

رابطه مهارت‌های زندگی با سلامت اجتماعی (نمونه موردی: جوانان ۱۵ تا ۲۹ ساله شهرستان حاجی‌آباد)

محمدحسن شربتیان* ، سامره علیزاده خانقاهی**

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۳/۲۷

چکیده

هدف این پژوهش مطالعه رابطه مهارت‌های زندگی بر میزان سلامت اجتماعی جوانان است که با توجه به مبانی نظری کبیز (سلامت اجتماعی) و نظریه یادگیری اجتماعی باندورا (مهارت زندگی) مورد مطالعه قرار گرفته است. در این پژوهش با استفاده از روش پیمایش، جوانان ۱۵ تا ۲۹ ساله شهرستان حاجی‌آباد واقع در خراسان جنوبی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. حجم نمونه پژوهش حاضر ۳۶۸ نفر بوده که از طریق نمونه‌گیری تصادفی ساده با بهره‌مندی از پرسشنامه استاندارد شده، مورد ارزیابی قرار گرفته است. با استفاده از نرم‌افزار *Spss22* یافته‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. جهت تحلیل روابط بین متغیرها نیز از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون و تحلیل مسیر استفاده شده است. نتایج نشان داد که میزان سلامت اجتماعی جوانان در حد متوسط به بالا بوده است. یافته‌ها بیانگر رابطه مستقیم بین ابعاد

* عضو هیأت علمی گروه جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور. (نویسنده مسئول). sharbatiyan@pnu.ac.ir

** دانش‌آموخته ارشد پژوهش علوم اجتماعی دانشگاه مازندران. s.alizadeh_2014@yahoo.com

مهارت زندگی با سلامت اجتماعی در جامعه مورد مطالعه بوده است. همچنین سلامت اجتماعی جوانان برحسب وضعیت تأهل آنها تفاوت معناداری دارد، اما سلامت اجتماعی جوانان برحسب جنسیت آنها متفاوت نیست. نتایج رگرسیون نیز حاکی از آن است که از میان متغیرهای اثرگذار بر سلامت، متغیر مهارت ارتباطی با مقدار بتای $0/93$ به طور مستقیم بیشترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی جوانان جامعه مورد تحقیق داشته است؛ یافته‌های تحلیل مسیر بیانگر این است که تنها متغیر تفکر خلاق-انتقادی هم اثر مستقیم و هم اثر غیرمستقیم داشته، سایر متغیرها فقط اثر مستقیم بر روی پاسخگویان جامعه مورد مطالعه داشته‌اند. همچنین نتایج بیانگر این است که شاخص‌های مهارت ارتباطی، میزان خودآگاهی، میزان تصمیم‌گیری، میزان هیجانات و تفکر خلاق می‌توانند تا حدود ۹۰ درصد از متغیر وابسته را تبیین کنند.

واژه‌های کلیدی: جوانان، حاجی‌آباد، سلامت اجتماعی، مهارت

زندگی.

مسئله پژوهش

سلامت مفهومی چندبعدی است و مطابق تعریف سازمان جهانی سلامت، شامل ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی است. سلامت اجتماعی مفهوم نسبتاً جدیدی است که در دهه اخیر در ایران مورد توجه قرار گرفته شده است؛ باین که سلامت اجتماعی یکی از شاخص‌های توسعه اجتماعی محسوب می‌شود، اما بیشتر بر بعد جسمانی سلامت تأکید می‌شود. «سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه اشاره دارد. سلامت اجتماعی^۱ بر ابعادی از سلامت تأکید دارد که مربوط است به ارتباط فرد با افراد دیگر و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند و دربرگیرنده عواملی است که در کنار یکدیگر نشانگر کمیت و کیفیت عمل افراد در زندگی اجتماعی است. این عوامل عبارتند از شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و

مشارکت اجتماعی (عبدالله تبار درزی و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۷۳). عوامل اجتماعی بسیاری بر سلامت اجتماعی افراد تأثیر دارند.

یکی از این عوامل اثرگذار بر سلامت اجتماعی یادگیری مهارت‌های زندگی^۱ است. با توجه به جهانی‌شدن و دگرگونی‌های سریع، گسترش ارتباطات اجتماعی، پیچیدگی‌های زندگی روزمره و استرس‌ها و تنش‌های عصبی وارده بر فرد، داشتن مهارت‌های زندگی جهت مواجهه با مسائل مختلف زندگی روزمره امری ضروری است. مهارت‌های زندگی یکی از راه‌های پیشگیری از بروز مشکلات روانی و اجتماعی است.

موضوع مهارت‌های زندگی در سال ۱۹۷۹ و با اقدامات گیلبرت بوتوین^۲ آغاز شد. مهارت‌های زندگی به مجموعه‌ای از توانایی‌هایی گفته می‌شود که زمینه سازگاری رفتار مثبت و مفید را فراهم می‌آورد و این توانایی، فرد را قادر می‌سازد که ضمن پذیرش مسئولیت‌های اجتماعی خود، بدون لطمه زدن به خود و دیگران بتواند به شکل مؤثری با انتظارات و مشکلات روزانه در روابط بین فردی روبرو گردد» (کریم زاده، ۱۳۸۸). در جهان معاصر روند سریع تغییرات اجتماعی و فرهنگی و ارتباطات روزافزون، افراد و به‌ویژه قشر جوان را با چالش‌های متعددی از جمله فشارهای فردی، اجتماعی و اقتصادی روبه‌رو ساخته، که این فشارها نهایتاً به بهداشت آنان صدمه می‌زند. مقابله مؤثر با این فشارها و چالش‌ها نیازمند داشتن توانایی‌های روانی - اجتماعی است. در جریان روبه‌رویی با این فشارها و مشکلات مدیری که افراد در محیط اجتماعی خود با آن‌ها مواجه‌اند، تنها داشتن مهارت‌هایی به افراد کمک می‌کند تا از عهده مشکلات خود برآیند. فقدان مهارت‌های زندگی و توانایی‌های روانی، اجتماعی، افراد را در مقابله با مشکلات آسیب‌پذیر می‌نماید به‌طوری که بررسی‌های علمی گوناگون در سراسر جهان نشان می‌دهد کمبود مهارت‌های زندگی در گرایش به

1. Life Skills
2. Gilbert Botvin

انحرافات اجتماعی مانند مصرف مواد مخدر مؤثر است. در واقع افراد بسیاری پس از قرار گرفتن در موقعیت‌های دشوار مانند ناکامی‌های تحصیلی، شغلی، نداشتن امنیت در خانواده، به دلیل نداشتن مهارت‌های مقابله با فشار روانی و مهارت‌های حل مسئله، برای مقابله با فشارها و هیجانات منفی به مصرف مواد اعتیادآور روی می‌آورند؛ بنابراین مهارت‌های زندگی نقش ویژه‌ای در زندگی نوجوانان و جوانان دارند و می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در کاهش گرایش به انحرافات اجتماعی ایفا نماید. بنابراین ضرورت یادگیری مهارت‌های زندگی در جامعه به‌خوبی آشکار می‌شود. در یک محیط دائماً در حال تغییر، با داشتن مهارت‌های زندگی فرد قادر به رویارویی با چالش‌های زندگی روزمره و حل مسئله می‌شود. برای کنار آمدن با سرعت روزافزون و تغییرات زندگی مدرن، افراد نیاز به مهارت‌های زندگی جدید مانند توانایی برای مقابله با استرس و ناامیدی دارند؛ همچنین مهارت‌های زندگی که مهارت‌های اجتماعی نیز نامیده می‌شوند، یکی از عوامل مهم در ایجاد فرصت‌های رشد و توسعه و تعالی فرد در جامعه محسوب می‌شود. بهره‌مندی از شاخص مهارت زندگی در گروه‌ها و اقشار مختلف جامعه از جمله جوانان به‌عنوان پیشروان توسعه رویکردی است که موجب بهبود کیفیت زندگی، رفاه و رضایت از زندگی می‌شود. با توجه به نقش سازنده جوانان در جامعه، توجه به این قشر از جامعه اهمیت بسزایی برخوردار است (حسینی، ۱۳۸۷).

در جامعه ما علیرغم کاستی‌های موجود، بخصوص در مناطق محروم، برای سلامت جسمی افراد از جمله جوانان گام‌های مناسبی برداشته شده است؛ اما آنچه نبود آن در تمام عرصه‌های جامعه محسوس است، بی‌توجهی به ابعاد اجتماعی و روانی سلامت بالأخص برای نسل جوان است. این بی‌توجهی به جنبه اجتماعی سلامت در عصر ارتباطات، موجب آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی و اجتماعی مانند افت تحصیلی، گرایش به مواد مخدر و سایر انحرافات اجتماعی می‌شود و از جمله موضوعاتی است که باید به آن توجه خاص شود (فتحی و همکاران، ۱۳۹۱: ۲۲۷). پژوهش حاضر به‌صورت بین‌رشته‌ای (روانشناسی و جامعه‌شناسی) در پی مطالعه رابطه

مهارت‌های زندگی بر سلامت اجتماعی جوانان شهرستان حاجی‌آباد واقع در استان خراسان جنوبی است. در این پژوهش تلاش می‌شود تا سؤالات زیر مورد بررسی و تحقیق قرار گیرد:

(۱) میزان سلامت اجتماعی جوانان شهرستان حاجی‌آباد چقدر است؟

(۲) آیا مهارت‌های زندگی با میزان سلامت اجتماعی جوانان رابطه دارد؟

(۳) آیا میزان سلامت اجتماعی برحسب وضعیت تأهل و جنسیت در بین جوانان

متفاوت است؟

(۴) آیا میزان آموزش مهارت‌های زندگی برحسب وضعیت تأهل و جنسیت در

بین جوانان متفاوت است؟

بررسی پیشینه

در ارتباط با پیشینه تجربی تحقیق نیز، محققین منابع مرتبط با موضوع را در اغلب کتاب‌ها، مقالات، سایت‌ها و روزنامه‌های قابل‌دسترس، مورد بررسی قرار دادند که نتایج این بررسی تحت عنوان تحقیقات داخلی و خارجی بیان شده است. به دلیل این که در ایران تحقیقی با عنوان مطالعه رابطه مهارت‌های زندگی با سلامت اجتماعی جوانان تاکنون انجام نشده و معدود تحقیقات انجام‌شده در حوزه سلامت اجتماعی بیشتر با رویکرد روان‌شناسانه بوده و همچنین هرکدام از این تحقیقات به بررسی تأثیرات یک مؤلفه خاص بر سلامت اجتماعی پرداخته‌اند، لذا محققین بر آن شدند در این بخش علاوه بر استفاده از تحقیقاتی که کم‌وبیش به موضوع نقش مهارت‌های زندگی در سلامت اجتماعی پرداخته‌اند، به سایر پژوهش‌هایی که به سلامت اعم از روانی و اجتماعی و مؤلفه‌های مؤثر بر سلامت اجتماعی پرداخته‌اند نیز اشاره نمایند.

با نظر به این که بیشتر پژوهش‌های مورد مطالعه به صورت مجزا مهارت زندگی را با دیگر عوامل غیر از سلامت اجتماعی مورد مطالعه قرار داده و یا اکثر تحقیقاتی که در حوزه سلامت اجتماعی صورت گرفته کمتر به اثرات مهارت‌های زندگی پرداخته است، پژوهش حاضر از آن دسته از اولین تحقیقاتی است که در ایران به صورت بین‌رشته‌ای سعی بر این داشته است که رابطه مستقیم شاخص‌های مهارت زندگی را با سلامت اجتماعی مورد مطالعه قرار دهد.

پیشینه داخلی

یحیی زاده و عرب‌گری (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان رابطه آموزش مهارت‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی در بین دانش‌آموزان دختر مقطع اول دبیرستان منطقه ۱۹ تهران، به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های اجتماعی سبب ارتقای میزان سلامت اجتماعی دانش‌آموزان شده است.

پارسا مهر و رسولی نژاد (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه سبک زندگی سلامت‌محور با سلامت اجتماعی در بین مردم شهر تالش به این نتیجه رسیده‌اند که هر چه افراد به ابعاد سلامتی در زندگی خود توجه کنند بیشتر به سلامت اجتماعی خود توجه می‌کنند. ابعاد سلامت‌محوری در زندگی بر روی متغیرهای زمینه‌ای از جمله جنسیت دارای تفاوت مقایسه‌ای است.

