

رابطه آموزش مهارت‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی دانش‌آموزان دختر مقطع اول دبیرستان منطقه ۱۹ تهران

حسین یحیی زاده* ، زلیخا عربگری**

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۴/۹

چکیده

مقاله حاضر با عنوان "رابطه آموزش مهارت‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی دانش‌آموزان دختر مقطع اول دبیرستان منطقه ۱۹ تهران" بمنظور نشان دادن تأثیر نقش مددکار اجتماعی از طریق آموزش مهارت‌های اجتماعی در ارتقا میزان سلامت اجتماعی دانش‌آموزان انجام پذیرفته است. روش تحقیق این مطالعه آزمایشی می‌باشد و برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی کینز استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از ۴۵۰ دانش‌آموزان دختر مقطع اول دبیرستان منطقه ۱۹ تهران در سال ۱۳۹۲ در ۲ مدرسه بوده است. یکی از مدارس بعنوان گروه آزمایش (با تعداد ۳۶۶ نفر) و مدرسه دیگر بعنوان گروه کنترل (با تعداد ۸۴ نفر) در نظر

Hossein_yah@yahoo.co.uk

* استادیار مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.

** کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول).

zoleikha_arabkari@yahoo.com

گرفته شد. در مرحله پیش‌آزمون با استفاده از پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز میزان سلامت اجتماعی کلیه دانش‌آموزان جامعه آماری مورد بررسی قرار گرفت و براساس نرم افزار SPSS مشخص گردید که ۱۵ نفر از گروه کنترل و ۶۰ نفر از گروه آزمایش در سطح سلامت اجتماعی پایین (نمره ۷۷ تا ۳۳) قرار داشتند. در جهت ایجاد همسان‌سازی بین دو گروه، ۱۵ نفر از ۶۰ نفر گروه آزمایش که از نظر ویژگی‌های زمینه‌ای در سطح یکسان بودند، انتخاب شدند و به مدت ۱۰ جلسه تحت آموزش مهارت‌های اجتماعی قرار گرفتند. پس از اتمام دوره آموزش، در مرحله پس‌آزمون برای بررسی نقش آموزش مهارت‌های اجتماعی در ارتقا میزان سلامت اجتماعی دانش‌آموزان، از هر دو گروه درخواست تکمیل دوباره پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز شد. نتایج بدست آمده براساس آزمون T مستقل مشخص نمود که آموزش مهارت‌های اجتماعی سبب ارتقا میزان سلامت اجتماعی دانش‌آموزان شده است.

واژه‌های کلیدی: سلامت اجتماعی، مددکاری اجتماعی مدرسه، مهارت‌های اجتماعی.

طرح مسئله

سلامت فرد، پایه و بنیان سلامت جامعه است. سلامت^۱ موضوعی مطرح در همه فرهنگ‌هاست و تعریف آن در هر جامعه‌ای تا اندازه‌ای به حس مشترک مردمان از سلامت و فرهنگ آن‌ها باز می‌گردد (سجادی و همکار، ۱۳۸۴: ۲۴۴). ولی متأسفانه بیشتر بر جنبه جسمانی سلامت تأکید می‌شود، در صورتی که رشد و تعالی جامعه در گرو سلامتی افراد جامعه در تمامی ابعاد جسمی، روانی، معنوی، اجتماعی و... می‌باشد. واقعیت تحولات اجتماعی گویای آن است که چهره بیماری‌ها و اختلالات در حال دگرگونی است به نحوی که تا سال ۲۰۲۰ در همه جهان منشاء برهم زننده سلامت،

رابطه آموزش مهارت‌های اجتماعی و سلامت ... ۱۳۳

اختلالات و بیماری‌های روانی، رفتاری و اجتماعی خواهد بود (مرندی، ۱۳۸۵: ۲۰). بنابراین سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمی و روانی یکی از ارکان تشکیل دهنده سلامت می‌باشد.

همانطور که کیز^۱ (۱۹۹۸) معتقد است سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهند که چگونه و در چه درجه‌ای افراد در زندگی خود، خوب عمل می‌کنند. براساس دیدگاه کیز^۵ بعد و شاخص اساسی برای سلامت اجتماعی پیشنهاد شده است: ۱- شکوفایی اجتماعی^۲ ۲- همبستگی اجتماعی^۳ ۳- مشارکت اجتماعی^۴ ۴- انسجام اجتماعی^۵ ۵- پذیرش اجتماعی^۶. بدین ترتیب سلامت اجتماعی یکی از مسائل مهم در تمامی کشورها است که در این زمینه پژوهش‌های بسیاری صورت پذیرفته که میزان سلامت اجتماعی افراد را در سنین مختلف مورد بررسی قرار می‌دهند. در بین گستره و قشرهای مختلف جامعه سلامت نوجوانان یک اولویت اساسی است. زیرا این دوره، دوره‌هایی از وابستگی‌های کودکان به والدین و بزرگسالان و دستیابی به استقلال و خودکفایی در عرصه‌های گوناگون است. در دوره نوجوانی علاوه بر تأکید بر رشد شخصیت و اخلاق باید به مسائل مهمی همچون تحصیلات، اشتغال، آموزش مهارت‌های اجتماعی و جامعه‌پذیری توجه نمود. در دوره نوجوانی به دلیل بروز تغییرات جسمانی، روانی، عاطفی و رفتاری، در صورت بی‌توجهی و عدم تعامل مناسب والدین با آن‌ها مشکلاتی همانند افسردگی، بزهکاری، اعتیاد، خودکشی و انواع اختلالات رفتاری، جسمانی، شخصیتی و روانی

۱. Keyes

۲. Social Actualization

۳. Social Coherence

۴. Social Contribution

۵. Social Integration

۶. Social Acceptance

بروز می‌کند. در تحقیقی معصومه فارسی‌نژاد (۱۳۸۳) نتیجه می‌گیرد که نوجوانان از میزان سلامت اجتماعی پایینی برخوردارند که وی علت آن را در عدم مشارکت نوجوانان در فعالیت‌های اجتماعی و محدود بودن شرایط و فضا برای عملکرد اجتماعی در این سن اعلام می‌کند. از جمله مؤلفه‌های سلامت اجتماعی، مشارکت اجتماعی است که برای ارتقا این مؤلفه می‌توان به نقش آموزش مهارت‌های اجتماعی توجه شایانی نمود. با توجه به افزایش نرخ بزهکاری و آسیب‌های اجتماعی در جامعه، جامعه از مسیر رشد و ترقی دور خواهد ماند. بدین‌منظور آینده نوجوانان به نحوه عملکرد بزرگسالان و نهادهای اجتماعی همچون خانواده، مدرسه، نهادهای مذهبی، دولت و رسانه‌های جمعی در جهت ایجاد شایستگی و ارتقا مهارت‌های اجتماعی و رشد شخصی و اجتماعی آنان بستگی دارد. در صورتی که نهادهای اجتماعی جامعه همانند نهاد خانواده کارکردهای اصلی خود همچون اجتماعی‌کردن و تعلیم و تربیت صحیح فرزندان را بدرستی انجام ندهد، روبرو شدن با مسائلی همچون بزهکاری، خودکشی، ترک تحصیل، فرار از منزل و مدرسه، پرخاشگری، روسپیگری، اعتیاد و... دور از ذهن نیست.

عمده‌ترین مشکلاتی که مسئولین در مدارس با آن مواجه‌اند افت تحصیلی، ترک تحصیل، فرار از مدرسه، ایدز، سوء مصرف مواد مخدر، بارداری نامشروع، خودکشی، احساس تنهایی، اعتیاد والدین، طلاق و جدایی والدین (که بر نرخ افت تحصیلی و ترک تحصیل دانش‌آموزان تأثیر می‌گذارد)، مشکلات اقتصادی، بی‌نظمی و اغتشاش در مدرسه، خشونت، افسردگی، بزهکاری، هم‌جنس‌گرایی و انزوای اجتماعی می‌باشد. در این میان از جمله متخصصانی که در مدارس می‌توانند با ایفای نقش‌های مختلف خود سبب حل مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی، ارتقا سلامت اجتماعی، شادابی و نشاط در جامعه و کاهش آسیب‌های اجتماعی و ارتقاء کیفیت تحصیلی دانش‌آموزان شوند، مددکاران اجتماعی می‌باشند. مددکاران اجتماعی در مدارس با ایفای نقش‌های مختلفی همچون مشاور، آموزش دهنده، ارتباط دهنده، ارجاع دهنده، آگاهی دهنده و

ارزیابی کننده، زمینه را برای رشد همه جانبه و هماهنگ نوجوانان فراهم می‌نمایند که سبب شکل‌گیری هویت منسجم و مستقل در دانش‌آموزان می‌شود. مددکاران اجتماعی در نقش آموزش‌دهنده از طریق آموزش مهارت‌های اجتماعی به دانش‌آموزان سبب کاهش معضلات و آسیب‌های اجتماعی و ارتقا کیفیت زندگی و تحصیلی آن‌ها می‌شوند. مهارت‌های اجتماعی در کشورهای مختلف با اسامی گوناگون همچون آموزش مبتنی بر مهارت‌های زندگی، آموزش سلامت مهارت محور، آموزش سلامت و زندگی خانوادگی، شناخته شده است. طی پژوهش‌های انجام شده، پیش‌بینی شده بود که تا سال ۲۰۱۰ تعداد ۹۵٪ از نوجوانان و جوانان ۲۵ تا ۱۵ ساله در سراسر جهان از آموزش مهارت‌های زندگی برخوردار شده و احتمال ابتلا آنان به بیماری‌های رفتاری از قبیل اعتیاد، ایدز، هیپاتیت B و C و بیماری‌های آمیزشی کاهش می‌یابد.

