

مقایسه سلامت عمومی، جسمانی- روانی و اجتماعی دو گروه دانشجویان دختر و پسر باهوش و عادی^۱

Comparison of General, Physical - Psychological and Social Health Between Two Groups of Intelligent and Normal Male and Female Students

Alireza Pirkhaefi (PHD)

Associate Professor of NeuroPsychology in Department of Psychology Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.

Elham Kianian (corresponding author)

M.A of General Psychology, Islamic Azad University, Garmsar Branch, Garmsar, Iran.

Email: Elham_kianian@yahoo.com

دکتر علیرضا پیرخانی

دانشیار نوروسایکولوژی گروه روانشناسی واحد گرمسار-دانشگاه آزاد اسلامی-

گرمسار-ایران

الهام کیانیان (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار-

گرمسار-ایران

Email: Elham_kianian@yahoo.com

Abstract

Aim: this research was the comparison of General, Physical-Psychological and social health between two groups of intelligent and normal male and female students. **Method:** 120 student's intelligent and normal male and female psychology students of Payam Noor University south Tehran were selected by convenience sampling. Ware and sherbourne quality of life questionnaires (1992) Public health GHQ-28 Goldberg (1972) keys social health (2004) and Raven intelligence test was developed. **Results:** There was no difference between intelligent and Normal people and also their gender, in general health. Mental health of clever people was lower than normal individuals and they are more depressed than Normal people and there was no difference between sexes. Intelligent people in the scale of social cohesion and social participation earned higher scores than Normal people and there was no difference between two sexes. **Conclusion:** intelligence plays a double role in people. on the one hand it causes mental harm and the other hand it will be superior. The issue of psychological vulnerability is probably due to higher psychological sensitivity of intelligent people to social family changes.

Keywords: health, student, intelligence, sex

چکیده

هدف: پژوهش حاضر مقایسه سلامت عمومی، جسمانی-روانی و اجتماعی در بین دو گروه از دانشجویان دختر و پسر بوده است. **روش** طرح پژوهش پس رویدادی بود و نمونه‌ای با حجم ۱۲۰ نفر از دانشجویان دختر و پسر باهوش و عادی رشته روانشناسی دانشگاه پیام نور واحد جنوب به صورت نمونه در دسترس انتخاب شدند. **ابزار پژوهش:** شامل پرسشنامه‌های کیفیت زندگی ویر و شریون (۱۹۹۲)، سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۲)، سلامت اجتماعی کینز (۲۰۰۴) و تست هوش ریون پیشرفته بود. داده‌ها با روش تحلیل واریانس چند متغیره مورد ارزیابی قرار گرفت. **نتایج:** در سلامت عمومی تفاوتی بین افراد باهوش و عادی با لحاظ جنسیت وجود ندارد؛ در سلامت روان افراد باهوش پایین‌تر از افراد عادی بوده و افسرده‌تر از آنان بودند. تفاوتی در جنسیت افراد دیده نشد. افراد باهوش در دو مقیاس همبستگی اجتماعی و مشارکت اجتماعی نمرات بالاتری از افراد عادی کسب و تفاوتی در دو جنس مشاهده نشد. **نتیجه‌گیری:** هوش در افراد نقش‌های دوگانه‌ای را بازی می‌کند. از یکطرف باعث آسیب روانی شده و از طرف دیگر باعث برتری می‌گردد. موضوع آسیب پذیری روانی احتمالاً ناشی از حساسیت روانی بالاتر افراد باهوش به تحولات اجتماعی و خانوادگی است.

کلید واژه‌ها: سلامت، دانشجو، هوش، جنسیت

مقدمه

ایران با بیش از پانزده میلیون جوان که یک چهارم جمعیت کشور را تشکیل داده‌اند یکی از جوان‌ترین کشورهای دنیا است. در ایران ۳۹ درصد دانش‌آموزان مبتلا به مشکلات رفتاری- عاطفی بوده که نسبت دختران به پسران ۱۹,۷۴ به ۱۵,۹۱ می‌باشد. این جمعیت در آینده جمعیت دانشجویی را شکل می‌دهد (صادقیان، مقدری کوشا، و گرجی ۲۰۱۰؛ رخشانی و همکاران، ۲۰۱۰؛ آرتینو، روچرز و دارنینگ^۱، ۲۰۱۰؛ شکیب، طهماسبی و نوروزی، ۱۳۹۳). در حال حاضر یکی از محورهای ارزیابی سلامت در جوامع مختلف، وضعیت سلامت روان آن جامعه است. سلامت روان نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی افراد جامعه ایفا می‌کند. دانشجویان از اقشار مستعد و برگزیده جامعه بوده و آینده سازان هر کشور هستند، بنابراین سلامت روانی این قشر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (ادهم، امیری، دادخواه، محمدی، مظفری و همکاران، ۲۰۰۸؛ فلاحی خشک‌ناب، رسولی، نصیری و رهنما، ۱۳۹۲).

