

بررسی و مقایسه اثر بخشی آموزش بهداشت روانی، آموزشی مهارت‌های
ابراز وجود و آموزش مهارت‌های اجتماعی در بهبود بهداشت روانی
دانش آموزان دوره متوسطه و تأثیر آن بر عملکرد تحصیلی

عاشور محمد کوچکی^۱

دکتر رسول کرد نوقابی^۲

دکتر فریبرز درتاج^۳

دکتر علی اصغر بیانی^۴

چکیده:

این پژوهش با هدف یافتن روشهایی برای بهبود بهداشت روانی دانش آموزان دبیرستانی شهرستان گنبد کاووس انجام شد که دارای طرح آزمایشی پیش آزمون به همراه گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش‌آموزانی تشکیل می‌دادند که در سال تحصیلی ۸۳-۸۲ در یکی از دبیرستانهای شهر گنبدکاووس ثبت نام کرده و مشغول به تحصیل بوده‌اند. نمونه اولیه این پژوهش ۱۸۰ دانش آموز دبیرستانی بودند که از میان مدارس شهر گنبدکاووس به صورت تصادفی انتخاب شده بودند. سپس از این افراد تعداد ۶۰ دانش آموز که در یکی از متغیرهای وابسته یعنی سلامت روانی و سازگاری مشکل داشتند به عنوان نمونه اصلی پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در چهار گروه ۱۵ نفری به شرح زیر جایگزین شدند ۱- گروه آموزش بهداشت روانی ۲- گروه آموزش ابراز وجود ۳- گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی و ۴- گروه کنترل.

۱- مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر

۲- استادیار دانشگاه بوعلی سینا

۳- استادیار دانشگاه شهید باهنر کرمان

۴- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر

سپس در گروه‌های آزمایشی متغیرهای مستقل اجرا شد و دو هفته پس از آموزش، همه گروهها با استفاده از پرسشنامه سازگاری دانش آموزان دبیرستانی و پرسشنامه سلامت عمومی پس از آزمون شدند. داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک راهه مورد آزمون قرار گرفت. نتایج نشان دادند که هر سه روش در بهبود سلامت روانی از همه مؤثرتر بوده است، اما هیچ یک از آموزشهای ارائه شده بر عملکرد تحصیلی آزمودنیها تأثیری نداشته است.

کلید واژه ها: بهداشت روانی - مهارت‌های اجتماعی - ابراز وجود - عملکرد تحصیلی

مقدمه

اکثریت قریب به اتفاق مردم به‌طور نسبی از اصول بهداشت جسمی آگاه هستند و چگونگی رعایت این اصول را تا اندازه‌ای می‌دانند، ولی در زمینه بهداشت روانی این آگاهی هنوز اندک است. حال آنکه قصور در عدم رعایت بهداشت روانی ضایعاتی را به بار آورده که جبران ناپذیر است. بی‌توجهی به بهداشت روانی علاوه بر اینکه فرد را دچار مشکلاتی خواهد کرد، بهداشت روانی جامعه را نیز تهدید می‌کند.

سلامت روانی^۱ عبارت است از: سازش فرد با جهان اطرافش، به طوری که باعث شادی و برداشت مفید و مؤثر به طور کامل شود (میلانی فر، ۱۳۷۸). معیارهای سلامت روانی عبارتند از: کارآمدی در ادراک، خودشناسی، توانایی در کنترل اختیاری رفتار، عزت نفس و پذیرش، توانایی در برقراری روابط محبت آمیز و خود شکوفایی. پس می‌توان گفت فردی که با خود و محیط خود سازگاری دارد از سلامت روانی برخوردار است. وظیفه و هدف اصلی بهداشت روانی تامین سلامت فکر و روان افراد جامعه است. عوامل زیادی در بهداشت روانی، تأثیر دارند که به تبع آن می‌توان راهکارهای زیادی را در جهت بهبود بهداشت روانی در افراد، به ویژه در کودکان و نوجوانان که آینده سازان جامعه هستند، پیشنهاد داد.

تحقیقات انجام شده در امریکا نشان می‌دهد که در حدود ۷/۵ میلیون نفر (۱۲٪) از کودکان ایالات متحده به نوعی گرفتار یکی از اختلالات مانند انواع افسردگی^۲، اضطراب^۳ به صورت اعمال

ضد اجتماعی^۱ تعامل با دیگران را دچار اشکال می کند (استوارث، ۱۹۹۵) همچنین، شواهد نشان می-دهند بسیاری از بزرگسالانی که دچار عوارض روانی، به خصوص اضطراب و افسردگی و اختلالات شخصیت^۳ هستند، از نظر اجتماعی نیز بی کفایت اند (تروئر^۴، برایننت^۵، آرچیل^۶، ۱۹۷۸).

استوارث (۱۹۹۵) می نویسد: تعاملات اجتماعی اولیه با والدین و ارتباطات بعدی با گروه همسالان و دیگر بزرگسالان باعث افزایش مهارت های سازگاری و تطابق در آنها می شود. همچنین، فلنر^۷ و دیگران (۱۹۹۵) معتقدند که تجارب اولیه محیطی به طور معنی داری با سازگاری اجتماعی- عاطفی افراد ارتباط دارد. پس می توان گفت که افراد سازگار معمولاً توانایی برقراری ارتباطات اجتماعی موفق را دارند. حال اگر بنا به هر علتی فرد از برقراری ارتباط با دیگران و محیط اجتماعی خود ناتوان باشد، گفته می شود چنین فردی ناسازگار^۸ یا مبتلا به اختلالات رفتاری^۹ است.

توفیق در عملکرد اجتماعی مستلزم برخورداری از اعتماد به نفس و ابراز وجود است. این دو ویژگی به کودکان و دانش آموزان اجازه می دهند تا در عرصه های اجتماعی مرتبط با تکلیف آموزشی مانند شرکت در فعالیتهای گروهی، طرح پرسش و پاسخ و ایراد سخنرانی در کلاس به طور فعال و سازنده عمل کنند و مشتاق پذیرش مسئولیت و اقدام برای حل مسائل باشند (فلیپس^{۱۰}، ۱۹۷۸؛ به نقل از حقیقی و همکاران، ۱۳۷۹).

پژوهشگران فراوانی در تحقیقات خود به عزت نفس^{۱۱} به عنوان یکی از مهم ترین نیازهای اساسی که در سازگاری و سلامت روانی نقش مهمی دارد، اشاره کرده اند. در خصوص تأثیر برنامه های ابراز وجود^{۱۲} بر سلامت روان پرزل و ترینگر^{۱۳} در پژوهش خود روی نوزده بیمار سرپایی و بستری شده بهبودی معنی داری را در مهارت های اجتماعی آنان گزارش می کنند. آنان نتیجه می گیرند که آموزش جرأت ورزی توانسته است تأثیر بسزایی در افزایش بهداشت روانی این بیماران داشته باشد.

-
- | | | | |
|------------------------|-------------|--------------------------|-------------------|
| 1- antisocial behavior | 2- stowarth | 3- personality disorders | 4- trower |
| 7-brainet | 6- argyle | 7- felner | 8- maladjusted |
| 9-behavioral disorders | 10-Philips | 11- self esteem | 12- assertiveness |
| 13-preczel & Tringer | | | |

راویکز^۱ در مطالعات خود به این نتیجه رسید که آموزش مهارت‌های اجتماعی^۲ و آموزش ابراز وجود^۳ در هر دو جنسیت باعث کاهش فشار روانی و افزایش بهداشت روان می‌گردد.

