

# پیش‌بینی سلامت روان‌شناختی بر مبنای نظریه راهبردهای کنترل در پهنه زندگی در مناطق برخوردار و غیربرخوردار

سیدحمیدرضا عریضی سامانی<sup>۱</sup>      هاجر براتی<sup>۲</sup>

دکتری روان‌شناسی و استاد گروه روان‌شناسی      دکتری روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

دانشگاه اصفهان، نویسنده مسئول

(تاریخ دریافت: مهر ۹۲، تاریخ پذیرش: آذر ۹۲)

## چکیده:

پژوهش‌های اجتماعی، حاکی از وخامت سلامت روان‌شناختی افراد مناطق نابرخوردار است. راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف، می‌تواند در تبیین چرایی این وضعیت کارگشا باشد. پژوهش حاضر با همین هدف، یعنی پیش‌بینی سلامت روان‌شناختی بر مبنای نظریه راهبردهای کنترل در پهنه زندگی در مناطق برخوردار و نابرخوردار انجام شده است. نمونه پژوهش شامل ۱۱۸۸ نفر از کارکنان سازمان‌ها و شرکت‌های مختلف از سراسر ایران بوده است که از دو منطقه برخوردار و نابرخوردار انتخاب شدند. برای تعیین این مناطق، از نتایج حاصل از یک پژوهش دیگر استفاده شد که قبلاً انجام شده بود. دانشجویان روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، بر اساس محل سکونت، در جمع‌آوری داده‌ها شرکت جستند. در انتخاب، از شیوه تصادفی استفاده نشد و با توجه به اهداف پژوهش شیوه هم‌تاسای به کار گرفته شد. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس‌های تقاضاهای کاری، راهبردهای کنترلی و سلامت روان‌شناختی بودند. یافته‌ها نشان داد که سطوح تغییر در تقاضاهای کاری، استفاده از راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف و عدم اشتیاق به هدف در مناطق نابرخوردار بیشتر و سلامت روان‌شناختی در این مناطق کمتر است. رابطه بین تقاضاهای کاری و راهبردهای کنترلی عدم اشتیاق به هدف در این مناطق با سلامت روان‌شناختی، منفی بود و این رابطه در مورد اشتیاق به هدف، مثبت بود. بنابراین استفاده از راهبردهای کنترلی در شرایط محرومیت، می‌تواند اثرات منفی تغییر تقاضاهای مربوط به کار را در کوتاه مدت کاهش دهد اما در درازمدت به سلامت روان‌شناختی پایین‌تر منجر می‌گردد.

**واژگان کلیدی:** تقاضاهای مرتبط با کار، راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف، سلامت روان‌شناختی، مناطق نابرخوردار.

<sup>۱</sup>. آدرس الکترونیکی: Dr.oreyzi@edu.ui.ac.ir

<sup>۲</sup>. آدرس الکترونیکی: dr.habarati@gmail.com

## مقدمه

جامعه‌شناسی را به دو بخش جامعه‌شناسی نظم و جامعه‌شناسی تغییر تقسیم کرده‌اند. در اولی هدف، مطالعه نظم اجتماع و در دومی مطالعه تغییرات اجتماعی است که دو چهره ناپایدار جامعه‌شناسی یعنی پارسونز و مارکس به ترتیب نمایندگان این دو بخش هستند. در مطالعات جامعه‌شناختی، گروه‌های بزرگ انسانی مورد مطالعه قرار می‌گیرند. مزیت مطالعات روان‌شناختی اجتماعی آن است که انسان را علاوه بر بعد اجتماعی، دارای ابعاد زیست‌شناختی و روان‌شناختی هم می‌داند. اما رفتار انسان را نمی‌توان خارج از محیط طبیعی و اجتماعی تصور کرد، زیرا انسان موجودی اجتماعی است و تأثیر زندگی جمعی در حالت‌های روانی و رفتار او امری اجتناب‌ناپذیر است. به عبارت دیگر، انسان همان‌گونه که اریک فروم معتقد بود، برای رهایی از احساس تنهایی و سرگشتگی به جامعه و اجتماع می‌پیوندد و حتی برای این مزیت، از آزادی فردی خویش می‌گریزد (۱۳۸۷). بنابراین، با وجود اینکه انسان به لحاظ روان‌شناختی موجودی منحصر به فرد است اما در جامعه مفهوم می‌یابد و از جامعه، ویژگی‌ها و تغییرات آن تأثیر می‌پذیرد. اما تغییرات اجتماعی چه تأثیری بر روی انسان و منابع روان‌شناختی وی می‌گذارد؟ به نظر می‌رسد پاسخ این سؤال است که دو بعد روان‌شناسی و جامعه‌شناسی را به هم پیوند می‌دهد. سیلبرزاین، پینکورات، رایتسل، توماسکی، فابل و گرومر<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) برای نخستین بار سعی کردند مطالعه‌ای روی منابع روان‌شناختی و تغییرات اجتماعی انجام دهند. آنها، در این تک‌نگاری مفصل (۱۲۷ صفحه) مقایسه‌ای بین دو منطقه برخوردار آلمان غربی و غیر برخوردار آلمان شرقی از نظر منابع روان‌شناختی افراد در مقابل تغییرات اجتماعی انجام دادند و این نخستین مقاله از آنها بود که به زبان انگلیسی نگارش یافت. قبل از آن، این موضوع توسط تعدادی روان‌شناس به ویرا ستاری سیلبرزاین و زینکر (۱۹۹۹) مورد بررسی قرار گرفته بود. سؤال اساسی این مطالعه این بود که آیا در یک منطقه برخوردار مانند آلمان غربی از دست دادن کار و بیکار شدن همان تأثیری را دارد که در آلمان شرقی (یک منطقه نا برخوردار) داراست؟ نتایج آن مطالعه نشان داد که تأثیر بیکار شدن و از دست دادن شغل در دو منطقه مذکور یکسان نیست و پیامدهای یک تغییر اجتماعی، بسته به نوع منطقه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند، متفاوت است.

## بیان مسئله

تغییرات اجتماعی رخ می‌دهند و به طور قطع این تغییرات بر افراد نیز تأثیر می‌گذارد. بر اساس یافته‌های روان‌شناختی، مشخص شده است که افراد مختلف با توجه به ویژگی‌های منحصر به فرد خود، به تغییرات به شیوه‌ای متفاوت واکنش نشان می‌دهند (براتی، ۱۳۹۲). اما آیا نوع جامعه‌ای که افراد در آن زندگی می‌کنند نیز، بر واکنش افراد به تغییرات اجتماعی تأثیر می‌گذارد؟ به عبارت دیگر، آیا تغییر تقاضاهای کاری ناشی از تغییر در دو جامعه با ویژگی‌های متفاوت (مثلاً برخوردار و نابرخودار در پژوهش حاضر) بر واکنش‌های روان‌شناختی افراد (به عنوان مثال سلامت روانی فرد در پژوهش حاضر) در دو منطقه به طور یکسان تأثیرگذار است؟ به نظر می‌رسد دو نظریه مهم روان‌شناختی می‌تواند در این زمینه مساعدت کند: اولی، نظریه نقطه تعادلی<sup>۴</sup> (دینر، لوکاس و اسکولون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶) و دومی نظریه مقایسه با پایین یا مقایسه نزولی<sup>۶</sup> (کلارک، ۲۰۰۳؛ جفری و مک دول، ۲۰۰۴) است. هر دو ناظر بر این هستند که فرد در یک منطقه برخوردار (اقتصاد بهتر، بیکاری کمتر) باید تبعات بدتری را به لحاظ روان‌شناختی با تغییرات اجتماعی (مانند افزایش نرخ بیکاری) تحمل کند. دلیل آن از زمان سعدی شاعر ایرانی شناخته شده بود؛ آنگاه که درویش و غنی را در برابر گرسنگی مقایسه می‌کند که اولی سالم بر جا می‌ماند و

<sup>۳</sup>. Silbereisen, Pinguort, Reitzel, Tomasik, Fabel, and Grumer

<sup>۴</sup>. set point theory

<sup>۵</sup>. Diener, Locas & Scollon

<sup>۶</sup>. down ward comparison

دومی از پا درمی آید. در واقع تغییرات روانی در فردی که در منطقه غیر برخوردار است، کمتر خواهد بود زیرا فرد باید خود را با افرادی که در سطح پایین تر از او هستند (مثلاً بیکارند) مقایسه کند. این مقایسه‌ای است که او را در مقابله با وضعیت کمک و مساعدت می‌کند، اما اگر فردی در جامعه‌ای برخوردارتر (مثلاً جایی که نرخ بیکاری آن کمتر است) کار خود را از دست دهد، دیگر نمی‌تواند مقایسه با سطوح پایین انجام داده و به تعادل بازگردد و در نتیجه وخامت سلامت او بیشتر خواهد بود. اما از سوی دیگر، بیشتر تحقیقات انجام گرفته روی تغییرات اجتماعی مانند تک نگاری سیلبرزاین و همکاران (۲۰۰۶) که در بالا بدان اشاره شد نشان داده‌اند که پیامدهای منفی در مناطق نابروردار بیشتر است، زیرا منابع روان شناختی در این مناطق کمتر هستند. بنابراین مسئله این است که برخورداری یا نابرورداری منطقه اجتماعی، چه تأثیری بر سلامت روان شناختی افراد در زمان تغییرات دارد؟

