

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۱/۲۲

تاریخ تصویب مقاله: ۹۷/۴/۱

## روابط ساختاری بین ابعاد راهبردهای حل تعارض و سلامت اجتماعی دانشجویان با میانجی‌گری سرمایه روان‌شناختی

نسرین زمانی زاد<sup>\*</sup>، جلیل باباپور<sup>\*\*</sup> و حسن صبوری<sup>\*\*\*</sup>

### چکیده

مطالعه حاضر با هدف بررسی روابط ساختاری بین ابعاد راهبردهای حل تعارض و سلامت اجتماعی دانشجویان با میانجی‌گری سرمایه روان‌شناختی صورت پذیرفت. شرکت‌کنندگان این پژوهش شامل ۲۰۰ نفر (۱۰۰ زن، ۱۰۰ مرد) از دانشجویان دانشگاه تبریز بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های راهبردهای حل تعارض رحیم (ROCI-II)، سرمایه روان‌شناختی لوتانژ (PCQ) و سلامت اجتماعی کی‌یس استفاده شد. پایایی ابزارهای پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ و روایی آن‌ها از طریق تحلیل عاملی به دست آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده، از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری با نرم‌افزار ایموس (AMOS) استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان داد که بین راهبردهای حل تعارض، سرمایه روان‌شناختی و سلامت اجتماعی رابطه وجود

\* کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی روانشناسی، دانشگاه تبریز. (نویسنده مسئول)

nasrin.z2013@yahoo.com

\*\* استاد و عضو هیئت علمی گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی روانشناسی، دانشگاه تبریز

\*\*\* استاد و عضو هیئت علمی گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی روانشناسی، دانشگاه تبریز

دارد. در نهایت نتایج نشان داد که با استفاده از سرمایه روان‌شناختی می‌توان سلامت اجتماعی را پیش‌بینی کرد و سرمایه روان‌شناختی به عنوان میانجی در رابطه راهبردهای حل تعارض و سلامت اجتماعی عمل می‌کند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که احتمالاً افرادی که سرمایه روان‌شناختی مطلوب‌تری داشته باشند، از سلامت اجتماعی مناسبی نیز برخوردار خواهند بود.

**واژگان کلیدی:** ارتباطات بین‌فردی، بهزیستی روانی، تاب‌آوری، خودکارآمدی، سرمایه روان‌شناختی.

#### مقدمه

از عوامل اساسی توسعه پایدار و همه‌جانبه، توجه ویژه به جمعیت جوان به ویژه دانشجویان به عنوان قشر صاحب تفکر و اندیشه است. پرورش استعدادها و قابلیت‌های دانشجویان هماهنگ با نیازها و تحولات جامعه می‌تواند زمینه تحقق اهداف تعریف شده و آرمان‌های یک ملت را فراهم سازد. بدون تردید مؤلفه‌های متنوع و متعددی، هم از نظر کمی و هم از نظر کیفی، دانشگاه و دانشجو را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به گونه‌ای که دائماً با تصویر و تعریف جدیدی از دانشگاه و دانشجو روبه‌رو می‌شویم. متأسفانه در سال‌های گذشته مشکلات عاطفی، روانی و اجتماعی در میان دانشجویان روند صعودی نگران‌کننده‌ای داشته است، تاجایی که پدیده‌های ناهنجاری نظیر خودکشی، گرایش به سوءمصرف مواد و اف‌ت تحصیلی به صورت موانع جدی، پیشرفت دانشگاه را تحت تأثیر قرار داده است (قنبرزاده ماکویی، ۱۳۸۵).

سلامت اجتماعی مفهومی نسبتاً جدیدی است که در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است. سلامت در تعریف کلی سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> (۱۹۷۹)، به رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی گفته می‌شود؛ بنابراین سلامت اجتماعی بُعدی از سلامت است

<sup>۱</sup>.World Health Organization (WHO)

که به کیفیت روابط اجتماعی مربوط می‌شود؛ به این ترتیب سلامت اجتماعی دانشجویان از مفاهیم بسیار مهم است. زندگی دانشجویی با تنش‌ها و فشارهای متعددی همراه است که به صورت‌های مختلف سلامت اجتماعی دانشجویان را تهدید می‌کند. این تنش‌ها تا حدی از محیط دانشگاه و از فشارها و محدودیت‌های ذاتی دوره دانشجویی به‌عنوان مرحله‌ای انتقالی ولی بسیار مهم در زندگی افراد سرچشمه می‌گیرد. الزام به رعایت مقررات خاص، خودکاری و استقلال نسبی در انتخاب نحوه تخصیص منابع شخصی (به‌خصوص زمان، انرژی و علاقه) و تلاش برای دستیابی به اهداف آموزشی نسبتاً بالا در محیطی رقابتی همراه با محدودیت‌های ناشی از زندگی دانشجویی (غالباً دوری از خانواده، خوگرفتن با محیط فیزیکی و اجتماعی جدید، مطابقت با نظام ارزش‌ها و انتظارات دانشگاه) از جمله منابع تنش و استرس نظام آموزش عالی است. سلامت اجتماعی تابعی از عوامل مختلف اجتماعی و فرهنگی است و دانشجوی پس از ورود به دانشگاه با محیط جدیدی روبه‌رو می‌شود که با زندگی قبلی او و محیط اجتماعی گذشته‌اش متفاوت بوده و در طی دوران تحصیل نیز با مسائل و مشکلات عدیده‌ای روبه‌رو خواهد شد که هر کدام می‌توانند به سلامت اجتماعی او خدشه وارد کند. امروزه سلامت اجتماعی، به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت، در کنار سلامت جسمی و روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است؛ به‌گونه‌ای که دیگر، سلامتی فقط عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست؛ بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز به‌عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه به‌شمار می‌رود (سام‌آرام، ۱۳۸۸). بررسی عوامل تعیین‌کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان نشان داده است که عوامل متعددی در سلامت اجتماعی آن‌ها دخیل است و دانشجویان رشته‌های مختلف نیز از لحاظ ابعاد سلامت اجتماعی با یکدیگر تفاوت دارند (باباپور، طوسی و حکمتی، ۱۳۸۸).

یکی از نیازهای بنیادین جوامع بشری، ارتباطات بین فردی است و بخش طبیعی و اجتناب‌ناپذیر زندگی اجتماعی در فرایند ارتباط همراه با تولید و انتقال اطلاعات/پیام‌های قابل درک و تشخیص نهفته است که تفسیر نادرست این پیام‌ها در هریک از مراحل می‌تواند به تجربه تعارض بین فردی منجر شود. انسان‌ها دارای نیازها، خواسته‌ها، رجحان‌ها، اهداف، ادراکات و ارزش‌های متفاوتی هستند و با افراد مختلفی در مکان‌های متعددی در تماس هستند، این تفاوت‌ها پیامدهای طبیعی دارند که باعث تعارض می‌شوند (توران، باهادیر و سرتیل<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). زمانی که یک یا بیش از یک نفر نتواند در هر موضوع خاصی به توافق برسند، نیازها، خواسته‌ها، ترجیحات، اهداف و ارزش‌هایشان مشترک، ادراک نمی‌شود و تعارض به صورت اجتناب‌ناپذیری بروز می‌کند؛ بنابراین تعارض، واقعیت اجتناب‌ناپذیر وجود انسان است (بائو، زو، هو و کوی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶) و در روابط انسانی عادی و طبیعی و لازم بوده و مشکل محسوب نمی‌شود؛ بلکه چگونگی مدیریت و برخورد با آن توسط افراد درگیر در تعارض اهمیت دارد (بورن، کلارک-کریستین، شارپ-پرایس، هادسون-دیویس و فرانسیس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). ناتوانی در مواجه شدن با افراد دیگر، که یک نیاز اساسی روان‌شناختی است، محدود بودن منابع و تفاوت‌های ارزشی در قضاوت نیز می‌تواند منجر به تعارض شود (توران و همکاران، ۲۰۱۵). دانشجویان نیز که به نوبه خود در اجتماع و با خواسته‌ها، ارزش‌ها و رجحان‌های متفاوتی زندگی می‌کنند، ممکن است در محیط آموزشی یا محل اقامت خود با تعارض‌های گوناگونی روبه‌رو شوند که بر شرایط زندگی و حتی سلامت روانی و اجتماعی آنان تأثیر بگذارد. تعارض اغلب به عنوان یک شرایط منفی در نظر گرفته می‌شود؛ چون تصور می‌شود که منافع فرد با خطر و تهدید مواجه شده است (جرنگ و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷). باو و همکاران (۲۰۱۶) تعارض را

<sup>۱</sup>.Turan, Bahadir, & Certel

<sup>۲</sup>.Bao, Zhu, Hu, & Cui

<sup>۳</sup>.Bourne, Clarke-Christian, Sharpe-Pryce, Hudson-Davis, & Francis

<sup>۴</sup>.Jerng

به‌عنوان درگیری بین دو نفر که نمی‌خواهند یا نمی‌توانند انتظارات یکدیگر را برآورده کنند تعریف می‌کنند. همچنین عنوان شده است که تعارض به معنای درک متفاوت بین دو یا چند شخص است که در نتیجه مخالفت متقابل به‌وجود می‌آید (پریتو-رمون، کوبو-بنیتا، اوریتز-مارکوس، و اوربورا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵).

