

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

هاجر براتی<sup>2</sup>

سیدحمیدرضا عربی‌سامانی<sup>1</sup>

دکتری روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

دکتری روان‌شناسی و استاد گروه روان‌شناسی

دانشگاه اصفهان، نویسنده مسئول

(تاریخ دریافت: مهر 92، تاریخ پذیرش: آذر 92)

## 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 1188 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.

۱. آدرس الکترونیکی: [Dr.orezyi@edu.ui.ac.ir](mailto:Dr.orezyi@edu.ui.ac.ir)

۲. آدرس الکترونیکی: [dr.habarati@gmail.com](mailto: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 (1387). 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>1</sup> (2006) برای نخستین بار سعی کردند مطالعه‌ای روی منابع روان‌شناختی و تغییرات اجتماعی انجام دهند. آنها، در این تک‌نگاری مفصل (127 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 ویراستاری سیلبرزاین و زینکر (1999) 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

1. Silbereisen, Pinguort, Reitzel, Tomasik, Fabel, and Grumer

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 می‌گذارند. 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، 1392). 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 نابرخوردار در پژوهش حاضر) بر واکنش‌های روان‌شناختی افراد (به عنوان مثال سلامت روانی فرد در پژوهش حاضر) در دو منطقه به طور یکسان تأثیر گذار است؟ به نظر می‌رسد دو نظریه مهم روان‌شناختی می‌تواند در این زمینه مساعدت کند: اولی، نظریه نقطه تعادلی<sup>1</sup> (دینر، لوکاس و اسکولون<sup>2</sup>، 2006) و دومی نظریه مقایسه با پایین یا مقایسه نزولی<sup>3</sup> (کلارک، 2003؛ جفیری و مک دول، 2004) 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 دومی از پا درمی‌آید. 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 پایین‌تر 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

1. set point theory

2. Diener, Locas & Scollon

3. down ward comparison

گرفته روی تغییرات اجتماعی مانند تک نگاری سیلبرزاین و همکاران (2006) که در بالا بدان اشاره شد نشان داده‌اند که پیامدهای منفی در مناطق نابرخوردار بیشتر است، زیرا منابع روان‌شناختی در این مناطق کمتر هستند. بنابراین مسئله این است که برخورداری یا نابرخورداری منطقه اجتماعی، چه تأثیری بر سلامت روان‌شناختی افراد در زمان تغییرات دارد؟

### چارچوب نظری

همان‌گونه 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 اسچالز<sup>1</sup>، 1995) را پدید آورد که نیازمند توضیح بیشتری است. هاکهازن و اسچالز (1995) با تدوین نظریه «کنترل در طول زندگی»<sup>2</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>3</sup> مفهوم سازی شده است، در حالی که اثر رفتار کنترلی بر روی حالت ذهنی، عاطفه و انگیزه افراد «کنترل ثانویه»<sup>4</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، 1392). 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

1. Heckhausen and Schulz
2. Life Span Theory of Control
3. Primary Control
4. Secondary Control

جایگزین دیگری وجود دارند. این دو نوع کنترل، دست در دست هم عمل می‌کنند و در مقابل یکدیگر نیستند (هاکهازن و اسپالز، 1999). در واقع هنگامی که کنترل اولیه با شکست مواجهه می‌شود، کنترل ثانویه کارکرد 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، 1995).

سپس، هاکهازن و اسپالز (1995) بین چهار نوع راهبرد کنترلی تمایز قائل شدند: «کنترل انتخابی اولیه<sup>1</sup>» اشاره به سرمایه‌گذاری منابع رفتاری درونی از قبیل زمان، تلاش و مهارت در پیگیری هدف دارد. «کنترل جبرانی اولیه<sup>2</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 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>3</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>4</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، چپرفیلد، هاکهازن و پری<sup>5</sup>، 2010). هنگامی که فرصت برای کنترل اولیه وجود ندارد، راهبردهای کنترل ثانویه

1. Selective Primary Control
2. Compensatory Primary Control
3. Selective Secondary Control
4. Compensatory Secondary Control
5. Hall, Chipperfield, Heckhausen, & Perry

برای حفظ منابع انگیزشی و هیجانی لازم‌اند (هاکهازن و اسپالز، 1999). 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 می‌یابد که تعهد به هدفی که غیرقابل دستیابی است، باید کاهش یابد (ویبر، ثورمر و گلویتزر<sup>1</sup>، 2012). عدم تعهد و اشتیاق به هدفی که وصول آن دیگر ممکن نیست، سلامت روان شناختی را برای فرد تضمین می‌کند زیرا رنج آور است آدمی چیزی را بخواهد که امکان دستیابی به آن میسر نیست (ورسچ، هاکهازن و اسپالز، 2004). این راهبردها در واقع ادراک افراد از قابل دسترس بودن هدف را مشخص می‌سازد (روژاکوا و موراشکینو<sup>2</sup>، 2011) و کاربرد بسیار مهمی در مورد سلامت جسمی و روانی دارند (هاینس، هاکهازن، چیپر فیلد، پری و نیوال<sup>3</sup>، 2009).