بررسی‌های گوناگون و مطالعات علمی در سراسر جهان نشان‌دهنده نقش مهم کمبود مهارت‌های مقابله‌ای در گرایش به مصرف مواد اعتیادآور است. در واقع بسیاری از افراد به ویژه نوجوانان پس از قرار گرفتن در موقعیت‌های دشوار (شکست تحصیلی و ناکامی تحصیلی، شغلی، کمبود محبت، احترام و امنیت در خانواده و...) به دلیل عدم آشنایی با مهارت‌های مقابله با فشار روانی و هیجانات منفی و مهارت‌های مربوط به ارتباط و روابط بین فردی و حل مسئله، به اشتباه برای تسکین هیجانات منفی خود به مصرف مواد اعتیادآور روی می‌آورند. بنابراین آموزش مهارت‌های زندگی به ویژه در نوجوانی و اوایل جوانی می‌تواند نقش تعیین‌کننده در کاهش گرایش به مصرف مواد مخدر ایفا نماید (پورجعفر، ۱۳۸۸). پژوهش حاضر در جهت پاسخگویی به این پرسش‌هاست که نقش‌های مددکاران اجتماعی در مدارس کدامند؟ و آیا مددکاران اجتماعی با ایفای نقش‌های خود در مدارس همچون نقش آموزش‌دهنده (آموزش مهارت‌های اجتماعی) می‌توانند سبب ارتقا میزان سلامت اجتماعی دانش‌آموزان شوند؟ و آیا آموزش مهارت‌های اجتماعی در ارتقا میزان سلامت اجتماعی دانش‌آموزان می‌تواند تأثیرگذار باشد؟

پیشینه تحقیق

مک آرتور^۱ در سال ۱۹۹۵ مطالعه‌ای را جهت بررسی اپیدمیولوژی سلامت اجتماعی در ایالت متحده انجام داد. این مطالعه به جهت دستیابی به میزان شیوع سلامت اجتماعی سطح بالا و پایین و چگونگی توزیع سلامت اجتماعی در جمعیت با توجه به متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی بود. نتایج نشان داد که تقریباً ۴۰ درصد افراد بزرگسال سنین ۷۴-۲۵ سال در ۳ مقیاس سلامت اجتماعی دارای نمره بالا بودند. اما ۶۰ درصد افراد بزرگسال در هیچ یک از مقیاس‌های سلامت اجتماعی نمره بالا کسب نکرده‌اند. همچنین ۱۰ درصد افراد در ۳ و بیشتر از ۳ مقیاس سلامت اجتماعی نمره بالا به خود اختصاص دادند. داده‌ها نشان داد که اکثریت افراد بزرگسال ایالات متحده، سلامت اجتماعی سطح متوسط تا بالا دارند، اما نسبت قابل توجهی از جمعیت، سلامت اجتماعی بسیار پایینی داشتند که از نظر شاخص‌های اجتماعی می‌توان آن را به عنوان یک ناسالمی اجتماعی در نظر گرفت (تبادرزی، ۱۳۸۵: ۳۸).

کییز (۱۹۹۸) جهت بررسی روایی ساختاری ابعاد مقیاس سلامت اجتماعی با استفاده از اندازه‌های مربوط به نشانه‌های افسردگی، اضطراب، سلامت عمومی، شادی، رضایت، سلامت جسمانی و میزان خوش بینی، به مطالعه روی آن دو نمونه وسیع در آمریکا پرداخت که در هر دو نمونه وی با استفاده از تحلیل عامل نشان داد که نظریه ۵ عاملی وی مناسب‌ترین مدل برای سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد بهداشت روانی است و به علاوه عناصر سلامت اجتماعی و روانی به طور تجربی از هم متمایز هستند. درحالی که جامعه‌شناسان سلامت اجتماعی را با مفاهیم از خود بیگانگی و ناهنجاری اجتماعی (در مدل بیماری محور) معادل دانسته‌اند، کییز در تحقیق خود نشان داد که ناهنجاری اجتماعی تنها با دو عامل از ۵ عامل سلامت اجتماعی ارتباط معناداری

۱. Mack Artore

دارد (۵۵٪ با شکوفایی اجتماعی^۱ و ۴۹٪ با پذیرش اجتماعی^۲). در مطالعه روی یکی از نمونه‌ها، نتایج زیر به دست آمد: بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع پسند و مسئولیت‌پذیری زندگی اجتماعی رابطه مثبت زیادی مشاهده شد. همچنین سطوح سلامت اجتماعی به خصوص انسجام اجتماعی^۳ و مشارکت اجتماعی^۴ در افرادی که با اطرافیان خود برای حل مسائل و مشکلات همکاری و همفکری می‌کردند در مقایسه با افرادی که با اطرافیان خود ارتباط نداشتند میزان بالاتری داشت. درحالی که مشخص نیست سلامت اجتماعی معلول یا علت مسئولیت‌پذیری در برابر زندگی اجتماعی است اما به طور واضحی با جایگاه اجتماعی و رضایت از زندگی اجتماعی رابطه دارد. درحالی که مشخص نیست سلامت اجتماعی معلول یا علت مسئولیت‌پذیری در برابر زندگی اجتماعی است اما به طور واضحی با جایگاه اجتماعی و رضایت از زندگی اجتماعی رابطه دارد (سام آرام، ۱۳۹۱: ۲۶).

رضا ارفعی (۱۳۸۸) در پایان نامه کارشناسی ارشد خود با عنوان بررسی رابطه نحوه گذراندن اوقات فراغت و سلامت اجتماعی در بین جوانان ۲۹ تا ۱۵ سال شهرستان بستان آباد به بررسی دیدگاه افراد نسبت به سلامت اجتماعی پرداخته است. اصلی‌ترین هدف این پژوهش بررسی رابطه نحوه گذراندن اوقات فراغت و میزان رضایت از آن با شکل‌گیری ذهنیت و دیدگاه افراد جامعه درباره آینده جامعه، میزان دلستگی افراد جامعه نسبت به آن، میزان احساس مسئولیتی که نسبت به جامعه دارند و همچنین میزان مقبولیت جامعه با همه کم و کاستی‌های آن و انطباقی که افراد با آن دارند، به بیان دیگر نوع نگاه افراد نسبت به جامعه و سلامت اجتماعی بوده است. این

۱. Social Actualization

۲. Social Acceptance

۳. Social Integration

۴. Social Contribution

پژوهش بر آن است تا بیان کند که اوقات فراغت و شکل‌های گوناگون گذراندن آن به عنوان یکی از عوامل اجتماعی و فرهنگی و حتی اقتصادی می‌تواند در شکل‌گیری سلامت اجتماعی و نوع نگاه و دیدگاه افراد نسبت به جامعه مؤثر باشد. نتیجه حاصل شده نشان می‌دهد که رابطه بین میزان رضایت از اوقات فراغت و سلامت اجتماعی در جامعه مورد بررسی معنادار بوده و رابطه مثبتی را بین این دو متغیر نشان می‌دهد. مشارکت فعالانه در فعالیت‌های فراغتی و رضایت از فراغت، با سلامت فیزیکی، روانی و اجتماعی در ارتباط است و وجود رابطه معنادار بین گذراندن اوقات فراغت از طریق فعالیت‌های اجتماعی و عملی - جسمانی و سلامت اجتماعی را نشان می‌دهند.

پریسا حاتمی (۱۳۸۹) در پایان نامه کارشناسی ارشد خود با عنوان بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی، به بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان پرداخت. در این مطالعه ۳۸۳ نفر از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی مورد بررسی قرار گرفتند که ۲۶۴ نفر دختر و ۱۱۹ نفر پسر بودند. جامعه آماری این پژوهش، تمام دانشجویانی هستند که در نیمسال دوم سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ در دانشگاه ثبت نام نموده‌اند که از تعداد کل دانشجویان ۳۸۳ نفر از آن‌ها مورد مطالعه قرار گرفتند. براساس نتایج بدست آمده ۱۵/۴ درصد از دانشجویان میزان سلامت اجتماعی خود را پایین، ۶۶/۶ درصد متوسط و ۱۸/۰ درصد در سطح سلامت اجتماعی بالایی قرار داشتند. یافته‌های پژوهش نشان داد که بیشترین سطح فراوانی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان، در سطح متوسطی می‌باشد که بین سطح پایگاه اقتصادی - اجتماعی دانشجویان با سطح سلامت اجتماعی آنان رابطه وجود دارد. این یافته تئوری‌های موجود در خصوص ارتباط پایگاه اقتصادی - اجتماعی با سلامت اجتماعی را تأیید می‌کند بدین معنی که هرچه پایگاه اقتصادی - اجتماعی در سطح بالاتری قرار بگیرد، سلامت اجتماعی فرد نیز بالا می‌رود و همچنین ارتباط مستقیمی بین سطح شبکه‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی افراد وجود دارد. وجود رابطه بین سطح حمایت اجتماعی دریافتی از شبکه‌های اجتماعی و میزان ارتباط

شبکه‌ای دانشجویان با سطح سلامت اجتماعی آنان به اثبات رسید. ارتباطات میان فردی مثبت برای سلامت افراد ضروری است. بنابراین فرد دارای مهارت ارتباطی بالا با ایجاد رابطه‌ای سالم و سازنده با سایرین به سلامت اجتماعی بالاتری دست می‌یابد.

مبانی نظری

با توجه به موضوع سلامت اجتماعی و آسیب‌هایی که در دوره نوجوانی در کمین دانش‌آموزان قرار دارد رویکردهای متفاوتی برای تبیین وجود دارد. از رویکردهای روانشناختی که با روان انسان سروکار دارد و جامعه‌شناسی که بر محیط اجتماعی، نقش همسالان، مدرسه و خانواده تأکید دارد و رویکرد مددکاری اجتماعی که بر ۳ سطح فرد، خانواده و جامعه فعالیت می‌کند، استفاده می‌شود. در این قسمت، از نظریه‌های جامعه‌شناسی همچون انتقال فرهنگی، برجسب، و نظرات کنت و دورکیم در زمینه نقش مدرسه در اجتماعی کردن دانش‌آموزان، نظریه‌های روانشناسی همانند یادگیری اجتماعی آلبرت بندورا و شرطی‌سازی پاولف و نظریه‌های سلامت اجتماعی از جمله اکولوژی و دیدگاه سلامت اجتماعی کیز و در نهایت از نظریه‌های مددکاری اجتماعی همچون نظریه‌های سیستمی و توانمندسازی استفاده می‌شود.

