعه مطرود نسازد، دارای سلامت روانی است (ساتو و همکاران، ۲۰۰۶). در بسیاری از جوامع مبنای این ارزش‌ها و باورها، دین است. دین پدیده‌ای در اعلی درجه اجتماعی و چه بسا منشأ تمام کارها و نهادهای اجتماعی است. دین مجموعه‌ای از هنجارهای اجتماعی مثبت است که اطاعت از آن موجب تأیید، پشتیبانی و پذیرش از سوی دیگران می‌شود. دین و مذهب یکی از اساسی‌ترین و مهمترین نهادهایی است که جامعه بشری به خود دیده است؛ به طوری که هیچ‌گاه بشر خارج از این پدیده زیست نکرده و دامن از آن بر نکشیده است (خسروانیان و همکاران، ۱۳۹۲)؛ لذا نقش اعتقادات مذهبی بر اعمال و رفتار انسان معتقد امری انکارناپذیر است و تحقیقات بسیاری که در این حوزه انجام شده است شاهد این ادعاست.

اعتقادات مذهبی در تمامی اعمال و رفتار انسان مؤمن منعکس شده او را به انجام اوامر الهی ترغیب و از مناهی با می‌دارد. می‌توان گفت باورهای دینی منجر به عمل و رفتار دینی و منجر به سلامت انسان و کاهش اختلالات مختلف روانی می‌شود (کاظمی و بهرامی، ۱۳۹۳). لذا باورهای مذهبی، با افزایش قدرت تحمل ناکامی‌ها منجر به کسب موفقیت‌های بیشتر شده و به حفظ سلامت جسم و روان که تسریع‌کننده سلامت سازمانی است (نصیری ولیک بنی، ۱۳۹۱؛ جعفری و همکاران، ۱۳۹۰) کمک می‌نماید.

داشتن معنی و هدف در زندگی (الهام بخشی)، احساس تعلق داشتن در زندگی به منبعی والا و امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل‌زا، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و ... همگی از جمله منابعی هستند که افراد متدین با برخورداری از آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی آسیب کمتری را متحمل شوند. در قرآن در سوره مبارکه فتح می‌خوانیم: «هوالذی انزل السکینه فی قلوب المؤمنین لیزدادوا ایمانا مع ایمانهم..؛ او کسی است که آرامش را در دل‌های مؤمنان نازل کرد تا ایمانی به ایمانشان بیفزایند...». همچنین در آیه شریفه ۲۸ سوره رعد در قرآن کریم، آمده است که: «

آلا بذكر الله تطمئن القلوب؛ آگاه باشید که تنها با یاد خدا دل‌ها آرام می‌گیرد". اولین برداشتی که صورت می‌گیرد این است که بدون ایمان، آرامش روحی و روانی وجود ندارد، یا حداقل اینگونه می‌توان گفت که یکی از عوامل ایجاد آرامش بهره‌مندی از ایمان به خدا می‌باشد. همچنین پیرامون اهمیت مذهب بر سلامت روانی می‌توان به سخن بنیامین راش به عنوان پدر علم روان‌پزشکی اشاره کرد. او اظهار می‌دارد که نقش مذهب در سلامت روانی انسان همانند اکسیژن برای تنفس است (کرمی و همکاران، ۱۳۸۵).

بر اساس یافته‌های تجربی پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که به منظور تقویت سلامت روانی و سلامت دانشگاهی، خدمات مشاوره مذهبی در دانشگاه‌ها جهت ارائه به هیأت علمی و کارکنان دانشگاه مورد توجه بیشتر مسئولین قرار گیرد. سرانجام از آنجایی که دانشجویان نیز به عنوان یکی از عناصر اصلی دانشگاه می‌توانند نقش مؤثری در سلامت دانشگاهی دارند، جهت پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود که در یک مدل‌یابی معادلات ساختاری چندسطحی، سازه‌های پنهان مربوط به دانشجویان دانشگاه علاوه بر متغیرهای مربوط به سطح هیأت علمی، مدیران و کارکنان دانشگاه در تعامل با باورهای مذهبی و سلامت سازمانی مورد بررسی و مدل‌یابی قرار گیرد.

