فصل دوم

**مبانی نظری و ادبیات پژوهش**

در اين فصل ابتدا به تفسير نظريه­ها و مباحث مربوط، سلامت روان و تعارض کار-خانواده و خانواده–کار و حمایت سازمانی(اجتماعی) پرداخته مي­شود و در پايان به ترتيب تحقيقات خارجي و داخلي که در اين خصوص انجام گرفته است ارائه مي­گردد.

**2-1 سلامت روان:**

ریشه لغوی واژه انگلیسی «health» در واژه­های«haelth»، «haelp» به معنی کل و(heal) «haelen» انگلیسی قدیم و کلمه آلمانی قدیم«heilen» و «heilida» به معنی کل قرار دارد. گراهام[[1]](#footnote-1)1(1992) این ریشه لغوی را با کلمات انگلیسی «halig» و آلمانی قدیم «heilig» که به معنی مقدس است ارتباط داده است. بنابراین از نظر ریشه­شناسی لغوی سالم بودن به معنی کلیت داشتن یا مقدس بودن است. بدین ترتیب شامل ویژگی­های معنوی و فیزیکی است. از نظر سارتریوس سلامتی غیر قابل رویت است و مستلزم تظاهر کارکرد بخش­های مستقل روانی جسمی و اجتماعی است. مانی این رویکردهای کل نگر در مورد سلامتی را به کل جهان گسترش می­دهد و سلامتی بشر را از سلامتی سیاره زمین جدایی ناپذیر می­داند. تودور(1996) سلامتی روان را به شرح زیر تعریف می­کند.

سلامت روان شامل: توانایی زندگی کردن همراه با شادی، بهره­وری و بدون وجود دردسر است. سلامت روان مفهوم انتزاعی و ارزیابی نسبی گری از روابط انسان با خود، جامعه و ارزش­هایش است و نمی­توان آن را جـدای از سایر پدیده­های چند عامـلی فهمید که فرد را به مـوازاتی که در جامـعه به عمل می­پردازد، می­سازند. سلامت روان، شیوه سازگاری آدمی با دنیاست، انسان­هایی که مؤثر، شاد و راضی هستند و حالت یکنواختی خلقی رفتار ملاحظه­گرانه و گرایش شاد را حفظ می­کنند. سلامت روان عنوان و برچسبی است که دیدگاه­ها و موضوعات مختلف مانند: عدم وجود علایم احساسات مرتبط با بهزیستی اخلاقی و معنوی و مانند آن را در بر می­گیرد. برای ارائه یک تئوری در مورد سلامت روان، موفقیت برون روانی کافی نیست باید سلامت درونی روانی را به حساب آوریم. سلامت روان ظرفیت رشد و نمو شخصی می­باشد و یک موضوع مربوط به پختگی است. سلامت روان یعنی هماهنگی بین ارزش­ها، علایق­ها و نگرش­ها در حوزه عمل افراد و در نتیجه برنامه­ریزی واقع­بینانه برای زندگی و تحقق هدفمند مفاهیم زندگی است. سلامت روان، سلامت جسم نیست بلکه به دیدگاه و سطح روانشناختی ارتباطات فرد، محیط اشاره دارد. بخش مرکزی سلامت، سلامت روان است زیرا تمامی تعاملات مربوط به سلامتی به وسیله روان انجام می­شود. سلامت روان ظرفيت كامل زندگي كردن به شيوه­اي است كه ما را قادر به درك ظرفيت­هاي طبيعي خود مي­كند و به جاي جدا كردن ما از ساير انسان­هايي كه دنياي ما را مي­سازند، نوعي وحدت بين ما و ديگران بوجود مي­آورد .سلامت روان، توانايي عشق ورزيدن و خلق كردن است، نوعي حس هويت بر تجربه خود به عنوان موضوع و عـامل قدرت فرد، كه هـمراه است با درك واقـعيت درون و بيرون از خود و رشد واقع­بيني و استدلال(فرهیخته1389).

**سلامت روانی:**[[2]](#footnote-2)1

پیش از پرداختن به تعریف سلامتی روانی لازم است به یک نکته اشاره نماییم. سه واژه­ی «بهداشت روانی»، «سلامت روانی» و «بهزیستی روانی[[3]](#footnote-3)2» گر چه دارای معانی متفاوتی هستند، ولی در مواردی بجای یکدیگر به کار می­روند(هرشن سن[[4]](#footnote-4)3 و پاور[[5]](#footnote-5)4، 1988،ترجمه منشی طوسی،1374).

کارشناسان سازمان بهداشت جهانی سلامت فکر و روان را این طور تعریف می­کنند: «سلامت فکر عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب»( میلانی­فر، 1376).

بهداشت روانی یک زمینه تخصصی در محدوده­ی روانپزشکی است و هدف آن ایجاد سلامت روان بوسیله پیشگیری از ابتلاء به بیماری­های روانی، کنترل عوامل مؤثر در بروز بیماری­های روانی، تشخیص زودرس بیماری­های روانی، پیشگیری از عوارض ناشی از برگشت بیماری­های روانی و ایجاد محیط سالم برای برقراری روابط صحیح انسانی است. پس بهداشت روانی علمی است برای بهزیستی، رفاه اجتماعی و سازش منطقی با پیش­آمدهای زندگی( میلانی­فر، 1376).

سلامت روانی را می­توان بر اساس تعریف کلی و وسیع­تر تندرستی تعریف کرد. طی قرن گذشته ادراک ما از تندرستی به طور گسترده­ای تغییر یافته است. عمر طولانی­تر از متوسط، نجات زندگی انسان از ابتلاء به بیماری­های مهلک با کشف آنتی­بیوتیک­ها و پیشرفت­های علمی و تکنیکی در تشخیص و درمان، مفهوم کنونی تندرستی را به دست داده که نه تنها بیانگر نبود بیماری است. بلکه توان دستیابی به سطح بالای تندرستی را نیز معنی می­دهد. چنین مفهومی نیازمند تعادل در تمام ابعاد زندگی فرد از نظر جسمانی، عقلانی، اجتماعی، شغلی و معنوی است. این ابعاد در رابطه متقابل با یکدیگرند، به طوری که هر فرد از دیگران و از محیط تأثیر می­گیرد و بر آن­ها تأثیر می­گذارد. بنابراین سلامت روانی نه تنها نبود بیماری روانی است، بلکه به سطحی از عملکرد اشاره می­کند که فرد با خود و سبک زندگی­اش آسوده و بدون مشکل باشد. در واقع، تصور بر این است که فرد باید بر زندگی­اش کنترل داشته باشد و فقط در چنین حالتی است که می­توان آن قسمت­هایی را که درباره­ی خود یا زندگی­اش مسأله ساز است تغییر دهد(هرشن سن و پاور، 1988، ترجمه منشی طوسی،1374).

یهودا ( 1959، به نقل از منشی طوسی،1374) مواردی را برای تعریف سلامت روانی ارائه کرد :

|  |  |
| --- | --- |
| الف) نگرش مثبت به خود | ب) میزان رشد، تحول و خودشکوفایی |
| ج) عملکرد روانی یکپارچه | د) خود مختاری یا استقلال شخصی |
| ه) درک صحیح از واقعیت | و) تسلط بر محیط |

دیگران نیز موارد دیگری را ارائه دادند ولی از نظر اسمیت[[6]](#footnote-6)1( 1961، به نقل از منشی طوسی، 1374) همه­ی این موارد، مفاهیم اصلی یکسان را برداشتند. بنابراین وی پیشنهاد کرد به جای شمردن اینگونه موارد بهتر است ابعاد بهداشت روانی بر اساس اصول زیر انتخاب شود :

الف) نشان دادن ارزش­های مثبت بشری

ب) داشتن قابلیت اندازه­گیری و تشخیص

ج) داشتن ارتباط با نظریه­های شخصیت

د) مرتبط بودن با بافت­های اجتماعی که برای آن تعریف و مشخص شده­اند.

به این ترتیب، متخصصان بعدی کارشان را روی مفاهیمی کلی از قبیل بهنجار بودن یا بهزیستی متمرکز کردند. امروزه مفهوم مقابله[[7]](#footnote-7)2 به منزله ملاک سلامت روانی به نوشته­های رشته­های تخصصی گوناگون بهداشت روانی راه یافته است(هرشنسن و پاور،1988، ترجمه منشی طوسی، 1374).

بعضی از محققان معتقدند سلامت روانی حالتی از بهزیستی و وجود این احساس در فرد است که می­تواند با جامعه کنار بیاید. سلامت روانی به معنای احساس رضایت، روان سالم­تر و تطابق اجتماعی با موازین مورد قبول هر جامعه است(کاپلان و سادوک، 1999، ترجمه پور افکاری ،1376).

سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی را قابلیت ایجاد ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، توانایی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی و حل مناسب و منطقی تضادهای غریزی و تمایلات شخصی، به طوری که فرد بتواند از مجموعه تضادها ترکیبی متعادل به وجود آورد، می­داند. طبق تعریفی که این سازمان ارائه می­دهد، وظیفه اصلی بهداشت روانی، تأمین سلامت روان است تا به مدد آن بتواند قوا و استعدادهای روانی را پرورش داد. در واقع، بهداشت روانی مبتنی بر سه پایه است :

الف) حفظ و تأمین سلامت روان

ب) ریشه کن ساختن عوامل بیماری­زا و پیشگیری از ابتلاء به بیماری­های روانی

ج) ایجاد زمینه­ی مساعد برای رشد و شکوفایی شخصیت و استعدادها تا حداکثر ظرفیت نهفته در آن­ها (سامی کرمانی، 1354).

به طور کلی شخص دارای سلامت روان می­تواند با مشکلات دوران رشد روبرو شود و قادر است در عین کسب فردیت با محیط نیز انطباق یابد. به نظر می­رسد تعریف رضایت بخش از سلامت روانی برای فرد مستلزم داشتن احساس مثبت و سازگاری موفقیت­آمیز و رفتار شایسته مطلوب است. بنابراین هرگونه ملاکی که به عنوان اساس سلامتی در نظر گرفته می­شود باید شامل رفتار بیرونی و احساسات درونی باشد(بنی جمال واحدی،1370).

**بهداشت روان در فرهنگ­های مختلف**

بهداشت روان سازش با فشارهای مکرر زندگی می­باشد و سازگاری عبارت است از ایجاد تعادل و هماهنگی رفتار فرد با محیط به گونه­ای که ضمن حفظ تعادل روانی یا در ارتباط با تغییرات و دگرگونی­های محیط خودش نیز به تطابقی مؤثر و سازنده دست یابد لذا هر فرد به طور موفقیت آمیز باید خود را به محیط سازگار نماید و عموماً ناگزیر است که با زندگی نسبتاً سازش مؤثر داشته باشد ولی باید توجه داشت که هرکس دارای ظرفیت مشخص جهت تحمل فشارهای زندگی روزانه است وجود فشارهای عاطفی گوناگون خطر از هم پاشیدگی روان را افزایش خواهد داد و به سلامت روان لطمه وارد خواهد نمود و فرد قادر نیست رفتار موزون و هماهنگی با جامعه داشته باشد و سلامت روان خود را حفظ نماید.

سلامت روان عبارت است از رفتار موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقیعت­های اجتماعی و قدرت سازگاری با آن­ها، ارضا کننده نیازهای خویشتن به طور متعادل و شکوفایی استعداد فطری خویش می­باشد. فردی از سلامت روان برخودار است که قادر باشد تا عقده­های درونی خود را حل و فصل کند و با تغییرات و مقتضیات محیط طبیعی و اجتماعی خویش سازگار باشد و تلاش کند تا تندرستی و نشاط برای خود و دیگران فراهم سازد زیرا سلامت روان حالتی مساعد برای رشد و نمو از جهت بدنی، عاطفی و شعوری، بدون ایجاد مزاحمت برای دیگران است(آقاجانی و همکاران 1381).

سازمان بهداشت جهانی[[8]](#footnote-8)1 سلامتی را اینگونه تعریف کرده است که آن را حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری می­داند و همچنین این سازمان، ضمن توجه دادن مسئولین کشورها در راستای تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد جامعه همواره بر این نکته تاکید دارد که هیچ یک از این سه بعد بر دیگری برتری ندارد(سازمان بهداشت جهانی، 1990).

مفهوم بهداشت روانی در فرانسه شعبه­ای از بهداشت عمومی تلقی شده و هدف آن حفظ سلامت روح و پیشگیری از ایجاد عوامل ناراحت کننده نظیر خستگی روانی و هیجانات شدید، اعتیاد و بالاخره از ابتلا به حالات ساده روانی(نوروزها[[9]](#footnote-9)1) و یا حالات عمیق روانی(سایکوزها[[10]](#footnote-10)2) می­دانند.

