

## رابطه سرمایه روانشناختی و سلامت اجتماعی دانشجویان

نسرین زمانی زاد<sup>۱\*</sup>، جلیل باباپور<sup>۲</sup> و حسن صبوری<sup>۳</sup>

۱ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۲ استاد و هیئت علمی، گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۳ استاد و هیئت علمی، گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

\*نویسنده مسئول (zamani14933@gmail.com)

### چکیده

هدف مطالعه حاضر بررسی رابطه بین سرمایه روانشناختی و سلامت اجتماعی دانشجویان بود. بدین منظور ۱۹۰ نفر دانشجوی (۹۵ پسر، ۹۵ دختر) از بین دانشجویان دانشگاه تبریز به روش تصادفی خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شده و سپس پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز، پرسشنامه سلامت اجتماعی کی-یسرا تکمیل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده، از روش رگرسیون استفاده شد. با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن به بررسی همبستگی بین متغیرهای پژوهش با یکدیگر پرداخته شد. نتایج همبستگی نشان از این داشت که بین سلامت اجتماعی با تمامی ابعاد سرمایه روانشناختی رابطه معنی دار وجود دارد ( $P < 0/05$ ). همچنین قوی ترین رابطه سلامت اجتماعی با بعد خودکارآمدی با ضریب همبستگی  $0/583$  و بعد از آن با بعد امید با ضریب همبستگی  $0/393$  وجود داشت. شدت همبستگی بین سرمایه روان شناختی و سلامت اجتماعی برابر با  $0/495$  بود. همچنین نتایج نشان داد که تمامی ابعاد سرمایه روان شناختی در سطح اطمینان ۹۹ درصد با یکدیگر رابطه مثبت دارند ( $P < 0/01$ ) یافته های روش رگرسیون چندگانه گویای این است که از بین چهار بعد سرمایه روان شناختی، دو بعد خودکارآمدی و امیدواری با سلامت اجتماعی رابطه دارد. افرادی که سرمایه روانشناختی مطلوب تری داشته باشند از سلامت اجتماعی مناسبی برخوردار خواهند بود.

واژگان کلیدی: سرمایه روانشناختی، سلامت اجتماعی، دانشجویان.

## مقدمه

موضوع سلامتی دانشجویان یک مسئله حیاتی است که امروزه موجب چالش های زیادی شده است (کادیسون و دیگران، ۲۰۰۴؛ اسنایدر، ۲۰۰۴). اهمیت مسئله بویژه زمانی بیشتر می شود که برخی مطالعات نشان می دهند که مشکلات این قشر روندی افزایشی دارد. مثلاً نتایج یک پژوهش طولی ۱۳ ساله نشان داد که امروزه دانشجویان نسبت به قبل به میزان بیشتری به مراکز مشاوره دانشگاهی مراجعه می کنند؛ به علاوه مشکلات آنها پیچیده تر شده است (بنتون، ابرتسون، تسنگ، نوتون، ۲۰۰۳). در حالی که ارتقاء سلامت روانی و رشد فردی مثبت دانشجویان اهمیت زیادی دارد، اما محققان و دست اندرکاران، بیشتر توجه خود را معطوف ماهیت آسیب های روانی در بین دانشجویان، درمان بیماری های روانی و همچنین پرداختن به رویکردهایی جهت جلوگیری از حوادث غم انگیز ناشی از بیماری های روانی مانند خودکشی، اعتیاد، الکلیسم و... کرده اند (آمبر، ۲۰۰۶).

تعاریف متعددی برای سلامتی ارائه شده است اما رایج ترین آنها تعریف سازمان بهداشت جهانی می باشد که به صورت زیر است: سلامتی «حالت بهرستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی» (باباپور، طباطبایی، اژه ای، آشتیانی، ۱۳۸۲). در بین دانشجویان تنیدگی های دوره تحصیلی، تضادهای قومی فرهنگی، احساس فاعلی مبنی بر مورد تبعیض عقیدتی، سیاسی و نژادی قرار گرفتن وجود دارد و در کشور ما نیز گاهگاهی این موارد به صورت حاد در آمده و بر جنبه های مختلف زندگی دانشجویان اثر گذاشته و سلامتی این قشر را به خطر می اندازند. از طرف دیگر با توجه به اینکه دانشجویان در دوره خاص رشدی و تحولی خود هستند و به اصطلاح در دوره «گذار» به سر می برند، لذا همواره در معرض تنیدگی بوده و عوامل تنیدگی زای بی شماری را تجربه می کنند (توبس و کوهن، ۱۹۹۶، به نقل از راس، ۱۹۹۹).