تعارض اغلب با بی‌احترامی و طرد بین‌فردی همراه است. رویدادها و تعارض‌های بین فردی که منجر به طرد می‌شوند، به‌طور ویژه‌ای ناخوشایند و آزاردهنده هستند؛ چراکه آن‌ها نیاز بنیادین تعلق خاطر به افراد مهم و حفظ روابط بین فردی مطلوب را به مخاطره می‌اندازند (مییر، سیمروگراس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). تعارض‌های بین‌فردی و تعارض‌های کار-خانواده با شاخص‌های متعددی از بهزیستی روانی و جسمانی، مانند علائم افسردگی، رضایت شغلی، علائم و شکایات جسمی (مییر و همکاران، ۲۰۱۴؛ هائو، وو، لیو، لی و وو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵) علائم و نشانه‌های افسردگی و کیفیت خدمات کارکنان مراکز بهداشتی (هائو و همکاران، ۲۰۱۵)، سلامت جسمی و روانی (تاکیوچی و یامازاکی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰) رابطه دارند. تعارض‌های بین فردی، در بلندمدت، زمانی که حمایت اجتماعی کمتر می‌شود، با علائم و نشانه‌های افسردگی رابطه دارد (اوبیدوا، ریویس، وارن، ریسین، چرنیاک<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱) و در کوتاه مدت نیز اثرات کوتاه مدت منفی‌ای بر روی خلق دارد (ایلیس، جانسون، جاج و کنی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱، مییر، گراس، اسپکتور و سیمر<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳). همچنین تعارض به‌عنوان یک عامل خطر برای علائم افسردگی است و می‌تواند علائم افسردگی را افزایش دهد (هائو و همکاران، ۲۰۱۵). بنابراین منطقی است که فرض کنیم هر دو دوره تعارض‌های مزمن و کوتاه مدت

<sup>1</sup>. Prieto-Reyon, Cobo-Benita, Oritz-Marcos, & Uruburu

<sup>2</sup>. Meier, Semmer, & Gross

<sup>3</sup>. Hao, Wu, Liu, Li, & Wu

<sup>4</sup>. Takeuchi & Yamazaki

<sup>5</sup>. Obidoa, Reeves, Warren, Reisine, & Cherniack

<sup>6</sup>. Ilies, Johnson, Judge, & Keeney

<sup>7</sup>. Meier, Gross, Spector, & Semmer

ممکن است بهزیستی و سلامت افراد را مختل کنند (میر و همکاران، ۲۰۱۴). در پژوهشی میر و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که علائم افسردگی، یک عامل آسیب‌پذیری در رابطه با تأثیر تعارض بر بهزیستی روانی و جسمانی است. آن‌ها همچنین دریافتند که تعارض با بهزیستی روانی و بهزیستی جسمی مختل‌شده رابطه دارد و آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با این وصف، تعارض تأثیر مخربی بر سلامتی و بهزیستی و روابط افراد دارد و راهبردهایی که فرد برای مقابله با تعارض بر می‌گزیند به احتمال زیاد می‌توانند نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت و روابط او داشته باشند.

حل تعارض یکی از جنبه‌های مهم زندگی روزمره است (وایتاكا، موری-آستین و جیتیمو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). برخی از محققان نیز استدلال کرده‌اند که مهارت‌های حل تعارض برای حفظ و نگهداری مهارت‌های بین فردی حیاتی هستند (تایر، آپدگراف و دلگادو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). برای حل تعارض مهارت‌ها و رویکردهای متفاوتی مورد سنجش و بررسی قرار گرفته است؛ ولی در سال‌های اخیر رویکردها به سمت توجه به حالات روانی و عاطفی افراد درگیر در فرایند تعارض پیش رویکردهاست و اینکه چگونه با مدیریت احساسات و هیجانات افراد می‌توان آن را به نحوی سازنده مدیریت کرد. پنج نوع راهبرد اصلی وجود دارد که عبارت‌اند از: ۱. اجتناب: یعنی خودداری از بحث دربارهٔ موقعیت تعارضی؛ ۲. توافق: هنگامی که یکی از دو طرف متقاعد می‌شوند نیازهای خود را برآورده کنند، به سوی توافق کشیده می‌شوند؛ ۳. سازش: وقتی طرفین تعارض، نگرش سازش اتخاذ می‌کنند، در واقع راضی می‌شوند گذشت‌هایی داشته باشند؛ ۴. خودکامگی: افرادی که راهبرد خودکامگی اتخاذ می‌کنند، کسانی هستند که به شدت به ضرر دیگران و به نفع خود تصمیم می‌گیرند؛ ۵. راهبرد مردمی: اشخاصی که راهبرد مردمی را اتخاذ می‌کنند، به دنبال

<sup>۱</sup>. Waithaka, Moore-Austin, & Gitimu

<sup>۲</sup>. Thayer, Updegraff, & Delgado

راه‌حلی می‌گردند که بتوانند ارضای کامل نیازهای هردو طرف را تضمین کنند؛ هرچند که پیدا کردن چنین راه‌حلی دشوار است (گنجی، ۱۳۸۸).

شاه‌حسینی و تقی‌زاده (۲۰۱۶) نشان دادند که بین راهبردهای مدیریت تعارض و خلاقیت، همبستگی مثبتی وجود دارد. زاکیل، هندریک و هندریک<sup>۱</sup> (۲۰۰۹)؛ به نقل از یارنل و نف<sup>۲</sup> (۲۰۱۳) نشان داده‌اند نسبت به راه‌حلی‌هایی که نیازها و خواسته‌های شخصی را در اولویت قرار می‌دهند، راهبرد حل تعارض مصالحه، سودمندترین راه‌حل در تعارضات بین فردی شناسایی شده است که با افزایش ارتباطات، صمیمیت و نزدیکی و رضایت از رابطه همراه است.

تاییر و همکاران (۲۰۰۸) نیز نشان دادند که راهبردهای حل تعارض با کیفیت روابط دوستانه رابطه دارند. آن‌ها دریافتند که راهبرد حل تعارض راه‌حل‌مدار با صمیمیت در روابط دوستانه، همبستگی مثبت و با منفی‌گری در روابط دوستانه همبستگی منفی دارد. درحالی‌که راهبردهای حل تعارض اجتناب و کنترل با منفی‌گری در روابط دوستانه همبستگی مثبت داشتند.

یکی از عواملی که می‌تواند به دانشجویان در برخورد با تنیدگی‌های دوره‌تحصیلی، تضادهای قومی فرهنگی و عوامل مختلف دیگر کمک کند بهره‌مندی مطلوب از ویژگی‌های روان‌شناختی مثبت‌گرایی است؛ چراکه افراد می‌توانند با داشتن مهارت‌های حل تعارض و شرایط روانی مناسب از این موانع تحصیلی عبور کرده و موفقیت بیشتری به دست آورند. سرمایه‌روان‌شناختی<sup>۳</sup> به‌عنوان یک حالت روان‌شناختی مثبت فردی رشدیافته تعریف می‌شود که با: ۱. داشتن اعتمادبه‌نفس (خودکارآمدی) برای داشتن تلاش لازم در جهت موفقیت در تکالیف چالش‌برانگیز؛ ۲. ایجاد یک اسناد مثبت (خوش‌بینی) درباره

<sup>۱</sup>.Zacchilli, Hendrick, & Hendrick

<sup>۲</sup>.Yarnell & Neff

<sup>۳</sup>. Psychological Capital.

موفقیت در حال حاضر و آینده؛<sup>۳</sup> پایداری در رسیدن به هدف و در صورت لزوم، تغییر مسیر به سمت اهداف (امید) به منظور موفقیت؛<sup>۴</sup> حفظ تندرستی به هنگام مشکلات و سختی‌ها و حتی فراتر از آن (تاب‌آوری) برای رسیدن به موفقیت مشخص می‌شود (لوتانز، یوسف، و اولیو،<sup>۱</sup> ۲۰۰۷). در این پژوهش سرمایه روان‌شناختی به عنوان متغیر میانجی در نظر گرفته شده است تا ارتباط آن با متغیرهای مستقل و وابسته در نظر گرفته شود. سرمایه روان‌شناختی سازه‌ای ترکیبی و به هم پیوسته است که چهار مؤلفه ادراک-شناختی یعنی امید، خوش‌بینی<sup>۲</sup>، خودکارآمدی و تاب‌آوری<sup>۳</sup> را در برمی‌گیرد (یوسف-مورگان و لوتانز، ۲۰۱۵).