مفهوم بهداشت روانی بر اساس تعریف انجمن روانپزشکی آمریکا[[11]](#footnote-11)3 کاربرد و معیار و ضوابطی است که از شیوع بیماری­های روانی کاسته و سلامت روان افراد اجتماع را تأمین نماید. این ضوابط شامل اقدامات و تدابیری در طب پیشگیری، تشخیص، درمان بیماری­ها روانی و تسریع در برگشت آن­ها به اجتماع است.

سازمان بهداشت جهاني، سلامت روان را چنين تعريف كرده است بهداشت روانی در درون مفهوم كلي بهداشت جاي مي­گيرد و بهداشت يعني، توانايي كامل براي ايفاي نقش­هاي اجتماعي، رواني، جسمي و بهداشتي، سلامتي تنها در نبود بيماري يا عقب ماندگي نيست. تعريف گينزبرگ در مورد بهداشت رواني عبارت است از تسلط و مهارت در ارتباط با محيط، بخصوص در سه فضاي زندگي، عشق، كار و تفريح**.**  استعداد يافتن و ادامه كار، داشتن خانواده، ايجاد محيط خانوادگي خرسند، فرار از مسائلي كه با قانون درگيري دارد، لذت بردن از زندگي و استفاده صحيح از فرصت­ها، ملاك تعادل و سلامت روان است(ميلاني فر1374 به نقل از تودور1966). تعريف سلامت روان را بر اساس ادبيات موضوع وابسته به هفت ملاك مي­داند كه عبارتند از:

1. فقدان بيماري
2. رفتار اجتماعي مناسب
3. رهايي از نگراني و گناه
4. كفايت فردي و خود مهارگري
5. خويشتن­پذيري و خود شكوفايي
6. تفرد و سازمان­دهي شخصيت و
7. گشاده نگري و انعطاف پذيري.

به نظر تودور، با توجه به ادبيات موجود نمي­توان با قاطعيت از ملاك­هاي پذيرفته شده جهاني براي سلامت روان سخن گفت، بنابراين، سلامت روان از ديدگاه­هاي گوناگوني تعريف مي­شود و هر تعريفي از سلامت روان، فرضيه­هاي فرهنگي ذاتي خود را داراست(لطافتی بریس،1388).

همه متخصصان متفق القولند که سلامت روان در تحول شخصیت واحد نقشی بنیادین است. تصور تحول موزون انسان بدون وجود سلامت روان غیر ممکن است. بی­شک عوامل متعددی بر سلامت روان تأثیر می­گذارد که فهرست کردن همه آن­ها دشوار است چرا که وجود تفاوت­های فردی ممکن است به تنوع در عوامل مؤثر بر سلامت روان بینجامد با این حال، یافته­های حاصل از پژوهش­ها در زمینه­های زیست شناسی و عوامل اجتماعی دانش، ما را درباره عواملی که ممکن است سلامت روان تحت تأثیر قرار دهند وسعت بخشیده­اند(اینترنت، مقاله روانشناسی موفقیت به سوی سلامت روان).

**اصول بهداشت روانی**

چنانکه قبلا ذکر شد، هدف اصلی بهداشت روانی پیشگیری است و این منظور به وسیله ایجاد محیط فردی و اجتماعی مناسب حاصل می­گردد. بنابراین برای هر فرد لازم است که با اصول بهداشت روانی آشنایی داشته باشد. اصول اساسی بهداشت روانی عبارت است از:

الف) احترام به شخصیت خود و دیگران: یکی از شرایط اصولی بهداشت روانی احترام به شخص خود است و اینکه فرد خود را دوست بدارد و به عکس، یکی از علایم بارز غیر عادی بودن، تنفر از خویش است. اصول بهداشت روانی مبتنی بر تقویت افراد است، نه تخریب شخصیت آن­ها، بر اساس این اصول باید نسبت به دیگران اغماض و بردباری داشت و به عوض تنبیه، تشویق را پیش­بینی کرد و خلاصه اینکه، برای شخصیت افراد احترام قائل شد.

ب) شناخت محدودیت­های خود و دیگران : یکی از اصول مهم بهداشت روانی، روبرو شدن مستقیم با واقعیت زندگی است. برای رسیدن به این مقصود، نه تنها لازم است که عوامل خارجی را شناخته و بپذیریم، بلکه ضروری است تا شخصیت خود را آن طور که واقعا هست قبول نمائیم. کشمکش و خصومت با واقعیت اغلب سبب بروز اختلال روانی می­گردد. شخص سالم در عین حالی که از خصوصیات مثبت و برجسته­ی خود استفاده می­کند، به محدودیت­ها و نواقص خود نیز آشنایی دارد. البته باید خاطر نشان کرد که اگر چه خودشناسی کاری دشوار است، ولی شناختن دیگران دشوارتر است، زیرا افراد بشر از خیلی جهات با یکدیگر متفاوتند.

ج) پی­بردن به علل رفتار : در هر عملی باید اصل علت و معلول حکم­فرما باشد زیرا که از نظر علم، هیچ پدیده­ای خود به خود به وجود نمی­آید. از نظر علمای روان­شناسی، رفتار خوب و بد وجود ندارد، بلکه هر رفتاری عللی دارد و اگر رفتاری برای فرد و جامعه مضر باشد، باید مانند برطرف کردن مرضی جسمی، سعی بر درمان آن نمود، بنابراین اولین قدم برای از بین بردن اختلال رفتار، یافتن دلیل آن است.

د) درک اینکه رفتار، تابع تمامیت فرد است : رفتار بشر تمامیت وجود اوست. بدین معنی که هر انسانی بر اثر ارتباط خصوصیات روانی و جسمی خود دست به انجام عمل می­زند. هیچ رفتاری جداگانه و در خلاء انجام نمی­گیرد و هیچ عملی مستقل از سایر اعمال و خصوصیات موجود بروز نمی­کند. مثلا ناراحتی­های جسمانی، اختلالات روانی را باعث می­شود و بالعکس، نارسائی­های روانی سبب بروز علایم جسمانی خواهد شد.

ه) شناسایی احتیاجات اولیه­ای که سبب ایجاد رفتار و اعمال انسان می­گردد : بهداشت روانی مستلزم دانستن و ارزش دادن به احتیاجات اولیه­ی افراد بشر است. بعضی از این احتیاجات جسمانی است، مانند نیاز به آب و غذا و گروهی از آن­ها روانی می­باشد مانند احتیاج به پیشرفت. بشر دائما تحت تأثیر این نیازهاست و به نسبت محرومیت و یا ارضاء آن­ها رفتار می­کند، بنابراین زندگی او هیچ وقت در حالت سکون مطلق نیست، بلکه دائما در کشمکش و تلاش برای به دست آوردن غذا، آب، مسکن و عشق به پیشرفت موقعیت اجتمـاعی و امنیت جسمی و روانی است. شـخصی که این اصول را بداند و بپذیرد، واقع­بینانه با مشکلات زندگی مقابله کرده و دارای سلامت روانی خواهد بود( شاملو،1376).

**خصوصیات افراد دارای سلامت روانی**

بنابر تحقیقات انجمن ملی بهداشت روانی، افراد دارای سلامت روانی دارای خصوصیات زیر هستند:

آنان احسـاس راحتی می­کنند، خود را آنگونه که هستند می­پذیرند، از استعدادهای خود بهره­مند می­شوند، نگرانی، ترس، اضطراب و حسادت کمی دارند و دارای اعتماد به نفس می­باشند. سیستم ارزشی آنان از تجارب شخصی خودشان سرچشمه می­گیرد. احساس خوبی نسبت به دیگران دارند، به علایق افراد دیگر توجه می­کنند و نسبت به آن­ها احساس مسئولیت نشان می­دهند. سعی نمی­کنند بر دیگران تسلط یابند. آن­ها با مشکلات روبرو می­شوند و نسبت به اعمال خود احساس مسئولیت می­کنند. محیط خود را تا آنجا که ممکن است شکل می­دهند و تا آنجا که ضرورت دارد با آن سازگار می­شوند(بنی­جمال واحدی،1370).

تحقیقات متعددی در خصوص سلامت روانی انجام گرفته است که برخی از این تحقیقات رابط بین سلامت روانی و خانواده و همچنین ازدواج مجدد را مورد بررسی قرار داده­اند، پس لازم است تحقیقاتی که در این زمینه انجام گرفته است مورد بررسی قرار گیرند.

در تحقیقی که تحت عنوان «بررسی رابطه­ی عملکرد خانواده و سلامت عمومی فرزندان» انجام گرفت. نتایج نشان داد که بین عملکرد خانواده به طور کلی و سلامت عمومی دانش­آموزان رابطه معنی­داری وجود دارد. از میان متغییرهای عملکرد خانواده، بین میزان همبستگی خانواده و سلامت عمومی دانش­آموزان رابطه مثبت و معنی­داری به دست می­آمد. بین میزان ابزار و بیان خود و سلامت عمومی دانش­آموزان نیز رابطه­ی مثبت و معنی­داری مشاهده شد. نتایج بدست آمده چه در ابعاد نظری و چه در بعد تحقیقاتی نشانگر این است که نحوه­ی تعاملات درون خانواده با میزان سلامت عمومی فرزندان آن­ها در ارتباط است(حنانی،1383).

در تحقیق دیگری که تحت عنوان «ارتباط بین سازگاری خانواده با سلامت روانی و سطح رضاء نیازهای روانشناختی فرزندان نوجوان» انجام گرفت. نتایج نشان داد که عملکرد خانواده در ابعاد شش­گانه حل مشکل، ارتباط نقش همراهی عاطفی و کنترل عاطفی و نیز عملکرد با مشکلات روانی(شکایت جسمانی، ناسازگاری اجتماعی، اضطراب و افسردگی) همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. به صورتی که هر چه عملکرد خانواده ضعیف­تر باشد مشکلات روانی نیز بیشتر خواهد شد. همچنین عملکرد با میزان احساس نیازهای روانی، آزادی عمل، شایستگی و ارتباط، همبستگی منفی معناداری داشت. به صورتی که هر چه عملکرد خانواده ضعیف­تر باشد، عدم ارضای نیازهای روانی، ارتباط، شایستگی و آزادی عمل نیز بیشتر خواهد بود. یافته دیگر نشان داد که عملکرد کل، آمیزش عاطفی و همراهی عاطفی خانواده­ها با مقیاس، تفاوت معنی­داری نداشت، اما حل مشکل ارتباط کنترل رفتار و نقش­ها با جامعه، تفاوت معنی­داری داشت و ضیعف­تر بود. نتایج تحقیق بیانگر اهمیت تأثیرپذیری فرزندان از ناساگاری والدین و محیط ناآرام خانواده بود و نتایج نشان داد که چنانچه خانواده به وظایف خود عمل نکند، سلامت روانی روزمره فرزندان، ارتباط کلامی و غیر کلامی اعضاء الگوهای رفتاری مناسب و نهایتاً تعیین قواعدی برای کنترل رفتار، دارای عملکرد ضعیف هستند(رحیمی­نژاد و پاک­نژاد، 1383).

در پژوهشی که در شهر اهواز تحت عنوان «مقایسه­ی سلامت روان زنان در خانواده­های تک همسره با زنان در خانواده­های چند همسری» انجام گرفت. نتایج نشان داد که احتمالاً فشار روانی ناشی از چند همسر داشتن یک مرد، بتدریج تعادل روانی زنان چنین خانواده­هایی را برهم­زده و آن­ها را مستعد ابتلاء به بیماری­های روانی می­کند. آشتفگی ناشی از برهم خوردن شکل طبیعی خانواده منجر به عقاید ضدسازشی و کاهش رضایت از زندگی، عصبانیت، عدم کنترل رفتار و ... خواهد شد(زارعی و همکاران، 1383).

همچنانکه در جریان طبیعی رشد جوانان در صدد تثبیت هویت بزرگسالانه­ای برای خود هستند سطوح مختلف افسردگی و استرس مرتبط با مشکلات در میان نسل جوان در حال گسترش است علاوه بر این اسمیت[[12]](#footnote-12)1 و راتر[[13]](#footnote-13)2(1995) گزارش کرده­اند که از سال 1945، اختلالات روانی، اجتماعی که در برگیرنده­ی افسردگی، اختلالات تغذیه و رفتارهای خودکشی است در بزرگسالان به طور اساسی شیوع بیشتری یافته است. همچنین بر اساس گزارش سازمان بهداشتی، طی ده سال گذشته، تعداد جوانانی که بیمار تشخیص داده شده و به بیمارستان­های روانی ارجاع داده شده­اند افزایش قابل ملاحظه­ای یافته است. پژوهشی که روی جوانان 18 ساله در اسکاتلند انجام شده است نشان می­دهد که 3/1 پسران و 5/2 دختران دارای اختلالات روانشناختی هستند(بهرامی احسان، 1381).

