بررسی رابطه هوش انضباطی و هوش ترکیبی با سلامت اجتماعی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان در سال تحصیلی ۹۹-۹۸

مجله علمی پژوهش در علوم انسانی ومطالعات اجتماعی (سال ششم)
شماره ۲۲/ زمستان ۱۳۹۹ / ص ۴۹-۳۳

آذر مرادیان الوار[۱]، ابوطالب سعادتی[۲]
[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران
[۲] مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران

نویسنده مسئول:
آذر مرادیان الوار

چکیده

هدف از پژوهش حاضر به بررسی رابطه هوش انضباطی و هوش ترکیبی با سلامت اجتماعی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ می باشد . پژوهش حاضر از نظر هدف جزء تحقیقات کاربردی محسوب می شود و از لحاظ گردآوری و تجزیه و تحلیل داده ها از نوع پژوهش های توصیفی- همبستگی است . جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ به تعداد ۱۴۰۰ نفر بوده است. با توجه به جدول مورگان تعداد ۳۱۱ نفر از افراد جامعه به عنوان نمونه انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر از نوع روش نمونه گیری تصادفی ـ طبقه ای می باشد. ابزار پژوهش شامل : ۱-پرسشنامه استاندارد سنجش هوش انضباطی مایر و سالووی ۳۳ سوالی ۲-پرسشنامه هوش ترکیبی از ۳۰ ماده تشکیل می‌شود . همان‌طوری که نتایج جدول ۴-۹ نشان می‌دهد، ضریب همبستگی پیرسون محاسبه‌شده (۰/۴۹۲) در سطح خطای α=۰/۰۱ معنی‌دار است (sig<۰/۰۱)، لذا فرض H_0 رد و فرض H_1 مورد تائید قرار می‌گیرد؛ بنابراین چنین استنباط می‌شود که با اطمینان بالای ۹۹ درصد بین هوش انضباطی و هوش ترکیبی با سلامت اجتماعی رابطه مثبت (مستقیم) و معنی‌دار وجود دارد؛ یعنی با افزایش نمرات هوش انضباطی و هوش ترکیبی در بین دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان، نمرات سلامت اجتماعی آنان نیز افزایش می‌یابد. بر این اساس فرضیه فوق مورد تائید قرار می‌گیرد.

واژگان کلیدی: هوش انضباطی ، هوش ترکیبی ، سلامت اجتماعی ، دانش آموزان .

مقدمه :

مفهوم سلامت اجتماعی[1] با مفهوم سلامت روانی ارتباط تنگاتنگی دارد و بعضا افراد آین دو را یکی دانسته و به جای یکدیگر بکار می برند اما شاید زمانی که کمی دقیقتر بشویم خواهیم دریافت هرچند معنا و مفهومی که هر دو کلمه در ذهن آدمی متبادر می کنند مبحث سلامت و آن هم برای نوع بشر می باشد لذا باید دقیق تر شد و بین این دو واژه تمییز قائل شویم.

شاید بدیهی ترین تفاوتی که بتوان برای مفهوم سلامت اجتماعی و سلامت روانی در نظر گرفت مفهوم سطح باشد. مفهوم سلامت روانی در سطح خرد و فردی مطرح می باشد وکارکرد افراد را در سطح فردی تبیین می نماید و نمی توان آنرا به جامعه نسبت داد اما مبحث سلامت اجتماعی در سطح کلان با نظارت بر رفتار انسانی و اندازه گیری آیتم های سلامت در سطوح فردی، گروهی و اجتماعی مطرح می شود.

سلامت اجتماعی واژه جدیدی نیست، بلکه مفهومی است که حدود ۴۰ سال پیش در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت مورد توجه قرار گرفته است. برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ مفهوم سلامت اجتماعی با «درجه عملکرد اعضای جامعه» مترادف شد و شاخص سلامت اجتماعی شکل گرفت. کم کم با طرح پرسش هایی در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی، سلامت فردی و میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه براساس این استدلال مطرح شد که سلامت امری فراتر از بیماری و قابلیت های کارکردی فرد است.

سنجش محتوای سلامت اجتماعی ابتدا از طریق تمرکز بر «فرد» و در ارتباط با تعاملات میان فردی (مثلاً دیدار با دوستان) و مشارکت اجتماعی (مانند عضویت در گروه ها) مورد سنجش قرار گرفت و در اندازه گیری آن، ارکان عینی (مثلاً تعداد دوستان) و ذهنی (مانند کیفیت روابط دوستانه) هر دو در تعریف منظور شده بود. حوزه سلامت اجتماعی از سال های ۱۹۹۵ به بعد، علاوه بر نگرش کلی و عامی که بر کیفیت سلامت در میان تمام افراد دارد، در کشورهای صنعتی گرایش خاصی را در دوبعد سلامت روانی و نیز سلامت اجتماعی آغاز کرده است. به این ترتیب «ارتقای سلامت» در برگیرنده زمینه های اقدام اجتماعی برای توسعه سطح سلامت است. ارتقای سطح سلامت بر این اساس از دو طریق امکان پذیر است که یکی از آنها توسعه شیوه های سالم زندگی و اقدام اجتماعی برای سلامت است و دیگری ایجاد شرایطی است که زیستن در یک حیات سالم را امکان پذیر سازد. موضوع اول در برگیرنده توانمندسازی انسان ها از طریق آگاهی ها و مهارت های ضروری برای یک زندگی سالم است (آموزش مهارت های زندگی) و موضوع دوم تأثیرگذاری بر سیاست گذاران به گونه ای است که سیاست های عمومی و برنامه های حامی سلامت عمومی را در سطح جامعه پیگیری کنند که پیشگیری از انحرافات اجتماعی از گسترده ترین ارکان این بخش است.

اکنون چند سالی است که بحث هوش‌های چندگانه مطرح شده و نظر روان‌شناسان، معلمان و متخصصان علوم تربیتی را به خود جلب کرده است. از زمانی که روان‌شناس معاصر هوارد گاردنر نظریه‌ی هوش‌های چندگانه را مطرح کرد، طولی نکشید که این نظریه دنیای روان‌شناسی و علوم تربیتی را متحول کرد و به ابزاری نیرومند در دستان معلمان و دست‌اندرکاران آموزشی تبدیل شد.

پیش از این، هوش عمدتاً توانایی درک منطقی ـ ریاضی و زبانی ـ کلامی تلقی می‌شد. تصور بر این بود که هوش ثابت است و با انجام آزمون هوش قابل سنجش. گاردنر با انجام آزمایش‌های مختلف و سال‌ها تحقیق به این نتیجه رسید که هوش فراتر از این است و هشت نوع هوش یا استعداد وجود دارد.