عرفان خانقاهی (۱۳۸۰) پژوهشی را به منظور بررسی تأثیر آموزش بهداشت روانی^۴ بر آگاهی و نگرش دانش آموزان دختر مقطع پیش دانشگاهی در شهر تهران انجام داد و به این نتیجه رسید که آموزش بهداشت روانی می‌تواند باعث ارتقای آگاهی، ایجاد نگرش مثبت و تغییر در خودپنداره افراد گردد و در پیشگیری اولیه^۵ از مشکلات روانی، یک استراتژی با هزینه اثر بخشی خوب به‌شمار می‌رود.

در پژوهشی دیگر آقاجانی (۱۳۸۱) با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی^۶ بر سلامت روان و منبع کنترل^۷ دانش‌آموزان مقطع دبیرستانی نتایج زیر را گزارش می‌کند: ۱- آموزش مهارت‌های زندگی، سلامت روان آزمودنیها را بهبود می‌بخشد؛ ۲- تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر منبع کنترل آزمودنی‌ها معنادار نبوده است؛ ۳- بین سلامت روان و شیوه‌های مقابله‌ای و همچنین، بین منبع کنترل و شیوه‌های مقابله‌ای ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد، اما بین سلامت روان و منبع کنترل ارتباط مثبت و معناداری وجود ندارد؛ ۴- بین سطح تحصیلات مادر، اشتغال مادر و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان با سلامت روان و شیوه‌های مقابله‌ای آنها ارتباط معناداری وجود دارد.

اصغر نژاد (۱۳۷۷) پژوهشی با عنوان بررسی تعیین میزان اثر بخشی آموزش‌های بهداشت روانی در مدارس راهنمایی شهر تهران انجام داد. او در این پژوهش از چهار گروه آزمایش و یک گروه کنترل استفاده کرد. به عبارت دیگر آموزش وی در چهار سطح انجام پذیرفت که به ترتیب عبارتند از: گروه آموزش به معلمان، گروه آموزش به والدین، گروه آموزش به دانش‌آموزان و گروه ترکیبی از سه نوع آموزش. او به این نتیجه رسید که هر چهار روش آموزشی می‌توانند به نوبه‌ی خود بر کاهش رفتار سازش‌نا یافته مؤثر واقع شوند، هر چند حوزه اثر این مداخلات در سطح اختلال‌های عاطفی محسوس نیست. او سرانجام این گونه نتیجه‌گیری می‌کند که از میان روش‌های مورد آزمایش، آموزش به معلمان کمترین اثر بخشی و آموزش ترکیبی بیشترین اثر بخشی را دارد. وی همچنین، متذکر می‌شود که آموزش به دانش‌آموزان در تغییر اختلال عاطفی به نتایج چشمگیری منتهی شده است.

1-ravicz 2-social skills training 3-assertiveness training 4-mental health instruction

5-primary prevention 6-life skills training 7-locus of control

در ارتباط با به کارگیری آموزش ابزار وجود به عنوان یک روش درمانی، تحقیقات متعددی انجام گرفته است. (آمالی، ۱۳۷۳). میزان کارایی روش جرأت آموزی توأم با بازسازی شناختی را در کاهش اضطراب اجتماعی^۱ مورد بررسی و مقایسه قرار داد. نتایج، برتری روش ابزار وجود توأم با بازسازی شناختی را نسبت به شبه درمان نشان داد. همچنین، دلاناتر و مک نامارا^۲ (۱۹۸۱) در پژوهش خود نشان دادند که رفتارهای قاطعانه در روابط بین فردی و درون فردی زنان در موقعیتهای بحرانزا مؤثر است. نتایج این تحقیق نشان داد افرادی که از ابزار وجود کمتری برخوردار بودند در تعاملات خود با آزمایشگر اضطراب بیشتری نشان دادند.

دلوتی^۳ (۱۹۹۸) در پژوهش خود به این نتیجه رسید، دانش آموزانی که آموزش ابزار وجود دریافت می کنند پیشرفت تحصیلی بهتری را نشان می دهند و محبوبیت آنان نیز افزایش می یابد. در خصوص تأثیر آموزش ابزار وجود بر سلامت روان پرزل و ترینگر (۱۹۹۸) در پژوهش خود روی نوزده بیمار سرپایی و بستری شده بهبودی معنی داری را در مهارتهای اجتماعی آنان گزارش می کنند. آنان نتیجه گیری کردند که آموزش ابزار وجود توانسته است تأثیر بسزایی در افزایش بهداشت روان این بیماران داشته باشد.

راویکز (۱۹۹۸) در مطالعات خود به این نتیجه رسید که آموزش مهارتهای اجتماعی و مقابله ای و آموزش ابزار وجود در هر دو جنسیت باعث کاهش فشار روانی و افزایش بهداشت روان می گردد. با توجه به نتایج پژوهشهای مذکور می توان گفت که بهداشت روانی با متغیرهای فردی، تحصیلی و اجتماعی زیادی ارتباط دارد. در ادامه مطالعات پیشین، پژوهش حاضر سه متغیر فردی، یعنی مهارتهای اجتماعی، مهارتهای ابزار وجود و آگاهی از اصول بهداشت روانی را مورد آزمایش قرار داده است تا میزان تأثیر آنها بر بهداشت روانی و عملکرد تحصیلی دانش آموزان مقطع متوسطه مشخص شود.

منظور از مهارتهای اجتماعی رفتارهای انطباقی فراگرفته شده است که فرد را قادر می سازد با دیگران روابط متقابل داشته باشند و واکنشهای مثبت بروز دهد و از رفتارهایی که پیامد منفی دارد اجتناب ورزد (الیوت^۴، ۱۹۸۴، به نقل از شهیم، ۱۳۷۷) و منظور از مهارتهای ابزار وجود مهارتهایی درباره ابزار عقاید و احساسات به صورت بی پرده نه گفتن، بله گفتن و کنترل خشم است. همچنین، اصول بهداشت روانی اصولی هستند که رعایت آنها به سلامت روانی فرد کمک می کند که عبارتاند از:

الف) احترام به شخصیت خود و دیگران؛

ب) شناختن محدودیتها در خود؛

1-social anxiety

2-Delamatur & Mc Namura

3-Deluty

4-Eliot

ج) دانستن این حقیقت که رفتار انسان معلول عواملی است؛

د) آشنایی با اینکه رفتار هر فرد تابع تمامیت وجود اوست؛

ه) شناسایی نیازها و محرکهایی که سبب ایجاد رفتار و اعمال انسان می شود (شاملو، ۱۳۸۱).

بنابراین، هدف اصلی این پژوهش بررسی راهکارهایی بهبود و ارتقای بهداشت روانی و تأثیر آن بر

عملکرد تحصیلی دانش آموزان مقطع متوسطه است که اهداف اختصاصی زیر را شامل می شود:

۱- تعیین میزان اثر بخشی آموزش اصول بهداشت روانی و عملکرد تحصیلی دانش آموزان مقطع متوسطه؛

۲- تعیین میزان اثر بخشی آموزش ابراز وجود بر سلامت و عملکرد تحصیلی دانش آموزان مقطع متوسطه؛

۳- تعیین میزان اثر بخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر سلامت روانی و عملکرد تحصیلی دانش آموزان مقطع متوسطه؛

۴- مقایسه میزان اثر بخشی هر یک از آموزش‌های سه گانه یاد شده با یکدیگر جهت پیدا کردن مؤثرترین راه کار.