### چارچوب نظری

همان گونه که اشاره شد، یکی از ابعادی که تغییرات اجتماعی بر آن تأثیر می‌گذارد تقاضاهای مرتبط با کار است. تقاضاهای مرتبط با کار در نظریه اولیه سیلبرزاین در پیوند با راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف و عدم اشتیاق به هدف، نظریه راهبردهای کنترلی در پهنه زندگی (هاکهازن و اسپالز<sup>۷</sup>، ۱۹۹۵) را پدید آورد که نیازمند توضیح بیشتری است. هاکهازن و اسپالز (۱۹۹۵) با تدوین نظریه «کنترل در طول زندگی»<sup>۸</sup>، به بررسی رفتارهای کنترلی پرداختند و رفتار کنترلی را به صورت رفتاری تعریف کردند که از ادراک کنترل یا باورهای کنترلی متفاوت است و بر محیط بیرونی و جهان درونی افراد اثر دارد. آنان بین دو نوع کنترل اولیه و کنترل ثانویه تمایز قائل شدند. اثر رفتار کنترلی بر جهان بیرونی به عنوان «کنترل اولیه»<sup>۹</sup> مفهوم سازی شده است، در حالی که اثر رفتار کنترلی بر روی حالت ذهنی، عاطفه و انگیزه افراد «کنترل ثانویه»<sup>۱۰</sup> نامیده می‌شود. کنترل اولیه، اشاره به رفتارهایی دارد که به طور مستقیم بر محیط بیرونی شامل تلاش برای تغییر جهان اثر می‌گذارد تا با نیازها و تمایلات افراد، متناسب گردد. کنترل ثانویه فرایندهای درونی را هدف قرار می‌دهد و تلاش می‌کند اثر فقدانها را کمینه سازد و سطوح کنترل اولیه را حفظ می‌کند و گسترش می‌دهد. ایده اصلی این نظریه، اشتیاق فعال نسبت به محیط است و جنبه انگیزشی داشته و بر ماهیت طولی رفتار تاکید دارد (عریضی و براتی، ۱۳۹۲). اما اگر فرد در رسیدن به هدف شکست بخورد، فرایندهای ثانویه به کار می‌افتند تا از کاهش عزت نفس فرد جلوگیری کرده و عدم اشتیاق به هدف را در او فعال سازند، زیرا هنوز، هدف‌های جایگزین دیگری وجود دارند. این دو نوع کنترل، دست در دست هم عمل می‌کنند و در مقابل یکدیگر نیستند (هاکهازن و اسپالز، ۱۹۹۹). در واقع هنگامی که کنترل اولیه با شکست مواجه می‌شود، کنترل ثانویه کار کرد جبرانی دارد. وقتی که فردی شکست می‌خورد، نمی‌تواند ناکامی حاصل از عدم دستیابی به هدف را بپذیرد و حتی دست به خطر می‌زند تا عزت نفس و خودکارآمدی‌اش را حفظ کند و در اینجا کنترل ثانویه کاربرد دارد (هاکهازن و اسپالز، ۱۹۹۵).

سپس، هاکهازن و اسپالز (۱۹۹۵) بین چهار نوع راهبرد کنترلی تمایز قائل شدند: «کنترل انتخابی اولیه»<sup>۱۱</sup> اشاره به سرمایه‌گذاری منابع رفتاری درونی از قبیل زمان، تلاش و مهارت در پیگیری هدف دارد. «کنترل جبرانی اولیه»<sup>۱۲</sup> هنگامی لازم است که منابع رفتاری که به صورت درونی موجودند برای دستیابی به هدف کافی نیستند و منابع بیرونی باید به کار گرفته شود. در این حالت اشتیاق به هدف، هم‌چنان در سطح بالاتری از عدم اشتیاق به هدف می‌باشد. در واقع فرد برای دستیابی به

<sup>۷</sup>. Heckhausen and Schulz

<sup>۸</sup>. Life Span Theory of Control

<sup>۹</sup>. Primary Control

<sup>۱۰</sup>. Secondary Control

<sup>۱۱</sup>. Selective Primary Control

<sup>۱۲</sup>. Compensatory Primary Control

هدف هنوز انگیزه فراوان دارد و به دلیل ناکافی بودن منابع درونی برای دستیابی به هدف، از منابع بیرونی کمک می‌گیرد. کنترل جبرانی اولیه، به ویژه گرفتن کمک و راهنمایی از جانب دیگران، استفاده از حمایت‌های فنی (مانند استفاده از ویلچر) و یا استفاده از ابزارهای رفتاری غیرمعمول را نشان می‌دهد که نوعاً مربوط به فعالیت نیستند (مانند لب‌خوانی برای جبران ناشنوایی). «کنترل انتخابی ثانویه<sup>۱۳</sup>» بر افزایش تعهد ارادی به هدف انتخابی متمرکز است. مثلاً فرد، ارزش هدف انتخابی را برای خود بیشتر می‌کند. اما «کنترل جبرانی ثانویه<sup>۱۴</sup>» کنترلی است که بر مبنای آن افراد سعی می‌کنند اگر دسترسی به هدف ممکن نیست، از منابع انگیزشی خود حمایت کنند یعنی از هدفی که اینک غیرقابل دسترس است، دل بکنند. اگر فرد دریابد که هدف را درست انتخاب نکرده است، باید شور و شوق درونی به یک هدف نادرست را در خود بکشد تا احساس نومی‌دی و شکست، وی را درمانده نسازد (هال، چیپرفیلد، هکهازن و پری<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۰). هنگامی که فرصت برای کنترل اولیه وجود ندارد، راهبردهای کنترل ثانویه برای حفظ منابع انگیزشی و هیجانی لازم‌اند (هاکهازن و اسپالز، ۱۹۹۹). به علاوه، کنترل جبرانی ثانویه شامل راهبردهای خود حمایتگرانه شامل کاهش ادراک کنترل و نسبت دادن شکست به نیروهای بیرونی و مقایسه‌های اجتماعی نزولی نیز می‌شود که اثرات بالقوه منفی شکست روی منابع انگیزشی مهم تعادل عاطفی و عزت نفس را کاهش می‌دهد. به عبارت دیگر، سه رویکرد کنترلی نخست که با اشتیاق به هدف و رویکرد کنترلی آخر که با عدم اشتیاق به هدف همراه است، همگی جنبه سازگاری در جهت سلامت جسم و روان دارند. در آخری، به خصوص این کار با انکار کنترل خود، عدم جستجوی هدف را به دنبال دارد. در این زمان فرد می‌باید که تعهد به هدفی که غیرقابل دستیابی است، باید کاهش یابد (ویبر، ثورمر و گلویتزر<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۲). عدم تعهد و اشتیاق به هدفی که وصول آن دیگر ممکن نیست، سلامت روان‌شناختی را برای فرد تضمین می‌کند زیرا رنج‌آور است آدمی چیزی را بخواهد که امکان دستیابی به آن میسر نیست (ورسچ، هاکهازن و اسپالز، ۲۰۰۴). این راهبردها در واقع ادراک افراد از قابل دسترس بودن هدف را مشخص می‌سازد (روژاکوا و موراشکینو<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۱) و کاربرد بسیار مهمی در مورد سلامت جسمی و روانی دارند (هاینس، هاکهازن، چیپرفیلد، پری و نیوال<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۹).

### پیشینه پژوهش

جوامع و شرایط اجتماعی پیوسته در حال تغییر هستند. با تغییر شرایط، تقاضاهای مرتبط با کار نیز تغییر می‌یابد (سیلبرزاین و دیگران، ۲۰۰۶؛ کورنر، ریتزل و سیلبرزاین<sup>۱۹</sup>، ۲۰۱۱؛ کورنر، سیلبرزاین و کانتر<sup>۲۰</sup>، ۲۰۱۲). پس از تغییر، کارکنان مکان‌های کمتری برای کار می‌یابند، ممکن است ناگزیر در مشاغلی کار کنند که متناسب با شایستگی کاری آنها نیست یا در همان محیط کاری قبلی به جای کار تمام وقت، ناگزیر به صورت پاره وقت کار کنند، یعنی تقاضاهای مرتبط با کار تغییر می‌یابند (عریضی و براتی، ۱۳۹۲). همه این عوامل منجر به فشار روانی برای آنان می‌گردد (کله و همکاران<sup>۲۱</sup>، ۲۰۱۱) و می‌تواند انگیزش و سلامت روان‌شناختی را کاهش دهد (هاس<sup>۲۲</sup>، هاکهازن و سیلبرسسن، ۲۰۱۲). البته همان‌طور که در بالا بدان اشاره

<sup>۱۳</sup>. Selective Secondary Control

<sup>۱۴</sup>. Compensatory Secondary Control

<sup>۱۵</sup>. Hall, Chipperfield, Heckhausen, & Perry

<sup>۱۶</sup>. Wieber, Thurmer, and Gollwitzer

<sup>۱۷</sup>. Rozhkova and Murashkino

<sup>۱۸</sup>. Haynes, Heckhausen, Chipperfield, Perry & Newall

<sup>۱۹</sup>. Körner, Reitzle and Silbereisen

<sup>۲۰</sup>. Korner, Silbereisen, & Canter

<sup>۲۱</sup>. Klehe et al

<sup>۲۲</sup>. Haase

شد، به نظر می‌رسد در این هنگام، افراد برای کاهش فشار روانی و اثرات مخرب نقصان انگیزه و سلامت روان شناختی، در وهله اول از راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف استفاده می‌کنند، یعنی تلاش می‌کنند از راه صرف زمان بیشتر، کوشش بیشتر و دریافت کمک از بیرون با این تقاضای تغییر یافته کنار آیند. ولی چنانچه دستیابی به اهداف کاری‌شان ممکن نباشد، اشتیاق به این اهداف را در خود می‌کشند (عریضی و براتی، ۱۳۹۲). به هر حال تغییرات اجتماعی با تغییر هنجارها، ارزش‌ها (سیلبرزاین، بست و هاس، ۲۰۰۷) و تقاضاها همراه است و به نظر می‌رسد سطوح و تعداد این تغییر تقاضاها در مناطق نابرخوردار بیشتر باشد. پاول تاونزند برای آنکه محرومیت و نابرخورداری را تعریف کند، به درک اجتماعی نیازهای مهم و مصوب اجتماعی، ارزش‌های متداول و سبک‌های زندگی توجه نشان می‌دهد (از کیا و غفاری، ۱۳۹۲). افراد مناطق نابرخوردار بنا به دلایل مختلف، شرایط زندگی متفاوتی با سایر افراد جامعه داشته و از بسیاری از مزایای اجتماعی که سایر افراد جامعه برخوردارند، از قبیل امکان برخورداری از تحصیل، شرایط اشتغال برابر و یا برخورداری از حمایت‌های اجتماعی محروم می‌مانند. این قبیل محرومیت‌ها سبب محدودیت روابط اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، شرایط بد کاری، حقوق نامناسب، درآمد کم و تغذیه نامناسب این گروه‌ها شده که خود می‌تواند اثرات منفی بر سلامت جسمی و روان شناختی آنان ایجاد نماید (گری، همستورم، پتر و واگرو<sup>۲۳</sup>، ۲۰۰۶). پژوهش حیدرنیا و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد که محرومیت، سبب کاهش کیفیت زندگی وابسته به سلامت است و میزان بخت گروه محروم، نسبت به گروه کنترل (افراد عادی) برای پیامد نامطلوب خلاصه سنجش سلامت روانی<sup>۲۴</sup> (MCS) ۱۵ برابر بود. در این مناطق با توجه به وجود محرومیت، تقاضاهای کاری مطلوب، بالقوه تعداد کمتری دارد (آیبنر، استرام و گرسنز<sup>۲۵</sup>، ۲۰۰۴). هم‌چنین در این مناطق میزان فقدان و شکست به دلیل نبود امکانات، بیشتر است و بنابراین استفاده از راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف و عدم اشتیاق به هدف نیز بیشتر است، زیرا هاگهازن و اسپالز (۱۹۹۹) معتقدند این راهبردها بیشتر در مواقع فقدان یا شکست مورد استفاده قرار می‌گیرند. به ویژه راهبرد کنترل جبرانی ثانویه، باید در این مناطق بیشتر استفاده شود زیرا این راهبرد شامل راهبردهای خود حمایتگرانه شامل کاهش ادراک کنترل و نسبت دادن شکست به نیروهای بیرونی و مقایسه‌های اجتماعی نزولی نیز می‌شود که اثرات بالقوه منفی شکست روی منابع انگیزشی مهم تعادل عاطفی و عزت نفس را کاهش می‌دهد (پولین<sup>۲۶</sup>، هاس و هاگهازن، ۲۰۰۵).