نتایج مطالعات تطبیقی که در سه کشور اروپایی انجام شده است حکایت از آن دارد که حدود 27 درصد افراد از افسردگی رنج می­برند. همچنین کاچر[[14]](#footnote-14) (1994) گزارش کرده است که بین10 تا 15 درصد جوانان دارای مشکلات جدی هیجانی، رفتاری هستند(بهرامی احسان،1381).

**عوامل مؤثر در تأمین سلامت روان**

روان انسان هم تابع عوامل عضوی، روانی و اجتماعی و ارتباط عوامل مذکور با یکدیگر می­باشد. به عبارت دیگر محیط طبیعی و محیط انسانی تنظیم کننده سلامت روان است و مقصود از محیط طبیعی عوامل عادی مثل بهداشت، آنان برای حفظ و سلامت روان خود می­باید از جهات مختلف روانی دقیقاً تحت کنترل و مراقبت خود و دیگران قرار گیرد.

**نقش خانواده در تأمین سلامت روان**

پایه­های ریشه روانی و رفتار اجتماعی کودکان و احساس ایمنی و ارضای عاطفی در سال­های نخستین کودکی پایه­ریزی می­گردد اولین محیط اجتماعی برای انسان خانواده است که در آن شخصیت هر فرد پایه­گذاری می­شود و خانواده دو امر مهم را برعهده دارد یکی ساخت فرد به عنوان یک انسان و دیگری انتقال میراث انسان­ها به نسل بعدی است. در خانواده افراد تشریک مساعی می­کنند. تحت تأثیر یکدیگر قرار می­گیرند و موجبات نمود پیشرفت شخصیت کلیه افراد در خانواده فراهم می­شود. خانواده می­بایست کانون گرم و محبت آمیز به وجود آورد و زندگی خود را بر مبنای محبت و پذیرش، احترام متقابل و زندگی مسالمت­آمیز بنا کند. زیرا خانه اولیه مرکز آموزش اخلاقی، تربیتی، اقتصادی، مذهبی، هنری و بهداشتی انسان است، عدم توجه والدین به سالم­سازی محیط روانی و عاطفی کودکان و نوجوانان و فقدان روابط مناسب در بیشتر موارد آنان را با کمبودهای عاطفی و مشکلات روانی گوناگون روبرو می­سازد و احتمال اینکه این کودک در آینده به اختلالات رفتاری و روانی خانواده، انگیزه اصلی آشفتگی­های روانی و نشر خوبی­هایی مثل عصیان­های جوانی فحشا و اعتیاد دانسته شده است(فرهیخته1389)**.**

**نظریات مرتبط با سلامت روانی**

جامعه­شناسان و روان­شناسان بصیرت­ها و رهنمودهای عمده­ای را برای مطالعه سلامت روانی ارائه داده­اند و سلامت روانی را یک مورد مهم می­دانند بر نظریات برخی از آن­ها به طور اختصار اشاره می­کنیم :

**نظریه­ی زیگموند فروید:**

به عقیده فروید ویژگی­های خاصی برای سلامت روانشناختی ضرورت دارد. نخستین ویژگی هشیاری(خود آگاهی) است. بعضا هر آنچه که ممکن است در ناهشیاری(ناخودآگاهی) موجب مشکل شود بایستی خودآگاه شود. واپس­زنی­های ناخودآگاه و غیرضروری بایستی دگرگون شوند و انرژی صرف شده برای نگهداری آن­ها در ناخودآگاه بایستی به «من» بازگردانیده شود. تجارب کودکی ناخودآگاه بایستی گشوده شوند و از این طریق به فرد کمک شود تا شیوه ارضای کودکانه را رها نماید. در نهایت، خود آگاهی حقیقی ممکن نیست مگر اینکه کنترل غیرواقعی و غیرضروری یا زاید «من برتر» درهم شکسته شود. زیرا گنجایش ناخودآگاه من برتر بازتابی از این تحریم­ها، ممنوعیت و ایده­آل­های والدین فرد است و این مسایل در انسان نوعی احترام غیرمنطقی و انعطاف­پذیر جایگزین وجدان سخت­گیر و اخلاقی می­شود. این بدین معنی نیست که اگر کنترل­های ناخود آگاه من برتر تضعیف شوند و خواسته­های واپس­رانده خودآگاه شوند می­توانیم زندگی لذت آوری را شروع کنیم. خود آگاهی لذت طلبی نیست، خودآگاهی عنصر اصلی سلامت روانشناختی است و در شخص بالغ نتیجه واپس­زنی تمایلات غریزی جایگزین محکومیت آن­ها می­شود. به نظر فروید خود آگاهی برای سلامت روانشناختی کفایت کننده نیست. در نتیجه فرد بیگانگی منطقی از علاقمندی­ها و اشتیاقات عمومی را معیار نهایی سلامت روانشناختی می­داند(کورسینی[[15]](#footnote-15)، 1973).

**نظریه­ی آدلر:**

بنابر نظریه آدلر فرد برخودار از سلامت روانشناختی، توان و شهامت یا جرات عمل کردن را برای نیل به اهدافش دارد. چنین فردی جذاب و شاداب است و روابط اجتماعی سازنده و مثبتی با دیگران دارد. فرد سالم به عقیده آدلر از مفاهیم و اهداف خودش آگاهی دارد و عملکرد او مبتنی بر نیرنگ و بهانه نیست. فرد دارای سلامت روان مطمئن و خوش­بین است و ضمن پذیرفتن اشکالات خود در حد توان اقدام به رفع آن­ها می­کنند(کورسینی، 1973). فرد دارای سلامت روان به نظر آدلر روابط خانوادگی صمیمی و مطلوبی دارد و جایگاه خودش را در خانواده و گروه­های اجتماعی به درستی می­شناسد. فرد سالم در زندگی هدفمند و غایت­مدار است و اعمال او مبتنی بر تعقیب این اهداف است. عالی­ترین هدف شخصیت سالم به عقیده آدلر تحقق «خویشتن» است. فرد سالم مرتباً به بررسی ماهیت اهداف و ادراکات خویش می­پردازد و اشتباهاتش را برطرف می­کند. چنین فردی خالق عواطف خودش است نه قربانی آن­ها. آفرینش­گری و ابتکار فیزیکی از دیگر ویژگی­های سلامت روانشناختی است. فرد سالم از اشتباهات اساسی پرهیز می­کند و اشتباهات اساسی شامل تعمیم افراطی، اهداف نادرست و غیر ممکن، درک نادرست و توقع بی­مورد از زندگی، تقلیل یا انکار ارزشمندی خود، ارزش­های و باورهای غلط می­باشد. فرد سالم دارای علاقه اجتماعی و میل به مشارکت اجتماعی است. چنین فردی سعی در کاستن عقده حقارت خود دارد و به دنبال غلبه و چیرگی بیشتر بر بی­جرأتی است و در نهایت چنین فردی موفق می­شود که انگیزه­های نامطلوب خود را دگرگون سازد(کورسینی، 1973).

**نظریه­ی سالیون[[16]](#footnote-16):**

ویژگی­های سلامت روانشناختی از دیدگاه وی عبارتند از :

1. شخصیت برخورد از سلامت روانشناختی «انعطاف پذیری» است و با توجه به موقعیت­های بین فردی نوین، در روابط­اش با دیگران به طور متناسب تغییرپذیر است.

2- فرد سالم قادر به تمایزگذاری بین افزایش و کاهش «تنش» است و رفتار او در جهت کاهش تنش معطوف می­شود.

3- به گفته سالیون شخصیت سالم بایستی بنا به گفته چارلز اسپیرمن در حال «آموزش و فراگیری روابط و ارتباطات» باشد.

4- زندگی شخص برخوردار از سلامت روان، دارایی جهت یافتگی است. بدین معنی که امیالش را به نحوی یکپارچه می­سازد که منجر به رضایتمندی شود یا اضطراب او را نسبتاً کم کند یا از بین ببرد. ما برای این شخصیت سالم کسی است که دستگاه روانی او حداقل تنش را داشته باشد و چنین فردی معمولاً روابط اجتماعی انعطاف­پذیر، واقعی و اعتمادآمیز دارد(سالیوان، 1953).

**نظریه­ی کارل راجرز**[[17]](#footnote-17)**:**

به عقیده راجرز(1961) آفرینندگی مهمترین میل ذاتی انسان سالم است همه چنین شیوه­ی خاصی که موجب تکامل و سلامت فرد می­شود و به میزان قسمتی بستگی دارد که کودک در شیرخوارگی دریافت کرده است. ارضای توجه مثبت غیر مشروط و دریافت غیر مشروط محبت تأیید دیگران برای رشد و تکامل سلامت روانی افراد با اهمیت است. شخصیت­های سالم فاقد نقاب، ماسک هستند و با خودشان رو راست هستند. چنین افرادی آمادگی تجربه را دارند.

به عقیده راجرز اساسی­ترین خصوصیت سالم زندگی هستی داراست یعنی آماده است که در هر تجربه ساختاری را در یابد و بر اساس مقتضیات تجربه لحظه بعدی به سادگی دگرگون شود. انسان سالم به ارگانیزم خودش اعتماد می­کند. هر چه سلامت روان انسان بیشتر باشد آزادی عمل و انتخاب بیشتری را احساس و تجربه می­کند، انسان سالم محدودیت فکری و عمل خویشتن را آزادانه انتخاب می­کند. انسان سالم آفرینش­گری دارد زیرا انسان خلاق با محدودیت­های اجتماعی و فرهنگی هماهنگی و سازش منفعلانه ندارد، تدافعی نیست و به تمجید و ستایش دیگران نیز دلخوش نمی­کند.

**نظریه­ی آلبرت الیس**[[18]](#footnote-18)**:**

الیس در پیدایش بیماری عاطفی یا سلامت روانشناختی هر سه عامل فیزیولوژیکی، جسمانی و روانشناختی را مورد توجه قرار می­دهد. الیس از لحاظ گرایش­های انسانی تا حدودی زیاد با مازلو شباهت دارد. به نظر سلامت روانی انسان از تمایلات ذاتی و نامطلوب هر انسانی برای نیاز مفرط به برتری از دیگران و همه فن حریف شدن، توسل به عقاید احمقانه و بدبینانه، پرداختن به تفکرات آرزومندانه و توقع خوش­رفتاری و خوبی مداوم از دیگران، محکومیت خویشتن و تمایلات عمیق به زود رنجی و آشفتگی ناشی می­شود. اگر انسان به این تمایلات طبیعی و در عین حال ناسالم خودش نرسد، دیگران و دنیای خارج را مورد سرزنش و نکوهش قرار می­دهد. الیس معتقد است که افکار منطقی و عقلی و عواقب و پیامدهای منطقی منتهی می­شود و در نتیجه به سلامت روانی فرد ختم می­شود. به طور خلاصه ویژگی­های سلامت روانشناختی از دیدگاه الیس عبارتند از :

1-عشق ورزیدن به دیگران و جویای محبت آنان شدن، اما فرد سالم در جستن محبت دیگران افراط نمی­کند.

2-انجام دادن کار به خاطر نفس کار نه به خاطر دیگران لذت بردن از فعالیت خود نه از نتایج آن، فرد سالم با این عمل به سوی کمال حرکت می­کند.

3-طبیعی بودن، ناکام شدن و در صورت عدم توانایی مقابله با ناکامی انسان سالم آن را می­پذیرد. انسان سالم در هنگام ناکامی موقعیت را تخریب نمی­کند بلکه سعی دارد آن را به صورت عینی ادراک نماید.

4-نسبت ندادن شکست­ها به عوامل بیرونی چون موارد بیرونی به خودی خود موجب اختلال و ناسلامتی نمی­شوند مگر این که فرد تلقین به نفس نماید.

5-عـدم ترس شدید از خـطرهای بالقوه انسان سالم سعی می­نمایند تا حد امکان احتمال خطر را کاهش می­دهد ولی از آن بیش از حد بینماک و هراسناک نمی­شود.

6-تلاش برای کسب استقلال و مسئولیت و عدم روگردانی از کمک­های دیگران در صورت لزوم.