برخی از افراد ترجیح می‌دهند نقاشی بکشند و طراحی کنند (هوش فضایی). برخی ترجیح می‌دهند دست‌ورزی کنند و فعالیت‌های حرکتی انجام دهند (هوش بدنی ـ حرکتی). برخی نسبت به ریتم و موسیقی حساس‌ترند (هوش موسیقایی). برخی با استدلال بهتر یاد می‌گیرند (هوش منطقی ـ ریاضی). برخی ترجیح می‌دهند درباره‌ی موضوعی بخوانند یا بنویسند (هوش زبانی ـ کلامی).

[1] social health

برخی با تفکر و در تنهایی بهتر یاد می‌گیرند (هوش درون‌فردی). برخی در گفت‌وگو با دیگران و انجام کارهای گروهی بهتر یاد می‌گیرند (هوش بین‌فردی). برخی نیز به طبیعت و محیط زیست علاقه مندند و طبقه بندی حیوانات و گیاهان را دوست دارند (هوش طبیعت گرا). (برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید به جدول «هوش‌های چندگانه در یک نگاه» در صفحه‌ی ماقبل پشت جلد مجله مراجعه کنید.)

نظریه‌ی هوش‌های چندگانه کاربردهای فراوانی در کلاس درس دارد که در سال‌های اخیر مورد توجه مدارس پیشرو دنیا قرار گرفته است. از نظر گاردنر، به‌دلیل تفاوت‌های فردی، توانایی‌ها و شیوه‌های یادگیری در اشخاص متفاوت است و عادلانه نیست که آموزش و ارزشیابی برای همه‌ی افراد به شیوه‌ای یکسان انجام شود. به‌راحتی و با کمی خلاقیت می‌توان از توانایی‌های متنوع دانش‌آموزان در آموزش و ارزشیابی بهره جست.

بیان مساله :

در دنیای امروز دیدگاه های سلامت چشم اندازی وسیع تر پیدا کرده و ضرورتاً به عوامل تعیین کننده غیر طبی سلامت توجه ویژه ای معطوف گشته است. هر یک از این تعیین کننده ها به خودی خود و یا از طریق تاثیر بر یکدیگر وضعیت سلامتی را به شدت تحت تاثیر قرار می دهند و سبب بروز بی عدالتی هایی در وضعیت سلامت می گردند. این تعیین کننده ها از قبیل وراثت، شیوه زندگی، محیط زیست، وضعیت اقتصادی –اجتماعی و ... بوده که تاثیر چشمگیری بر سلامت و پیامدهای آن از جمله کیفیت زندگی دارند.در واقع صحیح است که مراقبت های پزشکی می توانند باعث طول عمر و یا بهبودی از یک بیماری جدی شوند ولی آن چیزی که برای سلامت جمعیت مهم است، شرایط اجتماعی، اقتصادی است که باعث می شود مردم بیمار شوند و یا نیاز به مراقبت پزشکی داشته باشند. بدین معنا که تعیین کننده های اجتماعی سلامت [1] مانند میزان درآمد، سطح تحصیلات، شغل، تغذیه، طبقه اجتماعی بسیار بیشتر از عواملی مانند عوامل بیولوژیک سبب ابتلا به بیماری ها می شوند و در سلامت انسان نقش به سزایی دارند که اگر نادیده گرفته شوند رسیدن به اهداف سلامتی و برقراری عدالت در سلامت را محال می نمایند.

از طرفی دیگر سلامت مقوله ای است که نقش آن در ارتقای شاخص های توسعه انسانی نیز انکار ناپذیر است، لذا مبارزه با عواملی که سلامت را تحت تاثیر قرار داده و نیز سبب وجود نابرابری هایی در سلامت می گردند در حقیقت از اولویت های همه آحاد جامعه و نیز از مهمترین وظایف دولت محسوب می شود. جوامعی با میلیون ها کودک و بزرگسالی که قادر به زندگی مولد و مثمر ثمر نیستند پایدار نخواهند بود.مسائل اجتماعی و مشکلاتی نظیر فقر، بیکاری و بی سوادی، قطعا به عنوان مشکل در تمام کشورهای دنیا با ابعاد متفاوتی وجود دارند و مسلما این خواست غائی تمام دولتهاست که بتوانند راهکاری مناسب برای بر طرف کردن موانع و ایجاد رفاه ، امنیت و سلامت مردم خویش پیداکنند.

هیجانات رویدادهای درونی هستند که زیر مجموعه های روان شناختی بسیاری نظیر؛ پاسخ های زیست شناختی، شناخت ها و آگاهی‌های هشیار را هماهنگ می سازند. هنگامی که رابطه شخص با خانواده و با همه انسان ها تغییر کند، هیجانات شخص نیز، تغییر خواهند کرد.

هوش به عنوان یک مفهوم جدید از دهه ۱۹۹۰ وارد ادبیات روان شناختی شده و حاصل در هم تنیدگی دو حس هیجانی و عقلانی و رابطه متقابل عقل و احساس است.

هوش انضباطی مولفه تازه ای است که خیلی از محققان به کاربرد آن در امور مختلف علاقمندند. نظریه هوش انضباطی و دیدگاه یوسنی درباره پیش بینی عوامل موفقیت در زندگی از جمله پیشرفت تحصیلی و مقابله کارآمد با عوامل فشارزا به عنوان منشأ اختلالهای روانی فراهم می آورد، زیرا بسیاری از ویژگی های شخصیتی همچون همدردی، خودگرایی، خوش بینی، خودانگیختگی، کنترل تکانه ها، خودآگاهی و مدیریت هیجان، زمینه ساز موفقیت در عرصه های گوناگون زندگی هستند. به نظر می رسد هوش انضباطی از شخصیت و شاخص های شناختی (مثل هوشبهر) متمایز است و در پیش بینی پیامدهای واقعی و اساسی زندگی موثر باشد. به عبارت دیگر «هوش هیجانی ممکن است بهترین پیش بینی کننده موفقیت شخص در زندگی باشد» (سیاروچی و همکاران، ۲۰۰۱).

[1] Social Determinants ofHealth

افرادی که از هوش انضباطی پایینی برخوردارند قادر نیستند از سازوکارهای منسجم و منظم استفاده کنند بنابراین مستعهد ابتلاء به اختلالات اضطرابی می باشند (سیاروچی و همکاران، ۲۰۰۱). در مورد سلامت اجتماعی دیدگاه ها و تعاریف زیادی آورده شده است و عوامل زیادی در داشتن و نداشتن بهداشت و سلامت اجتماعی ذکر شده‌اند : شناخت خود و محیط، داشتن ثبات عاطفی، تسلط بر هیجان ها، پذیرش مسئولیت، توانایی گرفتن تصمیمات شخصی، داشتن توانایی رویارویی با مشکلات و استدلال ها (پورافکاری، ۱۳۷۹)، بهداشت روانی را نیز می‌توان نوعی قابلیت ارتباط هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی، حل تضادها و تمایلات شخصی به طور مناسب و منطقی داشت (گنجی، ۱۳۷۶).

