

[DOR: 20.1001.1.24237558.1400.6.1.6.9](https://doi.org/10.124237558.1400.6.1.6.9)

## رابطه مؤلفه‌های مهارت‌های زندگی با سلامت اجتماعی (مورد مطالعه: زنان ۲۰ تا ۴۵ ساله شهر فردوس)

محمد حسن شربتیان<sup>۱</sup>

مرضیه رضازاده<sup>۲</sup>

سامره علیزاده خانقاهی<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین مؤلفه‌های مهارت زندگی با سلامت اجتماعی است. بهره‌مندی از مبانی نظری کیز (سلامت اجتماعی) و نظریه یادگیری اجتماعی باندورا (مهارت زندگی) مورد نظر بوده است. رویکرد کمی و روش پیمایش (توصیفی و همبستگی) بین زنان ۲۰ تا ۴۵ ساله شهر فردوس در خراسان جنوبی صورت گرفته است. حجم نمونه ۳۰۴ نفر به‌دست آمده که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای مبتنی بر تصادفی ساده بوده و با تکیه بر پرسشنامه استاندارد شده اطلاعات جمع‌آوری شده است. یافته‌ها بر اساس نرم‌افزار SPSS۲۲ و آمار توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفته است. میزان آلفای کرونباخ مهارت زندگی (۰/۷۴۰) و سلامت اجتماعی (۰/۷۱۶) به‌دست آمده است. نتایج نشان می‌دهد که میانگین مهارت زندگی (۳/۲۶۱) و سلامت اجتماعی (۳/۲۸۱) بالاتر از حد متوسط بوده است در بین مؤلفه‌های متغیر سلامت اجتماعی شکوفایی کمترین و پیوستگی بیشترین و در بین متغیر مهارت زندگی مؤلفه‌های حل مسئله و کنترل احساسات و هیجانات بیشترین و کمترین مقدار را داشته‌اند. در نهایت میزان همبستگی بین متغیر مهارت زندگی و متغیر سلامت اجتماعی با شدت ضعیف ۰/۲۴۵ در سطح معناداری ۰/۰۰۰ به‌دست آمده است. نتایج رگرسیون بیانگر این است که خرده مؤلفه حل مسئله و تصمیم‌گیری، کنترل احساسات و هیجانات

1. دانش‌آموخته دکتری جامعه‌شناسی گرایش مسائل اجتماعی ایران پژوهشگر و مدرس دانشگاه (نویسنده مسئول)  
sharbatyian@yahoo.com

2. دانش‌آموخته ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور، پژوهشگر  
marzief\_rezazadeh@yahoo.com

3. دانش‌آموخته ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه مازندران، دبیر جامعه‌شناسی آموزش و پرورش استان گیلان  
s.alizadeh\_2014@yahoo.com

روابط بین فردی، تفکر انتقادی و خلاق و خودآگاهی به ترتیب بیشترین تأثیر بر متغیر سلامت اجتماعی را داشته‌اند. در مجموع متغیرهای حاضر در مدل رگرسیونی در حدود (۱۸/۸ درصد) توانسته‌اند به تبیین سلامت اجتماعی بپردازند؛ بنابراین می‌توان با برنامه‌های اقدام پژوهانه و کاربردی در قالب آموزش‌های فرهنگی، اجتماعی و روانشناختی جامعه مورد مطالعه به استمرار پایدار رابطه مؤثر آموزه‌های مهارت زندگی بر سلامت اجتماعی تأکید کرد.

**واژگان کلیدی:** سلامت اجتماعی، مهارت‌های زندگی، زنان، فردوس.

***Relationship between social health and life skills  
(Case Study: Women of 20-45 year old in Ferdows city)***

M. H. Sharbatiyan<sup>1</sup>

M. Rezazadeh<sup>2</sup>

S. Alizadeh Khaneghahi<sup>3</sup>

**Abstract**

The purpose of this study was to investigate the relationship between life skills components and social health. Benefit from Keyes theoretical foundations (social health) and Bandura social learning theory (life skills). Quantitative approach and survey method (descriptive and correlation) has been conducted between women aged 20 to 45 years in Ferdows city in South Khorasan. The sample size of 304 people was obtained by cluster sampling based on simple random sampling and information was collected based on a standardized questionnaire. Have been analyzed based on Spss 22 software and descriptive and inferential statistics. Cronbach's alpha was obtained for life skills (0.740) and social

---

<sup>1</sup>. PhD in Sociology of Social Issues Iran. Social Researcher and Lecturer of Khorasan Razavi University of Applied Sciences (Corresponding Author) [sharbatiyan@yahoo.com](mailto:sharbatiyan@yahoo.com)

<sup>2</sup>. MA in Social science of research, Payam Noor University of Mashhad, Iran. Social Issues Researcher [marziy\\_rezazadeh@yahoo.com](mailto:marziy_rezazadeh@yahoo.com)

<sup>3</sup>. MA in Social science of research, Mazandaran University. [s.alizadeh\\_2014@yahoo.com](mailto:s.alizadeh_2014@yahoo.com)

health (0.716). The results show that the average life skills (3.261) and social health (3.281) were higher than average. Among the components of social health, Actualization was the lowest and Coherence was the highest, and among the variables of life skills, problem-solving and control components. Emotions had the highest and lowest values. Finally, the correlation between life skills variable and social health variable with low intensity was 0.245 at a significant level of 0.000. The results of the hypotheses indicate that by strengthening life skills through components, social health can be increased in addition to the level of significance and positive relationships, but the intensity of this increase is weak. The results of regression show that the sub-components of problem solving and decision making, control of emotions and feelings of interpersonal relationships, critical and creative thinking and self-awareness had the greatest impact on the social health variable, respectively. In general, the variables present in the regression model about (18.8 percent) have been able to explain social health. Therefore, it is possible to emphasize the effective relationship of life skills teachings on social health with action research and practical programs in the form of cultural, social and psychological education of the studied community.

**Keywords:** Social health, Life Skills, Women, Ferdows.

## مقدمه

خانواده به‌عنوان یکی از مهم‌ترین نهادهای اساسی جامعه نقش مؤثری در توسعه و پیشرفت جامعه دارد. هماهنگی، همگامی و هم‌اندیشی در خانواده می‌تواند نقش بارزی در تقویت یکپارچگی، شادمانی و سلامت پایدار اعضای آن به همراه داشته باشد. در این راستا باید اشاره کرد که وجود مهارت‌های زندگی از بعد آرامش و آسایش، در ابعاد مختلف جسمانی، اجتماعی و روانی با حضور زنان که نقش اصلی در مدیریت خانه و خانواده دارند می‌تواند به استحکام سلامت پایدار خانواده منجر شود.

بر این اساس سلامت اجتماعی<sup>۱</sup> به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت پایدار بالأخص در حوزه خانواده و زنان از منظر بسیاری از صاحب‌نظران، دانشجویان و پژوهشگران، عامل مهمی در رشد و شکوفایی این گروه اجتماعی است. سلامت اجتماعی به توانایی فرد در برقراری تعامل مؤثر با اجتماع چون خانواده و دیگران به‌منظور ایجاد روابط ارضاکننده شخصی و محقق‌کننده نقش‌های اجتماعی اطلاق می‌گردد (فیروز بخت و همکاران، ۱۳۹۶: ۱۸۷)؛ به‌عبارت‌دیگر سلامت اجتماعی مرتبط با دیگری و جامعه‌ای است که در آن فرد زندگی می‌کند؛ و دربرگیرنده مؤلفه‌هایی است که در کنار یکدیگر نشانگر کمیت و کیفیت عمل افراد در زندگی اجتماعی را متأثر از خود می‌کند (عبدالله تبار درزی و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۷۳).

با توجه به چنین ضرورتی باید اشاره کرد که با افزایش سهم زنان در عرصه‌های اقتصادی-اجتماعی، توانمندی‌های آنان روبه افزایش است و با فراهم شدن امکانات و شکوفایی خلاقیت‌ها، احساس تعلق به خانواده، وابستگی به جامعه، افزایش قدرت کنترل، مدیریت بر زندگی و داشتن حق انتخاب و... در بین زنان جامعه می‌تواند افزایش یابد که همگی می‌تواند ناشی از توجه به سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن حاصل گردد. در واقع سلامت اجتماعی می‌تواند در جهت افزایش کارکردهای نشاط، وفاق، تعامل، همبستگی، رضایت از زندگی، مسئولیت‌پذیری، مشارکت، کارآمدی، کاهش آسیب‌ها و جرائم و... در بین زنان بسیار حائز اهمیت باشد و سهم مهمی در ارتقاء کیفیت زندگی آنان داشته باشد (شریتیان و ایمنی، ۱۳۹۶)

از عوامل مرتبط با حوزه سلامت اجتماعی، مهارت زندگی<sup>۱</sup> و مؤلفه‌های آن است. با توجه به تحولات جهانی، تغییرات اجتماعی، گسترش ارتباطات انسانی، پیچیده‌تر شدن زندگی روزمره و افزایش رفتارهای استرس‌زا بهره‌مندی از مهارت‌های زندگی در مواجهه با مسائل در ساختار سلامت انسانی امری مهم تلقی می‌گردد. بر این اساس مهارت‌های زندگی به‌عنوان یکی از راه‌های پیشگیری از بروز مشکلات روانی و اجتماعی نقش مؤثری بر زندگی فردی و جمعی افراد از جمله سلامت پایدار زنان دارد. هدف از آموزش مهارت‌های زندگی در حوزه ارتقاء سلامت فرد با خودش، دیگران و محیطی است که در آن زندگی می‌کند. این مهارت‌ها به ما می‌آموزد که در

---

1. life skills

طول زندگی به‌ویژه در موقعیت‌های پرخطر چگونه عاقلانه و صحیح رفتار کنیم. روحیه مشارکت و همکاری داشته باشیم، به تقویت عزت‌نفس خود پردازیم، احساسات، عواطف خود را بیان و شناسایی کنیم؛ و چگونه به یک شهروند متعادل و مقبول در اجتماع تبدیل شده؛ و روحیه پذیرش، انطباق و انسجام اجتماعی را در کنار یک همزیستی مسالمت‌آمیز به دست آوریم و به یک فرد خود شکوفا در اجتماع تبدیل شویم (طارمیان، ۱۳۷۸) به‌عبارت‌دیگر مهارت‌های زندگی، توانایی‌های روانی و اجتماعی برای رفتار انطباقی و مؤثری در نظر گرفته می‌شوند که افراد را قادر می‌سازند تا به‌طور مؤثری با چالش‌ها و مقتضیات زندگی روزمره مقابله کنند (کرامتی، ۱۳۹۰: ۱۳۵) همچنین آموزش این مهارت‌ها موجب ارتقاء رشد شخصی و اجتماعی، محافظت از حقوق انسان‌ها و پیشگیری از برخی مشکلات روانی اجتماعی می‌شود (بخارایی، ۱۳۹۵: ۴۲)

از منظری دیگر، در جامعه ما علیرغم کاستی‌های موجود، بخصوص در مناطق در حال توسعه، برای سلامت جسمی و روانی افراد از جمله زنان گام‌های مناسبی برداشته شده و یا در حال انجام است (فتحی و همکاران، ۱۳۹۱: ۲۲۷)؛ اما آنچه نبود آن در تمام عرصه‌های جامعه محسوس است، بی‌توجهی به ابعاد اجتماعی سلامت است. این بی‌توجهی به جنبه‌های اجتماعی سلامت در عصر ارتباطات، موجب آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی و اجتماعی می‌شود؛ بنابراین با توجه به رویکرد اجتماعی به این نکته اشاره می‌شود که توجه به ابعاد اجتماعی سلامت کمک می‌کند تا افراد از نظر

اجتماعی، جامعه سالم را شکل دهند. بدون شک تقویت و توسعه شاخص‌های سلامت اجتماعی در هر جامعه‌ای با کاهش بار بیماری‌های جسمی و روانی همراه خواهد بود. در همین راستا تحقیقات اخیر که در حوزه سلامت اجتماعی زنان شهر فردوس انجام شده است ناشی از این بوده است که این متغیر به همراه مؤلفه‌های مرتبط با آن در حدود ۶۴ درصد مورد توجه قرار گرفته است (شربتیان، ۱۳۹۸: ۲۳) اما در ارتباط با اینکه عوامل مؤثر بر این متغیر و مؤلفه‌های آن مورد ارزیابی و سنجش قرار گیرد در سال‌های اخیر کمتر بیان شده است.