شربتیان (۱۳۹۳) در پژوهشی به سنجش میزان بهره‌مندی از شاخص‌های سلامت اجتماعی در بین جوانان ۱۸-۳۰ ساله شهرستان قائن پرداخته است. نتایج به دست آمده نشان داد که متغیرهای اجتماعی همچون سرمایه اجتماعی، امنیت اجتماعی، نشاط اجتماعی، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی بر سلامت اجتماعی جوانان تأثیر داشته است. همچنین متغیرهای رضایت از زندگی، نشاط اجتماعی و کیفیت زندگی به ترتیب تأثیر مستقیمی بر سلامت اجتماعی داشته و متغیرهای سرمایه اجتماعی و امنیت اجتماعی بر متغیر وابسته تأثیر مستقیمی نداشته‌اند. (شربتیان، ۱۳۹۳: ۱۴۵).

کدخدایی و لطفی (۱۳۹۲) پژوهشی تحت عنوان «سنجش میزان سلامت اجتماعی دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان‌های شهر شیراز و بررسی عوامل مؤثر بر آن» بر روی نمونه ۴۰۰ نفری از دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان شهر شیراز انجام دادند. نتایج نشان داد که متغیرهای میزان تحصیلات مادر، میزان تحصیلات پدر، شاخص‌های کیفیت زندگی و پایگاه اجتماعی اقتصادی بر میزان سلامت اجتماعی دختران دانش‌آموز تأثیرگذارند.

مؤمنی مهموئی و همکاران در سال (۱۳۹۰) پژوهشی با عنوان بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی دانش‌آموزان دختر انجام دادند. به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش مشارکت اجتماعی، کاهش اضطراب، کاهش نارسایی کنش‌وری اجتماعی، کاهش افسردگی و همچنین بر ارتقاء عزت‌نفس اجتماعی دانش‌آموزان تأثیر داشته است.

امینی نقده (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی به این نتیجه رسیدند بین متغیرهای مستقل پایگاه-اجتماعی اقتصادی، میزان مهارت‌های ارتباطی، چگونگی گذران اوقات فراغت و کیفیت زندگی با متغیر وابسته سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد.

حسینی (۱۳۸۷) در پایان‌نامه کارشناسی ارشد خود به بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان و عوامل مؤثر بر آن پرداخت. نتایج حاصل از بررسی نشان داد بین میزان مهارت‌های ارتباطی و سلامت اجتماعی، میزان باورهای مذهبی و سلامت اجتماعی و همچنین میزان پایگاه اقتصادی-اجتماعی و سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد اما بین نحوه گذران اوقات فراغت و سلامت اجتماعی رابطه‌ای وجود نداشت.

کنگر لو (۱۳۸۷) در پایان‌نامه خود به سنجش سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد پرداخته است. نتایج این پژوهش نشان داد که بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد تفاوت معناداری وجود ندارد. میانگین مجموع نمرات کسب‌شده

برای دانشجویان شاهد برابر ۶ و ۱۰۹ به دست آمد و برای دانشجویان غیر شاهد برابر ۴ و ۱۱۱ به دست آمد. ولی بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و دانشکده محل تحصیلشان و بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و میزان پنهان کردن سهمیه شاهد تفاوت معناداری وجود داشته است؛ به این معنی که دانشجویان شاهدی که سهمیه دار بودندشان را پنهان می‌کنند از سلامت اجتماعی پایین‌تری برخوردار بوده‌اند. همچنین بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و ازدواج مجدد مادرانشان، بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و وضعیت تأهلشان، بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و نوع جنسیت آن‌ها، تفاوت معناداری وجود ندارد (کنگر لو، ۱۳۸۷: ۲۲۰).

پیشینه خارجی

ترنر و همکاران^۱ (۲۰۱۳) در ارتباط با آموزش مهارت‌های زندگی از جمله حل مسئله و ارتباط مؤثر بر روی جوانان انجام داده است نشان داد که «این مهارت‌ها توانایی آنان را برای حل مشکلات و استفاده مؤثر از حمایت‌های اجتماعی افزایش می‌دهد.» (Turner&Etal, 2013: 368 به نقل از مؤمنی و همکاران، ۱۳۹۴: ۹۵)

مارتین و جونز^۲ (۲۰۱۲) در ارتباط با مهارت‌های زندگی موردنیاز جوانان انجام دادند به این نتیجه رسیدند که «مهارت‌های فردی از جمله مهارت‌های اجتماعی، احترام، رهبری، تعامل خانواده و ارتباطات و مهارت‌های شخصی از جمله خود سازمان دهنده، نظم و انضباط، اعتماد به نفس، تعیین هدف، مدیریت نتایج عملکرد و انگیزه مهم‌ترین مهارت‌های زندگی موردنیاز آنان است (مارتین و جونز، ۲۰۱۲: ۱۶۶).

پل^۳ (۲۰۱۰) به بررسی رابطه بین عملکردهای ارتباطی، سلامت اجتماعی معنوی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سرطان پرداخته است. پل این پژوهش را در بین افراد

-
1. Turner & Etal.
 2. Martin & Jones
 3. Paul

سنین ۳۵ تا ۸۰ سال انجام داد. نتایج به دست آمده از این پژوهش حاکی از آن است که سلامت معنوی عمده‌ترین عامل تأثیرگذار زندگی این افراد بوده و سلامت اجتماعی پس از سلامت معنوی در رتبه دوم قرار داشته است؛ ولی عملکردهای ارتباطی این افراد رابطه‌ای با کیفیت زندگی آنها نداشته است. کیفیت زندگی مفهوم گسترده‌ای دارد و برای افراد و گروه‌های مختلف دارای معانی گوناگونی است. می‌توان کیفیت زندگی را به عنوان رفاه عمومی، بهزیستی اجتماعی، شادکامی، رضایت‌مندی و ... تفسیر کرد. این معانی و مفاهیم ارتباط مؤثری با سلامت و ابعاد آن دارد (عبدالله تباردرزی، ۱۳۸۷: ۷۸).

شاپیرو و کیز^۱ (۲۰۰۸) بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و متغیرهای جمعیت شناختی در این مقاله سلامت اجتماعی در ارتباط با متغیرهای جمعیت شناختی از قبیل جنسیت، تأهل، وضعیت شغلی و ... بررسی شد. کیز و شاپیرو سلامت اجتماعی را این‌گونه تعریف کردند: «سلامت اجتماعی عبارت است از چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در جامعه؛ و همچنین به نظر آنان فرد سالم از نظر اجتماعی جامعه را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس می‌کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهمیم است. آنان نشان دادند که «وضعیت شغلی برای سلامت اجتماعی زنان مهم‌تر از مردان است و زنانی که وضعیت شغلی پایین‌تری داشتند، سلامت اجتماعی کمتری نسبت به مردانی با همان جایگاه شغلی گزارش دادند؛ بر این اساس می‌توان گفت همین‌طور که جایگاه شغلی ارتقاء می‌یابد زنان نسبت به مردان، به‌طور فزاینده‌ای سطوح بالاتری از پذیرش، مشارکت و انسجام اجتماعی را گزارش می‌کنند.

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۹) به تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر نیمرخ روانی زنان دارای ناتوانی‌های جسمی حرکتی پرداخته است. هدف این پژوهش به تأثیر

برنامه آموزش مهارت‌های زندگی طراحی شده بر میزان سلامت روانی و نیز میزان اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و افسردگی زنان دارای ناتوانی‌های جسمی - حرکتی پرداخته است. «این مهارت‌ها عبارت بودند از: شناخت خصوصیات و توانایی‌های خود، توجه به ارزش‌های شخصی، خانوادگی و اجتماعی، به کار بردن روش‌های صحیح برقراری ارتباط، قاطعیت، دوست‌یابی، تعیین هدف و دستیابی به آن، تصمیم‌گیری صحیح، پرهیز از خشونت و حفظ سلامت. بلافاصله پس از اتمام جلسات آموزش مهارت‌های زندگی بر روی هر دو گروه آزمایشی و گواه، پس‌آزمون اجرا شد یافته‌ها نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی باعث افزایش معنی‌دار سلامت روانی و کاهش معنی‌دار اضطراب و ناسازگاری اجتماعی در آزمودنی‌ها شده است و فقط بر میزان افسردگی آن‌ها تأثیر معنی‌داری نداشته است.

مبانی و چارچوب نظری

سلامت اجتماعی از دیرباز به‌عنوان فارغ بودن از حالت‌های اجتماعی منفی مثل از خودبیگانگی یا هرج‌ومرج تعریف شده است و نه الزاماً این که وجود شرایط روان‌شناختی اساس سلامت اجتماعی باشند. درحالی که به سلامت اجتماعی در جنبه فردی توجه زیادی شده است (مثلاً ریف، ۱۹۸۹). این عقیده هم مطرح شده است که می‌بایست توجه همسانی به ماهیت اجتماعی مقوله سلامت اجتماعی شود. به عقیده کییز سلامت اجتماعی و یا فقدان آن، دغدغه‌ای بارز در نظریه کلاسیک جامعه‌شناسی بوده است. علیرغم اهمیت مفاهیمی چون هرج‌ومرج، از خودبیگانگی که مورد توجه مارکس و دورکیم قرار داشته، آن‌ها به بحث درباره ابعاد چندگانه سلامت اجتماعی مثبت هم پرداخته‌اند. از جمله فواید بالقوه زندگی اجتماعی، یکپارچگی و انسجام اجتماعی است که به معنای احساس تعلق و وابستگی درونی و احساس وجدان مشترک و سرنوشت جمعی است. کییز مفهوم سلامت اجتماعی را به صورت زیر تعریف می‌کند: سلامت اجتماعی عبارت است از چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش

در برابر اجتماع، فرد سالم از نظر اجتماعی، اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس می‌کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است. این نشانگر این حقیقت است که سلامت اجتماعی بازتاب درک افراد از تجربیاتشان در محیط اجتماعی است که در تضاد با ملاک‌های سلامت اجتماعی از حیث میان فردی قرار می‌گیرد یعنی ملاک‌هایی چون حمایت اجتماعی یا ملاک‌هایی که در سطح اجتماعی شکل اجرایی به خود می‌گیرند مثل ارزیابی‌های سرمایه اجتماعی. لذا سلامت و سلامت اجتماعی را باید به گونه‌ای مفهوم‌سازی کرد که شامل خود اثبات‌گری فرد در گروه‌های اجتماعی و اعتبار و تصدیق این مورد برای افراد مختلف شود (حاتمی، ۱۳۸۹: ۴۶). کیز معتقد است عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی، عاطفی و روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در برمی‌گیرد (Keyes, 1998: 121). کیز پنج ملاک را برای سلامت اجتماعی برمی‌شمرد که هم‌راستا با نظریه روان‌شناختی و جامعه‌شناختی بسط پیدا می‌کنند:

انطباق اجتماعی^۱: به عبارت دیگر انطباق اجتماعی یعنی اعتقاد به این که اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است. همبستگی اجتماعی در مقابل بی‌معنایی در زندگی، قابل مقایسه است و شامل ارزیابی فرد از اجتماع به صورت قابل فهم، قابل پیش‌بینی و مخصوص است و در حقیقت درکی است که فرد نسبت به کیفیت سازمان‌دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد. افراد سالم، علاقه‌مند به طرح‌های اجتماعی بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند و خود را با تصور این که در حال زندگی در یک دنیای متکامل و عالی هستند، فریب نمی‌دهند و

خواسته‌ها و آرزوهایشان را از جهت فهم و درک زندگی، ارتقاء می‌بخشند. (عبدالله تبار درزی و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۷۷-۱۷۶).

انسجام اجتماعی^۱: این شاخص «به معنی ارزیابی فرد از کیفیت روابط متقابلش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است، افراد سالم احساس می‌کنند که بخشی از جامعه هستند، بنابراین یکپارچگی اجتماعی گسترده‌ای است که مردم احساس می‌کنند با دیگران وجه مشترکی دارند و به جامعه و گروه‌های اجتماعی تعلق دارند. این مفهوم در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی سیمن و آگاهی طبقاتی مارکس قرار می‌گیرد (Keyes, 1998:122).

سهم داشت اجتماعی^۲ (مشارکت اجتماعی): سهم داشت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو مهمی از اجتماع می‌داند و تصور می‌کند چیزهای ارزشمندی برای عرضه به جامعه دارد. (Keyes, & Shapiro, 2004: 10-11).

