

## بررسی رابطه بین شیوه‌های حل تعارض ارتباطی و سلامت روانشناختی دانشجویان

دکتر جلیل باباپور خیرالدین - استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

### چکیده

تحقیق حاضر به بررسی رابطه بین شیوه‌های حل تعارض ارتباطی با سلامت روانشناختی دانشجویان می‌پردازد. ۴۲۰ آزمودنی (۱۴۸ پسر و ۲۷۲ دختر) از میان دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه‌های تهران به صورت تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند و مقیاس‌های مونش و شیوه‌های حل تعارض رحیم را پاسخ دادند. داده‌های به دست آمده با استفاده از ضریب همبستگی، تحلیل رگرسیون گام به گام و آزمون  $t$  گروه‌های مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همبستگی بین متغیرها نشان داد که شیوه حل تعارض از نوع همراهانه و مصالحه‌گرانه با سلامت روانشناختی رابطه مثبت دارد ( $p < 0.01$ ). تحلیل رگرسیون گام به گام نیز شیوه‌های همراهانه و مهریانه را پیش‌بینی‌کننده‌های معنی‌داری برای متعبر سلامت روانشناختی نشان داد ( $p < 0.01$ ). همچنین بر اساس نتایج معلوم شد افرادی که از شیوه حل تعارض سازنده استفاده می‌کنند در مقایسه با آنهایی که روش غیرسازنده را به کار می‌برند از میزان سلامت روانشناختی بالاتری برخوردارند ( $p < 0.01$ ). در ادامه با استفاده از آزمون  $t$  گروه‌های مستقل مشخص شد که دو جنس از نظر شیوه مقابله با تعارض و همین‌طور سلامت روانشناختی، تفاوت معنی‌داری با هم ندارند.

واژه‌های کلیدی: شیوه‌های حل تعارض ارتباطی، سلامت روانشناختی

یکی از مفاهیم اساسی دنیای پیچیده انسان مفهوم سلامتی است. اگر چه درباره این مفهوم به میزان زیادی قلمفرسایی شده؛ ولی هنوز تعریف دقیقی از آن ارائه نشده است؛ زیرا مفهومی است که تعریف آن مشکل و اندازه‌گیری واقعی آن تقریباً غیرممکن است؛ لیکن اندیشمندان و صاحب‌نظران تعاریف متعددی از مفهوم سلامتی ارائه داده‌اند که گر چه تفاوتی در این تعاریف وجود دارد اما تقریباً همه آنها موضوع مشترکی دارند و آن "مسئولیت در قبال خود و انتخاب سبک زندگی سالم" است. سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>، سلامتی را "حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی" می‌داند (باباپور خیرالدین و همکاران، ۱۳۸۲). در تعریف دیگر دان<sup>۲</sup> (نقل از ادلین<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۹) سلامتی را یک روش کنش‌وری وحدت‌یافته می‌داند که هدفش به حداکثر رساندن توان فرد است. به نظر وی سلامتی مستلزم این است که فرد طیف تعادل و مسیر هدفمند را با محیط، یعنی جایی که در آن کنش‌وری خود را آشکار می‌سازد، نگه می‌دارد. برخی از مؤلفین مفهوم سلامتی را مترادف با کیفیت زندگی آورده‌اند. به نظر این افراد کیفیت زندگی عبارت است از یک احساس ذهنی درباره چگونگی شرایط زندگی، که می‌تواند با وضعیت واقعی زندگی موافق باشد و یا در تضاد با آن قرار گیرد. نقش ادراکات فرد از موقعیت‌ها و تفسیرهای ذهنی وی از شرایط، در کیفیت زندگی فرد کاملاً بارز است (اراسموس<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷). به عبارت دیگر کیفیت زندگی یک ارزیابی کلی از وضعیت زندگی و میزان رضایت از جنبه‌های مهم زندگی افراد محسوب می‌شود و دارای مفهومی ذهنی است (کورتیس<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۷، فلانگان<sup>۶</sup>، ۱۹۷۸، السون<sup>۷</sup>، ۱۹۹۰). برداشت هر فرد در مورد وضعیت زندگی خود بهترین قضاوت در این مورد به شمار می‌رود. در واقع کیفیت زندگی هر فرد همان است که خود فرد اظهار می‌کند؛ بنابراین ممکن است جنبه یا جنبه‌هایی از کیفیت

1- World Health Organization (WHO)  
3- Edlin, G.  
5- Curtis, J.  
7- Oleson, M.

2- Dunn, H  
4- Erasmus, R.V.  
6- Flanagan, J.

زندگی فرد به نظر دیگران کاملاً آسیب دیده باشد اما از طرف خود فرد چنین آسیبی ادراک نشود و یا بر عکس (گروپ<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸). شناخت و ارزیابی فرد از زندگی خود و میزان رضایتمندی او از وضعیت سلامت اجتماعی، جسمانی، روانی و احساس رضایت و خوب بودن نشاندهنده کیفیت زندگی فرد می باشد (بوند<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷). باید این نکته را نیز در نظر گرفت که کیفیت زندگی مفهومی پویایی دارد و از عوامل مختلف تأثیر می‌پذیرد. بنا بر این بیماری‌ها، مصرف داروها، عوامل تنیدگی‌زا، برخی وضعیت‌های ارتباطی و تحصیلی، سبک زندگی و... بر این مفهوم تأثیر می‌گذارند (وارچیو<sup>۳</sup>، ۱۹۹۰).