7-انجام وظیفه محوله از خصوصیات انسان سالم است. فرد سالم زندگی را همراه با مسئولیت و حل مشکلات آن لذت می­داند.

8-فرد سالم بیش از آن که به گذشته فکر کند به حال و وضعیت موجود یعنی «اینجا و اکنون» توجه دارد.

9-کمک کردن به دیگران و نگران در مورد مشکلات دیگران، در صورت عدم توفیق کمک به دیگران وضعیت آن­ها و مشکل آنان را می­پذیرد.

10-فرد سالم به هر مشکل راه حل­های مختلفی را در نظر دارد و سعی دارد که بهترین راه حل در حد توانش انتخاب کند. به نظر فرد سالم راه حل­های موجود نسبی هستند و بر حسب موقعیت تغییرپذیر هستند.

11-فرد سالم و نگرش­ها و رفتارش «الزام و اجبار» ندارد و می­تواند خودش را از قید و بندها رها نماید و در جهت سلامتی نفس حرکت کند(محرابی، 1387).

**نظریات نوین مبتنی بر شناخت درمانی**

افراد دارای سلامت روان معتقد به یک سیستم اعتقادی و ارزشی هستند و خصوصیات نظام و اعتقاد او نیز منطبق با ادراک او از واقعیات است. طرز تفکر چنین فردی فاقد خصوصیات تعمیم پذیری، مبالغه کردن، فیلتر ذهنی و... است. فرد دارای سلامت روانشناختی به جنبه­های مثبت خود به اندازه کافی و به صورت واقع­بینانه توجه می­نماید. چنین فردی در حیطه طبیعی خودش گام بر می­دارد و نهایتاً صادقانه مسئولیت رفتار و تفکرش را می­پذیرد(اوی، 1993).

**نظریه­ی ویلیام گلاس**

انسان سالم بنابر به نظریه گلاس کسی است دارای ویژگی­های زیر می­باشد:

1-واقعیت را انکار نکند و درد و رنج موقعیت­ها را با انکار کردن نادیده نگیرد، بلکه با واقعیت­ها به صورت واقع­گرایانه­ای روبرو شود.

2-هویت موفق داشته باشد یعنی هم عشق و محبت بورزد و هم عشق و محبت دریافت کند. هم احساس ارزشمندی کند و هم دیگران احساس ارزشمندی او را تأیید کنند.

3-مسئولیت زندگی و رفتارش را بپذیرد و به شکل مسئولانه رفتار کند. پذیرش مسئولیت کامل­ترین نشانه سلامت روانشناختی است.

4-توجه او به لذت دراز مدت­تر، منطقی­تر و منطقی با موقعیت باشد.

5- بر زمان حال و آینده تأکید نماید نه بر گذشته و تأکید بر آینده نیز جنبه دور نگری داشته باشد نه به صورت خیال­پردازی باشد. واقعیت درمانی گلاس نیز بر سه اصل: قبول واقعیت، قضاوت در درستی یا نادرستی رفتار و پذیرش مسئولیت رفتار و اعمال استوار است و چنانچه در شخص این سه اصل تحقق یابد نشانگر سلامت روان- شناختی است(گلاس، 1965).

**نظریه­ی اسکنیر**[[19]](#footnote-19)**:**

سلامت روانی و انسان سالم به عقیده اسکنیر معادل با رفتار با قوانین و ضوابط جامعه است و چنین انسانی وقتی با مشکل روبرو شوند از طریق شیوه اصلاح رفتار برای بهبود و بهنجار کردن رفتار خود و اطرافیانش به طور متناوب استفاده می­جوید تا وقتی که به هنجار مورد پذیرش اجتماع برسد، به علاوه انسان سالم بایستی آزاد بودن خودش را نوعی توهم بپندارد و بداند که رفتار او تابعی از محیط است و هر رفتار توسط حدودی از عوامل محیطی مشخص گردد. انسان سالم کسی است که تأییدات اجتماعی بیشتری به خاطر رفتارهای متناسب از عوامل متناسب از دیدگاه اسکینر این باشد که انسان بایستی از علم، نه برای پیش­بینی بلکه برای تسلط بر محیط خودش استفاده کند. در این معنا فرد سالم کسی است که بتواند با هر روش بیشتر از اصول عملی استفاده کند و به نتایج سودمندانه­تری برسد و مفاهیم ذهنی مثل امیال، هدفمندی، غایت نگری و غیره را کنار بگذارد(فرهیخته1389).

**2-2 تعارض کار- خانواده**

تقابل میان کار و خانواده یکی از موضوعات مورد توجه بسیاری از پژوهش­ها در 25 سال گذشته بوده است(گرین هوس و پاول[[20]](#footnote-20)، 1996). علوم مدیریت و روانشناسی نیز علاقه بسیاری به مطالعه اینکه چگونه مردان و زنان میان مسئولیت­های شغلی و خانوادگی خود تعادل ایجاد می­کنند، داشته­اند (ادوارد و روثبارد[[21]](#footnote-21)، 2000؛ کرچ میر[[22]](#footnote-22)، 1992؛ کوسک، نویی و دمار[[23]](#footnote-23)، 1999)؛ در این میان با تغییر در ماهیت و ساختار نقش­های کاری و خانوادگی، مانند شاغل شدن زوجین، حضور بیشتر زنان در مشاغل و کم رنگ شدن برخی نقش­های سنتی در مسئولیت­های زندگی خانوادگی افراد (بارنت و هاید[[24]](#footnote-24)، 2001؛ ادوارد و روث بارد، 2000؛ جنکینز، رپتی و کروتر[[25]](#footnote-25)، 2000) مطالعات بسیاری در این زمینه انجام شده است (به نقل از شاین و چن[[26]](#footnote-26)، 2011). پیشینه مسائل مربوط به کار و خانواده عمدتاً بر روی تعارض میان حدود فعالیت­های شغلی و خانوادگی، یا همان تعارض کار-خانواده (WFC)[[27]](#footnote-27)، تمرکز یافته است، گرچه اصطلاح کار-خانواده و کـار-زنـدگی[[28]](#footnote-28) اغلب بجای یکـدیگر استفاده می­شـود؛ اما بین این دو تمـایز وجود دارد، چرا که عنوان کار-خانواده به مسائل مربوط به نقش­های همسری و والدینی در خانه اشاره دارد و کار-زندگی به سایر نقش­های غیر شغلی فرد مانند عضویت در گروه­های اجتماعی، فعالیت­های مذهبی و غیره مربوط است.

براساس مطالعات کان (1964)؛ بیوتل و گرین هوس (1985) تعارض کار-خانواده را اینگونه تعریف کرده اند «نوعی از تعارض بین نقشی[[29]](#footnote-29)، که در آن فشار ناشی از نقش­های حیطه کار و خانواده در برخی از جنبه­ها با یکدیگر ناسازگار هستند، از این رو انجام یک نقش (شغلی یا خانوادگی) باعث دشواری در انجام دادن نقش دیگر می­شود» ( به نقل از، شاین و چن، 2011).

تعارض کار-خانواده زمانی رخ می­دهد که انتظارات مربوط به یک نقش با توانمندی­های شخص برای اینکه سایر نقش­هایش را نیز بتواند به طور کامل انجام دهد، تداخل می­کند. گوود[[30]](#footnote-30)(1960) بیان می­کند که تعارض بین نقش نتیجه و پیامدی چاره­ناپذیر برای فرد در انجام نقش­های چندگانه است (شاین و چن، 2011). بنابراین تعارض کار-خانواده (WFC) غالباً در زیر مجموعه عوامل استرس‌زای ناشی از نقش دسته­بندی و مطرح شده است، چرا که این تعارض گویای ناهمخوانی و تضاد بین الزامات و خواسته­های دو نقش متفاوت است (کان و روزنتال[[31]](#footnote-31)، 1964؛ کتز و کان[[32]](#footnote-32)، 1978؛ به نقل از متشرعی، 1389) و لذا تعارض به هر شکلی که باشد منجر به استرس برای فرد خواهد شد.

جهت­گیری تعارض کار-خانواده، دو جنبه را مد نظر دارد. جهتی که در آن کار و مسائل کاری با زندگی خانوادگی تداخل می­یابد (WIF و یا W →FC)[[33]](#footnote-33)و در مقابل، جهتی که در آن مسائل خانوادگی با حیطه کاری تداخل می­یابد (FIW و یا F →WC)[[34]](#footnote-34). به عنوان مثال، تداخل خانواده- کار، زمانی رخ می­دهد که فرد به دلیل بیدار ماندن و مراقبت کردن از کودک خردسالش که در طول شب نا آرامی می­کرده، در روز بعد در محل کار خسته و ناکارآمد عمل می­کند و مثالی از تداخل کار-خانواده زمانی است که فرد برای اتمام زمان کار و ماندن در پست خود در سازمان، نتواند در برنامه­ای مربوط به خانواده، مثل جشن فارغ التحصیلی فرزندش شرکت کند. تمایز میان این دو مفهوم در برخی مطالعات از جمله پژوهش­های، فرون، راسل و بارنز[[35]](#footnote-35) (1996) و گوتک، سرل و کلپا[[36]](#footnote-36) (1991)، بررسی و مورد تأیید قرار گرفته­اند (توتل[[37]](#footnote-37)، 2006). بطور کلی، مفهوم تعارض کار-خانواده می­تواند در سه حیطه، دسته­بندی شود (گرین هوس و بیوتل، 1985؛ نقل از توتل، 2006):

1) تعارض مبتنی بر زمان[[38]](#footnote-38)

2) تعارض مبتنی بر توان فرسایی[[39]](#footnote-39)

3) تعارض مبتنی بر رفتار[[40]](#footnote-40).

تعارض مبتنی بر زمان نیز به دو شکل نمود پیدا می­کند:

الف) هنگامی که فرد به دلیل حضور فیزیکی در محیط کار یا در خانواده نتواند به وظایف و انتظارات برخواسته از نقش دیگر خود بپردازد.

ب) فشار زمانی حتی هنگامی که فرد در محیط کار یا خانواده حضور فیزیکی ندارد، به دلیل ایجاد اشتغال ذهنی و فکری، باعث می­شود فرد نتواند وظایف نقش دیگر خود را بخوبی انجام دهد.

تعارض مبتنی بر فشار روانی زمانی وجود دارد که فشار در یک نقش شغلی عملکرد فرد را در نقش دیگر تحت تاثیر قرار می­دهد. تعارض مبتنی بر رفتار هنگامی رخ می­دهد که شیوه رفتاری که فرد در محل کار نشان می­دهد (بی­عاطفه بودن، منطقی بودن، قدرت نمایی و استبدادگری) مورد علاقه افراد خانواده نباشد و در واقع این رفتارها در خانه ناکارآمد ارزیابی می­شوند.

به طور طبیعی، ناسازگاری میان نقش­های فرد در خانواده و نقش­های فرد به عنوان یک کارکن منجر به تعارض می­گردد. همانطور که گرین هوس و بیوتل در تشریح پیشایندهای تعارض کار-خانواده، نشان می­دهند(جدول شماره 1-2) فشارهای حیطه­های خانواده و حیطه­های شغل منجر به این عدم سازگاری­ها میان دو نقش می­شوند.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |
|  | **فشارهای حیطه خانواده** | |  | **فشار نقش (ناسازگاری )** |  | **فشارهای حیطه شغل** | |  |
| نگهداری از کودک  همسر شاغل  خانواده بزرگ | زمان |  | **زمانی**:  *هنگامی که صرف وقت در یک نقش از رسیدگی به نقش دیگر جلوگیری کند.* |  | زمان | ساعات کار  برنامه غیر انعطاف کار  نوبتکاری/شیفت کاری |  |
| تعارض در خانه  کم حمایتی همسر | توان |  | **توانی:** *هنگامی که انجام یک نقش توان انجام نقش دیگر را سلب کند.* |  | توان | تعارض نقش  ابهام نقش  تداخل مشغولیت دو نقش |  |
| انتظار برای گرم بودن  باز بودن و صداقت در خانه | رفتار |  | **رفتاری:** *الزامات رفتاری در یک نقش رفتار بر اساس الزامات نقش دیگر را دشوار سازد.* |  | رفتار | انتظار پنهان کاری  رعایت مسائل امنیتی عینیت در کار |  |
|  |  |  |  | عامل جلوگیری کننده از انجام وظایف |  |  |  |  |
|  |  |  |  | برجستگی نقش |  |  |  |  |

**جدول شماره 1-2. مدل نظری ناسازگاری فشارهای نقش خانواده-کار، گرین هوس و بیوتل** (1985)؛ (برگرفته از؛ لیگ سو، 2009؛ صفحه 232)

در مدل نظری گرین هوس و بیوتل، سه حیطه بروز تعارض (زمان-توان-رفتار)، بخوبی نشان داده شده است. به طور مثال ساعات کار طولانی و یا نوبت­کاری (شیفت کاری) در حیطه شغلی و الزام به نگـهداری از کودک خـردسال و علاوه بر آن شاغل بودن همسر، در حیطه خانواده، از نظر زمانی محدودیت­هایی را برای فرد کارکن ایجاد می­کند و این فشار ناشی از محدود بودن زمان، زمینه­ای برای ایجاد تعارض و عدم هماهنگی و سازگاری میان دو نقش وی در خانه و در محل کار بوجود می­آورد. تعارض مبتنی بر زمان، رایج­ترین نوع تعارض به شمار می­رود که مبتنی بر نظریه کمبود است. این نظریه بیان می­کند که میزان انرژی انسان ثابت و محدود است و نقش­های چندگانه به طور اجتناب ناپذیری زمان و انرژی لازم برای برآوردن همه نیازهای نقش را کاهش می­دهد، بنابراین فشار و تعارض کار-خانواده رخ خواهد داد (مارکز[[41]](#footnote-41)،1977).