آنچه در این بین اهمیت دارد، نحوه برخورد افراد با تغییر تقاضاهایی است که احیاناً می‌تواند اهداف افراد و احتمال دستیابی به آنها را متأثر سازد. اشتیاق و انگیزه افراد برای هدف، ادراک آنان را برای کنترل شرایط و استفاده از راهبردهای کنترلی تحت تأثیر قرار می‌دهد (هاس، هاگهازن و کلر<sup>۲۷</sup>، ۲۰۰۸). مادامی که اشتیاق به هدف وجود دارد فرد مثلاً از طریق تلاش و کوشش بر محیط عمل می‌کند (کنترل انتخابی اولیه)، اگر منابع درونی ناکافی باشد، از منابع بیرونی درخواست کمک می‌کند (کنترل جبرانی اولیه). اگر هم چنان دستیابی به هدف ممکن نشد، فرد اشتیاق به هدف را با بیش برآورد کردن ارزش آن در سطحی بالا ننگه می‌دارد (کنترل انتخابی ثانویه). اما اگر فرد به این نتیجه برسد که دستیابی به هدف ممکن نیست احساس شکست و ناکامی می‌کند. طبق فرضیه ناکامی - پرخاشگری<sup>۲۸</sup> دالارد، داب، میلر، ماور و سی ریز<sup>۲۹</sup> (۱۹۳۹) ناکامی می‌تواند منجر به پرخاشگری شود (صدرایی نژاد و افشار، ۱۳۹۰). پرخاشگری و خشم، سلامت جسم و روان را به مخاطره می‌اندازد (پوت واین و سامونز، ۱۳۸۶) و بنابراین فرد برانگیخته می‌شود تا اثر آن را بر خود کاهش دهد. در نتیجه، فرایند

<sup>۲۳</sup>. Geyer, Hemstrom, Peter, & Vagero

<sup>۲۴</sup>. Mental Component Summary

<sup>۲۵</sup>. Eibner, Sturm, & Gresenz

<sup>۲۶</sup>. Poulin

<sup>۲۷</sup>. Köller

<sup>۲۸</sup>. frustration – aggression hypothesis

<sup>۲۹</sup>. Dollard, Doob, Miller, Mower, and Sears

کنترل جبرانی ثانویه به کار می‌افتد و اشتیاق به هدف از بین می‌رود. در مناطق نابخوردار که امکان دستیابی به اهداف کمتر است، استفاده از راهبردهای کنترلی اشتیاق و عدم اشتیاق به هدف لزوم بیشتری می‌یابد. هرچند این راهبردها در کوتاه مدت قادر به حفظ فرد است، در درازمدت نمی‌تواند کارساز باشد و بنابراین آسیب سلامت جسم و روان افراد در مناطق نابخوردار بیشتر است. در صورتی که در مناطق برخوردار، هدف سهل الوصول تر است و نیاز افراد به استفاده از راهبردهای کنترلی کمتر است.

هدف پژوهش حاضر، مقایسه متغیرهای روان‌شناختی نظریه راهبردهای کنترلی در پهنه زندگی در دو جامعه برخوردار و نابخوردار ایران است که در چند سال اخیر تغییرات اجتماعی وسیعی را تحمل کرده‌اند. این تغییرات اجتماعی، به دلیل بیکاری فزاینده به دلیل تعطیلی بسیاری از صنایع و تغییرات سیاست‌های اقتصادی دولت‌ها و شرایط تحریم بین‌المللی پدید آمده است که در پژوهش حاضر هدف، مطالعه متغیرهای روان‌شناختی در مناطق برخوردار و غیر برخوردار ایران پس از این تغییرات اجتماعی است.

### فرضیه‌ها

بنابر آنچه تاکنون مطرح شد فرضیه‌های پژوهش به صورت زیر خواهد بود:

**فرضیه ۱: رابطه الف)** تقاضاهای کاری مرتبط با تغییرات اجتماعی و **ب)** راهبردهای کنترلی عدم اشتیاق به هدف با سلامت روان شناختی در سطح فردی، منفی و **رابطه ج)** راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف با سلامت روان شناختی در سطح فردی، مثبت است.

**فرضیه ۲: تقاضاهای کاری با الف)** اشتیاق به هدف و **ب)** عدم اشتیاق به هدف در پیش‌بینی سلامت روان شناختی در سطح فردی تعامل می‌کنند.

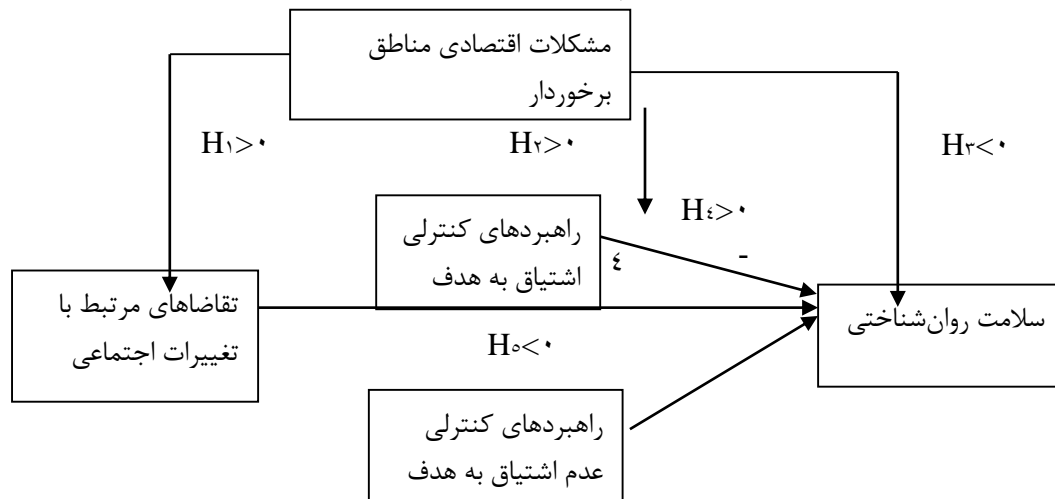
**فرضیه ۳: الف)** سطوح تقاضای کاری مرتبط با تغییرات اجتماعی، **ب)** سطوح راهبرد کنترلی اشتیاق به هدف، **ج)** سطوح راهبرد کنترلی عدم اشتیاق به هدف، در بین افراد در مناطق نابخوردار اقتصادی نسبت به مناطق برخوردار، بیشتر و **ه)** سطوح سلامت روان شناختی در این مناطق نسبت به مناطق برخوردار کمتر است.

**فرضیه ۴: بین الف)** تقاضای کاری مرتبط با تغییرات اجتماعی و **ب)** راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف در سطح منطقه با سلامت روان رابطه وجود دارد.

**فرضیه ۵: تقاضاهای کاری با الف)** اشتیاق به هدف و **ب)** عدم اشتیاق به هدف در پیش‌بینی سلامت روان شناختی در سطح منطقه تعامل می‌کنند.

می‌توان فرضیه‌ها و جهت رابطه‌ها را طبق نمودار زیر نشان داد:

شکل ۱- فرضیه‌های پژوهش



$$H_1 < 0$$

## روش و ابزار

جامعه و نمونه: نمونه پژوهش شامل ۱۱۸۸ نفر از کارکنان سازمان‌ها و شرکت‌های مختلف از سراسر ایران بوده است که به صورت زیر انتخاب شده‌اند. شیخ بیگلو، تقوایی و وارثی (۱۳۹۱) در یک پژوهش، جهت تعیین میزان توسعه یافتگی شهرستان‌ها، تعداد ۵۴ شاخص توسعه مربوط به بخش‌های کشاورزی، اجتماعی/فرهنگی، درمانی، آموزشی، مسکن، اقتصادی و زیربنایی، تدوین کردند و مناطق توسعه یافته (برخوردار) یا توسعه نیافته (نابرخوردار) را شناسایی نمودند. بر اساس یافته‌های شیخ بیگلو، تقوایی و وارثی (۱۳۹۱)، مناطق برخوردار و نابرخوردار بر اساس فاصله هر شهرستان از ایده‌آل (di) محاسبه گردید که هر چقدر این مقدار کمتر باشد (به صفر نزدیک‌تر باشد)، آن منطقه برخوردارتر و هر چقدر به واحد نزدیک‌تر شود، نابرخوردار است. بر این اساس، آنها ۳۳۶ شهرستان را رتبه‌بندی کرده‌اند. بر اساس اعتبار نمره، دانشجویان روان‌شناسی دانشگاه اصفهان و بر اساس محل سکونت، در جمع‌آوری داده‌ها شرکت جستند. نمونه‌ها شامل مناطق برخوردار تهران (رتبه ۲، d=۰/۳۷)، اصفهان (رتبه ۳، d=۰/۳۸)، سمنان (رتبه ۶، d=۰/۳۹)، کاشان (رتبه ۸، d=۰/۳۹)، قزوین (رتبه ۱۲، d=۰/۴۱)، شهرضا (رتبه ۱۶، d=۰/۴۲)، خوانسار (رتبه ۱۸، d=۰/۴۲)، اردستان (رتبه ۲۸، d=۰/۴۳)، اهواز (رتبه ۴۸، d=۰/۴۵)، آباده (رتبه ۶۰، d=۰/۴۵)، خمینی شهر (رتبه ۶۶، d=۰/۴۶)، کرمانشاه (رتبه ۸۶، d=۰/۴۸)، فریدن (رتبه ۹۱، d=۰/۴۹)، تیران و کرون (رتبه ۱۰۸، d=۰/۵۰)، ملایر (رتبه ۱۲۲، d=۰/۵۱)، مرودشت (رتبه ۱۲۸، d=۰/۵۱)، الیگودر (رتبه ۱۳۷، d=۰/۵۲)، ایلام (رتبه ۱۴۶، d=۰/۵۳)، نهاوند (رتبه ۱۶۷، d=۰/۵۴) و رامهرمز (رتبه ۱۶۷، d=۰/۵۴) بود. مناطق نابرخوردار شامل مهاباد (رتبه ۱۹۴، d=۰/۵۶)، تربت حیدریه (رتبه ۲۰۴، d=۰/۵۶)، سلماس (رتبه ۲۱۳، d=۰/۵۷)، دیلم (رتبه ۲۱۶، d=۰/۵۷)، پلدختر (رتبه ۲۷۲، d=۰/۶۱)، جیرفت (رتبه ۲۷۶، d=۰/۶۱)، داراب (رتبه ۲۷۲، d=۰/۵۸)، مریوان (رتبه ۲۲۵، d=۰/۵۸)، لالی (رتبه ۳۱۴، d=۰/۶۷)، آبادان (رتبه ۲۵۰، d=۰/۵۹)، لردگان (رتبه ۲۵۴، d=۰/۵۹)، زاهدان (رتبه ۲۶۱، d=۰/۶۰)، دهلران (رتبه ۲۸۵، d=۰/۶۲)، زابل (رتبه ۲۸۷، d=۰/۶۳)، باغ ملک (رتبه ۲۸۸، d=۰/۶۳)، گیلان غرب (رتبه ۲۹۶، d=۰/۶۳)، ایرانشهر (رتبه ۳۲۱، d=۰/۶۹)، کوهرنگ (رتبه ۳۲۵، d=۰/۷۱)، چابهار (رتبه ۳۳۰، d=۰/۷۳)، سراوان (رتبه ۳۳۲، d=۰/۷۴) بودند. مناطق برخوردار و نیمه برخوردار بر اساس شاخص d به ۱۰ زیر منطقه تقسیم و از هر زیر منطقه ۱۲۰ نفر انتخاب شدند (هر زیر منطقه ۴ شهرستان). در انتخاب، از شیوه تصادفی استفاده نشد و با توجه به اهداف پژوهش، شیوه هم‌تاسای به کار گرفته شد. با توجه به متغیرهای تأثیرگذار بر متغیر وابسته هم‌تاسازی در متغیرهای جنس، سابقه خدمت، نوع شغل و درآمد صورت گرفت. همه افراد انتخاب شده مرد و سنوات استخدام آنها بین ۵ تا ۱۰ سال بود. نوع شغل آنها هم متوازن شده بود. با توجه به اینکه در مناطق برخوردار و نابرخوردار، تجانس از این نظر وجود نداشت، حدود ۷۰ درصد آنها از کارکنان شرکت‌های خدمات شهری دولتی (برق، گاز، مخابرات، بهداشت و بیمارستان‌ها) و ۳۰ درصد باقیمانده از کارکنان بخش‌های خصوصی انتخاب شدند. نقاط دور افتاده در درآمد هم از ابتدا حذف شدند. داده‌های حاصل نشده ۱۲ عدد بود که مجموع داده‌ها را به ۱۱۸۸ رسانید. میانگین سنی داوطلبان ۲۹/۳۸ سال و میانگین سنوات استخدام آنها ۷/۱۷ سال (با انحراف معیار به ترتیب ۳/۶۹ و ۱/۶۵) بود.

شرکت کنندگان در پژوهش به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند که عبارت بودند از:

۱. پرسشنامه‌های تقاضاهای کاری: برای سنجش تقاضاهای کاری از پرسشنامه سلیرزاین و همکاران (۲۰۰۶) استفاده شد که برای سنجش تقاضاهای کاری، دارای ۶ سؤال است و توسط شرکت کنندگان روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از (۱= کاملاً متفاوت از وضعیت فعلی من است تا ۵= در مورد وضعیت من کاملاً صادق است) پاسخ داده می‌شود. شرکت کنندگان باید پاسخ می‌دادند که در یک بازه زمانی ۲ سال اخیر (هنگامی که دو سال اخیر را در نظر می‌گیرم) هر یک از تغییرات در چه سطحی رخ داده است:

- ۱- جایی که در آن بتوانم کاری پیدا کنم، کمتر شده است.
  - ۲- امکان کنار گذاشته شدن از شغل فعلی که به آن مشغولم زیادتر شده است.
  - ۳- ناگزیر شده‌ام در شرکت در مشاغل سطح پایین تر از شایستگی خود کار کنم.
  - ۴- به دلیل کاهش کار ارجاع شده، اضافه کاری کمتر از گذشته شده است.
  - ۵- آینده‌سیر شغلی روشن نیست؛ به همین دلیل نمی‌توانم برای آینده شغلی خود برنامه‌ریزی کنم.
  - ۶- مسیر شغلی من در معرض تغییرات غیر منتظره، بی‌ثبات شده و امور غیر قابل انتظار بر آن اثر می‌گذارد.
۲. راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف: پرسشنامه راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف پینکورات و همکاران (۲۰۰۹) برای سنجش این راهبردها مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه دارای ۹ گویه است. این پرسشنامه توسط شرکت کنندگان روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای (از ۱= بسیار مخالف تا ۵= بسیار موافق) پاسخ داده می‌شود. ۹ گویه این مقیاس، هر سه مفهوم کنترل اولیه و ثانویه انتخابی و کنترل اولیه جبرانی را در بر می‌گیرد، نمونه‌ای از این گویه‌ها عبارت است از: «آماده‌ام که در جهت یافتن راه حل خوب برای وضعیتم، تلاش خوبی انجام دهم»
۳. راهبردهای کنترلی عدم اشتیاق به هدف: راهبردهای کنترلی عدم اشتیاق به هدف نیز توسط پرسشنامه پینکورات و همکاران (۲۰۰۹) سنجیده شد که به همین منظور طراحی شده است. پرسشنامه مذکور دارای ۶ گویه است و روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای (از ۱= بسیار مخالف تا ۵= بسیار موافق) پاسخ داده می‌شود. این راهبرد، مربوط به کنترل ثانویه جبرانی (به زبان هاکهازن) است. نمونه‌ای از این گویه‌ها بدین شرح است: «اگر نتوانستم برای وضعی که در آن قرار دارم راه حلی پیدا کنم، مشکل موقعیت را به فراموشی می‌سپارم (به جای پیدا کردن راه حل، صورت مسئله را پاک می‌کنم).»
۴. سلامت روان‌شناختی: ابزار سنجش سلامت روان‌شناختی شامل ۱۰ سؤال است که دو بعد مهم سلامت روان‌شناختی، شامل خشنودی از زندگی و تعادل بین عواطف مثبت و منفی را در یک طیف لیکری ۷ درجه‌ای مورد سنجش قرار می‌دهد. این مقیاس توسط پژوهشگران برای پژوهش حاضر ساخته شده و ضریب اعتبار همزمان آن بر روی یک نمونه مستقل دانشجویی برای عواطف مثبت (۰/۵۸)، عواطف منفی (۰/۶۱-) و با خشنودی از زندگی (به نقل از ابوالقاسمیان) برابر ۰/۶۸ و با مقیاس سرزندگی برابر ۰/۷۱ بوده است.
۵. متغیر مرتبط با شرایط اقتصادی منطقه برخوردار/نیمه برخوردار شامل درصد افراد بیکار و درصد افراد تحت پوشش کمیته امداد (به ازای هر نفر ساکن منطقه ۱۰۰۰) بود. این آمارها از همین مناطق و با توجه به آمار اداره کار و کمیته امداد امام خمینی به دست آمده و با توجه به همبستگی بالای آنها ( $R=0.63$ ,  $p<0.001$ ) تراز شده و با تبدیل به  $Z=(x/s)/z$  با یکدیگر جمع شده و به عنوان شاخص وضعیت اقتصادی به کار رفت. این روش توسط برگ<sup>۳</sup> (۲۰۰۳) و خو<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) به کار رفته است.

۳۰. Birg

۲. Xu



جدول ۱- شاخص‌های روانسنجی ابزارهای مورد استفاده در پژوهش

| ضریب اعتبار در پژوهش عریضی و براتی (۱۳۹۲) | پایایی بازآزمایی در پژوهش عریضی و براتی (۱۳۹۲) | پایایی $\alpha$ کرونباخ در پژوهش حاضر | پایایی $\alpha$ کرونباخ در پژوهش عریضی و براتی (۱۳۹۲) | پایایی در پژوهش‌های سازندگان ابزارها | نام سازندگان ابزارها      | تعداد سؤال | مقیاس                              |
|---|--|---------------------------------------|---|--------------------------------------|---------------------------|------------|------------------------------------|
| ۰/۴۸                                      | ۰/۸۱   | ۰/۸۳                                  | ۰/۸۳  | ۰/۸۸                                 | سلیرزاین و همکاران (۲۰۰۶) | ۶          | تقاضاهای کاری                      |
| ۰/۵۲                                      | ۰/۸۳   | ۰/۸۴                                  | ۰/۸۴  | ۰/۸۷                                 | پینکورات و همکاران (۲۰۰۹) | ۹          | راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف     |
| ۰/۴۹                                      | ۰/۸۱   | ۰/۸۱                                  | ۰/۷۹  | ۰/۸۳                                 | پینکورات و همکاران (۲۰۰۹) | ۶          | راهبردهای کنترلی عدم اشتیاق به هدف |
| -   | -  | ۰/۸۸                                  | -   | ۰/۹۰                                 | محقق ساخته                | ۱۰         | سلامت روان‌شناختی                  |

در جدول ۱ شاخص‌های روان‌سنجی ابزارهای مورد استفاده در پژوهش آورده شده است. تعداد سؤالات هر پرسشنامه و سازنده آن مشخص است. هم‌چنین ضرایب پایایی در پژوهش اصلی، پژوهش‌های پیشین و پژوهش حاضر نشان‌دهنده کفایت ابزار است. ضرایب اعتبار نیز با توجه به تعداد سؤالات در حد مطلوبی است.