روش

آزمودنیها

جامعه آماری پژوهش حاضر همه دانش آموزان پسر مقطع متوسطه شهرستان گنبد کاووس بود که در سال تحصیل ۸۳-۱۳۸۲ مشغول به تحصیل بوده اند. حجم نمونه اولیه پژوهش ۱۸۰ نفر بود. شیوه نمونه گیری به این ترتیب بود که ابتدا از میان تمامی دبیرستانهای منطقه شهری گنبدکاووس چهار دبیرستان به صورت تصادفی انتخاب شدند و سپس، از میان دانش آموزان هر یک از دبیرستانهای مذکور تعداد ۴۵ نفر با استفاده از روش تصادفی انتخاب شدند. که در مجموع ۱۸۰ نفر گزینش شدند. از میان این تعداد بر اساس ابزارهای مورد استفاده؛ یعنی پرسشنامه سازگاری دانش آموزان دبیرستانی و پرسشنامه سلامت عمومی تعداد ۶۰ نفر (یعنی افرادی که نمرات آنها بالاتر از نقطه ۷۵ درصدی بود) به عنوان دانش آموزان مشکل دار و ناسازگار شناسایی شدند. این تعداد به شیوه تصادفی در چهار گروه ۱۵ نفری جایگزین شدند که به ترتیب عبارت بودند از: ۱- گروه آموزش بهداشت روانی؛ ۲- گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی؛ ۳- گروه آموزش ابراز وجود؛ ۴- گروه کنترل.

روش آموزش برای همه گروه‌ها استفاده از سخنرانی و بحث گروهی بود که در جلسات ۴۵ دقیقه ای و هفته ای دو جلسه در مدت سه هفته (در مجموع شش جلسه برای هر گروه) در ساعات غیر آموزشی در مکانی غیر از آموزشگاههای خودشان به صورت متوالی انجام شد و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. دو هفته پس از اتمام آموزشهای مذکور تمامی آزمودنیهای پس از آزمون شدند.

برنامه‌های آموزشی به کار رفته در این پژوهش برای گروه‌های مختلف با مشورت استادان توسط پژوهشگران تدوین شده است که عناوین دسته‌های اصلی و فرعی به شرح زیر می‌باشند:

عناوین برنامه آموزشی برای گروه آموزش بهداشت روانی

۱- آشنایی با مفهوم بهداشت روانی

۱-۱- سلامت

۱-۲- سلامت روانی

۱-۳- رفتارهای پر خطر

۱-۴- بهداشت روانی و پیشگیری

۲- آشنایی با معیارهای سلامت روانی

۲-۱- معیارهای حداقل

۲-۲- معیارهای حداکثر و ایده آل

۲-۳- ویژگیهای شخص سالم

۳- آشنایی با رفتار و عوامل به وجود آورنده آن

۳-۱- پیروی از قانون علیت

۳-۲- رفتار تابع تمامیت فرد است

۳-۳- احترام به شخص خود و دیگران

۳-۴- شناختن محدودیتهای فردی

۳-۵- شناختن و ارزشگذاری نیازهای اولیه

۴- کمک کردن به بهبود بهداشت روانی خود

۴-۱- پذیرش احساسات خود

۴-۲- یافتن زمینه‌های آسیب پذیری خود

۴-۳- پرورش استعدادها و رغبت‌های خود

۴-۴- برقراری روابط صمیمانه با دیگران

۴-۵- کمک خواستن به موقع از دیگران

عناوین برنامه آموزشی برای گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی

۱- رفتارهای مربوط به خود

۱-۱- مراقبت از خود

۱-۲- رفتار مسئولانه

۱-۳- پذیرش پیامدها

- ۴-۱- رفتار اخلاقی
- ۵-۱- نظر مثبت داشتن نسبت به خود
- ۶-۱- بیان احساسات
- ۲- مهارت‌های مربوط به رفتار با دیگران
 - ۱-۲- احترام به دیگران
 - ۲-۲- نظر مثبت داشتن به دیگران
 - ۳-۲- کمک به دیگران
 - ۴-۲- وسایل خود و دیگران
 - ۵-۲- گفت و شنود با دیگران
 - ۶-۲- پذیرفتن مقررات
 - ۷-۲- مواجهه با تعارض
 - ۸-۲- بازسازی سازمان یافته
 - ۹-۲- بحث جمعی
- ۳- مهارت‌های مربوط به محیط
 - ۱-۳- مراقبت از محیط
 - ۲-۳- طریقه رفت و آمد در محیط مدرسه
 - ۳-۳- رفتار در کلاس درس
 - ۴- مهارت‌های مربوط به کار و وظیفه
 - ۱-۴- سؤال کردن و پاسخ دادن
 - ۲-۴- کیفیت کار
 - ۳-۴- انجام دادن کار در برابر دیگران
 - ۴-۴- ادای وظیفه

عناوین برنامه آموزشی برای گروه آموزش ابراز وجود

- ۱- آشنایی ابراز وجود
 - ۱-۱- ضرورت ابراز وجود
 - ۲-۱- فواید ابراز وجود در زندگی انسان
- ۲- حقوق بشر و آشنایی با حقوق خود
 - ۱-۲- حق آزادی انتخاب
 - ۲-۲- حق داشتن اطلاعات

۳-۲- حق ابراز عقیده و نظر

۴-۲- حق ابراز عقیده و نظر

۳- رفتارهای مبتنی بر ابراز وجود و رفتارهای جایگزین

۳-۱- شناسایی و تشخیص رفتارهای جرأت ورزانه و غیر جرأت ورزانه

۳-۲- آشنایی با انواع مختلف رفتار و روشهای کنار آمدن

۴- آشنایی با خشم و علایم آن

۴-۱- چه وقت خشم خود را ابراز کنیم

۴-۲- شناسایی برخی علایم خشم پنهانی

۴-۳- حفظ آرامش و کنترل خشم در موقعیت‌های مختلف

۴-۴- فواید و مضرات خشم

۴-۵- رهنمودهایی برای ابراز خشم

۵- درخواست کردن و بله یا نه گفتن

۵-۱- چرا باید بله یا نه بگوییم

۵-۲- علل ناتوانی در نه گفتن

۵-۳- علل ناتوانی در بله گفتن

۶- چرا باید انتقاد کنیم

۶-۱- برخورد مناسب و مؤثر با انتقاد

۶-۲- کنار آمدن با انتقاد

۶-۳- فواید و مضرات انتقاد کردن

ابزارهای اندازه گیری

در این پژوهش برای اندازه گیری متغیرهای وابسته پژوهش از پرسشنامه های زیر استفاده شده است:

۱- پرسشنامه سازگاری دانش آموزان دبیرستانی^۱

این پرسشنامه در سال ۱۹۹۳ توسط سینها و سینک^۲ به منظور سنجش سازگاری دانش آموزان دبیرستانی در سه حوزه عاطفی، اجتماعی و تحصیلی تهیه شده است.

این آزمون شامل ۶۰ سؤال دو گزینه ای (از نوع بلی/خیر) است. برای پیدا کردن پایانی این آزمون روی نمونه ۱۹۵۰ نفری (۱۲۰۰ پسر و ۷۵۰ دختر) از دانش آموزان کلاسهای اول، دوم و سوم چهل

1- Adjustment Inventory of school student(AISS)

2-sinha & sink

دبیرستان که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، اجرا شد. توزیع نمرات با استفاده از فرمول کای اسکور برای طبیعی بودن آزمون شد و توزیع با توزیع طبیعی تفاوت معنادار نداشت و بدین ترتیب، ضریب پایایی آزمون با استفاده از روشهای دو نیمه کردن آزمون- آزمون مجدد و کودر- ریچارسون ۲۰ محاسبه شده، به ترتیب ۰/۹۸، ۰/۹۳، و ۰/۹۴ برای کل آزمون گزارش شده است. روایی آزمون از طریق همبسته کردن نمرات پرسشنامه با درجه بندی مدیران مورد محاسبه قرار گرفته و همبستگی ۰/۵۱ گزارش شده است (کرمی، ۱۳۷۵). در این پژوهش نیز پایایی آزمون از طریق آلفای کرونباخ برای هر یک از حوزه های سازگاری و برای کل آزمون محاسبه شده اطلاعات به دست آمده در جدول ۱ گنجانده شده است.