از عوامل مهم در سلامت اجتماعی افراد هوش انضباطی و هوش ترکیبی می باشند. به طور کلی توانایی های هیجانی برای تشخیص پاسخ های هیجانی مناسب در مواجهه با رویدادهای روزمره، گسترش دامنه بینش و ایجاد نگرش مثبت درباره وقایع و هیجانات، نقش موثری دارند. بنابراین افرادی که توانایی، کنترل و استفاده از این توانش های هیجانی را دارند از حمایت اجتماعی، احساس رضامندی و سلامت روانی بیشتری برخوردار خواهند شد.امروزه بسیاری از پژوهشگران معتقدند که اگر فرد، از لحاظ هیجانی توانمند باشد بهتر می تواند با چالش های زندگی مواجهه شود و در نتیجه از سلامت روانی بهتری برخوردار خواهد شد (سیاروچی و همکاران، ۲۰۰۲، به نقل از نوری، ۱۳۸۳).

سلامت روانی به نحوه تفکر، احساس و عمل اشخاص بستگی دارد و به طور کلی افرادی که از سلامت روانی برخوردارند نسبت به زندگی نگرشی مثبت دارند و آماده برخورد با مشکلات زندگی هستند. در مورد خود و دیگران احساس خوبی دارند. در محیط کار و روابط‌شان مسئولیت پذیر می باشند، وقتی از سلامت روانی برخوردار باشیم انتظار بهترین چیزها را از زندگی داریم و آماده برخورد با هر حادثه‌ای هستیم، هر چه فرد بهتر بتواند خود را با محیط و مشکلات پیرامونش سازگار کند از هوش هیجانی برخوردار است. ما با آموختن ویژگی‌های سلامت روانی بهتر می توانیم به روح و روان متعادل و شاد دست پیدا کنیم و هوش هیجانی خود را ارتقاء دهیم. نظر هوش هیجانی، دیدگاه جدیدی در زمینه پیش بینی موثر بر موفقیت و همچنین پیشگیری اولیه از اختلالات روانی فراهم می‌کند که کامل کننده علوم شناختی، اعصاب و رشد کودک است (بار – ان، ۲۰۰۰). نظریه هوش هیجانی چهارچوب جدیدی از مدل پیشگیری اولیه در بهداشت روانی ارائه می کند. مفهوم هوش هیجانی را می توان در موقعیت های آموزشی مانند دبیرستان، مدارس فنی، دانشگاه ها، برای کمک به روان‌شناسان مدارس و مشاوران در شناسایی آن دسته از دانش آموزانی که نمی توانند به طور موثر با نیازهای تحصیلی‌شان که ممکن است به اخراج از مدرسه یا مشکلات هیجانی بینجامد، به کاربرد (بار – ان، ۲۰۰۰).

حمایت اجتماعی به معنای واکنش افراد نسبت به نفس وجود فرد است؛ بدون توجه به اینکه چه ویژگی‌های مثبت یا منفی‌ای وجود دارد. به عبارت دیگر افراد یک جامعه یا گروه، باید یکدیگر را تایید کنند؛ بدون در نظر گرفتن کاستی‌ها و ناتوانی‌ها یا موفقیت‌ها و توانایی‌ها. این نکته به ویژه در سنین کهنسالی اهمیت دارد. یک شخص باید در گروه خود پذیرفته شود؛ نه به خاطر اینکه پول دارد و برای دیگران خرج می‌کند بلکه به خاطر خود فرد باید مورد حمایت قرار گیرد (باوی، ۱۳۸۳). بنابراین حمایت اجتماعی از عوامل تأثیرگذار در سلامت روان می‌باشد.

امروزه این بحث وجود دارد که موفقیت به چندین نوع هوش و کنترل هیجانات بستگی دارد و توسل به هوش عمومی (شناخت) به تنهایی برای تبیین موفقیت کافی نیست و یک دلیل برای این ادعا این است که هوش هیجانی در مقایسه با سازه و بهره هوشی پیش بینی کننده بهتری برای موفقیت در زندگی اجتماعی است (گلمن، ۱۹۹۵، به نقل از پارسا، ۱۳۸۰) و پژوهشگران (برای مثال مایر و سالوی، ۲۰۰۱) بر این باورند که توانایی‌های سازنده هوش هیجانی – درک هیجانات تنظیم حالات عاطفی و استفاده از آگاهی هیجانی، سلامت روانی و انطباق شناختی مرتبط هستند. هوش هیجانی مفهومی است که ریشه در کارهای ثرندایک و گاردنر دارد (سیاروچی، ۲۰۰۳، به نقل از نوری ۱۳۸۳).

ضرورت و اهمیت پژوهش:

سلامت در ابعاد مختلف آن بر پیشگیری متمرکز است می توان انتظار داشت تقویت بعد اجتماعی سلامت در کنار سایر ابعاد آن بسترهای لازم را برای افزایش نشاط اجتماعی[۱]، وفاق اجتماعی[۲]، تعامل اجتماعی[۳]، همبستگی اجتماعی[۴]، رضایت از زندگی[۵]، مسوولیت پذیری اجتماعی[۶]، مشارکت اجتماعی[۷]، کارآمدی بیشتر[۸]، کاهش آسیب های اجتماعی و جرایم[۹]، کاهش هزینه ها[۱۰]،تقویت هویت فرهنگی[۱۱] و...را می تواند در هر جامعه ای فراهم کند. این اتفاق با استفاده از متخصصان اجتماعی از جمله مددکاران اجتماعی متعهد به مبانی فرهنگی در جامعه عملی خواهد شد و این که متخصصان سلامت جسم خود را شفا دهنده مشکلات اجتماعی ندانند. همان طور که متخصصان حوزه اجتماعی نیز نباید خود را کفیل سایر ابعاد سلامت بدانند و همه سلامت را در بعد اجتماعی آن خلاصه نکنند.

در ضمن لازم است سیاستگذاران و برنامه ریزان هر کشوری عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت را به رسمیت بشناسند. در این زمینه و حوزه ساختارهای اجتماعی بیش از ساختارهای پزشکی (جسمی) می توانند اثرگذار باشند. همچنین لزوم اطلاع رسانی در این زمینه از طریق رسانه ها و مطبوعات و همچنین آموزش مهارت های زندگی به افراد جامعه خصوصا در سنین کودکی بسیار مهم بوده و این اقدامات می تواند در بهبود سلامت اجتماعی افراد موثر باشد و سلامت اجتماعی آنان را در آینده تامین نماید.

