

مقایسه سلامت روانی مدیران مدارس متوسطه شهرهای اصفهان و چندبگر (هند)

*دکتر سعید فرح بخش

استادیار و عضو هیأت علمی دانشگاه لرستان

خلاصه

مقدمه: فرد دارای سلامت روانی فردی، است که از هر گونه اضطراب و علائم ناتوانی مبرا است و هنگامی سلامت عاطفی، اجتماعی، روانی و جسمی فرد کامل می شود که توانایی برقراری ارتباط با دیگران و همچنین ظرفیت مقابله با مشکلات زندگی را داشته باشد. هدف اصلی این پژوهش مقایسه سلامت روانی مدیران مدارس متوسطه اصفهان و چندبگر در ایران و هندوستان است.

روش کار: در این پژوهش که یک تحقیق مقایسه ای و از نوع پس رویدادی است، وضعیت فعلی سلامت روانی مدیران مدارس دو شهر مورد سنجش، ارزیابی و مقایسه قرار گرفت. نمونه آماری تحقیق شامل تعداد ۶۰ مدیر دبیرستان بود که با استفاده از روش نمونه گیری طبقه ای از شهرهای اصفهان و چندبگر (هند) به صورت تصادفی انتخاب شده بودند. به منظور گردآوری داده های تحقیق، از مقیاس سلامت روانی (MHS) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها برای آزمون فرضیه پژوهشی (بین مدیران مدارس متوسطه اصفهان و چندبگر در رابطه با سلامت روانی تفاوت معنی داری وجود دارد) با استفاده از آزمون t دو گروهی مستقل انجام شد.

نتایج: نتایج پژوهش نشان می دهد که بین مدیران مدارس متوسطه شهرهای اصفهان و چندبگر از نظر سلامت روانی تفاوت وجود دارد. بررسی میانگین دو گروه مبین آن است که مدیران مدارس متوسطه چندبگر در مقایسه با مدیران مدارس متوسطه اصفهان از سلامت روانی بالاتری برخوردار هستند.

نتیجه گیری: پژوهش نشان داد که مدیران مدارس متوسطه شهر چندبگر در مقایسه با مدیران اصفهانی از اضطراب کمتری برخوردار هستند، نشانه های ناتوانی در آنان کمتر مشاهده می شود و ظرفیت مقابله با مشکلات و فشارهای روزمره زندگی در آنان بیشتر است. بررسی تحلیلی یافته ها حاکی از آن است که می توان تفاوت ها را به عوامل آموزشی، فردی و فرهنگی نسبت داد.

واژه های کلیدی: سلامت روانی، اضطراب، رشد فردی، نشانه های ناتوانی، مدیران مدارس، اصفهان، چندبگر

مقدمه

مدیران، معلمان و دانش آموزان از عناصر اصلی مدارس به عنوان سیستم های آموزشی پویا، به شمار می روند. بدون تردید، هر مدرسه ای که به دنبال کسب نام و اعتبار است، آرزو دارد که معلمان و دانش آموزان به درستی و با کیفیت بالایی فرایند تدریس و یادگیری را بر اساس انتظارات و اهداف آموزشی دنبال نمایند.

فرندسون^۱ (۱۹۶۱) اعتقاد دارد که سلامت روانی^۲ با پیشرفت و موفقیت در یادگیری ارتباط بسیار نزدیکی دارد، زیرا ناسازگاری هیجانی موجب ناکارآمدی عقلی در افراد می شود (۱). مدیران آموزشی در نقش رهبری، تأثیر بسیاری در ایجاد جو روانی مناسب و برقراری روابط انسانی مطلوب و نهایتاً تحقق اهداف آموزشی مدارس دارند. به ویژه، هنگامی که آنها دیگران را به سمت سلامت روانی هدایت می کنند، باید مطمئن باشند که محیط روانی مطلوبی برای فعالیت و سازگاری در مدرسه شکل گرفته است (۲).

*آدرس: خرم آباد، یکمتر ۵ دانشگاه لرستان دانشکده ادبیات و علوم انسانی،

گروه علوم تربیتی

وصول: ۸۴/۱۱/۱۱ تایید: ۸۵/۳/۱۰

^۱- Frendson

^۲- Mental health

این امر نیازمند آن است که مدیران نیز خود از سلامت روانی مطلوبی برخوردار باشند. مدیران با سلامت روانی پایین، نه تنها تلاش می کنند از مسئولیت های خود در مدرسه شانه خالی کنند و موجب کاهش اثربخشی و کارایی خود در انجام وظایف شوند، بلکه ممکن است در بروز مشکلات رفتاری در کارکنان مؤثر باشند.