هدف دانشمندان در حیطه‌های روان‌شناسی و روانپزشکی به حداکثر رساندن احساس سلامت در افراد است. در این راستا، ساراسون و ساراسون^۲ (۱۹۹۹) معتقدند که سلامتی، یک ادراک شخصی^۳ بوده که زیر تأثیر عوامل جسمانی، روان شناختی، اقتصادی و اجتماعی تغییر می‌پذیرد (محمدی، ۱۳۹۰). ارتقاء سلامت موضوعی است که متخصصان سلامت عمومی را به خود مشغول کرده است. برای رسیدن به این هدف لازم است تمام مهارت و اراده متخصصان به سنجش میزان اثر بخشی برنامه‌های سلامت اختصاص داده شود (اسکات و ویلسون^۴، ۲۰۱۱؛ درستی و عظیمی، ۱۳۹۴). در اوایل دهه (۱۹۹۰) دفتر منطقه‌ای اروپای سازمان جهانی بهداشت، کار بر روی تعیین کننده‌های سلامت و نابرابری در سلامت را آغاز نمود (ویت هد^۵، ۱۹۹۲). از اوایل دهه (۱۹۹۰) تا (۲۰۰۰) نگرانی اصلی بسیاری از کشورها توجه به این رویکرد بود (ویت هود، ۱۹۹۲؛ زابلی و سنایی نسب، ۱۳۹۴).

سلامت روانی را می‌توان چگونگی نگرش افراد به خود، زندگی و افراد دیگر در نظر گرفت. انجمن بین‌المللی سلامت روانی نیز، داشتن احساس خوشایند درباره خود و دیگران و توان رویارویی با تقاضاهای زندگی را سلامت روان می‌داند (سریویدیا، ۲۰۰۷؛ سبزه آرای لنگرودی، محمدی، مهری و طالعی، ۱۳۹۳). سلامت روان، صرفاً فقدان بیماری یا ناتوانی نیست بلکه حالتی از رفاه بوده که با توجه به آن فرد قادر است با استرس‌های معمول زندگی کنار آید و به عنوان بخشی از جامعه با دیگران مشارکت و همکاری نماید (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴؛ یعقوبی، کریمی، محمودی و باروتی، ۲۰۱۲؛ شیخ‌الاسلامی، ستوده ناوروودی، زینعلی و طالبی، ۱۳۹۲). با توجه به نقش برجسته سلامت روان در رشد و تکامل روانی اجتماعی نوجوانان، شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت روان اهمیت پیدا می‌کند (نجفی و فولادجنگ، ۲۰۰۷). سلامت اجتماعی با سلامت روان رابطه‌ای تعاملی داشته و نقشی مکمل دارد. سلامت اجتماعی اساسی‌ترین جزء رفاه اجتماعی به شمار رفته یکی از مفاهیم محوری توسعه پایدار است. لذا مبارزه با عواملی که این پدیده را تحت تأثیر قرار داده و هم چنین سبب نابرابری‌هایی در سلامتی گردند، از اولویت‌های همه افراد جامعه و دولت‌ها محسوب می‌شوند (شورای سیاست‌گذاری

1. Artino AR, Rochelle JS, Durning S

2. Sarason and Sarason

3. Individual perceptions

4. Scott A, Wilson R

5. Whitehead M

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۰؛ برنامه استراتژیک سلامت جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۰؛ رستگار و سیدان، (۱۳۹۳).

در این میان استرنبرگ (۱۹۸۶) معتقد است که در توانایی به کار بردن مناسب اندوخته‌های شناختی افراد، هوش نقش محوری دارد (وین من و وره‌یج^۱، ۲۰۰۵). استرنبرگ (۱۹۸۶) افراد تیز هوش را^۲ افرادی می‌داند که توانایی برای به کار بردن مناسب اندوخته‌های شناختی خود را برای تصمیم‌گیری هوشمندانه دارند (وین من و وره‌یج^۳، ۲۰۰۵؛ میکائیلی، پاکپور و گنجی، ۱۳۹۱). اسنوا (۱۹۸۱) و اسنو و لوهمان (۱۹۸۴) و هامفریز (۱۹۸۹) نیز هوش را به عنوان مجموعه‌ی کسب شده از مهارت‌های شناختی می‌دانند که برای یک فرد در یک زمان مشخص در دسترس است.

تلون، لان و وتسون^۴ (۲۰۰۷) سلامت روان را حالات خلقی مثبت و خودکارآمدانه ای می‌دانند که ۲۰ درصد واریانس عملکرد تحصیلی را پیش‌بینی می‌کند. اسپرناک، اسکاترباثر و رامی^۵ (۲۰۰۶)؛ گروسمن و کیستیر^۶ (۲۰۰۸)؛ اید، شووالتر و گولدهابر^۷ (۲۰۰۹)؛ سیگفوس دوتیر، کریست جاتنسو آلگران^۸ (۲۰۰۷)؛ داتر و استوروم^۹ (۲۰۰۶) نیز در این راستا معتقدند که سلامت عمومی پایین با نمرات تحصیلی پایین ارتباط دارد؛ برگر، فرانک و همکاران^{۱۰} (۲۰۱۵) شرایط اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی بالا با سلامت جسمانی و روانی افراد رابطه دارد؛ ویند هورست و ویلیامز^{۱۱} (۲۰۱۵) تأثیر شرایط محیطی بر سلامت جسمانی- روانی افراد؛ مردیت، کولس و همکاران^{۱۲} (۲۰۱۶) دریافت کمک‌های حرفه‌ای و حمایت اجتماعی با نمرات بالای سلامت جسمانی- روانی در افراد را اشاره نمودند. با عنایت به این موضوع و از آنجا که دانشجویان و فارغ‌التحصیلان دانشگاه‌ها یکی از سرمایه‌های مهم هر جامعه محسوب می‌شوند بررسی سلامت عمومی، جسمانی- روانی و اجتماعی آنان ضرورت دارد. بنابراین، پژوهش با هدف مقایسه ابعاد سلامت عمومی، جسمانی- روانی و اجتماعی گروهی از دانشجویان دختر و پسر باهوش و عادی انجام شد.