توجه به ابعاد اجتماعی سلامت کمک خواهد کرد تا افراد از نظر اجتماعی، جامعه سالم را شکل دهند. بدون شک تقویت و توسعه شاخص های سلامت اجتماعی در هر جامعه ای کاهش بار بیماری های جسمی و روانی را به دنبال خواهد داشت. به همین دلیل مددکاران اجتماعی به دلیل چند و بین رشته ای بودن به عنوان پیشقراولان حوزه سلامت اجتماعی باید بیش از پیش احساس مسوولیت کرده و تلاش کنند جامعه از دانش این حرفه در جهت ارتقای مستمر کیفیت زندگی مردم و توسعه شاخص های سلامت اجتماعی بهره مند شود.

با این امید که در کشور در حوزه های تصمیم سازی و تصمیم گیری و در اسناد مهم کشور از جمله قوانین برنامه توسعه کشور، سلامت اجتماعی فصل مستقلی را به خود اختصاص دهد تا ان شاءالله زمینه ارتقا و بهبود شاخص های این حوزه بیش از پیش فراهم گردد و سنجش شاخص های سلامت اجتماعی در سطوح ملی، استانی و شهرستانی اجرایی و عملیاتی شود و برنامه ریزی ها و سیاستگذاری ها بر مبنای همین سنجش ها باشد تا واقع بینانه تر از قبل تصمیم گرفته شود

---

[1] Enhance the social vitality

[2] social consensus

[3] social interaction

[4] social cohesion

[5] life satisfaction

[6] social responsibility

[7] community involvement

[8] more efficient

[9] reduce the social harm and crime

[10] reduce costs

[11] strengthen the cultural identity

فراروی آن به‌دلایل مختلفی اهمیت دارد (حسینی و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۶۸). امروزه مسئلۀ سلامت اجتماعی افراد جامعه از پیش‌نیازهای اساسی توسعه و یکی از مهم‌ترین حوزه‌های مطالعاتی در کشورهای مختلف است که به‌دلیل اهمیت روزافزون آن، ابزاری کارآمد در مدیریت و برنامه‌ریزی مسائل توسعه‌ای و انسانی جوامع است. حل مسائل و مشکلات اجتماعی از دیرباز مسئلۀ مهم جامعه‌شناسان و پژوهشگران اجتماعی بوده است. بسیاری از مسائل و مشکلات اجتماعی در نحوۀ زندگی و تفکر افراد ریشه دارد که در این پژوهش سعی شده است با شناخت افراد و نحوۀ تفکرشان، میزان هوش اجتماعی آنها سنجیده شود تا میزان هوش افراد در رابطه با هوش اجتماعی و سلامت اجتماعی آنها معلوم شود. هوش به توانایی‌های فردی اطلاق می‌شود که ایجاد روابط اجتماعی مناسب را میسر می‌کند. در قدیم مفهوم هوش اجتماعی به‌عنوان مجموعه‌ای از ویژگی‌های شناختی خالص تلقی می‌شد؛ همان‌طورکه بسیاری از نظریه‌پردازان اولیۀ هوش اعلام کرده‌اند، هوش اجتماعی هیچ تفاوتی با هوش کلی ندارد. برخی دانشمندان شناخت‌نگر شک ندارند که این دو کاملاً یکسان هستند و این هوش را شیوه‌ای برای جامعه‌پذیری بیشتر معرفی می‌کنند. همچنین این هوش، ظرفیتی برای همکاری و نوع‌دوستی نتایج مطالعات سلامت اجتماعی و هوش به بهبود سبک زندگی، ارزیابی سیاست‌ها، رتبه‌بندی امکانات، تدوین استراتژی‌های مدیریت و برنامه‌ریزی شهری و انسانی کمک می‌کنند و اولویت‌بندی مسائل اجتماعی را برای برنامه‌ریزان، مدیران و مسئولان تسهیل می‌کنند. این مهم ضرورت انجام این پژوهش را موجه می‌کند. کیفیت زندگی، مهم‌ترین بحث در توسعه است؛ یعنی یکی از پیش‌نیازهای اساسی توسعه است. با این توضیح گفتنی است که اهمیت این پژوهش برای تمامی مؤسسه‌ها و نهادهایی که با مباحث توسعه در ارتباط هستند و همچنین مؤسسه‌های آموزشی و دانشگاه‌ها مفید است. بین پژوهشگران، سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان درخصوص نیاز به مطالعۀ کیفیت زندگی در نواحی مختلف، توافق عمومی وجود دارد و پروژه‌های دانشگاهی، علمی و تحقیقاتی ابزار مهمی برای رسیدن به این اهداف هستند.

اهداف پژوهش :

اهدف کلی :

بررسی رابطه هوش انضباطی و هوش ترکیبی با سلامت اجتماعی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان در سال تحصیلی ۹۹-۹۸

اهداف فرعی :

رابطه هوش انضباطی با سلامت اجتماعی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان در سال تحصیلی ۹۹-۹۸

رابطه هوش ترکیبی با سلامت اجتماعی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان در سال تحصیلی ۹۹-۹۸

رابطه هوش انضباطی با هوش ترکیبی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان در سال تحصیلی ۹۹-۹۸

فرضیه‌های تحقیق:

فرضیه کلی :

بین هوش انضباطی و هوش ترکیبی با سلامت اجتماعی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ رابطه وجود دارد .

فرضیه های فرعی :

بین هوش انضباطی با سلامت اجتماعی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ رابطه وجود دارد .

بین هوش ترکیبی با سلامت اجتماعی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ رابطه وجود دارد .

بین هوش انضباطی با هوش ترکیبی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ رابطه وجود دارد .

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نظر هدف جزء تحقیقات کاربردی محسوب می شود که هدف کشف علمی نیست بلکه آزمودن و بررسی امکان کاربرد دانش است (دلاور ، ۱۳۸۴) و از لحاظ گردآوری و تجزیه و تحلیل داده ها از نوع پژوهش های توصیفی- همبستگی است. از آنجایی که این پژوهش در صدد توصیف و تبیین بررسی رابطه هوش انضباطی و هوش ترکیبی با سلامت اجتماعی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ است. لذا از نوع تحقیقات توصیفی است. همچنین با توجه به این که رابطه بین متغیرهای هوش انضباطی و هوش ترکیبی با سلامت اجتماعی در این پژوهش مورد بررسی قرار می گیرد، روش تحقیق از نوع همبستگی است

جامعه آماری

جامعه آماری عبارت است از همه اعضای واقعی یا فرضی که علاقه مند هستیم یافته های پژوهشی را به آنها تعمیم دهیم، پس به مجموعه افرادی که دارای یک یا چند ویژگی مشترک باشند جامعه آماری گویند. در حقیقت جامعه آماری شامل همه عناصریست که موضوع یک پژوهش معین در آنها مصداق پیدا می کند و ما می توانیم بر اساس آنان استنباط کنیم (دلاور،۱۳۸۴؛ به نقل از بهنوا، ۱۳۸۸). جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ به تعداد ۱۴۰۰ نفر بوده است.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

نمونه، تعداد محدودی از آحاد جامعه آماری است که بیان کننده ویژگی های اصلی جامعه است. جانسون (۲۰۰۲) از آن جایی که حجم جامعه مورد پژوهش ۱۸۰۰ نفر می باشد با استفاده از جدول مورگان تعداد ۳۱۱ نفر از افراد جامعه به عنوان نمونه انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر از نوع روش نمونه گیری تصادفی ـ طبقه ای می باشد.