امید: به عنوان یک حالت انگیزشی مثبت تعریف شده است که از احساس موفقیت ناشی از تعامل دوطرفه پشتکار و برنامه‌ریزی معطوف به هدف ناشی می‌شود. خوش‌بینی: یک سبک توصیفی مثبت درباره خود-اسناددهی است (هائو و همکاران، ۲۰۱۵). همانند امید، خوشبینی نیز به عنوان یک صفت هدفمند و یک حالت که می‌تواند آموخته شده و رشد یابد، مفهوم‌سازی شده است. همچنین مطالعات نیز رابطه بین خوش‌بینی و عملکرد مطلوب و کارآمد را به طور تجربی نشان داده‌اند (یوسف-مورگان و لوتانز، ۲۰۱۵). خودکارآمدی: خودکارآمدی توانایی این باور است که شخص می‌تواند در تکالیف چالش‌برانگیز درگیر شده و بر آن‌ها فائق آید (هائو و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین، خودکارآمدی به عنوان باوری درباره توانایی خود در بسیج انگیزه، منابع شناختی و دوره‌هایی از اقدامات لازم برای اجرای یک عمل خاص تعریف شده است (دینگ<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). تاب‌آوری: یک حالت خود تنظیمی است که به فرد اجازه می‌دهد تا از شرایط دشوار دوری جسته و تغییرات مثبتی ایجاد کند (هائو و همکاران، ۲۰۱۵). به

<sup>۱</sup> Luthans, Youssef, & Avohio

<sup>۲</sup> Optimism

<sup>۳</sup> Resiliency

<sup>۴</sup> Ding



عبارت دیگر، تاب‌آوری قابلیت بازیابی سریع یا رشد و تغییر در شرایط سخت و رویارویی با موانع و شکست است (دینگ و همکاران، ۲۰۱۵). مطالعات (عثمان و جورجیانا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴؛ هائو و همکاران، ۲۰۱۵) نشان داده‌اند که هر چهار مؤلفه سرمایه روان‌شناختی با تعارض و علائم و نشانه‌های افسردگی رابطه منفی دارد. از طرفی نشان داده شده است که سرمایه روان‌شناختی رابطه مثبتی با بهزیستی و سلامت روانی دارد (ارکوتلا، ۲۰۱۴). همچنین محققان روان‌شناسی سلامت نشان داده‌اند که بهزیستی روانی و سلامت با امید، تاب‌آوری، خودکارآمدی و خوش‌بینی (کارور<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ اشنایدر، لیمان، کلاچ، و مانسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶؛ به نقل از ارکوتلا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴؛ کی‌یس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷؛ میمر، سیمر، الفرینگو جاکوبسن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸) در ارتباط است. لاشینگر و گرا<sup>۷</sup> (۲۰۱۲) دریافتند که سرمایه روان‌شناختی با فرسودگی شغلی و هیجانی رابطه منفی دارد و یک عامل کلیدی در کاهش فرسودگی شغلی و افزایش بهزیستی و سلامت جسمی و روانی است. دینگ و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان دادند که سرمایه روان‌شناختی رابطه منفی با فرسودگی هیجانی، مسخ شخصیت و عدم موفقیت شخصی دارد. آن‌ها همچنین نشان دادند که راهبردهای مقابله‌ای نقش واسطه‌ای در رابطه بین سرمایه روان‌شناختی و فرسودگی شغلی دارد.

هائو و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که بین تعارض و نشانه‌های افسردگی رابطه وجود دارد و سرمایه روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن شامل خودکارآمدی، امید، تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری در رابطه بین تعارض و نشانه‌های افسردگی نقش میانجی ایفا می‌کنند.

<sup>1</sup>.Osman & Georgiana

<sup>2</sup>.Carver

<sup>3</sup>.Snyder, Lehman, Kluck, & Monsson

<sup>4</sup>.Erkutlu

<sup>5</sup>.Keyes

<sup>6</sup>.Meier, Semmer, Elfering, & Jacobshagen

<sup>7</sup>Laschinger & Grau

سلوراج<sup>۱</sup> (۲۰۱۵) نشان داد که همبستگی مثبتی بین سرمایه‌روان‌شناختی و سلامت روانی وجود دارد و سرمایه‌روان‌شناختی می‌تواند ۴۳ درصد از واریانس سلامت روانی را تبیین کند. شاکرمی، داورنیا، زهراکار و حسینی (۲۰۱۴) نیز دریافتند که سرمایه‌روان‌شناختی، سرسختی روان‌شناختی و هوش معنوی با سلامت روانی دانش‌آموزان رابطه داشته و ۵۸/۸ درصد از تغییرات سلامت روانی دانش‌آموزان به‌وسیله این سه متغیر پیش‌بینی می‌شود.

ارکوتلا (۲۰۱۴) در پژوهشی به بررسی اثرات تعدیلی سرمایه‌روان‌شناختی در رابطه‌بین خودشیفتگی و سلامت روانی پرداخته و دریافت که خود شیفتگی رابطه منفی معناداری با سلامت روانی دارد و سرمایه‌روان‌شناختی در رابطه بین خودشیفتگی و سلامت روانی اثر میانجی‌گر دارد. راش، حار و لوتانز<sup>۲</sup> (۲۰۱۴) نقش ذهن‌آگاهی و سرمایه‌روان‌شناختی را در بهزیستی روانی مدیران بررسی کرده و نشان دادند که ذهن‌آگاهی با رفتارهای مختل مختلف، مانند افسردگی، اضطراب، عاطفه منفی و فرسودگی هیجانی رابطه منفی دارد و سرمایه‌روان‌شناختی نیز اثر ذهن‌آگاهی بر رفتارهای مختل را میانجی‌گری می‌کند.

درنهایت، ایرینا، سزلیفر، رانتر<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) نیز در پژوهشی نشان دادند که افراد دارای بهزیستی روان‌شناختی بالا از زندگی خانوادگی خود رضایت دارند، روابط خوبی برقرار و دوستان زیادی دارند و درضمن بهزیستی روان‌شناختی با انگیزه‌های درونی رابطه دارد و سطوح بالاتر شادکامی موجب ارتقاء مهارت‌های اجتماعی شده و از افسردگی جلوگیری می‌کند.

1.Selvaraj

2.Roche, Haar, & Luthans

3.Irina, Szleifer, & Mark

هاشمی نصرت‌آباد، باباپورخیرالدین و بهادری خسروشاهی (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان نقش سرمایه روان‌شناختی در بهزیستی روانی با توجه به اثرات تعدیلی سرمایه اجتماعی نشان دادند که بین سرمایه روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن با بهزیستی روان‌شناختی و بین بهزیستی روان‌شناختی با سرمایه اجتماعی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. براساس یافته‌ها، افرادی که سرمایه روان‌شناختی مطلوب‌تری داشته و از سرمایه اجتماعی بالاتری بهره‌مند هستند، از بهزیستی روان‌شناختی بهتر و بالاتری نیز برخوردارند.

مبانی نظری و یافته‌های تجربی که بدان‌ها اشاره شد، نشانگر اهمیت سلامت اجتماعی در ابعاد مختلف زندگی فرد است. همچنین مطالعات نشان می‌دهند که بین راهبردهای حل تعارض و سلامت و بیماری (میر و همکاران، ۲۰۱۴) از یک سو و سرمایه روان‌شناختی و سلامت روانی (سلوراج، ۲۰۱۵؛ شاکرمی و همکاران، ۲۰۱۵) از سوی دیگر رابطه وجود دارد؛ با این حال هیچ پژوهشی نقش میانجی سرمایه روان‌شناختی را در رابطه بین راهبردهای حل تعارض و سلامت اجتماعی مورد مطالعه قرار نداده است. با توجه به مطالعات پیشین که سرمایه روان‌شناختی را مجموعه‌ای از منابع و مکانیسم‌هایی معرفی می‌کنند که می‌تواند سلامت را ارتقاء دهد (یوسف-مورگان و لوتانز، ۲۰۱۵) و پژوهش‌هایی که از رابطه بین سرمایه روان‌شناختی و سلامت و بهزیستی حمایت می‌کنند (روش و همکاران، ۲۰۱۴) این سؤال مطرح می‌شود که آیا بین راهبردهای حل تعارض و سلامت اجتماعی دانشجویان رابطه وجود دارد؟ و آیا سرمایه روان‌شناختی رابطه بین راهبردهای حل تعارض و سلامت اجتماعی دانشجویان را میانجی‌گری می‌کند؟ بنابراین هدف پژوهش حاضر این بود که رابطه بین متغیرهای راهبردهای حل تعارض، سرمایه روان‌شناختی و سلامت اجتماعی را مشخص کرده و نقش میانجی‌گری سرمایه روان‌شناختی را در رابطه بین راهبردهای حل تعارض و سلامت اجتماعی مورد بررسی قرار دهد؛ از این رو فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارت بودند از: ۱. بین راهبردهای حل

تعارض، سرمایه روان‌شناختی و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد؛ ۲. سرمایه روان‌شناختی رابطه بین راهبردهای حل تعارض و سلامت اجتماعی را میانجی‌گری می‌کند.