روش

پژوهش در قالب طرح پس‌رویدادی انجام شد. جامعه آماری شامل ۱۱۰۰ نفر از دانشجویان رشته روان‌شناسی دانشگاه پیام نور واحد تهران جنوب (۹۶-۹۵) بود که با توجه به نمونه‌گیری تابکینگ فیدل (پلنت، ۲۰۰۷) نمونه‌ای با حجم ۱۲۰ نفر از دختران و پسران (پسران عادی ۳۲ نفر، دختران عادی ۲۸ نفر؛ پسران باهوش ۲۸ نفر و دختران باهوش ۳۲ نفر) به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره مورد سنجش و ارزیابی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دانشجوی رشته روان‌شناسی دانشگاه پیام نور واحد جنوب بودند؛ ۱۸ تا ۲۳ سال سن داشتند؛ کسب نمره هوشبهر ۱۱۰ تا ۱۲۰ از آزمون هوش ریون و ساکن شهر تهران بودند.

1. Veenman & Verheij

2. creatitave

3. Weenman & Verheij

4. ThelwellT Lance & Weston

5. SpemakT Schottenbauer & Ramey

6. Grossman & Kaestner

7. EideT Showalter & Goldhaber

8. SigfusdotterT Kristjaansson & Allegrant

9. Datar & Surm

10. Hanna Berger, Gabriele Helga Franke, Frank-Hagen Hofmann, Michael Sperth, Rainer Matthias Holm-Hadulla

11. Eric Windhorst, Allison Williams

12. Meredith E. Coles, Ariel Ravid, Brandon Gibb, Daniel George-Denn, Laura R. Bronstein, Sue McLeod

ابزار

پرسشنامه‌ی سلامت عمومی^۱. پرسشنامه گلدبرگ و هیلر^۲ (۱۹۷۹) شامل ۲۸ ماده و چهار زیر مقیاس علائم جسمانی^۳، علائم اضطرابی و اختلال خواب^۴، کارکرد اجتماعی^۵ و مقیاس علائم افسردگی^۶ است. در سلامت عمومی بالاترین نمره ۱۰۰ می‌باشد. نمره گذاری از گزینه الف تا د نمره ۳، ۲، ۱، ۰، در نتیجه نمره هر فرد در هر یک از خرده مقیاس‌ها از ۰ تا ۲۱ و در کل از ۰ تا ۸۴ است. در تفسیر این آزمون می‌توان گفت اگر در هر مقیاس نمره فرد از ۱۷ به بالا باشد و در مقیاس کلی نمره از ۴۱ بالا باشد وخامت وضع آزمودنی را نشان می‌دهد. اعتبار و روایی: ضریب آلفای ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش شده است.

پرسشنامه‌ی سلامت اجتماعی کبیز (۲۰۰۴) با ۲۰ ماده و ۵ مقیاس: سلامت اجتماع، شکوفایی اجتماع، همبستگی اجتماع، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی. مقیاس پرسشنامه براساس طیف لیکرت و به صورت خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۵) می‌باشد. روایی و پایایی پرسشنامه در پژوهش باباپور و همکاران (۱۳۸۸) قابل توجه به دست آمده است.

پرسشنامه‌ی زمینه یابی سلامت. پرسشنامه ویر و شربورن شامل ۳۶ ماده و هشت مقیاس: عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی، سرزندگی، درد بدنی و سلامت عمومی می‌باشد. نمره بالاتر به منزله کیفیت زندگی بهتر است. نمره گذاری هر گزینه: ۰ در سؤالات ۱ و ۲ گزینه اول ۵ امتیاز و گزینه پنجم ۱ امتیاز؛ در سؤالات ۱۳ تا ۱۹: گزینه بلی صفر امتیاز و گزینه خیر ۱ امتیاز؛ در سؤالات ۲۰ و ۲۲ گزینه اول ۵ امتیاز و گزینه پنجم ۱ امتیاز؛ در سؤال ۳۲ گزینه اول ۱ امتیاز و گزینه پنجم ۵ امتیاز خواهد گرفت. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های هشتگانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آن‌ها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است (عسگری و فقهی، ۲۰۰۳).

آزمون هوش پیشرفته ریون. آزمون پیشرفته ریون (۱۹۶۲) در دفترچه اول ۱۲ ماده و دفترچه‌ی دوم ۳۶ ماده دارد. نتایج آزمون با توجه به رتبه درصدی بدست آمده و طبقات مشخص می‌شود. طبقه ممتاز و نابغه: نمره از ۹۵ درصد افراد همسن بالاتر؛ طبقه پرهوش: نمره بین ۹۰ تا ۹۵؛ طبقه باهوش: نمره بین ۷۵ تا ۹۰؛ طبقه متوسط: نمره آنها ۲۵ تا ۷۵ می‌باشد. تصحیح مطابق با کلید تصحیح است. پاسخ صحیح نمره یک و پاسخ غلط نمره صفر تعلق می‌گیرد. اعتبار و روایی آزمون والنتاین^۷ و گوستافسون^۸ (۲۰۰۸) ضریب همبستگی بین مقیاس ۲ آزمون ریون و ماتریس‌های پیشرونده ریون را در یک نمونه شامل ۲۳۵۸ نفر سوئدی، ۶۲۰ نفر مهاجر اروپایی و ۵۹۱ نفر مهاجر غیر اروپایی برابر با ۰/۸۳ اعلام کردند. فوکودا^۹، ووگل^{۱۰}، مایر^۱

1. General Health Questionnaire

2. Goldberg and Hiller

3. Somatic symptom

4. Anxiety and sleep disorder

5. Social function

6. Depression symptoms

7. Valentine

8. Gustafson

9. Fukuda

10. Vogel

مایر^۱ و آوه^۲ (۲۰۱۰) رابطه بین هوش سیال و ظرفیت حافظه با اجرای مقیاس ۲ کتل و آزمون ریون سیاه و سفید روی نمونه‌ای با حجم ۹۱۷ نفر بزرگسال ضریب همبستگی معادل ۰,۶۶ را بدست آوردند (هومن و بهاری، ۱۳۹۲).