ابزار (گردآوری داده ها)تحقیق

برای اجرای هر نوع مطالعه تحقیقی، داده هایی جمع آوری می شود که استفاده از آنها فرضیه ها مورد آزمایش قرار می گیرد. برای جمع آوری داده ها ابزار و روش های متعددی وجوّد دارد. هر یک از این ابزارها برای نوع مشخصی از داده ها مناسب است (جان بست، ۱۳۹۰).ابزار به وسیله یا وسایلی اطلاق می شود که با استفاده و از طریق اجرای آنها، اطلاعات جمع آوری می شود و شامل کلیه وسایلی است که پژوهش اقتضا می کند (دلاور،۱۳۸۰). در پژوهش حاضر از سه پرسشنامه ذیل استفاده شده است :

۱-پرسشنامه استاندارد سنجش هوش انضباطی مایر و سالووی ۳۳ سوالی استفاده می شود .

۲-پرسشنامه هوش ترکیبی از ۳۰ ماده تشکیل می‌شود که برای اندازه‌گیری هوش ترکیبی کلی توسط پتریدز و فارنهام در سال ۲۰۰۴ تهیه گردید. فرم بلند این پرسشنامه ۱۵۳ سؤال دارد که این فرم کوتاه مبتنی بر سؤالات فرم بلند طراحی‌شده است. پرسشنامه حاضر دارای چهار زیرمقیاس است که عبارتند از: بهزیستی، خودکنترلی، تحریک‌پذیری و اجتماعی بودن.

۳-پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی کییز (۲۰۰۴) ۲۸ سوالی :پرسشنامه سلامت اجتماعی توسط کییز (۲۰۰۴) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۸ گویه است با یک مقیاس لیکرت پنج درجه ای (کاملا مخالف تا کاملا موافق) که هر ماده دارای ارزشی بین ۱ تا ۵ است. ، با سؤالاتی مانند: (یکی از مشکلات اساسی جامعه امروز کاهش انگیزه برای کسب تحصیل و اخذ مدرک است. احساس می کنم نظام اموزشی از کفایت لازم برای توسعه مهارت های زندگی برخوردار نمی باشد.) سلامت اجتماعی را می سنجد.

روش‌ها و ابزار تجزیه و تحلیل داده‌ها:

روش تجزیه و تحلیل داده ها به صورت توصیفی و استنباطی انجام خواهد شد . روش توصیفی ، اطلاعات و داده های خام استفاده از روشهای معین طبقه بندی شده و به صورت جداول و نمودارهای آماری نشان داده خواهد شد . در قسمت استنباطی ، از آزمون

کملوگروف – اسمیرنوف استفاده شده است با توجه به نرمال بودن داده ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شده است .

تجزیه‌وتحلیل فرضیه‌های تحقیق

ازآنجایی‌که متغیرهای موردمطالعه از توزیع نرمال برخوردار هستند، برای بررسی رابطه بین این متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده‌شده است.

فرضیه کلی

بین هوش انضباطی و هوش ترکیبی با سلامت اجتماعی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ رابطه وجود دارد .

فرض‌های آماری:

H_0: بین هوش انضباطی و هوش ترکیبی با سلامت اجتماعی رابطه وجود ندارد.

H_1: بین هوش انضباطی و هوش ترکیبی با سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.

جدول ۴-۹: ضریب همبستگی پیرسون بین هوش انضباطی و هوش ترکیبی با سلامت اجتماعی

متغیر X	متغیر Y	ضریب همبستگی پیرسون (r)	تعداد (n)	سطح معنی‌داری (sig)
هوش انضباطی و هوش ترکیبی	سلامت اجتماعی	۰/۴۹۲	۳۱۱	۰/۰۰۱

همان‌طوری که نتایج جدول ۴-۹ نشان می‌دهد، ضریب همبستگی پیرسون محاسبه‌شده (۰/۴۹۲) در سطح خطای α=۰/۰۱ معنی‌دار است (sig<۰/۰۱)، لذا فرض H_0 رد و فرضH_1 مورد تائید قرار می‌گیرد؛ بنابراین چنین استنباط می‌شود که با اطمینان بالای ۹۹ درصد بین هوش انضباطی و هوش ترکیبی با سلامت اجتماعی رابطه مثبت (مستقیم) و معنی‌دار وجود دارد؛ یعنی با افزایش نمرات هوش انضباطی و هوش ترکیبی در بین دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان، نمرات سلامت اجتماعی آنان نیز افزایش می‌یابد. بر این اساس فرضیه فوق مورد تائید قرار می‌گیرد.

فرضیه‌های جزئی

بین هوش انضباطی با سلامت اجتماعی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ رابطه وجود دارد .

فرض‌های آماری:

H_0: بین هوش انضباطی با سلامت اجتماعی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان رابطه وجود ندارد.

H_1: بین هوش انضباطی با سلامت اجتماعی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان رابطه وجود دارد.

جدول ۴-۱۰: ضریب همبستگی پیرسون بین هوش انضباطی با سلامت اجتماعی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان

متغیر X	متغیر Y	ضریب همبستگی پیرسون (r)	تعداد (n)	سطح معنی‌داری (sig)
هوش انضباطی	سلامت اجتماعی	۰/۵۳۴	۳۱۱	۰/۰۰۱

همان‌طوری که نتایج جدول ۴-۱۰ نشان می‌دهد، ضریب همبستگی پیرسون محاسبه‌شده (۰/۵۳۴) در سطح خطای α=۰/۰۱ معنی‌دار است (sig<۰/۰۱)، لذا فرض H_0 رد و فرضH_1 مورد تائید قرار می‌گیرد؛ بنابراین چنین استنباط می‌شود که با اطمینان بالای ۹۵ درصد بین هوش انضباطی با سلامت اجتماعی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان رابطه مثبت (مستقیم) و معنی‌دار وجود دارد؛ یعنی با افزایش نمرات هوش انضباطی در بین دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان، نمرات سلامت اجتماعی آنان نیز افزایش می‌یابد. بر این اساس فرضیه فوق مورد تائید قرار می‌گیرد.