درباره سلامتی الگوهای متعددی وجود دارد که هر کدام براساس دیدگاه های خود آن را تعریف و تبیین کرده اند اما دیدگاه نوین در این باره، الگوی کلی نگر است که سلامتی را بر حسب کلیت شخص تعریف می کند. استقرار این الگو نوید ظهور قلمرو رشته ای جدید را به میان آورده که با پذیرش روی آورد کلی و به کار بستن این راهبرد در روش شناسی پژوهشی، در پی پاسخ گویی به معماهای حل نشده دیدگاه های تک بعدی درباره سلامتی و بیماری است (آزاد فلاح، ۱۳۷۸). بر اساس این الگو سلامتی چیزی بیش از سلامتی جسمانی است و لذا الگوی کلی نگر، به جنبه های هیجانی، عقلانی، معنوی، روانی و اجتماعی فرد و همچنین روابط بین این ابعاد اشاره می کند (هرمون<sup>۱</sup> و هزلر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹). بنابراین این سلامتی دارای ابعاد مختلف جسمانی، روانی، عقلانی، هیجانی، معنوی و اجتماعی است که این ابعاد با وجود بهره مندی از وجوه مشترک، دارای جنبه های متفاوت نیز بوده و از عوامل متعددی تاثیر می پذیرند (ویسینگ<sup>۱</sup> و فوری<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱).

بلوک و برسلو<sup>۳</sup> برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداختند. آنها مفهوم سلامت اجتماعی را با درجه عملکرد اعضاء جامعه مترادف کرده و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند. آنها تلاش کردند تا با طرح پرسش های گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند. این مفهوم را چند سال بعد

<sup>1</sup>.Kadison & Digeronimo

<sup>2</sup>Snyder

<sup>3</sup>Benton

<sup>4</sup>Ambler

<sup>5</sup>Transition

<sup>6</sup>Lowbes

<sup>7</sup>Cohen

<sup>8</sup>Ross

<sup>9</sup>Hermon

<sup>10</sup>Hazler

<sup>11</sup>Wissing

<sup>12</sup>Bouri

<sup>13</sup>.Bloc & Barceló.

دونالد و همکارانش<sup>۴</sup> در سال ۱۹۷۸ مطرح کردند و استدلال آنها این بود که سلامت فراتر از گزارش علائم بیماری، میزان بیماریها و قابلیت های کارکردی فرد است. آنها معتقد بودند که رفاه و آسایش فردی امری متمایز از سلامت جسمی و روانی است. بر اساس برداشت آنان سلامت اجتماعی در حقیقت هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می شود و هم می تواند تابعی از آن باشد. سنجش محتوای سلامت اجتماعی از ابتدا از طریق تمرکز بر فرد و در رابطه با تعاملات میان فردی (مثلا ملاقات با دوستان) و مشارکت اجتماعی (مانند عضویت در گروهها) مورد سنجش قرار گرفت و در اندازه گیری ارکان عینی (مثلاً تعداد دوستان) و ذهنی (کیفیت روابط دوستانه) هر دو تعریف منظور شده بود.

کییز (۱۹۹۸) سلامت اجتماعی را در پنج بعد تعریف مینماید. این ابعاد عبارتند از پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق (همبستگی) اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی. اعتقاد بر این است که 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 ی اجتماعی بالای مبتنی بر اعتماد برخوردارند امکانات مادی و غیرمادی زیادتری تحت اختیار آنها قرار میگیرد که در ارتقاء کیفیت زندگی آنها موثر است. در بعد مشارکت نیز وضع به همین منوال است. به طوری که مشارکت چه در بعد سیاسی یا اجتماعی و یا ابعاد دیگر باشد حس توانایی تاثیرگذاری را در افراد بالا میبرد و به صورت مستقیم و غیر مستقیم در میزان کیفیت زندگی تاثیرگذار است. بعد دیگر انطباق اجتماعی است، یعنی هنگامی که فضای اجتماعی از شفافیت بر خوردار است و ساختارهای اجتماعی به گونه ای هستند که توانایی پیش بینی امور توسط افراد و امکان انطباق آنها با شرایط اجتماعی را فراهم میآورد، توان برنامه ریزی افراد برای رشد در این محیط اجتماعی افزایش پیدا میکند. در بعد شکوفایی اجتماعی افراد به شرایط جامعه ی خود خوشبین هستند و امکان رشد و تحقق پتانسیل های خود را فراهم می بینند. آخرین بعد انسجام اجتماعی است، به معنی احساس پیوستگی و تعلق به اجتماع هنگامی که افراد احساس میکنند که جزئی از یک کل ارگانیک هستند طبیعتاً به این نتیجه میرسند که در یک همکاری اجتماعی، امکانات اجتماعی آنها برای زندگی افزایش پیدا میکند که در عمل به همین صورت است.