نظریه‌های سلامت اجتماعی

کیز در سال ۱۹۹۸ بیان کرد که حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت، پاسخ به این سؤال است: آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد؟ کیز مفهوم سلامت اجتماعی را به صورت زیر تعریف می‌کند: سلامت اجتماعی عبارت است از چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع. فرد سالم از نظر اجتماعی، اجتماع را بصورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس می‌کند که به جامعه

تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است. همانطور که از تعاریف بالا می‌توان فهمید، بین مفهوم سلامت روانی و سلامت اجتماعی فاصله نزدیکی وجود دارد (سام آرام، ۱۳۹۱: ۱۰).

رویکرد اکولوژی بیشتر به بررسی تأثیر ارتباط موجود زنده و محیط می‌پردازد و بتدریج این اصطلاح در علوم رفتاری نیز مورد استفاده قرار گرفت و بعنوان مدلی برای تبیین سلامت اجتماعی- روانی مطرح شد. در اکولوژی انسانی، وابستگی و تأثیر و تأثر متقابل محیط و انسان مورد مطالعه قرار می‌گیرد. محیط شامل محیط داخلی و خارجی است که هرگونه تغییر در آن می‌تواند، بر تعادل فرد تأثیر بگذارد و بدین تربیت سلامت اجتماعی- روانی یا بیماری اجتماعی- روانی می‌تواند، متأثر از محیط داخلی و خارجی باشد. اصل تطابق در این رویکرد تعامل بین محیط و انسان را تبیین می‌کند، انسان به منظور حفظ ثبات سیستم سعی می‌کند با عوامل محیطی تطابق پیدا کند، عملکرد انسان در محیط به توانایی‌های تطابقی آنان و عوامل فشارهای روانی- اجتماعی بستگی دارد (شولتز، ۱۳۸۵: ۱۰۲).

نظریه‌های جامعه‌شناسی

از نظر تجربی مفهوم سلامت اجتماعی ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به ناهنجاری^۱ و بیگانگی اجتماعی^۲ دارد. سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه‌پذیری وی اشاره دارد. از نظر **دورکیم** هر نوع قطع ارتباط بین فرد و جامعه، به گونه‌ای که افراد در چارچوب‌های اجتماعی جذب نگردند، زمینه‌ای آنومیک و مساعد برای رشد انحرافات اجتماعی می‌باشد. در چنین حالتی یک نوع فردگرایی افراطی، خواسته‌های فردی را در مقابل حیات اجتماعی قرار

۱. Anomic

۲. Alienation

رابطه آموزش مهارت‌های اجتماعی و سلامت ... ۱۴۱

می‌دهد. از نظر وی هر نوع ورطه یا فاصله بین فرد و جامعه که به عدم ادغام افراد در چارچوب‌های اجتماعی می‌انجامد، به انحرافات اجتماعی میدان می‌دهد (توسلی، ۱۳۸۲: ۷۱).

فرضیه اصلی ساترلند این است که رفتار انحرافی مثل سایر رفتارهای اجتماعی نظیر اعتیاد از طریق همنشینی و پیوستگی با دیگران آموخته می‌شود. به نظر او رفتار انحرافی نه روان‌شناختی است نه ارثی، بلکه همانگونه که مردم در مصاحبت و معاشرت با افراد سازگار در طول یک جریان جامعه‌پذیری که بر قوام و مقبولیت هنجارها تأکید دارد، به سازش و انطباق با ارزش‌های اجتماعی کشیده می‌شوند، همانگونه هم در جریان جامعه‌پذیری، تخطی از هنجارها را می‌آموزند و به سوی کج‌رفتاری کشانده می‌شوند. به این ترتیب هر فرد در طول زندگی خویش از طریق پیوستگی و ارتباط با دیگران، انگیزه، گرایش‌ها و ارزش‌هایی را فرا می‌گیرد که ممکن است به راست رفتاری یا کج‌رفتاری منجر شود (آقابخشی، ۱۳۸۸: ۵۳).

گافمن عقیده دارد که وقتی فردی به عنوان کجرو برچسب می‌خورد سرنوشت او تغییر می‌کند. درواقع دیگرانی که به او برچسب منحرف زده‌اند، او را بی‌اعتبار ساخته به سوی همنشینی با سایر کجروان سوق می‌دهند، نتیجه این که مجازاتی که قرار بود از انحراف جلوگیری کند، خود عامل انحراف بیشتر می‌شود، زیرا که راه‌های دیگر را بر شخص برچسب خورده بسته‌اند. انحراف و کجروی و ادامه آن رفتار برایش یک حرفه می‌شود و زندگی او را مختل می‌سازد (آقابخشی، ۱۳۸۸: ۵۴).

در تعریف **دورکیم** از آموزش و پرورش دیده می‌شود: آموزش و پرورش فعالیتی است که نسل بالغ، درباره نسلی که هنوز برای حیات اجتماعی نارس است، بجای می‌آورد. موضوع این فعالیت عبارت است از برانگیختن و پروردن افکار و معانی و شرایط معنوی و مادی که مقتضای حیات و جامعه سیاسی و محیط خصوصی است که طفل برای زندگانی در آن آماده می‌شود. بنابراین نقش آموزش و پرورش در جامعه آن

است که کودکانی را که هنوز اجتماعی نشده‌اند، متناسب با نظام اجتماعی بارآورده و برای سازگاری با محیط خاص اجتماعی‌شان آنان را به هنجارها، رسوم و عادات مقتضی مجهز سازند. برداشت دورکیم از آموزش و پرورش، از مفهومی که برای انسان قائل است، ناشی می‌شود. پس از نظر او، آموزش و پرورش وسیله سازماندهی خودفردی و خود اجتماعی، بصورت یک موجود با انضباط است که می‌توان آن را به تشکیل شخصیت و تولد اجتماعی شخص تعبیر کرد (علاقه‌بند، ۱۳۹۱: ۱۵۳).

نظریات روانشناسی

پاولف (۱۹۳۶-۱۸۴۹، به نقل از میوس، ۱۹۸۸) اولین کسی بود که دریافت بزاق سگ‌ها قبل از اینکه غذا بخورند، ترشح می‌شود. کارهای پاولف بعدها توسط اسکینر در شرطی‌سازی کنشگر گسترش یافت. اسکینر اعتقاد داشت که پیامدهای اعمال یک فرد تعیین‌کننده رفتار اوست. یعنی مشوق‌ها و تقویت‌هایی که فرد دریافت می‌کند، رفتار اصلی او را افزایش می‌دهند. اهمیت بحث حاضر در این اعتقاد است که نوجوانان می‌توانند رفتارهای تقویت‌کننده سلامت را، از طریق تقویت آن رفتار یاد بگیرند. برای مثال، ممکن است بعضی نوجوانان برای اینکه بیشتر مورد پذیرش همسالان خود قرار بگیرند، سیگار بکشند. مورد قیول و پذیرش قرار گرفتن و مطلوبیت بیشتر از نظر اجتماعی، بعنوان مشوقی که رفتار سیگار کشیدن را افزایش می‌دهد، عمل می‌کند (خدایاری فرد، عابدینی، ۱۳۸۶: ۲۷۰). از دیدگاه یادگیری اجتماعی، پدیده‌های یادگیری عمدتاً ناشی از تجاربی هستند که بر پایه یادگیری نیابتی و از طریق مشاهده رفتار فرد دیگر و پیامدهای آن، شکل می‌گیرند. توانایی آدمی برای یادگیری از طریق مشاهده، او را قادر می‌سازد تا الگوی کلی رفتار را کسب کند و بدون توسل به آزمایش و خطای ملامت بار، به رفتار خود شکل دهد. کوتاه‌سازی فرایند یادگیری از طریق یادگیری مشاهده‌ای، هم برای رشد و هم برای بقای حیات ضروری است. از نظر آلبرت بندورا،

رفتار در نتیجه واکنش متقابل بین شناخت و عوامل محیطی به وجود می‌آید، یعنی مفهومی که تأثیر متقابل نامیده می‌شود، شخص می‌تواند با کمک فرآیند الگوسازی و به عبارت دیگر با مشاهده دیگران، چه بطور تصادفی و چه آگاهانه، یاد بگیرد. انتخاب مدل به وسیله شخص، تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله جنس، سن، موقعیت و جنبه‌های مشترک صورت می‌گیرد. اگر مدل برگزیده شده بازتاب ارزش‌ها و هنجارهای سالم باشد، شخص توانایی تطابق با زندگی روزمره طبیعی و موقعیت‌های تهدیدآمیز را پیدا می‌کند (ساعتچی، ۱۳۷۷: ۹۸).

نظریه‌های مددکاری اجتماعی

در نظریه عمومی سیستم‌ها تعریف "سیستم" عبارتست از: مجموع عناصر و یا عواملی که با ارتباط و همبستگی متقابل و درونی برای برقراری شرایط و وضعیت معین، تشکیل منظومه واحدی را می‌دهند. نگرش سیستمی کلیه پدیده‌های موجود در طبیعت و اجتماع را مرتبط به هم و مؤثر درهم می‌داند و روابط پایدار آن‌ها را قانونمند تلقی می‌کند که روند حاکم بر پدیده‌ها را تشکیل می‌دهند، حدود هر پدیده در رابطه با پدیده‌های دیگر تعیین می‌شود؛ بدین معنا که یک پدیده به مثابه سیستم عناصر خود در عین حال عنصری از یک سیستم بزرگ‌تر است. هدف نظریه سیستم‌ها کشف قوانین و نظم ذاتی انواع پدیده‌هاست. نظریه سیستم‌ها در مددکاری اجتماعی دارای شش ویژگی یا شش مرحله است: ۱- هدف ۲- داده ۳- درون داد ۴- فرایند ۵- برون داد ۶- بازخورد. شناخت سیستم مددجو برای ارائه خدمات مددکاری اجتماعی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است اعم از سیستم فرد و خانواده مددجو و یا سیستم‌های بزرگ‌تر حاکم بر فرآیند زندگی او، در قالب این سیستم‌هاست که شخصیت مددجو ساخته می‌شود. از کودکی سیستم خانواده و فامیل، در ۶ سالگی سیستم مدرسه، در نوجوانی

سیستم دوستان و گروه‌های همسال و اجتماع، در جوانی سیستم دانشگاه و سپس سیستم اشتغال و خانواده همه با هم به آن اضافه می‌شوند (سام آرام، ۱۳۹۱: ۱۰۷).