حال نظر به اینکه آموزش مهارت‌های زندگی عاملی مؤثر بر سلامت پایدار خانواده است و با توجه به فعالیت سازمان‌های دولتی و غیردولتی (مردم‌نهاد) در شهر فردوس در راستای استحکام خانواده نوشتار حاضر به صورت بین‌رشته‌ای (روانی-اجتماعی) در پی ارزیابی نتایج رابطه مهارت زندگی و مؤلفه‌های آن بر سلامت اجتماعی زنان است تا از طریق نتایج به تدوین سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌های حوزه سلامت پایدار خانواده پرداخت. پس پژوهش حاضر در پی به این سؤال پاسخ دهد که:

- سلامت اجتماعی زنان شهر فردوس تا چه حد در ارتباط با مهارت زندگی و مؤلفه‌های آن قرار می‌گیرد؟
- وجود این رابطه در جهت حمایت روانی و اجتماعی زنان به چه کاربست‌های

اجتماعی منجر به می‌گردد؟

### پیشینه تجربی پژوهش

با نظر به اینکه بیشتر پژوهش‌های مورد مطالعه تاکنون به صورت مجزا مهارت زندگی را با دیگر عوامل غیر از سلامت اجتماعی مورد مطالعه قرار داده است و یا اکثر تحقیقاتی که در حوزه سلامت اجتماعی صورت گرفته کمتر به رابطه تبیینی مهارت‌های زندگی پرداخته است؛ بنابراین پژوهش حاضر از آن دسته تحقیقاتی است که به صورت بین‌رشته‌ای سعی بر این داشته است که رابطه مستقیم مؤلفه‌های مهارت زندگی با سلامت اجتماعی را در جامعه زنان به عنوان رکن اساسی استحکام خانواده مورد مطالعه قرار دهد؛ بنابراین جدول زیر در جهت غنای علمی موضوع مورد بحث قرار داده است و سعی شده نوشتارهای علمی و پژوهشی که نزدیک به موضوع حاضر بوده است، به اجمال جهت راهنمایی و غنای کار برای مخاطبین بیان شود

شربتیان (۱۳۹۸) در تحقیق با عنوان بررسی شاخص‌های سلامت اجتماعی زنان شهر فردوس، با تکیه بر رویکرد کمی و راهبرد پیمایش از نوع توصیف به سنجش شاخص‌های مؤلفه سلامت اجتماعی در این جامعه پرداخته است. نتایج حاکی از آن است در بین متغیرهای زمینه‌ای مورد سنجش در این پژوهش، میزان درآمد ماهیانه خانوار رابطه معناداری با سلامت اجتماعی داشته است. میانگین بهره‌مندی زنان از شاخص‌های سلامت اجتماعی در حد متوسط رو به بالا (۶۴ درصد) بوده است. از بین



میانگین مؤلفه‌های سلامت اجتماعی به ترتیب انطباق اجتماعی (۲۴/۳۹ درصد) پذیرش اجتماعی (۲۲/۷۱ درصد)، شکوفایی اجتماعی (۲۱/۴۴ درصد)، انسجام اجتماعی (۱۹/۴۱ درصد) و سهم داشت اجتماعی (۱۶/۴۱ درصد) حائز اهمیت بوده است.

رنجدوست و عزیزاده (۱۳۹۷) در تحقیقی با عنوان: تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت اجتماعی و خلاقیت پرستاران توصیفی و آزمایشی (گروه کنترل و گواه) مبتنی بر رویکرد کیفی و روش پیمایش از نوع توصیفی و همبستگی به این نتیجه رسید که پرستاران آموزش دیده به‌طور معناداری دارای سلامت اجتماعی بیشتری از پرستاران آموزش ندیده هستند. همچنین بین دو گروه پرستاران آموزش دیده و آموزش ندیده در ابعاد خلاقیت (سیالی، انعطاف‌پذیری، بسط و ابتکار) تفاوت معناداری وجود دارد. برای متغیر سیالی سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ و برای متغیر انعطاف‌پذیری سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۱ و برای متغیر بسط سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ و برای متغیر ابتکار سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۰۱ به‌دست آمده است؛ بنابراین با توجه به میانگین‌ها (میانگین انعطاف‌پذیری ۳/۴۳، بسط ۲/۹۶، ابتکار ۲/۸۳ و سیالی ۲/۳ در گروه پرستاران آموزش دیده و میانگین انعطاف‌پذیری ۲/۵، بسط ۲/۱۳، ابتکار ۲/۰۳ و سیالی ۱/۵۳ در گروه پرستاران آموزش ندیده به‌دست آمده است) می‌توان گفت که پرستاران آموزش دیده به‌طور معناداری انعطاف‌پذیری، بسط، سیالی و ابتکار بیشتری از پرستاران آموزش ندیده دارند.

شربتیان و علیزاده خانقاهی (۱۳۹۶). در تحقیقی با عنوان مطالعه تأثیر مهارت‌های زندگی بر سلامت اجتماعی جوانان حاجی‌آباد با تکیه بر رویکرد کمی و روش پیمایش (توصیفی و همبستگی) به این نتایج دست یافتند که میزان سلامت اجتماعی جوانان در حد متوسط به بالا بوده است. رابطه مستقیم بین ابعاد مهارت زندگی با سلامت اجتماعی بوده است. همچنین سلامت اجتماعی و وضعیت تأهل تفاوت معناداری داشته است. نتایج رگرسیون نیز حاکی از آن است که از میان متغیرهای اثرگذار بر سلامت، متغیر مهارت ارتباطی با مقدار بتای  $0/93$  به‌طور مستقیم بیشترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی جوانان جامعه مورد تحقیق داشته است؛ یافته‌های تحلیل مسیر بیانگر این است 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.

پاک‌نژاد و قائدمحمدی (۱۳۹۴). در پژوهشی با عنوان تأثیر مهارت‌های زندگی بر سلامت اجتماعی دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی رودهن سال ۹۲ با رویکرد کمی و رویه پیمایش از نوع توصیفی و همبستگی به این دستاوردها رسیدند که در این تحقیق افراد جامعه مورد مطالعه آشنایی کمی با مفهوم سلامت اجتماعی داشته‌اند. نتایج حاکی از این بود که عوامل مهارت زندگی خودآگاهی اجتماعی با سلامت اجتماعی و مهارت شناختی، شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی و پذیرش اجتماعی با مهارت زندگی دارای رابطه معنی‌دار بوده است. مهارت رفتاری شناختی در سلامت

اجتماعی دانشجویان اثر نداشته است. برنامه‌های آموزش رسانه‌ای مهارت زندگی اثری ضعیف بر شکوفایی و خلاقیت افراد داشته است.

یحیی زاده و عرب‌گری (۱۳۹۴). در تحقیقی با عنوان رابطه آموزش مهارت‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی دانش‌آموزان دختر مقطع اول دبیرستان منطقه ۱۹ تهران، بر اساس رویکرد کمی و روش آزمایش از نوع توصیفی و رویه پیش‌آزمون و پس‌آزمون به این دست یافتند که سطح سلامت اجتماعی پایین (نمره ۷۷ تا ۳۳) قرار داشتند. در جهت ایجاد همسان‌سازی بین دو گروه، ۱۵ نفر از ۶۰ نفر گروه آزمایش که از نظر ویژگی‌های زمینه‌ای در سطح یکسان بودند، انتخاب شدند و به مدت ۱۰ جلسه تحت آموزش مهارت‌های اجتماعی قرار گرفتند. پس از اتمام دوره آموزش، در مرحله پس‌آزمون برای بررسی نقش آموزش مهارت‌های اجتماعی در ارتقا میزان سلامت اجتماعی دانش‌آموزان، از هر دو گروه درخواست تکمیل دوباره پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز شد. نتایج به دست آمده براساس آزمون T مستقل مشخص نمود که آموزش مهارت‌های اجتماعی سبب ارتقا میزان سلامت اجتماعی دانش‌آموزان شده است.

جمالی و همکاران (۲۰۱۶) در مقاله‌ای پژوهشی و علمی با عنوان تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان دانش‌آموزان مقطع راهنمایی ایران با تأکید بر روش آزمایش از نوع توصیفی-تجربی (گروه کنترل و گروه گواه) به این نتایج

رسیدند که میانگین سنی شرکت‌کنندگان در هر دو گروه  $1/01 \pm 13/5$  سال بود. نتایج آزمون ANCOVA نشان داد که میانگین نمره خشونت، اعتیاد، استرس و تمایل به احساس قبل و بعد از آموزش از نظر آماری در گروه مداخله و گروه کنترل ( $P=0/001$ ) وجود داشت. آموزش مهارت‌های زندگی تأثیر مثبتی بر سلامت روان شرکت‌کنندگان داشته است. با توجه به اهمیت سلامت روان در جوامع مدرن، لازم است مدارس مهارت‌های زندگی را در برنامه درسی خود درج کنند تا از سلامت روان نوجوانان حمایت کنند.

کانگ و لی جیانگ<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۶) در تحقیقی با عنوان تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر جامعه و ورزش تای-چی و... مبتنی بر رویکرد کمی و روش پیمایش (توصیفی و همبستگی) به این نتایج رسیدند که آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر ارتباط مؤثر در کاهش پرخاشگری و افزایش کیفیت زندگی می‌شود. آموزش مهارت‌های اجتماعی بر سلامت روانی و اجتماعی افراد اثرگذار است.

ترنر و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۳). در پژوهشی با عنوان مهارت‌های زندگی، مسئله‌یابی و تفکر انتقادی: برنامه درسی برای جلوگیری از قمار بر اساس روش آزمایش از نوع توصیفی-تجربی (گروه کنترل و گروه گواه) در ارتباط با آموزش مهارت‌های زندگی

1. Kang, Wu, Li, Jiang & etal.

2. Turner & et al.

از جمله حل مسئله و ارتباط مؤثر بر روی جوانان به این دست یافته‌اند که این مهارت‌ها توانایی آنان را برای حل مشکلات و استفاده مؤثر از حمایت‌های اجتماعی افزایش می‌دهد.

صبحی قراملکی و رجبی (۲۰۱۰). در تحقیق با عنوان تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر تأمین سلامت روان و عزت‌نفس دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی بر اساس رویکرد کمی و روش پیمایش از نوع توصیفی-تجربی به این دست یافته‌اند که آموزش مهارت‌های زندگی را بر افزایش سلامت روانی دانشجویان اثربخش بوده است نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش علائم روان‌پزشکی به‌ویژه اضطراب، افسردگی و استرس دانشجویان مشکوک به اختلال روانی تأثیر دارد. این مطالعه نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی روشی مناسب برای کاهش علائم اختلالات روانی در بین دانشجویان مظنون به اختلال روانی است.

آلبرتین و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۴). در تحقیقی با عنوان الگوهای توانمندسازی در فرد و در طی یک برنامه مهارت‌های زندگی مبتنی بر روش آزمایش از نوع توصیفی-تجربی (گروه کنترل و گروه گواه) به این نتیجه دست یافته‌اند که آموزش مهارت‌های زندگی موجب افزایش نقش فعال در زندگی، مسئولیت‌پذیری در محیط شغلی، برنامه‌ریزی برای آینده و توانایی تفکر انتقادی می‌شود.

---

1. Albertin & et al.

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۹) تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر نیمرخ روانی زنان دارای ناتوانی‌های جسمی حرکتی توصیفی- تجربی (گروه کنترل و گروه گواه) 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. 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.

با توجه به سوابق پیشینه تجربی که به اختصار در سطور قبل توضیح داده شد باید بیان کرد که

➤ بیشتر تحقیقات انجام شده در حوزه رابطه اثرگذار آموزش مهارت‌های زندگی با کیفیت زندگی افراد بوده است و در این تحقیقات با نگاه روانشناختی و تکیه بر روش تجربی اثر این مهارت‌ها در سطح فردی مطالعه شده است.

➤ همچنین از سوی دیگر محققان روانشناختی رابطه مهارت‌های زندگی با حوزه سلامت جسمانی و روانی را بیشتر مورد توجه قرار داده‌اند و کمتر تحقیقی می‌توان مورد مطالعه قرار داد که سلامت پایدار از جمله شاخص سلامت

اجتماعی در تحقیقات روانشناختی مورد توجه قرار گرفته باشد.

➤ بخشی دیگر از تحقیقات جامعه‌شناسی حال حاضر در حوزه سنجش متغیر سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن در جامعه‌های مختلف بوده است و یا در دهه اخیر بیشتر سلامت اجتماعی با دیگر پدیده‌های اجتماعی از جمله سرمایه اجتماعی، نشاط، سلامت روان، مورد تبیین متقابل قرار گرفته‌اند و یا این متغیر به‌عنوان بخشی از وضعیت سلامت پایدار در بین شهروندان مورد توصیف و سنجش قرار گرفته است.

➤ با توجه به اینکه در طی در سه سال اخیر از سوی محققان علوم اجتماعی موضوع تحقیق به‌صورت بین‌رشته‌ای مورد توجه قرار گرفته است، رابطه تحلیلی این دو متغیر در سطح گروه‌های اجتماعی جامعه از جمله زنان به‌عنوان نیروهای اجتماعی مؤثر در تحکیم پایه‌های خانواده و پیشرفت پایدار جامعه به نظر می‌رسد بیشتر باید مورد توجه قرار گیرد.

➤ با توجه به پیشینه‌های مورد بحث در این تحقیق سعی شده در جهت تکمیل ادبیات چنین موضوعاتی متغیر سلامت اجتماعی با تکیه بر ابعاد (انسجام، پذیرش، مشارکت، همبستگی و شکوفایی) و متغیر مهارت زندگی مبتنی بر مؤلفه‌های (خودآگاهی، روابط بین فردی، تفکر منتقدانه و خلاق، حل مسئله، توانایی مقابله با احساسات و هیجانات و...) در بین زنان مورد مطالعه قرار گیرد.

## مبانی نظری پژوهش

در ادامه باید به مباحث نظری اشاره کرد که یکی از نیازهای ضروری زندگی بشر، تأمین رفاه، آرامش و آسایش برای افراد جامعه است که می‌تواند با سلامتی افراد مرتبط باشد نامیده می‌شود. سلامت چندین نوع است که عبارت است از: سلامت ذهنی<sup>۱</sup>، سلامت معنوی<sup>۲</sup>، سلامت روانی<sup>۳</sup> سلامت عاطفی<sup>۴</sup> و سلامت اجتماعی. امروزه سلامت اجتماعی اهمیت دوچندانی یافته است؛ راین و دسی<sup>۵</sup> (۲۰۰۳) معتقدند دو رویکرد اصلی در تعریف سلامت وجود دارد: لذت‌گرایی و فضیلت‌گرایی. دیدگاه روان‌شناسان لذت‌گرا آن است که سلامت برابر با شادکامی فاعلی و مرتبط با تجربه لذت در مقابل تجربه ناخشنودی است و می‌توان چنین برداشتی از سلامت را سلامت عاطفی نامید. در مقابل اندیشمندان دیگر سلامت را بافضیلت برابر دانسته‌اند و براین باورند که ارضای امیال به‌رغم ایجاد لذت، همواره سلامت را در بر نمی‌گیرد. نظریات متعددی در زمینه سلامت اجتماعی وجود دارد، اما نظریه سلامت اجتماعی کیز به‌عنوان چارچوب نظری این تحقیق انتخاب شده است.