به طور کلی تعریف مربوط به سلامتی از الگوهای پدید آمده‌اند که جزء معتقدات دانشمندان مختلف بوده‌اند. بر اساس این اعتقادات سه الگوی عمده در تعریف سلامتی همواره مد نظر بوده است:

الگوی پزشکی: این الگو عمدتاً بر تبیین زیست‌شناختی و فیزیولوژیکی سلامتی می‌پردازد. عقیده کلی الگوی پزشکی این است که سلامتی یعنی فقدان یک یا چند مورد از موارد "مرگ، بیماری، ناراحتی، ناتوانی و نارضایتی"؛ الگوی محیطی: این الگو از تحلیل نوین اکوسیستم و خطرات محیطی به سلامتی انسان پدید آمده است. در این الگو سلامتی بر حسب کیفیت سازش فرد با محیط به هنگام تغییر شرایط تعریف شده است؛ الگوی کلی‌نگر: این الگو سلامتی را بر حسب کلیت شخص تعریف می‌کند و جنبه‌های زیست‌شناختی، فیزیولوژیکی، روانی، هیجانی، اجتماعی، معنوی، و محیطی افراد را شامل می‌شود و بر سلامتی بهینه، پیشگیری از بیماری و حالت‌های روانی و هیجانی مثبت متمرکز است (هرمن<sup>۴</sup>، هزله<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹). این الگو معتقد است که سلامتی ایستا نیست بلکه فرایند پویایی است که تمام تصمیم‌ها و فعالیت‌های روزمره را منعکس می‌کند (ادلین و همکاران، ۱۹۹۹). استقرار این الگو نوید ظهور قلمرو بین رشته‌ای

1- Group, T W

3- Varricchio, C G

5- Hazler, R. J.

2- Bond, E.

4- Hermon, D.A.

جدیدی را به میان آورده که با پذیرش یک روی آورد کلی و به کار بستن این راهبرد در روش‌شناسی پژوهشی، در پی پاسخ‌گویی به معماهای حل نشده دیدگاه‌های تک‌بعدی در باره سلامتی و بیماری است (آزادفلاح و همکاران، ۱۳۷۸). رواج الگوی کلی‌نگر و افزایش پیروان این دیدگاه باعث شده است که به مفهوم سلامتی از منظر متفاوت نگریده شده. بر شمردن ابعادمانند جسمانی، اجتماعی، هیجانی، عقلانی، معنوی و روانشناختی از واژه‌های این دیدگاه است (ویسینگ<sup>۱</sup> فوری<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). از بین این ابعاد مختلف سلامتی، بعد سلامت روانشناختی در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد. این بعد از سلامتی نیز همانند مفهوم خود سلامتی دارای تعاریف متعددی است که این تنوع در تعاریف می‌تواند ناشی از تفاوت روی‌آوردهای مختلفی که در ارتباط با روانشناختی وجود دارد و یا در برخی مواقع به واسطه نتایجی که از پاره‌ای بررسی‌ها به دست می‌آید، باشد. برخی از مؤلفان معتقدند که سلامتی روانشناختی یعنی ادراک مثبت فرد از رویدادها و شرایط زندگی<sup>۳</sup> (بزنر<sup>۴</sup>، اشتاین هاردت<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷).

رایف<sup>۵</sup> و همکاران (نقل از ویسینگ، فوری، ۲۰۰۰) با الهام گرفتن از الگوی کلی یک الگوی چندبعدی و سیستمی از سلامت روانشناختی را مفهوم‌سازی و عملیاتی کرده‌اند. در این الگو سلامت روانشناختی دارای ماهیت مثبت عملکردی می‌باشد که متشکل از عناصر مختلفی است. این عناصر عبارتند از: پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خود پیروی، غلبه بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی. برخی دیگر از مؤلفان (برای مثال کوزما<sup>۶</sup>، استونز<sup>۷</sup> و استونز<sup>۸</sup>، ۲۰۰۰) سلامت روانشناختی را مترادف با شادی و خشنودی از زندگی در نظر گرفته‌اند. به نظر این افراد سلامت روانشناختی یعنی تعادل بین هیجان مثبت و منفی.

سلامت روانشناختی، صرف‌نظر از تعاریف متعدد، متأثر از عوامل مختلفی است که

1- Wissing, M.P.

3- Bezner, A. T

5- Ryff, C.D.

7- Stones, S.

2- Fourie, A.

4- Steinhardt, M.

6- Kozma, A.

8- Stones, M.J.

این عوامل می‌توانند به صورت مستقیم یا غیرمستقیم، به صورت مثبت یا منفی بر آن اثر بگذارند. از بین این عوامل اثرگذار می‌توان بر تعارض بین فردی و نحوه مدیریت آن اشاره کرد که می‌تواند تأثیر مهمی بر فعالیت‌های مختلف و در نهایت مهم‌تر از همه بر سلامتی افراد داشته باشد. تعارض، بخش اجتناب‌ناپذیر هستی انسان است، خواه در زندگی شخصی و خواه در زندگی جمعی. هر زمان و هر جا که افراد به صورت گروهی باشند احتمال رخداد تعارض وجود دارد. شاید بتوان گفت در تمامی کوشش‌های انسانی اگر همکاری و صلح یک روی سکه باشد، تعارض روی دیگر آن است.