اگر چه مفهوم سلامت روانی سال ها موضوع مورد بحث در میان روان پزشکان، روان شناسان و دیگر دانشمندان علوم اجتماعی بوده است، با این وجود، هنوز تعریف جامع و قابل قبولی برای سلامت روانی وجود ندارد. این امر تا حدودی ناشی از فقدان تعریف قابل قبول و کاملی از بهنجاری است و در بسیاری موارد، به زمینه هایی مربوط می شود که نویسندگان مختلف به سلامت روانی پرداخته اند (۳). مثلاً پزشکان بهنجاری یا سالم بودن را نداشتن علائم بیماری تلقی می کنند و به عبارتی سلامت و بیماری را در دو قطب مخالف یکدیگر قرار می دهند. در مقابل برخی معتقدند فردی ممکن است فاقد علائم بیماری روانی باشد، اما این به آن معنی نیست که از سلامت روانی کامل برخوردار باشد. روانپزشکان فردی را سالم می دانند که تعادلی بین رفتارها و کنترل او در مواجهه با مشکلات اجتماعی وجود داشته باشد (۴).

مفهوم بهداشت روانی^۲ اولین بار در سال ۱۹۰۵ همزمان با شروع نهضت بهداشت روانی پدیدار گشت. در سال ۱۹۴۸ کمیته مقدماتی کنگره جهانی بهداشت روانی، بهداشت روانی را به عنوان شرایطی که موجب بهبود و توسعه جسمی، ذهنی و عاطفی فرد می شود، در نظر آورد. سازمان بهداشت جهانی^۳، بهداشت روانی را در درون مفهوم کلی بهداشت، توانایی کامل برای ایفای نقش های اجتماعی، روانی و جسمی تعریف می کند و سلامت روان را عبارت از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و

حل منطقی تضادها و تمایلات شخصی در نظر می آورد. میننجر^۴ معتقد است که سلامت روانی یعنی سازگاری انسان با خود و نیز جهان پیرامون با حداکثر اثربخشی و شادمانی. از این رو فرد سالم، شخصی است که علاوه بر توانایی به کارگیری رفتار بهنجار اجتماعی، قدرت مقابله و نیز قبول واقعیت های اجتناب ناپذیر زندگی را دارا باشد (۵).

لوینسون^۵ و همکارانش سلامت روانی را این گونه تعریف می کنند: اولاً فرد چه احساسی نسبت به خود و دیگران و دنیای اطراف دارد و ثانیاً به نحوه سازگاری فرد با خود و موقعیت مکانی و زمانی خویش تعریف می کنند (۴).

کاپلن^۶ نیز سلامت روانی را شامل سازگاری مداوم با شرایط متغیر می داند. وی معتقد است که انسان برخوردار از سلامت روانی، برای برقراری اعتدال بین تقاضاهای درونی و الزامات محیط در حال تغییر تلاش می کند (۶). هر چند امروزه، تمرکز اصلی سلامت روانی در سازگاری و مطابقت فرد با محیط است به گونه ای که فرد قادر به برقراری و حفظ تعادل درونی با محیط و شرایط بیرونی شود. اما بررسی اجمالی تعاریف ارائه شده در این باره نشان می دهد که توانایی سازش با خود و محیط با حداکثر اثربخشی و شادمانی، مقابله منطقی با وقایع و فشارهای زندگی^۷، انعطاف پذیری، اعتدال بین تقاضاهای درونی و الزامات بیرونی و قابلیت برقراری ارتباط با دیگران از جمله ملاک های سلامت روانی در فرد قلمداد می شوند.