## روش

### جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری مطالعه حاضر شامل همه دانشجویان دوره های کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترای دانشگاه تبریز است که در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۴ مشغول به تحصیل بودند. با توجه به نوع پژوهش و تعداد متغیرهای مورد مطالعه از جامعه مورد نظر تعداد ۲۰۰ نفر نمونه انتخاب شدند. سپس نمونه پژوهش به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای

چند مرحله‌ای انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. به این صورت که ابتدا به واحد دانشکده‌ها که به صورت تصادفی از هر چهار گروه عمده (علوم انسانی، علوم پایه، فنی مهندسی و کشاورزی) انتخاب شده بودند (شامل دانشکده مکانیک، روان‌شناسی و علوم تربیتی، علوم طبیعی و کشاورزی) مراجعه شده، سپس با توجه به رشته‌ها و کلاس‌ها (۵ کلاس از دوره کارشناسی، شامل یک کلاس از هر یک از رشته‌های مهندسی مکانیک، روان‌شناسی، مهندسی کشاورزی، زیست‌شناسی و فیزیک که مجموعاً ۱۰۰ نفر دانشجویان را شامل شد؛ ۷ کلاس از دوره کارشناسی ارشد، شامل یک کلاس از هر یک از رشته‌های مهندسی مکانیک، روان‌شناسی، کشاورزی، زیست‌شناسی، شیمی، ریاضی محض و فیزیک که مجموعاً ۵۰ نفر دانشجویان را شامل شد و ۷ کلاس از مقطع دکترا شامل یک کلاس از هر یک از رشته مهندسی مکانیک، روان‌شناسی، مهندسی کشاورزی، زیست‌شناسی، شیمی، ریاضی محض و فیزیک که مجموعاً ۴۰ نفر دانشجویان را شامل شد)، ۲۰۰ نفر (که ۱۰ نفر از آزمودنی‌ها پرسشنامه‌های مخدوشی داشتند) انتخاب و مورد آزمون واقع شدند. ۹۵ نفر از

آزمودنی‌ها دختر و ۹۵ نفر پسر بودند. ملاک‌های ورود به نمونه نداشتن سابقه بیماری‌های روانی و جسمانی حاد، عدم مصرف دخانیات، الکل و مواد مخدر، داشتن حداقل ۱۸ و حداکثر ۳۳ سال سن (انتخاب این محدوده سنی به دلیل به حداقل رساندن واریانس و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها بود) و مشغول بودن به تحصیل بود.

### ابزارهای پژوهش

پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز<sup>۱</sup>: پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی یک ابزار خود گزارشی است که برای سنجش سرمایه روان‌شناختی به کار می‌رود و توسط لوتانز و اولیو (۲۰۰۷)؛ به نقل از لوتانز، اولیو، اوی و نورمن<sup>۲</sup>، (۲۰۰۷) طراحی و ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۲۴ گویه است که ۴ خرده‌مقیاس خودکارآمدی، امید، تاب‌آوری و خوش‌بینی به تساوی قرار می‌گیرند. آزمودنی به هر گویه در یک مقیاس ۶ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۶ (کاملاً موافقم) لیکرت پاسخ می‌دهد (لوتانز و اولیو، ۲۰۰۷). نمره کل سرمایه روان‌شناختی از مجموع نمرات همه گویه‌ها حاصل می‌شود. در پژوهش لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) نتایج تحلیل عاملی روایی سازه‌آزمون را تأیید کردند. لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) همچنین با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، شاخص‌های برازش CFI و RMSEA این مدل را ۰/۹۷ و ۰/۰۸ گزارش کرده‌اند که روایی عاملی پرسشنامه را مورد تأیید قرار می‌دهد. پایایی پرسشنامه حاضر در ایران نیز توسط بهادری خسروشاهی، هاشمی نصرت‌آباد و باباپورخیرالدین (۱۳۹۱) با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شده است و در نهایت میزان پایایی پرسشنامه نیز براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

<sup>۱</sup>.Luthans Psychological Capital Questionnaires (PCQ)

<sup>۲</sup>.Luthans, Avolio, Avey, & Norman

<sup>۳</sup>.Luthans, Avolio, & Avey

پرسشنامه سلامت اجتماعی کی‌یس<sup>۱</sup>: پرسشنامه سلامت اجتماعی کی‌یس (۱۹۹۸) که هدف آن بررسی میزان سلامت اجتماعی فرد از طریق ابعاد مختلف است، دارای ۲۰ گویه و ۵ خرده‌مقیاس است که این خرده‌مقیاس‌ها عبارت‌اند از: شکوفایی اجتماعی (۴ گویه)، یکپارچگی اجتماعی (۳ گویه)، انسجام اجتماعی (۳ گویه)، پذیرش اجتماعی (۵ گویه)، مشارکت اجتماعی (۵ گویه). آزمودنی به هر یک از گویه‌ها در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵ پاسخ می‌دهد. مرادی و همکاران (۱۳۹۴) با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی ۵ بُعد این پرسشنامه را مورد بررسی و تأیید قرار داده و پایایی آن را نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند. در پژوهش هاشمی نصرت‌آباد، حکمتی، واحدی و باباپور (۱۳۹۲) ضریب آلفای کل پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۱ به دست آمده که حاکی از پایایی مطلوب کل مقیاس است. هاشمی نصرت‌آباد و همکاران (۱۳۹۲) روایی پرسشنامه را نیز با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی مورد تأیید قرار داده‌اند. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۳ به دست آمد.

مقیاس شیوه‌های حل تعارض رحیم<sup>۲</sup>: پرسشنامه سبک‌های حل تعارض در سال ۱۹۸۳ توسط رحیم (به نقل از حقیقی، زارعی و قادری، ۱۳۹۱) برای اندازه‌گیری سبک‌های حل تعارض ساخته شد. این پرسشنامه حاوی ۲۸ گویه و پنج خرده‌مقیاس یکپارچگی (۷ گویه)، متعهد شده (۶ گویه)، مسلط (۵ گویه)، اجتنابی (۶ گویه) و مصالحه (۴ گویه) است که آزمودنی به هر گویه در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵) پاسخ می‌دهد. در این پرسشنامه از ترکیب ۵ راهبرد حل تعارض، دو راهبرد عمده مثبت و منفی حل تعارض به دست می‌آید. به عبارت دیگر، راهبرد حل تعارض مثبت از مجموع سه راهبرد یکپارچگی، مصالحه و متعهد شده و راهبرد حل تعارض منفی از مجموع دو راهبرد اجتنابی و مسلط حل تعارض تشکیل شده است. کسب بیشترین نمره در هر خرده

<sup>۱</sup>.Keyes's Short-Form of Social Well-being Questionnaire

<sup>۲</sup>.Rahim Organizational Conflict Inventory-II (ROCI-II)

مقیاس نشان‌دهنده استفاده از همان شیوه حل تعارض توسط فرد است. رحیم و یوناما<sup>۱</sup> (۱۹۷۹؛ به نقل از حقیقی و همکاران، ۱۳۹۱) به صورت گسترده از این پرسشنامه استفاده کرده و این ابزار را در همه حیطه‌های پژوهش در حوزه علوم اجتماعی معتبر دانسته‌اند. حقیقی و همکاران (۱۳۹۱) این پرسشنامه را هنجاریابی کرده و بار عاملی را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی برای عبارت‌های مختلف، بین ۰/۵۵ تا ۰/۹۶ محاسبه کردند. پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های پرسشنامه در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۷۵ به دست آمد. همچنین پایایی ابزار با استفاده از روش تصنیف ۰/۶۸ بود (حقیقی و همکاران، ۱۳۹۱). نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نیز نشان داد که این پرسشنامه، از پنج عامل یاد شده تشکیل شده است که در مجموع این عوامل ۷۰/۸۱ درصد واریانس کل را تبیین می‌کنند (حقیقی و همکاران، ۱۳۹۱). در نهایت حقیقی و همکاران (۱۳۹۱) روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه شیوه‌های حل تعارض رحیم را قابل قبول و در حد مطلوب گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای مقیاس یکپارچگی ۰/۷۶، متعهد شده ۰/۷۱، مسلط ۰/۷۰، اجتنابی ۰/۷۶ و مصالحه ۰/۷۱ به دست آمد.

### روش اجرا

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از برآورد حجم نمونه و انجام نمونه‌گیری به کلاس‌های دانشکده‌ها مراجعه شد و پس از توضیح مختصری درباره اهداف پژوهش، پرسشنامه‌ها به صورت گروهی، در یک نوبت و به ترتیب پرسشنامه‌های شیوه‌های حل تعارض، سلامت اجتماعی و سرمایه روان‌شناختی بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد. در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده به کمک نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۳ و AMOS نسخه ۲۳ تجزیه و تحلیل شدند.

### یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی گروه نمونه به این صورت است که نیمی از افراد مرد و نیم دیگر زن هستند و اکثر افراد که برابر با ۸۴ درصد می‌شوند، متأهل و ۱۶ درصد هم مجرد هستند. پاسخگویان برحسب سن در سه دسته تقسیم شدند که شامل سن ۱۸ تا ۲۲ سال، ۲۳ تا ۲۷ سال و

<sup>۱</sup>Rahim & Bonoma

بیشتر از ۲۷ سال است. نتایج نشان می‌دهد نزدیک به نیمی از پاسخگویان (۴۷ درصد)، بین ۲۳ تا ۲۷ سال سن دارند، ۳۷ درصد بین ۱۸ تا ۲۲ سال و ۱۶ درصد هم بیشتر از ۲۷ سال دارند. همچنین، اکثر افراد که برابر با ۸۴ درصد می‌شوند، غیر شاغل و ۱۶ درصد هم شاغل هستند. در جدول ۱ اطلاعات توصیفی متغیرها با استفاده از آماره‌های میانگین و انحراف استاندارد ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

| متغیر              | میانگین | انحراف استاندارد |
|--------------------|---------|------------------|
| یکپارچگی           | ۳/۶۷    | ۰/۶۰             |
| مسلط               | ۳/۴۳    | ۰/۶۳             |
| اجتنابی            | ۳/۰۳    | ۰/۶۹             |
| مصالحه             | ۳/۶۱    | ۰/۵۹             |
| متعهد شده          | ۳/۲۸    | ۰/۶۸             |
| خودکارآمدی         | ۴/۵۰    | ۱/۰۹             |
| امیدواری           | ۴/۰۷    | ۰/۹۴             |
| تاب‌آوری           | ۳/۹۰    | ۰/۶۷             |
| خوش‌بینی           | ۳/۷۷    | ۰/۶۶             |
| سرمایه روان‌شناختی | ۴/۰۶    | ۰/۶۲             |
| شکوفایی اجتماعی    | ۳/۵۸    | ۰/۷۰             |
| همبستگی اجتماعی    | ۳/۰۴    | ۰/۷۷             |
| انجام اجتماعی      | ۳/۸۳    | ۰/۸۲             |
| پذیرش اجتماعی      | ۲/۷۹    | ۰/۶۵             |
| مشارکت اجتماعی     | ۳/۳۵    | ۰/۶۷             |
| سلامت اجتماعی      | ۳/۳۲    | ۰/۴۵             |



در ادامه، با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون به بررسی همبستگی بین متغیرهای پژوهش با یکدیگر پرداخته شد. نتایج همبستگی بین متغیرها در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج نشان داد که متغیر سلامت اجتماعی با سرمایه روان‌شناختی دارای رابطه مثبت است ( $P < 0/01$ ) و شدت همبستگی برابر با ۰/۵۷ که نشان از رابطه نسبتاً قوی بین دو متغیر دارد. همچنین سلامت اجتماعی با تمامی ابعاد راهبردهای حل تعارض همبستگی معنی‌دار دارد. جهت رابطه سلامت اجتماعی با ابعاد مسلط و اجتماعی منفی و با ابعاد یکپارچگی، مصالحه و متعهد شده مثبت است. قوی‌ترین رابطه سلامت اجتماعی با بُعد مصالحه ( $r = 0/41$ ) است. بررسی همبستگی بین سرمایه روان‌شناختی با راهبردهای حل تعارض نشان می‌دهد، بین سرمایه روان‌شناختی با ابعاد مسلط و اجتنابی همبستگی منفی و بین سرمایه روان‌شناختی با ابعاد یکپارچگی و مصالحه رابطه مثبت وجود دارد ( $P < 0/01$ ). قوی‌ترین رابطه سرمایه روان‌شناختی با راهبرد یکپارچگی ( $r = 0/48$ ) مشاهده شد. بین سرمایه روان‌شناختی و راهبرد متعهد شده رابطه معنی‌داری مشاهده نشد.

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

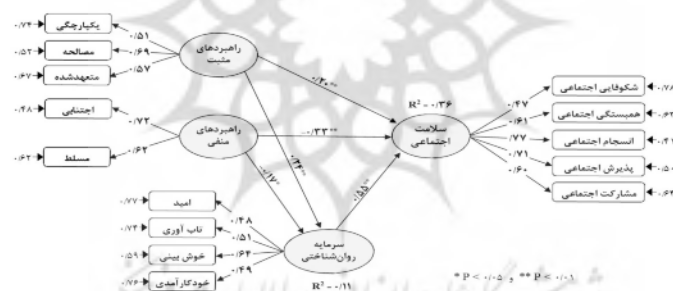
| متغیرها       | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵    | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۱ |
|---------------|---|---|---|---|------|---|---|---|---|----|---|
| ۱. یکپارچگی   | - |   |   |   |      |   |   |   |   |    |   |
| ۲. مسلط       | * | - |   |   |      |   |   |   |   |    |   |
| ۳. اجتنابی    | * | * | - |   |      |   |   |   |   |    |   |
| ۴. مصالحه     | * | * | * | - |      |   |   |   |   |    |   |
| ۵. متعهد شده  | * | * | * | * | -    |   |   |   |   |    |   |
| ۶. خودکارآمدی | * | * | * | * | **   | - |   |   |   |    |   |
| ۷. امیدواری   | * | * | * | * | ۰/۰۴ | * | - |   |   |    |   |
| ۸. تاب‌آوری   | * | ۱ | ۰ | * | ۰/۰۳ | * | * | - |   |    |   |

|   |   |   |   |   |   |     |   |   |   |   |             |
|---|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|-------------|
|   |   | - | * | * | * | /۰۶ | ۰ | * | ۰ | * | ۹. خوش بینی |
|   | - | * | * | * | * | /۱۲ | * | * | * | * | ۱۰. سرمایه  |
| - | * | * | * | * | * | **  | * | * | * | * | ۱۱. سلامت   |

\* $P < 0/05$  ، \*\* $P < 0/01$

آزمون مدل

با استفاده از تکنیک مدل‌یابی معادلات ساختاری به بررسی رابطه ساختاری بین متغیرهای راهبردهای حل تعارض مثبت و منفی، سرمایه روان‌شناختی و سلامت اجتماعی پرداخته شد. در شکل ۱ مدل پژوهش در حالت ضرایب استاندارد شده (مقداربتا) گزارش شده است.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی

شکل ۱. مدل نهایی پژوهش

### بررسی شاخص‌های برازش

شاخص‌های برازش مدل در جدول ۳ ذکر شده است. با توجه به این شاخص‌ها می‌توان گفت که شاخص‌های برازش به دست آمده قابل قبول بوده و در مجموع نشان از برازش مناسب داده‌ها با مدل دارد.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل پژوهش

| نوع شاخص         | شاخص‌ها    | مقدار مطلوب            | نتیجه      | تفسیر           |
|------------------|------------|------------------------|------------|-----------------|
| مطلق             | Chi-Square | $P > 0/05$             | $P < 0/05$ | عدم برازش مطلوب |
|                  | RMSEA      | $< 0/08$               | $0/73$     | برازش مطلوب     |
|                  | CFI        | $> 0/90$               | $0/92$     | برازش مطلوب     |
| نسبی             | NFI        | $> 0/90$               | $0/87$     | برازش متوسط     |
|                  | IFI        | $> 0/90$               | $0/86$     | برازش متوسط     |
| موجز یا<br>مقتصد | PNFI       | $> 0/50$               | $0/59$     | برازش مطلوب     |
|                  | PCFI       | $> 0/50$               | $0/62$     | برازش مطلوب     |
|                  | $X^2/df$   | $3 \leq$ شاخص $2 \leq$ | $2/35$     | برازش مطلوب     |

در جدول ۴ نتایج آزمون مدل، مقدار ضریب مسیر استاندارد شده و مقدار آزمون  $t$  گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون مدل، بررسی ضرایب استاندارد شده و مقدار  $t$ 

| نوع رابطه                                    | ضریب استاندارد شده | مقدار $t$ | سطح معنی‌داری |
|--|--------------------|-----------|---------------|
| راهبردهای حل تعارض مثبت و سلامت اجتماعی      | $0/20$             | $2/12$    | $0/039$       |
| راهبردهای حل تعارض منفی و سلامت اجتماعی      | $-0/33$            | $3/89$    | $< 0/001$     |
| سرمایه روان‌شناختی و سلامت اجتماعی           | $0/55$             | $6/15$    | $< 0/001$     |
| راهبردهای حل تعارض مثبت و سرمایه روان‌شناختی | $0/24$             | $2/66$    | $0/008$       |
| راهبردهای حل تعارض منفی و سرمایه روان‌شناختی | $-0/17$            | $1/99$    | $0/049$       |

نتایج آزمون روابط مدل معادلات ساختاری نشان داد که همه روابط مدل از نظر آماری معنی‌دار هستند ( $P < 0/05$ ). یافته‌ها نشان داد، راهبردهای حل تعارض مثبت و منفی بر سرمایه روان‌شناختی و سلامت اجتماعی اثر معنی‌دار دارد. همچنین تأثیر مثبت سرمایه روان‌شناختی بر سلامت اجتماعی تأیید می‌شود. قوی‌ترین رابطه در مدل مربوط به تأثیر سرمایه روان‌شناختی بر سلامت اجتماعی است که ضریب استاندارد شده آن برابر با  $0/55$  است.

به منظور بررسی میانجی‌گری یا اثر غیرمستقیم سرمایه روان‌شناختی در رابطه راهبردهای مثبت و منفی حل تعارض با متغیر سلامت اجتماعی از آزمون بوت استراپ استفاده شد. نتایج نشان داد که مقدار اثر غیرمستقیم راهبردهای مثبت حل تعارض بر سلامت اجتماعی برابر با  $0/11$  ( $p < 0/05$ ) و مقدار اثر غیرمستقیم راهبردهای منفی حل تعارض بر سلامت اجتماعی برابر با  $-0/09$  ( $p < 0/05$ ) است. به عبارت دیگر، اثر واسطه‌ای سرمایه روان‌شناختی در رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته معنی‌دار بود. در جدول ۵ ضرایب استاندارد مربوط به اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل راهبردهای مثبت و منفی حل تعارض بر سلامت اجتماعی آورده شده است.