تصور کلی بر این است که تعارض همواره دارای پیامدهای منفی است. برای مثال برخی اوقات مشاهده شده است که تعارض بعضی از رفتارهای سازش نیافته را در افرادی که سعی در مقابله با آن دارند ایجاد کرده است؛ رفتارهایی مانند مصرف الکل و مواد مخدر، کم‌خوری و پرخوری، رفتار پرخاشگرانه یا اطاعت و فرمانبرداری بیش از حد (هاریگوپال<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵). اگر از این زاویه بر تعارض نگاه شود می‌توان گفت تعارض نه تنها بر عملکرد فرد تأثیر می‌گذارد بلکه اختلالات روان‌تنی را نیز به دنبال دارد و از این طریق سلامتی فرد را به مخاطره می‌اندازد. به طور کلی افراد واکنش‌های مختلفی به موقعیت‌های تعارضی از خود نشان می‌دهند که می‌توان آنها را به صورت زیر خلاصه کرد:

پاسخ‌های روانشناختی: مانند بی‌توجهی، بی‌علاقگی، نارضایتی، اضطراب، انزوا و ناکامی؛ پاسخ‌های رفتاری: مانند مصرف الکل و مواد مخدر، کم‌خوری، پرخوری، پرخاشگری، خرابکاری؛ پاسخ‌های فیزیولوژیکی: مانند زخم معده، مشکلات تنفسی، فشار خون بالا، انواع سردرد، مشکلات عروقی؛ واکنش بیوشیمیایی بدن: از قبیل اتساع مردمک‌ها، بازداری ترشح بزاق، افزایش تپش قلب، اتساع برونش‌ها، بازداری ترشح مایعات هضمی، ترشح آدرنالین و نور آدرنالین، تبدیل گلیکوژن به صفرا (دایاس<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۹).

1- Harigopal, K.

2- Dayas, C.V.

علیرغم وجود چنین مشکلات و پیامدهایی، تعارض بخش اجتناب‌ناپذیر روابط است و از طرف دیگر تعارض می‌تواند به صورت مثبت هم به کیفیت روابط و هم به رشد تعارض پرداخت. حل مؤثر تعارض و مدیریت تعارض از طریق مهارت‌های حل مسأله، تصمیم‌گیری صحیح، ارتباط و شیوه مقابله‌ای مناسب امکان پذیر است.

به طور کلی تعارض به دو نوع سازنده و غیر سازنده تقسیم می‌شود. تعارض سازنده بر مصالحه و راه حل‌های مناسب و مثبت استوار است و تعارض غیرسازنده بر تهدید و راه حل‌های استبدادی و نامناسب. اگر شیوه‌های مناسبی برای حل تعارض به کار رود پیامدهای کارآمد و سودمندی به وجود خواهد آمد. برای فهم جامع و کامل پدیده تعارض و غلبه بر آن، آگاهی از مقدار تعارض در سطوح مختلف و شیوه‌های حل تعارض ارتباطی، امری مهم و ضروری است (رحیم، نقل از سکیگوچی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹).

مزیت عمده بررسی مقدار تعارض در ارتباط با مدیریت تعارض سبب به حداکثر رسیدن کارایی و افزایش سلامتی روانشناختی فرد می‌شود. به نظر هاتفیلد<sup>۲</sup> (نقل از همان) مقدار متوسطی از تعارض درون شخصی، بین شخصی، درون گروهی و بین گروهی همراه با استفاده از شیوه حل تعارض مناسب برای کارایی شخص مؤثر و مفید است زیرا این امر باعث شکوفایی استعداد و خلاقیت افراد می‌شود و همچنین برخی نیازهای روانشناختی را ارضا می‌کند، به زندگی فرد تنوع می‌بخشد، سبب هماهنگی هنر میان افراد و تقویت روابط بین آنها می‌شود. برای به آزمون گذاشتن مفروضات مطرح شده هدف اصلی پژوهش حاضر پاسخ دادن به این سؤال است که آیا شیوه‌های مدیریت تعارض می‌تواند فرد را قادر به مهار مشکلات ارتباطی و درک خوشایند موقعیت‌های زندگی نماید و با سلامت روانشناختی وی ارتباط داشته باشد؟ کدام سبک مدیریت تعارض می‌تواند به عنوان پیش‌بینی‌کننده سلامت روانشناختی نقش داشته باشد؟ آیا متغیر جنسیت می‌تواند با سبک مدیریت تعارض رابطه داشته باشد؟

1- Sekiguchi, T.

2- Hatfield, J. D.

## روش

### جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری این پژوهش را دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه‌های دولتی و غیرپزشکی شهر تهران تشکیل می‌داد که با استفاده از جدول کرجسی - مورگان<sup>۱</sup> از بین دانشجویان دانشگاه‌های تهران ۴۲۰ نفر (۱۴۸ پسر و ۲۷۲ دختر) به شکل تصادفی طبقه‌ای به عنوان نمونه انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند.

### ابزارهای اندازه‌گیری

ابزار و مقیاس‌های به کار رفته در این پژوهش عبارتند از:

**پرسشنامه جمعیت‌شناختی** حاوی اطلاعاتی در زمینه وضعیت آزمودنی‌ها از قبیل سن، جنس، رشته تحصیلی، نام دانشکده و دانشگاه.

**مقیاس نسخه دوم شیوه مقابله با تعارض "رحیم"** (ROCI-II): این مقیاس یک ابزار خود گزارش‌دهی<sup>۲</sup> است و برای اندازه‌گیری میزان تضاد و تعارض ارتباطی به کار می‌رود و شامل ۲۸ ماده و متشکل از ۵ زیر مقیاس می‌باشد. هر زیر مقیاس شیوه حل تعارض خاصی را نشان می‌دهد و کسب بیشترین نمره در هر کدام از زیرمقیاس‌ها نشان‌دهنده استفاده از همان شیوه حل تعارض توسط فرد می‌باشد. زیرمقیاس‌های این آزمون عبارتند از:

شیوه همراهانه<sup>۳</sup> (۷ ماده): این شیوه نشان‌دهنده تبادل اطلاعات و بررسی اختلاف‌ها برای رسیدن به راه‌حل قابل قبول برای طرفین است. این زیر مقیاس با شیوه حل مسئله در ارتباط است و می‌تواند به راه‌حل خلاقانه در حل مسئله منجر شود؛ شیوه مهربانانه<sup>۴</sup> (۶ ماده): این شیوه بیانگر تلاش برای کاهش اختلافات است و برای برآورده کردن