از نقطه نظر دیگر، بسیاری از صاحب نظران، مفاهیم بهداشت روانی و سلامت روانی را به یکدیگر نزدیک می دانند و از این رو بین آنها تمایز قائل نشده اند، اما برخی، آنها را از یکدیگر متمایز می سازند و بر همین اساس معتقدند که بهداشت روانی یعنی نگاه داشتن سلامت روانی، ریشه کن ساختن عوامل بیماری زا و پیشگیری از ابتلا-

4- Menninger

5- Levinson

6- Kaplan

7- Life stress

1- Effectiveness and efficiency

2- Mental hygiene

3- World Health Organization

سلامت روانی مدیران در کشورهای مختلف صورت گرفته است. در همین رابطه، دفرانک^۶ و همکارانش در پژوهش خود گزارش کردند که مدیران ژاپنی نسبت به مدیران آمریکایی و هندی از فشارهای بیشتری در جنبه های مختلف زندگی برخوردار هستند (۱۱).

ماسودا^۷ نیز نتیجه می گیرد که ژاپنی ها در مقایسه با آمریکایی ها نگرش نامناسبی نسبت به خدمات سلامت روانی دارند (۱۲).

هدف اصلی این تحقیق مقایسه سلامت روانی مدیران مدارس متوسطه شهرهای اصفهان و چندبگر می باشد. علاوه بر آن، هدف فرعی پژوهش مقایسه گروه های مذکور در رابطه با جنبه های مختلف سلامت روانی است. یعنی سلامت روانی مدیران با توجه به خرده مقیاس های رشد و اصلاح فردی، اضطراب، علائم ناتوانی، توانایی برقراری ارتباط با دیگران و ظرفیت مقابله با مشکلات و فشارهای زندگی مورد مقایسه قرار می گیرند.

در راستای اهداف پژوهش، فرضیه تحقیق عبارت است از: بین مدیران مدارس متوسطه شهرهای اصفهان و چندبگر در رابطه با سلامت روانی (و خرده مقیاس های سلامت روانی) تفاوت معنی داری وجود دارد.

روش پژوهش

جامعه و نمونه آماری: در این تحقیق که یک پژوهش مقایسه ای و از نوع پس رویدادی^۸ است، وضعیت فعلی سلامت روانی مدیران مدارس شهرهای اصفهان و چندبگر مورد سنجش و مقایسه قرار گرفت. چندبگر، مرکز ایالت پنجاب^۹ به عنوان یکی از شهرهای زیبا، فرهنگی، دانشگاهی و صنعتی در شمال غربی کشور هند واقع شده است.

به بیماری های روحی و ایجاد زمینه مساعد برای رشد و شکفتن شخصیت و استعداد ها تا حداکثر ظرفیت مکنون انسان (۷). در همین راستا، شاملو نیز بهداشت روانی را مجموعه عواملی می داند که در پیشگیری از ایجاد و یا پیشرفت روند وخامت اختلالات شناختی^۱، احساسی و رفتاری در انسان نقش مؤثر دارند (۸).

فرنچ^۲ در مدل سلامت روانی خود به چهار جنبه بهداشت روانی اشاره می کند که تغییر در هر یک از جنبه ها الزاماً حداقل یکی از جنبه های دیگر را تحت تأثیر قرار می دهد (۹)،

(۱) انطباق عینی فرد با محیط. (۲) انطباق ذهنی فرد با محیط.

(۳) انطباق واقعی. (۴) قابلیت شناخت و دسترسی به خود.

تأکید برخی صاحب نظران در این زمینه آن است که سلامت روانی منشأ ذهنی دارد. از این رو سلامت روانی یک وضعیت ذهنی است که از ویژگی هایی نظیر بهبود و کنترل هیجانات، توانایی برقراری ارتباط با دیگران، توانایی مقابله با فشار و مشکلات زندگی، و کنار گذاشتن هرگونه اضطراب^۳ و علائم ناتوانی برخوردار است.

کامنو معتقد است فرد دارای سلامت روانی فردی است که از هرگونه اضطراب و علائم ناتوانی^۴ مبرا است و هنگامی سلامت عاطفی، اجتماعی، روانی و جسمی فرد کامل می شود که توانایی برقراری ارتباط با دیگران و همچنین ظرفیت مقابله با مشکلات زندگی را داشته باشد و از این رو، وی سلامت روانی را به جنبه های زیر تقسیم کرده است:

«رشد فردی»^۵، «فقدان اضطراب»^۶، «فقدان علائم ناتوانی»^۷، «توانایی برقراری ارتباط با دیگران»^۸ و «ظرفیت مقابله با مشکلات و فشارهای زندگی»^۹ (۱۰).