## روش‌های تحلیل آماری

روش مدل‌سازی خطی سلسله مراتبی<sup>۳۲</sup> (HLM) برای تحلیل داده‌ها به کار رفت. در این روش، متغیرهای دو سطح وارد مدل می‌شوند که متغیرهای سطح (۱) یا فردی در سطح (۲) آشیانی می‌شوند. این روش مثلاً در مطالعات روان‌شناسی مدرسه هنگامی که افراد (سطح ۱) درون کلاس‌ها (سطح ۲) و کلاس‌ها درون مدرسه‌ها (سطح ۳) آشیانی می‌شوند کاربرد دارد. در اینجا افراد در مناطق اقتصادی آشیانی شده‌اند. مدل‌های تحلیل آماری HLM در جدول ۲ آمده است:

جدول ۲- مدل‌های تحلیل آماری HLM

| سطح         | معادله  | توضیح  |
|-------------|---|--|
| اول (فردی)  | $E_i + (\text{تقاضا} \times \text{عدم اشتیاق به هدف}) + \beta_0 + \beta_1(\text{تقاضا} \times \text{اشتیاق}) + \beta_2(\text{راهبردهای کنترلی} \times \text{عدم اشتیاق}) + \beta_3(\text{راهبردهای کنترلی} \times \text{اشتیاق}) + \beta_4(\text{راهبردهای کنترلی}) + \beta_5 = \beta_0 + \beta_1$<br>کنترل روان‌شناختی | $E_i$ خطای تصادفی با مقدار انتظاری صفر<br>$\beta_i$ ها ضرایب استاندارد رگرسیون             |
| دوم (منطقه) | $E_{1i} + E_{2i}(\text{فقر/بیکاری}) + \gamma_0 + \gamma_1 = \gamma_0 + \gamma_1$<br>$E_{1i} = \gamma_0 + \gamma_1$<br>$E_{2i} = \gamma_0 + \gamma_1$<br>$\beta_i = \gamma_0 + \gamma_1$<br>$\gamma_0$ از ضرایب $\beta$ به دست می‌آیند   | $E_{1i}$ خطای تصادفی با مقدار انتظاری صفر<br>$\gamma_0$ ها از ضرایب $\beta$ به دست می‌آیند |

برای تحلیل مدل‌سازی آماری، از نرم افزار HLM6,3 (رادنبوش و بورک، ۲۰۰۲) استفاده شد.

### یافته‌ها

نتایج حاصل از تحلیل‌های آماری در جدول‌های زیر آمده است.

جدول ۳- میانگین، انحراف معیار، خطای معیار اندازه‌گیری و ضریب تغییرات متغیرهای پژوهش

| مقیاس                              | میانگین | انحراف معیار | خطای معیار اندازه‌گیری | ضریب تغییرات | شاخص‌های تأییدی مدل یک بعدی |       |      |
|------------------------------------|---------|--------------|------------------------|--------------|-----------------------------|-------|------|
|                                    |         |              |                        |              | X <sup>2</sup> /df          | RMSEA | CFI  |
| تقاضاهای کاری                      | ۲/۱۶    | ۲/۲۴         | ۰/۹۶                   | ۱/۰۳         | ۰/۸۷                        | ۰/۰۵  | ۱/۹۶ |
| راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف     | ۵۱/۳۳   | ۸/۶۹         | ۳/۵۶                   | ۰/۱۶         | ۰/۹۱                        | ۰/۰۳  | ۲/۰۴ |
| راهبردهای کنترلی عدم اشتیاق به هدف | ۱۹/۲۶   | ۸/۴۳         | ۳/۶۲                   | ۰/۴۳         | ۰/۸۶                        | ۰/۰۶  | ۲/۲۶ |
| سلامت روان‌شناختی                  | ۵۶/۳۴   | ۹/۲۳         | ۳/۶۹                   | ۰/۱۶         | ۰/۹۲                        | ۰/۰۴  | ۲/۱۶ |
| شاخص تراز فقر/بیکاری               | ۰/۰۱    | ۱/۷۶         | -                      | -            | -                           | -     | -    |

در جدول میانگین، انحراف معیار، خطای معیار اندازه‌گیری و ضریب تغییرات متغیرهای پژوهش آورده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود کمترین میانگین مربوط به تقاضاهای کاری و بیشترین مقدار آن به راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف مربوط است. برعکس، بیشترین پراکندگی مربوط به راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف و کمترین پراکندگی مربوط به تقاضاهای کاری است. این جدول، شاخص‌های تأییدی مدل یک بعدی را نیز نشان می‌دهد. بالا بودن مقدار شاخص عامل

<sup>۳۲</sup>. hierarchical liner modeling

تأییدی (CFI<sup>۳۳</sup>) (مثلاً برای تقاضاهای کاری ۰/۸۷) (بتلر و بنت<sup>۳۴</sup>، ۱۹۸۰) و پایین بودن شاخص تقریب خطای استاندارد ریشه میانگین (RMSEA<sup>۳۵</sup>) (مثلاً برای تقاضاهای کاری ۰/۰۵) (برآون و کودک<sup>۳۶</sup>، ۱۹۹۳) و هم‌چنین میزان سطح آماری آماره  $\chi^2/df$  دو تقسیم بر درجه آزادی (نشان می‌دهد که الگوی ارتباطی از برازش مطلوب برخوردار است. مجذور  $\chi^2/df$  را «شاخص بد» برازش نیز نامیده‌اند، زیرا معنی‌داری آن نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار بین کوواریانس برآورد شده و مشاهده شده است که به دلیل بستگی آن به حجم نمونه، با افزایش آن همواره معنی‌دار می‌شود. به همین دلیل از شاخص  $\chi^2/df$  استفاده شد که آربوکل (۲۰۰۵) مقدار بالاتر از ۲ را به خوبی برازش پیشنهاد می‌کند.

جدول ۴- نتایج رگرسیون سلسله مراتبی برای تأثیر راهبردهای کنترلی و تقاضاهای مرتبط با کار بر سلامت روان‌شناختی

| نوع اثر | $\Delta R^2$ | F      | $\beta$ | نسبت t  |
|---------|--------------|--------|---------|---------|
| اصلی ۱  | -            | ۴/۹۶** | ۰/۴۱    | ۶/۴۵**  |
| اصلی ۲  | ۰/۰۷         | ۶/۵۸*  | -۰/۲۱   | -۴/۳۷** |
| اصلی ۳  | ۰/۰۵         | ۷/۴۱** | ۰/۱۲    | ۴/۳۹**  |
| تعاملی  | ۰/۰۳         | ۶/۵۴   | ۰/۰۷    | ۱/۴۲    |
| تعاملی  | ۰/۰۲         | ۸/۳۳   | ۰/۱۵    | ۵/۲۲**  |

\*\*=  $p < 0,01$       \* =  $p < 0,05$

برای پیش‌بینی سلامت روان‌شناختی به وسیله متغیرهای راهبردهای کنترلی و تقاضاهای مرتبط با کار از رگرسیون سلسله مراتبی استفاده شد. برای بررسی تأثیر تقاضاهای کاری، ابتدا این متغیر و سپس متغیرهای راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف و عدم اشتیاق به هدف وارد شدند. همان‌طور که در سطر اول مربوط به متغیر تقاضاهای کاری ملاحظه می‌گردد ضرایب F و t معنی‌دار است و بنابراین قسمت الف فرضیه ۱، مبنی بر وجود رابطه بین تقاضاهای کاری و سلامت روان تأیید می‌گردد. سطر بعدی، نتایج تحلیل رگرسیون را برای متغیر راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف نشان می‌دهد. در اینجا نیز ضرایب مذکور، معنی‌دار است و بنابراین قسمت ج فرضیه ۱ نیز تأیید می‌شود و می‌توان نتیجه گرفت که بین راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف و سلامت روان رابطه وجود دارد. در سطر بعدی نیز ضرایب F، t معنی‌دار است و بنابراین قسمت ب فرضیه ۱، مبنی بر وجود رابطه بین راهبردهای کنترلی عدم اشتیاق به هدف و سلامت روان تأیید می‌گردد. در مورد اثرات تعاملی، اثر تعاملی بین تقاضاهای کاری و اشتیاق به هدف با سلامت روان در سطر بعدی معنی‌دار نیست و بنابراین قسمت الف فرضیه ۲ رد می‌شود، اما اثر تعاملی بین تقاضاهای کاری و عدم اشتیاق به هدف با سلامت روان در سطر آخر، معنی‌دار است و قسمت ب فرضیه ۲ تأیید می‌گردد.

جدول ۵- تفاوت‌های منطقه‌ای در سطوح تقاضاهای کاری ادراک شده، راهبردهای کنترل و سلامت روان‌شناختی (HLM)

| متغیر وابسته (سطح ۱) | تقاضاهای کاری ادراک شده | راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف | راهبردهای کنترلی عدم اشتیاق به هدف | سلامت روان‌شناختی |
|----------------------|-------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------|
|----------------------|-------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------|

<sup>۳۳</sup>. Confirmatory Factor Index

<sup>۳۴</sup>. Bentler & Bonett

<sup>۳۵</sup>. Root Mean of Standard Error Approximation

<sup>۳۶</sup>. Chen & Hung

<sup>۳۷</sup>. Bajor & Baltes

<sup>۳۸</sup>. Browne & Cudeck

| خطای استاندارد  | ضریب استاندارد | خطای استاندارد  | ضریب استاندارد | خطای استاندارد  | ضریب استاندارد | خطای استاندارد  | ضریب استاندارد | متغیرهای مستقل (سطح)<br>(۳) |
|-----------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------------------|
| SE <sub>f</sub> | γ <sub>f</sub> | SE <sub>r</sub> | γ <sub>r</sub> | SE <sub>r</sub> | γ <sub>r</sub> | SE <sub>1</sub> | γ <sub>1</sub> |                             |
| ۰/۰۱۶           | ۰/۰۰۹          | ۰/۰۱۹           | -۰/۰۱۷         | ۰/۰۳۱           | /۰۷۱*          | ۰/۰۴۸           | ۰/۱۰۸*         |                             |

\*= p<۰,۰۵

در جدول ۵ برای بررسی تفاوت‌های منطقه‌ای در سطوح تقاضاهای کاری ادراک شده، راهبردهای کنترل و سلامت روان‌شناختی ضرایب استاندارد گاما (γ) و خطای استاندارد برای هر متغیر داده شده است. این ضرایب در ستون‌های مربوط به تقاضاهای کاری ادراک شده و با توجه به مقدار p که از ۰/۰۵ کوچک‌تر است نشان می‌دهد که تقاضاهای کاری ادراک شده در دو منطقه تفاوت دارد و قسمت الف فرضیه ۳ تأیید می‌شود. همچنین این ضرایب در ستون‌های مربوط به راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف و با توجه به مقدار p که از ۰/۰۵ کوچک‌تر است نشان می‌دهد که راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف در دو منطقه تفاوت دارد و قسمت ب فرضیه ۳ نیز تأیید می‌شود. این ضرایب در ستون‌های مربوط به راهبردهای کنترلی عدم اشتیاق به هدف و سلامت روان‌شناختی با توجه به معنی‌دار نشدن p که از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است نشان می‌دهد که راهبردهای کنترلی عدم اشتیاق به هدف و سلامت روان‌شناختی در دو منطقه تفاوت ندارد و قسمت‌های ج و ه فرضیه ۳ رد می‌شود.