جدول ۵. اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل راهبردهای حل تعارض بر سلامت اجتماعی

| نوع رابطه                               | اثر مستقیم | اثر غیرمستقیم | اثر کل |
|---|------------|---------------|--------|
| راهبردهای مثبت حل تعارض و سلامت اجتماعی | ۰/۲۰       | ۰/۱۱          | ۰/۳۱   |
| راهبردهای منفی حل تعارض و سلامت اجتماعی | -۰/۳۳      | -۰/۰۹         | -۰/۴۲  |

براساس نتایج جدول ۵ می‌توان گفت که اثر کل راهبردهای منفی حل تعارض بر سلامت اجتماعی (۰/۴۲-) بیشتر از اثر کل راهبردهای مثبت حل تعارض بر سلامت اجتماعی (۰/۳۱) است. درحالی‌که اثر غیرمستقیم راهبردهای مثبت حل تعارض (۰/۱۱) بیشتر از اثر غیرمستقیم راهبردهای منفی حل تعارض (۰/۰۹-) بر سلامت اجتماعی است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه راهبردهای حل تعارض و سلامت اجتماعی دانشجویان با میانجی‌گری سرمایه روان‌شناختی صورت گرفت. اولین فرضیه پژوهش حاضر این بود که بین راهبردهای حل تعارض، سرمایه روان‌شناختی و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد. یافته‌های پژوهش نشان دادند که راهبردهای مثبت حل تعارض، مانند یکپارچگی، مصالحه و متعهدشده با سلامت اجتماعی رابطه مثبت و راهبردهای منفی و ناکارآمد حل تعارض، مانند راهبرد اجتنابی با سلامت اجتماعی رابطه منفی معنادار دارد. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های پیشین (ایلیس و همکاران، ۲۰۱۱؛ میر و همکاران، ۲۰۱۳، ۲۰۱۴)، همخوان است. همچنین یافته‌ها نشان دادند که سرمایه روان‌شناختی با سلامت اجتماعی دانشجویان رابطه مثبت معنادار دارد. این یافته نیز همسو با یافته‌های پژوهش‌های پیشین (مانند یوسف-مورگان ولوتانز، ۲۰۱۵؛ دینگ و همکاران، ۲۰۱۵؛ سلوراج، ۲۰۱۵؛ ارکوتلا، ۲۰۱۴؛ لاشینگر و گرا، ۲۰۱۲) است. این یافته‌ها فرضیه اول پژوهش را مبنی بر اینکه بین راهبردهای حل تعارض، سرمایه روان‌شناختی و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد، تأیید می‌کنند. در تبیین این یافته که بین راهبردهای حل تعارض و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد، می‌توان گفت که افرادی که سعی می‌کنند در تعارض‌های متعددی که روبه‌رو می‌شوند، از راهبردهای مناسب از جمله سبک یکپارچگی استفاده کنند، به احتمال زیاد از میزان سلامت اجتماعی زیاد برخوردار خواهند بود؛ چرا که اعتقاد بر این است، افرادی که در اجتماع مورد پذیرش دیگران هستند و

می‌توانند دیگران را در امور اجتماعی بپذیرند، هم به لحاظ روانی و هم به لحاظ اینکه از سرمایه اجتماعی بالایی مبتنی بر اعتماد برخوردارند، امکانات مادی و غیر مادی زیادتری تحت اختیار آنها قرار می‌گیرد که در ارتقاء کیفیت زندگی آنها مؤثر است. همچنین نتایج به دست آمده نشان می‌دهد، بین بُعد اجتنابی و سلامت اجتماعی رابطه منفی وجود دارد. سبک اجتنابی با اهمیت دادن پایین به نگرانی‌های خود و دیگران مشخص می‌شود و معمولاً با کناره‌گیری توأم است. در این سبک مسئولیت به شخص دیگر واگذار می‌شود، دور ماندن از تعارض، چشم‌پوشی از عدم توافق، خونسرد بودن و خشی باقی ماندن از دیگر ویژگی‌های این سبک است. افراد در این سبک به عدم مشارکت و عدم ابراز وجود می‌پردازند. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد بین راهبرد مصالحه در حل تعارض و سلامت اجتماعی رابطه مثبت وجود دارد. افرادی که از سبک مصالحه استفاده می‌کنند، در مقایسه با سایر سبک‌ها، از یک موضع میانه برخوردار هستند و سطح متوسطی از اهمیت دادن به نگرانی‌های خود و دیگران را نشان می‌دهند. در این سبک بر اساس یک استراتژی داد و ستد، تصمیم‌گیری دو جانبه قابل قبولی اتخاذ می‌شود و هنگامی که دو نفر از امتیازات مساوی برخوردار باشند، از این سبک بهره می‌برند. این سبک مستلزم هم ابراز وجود و هم مشارکت است، اما در مقایسه با سبک یکپارچگی از شدت ابراز و مشارکت کمتری برخوردار است.

در تبیین رابطه سبک حل تعارض متعهد شده با سلامت اجتماعی می‌توان گفت که سبک متعهد شده مستلزم اهمیت پایین به نگرانی‌های خود و اهمیت دادن بالا به نگرانی‌های دیگران است، تلاش برای کاستن تفاوت‌ها و تأکید کردن بر اشتراکات به منظور راضی کردن دیگران از مشخصه‌های سبک متعهد شده است؛ همچنین از دیگر مشخصه‌های این سبک می‌توان به عدم ابراز وجود و مشارکت در حل تعارض اشاره کرد. در این سبک فرد توجه پایینی به وضعیت خود دارد. این یافته‌ها با یافته‌های زاکیل و همکاران (۲۰۰۹؛ به نقل از یارنل و نف، ۲۰۱۳) مبنی بر اینکه راهبرد حل تعارض مصالحه

با افزایش ارتباطات، صمیمیت و نزدیکی و رضایت از رابطه همراه است و یافته تایید و همکاران (۲۰۰۸) مبنی بر اینکه راهبرد حل تعارض راه حل مدار با صمیمیت در روابط دوستانه، همبستگی مثبت دارد و با منفی‌گری در روابط دوستانه همبستگی منفی، همخوانی دارد.

یافته دیگر پژوهش به این صورت به دست آمد که بین سرمایه روان‌شناختی (امید، خوش‌بینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی) و سلامت اجتماعی رابطه مثبت وجود دارد. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های پیشین از جمله کارادمس (۲۰۰۶) همسو است. او در مطالعه خود نشان داده است که امیدواری و خوش‌بینی رابطه مثبتی با احساس بهزیستی دارند و امیدواری می‌تواند پیش‌بینی‌کننده بهزیستی باشد. همچنین با نتایج پژوهش تیلور و همکاران (۲۰۰۲) نیز همسو است. در این پژوهش معلوم شده بین خوش‌بینی، امید و سلامت رابطه وجود دارد. خوش‌بینی و امید با شاخص‌های آسیب‌شناختی روانی فعلی شخص و به‌طور کلی، با افسردگی موجود در وی به‌طور خاص، همبستگی منفی دارند. خوش‌بینی و امید، سلامت جسمی و روانی را آن‌گونه که با انواع شاخص‌ها از جمله سلامت خودگزارشی، پاسخ مثبت به مداخله‌های پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، کنارآمدن مؤثر و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت مشخص شده‌اند، پیش‌بینی می‌کند. این یافته همچنین با یافته‌های لاشینگر و گرا (۲۰۱۲) مبنی بر اینکه سرمایه روان‌شناختی یک عامل کلیدی در افزایش بهزیستی و سلامت روانی و جسمانی است و همچنین یافته‌های مشابه دیگر (ارکوتلا، ۲۰۱۴؛ راش و همکاران، ۲۰۱۴؛ دینگ و همکاران، ۲۰۱۵) همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد با خودکارآمدی بالا دارای این پنج ویژگی هستند: هدف‌های والایی برای خود تعیین می‌کنند و ایفای وظایفی دشوار برای رسیدن به آن هدف‌ها را برعهده می‌گیرند. به استقبال چالش‌ها می‌روند و برای رویارویی با آن‌ها سخت تلاش می‌کنند. انگیزه فردی آن‌ها به شدت بالاست، برای دستیابی به هدف‌های خود از هیچ تلاشی مضایقه نمی‌کنند. در رویارویی با موانع، ثابت‌قدم هستند؛ پس این افراد

بیشتر از اشخاص دیگر از سلامت اجتماعی مطلوبی برخوردار خواهند بود. این یافته با یافته میسر و همکاران (۲۰۰۸) همخوان است. همچنین پژوهش‌های انجام شده (کی‌یس، ۲۰۰۷) حاکی از آن است که برخی افراد تاب‌آور، پس از رویارویی با موقعیت‌های دشوار زندگی، دوباره به سطح معمولی عملکرد باز می‌گردند، حال آنکه عملکرد برخی دیگر از این افراد، پس از رویارویی با ناکامی‌ها، مصیبت‌ها و دشواری‌ها نسبت به گذشته ارتقا پیدا می‌کند. وقتی فردی بتواند در برخورد با مشکلات زندگی تحمل خود را افزایش داده و بتواند با تغییرات گوناگون خود را وفق دهد، تحت‌تأثیر شرایط ناگوار نخواهد بود و بهتر می‌تواند سلامت اجتماعی خود را بهبود ببخشد. این یافته نیز با یافته کی‌یس (۲۰۰۷) که نشان داده‌اند تاب‌آوری با بهزیستی و سلامت روانی رابطه دارد، همخوان است.