در نهایت با در نظر گرفتن سه زمینه ساز ناسازگاری نقش­ها و همچنین در دو جهت تداخل مسائل کار در خانواده و تداخل مسائل خانواده در کار، شش شکل مختلف از تعارض کار-خانواده بدست می­آید:

1. تداخل کار در خانواده مبتنی بر زمان: بازتاب دهنده­ی حالتی است که در آن خواسته­های شغلی مانع نیاز کارکنان به صرف وقت در امور منزل و خانواده­شان می­شود.
2. تداخل کار در خانواده مبتنی بر توان فرسایی: مشخص کننده این است که عوامل فشارزای شغلی، منجر به تحلیل رفتن سطوحی از توان فرد شده که نشاط و انرژی کارکن، حتی هنگامیکه در خانه به سر می‌برد را مختل می­کند.
3. تداخل کار در خانواده مبتنی بر رفتار: مشخص کننده آن است که رفتارهایی که در محل کار اعمال آن­ها انتظار می‌رود، اگر در محیط خانواده فرد نیز ابراز و وضع شوند ایجاد مشکل می­نمایند.
4. تداخل خانواده در کار مبتنی بر زمان: بازتاب دهنده حالتی است که در آن خواسته­های مربوط به زندگی خانوادگی مانع نیاز کارکنان به صرف وقت در امور کاری­شان می­شود.
5. تداخل خانواده در کار مبتنی بر توان فرسایی: مشخص کننده این است که عوامل فشارزای زندگی خانوادگی، منجر به تحلیل رفتن سطوحی از توان فرد شده که نشاط و انرژی کارکن، حتی هنگامیکه در محل کار به سر می برد را مختل می­کند.
6. تداخل خانواده در کار مبتنی بر رفتار: مشخص کننده آن است که رفتارهایی که در محیط خانه انجام آن­ها انتظار می­رود، اگر در محل کار فرد نیز بکار روند، ایجاد مشکل می­نمایند(بذر افکن1390).

کریمی در مطالعه خود با هدف بررسی تعارض کار-خانواده در کارکنان ایرانی در سازمان­های مختلف دریافت که تجربه کارکنان ایرانی در تفسیر تعارض کار–خانواده مشابه کارکنان اروپایی است. مرکز کار و استخدام دانشگاه ناپییر علت اساسی دلایل تعارض کار-خانواده زندگی را بررسی کرده و یافته­های به دست آمده شامل :

1-پایین بوده حمایت سازمانی،

2-تعداد نوبت­های کاری و انعطاف کاری پایین، نوبت کاری شب و روز،

3-ساعات کاری طولانی که از یک سو تداخلات جدی در تعادل کار و زندگی ایجاد کرده و از سوی دیگر تهدیدی برای سلامتی آن­ها محسوب می­شود(وایز[[42]](#footnote-42)،2004).

نظریه­های متعددی هستند که تضاد کار و خانواده را از جنبه­های گوناگون تفسیر و تبیین می­کنند. یکی از پذیرفته­شده­ترین تفسیرها متعلق به نظریه­ی نقش است. طبق این نظریه انتظارات سایرین و آنچه رفتار مناسب در یک موقعیت به­خصوص (مثلاً در جایگاه همسر، همکار، زیردست، پدر یا مادر) دانسته می­شود، نقش­های کاری و خانوادگی فرد را شکل می­دهد. هر یک از حوزه­های کار و خانواده نقش­های چندگانه­ای برای فرد تعریف می­کنند که هر کدام تقاضاهای متعددی به همراه دارند. این وضعیت در نهایت منجر به بروز تضاد می­شود. نظریه­ی تضاد که ریشه در نظریه­ی نقش دارد، با قبول فرض کمیابی منابع (ثابت بودن میزان انرژی و زمان در دسترس) ادعا می­کند که پرداختن به نقش­های یکی از این دو حوزه (به عنوان مثال کار) موجب کاهش توجه به نقش­های حوزه­ی دیگر (مثلاً خانواده) می­شود. بدین ترتیب تضاد بین کار و خانواده به صورت تضاد بین نقش­های موجود در حوزه­های کار و خانواده تعریف می­شود (میچِل، میچِلسون، کوتربا، لِبرِتون و بالتز، 2009)[[43]](#footnote-43)

در مورد رابطه­ی کار و فعالیت­های غیرکاری که فعالیت­های خانوادگی مهمترین آن­هاست مدل­های گوناگونی وجود دارد. مدلی که در بیشتر مطالعات مربوط به تضاد کار و خانواده مورد توجه قرار می­گیرد مدل تضاد است (بایرون، 2005)[[44]](#footnote-44).

مطابق مفروضات این مدل در همه­ی حوزه­های زندگی انتخاب­های دشواری باید انجام شود. در نتیجه ممکن است تضادهایی رخ دهد و بار سنگینی را بر دوش فرد قرار دهد. نظریه­ی تضاد بر این عقیده استوار است که مجمـوعه­ی الزامات متناقـضی از شـرکت در نقش­های گوناگون ناشی می­شود. هر چه نقش­های کاری و خانوادگی برای فرد اساسی­تر یا برجسته­تر باشند یا تنبیه شدیدی برای عدم پیروی از ملزومات نقش وجود داشته باشد تضاد بیشتر می­شود(کوهِن و لیانی، .(2009[[45]](#footnote-45)

تضاد بین کار و خانواده نوعی تضاد بین نقشی است که در آن فشارهای نقشی برخاسته از حوزه­ی کار و خانواده به نحوی با یکدیگر در تضاد هستند. به عبارت دیگر، ایفای نقش کاری (یا خانوادگی) به واسطه­ی داشتن نقش خانوادگی (یا کاری) دشوار می­شود(گرین هاوس و بوتل،1985).[[46]](#footnote-46)

مطالعات ابتدایی در دهه­ی هشتاد قرن بیستم مفهوم تضاد کار و خانواده را یکسویه می­پنداشتند. پژوهش­های متأخرتر تداخل کار با خانواده و تداخل خانواده با کار را ابعاد متفاوت این مفهوم کلی در نظر گرفتند (ابی و دیگران، 2005)[[47]](#footnote-47).

**2-3حمایت سازمانی**

مفهوم «حمایت ادراک شده از سوی سازمان» نخستین بار در سال 1986 مطرح و از رشته روانشناسی وارد ادبیات مدیریت شد از همان آغاز با استقبال پژوهشگران سازمانی و مدیران اجرایی روبرو شد. حمایت ادراک شده از سوی سازمان به «باور کارکنان از این که سازمان تا چه حد برای همکاری­هایشان ارزش قائل می­شود و به رفاه آن­ها اهمیت می­دهد، اشاره می­کند» (آیزنبرگر[[48]](#footnote-48)، 1986).

مبنای نظری حمایت سازمانی، نظریه تبادل اجتماعی است. طبق این نظریه، در روابط اجتماعی وقتی کسی در حق دیگری لطفی می­کند او خود را موظف احساس می­کند که لطف او را جبران کند. هرچه این لطف و کمک بزرگتر باشد، فرد بیشتر تمایل دارد آن را جبران کند. محققان معتقدند بین کارکنان و کارفرمایان نیز چنین تبادل اجتماعی­ای در جریان است زیرا سازمان منبعی است که نیازهای کارکنان را برآورده می­کند و بنابراین رابطه بده-بستان در مورد روابط بین کارکنان و کارفرمایان صادق است. نظریه حمایت سازمانی بیان می­کند که کارکنان دیدگـاهی کـلی از میزان حمـایت سازمان نسبت به خود شکل می­دهند و در ازای این حمایت به اهداف سازمان و تحقق آن­ها توجه می­کنند. به عبارت دیگر وقتی سازمان به رفاه کارکنان توجه کند کارکنان این توجه را با تعهد بیشتر و عملکرد بهتر جبران می­کنند(آیزنبرگر، آرملی[[49]](#footnote-49) ،رکسوینکل[[50]](#footnote-50) ، لینچ[[51]](#footnote-51)، و رودس[[52]](#footnote-52)، 2001).

نظریه­پردازان تبادل اجتماعی معتقدند ارزش رابطه بده-بستان زمانی بیشتر می­شود که به صورت اختیاری انجام شود. زمانی که کارکنان احساس کنند سازمان خود به رفاه آن­ها توجه می­کند و نه به خاطر الزامـات قانونی یا فشار اتحادیه پاسخ بهتری به آن می­دهند و در جهت تحقق اهداف سازمان بهتر عمل می­کنند. علاوه بر این سازمان منبع ارضای برخی از نیازهای اجتماعی کارکنان مانند نیاز به احراز هویت، نیاز به تعلق و عزت نفس به شمار می­آید. بنابراین کارکنان برای حفظ منبع ارضای این نیازها و بر اساس هنجار تبادل به سازمان در رسیدن به اهدافش کمک می­کنند(آیزنبرگر، 2001).

در یک دسته­بندی کلی پژوهش­های پیشین را در دو گروه کلی می­توان جای داد. دسته نخست در برگیرنده پژوهش­هایی است که به بررسی مقدمات حمایت ادراک شده پرداخته­اند. در این پژوهش­ها حمایت ادراک شده متغیری وابسته است و آن چه باعث ایجاد حس حمایت در کارکنان می­شود، شناسایی و بررسی می­شود. به عبارتی آن دسته از اقدامات سازمان که باعث می­شود کارکنان احساس کنند سازمان از آن­ها حمایت می­کند در این پژوهش بررسی شده است. دسته دوم پژوهش­هایی هستند که پیامدهای حمایت ادراک شده را بررسی کرده­اند. در این مطالعات پژوهشگران سعی کرده­اند نشان دهند حمایت از کارکنان چه پیامد مثبتی برای کارکنان و سازمان خواهد داشت. به عبارتی این پژوهش­ها تأثیر حمایت ادراک شده را بر متغیرهایی که سازمان اهمیت دارد، هدف­گیری کرده­اند.

نتایج پژوهش­های دسته نخست نشان داده است سه اقدام سازمان باعث می­شود کارکنان احساس کنند از آن­ها حمایت می­شود یا حمایتی که از سوی سازمان احساس می­کنند افزایش می­یابد. این اقدامات عبارتند از عدالت سازمانی، حمایت مافوق و پاداش­های سازمانی و شرایط شغلی، عدالت در توزیع منابع سازمانی بر ادراک آن­ها از میزان حمایت تأثیر بسیار زیادی می­گذارد. به ویژه عدالت در توزیع منابعی که متوجه جنبه­های رفاهی کارکنان است. همچنین پژوهش­های پیشین نشان داده­اند که پاداش­های متنوع و شرایط شغلی مانند حقوق، ارتقا، امنیت شغلی، اختیار کاری، عوامل تنش­زا و آموزش در افزایش یا کاهش حمایت ادراک شده کارکنان مؤثرند. این که مافـوق تا چه اندازه برای همکاری­های کارکنان ارزش قایل می­شود و به رفاه آن­ها اهمیت می­دهد تأثیر بسیار زیادی دارد بر دیدگاه کارکنان از حمایتی که از سوی سازمان احساس می­کنند. گاهی کارکنان حمایت مافوق مستقیم خود را به حساب حمایت سازمان از خود می­گذارند و حمایت مافوق را به سازمان تعمیم می­دهند بنابراین همانطور که پژوهش­های پیشین نشان داده­اند حمایت مافوق نقش زیادی در ایجاد حمایت ادراک شده کارکنان دارد(آیزنبرگر، 2001).