در ارتباط با سلامت اجتماعی پژوهش های مختلفی انجام شده است. در پژوهشی با عنوان بررسی نقش عوامل تعیین کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز، نتایج نشان داد که بین دانشجویان رشته های مختلف فقط در خرده مقیاس شکوفایی اجتماعی تفاوت معنی دار وجود دارد. همچنین دانشجویان گروه علوم انسانی خود شکوفایی اجتماعی بیشتری نسبت به گروه فنی - مهندسی نشان دادند. نتایج تحلیل داده های مربوط به متغیرهای قومیت، تحصیلات والدین و وضعیت اقتصادی - اجتماعی نشان داد که متغیرهای مذکور تاثیری بر سلامت اجتماعی دانشجویان مورد مطالعه ندارند. همچنین در زمینه متغیر جنسیت، نتایج نشان داد که بین دختران و پسران در هیچ یک از خرده مقیاس های سلامت اجتماعی تفاوت وجود ندارد، یعنی جنسیت تاثیری بر سلامت اجتماعی دانشجویان نداشت (باباپور، طوسی و حکمتی، ۱۳۸۸).

یکی از عواملی که می تواند به دانشجویان در برخورد با تنیدگی های دوره تحصیلی، تضاد های قومی فرهنگی و عوامل مختلف دیگر کمک کند بهره مندی مطلوب از ویژگی های روانشناختی مثبت گرای است. چرا که افراد می توانند با داشتن مهارت های حل تعارض و شرایط روانی مناسب از این موانع تحصیلی عبور کرده و موفقیت بیشتری بدست آورند. سرمایه روانشناختی یکی از شاخصهای روانشناسی مثبت گرای بوده که با ویژگیهایی از قبیل باور فرد به تواناییهایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد اسنادهای مثبت درباره خود و تحمل کردن مشکلات تعریف میشود (لوتانز و لوتانز، ۲۰۰۴). این مفهوم سازه ای ترکیبی و به هم پیوسته است که چهار مؤلفه ادراک - شناختی یعنی امید، خوشبینی،<sup>۱۶</sup> خودکارآمدی و تابآوری<sup>۱۷</sup> در بر میگیرد.

**امید:** یعنی حالت انگیزشی مثبتی که از احساس موفقیت آمیز انرژی معطوف به عاملیت هدف و برنامه ریزی برای دستیابی به هدف ناشی شده است. **خوشبینی:** سلیگمن (۱۹۸۶) پدر روان شناسی مثبت گرا، بر این باور است که افراد خوش بین، در رویارویی با شکستها و موفقیت‌های خود، چنین عمل می کنند: بر اسنادهای کلی تکیه می کنند؛ مثلاً: "من قادر به کسب موفقیت در زمینه های گوناگون هستم." اسنادهایشان پایدار است؛ مثلاً: "من می توانم به طور مستمر این موفقیت را از آن خود کنم." موفقیت هایشان را به توانایی های درونی خود نسبت می دهند؛ مثلاً: "تواناییها و تلاش خودم منجر به موفقیت شد." در رویارویی با ناکامی ها، شکست خود را به عوامل ویژه بیرونی و غیر پایدار نسبت می دهند. **خودکارآمدی:** باور (اطمینان) فرد به توانایی هایش برای دست یابی به موفقیت در انجام وظیفه ای معین از راه ایجاد انگیزه در خود و تامین منابع شناختی برای خود و نیز ایفای اقدامات لازم. **تاب آور:** نوعی حالت قابل توسعه در فرد که بر اساس آن قادر است در رویارویی با ناکامی ها مصیبت ها و تعارضهای زندگی و حتی رویداد های مثبت، پیشرفت ها و مسئولیت بیشتر به تلاش افزون تر ادامه دهد و برای دستیابی به موفقیت بیشتر، از پای ننشیند. این مؤلفه ها در یک فرایند تعاملی و ارزشیابانه، به زندگی فرد معنا بخشیده، تلاش فرد برای تغییر موقعیتهای فشارزا را تداوم میدهد (ارز و جادگ، ۲۰۰۱) و او را برای ورود به صحنه عمل آماده نموده (جادگ و بونو، ۲۰۰۲) مقاومت و سرسختی وی در تحقق اهداف را تضمین میکند (پارکر، بالتز، یانگ و هاف، ۲۰۰۲).

در پژوهشی ایرینا، سزیلفر، مارگلا (۲۰۰۷) نشان دادند که افراد دارای بهزیستی روانشناختی بالا از زندگی خانوادگی خود رضایت دارند، روابط خوبی برقرار و دوستان زیادی دارند و در ضمن بهزیستی روانی با انگیزه های درونی رابطه دارد و سطوح بالاتر شادکامی موجب ارتقاء مهارتهای اجتماعی و از افسردگی جلوگیری میکند. همچنین دینرولوکاس (۲۰۰۲) نشان دادند که افراد با احساس بهزیستی بالا هیجانات مثبت را تجربه و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند؛ درحالی که افراد با احساس بهزیستی پایین، حوادث و وقایع زندگیشان را نامطلوب ارزیابی کرده، بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه میکنند.