دیدگاه توانمندسازی در پی آن است که به مراجعان کمک کند تا با کاهش تأثیرات موانع فردی و اجتماعی در بکار بردن قدرت موجودی که دارند و همچنین افزایش ظرفیت و توانایی و اعتماد به نفس آنان جهت استفاده از قدرت و انتقال از گروه‌ها و افراد، توانایی تصمیم‌گیری و اقدام در امور زندگی خودشان را بدست آورند.

دیدگاه مدافعه در پی آن است تا علایق و منافع مراجعان بی‌قدرت را به افراد قدرتمند و ساختارهای اجتماعی نشان دهد. فعالیت توانمندسازی به افراد و گروه‌ها کمک می‌کند تا بر موانع اجتماعی در جهت دستیابی به خودتحقیقی و خودشکوفایی در چارچوب ساختارهای فعلی جامعه غلبه نمایند. از این رو، نظریه توانمندسازی اهداف تحولی و دگرگون‌ساز رادیکالی و نظریه انتقادی و نیز اهداف آزادی بخش نظریه فمینیستی و ضد تبعیض را رد می‌کند. برای مثال، «لی» (۲۰۰۱) درباره «مداخلات جهت برطرف کردن درد و رنج فردی با بحساب آوردن نیروهای اجتماعی» صحبت می‌کند.

به هر حال، روش‌هایش می‌تواند از طریق یادگیری فردی و گروهی و بعداً تشویق به مشارکت در جنبش‌های اجتماعی وسیع‌تر، تاحدی به پیشرفت اجتماعی نائل گردد.

فعالیت توانمندسازی می‌تواند در فعالیت توسعه اجتماعی و جامعه‌ای و مددکاری اجتماعی در سطح کلان گنجانده شود. اندرسون و همکارانش (۱۹۹۴) الگوی توانمندسازی برای توسعه اجتماعی در آفریقا را با تأکید بر پنج بعد (فردی، اجتماعی، آموزشی، اقتصادی و سیاسی) ارائه می‌دهند. چنانچه این ابعاد را بهم پیوسته و مرتبط در نظر بگیریم به افراد این امکان را می‌دهد تا نیازهای فردی خود را برآورده سازند و از طرف دیگر توانایی‌هایشان را برای تأثیرگذاری بر دیگران افزایش دهند. هگار (۱۹۸۹) چنین استدلال می‌کند که فعالیت توانمندسازی با کودکان این مزیت را دارد که کودکان را قادر می‌سازد تا خود را با بزرگسالان قدرتمند همانندسازی کنند، شیوه‌هایی را بپذیرند که به قدرت ارزش می‌دهد، در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت داشته باشند و نیز

استقلال حمایت شده را در فعالیتهای گوناگون تجربه و تمرین نمایند (اللهیاری، بخشی نیا، ۱۳۹۱: ۵۳۹).

بیان چارچوب نظری

براساس دیدگاه سلامت اجتماعی کبیز کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی نمود و عملکرد خوب در زندگی علاوه بر سلامت جسمی و روانی شامل تکالیف و چالش‌های اجتماعی است. او سلامت اجتماعی را چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع معنا کرده است که دارای ۵ شاخص مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی می‌باشد. فرد سالم از نظر اجتماعی، اجتماع را محیطی معنادار، قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی می‌داند و احساس می‌کند که به جامعه تعلق دارد و از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است. براین اساس بین مفهوم سلامت روانی و سلامت اجتماعی فاصله نزدیکی وجود دارد. تمام افراد جامعه در سنین مختلف با حضور فعال خود در اجتماع می‌توانند سلامت اجتماعی خود را تضمین و زمینه پیشرفت، شکوفایی و توسعه اجتماعی را فراهم کنند.

براساس نظریه انتقال فرهنگی کجرو، ساترلند معتقد است که انتقال کجروی‌هایی از جمله اعتیاد، بزهکاری، خودکشی، بارداری نامشروع و... از طریق ارتباط و معاشرت و همنشینی با دیگران حاصل می‌شود. عواملی همچون دوستان نزدیک در دوره نوجوانی، در این تأثیرپذیری نقش بسزایی دارند (آقابخشی، ۱۳۸۸: ۵۳). بدین ترتیب والدین و مددکاران اجتماعی مدرسه می‌توانند با معرفی معیارهای انتخاب دوست و آموزش مهارت‌های اجتماعی سبب پیشگیری از ورود نوجوانان به آسیب‌های اجتماعی شوند. برای محافظت نوجوانان از خطرات آسیب‌های اجتماعی و رساندن آن‌ها به سطح مطلوبی از سلامت اجتماعی باید از حضور والدین، متخصصینی همچون مددکاران اجتماعی و مشاوران در مدرسه بهره‌مند شد. مددکاران اجتماعی مدارس با توجه به نقش

آموزش‌دهنده خود می‌توانند به کلیدی بودن نقش مهارت‌های اجتماعی در پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی تأکید نمایند. زیرا در صورت گرایش نوجوانان به آسیب‌های اجتماعی و برچسب کجرو خوردن، سرنوشت آن‌ها تغییر خواهد کرد. همانطور که گافمن در نظریه برچسب معتقد است که دیگرانی که به فرد برچسب منحرف می‌زنند، او را بی‌اعتبار ساخته و به سوی همنشینی با سایر کجروان سوق می‌دهند، و در نتیجه این رفتارها خود عامل انحراف می‌شود. نوجوانی که برای اولین بار سیگار مصرف می‌کند و برچسب معتاد می‌خورد، به راحتی در مسیر اعتیاد قرار گرفته و این نقش جدید را می‌پذیرد. برچسب‌زدن به دیگران سبب تخریب شخصیت و پذیرش نقش جدید و زمینه ورود به معضلات جدی‌تر می‌شود.

مددکاران اجتماعی در مدارس با برگزاری جلسات اولیاء و مربیان برای والدین دانش‌آموزان اطلاعاتی در زمینه چگونگی تربیت صحیح فرزندان و توجه به نیازهای نوجوانان مانع از گرایش نوجوانان به سایر آسیب‌ها می‌شوند و از سوی دیگر با کمک به والدین زمینه را برای ایجاد محیطی گرم و قابل اعتماد در خانه، پذیرش و بازگشت نوجوانان به آغوش خانواده را با توجه به مشکلاتشان فراهم می‌نمایند و مانع از گرایش نوجوان به سایر آسیب‌ها می‌شوند. **دورکیم و کنت** معتقد است مدارس نقش بسزایی در آموزش و پرورش و اجتماعی کردن دانش‌آموزان برعهده دارد. بعقیده دورکیم، نقش آموزش و پرورش، اجتماعی کردن کودکانی است که هنوز اجتماعی نشده‌اند. همانطور که پارسونز معتقد است که اگر خانواده به اجتماعی کردن فرزندان نپردازد مدرسه این وظیفه مهم را برعهده خواهد گرفت (علاقه‌بند، ۱۳۹۱: ۱۵۳). بدین ترتیب که مددکاران اجتماعی، مشاوران و کادر آموزشی مدرسه می‌توانند با برنامه‌ریزی‌های آموزشی درجهت اجتماعی کردن دانش‌آموزان، ساعات مشخصی را در طول هفته به آموزش مهارت‌های اجتماعی اختصاص دهند و سلامت اجتماعی، روحی و روانی دانش‌آموزان و پیشرفت تحصیلی آن‌ها را فراهم نمایند. می‌توان مدرسه را براساس نظریه عمومی سیستم‌ها همچون یک سیستم در نظر گرفت. نظریه سیستم‌ها در مددکاری اجتماعی

دارای شش ویژگی یا شش مرحله است: ۱- هدف ۲- داده ۳- درون‌داد ۴- فرایند ۵- برون‌داد ۶- بازخورد. هدف مددکار اجتماعی مدرسه، اجتماعی‌کردن دانش‌آموزان، اطلاع‌رسانی در زمینه مشکلات و معضلات اجتماعی، کاهش آسیب‌های اجتماعی، توجه جدی به مسائل فردی، خانوادگی و آموزشی دانش‌آموزان و علل بروز مشکلات در آن‌ها می‌باشد. داده‌های این سیستم شامل امکانات موجود در مدرسه، خانواده و جامعه می‌باشد. درون‌دادهایی که جهت حل مشکل و کمک به مراجعین وارد سیستم می‌شود، شامل آموزش مهارت‌های اجتماعی، ارائه خدمات مشاوره برای دانش‌آموزان و والدین آنها و برنامه‌های کمکی برای بهبود وضع زندگی، پیشرفت تحصیلی و حل مشکلات دانش‌آموزان می‌باشد. فرآیند مددکاری اجتماعی در نظریه سیستم‌ها شامل تصمیم‌مددجو برای حل مشکل خود و مراجعه به واحد مددکاری اجتماعی و تمام مراحل است که طبق برنامه کمکی در مدرسه و یا سایر مراکز اجرا می‌شود. بدین ترتیب اگر دانش‌آموز اعتیاد داشته باشد، برای ترک اعتیاد باید یک فرایندی را در یک مؤسسه ترک اعتیاد بگذراند که مرحله فرآیند از زمان تصمیم‌گیری دانش‌آموز به ترک اعتیاد تا مصرف دارو برای یک دوره معین و سم‌زدایی و درنهایت انجام برنامه‌های توانبخشی می‌باشد. برون‌داد در این سیستم شامل اجتماعی‌شدن دانش‌آموز، بازگشت به مدرسه و خانواده، حضور فعالانه و مؤثر در جامعه، ارتقاء سلامت اجتماعی و نرخ پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان می‌باشد و مرحله بازخورد، پیگیری پس از درمان مددجو و بازگشت به محیط مدرسه، خانواده و جامعه را شامل می‌شود.

فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اصلی: به نظر می‌رسد که بین آموزش مهارت‌های اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد.

فرضیه‌های فرعی:

۱. به نظر می‌رسد که بین آموزش مهارت‌های اجتماعی و میزان پذیرش اجتماعی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد.
۲. به نظر می‌رسد که بین آموزش مهارت‌های اجتماعی و میزان شکوفایی اجتماعی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد.
۳. به نظر می‌رسد که بین آموزش مهارت‌های اجتماعی و میزان انسجام اجتماعی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد.
۴. به نظر می‌رسد که بین آموزش مهارت‌های اجتماعی و میزان انطباق اجتماعی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد.
۵. به نظر می‌رسد که بین آموزش مهارت‌های اجتماعی و میزان مشارکت اجتماعی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد.

روش‌شناسی

برای انجام پژوهش حاضر از روش آزمایشی استفاده شده است. تمام دانش‌آموزان دختر مقطع اول دبیرستان منطقه ۱۹ تهران در سال ۱۳۹۲ معادل ۱۶۵۳ نفر در ۱۱ مدرسه بودند. از میان ۱۱ مدرسه دخترانه موجود در منطقه ۱۹، ۲ مدرسه بصورت تصادفی انتخاب شدند و در این ۲ مدرسه تمام دانش‌آموزان مقطع اول دبیرستان که در یک مدرسه ۳۶۶ نفر و در مدرسه دیگر ۸۴ نفر بودند، جامعه آماری پژوهش را که معادل ۴۵۰ نفر می‌باشند، تشکیل دادند. در این پژوهش برای رسیدن به هدف پژوهش یعنی مشخص نمودن تأثیر نقش آموزش مهارت‌های اجتماعی در ارتقا میزان سلامت اجتماعی دانش‌آموزان، به دو گروه آزمایش و کنترل با تعداد افرادی با میزان سلامت اجتماعی پایین نیازمند بودیم. متغیر مستقل در این پژوهش را مهارت‌های اجتماعی و متغیر وابسته را میزان سلامت اجتماعی دانش‌آموزان تشکیل داده است. بدین منظور برای نمونه‌گیری از تعداد دانش‌آموزان جامعه آماری، ابتدا از تمام دانش‌آموزان مقطع

اول دبیرستان حاضر در هر دو مدرسه درخواست تکمیل پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی کبیز شد و پس از آن، از طریق نرم افزار spss تعداد دانش‌آموزانی که در مرحله پیش‌آزمون پس از تکمیل پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی کبیز نمره ۷۷ تا ۳۳ را که پایین‌ترین نمره است، کسب نمودند بعنوان افرادی با میزان سلامت اجتماعی پایین انتخاب شدند. مدرسه اول بعنوان گروه آزمایش و مدرسه دوم بعنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند. تعداد دانش‌آموزانی با سطح سلامت اجتماعی پایین در اولین مدرسه (گروه آزمایش) معادل ۶۰ نفر در گروه دوم (گروه کنترل) ۱۵ نفر بودند، به جهت ایجاد همسان‌سازی بین دو گروه، ۱۵ نفر از ۶۰ نفر گروه آزمایش را که از نظر ویژگی‌های زمینه‌ای در سطح یکسان قرار داشتند، انتخاب شدند. بنابراین حجم نمونه پژوهش حاضر را ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل تشکیل دادند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه تحت آموزش مهارت‌های اجتماعی قرار گرفتند و در مرحله پس‌آزمون مجدداً از هر دو گروه درخواست تکمیل پرسشنامه بمنظور بررسی تأثیر نقش آموزش مهارت‌های اجتماعی در ارتقا میزان سلامت اجتماعی دانش‌آموزان شد.

ابزار

برای انجام پژوهش حاضر از پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی کبیز استفاده شده است. کبیز در سال ۱۹۹۸ جهت بررسی روایی ساختاری ابعاد مقیاس سلامت اجتماعی، با استفاده از اندازه‌های مربوط به نشانه‌های افسردگی، اضطراب، سلامت عمومی، شادی، رضایت، سلامت جسمانی و میزان خوش‌بینی، به مطالعه دو نمونه ۲۷۳ و ۲۸۸۷ نفر در آمریکا پرداخت که در هر دو نمونه وی با استفاده از تحلیل عامل نشان داد که نظریه ۵ عاملی وی مناسب‌ترین مدل برای سلامت اجتماعی بعنوان یکی از ابعاد بهداشت روانی است و به علاوه عناصر سلامت اجتماعی و روانی بطور تجربی از هم متمایز هستند. در این پژوهش جهت اندازه‌گیری سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن از

مقیاس ۳۳ ماده‌ای که دارای ۵ مؤلفه انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، همبستگی اجتماعی و انطباق اجتماعی است، استفاده شده است. پاسخ‌ها براساس طیفی از کاملاً مخالفم، تا حدی مخالفم، بی نظر، تا حدی موافقم و کاملاً موافقم رتبه‌بندی شده است. نمره هر فرد در سؤال براساس مقیاس ۵ درجه از ۱ تا ۵ می‌باشد که براساس طیف لیکرت تعیین و تجزیه و تحلیل می‌شود. ۱۸ گویه از مقیاس به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات هر گویه را بدست آورده و با یکدیگر جمع می‌نماییم و نمره کلی فرد بدست می‌آید. براین اساس نمره کلی آزمون هرچه بیشتر باشد، سلامت اجتماعی فرد بالاتر خواهد بود، بطوری که بالاترین نمره در مقیاس کل سلامت اجتماعی ۱۶۵ تا ۱۲۱ و پایین‌ترین نمره ۷۷ تا ۳۳ می‌باشد.

یافته‌های پژوهش

- با توجه به همسان سازی دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ گروه سنی، توزیع سنی پاسخگویان هر دو گروه یکسان می‌باشد. یعنی بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۱۵ سال می‌باشد و میانگین کل پاسخگویان ۱۵.۳۳ است.
- با مقایسه تعداد فرزندان خانواده در دو گروه آزمایش و کنترل، در گروه آزمایش، بیشترین میزان فراوانی با ۵۵/۶ درصد متعلق به خانواده‌های یک تا دو فرزندی می‌باشد. در گروه کنترل براساس نتایج کسب شده، بیشترین میزان فراوانی با ۴۶/۲ درصد متعلق به خانواده‌های سه تا چهار فرزندی می‌باشد و میانگین کل تعداد فرزندان خانواده هر دو گروه آزمایش و کنترل ۲.۶۵ است.
- با توجه به همسان سازی دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان تحصیلات والدین، توزیع تحصیلی هر دو گروه یکسان می‌باشد. مادران پاسخگویان گروه آزمایش و کنترل دارای مدرک سیکل می‌باشند. همچنین براساس نتایج بدست آمده از میزان تحصیلات پدران دانش‌آموزان مورد بررسی، در هر دو گروه بیشترین فراوانی متعلق به پدرانی با میزان تحصیلات دیپلم می‌باشد.
- از لحاظ میزان درآمد، در گروه آزمایش بیشترین فراوانی متعلق به درآمد ۴۸۰

رابطه آموزش مهارت‌های اجتماعی و سلامت ... ۱۵۱

هزار تا ۱ میلیون تومان می‌باشد. در گروه کنترل بیشترین فراوانی متعلق به درآمد زیر ۴۸۰ هزار تومان ۴۲/۹ درصد می‌باشد. میانگین کل درآمد ماهیانه سرپرست خانوار برای هر دو گروه آزمایش و کنترل ۸۵۹۶۵۶/۰۱ است.

فرضیه اصلی پژوهش: به نظر می‌رسد بین آموزش مهارت‌های اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد.

جدول ۱- مقایسه میانگین میزان برخورداری افراد از سلامت اجتماعی در گروه آزمایش و گروه کنترل قبل از آموزش مهارت‌های اجتماعی

میزان برخورداری افراد از سلامت اجتماعی	گروه آزمایش			گروه کنترل		
	مرحله پیش‌آزمون	مرحله پس‌آزمون	تعداد	مرحله پیش‌آزمون	مرحله پس‌آزمون	تعداد
	میانگین	میانگین	تعداد	میانگین	میانگین	تعداد
	۹۹.۵۶	۹۲.۴۵	۱۵	۹۹.۹۴	۸۱.۸۰	۱۳

جدول ۲- آزمون‌های آماری رابطه مهارت‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی

میزان برخورداری افراد از سلامت اجتماعی	پیش‌آزمون						پس‌آزمون					
	آزمون لون		آزمون t مستقل				آزمون لون		آزمون t مستقل			
	F	sig	t	درجه آزادی	مقدار آزمون	اختلاف میانگین	F	sig	t	درجه آزادی	مقدار آزمون	اختلاف میانگین
واریانس برابر	۱.۵۴۴	.۲۱۵	-۱.۱۸۹	۳۶۹	۸۵۰	-.۳۸	۰.۶۴۵	.۴۲۵	۲.۳۵۹	۶۹	۰.۲۱	۱۰.۶۵
واریانس نابرابر			-۲.۰۱	۱۲۴	۰.۸۹	۸۴۱	-.۳۸		۲.۶۲۱	۲۵	۰.۱۴	۱۰.۶۵

در جداول بالا نتایج آزمون آماری t مستقل برای مقایسه میزان برخورداری افراد از سلامت اجتماعی در هر دو گروه آورده شده است. با توجه به اینکه آزمون لون برابر با $544/1$ و سطح معنی داری آن بیش از ۵ درصد است ($sig=0/215$) میزان آزمون t و معناداری آن بر اساس واریانس برابر (Equal variances assumed) محاسبه شده است. بر طبق مقدار آزمون ($t=-0/189$) و با توجه به درجه آزادی $d.f=396$ ، با قبول خطای بیش از $0/05$ ($Sig=0/850$) و درجه اطمینان کمتر از $0/95$ می توان نتیجه گرفت بین این دو گروه از نظر میانگین میزان سلامت اجتماعی تفاوت معناداری وجود ندارد. اما پس از آموزش مهارت های اجتماعی با توجه به اینکه آزمون لون برابر با $645/0$ و سطح معنی داری آن بیش از ۵ درصد است ($sig=0/425$) میزان آزمون t و معناداری آن بر اساس واریانس برابر (Equal variances assumed) محاسبه شده است. بر طبق مقدار آزمون ($t=2/359$) و با توجه به درجه آزادی $d.f=69$ ، با قبول خطای کمتر از $0/05$ ($Sig=0/021$) و درجه اطمینان بیش از $0/95$ می توان نتیجه گرفت که بین این دو گروه از نظر میانگین میزان سلامت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد و بین آموزش مهارت های اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی دانش آموزان گروه آزمایش رابطه وجود دارد.