جدول ۶- اثرات ویژگی‌های منطقه (برخوردار/ نابخوردار) بر رابطه بین تقاضاهای ادراک شده، راهبردهای کنترلی و سلامت روان‌شناختی (HLM)

| β <sub>۳</sub> (عدم رابطه) |                | β <sub>۲</sub> (رابطه راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف با سلامت روان‌شناختی) |                | β <sub>۱</sub> (رابطه سطح تقاضاهای کاری با سلامت روان‌شناختی) |                | متغیر وابسته (سطح ۱)   |
|----------------------------|----------------|--|----------------|---|----------------|------------------------|
| SE <sub>r</sub>            | γ <sub>r</sub> | SE <sub>r</sub>  | γ <sub>r</sub> | SE <sub>1</sub>   | γ <sub>1</sub> | متغیرهای مستقل (سطح ۲) |
| ۰/۰۲۵                      | ۰/۰۴۱          | ۰/۰۲۳  | -۰/۰۶۱*        | ۰/۰۱۲   | ۰/۰۲۹***       |                        |
| ۰                          | -              | ۰  |                |   |                |                        |

\*\*\*=p<۰,۰۰۱ \*= p<۰,۰۵

در جدول ۶ برای بررسی اثرات ویژگی‌های منطقه (برخوردار/ نابخوردار) بر رابطه بین تقاضاهای ادراک شده، راهبردهای کنترلی و سلامت روان‌شناختی ضرایب استاندارد گاما (γ) و خطای استاندارد برای هر متغیر آورده شده است. در ستون اول، ضرایب مذکور در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است و بنابراین رابطه بین سلامت روان‌شناختی و تقاضاهای کاری در سطح منطقه معنی‌دار است و قسمت الف فرضیه ۴ تأیید می‌شود. در ستون دوم نیز ضرایب مذکور در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است و بنابراین رابطه بین راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف با سلامت روان‌شناختی در سطح منطقه معنی‌دار است و قسمت ب فرضیه ۴ تأیید می‌شود.

جدول ۷- اثر تعاملی تفاوت‌های منطقه‌ای بر سطوح تقاضاهای کاری ادراک شده، راهبردهای کنترل و سلامت روان‌شناختی (HLM)

| $\beta_0$ (شیب) |            | $\beta_0$ (اثر تعاملی تقاضا و عدم اشتیاق به هدف بر سلامت روان شناختی) |            | $\beta_1$ (اثر تعامل تقاضا و اشتیاق بر سلامت روان شناختی) |            | متغیرهای وابسته                 |
|-----------------|------------|---|------------|---|------------|---------------------------------|
| SE <sub>0</sub> | $\gamma_0$ | SE <sub>0</sub>   | $\gamma_0$ | SE <sub>1</sub>   | $\gamma_1$ | اثر تعاملی با متغیر مستقل سطح ۲ |
| ۰/۰۱۶           | -۰/۰۱۷     | ۰/۰۰۸   | ۰/۰۱۴*     | ۰/۰۰۹   | ۰/۰۰۳      |                                 |

\* =  $p < 0,05$

در جدول ۷ برای بررسی اثر تعاملی تفاوت‌های منطقه‌ای بر سطوح تقاضاهای کاری ادراک شده، راهبردهای کنترل و سلامت روان شناختی ضرایب استاندارد گاما ( $\gamma$ ) و خطای استاندارد برای هر متغیر ارائه شده است. در ستون اول، ضرایب مذکور معنی‌دار نیست. یعنی اثر تعاملی تقاضا و اشتیاق به هدف بر سلامت روان شناختی در سطح منطقه نیز مانند سطح فردی معنی‌دار نیست و قسمت الف فرضیه ۵ رد می‌شود. اما در ستون دوم، ضرایب مذکور معنی‌دار است. یعنی اثر تعاملی تقاضا و عدم اشتیاق به هدف بر سلامت روان شناختی در مناطق نیز مانند سطح فردی معنی‌دار است و قسمت ب فرضیه ۵ تأیید می‌شود، یعنی در سطح منطقه در صورت تغییر تقاضاهای کاری، استفاده بیشتر از راهبردهای کنترلی عدم اشتیاق به هدف، باعث سلامت روان بیشتر می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به دنبال پیش‌بینی سلامت روان شناختی بر مبنای نظریه راهبردهای کنترل در پهنه زندگی در مناطق برخوردار و غیر برخوردار بود.

نتایج حاصل از جدول ۴ نشان داد که تقاضاهای کاری مرتبط با تغییرات اجتماعی با سلامت روان شناختی رابطه منفی دارد. سیلبرزاین و زینین (۲۰۱۳) در کتاب خود به این نکته اشاره می‌کنند که سازگاری روانی-اجتماعی<sup>۳۷</sup> برای افراد در هنگام تغییرات اجتماعی دشوارتر است. اگر تغییر تقاضاهای کاری منجر به افزایش ساعات کاری و احساس گرانباری<sup>۳۸</sup> کمی و کیفی شود (بهام، دروبنیک و پراگ<sup>۳۹</sup>، ۲۰۱۱)، می‌تواند رابطه مثبت با دیگران، تسلط بر محیط و احساس کنترل بر زندگی را کاهش دهد. بنابراین فرد برانگیخته می‌شود تا به منظور انجام وظایف، نیرو و توان بیشتری صرف کند. این عوامل برای فرد ایجاد استرس می‌کند و استرس و فشار، سلامت را از بین می‌برد (جانزن، مهاجارین و ژو<sup>۴۰</sup>، ۲۰۰۷). اما تغییر تقاضاهای کاری می‌تواند منجر به کمباری<sup>۴۱</sup> کمی و کیفی نیز گردد که این حالت نیز با کاهش احساس بامعنایی، اثربخشی و شایستگی در فرد، منجر به آسیب به سلامت روان وی می‌گردد.

از یافته‌های همان جدول، می‌توان نتیجه گرفت که راهبردهای کنترلی عدم اشتیاق به هدف با سلامت روان شناختی رابطه منفی دارد. یعنی هرگاه عدم اشتیاق به هدف افزایش یابد، سلامت روان شناختی کمتر است. زمانی که اشتیاق به هدف وجود ندارد (عدم اشتیاق به هدف)، راهبرد کنترل جبرانی ثانویه فعال می‌شود که شامل راهبردهای خود حمایت‌گرانه است. به عنوان مثال فرد، ادراک کنترل خود روی موقعیت را کاهش داده و شکست و فقدان را به نیروهای بیرونی نسبت می‌دهد تا اثرات بالقوه منفی شکست روی منابع انگیزشی مهم، تعادل عاطفی و عزت نفس را کاهش دهد. عدم اشتیاق به هدف منجر به

<sup>۳۷</sup>. psychosocial adaptation

<sup>۳۸</sup>. overload

<sup>۳۹</sup>. Beham, Drobnic, and Präg

<sup>۴۰</sup>. Janzen, Muhajarine, and Zhu

<sup>۴۱</sup>. underload

مقایسه‌های اجتماعی نزولی یعنی مقایسه‌هایی می‌شود که بالابردن خود را در زمینه‌هایی تسهیل می‌کند که فشارهای موقعیتی، امکان کنترل شخصی را محدود می‌کند و منابع عاطفی و انگیزشی برای حمایت از فرد در برابر اثرات منفی اهداف غیرقابل دستیابی لازم است (سوزا، موساپ و کومینز<sup>۴۲</sup>، ۲۰۱۰). این راهبرد، روشی برای حفظ عزت نفس است اما استفاده دراز مدت به هر حال پیامدهای منفی جدی برای فرد دارد.

در جدول ۴ رابطه راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف با سلامت روان‌شناختی مثبت است. یعنی وقتی اشتیاق به هدف بیشتر است، سلامت روان‌شناختی نیز بیشتر است. وقتی اشتیاق به هدف وجود دارد، سازوکارهای کنترلی فعال هستند، فرد از منابع محیطی در خواست کمک می‌کند (کنترل جبرانی اولیه)، تلاش و کوشش می‌نماید (کنترل انتخابی اولیه) و انگیزه فراوان برای دستیابی به هدف دارد. حتی اگر دستیابی به هدف دشوار باشد، فرد با بیش برآورد کردن ارزش هدف (کنترل جبرانی اولیه)، هم‌چنان خود را برای دستیابی به هدف، فعال نگه می‌دارد. همه اینها یعنی فرد احساس کنترل دارد که باعث ایجاد حس شایستگی و اثربخشی در وی می‌گردد و بنابراین سلامت روان‌شناختی‌اش بالاتر است (جهانبخش، عریضی، مولوی و نوری، ۱۳۸۸).

در جدول ۴ هم‌چنین اثر تعاملی تقاضاهای کار و راهبردهای کنترلی عدم اشتیاق به هدف بر سلامت روان‌شناختی معنی‌دار بود. یعنی در هنگام تغییر تقاضاهای کاری، استفاده بیشتر از راهبردهای کنترلی عدم اشتیاق به هدف، منجر به سلامت روان‌شناختی پایین‌تر می‌شود. تغییر تقاضاهای کاری به معنای محدود شدن فرصت‌ها برای دستیابی به اهداف است. در این هنگام فردی که تقاضاهای کاری‌اش تغییر یافته به طور مکرر در می‌یابد که باید دست از هدف بشوید و بنابراین برای اینکه بتواند از عزت نفس خود محافظت کند اشتیاق درونی به هدف را در خود می‌کشد (راهبرد کنترل جبرانی ثانویه) (هاکهازن و اسپالز، ۱۹۹۵). تکرار این فرایند به هر حال با احساسات منفی در مورد خود، مانند احساس عدم کنترل، عدم توانایی و عدم شایستگی همراه است که سلامت روان را کاهش می‌دهد (استنفورد و کندی<sup>۴۳</sup>، ۲۰۰۶).