کبیز معتقد است که ایفای سهم اجتماعی، با مفهوم سودمندی فردی که باندورا (۱۹۹۷) مطرح می‌کند، همپوشانی دارد و نیز می‌تواند به‌عنوان نوعی مسئولیت اجتماعی تلقی شود، تلقی فرد از ارزشی که در جامعه می‌تواند داشته باشد. برای بسیاری از افراد سخت است که به این احساس برسند که سهم ارزشمندی در جامعه دارند به‌ویژه وقتی که وجود خودشان برای خودشان ارزشمند نیست (Ibid: 12).

شکوفایی اجتماعی^۳: «عبارت است از ارزیابی پتانسیل‌ها و مسیر تکامل جامعه و باور به این که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد. این افراد به آینده جامعه امیدوارند و معتقدند که خود و دیگران از پتانسیل‌هایی برای رشد اجتماعی بهره‌مند هستند و جهان می‌تواند برای آن‌ها و دیگران بهتر شود (Keyes, 1998: 127).

-
1. Social Integnrnation
 2. Social Contribution
 3. Social Actualization

پذیرش اجتماعی^۱: پذیرش اجتماعی شامل پذیرش تکثر با دیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسان‌ها است که همگی آن‌ها باعث می‌شوند فرد در کنار سایر اعضای جامعه انسانی، احساس راحتی کند (Ibid: 123). به عبارت دیگر پذیرش اجتماعی به تفسیر فرد از جامعه و ویژگی‌های دیگران اشاره می‌کند. افرادی که دارای این بُعد از سلامت اجتماعی هستند، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و دیگران را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی‌ای که دارند، می‌پذیرد و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند» (Keyes, & Shapiro, 2004: 7). به عبارت دیگر داشتن گرایش‌های مثبت نسبت به افراد و به طور کلی پذیرش افراد، علی‌رغم برخی رفتارهای سردرگم کننده و پیچیده آن‌ها، پذیرش اجتماعی، مصداق اجتماعی از پذیرش خود است. در پذیرش خود، فرد نگرش مثبت و احساس خوبی در مورد خود و زندگی گذشته دارد و با وجود ضعف‌ها و ناتوانایی‌هایی که دارد، هم جنبه خود را می‌پذیرد. افراد باور دارند که مردم می‌توانند ساعی و مؤثر باشند (Ibid: 22). به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت مشارکت نداشتن در فعالیت‌های اجتماعی و عدم اعتماد مانع جذب فرد در چارچوب‌های اجتماعی می‌گردد، در این صورت فرد احساس می‌کند که هیچ فصل مشترکی بین ارزش‌های فردی و اجتماعی‌اش وجود ندارد و نسبت به ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی بی‌تفاوت و بی‌اعتماد می‌شود (کاهش یکپارچگی اجتماعی)، بنابراین احساس می‌کند که سرنوشت اجتماع به نیروها یا ساختارهای خارجی مربوط است نه به اجزای تشکیل دهنده اجتماع و برای اجتماع توان بالقوه‌ای در مسیر تکاملی خود قائل نیست (کاهش شکوفایی اجتماعی)، با این تفکر شخص احساس می‌کند که جامعه آن قدر پیچیده است که نمی‌توان آن را فهمید و آینده را پیش‌بینی کرد (کاهش پیوستگی اجتماعی) و بنابراین نگرش مثبت خود را نسبت به اجتماع و حتی افراد آن جامعه از

دست می‌دهد (کاهش پذیرش اجتماعی). وقتی که نگرش‌های فوق در فرد ایجاد شد فرد کار آیی خود را از دست می‌دهد و احساس می‌کند که نقش مهمی در پیشرفت و آینده جامعه نمی‌تواند داشته باشد (کاهش سهم داشت اجتماعی) و در نهایت سلامت اجتماعی فرد کاهش می‌یابد (شربتیان، ۱۳۹۱: ۱۶۲).

اما در این تحقیق چشم‌انداز مطرح شده به سلامت اجتماعی، یک گام فراتر از آن چیزی است که کبیز مطرح می‌نماید. ما در این مقاله سلامت اجتماعی را تنها معادل با پیوستار مثبت و در سطح سنجش فردی در نظر نگرفته و معتقدیم که جامعه‌ای چون حاجی‌آباد به خاطر مجاورت با مرز افغانستان، اشاعه فرهنگی و بافت سنتی آن، شهروندانش را با مشکلات اجتماعی و روانی عدیده‌ای مواجه کرده است، لذا بهره‌مندی از مواهب اجتماعی را برای بسیاری از افراد در طبقه‌های اجتماعی مختلف ناممکن کرده است. بنابراین در این مطالعه رویکرد سلامت اجتماعی، مجموعه اقداماتی را شامل می‌شود تا چنین جامعه نامتعادلی را به تعادل بازگرداند. چراکه آسیب‌های اجتماعی وارده بر سلامت اجتماعی افراد در چنین جامعه‌ای صرفاً به پیامدهای بیرونی محدود نشده، بلکه عدم تعادل‌های اجتماعی، منجر به ایجاد سطح پایداری از استرس اجتماعی نیز در افراد می‌شود. کبیز هنگام سنجش سلامت اجتماعی افراد جامعه، پیش‌فرض ذهنی‌اش آن است که افراد در نقطه صفر یعنی جایی هستند که شرایط و بسترهای لازم فراهم بوده است. منظور از این شرایط و بسترها، حوزه‌های عینی و ذهنی همچون بهزیستی، محیط‌زیست، چیدمان شهری، محرومیت‌زدایی، توسعه و بهبود زیرساخت‌ها، رفاه شهروندی، عدالت اجتماعی، مشارکت شهروندی، حقوق شهروندی، امنیت اجتماعی و سرمایه اجتماعی است. با این وجود باید توجه نمود که سلامت اجتماعی تنها به پایگاه اجتماعی و اقتصادی شهروندان یک جامعه بستگی ندارد، بلکه شامل انعکاسی از موقعیت شهروندان در بافت اجتماعی آن جامعه هم می‌شود. اگرچه ممکن است علیرغم وجود تمامی این شرایط در جامعه‌ای، افراد آن جامعه از سلامت اجتماعی موردنظر کبیز برخوردار نباشند.

از بعد دیگر موضوع تحقیق یادگیری مهارت‌های زندگی، اطلاعاتی است که از نحوه یادگیری کودکان، نوجوانان و جوانان از طریق مشاهده رفتار دیگران و پیامدهای آن به دست می‌آید و در واقع مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی^۱ باندورا^۲ (۱۹۷۷) است. در زمینه نظریه‌های زیر بنایی مهارت‌های زندگی، منگرولکار^۳ (۲۰۰۱) معتقد است نظریه‌هایی که به تحول بشر می‌پردازد و چگونگی رشد، یادگیری و رفتار آنان را توضیح می‌دهد، تشکیل‌دهنده زیربنای اصلی مهارت‌های زندگی هستند. برنامه آموزش مهارت‌های زندگی بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی بنا شده است. نظریه یادگیری اجتماعی که بر مبنای کارهای آلبرت باندورا تدوین شده، معتقد است یادگیری فرایندی فعال و مبتنی بر تجربه است؛ به این صورت که کودکان هم از طریق دستورالعمل (گفتارهای والدین، معلمان و...) و هم از طریق مشاهده رفتار دیگران یاد می‌گیرند، رفتار آنان نیز از طریق نتیجه و پاسخی که اطرافیان نشان می‌دهند، اصلاح و تقویت می‌گردد. بنابراین، کودکان از طریق تعامل‌های اجتماعی و از طریق ارتباطات کلامی رفتارها را یاد می‌گیرند. به همین دلیل، لازم است که مهارت‌های مختلف را به کودکان از طریق دستورالعمل، نمایش، ارائه الگو و تعامل آموزش دهیم نه فقط از طریق دستورالعمل. اصول اساسی این تئوری آن است که رفتارهای اجتماعی از طریق تقویت، آموخته و حفظ می‌شوند و در انجام یک رفتار دارا بودن مهارت آن رفتار و نیز احساس خودکارآمدی اهمیت زیادی دارد. نظریه یادگیری اجتماعی اثر مهمی بر تحول مهارت‌های زندگی داشته است (درکه و همکاران، ۱۳۹۲: ۹۴-۹۳).

در نظریه یادگیری اجتماعی باندورا، یادگیری فرایندی فعال و مبتنی بر تجربه است و از این رو جوانان در جریان یادگیری و آموزش فعالانه به یادگیری مهارت‌های زندگی می‌پردازند. در این نوع آموزش از روش‌هایی که شرکت فعال جوانان را در امر

1. Social learning theory
2. Bandora
3. Mangrulkar, L

آموزش تسهیل می‌بخشد، استفاده می‌شود. روش‌های موردنظر، همان پنج حوزه مهارت زندگی هستند که برای افزایش سلامت اجتماعی، آموزش هر یک از این حوزه‌ها، پایه‌های مهارت‌های عام زندگی باهدف ایجاد توانایی‌های روانی، اجتماعی در زندگی جمعی و فردی ضرورت دارد؛

خودآگاهی همدلی^۱: یکی از مهارت‌های زندگی است که عبارت است از شناخت دقیق و درست از خود، به‌نحوی که فهم صحیحی از نگرش‌ها، آرا، عقاید، اندیشه‌ها، توانایی‌ها، مهارت‌ها و کاستی‌هایمان داشته باشیم. از نگاهی دیگر می‌توان گفت خودآگاهی یعنی آموختن روش‌های منطقی برای اعمال کنش و واکنش در موقعیت‌های متفاوت (ساویز و بخت‌آزما، ۱۳۸۷: ۸۴). حل مسئله و تصمیم‌گیری: فرایندی است که خود فرد آن را هدایت می‌کند و در آن سعی می‌کند راه‌حل‌های مؤثر و سازگارانه‌ای برای مسائل زندگی روزمره خود پیدا کند. به‌این‌ترتیب حل مسئله یک فرایند آگاهانه، منطقی و هدفمند است (پور حسینی، ۱۳۹۰: ۸۷).

تفکر انتقادی^۲: مهارت تحلیل عینی اطلاعات و تجارب است. در تفکر انتقادی ابتدا عوامل مؤثر بر رفتارها و نگرش‌ها مشخص می‌شود و مورد ارزشیابی قرار می‌گیرد (قاضی مرادی، ۱۳۹۳: ۵۶).

تفکر خلاق^۳: این نوع تفکر هم به حل مسئله و هم به تصمیم‌گیری‌های مناسب کمک می‌کند. این نوع تفکر فرد را قادر می‌سازد تا مسائل را از ورای تجارب مستقیم خود دریابد و حتی زمانی که مشکلی وجود ندارد، به سازگاری و انعطاف بیشتری به زندگی خود و رابطه با دیگران بپردازد (ساویز و بخت‌آزما، ۱۳۸۷: ۴۷).

ارتباطات بین فردی: ارتباط در اشکال مختلف کلامی و غیرکلامی محور اصلی زندگی ما را تشکیل می‌دهد، در این زمینه هر یک از ما بدون دانش خاصی می‌توانیم افرادی را که به لحاظ ارتباطی موفق‌ترند، شناسایی کنیم. این افراد آن‌هایی هستند که

-
1. Self-awareness empathy
 2. Critical Thinking
 3. Creative Thinking

دیگران معمولاً تمایل خود را برای ارتباط با آنها ابراز می‌کنند. چنین اشخاصی به راحتی با دیگران رابطه برقرار می‌کنند و حرف‌هایشان بر دیگران تأثیر می‌گذارد و دیگران پس از برخورد با آنها احساس مثبتی دارند (همان: ۸۴).

توانایی مقابله با هیجان^۱ این توانایی فرد را قادر می‌سازد تا هیجان‌ها را در خود و دیگران تشخیص دهد، نحوه تأثیر هیجان‌ها بر رفتار را بداند و بتواند واکنش مناسبی به هیجان‌های مختلف نشان دهد. اگر باحالت‌های هیجانی مثل غم، خشم یا اضطراب درست برخورد نشود این موارد تأثیر منفی بر سلامت روانی و جسمی و اجتماعی خواهند گذاشت (کریمی، ۱۳۹۰: ۱۳۰).