کیز معتقد است سلامتی یک اساس و بنیان اجتماعی دارد و بدین ترتیب سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می‌کند و عملکرد

1. Subjective health
2. Spiritual health
3. Mental health
4. Emotional health
5. Rayen & Deci



اجتماعی خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و چالش‌های اجتماعی را در برمی‌گیرد. همچنین وی معتقد است که بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع پسند و مسئولیت‌پذیری در جامعه و جایگاه اجتماعی رابطه مثبتی وجود دارد (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۲). از نظر لارسون<sup>۱</sup> (۱۹۹۶) سلامت اجتماعی ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی است و در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد نسبت به محرک‌ها و احساسات، تفکرات و رفتارهایی است که نشانگر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است (Larson, ۱۹۹۶: ۲۸۵). کیز ابعاد عملیاتی سلامت اجتماعی را این‌گونه بیان می‌کند:

۱- انطباق اجتماعی<sup>۲</sup>: یا یکپارچگی اجتماعی به این معناست که فرد اعتقاد به این دارد که اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است؛ و شامل ارزیابی فرد از اجتماع به صورت قابل فهم، قابل پیش‌بینی و مخصوص در حقیقت درکی 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 خود را با تصور اینکه 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. انطباق اجتماعی معادل مفهوم تسلط بر محیط در مقیاس روان است، تسلط یعنی احساس

---

6. Larson  
2. Social Coherence

صلاحیت و توانمندی برای مدیریت محیط پیچیده و انتخاب یا خلق زمینه‌های مناسب شخصی. انطباق اجتماعی متضاد پوچی و بی‌معنایی و در مجموع دنیا را به صورت منطقی، هوشمند، قابل درک و قابل پیش‌بینی دیدن است (Keyes, 1998: 138).

۲- همبستگی اجتماعی<sup>۱</sup>: یا همان انسجام اجتماعی به معنای احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به اینکه فرد به جامعه تعلق دارد. احساس حمایت شدن از طریق جامعه و سهم داشتن در آن؛ بنابراین انسجام اجتماعی آن درجه‌ای است که در آن مردم احساس می‌کنند که چیز مشترکی بین آن‌ها و کسانی که واقعیت اجتماعی آن‌ها را می‌سازند وجود دارد مثل همسایه‌هایشان (سام آرام، ۱۳۹۲: ۱۳)؛ به عبارت دیگر فهم کیفیت، ساخت و طرز کار جهان اجتماعی و شامل علاقه‌مندی و اهمیت به شناخت دنیاست (Hughes, 2015).

۳- سهم داشت اجتماعی<sup>۲</sup>: یا مشارکت اجتماعی عبارت است از ارزیابی ارزش اجتماعی که فرد دارد و شامل این عقیده است که آیا فرد جزئی مهم از جامعه است و چه ارزشی را به جهان خود اضافه می‌کند. مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا و اجتماع خود دارد. این افراد تلاش می‌کنند که احساس دوست داشته شدن کنند و در دنیایی که صرفاً به دلیل انسان بودن برای آن‌ها ارزش قائل است، سهمیم باشند.

---

1. Social Cohesion  
2. Social Contribution

مشارکت اجتماعی موازی با بُعد هدف در زندگی از مقیاس سلامت روان است (حسینی، ۱۳۸۷: ۳۴). به عبارت دیگر به نظر کییز و شاپیرو<sup>۱</sup> مشارکت اجتماعی همچنین شبیه به مفاهیم مسئولیت‌پذیری و خودکارآمدی است. فرد خودکارآمد می‌تواند رفتارهای معینی را انجام داده و مقاصد خاصی را به اتمام برساند. مسئولیت اجتماعی یعنی ایجاد تعهدات مشخص در ارتباط با اجتماع. از مجموع این دو مفهوم مشارکت اجتماعی پدید می‌آید (Keyes & Shapiro, ۲۰۰۴: ۳۵۸).

۴- شکوفایی اجتماعی<sup>۲</sup>: به معنای دانستن و اعتقاد داشتن به این است که جامعه به شکل مثبتی در حال رشد است. به عبارت دیگر باور به اینکه اجتماع سرنوشت خود را در دست دارد و به مدد توان بالقوه‌اش مسیر تکاملی خود را کنترل می‌کند (Keyes, ۲۰۰۴: ۱۰). افراد واجد سطوح مطلوب این بُعد از سلامت اجتماعی نسبت به وضعیت کنونی و آینده جامع امیدوارترند و معتقدند جهان به مکانی بهتر برای هم افراد تبدیل خواهد شد (فارسی نژاد، ۱۳۸۳: ۸۸).

۵- پذیرش اجتماعی<sup>۳</sup>: 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 (Keyes, ۱۹۹۸: ۱۲۳). این بُعد از سلامت اجتماعی نسخه اجتماعی پذیرش از خود است. افرادی که نگرش مثبتی به

---

1. Keyes & Shapiro  
2. Social Actualization  
3. Social Acceptance

شخصیت خود دارند و جنبه‌های خوب و بد زندگی خود را توأمان می‌پذیرند افراد دارای سلامت روانی و اجتماعی هستند. منظور از این مفهوم درک فرد از جامعه با توجه به خصوصیات سایر افراد است (هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱: ۳۱۵).

با توجه به ابعاد مطرح شده باید به این نکته اشاره کرد که سلامت اجتماعی با جامعه‌پذیری اشخاص در جامعه در ارتباط است، می‌تواند عامل مهمی در پذیرش هنجارهای اجتماعی به شمار رود و نقش مهمی در کاهش قانون‌گریزی و ناهنجاری‌های اجتماعی داشته باشد. از سوی دیگر، جامعه‌ای که افراد آن از سلامت اجتماعی برخوردارند، شرایط بهتری از مشارکت اجتماعی را نشان می‌دهند (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۱).

در این پژوهش چشم‌انداز مطرح شده به سلامت اجتماعی، یک گام فراتر از آن چیزی است که کبیز مطرح می‌نماید. ما در این نوشتار سلامت اجتماعی را تنها معادل با پیوستار مثبت و در سطح سنجش فردی در نظر نگرفته و معتقدیم که جامعه‌ای چون زنان فردوس به خاطر بافت سنتی آن، این گروه اجتماعی را با مسائل اجتماعی و روانی عدیده‌ای مواجه کرده است، پس 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 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. کیز هنگام سنجش سلامتی 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 کیز برخوردار نباشند.

در ادامه روند چارچوب نظری باید اشاره به متغیر مهارت‌های زندگی، هم کرد که مبتنی بر مؤلفه‌هایی است و می‌تواند از طریق مختلف مورد یادگیری قرار گیرد؛ بنابراین مهارت زندگی شامل اطلاعاتی است که از طریق آموزش افراد، مشاهده رفتار دیگران و پیامدهای آن شکل می‌گیرد، پس مهارت زندگی به‌عنوان یک اصل زیربنایی مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی<sup>۱</sup> باندورا<sup>۱</sup> (۱۹۷۷) به طرق مختلف استمرار

---

1. Social learning theory

می‌یابد و بر کیفیت زندگی افراد اثر گذارد.

منگروولکا<sup>۲</sup> (۲۰۰۱) معتقد است نظریه یادگیری اجتماعی یکی از نظریه‌هایی است که به تحول بشر می‌پردازد و چگونگی رشد، یادگیری و رفتار آنان را توضیح می‌دهد؛ و تشکیل دهنده زیربنای اصلی مهارت‌های زندگی است (شهرکی پور و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۶۸) بنابراین فهم متغیر مهارت زندگی بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی در این پژوهش مورد مطالعه قرار گرفته می‌شود.

نظریه یادگیری اجتماعی که بر مبنای کارهای باندورا تدوین شده، وی معتقد است که یادگیری فرایندی فعال و مبتنی بر تجربه است؛ که هم از طریق دستورالعمل (گفتارهای والدین، معلمان و...) و هم از طریق مشاهده رفتار دیگران شکل می‌گیرد، رفتار فرد نیز از طریق نتیجه و پاسخی که اطرافیان نشان می‌دهند، اصلاح و تقویت می‌گردد بنابراین، افراد از طریق تعامل‌های اجتماعی و از طریق ارتباطات کلامی رفتارها را یاد می‌گیرند به همین دلیل، لازم است که مهارت‌های مختلف را به افراد از طریق دستورالعمل، نمایش، ارائه الگو و تعامل آموزش دهیم (مومنی مهمونی و همکاران، ۱۳۹۴). 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

1. Bandora  
2. Mangrulkar

تحول مهارت‌های زندگی داشته است (درکه و همکاران، ۱۳۹۲: ۹۴-۹۳). در این نظریه، یادگیری فرایندی فعال و مبتنی بر تجربه است و از این رو افراد در جریان یادگیری و آموزش فعالانه به یادگیری مهارت‌های زندگی می‌پردازند. در این نوع آموزش از روش‌هایی که شرکت فعال جوانان را در امر آموزش تسهیل می‌بخشد، استفاده می‌شود (فرهنگ اصفهانی و همکاران، ۱۳۹۷).

با توجه به این نظریه، در این پژوهش مؤلفه‌های مهارت زندگی در راستای نقش آن‌ها در افزایش سلامت اجتماعی با هدف ایجاد توانمندسازی روانی، اجتماعی به اختصار در سطور ذیل تعریف و توضیح داده شده است.

▪ خودآگاهی<sup>۱</sup>: یکی از مهارت‌های زندگی است که عبارت است از شناخت دقیق و درست از خود، به نحوی 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<sup>۲</sup>: 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. به این ترتیب حل مسئله یک فرایند آگاهانه، منطقی و هدفمند است

---

1. Self-awareness empathy  
2. Problem solving and decision making

(پورحسینی، ۱۳۹۰: ۱۷).

▪ تفکر انتقادی و خلاق<sup>۱</sup>: 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). 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 پردازد (ساویز و بخت‌آزما، ۱۳۸۷: ۴۷).

▪ روابط بین فردی<sup>۲</sup>: 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 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<sup>۳</sup>: 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

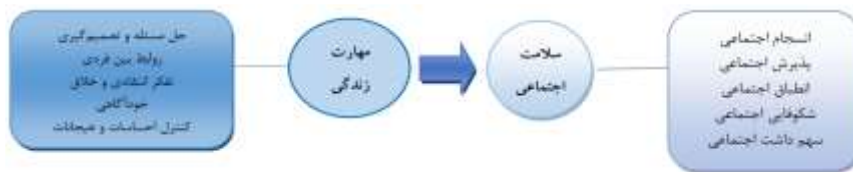
3. Critical & Creative Thinking  
2. Interpersonal communication  
3. The ability to cope with the excitement



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).

در نهایت باید اشاره به این کرد که زنان نیمی از جمعیت جامعه ما را تشکیل می‌دهند و سلامت آنان زیربنای سلامت خانواده‌ها و جوامع است. مشکلات آنان، بر سلامت جسمی و به‌ویژه سلامت روان خانواده، جامعه و حتی نسل‌های بعدی نیز مؤثر خواهد بود (پرویزی و همکاران، ۱۳۸۸: ۶). داشتن مهارت‌های زندگی می‌تواند موجب ارتقاء سلامت اجتماعی آنان شود. بر این اساس خانواده یک‌نهاد اجتماعی است که نقش عمده‌ای در انتقال ارزش‌ها، زمینه‌های فکری، تربیتی و آماده‌سازی اعضای خود دارد. در این میان نقش زنان پررنگ‌تر است؛ بنابراین می‌توان گفت سلامت اجتماعی زنان در این فرایند نقش مهمی دارد. به‌طوری‌که فقدان سلامت اجتماعی زنان بر عملکرد آنان در سایر حوزه‌ها تأثیر داشته و حتی سایر اعضای خانواده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ پس برای پیشگیری از بروز مسائل و مشکلات و نیز تقویت توانمندی‌های روانی و اجتماعی جهت برخورد با موقعیت‌های آسیب‌زا، آموزش مهارت زندگی به افراد جامعه ضروری است. لذا در پژوهش حاضر رابطه مؤلفه‌های مهارت زندگی (روابط بین فردی، حل مسئله و تصمیم‌گیری، تفکر انتقادی و خلاق، خودآگاهی، کنترل احساسات و هیجانات) با سلامت اجتماعی مطالعه می‌گردد. با توجه به آنچه بیان شد مدل نظری در این تحقیق به شکل زیر ارائه

می‌گردد.



شکل ۱: مدل نظری پژوهش

با توجه به چارچوب نظری و مدل مطرح شده مهم‌ترین فرضیه‌هایی که مورد مطالعه قرار می‌گیرد به شرح زیر است.

### فرضیه اصلی

بین مهارت زندگی و سلامت اجتماعی زنان رابطه معناداری وجود دارد.

### فرضیه‌های فرعی

- بین روابط بین فردی و سلامت اجتماعی زنان شهر فردوس رابطه معناداری وجود دارد.
- بین مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری و سلامت اجتماعی زنان شهر فردوس رابطه معناداری وجود دارد.
- بین تفکر انتقادی و خلاق و سلامت اجتماعی زنان شهر فردوس رابطه معناداری وجود دارد.

- بین خودآگاهی و سلامت اجتماعی زنان شهر فردوس رابطه معناداری وجود دارد.
- بین کنترل احساسات و هیجانات و سلامت اجتماعی زنان شهر فردوس رابطه معناداری وجود دارد.
- میانگین سلامت اجتماعی در بین زنان شهر فردوس به تفکیک وضعیت تأهل متفاوت است.
- میانگین مهارت زندگی در بین زنان شهر فردوس به تفکیک وضعیت تأهل متفاوت است.
- میانگین سلامت اجتماعی در بین زنان شهر فردوس به تفکیک تحصیلات متفاوت است.
- میانگین مهارت زندگی در بین زنان شهر فردوس به تفکیک تحصیلات متفاوت است.
- میانگین سلامت اجتماعی در بین زنان شهر فردوس به تفکیک گروه‌های سنی متفاوت است.
- میانگین مهارت زندگی در بین زنان شهر فردوس به تفکیک گروه‌های سنی متفاوت است.

