

بررسی تأثیر عوامل اجتماعی شدن در ارتقاء سلامت اجتماعی دانش آموزان دوره متوسطه شهر مریوان

اعظم خطیبی*، مهناز رجبی فر**

(تاریخ دریافت ۹۸/۱۱/۱۵، تاریخ پذیرش ۹۹/۰۳/۲۰)

چکیده

سلامت اجتماعی، تحت تأثیر عوامل جامعه پذیری متعددی قرار دارد و عوامل اجتماعی شدن (در این جا خانواده، معلمان و همسالان) از راه‌های متعددی به ارتقاء سلامت اجتماعی دانش آموزان کمک می‌کنند. هدف اصلی این پژوهش نیز تبیین تأثیر عوامل اجتماعی شدن در ارتقاء سلامت اجتماعی دانش آموزان شهر مریوان است. از نظریه‌های کبیز و شاپیرو و ساراسون و همکارانش و اون هارجی و چند نفر دیگر استفاده شده است. این تحقیق با روش پیمایشی و ابزار پرسش‌نامه استاندارد شده برای جمع‌آوری داده‌ها، ۳۷۵ نفر را با شیوه نمونه‌گیری نسبتی چند مرحله‌ای مورد مطالعه قرار داده است. نتایج رگرسیون چند متغیره نشان داد که متغیرهای نقش خانواده، معلمان و همسالان ۰/۶۹۳ واحد از واریانس متغیر وابسته را پیش بینی نموده‌اند و بتای حمایت اجتماعی همسالان ۰/۵۶۷ و مهارت‌های ارتباطی خانواده ۰/۲۹۴ دارای بالاترین تأثیر بوده و بیشترین درصد از واریانس ارتقاء سلامت اجتماعی را پیش‌بینی نموده‌اند. نتایج در بعد حمایت اجتماعی همسالان زنگ هشدار برای خانواده‌ها و معلمان است؛ زیرا بیش از خانواده و معلمان، دانش آموزان را تحت تأثیر قرار داده است.

مفاهیم اصلی: عوامل اجتماعی شدن؛ حمایت اجتماعی؛ حمایت عاطفی؛ سلامت اجتماعی؛ مهارت‌های ارتباطی.

azamkh48@pnu.ac.ir

mahnaz.ragabi92@gmail.com

* دانشیار دانشگاه پیام نور - ایران (نویسنده مسئول)

** کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام‌نور

مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره بیستم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۸، ص ۱۴۵ - ۱۷۶

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۷۹) مجموع آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی را به عنوان تعریف سلامتی برمی‌گزیند و در سال‌های اخیر عبارت «توانایی داشتن یک زندگی مفید از نظر اقتصادی و اجتماعی» را به تعریف قبلی اضافه و تعریف خود را کامل‌تر نموده است (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۳: ۲۴۵). گلداسمیت^۱ (۲۰۰۴) سلامت اجتماعی^۲ را در ارزیابی رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران تعریف می‌کند و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص سلامت هر جامعه‌ای از جمله خانواده معرفی می‌نماید که منجر به کارایی فرد در خانواده و جامعه خواهد شد (به نقل از لورسن^۳، ۱۹۹۶: ۲۸۵). در واقع نوع برداشت فرد از کیفیت ارتباطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که فرد عضوی از آنهاست. همچنین مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را ارزیابی می‌کند که شامل پاسخ‌های درونی فرد، احساس، تفکر و رفتاریست که نشان دهنده رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی او است (کییز^۴، ۲۰۰۴ و لورسن، ۱۹۹۶). چندین عامل بر وضعیت سلامت اجتماعی تأثیر می‌گذارد که همه آنها با توجه به مکان جغرافیایی متفاوت هستند (گیدنز^۵، ۱۳۸۹: ۲۲۴) و عوامل اجتماعی شدن نیز یکی از این عوامل است. در واقع به گروه‌ها یا زمینه‌های اجتماعی که فرایندهای مهم اجتماعی شدن در آنها رخ می‌دهد به عنوان عوامل اجتماعی شدن (جامعه‌پذیری) اشاره می‌شود (قربانی و جمعه‌نیا، ۱۳۹۷: ۱۱۴). همچنین نوجوانان با انواع مختلفی از عوامل اجتماعی شدن مانند خانواده، مدارس، همسالان و... محاصره شده‌اند که بر سلامت اجتماعی آنها بی‌تأثیر نخواهد بود. نوجوانان با جامعه‌پذیری، به رسمیت شناختن، برجسب و مدیریت نمایش عاطفی خود را یاد می‌گیرند و همچنین هنجارهای اجتماعی خود را بازنگری می‌کنند (موریس و همکاران^۶، ۲۰۰۷ و شپمن و همکاران^۷، ۲۰۰۲). از آنجایی که سلامت روان و توانمندی دانش‌آموزان در گرو ارتباط اجتماعی سالم آنها با خانواده است، آنها با نوع دیگری از ارتباط درگیر هستند و آن ارتباط با معلمان مدرسه، هم‌کلاسی‌ها و دوستان خود است که هرگز نمی‌توان این عوامل و نتایج عینی آنها را بر رفتار اجتماعی‌شان نادیده گرفت. دانش‌آموزان به‌عنوان پایه و اساس نسل‌های بعدی در توسعه جوامع از اهمیت خاصی برای هر جامعه برخوردارند. لازم و ضروری است که برای ورود سالم آنها به عرصه بزرگ‌تر جامعه، عوامل

¹. Goldsmith

² social health

³. Larson

⁴. Keyes

⁵. Giddens

⁶ Morris, et al

⁷ Shipman, et al

مؤثر بر ارتقاء سلامت اجتماعی آنان در کنار امر مهم رشد جسمی مورد تبیین قرار گیرد. البته ماهیت رو به تغییر جوانی مثل "غیرخطی شدن گذار"، ضرورت اتخاذ رویکرد متفاوت در مطالعه و فهم جوانی را پدید می‌آورد (ذکائی، ۱۳۹۳: ۵۶). نوجوانی مرحله‌ای از زندگی است که نوجوان را با زنجیره‌ای از مشکلات تحولی و چالش‌های فراوانی روبه‌رو می‌سازد. مثل تحول هویت از منظر شفرز (راسخ، ۱۳۹۱: ۱۱۶) و دستیابی به استقلال و سازگاری با همسالان، و همچنین تغییرات فیزیولوژیکی در بدن و تحول شناختی مشخص که فرد را نیازمند انجام نقش‌های اجتماعی در رابطه با همسالان و افرادی از جنس مخالف، انجام تکالیف مدرسه و تصمیم‌گیری‌هایی در رابطه با شغل می‌سازد. همین تغییرات و وجود تکالیف متفاوت، نوجوان را در برابر استرس‌های زیاد و متفاوتی قرار می‌دهد. در این حالت، افکار، احساسات، رفتار و واکنش‌های فیزیولوژیکی فرد به طور کلی درگیر می‌شود (فریدمن^۱، ۲۰۰۲ به نقل از امانی، ۱: ۱۳۹۰). هم‌چنین در مدرسه در معرض روابط پیچیده با معلمان و همکلاسی‌های خود، نیروی بالقوه آنان در زمینه یادگیری و کسب مهارت‌های زندگی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. بنابراین توجه به ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان، می‌تواند از میزان احتمالی ارتکاب بزهکاری و سایر معضلات اجتماعی و رفتارهای تخریبی و وندالیستی^۲ (محسنی تبریزی، ۱۳۸۳) که در خرده‌فرهنگ جوانان (راسخ، ۱۳۹۱: ۱۹۳) معنا دارد و ممکن است توسط آن‌ها نیز انجام گیرد، کاسته و جامعه را با کم‌ترین هزینه به‌تعالی انسانی و توسعه پایدار رهنمون گردد. لذا شناسایی تأثیر عوامل اجتماعی‌کننده مؤثر و ارتقاءدهنده در راستای سلامت اجتماعی آن‌ها لازم و ضروری است.

شهر مریوان یکی از مناطق مهم کردنشین است و مردم منطقه با زبان کوردی (سورانی و هورامی) تکلم می‌کنند. این شهر در ۱۲۵ کیلومتری غرب شهر سنندج مرکز استان کردستان قرار دارد. از شمال به سقزکردستان، از جنوب به پاره استان کرمانشاه و از غرب به سلیمانیه اقلیم کردستان با ۱۰۰ کیلومتر مرز مشترک منتهی می‌شود. در سرشماری سال ۱۳۹۵ جمعیت شهر مریوان ۱۵۱۱۸۸ نفر به ثبت رسیده است. به دلیل موقعیت جغرافیایی و مرزی بودن آن دارای بازارچه مرزی باشماق و مرزهای متعدد کولبری است و شهر به شدت مهاجرپذیر است (سالنامه آمار استان کردستان). به‌دلایل برشمرده، بررسی عوامل تأثیرگذار بر ارتقاء سلامت اجتماعی عوامل انسانی به‌خصوص دانش‌آموزان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

در پژوهش حاضر نیز هدف اصلی این است که اولاً میزان سلامت اجتماعی دانش‌آموزان شهر مریوان چقدر است؟ و در ثانی، نقش عامل‌های اجتماعی شدن مثل خانواده، معلمان و همسالان چه تأثیری بر ارتقاء سلامت اجتماعی آن‌ها دارد؟

^۱. Friedman

2. Vandalism

اهداف تحقیق

- ۱- تعیین میزان سلامت اجتماعی دانش‌آموزان دوره‌ی متوسطه‌ی شهر مریوان
- ۲- تعیین تأثیر عامل‌های اجتماعی شدن بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان
 - الف. تعیین تأثیر خانواده بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان
 - ب. تعیین تأثیر معلمان بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان
 - ج. تعیین تأثیر همسالان بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان

پیشینه تحقیق

موقعیت هر کار تحقیقی به نحوی است که از تحقیقات قبلی اثر پذیرفته و بر تحقیقات بعدی اثر می‌گذارد (کیوی و کامپنهود، ۱۳۷۰: ۳۶). به‌همین دلیل به برخی از تحقیقات انجام گرفته در راستای پژوهش حاضر اشاره می‌گردد.