بررسی پیشینه تحقیق نشان می دهد که تاکنون تحقیقات اندکی در مورد سلامت روانی مدیران به ویژه مقایسه سطح

^۶- Defrank

^۷- Masuda

^۸- Ex post facto

^۹- Panjab States

^۱ - Knowledge disorders

^۲ - French

^۳ - Anxiety

^۴ - Disability symptoms

^۵ - Personal well being

مقیاس سلامت روانی شامل ۵۰ سؤال ساده به منظور تعیین سطح سلامت روانی مدیران مدارس و حاوی خرده مقیاس های رشد و بهبود فردی، عامل اضطراب، نشانه های ناتوانی، ظرفیت ایجاد ارتباط منطقی با دیگران و ظرفیت مقابله با فشارها و مشکلات روزمره زندگی است.

در این پرسشنامه از مدیران خواسته می شود که به سوالات بسته پاسخ بلی - خیر پاسخ دهند. روش نمره گذاری پاسخ ها از صفر تا یک درجه بندی شده است، با این وجود روش نمره گذاری برخی سوالات بالعکس است و از این رو، دامنه نمره هر آزمودنی در این مقیاس از صفر تا پنجاه است.

برای تعیین پایایی و روایی^۵ پرسشنامه به ترتیب از آلفای کرونباخ^۶ و روایی سازه استفاده گردید (۱۵). مقدار ضریب آلفا برابر با ۰/۸۳ بود که نشان دهنده ضریب قابل قبول پایایی ابزار اندازه گیری است. روایی پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب همبستگی آن با پرسشنامه سلامت ساخته شده توسط ویک و ووما در سال ۱۹۷۸ برای پنج خرده مقیاس به دست آمد، نتایج به دست آمده ضرایب قابل قبول ۰/۵۰ تا ۰/۷۷ را نشان می دهد (۱۰).

روش جمع آوری داده ها

به منظور اجرای پرسشنامه بر روی آزمودنی ها، پژوهشگر پس از اخذ مجوزهای ضروری برای ورود به مدارس شهرهای اصفهان و چندینگر، شخصاً به مدارس متوسطه عضو نمونه آماری تحقیق در شهرهای اصفهان و چندینگر مراجعه و پرسشنامه های مورد نظر را توزیع و گردآوری کرد. پس از بیان توضیحات کافی در خصوص اهداف کلی پژوهش و جلب همکاری آزمودنی ها، از آن ها خواسته شد که به سوالات پرسشنامه پاسخ دهند. در حین اجرای تحقیق، به منظور تسهیل در تکمیل پرسشنامه و رفع ابهامات احتمالی، راهنمایی های لازم صورت گرفت. اجرای پرسشنامه در هر درسه به طور متوسط ۱۵ دقیقه به طول انجامید.

نهر^۱ در مراسم بنای این شهر بیان داشت که چندینگر به عنوان سمبل یک شهر مدرن؛ با تکیه بر سنت های گذشته، تجلی ایمان ملت هند به آینده است (۱۳).

جامعه آماری تحقیق شامل کلیه مدیران مدارس متوسطه دولتی شهرهای اصفهان (ایران) و چندینگر^۲ (هند) بود. هرچند، شهر چندینگر از نظر وضعیت اقتصادی و اجتماعی، وسعت و ترکیب جمعیت تقریباً همانند شهر اصفهان می باشد، اما به منظور افزایش اعتبار نتایج پژوهش و کنترل متغیرهای تأثیر گذار، دو گروه مورد مطالعه از نظر متغیرهایی نظیر اندازه، جنسیت، تأهل، سطح سواد، سطح حقوق، استخدام دولتی، مقطع آموزشی و وضعیت اقتصادی- اجتماعی همتا سازی^۳ گردیدند، با این وجود کنترل برخی متغیرها مانند مذهب از کنترل محقق خارج بود. برای برآورد حجم نمونه آماری، روش تعیین درصد مورد استفاده قرار گرفت (۱۴)، یعنی ۱۰ درصد از کل جامعه در نظر گرفته شد و بر این اساس، تعداد ۶۰ نفر مدیر زن و مرد مدارس متوسطه دولتی (۳۰ مدیر از اصفهان و به همین نسبت از شهر چندینگر) با استفاده از روش نمونه گیری طبقه ای به صورت تصادفی انتخاب گردیدند.