جدول ۱: نمرات پایایی آزمون سازگاری دانش آموزان دبیرستانی در حوزه های مختلف سازگاری

مقیاسها	حیطه عاطفی	حیطه اجتماعی	حیطه آموزشی	سازگاری کلی
تعداد گزینه ها	۲۰	۲۰	۲۰	۶۰
مقدار پایایی	۰/۵۸	۰/۶۴	۰/۷۶	۰/۸۰

پرسشنامه به صورت دستی قابل نمره گذاری است. برای پاسخهایی که نشان دهنده سازگاری است، نمره صفر داده می شود و در غیر این صورت، نمره یک داده می شود. به این ترتیب، نمره بالا در این آزمون نشان دهنده سازگاری ضعیف آزمودنی و نمره پایین نشان دهنده سازگاری مطلوب آزمودنی است. معمولاً بر اساس نمره ای که آزمودنی به دست می آورد، سازگاری وی را در یکی از طبقات پنج- گانه خیلی خوب، خوب، متوسط، ضعیف و خیلی ضعیف قرار می دهند.

۲- پرسشنامه سلامت عمومی^۱

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) برای اولین بار توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ تنظیم و به طور وسیعی به منظور تشخیص اختلالات خفیف روانی در موقعیتهای مختلف به کار برده شده است. از دیدگاه هندرسون^۲ (۱۹۹۰) GHQ شناخته شده ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی است که تأثیر شگرفی در پیشرفت پژوهشها داشته است. این پرسشنامه به صورت فرمهای ۲۸، ۳۰، ۶۰، و ۱۲ سؤالی است.

فرم ۲۸ سؤالی توسط گلدبرگ و هیلیر^۳ در اقدامی به منظور افزایش واریانس و بر اساس تحلیل عامل بر روی فرم اصلی ساخته شده است. فرم ۲۸ ماده ای پرسشنامه سلامت عمومی دارای این مزیت است که برای تمامی افراد جامعه طراحی شده است. این پرسشنامه به عنوان یک ابزار سرنندی می تواند

۱- General Health Questionnaire (GHQ.28)

۲- Handerson

۳- Goldberg & Heilier

احتمال وجود یک اختلال روانی را در فرد تعیین کند. در حال حاضر، با اجرای این پرسشنامه توانسته-
اند به گستره وسیعی از نتایج در جمعیت‌های مختلف دست یابند (هندرسون، ۱۹۹۰).

پرسشنامه سلامت عمومی دارای چهار زیر مقیاس است: نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی،
اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی. از مجموع نمرات نیز یک نمره کلی به دست می‌آید. وجود
چهار زیر مقیاس بر اساس تحلیل آماری پاسخها؛ یعنی عاملی ثابت شده است.

زیر مقیاس اول (A) شامل موادی درباره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس
خستگی آنهاست و نشانه‌های بدنی را در بر می‌گیرد. این زیر مقیاس دریافتهای حس بدنی را که
اغلب با برانگیختگی هیجان همراه‌اند ارزشیابی می‌کند. مواد این زیر مقیاس در پرسشنامه سؤالات ۱ تا
۷ را شامل می‌شود.

زیر مقیاس دوم (B) شامل موادی است که با اضطراب و بی‌خوابی مرتبط‌اند. این زیر مقیاس
سؤالات ۸ تا ۱۴ پرسشنامه را شامل می‌شود.

زیر مقیاس سوم (C) گستره توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی
روزمه می‌سنجد و احساسات آنها را درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی آشکار
می‌کند. این زیر مقیاس سؤالات ۱۵ تا ۲۰ پرسشنامه را شامل می‌شود.

زیر مقیاس چهارم (D) در برگیرنده مواردی است که با افسردگی و گرایش مشخص به خودکشی
مرتبط‌اند و هفت ماده مرتبط با آن در پرسشنامه سؤالات ۲۲ تا ۲۸ را شامل می‌شود.

این پرسشنامه روشهای نمره گذاری متعددی دارد. روش نمره گذاری مورد استفاده برای این آزمون
در این پژوهش به این ترتیب است که به هر پاسخ از راست به چپ یک، دو، سه و چهار نمره تعلق
می‌گیرد. نمرات هر آزمون در هر یک از مقیاسها به صورت جداگانه مشخص می‌شود و با جمع کردن
نمرات چهار زیر مقیاس نمره کلی به دست می‌آید. نمرات بین ۲۰ تا ۲۸ در هر زیر مقیاس و خامت
وضیعت آزمودنی در آن عامل را نشان می‌دهد.

به این ترتیب، هر چه نمره آزمودنی در این پرسشنامه بالاتر باشد، از لحاظ بهداشت روانی در
وضیعت نامطلوبی قرار دارد. ویلیامز گلدبرگ و ماری^۱ (۱۹۹۸) مطالعات گذشته را فرا تحلیل کرده‌اند.
نتایج نشان داد که متوسط حساسیت GHQ-28 برابر ۰/۸۴، بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۷، و متوسط ویژگی آن
برابر با ۰/۸۲ است. در تحقیق پالاهنگ (۱۳۷۴) در نقطه برش ۲۲ حساسیت ویژگی و کارایی آزمون به
ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۴، و ۰/۸۰ به دست آمد. ضریب پایایی آزمون (GHQ-28) به روش آلفای کرونباخ
برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸ و برای مقیاسهای فرعی بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۵ به دست آمده (یعقوبی، ۱۳۷۴).

^۱ -Williams, Goldberg & merry

شایان ذکر است که در پژوهش حاضر ضریب پایایی آزمون از طریق آلفای کرونباخ محاسبه شد و نتایج بدست آمده در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲: نمرات پایایی مقیاسهای آزمون سلامت عمومی (GHQ-28)

مقیاسها	a	b	c	کل
تعداد گزینه	۷	۷	۷	۲۸
ضریب پایایی	۰/۷۶	۰/۵۰	۰/۸۵	۰/۸۹

توصیف داده ها

نمره های به دست آمده از ۶۰ آزمودنی در آزمون سلامت روانی و سازگاری مورد تحلیل قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنیها در پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه سلامت روانی در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنیهای گروههای آزمایشی سه گانه و کنترل در پیش و پس آزمون پرسشنامه سلامت روانی

گروه	n	میانگین		انحراف معیار		حداقل نمره		حداکثر نمره	
		پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون
آموزش بهداشت روانی	۱۵	۶۰/۷۳	۳۷/۷۳	۷/۳	۳/۰۸	۵۳	۳۱	۷۵	۴۵
آموزش ابراز وجود	۱۵	۵۷/۴۷	۴۱/۱۳	۱۳/۷۹	۳/۴	۳۹	۳۳	۸۸	۴۷
آموزش مهارتهای اجتماعی	۱۵	۵۳/۶۰	۴۳	۱۷/۱۳	۹/۰۳	۳۹	۳۴	۱۰۵	۶۱۸
کنترل	۱۵	۶۷/۵۹	۶۱/۸	۱۱/۶۵	۱۰/۸	۴۱	۴۵	۸۲	۸۲

همان طور که در جدول نشان داده شده است، بیشترین میانگین در پیش آزمون در گروه آموزش مهارتهای اجتماعی قرار دارد و (میانگین = $60/53$ و انحراف معیار = $17/13$) و در پس آزمون در گروه کنترل بیشترین مقدار (میانگین = $61/8$ و انحراف معیار = $10/8$) مشاهده می شود. همچنین کاهش چشمگیری در میانگین نمرات سلامت روانی آزمودنیها در همه گروهها بجز گروه کنترل مشاهده می شود. شایان ذکر است که هر چه نمره فرد پایین تر باشد میزان سلامت بالاتر است.