در پژوهشی دیگر با عنوان نقش سرمایه روانشناختی در بهزیستی روانی باتوجه به اثرات تعدیلی سرمایه اجتماعی نتایج پژوهش نشان داد که سرمایه روانشناختی و مؤلفه های آن با بهزیستی روانشناختی و سرمایه اجتماعی از یک سو و بهزیستی روانشناختی با سرمایه اجتماعی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. بر اساس داده ها افرادی که سرمایه روانشناختی مطلوب تری داشته و از سرمایه اجتماعی بالاتری بهره مند هستند از بهزیستی روانشناختی بهتر و بالاتری نیز برخوردارند (هاشمی، باباپور، خسروشاهی، ۱۳۹۰).

قابل ذکر است که رابطه دو متغیر سلامت اجتماعی و سرمایه روانشناختی با هم دیگر در پژوهش های پیشین بررسی نشده است پژوهش های مرتبط با این موضوع کم است. با توجه به نکات فوق، تحقیق حاضر درصدد بررسی رابطه بین سرمایه روانشناختی و ابعاد آن (امید، تاب آوری، خوشبینی و خودکارآمدی) و سلامت اجتماعی دانشجویان می باشد.

## روش

### جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری مطالعه حاضر را دانشجویان دانشگاه تبریز تشکیل می داد. با توجه به نوع پژوهش و تعداد متغیرهای مورد مطالعه از جامعه مورد نظر تعداد ۱۹۰ نفر نمونه انتخاب شدند. در گام بعدی برای مطالعه این تعداد اقدام به نمونه گیری شده است که روش

12.Seligman

13.Prez & Judge

14.Judge & Bono

15.Harker, Baltes, Young, Huff, Altmann, Lacost & Roberts

16.Trina, Szleifer & Mark

17.Diener & Lucas

نمونه گیری مورد استفاده، نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای بوده است. در این روش افراد جامعه با توجه به سلسله مراتبی از انواع واحد های جامعه انتخاب می شوند. با توجه به چنین روشی، فرایند نمونه گیری در این تحقیق به این صورت بود که ابتدا به واحد دانشکده ها که بصورت 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 رشته ها و کلاسها، تعدادی از آنها (برابر با تعداد نمونه تحقیق) انتخاب و مورد آزمون واقع شدند. ۹۵ نفر از آزمودنی ها دختر و ۹۵ نفر پسر بودند.

### ابزارهای پژوهش

**پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز (PCQ):** برای سنجش سرمایه روانشناختی به کار می رود (لوتانز، ۲۰۰۷). این پرسشنامه شامل ۲۴ سؤال ۴ خردده مقیاس است: امیدواری (سؤالات ۷ و ۸ و ۹ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۲)، تاب آوری (سؤالات ۱۳ و ۱۴ و ۱۵ و ۱۶ و ۱۷ و ۱۸)، خوشبینی (سؤالات ۱۹ و ۲۰ و ۲۱ و ۲۲ و ۲۳ و ۲۴) و خودکارآمدی (سؤالات ۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶) است که در آن هر خردده مقیاس شامل ۶ گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) لیکرت پاسخ میدهد. برای بدست آوردن نمره سرمایه روانی ابتدا نمره هر خردده مقیاس به صورت جداگانه به دست آمده و سپس مجموع آنها به عنوان نمره کل سرمایه روانشناختی محسوب میشود. در حقیقت نتایج تحلیل عاملی روایی سازه آزمون را تایید کردند. مدل شش عاملی برازش بهتری با داده ها داشته و با مدل نظری هم هماهنگی بیشتری دارد. نسبت خنثی دو این آزمون برابر با ۲۴/۶ است و آماره های RMSEA، CFI در این مدل به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۰۸ هستند (لوتانز و اولیو، ۲۰۰۷). همچنین در پژوهش حاضر میزان پایایی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

**پرسشنامه سلامت اجتماعی کی یس:** پرسشنامه سلامت اجتماعی کی یس (۱۹۹۸) حاوی ۵ خردده مقیاس انسجام اجتماعی (سؤالات ۸ تا ۱۰) پذیرش اجتماعی (سؤالات ۱۱ تا ۱۵)، مشارکت اجتماعی (سؤالات ۱۶ تا ۲۰)، شکوفایی اجتماعی (سؤالات ۱ تا ۴) و یکپارچگی اجتماعی (سؤالات ۵ تا ۷) است. هر گویه دارای ۵ امتیاز میباشد که هر پاسخگو برای پاسخگویی به هر سؤال نمره ۱ تا ۵ را دریافت مینماید. سرانجام نمره نهایی کسب شده از این مقیاس ها که از ۱۰۰ میباشد در سه مقیاس خوب، متوسط و ضعیف گزارش میگردد. در ایران، جوشن لو، نصرت آبادی، رستمی (۱۳۸۵) طی مطالعه ای با عنوان بررسی ساختار عاملی مقیاس سلامت جامع، روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت اجتماعی کی یس مشتمل بر سلامت اجتماعی، سلامت روانی و سلامت عاطفی را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استاندارد نمودند.