رایت^۱ (۲۰۱۶) بیان می‌دارد که تحقیقات دهه‌های اخیر نشان داده‌اند که شبکه‌های اجتماعی و روابط بین فردی ما تأثیر قابل توجهی در سلامت جسمی و بهزیستی روان‌شناختی ما دارند (برلسون و همکاران، ۱۹۹۴؛ کوهن و همکاران، ۲۰۰۰؛ شاو و گانت، ۲۰۰۲؛ گلدسمیت، ۲۰۰۴؛ گلدسمیت و آلبرشت، ۲۰۱۱ و تویترز، ۲۰۰۱).^۲

نتایج پژوهش تاج‌الدین (۱۳۹۶) با عنوان «تعیین‌کننده‌های سلامت اجتماعی شهروندان منطقه ۱۲ تهران» نشان داد که بیشترین میزان پیش‌بینی‌کنندگی مربوط به حمایت اجتماعی با ضریب بتای ۰/۵۰ بوده‌است. همچنین ارتقای سلامت اجتماعی بیشتر ناشی از بهبود شرایط اجتماعی است. نتیجه پژوهش افشانی و شیرینی محمدآباد (۱۳۹۶) با عنوان «نقش سرمایه اجتماعی در ارتقای سلامت اجتماعی زنان شهر یزد» نشان داد که ارتباط مستقیم و معنی‌داری بین سرمایه اجتماعی و ابعاد سلامت اجتماعی وجود دارد و سرمایه اجتماعی یکی از اصلی‌ترین مؤلفه‌های ارتقاء دهنده سلامت اجتماعی است. نتایج پژوهش حسینی (۱۳۸۷-۱۳۸۸) با هدف «بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن» نشان داد که میزان سلامت اجتماعی دانشجویان در سطح متوسط است و بین مهارت‌های ارتباطی با میزان سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد. یافته‌های پژوهش ابراهیم‌نجم‌آبادی (۱۳۹۰) با هدف "عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان جوان ۱۵-۲۴ ساله ساکن شهر اصفهان" نشان داد که هرچه زنان جوان از میزان حمایت اجتماعی بالایی برخوردار

1 . Kevin Wright

2. (Burlson et al. ,1994 ؛Cohen et al. ,2000 ؛Shaw and Gant ,2002 ؛Goldsmith, 2004; Goldsmith and Albrecht, 2011; Thoits, 2011)

بوده‌اند، میزان سلامت اجتماعی آن‌ها نیز ارتقاء داشته است. هم‌چنین حمایت خانواده در اولویت منابع کسب حمایت اجتماعی قرار دارد. نتایج پژوهش حاتمی (۱۳۸۹) با هدف «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی» نشان داد که هر چقدر فرد دارای مهارت‌های ارتباطی بالاتر و هم‌چنین میزان منابع حمایتی بیشتری باشد، ارتقاء سلامت اجتماعی وی افزایش می‌یابد. نتایج پژوهش امینی‌نقده (۱۳۹۰) با هدف «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در میان جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال شهر نقده استان آذربایجان غربی» نشان داد که بین میزان مهارت‌های ارتباطی با سلامت اجتماعی همبستگی وجود دارد. نتایج پژوهش صادقی سرچشمه (۱۳۹۳) با هدف «عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی» در میان جوانان ۱۸ تا ۲۹ ساله شهرستان یزد نشان داد که بین حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. نتایج پژوهش سفیری و شایسته (۱۳۹۴) با هدف «بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و فرهنگی خانواده و سلامت اجتماعی» در میان جوانان ۱۸-۲۹ ساله شهر تبریز نشان داد که سلامت اجتماعی پاسخ‌گویان با میانگین ۵۸/۶۵ بالاتر از حد متوسط بوده است. بین سرمایه اجتماعی و فرهنگی خانواده، هم‌چنین بین سرمایه اجتماعی و فرهنگی فرد با سلامت اجتماعی جوانان رابطه معنادار و مستقیم وجود دارد. لی و ژانگ^۱ (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان «انواع شبکه‌های اجتماعی و سلامت سال‌خوردگان» به این نتیجه رسیدند که رابطه‌ای قوی بین دو متغیر سلامت و شبکه اجتماعی وجود دارد و این ارتباطات اجتماعی سلامت را ارتقاء می‌دهد. نتایج پژوهش استوری^۲ (۲۰۱۳) درباره سرمایه اجتماعی و سلامتی در کشورهای کمتر توسعه‌یافته حاکی از آن بود که رابطه سلامت و سرمایه اجتماعی به طرز چشمگیری در حال افزایش است. نتایج پژوهش نبوی و رضادوست و بهرامی‌نژاد (۱۳۸۸) با هدف «بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت عمومی سالمندان» نشان داد که متغیرهای شبکه اجتماع شخصی، حمایت عاطفی و پیوند قوی در بین متغیرهای شش‌گانه حمایت اجتماعی دارای بالاترین تاثیر بوده و ۳۶ درصد از واریانس سلامت عمومی را پیش‌بینی نموده‌اند.

تحقیقات حاکی از آن است که در حوزه دانش آموزان، پژوهشی که تاثیر عامل‌های اجتماعی شدن (خانواده، معلمان و همسالان) را با هم بر ارتقاء سلامت اجتماعی بررسی کرده باشد، تا کنون انجام نشده‌است. لذا پژوهش کنونی پژوهشی نو و بدیع است و می‌تواند خلاء تحقیقاتی در این زمینه را پر کرده و پیشینه‌ای برای سایر تحقیقات باشد.

1 . Li and zhang

2. Story

مبانی نظری تحقیق

در این بخش مفهوم متغیرهای پژوهش شامل سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی عوامل اجتماعی شدن از منظر برخی از نظریه پردازان مهم این حوزه مورد بررسی قرار می‌گیرد.

واژه «social health» به معنی سلامت اجتماعی، از دو کلمه تشکیل شده که بر احساسات، تفکرات و رفتارهای فردی تأکید دارد. به اعتقاد کارشناسان و محققین این حوزه رسیدن به سلامتی مطلوب در سطح جامعه از دو راه امکان‌پذیر است: ۱- توسعه شیوه‌های سالم زندگی، حفظ محیط زندگی و بهداشت و سلامتی برای همه و ۲- ایجاد شرایط سالم اجتماعی و جامعه‌ای قانونمند که رسیدن به سلامت اجتماعی را میسر سازد. سلامت اجتماعی، تأمین و حفظ سلامت روانی و برقراری ارتباط مناسب با افراد خانواده و محیط خود و نداشتن رفتار نامناسب از نظر فرهنگ و جامعه تلقی می‌شود (رضا دوست، رستمی، ۱۳۹۷: ۲). در واقع روش سازش با دنیای اطراف است. یعنی هماهنگی بین ارزش‌ها، علایق و نگرش‌ها در حوزه عمل افراد در جامعه و در نتیجه برنامه‌ریزی واقع بینانه برای زندگی و تحقق هدفمند مفاهیم زندگی است (وثوقی، مهدوی و رحمانی خلیلی، ۱۳۹۳). مهارت‌ها و عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه، تشکیل‌دهنده ابعاد سلامت اجتماعی است. بنابراین زندگی سالم یعنی تعامل اجتماعی بین انتخاب‌های فردی از یک سو و محیط اجتماعی، اقتصادی احاطه کننده فرد از سوی دیگر است (زکی و خشوعی ۱۳۹۲: ۸۰). به نظر بلوک و برسلو و هاجستیم^۱ (۱۹۷۱) مفهوم سلامت اجتماعی با نوع عملکرد افراد در جامعه تعریف می‌شود. یعنی عوامل مؤثر بر ارتقاء سلامت اجتماعی هم در درون افراد و هم در بیرون از افراد قرار دارند. بدون در نظر گرفتن معیارهای اجتماعی نمی‌توان کیفیت زندگی و عملکرد شخص را ارزیابی کرد (کییز و شاپیرو^۲، ۲۰۰۴). ابعاد سلامت اجتماعی بر اساس الگوی سلامت و روانشناسی مثبت‌گرا شامل موارد زیر است: انسجام اجتماعی^۳، به معنای نحوه درک فرد از کیفیت ارتباط خود با جامعه و گروه‌های اجتماعی است. یعنی فرد احساس کند که قسمتی از جامعه‌ای است که در آن زندگی می‌کند و به جامعه خود بیشتر احساس تعلق کرده و خود را دارای ویژگی‌های مشترک با افراد جامعه می‌داند. بعد دیگر پذیرش اجتماعی^۴ است. افرادی که دارای این جنبه از سلامتی هستند، جامعه را به صورت مجموعه‌ای کلی و عمومی درک می‌کنند که از افراد گوناگونی تشکیل شده است. این افراد دارای دیدی مثبت و احساس خوبی نسبت به خودشان و زندگی بوده و

¹. Belloc & Breslow & Hochstim

². Keyes & Shapiro

³. Social integration

⁴. Social acceptance

با وجود ضعف‌ها و ناتوانی‌هایی که در خود سراغ دارند، همه جنبه‌های خود را می‌پذیرد. بعد سوم سهم‌داشت اجتماعی یا مشارکت اجتماعی^۱ است. یعنی میزان رضایت از این‌که تا چه حد فردی می‌تواند برای جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند مهم و ارزشمند باشد. کسانی که دارای سطح مطلوبی از این ویژگی هستند اعتقاد دارند که عضو مهمی از جامعه هستند و چیزهای ارزشمندی برای ارائه به دیگران دارند و می‌توانند کارهای مهمی انجام دهند. انطباق اجتماعی^۲ یا همبستگی اجتماعی بدین معناست که اگر فردی به این نتیجه برسد که اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است و علاقه‌مند به جامعه و مفاهیم مربوط به آن باشد دارای ویژگی همبستگی اجتماعی است. افراد دارای همبستگی اجتماعی و سالم در مقابل آسیب‌های اجتماعی مراقب خود هستند و احساس می‌کنند که می‌توانند آن‌چه که در پیرامون‌شان اتفاق می‌افتد را بفهمند. در واقع این مفهوم به معنای فهمیدن کیفیت، سازمان‌دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود است. آخرین بعد سلامت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی^۳ است. به معنای سنجش نیروهای بالقوه و سیر تکاملی جامعه است. افراد دارای این ویژگی به آینده جامعه امیدوارند و اعتقاد دارند که خود و دیگران نیروی بالقوه‌ای برای رشد اجتماعی را دارا هستند و دنیا و جامعه می‌تواند برای آن‌ها و دیگران بهتر شود. ویژگی شکوفایی اجتماعی، امیدواری به بهبود شرایط است که باعث تقویت انگیزه و شوق به پیشرفت می‌شود و به افراد این توان را می‌دهد که هرچه بیش‌تر از توانمندی‌های خود جهت پیشرفت فردی و اجتماعی‌شان استفاده کنند (کیبیز، ۱۹۹۷؛ کیبیز، ۲۰۰۶؛ کیبیز و شاپیرو، ۲۰۰۴). البته تحقق بخشیدن به نقش‌های اجتماعی، خود مستلزم تناسب فرد با محیط و پایبندی به ارزش‌های اجتماعی است. فردی سالم خواهد بود که کارها را با توجه به ظرفیت‌های خود انجام دهد و به تأیید کسانی که در اطراف او زندگی می‌کنند برساند. سلامت اجتماعی در دو بعد سازگاری^۴ و حمایت اجتماعی قابل بررسی است (مک داول^۵، ۲۰۰۶: ۱۵۰). سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد است که به نحوه ارتباط وی با دیگران و بازخورد متقابل دیگران و همچنین نحوه برقراری ارتباط و تعامل با سازمان‌ها و هنجارهای جامعه می‌پردازد. یعنی ایجاد شرایط برابر، فرصت تصمیم‌گیری و مشارکت در جامعه و توزیع عادلانه ثروت و منابع، سلامت افراد و متعاقب آن سلامت جامعه را تضمین می‌نماید (راسل^۶، نقل از دماری و وثوق مقدم، ۱۳۹۲: ۲۸۹).