1- Krejsie – Morgan

3- self report

5- integrating

2- Rahim Organizational Conflict Inventory- II (ROCI-II)

4- obliging

انتظارات و مسائل دیگران بر تشابهات تأکید می‌کند. فردی که از این شیوه استفاده می‌کند برای برآورده کردن نیاز و مسائل دیگران مسائل خود را نادیده می‌گیرد؛ شیوه سلطه‌گرانه<sup>۱</sup> (۵ ماده): این شیوه با جهت‌گیری تهدیدآمیز مشخص می‌شود. شخصی که از این شیوه استفاده می‌کند برای رسیدن به هدف خود اقدام به هر کاری کرده و نیازها و انتظارات دیگران را نادیده می‌گیرد؛ شیوه مصالحه‌گرانه<sup>۲</sup> (۴ ماده): این شیوه در نقطه میانی توجه به انتظارات و نیازهای خود و دیگران قرار دارد و به تقسیم امتیازات بین طرفین اشاره می‌کند؛ شیوه اجتنابی<sup>۳</sup> (۶ ماده): این شیوه با موقعیت‌های انزوا، اعطای مسئولیت به دیگران، دیگران را مقصر دانستن و خود را کنار کشیدن در ارتباط است. شخصی که از این شیوه استفاده می‌کند از برآورده کردن انتظارات خود و دیگران ناتوان است.

شیوه‌های ۵گانه حل تعارض بر روی هم تشکیل‌دهنده دو روش مدیریت تعارض "سازنده و غیرسازنده" هستند. شیوه‌های همراهانه و مهربانانه بعد سازنده و شیوه‌های سلطه‌گرانه و اجتنابی بعد غیرسازنده را تشکیل می‌دهند و شیوه مصالحه‌گرانه حالت بینابینی دارد.

اعتبار<sup>۴</sup> این مقیاس در تحقیقات مختلف از ۰/۷۲ تا ۰/۸۳ گزارش شده است (کرکران<sup>۵</sup>، مالینک رودت<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰) و در پژوهش حاضر نیز اعتبار درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ به دست آمده است. از نظر روایی نیز این مقیاس مورد تأیید می‌باشد به طوری که روایی سازه آن با استفاده از تحلیل عامل محاسبه شده و قابل قبول بودن آن به تأیید رسیده است (رحیم، ۱۹۸۶).

مقیاس رضایت‌خاطر دانشگاه مموریال نیوفاندلند (مونش): این آزمون برای اندازه‌گیری سلامت روانشناختی طرح شده است و بیشتر بر مقدار و شدت عواطف

1- dominating

3- avoiding

5- Corcoran, K. O.

2- accommodating

4- reliability

6- Malinkrodt, B.



مثبت و منفی تأکید می‌کند. هر کدام از این عواطف دو بعد کوتاه مدت و بلند مدت را در بر می‌گیرد. ماده‌های مربوط به بعد کوتاه مدت (۱۰ ماده) نشان دهنده جنبه‌های مثبت و منفی حالتی<sup>۱</sup> و ماده‌های مربوط به بعد بلند مدت (۱۴ ماده) نشان دهنده جنبه‌های مثبت و منفی رگه‌ای<sup>۲</sup> است. هر کدام از جنبه‌های مثبت و منفی حالتی این مقیاس دارای ۵ سؤال و هر کدام از جنبه‌های مثبت و منفی رگه‌ای دارای ۷ سؤال می‌باشد و در مجموع این مقیاس ۲۴ سؤال دارد. نمره این مقیاس با در نظر گرفتن مواد مربوط به جنبه‌های مثبت و منفی رگه‌ای و حالتی و با فرمول خاصی محاسبه می‌شود و لذا ممکن است نمره به دست آمده منفی باشد (کوزما و همکاران، ۲۰۰۰). اعتبار مقیاس مونش در پژوهش‌های مختلف از ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ گزارش شده است (به عنوان مثال کوزما و همکاران، ۲۰۰۰) و در پژوهش حاضر نیز اعتبار درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۱ به دست آمده است. در زمینه روایی این مقیاس نیز می‌توان گفت که مقیاس مونش همبستگی بالایی با برخی مقیاس‌های مرتبط با سلامت روانشناختی را دارا می‌باشد (کوزما و همکاران، ۲۰۰۰).

### یافته‌ها

وضعیت جمعیت‌شناختی نمونه‌ها، ویژگی‌های آماری (توصیفی) متغیرهای مورد بررسی و روابط بین متغیرها (ماتریس همبستگی) در جداول ۱ و ۲ و ۳ به شرح زیر ارائه می‌شود:

1- State

2- Trait

جدول ۱: وضعیت جمعیت شناختی نمونه‌ها

رشته	جنس		مرد		زن		جمع
	فرآوانی	درصد	فرآوانی	درصد	فرآوانی	درصد	
روانشناسی	۴۶	۱۶/۹۱	۲۸	۱۸/۹۱	۷۴	۱۷/۶۲	
مدیریت	۲۴	۸/۸۲	۱۷	۱۱/۴۹	۴۱	۹/۷۶	
حسابداری	۳۲	۱۱/۷۶	۱۳	۸/۷۸	۴۵	۱۰/۷۲	
زبان	۳۹	۱۴/۳۴	۲۳	۱۵/۵۴	۶۲	۱۴/۷۶	
هنر	۳۵	۱۲/۸۷	۲۱	۱۴/۱۹	۵۶	۱۳/۳۳	
شیمی	۳۱	۱۱/۴۰	۱۵	۱۰/۱۴	۴۶	۱۰/۹۵	
ریاضی	۳۶	۱۳/۲۴	۱۷	۱۱/۴۹	۵۳	۱۲/۶۲	
فیزیک	۲۹	۱۰/۶۶	۱۴	۹/۴۶	۴۳	۱۰/۲۴	
جمع	۲۷۲	۱۰۰	۱۴۸	۱۰۰	۴۲۰	۱۰۰	