یافته‌ها

جدول (۱) جدول فراوانی آزمودنی‌ها بر حسب جنسیت- سن و وضعیت تأهل

عادی		باهوش	
فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مرد	۳۲	۲۸	۴۶/۷
زن	۲۸	۳۲	۵۳/۳

سال	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۱۸ سال	-	-	۳	۱۰/۷	-	۱	۳/۱	
۱۹ سال	۱	۳/۱	۲	۷/۱	۱	۳/۶	۳/۱	
۲۰ سال	۶	۱۸/۸	۸	۲۸/۶	۵	۱۷/۹	۲۵	
۲۱ سال	۴	۱۲/۵	۳	۱۰/۷	۵	۱۷/۹	۲۵	
۲۲ سال	۶	۱۸/۸	۴	۱۴/۳	۵	۱۷/۹	۱۵/۶	
۲۳ سال	۱۵	۴۶/۹	۸	۲۸/۶	۱۲	۴۲/۹	۲۸/۱	

وضعیت	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مجرد	۳۲	۱۰۰	۲۵	۸۹/۳	۲۶	۸۱/۲
متاهل	-	-	۳	۱۰/۷	-	۱۸/۸
بدون پاسخ	-	-	-	-	۱	۳/۶

با توجه به جدول شماره (۱) بیشتر آزمودنی‌های گروه عادی معادل ۳۲ نفر (۵۳,۳٪) مرد بوده که در زنان باهوش نیز تکرار می‌شود. در سن: بیشتر مردان در هر دو گروه عادی (۴۶/۹٪) و گروه باهوش (۴۲/۹٪) ۲۳ سال سن دارند و این در حالی است که بیشتر زنان در گروه عادی ۲۰ سال (۲۸/۶٪) یا ۲۳ سال (۲۸/۶٪) سن دارند ولی در گروه باهوش بیشتر آنها (۲۸/۱٪) ۲۳ سال سن دارند و در وضعیت تأهل: بیشتر مردان و زنان هر دو گروه عادی (به ترتیب ۱۰۰٪ و ۸۹/۳٪) و گروه باهوش (به ترتیب ۹۶/۴٪ و ۸۱/۲٪) مجرد هستند.

جدول (۲) آزمون M BOX، کرویت بارتلت، ویلکز لامبدا و آزمون لوین در فرضیه یک

F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۱/۰۴۲	۱۸	۴۵۸۳۷/۲۰۹	۰/۴۰۷
$\lambda^2 = ۲۲/۵$	۵	-	۰/۰۰۰۱

آزمون چند متغیری ویلکز لامبدا	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
اثر اصلی سطح هوش	۸/۹۲۲	۳	۱۱۴	۰/۰۰۰۱
اثر اصلی جنسیت	۰/۵۱۵	۳	۱۱۴	۰/۶۷۳
اثر تعامل جنسیت سطح هوش	۱/۰۸۴	۳	۱۱۴	۰/۳۵۹

آزمون لوین	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
سلامت اجتماعی	۰/۷۵	۳	۱۱۶	۰/۵۲۵
سلامت جسمانی- روانی	۰/۴۳	۳	۱۱۶	۰/۷۳۲
سلامت عمومی	۰/۴۴	۳	۱۱۶	۰/۷۲۶

P<0/05

با توجه به جدول شماره (۲): در آزمون M BOX سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ است بنابراین مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس رعایت شده است. آزمون کرویت بارتلت با $\lambda^2 = ۲۲/۵$ با سطح معناداری کوچکتر از ۰/۰۵ بیانگر

1. Mayr

2. Awh

تناسب ماتریس کوواریانس باقیمانده با ماتریس همانند است. آزمون چند متغیری، ویلکز لامبدا اثر اصلی هوش با $F=8/92, P<0/05$ نشان داد تفاوت آماری معنادار بین گروه عادی و باهوش در ترکیب خطی متغیرهای وابسته وجود دارد. البته اثر اصلی جنسیت با $F=0/515$ و اثر تعامل جنسیت و سطح هوش با $F=1/084$ در سطح معناداری بیشتر از $0/05$ بیانگر عدم وجود تفاوت معنادار در این قسمت‌ها می‌باشد. در آزمون لوین سطح معناداری هر سه متغیر بیشتر از $0/05$ است، بنابراین مفروضه برابری واریانس رعایت شده است.