فرضیه فرعی دوم :

بین هوش ترکیبی با سلامت اجتماعی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ رابطه وجود دارد .

فرض‌های آماری:

H_0: بین هوش ترکیبی با سلامت اجتماعی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان رابطه وجود ندارد.

H_1: بین هوش ترکیبی با سلامت اجتماعی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان رابطه وجود دارد.

جدول ۴-۱۱: همبستگی پیرسون بین هوش ترکیبی با سلامت اجتماعی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان

متغیر X	متغیر Y	ضریب همبستگی پیرسون (r)	تعداد (n)	سطح معنی‌داری (sig)
هوش ترکیبی	سلامت اجتماعی	۰/۵۹۷	۳۱۱	۰/۰۰۱

همان‌طوری که نتایج جدول ۴-۱۱ نشان می‌دهد، ضریب همبستگی پیرسون محاسبه‌شده (۰/۵۹۷) در سطح خطای α=۰/۰۱ معنی‌دار است (sig<۰/۰۱)، لذا فرض H_0 رد و فرضH_1 مورد تائید قرار می‌گیرد؛ بنابراین چنین استنباط می‌شود که با اطمینان بالای ۹۵ درصد بین هوش ترکیبی با سلامت اجتماعی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان رابطه مثبت (مستقیم) و معنی‌دار

وجود دارد؛ یعنی با افزایش نمرات هوش ترکیبی در بین دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان، نمرات سلامت اجتماعی آنان نیز افزایش می‌یابد. بر این اساس فرضیه فوق مورد تائید قرار می‌گیرد.

فرضیه فرعی سوم :

بین هوش انضباطی با هوش ترکیبی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ رابطه وجود دارد .

فرض‌های آماری:

H_0: بین هوش انضباطی با هوش ترکیبی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان رابطه وجود ندارد.

H_1: بین هوش انضباطی با هوش ترکیبی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان رابطه وجود دارد.

جدول ۴-۱۲: همبستگی پیرسون بین هوش انضباطی با هوش ترکیبی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان

متغیر X	متغیر Y	ضریب همبستگی پیرسون (r)	تعداد (n)	سطح معنی‌داری (sig)
هوش انضباطی	هوش ترکیبی	۰/۶۷۳	۳۱۱	۰/۰۰۱

همان‌طوری که نتایج جدول ۴-۱۲ نشان می‌دهد، ضریب همبستگی پیرسون محاسبه‌شده (۰/۶۷۳) در سطح خطای α=۰/۰۱ معنی‌دار است (sig<۰/۰۱)، لذا فرض H_0 رد و فرضH_1 مورد تائید قرار می‌گیرد؛ بنابراین چنین استنباط می‌شود که با اطمینان بالای ۹۵ درصد بین هوش انضباطی با هوش ترکیبی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان رابطه مثبت (مستقیم) و معنی‌دار وجود دارد؛ یعنی با افزایش نمرات هوش انضباطی در بین دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان، نمرات هوش ترکیبی آنان نیز افزایش می‌یابد. بر این اساس فرضیه فوق مورد تائید قرار می‌گیرد.

تحلیل رگرسیون بین هوش انضباطی و هوش ترکیبی با سلامت اجتماعی

برای پیش‌بینی بین هوش انضباطی و هوش ترکیبی با سلامت اجتماعی دانش آموزان از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام استفاده‌شده که نتایج آن در قالب جداول زیر نشان شده است.

جدول ۴-۱۳: ضریب همبستگی چندگانه و ضریب تعیین بین هوش انضباطی و هوش ترکیبی با سلامت اجتماعی

مدل (گام)	متغیرهای پیش‌بین	متغیر ملاک	ضریب همبستگی (R)	ضریب تعیین (R^2)
۱	هوش انضباطی و هوش ترکیبی	سلامت اجتماعی	۰/۵۳۴	۰/۲۸۵

بر اساس نتایج جدول ۴-۱۳، ضریب تعیین محاسبه‌شده در گام اول (R^2=۰/۲۸۵) حاکی از آن است که هوش ترکیبی حدود ۲۹ درصد واریانس نمرات سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند.

جدول ۴-۱۴: آزمون معنی‌داری مدل رگرسیونی مربوط به پیش‌بینی هوش انضباطی و هوش ترکیبی با سلامت اجتماعی

مدل(گام)	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معنی‌داری
۱	رگرسیون	/۵۶۹ ۱۳۹۵	۱	۱۳۹۵/۵۶۹	۱۲۲/۹۸۶	۰/۰۰۱
	باقیمانده	/۳۴۷ ۳۵۰۶	۳۰۹	۱۱/۳۴۷		
	کل	۴۹۰۱/۹۱۶	۳۱۰			

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از جدول ۴-۱۴ مقادیر به‌دست‌آمده برای آماره F در سطح خطای α=۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشند (sig<۰/۰۱) که نشان‌دهنده مناسب بودن مدل رگرسیونی مربوط به پیش‌بینی هوش انضباطی و هوش ترکیبی از روی سلامت اجتماعی می‌باشند.

جدول ۴-۱۵: ضرایب رگرسیونی استاندارد و آزمون معناداری مربوطه

مدل(گام)	متغیرهای پیش‌بین	ضرایب استاندارد Beta	آماره t	سطح معنی‌داری
۱	هوش ترکیبی	۰/۵۳۴	۱۱/۰۹۰	۰/۰۰۱
متغیرهای خارج‌شده	احساس همبستگی با دانش آموزان	۰/۰۰۹	۰/۱۵۱	۰/۸۸۰
	همسویی باارزش‌های مدرسه	۰/۰۵۶	۱/۱۰۹	۰/۲۶۸

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از جدول ۴-۱۵، بر اساس ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین می‌توان معادلات رگرسیونی مربوط به هوش ترکیبی دانش آموزان از روی سلامت اجتماعی را به‌صورت زیر نوشت:

(هوش ترکیبی)× ۰/۵۳۴ = سلامت اجتماعی

با توجه به معادله‌ی فوق می‌توان نتیجه گرفت که از بین هوش انضباطی و هوش ترکیبی، بعد هوش ترکیبی از قابلیت پیش‌بینی کنندگی سلامت اجتماعی دانش آموزان برخوردار است و با افزایش یک انحراف معیار تغییر در نمرات این بعد، نمرات سلامت اجتماعی دانش آموزان به‌اندازه ۰/۵۳ انحراف معیار افزایش می‌یابد.