نتایج حاصل از جدول ۵ نشان داد که سطوح تقاضای کاری مرتبط با تغییرات اجتماعی در بین افراد در مناطق نابرخوردار اقتصادی نسبت به مناطق برخوردار بیشتر است. بویل، نورمن و ریز<sup>۴۴</sup> (۲۰۰۴) نشان دادند که در مناطق نابرخوردار، رشد اقتصادی کمتر و ثبات شغلی وجود ندارد. هم‌چنین فرصت‌های شغلی اندک است. بنابراین تغییرات اجتماعی باعث تغییرات بیشتری در تقاضاهای کاری می‌گردد و در نتیجه در این مناطق افراد مجبورند پس از تغییرات اجتماعی در مشاغل سطح پایین‌تر، یا در همان مشاغل قبلی به صورت نیمه وقت کار کنند و می‌توان گفت تغییر تقاضاهای کاری در این مناطق بیشتر است (سیلبرزاین و همکاران، ۲۰۰۶).

در جدول ۵ نتایج هم‌چنان نشان داد که سطوح راهبرد کنترلی اشتیاق به هدف و عدم اشتیاق به هدف در بین مردم مناطق نابرخوردار نسبت به مناطق برخوردار بیشتر است. در این مناطق، میزان فقدان و شکست به دلیل نبود امکانات بیشتر است و بنابراین استفاده از راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف و عدم اشتیاق به هدف نیز بیشتر است، زیرا هاکهازن و اسپالز (۱۹۹۹) معتقدند این راهبردها بیشتر در مواقع فقدان یا شکست، مورد استفاده قرار می‌گیرند. زیرا این راهبردهای کنترلی، راهبردهای خودحمایتگرانه شامل کاهش ادراک کنترل و نسبت دادن شکست به نیروهای بیرونی و مقایسه‌های اجتماعی نزولی را در بر می‌گیرند که اثرات بالقوه منفی شکست روی منابع انگیزشی مهم تعادل عاطفی و عزت نفس را کاهش می‌دهد (پولین، هاس و هاکهازن، ۲۰۰۵).

<sup>۴۲</sup>. Souza, Mussap and Cummins

<sup>۴۳</sup>. Stansfeld & Candy

<sup>۴۴</sup>. Boyle, Norman & Rees

یافته‌های حاصل از جدول ۵ نشان داد که مشکلات اقتصادی با سلامت روان‌شناختی رابطه وارون دارد، یعنی معاش و سلامت رابطه مثبت دارند، به گونه‌ای که در مناطق نابرخوردار به دلیل مشکلات اقتصادی، سلامت روان‌شناختی کمتر است (جوردن، رودریک و مارتین<sup>۴۵</sup>، ۲۰۰۴). تحقیقات روان‌شناسی اجتماعی (مانند مرتون و کیت<sup>۴۶</sup>، ۱۹۵۰) به مسئله محرومیت نسبی<sup>۴۷</sup> اشاره می‌کنند که به معنای محرومیت ادراک شده از سوی افراد نسبت به افراد یا گروه‌های مرجع در این زمینه است. محرومیت نسبی از محرومیت متفاوت است و از ادراک افراد نشأت می‌گیرد. در مناطق نابرخوردار، علاوه بر وضعیت اقتصادی پایین و عدم وجود امکانات سلامت، ادراک محرومیت نسبی بیشتر است و بنابراین افراد، وضعیت سلامت جسم و روان نامطلوب‌تری دارند زیرا ادراک محرومیت نسبی با ادراک خود ارزشی پایین، و ناکامی‌های مکرر در دستیابی به اهداف همراه است (آیبنر، استرام و گرسنز، ۲۰۰۴).

از نتایج جدول ۶ می‌توان چنین استنباط کرد که بین تقاضای کاری مرتبط با تغییرات اجتماعی در سطح منطقه با سلامت روان رابطه وجود دارد. بدین معنی که تغییر تقاضاهای کاری در مناطق نابرخوردار، پیامدهای منفی بیشتری برای سلامت روان دارد. طبق مدل تقاضای کاری-منابع شغلی<sup>۴۸</sup>، تقاضاهای شغلی و منابع شغلی دو بعد از شغل هستند که در همه زمینه‌های سازمانی وجود دارند. هنگامی که تقاضاها تغییر می‌کنند، منابع شغلی مانند استقلال، خودمختاری و کنترل نیز باید برای کاهش اثرات این تغییر، تغییر یابد تا فرد از پیامدهای منفی در امان بماند (دمروتی و همکاران<sup>۴۹</sup>، ۲۰۰۱) و گرنه پیامدهای منفی، فرصت بروز پیدا می‌کنند. همان‌طور که پیش از این اشاره شد، در مناطق نابرخوردار با توجه به وجود محرومیت، این منابع میزان کمتری دارد (واینرایت و سورتیز<sup>۵۰</sup>، ۲۰۰۳). بنابراین راهبردهای کنترلی اولیه کارایی خود را از دست می‌دهند و فرد باید از راهبردهای کنترل ثانویه استفاده کند. کنترل اولیه اشاره به رفتارهایی دارد که به طور مستقیم بر محیط بیرونی، شامل تلاش برای تغییر جهان اثر می‌گذارد تا با نیازها و تمایلات افراد متناسب گردد. کنترل ثانویه فرایندهای درونی را هدف قرار می‌دهد و تلاش می‌کند اثر فقدان‌ها را کمینه سازد (هاکهازن و اسپالز، ۱۹۹۵) و بنابراین سلامت روان در معرض تخریب قرار می‌گیرد.

هم‌چنین می‌توان نتیجه گرفت که بین راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف در سطح منطقه با سلامت روان رابطه وجود دارد. بدین معنی که استفاده بیشتر از راهبردهای کنترلی در مناطق نابرخوردار، پیامدهای منفی بیشتری برای سلامت روان دارد. همان‌طور که قبلاً اشاره شد کنترل اولیه، دو نوع انتخابی و جبرانی دارد. «کنترل انتخابی اولیه» اشاره به سرمایه‌گذاری منابع رفتاری درونی از قبیل زمان، تلاش و مهارت در پیگیری هدف دارد. «کنترل جبرانی اولیه» هنگامی لازم است که منابع رفتاری که به صورت درونی موجودند، برای دستیابی به هدف کافی نیستند و منابع بیرونی باید به کار گرفته شود. در این حالت، اشتیاق به هدف هم‌چنان در سطح بالاتری از عدم اشتیاق به هدف قرار دارد. در واقع فرد برای دستیابی به هدف، هنوز انگیزه فراوان دارد و به دلیل ناکافی بودن منابع درونی برای دستیابی به هدف، از منابع بیرونی کمک می‌گیرد (هاکهازن و اسپالز، ۱۹۹۵). تحقیقات نشان می‌دهد که افراد مناطق نابرخوردار، محرومیت بیشتری دارند (آیبنر، استرام و گرسنز، ۲۰۰۴) و محرومیت به معنای منابع بیرونی کمتر است. این افراد پس از شکست در کنترل انتخابی اولیه برای دستیابی به هدف به دنبال منابع بیرونی خواهند بود (کنترل جبرانی اولیه)، اما با توجه به وجود محرومیت و نابرخورداری محیط، این منابع موجود

<sup>۴۵</sup>. Jordan, Roderick & Martin

<sup>۴۶</sup>. Merton & Kitt

<sup>۴۷</sup>. relative deprivation

<sup>۴۸</sup>. Job Demand-job resource

<sup>۴۹</sup>. Demerouti et al.

<sup>۵۰</sup>. Wainwright & Surtees

نخواهند بود. با این وجود اشتیاق به هدف وجود دارد و بنابراین این افراد چیزی را می‌خواهند که دستیابی به آن ممکن نیست و این زجر به معنای سلامت روان کمتر است.

هم‌چنین تقاضا و عدم اشتیاق به هدف در رابطه با سلامت روان شناختی در مناطق، با هم تعامل می‌کنند (یافته‌های جدول ۷)، یعنی در سطح منطقه در صورت تغییر تقاضاهای کاری، استفاده بیشتر از راهبردهای کنترلی عدم اشتیاق به هدف، باعث سلامت روان بیشتر می‌شود. همان‌طور که پیش از این اشاره شد، تقاضاهای کاری شامل جنبه‌های گوناگون شغل هستند که نیاز به مهارت و یا تلاش همه جانبه دارند و بنابراین با هزینه‌های فیزیولوژیکی یا روان‌شناختی همراه هستند. این تقاضاها ممکن است ذاتاً منفی باشند و با تغییر، تبدیل به فشارها شوند (نارگانگ، مورگسون و هوفمن، ۲۰۱۰). این فشارها در شاغل ممکن است به صورت کاهش سلامت روان شناختی نمایان شوند (استنفورد و کندی، ۲۰۰۶). هنگامی که تقاضاها تغییر می‌کنند، منابع شغلی مانند استقلال، خودمختاری و کنترل نیز باید برای کاهش اثرات این تغییر، تغییر یابد تا فرد از پیامدهای منفی در امان بماند (جهانبخش و همکاران، ۱۳۸۸) و گرنه پیامدهای منفی فرصت بروز پیدا می‌کند. در منطقه نابرخوردار، فرد درمی‌یابد که منابع لازم وجود ندارد و بنابراین راهبرد کنترل جبرانی ثانویه استفاده می‌شود. فرد اشتیاق به هدف را در خود از بین می‌برد و با استفاده از مقایسه‌های نزولی، راهبردهای خودحمایت‌گرانه را به کار می‌اندازد (هاکهازن و اسپالز، ۱۹۹۵) و در نتیجه سلامت روانش حفظ می‌شود.