ابزار اندازه گیری

ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ای بود که از دو بخش تشکیل می شد. بخش اول شامل اطلاعات فردی آزمودنی ها شامل متغیرهای جمعیت شناختی نظیر سن، جنسیت، سابقه خدمت، سابقه مدیریت و مدرک تحصیلی بود و بخش دوم حاوی مقیاس سلامت روانی (MHS) بود. مقیاس سلامت روانی در سال ۱۹۹۲ توسط کامائو^۴ به منظور تعیین سطح سلامت روانی افراد ساخته شد و با ایجاد تغییرات جزئی به منظور تطبیق آن با وضعیت مدیران مدارس مورد استفاده قرار گرفت (۱۰).

1- Nehru

2- Chandigarh

3- Matching

4- Kamau

5- Reliability and Validity

6- Cronbach alpha test

تجزیه و تحلیل داده های پژوهش با استفاده از نرم افزار (SPSS) انجام گردید.

نتایج

جدول شماره ۱ نتایج آزمون t تفاوت بین میانگین های دو گروه مدیران مدارس متوسطه شهرهای اصفهان و چندیگر را نشان می دهد.

کلیه آزمودنی ها پس از تکمیل پرسشنامه ها را عودت دادند.

روش های آماری

به منظور مقایسه میانگین نمرات سلامت روانی مدیران مدارس شهرهای اصفهان و چندیگر، آزمون t دو گروهی مستقل به کار گرفته شد (۱۳). علاوه بر آن، به منظور بررسی ویژگیهای جمعیت شناختی مدیران مدارس، آمار توصیفی نظیر جدول توزیع فراوانی و میانگین مورد استفاده قرار گرفت.

جدول ۱ - ارزش های t برای مقایسه سلامت روانی مدیران مدارس متوسطه شهرهای اصفهان و چندیگر

متغیر	مدیران مدارس اصفهان		مدیران مدارس چندیگر		t	سطح معنی داری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
بهبود فردی	۱۱/۹	۲/۰۴	۱۲/۵۰	۲/۲۲	۱/۰۸	۰/۲۸۱
عامل اضطراب	۷/۸۳	۱/۹۱	۹/۱۰	۱/۷۶	۲/۶۶	۰/۰۱۰
علائم ناتوانی	۶/۱۰	۱/۲۴	۷/۶۰	۱/۴۰	۴/۳۸	۰/۰۰۰
ظرفیت ارتباطی	۵/۹۰	۱/۱۲	۵/۵۶	۱/۴۰	۱/۰۱	۰/۳۱۵
ظرفیت مقابله	۵/۱۳	۱/۵۲	۵/۹۳	۱/۱۱	۲/۳۲	۰/۰۲۴
سلامت روانی کلی	۳۶/۸۶	۵/۲۷	۴۰/۷۶	۵/۳۲	۲/۸۵	۰/۰۰۶

به نسبت مدیران اصفهانی موقعیت بهتری قرار دارند. با این وجود، بین دو گروه از لحاظ بهبود فردی و ظرفیت برقراری ارتباط با دیگران تفاوت معنی داری وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

مدیریت و رهبری^۱ به عنوان یکی از عوامل بسیار اساسی در تحقق اهداف سازمانی از دیرباز مورد توجه محققین قرار گرفته است. هر چند، سازمان ها با پیچیدگی ها و چالش های درون و برون سازمانی مواجهند، اما موفقیت سازمان ها بیشتر به موفقیت مدیران در هدایت و رهبری کارکنان بستگی دارد و این امر مستلزم برخورداری مدیران از سلامت جسمی، اجتماعی و روانی است (۱۶). مدیرانی که از سلامت روانی برخوردار هستند، می توانند با زیردستان ارتباط مؤثرتری برقرار کنند، مقتضیات زندگی سازمانی را به خوبی در دست گیرند و جو مناسبی برای کار و فعالیت در سازمان به وجود آورند.