جدول ۲: ویژگی‌های آماری متغیرهای مورد بررسی

شاخص‌ها	مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشدگی
همراهانه	۳/۸۳	۰/۵۳	-۰/۱۴	۰/۰۴	
مهربانانه	۳/۳۴	۰/۵۸	۰/۰۵	۰/۴۰	
سلطه‌گرانه	۲/۵۲	۰/۶۷	۰/۱۴	-۰/۰۸	
اجتنابی	۳/۱۱	۰/۷۲	۰/۰۱	-۰/۳۳	
مصالحه‌گرانه	۳/۷۶	۰/۵۴	-۰/۱۹	۰/۰۱	
سازنده	۷/۶۰	۰/۹۰	-۰/۱۰	۰/۳۷	
غیرسازنده	۶/۶۳	۱	۰/۲۰	۰/۲۷	
سلامت روانشناختی	۷	۱۰/۸۲	-۰/۴۳	-۰/۶۵	

جدول ۳: ماتریس همبستگی بین زیرمقیاس‌های مدیریت تعارض و سلامت روانشناختی

متغیرها	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱ همراهانه	۰/۳۶**	-۰/۱۷	-۰/۰۶	-۰/۴۴**	-۰/۸۴**	-۰/۱۵**	-۰/۳۰**
۲ مهربانانه		۰/۱۵**	-۰/۳۵**	-۰/۲۵**	-۰/۳۶**	-۰/۳۶**	-۰/۰۳
۳ سلطه‌گرانه			-۰/۰۲	-۰/۱۴**	-۰/۱۸**	-۰/۶۸**	-۰/۰۲
۴ اجتنابی				-۰/۰۶	-۰/۰۷	-۰/۷۳**	-۰/۰۷
۵ مصالحه‌گرانه					-۰/۸۵**	-۰/۱۳**	-۰/۱۳**
۶ سازنده						-۰/۰۶	-۰/۲۵**
۷ غیرسازنده							-۰/۰۴
۸ سلامت روانشناختی							

$p < 0.01^{**}$

همان‌گونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود. همبستگی بین زیر مقیاس‌های شیوه‌های حل تعارض و سلامت روانشناختی از ۰/۷۰ - تا ۰/۸۵ متغیر است که اولی رابطه بین شیوه حل تعارض از نوع اجتنابی و سلامت روانشناختی را نشان می‌دهد و همان‌گونه که مشخص است بین این دو متغیر رابطه منفی وجود دارد و دومی نشان دهنده رابطه بین شیوه حل تعارض مصالحه‌گرانه و مدیریت تعارض سازنده می‌باشد. این نوع همبستگی نشان می‌دهد که حل تعارض مصالحه‌گرانه نقش اساسی را در مدیریت سازنده تعارض ایفا می‌کند. برای بررسی دقیق‌تر ارتباط بین شیوه‌های حل تعارض و سلامت روانشناختی و مشخص کردن سهم هر کدام از متغیرهای پیش‌بینی در تبیین متغیر وابسته از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد (جداول ۴ و ۵).

جدول ۴: تحلیل رگرسیون گام به گام سلامت روانشناختی بر متغیر شیوه‌های حل تعارض

گام	شاخص منبع	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری
۱	رگرسیون	۱	۴۴۸۹/۰۶	۴۴۸۹/۰۶	۴۲/۰۸	۰/۰۰۰
	باقیمانده	۴۱۸	۴۴۵۸۶/۹۴	۱۰۶/۶۷		
۲	رگرسیون	۲	۴۹۳۹/۹۴	۲۴۶۹/۹۷	۲۳/۳۴	۰/۰۰۰
	باقیمانده	۴۱۷	۴۴۱۳۶/۰۵	۱۰۵/۸۴		

جدول ۵: خلاصه اطلاعات مربوط به ضریب تعیین، خطای استاندارد برآورد و ضرایب رگرسیون تحلیل تأثیر شیوه‌های حل تعارض بر سلامت روانشناختی

گام	شاخص منبع	ضریب b	ضریب بتا	نسبت t	سطح معنی داری	ضریب تعیین	خطای استاندارد برآورد
۱	همراهانه	۶/۲۲	۰/۳۰	۶/۴۹	۰/۰۰۰	۰/۰۹۱	۱۰/۳۳
۲	همراهانه	۶/۹۸	۰/۳۴	۶/۸۲	۰/۰۰۰	۰/۱۰۱	۱۰/۲۹
	مهربانانه	-۱/۹۲	-۰/۱۰	-۲/۰۶	۰/۰۴۰		

با مراجعه به جداول ۴ و ۵ معلوم می‌شود که در نخستین تحلیل برای تبیین واریانس متغیر وابسته (سلامت روانشناختی)، متغیر شیوه‌های همراهانه وارد معادله رگرسیون شده است. نسبت F حاصل از این تحلیل برابر با ۴۲/۰۸ و در سطح  $(p < 0.01)$  معنی دار است. نتایج تحلیل رگرسیون حاکی است که ۹/۱ درصد واریانس متغیر وابسته از طریق متغیر مستقل تبیین می‌شود. در ادامه تحلیل برای بررسی نقش تعدیل‌کننده مؤلفه‌های دیگر، متغیر شیوه‌های مهربانانه وارد رگرسیون شده و دقت پیش‌بینی را به صورت معنی‌داری  $(p < 0.01)$  افزایش داد. این در حالی است که ۹/۱ درصد از واریانس متغیر وابسته از طریق متغیر مستقل نخست تعیین می‌شد ولی با افزودن شیوه مهربانانه این مقدار به ۱۰/۱ درصد رسید. در تحلیل‌های بعدی مؤلفه‌های