### پیشینه پژوهش

جوامع و شرایط اجتماعی پیوسته در حال تغییر هستند. با تغییر شرایط، تقاضاهای مرتبط با کار نیز تغییر می‌یابد (سیلبرزاین و دیگران، 2006؛ کورنر، ریتزل و سیلبرزاین<sup>4</sup>، 2011؛ کورنر، سیلبرزاین و کانتز<sup>5</sup>، 2012). 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، 1392). همه این

1. Wieber, Thurmer, and Gollwitzer
2. Rozhkova and Murashkino
3. Haynes, Heckhausen, Chipperfield, Perry & Newall
4. Körner, Reitzle and Silbereisen
5. Korner, Silbereisen, & Canter

عوامل منجر به فشار روانی برای آنان می‌گردد (کله و همکاران<sup>1</sup>، 2011) و می‌تواند انگیزش و سلامت روان‌شناختی را کاهش دهد (هاس<sup>2</sup>، هاگهازن و سیلبرسن، 2012). البته همان‌طور که در بالا بدان اشاره شد، به نظر می‌رسد در این هنگام، افراد برای کاهش فشار روانی و اثرات مخرب نقصان انگیزه و سلامت روان‌شناختی، 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، 1392). به هر حال تغییرات اجتماعی با تغییر هنجارها، ارزش‌ها (سیلبرزاین، بست و هاس، 2007) 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 (ازکیا و غفاری، 1392). 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 روان‌شناختی آنان ایجاد نماید (گری، همستورم، پتر و واگرو<sup>3</sup>، 2006). پژوهش حیدرنیا و همکاران (1392) 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>4</sup> (MCS) 15 برابر بود. در این مناطق با توجه به وجود محرومیت، تقاضاهای کاری مطلوب، بالقوه تعداد کمتری دارد (آیبنر، استرام و گرسنز<sup>5</sup>، 2004). هم‌چنین در این مناطق میزان فقدان و شکست به دلیل نبود

1. Klehe et al
2. Haase
3. Geyer, Hemstrom, Peter, & Vagero
4. Mental Component Summary
5. Eibner, Sturm, & Gresenz

امکانات، بیشتر است و بنابراین استفاده از راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف و عدم اشتیاق به هدف نیز بیشتر است، زیرا هاگهازن و اسچالز (1999) 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>1</sup>، هاس و هاگهازن، 2005).

آنچه در این بین اهمیت دارد، نحوه برخورد افراد با تغییر تقاضاهایی است که احياناً 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>2</sup>، 2008). 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 هم‌چنان دستیابی به هدف ممکن نشد، فرد اشتیاق به هدف را با بیش برآورد کردن ارزش آن در سطحی بالا نگه 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>3</sup> دالارد، داب، میلر، ماور و سی یرز<sup>4</sup> (1939) ناکامی می‌تواند منجر به پرخاشگری شود (صدرایی نژاد و افشار، 1390). پرخاشگری و خشم، سلامت جسم و روان را به مخاطره می‌اندازد (پوت واین و سامونز، 1386) و بنابراین فرد برانگیخته می‌شود تا اثر آن را بر خود کاهش دهد. در نتیجه، فرایند کنترل جبرانی ثانویه به کار می‌افتد و اشتیاق به هدف از بین می‌رود. در مناطق نابرخوردار 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 نابرخوردار بیشتر است. در صورتی

1. Poulin

2. Köller

3. frustration – aggression hypothesis

4. Dollard, Doob, Miller, Mower, and Sears



که در مناطق برخوردار، هدف سهل الوصول‌تر 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 نابرخوردار 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 1:** رابطه الف) تقاضاهای کاری مرتبط با تغییرات اجتماعی و ب) راهبردهای کنترلی عدم اشتیاق به هدف با سلامت روان‌شناختی در سطح فردی، منفی و رابطه ج) راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف با سلامت روان‌شناختی در سطح فردی، مثبت است.

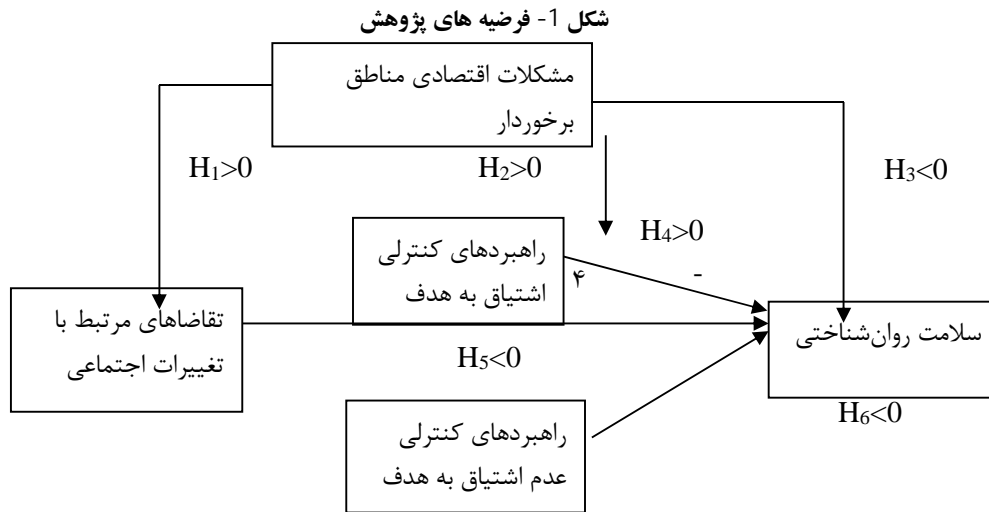
**فرضیه 2:** تقاضاهای کاری با الف) اشتیاق به هدف و ب) عدم اشتیاق به هدف در پیش‌بینی سلامت روان‌شناختی در سطح فردی تعامل می‌کنند.