نتیجه گیری :

فرضیه اصلی :

همان‌طوری که نتایج جدول ۴-۹ نشان می‌دهد، ضریب همبستگی پیرسون محاسبه‌شده (۰/۴۹۲) در سطح خطای α=۰/۰۱ معنی‌دار است (sig<۰/۰۱)، لذا فرض H_0 رد و فرضH_1 مورد تائید قرار می‌گیرد؛ بنابراین چنین استنباط می‌شود که با اطمینان بالای ۹۹ درصد بین هوش انضباطی و هوش ترکیبی با سلامت اجتماعی رابطه مثبت (مستقیم) و معنی‌دار وجود دارد؛ یعنی با افزایش نمرات هوش انضباطی و هوش ترکیبی در بین دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان، نمرات سلامت اجتماعی آنان نیز افزایش می‌یابد. بر این اساس فرضیه فوق مورد تائید قرار می‌گیرد.

فرضیه اول :

همان‌طوری که نتایج جدول ۴-۱۰ نشان می‌دهد، ضریب همبستگی پیرسون محاسبه‌شده (۰/۵۳۴) در سطح خطای α=۰/۰۱ معنی‌دار است (sig<۰/۰۱)، لذا فرض H_0 رد و فرضH_1 مورد تائید قرار می‌گیرد؛ بنابراین چنین استنباط می‌شود که با اطمینان بالای ۹۵ درصد بین هوش انضباطی با سلامت اجتماعی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان رابطه مثبت (مستقیم) و معنی‌دار وجود دارد؛ یعنی با افزایش نمرات هوش انضباطی در بین دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان، نمرات سلامت اجتماعی آنان نیز افزایش می‌یابد. بر این اساس فرضیه فوق مورد تائید قرار می‌گیرد.

فرضیه دوم :

همان‌طوری که نتایج جدول ۴-۱۱ نشان می‌دهد، ضریب همبستگی پیرسون محاسبه‌شده (۰/۵۹۷) در سطح خطای α=۰/۰۱ معنی‌دار است (sig<۰/۰۱)، لذا فرض H_0 رد و فرضH_1 مورد تائید قرار می‌گیرد؛ بنابراین چنین استنباط می‌شود که با اطمینان بالای ۹۵ درصد بین هوش ترکیبی با سلامت اجتماعی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان رابطه مثبت (مستقیم) و معنی‌دار وجود دارد؛ یعنی با افزایش نمرات هوش ترکیبی در بین دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان، نمرات سلامت اجتماعی آنان نیز افزایش می‌یابد. بر این اساس فرضیه فوق مورد تائید قرار می‌گیرد.

فرضیه سوم :

همان‌طوری که نتایج جدول ۴-۱۲ نشان می‌دهد، ضریب همبستگی پیرسون محاسبه‌شده (۰/۶۷۳) در سطح خطای α=۰/۰۱ معنی‌دار است (sig<۰/۰۱)، لذا فرض H_0 رد و فرضH_1 مورد تائید قرار می‌گیرد؛ بنابراین چنین استنباط می‌شود که با اطمینان بالای ۹۵ درصد بین هوش انضباطی با هوش ترکیبی دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان رابطه مثبت (مستقیم) و معنی‌دار وجود دارد؛ یعنی با افزایش نمرات هوش انضباطی در بین دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان دلفان، نمرات هوش ترکیبی آنان نیز افزایش می‌یابد. بر این اساس فرضیه فوق مورد تائید قرار می‌گیرد.

پیشنهادات

۱- پیشنهاد می شود که اجرای این تحقیق در سایر استان ها و شهر های کشور و مقایسه نتایج حاصل با یکدیگر صورت پذیرد.

۲- پیشنهاد می شود اجرای این تحقیق با دامنه سنی و طبقاتی گسترده تر به منظور مطالعه تاثیر متغیرهای دیگر بر سلامت اجتماعی و هوش در کشور انجام گیرد.

۳- توجه بیشتر مسئولین آموزشی در جهت آموزش مهارت های زندگی در سنین پایین و توجه به رویکرد پیشگیری سطح اول(اطلاع رسانی) در زمینه حوزه سلامت با تاکید بر سلامت اجتماعی و سلامت روانی برای داشتن شهروندانی با سلامت اجتماعی بالا و بالطبع جامعه ای سالمتر.

۴- توجه بیشتر به مبحث سلامت اجتماعی و انجام تحقیقات و یا تالیف و ترجمه کتب مربوط به این حوزه به زبان فارسی توسط اساتید علوم اجتماعی.

منابع :

منابع فارسی:

البرزی، ش. و البرزی، م. (۱۳۸۵). « بررسی رابطهٔ خودمختاری و کیفیت زندگی در دانشجویان استعدادهای درخشان دانشگاه-های شیراز»، فصلنامهٔ روان‌شناسی ۳۹، سال دهم، ش۳، ص ۳۲۲.

بهمنی، ب. (۱۳۸۰). بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی و رابطهٔ آن با متغیرهای نگرش دینی، عملکرد تحصیلی و وضعیت اقتصادی اجتماعی، گزارش طرح پژوهشی.

بوزان، ت. (۱۳۸۳). قدرت هوش اجتماعی، ترجمهٔ: مینویی، س.، تهران: نشر جیحون.

جاجرمی، ک. و کلته، ا. (۱۳۸۵). «سنجش وضعیت شاخص‌های کیفیت زندگی در شهر ازنظر شهروندان، مطالعهٔ موردی گند قابوس»، مجلهٔ جغرافیا و توسعه. ش ۸، ص۱۸-۵.

چلبی، م. (۱۳۸۹). جامعه‌شناسی نظم: تشریح و تحلیل نظری نظم اجتماعی، تهران: نشر نی، چاپ پنجم.

چناری، ر. (۱۳۸۷). بررسی رابطهٔ میان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، راهبردهای مقابله‌ای و احساس تنهایی در دانشجویان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس تهران.

حسینی، م.س.؛ نادریان، م.؛ همایی، ر. و موسوی، ز. (۱۳۸۸). «رابطهٔ بین کیفیت زندگی کاری و تعهد سازمانی کارکنان اداره کل تربیت بدنی استان اصفهان»، فصلنامهٔ مدیریت ورزشی، ش۲، ص ۱۸۱-۱۶۷.

ربانی‌خوراسگانی، ع. و کیانپور، م. (۱۳۸۶). «مدل پیشنهادی برای سنجش کیفیت زندگی: مطالعه موردی اصفهان»، مجلهٔ دانشکده ادبیات و علوم انسانی، ش ۵۸، ص ۱۰۸-۶۷.