### پیشنهادات

پژوهش حاضر برای اولین بار در ایران به بررسی سلامت روان در دو سطح فردی و منطقه‌ای پرداخت و این بزرگ‌ترین مزیت آن است. هم‌چنین بر اساس یافته‌های این پژوهش، توصیه‌های زیر قابل ارائه هستند:

۱- توجه به وضعیت اقتصادی کارکنان در مناطق نابرخوردار اهمیت بسیاری دارد. هر چند در این مناطق، راهبردهای کنترلی عدم اشتیاق به هدف می‌تواند توسط افراد برای کاهش پیامدهای منفی محرومیت استفاده شود، اما استفاده از این راهبرد در دراز مدت منجر به سلامت روان کمتر می‌شود.

۲- ارائه خدمات روانی-اجتماعی، مانند دوره‌های آموزش بهداشت روان برای بهبود وضعیت سلامت روان در این مناطق می‌تواند موثر باشد.



منابع

- ازکیا، مصطفی و غفاری، غلامرضا. (۱۳۹۲). جامعه‌شناسی توسعه، تهران: کیهان.
- پوت واین، دیوید، و سامونز، آیدن. (۱۳۸۶). روانشناسی و جرم، مترجم: نجفی توانا، داوود، تهران، نشر میزان.
- جهانبخش. سحر، عریضی. حمیدرضا، مولوی. حسین و نوری. ابوالقاسم. (۱۳۸۸). رابطه کنترل شغلی با سطح استرس و سلامت ذهن کارکنان شرکت پتروشیمی اصفهان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، سال ۲۷، شماره ۱۰۳: ۸۵۳-۸۴۱.
- حیدرنیا. محمدعلی، قائمیان. تهمینه، ابدی. علیرضا، فتحیان، سمیه و منتظری. علی. (۱۳۹۱). رابطه بین محرومیت (فقر اقتصادی) و کیفیت زندگی وابسته به سلامت. فصلنامه پایش، سال یازدهم، شماره چهارم: ۴۹۱-۴۹۵.
- شیخ بیگلورعنا، تقوایی مسعود، وارثی حمیدرضا. (۱۳۹۱). تحلیل فضایی محرومیت و نابرابری‌های توسعه در شهرستان‌های ایران. رفاه اجتماعی. ۱۲ (۴۶): ۲۴۵-۲۱۵.
- صدرایی نژاد، محمد و افشار، زینب. (۱۳۹۰). بررسی عوامل مؤثر بر درگیری‌های دسته جمعی در استان کهگیلویه و بویر احمد، مجموعه مقالات برگزیده نخستین همایش ملی نقش طوایف در پیشگیری از نزاع دسته جمعی، تهران، انتشارات زیتون سبز.
- عریضی. حمیدرضا و ابراتی. هاجر. (۱۳۹۲). بررسی ارتباط مقهضیات کار، راهبردهای کنترل اشتیاق به هدف، و مؤلفه عاطفه مثبت بهزیستی روانشناختی. پژوهش‌های روان‌شناختی. دوره ۱۶، شماره ۲: ۷-۲۳.
- فروم. اریک. (۱۳۸۷). گریز از آزادی. ترجمه عزت الله فولادوند. تهران: مروارید.
- Arbuckle, J.L. (۲۰۰۵). AMOS ۶.۰ user's guide. Chicago: SPSS. Bentler, P.M., & Bonett, D. G. (۱۹۸۰). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. Psychological Bulletin, ۸۸: ۵۸۸-۶۰۶.
- Bentler, P.M., & Bonett, D.G. (۱۹۸۰). Significance tests and goodness of fit in analysis of covariance structures. Psychological Bulletin, ۸۸: ۵۸۸-۶۰۶.
- Boyle, P., Norman, P., & Rees, P. (۲۰۰۴). Changing places: Do changes in the relative deprivation of areas influence limiting long-term illness and mortality among non-migrant people living in non-deprived households? Soc Sci Med; ۵۸: ۲۴۵۹-۲۴۷۱.
- Browne, M.W., & Cudeck, R. (۱۹۹۳). Alternative ways of assessing model fit. In K.A. Bollen & J.S. Long (Eds.), Testing structural equation models (pp. ۱۳۶-۱۶۲). Newby Park, CA: Sage.
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., et al. (۲۰۰۳). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial. Journal of Consulting & Clinical Psychology, ۷۱(۶), ۱۰۵۸-۱۰۶۷.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (۲۰۰۱). The job demands-resources model of burnout. Journal of Applied Psychology, ۸۶: ۴۹۹-۵۱۲.
- Diener, E., Locas, R.E. & Scollon, C.N. (۲۰۰۶). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. American Psychology, ۶۱: ۳۵-۳۱۴.
- Eibner, C., Sturm, R., Gresenz, C. R. (۲۰۰۴). Does Relative Deprivation Predict the Need for Mental Health Services? The Journal of Mental Health Policy and Economics, ۷, ۱۶۷-۱۷۵.
- Geyer, S., Hemstrom, O., Peter, R., & Vagero, D. (۲۰۰۶). Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. Journal of Epidemiology and Community Health, ۶۰: ۸۰۴-۱۰.

Haase, C. M., Heckhausen, J., & Köller, O. (۲۰۰۸). Goal engagement during the school-to-work transition: Beneficial for all, particularly for girls. *Journal of Research on Adolescence*, ۱۸, ۶۷۱-۶۹۸.

Haase, C. M., Heckhausen, J., & Silbereisen, R. K. (۲۰۱۲). The interplay of occupational motivation and well-being during the transition from university to work. *Developmental Psychology*, ۴۸, ۱۷۳۹-۱۷۵۱.

Hall, N. C., Chipperfield, J.G., Heckhausen, J. & Perry R.P. (۲۰۱۰). Control Striving in Older Adults With Serious Health Problems: A ۹-Year Longitudinal Study of Survival, Health, and Well-Being.

Haynes, T. L., Heckhausen, J., Chipperfield, J. G., Perry, R. P., & Newall, N. E. (۲۰۰۹). Primary and secondary control strategies: Implications for health and well-being among older adults. *Journal of Social and Clinical Psychology*, ۲۸, ۱۶۵-۱۹۷.

Heckhausen, J., and Schulz, R. (۱۹۹۵). A Life Span Theory of Control. *Psychological Review*, ۱۰۲: ۲۸۴-۳۰۴.

Heckhausen, J., and Schulz, R. (۱۹۹۹). The primacy of primary control is a human universal: A reply to Gould's (۱۹۹۹) critique of life-span theory of control. *Psychological Review*, ۱۰۶(۳): ۶۰۵-۶۰۹.

Jordan, H., Roderick, P., & Martin, D. (۲۰۰۴). The index of multiple deprivation ۲۰۰۰ and accessibility effects on health. *Journal of Epidemiology Community Health*; ۵۸: ۲۵۰-۲۵۷.

Klehe, U., Zikic, J., Van Vianen, A. E.M., & De Pater, I. E. (۲۰۱۱). Career adaptability, turnover and loyalty during organizational downsizing, *Journal of Vocational Behavior*, ۷۹(۱): ۲۱۷-۲۲۹.

Körner, A., Silbereisen, R. K., & Canter, U. (۲۰۱۲). Work-related Demands Emanating from social change and their relation to trait-like and occasion specific aspect of subjective well-being. *Social Indicators Research*. ۱۱۰(۱): ۲۲۶-۲۳۷.

Körner, A., Reitzle, M. and Silbereisen, R. K. (۲۰۱۱). Work-related demands and life satisfaction: The effects of engagement and disengagement among employed and long-term unemployed people. *Journal of Vocational Behavior*, ۸۰(۱): ۱۸۷-۱۹۶.

Merton, R.K., & Kitt, A.S. (۱۹۵۰). Contributions to the theory of reference group behaviors. In Merton, R.K. and Lazarsfeld, P.F. (eds.) *Continuities in Social Research: Studies in the Scope and Method of "The American Soldeir."* Glencoe, IL: The Free Press, ۱۹۵۰.

Nahrgang, J. D., Morgeson, F. P. & Hofmann, D. A. (۲۰۱۰). Safety at Work: A Meta-Analytic Investigation of the Link Between Job Demands, Job Resources, Burnout, Engagement, and Safety Outcomes, *Journal of Applied Psychology*: ۱-۲۴.

Poulin, M. J., Haase, C. M., & Heckhausen, J. (۲۰۰۵). Engagement and disengagement across the life span: An analysis of two-process models of developmental regulation. In W. Greve, K. Rothermund, & D. Wentura (Eds.), *The adaptive self: Personal continuity and intentional self-development* (pp. ۱۱۷-۱۳۵). Göttingen/New York: Hogrefe.

Rozhkova, M., And Murashkino, B. (۲۰۱۱). Measurement of the implicit and explicit achievement motive: New Perspectives. *Psychology of Excellence in Business and Education*. ۱-۲۱۱.

Silbereisen, R. K., and Xinyin C. (۲۰۱۳). **Social Change and Human Development: Concept and Results.** SAGE Publications Ltd .

Silbereisen, R. K., Best, H., & Haase, C. M. (۲۰۰۷). Agency and human development in times of social change [Special Section]. *International Journal of Psychology*, ۴۲, ۷۳-۱۱۵.

Silbereisen, R.K., Pinguort, M., Reitzel, M., Tomasik, M. J., Fabel, K., and Grumer, S. (۲۰۰۶). Psychological resource and coping with change. *Mitteilungendes SFB*, ۵۸۰: ۱-۲۷.

Stansfeld, S., & Candy, B. (۲۰۰۶). Psychosocial work environment and mental health – a meta analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment, & Health*, ۳۲: ۴۴۳-۴۶۲.

Wainwright, N.W.J., & Surtees, P.G. (۲۰۰۳). Places, people, and their physical and mental functional health. *Journal of Epidemiology Community Health*; ۵۸: ۳۳۳-۳۳۹.

Wieber F., Thurmer, J. L. and Gollwitzer, P. M. (۲۰۱۲). Collective Action Control by Goals and Plans: Applying a Self-Regulation Perspective to Group Performance. *American Journal of Psychology*, ۱۲۵(۳): ۲۷۵-۲۹۰.

Wrosch, C., & Schulz, R. (۲۰۰۸). Health-engagement control strategies and ۷-year changes in older adults' physical health. *Psychological Science*, ۱۹, ۵۳۷-۵۴۱.

Wrosch, C., Schulz, R. and Heckhausen, J. (۲۰۰۲). Health stresses and depressive symptomatology in the elderly: The importance of health engagement control strategies, *Health Psychology*, ۲۱: ۳۴۰-۳۴۸.