**فرضیه 3:** 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 نابرخوردار اقتصادی نسبت به مناطق برخوردار، بیشتر و ه) سطوح سلامت روان‌شناختی در این مناطق نسبت به مناطق برخوردار کمتر است.

**فرضیه 4:** 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 5:** تقاضاهای کاری با الف) اشتیاق به هدف و ب) عدم اشتیاق به هدف در پیش‌بینی سلامت روان‌شناختی در سطح منطقه تعامل می‌کنند.

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



### روش و ابزار

جامعه و نمونه: نمونه پژوهش شامل 1188 نفر از کارکنان سازمانها و شرکت‌های مختلف از سراسر ایران بوده است که به صورت زیر انتخاب شده‌اند. شیخ بیگلو، تقوایی و وارثی (1391) در یک پژوهش، جهت تعیین میزان توسعه یافتگی شهرستانها، تعداد 54 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 (1391)، مناطق برخوردار و نابرخوردار بر اساس فاصله هر شهرستان از ایده آل (di) محاسبه گردید که هر چقدر این مقدار کمتر باشد (به صفر نزدیک تر باشد)، آن منطقه برخوردارتر و هر چقدر به واحد نزدیک تر شود، نابرخوردار است. بر این اساس، آنها 336 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 2، d=0/37)، اصفهان (رتبه 3، d=0/38)، سمنان (رتبه 6، d=0/39)، کاشان (رتبه 8، d=0/39)، قزوین (رتبه 12، d=0/41)، شهرضا (رتبه 16، d=0/42)، خوانسار (رتبه 18، d=0/42)، اردستان (رتبه 28، d=0/43)، اهواز (رتبه 48، d=0/45)، آباده (رتبه 60،

(d=0/45، خمینی شهر (رتبه 66، d=0/46)، کرمانشاه (رتبه 86، d=0/48)، فریدن (رتبه 91، d=0/49)، تیران و کرون (رتبه 108، d=0/50)، ملایر (رتبه 122، d=0/51)، مرودشت (رتبه 128، d=0/51)، الیگودر (رتبه 137، d=0/52)، ایلام (رتبه 146، d=0/53)، نهاوند (رتبه 167، d=0/54) و رامهرمز (رتبه 167، d=0/54) بود. مناطق نابرخوردار شامل مهاباد (رتبه 194، d=0/56)، تربت حیدریه (رتبه 204، d=0/56)، سلماس (رتبه 213، d=0/57)، دیلم (رتبه 216، d=0/57)، پلدختر (رتبه 272، d=0/61)، جیرفت (رتبه 276، d=0/61)، داراب (رتبه 222، d=0/58)، مریوان (رتبه 225، d=0/58)، لالی (رتبه 314، d=0/67)، آبدانان (رتبه 250، d=0/59)، لردگان (رتبه 254، d=0/59)، زاهدان (رتبه 261، d=0/60)، دهلران (رتبه 85، d=0/62)، زابل (رتبه 287، d=0/63)، باغ ملک (رتبه 288، d=0/63)، گیلان غرب (رتبه 296، d=0/63)، ایرانشهر (رتبه 321، d=0/69)، کوهرنگ (رتبه 325، d=0/71)، چابهار (رتبه 330، d=0/73)، سراوان (رتبه 332، d=0/74) بودند. مناطق برخوردار و نیمه برخوردار بر اساس شاخص d به 10 زیر منطقه تقسیم و از هر زیر منطقه 120 نفر انتخاب شدند (هر زیر منطقه 4 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 5 تا 10 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 70 درصد آنها از کارکنان شرکت‌های خدمات شهری دولتی (برق، گاز، مخابرات، بهداشت و بیمارستان‌ها) و 30 درصد باقیمانده از کارکنان بخش‌های خصوصی انتخاب شدند. نقاط دور افتاده در درآمد هم از ابتدا حذف شدند. داده‌های حاصل نشده 12 عدد بود که مجموع داده‌ها را به 1188 رسانید. میانگین سنی داوطلبان 29/38 سال و میانگین سنوات استخدام آنها 7/17 سال (با انحراف معیار به ترتیب 3/69 و 1/65) بود.