¹. Social contribution

². Social coherence

³. Social Actualization

⁴. Adaptability

⁵. Yan mc Dowel . 2006. social health

⁶. Rasel

ابعاد همبستگی و انسجام و مشارکت اجتماعی سلامت اجتماعی در مفهوم سرمایه اجتماعی^۱ نیز تجلی می‌یابد که خود دربرگیرنده حمایت اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی است. به عبارتی سرمایه اجتماعی مجموعه مشخص تشکیل‌یافته از هنجارها یا ارزش‌های غیررسمی است که اعضای از گروه که در آن سهیم‌اند، مجاز به همکاری و تعاون هستند (فوکویاما^۲، ۱۳۸۵: ۱۱). دارایی‌هایی که در زندگی روزمره افراد وجود دارند مانند «حس تفاهم»، «رفاقت و دوستی»، «احساس همدردی» و «روابط اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی» در بین اعضای خانواده‌ها نیز سرمایه اجتماعی به حساب می‌آید. سرمایه اجتماعی جامعه را در فعالیت‌های هماهنگ، کارآمد می‌سازد و انجام کارهای بزرگ دست‌نیافتنی را ممکن می‌سازد (پاتنام^۳، ۱۹۹۳: ۲۲۷)؛ زیرا سرمایه‌گذاری‌های اجتماعی، یک فضای اجتماعی حمایت‌کننده برای افراد فراهم می‌سازد (ترنر^۴، ۲۰۰۳: ۶۲۹-۶۱۹). این موضوع اشاره به تعریف کلمن^۵ (۱۳۷۷) از سرمایه اجتماعی خانواده دارد که شبکه‌ای از ارتباطات بین اعضا به‌خصوص والدین و فرزندان و هنجارهای پذیرفته شده را که بر جامعه‌پذیری افراد مؤثر است در برمی‌گیرد. وی معتقد است شبکه ارتباطی می‌تواند حمایت اجتماعی^۶ را برای افراد فراهم سازد. این حمایت‌ها شامل انواع حمایت مالی، حمایت‌های اطلاعاتی، عملی و عاطفی است. البته حمایت عاطفی به‌طور ملموس‌تری به سلامتی فرد کمک می‌کند (یاری، ۱۳۹۲: ۵۶). با توجه به این‌که گسترش شبکه‌های اجتماعی و ارتباطات بین افراد سرمایه اجتماعی آن‌ها را افزایش می‌دهد، هم‌زمان می‌تواند میزان حمایت اجتماعی را نیز افزایش دهد. لذا به دو عامل حمایت اجتماعی و مهارت‌ارتباطی در راستای سرمایه اجتماعی پرداخته می‌شود.

حمایت اجتماعی به دو صورت حمایت دریافتی و حمایت ادراک شده تقسیم‌بندی می‌شود. حمایت اجتماعی دریافتی، شامل آن دسته از کارها و اعمالی است که به وسیله اعضای شبکه اجتماعی انجام می‌شود تا به فردی که نیاز دارد کمک شود. حمایت اجتماعی ادراک شده نیز به‌معنی سنجش‌های ذهنی افراد درباره روابط و رفتارهای حمایتی است (ساراسون، لوین، باشام و ساراسون^۷، ۱۹۸۳). نظریه دلبستگی بولبی^۸ (۱۹۶۹، ۱۹۷۳، ۱۹۸۰) معمولاً به حمایت اجتماعی متکی است. حمایت اجتماعی به‌عنوان وجود یا در دسترس بودن افرادی که به آن‌ها می‌توانیم

^۱. Social capital

^۲. Fukuyama

^۳. Putnam

^۴. Turner

^۵. Coleman

^۶. Social support

^۷. Sarason, Levine, Basham & Sarason

^۸. Bowlby

اعتماد کنیم، افرادی که به ما اطلاع می‌دهند و به آن‌ها اهمیت می‌دهیم (ساراسون و همکاران، ۱۹۸۳: ۱۲۷). برای مثال خانواده و دوستان همواره در شرایط نامناسب روانی می‌توانند خدماتی به فرد ارائه دهند که فشارهای روانی را تا حدی تعدیل کند. این نوع حمایت را حمایت محسوس^۱ می‌نامند. در حمایت اطلاعاتی^۲ افراد حامی با ارائه راه‌کارها و راه‌حل‌ها، به فردی که زیر فشار روانی است کمک می‌کنند تا وی بتواند دوباره روحیه مناسب خود را کسب کند. به‌طور مثال، معلمان مدرسه می‌توانند در شرایطی دانش‌آموزان خود را با نشان دادن راه‌کارهای مفید مطالعه‌ای کمک کنند تا در گذراندن امتحانات موفق شوند. بنابراین حضور معلمان، دوستان و خانواده موجب دل‌گرمی فرد می‌شود و انگیزه او را برای کنار آمدن با فشار روانی بالا می‌برند. این نوع حمایت را حمایت هیجانی می‌نامند که می‌تواند دو سویه باشد. بدین معنی که در شرایطی دیگر جای حامی و حمایت‌شده عوض می‌شود (چمندری، ۱۳۹۶: ۴۶-۴۴). در واقع حمایت اجتماعی، سپر یا محافظ قلمداد می‌شود. یعنی این‌که همیاری عملی و کمک مالی که توسط نزدیکان و دوستان به فرد می‌شود از میزان عواقب استرس در زندگی فرد می‌کاهد و یا به‌طور کلی از وقوع رویدادهای استرس‌زا جلوگیری به‌عمل می‌آورد و هم‌چنین احساس تعلق‌پذیری و همبستگی و تقویت مثبت را فراهم می‌کند و رضایت از زندگی را ارتقاء می‌بخشد. بنابراین، افرادی که این نوع کمک‌ها را دریافت می‌کنند به احتمال زیاد مشکلات جسمی و روحی کمتری خواهند داشت (شیلدز و ویتلی‌پرایس^۳، ۲۰۰۵). آنتونوسی^۴ (۱۹۸۵) بانک حمایتی را با در نظر گرفتن جریان و جهت حمایت اجتماعی مطرح می‌کند که بر اساس رابطه سن‌گیرنده و دهنده حمایت و میزان ورودی و خروجی آن بیان می‌شود. روابط والدین و فرزندان به‌دلیل نوع رابطه، تعلق‌خاطر و تعهد و مسئولیت از حمایتی‌ترین روابطی هستند که منابع حمایتی هر دو در آن از انتظارات و هنجارهای معمول در دیگر انواع روابط تبعیت نمی‌کند. جریان حمایت به‌طور پیوسته و متوالی در این رابطه با چرخه زندگی و قابلیت توانایی حمایت طرفین رابطه و توازن آن با سن در ارتباط است. پارسونز^۵ (۱۹۴۳) نیز نظریه حمایتی خود را بر اساس روابط والدین و فرزندان مطرح نموده است. به‌نظر هر دو، اولین و مهم‌ترین منبع حمایتی برای فرد در دوران‌های مختلف زندگی خانواده است. افراد در سنین کودکی و نوجوانی به‌عنوان گیرنده‌های اصلی، با دورانی پر از تنش و استرس مواجه‌اند که گذار سالم از آن نیازمند نهایت حمایت از طرف والدین است (قدسی، ۱۳۸۲: ۱۵۶-۱۵۵). ساراسون و

^۱. Tangible help

^۲. Information acquisition

^۳. Shields and Wheatley Price

^۴. Antonucci

^۵. Parsons

همکارانش^۱(۱۹۸۳) حمایت اجتماعی را در پنج بعد زیر ارائه می‌دهند. حمایت عاطفی: به معنی داشتن مهارت‌های کافی برای دریافت یاری از دیگران در وقت سختی، حمایت شبکه اجتماعی: به معنای در اختیار داشتن توانایی عضویت در شبکه‌های اجتماعی و ایجاد روابط با دیگران، حمایت خود ارزشمندی: دریافت انرژی لازم به جهت ایجاد حس ارزشمندی در خود و به‌کارگیری توانایی تسلط بر سختی‌ها، حمایت ابزاری: در اختیار داشتن امکان استفاده از منابع مالی و خدماتی در سختی‌ها و دشواری‌ها، حمایت اطلاعاتی: یعنی فرد بتواند اطلاعات و آگاهی مورد نیاز خود را برای درک موقعیت به‌دست آورد (نقل از میرمحمدعلی، ۱۳۹۵: ۹). منابع حمایتی شامل هر فرد نزدیک یا گروهی از افراد هستند که فرد می‌تواند به آن‌ها مراجعه کند، از جمله خانواده، دوستان، آشنایان، همکاران و... خانواده به عنوان اولین شبکه ارتباطی است که فرد در آن با حمایت عاطفی و مستمر اعضای خانواده، شروع به‌رشد می‌نماید (چمندری، ۱۳۹۶: ۴۵). مدرسه پیوندهای دوستی را پیوندهایی با ریسک تغییرپذیری بالا می‌داند اما آن را منبعی با قابلیت اتکا در نظر می‌گیرد که با پیوندهای خویشاوندی قابل مقایسه است. ساختار اجتماعی دوستی را می‌توان از جنبه‌های گوناگونی در نظر گرفت. این جنبه‌ها شامل مدت زمان همراهی با دوستان، میزان و نوع فعالیت‌های مشترک و نقش‌هایی که دوستان در میانه ارتباطات در ساختار دارند و هم‌چنین کارکردهای این ارتباطات (اشنایدر و اسمیت^۲، ۱۹۸۹: ۶۷؛ ولمن و ورتلی^۳، ۱۹۹۰).

از مهارت‌های مهم زندگی انسان‌ها داشتن مهارت روابط بین فردی^۴ است. تعریف سازمان بهداشت جهانی (۱۹۷۹) از مهارت‌های ارتباطی حاکی از آن است که اگر فردی توانایی انجام رفتار سازگارانه و مثبت داشته باشد به‌نوعی که وی بتواند با مشکلات و احتیاجات زندگی روزمره خود کنار بیاید، دارای مهارت ارتباطی و مهارت زندگی است. مهارت‌های آموخته‌شده در اجتماعی شدن افراد تأثیرگذار است. گوش‌دادن، کنترل عواطف، توانایی دریافت و ارسال پیام‌های واضح ارتباطی، قاطعیت یا فعال بودن در ارتباط از مهارت‌های ارتباطی هستند (رازقی و چاری، ۱۳۸۹: ۳۰-۳۱). گلاسر^۵(۱۳۹۷) در تئوری انتخاب خود به داشتن روابط با کیفیت و تأثیر آن در شادمانی و مسئولیت‌پذیری تأکید می‌کند و معتقد است زندگی سالم و سلامت اجتماعی بالاتر در گرو مدیریت ارتباطات است (نقل از سرگلزایی، ۱۳۸۹: ۱۰-۱۱). مجموعه رفتارهای هدفمند و متناسب با موقعیتی که قابل آموختن هستند و فرد بر آن‌ها کنترل دارد را مهارت‌های ارتباطی می‌نامد. اشنایدر

¹. Sarason et all

². Snyder & Smith

³. Wellman & Worttly

⁴. interpersonal communication skill

⁵. William Glasser select theory

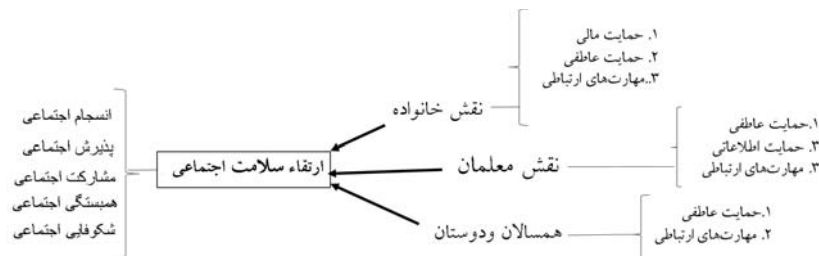
و همکاران ارتباط میان افراد با محیط را مهارت‌های ارتباطی می‌نامند و اعتقاد دارند که این مهارت‌ها وسیله‌ای برای برقراری روابط مفید و سالم با همسالان هستند و بخشی از سلامت روانی محسوب می‌شوند. البته سه روش ارتباطی زیر مورد بررسی قرار گرفته‌اند. روش ارتباطی منفعلانه یا عدم ابراز وجود: این روش به معنی در نظر نگرفتن خود، در پیش گرفتن روشی انفعالی به گونه‌ای که دیگران افکار، احساسات و حقوق خود را به راحتی نادیده بگیرند. روش روابط پرخاشگرانه: یعنی تهدید کردن دیگران یا نادیده گرفتن حقوق دیگران، ویژگی‌های این روش عبارتند از: صحبت کردن پیش از اتمام صحبت دیگران، بلندبلند و تهاجمی حرف زدن، خیره شدن به طرف مقابل، کنایه زدن، ابراز خشن و شدید احساسات و عقاید، بالاتر دانستن خود و رنجاندن دیگران برای جلوگیری از رنجش خود. هدف افراد پرخاشگر، عدم رعایت حقوق دیگران است (هارجی^۱ و ساندرز، ۱۳۸۴: ۲۸۹-۲۹۷). روش روابط جرأت‌مندانه یا ابراز وجود: یعنی ملاحظه حقوق دیگران و درعین حال گرفتن حق خود. ویژگی‌های این روش عبارتند از: پاسخ‌های خودانگیزه، با لحنی دوستانه اما قاطع، نگاه کردن به دیگران، ذکر مسائل مهم، ابراز احساسات و عقاید خود، بها دادن به خود و رنجاندن خود و دیگران (بولتون، ۱۳۸۶: ۱۸۴).