## روش‌شناسی

در این تحقیق، از روش پیمایش برای گردآوری اطلاعات استفاده شده است. همچنین هدف این پژوهش کاربردی و مقطعی است. با توجه به ماهیت موضوع پژوهش، جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش کلیه زنان ۲۰ تا ۴۵ ساله در شهر فردوس واقع در استان خراسان جنوبی بوده است. مطابق سرشماری سال ۱۳۹۵ تعداد کل این گروه‌های سنی در حدود ۶۸۴۵ نفر بوده است. در اینجا از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای مبتنی بر تصادفی ساده استفاده شده است؛ و زنان بین سنین ۲۰ تا ۴۵ ساله به‌عنوان واحد تحلیل و مشاهده انتخاب شده‌اند و از طریق پرسشنامه مصاحبه‌ای اطلاعات جمع‌آوری شده است؛ که با توجه به بودجه و محدودیت زمانی ۳۰۴ نفر به‌عنوان پاسخگویان نهایی بر اساس فرمول کوکران انتخاب شده‌اند.

در این پژوهش برای متغیر سلامت اجتماعی از سؤالات پرسشنامه استاندارد شده کبیز مبتنی بر ۳۳ سؤال استفاده شده است و برای متغیر مهارت زندگی از پرسشنامه استاندارد شده ساعتچی و همکاران مبتنی بر مقیاس ۲۷ گویه ای مورد سنجش قرار گرفته است. دامنه سؤالات پرسشنامه‌های یادشده مبتنی طیف لیکرت با بازه (۱ تا ۵) مورد محاسبه قرار گرفته است.

در جدول زیر به اختصار به تعریف عملیاتی مؤلفه‌های مورد بررسی پرداخته می‌شود.

جدول ۱: تعریف و عملیاتی متغیرها مفهومی

گویه	تعریف عملیاتی	تعریف مفهومی	متغیر وابسته / مستقل
<p>- تصمیم‌گیری در مورد موضوعات مهم برایم دشوار است. - برای حل اکثر مسائل و مشکلات شخصی که در زندگی با آنها مواجه می‌شوم به توان خود اطمینان دارم. - به تصمیمات خودم خیلی اطمینان دارم. - هنگام مواجهه با ایده‌های تحمیلی، مایلیم تصمیم بگیرم چه روشی راه صحیح انجام یک کار است. - قبل از اتخاذ هر تصمیمی، جوانب و عواقب آن را در نظر می‌گیرم.</p>	<p>سنجش افراد نسبت به حل و تصمیم‌گیری فعالانه مسائل</p>	<p>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. به این ترتیب حل مسئله یک فرایند آگاهانه، منطقی و هدفمند است (پور حسینی، ۱۳۹۰: ۸۷).</p>	<p>مسئله تصمیم‌گیری</p>
<p>* در مقابل جمع به‌سختی صحبت می‌کنم. * وقتی با رویدادهای استرس‌زا روبرو می‌شوم سعی می‌کنم جنبه‌های مثبت آن را هم ببینم. * حتی هنگامی که غمگین و گرفته هستم نسبت به آنچه بر من می‌گذرد آگاه هستم. * احساس می‌کنم هیچ وقت نمی‌توانم مشکلاتم را حل کنم. * حتی در شرایط دشوار، بدون کمک خواستن از دیگران می‌توانم گلیم خود را از آب بیرون بکشم.</p>	<p>سنجش وضعیت افراد نسبت به نقاط ضعف و قوت شان</p>	<p>آموختن روش‌های منطقی برای اعمال کنش و واکنش در موقعیت‌های متفاوت (ساویز و بخت‌آزم، ۱۳۸۷: ۸۴).</p>	<p>خودآگاهی</p>

مهارت زندگی

گویه	تعریف عملیاتی	تعریف مفهومی	منتخب وابسته / مستقل
<p>* هنگام بحث یا نوشتن ایده‌ها، مایلم از روش انجام کار دیگران انتقاد نمایم.</p> <p>* من وضعیتی را دوست دارم که بتوانم ایده‌ها و روش‌های خودم را در انجام کارها به کار گیرم.</p> <p>* عادت دارم که نقطه‌نظرها یا ایده‌های مخالف را بررسی و ارزیابی کنم.</p> <p>* دوست دارم ایده‌های خودم را به کار گیرم تا ببینم تا کجا من را به پیش می‌برد.</p> <p>* طرح‌هایی را دوست دارم که بتوانم نقطه‌نظرها و ایده‌های مختلف آنها را مطالعه و ارزیابی نمایم.</p>	<p>توانایی مقابله با مشکلات و تبدیل شدن احساسات منفی به مثبت انجام دادن اموری دقیق و درست</p>	<p>مهارت تحلیل عینی اطلاعات و تجارب است. در تفکر انتقادی ابتدا عوامل مؤثر بر رفتارها و نگرش‌ها مشخص می‌شود و مورد ارزیابی قرار می‌گیرد (قاضی مرادی، ۱۳۹۳: ۵۶).</p>	<p>فکر خلاق و انتقادی</p>
<p>- برایم نسبتاً راحت است که احساساتم را بیان کنم.</p> <p>- بعضی از دوستانم فکر می‌کنند که من آدم عجول و کم‌تحملی هستم.</p> <p>- دوستانم روی حمایت عاطفی من حساب می‌کنند.</p> <p>- وقتی به نظر می‌رسد دیگران حرفم را درک نمی‌کنند، سعی می‌کنم آرام تر و شمرده‌تر صحبت کنم.</p> <p>- روی حمایت دوستانم در حل مشکلات خودم حساب ویژه باز می‌کنم.</p> <p>- همیشه وقتی می‌خواهم تصمیمی بگیرم، از دیگران نظرخواهی می‌کنم.</p> <p>- احساس می‌کنم اگر دیگران را در شادی‌هایم سهیم کنم، بیشتر لذت خواهم برد.</p>	<p>ابراز تمایلات احساسی، عاطفی، حمایتی و درک دیگری</p>	<p>این افراد آن‌هایی هستند که دیگران معمولاً تمایل خود را برای ارتباط با آن‌ها ابراز می‌کنند. چنین اشخاصی به راحتی با دیگران رابطه برقرار می‌کنند و حرف‌هایشان بر دیگران تأثیری می‌گذارد (ساویز و بخت‌آزما، ۱۳۸۷: ۸۴).</p>	<p>روابط نزدیک فردی</p>

گویه	تعریف عملیاتی	تعریف مفهومی	منتیبر وابسته / مستقل
<p>- گاهی احساس می‌کنم مانند یک بشکه باروت آماده انفجار هستم.</p> <p>- حتی در شرایط سخت هم می‌توانم موردی برای شوخی پیدا کنم.</p> <p>- قادر به درک حالات هیجانی خود هستم.</p> <p>- گاهی بدون هیچ دلیلی از جوش می‌آورم و از کوره درمی‌روم</p> <p>- قبل از اتخاذ هر تصمیمی، جوانب و عواقب آن را در نظر می‌گیرم.</p>	<p>سنجش و شناخت مهارت و توانایی مقابله با آن</p>	<p>این توانایی فرد را قادر می‌سازد تا هیجان‌ها را در خود و دیگران تشخیص دهد و بتواند واکنش مناسبی نشان دهد. (کریمی، ۱۳۹۰: ۱۳۰).</p>	<p>کنترل احساسات و هیجانات</p>
<p>- من فکر می‌کنم متعلق به مجموعه‌ای به نام جامعه هستم.</p> <p>- من فکر می‌کنم که بخشی مهم از اجتماعم هستم.</p> <p>- من فکر می‌کنم اگر خواسته یا ایده‌ای برای گفتن داشتم، سایر افراد به من توجه می‌کردند.</p> <p>- جامعه من منبع آرامش و راحتی من است.</p> <p>- من فکر می‌کنم اگر خواسته یا ایده‌ای برای گفتن داشتم جامعه من را جدی نمی‌گرفت.</p> <p>- سایر افراد اجتماع برای من به‌عنوان یک شخص ارزش قائل‌اند.</p> <p>- من نسبت به سایر افراد اجتماعم احساس نزدیکی نمی‌کنم.</p>	<p>احساس تعلق به جامعه و اجتماع و توجه دیگران به فرد</p>	<p>ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است (هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱: ۳۱۷)</p>	<p>انسجام اجتماعی</p>
<p>* رفتار من روی سایر افراد اجتماعم اثر می‌گذارد.</p> <p>* من فکر می‌کنم افراد دیگر قابل اعتماد هستند.</p> <p>* به نظر من مردم مهربان‌اند.</p> <p>* به نظر من مردم خودم‌محورند.</p>	<p>تأثیر مثبت متقابلی که فرد و یا جامعه در به وجود آمدن اعتماد به دیگری و پذیرش وی</p>	<p>ادراک فرد از جامعه با توجه به خصوصیات سایر افراد است. به عبارت دیگر پذیرش تکثر با دیگران و اعتماد به</p>	<p>پذیرش اجتماعی</p>

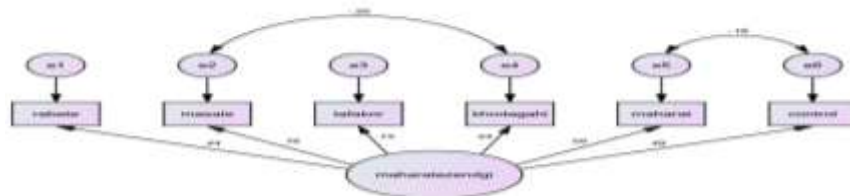
گویه	تعریف عملیاتی	تعریف مفهومی	منتخب وابسته/ مستقل
<p>* من احساس می‌کنم که مردم قابل اعتماد نیستند.</p> <p>* من فکر می‌کنم که مردم فقط برای خودشان زندگی می‌کنند.</p> <p>* من فکر می‌کنم مردم به مشکلات افراد دیگر اهمیت می‌دهند.</p>	<p>از سوی دیگری می‌شود.</p>	<p>خوب بودن ذاتی دیگران. (صفاری نیا، ۱۳۹۴: ۸۹)</p>	
<p>- من فکر می‌کنم می‌توانم کار ارزشمندی به دنیا عرضه کنم.</p> <p>- فعالیت‌های روزانه من هیچ نتیجه ارزنده‌ای برای جامعه ندارد.</p> <p>- من زمان و توان لازم را ندارم تا چیز مهمی به جامعه‌ام عرضه کنم.</p> <p>- من فکر می‌کنم کار من نتیجه مهمی برای جامعه ندارد.</p> <p>- من محصول ارزشمندی برای سهم شدن در اجتماع ندارم.</p> <p>- به نظر من مردم این روزها بیشتر متقلب شده‌اند.</p>	<p>ارزیابی‌های که فرد از ارزش خود دارد و احساس می‌کند که عضو و یا سهم مهمی از جامعه خود است و می‌تواند چیزهای باارزشی برای اطرافیان و جهان خود ارائه دهد.</p>	<p>نوعی کنش هدفمند در فرایند تعاملی بین کنشگر و محیط اجتماعی او در جهت نیل به اهداف معین و از پیش تعیین شده تعریف می‌شود. (صفاری نیا، ۱۳۹۱: ۶۰)</p>	سهم داشت اجتماعی
<p>- من فکر می‌کنم می‌توانم کار ارزشمندی به دنیا عرضه کنم.</p> <p>- فعالیت‌های روزانه من هیچ نتیجه ارزنده‌ای برای جامعه ندارد.</p> <p>- من زمان و توان لازم را ندارم تا چیز مهمی به جامعه‌ام عرضه کنم.</p> <p>- من فکر می‌کنم کار من نتیجه مهمی برای جامعه ندارد.</p> <p>- من محصول ارزشمندی برای سهم شدن در اجتماع ندارم.</p> <p>- به نظر من مردم این روزها بیشتر متقلب شده‌اند.</p>	<p>ارزیابی‌های که فرد از ارزش خود دارد و احساس می‌کند که عضو و یا سهم مهمی از جامعه خود است و می‌تواند چیزهای باارزشی برای اطرافیان و جهان خود ارائه دهد.</p>	<p>نوعی کنش هدفمند در فرایند تعاملی بین کنشگر و محیط اجتماعی او در جهت نیل به اهداف معین و از پیش تعیین شده تعریف می‌شود. (صفاری نیا، ۱۳۹۱: ۶۰)</p>	سهم داشت اجتماعی



گویه	تعریف عملیاتی	تعریف مفهومی	منتخب وابسته/ مستقل
<p>* من معتقدم که اجتماع مانع پیشرفت من است.</p> <p>* من معتقدم که اجتماع در جهت تحقق خواسته‌های من تغییر نمی‌کند.</p> <p>* من فکر نمی‌کنم که تشکیلات اجتماعی نظیر قانون و دولت در زندگی من مؤثر باشند.</p> <p>* من اجتماع را به‌صورت یک تحول دائمی می‌بینم.</p> <p>* به نظر من جامعه مکانی پربار و مفید برای افراد آن است.</p> <p>* به نظر من پیشرفت اجتماعی، مفهومی ندارد.</p> <p>* به نظر من دنیا برای هر فرد دارد مکانی بهتری می‌شود.</p>	<p>احساس نسبت به پیشرفت در جامعه و اعتقاد به اینکه نظام اجتماعی عاملی مؤثر در پیشرفت فرد خواهد بود.</p>	<p>ارزیابی پتانسیل خط سیر جامعه عنوان می‌شود. درک افراد از این موضوع که آن‌ها هم از رشد اجتماعی سود خواهند برد و اینکه نهادها و افراد حاضر در جامعه به شکلی در حال شکوفایی‌اند که نوید توسعه را می‌دهند. (هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱: ۳۱۴)</p>	شکوفایی اجتماعی
<p>- دنیا برای من پیچیده است.</p> <p>- محققین تنها افرادی هستند که می‌توانند آنچه پیرامون دنیای اطرافشان رخ می‌دهد را درک کنند.</p> <p>- من نمی‌توانم بفهمم که در دنیا چه پیش خواهد آمد.</p> <p>- اغلب فرهنگ‌ها آن‌قدر عجیب و بیگانه هستند که من از آن‌ها سر در نمی‌آورم.</p> <p>- به نظر من دنیایی که در آن زندگی می‌کنیم ارزش درک کردن دارد.</p> <p>- به نظر من پیش‌بینی آنچه در اجتماع آینده اتفاق خواهد افتاد، کار سختی است.</p>	<p>احساس درک کردن تغییرات پیچیده جامعه و سازگاری با آن</p>	<p>اعتقاد به اینکه اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است. دانستن و علاقه‌مند بودن به جامعه و مفاهیم مربوط به آن (سام آرام، ۱۳۹۲: ۱۱)</p>	همسنگی اجتماعی

در ادامه جهت اندازه‌گیری اعتبار صوری از نظرات اساتید بهره برده شده است.