سلطه‌گرانه، اجتنابی و مصالحه‌گرانه افزایش معنی‌داری در صریب تعیین و دقت پیش‌بینی نشان ندادند. از آنجائی که زیرمقیاس‌های شیوه‌های حل تعارض ارتباطی به دو نوع سازنده و غیرسازنده تقسیم می‌شود، سعی شد رابطه آنها با سلامت روانشناختی مورد بررسی قرار گیرد. برای این منظور با مراجعه به جدول ماتریس همبستگی مشخص می‌شود که بین شیوه حل تعارض سازنده و سلامت روانشناختی رابطه معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0.01$ ). برای تحلیل بیشتر این رابطه از تحلیل رگرسیون استفاده شد و نسبت F حاصل از این تحلیل برابر با ۲۸/۸۴ و سطح معنی‌داری آن ( $p < 0.01$ ) بدست آمد. نتایج تحلیل رگرسیون بیانگر این است که ۶/۵ درصد واریانس متغیر وابسته از طریق متغیر مستقل تبیین می‌شود (جداول ۶ و ۷).

جدول شماره ۶: تحلیل رگرسیون سلامت روانشناختی بر متغیر مدیریت تعارض سازنده

شاخص منبع	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی‌دار
رگرسیون	۱	۳۱۶۷/۸۰	۳۱۶۷/۸۰	۲۸/۸۴	۰/۰۰۰
باقیمانده	۴۱۸	۴۵۹۰۸/۱۹	۱۰۹/۸۳		

جدول شماره ۷: خلاصه اطلاعات مربوط به ضریب تعیین، خطای استاندارد برآورد و ضرایب رگرسیون تحلیل تأثیر مدیریت تعارض سازنده بر سلامت روانشناختی

شاخص منبع	ضریب b	ضریب بتا	نسبت t	سطح معنی‌داری	ضریب تعیین	خطای استاندارد برآورد
مدیریت تعارض سازنده	۳/۰۶	۰/۳۵	۵/۳۷	۰/۰۰۰	۰/۰۶۵	۱۰/۴۸

در پایان برای آزمودن تفاوت دانشجویان دختر و پسر در شیوه‌های حل تعارض و سلامت روانشناختی از آزمون ۲ گروه‌های مستقل استفاده شد و نتایج بدست آمده حاکی از عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین دو گروه می‌باشد (جدول ۸).

جدول ۸: تفاوت جنس در شیوه‌های مقابله با تعارض و سلامت روانشناختی (۴۲۰ نفر)

آماره ۴ درجه آزادی: ۴۱۸	مؤنث (۲۷۲ نفر)		مذکر (۱۴۸ نفر)		شاخص منبع
	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۰/۲۶	۰/۵۰	۳/۸۳	۰/۵۶	۳/۸۲	همراهانه
۰/۰۶	۰/۵۸	۳/۳۴	۰/۵۷	۳/۳۴	مهربانانه
۱/۲۸	۰/۶۹	۳/۵۰	۰/۶۳	۳/۵۸	سلطه‌گرانه
۰/۰۶	۰/۷۳	۳/۱۱	۰/۷۰	۳/۱۱	اجتنابی
۰/۰۸	۰/۵۳	۳/۷۶	۰/۵۵	۳/۷۷	مصالحه‌گرانه
۰/۱۷	۰/۸۶	۷/۶۰	۰/۹۷	۷/۵۹	مدیریت سازنده
۰/۵۳	۱	۶/۶۱	۱	۶/۶۷	مدیریت غیرسازنده
۱/۲۷	۱۰/۵۷	۷/۵۰	۱۱/۲۵	۶/۰۹	سلامت روانشناختی

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که از بین شیوه‌های مختلف حل تعارض، شیوه همراهانه قوی‌ترین رابطه را با سلامت روانشناختی دارد. این شیوه نشان‌دهنده تبادل اطلاعات و بررسی اختلاف‌ها برای رسیدن به راه حل قابل قبول برای طرفین است. شیوه حل تعارض همراهانه با شیوه حل مسأله در ارتباط است و می‌تواند به راه‌حل خلاقانه در حل مسأله منجر شود و تحقیقات مختلف نشان از رابطه بین این شیوه و خلاقیت و تفکر واگرا دارد (هارینگوبال، ۱۹۹۵). تحلیل رگرسیون گام به گام نیز شیوه حل تعارض همراهانه را در گام اول به عنوان یک متغیر پیش بین معنی‌داری برای سلامت روانشناختی در نظر گرفته است. متغیر دیگری که با سلامت روانشناختی رابطه