منابع

- احمدی ابهری، سید علی. (۱۳۷۳)، نقش ایمان و اعتقاد مذهبی در درمان بیماری‌ها و معرفی سه مورد درمان با روان‌درمانی مذهبی، *روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، بهار، شماره ۴، ص ۴-۱۱.
- انصاری، محمد اسماعیل. استادی، حسین. جاوری، فرشته (۱۳۸۸)، بررسی رابطه بین سلامت سازمانی و نگرش‌های مثبت کاری کارکنان در ادارات امور مالیاتی استان اصفهان، *فصلنامه تخصصی مالیات*، پاییز، شماره ۶، ص ۴۱-۶۶.
- جاهد، حسینعلی. (۱۳۸۵)، سلامت سازمانی، *ماهنامه تدبیر*، مرداد، شماره ۱۵۹، ص ۱۶-۲۱.
- جعفری، محمد، دلخوش کسمایی، ابوالقاسم. (۱۳۹۳)، الگوی رابطه رهبر - پیرو و تعالی سازمانی دانشگاه علوم انتظامی امین، *فصلنامه مطالعات مدیریت انتظامی*، پاییز، شماره ۳، ص ۱۲۴-۱۳۸.

- حاجی‌زاده میمنندی، مسعود. برغم‌دی، مهدی. (۱۳۸۹)، «رابطه عمل به باورهای دینی و رضایت از زندگی در بین سالمندان»، *مجله سالمندی ایران*، بهار، شماره ۱۵، ص ۸۷-۹۴.
- حسینی، محمد سلطان، علی دوست قهفرخی، ابراهیم، همایی، رضا، موسوی، زهره (۱۳۸۹)، بررسی سهم نسبی سلامت روانی بر سلامت سازمانی ادارات تربیت بدنی، مدیریت ورزشی، شماره ۴، ص ۶۵-۸۱.
- خسروانیان، حمیدرضا، شفیعی رودپشتی، میثم، توکلی، مهناز. (۱۳۹۲)، «بررسی رابطه دینداری و عمل به باورهای دینی با رضایت شغلی کارکنان سازمان بهزیستی استان یزد»، *فصلنامه مدیریت اسلامی*، بهار و تابستان، شماره ۱، ص ۱۲۷-۱۴۶.
- دورکیم، امیل. (۱۳۸۳) *صورت‌اندایی حیات دینی*، ترجمه باقر پرهام، تهران، نشر مرکز.
- سلیمانی، نادر. (۱۳۸۹)، بررسی میزان سلامت سازمانی مدارس شهرستان‌های استان تهران بر اساس الگوی هوی و فیلدمن، *رهیافتی نو در مدیریت آموزشی*، زمستان، شماره ۴، ص ۲۳-۴۴.
- شیخی، محمد حسین (۱۳۹۰)، عوامل موثر بر سلامت نظام اداری و رشد ارزش‌های اخلاقی در آن، *فصلنامه اسلام و پژوهش‌های مدیریتی*، پاییز، شماره ۲، ص ۹۹-۱۲۶.
- صابریان معصومه، مداح شاهپور، بهنام بهناز، قربانی راهب، حاجی آقاجانی سعید، (۱۳۸۵)، بررسی وضعیت سلامت روانی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی سمنان ۱۳۸۵، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان - جلد ۸*، زمستان، شماره ۲، ص ۸۵-۹۳.
- صدری جمشید. جعفری، علیرضا. (۱۳۸۹)، بررسی رابطه‌ی باورهای مذهبی با سلامت روان (مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر)، *مجله علوم رفتاری*، بهار، شماره ۳، ص ۱۲۳-۱۳۸.
- صولتی، سیدکمال، ربیعی، محمد، شریعتی، مریم (۱۳۹۰)، رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان، *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، دوره پنجم، شماره سوم، ص ۴۲-۴۸.
- طباطبایی، سید محمد حسین. (۱۳۶۳)، *تفسیر المیزان*، ترجمه سید ابوالحسن موسوی همدانی، قم: بنیاد علمی و فکری علامه طباطبایی و مرکز نشر رجاء.
- قاسمی، محمد، فردین، مرضیه و جوادزاده، مهتاب، (۱۳۹۳)، بررسی تأثیر رهبری معنوی بر سلامت سازمانی (مطالعه‌ای در بین کارکنان تأمین اجتماعی زاهدان)، *پژوهش‌های مدیریت عمومی*، سال هفتم، شماره ۲۶، ص ۱۳۵-۱۵۶.