همچنین به منظور تعیین اعتبار سازه‌ای متغیرها از تحلیل عاملی تأییدی<sup>۱</sup> با استفاده از نرم‌افزار آموس استفاده شده است. در این تحقیق با توجه به مدل مفهومی که بیان شد می‌شود داده‌های تجربی را بر پایه چند پارامتر نسبتاً اندک، توصیف تبیین یا توجیه می‌کند. این مدل مبتنی بر اطلاعات پیش تجربی درباره ساختار داده‌هاست که می‌تواند (به شکل: ۱) یک تئوری یا فرضیه (۲) یک طرح طبقه‌بندی کننده معین برای گویه‌ها یا پاره تستها در انطباق با ویژگی‌های عینی شکل و محتوا، (۳) شرایط معلوم تجربی و یا (۴) دانش حاصل از مطالعات قبلی درباره داده‌های وسیع باشد. (حیبی و عدنور، ۱۳۹۶) اشکال و جداول زیر بیانگر مقادیر تحلیلی عامل تأییدی برای متغیرهای مورد مطالعه در این تحقیق را نشان می‌دهد.



شکل ۲: مدل تحلیل عاملی تأییدی سازه مهارت زندگی (بارهای استاندارد)

خبرگان آمار معتقدند بارهای عاملی کمتر از ۰/۳ باید حتماً از مدل حذف شوند و بارهای عاملی بالای ۰/۵ خوب و بارهای عاملی بالای ۰/۷ عالی هستند. مدل تحلیل عاملی فوق بیانگر آن است که بارهای استاندارد تمام مؤلفه‌های سازه مهارت‌های

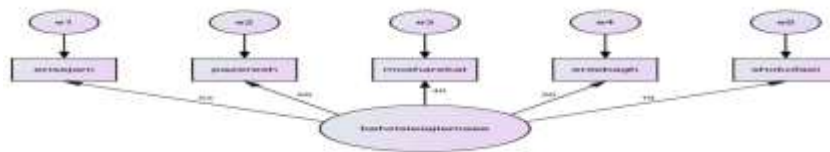
زندگی بالای ۰/۳ هستند و در نتیجه نیاز به حذف هیچ‌یک از آن‌ها نیست (حیسی و عدن‌ور، ۱۳۹۶).

جدول ۲: شاخص‌های برآورد تحلیل عاملی مهارت‌های زندگی

شاخص و محدوده قابل قبول	کای اسکوئر CMIN/DF	درجه آزادی Df	P	GFI	AGFI	RMSEA (۰/۰۸=>)	IFI	CFI
مقدار مدل	۳۶/۱۶	۹	۰/۰۰۰	۰/۹۶	۰/۹۱	۰/۰۸	۰/۹۱	۰/۹۱

کای دو در اطمینان ۹۵ درصد معنی‌دار است؛ اما در مدل ساختاری کای دو نباید معنی‌دار باشد زیرا فرضیه صفر این است که مدل با داده‌ها برازش دارد. هرچند مقدار  $p$  بزرگ‌تر از ۰/۰۵ و یا به عبارت دیگر مقدار کای دو کوچک برازش مناسب مدل را نشان می‌دهد، آزمون کای دو نسبت به انحراف‌های هرچند ناچیز از مدل کامل حساس است؛ بنابراین برای ارزیابی برازش مدل سایر آماره‌های برازش موردنیاز هستند. با توجه به حساسیت کای دو در مقابل پیچیدگی مدل ساختاری، آماره‌های نیکویی برازش گوناگونی ارائه شده‌اند. در مدل ساختاری شاخص‌های برازش زیادی وجود دارد که وابستگی زیادی به حجم نمونه ندارند و همه آن‌ها باید تا حد امکان به ۱ نزدیک باشند که در این صورت مدل نظری با مدل تجربی واقعی برازش دارد. در جدول فوق همه این شاخص‌ها بزرگ‌تر از ۰/۹۰ هستند. مقدار REMSEA هم ۰/۰۸

است که بیانگر برازش خوب مدل هست.



شکل ۳: مدل تحلیل عاملی تأییدی سازه سلامت اجتماعی (بارهای استاندارد)

جدول ۳: شاخص‌های برآورد تحلیل عاملی سلامت اجتماعی

CFI ( $\geq 0.9$ )	IFI ( $\geq 0.9$ )	RMSEA ( $\leq 0.08$ )	AGFI ( $\geq 0.08$ )	GFI ( $\geq 0.9$ )	P	درجه آزادی Df	کای سکوئر CMIN/DF	شاخص و محدوده قابل قبول
0.92	0.92	0.08	0.93	0.97	0.006	5	16/31	مقدار مدل

با توجه به توضیحات فوق، همان‌طور که در جدول نیز مشاهده می‌شود، همه شاخص‌ها بزرگ‌تر از 0.90 بوده و مقدار REMSEA هم 0.08 هست که بیانگر برازش خوب مدل است.

با توجه به مباحث روش‌شناختی در این تحقیق از روایی صوری (توافق داوران) بهره برده شده است. همچنین از آلفای کرونباخ جهت پایایی سؤالات در بین جامعه مورد مطالعه استفاده شده است؛ مقدار آلفای سازه سلامت اجتماعی برابر 0.716 و برای مهارت زندگی برابر 0.740 به دست آمده است. علاوه بر این باید اشاره به این کرد که یافته‌های پاسخگویان براساس آمار توصیفی و استنباطی و با به کارگیری از نرم‌افزار

Spss۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد.

جدول ۴: ضریب پایایی متغیرهای مستقل و وابسته

متغیر / مؤلفه	تعداد گویه‌ها	آلفای کرونباخ
حل مسئله و تصمیم‌گیری	۵	۰/۶۲۳
خودآگاهی	۵	۰/۶۷۴
تفکر انتقادی و خلاق	۵	۰/۶۲۲
روابط بین فردی	۷	۰/۶۱۵
کنترل احساسات و هیجانات	۵	۰/۶۵۹
مهارت زندگی	۲۷	۰/۷۴۰
انسجام اجتماعی	۷	۰/۶۶۱
پذیرش اجتماعی	۷	۰/۶۶۰
سهام داشت اجتماعی	۶	۰/۶۸۵
انطباق اجتماعی	۶	۰/۶۵۲
شکوفایی اجتماعی	۷	۰/۶۹۷
سلامت اجتماعی	۳۳	۰/۷۱۶

### یافته‌های پژوهش

#### یافته‌های توصیفی

ابتدا اشاره‌ای به ویژگی‌های جمعیت شناختی جامعه مورد مطالعه کرده جدول ذیل به‌اجمال این ویژگی‌ها را بیان می‌کند.

**جدول ۵: خلاصه توزیع فراوانی متغیرهای زمینه‌ای زنان**

سطح تحصیلات	ابتدایی (۳٪)، راهنمایی (۴/۹٪)، دیپلم (۲۵/۷٪)، فوق‌دیپلم (۲۱/۱٪)، لیسانس (۴۱/۸٪)، فوق‌لیسانس (۶/۳٪)
وضعیت تأهل	مجرد (۲۳٪)، متأهل (۶۶/۸٪)، مطلقه (۶/۹٪)، همسر فوت‌شده (۳/۳٪)
سن	بین ۲۰ تا ۲۵ سال (۲۵٪) بین ۲۵ تا ۲۹ سال (۳۱٪)، بین ۳۰ تا ۳۴ سال (۱۷/۸٪)، بین ۳۵ تا ۳۹ سال (۱۴/۱٪) بین ۴۰ تا ۴۵ سال (۱۲/۲٪)

علاوه بر نتایج جدول بالا که خود بیانگر وضعیت متغیرهای زمینه‌ای جامعه مورد مطالعه است از مجموع نتایج جداول متغیرهای زمینه‌ای تحقیق می‌توان این را بیان کرد که بیشترین فراوانی در گروه سنی ۲۵-۲۰ ساله و کمترین در گروه سنی ۴۵-۴۱ ساله است. در مجموع میانگین سنی پاسخگویان برابر با ۲۹/۶۹ سال بوده است. بر اساس شاخص وضعیت تأهل در حدود ۳۰ درصد زنان مجرد، ۷۰ درصد متأهل بوده است. همچنین میزان تحصیلات دانشگاهی زنان در مقاطع (کاردانی و کارشناسی) ۷۰ درصد تحصیلات متوسطه و دیپلم ۲۵ درصد و در مقاطع زیر دیپلم در حدود ۵ درصد زنان بوده است.

**جدول ۶: خلاصه توزیع فراوانی پاسخگویان در متغیرهای مورد مطالعه**

شاخص‌ها	مقادیر	کم	متوسط	زیاد	میانگین	انحراف معیار
---------	--------	----	-------	------	---------	--------------

شاخص‌ها	مقادیر	کم	متوسط	زیاد	میانگین	انحراف معیار
انسجام اجتماعی	فراوانی	۱۹	۲۲۲	۶۳	۳/۲۳۵	۰/۴۲۶۶۷
	درصد معتبر	۶/۳	۷۳	۲۰/۸		
پذیرش اجتماعی	فراوانی	۲۱	۱۸۶	۹۷	۳/۲۵۰	۰/۶۰۲۸
	درصد معتبر	۶/۹	۶۱/۴	۳۲		
مشارکت اجتماعی	فراوانی	۵۴	۱۸۷	۶۳	۳/۳۷۸	۰/۵۰۰۴۵
	درصد معتبر	۱۷/۸	۶۱/۵	۲۰/۷		
پیوستگی اجتماعی	فراوانی	۳۵	۱۹۳	۷۶	۳/۴۸۴	۰/۴۶۲۲۳
	درصد معتبر	۱۱/۵	۶۳/۵	۲۵		
شکوفایی اجتماعی	فراوانی	۳۴	۲۲۸	۳۹	۲/۰۰	۰/۵۰۰۷
	درصد معتبر	۱۱/۳	۷۵/۷	۱۳		
سلامت اجتماعی	فراوانی	۴۹	۲۱۸	۳۷	۳/۲۸۱	۰/۲۸۲۵۹
	درصد معتبر	۱۶	۷۲	۱۲		
حل مسئله و تصمیم‌گیری	فراوانی	۲۰	۱۸۲	۱۰۲	۳/۵۹۶	۰/۵۸۸۴۴
	درصد معتبر	۶/۶	۵۹/۹	۳۳/۶		
خودآگاهی	فراوانی	۱۶	۱۹۱	۹۷	۲/۸۷	۰/۵۴۹۲
	درصد معتبر	۵/۳	۶۲/۸	۳۱/۹		
تفکر انتقادی و اخلاق	فراوانی	۱۶	۱۸۹	۹۹	۳/۴۲۱	۰/۵۴۹۶۶
	درصد معتبر	۵/۳	۶۲/۲	۳۲/۶		
روابط بین فردی	فراوانی	۱۷	۱۸۸	۹۹	۳/۳۱۳	۰/۴۵۷۹۸

شاخص‌ها	مقادیر	کم	متوسط	زیاد	میانگین	انحراف معیار
	درصد معتبر	۵/۶	۶۲	۳۲/۶		
کنترل احساسات و هیجانات	فراوانی	۹۷	۱۶۲	۴۵	۲/۸۳۶	۰/۶۵۸۸۰
	درصد معتبر	۳۱/۹	۵۳/۳	۱۴/۸		
مهارت زندگی	فراوانی	۷	۲۴۷	۵۰	۳/۲۶۱	۰/۳۳۴۰۵
	درصد معتبر	۲/۱	۸۱/۵	۱۶/۴		

با توجه به نتایج جدول بالا باید بیان کرد که در حدود ۸۰ درصد از پاسخگویان بیشتر از میانگین متغیر مهارت زندگی که براساس طیف لیکرت (۲/۵) است تمایل به یادگیری مؤلفه‌های مهارت زندگی داشته‌اند. در بین مؤلفه‌های این متغیر مؤلفه کنترل احساسات و هیجانات کمترین میانگین را داشته است. همچنین میانگین سلامت اجتماعی زنان بالاتر از حد متوسط طیف لیکرت که بر مبنای (۲/۵) است مقدار مربوطه متوسط روبه بالاست. همچنین در بین مؤلفه‌های متغیر وابسته میانگین شکوفایی اجتماعی کمتر از حد متوسط طیف لیکرت و میانگین انطباق اجتماعی یا همان پیوستگی اجتماعی بیشتر از دیگر مؤلفه‌های متغیر یاد شده بوده است. در مجموع وضعیت میانگین‌های مؤلفه‌های متغیرهای مورد مطالعه در این تحقیق از حد متوسط در زمان جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه روبه بالا بوده است

### یافته‌های استنباطی

جدول ۷: آزمون تحلیل واریانس مهارت زندگی و سلامت اجتماعی با وضعیت تأهل



وضعیت تأهل	منبع متغیر	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	Sig	تأیید/رد
مهارت زندگی	بین گروهی	۳	۵۳۶/۱۸۸	۴/۲۹۲	۰/۰۰۶	تأیید می‌شود.
	درون گروهی	۳۰۰	۱۲۴/۹۲۶			
	کل	۳۰۳				
سلامت اجتماعی	بین گروهی	۳	۰/۰۰۷	۰/۰۸۹	۰/۹۶۶	رد می‌شود.
	درون گروهی	۳۰۰	۰/۰۸۱			
	کل	۳۰۳				

با توجه به نتایج جدول فوق سطح معناداری (Sig) برای متغیر مهارت زندگی پایین‌تر از مقدار ۰/۰۵ است؛ از این رو تفاوت میانگین‌ها بین زنان و وضعیت تأهل آنان تأیید می‌شود. در حالی که سطح معناداری سلامت اجتماعی که سطح معناداری آن بالاتر از مقدار ۰/۰۵ است بیانگر عدم تفاوت بین وضعیت تأهل زنان در این تحقیق بوده است؛ به بیان دیگر اینکه سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن برای همه زنان یکسان بوده و تفاوتی یافت نمی‌شود.