آموزش مهارت‌های زندگی آموزش توانایی‌هایی است که منجر به شادکامی افراد جامعه، غنای روابط انسانی و ارتقای کیفیت زندگی و رفتارهای سالم درسته جامعه می‌شود که این به نوبه خود موجب افزایش سلامت اجتماعی افراد نیز می‌شود؛ بدین صورت که یادگیری مهارت‌های زندگی به صورت ابزاری در پیشگیری از آسیب‌های روانی-اجتماعی موجود در جامعه نظیر اعتیاد، خشونت‌های خانگی و اجتماعی، آزار کودکان، ایدز، خودکشی و موارد مشابه عمل می‌کند. در جوامع امروزی تعاملات انسانی محدودتر و از سویی دیگر پیچیده‌تر شده است. سن مسئولیت‌پذیری را بالا برده و عملاً کودکان تا سنین بالا جز فعالیت‌های تحصیلی مسئولیت جدی دیگری ندارند، علاوه بر آن در گذشته نه‌چندان دور به علت وجود خانواده‌های گسترده، کودکان تعاملات بیشتری داشتند، الگوهای یادگیری بیشتری را در محیط اطراف خود می‌دیدند و با واکنش‌های متفاوت و برخوردهای مختلف روبرو بودند، که این‌ها همه موجب رشد مهارت‌های اجتماعی کودکان بود. کمبود این تعاملات، فردگرایی روبه گسترش و از سوی دیگر ارتقاء نیاز به این مهارت‌ها به دلیل معادلات پیچیده در روابط کنونی و چالش‌های زندگی اجتماعی باعث نیاز به آموزش اختصاصی و ویژه مهارت‌هایی شده

1. The ability to cope with the excitement

که در گذشته تدریجی از دوران کودکی و در بستر جامعه شکل می‌گرفته است. علاوه بر این تفاوت‌های سرشتی و تفاوت در محیط آموزشی و پرورشی موجب نیاز متفاوت آن‌ها به آموزش این مهارت‌ها می‌شود. چنانچه (مهدوی، ۱۳۸۸). منگرو لکار (۲۰۰۱) معتقد است از دیدگاه این نظریه لازم است که انسان‌ها به روش‌ها و مهارت‌هایی مجهز شوند که به آنان کمک کند تا با جنبه‌های درونی زندگی اجتماعی‌شان مقابله کنند (از قبیل: روش‌های کاهش تنیدگی، پایش خود و تصمیم‌گیری). بخش مهمی از برنامه مهارت‌های زندگی به این موضوع اختصاص یافته است. علاوه بر این، در آموزش مهارت‌های زندگی از روش‌های طبیعی از قبیل مشاهده، بازی نقش و ارتباط با گروه هم سن استفاده می‌شود (درکه و همکاران، ۱۳۹۲: ۹۴).

آموزش جهانی مهارت‌های زندگی قبل از دوران دبستان شروع می‌شود و به تدریج کامل‌تر می‌گردد و سعی می‌شود به گونه‌ای برنامه‌ریزی شود که با شرایط فرهنگی هر جامعه هماهنگ باشد. در واقع بهتر است چنین بیندیشیم که باید تمام افراد جامعه را در برابر مشکلات و مسائل زندگی واکنش‌دهنده کرد. این کار با آموزش مهارت‌های زندگی عملی می‌گردد و در نتیجه آن‌ها می‌آموزند که در دنیای پیشرفته و پیچیده کنونی چگونه زندگی نمایند که از آسیب‌پذیری کمتری برخوردار باشند و در رقابت‌های اجتماعی همیشه بازنده نباشند چگونه خطرات را از خود دور سازند و در مورد توانمندی‌های خود به باورهای پایداری برسند (خنیفر و پور حسینی، ۱۳۸۷).

همه ما در زندگی با مشکلات زیادی مواجه می‌شویم و برای مقابله با این مشکلات، در اختیار داشتن منابع و مهارت‌هایی که به ما کمک می‌کنند تا به بهترین شکل ممکن از عهده حل مشکلات خود برآییم. در عصر حاضر افراد می‌دانند که اگر مهارت‌های مقابله با این چالش‌ها را بیاموزند و آن‌ها را در زندگی به کارگیرند، از سلامت روان خویش در برابر این آسیب‌ها محافظت نموده است. در ارتباط با یادگیری مهارت‌های زندگی با جامعه حاجی‌آباد می‌توان بر اهمیت مراکز آموزشی تأکید نمود. به این ترتیب که مدارس و دانشگاه‌ها ضمن تمرکز بر عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان و

دانشجویان، می‌توانند اقدامات لازم را جهت آموزش مهارت‌های زندگی و تأمین و حفظ روان آنان انجام دهند. چراکه با تحقق این هدف بسیاری از مشکلات تحصیلی و آموزشی نیز خودبه‌خود کاهش می‌یابند. «آموزش مهارت‌های زندگی فرد را قادر می‌سازد تا دانش، ارزش‌ها و نگرش‌ها را به توانایی‌های بالفعل تبدیل کند. مهارت‌های زندگی، توانایی‌هایی است که فرد را قادر می‌سازد انگیزه و رفتار سالم داشته باشد و فرصت و میدان انجام چنین رفتارهایی را نیز ایجاد می‌نماید. آموختن و به‌کارگیری مهارت‌های زندگی، بر احساس فرد از خود و دیگران، به‌اندازه ادراک دیگران از وی اثر می‌گذارد. مهارت‌های زندگی بر ادراک افراد از کفایت خود، اعتمادبه‌نفس و عزت‌نفس اثر دارد. بنابراین نقش مهمی در سلامت روانی و اجتماعی افراد دارد. همراه با ارتقای سطح بهداشت روانی، انگیزه فرد در مراقبت از خود و دیگران، پیشگیری از انحرافات اجتماعی و مشکلات رفتاری کمتر می‌شود.» (بهارى و شفیق پور، ۱۳۸۴: ۲۷).

ضرورت سلامت اجتماعی در حدی است که اشخاص برخوردار از سلامت اجتماعی، با موفقیت بیشتری می‌توانند با مشکلات ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی کنار بیایند. آنان در خانواده‌هایی زندگی می‌کنند که ثبات و انسجام بیشتری دارند و احتمالاً می‌توانند در فعالیتهای جمعی بیشتر مشارکت کنند و باید انتظار داشت تطابق آنان با هنجارهای اجتماعی بیشتر باشد این وضعیت می‌تواند نقش مهمی داشته باشد در پیشگیری از انحراف که ابعادی فراتر از قلمرو رفتارهای فردی دارد (عبدالله زاده، ۱۳۸۷).

بر اساس متغیرهای انتخاب شده از نظریات فوق و با توجه به ماهیت موضوع، برای ساختن چارچوب نظری تحقیق در رویکرد نظری کبیز در حوزه سلامت اجتماعی و رویکرد نظری باندورا در حوزه مهارت زندگی بهر گرفته‌ایم.

با توجه به ادبیات تحقیق و چارچوب نظری که در سطور قبل بیان کرده‌ایم در این پژوهش مهم‌ترین فرضیه‌هایی که مورد مطالعه قرار می‌گیرد به شرح زیر است.

فرضیه کلی

ارتقاء مهارت‌های زندگی در جوانان، سلامت اجتماعی آنان را افزایش می‌دهد.

فرضیه‌های فرعی

۱. با ارتقاء مهارت ارتباطی جوانان، سلامت اجتماعی آنان افزایش می‌یابد.
۲. با ارتقاء مهارت تصمیم‌گیری جوانان، سلامت اجتماعی آنان افزایش می‌یابد.
۳. با ارتقاء مهارت خودآگاهی جوانان، سلامت اجتماعی آنان افزایش می‌یابد.
۴. با ارتقاء مهارت کنترل هیجانات جوانان، سلامت اجتماعی آنها افزایش می‌یابد.
۵. با ارتقاء مهارت تفکر خلاق - انتقادی جوانان، سلامت اجتماعی آنان افزایش می‌یابد.

روش پژوهش

در این تحقیق، از روش پیمایش برای گردآوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شده است. تحقیق پیمایشی بر اساس تعمیم اطلاعات حاصل از بخش کوچکی از جامعه (نمونه) به کل جامعه آماری انجام می‌شود. همچنین هدف این پژوهش کاربردی و یک بررسی مقطعی است که در زمانی خاص انجام شده است. در واقع برای گردآوری اطلاعات در خصوص جامعه آماری و تطابق آن با فرضیه‌های مطرح شده از روش پیمایشی و نمونه‌گیری استفاده شده است. چون در آن موقعیت انتخاب شدن برای همه افراد برابر است و برای تحلیل و آزمون داده‌ها از آزمون‌های آماری مناسب استفاده شده است.

جامعه آماری این پژوهش شامل جوانان (اعم از زن و مرد) ۱۵ تا ۲۹ سال، شهرستان حاجی‌آباد است با توجه به آخرین سرشماری سال ۱۳۹۰ برابر با ۸۶۶۶ نفر

رابطه مهارت‌های زندگی با سلامت اجتماعی ... ۱۸۵

بوده‌اند؛ حجم نمونه پژوهش با استفاده از فرمول کوکران محاسبه شد، که تعداد نمونه به دست آمده از این روش ۳۶۸ نفر است.

$$N = \frac{8666 \times 1.16^2 \times 0.5^2}{1960 \times 0.005^2 + 1.16^2 \times 0.5^2} = 368$$

پایایی تحقیق بر اساس استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای تمامی شاخص‌ها در حد مطلوبی بوده است. با توجه به این که پایایی همه متغیرها و همچنین پایایی کل برابر با ۰/۹۳ است می‌توان گفت ابزار پایایی بالایی دارد. به عبارتی گویه‌های موجود در پرسشنامه از همسازی بالایی جهت سنجش برخوردارند.

جدول ۱- ضریب آلفای کرونباخ متغیرهای مستقل و متغیرهای وابسته

| متغیر | تعداد گویه‌ها | مقدار آلفای کرونباخ |
|--------------------|---------------|---------------------|
| تصمیم‌گیری | ۵ | ۰/۹۹۳ |
| مهارت ارتباطی | ۵ | ۰/۹۸۶ |
| خودآگاهی | ۵ | ۰/۷۴۳ |
| درک هیجانات | ۵ | ۰/۸۸۶ |
| تفکر خلاق-انتقادی | ۵ | ۰/۹۷۴ |
| مهارت زندگی (کل) | ۲۵ | ۰/۹۲۶ |
| سلامت اجتماعی (کل) | ۳۳ | ۰/۹۳۰ |

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها

یافته‌های توصیفی

جدول ۲- توزیع فراوانی پاسخگویان

| | |
|-------------|---|
| جنسیت | بیشترین فراوانی مربوط به مردان (۵۱/۱٪) کمترین فراوانی مربوط به زنان (۴۸/۹٪) |
| سطح تحصیلات | بیشترین فراوانی مربوط به مقطع دیپلم (۴۵/۱٪) کمترین فراوانی مربوط به افراد بی سواد (۰/۸٪) |
| وضعیت تأهل | بیشترین فراوانی مربوط به مجردان (۷۰/۸٪) کمترین فراوانی مربوط به متأهلین (۲۸/۳٪) |
| سن | بیشترین فراوانی در گروه سنی ۲۱ تا ۲۳ سال (۴۸/۹٪) و کمترین فراوانی در گروه سنی ۱۵ تا ۱۷ سال (۳/۸٪) |

یافته‌های جدول دو نشان می‌دهد که، ۵۱/۱ از پاسخگویان مرد و ۴۸/۹ از آنان زن بودند. بیشترین پاسخگویان یعنی ۴۸/۹ درصد، در گروه سنی ۲۱-۲۳ سال و کمترین پاسخگویان با ۳/۸ درصد در گروه سنی ۱۵-۱۷ سال قرار داشتند. همچنین از بین مجموع پاسخگویان، ۱۰۴ نفر یعنی معادل ۲۸/۳ درصد پاسخگویان متأهل و ۷۰/۸ درصد (۲۶۰ نفر)، یعنی بیش از نیمی از پاسخگویان مجرد بوده‌اند. در زمینه تحصیلات بیشترین پاسخگویان یعنی، ۴۵/۱ درصد دارای تحصیلات دیپلم و کمترین تعداد پاسخگویان یعنی، ۰/۸ درصد بی سواد بودند.

جدول ۳- توزیع فراوانی پاسخگویان در گویه‌های سلامت اجتماعی

| سلامت اجتماعی | فراوانی | درصد |
|---------------|---------|------|
| بالا | ۷۱ | ۱۹/۳ |
| متوسط | ۲۳۴ | ۶۳/۵ |
| پایین | ۶۳ | ۱۷/۲ |
| جمع | ۳۶۸ | ۱۰۰ |

جدول سه، جدول فراوانی پاسخگویان به کل گویه‌های سلامت اجتماعی است. این جدول، پاسخگویان را در سه گروهی که دارای سلامت اجتماعی پایین، متوسط و بالا هستند؛ تقسیم‌بندی می‌کند، سپس نشان می‌دهد که ۱۷/۲ درصد پاسخگویان دارای سلامت اجتماعی پایین، اکثر پاسخگویان (۶۳/۵) درصد سلامت اجتماعی در حد متوسط و ۱۹/۳ درصد سلامت اجتماعی بالایی دارند.