اطلاعات دیگر درباره میانگین و انحراف معیار نمرات اکتسابی آزمودنیها در پیش و پس آزمون پرسشنامه سازگاری در جدول ۴ آورده شده است.

جدول 4: میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنیهای گروههای آزمایشی سه گانه و کنترل در پیش و پس آزمون پرسشنامه سازگاری

گروهها	تعداد	میانگین		انحراف معیار		حداقل نمره		حداکثر نمره	
		پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون
آموزش بهداشت روانی	۱۵	۲۶/۰۷	۱۴/۲۷	۶/۲	۶/۶	۱۷	۱۲	۳۷	۲۲
آموزش ابراز وجود	۱۵	۲۷/۶	۱۹/۰۷	۶/۶۵	۷/۳	۱۲	۱۱	۳۷	۳۵
آموزش مهارتهای اجتماعی	۱۵	۲۶/۷۳	۱۵/۹۳	۴/۴۳	۵/۳۵	۱۵	۱۱	۳۳	۲۷
کنترل	۱۵	۲۹/۰۷	۳۱/۴	۶/۵	۴/۴۷	۱۶	۲۳	۳۹	۳۸

همان طور که جدول ۴ نشان می دهد، میانگین نمرات اکتسابی آزمودنیها در پس آزمون در همه گروهها بجز گروه کنترل کاهش چشمگیری داشته است و بیشترین تغییر هم در گروه آزمایشی آموزش بهداشت روانی مشاهده می شود، به طوری که کمترین میانگین در پس آزمون متعلق به همین گروه است (میانگین = $14/27$ و انحراف معیار = $6/6$).

اطلاعات دیگر درباره معدل اکتسابی آزمودنیها در پیش آزمون و پس آزمون است که البته در این پژوهش معدل اکتسابی آزمودنیها در پایان امتحانات نوبت اول به عنوان پیش آزمون و معدل اکتسابی آزمودنیها در پایان سال تحصیلی، یعنی امتحانات خرداد به عنوان پس آزمون تعریف شده است. جدول ۵ میانگین و انحراف معیار معدل اکتسابی آزمودنیهای گروههای آزمایشی و کنترل را در پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد.

جدول 5: میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنیهای گروههای آزمایشی سه گانه و کنترل درپیش و

گروهها	تعداد	میانگین		انحراف معیار		حداقل نمره		حداکثر نمره	
		پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون
آموزش بهداشت روانی	۱۵	۱۵/۲۱	۱۳/۷	۲/۱۲	۲/۰۲	۱۱/۸۱	۱۱	۱۸/۵	۱۷
آموزش ابراز وجود	۱۵	۱۳/۶۲	۱۴/۷۶	۲/۵۱	۲/۲۸	۹	۹/۵	۱۸/۵	۱۸
آموزش مهارتهای اجتماعی	۱۵	۱۴/۲۳	۱۴	۳/۲۵	۳	۷	۱۰	۱۸/۶۲	۱۸
کنترل	۱۵	۱۳/۸۲	۳/۱۵	۳/۱۵	۲/۸۸	۸/۵	۹	۱۸/۸۶	۱۸

پس آزمون معدل دروس

همانطور که از جدول ۵ بر می آید میانگین معدل دروس آزمودنیها در پیش آزمون و پس آزمون در همه گروهها تغییرات بسیاری را نشان نمی دهد. بیشترین مقدار معدل در پیش آزمون در گروه آموزش بهداشت روانی مشاهده می شود (میانگین = ۱۵/۲۱ ؛ انحراف معیار = ۲/۱۲). در پس آزمون بیشترین مقدار در گروه آموزش ابراز وجود مشاهده می شود (میانگین = ۱۴/۷۶ ؛ انحراف معیار = ۲/۲۸).

تحلیل داده ها

در این قسمت قبل از بررسی فرضیه های پژوهش، می خواهیم بدانیم که آیا گروههای آزمایشی سه گانه (آموزش بهداشت روانی، آموزش ابراز وجود و آموزش مهارتهای اجتماعی) و گروه کنترل، قبل از مداخله آزمایشی با همدیگر تفاوتی داشته اند یا نه؟ برای رسیدن به این منظور داده های به دست آمده با استفاده از یک تحلیل واریانس یک راهه بر روی نمرات پیش آزمون آزمودنیها در پرسشنامه سازگاری و معدل دروس دبیرستانی مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج این تحلیل ها در جدول ۶ نشان داده شده است.

جدول ۶: تحلیل واریانس یک راهه بر روی میانگین نمره های پیش آزمون گروههای آزمایشی و کنترل در متغیرهای سلامت روانی، سازگاری و عملکرد تحصیلی

متغیرها	منبع تغییرات	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	p
سلامت روانی	بین گروهی	۱۰۰/۶۶۷	۳	۳۳/۵۵۶	۰/۲	۰/۸۹۶
	درون گروهی	۹۴۱۷/۷۳۳	۵۶	۱۶۸/۱۷۴		
	مجموع	۹۵۱۸/۴	۵۹	--		
سازگاری	بین گروهی	۷۵/۵۳۳	۳	۲۵/۱۷۸	۰/۶۹۶	۰/۵۵۸
	درون گروهی	۲۰۲۴/۴	۵۶	۳۶/۱۵		
	مجموع	۲۰۹۹/۹۳۳	۵۹	--		
عملکرد تحصیلی	بین گروهی	۲۲/۴۲	۳	۷/۴۳۷	۰/۹۵۳	۰/۴۲۱
	درون گروهی	۴۳۹/۲۴۷	۵۶	۷/۸۴۴		
	مجموع	۴۶۱/۶۶۷	۵۹			

همانطور که جدول ۶ نشان می دهد، تفاوت معنی داری بین گروهها در پیش آزمون نمرات سلامت روانی، سازگاری و عملکرد تحصیلی مشاهده نمی شود و این بدین معنی است که گروههای شرکت کننده در پژوهش از نظر سلامت روانی، سازگاری و عملکرد تحصیلی با همدیگر تفاوت زیادی ندارند و تقریباً یکسان هستند. بنابراین، می توان گفت که گروههای شرکت کننده در پژوهش قبل از مداخله حداقل در متغیرهای مذکور یکسان هستند. پس از اطمینان از همسانی گروهها به آزمون فرضیه های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک راهه می پردازیم.

فرضیه اول: میزان اثربخشی گروههای آزمایشی و گروه کنترل بر سلامت روانی دانش آموزان متفاوت است.

جدول ۷: میزان تحلیل واریانس یک راهه تفاضل میانگین نمره های پس آزمون _ پیش آزمون گروههای آزمایشی و کنترل در پرسشنامه سلامت روانی

منبع تغییرات	گروهها	۱	۲	۳	۴
-۲۳	۱. آموزش بهداشت روانی				×
-۱۶/۳۳	۲. آموزش ابراز وجود				×
-۱۷/۵۳	۳. آموزش مهارتهای اجتماعی				×
۲/۱۳	۴. کنترل	×	×	×	

همان طور که از جدول ۷ بر می آید آزمون توکی وجود تفاوت معنی داری را بین گروههای "۱ و ۲"، "۲ و ۳" و "۳ و ۴" در سطح (۰/۰۰۰۱) نشان می دهد.