جدول ۸: آزمون تحلیل واریانس مهارت زندگی و سلامت اجتماعی با گروه سنی

گروه سنی	منبع متغیر	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	Sig	تأیید/رد
مهارت زندگی	بین گروهی	۴	۰/۲۵۹	۲/۳۵۹	۰/۰۴۴	تأیید می‌شود
	درون گروهی	۲۹۹	۰/۱۱۰			

				۳۰۳	کل	
تأیید می‌شود.	۰/۰۲۴	۲/۸۶۲	۰/۲۲۳	۴	بین گروهی	سلامت اجتماعی
			۰/۰۷۸	۲۹۹	درون گروهی	
				۳۰۳	کل	

با توجه به نتایج جدول فوق سطح معناداری (Sig) برای متغیر سلامت اجتماعی و مهارت زندگی پایین‌تر از مقدار ۰/۰۵ است؛ از این رو تفاوت میانگین‌ها بین گروه‌های سنی زنان با متغیرهای مورد سنجش تأیید می‌شود. پس بر اساس مقادیر به دست آمده از جدول و توضیحات بیان شده بهره‌مندی از مؤلفه‌های مهارت زندگی و همچنین ابعاد سلامت اجتماعی با توجه به گروه‌های سنی زنان تفاوت داشته و برابر با هم نبوده‌اند.

جدول ۹: آزمون تحلیل واریانس مهارت زندگی و سلامت اجتماعی با گروه‌های تحصیلی

وضعیت تأهل	منبع متغیر	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	Sig	تأیید/رد می‌شود.
مهارت زندگی	بین گروهی	۵	۰/۴۸۷	۴/۶۲۷	۰/۰۰۰	تأیید می‌شود.
	درون گروهی	۲۹۸	۰/۱۰۵			
	کل	۳۰۳				
سلامت اجتماعی	بین گروهی	۵	۰/۰۶۲	۰/۷۷۵	۰/۵۶۸	رد می‌شود.
	درون گروهی	۲۹۸	۰/۰۸۰			

				۳۰۳	کل	
--	--	--	--	-----	----	--

با توجه به نتایج جدول فوق مقدار سطح معناداری (Sig) برای متغیر مهارت زندگی پایین‌تر از مقدار ۰/۰۵ است؛ از این رو تفاوت میانگین‌ها بین گروه‌های تحصیلی زنان تائید می‌شود و زنان با گروه‌های تحصیلی متفاوت در جامعه مورد مطالعه در خصوص مهارت‌های زندگی باهم تفاوت داشته‌اند. درحالی‌که مقدار سطح معناداری (Sig) سلامت اجتماعی که بالاتر از ۰/۰۵ است بیانگر عدم تفاوت بین گروه‌های تحصیلی زنان را بیان می‌کند. این نتایج حاکی از آن است که مؤلفه‌های سلامت اجتماعی برای همه زنان با گروه‌های تحصیلی متنوع یکسان بوده و تفاوتی یافت نمی‌شود.

جدول ۱۰: ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای اصلی و فرعی تحقیق

متغیر مستقل	متغیر وابسته	شدت رابطه	سطح معناداری	نوع آزمون همبستگی	نتیجه آزمون	نوع رابطه
سلامت اجتماعی	حل مسئله و تصمیم‌گیری	۰/۳۳۰	۰/۰۰۰	پیرسون	تأیید	مثبت
	خودآگاهی	۰/۳۹۱	۰/۰۰۰	پیرسون	تأیید	مثبت
	تفکر انتقادی و اخلاق	۰/۲۷۶	۰/۰۰۰	پیرسون	تأیید	مثبت
	روابط بین فردی	۰/۴۳۶	۰/۰۰۰	پیرسون	تأیید	مثبت
	کنترل احساسات و هیجانات	۰/۲۶۳	۰/۰۰۰	پیرسون	تأیید	مثبت
	مهارت زندگی	۰/۲۴۵	۰/۰۰۰	پیرسون	تأیید	مثبت

یافته‌های جدول بالا میزان و شدت رابطه میان متغیرهای تحقیق (مهارت زندگی و ابعاد آن و سلامت اجتماعی) را نشان می‌دهد. در کلیه موارد روابط فرضی تحقیق تأیید می‌شوند مطابق جدول میزان همبستگی بین همه متغیرها با سطح معنی‌داری کوچکتر از ۰/۰۰۰ و شدت رابطه ضعیف نشان‌دهنده رابطه معنادار مستقیم بین مهارت زندگی و مؤلفه‌های آن با سلامت اجتماعی بوده است. نتایج نشان می‌دهد که رابطه معنادار و بین همه مؤلفه‌های مهارت زندگی و سلامت اجتماعی وجود دارد. در نهایت همبستگی کل بین متغیر مهارت زندگی و متغیر سلامت اجتماعی مورد سنجش قرار گرفت که میزان همبستگی آن با شدت ۰/۲۴۵ و سطح معناداری ۰/۰۰۰ فرض تحقیق را تأیید کرد.

نتایج گواه این است که رابطه مستقیم معناداری با شدت ضعیف بین مهارت زندگی و متغیر وابسته سلامت اجتماعی وجود دارد.

جدول زیر نتایج اصلی رگرسیون خطی چند متغیره بر مبنای روش همزمان<sup>۱</sup> را نشان می‌دهد. برای این که میزان رابطه مؤلفه‌های متغیر مستقل بر متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) تحلیل شود از این آزمون استفاده شده است. در این جدول، ضریب بتا اهمیت نسبی مؤلفه‌ها را بیان می‌کند و بزرگ بودن بتا اهمیت و نقش آن را در پیشگویی متغیر وابسته مشخص می‌کند.

جدول ۱۱: رگرسیون خطی چند متغیره مؤلفه‌های متغیر مستقل با متغیر وابسته

متغیرهای مستقل	ضرایب معیار نشده		T	ضرایب معیار شده		عامل تورم واریانس (vif)
	B	خطای معیار		بتا	ضریب تورانس	
مقدار ثابت	۹۵/۴۱۶	۵/۱۱۱	۱۷/۵۱۳	-	-	-
حل مسئله و تصمیم‌گیری	۴/۱۹۰	۰/۹۴۳	۴/۴۴۴	۰/۳۶۱	۰/۷۷۷	۱/۲۸۷
خودآگاهی	۲/۲۲۷	۰/۹۴۰	۱/۲۹۵	۰/۱۱۷	۰/۹۲۱	۱/۰۸۶
تفکر انتقادی و خلاق	۱/۱۸۰	۰/۹۹۴	۱/۱۸۷	۰/۱۷۱	۰/۷۵۵	۱/۳۲۵
کنترل احساسات و هیجانات	۱/۴۷۵	۰/۸۵۲	۱/۵۵۳	۰/۲۳۲	۰/۹۳۴	۱/۰۷۱
روابط بین فردی	۱/۳۹۲	۰/۹۶۸	۱/۴۳۸	۰/۱۹۴	۰/۸۰۷	۱/۲۳۹

1. Enter

آزمون	سطح معناداری (Sig)	آماره F	خطای استاندارد شده	ضریب ( $R^2$ ) تعدیل شده	مجدورات (R)	ضریب همبستگی (R)
دوربین ۱ واتسون	۰/۰۰۰	۶/۸۴۰	۰/۲۶۹۸۹	۰/۱۸۸	۰/۱۰۳	۰/۳۲۱

نتایج جدول بالا حاکی از رابطه مؤلفه‌های مهارت زندگی با سلامت اجتماعی است که از میان این مؤلفه‌ها در مدل رگرسیونی، به ترتیب متغیرهای حل مسئله، کنترل احساسات و هیجانات، روابط بین فردی، تفکر انتقادی و خلاق و خودآگاهی به ترتیب بیشترین مقادیر ضریب بتا را داشته‌اند و تا حد متوسط روبه پایین متغیر سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند. همچنین متغیر حل مسئله و تصمیم‌گیری با بالاترین ضریب بتا در سطح معناداری ۰/۰۰۰ بیشترین سهم در تبیین متغیر سلامت اجتماعی زنان دارد. با توجه به اینکه در این پژوهش مقادیر t برای همه متغیرها در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار هستند؛ بنابراین نتیجه می‌گیریم که متغیرهای مورد نظر تأثیر معنی‌دار اما کم در تبیین متغیر وابسته داشته‌اند.

بر اساس یافته‌های جدول ۱۰، در مبحث رگرسیون خطی در جهت هم خط نبودن متغیرهای مستقل از آماره تولرانس و عامل تورم واریانس (vif) استفاده شده است. با توجه به اینکه ضریب تولرانس بین (۰) تا (۱) در نوسان است و نشان می‌دهد که متغیرهای مستقل تا چه اندازه رابطه هم خطی با یکدیگر دارند، هر چه مقدار تولرانس

بیش‌تر (نزدیک به عدد ۱) باشد میزان هم خطی کمتر است و برعکس هرچه مقدار تولرانس کم‌تر (نزدیک به صفر باشد) نشان می‌دهد که میزان هم خطی بالاست و خطای استاندارد ضرایب رگرسیون از تورم بالایی برخوردار است (حبیب پور گتایی و صفری شالی، ۱۳۹۰: ۵۰۹-۵۱۰) با توجه به نتایج ضرایب تولرانس مؤلفه‌های (حل صفری شالی، ۱۳۹۰: ۵۰۹-۵۱۰) با توجه به نتایج ضرایب تولرانس مؤلفه‌های (حل کنترل احساسات و هیجانات، خودآگاهی، روابط بین فردی، حل مسئله و تصمیم‌گیری و تفکر انتقادی و خلاق) به ترتیب با بیشترین مقدار نزدیک به عدد (۱) بیانگر این است که میزان هم خطی کمتر است به عبارتی می‌توان گفت این مؤلفه‌ها از وضعیت خوبی برای تبیین متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) در زمان اجرای پژوهش برخوردار بوده‌اند. همچنین مقدار عامل تورم واریانس به این اشاره می‌کند که هر چه این مقدار از عدد (۲) بزرگ‌تر باشد، میزان هم خطی بیشتر است (همان: ۵۱۰). باید بیان کرد که نتیجه و نحوه تفسیر عامل تورم واریانس معکوس تولرانس است به این معنا که هرچه مقدار تولرانس بیش‌تر باشد، مقدار عامل تورم واریانس کم‌تر است و بالعکس (همان: ۵۱۰). با توجه به اینکه میزان مؤلفه‌های مهارت زندگی نزدیک به عدد ۲ نیست و فاصله زیادی با عدد ۲ دارند می‌توان بیان کرد که از طریق این آزمون هم خطی بین مؤلفه‌های مهارت زندگی بر سلامت اجتماعی زنان پایین است و این آزمون در این تحقیق برای هم خطی بودن بین متغیرها خوب نیست.

مقدار ضریب همبستگی (R) بین متغیرها ۰/۳۲۱ به دست آمده است که نشان می‌دهد بین مجموعه مؤلفه‌های متغیر مستقل با وابسته رابطه همبستگی خیلی نه‌چندان

قوی در زمان پژوهش وجود نداشته است. مقدار ضریب تعیین تعدیل شده برابر با ۰/۱۸۸ است که بیانگر این است که نزدیک به ۱۸ درصد از کل تغییرات میزان سلامت اجتماعی در بین زنان متأثر از مؤلفه‌های متغیر مهارت زندگی در این معادله است. مقدار آماره  $F(6/840)$  که در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۰۰ معنادار است، می‌توان نتیجه گرفت که مدل رگرسیونی پژوهش مرکب از مؤلفه‌های متغیر مستقل و متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) مدلی است که می‌تواند در حد متوسط روبه کم متغیر وابسته را تبیین کند. همچنین باید بیان کرد که با توجه به اینکه آماره دورین واتسون بین ۰ تا ۴ است. اگر بین باقیمانده‌ها همبستگی متوالی وجود نداشته باشد، مقدار این آماره باید به ۲ نزدیک باشد. اگر به صفر نزدیک باشد نشان‌دهنده همبستگی مثبت و اگر به ۴ نزدیک باشد نشان‌دهنده همبستگی منفی است. در مجموع اگر این آماره بین ۱/۵ تا ۲/۵ باشد جای نگرانی نیست (حبیبی، ۱۳۹۷) بر این اساس چون مقدار آزمون مذکور در این تحقیق برابر با (۱/۵۰۱) به دست آمده است بنابراین مفهوم مستقل بودن متغیر این پژوهش اثبات شده و به این معنی است که نتایج مشاهده تأثیری بر دیگر مشاهدات نداشته است.

در راستای نتایج رگرسیون آزمون تحلیل مسیر در جهت تأثیر مستقیم و غیرمستقیم بر متغیر سلامت اجتماعی جهت آگاهی در جدول زیر توصیف شده است.