معنی‌داری را نشان داده است، شیوه حل تعارض مصالحه‌گراانه می‌باشد. لیکن تحلیل رگرسیون گام به گام دومین متغیر پیش‌بین را شیوه مهربانانه در نظر گرفته است و در واقع نتیجه نسبتاً متفاوتی را به میان آورده است. البته این مسأله می‌تواند ناشی از واریانس مشترک بین این دو متغیر باشد بدین معنی که بین شیوه‌های حل تعارض مصالحه‌گراانه و مهربانانه رابطهٔ درونی قوی وجود دارد که احتمالاً در ماتریس همبستگی آشکار نشده است اما روش پیشرفته تحلیل رگرسیون گام به گام آن را آشکار ساخته است و تحلیل و فهم موضوع را با پیچیدگی مواجه کرده است. عامل دیگری که می‌تواند سبب پیچیدگی نتیجه شود ارتباط ساخت شخصیت با تعارض است. منبع تعارض‌های بین فردی و ارتباطی ریشه در تفاوت‌های فردی، نگرش‌ها و ساخت شخصیتی افراد دارد. در این رابطه عوامل متعددی می‌توانند در بروز تعارض، شدت بخشیدن به آن و یا برعکس مدیریت تعارض نقش داشته باشند؛ عواملی مانند نوع خود انگاره، میزان ترس از تنبیه، سطح انعطاف‌پذیری، وضوح اهداف و سطح هیجان‌پذیری، همگی بر پدیدهٔ تعارض تأثیر دارند. از بین این عوامل بر سطح هیجان‌پذیری تأکید بیشتری شده است. نظریه تداخل راهبردی<sup>۱</sup> معتقد است هیجان‌ها مکانیزم‌های روانشناختی هستند که با تعارض در ارتباط می‌باشند و افراد بر اساس میزان هیجان‌پذیری خود متفاوت از هم عمل می‌کنند. در یک موقعیت تعارضی، فردی که از نظر هیجان‌پذیری در سطح بالایی است در مقایسه با فردی که از این نظر در سطح پایین است از شیوه مقابله‌ای متفاوتی استفاده خواهد کرد. استفاده از چنین شیوه‌های متفاوت بر رابطه و فعالیت و نهایتاً بر سلامتی به ویژه سلامت روانی تأثیر می‌گذارد. برخی تعقل‌گرایی را در نقطه مقابل هیجان‌پذیری قرار داده‌اند و معتقدند سطح تعقل‌گرایی با سلامت روانی رابطه دارد و فرد تعقل‌گرا از نظر سلامت روانشناختی در سطح بالاست زیرا تعقل‌گرایی بالا باعث می‌شود فرد به هنگام مواجه شدن با مسأله یا مشکل تصمیم‌های منطقی و معنی‌دار اتخاذ کند. این در حالی است که هیجان‌پذیری بالا مانع چنین تصمیم‌گیری منطقی

1- Strategic Interference Theory (SIT)

می‌شود. اصولاً هر جا صحبت از روش‌ها و راهبردهای سازنده هست عقلانیت نیز وجود دارد (باس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). ارتباط مدیریت تعارض سازنده با سلامت روانشناختی می‌تواند مبین چنین قاعده‌ای باشد چرا که تقسیم بندی شیوه‌های پنج‌گانه حل تعارض به دو گروه سازنده و غیرسازنده، نشان داد شیوه‌های حل تعارض سازنده با سلامت روانشناختی رابطه مثبت و شیوه‌های حل تعارض غیرسازنده با سلامت روانشناختی رابطه منفی دارد. این نکته را هم ماتریس همبستگی و هم تحلیل رگرسیون نشان داده است.

از یافته‌های دیگر پژوهش، ارتباط منفی شیوه حل تعارض اجتنابی با سلامت روانشناختی است. این شیوه با موقعیت‌های انزوا، اعطای مسئولیت به دیگران، دیگران را مقصر دانستن و خود را کنار کشیدن در ارتباط است. شخصی که از این شیوه استفاده می‌کند از برآورده کردن انتظارات خود و دیگران ناتوان است. کسی که از شیوه حل تعارض اجتنابی استفاده می‌کند جرأت‌ورز نیست، به خاطر اعمال گذشته احساس گناه می‌کند، خصلت همکارانه ندارد و سعی می‌کند از طریق رویگردانی و یا به تعویق انداختن حل تعارض از آن اجتناب کند (استفان<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹). در واقع اجتناب زمانی به عنوان یک جانشین رفتاری توسط فرد مورد استفاده قرار می‌گیرد که وی کنترل و رودررو شدن با موقعیت را بسیار مشکل می‌پندارد؛ به خاطر فقدان قدرت و اعتماد به نفس برای مقابله با موقعیت از خود مطمئن نیست؛ ترس از تنبیه و شکست در فرد بالاست؛ اهمیتی به رابطه با دیگران نمی‌دهد و رگه‌هایی از شخصیت انزواطلب در وی وجود دارد؛ چنین تصور می‌کند که دیگران بهتر از او مشکلات را حل می‌کنند و بنابراین از کانون کنترل درونی برخوردار نیست (سورنسون<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹، راتمن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸).

در زمینه احتمال وجود تفاوت در استفاده از شیوه‌های حل تعارض، نتایج به دست آمده بیانگر عدم وجود تفاوت بین دختران و پسران می‌باشد. این یافته با نتایج

1- Buss, D. M.  
3- Sorenson, R. L.

2- Stephan, W. G.  
4- Rothman, J.



برخی تحقیقات (مانند کورابیک<sup>۱</sup> و همکاران، نقل از پرگی<sup>۲</sup>، مورفی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹) همسو است. برخی از تحقیقات دیگر (مانند پاپا<sup>۴</sup>، ناتالی<sup>۵</sup>، ۱۹۸۹، نقل از همان) به نتیجه متفاوتی دست یافته‌اند. نتایج این قبیل تحقیقات حاکی از تفاوت جنسیت در استفاده از شیوه‌های مختلف حل تعارض بوده است. در تبیین چنین یافته‌ای نظریهٔ تداخل راهبردی معتقد است زنان و مردان از نظر راهبردهای مبتنی بر جنسیت از همدیگر تفاوت دارند و رویدادهایی که تداخل راهبردی را ایجاد می‌کنند در میان زن و مرد متفاوت است. طبق این دیدگاه میزان هیجان‌پذیری نیز در بین دو جنس متفاوت است و این امر سبب تفاوت در به کار بردن شیوه‌های مقابله با تعارض به طور متفاوت می‌شود. عوامل دیگری مانند سبک دلبستگی (شی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳) و نوع فرهنگ (پواسا<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۰) نیز بر شیوه مدیریت تعارض تأثیر می‌گذارند. بنا بر این با در نظر گرفتن عوامل متعدد می‌توان به افراد آموزش‌های لازم را در به کارگیری روش‌های سازنده و مناسب حل تعارض ارائه داد و از آن طریق سلامت روانشناختی آنها را افزایش داد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

1- Korabik, K  
3- Murphy, B. C  
5- Natalie, E.  
7- Poasa, K. H.