بر اساس آنچه گذشت و پس از بررسی اجمالی برخی از نظریه‌های مرتبط با موضوع تحقیق کنونی، چارچوب و مدل پژوهش حاضر از نظر می‌گذرد.

چارچوب و مدل نظری پژوهش

با توجه به این نکته که پژوهش کنونی به بررسی نقش عوامل اجتماعی شدن بر ارتقاء سلامت اجتماعی می‌پردازد. لذا برای ترسیم مدل و تنظیم فرضیه‌ها از رویکرد تلفیقی استفاده کرده است. با تلفیق و ترکیب نظریه‌های سلامت اجتماعی مک‌دال و کییز و شاپیرو (در استخراج متغیر وابسته) و نظریه‌های حمایت اجتماعی کلمن، بولبی آنتونوسی و پارسنز و نظریه‌های مهارت‌های ارتباطی هارجی و ساندرز و بولتون (در استخراج متغیرهای مستقل) مدل نظری پژوهش در شکل (۱) ترسیم شده است.

^۱. Ion Harjy



شکل ۱. مدل نظری پژوهش

فرضیه‌های پژوهش

نقش خانواده بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان تأثیرگذار است. مؤلفه‌ها: حمایت اجتماعی (حمایت مالی، حمایت عاطفی) و مهارت‌های ارتباطی

نقش معلمان بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان تأثیرگذار است. مؤلفه‌ها: حمایت اجتماعی (حمایت عاطفی، حمایت اطلاعاتی) و مهارت‌های ارتباطی

نقش دوستان و همسالان بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان تأثیرگذار است. مؤلفه‌ها: حمایت اجتماعی (حمایت عاطفی) و مهارت‌های ارتباطی

روش پژوهش

روش پژوهش پیمایشی^۱ و از بعد زمان، مقطعی و از نظر هدف، کاربردی و ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه استاندارد شده و واحد تحلیل فرد است، از نظر نوع دامنه، خرد^۲ و از نظر وسعت، پهنانگر است جمعیت آماری دانش‌آموزان دو دوره متوسطه اول و دوم مشغول به تحصیل شهر مریوان به تعداد ۱۶۵۳۵ نفر است. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران به قرار زیر محاسبه شد.

$$N = 16535 \text{ نفر}$$

$$Z = 1.96; d = 0.05; n = ?; P = (1 - q) \text{ (نسبتی از جمعیت دارای صفت معین)} = 0.5 \text{ و } q = 0.5 \text{ (نسبتی از جمعیت فاقد صفت معین)}$$

$$n = \frac{N \times Z \times pq}{N d^2 + Z^2 \times pq} = \frac{16535 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{(16535 \times 0.05^2) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5} = 375$$

^۱.Survey

^۲.Micro

با شیوه نمونه‌گیری نسبتی و خوشه‌ای یا چند مرحله‌ای که مناسب جمعیت آماری ناهمگن است (بیکر^۱، ۱۳۸۶: ۱۹۶)، ۳۷۵ نفر به شرح زیر گزینش شدند.

در مرحله اول جمعیت آماری شامل دانش‌آموزان متوسطه دخترانه و پسرانه متوسطه اول و دوم به چهار گروه همگن دسته‌بندی و سپس به تناسب جمعیت به صورت تصادفی ساده از میان آن‌ها تعداد مدارس انتخاب شدند. در مرحله بعد نسبت جمعیت پسر و دختر به کل جمعیت محاسبه شد. سپس نسبت تعداد مدارس دخترانه و پسرانه به کل مدارس محاسبه شد. حجم نمونه از طریق فرمول کوکران با توجه به نسبت‌ها برای هر کدام از مدارس دخترانه (متوسطه اول و دوم) و پسرانه (متوسطه اول و دوم)، ۲۱ مدرسه دخترانه و ۲۰ مدرسه پسرانه تعیین گردید. در مرحله آخر تعداد ۳۷۵ نفر نمونه به دست آمده از فرمول کوکران، در بین مدارس به نسبت تقسیم گردید. جدول (۱).

جدول شماره (۱). توزیع فراوانی جمعیت نمونه بر حسب دوره آموزشی و جنسیت دانش‌آموزان

| تعداد نمونه (مدرسه، دانش‌آموز) | | نسبت نمونه | تعداد مدارس | دوره | جنسیت |
|-----------------------------------|----------|-------------------|----------------|------------|---------|
| ۹۲ نفر | ۱۱ مدرسه | ۵۱٪ مدرسه دخترانه | ۲۱ | متوسطه اول | دخترانه |
| ۸۴ نفر | ۱۰ مدرسه | ۴۷٪ جمعیت دختر | ۱۹ | متوسطه دوم | |
| ۱۷۶ نفر | ۲۱ مدرسه | ۱۷۶ دختر | ۴۱ | | جمع |
| ۱۰۰ نفر | ۱۰ مدرسه | ۴۹٪ مدارس پسرانه | ۲۰ | متوسطه اول | پسرانه |
| ۹۹ نفر | ۱۰ مدرسه | ۵۳٪ جمعیت پسر | ۲۰ | متوسطه دوم | |
| ۱۹۹ نفر | ۲۰ مدرسه | ۱۹۹ پسر | ۴۰ | | جمع |

از پرسش‌نامه استاندارد شده استفاده شد. مشخصات در جدول ۲ ارائه شده است.

¹Bikers

جدول شماره (۲). پرسشنامه‌های استاندارد شده مورد استفاده

| متغیرها | پرسشنامه مورد استفاده | منبع پرسشنامه | تعداد گویه |
|-------------------|--|--|------------|
| سلامت اجتماعی | 2004 (Keyes & Shapiro) | خیرالدین باباپور (۱۳۸۸) خطیبی و محمودی (۱۳۹۸) | ۱۶ |
| حمایت اجتماعی | بر اساس نظریه کوب (۱۹۷۶) Fischer (1982) | و ثوقی و دیگران (۱۳۹۰) بیرامی، موحدی و موحدی (۱۳۹۳) | ۱۲ |
| مهارت‌های ارتباطی | مهارت اجتماعی نوجوانان براساس نظریه اون هارجی و ساندرز | امینی، ۱۳۸۷ (انگلیسی) | ۱۴ |

سطح سنجش متغیرهای ملاک و پیش‌بین فاصله‌ای مجازی است. نمره‌گذاری گویه‌ها بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت به صورت «کاملاً موافق=۵»، «موافق=۴»، «بی‌نظر=۳»، «مخالف=۲» و «کاملاً مخالف=۱»، انجام شده است.

متغیرها، معرف‌ها و روایی و پایایی

روایی شاخص‌ها: برای حصول اطمینان از وسیله جمع‌آوری اطلاعات (پرسش‌نامه) از «روایی محتوا» استفاده شد. روایی محتوا بدین معناست که ابزار اندازه‌گیری کلیه خصوصیات مفهومی را که شما می‌خواهید اندازه بگیرید، در بردارد (فرانکفورد؛ ناچمیاس، ۱۳۸۱: ۲۳۶) که از دو راه دست آمد: ۱- استفاده از پرسش‌نامه استاندارد شده (جدول شماره ۲) -۲- استفاده از نظرات جامعه‌شناسان و پژوهشگران مرتبط. در این پژوهش طی جلسات متعدد با کمک استاد راهنما به انتخاب معتبرترین شاخص‌های گردآوری شده در پرسش‌نامه‌های آزمون شده قبلی اقدام شد. سپس این شاخص‌ها در اختیار داوران صاحب‌نظر قرار گرفت. پس از تایید اعتبار محتوایی آن‌ها به کار گرفته شد. منظور از پایایی حصول نتایج مشابه در تکرار اعمال قبلی است (ساروخانی، ۱۳۸۰: ۱۴۶). بهترین روش به دست آوردن پایایی استفاده از آلفای کرونباخ است که در این پژوهش نیز استفاده شده است. ضرایب پایایی آلفای کرونباخ متغیرها با استفاده از نرم‌افزار SPSS به همراه تعریف عملیاتی (معرف‌ها) آن‌ها در جدول شماره ۳ خلاصه شده است.

جدول شماره (۳). متغیرها، مولفه‌ها و معرف‌ها به همراه ضرایب پایایی برای هر شاخص

| متغیر | مولفه | گویه‌ها (معرف‌ها) | آلفای کرباخ | آلفای کرباخ |
|-------------------|----------------|--|-------------|-------------|
| حمایت اجتماعی | حمایت مالی | کمک‌های مورد نیازم، پول توجیبی، خرید لوازم التحریر را از خانواده دریافت می‌کنم. | ۰/۶۲ | ۰/۶۸۹ |
| | حمایت عاطفی | تمایل دارم شادی‌ها و غم‌هایم را با اطرافیان ^۱ (خانواده، معلمان و دوستان) تقسیم کنم. - اطرافیان همیشه سعی دارند به من کمک کنند. من همیشه حمایت‌های عاطفی را از اطرافیانم دریافت می‌کنم. | ۰/۷۶ | |
| | حمایت اطلاعاتی | وقتی دچار دردمر می‌شوم اطرافیانم کمک می‌کنند. در مشکلات درسی اطرافیانم کمک می‌کنند. اگر با مساله یا ابهامی مواجه شوم، اطرافیانم (خانواده و معلمان) اطلاعات لازم را در اختیارم می‌گذارند. | ۰/۶۳ | |
| مهارت‌های ارتباطی | پرخاشگرانه | به تذکرها و نصیحت‌های والدینم بی‌اعتنا هستم. اگر هم‌کلاسی‌هایم کار اشتباهی انجام دهند، به آن‌ها می‌خندم. وقتی به حرف‌های دیگران علاقه نداشته باشم، به آن‌ها توجه نمی‌کنم. برای رهایی از مشکل، دروغ می‌گویم. در هنگام عصبانیت، اطرافیانم را با القاب زشت خطاب می‌کنم. | ۰/۶۵۳ | ۰/۷۳۸ |
| | منفعلا نه | در هنگام درد دل کردن دوستانم، به آن‌ها گوش می‌دهم. در انجام کارهای گروهی، نوبت سایر اعضا را رعایت می‌کنم. در انجام کارهای گروهی بیشتر نظاره‌گرم. | ۰/۳۰۴ | |
| | جرات‌مندان نه | من این توانایی را دارم که لطیفه تعریف کنم و دوستانم را بخندانم. هنگام انجام کارگروهی دوستانم را وادار به انجام کار دل‌خواه خود می‌کنم. رفتار من با معلمانم صمیمی و دوستانه است. اگر از شکل ظاهری کسی خوشم نیاید این موضوع را به او می‌گویم. در انجام وظایفم کوشا | ۰/۶۰ | |

۱- گویه‌ها برای سه گروه خانواده، معلمان و دوستان و همسالان جداگانه طراحی شده است اما برای خلاصه کردن در جدول ۳ از کلمه اطرافیان استفاده شده است.