جدول (۳) آزمون M BOX، کرویت بارتلت، ویلکز لامبدا و آزمون لوین در فرضیه ۲

	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
آزمون M BOX	۱/۰۷۳	۹	۱۴۳۵۴۵/۳۸۷	۰/۳۷۹
آزمون کرویت بارتلت	$\lambda^2=24/9$	۲	-	۰/۰۰۰۱
آزمون چند متغیری ویلکز لامبدا				
اثر اصلی سطح هوش	۱۰/۷۶	۲	۱۱۵	۰/۰۰۰۱
اثر اصلی جنسیت	۰/۷۱۵	۲	۱۱۵	۰/۴۹۱
اثر تعامل جنسیت*سطح هوش	۱/۶۴	۲	۱۱۵	۰/۱۹۸
آزمون لوین				
سلامت روانی	۰/۷۵	۳	۱۱۶	۰/۵۲۵
سلامت جسمانی	۰/۱۷۹	۳	۱۱۶	۰/۹۱

$P<0/05$

با توجه به جدول (۳): در آزمون M BOX سطح معناداری بیشتر از $0/05$ است بنابراین مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس رعایت شده است. آزمون کرویت بارتلت با $\lambda^2=24/9$ با سطح معناداری کوچکتر از $0/05$ بیانگر تناسب ماتریس کوواریانس باقیمانده با ماتریس همانند است. آزمون چند متغیری، ویلکز لامبدا اثر اصلی هوش با $F=10/76, P<0/05$ نشان داد تفاوت آماری معنادار بین گروه عادی و باهوش در ترکیب خطی متغیرهای وابسته وجود دارد. اما همانطور که مشخص است اثر اصلی جنسیت با $F=0/715$ و اثر تعامل جنسیت و سطح هوش با $F=1/64$ در سطح معناداری بیشتر از $0/05$ بیانگر عدم وجود تفاوت معنادار در این قسمت‌ها می‌باشد. در آزمون لوین سطح معناداری هر دو متغیر بیشتر از $0/05$ است، بنابراین مفروضه برابری واریانس رعایت شده است.

جدول (۴) آزمون M BOX، کرویت بارتلت، ویلکز لامبدا و آزمون لوین در فرضیه ۳

	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
آزمون M BOX	۱/۲۵۴	۳۰	۳۵۷۸۰/۰۷۸	۰/۱۶
آزمون کرویت بارتلت	$\lambda^2=146/65$	۹	-	۰/۰۰۰۱
آزمون چند متغیری ویلکز لامبدا				
اثر اصلی سطح هوش	۱۰/۰۳۵	۴	۱۱۳	۰/۰۰۰۱
اثر اصلی جنسیت	۰/۷۳۲	۴	۱۱۳	۰/۵۷۲
اثر تعامل جنسیت*سطح هوش	۰/۵۲۱	۴	۱۱۳	۰/۷۲
آزمون لوین				
علائم جسمانی	۰/۳۳۱	۳	۱۱۶	۰/۸۰۳
اضطراب	۰/۵۲۱	۳	۱۱۶	۰/۶۶۹
اختلال در عملکرد	۲/۷۵۷	۳	۱۱۶	۰/۰۵
افسردگی	۰/۲۱۷	۳	۱۱۶	۰/۸۸۵

$P<0/05$

با توجه به جدول (۴): در آزمون M BOX سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ است بنابراین مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس رعایت شده است. آزمون کرویت بارتلت با $\lambda^2 = 146/65$ با سطح معناداری کوچکتر از ۰/۰۵ بیانگر تناسب ماتریس کوواریانس باقیمانده با ماتریس همانند است. آزمون چند متغیری، ویلکز لامبدا اثر اصلی هوش با $F=10/035, P<0/05$ نشان داد تفاوت آماری معنادار بین گروه عادی و باهوش در ترکیب خطی متغیرهای وابسته وجود دارد. اما همانطور که مشخص است اثر اصلی جنسیت با $F=0/732$ و اثر تعامل جنسیت و سطح هوش با $F=0/521$ در سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ بیانگر عدم وجود تفاوت معنادار در این قسمت‌ها می‌باشد. در آزمون لوین سطح معناداری هر چهار متغیر بیشتر از ۰/۰۵ است، بنابراین مفروضه برابری واریانس رعایت شده است.

جدول (۵) آزمون M BOX، کرویت بارتلت، ویلکز لامبدا و آزمون لوین در فرضیه ۴

F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۱/۰۳۲	۴۵	۳۲۲۴۷/۳۱۷	۰/۴۱۲
$\lambda^2 = 110/739$	۱۴	-	۰/۰۰۰۱
آزمون چند متغیری ویلکز لامبدا			
۲/۸۲۹	۵	۱۱۲	۰/۰۱۹
۰/۴۱۴	۵	۱۱۲	۰/۸۳۹
۰/۷۰۲	۵	۱۱۲	۰/۶۲۳
آزمون لوین			
۰/۵۲۵	۳	۱۱۶	۰/۶۶۶
۰/۴۹۶	۳	۱۱۶	۰/۶۸۶
۱/۸۸۱	۳	۱۱۶	۰/۱۳
۱/۲۳۷	۳	۱۱۶	۰/۳
۳/۵۶۶	۳	۱۱۶	۰/۰۱۶

$P<0/05$

با توجه به جدول (۵) در آزمون M BOX سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ است بنابراین مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس رعایت شده است. آزمون کرویت بارتلت با $\lambda^2 = 110/739$ با سطح معناداری کوچکتر از ۰/۰۵ بیانگر تناسب ماتریس کوواریانس باقیمانده با ماتریس همانند است. آزمون چند متغیری، ویلکز لامبدا اثر اصلی هوش با $F=2/829, P<0/05$ نشان داد تفاوت آماری معنادار بین گروه عادی و باهوش در ترکیب خطی متغیرهای وابسته وجود دارد. البته اثر اصلی جنسیت با $F=0/414$ و اثر تعامل جنسیت و سطح هوش با $F=0/702$ در سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ بیانگر عدم وجود تفاوت معنادار می‌باشد. در آزمون لوین سطح معناداری همه متغیرها به جز مشارکت اجتماعی بیشتر از ۰/۰۵ است، بنابراین مفروضه برابری واریانس رعایت شده است. اما در سایر مراحل معناداری برای متغیر مشارکت اجتماعی در صورتی پذیرفته می‌شود که سطح معناداری سخت‌تری بر آن اعمال گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