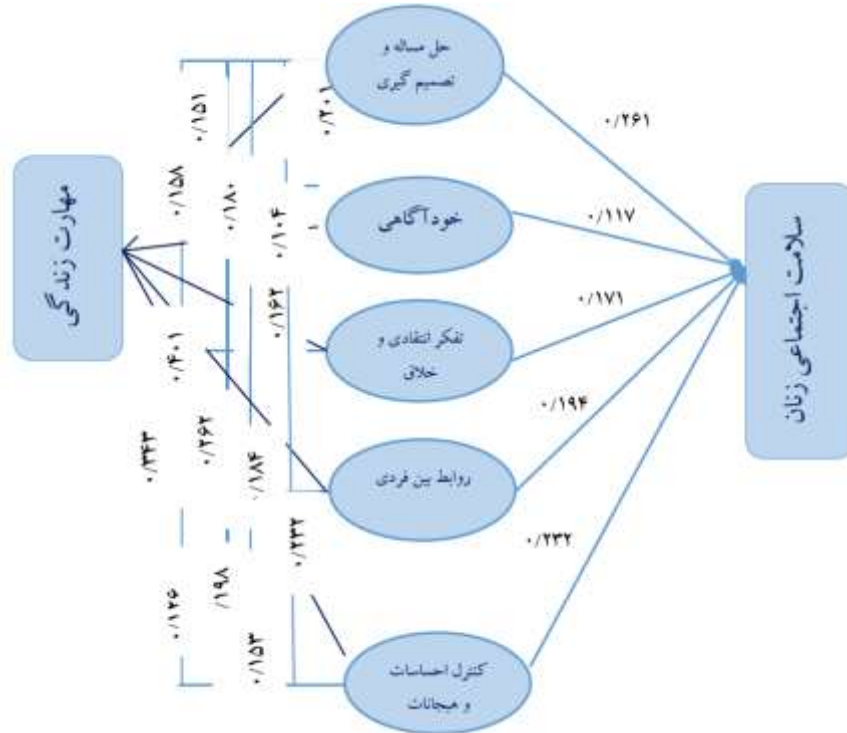
جدول ۱۲: اثر کل متغیر مستقل و مؤلفه‌های آن بر متغیر وابسته (سلامت اجتماعی)

متغیر مستقل	متغیر	اثر	اثر غیرمستقیم	اثر کل
-------------	-------	-----	---------------	--------



	وابسته	مستقیم	
حل مسئله و تصمیم‌گیری	سلامت اجتماعی	۰/۲۶۱	۰/۰۰۲۷+۰/۲۶۱=۰/۲۶۳ ۰/۱۵۸*۰/۴۰۱*۰/۳۴۳*۰/۱۲۶=۰/۰۰۲۷
خودآگاهی		۰/۱۱۷	۰/۰۰۱۲+۰/۱۱۷=۰/۱۱۸ ۰/۱۵۱*۰/۱۶۱*۰/۲۶۲*۰/۱۹۸=۰/۰۰۱۲
تفکر انتقادی و خلاق		۰/۱۷۱	۰/۰۰۱۹+۰/۱۷۱=۰/۱۷۲ ۰/۳۸۹*۰/۱۸۰*۰/۱۸۴*۰/۱۵۳=۰/۰۰۱۹
روابط بین فردی		۰/۱۹۴	۰/۰۰۱۰+۰/۱۹۴=۰/۱۹۵ ۰/۱۶۴*۰/۲۲۹*۰/۱۶۵*۰/۱۷۴=۰/۰۰۱۰
کنترل احساسات و هیجانات		۰/۲۳۲	۰/۰۰۷۸+۰/۲۳۲=۰/۲۳۹ ۰/۲۰۱*۰/۱۰۴*۰/۱۶۲*۰/۲۳۲=۰/۰۰۷۸

همین‌طور که از نتایج جدول برمی‌آید مؤلفه حل مسئله و تصمیم‌گیری، کنترل احساسات و هیجانات، روابط بین فردی، تفکر انتقادی و خلاق و خودآگاهی به ترتیب از نظر کلیت رابطه‌ای بیشتری با سلامت اجتماعی زنان در این تحقیق داشته‌اند.



شکل ۴: نمودار تحلیل مسیر

### بحث و نتیجه گیری

مشکلات اساسی در زندگی شهروندان امری اجتناب‌ناپذیر است و افراد جامعه برای حل این مسائل در تلاش‌اند که از توانایی‌ها و ظرفیت‌های خود در راستای ارتقاء کیفیت زندگی‌شان بهره ببرند، لذا ضروری است که سلامت اجتماعی به‌عنوان بعدی از کیفیت زندگی سلامت‌محور در نظر گرفت شود که می‌تواند با آموزش مهارت

زندگی که از درون ساختارهای زندگی اجتماعی منتج شده مرتبط باشد و به‌عنوان یک پدیده آسایشی در ارتباط با دیگر پدیده‌ها مورد تبیین، تفسیر، سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی قرار گیرد.

سلامت اجتماعی در راستای توانمندسازی زنان نقش بارزی در توسعه پایدار جامعه دارد. این حوزه با تأسی از مؤلفه‌های مهارت زندگی در پویا بودن زنان می‌تواند سهم مهمی داشته باشد. هدف از این پژوهش، مطالعه مهارت زندگی و مؤلفه‌های آن با سلامت اجتماعی زنان شهر فردوس در خراسان جنوبی بوده است. این پژوهش مبتنی بر رویکرد کمی محور و راهبرد پیمایش (توصیفی و همبستگی) و بر اساس ابزار پرسشنامه استاندارد شده در قالب طیف لیکرت مورد ارزیابی قرار گرفته است.

با توجه به نتایج باید اشاره کرد که میانگین متغیرهای مستقل و وابسته در زمان جمع‌آوری اطلاعات در حد متوسط روبه بالایی به‌دست آمده که نشان‌دهنده این است زنان از منظر برخورداری از دریافت بسته‌های آموزشی مهارت زندگی و تغییر سبک زندگی سلامت‌محور با توجه به پتانسیل‌های اجتماعی و فرهنگی شهر باید بیشتر مورد حمایت قرار گیرند.

این یافته‌ها به‌طور کل با نتایج تحقیق شربتیان و علیزاده خانقاهی (۱۳۹۶) و با بخشی از یافته‌های رنج‌دوست و علیزاده (۱۳۹۷) و پاک‌نژاد و قائد محمدی (۱۳۹۴) در راستای موضوع مورد مطالعه همخوانی کلی در جهت تأیید مستقیم رابطه بین

متغیرهای اصلی را به همراه داشته است اما با توجه به ساختار فرهنگی و اجتماعی شهر فردوس که تا حدی تحولات پایدار توسعه محور در آن کمتر ملموس است، باید اشاره به این کرد که نتایج این پژوهش در سطح یافته‌های استنباطی از ارزیابی بالا و قوی برخوردار نبوده است. بر این اساس توجه لازم به ضرورت یادگیری مؤلفه‌های مهارت زندگی و اجرایی بسته‌های آموزشی در سطح زندگی خانوادگی و اجتماعی می‌تواند به استمرار سلامت پایدار زنان منجر به گردد؛ به عبارت دیگر با توجه به نتایج باید اشاره کرد که در جامعه‌ای که فرصت برابری و عدالت برای همه اعضا وجود نداشته باشد، به تبع آن سلامت اجتماعی کم‌رنگ می‌گردد و اعضای جامعه عملکرد مثبتی با مخاطبان ندارد و این نکته نشانگر این است که اجرای مؤلفه‌های مهارت کم‌رنگ در سطح زندگی شده است. در واقع در جامعه‌ای که شکاف بین اعضای آن کم باشد و اعضاء نسبت به هم احساس نزدیکی کنند، این امر می‌تواند منبعی از اعتماد، اطمینان، آرامش و بروز عملکردهای مثبت باشد، بنابراین چنین فردی، نقش سازنده و مثبتی در سرنوشت خود، خانواده و جامعه خواهد داشت. پس استمرار آموزشی مهارت زندگی برای زنان آنان را تبدیل به یک نیروی بالفعل اجتماعی می‌کند که می‌تواند به شکوفایی توانمندی‌های فردی و اجتماعی تبدیل کند.

نتایج سطح معناداری آزمون فیشر در ارتباط با تحلیل واریانس متغیرهای جمعیت شناختی با متغیرهای مورد سنجش در این تحقیق حاکی از آن است که متغیر مهارت زندگی در ارتباط با متغیرهای زمینه‌ای چون وضعیت تأهل، تحصیلات و گروه‌های

سنی زنان از تفاوت میانگین برخوردار بوده و متغیرهای زمینه‌ای وضعیت تأهل، گروه‌های تحصیلی زنان با متغیر سلامت اجتماعی برابر بوده و تفاوتی مشاهده نشده است. همچنین باید بیان کرد که در این پژوهش تفاوت میانگین بین گروه‌های سنی زنان و سلامت اجتماعی وجود داشته است.

با توجه به آنچه بیان شد در هیچ‌یک از تحقیقات انجام شده در بخش پیشینه‌های این نوشته حاکی از آن بوده که رابطه متغیرهای زمینه‌ای با متغیرهای اصلی تحقیق مورد تشریح و تبیین قرار نگرفته است. همچنین باید اشاره کرد که گروه سنی بین ۲۰ تا ۲۵ ساله زنان بهتر از سایر گروه‌های سنی در این پژوهش از آموزش مهارت‌های زندگی و اجرای آن در طول زندگی استقبال می‌کنند و زنان تحصیل کرده به نسبت زنان برخوردار از تحصیلات پایین‌تر از این آموزش‌ها استقبال کرده‌اند و همچنین افراد متأهل به نسبت زنان مجرد از این آموزش‌ها در طول زندگی بیشتر تمایل دارند اما در بحث متغیر سلامت اجتماعی با توجه به اینکه میانگین این متغیر و مؤلفه‌های آن در سطح از وضعیت مطلوبی هم برخوردار بوده است از منظر زنان تفاوتی در کسب آن مشاهده نشده است و می‌توان در ساختار روبه توسعه و تحول این شهرستان برای اقشار مختلف زنان برنامه‌هایی تدوین کرد که سلامت اجتماعی آنان را بهبود بخشد.

با توجه به اینکه نتایج فرضیه‌های مورد بررسی در این پژوهش در سطح معناداری باهم رابطه داشته‌اند مهارت زندگی می‌تواند در ارتقاء سلامت اجتماعی نقش داشته

باشد؛ که با نتایج تحقیقات رنجدوست و علیزاده (۱۳۹۷)، شربتیان و علیزاده خانقاهی (۱۳۹۶)، پاک‌نژاد و قائد محمدی (۱۳۹۴)، یحیی زاده و عرب‌گری (۱۳۹۴) همخوانی داشته است اما نتایج این پژوهش حاکی از آن است که رابطه معناداری شدت ضعف داشته است و مؤید این مطلب است که ضرورت اجرای برنامه‌های آموزش و نهادینه‌سازی مهارت زندگی و مؤلفه‌های آن باید در راستای سلامت اجتماعی از سوی برنامه ریزان اجتماعی مورد توجه قرار گیرد؛ به عبارت دیگر با ارتقاء مهارت زندگی، سلامت اجتماعی زنان نیز بالا می‌رود. 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).

از سویی دیگر با توجه به نتایج آزمون رگرسیون مبنی بر رابطه مهارت زندگی بر سلامت اجتماعی گویای این است که متغیر مستقل (مهارت زندگی) و مؤلفه‌های آن

در حدود ۳۲ درصد تغییرات متغیر سلامت اجتماعی را تبیین می‌کند. با توجه به این نکته می‌توان گفت که متغیر مهارت زندگی تأثیر معنادار تقریباً نه‌چندان قوی بر سلامت اجتماعی زنان جامعه دارد، این مطلب گویای این است که یادگیری مهارت زندگی در سطح جامعه موضوعی اساسی است که می‌تواند رشد قابل ملاحظه‌ای در کیفیت و کمیت سلامت افراد به وجود آورد.

به‌طور کلی با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان بیان کرد که 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 (حاتمی، ۱۳۸۹: ۴۶-۴۵). پس مهارت‌های زندگی در شکوفایی اجتماعی افراد تأثیر چشمگیری دارند. 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 زندگی است. زنانی که به چنین مهارت‌هایی رسیده

باشند و مؤلفه‌های آن را فراگرفته باشد احتمال کمتری دارد که سلامتشان خدشه‌دار شود.

در ادامه باید بیان کرد که سلامت اجتماعی مفهومی است که به ارتباط بین دو مفهوم سلامت و اجتماع اشاره می‌کند. با توجه به اینکه 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 قرار داد. 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، از طریق ایجاد بسترهای مناسب آموزش مهارت‌های زندگی می‌توانند به ارتقای سلامت اجتماعی خود پردازند از سوی دیگر اهمیت یادگیری این مهارت‌ها زمانی مشخص می‌شود که بدانیم آموزش این بسته‌ها موجب ارتقای توانمندسازی روانی و اجتماعی زندگی مان از جمله سلامت می‌گردد، پس مهارت زندگی در ارتباط با رویکرد سلامت محور زندگی زنان به مجموعه‌ای از توانایی‌ها گفته می‌شود که زمینه سلامت رفتاری مثبت و مفید برای فرد فراهم می‌کند و فرد را توانمند 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 استمرار و مداومت،



پرورش می‌یابد و فرد را برای روبرو شدن با مسائل زندگی، ارتقاء توانایی‌های روانی، اجتماعی و بهداشتی آماده می‌کنند (بهاری و شفیق‌پور، ۱۳۸۴: ۵۲). بر این اساس یادگیری مهارت‌ها در زندگی زنان، راه دستیابی به سلامت پایدار، حقوق، دسترسی به اطلاعات، خدمات اجتماعی، مشارکت در تصمیم‌گیری و فعالیت‌های مؤثر بر زندگی را مهیا می‌سازد.