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

1. پرسشنامه‌های تقاضاهای کاری: برای سنجش تقاضاهای کاری از پرسشنامه سلبرزاین و همکاران (2006) استفاده شد که برای سنجش تقاضاهای کاری، دارای 6 سؤال است و

توسط شرکت کنندگان روی یک مقیاس 5 درجه‌ای از (1=کاملاً متفاوت از وضعیت فعلی من است تا 5= در مورد وضعیت من کاملاً صادق است) پاسخ داده می‌شود. شرکت کنندگان باید پاسخ می‌دادند که در یک بازه زمانی 2 سال اخیر (هنگامی که دو سال اخیر را در نظر می‌گیرم) هر یک از تغییرات در چه سطحی رخ داده است:

- 1- جایی که در آن بتوانم کاری پیدا کنم، کمتر شده است.
- 2- امکان کنار گذاشته شدن از شغل فعلی که به آن مشغولم زیادتر شده است.
- 3- ناگزیر شده‌ام در شرکت در مشاغل سطح پایین تر از شایستگی خود کار کنم.
- 4- به دلیل کاهش کار ارجاع شده، اضافه کاری کمتر از گذشته شده است.
- 5- آینده مسیر شغلی روشن نیست؛ به همین دلیل نمی‌توانم برای آینده شغلی خود برنامه‌ریزی کنم.
- 6- مسیر شغلی من در معرض تغییرات غیر منتظره، بی‌ثبات شده و امور غیر قابل انتظار بر آن اثر می‌گذارد.

2. راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف: پرسشنامه راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف پینکورات و همکاران (2009) برای سنجش این راهبردها مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه دارای 9 گویه است. این پرسشنامه توسط شرکت کنندگان روی یک مقیاس 5 درجه‌ای (از 1= بسیار مخالف تا 5= بسیار موافق) پاسخ داده می‌شود. 9 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.»

3. راهبردهای کنترلی عدم اشتیاق به هدف: راهبردهای کنترلی عدم اشتیاق به هدف نیز توسط پرسشنامه پینکورات و همکاران (2009) سنجیده شد که به همین منظور طراحی شده است. پرسشنامه مذکور دارای 6 گویه است و روی یک مقیاس 5 درجه‌ای (از 1= بسیار مخالف تا 5= بسیار موافق) پاسخ داده می‌شود. این راهبرد، مربوط به کنترل ثانویه جبرانی (به زبان هاکهانن) 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).»

4. سلامت روان‌شناختی: ابزار سنجش سلامت روان‌شناختی شامل 10 سؤال است که دو بعد مهم سلامت روان‌شناختی، شامل خشنودی از زندگی و تعادل بین عواطف مثبت و منفی را در یک طیف لیکری 7 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 (0/58)، عواطف منفی (-0/61) و با خشنودی از زندگی (به نقل از ابوالقاسمیان) برابر 0/68 و با مقیاس سرزندگی برابر 0/71 بوده است.

5. 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 1000) 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  $z=(x-s)/s$  با یکدیگر جمع شده و به عنوان شاخص وضعیت اقتصادی به کار رفت. این روش توسط برگ<sup>1</sup> (2003) و خو<sup>2</sup> (2006) به کار رفته است.

---

1. Birg  
2. Xu

جدول 1- شاخص‌های روانسنجی ابزارهای مورد استفاده در پژوهش

مقیاس	تعداد سؤال	نام سازندگان ابزارها	پایایی در پژوهش‌های سازندگان ابزارها	پایایی $\alpha$ کرونباخ در پژوهش عریضی و براتی (1392)	پایایی $\alpha$ کرونباخ در پژوهش حاضر	پایایی بازآزمایی در پژوهش عریضی و براتی (1392)	ضریب اعتبار در پژوهش عریضی و براتی (1392)
تقاضاهای کاری	6	سلبرزاین و همکاران (2006)	0/88	0/83	0/83	0/81	0/48
راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف	9	پینکورات و همکاران (2009)	0/87	0/84	0/84	0/83	0/52
راهبردهای کنترلی عدم اشتیاق به هدف	6	پینکورات و همکاران (2009)	0/83	0/79	0/81	0/81	0/49
سلامت روان‌شناختی	10	محقق ساخته	0/90	-	0/88	-	-

در جدول 1 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>1</sup> (HLM) برای تحلیل داده‌ها به کار رفت. در این روش، متغیرهای دو سطح وارد مدل می‌شوند که متغیرهای سطح (1) یا فردی در سطح (2) آشنایی می‌شوند. این روش مثلاً در مطالعات روان‌شناسی مدرسه هنگامی که افراد (سطح 1) درون کلاس‌ها (سطح 2) و کلاس‌ها درون مدرسه‌ها (سطح 3) آشنایی می‌شوند کاربرد

1. hierarchical liner modeling

دارد. در اینجا افراد در مناطق اقتصادی آشیانی شده‌اند. مدل‌های تحلیل آماری HLM در جدول 2 آمده است:

جدول 2- مدل‌های تحلیل آماری HLM

سطح	معادله	توضیح
اول (فردی)	$E_0 + (\text{تقاضا} \times \text{عدم اشتیاق به هدف}) + \beta_5(\text{تقاضا} \times \text{اشتیاق}) + \beta_4(\text{راهبردهای کنترلی} \times \text{عدم اشتیاق}) + \beta_3(\text{راهبردهای کنترلی} \times \text{اشتیاق}) + \beta_2(\text{راهبردهای کنترلی}) + \beta_1(\text{سلامت روان‌شناختی})$	$E_0$ خطای تصادفی با مقدار انتظاری صفر $\beta_i$ ها ضرایب استاندارد رگرسیون
دوم (منطقه)	$E_1 + (\text{فقر / بیکاری}) + \gamma_1 \gamma_2 = \text{تقاضاهای کاری}$ $E_1 + (\text{فقر / بیکاری}) + \gamma_1 \gamma_2 = 0$	$E_1$ خطای تصادفی با مقدار انتظاری صفر لاها از ضرایب $\beta$ به دست می‌آیند

برای تحلیل مدل‌سازی آماری، از نرم افزار HLM6.3 (رادنبوش و بورک، 2002) استفاده شد.

### یافته‌ها

نتایج حاصل از تحلیل‌های آماری در جدول‌های زیر آمده است.

جدول 3- 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		
					CFI	RMSEA	X <sup>2</sup> /df
تقاضاهای کاری	2/16	2/24	0/96	1/03	0/87	0/05	1/96
راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف	51/33	8/69	3/56	0/16	0/91	0/03	2/04
راهبردهای کنترلی عدم اشتیاق به هدف	19/26	8/43	3/62	0/43	0/86	0/06	2/26
سلامت روان‌شناختی	56/34	9/23	3/69	0/16	0/92	0/04	2/16
شاخص تراز فقر / بیکاری	0/01	1/76	-	-	-	-	-

در 2 جدول میانگین، انحراف معیار، خطای معیار اندازه گیری و ضریب تغییرات متغیرهای پژوهش آورده شده است. همان طور که مشاهده می شود 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، شاخص های تأییدی مدل یک بعدی را نیز نشان می دهد. بالا بودن مقدار شاخص عامل تأییدی (CFI<sup>1</sup>) (مثلاً برای تقاضاهای کاری 0/87) (بنتلر و بنت 1980<sup>2</sup>) و پایین بودن شاخص تقریب خطای استاندارد ریشه میانگین (RMSEA<sup>3</sup>) (مثلاً برای تقاضاهای کاری 0/05) (برآون و کودک 1993<sup>4</sup>) و همچنین میزان سطح آماری آماره خی دو تقسیم بر درجه آزادی ( $\chi^2/df$ ) نشان می دهد که الگوی ارتباطی از برازش مطلوب برخوردار است. مجدودر خی را «شاخص بد» برازش نیز نامیده اند، زیرا معنی داری آن نشان دهنده تفاوت معنی دار بین کوواریانس برآورد شده و مشاهده شده است که به دلیل بستگی آن به حجم نمونه، با افزایش آن همواره معنی دار می شود. به همین دلیل از شاخص  $\chi^2/df$  استفاده شد که آربوکل (2005) مقدار بالاتر از 2 را به خوبی برازش پیشنهاد می کند.

جدول 4- نتایج رگرسیون سلسله مراتبی برای تأثیر راهبردهای کنترلی و تقاضاهای مرتبط با کار بر سلامت روان شناختی

نوع اثر	$\Delta R^2$	F	$\beta$	نسبت t
اصلی 1	-	4/96**	0/41	6/45**
اصلی 2	0/07	6/58*	-0/21	-4/37**
اصلی 3	0/05	7/41**	0/12	4/39**
تعاملی	0/03	6/54	0/07	1/42
تعاملی	0/02	8/33	0/15	5/23**

1. Confirmatory Factor Index
2. Bentler & Bonett
3. Root Mean of Standard Error Approximation
2. Chen & Hung
5. Bajor & Baltes
4. Browne & Cudeck



\*\* =  $p < 0.01$  \* =  $p < 0.05$

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 1، 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 1 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 1، 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 2 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 2 تأیید می‌گردد.

جدول 5- تفاوت‌های منطقه‌ای در سطوح تقاضاهای کاری ادراک شده، راهبردهای کنترل و سلامت روان‌شناختی (HLM)

متغیر وابسته (سطح 1)		تقاضاهای کاری ادراک شده		راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف		راهبردهای کنترلی عدم اشتیاق به هدف		سلامت روان‌شناختی	
متغیرهای مستقل (سطح 2)	خطای استاندارد	خطای استاندارد	خطای استاندارد	خطای استاندارد	خطای استاندارد	خطای استاندارد	خطای استاندارد	خطای استاندارد	خطای استاندارد
	$g_1$	$g_2$	$g_3$	$g_4$	$g_5$	$g_6$	$g_7$	$g_8$	$g_9$
	0/108*	0/048	0/031	0/071*	0	0/017	0/019	0/009	0/016

\* =  $p < 0.05$

در جدول 5 برای بررسی تفاوت‌های منطقه‌ای در سطوح تقاضاهای کاری ادراک شده، راهبردهای کنترل و سلامت روان‌شناختی ضرایب استاندارد گاما (g) 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 0/05 کوچک‌تر است نشان می‌دهد که تقاضاهای کاری ادراک شده در دو منطقه تفاوت دارد و قسمت الف فرضیه 3 تأیید می‌شود. هم‌چنین این ضرایب در ستون‌های مربوط به راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف و با توجه به مقدار p که از 0/05 کوچک‌تر است نشان می‌دهد که راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف در دو منطقه تفاوت دارد و قسمت ب فرضیه 3 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 0/05 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 3 رد می‌شود.