بررسی تأثیر عوامل اجتماعی شدن در ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر مریوان

| | | | | | |
|-------|-----------|---|---------|---------------|--------------|
| | | هستم. وقتی موجب ناراحتی کسی شوم از او معذرت‌خواهی می‌کنم. در هنگام انجام کار گروهی، سهم خودم را حتماً انجام می‌دهم. | | | |
| ۰/۶۸ | کل | | | | |
| ۰/۷۱۲ | ۵۸۹٪ | اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران دارم. نگاه مثبت به ماهیت مهربان انسان‌ها دارم. مردم را خودخواه و فردگرا نمی‌بینم. و همگی آن‌ها باعث می‌شود که من در کنار سایر اعضای جامعه، احساس راحتی کنم. | پذیرش | سلامت اجتماعی | متغیر وابسته |
| | ۹۱۲٪ | می‌توانم بفهمم که در دنیا چه پیش خواهد آمد. من خود را بخشی از جامعه می‌دانم. پیش‌بینی اتفاقات آینده را کار سختی نمی‌دانم (این مفهوم در مقابل بی‌معنایی در زندگی است و در حقیقت درکی که فرد نسبت به کیفیت، سازمان دهی و اداره اجتماعی دنیای اطراف خود دارد). | همبستگی | | |
| | ۶۴۲٪ | افراد جامعه برای من به عنوان یک شخص ارزش قائلند. من بخشی از جامعه بوده و خود را هم-چون سایرین در وقایع جامعه سهیم می‌دانم. افراد جامعه برای من ارزشمند هستند. | انسجام | | |
| | ۶۰۸٪ | من به این باور و احساس رسیدم که چیز باارزشی برای ارائه به جامعه دارم. فعالیت‌های روزانه اطرافیانم نتیجه دارد چون برای جامعه مهم است. من دارای محصول مشترک برای به اشتراک گذاشتن در جامعه هستم. (مثل افکار روشن برای شرکت در کرسی‌های آزاد اندیشی) و من دارای رفتار اثرگذار بر اطرافیانم هستم. | مشارکت | | |
| | ۰/۷۴۲ | من در جامعه به این باور رسیدم که جامعه در حال تکامل تدریجی است، توانایی‌های بالقوه برای تحولات مثبت وجود دارد و من شرایط آینده جامعه را امیدوارکننده می‌دانم، پیشرفت اجتماعی برای من مفهوم دارد. | شکوفایی | | |
| ۰/۸۱۹ | کل | | | | |

یافته‌های آماری:

۱- یافته‌های توصیفی

۴۹/۳ درصد پاسخ‌گویان، دختر و ۵۰/۷ درصد آن‌ها پسر بوده‌اند. میانگین سن پاسخ‌گویان ۱۵/۱۳ سال است. کم‌ترین و بیشترین سن پاسخ‌گویان به ترتیب ۱۲ سال و ۱۹ سال است. ۵۳/۸ درصد آن‌ها فرزند اول خانواده، ۲۲/۳ درصد نفر فرزند دوم، و بقیه فرزند سوم تا پنجم خانواده بوده‌اند. بیش از نیمی از پاسخ‌گویان (۵۱/۸ درصد) در متوسطه اول، ۳۵/۱ درصد در دوره متوسطه دوم نظری، ۷/۵ درصد در هنرستان‌های فنی و حرفه‌ای و ۵/۶ درصد نیز در هنرستان‌های کاردانش مشغول به تحصیل هستند. نزدیک به سه چهارم از پاسخ‌گویان (۷۰/۵ درصد) در مدارس عادی دولتی و بقیه در مدارس نمونه دولتی (۱۰ درصد)، تیزهوشان (۱/۹ درصد)، شاهد (۱۰/۶ درصد) و غیر انتفاعی (۷ درصد) مشغول به تحصیل هستند. ۶۵/۷ درصد تحصیلات مادرشان را زیر دیپلم، ۲۲ درصد دیپلم و فوق دیپلم، ۱۲/۲ درصد لیسانس و فوق لیسانس و بالاتر گزارش کرده‌اند. ۴۴/۶ درصد از پدران پاسخ‌گویان دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۳۴/۳ درصد دیپلم و فوق دیپلم، ۲۱/۲ درصد کارشناسی و کارشناسی ارشد و بالاتر بوده‌است. ۳۷/۹ درصد پاسخ‌گویان ابراز داشته‌اند که خانواده آن‌ها از نظر اقتصادی-اجتماعی در طبقه خیلی پایین و پایین، ۴۶/۸ درصد در طبقه متوسط، ۱۵/۳ درصد در طبقه بالا و خیلی بالای جامعه قرار دارند.

در مرحله بعد بر اساس سوالات تنظیم شده بر اساس متغیرهای سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی، از دانش‌آموزان خواسته شد تا وضعیت خود را در یک طیف ۵ درجه‌ای از خیلی کم تا خیلی زیاد گزارش کنند. نتایج در جدول ۴ خلاصه شده است.

جدول شماره (۴). توزیع فراوانی سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی پاسخ‌گویان

| متغیرها | درصد پاسخ‌گویان | خیلی کم | کم | متوسط | زیاد | خیلی زیاد |
|---------------|-----------------|---------|------|-------|------|-----------|
| سلامت اجتماعی | ۰ | ۱/۹ | ۲۷/۶ | ۶۲/۱ | ۸/۴ | |
| حمایت اجتماعی | ۰/۳ | ۲/۵ | ۱۵/۶ | ۴۳/۷ | ۳۷/۹ | |
| مهارت ارتباطی | ۰/۰ | ۰/۶ | ۱۶/۲ | ۶۱/۳ | ۲۲/۰ | |

با توجه به یافته‌های جدول ۴، میزان برخورداری پاسخ‌گویان از سلامت اجتماعی (۷۰/۵ درصد) و حمایت اجتماعی (۸۰/۶ درصد) و مهارت‌های ارتباطی (۸۳/۲ درصد) در حد زیاد و خیلی زیاد گزارش شده است (یعنی بیش از ۷۰ درصد است). یافته‌ها نشان می‌دهد که دانش‌آموزان از سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی برخوردار هستند. بنابراین می‌توان وارد مراحل

بعدی پژوهش شد و به بررسی تأثیر نقش عوامل اجتماعی شدن در ارتقاء سلامت اجتماعی آن‌ها پرداخت.

۲- یافته‌های استنباطی: آزمون فرضیه‌ها

الف- فرضیه نخست: نقش خانواده بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان تأثیر گذار است.

الف- ۱

فرض صفر: حمایت اجتماعی (مالی و عاطفی) خانواده بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان تأثیر ندارد.

$H_0=H_1$

فرض تحقیق: حمایت اجتماعی (مالی و عاطفی) خانواده بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان تأثیر دارد.

$H_0 \neq H_1$

الف- ۲

فرضیه صفر: مهارت‌های ارتباطی خانواده بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان تأثیر ندارد.

$H_0=H_1$

فرض تحقیق: مهارت‌های ارتباطی خانواده بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان تأثیر دارد.

$H_0 \neq H_1$

یافته‌ها در جدول شماره ۵ نمایش داده شده‌اند.

جدول شماره (۵). رگرسیون چند متغیره پیش‌بینی میزان تأثیر حمایت اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی خانواده بر ارتقاء سلامت اجتماعی

| ۱ | متغیر وارد شده | R | R^2 | سطح معنی داری |
|-------------|---|-------|-------|---------------|
| نقش خانواده | حمایت اجتماع (مالی و عاطفی) و مهارت‌های ارتباطی | ۰/۶۴۰ | ۰/۴۰۹ | ۰/۰۰۰ |

ضریب تعیین حمایت اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی نشان می‌دهد که این دو متغیر در حد قابل توجهی پیش‌بینی‌کننده تغییرات ارتقاء سلامت اجتماعی ($R = 0/640$) هستند

ادامه جدول شماره (۵) آنوا: همواری مدل رگرسیونی

| معنی‌داری | مقدار F | بتا (ضریب تأثیر) | درجه آزادی ۲ | میانگین مجذورات | منبع تغییرات | متغیر |
|-----------|---------|---------------------|-----------------|--------------------|-----------------|---------|
| ۰/۰۰۰ | ۱۲۳/۳۷۶ | ۰/۴۶۷ | ۳۵۶ | ۴۹۸۰/۱۸۹ | رگرسیون | حمایت |
| | | | ۳۵۸ | ۴۰/۳۶۶ | باقی مانده | اجتماعی |
| | | ۰/۲۹۴ | | | | |

متغیرهای پیش‌بین: حمایت اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی - متغیر وابسته: ارتقاء

سلامت اجتماعی

جدول (آنوا) همواری یا مقبولیت مدل را از نظر آماری نشان می‌دهد. با توجه به مقادیر بتا^۱ (۰/۴۶۷) و سطح معناداری معادله (۰/۰۰۰)؛ حمایت اجتماعی خانواده در بعد مالی و عاطفی، بیشترین تأثیر قابل توجه را بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان دارد. یعنی هر واحد تغییر در حمایت اجتماعی خانواده، می‌تواند حامل ۰/۴۶۷ واحد تغییر در ارتقاء سلامت اجتماعی در سطح معناداری ۰/۰۰۰ باشد. همچنین هر واحد تغییر در مهارت‌های ارتباطی می‌تواند ۰/۲۹۴ واحد تغییر در ارتقاء سلامت اجتماعی در سطح معنی‌داری ۰/۰۰۰ ایجاد نماید. در این جدول آماره F برابر با ۱۲۳/۳۷۶ درصد و سطح معنی‌داری ۰/۰۰۰، نشان می‌دهد که تغییرات نشان داده شده به وسیله مدل، بر اثر اتفاق نیست، بلکه توانایی مدل در توضیح تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته است. این امر حاکی از تأثیر حقیقی خانواده در دو بعد حمایت اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان است.

ب- فرضیه دوم: نقش معلمان بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان تاثیرگذار است.

ب- ۱

فرض صفر: حمایت اجتماعی (عاطفی و اطلاعاتی) معلمان بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان
تأثیر ندارد.

$$H_0 = H_1$$

فرض تحقیق: حمایت اجتماعی (عاطفی و اطلاعاتی) معلمان بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان
تأثیر دارد.

$$H_0 \neq H_1$$

ب- ۲

فرضیه صفر: مهارت‌های ارتباطی معلمان بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان تاثیر ندارد.

$$H_0 = H_1$$

¹ Beta

فرض تحقیق: مهارت‌های ارتباطی معلمان بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان تأثیر دارد.

$H_0 \neq H_1$

یافته‌ها در جدول ۶ خلاصه شده است.

جدول شماره (۶). رگرسیون چند متغیره پیش‌بینی میزان تأثیر حمایت اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی معلمان بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان

| متغیر | متغیر وارد شده | R | R ² | سطح معنی داری |
|------------|--|-------|----------------|---------------|
| نقش معلمان | حمایت اجتماعی (عاطفی و اطلاعاتی) و مهارت‌های ارتباطی | ۰/۵۹۴ | ۰/۳۵۳ | ۰/۰۰۰ |

ضریب تعیین حمایت اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی معلمان نشان می‌دهد که این دو متغیر در حد قابل توجهی پیش‌بینی‌کننده تغییرات ارتقاء سلامت اجتماعی ($R = ۰/۵۹۴$) دانش‌آموزان در سطح معنی‌داری (۰/۰۰۰) هستند.