فرضیه های فرعی. نتایج تمامی ۵ فرضیه فرعی در جدول ذیل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون برای دو گروه کنترل و آزمایش مشخص شده است و سپس تحلیل هر یک از آنها به ترتیب بیان می شود.

رابطه آموزش مهارت‌های اجتماعی و سلامت ... ۱۵۳

جدول ۳- مقایسه میانگین میزان برخورداری افراد از سلامت اجتماعی در گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه کنترل			گروه آزمایش			گروه کنترل			گروه آزمایش			مؤلفه‌های سلامت اجتماعی
مرحله پس‌آزمون			مرحله پیش‌آزمون			مرحله پس‌آزمون			مرحله پیش‌آزمون			
انحراف	میانگین	تعداد	انحراف	میانگین	تعداد	انحراف	میانگین	تعداد	انحراف	میانگین	تعداد	
معیار	ن	د	معیار	ن	د	معیار	ن	د	معیار	ن	د	
۱.۸۳۱	.۷۳	۱۵	۳.۷۵۶	.۵۰	۱۵	۳.۳۸۹	.۴۷	۱۵	۳.۵۵۲	.۷۰	۶۰	پذیرش اجتماعی
	۱۳			۱۶			۱۶			۱۵		
۲.۹۲۰	.۳۳	۱۵	۴.۲۷۳	.۰۱	۱۵	۵.۲۵۳	.۴۳	۱۵	۴.۴۹۸	.۲۵	۶۰	مشارکت اجتماعی
	۱۶			۲۲			۲۰			۲۱		
۲.۳۷۴	.۹۳	۱۵	۴.۱۷۴	.۹۹	۱۵	۶.۳۷۳	.۲۰	۱۵	۵.۳۹۴	.۱۴	۶۰	انسجام اجتماعی
	۱۷			۲۲			۲۳			۲۳		
۲.۱۴۵	.۲۰	۱۵	۳.۹۱۹	.۸۱	۱۵	۴.۱۴۵	.۴۲	۱۵	۳.۹۵۰	.۱۸	۶۰	همبستگی اجتماعی
	۱۳			۱۵			۱۶			۱۶		
۲.۴۱۶	.۴۷	۱۵	۴.۲۵۱	.۶۰	۱۵	۵.۵۵۰	.۸۳	۱۵	۴.۴۹۹	.۴۴	۶۰	شکوفایی اجتماعی
	۱۷			۲۲			۲۵			۲۳		

جدول ۴- آزمون‌های آماری رابطه بین مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های سلامت اجتماعی
گروه آزمایش و کنترل قبل از آموزش مهارت‌های اجتماعی

میزان برخوردری از سلامت اجتماعی		پیش‌آزمون						پس‌آزمون					
		آزمون لون		آزمون t مستقل				آزمون لون		آزمون t مستقل			
		آزمون F	مقدار sig	مقدار t	درجه آزادی	مقدار sig	اختلاف میانگین	آزمون F	مقدار sig	مقدار t	درجه آزادی	مقدار sig	اختلاف میانگین
پذیرش اجتماعی	واریانس برابر	.۰۵۰	.۸۲۴	-۱.۸۳۵	۴۴۰	.۰۶۷	۸۰	۹.۱۰۸	.۰۰۴	۲.۵۸۶	۷۲	.۰۱۲	۲.۷۴
	واریانس نابرابر			-۱.۷۷۲	۲۶۲ ۱۲۰	.۰۷۹	۸۰			۳.۹۰۶	۵۰.۳۷۶	.۰۰۰	۲.۷۴
مشارکت اجتماعی	واریانس برابر	۴.۲۹۳	.۰۳۹	-۱.۲۹۳	۴۳۹	.۱۹۷	۷۶	.۰۲۹	.۸۶۵	.۷۵۱	۴۳۶	.۴۵۳	.۳۷
	واریانس نابرابر			-۱.۴۱۷	۳۴۱ ۱۳۵	.۱۵۹	۷۶			.۷۵۵	۵۱۴ ۱۱۵	.۴۵۲	.۳۷
انجام اجتماعی	واریانس برابر	۹.۱۵۹	.۰۰۳	.۲۴۶	۴۲۶	.۸۰۶	۱۶	۱۲.۸۶۱	.۰۰۱	۳.۱۳۴	۷۲	.۰۰۲	۵.۲۷
	واریانس نابرابر			.۲۸۱	۲۱۰ ۱۵۲	.۷۷۴	۱۶			۵.۱۰۹	۶۲.۰۲۲	.۰۰۰	۵.۲۷
همبستگی اجتماعی	واریانس برابر	۶.۸۱۲	.۰۱۱	۲.۹۰۴	۷۲	.۰۰۵	۳.۲۲	۶.۸۱۲	.۰۱۱	۲.۹۰۴	۷۲	.۰۰۵	۳.۲۲
	واریانس نابرابر			۴.۱۶۹	۴۳.۶۹۸	.۰۰۰	۳.۲۲			۴.۱۶۹	۴۳.۶۹۸	.۰۰۰	۳.۲۲
شکرفایی اجتماعی	واریانس برابر	.۲۸۱	.۵۹۶	۱.۵۲۷	۴۳۹	.۱۲۷	۸۴	۱۲.۰۴۰	.۰۰۱	۵.۶۷۹	۷۲	.۰۰۰	۸.۳۶
	واریانس نابرابر			۱.۵۸۳	۶۶۶ ۱۲۳	.۱۱۶	۸۴			۸.۷۶۲	۵۳.۵۰۵	.۰۰۰	۸.۳۶

فرضیه اول: به نظر می‌رسد که بین نقش آموزش مهارت اجتماعی و میزان پذیرش اجتماعی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد. جداول بالا نتایج آزمون آماری t مستقل برای مقایسه میزان برخورداری افراد از مؤلفه‌های سلامت اجتماعی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهند. ابتدا به مقایسه میزان برخورداری افراد از پذیرش اجتماعی می‌پردازیم. با توجه به اینکه آزمون لون برابر با $0/05$ و سطح معنی‌داری آن بیش از 5 درصد است ($\text{sig}=0/824$) و میزان آزمون t و معناداری آن بر اساس واریانس برابر (Equal variances assumed) محاسبه شده است. برطبق مقدار آزمون ($t=-1/835$) و با توجه به درجه آزادی $d.f=440$ ، با قبول خطای بیش از $0/05$ ($\text{Sig}=0/067$) و درجه اطمینان کمتر از $0/95$ می‌توان نتیجه گرفت که بین این دو گروه از نظر میانگین میزان پذیرش اجتماعی در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد اما پس از آموزش مهارت‌های اجتماعی برطبق مقدار آزمون ($t=3/906$) و با توجه به درجه آزادی $d.f=50$ ، با قبول خطای کمتر از $0/01$ ($\text{Sig}=0/000$) و درجه اطمینان بیش از $0/99$ می‌توان نتیجه گرفت که بین این دو گروه از نظر میانگین میزان پذیرش اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد و بین آموزش مهارت‌های اجتماعی و میزان پذیرش اجتماعی دانش‌آموزان گروه آزمایش رابطه وجود دارد.

فرضیه دوم: به نظر می‌رسد که بین نقش آموزش مهارت اجتماعی و میزان مشارکت اجتماعی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد. همچنین میزان برخورداری افراد از **مشارکت اجتماعی** در دو گروه آورده شده است. با توجه به اینکه آزمون لون برابر با $293/4$ و سطح معنی‌داری آن کمتر از 5 درصد است ($\text{sig}=0/039$) و میزان آزمون t و معناداری آن بر اساس واریانس نابرابر (Equal variances not assumed) محاسبه شده است. بر طبق مقدار آزمون ($t=-1/293$) و با توجه به درجه آزادی $d.f=135$ ، با قبول خطای بیش از $0/05$ ($\text{Sig}=0/159$) و درجه اطمینان کمتر از $0/95$ می‌توان نتیجه گرفت

که بین این دو گروه در مرحله پیش آزمون از نظر میانگین میزان مشارکت اجتماعی تفاوت معناداری وجود ندارد. در مرحله پس آزمون برطبق مقدار آزمون ($t=3/972$) و باتوجه به درجه آزادی $d.f=40$ ، با قبول خطای کمتر از $0/01$ ($Sig=0/000$) و درجه اطمینان بیش از $0/99$ می‌توان نتیجه گرفت که بین این دو گروه از نظر میانگین میزان مشارکت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد و بین آموزش مهارت‌های اجتماعی و میزان مشارکت اجتماعی دانش‌آموزان گروه آزمایش رابطه وجود دارد.