قرآن کریم

- قریشی راد، فخر السادات. (۱۳۸۲). نقش مذهب و رویارویی مذهبی در بهداشت روانی، همایش اسلام و بهداشت روانی، مجموعه مقالات، جلد ۲، نشر معارف، ص ۲۴۹-۲۵۷.
- قشقایی زاده، نصرالله، محمدی، بهزاد، مسعودیان، پریسا. (۱۳۹۲). ارائه الگوی نظری سلامت سازمانی دانشگاه بر مبنای آموزه های دینی، مدیریت در دانشگاه اسلامی، سال دوم، شماره ۱، ص ۱۵۷-۱۷۳.
- قهرمانی، محمد، ابوالقاسمیف محمود، عارفی، محبوبه، خاتمی میرحمید. (۱۳۹۱). ارزیابی سلامت سازمانی دانشکده های دانشگاه شهید بهشتی، فصلنامه مشاوره شغلی و سازمانی، بهار، شماره ۱۰، ص ۱۳-۳۰.
- کاظمی، محمود. بهرامی، بهرام. (۱۳۹۳). نقش اعتقادات معنوی و فرایض اسلامی در ارتقاء سلامت روانی و پیشگیری از اختلالات روانی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، فروردین و اردیبهشت، شماره ۹۰، ص ۶۲-۷۴.
- کرمی، جهانگیر، روغنجی، محمود، عطاری، یوسفعلی، بشیده، کیومرث، شکری، مهتاب. (۱۳۸۵). بررسی روابط چندگانه ابعاد جهت گیری مذهبی با سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه رازی - مجله علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، پاییز ۸۵، شماره ۳.
- مازندرانی، محمد صالح، (۱۳۸۲ق)، شرح الکافی، تهران، المکتبه الاسلامیه، چاپ اول.
- مجلسی، محمد باقر (۱۴۰۳ق)، بحار الانوار، ج ۲، بیروت، دار احیاء التراث العربی.
- محمدی، حسین، مرتضوی، محمد امین، موسوی، محمد رضا، جوانمرد، غلام حسین، منفردی، علیرضا. (۱۳۹۵). تعیین عمل به رابطه باورهای دینی و سلامت روان در دانشجویان مهندسی دانشگاه بناب، مجله پژوهش در دین و سلامت، دوره ۲، شماره ۲، ص ۴۴-۵۳.
- مصباح، محمد تقی (۱۳۸۰)، جامعه و تاریخ از دیدگاه قرآن، ج پنجم، سازمان تبلیغات اسلامی.
- مطهری، مرتضی (۱۳۶۸)، امامت و رهبری، ج ۹، تهران، انتشارات صدرا.
- مطهری، مرتضی (۱۳۶۸)، سیری در نهج البلاغه، تهران، انتشارات صدرا.
- معدنچیان، ابراهیم (۱۳۸۲)، مبارزه با فساد اداری، پژوهشکده امام خمینی و انقلاب اسلامی، معاونت پژوهشی.

میان‌داری، کمال، عابدی جعفری. حسن، نجاری. رضا، مهدی پور. راضیه (۱۳۹۳)، ارائه یک مدل ترکیبی برای طراحی و تبیین سازمان سالم (مطالعه موردی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی)، فصلنامه‌ی مطالعات رفتار سازمانی، تابستان، شماره ۱ و ۲، ص ۷۴-۴۷.