جدول ۴- توزیع فراوانی پاسخگویان در گویه‌های مهارت زندگی

| مهارت زندگی | فراوانی | درصد |
|-------------|---------|------|
| بالا | ۷۲ | ۱۹/۶ |
| متوسط | ۲۴۴ | ۶۶/۳ |
| پایین | ۵۲ | ۱۴/۱ |
| جمع | ۳۶۸ | ۱۰۰ |

جدول ۴، جدول فراوانی پاسخگویان به گویه‌های مهارت زندگی است. این جدول، پاسخگویان را در سه گروهی که دارای مهارت زندگی پایین، متوسط و بالا هستند؛ تقسیم‌بندی می‌کند و سپس فراوانی آن‌ها را نشان می‌دهد. تقریباً ۱۴ درصد پاسخگویان دارای مهارت زندگی پایین، ۶۶/۳ درصد دارای مهارت زندگی در حد متوسط و ۱۹/۶ درصد مهارت زندگی بالایی دارند. میانگین متغیر مهارت زندگی ۳/۸۹ و میانگین متغیر سلامت اجتماعی ۴/۷۸ به دست آمد که این آماره‌ها نشانگر برخورداری از آموزش‌های مهارت زندگی و سلامت اجتماعی در حد متوسط رو به بالا برای جوانان بوده است.

جدول ۵- توزیع فراوانی پاسخگویان در گویه‌های شاخص‌های مهارت زندگی

| انحراف معیار | میانگین | زیاد | متوسط | کم | شاخص مهارت زندگی | |
|--------------|---------|------|-------|-------|------------------|--------------------------|
| ۰/۶۴۷ | ۲/۱۰ | ۹۵ | ۲۱۵ | ۵۸ | فراوانی | حل مسئله و تصمیم‌گیری |
| | | ۲۵/۸ | ۵۸/۴ | ۱۵/۸ | درصد | |
| ۰/۶۹۷ | ۲/۰۲ | ۹۴ | ۱۸۹ | ۸۵ | فراوانی | مهارت ارتباطی |
| | | ۲۵/۵ | ۵۱/۴ | ۲۳/۱ | درصد | |
| ۰/۶۴۷ | ۲/۱۰ | ۹۸ | ۲۱۰ | ۶۰ | فراوانی | خودآگاهی |
| | | ۲۶/۶ | ۵۷/۱ | ۱۶/۳ | درصد | |
| ۰/۶۵۸ | ۲/۰۱ | ۷۲ | ۲۰۸ | ۸۸ | فراوانی | کنترل هیجانات |
| | | ۱۹/۶ | ۵۶/۵ | ۲۳/۹ | درصد | |
| ۰/۷۲۹ | ۱/۸۷ | ۱۲۶ | ۱۶۶ | ۷۶ | فراوانی | تفکر انتقادی-خلاق |
| | | ۳۴/۲ | ۴۵/۱ | ۲۰/۷۲ | درصد | |

بر طبق جدول، ۲۵/۸ درصد از پاسخگویان میزان تصمیم‌گیری‌شان در حل مسائل و مشکلات خود را در حد زیاد و ۱۵/۸ درصد میزان آن را در حد کم و اکثریت پاسخگویان ۵۸/۴ آن را در حد متوسط دانسته‌اند، ۲۵/۵ درصد از پاسخگویان میزان مهارت ارتباطی خود را در حد زیاد و ۲۳/۱ درصد میزان آن را در حد کم و اکثریت پاسخگویان ۵۱/۴ میزان آن را در حد متوسط دانسته‌اند، ۲۶/۶ درصد از پاسخگویان میزان خودآگاهی خود را در حد زیاد و ۱۶/۳ درصد میزان آن را در حد کم و اکثریت پاسخگویان ۵۷/۱ درصدشان آن را در حد متوسط دانسته‌اند، ۱۹/۶ درصد از پاسخگویان میزان کنترل هیجانات خود را در حد زیاد و ۲۳/۹ درصد میزان آن را در حد کم و بقیه نیز ۵۶/۵ درصد نیز میزان آن را در حد متوسط دانسته‌اند؛ ۳۴/۲ درصد از پاسخگویان میزان تفکر خلاق و انتقادی‌شان را در حد زیاد و ۲۰/۷ درصد میزان آن را در حد کم و اکثریت پاسخگویان ۴۵/۱ درصد آن را در حد متوسط دانسته‌اند.

یافته‌های استنباطی

از آنجایی که سطح سنجش متغیرهای اصلی مورد بررسی فاصله‌ای بوده، لذا از آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین متغیرهای مستقل و متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) استفاده گردیده است.

جدول ۶- ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای اصلی تحقیق

| متغیر مستقل | متغیر وابسته | شدت رابطه | سطح معناداری | نوع آزمون | نتیجه آزمون | نوع رابطه |
|---------------------|---------------|-----------|--------------|-----------|-------------|-----------|
| مهارت ارتباطی | سلامت اجتماعی | ۰/۸۷۴ | ۰/۰۰۰ | پیرسون | تأیید | مستقیم |
| تصمیم‌گیری | سلامت اجتماعی | ۰/۹۶۴ | ۰/۰۰۰ | پیرسون | تأیید | مستقیم |
| خودآگاهی | سلامت اجتماعی | ۰/۸۶۳ | ۰/۰۰۰ | پیرسون | تأیید | مستقیم |
| کنترل هیجانات | سلامت اجتماعی | ۰/۷۲۲ | ۰/۰۰۱ | پیرسون | تأیید | مستقیم |
| تفکر خلاق و انتقادی | سلامت اجتماعی | ۰/۹۴۶ | ۰/۰۰۰ | پیرسون | تأیید | مستقیم |

با توجه به جدول هفت، نتایج آزمون ضریب همبستگی نشان می‌دهد که در تمامی موارد مذکور فرضیه تحقیق تأیید شده و فرض صفر (عدم رابطه) رد شده است، بدین معنا که هرکدام از شاخص‌ها با شاخص سلامت اجتماعی جوانان رابطه معنادار و مستقیمی را با شدت بالا داشته‌اند.

در فرضیه اول (به نظر می‌رسد بین مهارت ارتباطی جوانان و میزان سلامت اجتماعی آن‌ها رابطه وجود دارد) ضریب همبستگی به‌دست‌آمده ۰/۸۷ است و جهت رابطه مثبت و مستقیم است، یعنی با ارتقاء آموزش‌های مهارت ارتباطی، میزان بهره‌مندی از شاخص‌های سلامت اجتماعی جوانان بیشتر می‌شود. همچنین سطح معناداری آزمون، کوچک‌تر از ۰/۰۱ به‌دست‌آمده است، بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. با توجه به این که مهارت ارتباطی یک متغیر اجتماعی است؛ بنابراین افراد به‌این‌علت مهارت‌های ارتباطی و جمعی خود را تقویت می‌کنند تا بتوانند در اجتماع مشارکت کنند و خود را عضوی از اجتماع بدانند و در حقیقت با مشارکت اجتماعی به رضایت دست پیدا می‌کنند و این خود سلامت اجتماعی‌شان را بالا می‌برد.

در فرضیه دوم میزان همبستگی میان دو متغیر تصمیم‌گیری و میزان سلامت اجتماعی جوانان مستقیم ارزیابی شده است، ضریب همبستگی به‌دست‌آمده ۰/۹۶ است و جهت رابطه مثبت و مستقیم است. درواقع هر چه افراد بیشتر بتوانند در زندگی مسائل و مشکلات خود را به‌تنهایی حل کنند و توان تصمیم‌گیری در بسیاری از موارد را داشته باشند بیشتر احساس رضایت از خود خواهند داشت. در فرضیه سوم میزان همبستگی میان دو متغیر خودآگاهی و میزان سلامت اجتماعی جوانان مستقیم ارزیابی شده است، ضریب همبستگی به‌دست‌آمده ۰/۸۶ است و جهت رابطه مثبت و مستقیم است. در فرضیه چهارم میزان همبستگی میان دو متغیر کنترل هیجانات و میزان سلامت اجتماعی جوانان مستقیم ارزیابی شده است، ضریب همبستگی به‌دست‌آمده ۰/۷۲ است و جهت رابطه مثبت و مستقیم است. در فرضیه پنجم میزان همبستگی میان دو متغیر تفکر خلاق و انتقادی و میزان سلامت اجتماعی جوانان مستقیم ارزیابی شده است، ضریب همبستگی به‌دست‌آمده ۰/۹۴ است و جهت رابطه مثبت و مستقیم است. به‌طورکلی بنا بر آنچه گفته شد، ارتقاء این توانایی‌ها در خود به افزایش سلامت اجتماعی جوانان کمک خواهد کرد و تجربه‌های جدیدی را خواهند آموخت.

۱۹۱ رابطه مهارت‌های زندگی با سلامت اجتماعی ...

در این پژوهش سطح معناداری در همه آزمون‌ها، کوچک‌تر از ۰/۰۱ به دست آمده است، بنابراین فرضیه‌های پژوهش تأیید می‌شوند.

جدول ۷- میانگین و انحراف معیار مهارت زندگی در دو گروه مردان و زنان

| متغیر | گروه‌ها | میانگین | انحراف معیار |
|-------------|---------|---------|--------------|
| مهارت زندگی | مردان | ۹۱/۷۷ | ۱۵ |
| | زنان | ۷۴/۸۶ | ۳۵/۸۱ |

جدول ۸- آزمون معنی‌داری T میزان مهارت زندگی در دو گروه مردان و زنان

| متغیر | | | آزمون لون برای برابری واریانس‌ها | | T آزمون معنی‌داری | | |
|------------------|-----------------------------|--------|-------------------------------------|------|-------------------|-----------------------------|-------------------|
| سلامت اجتماعی | فرض برابری واریانس‌ها | F | سطح معنی‌داری | T | درجه آزادی | سطح معنی‌داری (دو دامنه) | اختلاف میانگین |
| | | | | | | | |
| | | ۱۶۸/۳۷ | ۰/۰۰۰ | ۵/۹۵ | ۳۶۲ | ۰/۰۰۰ | ۱۶/۹۰ |

همچنان که در جدول بالا آمده است میانگین مهارت زندگی مردان برابر ۹۱/۷۷ و زنان برابر ۷۴/۸۶ بوده است. برای آزمون این فرضیه از آزمون T با دو نمونه مستقل استفاده شده است. برای آزمون فرض برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شده است. مقدار آزمون لون (آزمون F) برابر با ۱۶۸/۳۷ و سطح معنی‌داری آن نیز برابر با ۰/۰۰۰ است که از ۰/۰۵ کوچک‌تر است؛ پس فرض برابری واریانس تأیید می‌گردد. با توجه به جدول مقدار T برابر با ۵/۹۵ است و سطح خطای آن برابر با ۰/۰۰ است که معنی‌دار است.

جدول ۹- میانگین و انحراف معیار میزان مهارت زندگی برحسب وضعیت تأهل

| متغیر | گروه‌ها | میانگین | انحراف معیار |
|---------------|---------|---------|--------------|
| سلامت اجتماعی | مجرد | ۶۹/۷۸ | ۲۱/۵۶ |
| | متأهل | ۱۱۷/۳۳ | ۹/۲۷ |

جدول ۱۰- آزمون معنی‌داری T میزان مهارت زندگی برحسب وضعیت تأهل

| T آزمون معنی‌داری | | | آزمون لون برای برابری واریانس‌ها | | | متغیر | |
|-------------------|-----------------------------|---------------|-------------------------------------|------------------|-------|-----------------------------|------------------|
| اختلاف میانگین | سطح معنی‌داری (دو دامنه) | درجه آزادی | T | سطح معنی‌داری | F | | |
| -۴۷/۵۵ | ۰/۰۰۰ | ۳۶۲ | -۲۱/۶۸ | ۰/۰۰۰ | ۴۸/۶۵ | فرض برابری واریانس‌ها | سلامت اجتماعی |

همچنان که در جدول بالا آمده است میانگین مهارت زندگی مجردها برابر ۶۹/۷۸ و متأهلین برابر ۱۱۷/۳۳ بوده است. برای آزمون این فرضیه نیز از آزمون T با دو نمونه مستقل استفاده شده است. برای آزمون فرض برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شده است. مقدار آزمون لون برابر با ۴۸/۶۵ و سطح معنی‌داری آن نیز برابر با ۰/۰۰۰ است که از ۰/۰۵ کوچک‌تر است؛ پس فرض برابری واریانس تأیید می‌گردد. با توجه به جدول مقدار T برابر با ۲۱/۶۸ است و سطح خطای آن برابر با ۰/۰۰ است که معنی‌دار است.