یکی از ابعاد سرمایه روان‌شناختی، امیدواری است که یافته‌ها نشان دادند بین این بُعد و سلامت اجتماعی رابطه مثبت وجود دارد. این یافته در راستای یافته‌اشنایدر و همکاران (۲۰۰۶؛ به نقل از ارکوتلا، ۲۰۱۴) است. امیدواری از دو جزء تشکیل شده است؛ عاملیت و برنامه‌ریزی برای دستیابی به هدف. افراد دارای امیدواری از احساس عاملیت بالاتری برخوردارند و بنابراین در برخورد با موقعیت‌ها و رویدادهای گوناگون کنترل ادراک شده بیشتری را احساس می‌کنند و در ارزیابی‌های خود از موقعیت بیشتر به توانایی‌های خود اطمینان دارند. آن‌ها همچنین در زندگی روزمره خود و برای رسیدن به اهداف گوناگونی که برای خود تدارک می‌بینند، از برنامه‌ریزی و سازماندهی توانایی‌های خود استفاده می‌کنند (لاشینگر و گرا، ۲۰۱۲). در نهایت افراد برخوردار از سرمایه روان‌شناختی و امیدواری بالا که برای رسیدن به اهداف خود تلاش فراوانی می‌کنند، تمام انرژی خود را وقف اهداف خود کرده و با اراده در پی نتیجه‌گیری از کوشش‌های خود هستند، در صورت رسیدن به اهداف خود احساس خوشایندی زیادی خواهند داشت که در میزان سلامتی آن‌ها تأثیر افزایشی خواهد داشت.



بُعد دیگر سرمایه روان‌شناختی که با سلامت اجتماعی رابطه مثبت دارد، خوش‌بینی است. این یافته با یافته کارور و همکاران، ۲۰۰۵؛ به نقل از ارکوتلا، ۲۰۱۴) همسو است. افراد خوش بین همواره در انتظار رخ دادن اتفاق‌های خوشایند در زندگی شان هستند. نکته مهم آن است که در سرمایه روان‌شناختی، خوش‌بینی واقعی مورد نظر است؛ زیرا خوش‌بینی غیر واقعی منجر به پیامدهای منفی می‌شوند (لوتانز، اولیو و والمبو، لی ۲۰۰۶). در خوش‌بینی واقع بینانه در حقیقت، فرد به ارزیابی آنچه می‌تواند به دست آورد در برابر آنچه قادر به کسب آن نیست، می‌پردازد؛ بنابراین، خوش‌بینی واقع‌بینانه، نقش مهمی در ارتقای خودکارآمدی فرد دارد (لوتانز و همکاران، ۲۰۰۷). همه ابعاد سرمایه روان‌شناختی رابطه مثبتی با سلامت اجتماعی دارند. شخصی که امید، خوش‌بینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی دارد، می‌تواند از سلامت اجتماعی مطلوبی برخوردار بوده و در زندگی خود موفق باشد.

یافته دیگر این پژوهش نیز بیان می‌کند که بین راهبردهای حل تعارض و سرمایه روان‌شناختی رابطه وجود دارد. نتایج به‌دست آمده نشان می‌دهد، بُعد یکپارچگی و مصالحه با سرمایه روان‌شناختی رابطه مثبت و بُعد اجتنابی و مسلط با آن رابطه منفی و معنادار دارد. این یافته نیز فرضیه اول پژوهش را تأیید می‌کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که خودکارآمدی، امید، انعطاف‌پذیری و خوش‌بینی هنگامی که با یکدیگر یکپارچه می‌شوند، ساختار مرکزی سرمایه روان‌شناختی را تشکیل می‌دهند که نشانگر مجموعه‌ای از منابع و مکانیسم‌های مناسب است که می‌تواند سلامت را ارتقاء دهد (یوسف-مورگان و لوتانز، ۲۰۱۵). این سلامت ارتقاء یافته می‌تواند در موقعیت‌های تعارضی به‌عنوان یک منبع و مجموعه‌ای از توانایی‌های حل مسأله و حل تعارض عمل کند و به فرد در غلبه بر موقعیت‌های تعارضی و استفاده صحیح از توانایی‌های شناختی و اجتماعی کمک کند. دومین فرضیه پژوهش این بود که سرمایه روان‌شناختی رابطه بین راهبردهای حل تعارض و سلامت اجتماعی را میانجی‌گری می‌کند. با استفاده از نتایج مدل ساختاری به

بررسی نقش میانجی‌گری سرمایه روان‌شناختی در رابطه بین راهبردهای حل تعارض و سلامت اجتماعی پرداخته شد و نتایج نشان داد که سرمایه روان‌شناختی میانجی بین راهبردهای حل تعارض و سلامت اجتماعی است؛ بنابراین با توجه به این یافته فرضیه دوم پژوهش نیز تأیید شد. نتایج حاکی از این است که راهبردهای حل تعارض و سرمایه روان‌شناختی با یکدیگر رابطه دارند و بر این اساس و به علت رابطه موجود بین متغیر مستقل و متغیر میانجی، نقش میانجی‌گری سرمایه روان‌شناختی تأیید می‌شود. با وجود اینکه در ادبیات پژوهشی، پژوهشی که فرضیه حاضر را مورد مطالعه قرار دهد یافت نشد، اما مطالعات مشابه دیگر (مانندارکوتلا، ۲۰۱۴؛ راش و همکاران، ۲۰۱۴) که نقش میانجی سرمایه روان‌شناختی را بین سازه‌هایی مانند خودشیفتگی و سلامت روانی و یا رفتارهای مختل و سلامت روانی نشان داده‌اند، با یافته‌های پژوهش حاضر همسو هستند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که سرمایه روان‌شناختی می‌تواند راه‌کارهای حل تعارضی فرد را میانجی‌گری کرده و منجر به این شود که فرد در مواقع بحرانی و تعارض برانگیز از روش‌های مناسب که پی‌آمدهای ثمربخشی نیز دارند استفاده کند که در نهایت منجر به دریافت پاداش و تقویت برای فرد می‌شود. همین افزایش تقویت‌کننده‌های ناشی از استفاده از روش‌های حل تعارض می‌تواند منجر به بهبود کیفیت روابط اجتماعی، شغلی و خانوادگی فرد شود و از این‌گذر سلامت اجتماعی وی را نیز افزایش دهد. در مقابل افرادی که از سرمایه روان‌شناختی پایینی برخوردارند، به هنگام برخورد با مشکل تعارض‌های روزمره زندگی، به‌واسطه عدم برخورداری از امیدواری و انعطاف‌ناپذیری به راهبردهای سفت و سخت خود در حل تعارض‌ها می‌چسبند که به احتمال زیاد در همه شرایط و بحران‌ها راه‌گشا نخواهد بود و به همین دلیل نیز شکست‌های پی‌درپی را در روابط بین فردی و اجتماعی خود تجربه خواهند کرد که باعث افزایش سطح فشار روانی در آن‌ها می‌شود.

با توجه به اینکه تمرکز اکثر مطالعات موجود در حیطه روانشناسی در زمینه بیماری‌ها و رفتارهای ناکارآمد است، تمرکز بر روی سازه‌های مثبت مانند سرمایه روان‌شناختی به احتمال زیاد منجر به درک بهتر ما از توانایی‌ها و استعداد‌های بالقوه و مثبت می‌شود. همچنین این تمرکز می‌تواند منجر به ایجاد مطالعات جدیدتر و شناخت بهتر از سلامت و بهزیستی شود و دلیل آن نیز اینکه مشابه بسیاری از سازه‌های مثبت‌نگر، بهزیستی و سلامت روانی و اجتماعی به‌سادگی قطب مخالف بیماری و اختلال نیستند. در نهایت رویکرد مثبت‌نگر می‌تواند منجر به نتایج خارق‌العاده و نه نتایج متوسط در زمینه کارایی و عملکرد و سلامت شود.

با توجه به اینکه هر پژوهشی با محدودیت‌هایی مواجه است، پژوهش حاضر نیز محدودیت‌هایی دارد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از دانشجویان فقط یک دانشگاه است که به احتمال زیاد نمی‌تواند معرف جامعه دانشجویی شهر تبریز باشند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که تعمیم یافته‌ها با احتیاط صورت گرفته و در پژوهش‌های آتی نیز نمونه پژوهش از بین چند دانشگاه انتخاب شود. همچنین در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد، که در آن پاسخ‌های آزمودنی‌ها می‌تواند با سوگیری همراه شود؛ با توجه به این محدودیت نیز پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از ابزارهای دیگری، مانند مصاحبه نیمه‌ساخت‌دار برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شود. در نهایت در پژوهش حاضر متغیرهای جمعیت شناختی مانند سن، جنسیت، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، وضعیت تأهل و شغل والدین، و تأثیر آن‌ها بر متغیرهای پژوهش، مورد مطالعه قرار نگرفت که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به این مسأله نیز توجه شود. همچنین، با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، که نشان می‌دهد راهبردهای حل تعارض و سرمایه روان‌شناختی با سلامت اجتماعی رابطه دارد و همچنین سرمایه روان‌شناختی رابطه بین راهبردهای تعارض و سلامت اجتماعی را میانجی‌گری می‌کند؛ از این رو پیشنهاد می‌شود که در برنامه‌های ارتقای سلامت روانی و اجتماعی و همچنین

پیشگیری از ابتلا به مشکلات روان‌شناختی در دانشجویان، در این زمینه آموزش‌های روانی-اجتماعی لازم به دانشجویان داده شود.