فرضیه دوم: میزان اثر بخشی گروههای آزمایشی و گروه کنترل بر سازگاری دانش آموزان متفاوت است.

جدول ۸: تحلیل واریانس یک راهه تفاضل میانگین نمره های پس آزمون _ پیش آزمون گروههای آزمایشی و کنترل در پرسشنامه سلامت روانی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
بین گروهی	۵۳۸۲/۱۸۳	۳	۱۵۹۴/۰۶۱		
درون گروهی	۶۶۴۲/۸	۵۶	۱۱۸/۶۲۱	۱۵/۱۲۴	۰/۰۰۰۱
مجموع	۱۲۰۲۴/۹۸۳	۵۹			

همان طور که از جدول ۸ بر می آید بین گروه‌های دخیل در پژوهش در تفاضل میانگین نمره های پیش آزمون - پس آزمون تفاوت معنی دار مشاهده می شود ($d=15/124$ و $\sigma=0/0001$) و این بدین معنی است که بین گروهها تفاوت وجود دارد . برای بررسی دقیق تفاوت از آزمون پی گیری توکی استفاده شد.

جدول ۹ نتایج به دست آمده را نشان می دهد.

جدول ۹: مقایسه تفاضل نمره های پرسشنامه سلامت روانی در گروههای مختلف آزمایشی و کنترل

با آزمون پی گیری توکی

منبع تغییرات	گروهها	۱	۲	۳	۴
-۲۳	۱. آموزش بهداشت روانی				×
-۱۶/۳۳	۲. آموزش ابراز وجود				×
-۱۷/۵۳	۳. آموزش مهارتهای اجتماعی				×
۲/۱۳	۴. کنترل	×	×	×	

همان طور که از جدول ۹ بر می آید آزمون توکی وجود تفاوت معنی داری را بین گروههای "۱ و ۴"، "۲ و ۴" و "۳ و ۴" در سطح ($\sigma=0/0001$) نشان می دهد.

فرضیه دوم: میزان اثر بخشی گروههای آزمایشی و گروه کنترل بر سازگاری دانش آموزان متفاوت است.

جدول ۱۰: تحلیل واریانس یک راهه تفاضل میانگین نمره‌های پس آزمون - پیش آزمون گروههای

آزمایشی و کنترل در پرسشنامه سازگاری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
بین گروهی	۱۹۰۱/۷۳۳	۳	۶۳۳/۹۱۱	۱۱/۹۶۱	۰/۰۰۰۱
درون گروهی	۲۹۶/۸۶۷	۵۶	۵۲/۹۹۸		
مجموع	۲۱۹۸/۶	۵۹			

همان طور که از جدول ۱۰ برمی آید، بین گروههای دخیل در پژوهش در تفاضل میانگین نمره‌های پیش آزمون - پس آزمون تفاوت معنی دار مشاهده می شود ($F=11/961$ و $p=0/0001$) و این بدین معنی است که بین گروهها تفاوت وجود دارد. برای بررسی دقیق تر تفاوت از آزمون پی گیری توکی استفاده شد. جدول ۱۱ نتایج به دست آمده را نشان می دهد.

جدول ۱۱: مقایسه تفاضل نمره های پرسشنامه سازگاری در گروههای مختلف آزمایشی و کنترل با

آزمون پی گیری توکی

تفاضل میانگین	گروهها	۱	۲	۳	۴
-۱۱/۸	۱- آموزش بهداشت روانی				*
-۸/۵۳	۲- آموزش ابراز وجود				*
-۱۰/۸	۳- آموزش مهارتهای اجتماعی				*
۲/۳۳	۴- کنترل	*	*	*	

همانطور که از جدول ۱۱ بر می آید، آزمون توکی وجود تفاوت معنی داری را بین گروههای "۱ و ۴"، "۲ و ۴" و "۳ و ۴" در سطح ($p=0/0001$) نشان می دهد.

بنابراین، مداخله اعمال شده؛ یعنی آموزشهای داده شده هر یک در بهبود سلامت روانی و افزایش سازگاری آزمودنیهای پژوهش اثر بخش بوده است. با توجه به میانگین تفاضل پس آزمون - پیش آزمون به دست آمده می توان گفت که آموزش بهداشت روانی از دیگر روشها هم در بهبود سلامت روانی و هم در افزایش سازگاری دانش آموزان اثر بخش تر بوده است.

فرضیه سوم: میزان اثر بخشی گروههای آزمایشی و گروه کنترل بر معدل نمرات دانش آموزان متفاوت است.

جدول ۱۲: تحلیل واریانس یک راهه تفاضل میانگین نمره های پس آزمون - پیش آزمون گروههای آزمایشی و کنترل در معدل نمرات

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
بین گروهی	۵۴/۵۴۶	۳	۱۸/۱۸۲	۲/۱۴۷	۰/۱۰۴
درون گروهی	۴۷۴/۱۳۵	۵۶	۸/۴۶۷		
مجموع	۵۲۸/۶۸۱	۵۹			

همان طور که از جدول ۱۲ بر می آید، بین گروههای دخیل در پژوهش در تفاضل میانگین نمره های پس آزمون- پیش آزمون تفاوت معنی دار مشاهده نمی شود (۲/۱۴۷=ف و ۰/۱۰۴=پی). بنابراین، با توجه به یافته های فوق، فرضیه سوم پژوهش مورد تأیید قرار نمی گیرند. این بدین معنی است که مداخله اعمال شده؛ یعنی آموزشهای ارائه شده در عملکرد تحصیلی آزمودنیهای پژوهش تأثیر معنی دار نداشته است.

بحث

این پژوهش با هدف یافتن روشهای مفید در بهبود بهداشت روانی دانش آموزان مقطع متوسطه انجام پذیرفت و روشهایی که مورد بررسی قرار گرفت شامل آموزش بهداشت روانی، آموزش ابراز وجود و آموزش مهارتهای اجتماعی بود.

یکی از یافته های پژوهش حاضر این بود که آموزش بهداشت روانی به دانش آموزان باعث می شود که وضعیت سلامت روانی آنها بهبود یابد و همچنین، سازگاری آنان نیز در ابعاد عاطفی، اجتماعی و آموزشی افزایش یابد. این یافته ها با یافته های پژوهش اصغر نژاد (۱۳۷۷) مبنی بر اثر بخشی آموزش بهداشت روانی به والدین، معلمان و دانش آموزان در تغییر نگرش معلمان نسبت به بهداشت روانی و همین طور کاهش تنیدگی والدین و تغییر اختلالات عاطفی آنان همسو می باشد.

اما تأثیر آموزش اصول بهداشت روانی بر بهبود عملکرد تحصیلی دانش آموزان پسر مورد تأیید قرار نگرفت. شاید تنها آگاهی داشتن از اصول بهداشت روانی بر بهبود عملکرد کفایت نمی کند و دانش آموزان بایستی عملاً این اصول را تمرین کنند تا نتایج آن در عملکرد نمود پیدا کند.

آموزش ابراز وجود یکی از مباحث مهمی است که توجه زیادی را به خود جلب کرده است و از این روش هم در رفتار درمانی و هم در بهبود سازگاری فرد با محیط استفاده می شود که باعث خشنودی و رضایت فرد از عملکرد خویش می شود. هدف از آموزش این روش ایجاد توانایی در افراد برای رویارویی واقع بینانه با موقعیتهای بیرونی است که گاهی تنش آفرین و فشارزا است.