جدول ۱۱- بررسی تفاوت جنسیت با سلامت اجتماعی

| متغیر مستقل | جنس | تعداد | میانگین | انحراف معیار | مقدار t | درجه آزادی | p مقدار |
|---------------|-----|-------|---------|--------------|---------|------------|---------|
| سلامت اجتماعی | مرد | ۱۸۸ | ۲/۲۶ | ۰/۴۷۶ | ۱/۴۱۶ | ۴۴۸ | ۰/۱۹۸ |
| | زن | ۱۸۰ | ۲/۰۸ | ۰/۴۱۳ | | | |

جدول فوق نشان می‌دهد؛ از نظر متغیر سلامت اجتماعی، میانگین مردان ۲/۲۶ و میانگین زنان ۲/۰۸ است. داده‌های جدول نشان می‌دهد که با توجه به مقدار t که با $p=۱۹/۰$ برابر ۱/۴۱ است، تفاوت موجود بین دو جنس از نظر میزان سلامت اجتماعی معنادار نیست.

جدول ۱۲- میانگین و انحراف معیار سلامت اجتماعی برحسب وضعیت تأهل

| متغیر | گروه‌ها | میانگین | انحراف معیار |
|---------------|---------|---------|--------------|
| سلامت اجتماعی | مجرد | ۸۷/۰۷ | ۲۷/۸۹ |
| | متاهل | ۱۴۳/۵۳ | ۵/۳۲ |

جدول ۱۳- آزمون معنی‌داری T میزان سلامت اجتماعی برحسب وضعیت تأهل

| متغیر | | آزمون لون برای برابری واریانس‌ها | | T آزمون معنی‌داری | | |
|---------------|-----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------|------------|--------------------------|
| | | F | سطح معنی‌داری | T | درجه آزادی | سطح معنی‌داری (دو دامنه) |
| سلامت اجتماعی | فرض برابری واریانس‌ها | ۲۶۳/۳۷ | ۰/۰۰۰ | -۲۰/۴۸ | ۳۶۲ | ۰/۰۰۰ |
| | | | | | | -۵۶/۴۶ |

همچنان که در جدول بالا آمده است میانگین سلامت اجتماعی متاهلین برابر ۱۴۳/۵۳ و مجردان برابر ۸۷/۰۷ بوده است. انحراف معیار آن‌ها نیز به ترتیب برابر با ۵/۳۲ و ۲۷/۸۹ بوده است، این شاخص حاکی از این است که پراکندگی میزان سلامت اجتماعی بین مجردان و متاهلین متفاوت است. برای آزمون این فرضیه از آزمون T با دو نمونه مستقل استفاده شده است. برای آزمون فرض برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شده است. مقدار آزمون لون (آزمون F) برابر با ۲۶۳/۳۷ و سطح معنی‌داری آن نیز برابر با ۰/۰۰۰ است که از ۰/۰۵ کوچک‌تر است؛ پس فرض برابری واریانس تأیید می‌گردد. با توجه به جدول مقدار T برابر با ۲۰/۴۸ است و سطح خطای آن برابر با ۰/۰۰ است که معنی‌دار است؛ بنابراین وضعیت تأهل زنان تأثیر معنی‌داری بر سلامت اجتماعی آن‌ها داشته است. از آنجایی که میانگین سلامت اجتماعی متاهل برابر با ۱۴۳/۵۳ و مجرد برابر با ۸۷/۰۷ بوده است؛ بنابراین میانگین سلامت اجتماعی متاهلین از مجردها بیشتر بوده است.

جدول زیر نتایج اصلی رگرسیون را نشان می‌دهند. برای این که شدت میزان تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته (سلامت اجتماعی جوانان) تحلیل شود از این نتایج استفاده شده است. در این جدول، ضریب بتا اهمیت نسبی متغیرها را بیان می‌کند و بزرگ بودن بتا اهمیت و نقش آن را در پیشگویی متغیر وابسته مشخص می‌کند.

جدول ۱۴- رگرسیون خطی چند متغیره شاخص‌های متغیر مستقل و متغیر وابسته

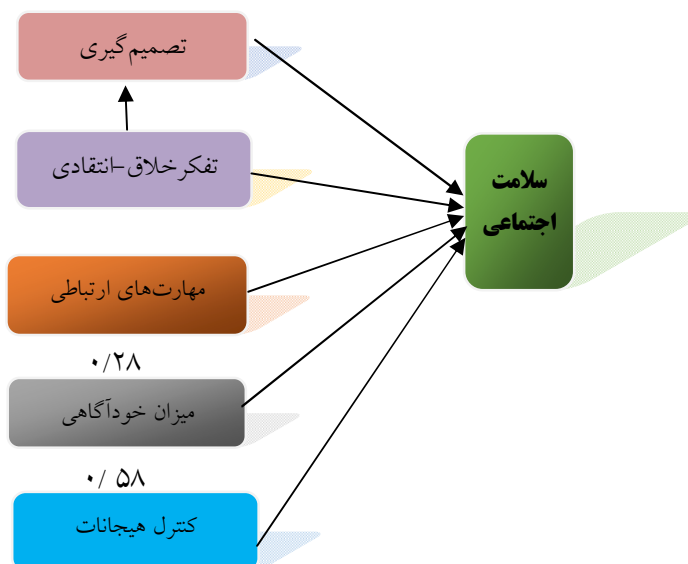
| سطح معناداری | T | ضرایب معیار شده | ضرایب معیار نشده | | متغیرهای مستقل |
|--------------|-------|-----------------|------------------|-------|-------------------|
| | | بتا | خطای معیار | B | |
| ۰/۰۰۰ | ۴/۶۶۵ | ۰/۶۵۸ | ۰/۸۸ | ۴/۱۰۸ | تصمیم‌گیری |
| ۰/۰۰۰ | ۹/۷۰۹ | ۰/۹۳۹ | ۰/۵۵ | ۵/۴۳۲ | مهارت ارتباطی |
| ۰/۰۵ | ۱/۹۷۱ | ۰/۲۸۶ | ۰/۸۸ | ۱/۲۲۶ | خودآگاهی |
| ۰/۰۰۰ | ۶/۲۳۹ | ۰/۵۸۴ | ۰/۵۷ | ۳/۵۶۹ | کنترل هیجانات |
| ۰/۰۰۰ | ۳/۸۱۷ | ۰/۲۵۶ | ۰/۴۰ | ۱/۸۴۲ | تفکر خلاق-انتقادی |

جدول ۱۵- ضریب همبستگی سلامت اجتماعی جوانان و متغیرهای مستقل

| Sig | آماره F | خطای استاندارد برآورد | مجذورات R تعدیل شده | مجذورات R | ضریب همبستگی |
|-------|----------|--------------------------|------------------------|--------------|-----------------|
| ۰/۰۰۰ | ۶۶۴۵/۴۸۶ | ۷/۹۵ | ۰/۹۴ | ۰/۹۴ | ۰/۹۷ |

یافته‌های جدول بالا رگرسیون خطی چند متغیر مستقل و متغیر وابسته را نشان می‌دهد. از میان ۵ متغیر مستقل موجود در مدل رگرسیونی، متغیرهای مهارت ارتباطی و تصمیم‌گیری به ترتیب با مقدار ضریب بتای ۵/۴۳۲ و ۴/۱۰۸ به بهترین وجه متغیر وابسته سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند؛ که می‌توان نتیجه گرفت که به ازای افزایش یک انحراف استاندارد در این متغیرها میزان سلامت اجتماعی به ترتیب به میزان ۵/۴۳۲ و ۴/۱۰۸ انحراف استاندارد افزایش خواهد یافت. متغیر خودآگاهی با مقدار بتای ۱/۲۲ و سطح معناداری ۰/۰۵ سهم بسیار اندکی در تبیین متغیر وابسته سلامت اجتماعی داشته است. همچنین متغیر تفکر خلاق و انتقادی با مقدار بتای ۱/۸۴ و سطح معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۱ نیز سهم اندکی در تبیین متغیر وابسته سلامت اجتماعی داشته است. مقدار t اهمیت نسبی حضور هر متغیر مستقل را در مدل نشان می‌دهد با توجه به این که در این تحقیق مقدار t برای همه متغیرها به جز متغیر خودآگاهی، بزرگ‌تر از ۲/۳۳ و در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۱ معنی‌دار هستند؛ بنابراین نتیجه می‌گیریم که متغیرهای موردنظر تأثیر معنی‌داری در تبیین متغیر وابسته داشته‌اند. با توجه به این که مقدار ضریب همبستگی (R) بین متغیرها ۰/۹۷ است که نشان می‌دهد بین مجموعه متغیرهای مستقل و متغیر وابسته سلامت اجتماعی همبستگی چندگانه بسیار قوی وجود دارد؛ و مقدار ضریب تعیین تعدیل شده برابر با ۰/۹۴ است که نشان می‌دهد ۹۴ درصد از کل تغییرات میزان سلامت اجتماعی در بین جوانان شهرستان حاجی‌آباد وابسته به ۵ متغیر مستقل ذکر شده در این معادله است. با توجه به مقدار آزمون تحلیل واریانس (۸۳۰/۶۱۰) که در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۱ معنادار است، می‌توان نتیجه گرفت که مدل رگرسیونی تحقیق مرکب از ۵ متغیر مستقل و یک متغیر وابسته (سلامت

اجتماعی) مدل خوبی بوده است و مجموعه متغیرهای مستقل قادرند حدود ۹۰ درصد تغییرات سلامت اجتماعی جوانان را تبیین کنند و نتایج به دست آمده قابل تعمیم به جامعه آماری است و همه متغیرها در پیش‌بینی سلامت اجتماعی جوانان نقش دارند. در مدل تحلیل مسیر، عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی جوانان نشان داده شده است. در واقع تحلیل مسیر شکلی از رگرسیون چند متغیره است که در آن برای هدایت کردن مسئله یا آزمودن فرضیه‌های پیچیده از نمودارهای مسیر استفاده می‌شود. با استفاده از آن می‌توان اثرهای مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر وابسته را محاسبه کرد. در تحلیل مسیر ضرایب مسیر همان ضرایب رگرسیونی استاندارد بتا هستند. در مدل تحلیل مسیر سلامت اجتماعی به‌عنوان متغیر وابسته نهایی در نظر گرفته شده است. متغیرهای مستقل تصمیم‌گیری، کنترل هیجانات، مهارت‌های ارتباطی، خودآگاهی و تفکرخلاق-انتقادی به‌صورت مستقیم تأثیر مثبت و معنی‌داری بر افزایش سلامت اجتماعی جوانان داشته‌اند. بزرگ‌ترین ضریب مسیر مربوط به مهارت ارتباطی که برابر با ۰/۹۳ است؛ کوچک‌ترین ضریب مسیر هم مربوط به تفکر خلاق و انتقادی که برابر با ۰/۲۵ بوده است. به تصویر زیر توجه کنید.