بررسی ارزش های t منعکس شده در این جدول، بیانگر آن است که بین سلامت روانی مدیران مدارس شهرهای اصفهان و چندیگر تفاوت معنی داری مشاهده می شود ($t=2/85, p<0/01$). بررسی میانگین های دو گروه مبین آن است که مدیران مدارس چندیگر با میانگین ۴۰/۷۶ در مقایسه با مدیران مدارس اصفهان با میانگین ۳۶/۸۶ از سلامت روانی بهتری برخوردار هستند. به علاوه، با بررسی ارزش های t ، مشاهده می شود که بین دو گروه مدیران از نظر عامل اضطراب ($t=2/66, p<0/05$)، علائم ناتوانی ($t=4/38, p<0/01$) و ظرفیت مقابله با وقایع، مشکلات و فشارهای روزمره زندگی ($t=2/32, p<0/05$) تفاوت معنی داری وجود دارد. بررسی میانگین های دو گروه نشان می دهد که مدیران مدارس چندیگر در مقایسه با مدیران مدارس اصفهان از اضطراب و نشانه های ناتوانی کمتری برخوردار هستند و نیز ظرفیت مقابله با مشکلات و فشارهای روزمره در آنان بیشتر است. بنابراین مدیران مدارس چندیگر

¹- Management and leadership

از طرف دیگر، مطالعه ویژگی های جمعیت شناختی مدیران مدارس متوسطه شهرهای اصفهان و چندینگر در این تحقیق روشن می سازد که مدیران مدارس شهر چندینگر در مقایسه با مدیران مدارس شهر اصفهان از مدارک تحصیلی بالاتر، میانگین سنی بالاتر، تجارب اجرایی بیشتر و طبیعتاً ثبات بیشتر مدیریت برخوردار بودند و این خود می تواند دلیلی برای تفاوت در سلامت روانی آنان باشد. محب علی نیز در تحقیق خود دریافت که هندی ها نسبت به ایرانی ها، انسان هایی کناره گیر و بی تفاوت هستند، و از این رو ممکن است که از مواجهه با موقعیت های تنش را پرهیز کنند و یا قدرت سازگاری با شرایط دشوار محیطی در آنان بیشتر باشد (۲۱). به علاوه، تفاوت های فرهنگی، تاریخی و اجتماعی بین دو کشور، از جمله دلایل احتمالی تفاوت سلامت روانی بین مدیران باشد. در همین رابطه کوئیرتیجه گرفت که حمایت اجتماعی می تواند در کاهش منابع استرس مفید باشد (۲۲).

یافته های پژوهش اسپرول نیز حاکی از آن بود که متغیرهای سن، یکپارچگی اجتماعی، برنامه کاری، ارتباط با گروه های اجتماعی و میزان کمک های دریافتی برای حل مسائل با سلامت روانی فرد رابطه دارند (۲۳). تانگ نیز نتیجه گرفت که سلامت روانی فرد به طور متفاوت تحت تأثیر حمایت های دوستان و خویشاوندان قرار می گیرد و وقایع زندگی تا حدودی بر سلامت عمومی فرد تأثیر دارد (۲۴).

به طور کلی یافته های پژوهش حاضر روشن می سازد که میانگین نمرات سلامت روانی مدیران از میانگین آزمون بالاتر است. نتایج حاکی از آن است که مدیران مدارس متوسطه شهر چندینگر در مقایسه با مدیران اصفهانی از اضطراب کمتری برخوردار هستند، نشانه های ناتوانی در آنان کمتر مشاهده می شود، ظرفیت مقابله با مشکلات و فشارهای روزمره زندگی در آنان بیشتر است. دلایل تفاوت بین مدیران شهرهای اصفهان و چندینگر را می توان به سه دسته آموزشی، فردی و فرهنگی تقسیم کرد.

یکی از دلایل این وضعیت تا حدودی به ساختار آموزش و پرورش دو کشور باز می گردد، بر خلاف ساختار متمرکز نظام آموزش و پرورش در ایران، مدیران مدارس در کشور هندوستان تحت ساختار کاملاً غیر متمرکز آموزش و پرورش، دارای اختیارات بیشتری برای مشارکت در جنبه های گوناگون آموزش و پرورش هستند و این به نوبه خود موجب افزایش رضایت شغلی و یا کاهش عوامل فشارزا و هیجانی در آنان می گردد (۱۷، ۱۸).

نتایج برخی تحقیقات نشان می دهد که میزان مشارکت در فعالیت های گروهی موجب افزایش سلامت روانی می گردد (۱۹). همچنان که تاسی در پژوهش اکتشافی خود نتیجه گرفت عوامل شغلی، تعارض نقش، و عوامل سازمانی از منابع ایجاد فشار روانی در محیط کار می باشند (۲۰).