### یافته ها

در جدول ۱ به توصیف متغیرها با استفاده از آماره های میانگین و انحراف استاندارد پرداخته شده است. نتایج نشان می دهد که میانگین سرمایه روان شناختی برابر با ۴/۰۶ است و میانگین سلامت اجتماعی برابر با ۳/۳۲ است. بالاترین میانگین در بین ابعاد سرمایه روان شناختی مربوط به بعد خودکارآمدی با میانگین ۴/۵۰ و امیدواری با میانگین ۴/۰۷ است.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
سرمایه روانشناختی	۴/۰۶	۰/۶۲
خودکارآمدی	۴/۵۰	۱/۰۹
امیدواری	۴/۰۷	۰/۹۴
تاب آوری	۳/۹۰	۰/۶۷
خوشبینی	۳/۷۷	۰/۶۶
سلامت اجتماعی	۳/۳۲	۰/۴۵

در جدول ۲ با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن به بررسی همبستگی بین متغیرهای پژوهش با یکدیگر پرداخته شد. نتایج همبستگی بین متغیرها در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج همبستگی نشان از این دارد که بین سلامت اجتماعی با تمامی ابعاد سرمایه روانشناختی رابطه معنی دار است ( $P < 0/05$ ). یافته ها نشان از این دارد که قوی ترین رابطه سلامت اجتماعی با بعد خودکارآمدی با ضریب همبستگی  $0/583$  و بعد از آن با بعد امید با ضریب همبستگی  $0/393$  وجود دارد. شدت همبستگی بین سرمایه روان شناختی و سلامت اجتماعی برابر با  $0/495$  است. همچنین نتایج نشان می دهد که تمامی ابعاد سرمایه روان شناختی در سطح اطمینان ۹۹ درصد با یکدیگر رابطه مثبت دارند ( $P < 0/01$ )

جدول ۲- آزمون همبستگی اسپیرمن: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۷. خودکارآمدی	-					
۸. امید	$0/589^{**}$	-				
۹. تاب آوری	$0/324^{**}$	$0/207^{**}$	-			
۱۰. خوشبینی	$0/274^{**}$	$0/490^{**}$	$0/231^{**}$	-		
۱۱. سرمایه روان شناختی	$0/763^{**}$	$0/820^{**}$	$0/576^{**}$	$0/652^{**}$	-	
۱۲. سلامت اجتماعی	$0/583^{**}$	$0/393$	$0/162^*$	$0/305^{**}$	$0/495^{**}$	-

توجه: \* معنی داری در سطح اطمینان ۹۹ درصد ( $P < 0/01$ )

\* معنی داری در سطح اطمینان ۹۵ درصد ( $P < 0/05$ )

جهت بررسی تاثیر ابعاد سرمایه روان شناختی (خودکارآمدی، امید، تاب آوری و خوشبینی) بر سلامت اجتماعی و این که آیا ابعاد سرمایه روان شناختی می تواند به طور معنی داری تغییرات سلامت اجتماعی را پیش بینی کنند از آزمون رگرسیون استفاده شد. نتایج آزمون رگرسیون چندمتغیره در جدول ۳ و ۴ گزارش شده است.

جدول ۳- آزمون آنووا و مقدار آماره F

مدل	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری
رگرسیون	۴	۱۹/۵۴	۱۱/۶۵	۰/۰۰۱
باقیمانده	۱۸۵	۱/۶۸		

نتایج آزمون F (ANOVA) در جدول ۳ ارائه شده است. مقدار آزمون F برابر با  $11/65$  بدست آمده است که در سطح معنی داری کمتر از  $0/001$  قرار دارد ( $P < 0/001$ ) و بدین معناست که مدل رگرسیونی مناسب است و متغیرهای پیش بین (خودکارآمدی، امیدواری، تاب آوری و خوشبینی) می تواند به طور معنی داری تغییرات سلامت اجتماعی را پیش بینی کند. نتایج آزمون رگرسیون چندمتغیره در جدول ۴ ذکر شده است. روش اجرای آزمون رگرسیون روش همزمان (Enter) است.

جدول ۴- آزمون رگرسیون چندگانه تاثیر ابعاد سرمایه روان شناختی بر سلامت اجتماعی

متغیر مستقل	B	SE	Beta	t	سطح معنی داری	R <sup>2</sup>
مقدار ثابت	۷/۷۷	۰/۷۱۲	-	۱۰/۹۱	< 0/001	0/27

۰/۰۰۱	۳/۴۶	۰/۳۰۱	۰/۰۲۱	۰/۰۶۲	خودکارآمدی
<۰/۰۰۱	۴/۱۹	۰/۳۸۱	۰/۰۲۶	۰/۰۹۲	امید
۰/۷۰۲	۰/۳۸۴	۰/۰۲۶	۰/۰۲۷	۰/۰۱۱	تاب آوری
۰/۸۲۲	۰/۲۲۶	۰/۰۱۷	۰/۰۳۲	۰/۰۰۷	خوشبینی