نتایج پژوهش­های دسته دوم نشان می­دهد حمایت ادراک شده از سوی سازمان برای سازمان­ها در سطح فردی و سازمانی پیامدهای مطلوبی به همراه دارد. حمایت ادراک شده از سوی سازمان در سطح فردی منجر به افزایش رضایت شغلی و ایجاد نگرش و احساس مثبت در کارکنان می­گردد. در سطح سازمانی نیز حمایت ادراک شده از سوی سازمان باعث افزایش تعـهد عـاطفی و بهبود عملکرد کارکنان می­شود و از سوی دیگر رفتار ترک خدمت آن­ها را کاهش می­دهد (آیزنبرگر، 2001). بر اساس نظریه حمایت سازمانی ادراک شده[[53]](#footnote-53)(آیزنبرگ، هانتینگتون، هاتچسیون و سوا[[54]](#footnote-54)،1986; شورو شور[[55]](#footnote-55)،1995) کارمندان به منظور ادراک آمادگی سازمان برای پاداش­دهی به تلاش­های کاری و برآورده کردن نیازهای هیجانی اجتماعی، باورهای عمومی را در مورد مقداری که سازمان به مشارکت و بهزیستی آن­ها اهمیت می­دهند پرورش می­دهد. حمایت سازمانی ادراک شده همچنین به اطمینان از کمک سازمان در مواقعی که فرد با موقعیت­های استرس­زا روبروست و یا در انجام مؤثر شغل خود دچار مشکل است اشاره دارد (جرج، رد، بالارد، کولین و فیدلینگ[[56]](#footnote-56)،1993). نظريه مبادله اجتماعي در قلمـرو سـازمان­ها به عنوان موضوعي ميان رشته­اي در مطالعات سازماني تلقي شده است كه در بردارنده ابعاد و زواياي گوناگوني مي­باشد (راسل و همكار، 2005). براساس نظريه مبادله اجتماعي، محققان به تحلیل روابط متقابل فرد و رهبران و هم چنين تحلیل روابط متقابل ميان فرد و سازمان مي­پردازند. ايده­هاي اصلي نظريه مبادله اجتماعي در دهه 1960 ميلادي از سوي جامعه­شناسان متعددي هم چون بلاو (1965)، گولدنر (1965)، لوينسون (1965) مطرح گرديد. در دهه 1980 ميلادي نظريه مبادله اجتماعی مورد توجه صاحب نظران سازماني قرار گرفت كه نتيجه اين توجه، طرح موضوع حمایت سازماني است (سی تون و همكاران،1996). زماني كه كاركنان اين احساس را ادراك كنند كه سازمان دلواپس خوشبختي آن­هاست و نيروهاي خود را مورد مساعدت و حمايت قرار مي­دهد (حمايت سازماني)، خود را جزيي از سازمان متبوعشان دانسته، سازمان را معرف خودشان مي­دانند و نسبت به سازمان احساس پايبندي و وفاداري مي­كنند (تعهد سازماني) ايده حمايت سازماني ادراك شده، براي نخستين بار توسط آيزنبرگرو همكاران (1986) به طور رسمی در ادبيات سازماني مطرح شده است. در پي آن، صاحب نظران به تحلیل چگونگي شكل­گيري حمايت سازماني توجه خاص نموده­اند و علاوه بر آن به بررسي تأثيرات و پيامدهاي حمايت سازماني در حوزه­هاي فردي و سازماني پرداخته­اند. رفتارهاي حمايت كننده رهبران و همچنين جو سازماني، مي­تواند موجبات فراهم آوردن حمايت سازماني ادراك شده شود كه منظور از حمايت سازماني، احساس و باورهاي تعميم­يافته افراد در اين راستاست كه سازمان نسبت به همكاري، مساعدت و حمايت اعضاي خود ارزش قايل و نگران و دلواپس خوشبختي و آينده آن­هاست(آيزنبرگرو همكاران، 1986:504).

كاركناني كه ميزان زيادي از حمايت سازماني ادراك شده را تجربه مي­كنند، اين احساس را دارند كه مي­بايد با توجه به رفتارها و نگرش­هاي مناسبي در سازمان ايفاي نقش كنند تا عمل آن­ها در راستاي منافع سازمان متبوعشان باشد و بدين وسيله حمايت سازمان را جبران نمايند (آيزنبرگرو همكاران، 1997: 812) براساس رويكرد مبادله اجتماعي، حمايت سازماني ادراك شده موجبات افزايش بهره­وري عملكرد، كمك به همكاران، پيشرفت سازمان، تعهد سازماني عاطفي و رفتار تابعيت (شهروندي) سازماني را فراهم مي­كند (لاماسترو، 2000).

**نظريه حمايت سازماني ادراك شده:** براساس نظريه حمايت سازماني گونه­هاي سه­گانه عمومي، موجب رفتارهاي مطلـوبي در سازمان مي­شود: انصاف و مساوات[[57]](#footnote-57)، حمايت سرپرست[[58]](#footnote-58)، پاداش­هاي سازماني و زمينه­هاي شغلي[[59]](#footnote-59). خاستگاه عوامل مذكـور سازمان است و در نهـايت موجب افـزايش حمايت سازماني مي­گردد و علاوه بر اين عوامل مي­توان متغيرهاي جمعيتي را نيز به آن­ها افزود (آيزنبرگر، 1986: 500).  
منظور از انصاف، احساس مساوات نسبت به استفاده و اجراي روش­هاي توزيع منابع ميان كاركنان مي­شود كه بدان عدالت رويه­اي[[60]](#footnote-60) نيز اطلاق مي­شود. رعايت انصاف و مساوات به منظور تصميم­گيري براي توزيع منابع، تأثيرات فزاينده­اي بر حمايت سازماني ادراك شده دارد. حمایت سرپرست از آن جهت مورد توجه است كه رفتار و كنش سرپرست به عنوان يكي از كارگزاران و عاملان هر سازماني تلقي مي­شوند. (زکی1385). جهت­گيري مناسب يا نامناسب، تأثير قابل ملاحظه­ای در حمايت سازماني دارد. هر چه كاركنان با حمايت سرپرست روبه رو شوند، حمايت سازماني افزايش مي­يابد. توجه به منابع انساني (پاداش­هاي سازماني و زمينه­هاي شغلي) اهميت نماياني در واكنش مثبت كاركنان (حمایت سازماني ادراك شده) دارد. فرصت­هاي مناسب و مساعد براي ارايه پاداش­ها موجب ارزيابي مثبت كاركنان نسبت به حمايت سازماني ادراك شده مي­شود. تمايلات سازمان به منظور مهم جلوه دادن آينده شغلي اعضايش با حمايت سازماني ادراك شده رابطه قوي خواهد داشت(زکی1385).

**2-4 پیشینه پژوهش:**

کریمی در مطالعه خود با هدف بررسی تعارض کار-خانواده در کارکنان ایرانی در سازمان­های مختلف دریافت که تجربه کارکنان ایرانی در تفسیر تعارض کار–خانواده مشابه کارکنان اروپایی است. مرکز کار و استخدام دانشگاه ناپییر علت اساسی دلایل تعارض کار-خانواده زندگی را بررسی کرده و یافته­های به دست آمده شامل :

1-پایین بوده حمایت سازمانی،

2-تعداد نوبت های کاری و انعطاف کاری پایین، نوبت کاری شب و روز ،

3-ساعات کاری طولانی که از یک سو تداخلات جدی در تعادل کار و زندگی ایجاد کرده و از سوی دیگر تهدیدی برای سلامتی آن­ها محسوب می­شود(وایز[[61]](#footnote-61)،2004به نقل از کریمی1389)

1. **تقابل حمایت سازمانی با تعارض کار-خانواده**

**پژوهش های داخلی:**

با توجه به داده­هاى پژوهش بررسى تأثیر محرك­هاى تنش­زا و حمایت اجتماعی با روش پیمایشى، از نمونه­اى با حجم 360 نفر، از میان کارمندانِ زن متأهلِ ادارات دولتىِ شهرِ اهواز با روش نمونه­گیرى طبقه­اى و تصادفى انجام شده انتخاب گردید، نتایج نشان­داد که متغیر حمایت سازمانی در خانواده اثر مستقیم چندانى بر تعارض خانواده با کار دارد. متغیر تعلق خانوادگى علاوه بر تأثیر مستقیم با واسطه احساس از گران­بارى نقش خانوادگى بر تعارض خانواده با کار تأثیر داشته است. همچنین نتایج نشان­داد که احساس از گران­بارى نقش خانوادگى و ابهام نقش خانوادگى به طور مستقیم بر تعارض خانواده با کار مؤثر می­باشد(سید عبدالحسین نبوی و همکار، 1391).

براساس تحقیقات، ارتباط ميان حمايت­هاي سازماني، تعارض كار-خانواده و قصد ترك خدمت، با استفاده از نمونه­اي از پرستاران شاغل در بيمارستان­هاي شهر تهران مورد بررسي قرار گرفته که نتايج تحليل مسير پيشنهاد مي­كند، حمايت­هاي سازماني، تعارضات پرستاران را تعديل نموده و قصد ترك خدمت كاركنان را كاهش مي­دهد. علاوه بر اين، نتايج بيانگر اين مطلب است كه تعارض خانواده-كار و كار-خانواده به صورت مثبتي، قصد ترك خدمت پرستاران را تحت تاثير قرار مي­دهد(مهدی سبک­رو و همکاران، 1390).

همچنین نتایج حاصل از تحلیل داده­های پژوهش بررسی رابطه تعارض کار-خانواده با حمایت سازمانی ادراک شده،استرس شغلی و خود تسلط یابی با کارکنان اقماری، نشان داد بعد تداخل کار-خانواده در کارکنان اقماری نسبت به میانگین جامعه، بالا می­باشد. علاوه بر این تعارض کار-خانواده با هر سه مقیاس ملاک پـژوهش شـامل حمایت سـازمانی ادراک شده، استرس شغلی و خود تسلط­یابی رابطه­ی معنی­داری نشان داد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام به منظور پیش­­بینی متغیرهای ملاک، نشان داد بعد تداخل کار- خانواده پیش­بینی مهمی در حمایت سازمانی ادارک شده توسط کارکنان است و بعد تداخل خانواده-کار می­تواند متغیرهای استرس شغلی و خود تسلط­یابی را پیش­بینی کند(حمیدرضا عریضی سامانی و همکاران، 1390).

در پژوهشی پیرامون بررسی عوامل اثرگذار بر تضاد بین کار و خانواده، رابطه میان حمایت سازمانی با مفهوم دو سویه کار و خانواده را با در نظر گرفتن فرهنگ و شرایط ویژه جامعه ایرانی را بررسی نموده است. نتایج پژوهش نشان می­دهد که حمایت سازمانی رابطه­ی معکوس ضعیفی با تداخل کار با خانواده دارند(مینا بیگی و همکاران، 1389).

**پژوهش­های خارجی** :

روزالنت وبارنت[[62]](#footnote-62) در پژوهش خود دریافتند که نبود رضایت از نقش­ها، پیش­بینى کنندهاى قوى براى فشار حاصل از ایفاى همزمان آن­ها است و عوامل مربوط به ساختار اجتماعى (میزان مسئولیت­هاى خانوادگى، خصایص، تقاضاهاى ساختارى خانواده، مانند تعداد و سن فرزندان، میزان حمایت زوج یا اطرافیان مهم و چرخه زندگی شغلى) نیز در میزان فشار ادراك شده ناشى از ایفاى چند نقش متفاوت مؤثر است ( به نقل از سیدان و خلیفه لو، 1387).