منابع

1. Frandson AN. Educational Psychology. New York, McGraw Hill Book Company, Inc, 1961: 88.
2. Smith PH. Psychology in teaching, New Jersey, Prentice Hall. Inc, Englewood Cliffs, 1956: 65.
3. گنجی ح، بهداشت روانی، تهران، نشر ارسباران، ۱۳۷۹: ۲۷.
4. میلانی فر ب، بهداشت روانی، تهران، انتشارات قومس، ۱۳۸۲: ۲-۳.
- 5- Menninger KA. The human mind, New York, Knoop, 1945: 32.
6. Kaplan L. Education and mental health, New York, Harper and Row, 1971: 105
۷. صاحب الزماني ن، روح نابسامان، چاپ دوم، تهران، مؤسسه مطبوعاتی عطایی، ۱۳۴۲: ۵۳.

۸ شاملو س، بهداشت روانی، تهران، انتشارات رشد، ۱۳۸۳: ۸۳

9. French JRP. Job Demands and Worker Health. Presented at American Psychological Association Symposium, Washington DC, 1976.
10. Kamau CW. Burnout, Locus of Control and Mental Health of Teachers in Eastern Province of Kenya, Unpublished Doctoral Thesis in Education, Submitted in Punjab University, Chandigarh, 1992: 37.
11. Defrank RS. Ivancovich JM, Schweiger DM. Job Stress and Mental Well being: Similarities and Differences Among Americans, Japanese, and Indians Managers, in Journal of Behavioural Medicine, 1988; 14: 160-170.
12. Masuda A. Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help: A Cross-National study Between American and Japanese College Students, In Dissertation Abstract International- A, 2000, No.38, Vol.2: 484.
13. Srinivasan P. A Road Guide to Chandigarh, Chennai, TTK Healthcare Limited -Printed Division, 2001.
۱۴. حافظ نیام ر، مقدمه ای بر روش تحقیق در علوم انسانی، تهران نشر، سمت، ۱۳۸۲: ۱۳۷.
۱۵. هومن ح ع، اندازه گیری های روانی و تربیتی و فن تهیه تست، چاپ هشتم، تهران، نشر پارسا، صص ۲۳۶-۲۰۶، ۱۳۷۲.
۱۶. هرسی پاول و بلانچارد کنث، مدیریت رفتار سازمانی: کاربرد منابع انسانی، ترجمه علی علاقه بند، تهران، امیرکبیر، ۱۳۷۲: ۷۱.
17. Peckham J. Iran. Rebecca Marlow-Ferguson (Ed), in World Education Encyclopaedia: A Survey of Educational Systems, Detroit, Gale Group, 2002, Vol. 2: 616-625.
18. Mohan B, India RM. Ferguson (Ed), in World Education Encyclopaedia: A survey of educational systems, Detroit, Gale Group, Vol. 2, PP. 596-607, 2002.
- ۱۹- فرح بخش س و همکاران، بررسی رابطه بین سلامت روانی و برخی متغیرهای زمینه ای در دانشجویان دانشگاه لرستان، مجله یافته، دوره هفتم، شماره ۳۰۴، مسلسل ۲۶، پاییز و زمستان ۱۳۸۴: ۸۶-۷۹.
20. Tosi HL. Organizational Stress as a Moderator of the Relationship between Influence and Role Response, in Academy of Management Journal, 1971; 14: 7-22.
21. Mohebal A. Socio-Psychological Correlations of Mental Health in India and Iran. M.B. Buch (Ed), In Forth Survey of Research in Education, Boroda, SERD, 1982, Vol. 1: 244.
22. Kaur K, Occupational Stress of High and Higher Secondary School Teachers in Relation to Mental Health and Coping Resources, Unpublished Doctoral Thesis in Education, submitted in Panjab University, Chandigarh, 2000: 244.
23. Sproul N, Relationship among Social Support and Mental Health Status of Persons with Mild Intellectual Impairments. in Dissertation Abstract International- A, 1994, No. 54, Vol. 9: 3334.
24. Tong I. Impact of Cultural, Social and Stress Factors on the Mental Health of Urban, Elderly Afro-American Women, In Dissertation Abstract International-A, 1994, No.54, Vol.10: 3883.