یافته های آزمون رگرسیون چندمتغیره گویای این است که از بین چهار بعد سرمایه روان شناختی، دو بعد خودکارآمدی و امیدواری بر سلامت اجتماعی موثر است ( $P < 0/01$ ) و در سطح اطمینان ۹۹ درصد می توان استنباط کرد که دو بعد خودکارآمدی و امیدواری می تواند تغییرات سلامت اجتماعی را پیش بینی کنند. جهت تاثیر تمامی متغیرهای مستقل بر وابسته مثبت است. شدت تاثیر (ضریب رگرسیونی استاندارد شده) خودکارآمدی بر سلامت اجتماعی برابر با ۰/۳۰۱ است و شدت تاثیر امیدواری بر سلامت اجتماعی برابر با ۰/۳۸۱ بدست آمده است که مقایسه ضرایب استاندارد شده نشان می دهد بیشترین تاثیر بر متغیر ملاک، مربوط به امیدواری و بعد از آن خودکارآمدی است. مطابق نتایج حاصل شده، دوبعد تاب-آوری و خوشبینی تاثیر معناداری بر سلامت اجتماعی ندارند و از نظر آماری این دو متغیر بر سلامت اجتماعی بی تاثیرند ( $P < 0/05$ ). ضریب تعیین یا  $R^2$  مقدار واریانس متغیر وابسته که توسط متغیر مستقل تبیین شده است را نشان می دهد. بر طبق یافته ها، متغیرهای مستقل یا همان ابعاد سرمایه روان شناختی در مجموع توانسته اند ۲۷ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین کنند.

### بحث و تبیین

هدف مطالعه حاضر بررسی رابطه بین سرمایه روانشناختی و سلامت اجتماعی دانشجویان بود. یافته های بدست آمده از این پژوهش، حاکی از این است که بین سرمایه روانشناختی و سلامت اجتماعی دانشجویان رابطه مثبت وجود دارد. در این راستا، بین دو بعد خودکارآمدی و امید با سلامت اجتماعی رابطه مثبت وجود دارد. از آنجایی که این دو متغیر قبلا در هیچ پژوهشی بررسی نشده اند پژوهش های همسو و غیر همسو در ارتباط با این موضوع کم میباشد.

سرمایه روانشناختی، این سازه مفهومی زیر مجموعه ای از روانشناسی مثبت گرا است که با ویژگیهای زیر مشخص میشود: باور فرد به توانایی هایش برای دستیابی به موفقیت در انجام وظایف معین، ایجاد اسنادهای مثبت در مورد موقعیتهای اکنون و آینده، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف و پیگیری راه های لازم برای رسیدن به موفقیت و تحمل کردن مشکلات و بازگشت به سطح معمولی عملکرد و حتی ارتقاء از آن تا دستیابی به موفقیت ها. این مفهوم با مولفه دیگر در این پژوهش یعنی سلامت اجتماعی رابطه مثبت دارد. مفهوم سلامت اجتماعی به عنوان بعد مهم دیگر سلامت در سالهای اخیر توسط سازمان جهانی بهداشت مطرح شد و به این معناست که برای دسترسی به سلامت کامل، تنها سلامت جسمی و روانی کافی نیست بلکه از آنجا که انسان در محیط جمعی زندگی میکند، سلامت اجتماعی نیز ضروری است.

امروزه سلامت چه از بعد روانی و چه از بعد جسمی، یک محصول اجتماعی است. تنظیم یک برنامه بهبود سلامت، بدون توجه به زمینه اجتماعی و فرهنگی جامعه مورد نظر به راهکارهایی غیرکارآمد می انجامد. افراد هر چقدر از سرمایه روانشناختی مطلوب تری برخوردار باشند میزان سلامت اجتماعی آنها نیز افزایش خواهد یافت. برای اینکه سلامت اجتماعی دانشجویان از میزان مناسبی برخوردار باشد می توان در کنار عوامل متعدد دیگر مولفه سرمایه روانشناختی را نیز در نظر گرفت تا دانشجویان و حتی افراد دیگر جامعه بیشتر و بهتر از این مولفه بهره مند شوند.

سلیگمن (۲۰۰۲) معتقد است که سرمایه روانشناختی جنبه های مثبت زندگی آدمی را در برمیگیرد. او معتقد است که سرمایه انسانی و اجتماعی به آسانی قابل مشاهده و آشکار است و میتوان آن را به سادگی اندازه گیری و کنترل کرد. درحالی که

سرمایه روانشناختی بیشتر بالقوه بوده و اندازه گیری و توسعه آن دشوار است. بنابراین سرمایه روانشناختی شامل آن دسته از ویژگیهای روانشناختی است که به بهره وری فرد کمک می کنند و این امر شامل درک شخص از خودش، اعتقاد فرد به اینکه شخصی دوست داشتنی و ارزشمند است، داشتن هدف برای رسیدن به موفقیت و پایداری در برابر مشکلات محقق میشود (گلداسمیت و همکاران، ۱۹۹۷).