یافته ها نشان دادند که آموزش ابراز وجود، سلامت روانی و سازگاری دانش آموزان را افزایش می دهد. این یافته با یافته های پرزل و ترینگر (۱۹۹۸) و راویکز (۱۹۹۸) و همین طور یافته های نیسی و شهنی بیلاق (۱۳۸۰) هماهنگ و همسو می باشد. همچنین، مایکل باست بر این باور است که از جمله درمانهای مفید برای افسردگی می توان از درمان شناختی و آموزش ابراز وجود نام برد. دیلک و بوند (۱۹۹۶) در پژوهش فرا تحلیل خود به این نتیجه رسیدند که مهارت آموزی از "تقریباً متوسط" تا "بسیار شدید" بر اکتساب مهارت و کاهش نشانه های روانپزشکی مؤثر است. اما فرضیه چهارم پژوهش مبنی بر مؤثر بودن آموزش ابراز وجود بر افزایش عملکرد تحصیلی دانش آموزان مورد تأیید قرار نگرفت.

کودکان و نوجوانان برای رسیدن به رشد اجتماعی مطلوب باید با همسالانشان ارتباط مناسب برقرار کنند. همسالان می توانند از طریق الگوسازی و تعامل هم سطح با یکدیگر ارزشهای اجتماعی را به همدیگر انتقال دهند و نقطه اتکایی برای همسالان باشند و موقعیت و شرایط ارتباط درست و صحیح افراد با همسالان خود را فراهم کنند. داشتن توانایی برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران و توانایی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی خویش و حل مناسب و منطقی تعارضهای هیجانی و تمایلات شخصی خود نشان دهنده سلامت روانی فرد است. در این پژوهش، اثر بخشی آموزش مهارتهای اجتماعی بر سلامت روانی و سازگاری و همین طور، بر عملکرد تحصیلی دانش آموزان پسر دبیرستانی مورد بررسی قرار گرفت.

بر طبق نتایج این پژوهش مشخص شد که آموزش مهارتهای اجتماعی، سلامت روانی و سازگاری دانش آموزان را افزایش می دهد. این یافته ها با پژوهش آگوستین، تریسی و بین (۱۹۹۷) مبنی بر اهمیت نقش آموزش مهارتهای اجتماعی در سازگاری کودکان دبستانی و همین طور با نتایج کار دنیلز (۱۹۹۰) مبنی بر اثر بخشی آموزش مهارتهای اجتماعی بر کاهش مشکلات رفتاری مانند پرخاشگری، گوشه گیری، بیش فعالی و گستاخی کودکان همخوانی دارد. همچنین با یافته های ثابتی و شهنی ییلاق (۱۳۷۷) و سخندان توماج (۱۳۸۰) نیز تقریباً همسو می باشد.

در عین حال، آموزش مهارتهای اجتماعی عملکرد تحصیلی دانش آموزان را افزایش نمی دهد. این نتیجه با یافته های گرشام (۱۹۸۳) و لاگریکا (۱۹۸۱) مبنی بر این مطلب، کودکانی که از سطح مطلوبی از مهارتهای اجتماعی برخوردارند دارای عملکرد تحصیلی بالاتری هستند و همسویی ندارد. بنابراین، در یک نتیجه گیری کلی می توان گفت که هر یک از مداخلات اعمال شده بر روی آزمودنیهای پژوهش؛ یعنی آموزش بهداشت روانی، آموزش ابراز وجود و آموزش مهارتهای اجتماعی سلامت روانی و سازگاری دانش آموزان دبیرستانی را می توانند افزایش دهند، ولی این مداخلات در این پژوهش هیچ تأثیری بر عملکرد تحصیلی آنها نداشته اند. به عبارت دیگر، می توان آموزش بهداشت روانی، آموزش ابراز وجود و آموزش مهارتهای اجتماعی را به عنوان راهکارهایی برای بهبود بهداشت روانی دانش آموزان دبیرستانی معرفی کرد. از میان آموزش های معرفی شده در این پژوهش، آموزش بهداشت روانی بیشترین تأثیر را در بهبود وضعیت سلامت روانی و سازگاری دانش آموزان داشته است لذا آموزش بهداشت روانی به دانش آموزان، بهترین روش در جهت بهبود وضعیت بهداشت روانی دانش آموزان دبیرستانی است.

در مورد اثر بخشی هر یک از آموزشهای مذکور بر عملکرد تحصیلی آزمودنیهای یافته های پژوهش تأثیر معنی داری را نشان ندادند. در این خصوص می توان گفت که عملکرد تحصیلی یک فرد می تواند از متغیرهای زیادی تأثیر بپذیرد که یکی از آنها سلامت روانی است و متغیرهای دیگر عبارتند از:

مدرسه، ساختار کلاس درس، انتظار معلمان و والدین، هوش کلی، مفهوم خود تحصیلی و رفتارهای ورودی و مهارت‌های تحصیلی و متغیرهای دیگر. همچنین، از آنجایی که فاصله بین ارائه آموزش بهداشت روانی، آموزش ابراز وجود و آموزش مهارت‌های اجتماعی و امتحانات پایان سال تحصیلی که معدل پس از آزمون آزمودنی‌ها را مشخص می‌کرد خیلی کم بود؛ یعنی دو هفته از پایان آخرین جلسه آموزشی تا امتحانات خرداد فاصله بود و در این مدت کم اثر بخشی این آموزشها بر عملکرد تحصیلی دانش آموزان بعید به نظر می‌رسد که تفاوت معنی دار در پس آزمون معدل دروس ایجاد کند، پژوهشهای دیگری که اثر بخشی آموزش بهداشت روانی، مهارت‌های اجتماعی و آموزش ابراز وجود بر عملکرد تحصیلی را نشان داده اند از نظر طول مدت آموزش و ارزیابی پس از آموزش با پژوهش حاضر تفاوت داشته اند.

با توجه به محدودیت‌های پژوهش، از جمله محدود شدن نمونه به دانش آموزان پسر مقطع متوسطه و کمبود مکان و زمان مناسب برای اجرای آزمون‌ها و روشها، پیشنهادهای زیر را می توان ارائه داد:

۱- درس عمومی و الزامی برای دانش آموزان مقطع متوسطه با عنوان بهداشت در نظر گرفته شود و در آن بخشی به بهداشت روانی اختصاص داده شود.

۲- در آموزش مهارت‌های زندگی بر آموزش مهارت‌های اجتماعی، ابراز وجود و آگاهی از اصول بهداشت روانی تأکید شود.