نصیری ولیک بنی، فخرالسادات، قنبری، سیروس، عمادی، سیدرسول، کریمی، ایمان. (۱۳۹۱)، رابطه بین سلامت سازمانی دانشگاه‌های غرب کشور با سلامت روانی کارکنان آنها، اندیشه‌های نوین تربیتی، بهار، شماره ۳، ص ۱۲۷-۱۵۱.

نصیری، عزت اله، حسینی، نجمه. (۱۳۹۲). ارزش‌های اخلاقی موثر در سلامت سازمان از منظر کلام معصومان (ع)، دو فصلنامه اسلام و پژوهش‌های مدیریتی، ۷، ص ۱۱۵-۱۳۶.

- Acosta H, Cruz-Ortiz V, Salanova M, Llorens S. (2015) Healthy organization: analysing its meaning based on the HERO Model / Organizaciones saludables: analizando su significado desde el Modelo HERO, *International Journal of Social Psychology*, 30(2): 323-350.
- Alman D. (2011) *Organizational Health, New Directions Preventive Solutions*. Contractor & Director at Preventive Solutions. Brisbane, Australia. Available from URL:<http://proventivesolutions.com.au/Healthy>
- Allport GW, Ross IM. (1967) Personal religions orientation and prejudice. *Journal of personality and social psychology*, 5, 432-433.
- Arbor, A. (2000) Religion and Health: Public Health Research and Practice, *Annual Review of Public Health*, 21,335-367.
- Arnetz B, Blomkvist V. (2007) Leadership, Mental Health, and Organizational Efficacy in Health Care Organizations (Psychosocial Predictors of Healthy Organizational Development Based on Prospective Data from Four Different Organizations), *Psychotherapy Psychosomatics*, 76, 242-248
- Bergin AE. (1991) Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American Psychologist*, Vol 46(4): 394-403.
- Britton B. (2009) Organizational learning and organizational health. Retrieved January: <http://www.files/framework/Organizational>.
- Campell quik J, macik-frey M, Cooper C. (2007) Managerial Dimensions of Organizational Health: The Healthy Leader at Work, *gournal of management studies*, 44(2): 189-205.
- Emmons RA, Paloutzian RF. (2003) The psychology of religion. *Annual Review of Psychology*, 54,377-402.
- Fisher P, Psych R, Psych L. (2007) Organizational Health: a unique 12Factor, 4-tier research based Model. Retrieved : http://www.fisherandassociates.org/pdf/Org_Health_Description_10.pdf

- Goldberg D, Williams P. (1988) A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor, UK: NFER-Nelson.
- Koenig HG, Larson DB. (2009) Religion and mental health: evidence for an association, *Journal of International Review of Psychiatry*, 13(2): 67-78.
- Laub J. (2003) Organizational Leadership Assessment: website: www.OLAGroup.com.
- Lowe SG. (2010) Creating Healthy Organizations, (How Vibrant Workplaces Inspire Employees To Achieve Sustainable Success), U. of Toronto Press, Toronto, 22-23
- Stretching RW. (2005) Toning, aerobic exercise increase older adults self-esteem. *J Behave Med*, 28, 385-94.
- Miller B, William R, Thoresen CE. (2003) Spirituality, religion, and health: An emerging research field, *American Psychologist*, 58(1): 24-35.
- Payne R, Bergin AE, Bielema KA, Brigham PH. (1991) Jenkins, Review of Religion and Mental Health (*Prevention and the Enhancement of Psychosocial Functioning*), *Journal of*, 9(2):11-40.
- Williams S. (1994) Ways of creating healthy work organizations. In C.L. Cooper & S. Cooper & S. Williams (Ed). *Creating healthy work organizations*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons.
- Wood C. (2016) Ritual well-being: toward a social signaling model of religion and mental health. *Journal of religion, brain & behavior*, 1-21.