در مطالعه­ای توسط الیزا جی گرنت (2001) تحت عنوان آزمون تعارض کار-خانواده حمایت سازمانی و سلامت کارکنان به تجزیه و تحلیل اثر دو نوع تعارض کار خانواده و حمایت سازمانی در کارکنان مهاجر و سلامت روانی است. داده­های پژوهش از یک نمونه متنوع از 118 کارگر شاغل در اروپا به دست آمد. به طور کلی، کارکنان سطح بالاتری از تعارض کار با خانواده و زندگی شخصی خود، را نسبت به تعارض خانواده با کار خود نشان دادند. نتایج نشان داد بین تعارض کار و خانواده با افسردگی و اضطراب رابطه وجود دارد و تعارض خانواده-کار با سلامت کارکنان رابطه وجود دارد. حمایت سازمانی اثرات قابل توجهی در رفاه و تعارض داشتند، با این حال، حمایت سازمانی اثرات بهزیستی جنگ در خارج از کشور را تحت پوشش قرار نمی­دهد. اگر چه اغلب بین حمایت سازمان­ها با کاهش تعارض خانواده کار در مهاجران خارج از کشور رابطه وجود دارد (به عنوان مثال، اشتغال همسر، امکان تحصیل برای کودکان، برنامه­هایی برای حفظ کارکنان با کیفیت بالا) و برای هر دو نوع تعارض ضروری است. در نهایت، این مطالعه نشان می­دهد که انواع غیر رسمی از حمایت سازمانی (به عنوان مثال، تصور این که سازمان با زندگی شخصی فرد در ارتباط است) برای موفقیت در خارج از کشور مهم هستند و در برنامه­های خارج از کشور گنجانیده شده است(الیزا جی گرنت2001[[63]](#footnote-63)).

ساچت و بارلینگ[[64]](#footnote-64)(1986) از مطالعه 64 مادر شاغل با میانگین سنى 36 سال متوجه شدند که حمایت همسر پیش­بینى کننده سطوح بالاى رضایت زناشویى است. افزون بر آن، حمایت همسر تعدیل کننده اثرات منفى تعارض بین نقش­هاست.

گرین هاوس و بیوتل[[65]](#footnote-65)(1985) در پژوهش خود دریافتند که حمایت اجتماعى مى­تواند رابطه بین تعارض خانواده-کار و پیامدهاى منفى آن بر سلامت روانى و روابط اجتماعى فرد را، از طریق تأثیر ابعاد ویژه حمایت (عاطفى، ابزارى و ...) تعارض تعدیل کند(به نقل از نبوی1391).

1. **تقابل سلامت روان با تعارض کار-خانواده وخانواده- کار**

**پژوهش­های داخلی:**

مقاله منتشر شده­ی تحلیل ساختاری تعارض کار-خانواده با خشنودی شغلی و سلامت روانی در نشریه فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده بیان می­دارد که این تعارض نقش در برخی از مشاغل شدت بیشتری می­یابد. به طور نمونه، شرایط ویژه کارِ کارکنان نوبت کار اقماری، مشکلاتی را در برقراری تعادل میان انجام وظایف کار و وظایف خانواده و زمینه هایی برای بروز ناسازگاری نقش برای این کارکنان ایجاد کرده است. هدف اصلی این پژوهش بررسی ارتباط تعارض کار- خانواده با خشنودی شغلی و سلامت روان به عنوان پیامدهای اصلی و علاوه بر آن بررسی نقش میانجی گری استرس شغلی، در میان کارکنان اقماری شرکت ملی حفاری است. که البته نتایج نشان دادند، الگوی پیشنهادی پژوهش برازش مناسبی با داده­ها دارد و تعارض کار-خانواده با میانجی­گری کامل استـرس شغلی بر خشنودی شغلی و سلامت روان کارکنان تأثیر می­گذارد. به منظور افزایش خشنودی شغلی و سلامت روانی کارکنان، سازمان­ها باید تعارض­های موجود بین محیط شغلی و محیط زندگی کارکنان و نیز فشارزاهای موجود در محیط کار را کاهش دهند (سید اسماعیل هاشمی شیخ شبانی و همکاران، 1390).

تهورى (1378)، در پژوهش خود سؤالاتى در زمینه تعارض خانواده با کار مطرح می­کند که عبارتند از: تعارض خانه­دارى با کار موجود در بین زنان شاغل تابع چه عواملى است؟ میزان مشارکت همسران زنان شاغل در امور خانه­دارى تا چه حد است؟ نتایج این پژوهش به قرار زیر است: بیشتر زنان مورد پرسش (60)درصد بر اهمیت نقش سنتى و مسئولیت­هاى خانه­دارى خود تأکید کرده و در قبال این نقش نسبت به کار بیرون از خانه اولویت قائل شده­اند. آن­ها معتقد بودند که بین کار به عنوان یک فعالیت اقتصادى در جامعه و حفظ و نگهدارى زندگى خانوادگى و مراقبت از کودکان تعارض وجود دارد و بیش از نیمى از زنان شاغل میزان مشارکت همسرانشان را در امور خانه­دارى کم ارزیابى کرده­اند. به هر حال، زنان در عین حال که علاقمندند هر دو نقش را ایفا کنند، اما قادر به پاسخگوئى و ایفاى نقش­هاى متعدد نیستند (به نقل از نبوی1391).

مقصودى و بستان (1383) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که، زنان شاغل مشکلات خود را در رابطه با نگهدارى و تربیت فرزندان، تهیه خوراك خانواده، برقرارى نظم و نظافت منزل، کمبود وقت براى رفت و آمد با خویشاوندان، رسیدگى به ظاهرخود و ... را زیاد ارزیابى کردند. از سویى بیشترین میزان مشکلات زنان شاغل، لزومآ نه به تنهایى برآمده از شغل زنان، بلکه از نگرش­ها و تفکرات سنتى جامعه درباره نقش زنان است که آن­ها را وادار مى­کند افزون بر نقش­هاى اجتماعى، همزمان به الزامات و مسئولیت­هاى خانگى بیندیشند. علاوه بر این یافته­ها بیان­گر این مطلب­اند که میزان مشکلات زنان با افزایش همکارى همسر در امور منزل کاهشى قابل ملاحظه خواهد داشت(به نقل از نبوی1391).

بر اساس پژوهش رستگار خالد(1382)، زنان شاغل در انجام وظایف همزمان نقش­هاى دوگانه شغلى و خانوادگى خصوصآ در زمینه امور مربوط به بچه­دارى تا حد زیادى احساس تعارض مى­کنند (به نقل از نبوی1391).

**پژوهش­های خارجی:**

در مطالعه­ای در امریکا در بین افراد 15 تا 54 سال به بررسی رابطه بین تعارض کار خانواده و انواع مختلفی از روانی اختلالات خلقی، اضطراب، وابستگی به مواد مخدر و سوء مصرف مواد. داده­های بررسی به دست آمد یک نمونه ملی نماینده 2،700 بزرگسال شاغل که یا ازدواج کرده بودند و یا پدر و مادر کودک 18 ساله یا جوان­تر. تجزیه و تحلیل سلسله مراتبی رگرسیون لجستیک نشان داد که هر دو تعارض کار با خانواده و تعارض خانواده به کار رابطه مثبتی با داشتن اختلالات خلق و خوی، اضطراب و مصرف مواد دارد. بسته به نوع تعارض کار خانواده و نوع اختلال کارکنان گزارش داده شده که تجربه تعارض کار خانواده اغلب 1.99-29.66 برابر بیشتر از کارکنانی بوده که مشکل بهداشت روانی وبالینی وتجربه تعارض کار خانواده نداشته­اند گزارش شده است. در این تحقیق هیچ تفاوت جنسیتی حمایت نشده است.(میشل آر فرون2000[[66]](#footnote-66))

فرون و همکاران[[67]](#footnote-67)(1996) به بررسی رابطه تعارض خانواده -کار در دو نماینده نمونه­های خانگی (نمونه 1، 496N=؛ نمونه 2، 605 N=)پرداختند. در هر دو نمونه، رابطه تعارض کار-خانواده و تعارض خانواده-کار با سطوح بالاتر از نشانه­های افسردگی، استفاده از مصرف بالای الکل و سلامت جسمی ضعیف وجود داشت(به نقل از میشل آر فرون2000).

هیوز و گالین اسکای (1994)[[68]](#footnote-68)، با استفاده از نمونه از 429 کارمند از یک شرکت واحد، نشان داد که هر دو نوع تعارض رابطه مثبتی با اندازه­گیری جهانی علائم روانی دارد(به نقل ازمیشل آر فرون2000).

مک ون و بارلینگ (1994)[[69]](#footnote-69)، با استفاده از اطلاعات یادداشت­های روزانه از 40 کارمند اداره پلیس و همسرانشان، نشان دادند که هر دو نوع از تعارض (خانواده –کار و کار- خانواده) رابطه مثبتی با افسردگی و اضطراب دارد(به نقل از میشل آر فرون2000).

اودریسکول، ایلجن و هیلدرت (1992)[[70]](#footnote-70)،با استفاده از یک نمونه جامعه 120 فرد بزرگسال، نشان داند که هر دو نوع تعارض (خانواده –کار و کار- خانواده)رابطه مثبتی با اندازه های جهانی روانپریشی دارند(به نقل ازمیشل آر فرون2000).

**تحقیقات پیامدهای تعارضات کار–خانواده بر ابعاد سلامت روانی و جسمانی به نقل از مجله توسعه افراد و مدیریت کانادا:** در تحقیقی تحت عنوان مشکلات تعادل بین خانواده و کار و تأثیر آن بر سلامت جسمی و روانی در شهر کبک کانادا در مجله توسعه مدیریت افراد و جوامع در سال 2007 تعارض کار خانواده و پیامدهای آن بر سلامت جسمی و روانی مورد بررسی قرار گرفت یافته­ها نشان داد که تعارضات کار-خانواده تأثیر منفی بر سلامت روان دارد(ناتالی اس تی آمور[[71]](#footnote-71)2007). سختی تعادل کار و زندگی خانوادگی تأثیر منفی بر عادات غذایی و در شیوه­های فعالیت بدنی دارد(سی. دوب و همکاران، 2002، هیتایسو، 2003)[[72]](#footnote-72). برنامه کاری غیر معمول و تعارض کار خانواده رابطه دارد با فقدان زمان در مردان خانواده است در حالی که، این به عنوان موارد ممتاز اجتماعی و داشتن یک تأثیر مثبت عاطفی در روابط پدر و مادر کودک در نظر گرفته است به نقل از شورای مشاوران اقتصادی آمریکا [[73]](#footnote-73)(2002).

در متا تجزیه و تحلیل انجام شده توسط آلن و همکاران، ارتباط قوی بین موقعیت­های تعارض کار خانواده و سلامت روان و افسردگی وجود دارد[[74]](#footnote-74) (2000).

رابطه بین موقعیت­های تعارض کار خانواده و اختلالات، اضطراب و خلق و خوی به ویژه در میان زنان وجود دارد (فرون، 2000).

تعارض کار خانواده است که با افزایش وابستگی به الکل و مواد مخدر در به ویژه در میان مردان ارتباط است (فرون، 2000).

تعارض کار خانواده با نارضایتی در خانواده و زندگی زناشویی، رابطه دارد (آنگ-اس تی و همکاران[[75]](#footnote-75)، 2000).

رابطه بین شرایط تعارض کار خانواده و هزینه مشاوره پزشکی برای کارگران وجود دارد (داکس بری و هیگینز[[76]](#footnote-76)، 1999).

سازمان اجتماعی عمومی[[77]](#footnote-77) (GSS) در سال 1998، اعلام کرد در تحقیقی بین پدر و مادر و مادران مجرد در سن 25 تا 44 سال گزارش داد بالاترین سطوح استرس و کمبود وقت رابطه وجود دارد. پدر و مادری که تمایل به انجام وظایف بیشتر در کار خود دارند و درگیری شغلی آن­ها بیشتر است صمیمیت کمتری به نوجوانان خود دارند بیشتر تمایل به شرکت در درگیری با آن­ها (گالامبوس، سیرز، اکمدیا و کلوکریک[[78]](#footnote-78)، 1995).

رابطه بین تعارض کار خانواده و بروز فیزیکی بیماری­هایی مانند فشار خون بالا، کلسترول، اختلالات معده و روده، آلرژی و میگرن وجود دارد (داکس بری، هیگنز میلز، 1991؛ فرون، روسه/ بارنز، 996؛توماس و گنستر، 1995)[[79]](#footnote-79).

فرون و همکاران[[80]](#footnote-80)(1996) به بررسی رابطه تعارض خانواده -کاردر دو نماینده نمونه های خانگی (نمونه 1، N = 496؛ نمونه 2، N = 605)پرداختند.درهر دو نمونه، رابطه تعارض کار -خانواده و تعارض خانواده- کاربا سطوح بالاتر از نشانه های افسردگی،استفاده از مصرف بالای الکل و سلامت جسمی ضعیف وجود داشت(به نقل ازمیشل آر فرون2000)..  
Top of Form

**3-تقابل حمایت سازمانی با سلامت روان**

**پژوهش­های داخلی:**

طی پژوهش­هایی تحت عنوان رابطه رضایت شغلی و حمایت سازمانی ادراک شده با تعهد سازمانی در کارکنان پلیس­راه و پلیس راهور استان گیلان مشاهده شده که سلامت روان در کارکنان بیشتر از حمایت سازمانی ادراک شده است. همچنین بین حمایت سازمانی و سلامت روان آن­ها رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. رضایت شغلی کارکنان تعهد سازمانی آنان را پیش­بینی می­کند.کارکنان به لحاظ حمایت سازمانی و سلامت روان با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. بین کارکنان بومی و غیر بومی به لحاظ حمایت سازمانی و تعهد سازمانی و سلامت روان تفاوت­ها معنادار است(دکتر ایرج شاکری­نیا و همکاران، 1389).