2- Parghi, I. G.  
4- Papa, M.  
6- Shi, L.

## References

## منابع

- آزاد فلاح، پرویز؛ دادستان، پریرخ؛ اژه‌ای، جواد؛ مؤذنی، سیدمحمد (۱۳۷۸). تنیدگی، فعالیت مغزی/ رفتاری و تغییرات ایمنوگلوبولین ترشعی A. مجله روانشناسی، سال سوم، شماره ۱، ۳ الی ۲۲.
- باباپورخیرالدین، جلیل؛ رسولزاده طباطبائی، سیدکاظم؛ اژه‌ای، جواد؛ فتحی‌آشتیانی، علی (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین شیوه‌های حل مسأله و سلامت روانشناختی دانشجویان. مجله روانشناسی، سال هفتم، شماره ۱، ۳ الی ۱۸.
- Bezner, A.T., Steinhardt, M. (1997). The Conceptualization and Measurement of Perceived Wellness: Integrating Balance Across and Within Dimensions. *American Journal of Health Promotion*, 11(3): 208-218.
- Bond E. (1997). Whose Quality of Life? *Critical Care Nurse*, 7(6): 112.
- Buss, D.M. (2000). Cognitive Biases and Emotional Wisdom in the Evolution of Conflict Between Sexes. *Current Directions in Psychological Science*, 9(4): 136-139.
- Corcoran, K.O., Malinkrodt, B. (2000). Adult Attachment, Self Efficacy, Perspective Taking and Conflict Resolution. *Journal of Counseling and Development*, 78(4): 473-483.
- Curtis, J., Martin, D., Martin, T. (1997). Patient-Assessed Health Outcomes in Chronic Lung Disease: What are They, How do They Help Us, and Where do We Go From Here? *Am J Respir Crit Care Med*, 156:1032-1039.
- Dayas, C.V., Buller, K. M., Day, T.A. (1999). Neuroendocrine Responses to an Emotional Stressors: Evidence For Involvement of the Medial But not the Central Amygdala. *European Journal of Neuroscience*, 11:2312-2322.
- Edlin, G., Golanty, E., Brown, K. M. (1999). *Health and Wellness*. Jones and Bartlett Publisher, International Barb House, London W6 7Pa, UK.
- Erasmus, R.V. (1997). Advances in Understanding Happiness. *Revue Quebecoise de Psychologie*, 18: 29-79.
- Flanagan, J. (1978). A research Approach to Improving our Quality of Life. *Am Psychol*, 33:138-147.

- Group, T.W. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Soc Sci Med*; 46:1569 – 1585.
- Harigopal, K. (1995). *Conflict Management (Managing Interpersonal Conflict)*, Oxford and IBH Publishing Co. Pvt. Ltd.
- Hermon, D.A., Hazler, R.J. (1999). Adherence to A Wellness Model and Perceptions of Psychological Well Being. *Journal of Counselling and Development*, 77(3): 339-343.
- Kozma, A., Stones, S., Stones, M.J. (2000). Stability in Components and Predictors of Subjective Well Being (SWB): Implications For SWB Structure. *Advances in Quality of Life Theory and Research*, 13-30.
- Monk, E.M., Mahmood, Z. (1999). Student Mental Health: A pilot Study. *Counseling Psychology Quarterly*, 12(2):199-210.
- Oleson, M. (1990). Subjectively Perceived Quality of Life. *Image (IN)*; 22:187-190.
- Parghi, I. G., Murphy, B. C. (1999). Gender and Conflict Resolution and Negotiation: What the Literature Tells us. *Women and Public Policy Program*.
- Poasa, K.H., Mallinckrodt, B., Suzuki, L. (2000). Causal Attributions for Problematic Family Interactions: A Qualitative Cultural Comparison of Western Samoa, American Samoa, and the U.S. *The Counseling Psychologist*, 28, 32-60.
- Rahim, M.A. (1986). Managing Conflict in Organisation. *Journal of Social Psychology*, 126:79-86.
- Raymond, H. W.L., Sue, S.T.L., Dawn, K.G.T. (2004). Impact of Common Medications on Quality of Life in Chinese Women. *The Family Planning Association*, 70: 474-482.
- Rothman, J. (1998). *Resolving Identity-Based Conflict: Nations, Organisations and Communities*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Ryff, C.D., Keyes, C.L. (1995). The structure of psychological well being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4):719-727.
- Sekiguchi, T. (1999). *Conflict Management Strategies and Family and Business Outcomes in Family Business*.

- Shi, L. (2003). The Association Between Adult Attachment Styles and Conflict Resolution in Romantic Relationships. *The American Journal of Family Therapy*, 31, 143-157.
- Sorenson, R. L. (1999). *Conflict Management Strategies and Family and Business Outcomes in Family Business*.
- Stephan, W. G. (1999). The Role of Empathy in Improving Intergroup Relations. *Journal of Social Issues*.
- Varricchio, C. G. (1990). Relevance of Quality of Life in Clinical Nursing. *Oncology Nursing*, 6(4): 255-259.
- Wissing, T. F., Fouri, A. (2000). Spirituality as A Component of Psychological Well-being. 27<sup>th</sup> *International Congress of Psychology*, 23-28 July, Stockholm, Sweden.