فرضیه سوم: به نظر می‌رسد که بین نقش آموزش مهارت اجتماعی و میزان انسجام اجتماعی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد. در جداول بالا نتایج آزمون آماری t مستقل برای مقایسه میزان برخورداری افراد از انسجام اجتماعی در دو گروه آورده شده است. با توجه به اینکه آزمون لون برابر با $159/9$ و سطح معنی داری آن کمتر از 1 درصد است ($sig=0/003$) میزان آزمون t و معناداری آن براساس واریانس نابرابر (Equal variances not assumed) محاسبه شده است. برطبق مقدار آزمون ($t=0/246$) و با توجه به درجه آزادی $d.f=152$ ، با قبول خطای بیش از $0/05$ ($Sig=0/774$) و درجه اطمینان کمتر از $0/95$ می‌توان نتیجه گرفت که بین این دو گروه در مرحله پیش آزمون از نظر میانگین میزان انسجام اجتماعی تفاوت معناداری وجود ندارد. برطبق مقدار آزمون ($t=5/109$) و با توجه به درجه آزادی $d.f=62$ ، با قبول خطای کمتر از $0/01$ ($Sig=0/000$) و درجه اطمینان بیش از $0/99$ می‌توان نتیجه گرفت که در مرحله پس آزمون بین این دو گروه از نظر میانگین میزان انسجام اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد و بین آموزش مهارت‌های اجتماعی و میزان انسجام اجتماعی دانش‌آموزان گروه آزمایش رابطه وجود دارد.

فرضیه چهارم: به نظر می‌رسد که بین نقش آموزش مهارت اجتماعی و میزان همبستگی اجتماعی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد. براساس نتایج جدول 4 میزان برخورداری افراد از همبستگی اجتماعی در دو گروه بررسی شده است. با توجه به اینکه آزمون لون برابر با $0/29$ و سطح معنی‌داری آن بیش از 5 درصد است

(sig=۰/۸۶۵) میزان آزمون t و معناداری آن بر اساس واریانس برابر (Equal variances assumed) محاسبه شده است. بر طبق مقدار آزمون (t=۰/۷۵۱) و با توجه به درجه آزادی d.f=۴۳۶، با قبول خطای بیش از ۰/۰۵ (Sig=۰/۴۵۳) و درجه اطمینان کمتر از ۰/۹۵ می‌توان نتیجه گرفت که بین این دو گروه در مرحله پیش آزمون از نظر میانگین میزان همبستگی اجتماعی تفاوت معناداری وجود ندارد. بر طبق مقدار آزمون (t=۸/۷۶۲) و با توجه به درجه آزادی d.f=۵۳، با قبول خطای کمتر از ۰/۰۱ (Sig=۰/۰۰۰) و درجه اطمینان بیش از ۰/۹۹ در مرحله پس آزمون می‌توان نتیجه گرفت که بین این دو گروه از نظر میانگین میزان شکوفایی اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد و بین آموزش مهارت‌های اجتماعی و میزان شکوفایی اجتماعی دانش‌آموزان گروه آزمایش رابطه وجود دارد.

فرضیه پنجم: به نظر می‌رسد که بین نقش آموزش مهارت اجتماعی و میزان شکوفایی اجتماعی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد. در مقایسه میزان برخورداری افراد از شکوفایی اجتماعی در دو گروه این نتایج بدست آمد که با توجه به اینکه آزمون لون برابر با ۲۸۱/۰ و سطح معنی‌داری آن بیش از ۵ درصد است (sig=۰/۵۹۶) میزان آزمون t و معناداری آن بر اساس واریانس برابر (Equal variances assumed) محاسبه شده است. بر طبق مقدار آزمون (t=۱/۵۲۷) و با توجه به درجه آزادی d.f=۴۳۹، با قبول خطای بیش از ۰/۰۵ (Sig=۰/۱۲۷) و درجه اطمینان کمتر از ۰/۹۵ می‌توان نتیجه گرفت که بین این دو گروه در مرحله پس آزمون از نظر میانگین میزان شکوفایی اجتماعی تفاوت معناداری وجود ندارد. بر طبق مقدار آزمون (t=۸/۷۶۲) و با توجه به درجه آزادی d.f=۵۳، با قبول خطای کمتر از ۰/۰۱ (Sig=۰/۰۰۰) و درجه اطمینان بیش از ۰/۹۹ می‌توان نتیجه گرفت که در مرحله پس آزمون بین این دو گروه از نظر میانگین میزان شکوفایی اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد و بین آموزش مهارت‌های اجتماعی و میزان شکوفایی اجتماعی دانش‌آموزان گروه آزمایش رابطه وجود دارد.

نتیجه گیری

باتوجه به یافته‌های کسب شده از مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون، وجود ارتباط بین مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های سلامت اجتماعی از جمله پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی و شکوفایی اجتماعی دانش‌آموزان گروه آزمایش مورد تأیید قرار گرفت و مشخص شد که بین آموزش مهارت‌های اجتماعی و ارتقا میزان سلامت اجتماعی گروه آزمایش رابطه معنادار وجود دارد. مهارت‌های اجتماعی مجموعه رفتارهای اکتسابی کلامی و غیرکلامی هستند که از طریق مشاهده رفتار دیگران، مدل‌سازی، تمرین و آموخته می‌شوند که در صورت بکارگیری این رفتارها پاسخ‌های مناسب و مؤثر را در بردارند و موجب رشد شخصی و اجتماعی افراد و پیشگیری از مشکلات روانی و اجتماعی و کاهش آسیب‌های فردی و اجتماعی می‌شوند. آموزش مهارت‌های اجتماعی توسط مددکاران اجتماعی در تمام سطوح سنی از جمله نوجوانی که صاحب‌نظران این دوره را دوره حساس و پرتلاطم زندگی می‌دانند در مدارس از طرفی سبب افزایش توانایی‌های فردی، اجتماعی، ارتقا بهداشت روانی، پیشگیری از بروز معضلات و آسیب‌های اجتماعی می‌شود و از طرف دیگر موجب بهبودی روابط بین‌فردی، مسئولیت‌پذیری، مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی، تصمیم‌گیری عاقلانه و منطقی، حل مشکلات و تعارضات فردی و خانوادگی بدون اعمال زور و خشونت و صدمه زدن به دیگران خواهد شد. بنابراین افراد با فراگیری مهارت‌های اجتماعی توان برقراری تعادل در زندگی اجتماعی خود را خواهند داشت و در نهایت به توسعه همه جانبه جامعه در سطوح اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و اقتصادی کمک خواهند نمود زیرا خود را سهیم در جامعه و متعلق به اجتماع می‌دانند.

با توجه به بیان اهمیت نقش مهارت‌های اجتماعی می‌توان آموزش این واحد درسی را در مدارس برای تمام مقاطع تحصیلی در اولویت قرار داد. براساس نظریه برچسب گافمن، برای پیشگیری از برچسب‌زدن به نوجوانان و اجتناب از انتخاب

دوست ناباب، مسئولین باید برای آموزش مهارت‌های اجتماعی برای تمام سطوح تحصیلی حساس باشند زیرا در صورتی که به نوجوان برچسب کجروزرده شود نقش کجرو را انتخاب نموده و در رده کجروان قرار خواهد گرفت. اما در صورتی که آموزش مهارت‌های اجتماعی همچون سایر کشورها جزء دروس اختصاصی دانش‌آموزان در نظر گرفته شود، نوجوانان می‌توانند به شناخت دسیسه‌ها و آسیب‌های اجتماعی پرداخته و از خود در برابر آن‌ها محافظت نمایند و تمام ابعاد سلامت از جمله سلامت اجتماعی خود را تضمین نمایند. همانطور که دورکیم معتقد است فقدان مشارکت و عدم جذب و یکپارچه شدن افراد با جامعه سبب افزایش انحرافات اجتماعی می‌شود و راه‌حل کاهش انحرافات اجتماعی توسعه سازمان‌هایی است که به احیای مشارکت افراد کمک کند. با توجه به مطالب بیان شده، می‌توان چنین نتیجه گرفت که برای ایجاد مشارکت اجتماعی و دو مفهوم آن یعنی مسئولیت‌پذیری و خودکارآمدی در دانش‌آموزان، بهترین مسیر، توجه به مسئله تعلیم و تربیت از سوی نهادهای جامعه از جمله نهاد خانواده و مدرسه می‌باشد درست همانطور که دورکیم معتقد است مدارس در آموزش و پرورش و اجتماعی کردن دانش‌آموزان نقش بسزایی دارند، آموزش و پرورش مسئولیت اجتماعی کردن افرادی که هنوز اجتماعی نشده‌اند را برعهده دارد، بدین ترتیب والدین در خانه و مسئولین مدرسه همچون مددکاران اجتماعی و مشاوران با آموزش مهارت‌های اجتماعی همچون مهارت ایجاد همکاری و مشارکت و مسئولیت‌پذیری سبب مشارکت فعالانه دانش‌آموزان در فعالیت‌های مدرسه، خانواده و جامعه، در جهت کسب منافع فردی و گروهی و رفع نیازهای شخصی و مشکلات آن‌ها خواهند شد. در جوامعی که روابط و پیوندهای اجتماعی در سطح مطلوبی قرار ندارد و افراد از تعاملات اجتماعی اجتناب می‌کنند، رشد سرمایه اجتماعی به کندی صورت می‌گیرد و در نتیجه در این گونه جوامع پدیده فردگرایی خودخواهانه^۱ رشد می‌کند و متعاقب آن

۱. Egoistic individualism

همبستگی اجتماعی کاهش می‌یابد. کاهش همبستگی اجتماعی سبب انزوای اجتماعی و ایجاد حالات روانی منفی می‌شود (خیراله پور، ۱۳۸۳: ۶۷ به نقل از ترنر، ۲۰۰۳). همانطور که ترنر عوامل تعدیل‌کننده افسردگی و استرس را ایجاد روابط اجتماعی می‌داند. در این زمینه می‌توان به نقش آموزش مهارت‌های اجتماعی همچون مهارت برقراری ارتباط و روابط بین فردی در کاهش اختلالات روحی و روانی و ایجاد همبستگی اجتماعی و در مجموع ارتقا میزان سلامت اجتماعی افراد توجه نمود.