ادامه جدول شماره (۶). آنوا: همواری مدل رگرسیونی

| متغیر | میانگین مجذورات | درجه آزادی | بتا | مقدار F | متغیر |
|----------------------------------|-----------------|------------|-------|---------|-------|
| حمایت اجتماعی (عاطفی و اطلاعاتی) | ۴۲۸۸/۸۱۰ | ۲ | ۰/۴۴۳ | ۹۶/۹۲۲ | ۰/۰۰۰ |
| مهارت‌های ارتباطی | ۴۴/۲۵۰ | ۳۵۶ | ۰/۲۸۴ | | |
| | | ۳۵۸ | | | |

متغیرهای پیش‌بین: حمایت اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی معلمان

متغیر وابسته: ارتقاء سلامت اجتماعی

جدول آنوا همواری یا مقبولیت مدل را از نظر آماری نشان می‌دهد. با توجه به مقادیر بتا و سطح معناداری معادله؛ مهارت‌های ارتباطی معلمان بیشترین تأثیر قابل توجه را بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان دارد که ۰/۴۴۳ است. یعنی هر واحد تغییر در مهارت‌های ارتباطی، می‌تواند ۰/۴۴۳ واحد تغییر در ارتقاء سلامت اجتماعی در سطح معناداری ۰/۰۰۰ را تبیین نماید. همچنین هر واحد تغییر در حمایت اجتماعی معلمان در بعد عاطفی و اطلاعاتی، می‌تواند حامل ۰/۲۸۴ واحد تغییر در ارتقاء سلامت اجتماعی در سطح معنی‌داری ۰/۰۰۰ باشد. در این جدول آماره F برابر با ۹۶/۹۲۲ درصد در سطح معنی‌داری ۰/۰۰۰، نشان می‌دهد که تغییرات نشان داده شده به وسیله

مدل، بر اثر اتفاق نیست، بلکه توانایی مدل در توضیح تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته است. این امر حاکی از تأثیر حقیقی نقش معلمان در دو بعد حمایت اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان است.

ج- فرضیه سوم: نقش همسالان بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان تأثیر گذار است.

ج-۱

فرض صفر: حمایت اجتماعی (عاطفی) همسالان بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان تأثیر ندارد.

$$H_0 = H_1$$

فرض تحقیق: حمایت اجتماعی (عاطفی) همسالان بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان تأثیر دارد.

$$H_0 \neq H_1$$

ب-۲

فرضیه صفر: مهارت‌های ارتباطی همسالان بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان تأثیر ندارد.

$$H_0 = H_1$$

فرض تحقیق: مهارت‌های ارتباطی همسالان بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان تأثیر دارد.

$$H_0 \neq H_1$$

یافته‌ها در جدول ۷ خلاصه شده است.

جدول شماره (۷). رگرسیون چند متغیره پیش‌بینی میزان تأثیر حمایت اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی

همسالان بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان

| متغیر وارد شده | R | R ² | سطح معنی داری | ۱ |
|-----------------------|-------|----------------|---------------|-------------|
| حمایت اجتماعی (عاطفی) | ۰/۶۴۶ | ۰/۴۱۷ | ۰/۰۰۰ | نقش همسالان |
| مهارت‌های ارتباطی | | | | |

ضریب تعیین حمایت اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی همسالان نشان می‌دهد که این دو متغیر در حد قابل توجهی پیش‌بینی‌کننده تغییرات ارتقاء سلامت اجتماعی ($R = 0/646$) در سطح معنی داری (۰/۰۰۰) هستند.

ادامه جدول شماره (۷). آنوا: همواری مدل رگرسیونی

| متغیر | میانگین مجذورات | درجه آزادی | بتا | F | معنی داری |
|-----------------------|-----------------|------------|-------|---------|-----------|
| حمایت اجتماعی (عاطفی) | ۵۰۷۰/۸۷۹ | ۲ | ۰/۵۶۷ | ۱۲۷/۲۲۹ | ۰/۰۰۰ |

| | | | | | |
|--|--|-------|-----|--------|-------------------|
| | | ۰/۱۷۲ | ۳۵۶ | ۳۹/۸۵۶ | مهارت‌های ارتباطی |
| | | | ۳۵۸ | | |

متغیرهای پیش‌بین: حمایت اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی همسالان

متغیر وابسته: ارتقاء سلامت اجتماعی

جدول (آنوا) همواری یا مقبولیت مدل را از نظر آماری نشان می‌دهد. با توجه به مقادیر بتا^۱ و سطح معناداری معادله؛ حمایت اجتماعی همسالان بیشترین تأثیر قابل‌توجه را بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان دارد که ۰/۵۶۷ است. هر واحد تغییر در حمایت اجتماعی، می‌تواند حامل ۰/۵۶۷ واحد تغییر در ارتقاء سلامت اجتماعی در سطح معناداری ۰/۰۰۰ باشد. هم‌چنین هر واحد تغییر در مهارت‌های ارتباطی همسالان حامل ۰/۱۷۲ واحد تغییر در ارتقاء سلامت اجتماعی در سطح معنی‌داری ۰/۰۰۰ است.

در این جدول آماره F برابر با ۱۲۷/۲۲۹ در سطح معنی‌داری ۰/۰۰۰، توانایی مدل را در توضیح تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته نشان می‌دهد. یعنی تغییرات نشان داده شده، بر اثر اتفاق نیست. این امر حاکی از تأثیر حقیقی نقش همسالان در دو بعد حمایت اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان می‌باشد.

در مرحله آخر تحلیل، از طریق SPSS و مسیر Transform ابعاد هر سه عامل اجتماعی شدن ابتدا ترکیب و تبدیل به یک متغیر شد. سپس سه متغیر جدید وارد تحلیل رگرسیون چند متغیره شدند. نتایج در جدول ۸ خلاصه شد.

¹. Beta

جدول شماره (۸). رگرسیون چند متغیره پیش‌بینی میزان تاثیر عامل‌های اجتماعی شدن بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش آموزان

| متغیر | R | R ² | سطح معنی داری |
|---------|-------|----------------|---------------|
| خانواده | ۰/۶۹۳ | ۰/۴۸۰ | ۰/۰۰۰ |
| معلمان | | | |
| همسالان | | | |

ادامه جدول شماره (۸). آنوا

| متغیر پیش بین | میانگین مجذورات | درجه آزادی | بتا | F | معنی داری |
|---------------|-----------------|------------|-------|---------|-----------|
| خانواده | رگرسیون | ۳ | ۰/۲۳۱ | | |
| معلمان | ۳۸۹۵/۱۲۱ | ۳۵۵ | ۰/۴۰۲ | ۱۰۹/۳۵۱ | ۰/۰۰۰ |
| همسالان | باقیمانده | ۳۵۸ | ۰/۱۴۷ | | |
| | ۳۵/۶۲۰ | | | | |

متغیرهای پیش‌بین: خانواده، معلمان و همسالان - متغیر وابسته: ارتقاء سلامت

اجتماعی

ضریب تعیین عامل‌های اجتماعی شدن نشان می‌دهد که سه متغیر خانواده، معلمان و همسالان در حد قابل توجهی پیش‌بینی‌کننده تغییرات ارتقاء سلامت اجتماعی دانش آموزان ($R = 0/693$) در سطح معنی‌داری ($0/000$) هستند. با توجه به مقادیر بتا^۱ و سطح معناداری معادله؛ معلمان ($0/402$) بیشترین تأثیر را بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش‌آموزان دارند. هر واحد تغییر در نقش حمایت اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی معلمان، می‌تواند حامل $0/402$ واحد تغییر در ارتقاء سلامت اجتماعی در سطح معناداری $0/000$ باشد. سپس خانواده با $0/231$ واحد تغییر و همسالان با $0/147$ واحد تغییر، در ارتقاء سلامت اجتماعی دانش آموزان در سطح معنی داری $0/000$ تأثیر دارند. آنوا همواری یا مقبولیت مدل را از نظر آماری نشان می‌دهد. در این جدول آماره F برابر با $109/351$ در سطح معنی‌داری $0/000$ ، توانایی مدل را در توضیح تأثیر سه متغیر مستقل بر متغیر وابسته نشان می‌دهد. این امر حاکی از تأثیر حقیقی نقش عوامل اجتماعی شدن در دو بعد حمایت اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش آموزان است.

¹. Beta

نتیجه‌گیری و بحث

نتیجه‌گیری از یافته‌های توصیفی به شرح زیر است. بیش از نیمی از پاسخگویان فرزند اول و پسر هستند. نزدیک به سه چهارم از پاسخگویان در مدارس عادی دولتی مشغول به تحصیل هستند. اکثر پاسخگویان دارای منزل شخصی بوده و دوسوم آنها اذعان داشته‌اند که پدر و مادرشان دارای تحصیلات زیردیپلم است. وضعیت اقتصادی - اجتماعی اکثر آنها در حد متوسط و پایین‌تر بوده و مطلوب نیست.

نتایج تحلیلی به شرح زیر است. فرض مبتنی بر تأثیر عامل‌های اجتماعی شدن شامل خانواده، معلمان و همسالان در بعد حمایت اجتماعی با ارتقاء سلامت اجتماعی پاسخگویان در سطح ۹۹ درصد اطمینان‌تیبید شد. یعنی هرچه حمایت اجتماعی شامل: حمایت مالی و عاطفی دریافت شده از خانواده بیشتر باشد سلامت اجتماعی آنها نیز بیشتر ارتقاء می‌یابد. همچنین هرچه حمایت عاطفی و اطلاعاتی دریافت شده از سوی معلمان و همسالان افزایش یابد، سلامت اجتماعی دانش‌آموزان نیز ارتقاء می‌یابد. نتیجه به‌دست آمده حاصل از تأثیرگذاری عامل‌های اجتماعی شدن در بعد حمایت اجتماعی با ارتقاء سلامت اجتماعی در راستای نتایج تحقیقات تاج‌الدین (۱۳۹۶)، ابراهیم‌نجف‌آبادی (۱۳۸۹)، حاتمی (۱۳۸۹)، صادقی‌سرچشمه (۱۳۹۳)، سفیری و شایسته (۱۳۹۴)، لی و زانگ (۲۰۱۵)، زکی و خشوعی (۱۳۹۲)، چمندری (۱۳۹۶)، رجبی و همکاران (۱۳۹۴)، نبوی و همکاران (۱۳۸۸) بوده و آنها را تایید می‌کند. همچنین در راستا و هماهنگی با نظریه‌های مک‌داول (۲۰۰۶)، ساراسون و همکاران (۱۹۸۳)، ترنر (۲۰۰۳)، راتوس (۱۹۸۹)، کلمن (۱۳۷۷) و نظریه بانک حمایتی آنتونوسی (۱۹۸۵) و پارسنز (۱۹۴۳) و نظریه سپر یا محافظ شیلدز و ویتلی‌پرایس (۲۰۰۵) است. این نظریه فرض را بر آن می‌گذارد که همیاری عملی و کمک مالی که توسط نزدیکان و دوستان به فرد می‌شود، احساس تعلق‌پذیری و همبستگی و تقویت مثبت را فراهم می‌کند و رضایت از زندگی را ارتقاء می‌بخشد. بر اساس نتیجه تحقیق ابراهیم‌نجف‌آبادی (۱۳۸۹) و نظریه بانک حمایتی آنتونوسی و پارسنز، منبع کسب حمایت خانواده در اولویت سایر منابع قرار دارد، هم‌چنین بر اساس نظریه سپر شیلدز و ویتلی‌پرایس (۲۰۰۵) و گلاسر (۱۳۸۹) حمایت خانواده، فرزند را در برابر آسیب‌های اجتماعی مانند سپر، حفظ کرده و سلامت اجتماعی و ارتقاء آن را بیمه می‌کند. بنابراین حمایت اجتماعی از دانش‌آموزان از طرف خانواده، معلمان و همسالان نقش بسزایی در ارتقاء سلامت اجتماعی آنها دارد. هم‌چنین بر اساس نظریه دلبستگی بولبی (۱۹۶۹، ۱۹۷۳، ۱۹۸۰) هر قدر حمایت اجتماعی افزایش یابد به همان میزان بر دلبستگی افراد و تعلق خاطر آنها به جامعه افزوده می‌شود. بر اساس نظر کییز و شاپیرو (۲۰۰۴)، این افراد دارای دیدی مثبت و احساس خوبی نسبت به خودشان و زندگی بوده و با وجود ضعف‌ها و ناتوانی‌هایی که در خود سراغ دارند، همه