در مقاله آمـوزش­های ایمنی، حمایت سازمانی ادراک شـده برای ایمنی و رویـدادهای مرتبـط با ایـمنی می­خوانیم که حمایت سازمانی ادراک شده زیاد مورد توجه است اما در زمینه سلامت توجه چندانی به آن نشده است. که در این پژوهش یافته­ها پیشنهاد می­کند که کاهش رویدادهای مرتبط با سلامت به وسیله­ی بهبود ادراک کارکنان از حمایت سازمانی می­تواند منجر به کاهش حوادث، آسیب­ها و مرگ و میر در سازمان شود(فریبا کیانی و همکاران، 1389).

در پژوهشی که نتایج آن را تحت عنوان الگوی مسیر حمایت سازمانی ادراک شده با متغیرهای شغلی، حـرفه­ای و سازمانی منتشر نموده­اند، به بررسی تقابل سازمانی با سلامت روان پرداخته­اند و بیان می­دارند که حمایت سازمانی ادراک شده باور کلی کارکنان یک سازمان درباره­ی گستره کلی ارزشی است که سازمان برای نقش، سهم و مراقبت از بهزیستی آن­ها قائل است. بنابراین حمایت سازمانی ادراک شده نشان دهنده ادراک کارکنان از میزان تعهد سازمان به آن­ها تلقی می­شود. در واقع مفهوم حمایت سازمانی ادراک شده بر مبنای نوعی تفسیر مبادله اجتماعی از تعهد سازمانی قرار دارد. به این صورت که کارکنان تلاش­ها و کوشش­های خود را در سازمان گسـترش می­بخشند تا از آن طریق پاداش­های اجتماعی و پاداش­های فیزیکی و مالی را نصیب خود کنند(دکتر حمیدرضا عریضی و همکار، 1389).

**پژوهش­های خارجی:**

از سوی دیگر حمایت سازمانی ادراک شده برای مدیران و سازمان­ها جذاب و مورد توجه است، به این دلیل که این پدیده ارتباط نزدیکی با سطح بالاتر تعهد سازمانی کارکنان در قالب افزایش تلاش، حضور و همانندسازی با اهداف سازمان دارد و حتی به این دلیل که افزایش حمایت سازمانی ادراک شده شاید تکلیفی ساده برای مدیران باشد. تحقیقات نیز به خوبی ماهیت مستقل و متمایز حمایت سازمانی ادراک شده را از تعهد سازمانی مورد تأیید قرار داده­اند(پاناچو و همکار، 2009).[[81]](#footnote-81)

روزنبام و کوهن [[82]](#footnote-82)(1999) از مطالعه 14 مادر 23 تا 40 ساله که به صورت تمام وقت به کار مشغول بودند، متوجه شدند زنانى که حداقل یک منبع حمایتى دارند کمتر از زنانى که هیچ نوع منبع حمایتى ندارند دچار ناراحتى مى­شوند (به نقل از نبی1391).

(آیزنبرگر و همکاران، 1986)[[83]](#footnote-83) نیز حمایت سازمانی ادراک شده را تحت تأثیر جنبه­های مختلف از جمله سلامت روان دانسته و همچنین کلیه سیاست­های سازمان را تحت تأثیر آن می­دانند. همچنین اقدامات انجام شده توسط مدیران و سرپرستان را نیز در رشد و توسعه ادراک کارکنان از حمایت سازمانی محتمل دانسته­اند.

**2-5چارچوب نظری تحقیق:**

با توجه به مباحث مطرح شده و دیدگاه­های نظری مختلفی که بیان شد، محقق با توجه به هدف پژوهش و نمونه مورد تحقیق، چارچوب نظری خود را بدین گونه انتخاب نموده است.

در خصوص حمایت سازمانی، رویکرد ایزنبرگر مد نظر قرار گرفته است. چرا که مبنای نظری حمایت سازمانی، نظریه تبادل اجتماعی است و طبق آن در روابط اجتماعی وقتی کسی در حق دیگری لطفی می­کند او خود را موظف احساس می­کند که لطف او را جبران کند. هر چه این لطف و کمک بزرگتر باشد، فرد بیشتر تمایل دارد آن را جبران کند. بر اساس این نظریه سازمان فقط به رفاه مادی کارکنان توجه نمی­کند بلکه جوانب غیرمادی از قبیل احترام به احساسات، پیشهادات و انتقادات سرلوحه کار خود قرار داده و یک امنیت شغلی، روانی و اجتماعی بالایی را برای آن­ها فراهم می­کند.

در خصوص تعارض کار-خانواده و خانواده-کار رویکرد نظری گرین هوس و بیوتل مد نظر قرار گرفته شده، چرا که در آن سه حیطه بروز تعارض (زمان-توان-رفتار)، بخوبی نشان داده شده است. به طور مثال ساعات کار طولانی و یا نوبتکاری (شیفت کاری) در حیطه شغلی و الزام به نگهداری از کودک خردسال و علاوه بر آن شاغل بودن همسر، در حیطه خانواده، از نظر زمانی محدودیت­هایی را برای فرد کارکن ایجاد می­کند و این فشار ناشی از محدود بودن زمان، زمینه­ای برای ایجاد تعارض و عدم هماهنگی و سازگاری میان دو نقش وی در خانه و در محل کار بوجود می­آورد. تعارض مبتنی بر زمان، رایج­ترین نوع تعارض به شمار می­رود که مبتنی بر نظریه کمبود است. این نظریه بیان می­کند که میزان انرژی انسان ثابت و محدود است و نقش­های چندگانه به طور اجتناب ناپذیری زمان و انرژی لازم برای برآوردن همه نیازهای نقش را کاهش می­دهد، بنابراین فشار و تعارض کار-خانواده رخ خواهد داد (مارکز[[84]](#footnote-84)،1977).

**در خصوص سلامت روانی رویکرد نظری گینزبرک مد نظر قرار گرفته شده است تعریف گینزبرگ در مورد بهداشت روانی عبارت است از :** تعريف گينز برگ در مورد بهداشت رواني عبارت است از تسلط و مهارت در ارتباط با محيط، بخصوص در سه فضاي زندگي، عشق، كار و تفريح**.** استعداد يافتن و ادامه كار، داشتن خانواده، ايجاد محيط خانوادگي خرسند، فرار از مسائلي كه با قانون درگيري دارد، لذت بردن از زندگي و استفاده صحيح از فرصت­ها، ملاك تعادل و سلامت روان است.

1. 1. Graham [↑](#footnote-ref-1)
2. 1.Mental health [↑](#footnote-ref-2)
3. 2.Well- being [↑](#footnote-ref-3)
4. 3.Hershenson [↑](#footnote-ref-4)
5. Power.4 [↑](#footnote-ref-5)
6. 1.Smith [↑](#footnote-ref-6)
7. .Coping2 [↑](#footnote-ref-7)
8. World Health Organization.1 [↑](#footnote-ref-8)
9. Nevers.2 [↑](#footnote-ref-9)
10. Psychas.3 [↑](#footnote-ref-10)
11. American Psychiatry Association.4 [↑](#footnote-ref-11)
12. Smith.1 [↑](#footnote-ref-12)
13. 2.Rutter [↑](#footnote-ref-13)
14. . Kutcher [↑](#footnote-ref-14)
15. 1.corsini [↑](#footnote-ref-15)
16. .Sulivan [↑](#footnote-ref-16)
17. 1.Rogers [↑](#footnote-ref-17)
18. 2.Ellis [↑](#footnote-ref-18)
19. 1.Skinner [↑](#footnote-ref-19)
20. .Greenhaus& Powell [↑](#footnote-ref-20)
21. .Edwards &Rothbard [↑](#footnote-ref-21)
22. .Kirchmeyer [↑](#footnote-ref-22)
23. Kossek, Noe, &Demarr [↑](#footnote-ref-23)
24. Barnett & Hyde [↑](#footnote-ref-24)
25. Perry-Jenkins, Repetti, &Crouter [↑](#footnote-ref-25)
26. Shien&chen [↑](#footnote-ref-26)
27. work-family conflict [↑](#footnote-ref-27)
28. 2 work-life [↑](#footnote-ref-28)
29. 3 interrole conflict [↑](#footnote-ref-29)
30. 4 goode

    5Quinn , Rosenthal [↑](#footnote-ref-30)
31. 6 Katz, Quinn, [↑](#footnote-ref-31)
32. 7 work interference with family(WIF) [↑](#footnote-ref-32)
33. [↑](#footnote-ref-33)
34. 8 family interference with Work (FIW) [↑](#footnote-ref-34)
35. Frone, Russell [↑](#footnote-ref-35)
36. Barnes, Gutek, Searle, &Klepa, [↑](#footnote-ref-36)
37. Tuttle [↑](#footnote-ref-37)
38. time-based conflict [↑](#footnote-ref-38)
39. strain-based conflict [↑](#footnote-ref-39)
40. behavior-based conflict [↑](#footnote-ref-40)
41. Marks [↑](#footnote-ref-41)
42. wise [↑](#footnote-ref-42)
43. . Michel, J. S., Mitchelson, J. K., Kotrba, L. M., LeBreton, J. M., & Baltes, B. B. [↑](#footnote-ref-43)
44. Byron, K [↑](#footnote-ref-44)
45. Cohen, A., & Liani, E [↑](#footnote-ref-45)
46. Greenhaus, J. H., & Beutell, [↑](#footnote-ref-46)
47. Eby, L. T., Casper, W. J., Lockwood, A., Bordeaux, C., & Brinley, A [↑](#footnote-ref-47)
48. Eisenberger [↑](#footnote-ref-48)
49. Armeli [↑](#footnote-ref-49)
50. Rexwinkel [↑](#footnote-ref-50)
51. Lynch [↑](#footnote-ref-51)
52. Rhoades [↑](#footnote-ref-52)
53. perceived organizational support theory [↑](#footnote-ref-53)
54. Eisenberger, Huntington, Hutchison & Sowa [↑](#footnote-ref-54)
55. Shore & Shore [↑](#footnote-ref-55)
56. George, Reed, Ballard, Colin & Fielding [↑](#footnote-ref-56)
57. Fairness of Treatmnet [↑](#footnote-ref-57)
58. Supervisor Support [↑](#footnote-ref-58)
59. Organizational Rewards and Job Conditions [↑](#footnote-ref-59)
60. Procedural Justice [↑](#footnote-ref-60)
61. wise [↑](#footnote-ref-61)
62. ttenraB, dnilasoR C [↑](#footnote-ref-62)
63. Elisa J Gran [↑](#footnote-ref-63)
64. Suchet & Barling [↑](#footnote-ref-64)
65. Greenhaus & Biotel [↑](#footnote-ref-65)
66. Michael R. Frone [↑](#footnote-ref-66)
67. Michael R. Frone [↑](#footnote-ref-67)
68. Hughes and Galinsky [↑](#footnote-ref-68)
69. MacEwen and Barling [↑](#footnote-ref-69)
70. O'Driscoll, Ilgen, and Hildreth [↑](#footnote-ref-70)
71. Nathalie St-Amour [↑](#footnote-ref-71)
72. Hitayesu C. Dubé et al [↑](#footnote-ref-72)
73. U.S. Council of Economic Advisors [↑](#footnote-ref-73)
74. Allen et al [↑](#footnote-ref-74)
75. St-Onge et al [↑](#footnote-ref-75)
76. Duxburry and Higgins [↑](#footnote-ref-76)
77. General Social Survey [↑](#footnote-ref-77)
78. Galambos,Sears, Akmeida and Klokeric [↑](#footnote-ref-78)
79. Duxbury, Higgens Mills, Frone, Russe/BarnesThomas and Ganster, [↑](#footnote-ref-79)
80. Michael R. Frone [↑](#footnote-ref-80)
81. Panaccio A. [↑](#footnote-ref-81)
82. Rosenbam & Cohen [↑](#footnote-ref-82)
83. Eisenberger [↑](#footnote-ref-83)
84. Marks [↑](#footnote-ref-84)