از لحاظ نظری دانشجویان قشر عظیمی از جامعه‌ی ما را تشکیل می‌دهند، از این رو توجه به سلامتی آنها باید در اولویت قرار بگیرد. بر طبق آمارهای مرکز کنترل پیشگیری از بیماری‌ها، شیوع رفتارهایی که سلامتی را به خطر می‌اندازد از جمله مصرف سیگار، تنباکو و الکل، رفتارهای پر خطر جنسی و سوء مصرف مواد در جامعه جوانان رو به تزاید است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۲). استرنبرگ (۱۹۸۶) بیان کرد که توانایی برای به کار بردن مناسب اندوخته‌های شناختی، مانند تصمیم‌گیری برای اینکه چگونه و چه وقت تکلیف مشخصی باید اجرا شود، جنبه محوری هوش را می‌سازد. سلامت روانی

از جمله مفاهیم مهم و اساسی در روان‌شناسی است. سلامت روان به معنی اجرای موفقیت آمیز عملکرد درونی است که منجر به فعالیت‌های سازنده، برقراری ارتباط با سایر افراد جامعه، توانایی تطبیق با تغییرات، یادگیری و اعتماد به نفس می‌شود (احمدی، صهبای، محمدزاده و محمودی، ۲۰۰۷). سلامت اجتماعی اساسی‌ترین جزء رفاه اجتماعی به شمار رفته و بیش از مداخلات پزشکی، به عوامل اجتماعی و اقتصادی وابسته است (رستگار و سیدان، ۱۳۹۳). سلامتی دارای ابعاد مختلف جسمی، روانی، روحی، عاطفی و اجتماعی می‌باشد که بعد بدنی و جسمانی سلامت را به علت این که دال بر عملکرد کامل اعضای بدن به صورت نرمال است را از همه آسان‌تر می‌توان درک کرد، با این وجود عوامل بسیار زیادی سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند که مهم‌ترین آن‌ها وراثت، محیط زیست، سبک زندگی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، خدمات بهداشتی-درمانی و ... می‌باشند (هابرساک و لاشین^۱، ۲۰۱۳).

در این پژوهش افراد باهوش سلامت عمومی بالاتری نسبت به افراد عادی دارند، اما این تفاوت در سلامت اجتماعی و روانی - جسمانی آنها دیده نشد، ضمن اینکه بین دو گروه دختران و پسران نیز تفاوتی در سطوح مختلف سلامت دیده نشد. این نتیجه با پژوهش‌های دینگ، لهر، روزن کویست و آدوراین - مک گوورن (۲۰۰۹)، ابوالقاسمی و جوانمیری (۱۳۹۱)، رفعتی، شمسی، پيله ورزاده و رفعتی (۲۰۱۲)، معلمی، بخشانی و رقیبی (۲۰۱۱)، هروی کریموی، رژه و شریف نیا (۱۳۹۳) هماهنگ و همسو است. افراد باهوش سلامت روانی پایین‌تری از افراد عادی داشتند، اما این تفاوت در سلامت جسمانی آنها دیده نشد، بین دو گروه دختران و پسران نیز تفاوتی در مؤلفه‌های سلامت جسمانی- روانی دیده نشد. این نتیجه با پژوهش‌های ناتالیا کی، شان و راگرز (۲۰۱۵)، علیزاده، رحیمی و همکاران، (۱۳۹۳)، آرمسترانگ و یانگ (۲۰۱۵)، فرانک و همکاران (۲۰۱۵) هماهنگ و همسو است.

افراد باهوش افسرده‌تر از افراد عادی بودند، اما این تفاوت در اضطراب، علائم جسمانی و اختلال در عملکرد آنها دیده نشد، بین دو گروه دختران و پسران نیز تفاوتی در مؤلفه‌های سلامت عمومی دیده نشد. این یافته نیز با پژوهش‌های احمدی (۱۳۹۳)، مردیت، کولس و همکاران (۲۰۱۵)، دینگ، لهر، روزن کویست و آدوراین مک گوورن (۲۰۰۹)، خسروی و چراغ ملایی (۱۳۹۱) و شهریاری، افروز، شریفی و دوایی (۱۳۹۱) هماهنگ و همسو است. افراد باهوش در دو مقیاس همبستگی اجتماعی و مشارکت اجتماعی نمرات بالاتری نسبت به دانشجویان عادی کسب کردند. بین دو گروه دختران و پسران نیز تفاوتی در مؤلفه‌های سلامت عمومی دیده نشد. این نتیجه نیز با پژوهش‌های شکیب، طهماسبی و نوروزی (۱۳۹۳)، کدخدایی و لطفی (۱۳۹۲)، شربتیان (۱۳۹۱) هماهنگ و همسو بود. در سخن پایانی می‌بایست اذعان نمود که یکی از محورهای ارزیابی سلامت، وضعیت سلامت روان افراد جامعه است که نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی آن ایفا می‌کنند. دانشجویان از اقشار مستعد برگزیده جامعه و از سازندگان فردای بهتر هر کشور می‌باشند، بنابراین سلامت روانی این قشر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. همان‌طور که مشاهده شد جنسیت در میزان سلامت عمومی، جسمانی- روانی و سلامت اجتماعی متغیری تأثیرگذاری نبود. اما نتایج نشان داد که افراد باهوش به علت باورها و حساسیت شناختی که دارند آمادگی بیشتری را برای آسیب‌پذیری روانی نشان می‌دهند. این موضوع نشان می‌دهد که برای تربیت و بالندگی نسل دانشجو تدبیر شرایط اجتماعی، سیاسی و اقتصادی امری لازم و ضروری است.