جنبه‌های خود را می‌پذیرند؛ زیرا احساس می‌کنند که بخشی از جامعه هستند و به آینده جامعه امیدوارند و اعتقاد دارند که خود و دیگران نیروی بالقوه‌ای برای رشد اجتماعی دارا هستند. امیدواری به افراد این توان را می‌دهد که هرچه بیشتر از توانمندی‌های خود جهت پیشرفت فردی و اجتماعی‌شان استفاده کنند. نتایج در ترکیب هر سه عامل نشان داد که همسالان بیشترین تاثیر را در بعد حمایت عاطفی در دروان نوجوانی دارند و این به دلیل صمیمیتی است که بین این بچه‌ها وجود دارد و در عین حال هیچ محدودیتی برای ابراز عاطفی خود نسبت به یکدیگر احساس نمی‌کنند. بنابراین خانواده‌ها و معلمان نباید بی تفاوت از کنار این موضوع بگذرند.

هم‌چنین نتایج نشان داد که عامل‌های اجتماعی شدن شامل خانواده، معلمان و همسالان در بعد مهارت‌های ارتباطی بر ارتقاء سلامت اجتماعی دانش آموزان تاثیر دارند و این نتیجه در راستای نتایج تحقیقات حسینی (۱۳۸۸-۱۳۸۷)، امینی نقده (۱۳۹۰)، سفیری و شایسته (۱۳۹۴)، شایسته (۱۳۹۳)، رضادوستی و رستمی (۱۳۹۷)، وثوقی و همکاران (۱۳۹۳)، زکی و خشوعی (۱۳۹۲)، بلوک و برسلو (۱۹۷۱)، راسل (۱۹۷۳)، کلمن (۱۳۷۷)، قدسی (۱۳۸۲)، راتوس (۱۹۸۹)، یاری (۱۳۹۲)، برلسون و همکاران (۱۹۹۴)، کوهن (۲۰۰۰)، شاو و گانت (۲۰۰۲)، گلدسمیت (۲۰۰۴)، گلد اسمیت و آلبرشت (۲۰۱۱)، تویترز (۲۰۰۱۱) و نظریه‌های هارجی و همکاران (۱۳۸۶)، ساراسون و همکاران (۱۹۹۰) و استوری (۲۰۱۳) است و هماهنگ با نظریه شبکه‌های اجتماعی سرمایه اجتماعی پاتنام (۱۹۹۳)، فوکویاما (۱۳۸۵) و نظم اجتماعی ترنر (۲۰۰۳) است. سرمایه‌گذاری‌های اجتماعی یک فضای اجتماعی حمایت‌کننده برای افراد فراهم می‌کند به‌گونه‌ای که جامعه را در فعالیت‌های هماهنگ، کارآمد می‌سازد و انجام کارهای بزرگ دست‌نیافتنی را ممکن می‌سازد (پاتنام، ۱۹۹۳). لذا هر قدر مهارت‌های ارتباطی بیشتر کسب شود و شبکه‌های ارتباطی گسترش یابد، به دلیل فراهم شدن فضای تعاملات بیشتر و عمیق‌تر شدن حمایت‌های اجتماعی، سلامت اجتماعی نیز ارتقاء می‌یابد. ترنر (۲۰۰۳) معتقد است در هر جامعه‌ای که بنا به دلایل متفاوت ارتباطات و پیوندهای اجتماعی در سطح مطلوبی قرار نداشته باشد، افراد از کنش و واکنش‌های اجتماعی عقلانی خودداری می‌کنند و ایجاد و رشد سرمایه اجتماعی به‌کندی انجام می‌گیرد. در این‌گونه جوامع پدیده فردگرایی خودخواهانه رشد می‌کند و همبستگی اجتماعی کاهش می‌یابد و افراد را دچار گوشه‌گیری اجتماعی می‌کند و احساس انزوا و تنهایی و گوشه‌گیری در سطح جامعه گسترش می‌یابد. اشنایدر و همکاران (۱۹۸۵) نیز معتقدند مهارت‌های ارتباطی وسیله‌ای برای شروع و ادامه یک ارتباط سازنده و سالم با همسالان مورد استفاده قرار می‌گیرد. از نتایج مهم در این زمینه در این تحقیق این بود که مهارت‌های ارتباطی خانواده با دانش آموز بیش از دو عامل دیگر برآورد شد. اگر خانواده کانون جذب نوجوانان باش، بسیاری از آسیب‌های اجتماعی مانند وندالیسم و انزوا، خودخواهی و... در کنش‌های

اجتماعی دانش‌آموزان کاهش یافته و بستر مناسب رشد و توسعه فردی و اجتماعی فراهم خواهد شد.

مهم‌ترین دستاورد تحقیق این بود که نشان داد، اولاً عوامل اجتماعی شدن (خانواده، معلمان، همسالان) بیشترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی دانش‌آموزان دارند. در ثانی دانش‌آموزان در هر شرایط اقتصادی (نیمه برخوردار یا برخوردار)، اگر از طریق حمایت‌های اجتماعی (عاطفی، مالی، اطلاعاتی) و مهارت‌های ارتباطی عوامل اجتماعی‌شدن، جذب و مستحیل در گروه‌های سه گانه (خانواده، مدرسه، همسالان) شوند، کاستی‌های اجتماعی و محیطی به ندرت می‌تواند سلامت اجتماعی آن‌ها را تضعیف نماید.

پیشنهاد‌های پژوهش

با توجه به یافته‌ها توصیه می‌شود عوامل اجتماعی شدن بخصوص خانواده که در سراسر عمر انسان از بدو تولد تا مرگ، نقش محوری دارند، به رسالت سرمایه اجتماعی و تربیتی و فرهنگی خود بیشتر دقت کرده و خود را همزمان با نیاز امروز نوجوانان و جوانان به‌روز کنند تا دامنه حمایتی و ارتباطی آن‌ها با فرزندانشان گسترش یابد. یعنی در عصر فرا مدرن نیاز به همدلی و مدرن است که کانون آن در درون گروه‌های اصلی یعنی خانواده، همسالان و مدرسه قرار دارد. در این شرایط دانش‌آموز تلاش می‌کند چیزهای با ارزشی به جامعه خود ارائه دهد و به خودشکوفایی اجتماعی نائل آید. خانواده‌ها و آموزش و پرورش و گروه‌های دوستی و سازمان‌های رسمی نقش بسزایی برای رسیدن به آن ایفا می‌کنند. این مهم به دست نمی‌آید مگر با آگاه‌سازی خانواده‌ها و معلمان در داشتن پیوندهای عاطفی قوی با دانش‌آموزان. نهادهایی که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم متولی امور دانش‌آموزان هستند نیز در جهت توانمندسازی جوانان و نوجوانان در جهت داشتن دورانی پر از نشاط زندگی و خوب زیستن در راستای شکوفایی همه جانبه نسل جدید تلاش کنند. پیشنهاد بعدی آگاه‌سازی نهادهای رسمی تحقیقاتی مثل دانشگاه‌ها و سازمان‌های دولتی و مردم نهاد جهت تحقیق در زمینه دانش‌آموزان و نوجوانان با پژوهش‌هایی با محوریت سلامت اجتماعی، حمایت و روابط اجتماعی در سطح ملی و فراملی است.

منابع

افشانی، سیدعلیرضا و شیرینی محمدآباد، حمیده (۱۳۹۶)، « نقش سرمایه اجتماعی در ارتقای سلامت اجتماعی زنان شهر یزد»، *پژوهش‌نامه زنان*، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، سال هشتم، شماره چهارم: ۲۰-۱.

- امانی، سعیده (۱۳۹۰)، «اثر بخشی آموزش مهارت‌های زندگی (مدیریت استرس و ارتباط مؤثر) بر بهبود سلامت روان دانش‌آموزان دختر سال سوم متوسطه دارای والد با سبک فرزندپروری استبدادی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- امینی نقده، منصور (۱۳۹۰)، «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی مطالعه موردی جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال شهر نقده»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- ابراهیم نجف آبادی، اعظم (۱۳۹۰)، «عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله شهر اصفهان (با تأکید بر میزان حمایت اجتماعی)»، *سلامت و روان‌شناسی*، دوره ۱، شماره ۲: ۹۹-۱۱۳.
- بولتون، رابرت (۱۳۸۶)، *روانشناسی روابط انسانی (مهارت‌های مردمی)*، ترجمه حمیدرضا سهرابی و افسانه حیات روشنایی، تهران: انتشارات رشد.
- بیرامی، منصور؛ موحدی، معصومه؛ موحدی، یزدان؛ عزیزی، امیر و رضا محمدزادگان (۱۳۹۳) "نقش مولفه‌های حمایت ادراک شده در پیش‌بینی فرسودگی شغلی پرستاران"، *فصلنامه مدیریت پرستاری*، سال سوم، دوره سوم، شماره اول: ۲۸.
- بیکر، ترزا. ال (۱۳۸۶)، *روش تحقیق نظری در علوم اجتماعی*، ترجمه هوشنگ ناییبی، چاپ دوم، تهران: دانشگاه پیام نور.
- تاج‌الدین، محمد باقر (۱۳۹۶). «تعیین‌کننده‌های سلامت اجتماعی شهروندان منطقه ۱۲ تهران»، *فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، سال هشتم، شماره ۳۲، ص: ۶۱-۹۶.
- چمندری، اسکندر (۱۳۹۶) «رابطه بین حمایت اجتماعی با خودشکوفایی و انگیزش تحصیلی دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر مرودشت»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- حاتمی، پریسا (۱۳۸۹)، «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه اجتماعی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، استاد راهنما: عزت‌الله سام آرام، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده علوم اجتماعی.
- حسینی، سیده فاطمه (۱۳۸۷-۱۳۸۸)، «بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- خطیبی، اعظم، محمودی، علی (۱۳۹۷)، «مقایسه احساس امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی افراد معتاد با افراد غیر معتاد در محله گلشن تهران»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور مرکز همدان.
- خیراله‌پور، اکبر (۱۳۸۳)، «بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
- دماری، بهزاد و وثوق مقدم، عباس (۱۳۹۲)، «برای ارتقاء سلامت اجتماعی ایرانیان چه کنیم؟ مروری بر وضع موجود، راهبردهای ملی و نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی»، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، دوره یازدهم، شماره یک: ۴۵-۵۸.