نهاد خانواده و مدرسه همپای یکدیگر در تکامل شخصیت و شکوفایی اجتماعی دانش‌آموزان نقش بسزایی دارند. زیرا آینده و شکوفایی جامعه به دست آینده‌سازان یعنی همان نوجوانان و جوانان است. دانش‌آموزان در مدرسه تجارب، دانش‌ها و مهارت‌های لازم برای زندگی و حضور فعال در اجتماع و سازگاری اجتماعی را فرا می‌گیرند و در این مکان مقدس افق‌های فکری آن‌ها گسترش می‌یابد و برای زندگی زناشویی، تحصیلی، شغلی و شکوفا نمودن استعدادهای خود و پیشرفت اجتماع مهیا می‌شوند. خودآگاهی از جمله مهارت‌های اجتماعی است که در شکوفایی اجتماعی افراد تأثیر چشمگیری دارد. کسب این مهارت به ما کمک می‌کند تا تصویر واقع‌بینانه‌ای از خود داشته باشیم. همانطور که مازلو در سلسله مراتب نیازهای خود بالاترین مرحله را خودشکوفایی دانست، برای رسیدن به آن مرحله، باید نیازهای مراحل قبل (نیازهای فیزیولوژی، امنیت، تعلق و وابستگی، عزت نفس و انگیزه، شناختی و هنری) برآورده شود. بهترین راه برای رسیدن به این مرحله فراگیری مهارت‌های اجتماعی است. نوجوانی که به خودآگاهی رسیده و مؤلفه‌های مهارت اجتماعی را فراگرفته باشد احتمال کمتری دارد که به دام آسیب‌های اجتماعی بیفتد. زیرا همانطور که ساترلند در نظریه انتقال کجروی خود معتقد است که کجروی از طریق معاشرت و ارتباط و همنشینی با دوستان کجرو اتفاق می‌افتد، افرادی که به خودآگاهی رسیده باشند هدف زندگی خود را مشخص نموده و در انتخاب دوست دقت نموده و افرادی را بعنوان دوست انتخاب می‌کنند که با معیارهای آن‌ها هماهنگ باشد. آنتونوفسکی معتقد است

که احساس انسجام در وجود فرد می‌تواند نشانه‌ای برای سلامتی او باشد: افرادی که از انسجام برخوردارند تلاش می‌کنند در هنگام مواجهه با رویدادهای غیرقابل پیش‌بینی، انسجام خود را حفظ کنند. درحقیقت انسجام اجتماعی وسیله‌ای برای سنجش کیفیت روابط افراد در رابطه با جامعه و اجتماع است. برای ایجاد چنین حسی می‌توان به نقش حساس و کلیدی آموزش مهارت‌های اجتماعی در تمام سنین از کودکی تا بزرگسالی پی‌برد. انسان‌ها از ابتدای کودکی تا پایان عمر در پی کسب و فراگیری علوم و تجارب مختلف هستند، تا توان پاسخگویی به نیازها و مسائل و مشکلات و چالش‌های زندگی را داشته باشند. انسجام و یکپارچگی افراد جامعه موجب ایجاد حس مسئولیت، مشارکت در مسائل جامعه، تلاش هرچه بیشتر در حل مشکلات و رسیدن به اهداف جامعه که همان هدایت جامعه در مسیر پیشرفت و ترقی است، می‌شود. مهارت همدلی از جمله مهارت‌های اجتماعی است که می‌تواند در ایجاد انسجام اجتماعی ثمربخش باشد. با فراگیری این مهارت، افراد می‌توانند دیگران را حتی زمانی که در شرایطی متفاوت از شرایط آن‌ها قرار دارند بخوبی درک کنند. همدلی، روابط اجتماعی را بهبود می‌بخشد و باعث ایجاد رفتارهای حمایت‌کننده و پذیرنده می‌شود. با ایجاد روابط اجتماعی، افراد به یکدیگر نزدیک شده و حس انسجام و یکی شدن در آن‌ها تقویت می‌شود و افراد تلاش بسیاری در حل مشکلات دیگران می‌کنند.

پیشنهادها

۱. اختصاص واحد درسی مهارت‌های اجتماعی برای تمام دانش‌آموزان درجهت ارتقا میزان سلامت اجتماعی، فرهنگ فردی و اجتماعی دانش‌آموزان و کاهش آسیب‌ها و مشکلات اجتماعی مدرسه و در نهایت جامعه.
۲. اختصاص ساعت پرورشی به آموزش مهارت‌های اجتماعی و عدم واگذاری آن به سایر دبیران همچون ریاضی، فیزیک، شیمی و ...

۳. توجه هرچه بیشتر به برگزاری جلسات اولیا و مربیان و ارائه مطالبی درخصوص دوره نوجوانی، عمده مشکلات احتمالی در پیشروی نوجوانان در این دوره سنی، شیوه‌های فرزندپروری و نحوه برقراری ارتباط مناسب و منطقی با نوجوانان.

۴. برگزاری کلاس‌های آموزش مهارت‌های اجتماعی برای والدین در مدارس برای حل مشکلات خانوادگی دانش‌آموزان، ارتقاء آرامش و امنیت در خانه و در نهایت بهبود شرایط تحصیلی دانش‌آموزان و بهبود و ارتقا ابعاد سلامت دانش‌آموزان، خانواده و جامعه.

۵. برگزاری جلساتی با مسئولین آموزش و پرورش و همچنین استادان مددکاری اجتماعی برای معرفی رشته مددکاری اجتماعی مدرسه در جهت تشکیل واحد مددکاری اجتماعی در مدارس و تأثیر حضور مددکاران اجتماعی در مدارس در کاهش میزان معضلات و آسیب‌های اجتماعی و افزایش نرخ فارغ‌التحصیلی.

۶. برای تشکیل واحد مددکاری اجتماعی مدرسه می‌توان از اطلاعات و تجربیات مددکاران اجتماعی سایر کشورها، مقالات و پایان‌نامه‌های مرتبط با نقش مددکاران اجتماعی در مدارس، تأثیر حضور آن‌ها در کاهش مشکلات مدرسه و افزایش موفقیت تحصیلی، رشد شخصی و اجتماعی آن‌ها استفاده نمود.

منابع

- آقابخشی، حبیب. (۱۳۸۸)، *اعتیاد و آسیب شناسی خانواده: رویکرد مددکاری اجتماعی به مسائل و آسیب‌های جامعه‌ای*، تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ارفعی، رضا. (۱۳۸۸)، بررسی رابطه نحوه گذراندن اوقات فراغت و سلامت اجتماعی در بین جوانان ۲۹ تا ۱۵ سال شهرستان بستان آباد، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علامه طباطبائی.

رابطه آموزش مهارت‌های اجتماعی و سلامت ... ۱۶۳

- تبادری، هادی عبدالله. (۱۳۸۶)، بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- توسلی، غلامعباس. (۱۳۸۰)، *نظریه‌های جامعه‌شناسی*، تهران: انتشارات سمت.
- پورجعفر، مزدک. (۱۳۸۸)، *مهارت‌های اجتماعی گامی به سوی پیشگیری از اعتیاد*.
- پین، مالکوم. (۱۳۹۰)، *نظریه‌های نوین مددکاری اجتماعی*، مترجمین: طلعت اللهیاری و اکبر بخشی نیا. تهران: نشر دانش.
- حاتمی، پریسا. (۱۳۸۹)، بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علامه طباطبائی.
- خدایاری فرد، محمد، و عابدینی، یاسمین. (۱۳۸۳)، *مسائل نوجوانان و جوانان*، تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان.
- ساعتچی، محمود. (۱۳۷۷)، *نظریه پردازان و نظریه‌ها در روان‌شناسی*، تهران: انتشارات سخن.
- سام آرام، عزت‌الله. (۱۳۹۱)، *نظریه‌های مددکاری اجتماعی*، تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی.
- سجادی، حمیرا؛ صدرالسادات، سیدجمال. (۱۳۸۳)، شاخص‌های سلامت اجتماعی، *مجله سیاسی - اقتصادی*، دوره ۱۹، شماره ۳۰۴.
- شولتز، دوان؛ شولتز، سیدنی آلن. (۱۹۹۸)، *نظریه‌های شخصیت؛ ترجمه: سید یحیی سید محمدی*، مؤسسه نشر ویرایش.

- خیراله پور، اکبر (۱۳۸۳)، بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی "مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی"، **پایان نامه کارشناسی ارشد**، دانشگاه شهید بهشتی.
- فارسی نژاد، معصومه. (۱۳۸۳)، بررسی رابطه سبک‌های هویت با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی در دانش آموزان دختر و پسر پایه دوم دبیرستان‌های شهر تهران، **پایان نامه کارشناسی ارشد**، دانشکده روانشناسی دانشگاه تهران
- علاقه‌بند، علی. (۱۳۸۳)، **جامعه‌شناسی آموزش و پرورش**، تهران: نشر روان.
- مرندی، علیرضا. (۱۳۸۴)، **بهداشت عمومی**، تهران: انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.

- Keyes, C. L. M, and Magyar – Moe, L. (۲۰۰۳). ***The Measurement and Utility of Adult Subjective Well-Being***. In Lopez, S. J. and Snyder, C. R Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures (pp. ۴۱۱ – ۴۲۵). Washington, DC: American Psychological Association.
- Keyes, C. M & Shapiro, A. (۲۰۰۴). ***Social Well- being in the U.S: A Descriptive Epidemiology***. In orvill Brim, Carol D. Ryff & Ronald C. Kessler (Eds), *Healthing Are you? A national study of well-being of Midlife*. univwesity of Chicago press.
- Keyes, C.M. & Shapiro, A. (۲۰۰۴). ***Social Well – bing in U.S: A descriptive epidemiology***. In Orville Brim, Carol D. Ryff & Ronald C. Kessler (Eds), *Healthing Are you? A national study of well-being of Midlife*. univwesity of Chicago press.