شکل ۲- مدل تحلیل مسیر

جدول ۱۶- اثر کل متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته (سلامت اجتماعی جوانان)

| متغیر مستقل | اثر مستقیم | اثر غیرمستقیم | اثرات کلی |
|-------------------|------------|---------------|-----------|
| تصمیم‌گیری | ۰/۶۵ | - | ۰/۶۵ |
| مهارت ارتباطی | ۰/۹۳ | - | ۰/۹۳ |
| خودآگاهی | ۰/۲۸ | - | ۰/۲۸ |
| کنترل هیجانات | ۰/۵۸ | - | ۰/۵۸ |
| تفکر خلاق-انتقادی | ۰/۲۵ | ۰/۳۶*۰/۶۵ | ۰/۴۸ |

در جدول ۱۶ اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل تحقیق بر متغیر وابسته یعنی سلامت اجتماعی جوانان آمده است. همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌گردد متغیر مهارت ارتباطی با ضریب بتای ۰/۹۳ بیشترین اثر مستقیم را بر سلامت اجتماعی داشته است. کمترین اثر مستقیم نیز مربوط به خودآگاهی با ضریب بتای ۰/۲۸ و بعدازآن متغیر تفکر خلاق با اثر مستقیم ۰/۲۵ و اثر کلی ۰/۴۸ بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش، مطالعه ابعاد مهارت‌های زندگی بر سلامت اجتماعی جوانان شهرستان حاجی‌آباد است. از کل جوانان ۳۶۸ نفر از آنان مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند. ۵۱/۱ درصد از پاسخگویان مرد و بقیه نیز زن ۴۸/۹ درصد بودند. بیشترین تعداد پاسخگویان نیز ۲۱ تا ۲۳ ساله بودند. میانگین متغیر مهارت زندگی ۳/۸۹ و میزان سلامت اجتماعی ۴/۲۷ بوده است که نشان‌دهنده این امر است که جوانان از نظر برخورداری و دریافت آموزش‌های مهارت زندگی در حد متوسط و همچنین از نظر میزان سلامت اجتماعی در حد متوسط رو به بالا بوده‌اند.

نتایج حاصل از یافته‌های استنباطی داده‌ها، نشان می‌دهد که با ارتقاء مهارت زندگی، سلامت اجتماعی جوانان نیز بالا می‌رود. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش تأیید

می‌شود. بدین ترتیب می‌توان گفت، بعد اجتماعی سلامت دربرگیرنده سطوح مهارت‌های اجتماعی و عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به‌عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر است. اهمیت سلامت اجتماعی در حدی است که اشخاص برخوردار از سلامت اجتماعی، با موفقیت بیشتری می‌توانند با مشکلات ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی کنار بیایند. آنان در خانواده‌هایی زندگی می‌کنند که ثبات و انسجام بیشتری دارند و احتمالاً می‌توانند در فعالیت‌های جمعی بیشتر مشارکت کنند و باید انتظار داشت تطابق آنان با هنجارهای اجتماعی بیشتر باشد. این وضعیت می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از انحراف اجتماعی داشته باشد که ابعادی فراتر از قلمرو رفتارهای فردی دارد (فتحی و همکاران، ۱۳۹۱). به‌طورکلی مهارت‌های اجتماعی با سلامت اجتماعی افراد رابطه داشته و درنهایت، با افزایش میزان سلامت اجتماعی افراد جامعه، میزان سرمایه اجتماعی در جامعه بیشتر می‌شود. و دستیابی به اهداف توسعه، سریع‌تر و امکان‌پذیرتر می‌گردد. (پارسا مهر و رسولی‌نژاد، ۱۳۹۴: ۳۴). این یافته با نتایج تحقیق پاول (۲۰۱۰) همسو است. بین مردان و زنان از نظر میزان برخورداری از سلامت تفاوت معناداری به دست نیامد؛ این یافته با نتایج مطالعات خارجی مانند کوهن و سایم (۱۹۸۵) گاردیو آزیپازو (۲۰۰۲) همخوانی ندارد. همچنین با یافته‌های پژوهش‌های داخلی مانند عبدالله تباردرزی (۱۳۸۶) تفاوت میزان سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دختر و پسر، همسو نیست.

همچنین یافته‌ها حاکی از آن بود که میزان سلامت اجتماعی در بین جوانان متأهل و مجرد متفاوت است. نتایج نشان داد که سلامت اجتماعی زنان متأهل از زنان مجرد بیشتر بوده است. حتی نظریه‌پردازان سلامت اجتماعی نیز بر این رابطه تأکید کرده‌اند (Keyes & Shapiro 2007). کنگر لو نیز در تحقیق خود ارتباط معنادار بین تأهل و سلامت اجتماعی نشان داده بود (کنگر لو، ۱۳۸۷). بنابراین به نظر می‌رسد زندگی مشترک با برآوردن بسیاری از نیازها و ایجاد روحیه تعهد و ایجاد شبکه‌ای پایدار از

روابط باعث نگرش مثبت فرد نسبت به امور اجتماعی و در نتیجه بالا رفتن میزان سلامت اجتماعی می‌شود (شربتیان، ۱۳۹۱: ۱۶۸).

به‌طور کلی رابطه بین تأهل و بالا بودن سلامت را می‌توان ناشی از این دانست که ازدواج و تأهل باعث برخورداری از حمایت‌های عاطفی، اجتماعی و جسمانی و ایجاد روحیه تعهد به خانواده می‌گردد. این امر به‌ویژه زمانی که با رضایت زناشویی همراه باشد می‌تواند به ارتقای سلامت روانی و در نتیجه سلامت اجتماعی آن‌ها منجر گردد. علاوه بر این امر متأهلین برای برقراری و دوام زندگی مشترکشان در همایش‌ها و کلاس‌های مختلف و متنوعی که در ارتباط با آموزش مهارت‌های زندگی بوده است بیشتر شرکت کرده و آن‌ها را بکار برده‌اند، پس به طبع سلامت اجتماعی‌شان بالاتر از مجردان است. کیزی و شاپیرو (۲۰۰۴) در تحقیق خود به رابطه سلامت اجتماعی با متغیرهای جمعیت‌شناختی پرداختند و نشان دادند که افراد مجرد نسبت به افراد متأهل از سلامت اجتماعی پایین‌تری برخوردار بودند. علاوه بر آن یافته‌ها نشان داد که سلامت اجتماعی دانشجویان متأهل از سلامت اجتماعی دانشجویان مجرد بیشتر است و بین وضعیت تأهل دانشجویان و سلامت اجتماعی آن‌ها رابطه معناداری وجود دارد. به‌طور کلی جو و فضای آموزشی عرصه را برای شکوفا شدن و رشد کردن استعدادها در گرایش‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در دانشجویان باز می‌سازد و نیروی سازندگی و ابداع را در آن‌ها پرورش می‌دهد و به دنبال آن سلامت روانی و اجتماعی را تقویت می‌کند (Ibid). تأهل و تشویق به امر ازدواج در سلامت اجتماعی اثرگذار است؛ جامعه‌ای که بتواند با آموزش‌های دقیق و روشن‌بینانه جوانان خود را تشویق به متأهل شدن نماید، در نتیجه این آموزش‌ها و ازدواج‌های موفق می‌توان بیان کرد که تأهل و ازدواج صحیح بر سلامت روانی و اجتماعی شهروندان آن جامعه نیز تأثیر می‌گذارد. لیلارد^۱ و وایت^۲ دریافتند که ازدواج باعث کاهش رفتارهای پرخطر در

1. Lillard
2. Wait

مردان می‌شود. متأهل بودن فواید زیادی برای سلامتی اجتماعی دارد. تأهل برای افراد شریطی را ایجاد می‌کند که فرد ضمن انتخاب دقیق و صحیح شریک زندگی خود، در لحظات اضطراب از یک حامی خوبی برخوردار بوده و از حمایت عاطفی و اخلاقی لازم برخوردار باشد. پس فایده دیگر ازدواج تأمین حمایت عاطفی و اخلاقی در لحظات اضطراب آفرین است (حاتمی، ۱۳۸۹: ۳۷).

به‌طورکلی در این پژوهش ارتباط بین پنج متغیر مستقل با متغیر وابسته سلامت اجتماعی بررسی شده است که بر اساس نتایج آن، بین سلامت اجتماعی و ابعاد مهارت زندگی (توانایی تصمیم‌گیری، خودآگاهی، کنترل هیجانات، مهارت ارتباطی و تفکر خلاق و انتقادی) ارتباط معنادار وجود دارد. یکی از جنبه‌های مهم رشد انسان، فرایند اجتماعی شدن اوست. انسان به‌عنوان موجودی اجتماعی، همواره ناگزیر است که با دیگران روابط متقابل داشته باشد. از طریق رفتار متقابل اجتماعی است که افراد شخصیت خود را می‌سازند و شیوه‌های زندگی جمعی و دانش، مهارت‌ها الگوهای رفتاری لازم را کسب می‌کنند. از طرفی به نظر می‌رسد که برقراری و حفظ یک ارتباط سالم و مستمر نیز مستلزم داشتن مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی بخصوصی است که باید آن‌ها را مورد توجه قرارداد (همان: ۴۶-۴۵). خودآگاهی ازجمله مهارت‌های اجتماعی است که در شکوفایی اجتماعی افراد تأثیر چشمگیری دارد. کسب این مهارت به ما کمک می‌کند تا تصویر واقع‌بینانه‌ای از خود داشته باشیم. همان‌طور که مازلو در سلسله‌مراتب نیازهای خود بالاترین مرحله را خودشکوفایی دانست، برای رسیدن به آن مرحله، باید نیازهای مراحل قبل (نیازهای فیزیولوژی، امنیت، تعلق و وابستگی، عزت‌نفس و انگیزه، شناختی و هنری) برآورده شود. بهترین راه برای رسیدن به این مرحله فراگیری مهارت‌های اجتماعی است. جوانانی که به خودآگاهی رسیده و مؤلفه‌های مهارت اجتماعی را فراگرفته باشد احتمال کمتری دارد که به دام آسیب‌های اجتماعی بیفتد.

نتایج حاصل از معادله رگرسیون در میان کل پاسخگویان حاکی از آن است که در مجموع متغیرهای مستقل تحقیق، ۹۴ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌کنند. به عبارتی، ۹۴ درصد از تغییرات میزان سلامت اجتماعی ناشی از آموزش مهارت‌های زندگی بوده که رابطه معناداری با متغیر سلامت اجتماعی داشتند، است و ۶ درصد تغییرات باقیمانده متأثر از عوامل و متغیرهایی است که در تحقیق حاضر مدنظر قرار نگرفته بودند.

بنا بر مباحث نظری و نتایج حاصل از آزمون فرضیه‌های اصلی تحقیق می‌توان گفت که رابطه‌ای متقابل بین نیاز به یادگیری مهارت‌های زندگی و سلامت اجتماعی وجود دارد. به گونه‌ای است که این آموزه‌ها لازمه‌ای برای رسیدن به جامعه‌ای سالم است؛ «و توجه به این آموزش‌ها به‌ویژه در نهاد خانواده که به‌عنوان اصلی‌ترین نهاد اجتماعی کردن فرد است، بسی مهم است، علاوه بر این در مراکز آموزشی و دانشگاهی این آموزه‌ها جهت دوام و استمرار زندگی اجتماعی برای قشر جوان باید از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد. همچنین برخورداری از سلامت اجتماعی عامل مهمی در پذیرش هنجارهای اجتماعی است. افرادی که از سلامت اجتماعی برخوردارند می‌توانند با چالش‌های موجود در زندگی اجتماعی روبرو شوند و با آن‌ها مقابله نمایند و عملکرد بهتری در جامعه داشته باشند» (خوش فر و همکاران، ۱۳۹۳: ۹۸).