بین بعد امیدواری و سلامت اجتماعی رابطه مثبت وجود دارد. امیدواری از دو جزء تشکیل شده است عاملیت، برنامه ریزی برای دستیابی به هدف. مقصود از عاملیت، داشتن اراده برای دستیابی به نتیجه مورد نظر یا دلخواه است. بنابراین، امیدواری، مستلزم، عاملیت یا نوعی انرژی برای تعقیب هدفها است. علاوه بر این، دیگر عنصر تشکیل دهنده امیدواری، برنامه ریزی برای دستیابی به هدف است که نه تنها در برگیرنده شناسایی هدفها است، بلکه راههای متفاوت رسیدن به هدفها را نیز در برمیگیرد. به عبارت دیگر: امیدواری مستلزم داشتن اراده برای نیل به موفقیت و نیز، شناسایی، شفاف سازی و پیگیری راه های لازم برآید دستیابی به موفقیت است. وقتی فردی برای رسیدن به اهداف خود تلاش فراوانی می کند. تمام انرژی خود را وقف آن می کند و با اراده در پی نتیجه گیری از کوشش های خود است. در صورت رسیدن به هدف خود احساس خوشایندی خواهد داشت. در نتیجه میزان سلامت اجتماعی خود را افزایش خواهد داد.

افراد با خود- کارآمدی بالا دارای این پنج ویژگی زیر هستند: هدفهای والایی برای خود تعیین میکنند و ایفای وظایفی دشوار برای رسیدن به آن هدفها را بر عهده میگیرند. به استقبال چالشها میروند و برای رویارویی باچالشها سخت تلاش میکنند. انگیزه فردی آنها به شدت بالا است برای دستیابی به هدفهای خود از هیچ تلاشی مضایقه نمی کنند. در رویارویی با موانع، ثابت قدم هستند. پنج نکته در رابطه با خود- کارآمدی عبارتند از اینکه: خود- کارآمدی در هر زمینه ای مختص همان قلمروی فعالیت است و به سادگی نمیتوان آن را به دیگر عرصه های زندگی فرد، تعمیم داد. کسب خود- کارآمدی در هر فعالیتی مبتنی بر تمرین و کسب تسلط در آن رشته فعالیت است. در هر فعالیتی، هرچند فرد دارای خود- کارآمدی باشد، همیشه امکان ارتقای خود- کارآمدی وجود دارد. خودکارآمدی فرد تحت تاثیر باور دیگران به تواناییهای فرد است. خود- کارآمدی فرد، تحت تاثیر عواملی مانند: دانش و مهارتهای فرد، سلامتی جسمی و روانی او و نیز شرایط بیرونی در برگیرنده فرد است (لوتانژ و همکاران، ۲۰۰۷). همانطور که ملاحظه میشود خودکارآمدی با سلامت اجتماعی رابطه مثبت دارد.

محدودیت های این پژوهش شامل این موارد میباشد؛ با توجه به این که تحقیق حاضر در بین دانشجویان دانشگاه تبریز صورت گرفته است، باید از تعمیم یافته های پژوهش به سایر افراد و دانشجویان دیگر احتیاط نمود. پژوهش حاضر از نوع همبستگی بوده، بنابراین نمی توان روابط به دست آمده را از نوع روابط علت و معلولی تلقی کرد. از آنجایی که یافته های پژوهش بر اساس مقیاس های خودگزارش دهی بوده و گزارش های شخصی در پرسشنامه ها اصولاً به دلیل یافته های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ دهی مستعد تحریف هستند و این ممکن است نتایج پژوهش را به مخاطره بیاندازد. اما پیشنهادهای پژوهشی این تحقیق؛ با توجه به محدودیت زمانی پژوهش و همچنین گسترده بودن مباحث سلامت اجتماعی و همچنین سرمایه روانشناختی؛ پیشنهاد می شود در تحقیقات بعدی به بررسی رابطه ابعاد این متغیرها با هم دیگر تاکید شود. با توجه به اینکه در جوامع و فرهنگهای مختلف میزان سلامت اجتماعی و حتی تعاریف آن تفاوت دارد و تعارض های افراد در این مناطق گوناگون و احتمالاً متفاوت است لذا پیشنهاد میشود این پژوهش در شهرها و مناطق دیگر نیز انجام گیرد. و نیز در پژوهش های مشابه آتی از مصاحبه و مشاهده استفاده شود و میزان سرمایه روانشناختی فرد نسبت به یک مشکل و سلامت اجتماعی وی مشاهده شده و داده های آن با پژوهش حاضر مقایسه شود.

## منابع

آزاد فلاح، پرویز؛ دادستان، پریخ؛ اژه ای، جواد؛ مودنی، سید محمد (۱۳۷۸). تنیدگی، فعالیت مغزی/ رفتاری و تغییرات ایمونوگلوبولین ترشحی A، مجله روانشناسی، سال سوم، شماره ۳، ۱۱ الی ۲۲.



باباپور خیرالدین، جلیل، رسول زاده طباطبایی، سید کاظم، اژه ای، جواد؛ فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین شیوه های حل مسئله و سلامت روانشناختی دانشجویان. مجله روانشناسی، سال هفتم، شماره ۱: ۱۶-۳.