منابع

الف- فارسی

- آقاجانی، مریم. (۱۳۸۱). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل نوجوانان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه الزهرا(س).
- آمالی، شهره. (۱۳۷۳). مقایسه جرأت آموزی و جرأت آموزی توام با بازسازی شناختی در کاهش اضطراب اجتماعی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۱۹، ۴-۱۸.
- اتکینسون، ریتال و همکاران (۱۳۷۲). زمینه روانشناسی. ترجمه محمدتقی براهنی و همکاران، تهران: انتشارات رشد، چاپ هفتم.
- اصغر نژاد فرید، علی اصغر. (۱۳۷۷). بررسی تعیین میزان اثر بخشی آموزش‌های بهداشت روانی در مدارس راهنمایی شهر تهران. پایان نامه دکترای روانشناسی. دانشگاه تربیت مدرس.
- انصاری، حجت اله. (۱۳۷۵). بررسی تأثیر جو روانی- اجتماعی کلاس در پیشرفت تحصیلی. نشریه علوم تربیتی دانشگاه تهران، سال دوم، شماره ۴-۱، ص ۱۳۸-۱۱۷.
- بهارلویی، مهناز. (۱۳۷۷). رابطه کمال گرایی، هماهنگی مؤلفه‌های خودپنداشت و جایگاه مهارت‌ها با اضطراب اجتماعی در دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز با توجه به نقش تعدیل کننده حمایت اجتماعی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- پالانگ، حسن. (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیر شناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران.
- پیاژه، ژان. (۱۳۷۱). تربیت به کجا ره می‌سپرد. ترجمه محمود منصور و پریخ دادستان، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- ثابتی، فهیمه و شهنی ییلاق، منیجه. (۱۳۷۷). تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی در کاهش ناسازگاری‌های اجتماعی- عاطفی دانش‌آموزان پسر ناسازگار دبستان اهواز. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره سوم، سال پنجم، شماره‌های ۳ و ۴، ص ۱۶-۱.
- دادستان، پریخ، منصور محمود. (۱۳۷۴). دیدگاه پیاژه در گستره تحول روانی. تهران: انتشارات بعثت.
- دلاور، علی. (۱۳۷۳). روش‌های تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
- راجرز، کارل. (۱۳۶۹). درآمدی بر انسان شدن. ترجمه قاسم قاضی، تهران: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی، چاپ اول.

- ساعتچی، محمود. (۱۳۷۴). مشاوره و روان‌درمانی - نظریه‌ها و راهبردها. تهران: نشر ویرایش، چاپ اول.
- سخندان توماج، رسول. (۱۳۸۰). بررسی اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های اجتماعی بر مشکلات رفتاری - عاطفی کودکان دبستانی شهرستان گنبد کاووس. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه اصفهان.
- شاملو، سعید. (۱۳۸۱). بهداشت روانی. تهران: انتشارات رشد، چاپ پانزدهم.
- شفیق‌آبادی، عبدالله. (۱۳۷۴). مجموعه مقالات اولین سمینار راهنمایی و مشاوره. تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.
- شهنی بیلاق، منیجه و رضایی، علیرضا. (۱۳۸۰). تأثیر آموزش ابراز وجود: چگونه همان کسی باشید که واقعاً هستید. اهواز: انتشارات دانشگاه چمران.
- شولتس، دوآن. (۱۳۶۴). روانشناسی کمال - الگوهای شخصیت سالم. ترجمه گیتی خوشدل، تهران: نشر نو.
- شیولسون، ر. (۱۳۷۴). استدلال آماری در علوم رفتاری. ترجمه علیرضا کیامنش، تهران: انتشارات جهاددانشگاهی.
- عرفانی خانقاهی، معصومه. (۱۳۸۰). بررسی اثربخشی آموزش بهداشت روانی با استفاده از مدل اعتقاد به سلامتی بر آگاهی و نگرش دانش‌آموزان دختر مقطع پیش‌دانشگاهی شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- فرانکل، ویکتور. (۱۳۷۵). انسان در جستجوی معنا. ترجمه علی اکبر معارفی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- فرکاس، جوزف، پی. (۱۳۷۹). روانشناسی تعامل اجتماعی. ترجمه خشایار بیگی و مهرداد فیروز بخت، تهران: انتشارات ابجد.
- کارتلیج، جی؛ میلبرن، اف. (۱۳۶۹). آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان. ترجمه محمد حسین نظری نژاد، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی.
- کریمی، ابوالفضل. (۱۳۷۵). آزمون‌های روانی. جزوه آموزشی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران: چاپ نشده.
- کوچکی، عاشور محمد. (۱۳۸۲). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر سازگاری فردی - اجتماعی نوجوانان بزهکار در شهرستان گنبد کاووس. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز.

گاجل، رابرت. جی؛ بام، اندرو و کرائتس، دیوید. راس. (۱۳۷۷). روانشناسی تندرستی. ترجمه غلامرضا خوی نژاد، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی.

گنجی، حمزه. (۱۳۷۶). بهداشت روانی. تهران: انتشارات ارسباران، چاپ اول.
ماسن، پاول هنری و همکاران. (۱۳۷۰). رشد و شخصیت کودک. ترجمه مهشید یاسایی. تهران: نشر پایا، چاپ دوم.

میلانی فر، بهروز. (۱۳۷۴). بهداشت روانی. تهران: نشر قومس، چاپ سوم.
نیسی، عبدالکاسم. شهنی ییلاق، منیجه. (۱۳۸۰). تأثیر آموزش ابراز وجود بر ابراز وجود، عزت نفس، اضطراب اجتماعی و بهداشت روانی دانشآموزان پسر مضطرب اجتماعی دبیرستان اهواز. مجله علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه شهید چمران اهواز. دوره سوم، سال هشتم، شماره‌های ۱ و ۲. ۳۰-۱۱.

هارجی، اون؛ ساندرز، کریستین و دیکسون، دیوید. (۱۳۷۷). مهارتهای اجتماعی در ارتباطات میان فردی. ترجمه خشایار بیکی و مهداد فیروز بخت، تهران، انتشارات ابجد.

هترینگتون، آی میویس و پارک، راس. دی. (۱۳۷۳). روانشناسی کودک از دیدگاه معاصر. ترجمه جواد طهوریان و همکاران. مشهد: معاونت فرهنگی آستان قدس رضوی، چاپ اول.
هومن، حیدر علی. (۱۳۷۴). شناخت روش علمی در علوم رفتاری. تهران، نشر پارسا.

یعقوبی نوراله. (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه‌سرا- گیلان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی ایران. انستیتو روان پزشکی تهران.

ب: انگلیسی

Adedapo, V. L. (1990). *The effects of social skills training on the socially appropriate and antisocial behaviors of elementary students with serious emotional in Ohio state University. Non Puplicated.*

Azais, F; Granger, B; Debray, Q; & Ducroix, C. (1990) *Cognitive and emotional approach to assertiveness. Encephale, 25(4) 353-357*

Cowen, E. L; Pederson, A; Babigon, H; Izzo, L. bB. & Trost, M. A. (1973). *Long term Follow up of early detected vulnerable children. Journal of Counseling and clinical Psychology.*

Daniels, A. J. (1990). *Social skills training of primary age children. Educational Psychology in practice, 6(3): 159-162.*

Delamatur, R. & McNamura, J. R (1986). *The Social impact Of assertiveness. Journal of Behavior Modification. 139-158.*

Deluty, Q.H. (1981). *Assertiveness in children: some research considerations. Journal of clinical child psychology, 10, 149-156.*

Finch, M, K. (1998). *Social skills training for preadolescents with problem behaviors. Ph. D. Dissertation. In university of Illionois at Chicago.*

Fruehwald, S; Erottier, P; Aigner, M; Gutierrez, K. & Dwyer, S. M.(1998). *The relevance of self-concepts discriminating in long-term incarcerated sex offenders.*

Gersham, F. M. & Elliot, S. N.(1984). *Assesment and classification of children's social skills. School Psychology rivew, 13: 192-301.*

Henderson, A. S.(1990). *An Introduction to social psychiatry. Oxford: Oxford University press. Journal of Behavior Therapy and experimental psychiatry. Vol. 29(4), 267-278.*

Perczel, D, & Tringer, L.(1998) *introducing assertiveness Training in Hungry. Scandinavian journal of Behavior therapy, vol. 27(3), 124-129.*

Ravicz, Z. (1998). *High on Stress: A Woman`s guide to optimizing the stress in her life. Oakland, ca: New Harbinger Publications, inc.*