جدول 6- اثرات ویژگی‌های منطقه (برخوردار/ نابرخوردار) بر رابطه بین تقاضاهای ادراک شده، راهبردهای کنترلی و سلامت روان‌شناختی (HLM)

$\beta_3$ (عدم رابطه)		$\beta_2$ (رابطه راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف با سلامت روان‌شناختی)		$\beta_1$ (رابطه سطح تقاضاهای کاری با سلامت روان‌شناختی)		متغیر وابسته (سطح 1)
SE <sub>3</sub>	g <sub>3</sub>	SE <sub>2</sub>	g <sub>2</sub>	SE <sub>1</sub>	g <sub>1</sub>	متغیرهای مستقل (سطح 2)
0/025	0/041	0/023	-0/061*	0/012	0/029***	
0	-	0				

\*\*\*=p<0.001 \* = p<0.05

در جدول 6 برای بررسی اثرات ویژگی‌های منطقه (برخوردار/ نابرخوردار) بر رابطه بین تقاضاهای ادراک شده، راهبردهای کنترلی و سلامت روان‌شناختی ضرایب استاندارد گاما (g) و خطای استاندارد برای هر متغیر آورده شده است. در ستون اول، ضرایب مذکور در سطح 0/001 معنی‌دار است و بنابراین رابطه بین سلامت روان‌شناختی و تقاضاهای کاری در سطح منطقه معنی‌دار است و قسمت الف فرضیه 4 تأیید می‌شود. در ستون دوم نیز ضرایب مذکور در سطح 0/05 معنی‌دار است و بنابراین رابطه بین راهبردهای کنترلی

اشتیاق به هدف با سلامت روان‌شناختی در سطح منطقه معنی‌دار است و قسمت ب فرضیه 4 تأیید می‌شود.

جدول 7- اثر تعاملی تفاوت‌های منطقه‌ای بر سطوح تقاضاهای کاری ادراک شده، راهبردهای کنترل و سلامت روان‌شناختی (HLM)

$\beta_0$ (شیب)		$\beta_5$ (اثر تعاملی تقاضا و عدم اشتیاق به هدف بر سلامت روان‌شناختی)		$\beta_4$ (اثر تعامل تقاضا و اشتیاق بر سلامت روان‌شناختی)		متغیرهای وابسته
SE <sub>0</sub>	$\beta_0$	SE <sub>5</sub>	$\beta_5$	SE <sub>4</sub>	$\beta_4$	اثر تعاملی با متغیر مستقل سطح 2
0/016	-0/017	0/008	0/014*	0/009	0/003	

\* =  $p < 0.05$

در جدول 7 برای بررسی اثر تعاملی تفاوت‌های منطقه‌ای بر سطوح تقاضاهای کاری ادراک شده، راهبردهای کنترل و سلامت روان‌شناختی ضرایب استاندارد گاما ( $\beta$ ) 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 روان‌شناختی در سطح منطقه نیز مانند سطح فردی معنی‌دار نیست و قسمت الف فرضیه 5 رد می‌شود. اما در ستون دوم، ضرایب مذکور معنی‌دار است. یعنی اثر تعاملی تقاضا و عدم اشتیاق به هدف بر سلامت روان‌شناختی در مناطق نیز مانند سطح فردی معنی‌دار است و قسمت ب فرضیه 5 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 روان‌شناختی بر مبنای نظریه راهبردهای کنترل در پهنه زندگی در مناطق برخوردار و غیر برخوردار بود. نتایج حاصل از جدول 4 نشان داد که تقاضاهای کاری مرتبط با تغییرات اجتماعی با سلامت روان‌شناختی رابطه منفی دارد. سیلبرزاین و زینین (2013) در کتاب خود به این

نکته اشاره می‌کنند که سازگاری روانی - اجتماعی<sup>1</sup> برای افراد در هنگام تغییرات اجتماعی دشوارتر است. اگر تغییر تقاضاهای کاری منجر به افزایش ساعات کاری و احساس گرانباری<sup>2</sup> کمی و کیفی شود (بهام، دروبنیک و پراگ<sup>3</sup>، 2011)، 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>4</sup>، 2007). اما تغییر تقاضاهای کاری می‌تواند منجر به کمباری<sup>5</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 روان‌شناختی رابطه منفی دارد. یعنی هرگاه عدم اشتیاق به هدف افزایش یابد، سلامت روان‌شناختی 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 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>6</sup>، 2010). این راهبرد، روشی برای حفظ عزت نفس است اما استفاده دراز مدت به هر حال پیامدهای منفی جدی برای فرد دارد.