- ذکائی، سعید(۱۳۹۲)، *جامعه‌شناسی جوانان ایران*، چاپ پنجم. تهران: نشر آگه.
- رازقی، علیرضا؛ چاری، حسین (۱۳۸۹) «رابطه وضعیت‌های هویت بر مهارت‌های ارتباطی در دانش‌آموزان دبیرستانی عشایری و شهری»، *مجله پژوهش در نظام‌های آموزشی*، دوره ۴، شماره ۹: ۵۲-۲۷.
- رضادوست، کریم؛ رستمی، ایوب (۱۳۹۷) «بررسی تأثیر برخی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی (مطالعه موردی دانشگاه شهید چمران اهواز)»، *کنفرانس ملی توسعه اجتماعی*.
<https://elmnet.ir/article>
- زکی، محمدعلی؛ خشوعی، مریم‌السادات (۱۳۹۲)، «سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان»، *مطالعات جامعه‌شناسی شهری*، سال سوم، شماره هشت: ۷۹-۱۰۸.
- ساروخانی، باقر (۱۳۸۰)، روش‌های تحقیق در علوم اجتماعی، جلد دوم: بینش‌ها و فنون، تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.
- سجادی، حمیرا و صدرالسادات، سیدجلال (۱۳۸۳)، «شاخص‌های سلامت اجتماعی»، *مجله سیاسی اقتصادی*، شماره ۲۰۷ و ۲۰۸: ۲۴۴-۲۵۳.
- سرگلزایی، محمدرضا (۱۳۸۹)، «روابط بین فردی در شخصیت سالم»، *مجله شادکامی و موفقیت*، سال هفتم، شماره ۸۰، ص: ۱۱-۱۰.
- سفیری، خدیجه؛ شایسته، سولماز (۱۳۹۴)، «بررسی رابطه سرمایه اجتماعی خانواده با سلامت اجتماعی جوانان»، *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۴(۳): ۱۷-۵.
- شایسته، سولماز (۱۳۹۳)، «بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و فرهنگی خانواده با سلامت اجتماعی جوانان»، پایان‌نامه ارشد، استاد راهنما خدیجه سفیری، دانشگاه الزهراء، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصاد.
- شفرز، برنهارد (۱۳۹۱)، *مبانی جامعه‌شناسی جوانان*، ترجمه کرامت‌الله راسخ، چاپ هشتم، تهران: نشر نی.
- صادقی‌سرچشمه، عباس (۱۳۹۳)، «عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی جوانان شهر یزد»، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- فرانکفورت، چاوا؛ ناچمیاس، دیوید (۱۳۸۱)، روش‌های پژوهش در علوم اجتماعی، ترجمه فاضل لاریجانی و رضا فاضلی، تهران: انتشارات سروش.
- فوکویاما، فرانسیس (۱۳۸۵)، *پایان نظم (بررسی سرمایه اجتماعی و حفظ آن)*، ترجمه غلامعلی توسلی، تهران: انتشارات حکایت قلم نوین.
- قدسی، محمدعلی (۱۳۸۲)، «بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی»، رساله دکتری جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تربیت مدرس.
- قربانی، علیرضا؛ جمعه‌نیا، سکینه (۱۳۹۷)، «نقش عوامل اجتماعی (خانواده، مدرسه و گروه همسالان) در جامعه‌پذیری دانش‌آموزان استان گلستان»، *جامعه‌شناسی کاربردی*، دوره ۲۹، شماره ۲، پیاپی ۷۰: ۱۲۹-۱۱۳.

- کلمن، جیمز (۱۳۷۷)، *نقد و بررسی کتاب: بنیادهای نظریه اجتماعی*، ترجمه منوچهر صبوری، چاپ اول، تهران: نشر نی.
- کیوی، ریمون و کامپنهود، لوک وان (۱۳۷۰)، *روش تحقیق در علوم اجتماعی*، ترجمه عبدالحسین نیک‌گهر، تهران: انتشارات معاصر.
- گلاس، ویلیام (۱۳۹۷)، *تئوری انتخاب: درآمدی بر روانشناسی امید*، ترجمه علی صاحبی، نشر سایه سخن.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۹)، *پیامدهای مدرنیت*، ترجمه محسن ثلاثی، تهران: نشر مرکز.
- محسنی تبریزی، علیرضا (۱۳۸۳)، *وندالیسم- مبانی روان‌شناسی اجتماعی، جامعه‌شناسی و روان‌شناسی رفتار وندالیستی در مباحث آسیب‌شناسی و کثر رفتاری اجتماعی*، تهران: انتشارات آن.
- میرمحمدعلی، مرجان (۱۳۹۵)، «بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به MS»، *دوفصلنامه پژوهشنامه روانشناسی عدالت*، سال اول، شماره دوم، ص: ۱۲۷-۱۰۸.
- نبوی، عبدالحسین؛ رضادوست، کریم؛ بهرامی نژاد، زهرا (۱۳۸۸)، «بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت عمومی سالمندان» *مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره ۱۰، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۸: ۱۰-۱.
- وثوقی، منصور؛ مهدوی، سیدمحمدصادق، رحمانی خلیلی، احسان (۱۳۹۳)، «بررسی تأثیرات جمعی سرمایه اجتماعی، شادابی اجتماعی و حمایت اجتماعی بر سلامت، فصلنامه بررسی مسائل اجتماعی ایران، دوره ۴، شماره ۲: ۲۶۳-۲۳۵».
- هارجی، اون؛ ساندرز، کریستین (۱۳۸۴)، *مهارت‌های اجتماعی در ارتباطات انسانی*، ترجمه خشایار بیگی، تهران: انتشارات رشد.
- یاری، عصمت (۱۳۹۲)، «بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی با استفاده از ژنراتور موقعیت»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی، دانشگاه الزهراء(س).
- Amini M(2011) " Studying the Correlation of Relationship Skills with Mental Health on Students of the University of Isfahan", Iran. *Proceedings of the 12th European Congress of Psychology*; 2011 Jul 4-8: Istanbul, Turkey.
- Antonucci, T.C. (1985), *Personal characteristics, social networks and social behavior*, In R. H. Binstock & E. Shanas (eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences*, 2nd, New York: Academic Press. (pp: 94 –128).
- Belloc, N. B., L Breslow and J. R. Hochstim, (1971) "(Calif. State Dept. Public Health, Berkeley 94704). Measurement of physical health in a general population survey, *American Journal of Epidemiology*, 93 Issue 5: 328–336.
- Bowlby, J. (1969), *Attachment and loss*, Vol. 1. Attachment. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1973), *Attachment and loss*, Vol. 2. Separation: Anxiety and anger. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1980), *Attachment and loss*, Vol. 3. Loss. New York: Basic Books.

- Burleson, B. R., Albrecht, T. L., and Sarason, I. G. (1994), *Communication of Social Support: Messages, Interactions, Relationships, and Community*, Newbury Park, CA: SAGE.
- Cobb, S. (1976) "Social support as moderator of life stress", *Psycho somatic medicine*, 38(5):300-314.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., and Underwood, L. G. (2000), *Social relationships and health, in Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists* (Oxford University Press, (PP: 1–25).
- Fischer, C. (1982), *To Dwell among Friends*, Berkeley: University of California Press.
- Friedman, Howard S (2002), *Health Psychology*, 2nd Edition, University of California press.
- Goldsmith, D. J. (2004), *Communicating Social Support*, New York, NY: Cambridge.
- Goldsmith, D. J., and Albrecht, T. L. (2011), *Social support, social networks, and health*, in *The Routledge Handbook of Health Communication*, eds T. L. Thompson, R. Parrott, and J. F. Nussbaum, New York: Routledge, (PP: 335–348).
- Keyes Corey L & Shapiro Adam D. (2004), "Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology. In Brim, Orville Gilbert; Ryff, Carol D.; and Kessler, Ronald C. (Eds) How Healthy Are We?" A National Study of Well-Being at Midlife. U.S. University of Chicago Press.
- Keyes, C. M (1997)"Social well-being.", *Social psychology quarterly*, 7(2): 121 – 140.
- Keyes, C. L. M. (2004) "Mental Health and / or Mental Illness? Investigation Axioms of the Compleat state model of Health", *Jornal of Consulting and Clinicial Psychology*, 73(3): 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2006)" mental health in adolescence: Is America's youth flourishing?" *American journal of orthopsychiatry*, 6(3): 395-402.
- Larsen, j.s. (1996) "The world Health Organization Definition Health. Versos Social Spiritual health", *Social indicator research*, 38(2): 181-192.
- Li, T. and zhang, Y. (2015). "Social network types and the health of older adults: Exploring reciprocal association", *Social science and Medician* (1982), 130: 59-68.
- Mc Dowell, Ian (2006), *Measuring Health, a Guide to Rating Scales and Questionnaires*, Oxford University press, Third Edition.
- Morris, Amanda Sheffield, Silk, Jennifer S, Steinberg, Laurence, Myers, Sonya S, & Robinson, Lara Rachel. (2007) "The Role of the Family Context in the Development of Emotion Regulation", *Social Development*, 16(2):361- 388.
- Parsons, T (1943) "The kinship system of the contemporary united states", *American Anthropologist Association*, 45(1): 22-38.

- Putnam, R. (1993), *Making Democracy work: civic tradition in modern Italy*. Princeton, N.J. princeton University press.
- Russell, RD. (1973), Social Health: an attempt to clarify this dimension of well-being, *International Journal of health Education*, 16: 74-82.
- Sarason, I.G. Levine, H.M. Basham, R.B. Sarason B.R. (1983), "Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire", *Journal of Personality and Social Psychology*, 44: 127-139.
- Shaw, L. H., and Gant, L. M. (2002), In defense of the Internet: the relationship between Internet communication and depression, loneliness, self-esteem, and perceived social support. *Cyberpsychol. Behav.* 5: 157-171.
- Shields, Michael and Wheatley, Price, Stephen. (2005)" Exploring the economic and social determinants of psychological well-being and perceived social support in England", *Journal of the Royal Statistical Society Series A*, 168 (3): 469-536.
- Shipman, Kimberly L. Zeman, Janice, Nesin, April E. & Fitzgerald, M. (2003) "Children's Strategies for Displaying Anger and Sadness: What Works with Whom?", *Merrill-Palmer Quarterly*, 49(1):100-122.
- Snyder, M and Smith, D. (1989), Personality and friendship: The friendship worlds of self monitoring. In Derlega, Valerian.J. Winstead, Barara. A (Eds). *Friendship and social interaction*. New Yourk: Springer- Verlag, 63-80.
- Story, W. T. (2013), Social Capital and health in the least developed countries: A critical review of the literature and implications for a future research agenda" *Global public Health: An international journal for Research, policy and practice*, 9:983-999.
- Thoits, P. A. (2011), Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *J. Health Soc. Behav.* 52:145-161. Doi: 10.1177/0022146510395592
- Turner, B. (2003), "Social Capital, SES and health: an individual- level analysis *Social science & medicine*". No. 50: 619-639, *Social Theory & Health*, No. 1: 20-4.
- Wellman B. & Worttly S. (1990), "Different strokers from Different folk: Community ties and Social Support. *American Journal of Sociology*, 96(3): 558-588.
- World Health Organization (1979), Science and Technology for health promotion in developing countries, prepared by the World Health Organization for the United Nations *Conference and Technology in development on science*, August 1979, Austria, Vienna: 20-37.
- Wright. Kevin (2016), *Social Networks, Interpersonal Social Support, and Health Outcomes: A Health Communication Perspective*, *Front. Commun.* 14 October 2016.