### منابع

۱. باباپور خیرالدین جلیل؛ طوسی، فهیمه؛ حکمتی، عیسی. (۱۳۸۸). بررسی نقش عوامل تعیین‌کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۴(۱۶)، ۱۹-۱.
۲. بهادری خسروشاهی، جعفر؛ هاشمی نصرت‌آباد، تورج؛ باباپورخیرالدین، جلیل. (۱۳۹۱). رابطه سرمایه روان‌شناختی با سرمایه اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. مجله تخصصی پژوهش و سلامت، ۲(۱)، ۱۴۵-۱۵۳.
۳. حقیقی، حمید؛ زارعی، اقبال؛ قادری، فواد. (۱۳۹۱). بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه سبک‌های حل تعارض رحیم (ROCI-II) در بین زوجین ایرانی. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۴(۴)، ۵۶۱-۵۳۴.
۴. سام‌آرام، عزت‌الله. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور. فصلنامه علمی پژوهشی انتظام اجتماعی، ۱(۱)، ۳۰-۹.
۵. گنجی، حمزه. (۱۳۸۸). بهدانش‌تروانی. تهران: رشد.
۶. قنبرزاده ماکویی، پروین. (۱۳۸۵). اعتیاد و ویژگی‌ها و مسائل آن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران.
۷. فارسی‌نژاد، معصومه. (۱۳۸۳). بررسی رابطه سبک‌های هویت با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی در دانش‌آموزان دختر و پسر پایه دوم دبیرستان‌های شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه تهران.
۸. مرادی، اکرم؛ سجادی، حمیرا؛ محقق‌کمال، سیدحسین؛ وامقی، مروّنه؛ حسینی تشنیزی، سعید؛ قائد امینی، غلامرضا. (۱۳۹۴). بررسی سلامت اجتماعی کودکان کار مراجعه‌کننده به

مراکز مردم نهاد حمایت از حقوق کودکان تهران در سال ۱۳۹۳. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان؛ ۱۴(۱۱)، ۹۷۷-۹۸۸.

۹. هاشمی نصرت آباد، تورج؛ باباپور خیرالدین، جلیل؛ بهادری خسروشاهی، جعفر (۱۳۹۰). نقش سرمایه روان شناختی در بهزیستی روانی با توجه به اثرات تعدیلی سرمایه اجتماعی. پژوهش‌های روان‌شناختی اجتماعی، ۱(۴۱)، ۴-۴۰.

۱۰. هاشمی نصرت آباد، تورج؛ حکمتی، عیسی؛ واحدی، شهرام؛ باباپور، جلیل. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه کوتاه پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کی‌یس. مجله علوم رفتاری، ۸(۱)، ۲۰-۱۱.

11. Bao, Y., Zhu, F., Hu, Y., & Cui, N. (2016). The research of interpersonal conflict and solution strategies. *Psychology*, 7, 541-545.

12. Bourne, P. A., Clarke-Christian, J., Sharpe-Pryce, C., Hudson-Davis, A., & Francis, C. (2015). Strategies in dealing with violence in schools: Perceived effectiveness of conflict management strategies used by education leaders in reducing students' disagreements. *Journal of Psychiatry*, 18(2), 2-11.

13. Ding, Y., Yang, Y., Yang, X., Zhang, T., Qiu, X., He, X., ... Sui, H. (2015). The mediating role of coping style in the relationship between psychological capital and burnout among Chinese nurses. *PLOS ONE*, 10(4), 1-14.

14. Erku, H. (2014). Exploring the moderating effect of psychological capital on the relationship between narcissism and psychological wellbeing. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 150, 1148-1156.

15. Jerng, J. S., Huang, S. F., Liang, H. W., Chen, L. C., Lin, C. K., Huang, H. F., ... Sun, J. S. (2017). Workplace interpersonal conflicts among the healthcare workers: Retrospective exploration from the institutional incident reporting system of a university-affiliated medical center. *PLOS ONE*, 12(2), 1-13.

16. Hao, J., Wu, D., Liu, L., Li, X., & Wu, H. (2015). Association between work-family conflict and depressive symptoms among

*Chinese female nurses: The mediating and moderating role of psychological capital. International Journal of Environmental Research and Public Health, 12, 6682-6699.*

17. Iles, R., Johnson, M. D., Judge, T. A., & Keeney, J. (2011). A within-individual study of interpersonal conflict as a work stressor: Dispositional and situational moderators. *Journal of Organizational Behavior, 32(1), 44-64.*

18. Irina P, Szleifer I, Ranter MA (2007). Ratner, chirality on surfaces: Modeling and behaviors. *Chemistry Today: Chimica Oggi, 25(5), 18-22.*

19. Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist, 62, 95-108.*

20. Keyes, C. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly, 2, 121-40.*

21. Karademas, E. C (2006). Self-efficacy, social support and well-being the mediating role of optimism, hope. *Personality and Individual Differences, 40, 1281-1290.*

22. Laschinger, H. K. S., & Grau, A. L. (2012). The influence of personal dispositional factors and organizational resources on workplace violence, burnout, and health outcomes in new graduate nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies, 49, 282-291.*

23. Luthans, F., Avolio, B., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Psychological capital: Measurement and relationship with performance and job satisfaction. *Journal of Personnel Psychology, 60(3), 541-572.*

24. Luthans, F., Avolio, B. J., Walumbwa, F. O., & Li, W. (2006). The psychological capital of Chinese workers: Exploring the relationship with performance. *Management and Organization Review, 1(2), 249-271.*

25. Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge.* Oxford, UK: Oxford University Press.

26. Meier, L. L., Semmer, N. K., Elfering, A., & Jacobshagen, N. (2008). The double meaning of control: Three-way interactions

- between internal resources, job control, and stressors at work. Journal of Occupational Health Psychology, 13, 244–258.*
27. Meiera, L. L., Semmer, N. K., & Gross, S. (2014). *The effect of conflict at work on well-being: Depressive symptoms as a vulnerability factor. Work & Stress, 28(1), 31-48.*
28. Meiera, L. L., Gross, S., Spector, P. E., & Semmer, N. K. (2013). *Task and relationship conflict at work: Interactive short-term effects on angry mood and somatic complaints. Journal of Occupational Health Psychology, 18, 144–156.*
29. Obidoo, C., Reeves, D., Warren, N., Reisine, S., & Cherniack, M. (2011). *Depression and work-family conflict among corrections officers. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 53, 1294–1301.*
30. Osman, M. K., & Georgiana, K. (2014). *The effect of psychological capital on conflicts in the work-family interface, turnover and absence intentions. International Journal of Hospital Managing, 43, 132–143.*
31. Prieto-Remón, T. C., Cobo-Benita, J. R., Ortiz-Marcos, I., & Uruburu, A. (2015). *Conflict resolution to project performance. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 194, 155-164.*
32. Roche, M., Haar, J. M., & Luthans, F. (2014). *The role of mindfulness and psychological capital on the well-being of leaders. Journal of Occupational Health Psychology, 19(4), 476-489.*
33. Selvaraj, P. R. (2015). *Using positive psychological capital to predict mental health in college students: Implications for counseling and higher education. A dissertation presented to the faculty of The Patton College of Education of Ohio University. In partial fulfillment of the requirements for the degree Doctor of Philosophy, 1-3.*
34. Shakarami, M., Davarniya, R., Zaharakar, K. & Hosseini, A. (2014). *The predictive role of psychological capital, psychological hardiness and spiritual intelligence in students' psychological well-being. Journal of Research & Health, 4(4), 935-943.*
35. Shahhosseini, M., & Taghizadeh, S. (2016). *The relationship between conflict management style and creativity in Khuzestan*

*Province Gas Company. International Academic Journal of Business Management, 3(1), 9-16.*

36. Takeuchi, T., & Yamazaki, Y. (2010). *Relationship between work-family conflict and a sense of coherence among Japanese registered nurses. Japan Journal of Nurse Science, 7, doi: 10.1111/j.1742-7924.2010.00154.x.*

37. Taylor, S., Dickerson, S., & Cousinoklein, L. (2002). *Toward a biology of social support. In C.R. Snyder and S. Lopez. (Eds.), Handbook of positive psychology. New York: Oxford University Press.*

38. Thayer, S. M., Updegraff, K. M., & Delgado, M. Y. (2008). *Conflict resolution in Mexican American adolescents' friendships: Links with culture, gender and friendship quality. Journal of Youth and Adolescent, 37(7), 783-797.*

39. Turan, M. B., Bahadir, Z., & Certel, Z. (2015). *The relationship with the personal qualities of ability about conflict resolution of physical education and sport teacher candidates. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 174, 3390-3396.*

40. Waithaka, A. G., Moore-Austin, S., & Gitimu, P. N. (2015). *Influence of conflict resolution training on conflict handling styles of college students. Research in Higher Education Journal, 28, 1-17.*

41. World Health organization (WHO) (1979). "Health for all" Series, No5.

42. Yarnell, M. F., & Neff, K. D. (2013). *Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. Self and Identity, 12, 146-159.*

43. Youssef-Morgan, C. M., & Luthans, F. (2015). *Psychological capital and well-being. Stress and Health, 31, 180-188.*