سلامت اجتماعی مفهومی است که به ارتباط بین دو مفهوم سلامت و اجتماع اشاره دارد. با توجه به این که اجتماع خود مفهومی اعتباری است و حقیقت خارجی آن منوط به تک‌تک افرادی است که آن را تشکیل داده‌اند، در بررسی اجتماع باید بیش از هر چیز افراد جامعه را مورد مطالعه قرارداد. سلامت اجتماعی هنگامی محقق می‌شود که خانواده‌ها و افراد، از سلامت نسبی برخوردار باشند و هر یک از شهروندان در برابر اجتماع خود احساس مسئولیت کنند و سعادت خود را در سلامت اجتماع بدانند (بخارایی و همکاران، ۱۳۹۴: ۲). با توجه به معیارهای کبیز در خصوص سلامت اجتماعی افراد، سرمایه اجتماعی از طریق ایجاد بستر مناسب جهت اعتماد، تعهد،

مشارکت، انسجام اجتماعی نقش مهمی در ارتقای سلامت اجتماعی خواهد داشت. از سوی دیگر اهمیت یادگیری مهارت‌های زندگی زمانی مشخص می‌شود که بدانیم آموزش مهارت‌های زندگی موجب ارتقای توانایی‌های روانی-اجتماعی می‌گردد. آموزش مهارت‌هایی که به افراد در جهت پیشبرد سلامت روان، آن‌ها مفید و سازنده باشد. آموزش مهارت‌های زندگی به مجموعه‌ای از توانایی‌ها گفته می‌شود که زمینه سازگاری رفتار مثبت و مفید را فراهم می‌آورد و این توانایی فرد را قادر می‌سازد که ضمن پذیرش مسئولیت‌های اجتماعی خود، بدون لطمه زدن به خود و دیگران بتواند به شکل مؤثری با خواست، انتظارات و مشکلات روزانه در روابط بین فردی روبرو گردد (ناصری، ۱۳۸۶). توانایی‌ها با تمرین پیگیر، پرورش می‌یابند و فرد را برای روبرو شدن با مسائل زندگی، ارتقاء توانایی‌های روانی، اجتماعی و بهداشتی آماده می‌کنند. مهارت‌های اساسی زندگی، راه دستیابی به حقوق، مانند دسترسی به اطلاعات، خدمات اجتماعی، محیط‌زیست ایمن، مشارکت در تصمیم‌گیری و فعالیت‌های مؤثر بر زندگی اجتماعی و اخلاقی را برای هر فرد مهیا می‌سازد (بهارى و شفیق‌پور، ۱۳۸۴: ۵۲). روی هم‌رفته، سلامت اجتماعی باعث می‌شود افراد جامعه بتوانند راحت‌تر با مشکلات زندگی و جامعه انطباق یابند، با محیط اجتماع خود سازگار شوند، میزان مشارکت خود را در جامعه را بیشتر کنند؛ و با پذیرش خود در اجتماع نقش پررنگ و مهم‌تری در اجتماع ایفا کنند (فره‌مند و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۶۲).؛ در نتیجه با پدید آمدن رفتارهای مثبت و سالم بسیاری از مشکلات بهداشتی قابل‌پیشگیری خواهند بود. بنابراین کمک به جوانان در رشد و گسترش مهارت‌های موردنیاز برای زندگی مطلوب، ایجاد یا افزایش اعتمادبه‌نفس در برخورد با مشکلات و همچنین کمک به آنان در رشد و تکامل عواطف و مهارت‌های اجتماعی لازم جهت سازگاری موفق با محیط اجتماعی و زندگی مؤثر و سازنده ضروری به نظر می‌رسد (مؤمنی مهموئی و همکاران، ۱۳۹۴: ۹۲).

پیشنهادها

در بحث سلامت اجتماعی انسان به همراه پدیده‌های پیرامونش مورد توجه قرار می‌گیرد. چراکه پدیده‌هایی که در پیرامون او وجود دارند بر زندگی او اثر می‌گذارند. سلامت اجتماعی پدیده‌ای پیچیده و چندبعدی است لذا جهت ارتقای سلامت اجتماعی جامعه، باید بین بخش‌های دولتی و هم خصوصی تقسیم‌کار شود و با مشارکت همه و علی‌الخصوص سازمان‌های متولی مداخلات مؤثر طراحی شود. «افزایش سطح سلامت اجتماعی بر این اساس از دو طریق امکان‌پذیر است: یکی از آن‌ها توسعه شیوه‌های سالم زندگی و اقدام اجتماعی برای سلامت و دیگری ایجاد شرایطی که زیستن در یک حیات سالم را امکان‌پذیر سازد. موضوع اول دربرگیرنده توانمندسازی انسان‌ها از طریق آگاهی‌ها و مهارت‌های ضروری برای یک زندگی سالم است و موضوع دوم تأثیرگذاری بر سیاست‌گذاران به گونه‌ای است که سیاست‌های عمومی و برنامه‌های حامی سلامت عمومی را در سطح جامعه پیگیری نمایند، که پیشگیری از انحرافات و بزهکاری‌ها، تقویت اعتماد و مشارکت اجتماعی، نشاط اجتماعی و... از گسترده‌ترین ارکان این بخش است (فتحی و همکاران، ۱۳۹۱: ۲۳۰-۲۲۹).

در خصوص ارتقای سلامت اجتماعی می‌توان چند پیشنهاد ارائه نمود:

۱- تساوی دسترسی به امکانات آموزشی، اشتغال و افزایش سطح عمومی تحصیلات و آموزش.

۲- ایجاد ساختارهای قانونی در جامعه برای ارتقای سلامت اجتماعی در سطح جامعه

۳- اختصاص بودجه معین و تربیت نیروی انسانی متخصص در این زمینه

۴- اعزام گروه‌هایی چون بسیج سازندگی جهت آموزش مهارت‌های زندگی به مناطق محروم یا استفاده از نیروهای بسیجی در قالب حلقه‌های صالحین جهت آموزش مهارت‌های زندگی و ارتقای سلامت اجتماعی و یا ورود سازمان‌های مرتبطی چون سازمان بهزیستی در این عرصه جهت آموزش مهارت‌های زندگی به روستاییان.

۵- استفاده از پتانسیل‌های رسانه‌های همگانی اعم از رسانه‌های جمعی و اجتماعی

مطابق نظریه باندورا افراد از طریق مشاهده و الگوسازی یاد می‌گیرند. در این خصوص می‌توان بر نقش رسانه‌های جمعی و اجتماعی جهت آموزش و ارتقای سلامت اجتماعی تأکید نمود. رسانه‌های جمعی از عوامل مهمی هستند که بر مفهوم سلامت اجتماعی مؤثرند. با توجه به نقش رسانه‌های جمعی در زندگی ایرانی و الگوسازی جوانان می‌توان گفت رسانه‌ها می‌توانند با مشاوره دادن، غنای آموزشی، به‌روزرسانی محتوای فیلم‌ها می‌تواند به بازتولید سلامت اجتماعی بپردازد. رسانه‌های جمعی و اجتماعی می‌توانند از طریق اجتماعی کردن، ایجاد همبستگی اجتماعی و کاشتن از تنش‌های اجتماعی می‌توانند در ارتقای سلامت اجتماعی گام مؤثری بردارند.

منابع

- 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 و ارتباطات دانشگاه علامه طباطبائی.
- بخارایی، احمد؛ شربتیان، محمدحسن؛ طوافی، پویا. (۱۳۹۴)، «مطالعه جامعه‌شناختی رابطه نشاط با سلامت اجتماعی (جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال شهرستان ملایر)»، *فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، شماره ۲۵.
- بهاری، سیف اله؛ شفیق پور، محمدرضا. (۱۳۸۴)، «تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی دانشجویان»، *مجله علمی- پژوهشی نوآوری‌های مدیریت آموزشی*، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، دوره اول، شماره اول.

رابطه مهارت‌های زندگی با سلامت اجتماعی ... ۲۰۵

- پارسا مهر، مهربان؛ رسولی نژاد، پویا. (۱۳۹۴)، «بررسی رابطه سبک زندگی سلامت‌محور با سلامت اجتماعی در بین مردم شهر تالش»، *فصلنامه توسعه اجتماعی*، دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره ۱۰، شماره ۱.
- پور حسینی، مژده. (۱۳۹۰)، *مهارت‌های زندگی*، انتشارات هاجر.
- حاتمی، پریسا. (۱۳۸۹)، بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد* دانشکده علوم اجتماعی و ارتباطات دانشگاه علامه طباطبائی.
- حسینی، سیده فاطمه. (۱۳۸۷)، بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد* دانشکده علوم اجتماعی و ارتباطات دانشگاه علامه طباطبائی..
- خوش فر، غلامرضا؛ محمدی، آرزو؛ محمد زاده، فاطمه؛ محمدی، راضیه و اکبر زاده، فاطمه. (۱۳۹۲)، «امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: جوانان ۱۵-۲۹ ساله شهر قاین)»، *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، دوره نهم، شماره ۱.
- درکه، بهاره؛ کرامتی، هادی؛ امیری، حسن. (۱۳۹۲)، «اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی در کاهش گرایش به مصرف مواد مخدر در تهران»، *فصلنامه علمی-تخصصی دانش انتظامی پلیس پایتخت*، سال ششم، شماره ۳ (پیاپی ۱۸).
- ساویز، احمد؛ بخت‌آزما، محمدحسن. (۱۳۸۴)، *آموزش مهارت‌های زندگی و خانواده*، تهران، انتشارات دانشگاه علم و صنعت.
- شربتیان، محمدحسن. (۱۳۹۳)، *سنجش میزان بهره‌مندی از شاخص سلامت اجتماعی جوانان ۱۸ تا ۳۰ ساله شهرستان قاین و عوامل مؤثر بر آن*، طرح پژوهشی دانشگاه پیام نور.

- شربتیان، محمدحسن. (۱۳۹۱)، «تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد»، *فصلنامه جامعه‌شناسی مطالعات جوانان*، سال دوم، شماره پنجم.
- عبدالله تباردرزی، هادی؛ کلدی، علیرضا؛ محقق‌کمال، سید حسین؛ ستاره فروزان، آمنه و صالحی، مسعود. (۱۳۸۷)، «بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال هشتم، شماره ۳۰ و ۳۱.
- عبدالله زاده، حسین. (۱۳۸۷)، *مفهوم سلامت اجتماعی*، قابل‌دسترس در <http://psychologyinfo.blogfa.com/post152.aspx>
- فتحی، منصور؛ عجم نژاد، رضا؛ خاک رنگین، مریم. (۱۳۹۱)، «عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال دوازدهم، شماره ۴۷. (سلامت ۱).
- فرهمند، مهناز؛ خاتمی سروی، خدیجه؛ محمدحسینی، راضیه. (۱۳۹۵)، «مقایسه سلامت اجتماعی، قدرت تصمیم‌گیری، مهارت‌های ارتباطی و عزت‌نفس در بین زنان شاغل و خانه‌دار شهر یزد»، *فصلنامه علمی-پژوهشی زن و جامعه*، سال هفتم، شماره دوم.
- قاضی مرادی، حسن. (۱۳۹۳)، *درآمدی بر تفکر انتقادی*، تهران: انتشارات اختران.
- کدخدایی فاطمه؛ لطفی، شورش. (۱۳۹۲)، «سنجش میزان سلامت اجتماعی دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان‌های شهر شیراز و بررسی عوامل مؤثر بر آن»، *فصلنامه پژوهش اجتماعی*، دوره ۶، شماره ۲۰.
- کریم زاده، احمد. (۱۳۸۸)، *راهنمای آموزش و آداب مهارت‌های زندگی*، تهران: انتشارات یادمان هنر اندیشه.
- کریمی، مهدی. (۱۳۹۰)، *ادبیات نظری کیفیت زندگی*، تهران: انتشارات رشد.

رابطه مهارت‌های زندگی با سلامت اجتماعی ... ۲۰۷

- کنگر لو، مریم. (۱۳۸۷)، بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبائی، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، دانشکده علوم اجتماعی و ارتباطات دانشگاه علامه طباطبائی.

- مهدوی، نیلوفر. (۱۳۸۸)، *مهارت‌های زندگی*، تهران: نشر قطره، چاپ دوم.
- مؤمنی مهموئی، حسین؛ تیموری، سعید؛ رحمان پور، محمد. (۱۳۹۴)، «بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و عزت‌نفس دانش آموزان دختر، پایه پنجم مقطع ابتدایی»، *فصلنامه اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی*، سال ششم، شماره ۷۴.

- ناصری، حسین. (۱۳۸۶)، *مهارت‌های زندگی*، تهران: انتشارات معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور.

- یحیی زاده حسین؛ عرب گری، زلیخا. (۱۳۹۴)، «رابطه آموزش مهارت‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی»، *فصلنامه پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*، مقاله ۵، دوره ۱، شماره ۴.

- Keyes, C.L.M; Shapiro, A. D. (2004). "Social well-being in the U. S.: A descriptive Epidemiology". *In Orville Brim, Healthing are you? A national study of well-being of Midlife*. By Orville Gilbert Brim, - Carol D. Ryff, Ronald C. Kessler University of Chica.
- Keyes, C. L. M. (1998). "Social well-being". *Social Psychology Quarterly*, Vol. 61, No. 2: 121-140.
- Shapiro, Adam, & Keyes, C. L.M. (2008). "Marital Status and Social Well-Being: Are the Married Always Better Off?", *Journal Social Indicator Resarch*, Vol 88, pp: 329-346.

- Shapiro, Adam & Keyes, Corey Lee.M. (2007). "Marital Status and Social Well-Being: Are the Married Always Better Off?" *Springer Science Business Media B.V.*
- Turner, N. E., Macdonald, J. & Somerset, M. (2013). "Life skills, Mathematic all reasoning and critical thinking: Acurricul for prevention of problem gambling". *Journal of Gambling Studies* NewYork, Vol 24, Issue 3, pp: 367- 380.
- World Health Organization. (1999). "Partners in of Skills Education: Conclusions from A united nations Inter-Agency Meeting". *Geneva Department of Mental Health*.page 245.