1. Habersack M, Luschin G

پیشنهادات پژوهشی

گزارش هر پژوهشی به امید ادامه یافتن راه تحقیق و پژوهش در مورد آن موضوع نگارش و به جامعه پژوهشگران ارائه می‌شود بنابراین این لازمه هر گزارش پیشنهادی است که راه را برای پژوهش‌های آتی هموار سازد. این پژوهش نیز از این امر مستثنی نبوده و پیشنهاداتی به شرح زیر ارائه می‌شود:

پیشنهاد می‌شود از آنجایی که سلامت عمومی، جسمانی- روانی و سلامت اجتماعی ریشه در کانون خانه و خانواده داشته به عواملی که می‌تواند در آینده به سلامت و عدم سلامتی کودکان دیروز و مردان و زنان امروز و فردا تسری خواهد بخشید توجه بیشتری صورت بپذیرد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی عواملی که در پژوهش حاضر از مد نظر دور مانده، توسط پژوهشگران و محققین دیگر به آنها توجه و مورد ارزیابی و سنجش قرار بگیرد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شود.

سیاسگزاری

از مدیریت و دانشجویان رشته روانشناسی دانشگاه پیام نور مرکز تهران جنوب تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

احمدی، خدابخش؛ نجاتی، وحید؛ عبدی، محمد رضا (۱۳۹۰). مقایسه سلامت عمومی و ارتباط آن با ویژگی‌های شخصیتی در نوجوانان. دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج) مرکز تحقیقات علوم رفتاری. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان. دوره ۲۱ / شماره ۸۱ / صفحات ۲۹-۳۶. تهران.

پرویزی، سرور؛ احمدی، فضل...؛ پور اسدی، حسین (۱۳۹۰). زمینه‌های اجتماعی سلامت نوجوانان: پژوهش کیفی. گروه بهداشت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران. نشریه پرستاری ایران. دوره ۲۴، شماره ۶۹. ص ۹. تهران.

پلنت، جولی (۲۰۰۷). کتاب spss. ترجمه: کاکاوند، علیرضا. (۱۳۸۹). تهران. انتشارات سرافراز.

درستی، مهین؛ عظیمی، شادی (۱۳۹۴). به کارگیری چارچوب ارزشیابی برنامه‌های سلامت اجتماع محور در پروژه ارزشیابی برنامه‌های پایگاه سلامت اجتماعی مهرتهرانپارس. فصلنامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی. سال ۱۵. شماره ۵۹. ص ۱۵۳. تهران.

رستگار، خدیجه؛ سیدان، فریبا (۱۳۹۳). سنجش رابطه بین فرهنگ شهروندی و سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی. دانشگاه الزهراء. نشریه مطالعات ملی. دوره ۱۶، شماره ۱(۱۶). ص ۸۶. تهران.

زابلی، روح اله؛ سنایی نسب، هرمز (۱۳۹۴). چالش‌ها و راه کارهای اقدام در زمینه تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت ایران یک مطالعه کیفی. فصلنامه علمی- پژوهشی آموزش بهداشت و نقش سلامت. سال ۲. شماره ۱. تهران.

سبزه آرای لنگرودی، میلاد؛ محمدی، مصطفی؛ مهری، یداله؛ طالعی، علی (۱۳۹۳). مؤلفه‌های سلامت روانی و اضطراب امتحان در دانش آموزان مدارس استعدادهای درخشان و عادی. نشریه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی (روانشناسی و علوم تربیتی). دانشگاه محقق اردبیلی. دوره ۵، شماره ۳، ص ۲. اردبیل.

شربتیان، محمدحسن (۱۳۹۱). تاملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد. فصلنامه جامعه‌شناسی مطالعات جوانان. سال ۲. شماره ۵. مشهد.

شکیب، زهره؛ طهماسبی، رحیم؛ نوروزی، آریتا (۱۳۹۳). عوامل مؤثر بر سلامت روان دختران دبیرستانی شهر بوشهر بر اساس نظریه شناخت اجتماعی (سلامت روان دانش آموزان). دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر. نشریه آموزش و بهداشت و ارتقای سلامت ایران (فارسی). دوره ۲، شماره ۲، بوشهر.

شیخ الاسلامی، فرزانه؛ ستوده ناورودی، سید امید؛ زینعلی، شینا؛ طالبی، محمود (۱۳۹۲). ارتباط باورهای مذهبی، سلامت روان، عزت نفس و خشم در افراد عادی و وابسته به مواد. سازمان بهزیستی رشت. نشریه پرستاری و مامایی جامع نگر (فصل نامه دانشکده‌های پرستاری و مامایی استان گیلان). دوره ۲۳، شماره ۲ (پی در پی ۷۰). رشت.

فلاحی خشک‌ناب، مسعود؛ رسولی، پریسا؛ نصیری، الهه، رهنما، مژگان (۱۳۹۲). بررسی وضعیت سلامت روان دانشجویان ساکن در خوابگاه‌های دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران. نشریه پژوهشی پرستاری. دوره ۸، شماره ۳ (پیاپی ۳۰). تهران.