1. psychosocial adaptation
2. overload
3. Beham, Drobnic, and Präg
4. Janzen, Muhajarine, and Zhu
5. underload
6. Souza, Mussap and Cummins

در جدول 4 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، 1388).

در جدول 4 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، 1995). 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>1</sup>، 2006).

نتایج حاصل از جدول 5 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>2</sup> (2004) 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

1. Stansfeld & Candy

2. Boyle, Norman & Rees

صورت نیمه وقت کار کنند و می توان گفت تغییر تقاضاهای کاری در این مناطق بیشتر است (سیلبرزاین و همکاران، 2006).

در جدول 5 نتایج هم چنان 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 ها کهازن و اسپالز (1999) معتقدند این راهبردها بیشتر در مواقع فقدان یا شکست، مورد استفاده قرار می گیرند. زیرا این راهبردهای کنترلی، راهبردهای خودحمایتگرانه شامل کاهش ادراک کنترل و نسبت دادن شکست به نیروهای بیرونی و مقایسه های اجتماعی نزولی را در بر می گیرند که اثرات بالقوه منفی شکست روی منابع انگیزشی مهم تعادل عاطفی و عزت نفس را کاهش می دهد (پولین، هاس و ها کهازن، 2005).

یافته های حاصل از جدول 5 نشان داد که مشکلات اقتصادی با سلامت روان شناختی رابطه وارون دارد، یعنی معاش و سلامت رابطه مثبت دارند، به گونه ای که در مناطق نابرخوردار به دلیل مشکلات اقتصادی، سلامت روان شناختی کمتر است (جوردن، رودریک و مارتین<sup>1</sup>، 2004). تحقیقات روان شناسی اجتماعی (مانند مرتون و کیت<sup>2</sup>، 1950) به مسئله محرومیت نسبی<sup>3</sup> اشاره می کنند که به معنای محرومیت ادراک شده از سوی افراد نسبت به افراد یا گروه های مرجع در این زمینه است. محرومیت نسبی از محرومیت متفاوت است و از ادراک افراد نشأت می گیرد. 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 نامطلوب تری دارند زیرا ادراک محرومیت نسبی با ادراک خود ارزشی پایین، و ناکامی های مکرر در دستیابی به اهداف همراه است (آیبنر، استرام و گرسنز، 2004).

از نتایج جدول 6 می توان 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

1. Jordan, Roderick & Martin

2. Merton & Kitt

3. relative deprivation

کاری در مناطق نابرخوردار، پیامدهای منفی بیشتری برای سلامت روان دارد. طبق مدل تقاضای کاری - منابع شغلی<sup>1</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>2</sup>، 2001) 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>3</sup>، 2003). 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، 1995) 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 سرمایه گذاری 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، 1995). تحقیقات نشان می‌دهد که افراد مناطق نابرخوردار، محرومیت بیشتری دارند (آیینر، استرام و گرسنز، 2004) و محرومیت به معنای منابع بیرونی کمتر است. این افراد پس از شکست در

1 . Job Demand-job resource

2. Demerouti et al.

3 . Wainwright & Surtees

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 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 روان‌شناختی در مناطق، با هم تعامل می‌کنند (یافته‌های جدول 7)، 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، 2010). این فشارها در شاغل ممکن است به صورت کاهش سلامت روان‌شناختی نمایان شوند (استنفورد و کندی، 2006). 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، 1388) 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، 1995) 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:

1- 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.

2- ارائهٔ 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. (1392). جامعه‌شناسی توسعه، تهران: کیهان.
- پوت واین، دیوید، و سامونز، آیدن. (1386). روانشناسی و جرم، مترجم: نجفی توانا، داوود، تهران، نشر میزان.
- جهانبخش، سحر، عریضی، حمیدرضا، مولوی، حسین و نوری، ابوالقاسم. (1388). رابطه کنترل شغلی با سطح استرس و سلامت ذهن کارکنان شرکت پتروشیمی اصفهان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، سال 27، شماره 103: 841-853.
- حیدرنیا، محمدعلی، قائمیان، تهمنه، ابدی، علیرضا، فتحیان، سمیه و منتظری، علی. (1391). رابطه بین محرومیت (فقر اقتصادی) و کیفیت زندگی وابسته به سلامت. فصلنامه پایش، سال یازدهم، شماره چهارم: 491-495.
- شیخ بیگلو، رعنا، تقوایی مسعود، وارثی حمیدرضا. (1391). تحلیل فضایی محرومیت و نابرابری‌های توسعه در شهرستان‌های ایران. رفاه اجتماعی. 12 (46): 245-215.
- صدرایی نژاد، محمد و افشار، زینب. (1390). 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 براتی، هاجر. (1392). بررسی ارتباط مقتضیات کار، راهبردهای کنترلی اشتیاق به هدف، و مؤلفه عاطفه مثبت بهزیستی روانشناختی. پژوهش‌های روان‌شناختی. دوره 16، شماره 2: 7-23.
- فروم، اریک. (1387). گریز از آزادی. ترجمه عزت الله فولادوند. تهران: مروارید.
- Arbuckle, J.L. (2005). AMOS 6.0 user's guide. Chicago: SPSS. Bentler, P.M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. Psychological Bulletin, 88: 588-606.
- Bentler, P.M., & Bonett, D.G. (1980). Significance tests and goodness of fit in analysis of covariance structures. Psychological Bulletin, 88: 588-606.
- Boyle, P., Norman, P., & Rees, P. (2004). 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; 58: 2459-2471.

Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newby Park, CA: Sage.

Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., et al. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 71*(6), 1058-1067.

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology, 86*:499-512.

Diener, E., Locas, R. E., & Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychology, 61*:35-314.

Eibner, C., Sturm, R., Gresenz, C. R. (2004). Does Relative Deprivation Predict the Need for Mental Health Services? *The Journal of Mental Health Policy and Economics, 7*, 167-175.

Geyer, S., Hemstrom, O., Peter, R., & Vagero, D. (2006). Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. *Journal of Epidemiology and Community Health, 60*: 804-10.

Haase, C. M., Heckhausen, J., & Köller, O. (2008). Goal engagement during the school-to-work transition: Beneficial for all, particularly for girls. *Journal of Research on Adolescence, 18*, 671-698.

Haase, C. M., Heckhausen, J., & Silbereisen, R. K. (2012). The interplay of occupational motivation and well-being during the transition from university to work. *Developmental Psychology, 48*, 1739-1751.

Hall, N. C., Chipperfield, J. G., Heckhausen, J., & Perry R. P. (2010). Control Striving in Older Adults With Serious Health Problems: A 9-Year Longitudinal Study of Survival, Health, and Well-Being.

Haynes, T. L., Heckhausen, J., Chipperfield, J. G., Perry, R. P., & Newall, N. E. (2009). Primary and secondary control strategies: Implications for

health and well-being among older adults. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28, 165–197.

Heckhausen, J., and Schulz, R.(1995).A Life Span Theory of Control. *Psychological Review*, 102: 284–304.

Heckhausen, J., and Schulz, R.(1999).The primacy of primary control is a human universal: A reply to Gould's(1999) critique of life-span theory of control. *Psychological Review*,106(3):605-609.

Jordan, H., Roderick, P., & Martin, D.(2004).The index of multiple deprivation 2000 and accessibility effects on health. *Journal of Epidemiology Community Health*;58: 250-257.

Klehe, U., Zikic, J., Van Vianen, A. E.M., & De Pater, I. E.(2011). Career adaptability, turnover and loyalty during organizational downsizing, *Journal of Vocational Behavior*, 79(1): 217-229.

Korner, A., Silbereisen, R. K., & Canter, U.(2012).Work-related Demands Emanating from social change and their relation to trait-like and occasion specific aspect of subjective well-being. *Social Indicators Research*. 110(1):326 -337.

Körner,A. , Reitzle, M. and Silbereisen, R K.(2011).Work-related demands and life satisfaction: The effects of engagement and disengagement among employed and long-term unemployed people. *Journal of Vocational Behavior*,80(1):187-196.

Merton, R.K., & Kitt, A.S.(1950).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, 1950.

Nahrgang, J. D., Morgeson, F. P. & Hofmann, D. A.(2010).Safety at Work: A Meta-Analytic Investigation of the Link Between Job Demands, Job Resources, Burnout, Engagement, and Safety Outcomes, *Journal of Applied Psychology*:1-24.

Poulin, M. J., Haase, C. M., & Heckhausen, J. (2005). 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. 117-135). Göttingen/New York: Hogrefe.

Rozhkova, M., And Murashkino, B.(2011). Measurement of the implicit and explicit achievement motive: New Perspectives. *Psychology of Excellence in Business and Education*.1-211.

Silbereisen, R. K., and **Xinyin C.(2013).Social Change and Human Development: Concept and Results**. SAGE Publications Ltd .

Silbereisen, R. K., Best, H., & Haase, C. M. (2007). Agency and human development in times of social change [Special Section]. *International Journal of Psychology*, 42, 73-115.

Silbereisen, R.K., Pinguort, M., Reitzel, M.,Tomasik, M. J., Fabel, K.,and Grumer, S.(2006).Psychological resource and coping with change. *Mitteilugendes SFB*, 580: 1-27.

Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health – a meta analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment,& Health*, 32:443–462.

Wainwright, N.W.J.,& Surtees, P.G.(2003). Places, people, and their physical and mental functional health. *Journal of Epidemiology Community Health*; 58: 333-339.

Wieber F., Thurmer, J. L. and Gollwitzer, P. M.(2012). Collective Action Control by Goals and Plans: Applying a Self-Regulation Perspective to Group Performance. *American Journal of Psychology* ,125( 3): 275–290.

Wrosch, C., & Schulz, R. (2008). Health-engagement control strategies and 2-year changes in older adults' physical health. *Psychological Science*,19, 537–541.

Wrosch, C., Schulz, R. and Heckhausen, J. (2002).Health stresses and depressive symptomatology in the elderly: The importance of health engagement control strategies, *Health Psychology* ,21: 340–348.