رضوانی، م.ر. و منصوریان، ح. (۱۳۸۷). «سنجش کیفیت زندگی: بررسی مفاهیم، شاخص‌ها و مدل‌ها و ارائهٔ مدل پیشنهادی برای نواحی روستایی»، فصلنامهٔ روستا و توسعه، س۱۱، ش۳، ص۶۰-۳۵.

رضوانی، م.ر.؛ شکیبا، ع.ر. و منصوریان، ح. (۱۳۸۷). «ارزیابی کیفیت زندگی در نواحی روستایی»، فصلنامهٔ رفاه اجتماعی، سال هشتم، ش۳۰و۳۱، ص ۱۱۰-۸۷.

زنجانی‌طبسی، ر. (۱۳۸۳). ساخت و هنجاریابی مقدماتی آزمون بهزیستی روان‌شناختی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه تهران.

سلیم‌زاده، ح.؛ افتخار، ح.؛ پوررضا، ا. و مقیم‌بیگی، ع. (۱۳۸۶). «اشتغال مجدد بازنشستگان و شاخص‌های کیفیت زندگی»، فصلنامهٔ رفاه اجتماعی، س ۷، ش ۲۶، ص۳۰۰-۲۸۷.

صدیقی اورعی، غ.ر. (۱۳۷۴). جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی جوانان، مشهد: انتشارات جهاد دانشگاهی.

عبدالله‌تبار، ه.؛ کلدی، ع.ر.؛ محققی کمال، ح.؛ ستاره فروزان، آ. و صالحی، م. (۱۳۸۷). «بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان»، فصلنامهٔ رفاه اجتماعی، ش۳۰ و ۳۱، ص۱۹۰-۱۷۱.

غفاری، غ.ر. و امیدی، ر. (۱۳۸۷). «کیفیت زندگی در برنامه‌های عمرانی و توسعهٔ ایران»، فصلنامهٔ رفاه اجتماعی، س ۸، ش۳۰و۳۱، ص ۳۳-۹.

کوئن، ب. (۱۳۸۹). مبانی جامعه‌شناسی، ترجمه و اقتباس: توسلی، غ.ع. و فاضل، ر.، تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت). مرکز تحقیق و توسعهٔ علوم انسانی، چاپ بیست و چهارم.

گروسی، س. و نقوی، ع. (۱۳۸۷). «سرمایهٔ اجتماعی و کیفیت زندگی در شهر کرمان»، فصلنامهٔ رفاه اجتماعی، س ۸، ش۳۰ و ۳۱، ص ۸۲-۶۱.

گلمن، د. (۱۳۸۴). «آیا شما هوش اجتماعی دارید؟»، ترجمهٔ: بلوچ، ح.ر.، نشریه روان‌شناسی جامعه، ش ۱، ص۱-۳.

موحدی، ا. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر میزان کیفیت زندگی کارکنان بانک ملی ایران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

میرشمسی، ف. (۱۳۸۸). بررسی رابطهٔ هوش معنوی با کیفیت زندگی دانشجویان فنی - مهندسی دانشگاه‌های دولتی و آزاد یزد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، استاد راهنما، فرامرز سهرابی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

-کیانی، مژده، کاربرد کامپیوتر در علوم اجتماعی، تهران: دانشگاه پیام نور، ۱۳۸۵.

-ترز ال، بیکر، روش تحقیق نظری در علوم اجتماعی، نایبی، هوشنگ، تهران: دانشگاه پیام نور، ۱۳۸۳.

-احمد وند، محمد علی، بهداشت روانی، تهران: دانشگاه پیام نور، ۱۳۸۲.

-حسن زاده، رمضان و مداح، محمد تقی، روشهای آماری در علوم رفتاری (آمار توصیفی و آمار استنباطی) تهران: نشر ویرایش، ۱۳۸۸.

- ویلکینسون ،ریچارد و ماروت ،مایکل، مولفه های اجتماعی سلامت، ترجمه علی منتظری، وزیری ،تهران :۱۳۸۷ .

-ریتزر، جورج، نظریه جامعه شناسی در دوران معاصر، ترجمه محسن ثلاثی، تهران: علمی، ۱۳۷۴.

-گیدنز، آنتونی با همکاری کارن برد سال، جامعه شناسی، ترجمه حسن چاوشیان، تهران: نشر نی، ۱۳۸۶.

-کسل، فیلیپ، چکیده آثار آنتونی گیدنز، ترجمهٔ حسن چاوشیان ،تهران: انتشارات ققنوس ۱۳۸۳.

-هیئت مولفان، روانشناسی عمومی، تهران: دانشگاه پیام نور، ۱۳۸۶.

- میلانی فر، بهروز، بهداشت روانی،تهران: نشر قومس،۱۳۸۲.

-- هرشن سن،دیویدپاور،پال دبلیو، مشاوره بهداشت روانی:نظریه وعمل،ترجمه منشی طوسی محمد تقی،مشهد،انتشارات آستان قدس رضوی ۱۹۸۸.

دکتر لطیفی، غلامرضا و موحدی، امین، بررسی رابطه ی بین سلامت اجتماعی و شاخص های آن برمیزان کیفیت زندگی بر روی کارکنان بانک ملی شهر تهران ۱۳۹۰.

-عبدالله تبار درزی، هادی، بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغییر های دموگرافیک اجتماعی ودانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران:۱۳۸۶.

- محمد نبی، مریم، سلامت اجتماعی و قلمرو آن، موسسه تحقیقات بهبود زندگی زنان، ۱۳۸۹.

- فدایی مهربانی، مهدی فصل نامه پژوهش و سنجش ۱۳۸۶ شماره ۴۹، بهار

-فدایی، مهدی، در جست و جوی زبان: نقدی بر اتیمولوژی احمد فردید، ماهنامهٔ خردنامه همشهری، سال (۲)، شماره(۱۶)، تیرماه ۱۳۸۶

منابع لاتین

- Adler. A. (1926). The Neurotic Constitution. New york Dood mead.

-keyes, c.m. & Shapiro, A 2004 ; The mac arthur fundation's successful midlife national study.

- Corsini. R.(1973). Current Psychotheraphes. Peacock Pubilshers. Inc Itasaca. Lllonnis.

- Corson. V.(1999)Bermer.A.Elizabeth.N.Mental Health Nursing. Sau Nders Compaany.

- Ellis. A. doubson. (1988) How to live with and without anger New york: Reasers Digestpress.

-Lee , W , Proposition and tourism in South East Asia , in Reddift , N. and Sinclair , T. M (eds) , Working women: International perspectives on labour and gender ideology , London: Routledge , ۱۹۹۱.

-Sklair , L , Sociology of the global system , Hemel hempstead: Harvester wheatsheaf , ۱۹۹۱.