محمدی، نورالله (۱۳۹۰). رابطه‌ی سبک‌های حل مسئله با سلامت عمومی در دانشجویان دختر دانشکده‌های مختلف شهر شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد. مجله روانشناسی. ص ۳۲۳. تهران.

میکائیلی، نیلوفر، پاک پور، فریدون و گنجی، مسعود (۱۳۹۱). مقایسه باورهای فراشناختی در دانش آموزان تیز هوش و عادی. گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی. نشریه روانشناسی مدرسه. دوره ۱، شماره ۲، صص ۱۰۶-۱۰۵. اردبیل.

هومن، حیدر علی؛ بهاری، پاشا (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ۲ هوش سیال کتل و رابطه آن با ماتریس‌های پیشرونده ریون. تحقیقات روانشناختی. دوره ۵، شماره ۱۸. تهران.

Adham D, Amiri M, Dadkhah B, Mohammadi MA, Mozaffari N, Sattari Z, et al. (2007). [Investigation of Mental Health in students of Ardabil University of Medical Sciences]. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 8(29): 229-34. [Persian].

Ahmadi Z, Sahbai F, Mohamadzadeh SH, Mahmodi M. (2007). [Comparing the mental health of nursing and non-nursing students in Islamic Azad University in Shahrod].

Artino AR, Rochelle JS, Durning S. (2010). Second-year medical students' motivational beliefs, emotions, and achievement. *Medical Education*. 44:1203- 12;10.

Asghari A, Faghehi S. (2003). Validation of the SF-36 health survey questionnaire in two Iranian samples J Daneshvar Raftar. 1:1-11. [Persian].

Berger, Hanna, Helga Franke, Gabriele, Frank-Hagen Hofmann, Sperth, Michael, Rainer Matthias Holm-Hadulla. (2015). Mental health of students and its development between 1994 and 2012. Original Research Article. *Mental Health & Prevention*, Volume 3, Issues 1-2, May 2015, Pages 48-56.

Datar, A., & Sturm, R. (2006). Childhood overweight and elementary school outcomes. *International Journal of Obesity*. 30, 1449-1460.

Eide, e.R., Showalter, M.H., Goldhaber, D. (2009). The relation between children's health and academic achievement. *Children and Youth Services Review, In Pres*.

Eric Windhorst, Allison Williams. (2015). It's like a different world": Natural places, post- secondary students, and mental health. Original Research Article. *Health & Place*, Volume 34, July. Pages 241-250.

Fukuda, Keisuke., Vogel, Edward. Mayr, Ulrich. Awh, Edward. (2010). Quantity, not quality: the relationship between fluid intelligence and working memory capacity. *Psychonomic Bulletin & Review*. Volume 17, Number 5, 673-679.

Grossman, M., & Kaestner, R. (2008). Effects of weight on children's educational achievement. *NBER Working Paper No. 13764*.

- Habersack M, Luschin G. (2013). WHO-definition of health must be enforced by national law: a debate. *BMC Med Ethics*. 14:24-8.
- Meredith E. Coles, Ariel Ravid, Brandon Gibb, Daniel George-Denn, Laura R. (2016). Bronstein, Sue McLeod. Adolescent Mental Health Literacy: Young People knowledge of Depression and Social Anxiety Disorder Original Research Article. *Journal of Adolescent Health*, Volume 58, Issue 1, January, (2016)Pages 57-62.
- Najafi M, Foladjang M. (2007). The relationship between self-efficacy and mental health among high school students. *Daneshvar Raftar*.14(22):69-82. [Persian].
- Rakhshani F, Esmaili A, Charkazi A, Haftsavar M, Shahnazi H, Jan Esmaili A. (2010). Effect of education on smoking prevention in students of Zahedan. *Journal Health System Research*.6(2):267-75. [Persian].
- Sadeghian E, Moghadari Kousha M, Gorji S. (2010). The study of mental health status in high school female students in Hamedan city. *Journal of Research Health Science*. 17(3):39-45. [Persian].
- Scott A, Wilson R. (2011). Social determinants of health among African Americans in a rural community in the Deep South: an ecological exploration. *Rural & Remote Health*; 11(1):1-12.
- Sigfúsdóttir, I.D., Kristjánsson, Á. L & Allegrante, J. P. (2007). Health behavior and academic achievement in Icelandic school children. *Health Education Research*, 22,80-70.
- Spernak, S. M., Schottenbauer, M. A., Ramey, S. L., & Ramey, C. T. (2006). Child health and academic achievement among former head start children. *Children and Youth Services Review*. 28, 1251-1261.
- Srividhya, V. (2007). Mental health and adjustment problems of students of Navodhaya, central and state schools. The master of home science in human development thesis, University of Agricultural Sciences.
- Thelwell, R.C., Lane, A.M., & Weston, N.W. (2007). Mood states, self-set goals, selfefficacy and performance in academic examinations. *Personality and Individual Differences*, 42(3), 573-583.
- Veenman M.V.J. & Verheij, J. (2005). Technical Students' Metacognitive Skills: Relating General vs. Specific Metacognitive Skills to Study Success, Learning and Individual Differences.13, 259-272.
- Whitehead M. (1992). The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*. 22(3) 429-45.
- WHO. (2014). Commission on Social Determinants of Health. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, DRAFT, April.
- Yaghubi H., Karim M., Omid A., Barouti E. (2012). Validity and Factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in University students. *Journal of Behavioral Sciences*, Vol.6. No.2, Summer 2012, pp:153-160 [text in Persian].