باباپور خیرالدین، جلیل، طوسی، فهیمه؛ حکمتی، عیسی (۱۳۸۸). فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، سال چهارم، شماره ۱۶، زمستان ۸۸.

جوشنلو؛ محسن؛ نصرت آبادی؛ مسعود؛ رستمی؛ رضا. بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی جامع، فصلنامه روانشناسان ایران، سال سوم/شماره ۹/پاییز ۱۳۸۵.

هاشمی نصرت آباد، تورج؛ باباپور خیرالدین، جلیل؛ خسروشاهی، جعفر (۱۳۹۰). نقش سرمایه روانشناختی در بهزیستی روانی با توجه به اثرات تعدیلی سرمایه اجتماعی. پژوهش های روانشناختی اجتماعی، دوره ۱، شماره ۴، زمستان ۹۰.

Ambler, V.M., (2006). Who Flourishes in College? Using Positive Psychology and Student Involvement Theory to Explore Mental Health among Traditionally Aged Under Graduates, In Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy. A Dissertation Presented to the Faculty of the School Education the College of William and Mary.

Benton, S.A., Robertson, J.M., Tseng, W.C., Newton, F.B., & Benton, S.L. (2003). Changes in Counselling: Research and Practice, 34, 66-72.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., and Smith, H. E. (2000). Subjective Well – being: Three decades of progress.

Erez, A., Judge, T. (2001). Relationship of Core Self-Evaluations to Goal Setting, Motivation, and Performance. *Journal of Applied Psychology*, 86(6), 1270-1279

Hermon, D.A., Hazler, R.J. (1999). Adherence to a Wellness Model and Perceptions of Psychological Well Being, *Journal of Counseling and Development*, 77(3): 339-343.

Irina P., Szeifer I. Mark A. (2007). Ratner, Chirality on Surfaces: Modeling and Behaviors, *Chemistry Today: Chimica Oggi*, 25, 18.

Judge, T. Bono, J. (2001). Relationship of Core Self-Evaluations Traits – Self-Esteem, Generalized Self-Efficacy, Locus of Control, and Emotional Stability – With Job Satisfaction and Job Performance: A Meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86, 80-92.

Kadison, R., & Digeronimo, T.F. (2004). *College of the Overwhelmed: The Compos Mental Health Crisis and what to Do About*, San Francisco: Jossey-Bass.

Keyes, C. M (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly*. 2. 121 – 40.

Karademas, E. C. (2006). self-efficacy, social support and well-being the mediating role of optimism, hope. *Personality ad individual differences*, 40:1281-1290.

Luthans F, Youssef CM. (2004). Human, social, and now positive psychological capital management. *Organizational Dynamics*, 33, 143–160.

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

Ross, S.E. (1999). Sources of Dstress among College Students, *College Student Journal*.

Snyder, M.B. (2004). Senior Student Affairs Officer Round Table: Hottest Topics in Student Affairs, Session Held at the Annual Meeting of the National Association of Student, Personnel Administrators, Denver, Colorado.

Seligman, M.E.P., Csikszentmihalyi, M. (1986). Positive psychology: An introduction *American Psychologist*, 55, 5–14.

Wissing, T.F., Fouri, A. (2000). Spirituality as a Component of Psychological Well-being, 27th International Congress of Psychology, 23-28 July, Stockholm, Sweden.

## The Relationship between Psychological Capital and Social well-being of Students

**Nasrin Zamanizad.** Master of General Psychology. Tabriz University. Tabriz.Iran (author responsible for zamani14933@gmail.com)

**Jalil Babapur.** Professor and faculty. Psychology group. Tabriz University. Tabriz. Iran

**Hassan Sabouri Moghaddam** Professor and faculty. Psychology group. Tabriz University. Tabriz. Iran

### Abstract

The purpose of this research was to investigate the relationship between psychological capital and social well-being of students. For this purpose 190 people (95male and 95female) from Tabriz university students selected by using multistage random cluster sampling and then Luthans psychological capital questionnaire, Keyes social well-being questionnaire completed. Data were analyzed using multiple regressions via spss22. Using correlation coefficient of Spearman, the correlation between research variables was investigated. Correlation results showed that there is a significant relationship between social well-being and all dimensions of psychological capital ( $P < 0.05$ ). Also, the strongest correlation between social well-being and self-efficacy was found with a correlation coefficient of 583/0 and then with hope dimension with a correlation coefficient of 39.33. The intensity of correlation between psychological capital and social health was 495/0. The results also showed that all aspects of psychological capital have a positive relationship with 99% confidence level ( $P < 0.01$ ). The results of multiple regression analysis indicates that, the four dimensions of psychological capital, both efficacy and hope, effective to social well-being. The people who have more favorable psychological capital, they're social well-being will be good.

**Key Words:** Psychological Capital, Social well-being, Students