در همین راستا می‌توان بیان کرد که برای سلامت اجتماعی جامعه مورد مطالعه در گام اول باید زنان احساس کنند که بخشی از اجتماعشان هستند و به آن تعلق دارند و همه جنبه از سوی جامعه حمایت می‌شوند و سهمی در پیشرفت آن دارند؛ به عبارت دیگر در واقع زنان باید آموزش ببینند که نقطه اشتراکی بین آن‌ها و جامعه وجود دارد که رفتار شهروندی آن‌ها را در جامعه می‌سازد (انسجام اجتماعی). در گام دوم زنان باید از طریق بسته‌های مهارت زندگی یاد بگیرند که نسبت به آینده خود و اجتماعشان امیدوار باشند و معتقد باشند که وضعیت خود و اجتماعشان از اینکه هست بهتر می‌شود (شکوفایی اجتماعی). در گام بعدی زنان بیاموزند که این مهارت می‌تواند آن‌ها را عضو حیاتی از اجتماع و خانواده‌شان کند، به واسطه همین امر زنان طوری مهارت‌ها را یاد گیرند که فعالیت‌های روزانه خود را با خانواده، اجتماع و جامعه با ارزش شمارند؛ به عبارت دیگر این افراد به صورت خودکارآمد رفتارهای معینی را انجام دهند و مقاصد خاصی را به اتمام رسانند و تعهدات مشخصی را در ارتباط با اجتماعشان انجام دهند (مشارکت اجتماعی). در گام نهایی مهارت زندگی زنان باید طوری باشد که با توجه

به موقعیتشان در خانواده، اجتماع و جامعه‌شان جایگاه خود را درک و فهم کنند و با نگاهی مثبت و اعتماد بخش به دیگران در کنار آنان احساس راحتی کنند (پیوستگی و پذیرش اجتماعی).

در نهایت یادگیری هر یک از مؤلفه‌های مهارت زندگی با هدف ایجاد توانایی‌های روانی، اجتماعی در زندگی امری ضروری برای زنان جامعه ما هست، بنابراین آموزش چنین مهارت‌هایی باعث می‌شود که افراد جامعه بتوانند راحت‌تر با مشکلات زندگی و جامعه انطباق یابند، با محیط اجتماع خودسازگار شوند، میزان مشارکت خود را در جامعه را بیشتر کنند؛ و با پذیرش خود در اجتماع نقش پررنگ و مهم‌تری در اجتماع ایفاء کنند (فرهمنند و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۶۲). بر اساس نتایج به‌دست آمده می‌توان راهبردهایی برای ارتقاء مهارت زندگی و سلامت اجتماعی جامعه مورد مطالعه پیشنهاد داد.

✚ حال می‌توان با توجه به نتایج رابطه بناهای مؤلفه مهارت زندگی با سلامت اجتماعی، بیان کرد که مؤلفه حل مسئله و تصمیم‌گیری در حدود (۶۰ درصد)؛ مورد توجه پاسخگویان قرار گرفته است؛ حال مبتنی بر رویکرد یادگیری اجتماعی باندورا این‌گونه برنامه‌ریزی کرد که دستیابی به اهداف در زندگی را برای زنان آموزش داد و فرایند انجام یک تصمیم‌گیری مهم را به زنان مورد فهم و شناخت قرار داد؛ همچنین آموخت که چگونه آن‌ها در زندگی می‌توانند تعارضاتشان را

حل کنند.

✚ بعد از آن با توجه به تبیین مؤلفه کنترل احساسات و هیجانات که در حدود (۵۸ درصد) از سوی زنان مورد اهمیت قرار گرفته است؛ باید بیان کرد که سازمان‌های مرتبط با حوزه سلامت اجتماعی و روانی باید به زنان شهر فردوس آموزه‌های زندگی اجتماعی را طوری تدوین نمایند که این افراد بتوانند مبتنی بر وقایع هیجانی، زندگی خود را کنترل کنند و بر موقعیت‌های دشوار غلبه نمایند و از تصمیم‌های عجولانه بپرهیزند.

✚ با توجه به ترتیب سایر بتاهای جدول رگرسیون که شامل روابط بین فردی- تفکر انتقادی و خودآگاهی می‌شود در حدود ۶۲ درصد از زنان این مؤلفه‌ها را حائز اهمیت دانسته‌اند، بر این اساس سازمان‌های ذیربط با توسل به راهبردها و راهکارهای متنوع می‌توانند طوری آموزش دهند که زنان در ارتباط با دیگران سعی کنند قوانین و پایه‌های اساسی ارتباط در زندگی خود را نهادینه کنند که نه صدمه‌ای وارد شود و نه به دیگری آسیب زنند. همچنین توانمندی‌های ذهنی زنان طوری تقویت شود که علاوه بر بهره‌مندی از رویکرد منتقدانه در زندگی، در خصوص حل مسائل زندگی خلاقانه فکر کنند و چاره بی‌اندیشند. همچنین مهارت‌های خودآگاهی خود را بازآموزی کنند که بتوانند خود و ویژگی‌هایشان را دقیق شناخته و با آگاهی از خود، باورها، افکارشان را پرورش داده و دسترسی

به اهدافشان را میسر کنند.

## منابع

- Abdullah Tabar, H.; Kaldi, A.; Mohaghghe Kamal, S. H.; Setareh Forouzan, A. & Salehi, M. (2008). “Student Social Health Survey”, *Social Welfare Quarterly*, Vol 8, No30-31, pp: 171-190. (In Persian)
- Albertyn, R. M. Kapp, C. A. & Croenewald, C. J. (2004). “Patterns of empowerment in individuals through the course of a life skills program”. *Journal of Studies in the Education of Adults*. Vol33, No. 2, pp:760-780.
- Bahari, S.; Shafiqpour, M. R. (2005). “The effect of life skills training on students' mental health, Journal of Educational Management Innovations”, *Islamic Azad University, Roodehen Branch*, Vol 1, No1, pp: 25-37. (In Persian)
- Bokharaei, A. (2015). *Social Work, First Edition*, Tehran: Sociologists Publications. (In Persian)
- Bokharaei, A., Sharbatiyan, M. H., Imeni, N. (2014).”Sociological study of women's social health and its effective factors (Case study: women in the four urban areas of Tehran)”, *two quarterly journals of contemporary sociological research*, Vol4, No7pp: 29-54. (In Persian)
- Darkeh, B; Keramati, H; Amiri, H. (2013). “The effectiveness of life skills training in reducing the tendency to use drugs in Tehran”, *Journal of Capital Police Disciplinary Knowledge*, Year 6, Vol3, No18, pp: 89-112. (In Persian)
- Farahmand, M.z; Khatami Sarvi, K.; Mohammad Hassani, R. (2016). “Comparison of social health, decision-making power, communication skills and self-esteem among working and housewives in Yazd”, *Journal of Women and Society*, Vol 7, No2, pp: 147-166. (In Persian)

- Farhang Esfahani, A. R.; Farhang Esfahani, M. Mokhtari Yousefabad, S. E.; Ebadi, T. & Haghghat Sara.s (2016). “The effect of social skills training on mental health, quality of life and social adjustment of mothers with mentally retarded male students”, *Journal of Social Psychology, Islamic Azad University of Ahvaz*, Vol5, No46, pp: 15-25. (In Persian)
- Farsinejad, M. (2004). *The relationship between identity styles and social health and academic self-efficacy of second grade high school students in Tehran*, M.Sc. Thesis in General Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tehran. (In Persian)
- Fathi, M.; Ajamnejad, R.; Khakrangin, M. (2012). “Health related factors Social Teachers of Maragheh”, *Social Welfare Quarterly*, Vol12, No47, pp: 247-225. (In Persian)
- Firouzbakht, M. Riahi, M.E, Tirga, A. (2017). “A Study of the Effective Factors on the Women’s Social Health: A Review Study in Persian Scientific Journals” *Journal of Social Determinants of Health Research Center of Shahid Beheshti University of Medical Sciences*, Vol. 4, No. 3, pp:186-196. (In Persian)
- Ghazi Moradi, H. (2014). *An Introduction to Critical Thinking*, Tehran: Akhtaran Publications. (In Persian)
- Habibpour Gotabi, K. Safari Shali, R. (2011). *Comprehensive Guide to Spss Application in Survey Research*, Third Edition, Tehran: Loya Publishing and Motafkaran Publications. (In Persian)
- Habibi, A. Adav var, M. (2017). *Structural equation modeling and factor analysis (LISREL software application training)*, Sixth Edition, Tehran, Publisher: Jahad Daneshgahi Organization.
- Hatami, P. (2010). *A Study of Factors Affecting Students’ Social Health with Emphasis on Social Networks*, M.Sc. Thesis, Faculty of Social Sciences and Communication, Allameh Tabatabaei University. (In Persian)

- Hezarjaribi, J. Safari Shali, R. (2012). *Anatomy of Social Welfare*, First Edition, Tehran, Society and Culture Publications. (In Persian)
- Hosseini, S. F. (2008). *The study of social health and its effective factors in students of the Faculty of Social Sciences Allameh Tabatabai University*, M.Sc. Thesis, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabatabai University. (In Persian)
- Hughes C. (2015). *Social Understanding and Social Lives: From Toddlerhood through to the Transition to School (Essays in Developmental Psychology)* 2st Edition, Psychology Press, Hove, East Sussex.
- Jamali, S., Sabokdast, S., SharifNia, H., Goudarzian, A. H., Beik, S., & Allen, K. (2016). “The effect of life skills training on mental health of Iranian middle school students: A preliminary Study”, *Iranian Journal of Psychiatry*, 11(4):269-272.
- Kang, R · Wu Y. Li, Z. Jiang, J. GAO, Q. Yu, Y, Gao K. Yan, Y. & He Y. (2016), “Effect of Community-Based Social Skills Training and Tai-Chi Exercise on Outcomes in Patients with Chronic Schizophrenia: A Randomized, One-Year Study” *Psychopathology*, Vol49, No. 5, pp:345-355.
- Karimi, M. (2011). *Theoretical literature on quality of life*, Tehran: Roshd Publications. (In Persian)
- Keramati, M.R. (2011). *Life Skills for students*. Tehran: samt Publication. (In Persian)
- Keyes, C. L. M. (2004). “The nexus of cardiovascular disease and depression revisited: The complete mental health perspective and the moderating role of age and gender”. *Journal of Aging and Mental Health*, Vol8, No. 3, pp: 266-274.
- 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*, 61(2): 121-140.
- Larson, J. (1996). “The Measurement of Social Well- being”, *Social indicators Researc*, Vol 8, pp: 285- 296.
- Legleye S, Beck F, Peretti-Watel P, Chau N, Firdion J. (2009). “Suicidal ideation among young French adults: association with occupation, family, sexual activity, personal background and drug use”. *Journal of Affect Discord*; Vol 123, No. 1-3, pp:108-15.
- Momeni Mahmoudi, H.; Teymouri, S.; Rahmanpour, M. (2015). “The effect of life skills training on mental health and self-esteem of fifth grade female elementary school students”, *Quarterly Journal of New Thoughts in Educational Sciences*, Vol 6, No. 4, pp: 112-91. (In Persian)
- Naseri, H. (2007). *Life Skills*, Tehran: Publications of the Deputy for Cultural Affairs and Prevention of the Welfare Organization. (In Persian)
- Paknejad, M., Ghaedi, Mo. J. (2015). “The effect of life skills on social health of female students of Islamic Azad University, Roodehen Branch, 2013”, *Social Research Quarterly*, Vol7,No26,pp: 139-160.. (In Persian)
- Parvizi, S., Qasemzadeh Kakroudi, F., Seyed Fatemi, N. & Naseri, F. (2009). “Social factors of women’s health living in Tehran: a qualitative research”, *Quarterly Journal of Nursing Research*, Vol 4, No15, pp: 6-15. (In Persian)
- Pourhosseini, M. (2011). *Life Skills*, Hajar Publications. (In Persian)
- Ranjdoost, S.; Alizadeh, L. (2018). “The effect of life skills training on social health and creativity of nurses”, *Journal of Nursing Education*, Vol7, No3, pp: 49-56. (In Persian)
- Rayen R. M, Deci E. L. (2003). “On happiness and human potentials”, *Annual Review of Psychology*, Vol 52, pp: 141-166.



- SamAram, E. (2013). *Theories of Social Work*, Second Edition, Tehran: Allameh Tabatabai University Press. (In Persian)
- SamAram, E. (2009). “A Study of the Relationship between Social Health and Social Security with Emphasis on Community-Based Police Approach”, *Social Order Research Quarterly*, Vol1, No1, pp: 9-30. (In Persian)
- Saviz, A.; Bakht Azma, M. H. (2005). *Life and Family Skills Training*, Tehran, University of Science and Technology Press. (In Persian)
- Shahrakipour, H.; Shir Mohammadi; R., Nadri, K. (2010). “A study of life skills training on the social adjustment of first year middle school students in Aleshtar city from the perspective of teachers in this course”, *Social Research Quarterly*, Vol 3, No.7, pp: 159-185. (In Persian)
- Sharbatyian.M.H. (2019), A study of the social health indicators of women in Ferdows city, Scientific Quarterly of Khorasan Socio-Cultural Studies, Vol 14,No1, pp:23-47. (In Persian)
- Sharbatyian, M.H. Alizadeh Khaneghahi, S. (2017) “The effect of life skills training on social health (Case study: youth 15- to 29-Year-Olds of Haji Abad City)” *Social Work Research Journal*, Vol 2, No .6, pp: 166-208. (In Persian)
- Sharbatyian. M.H.Imani, N. (2017) “A Sociological Analysis of the Relationship between Social Capital and Women’s Social Health (Case Study: The Women Living in Tehran’s Fourth Municipal District), *Social Development & Welfare planning Journal*, Vol 8, No 30, pp: 105-141. (In Persian)
- Sobhi-Gharamaleki.N. Rajabi; S. (2010). “Efficacy of life skills training on increase of mental health and self esteem of the students”, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Vol 5, pp: 1818-1822.
- Tarmian, F. (1999). *Life Skills. Definitions and theoretical foundations*, Tehran: Manadi Tarbiat Cultural Institute. (In Persian).

- 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 New York*, Vol24, No3, 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.
- Yahya Zadeh H.; Arabgari, Z. (2015)."The Relationship between Social Skills Education and Social Health", *Quarterly Journal of Social Work*, Vol1, No4, pp: 116-130. (In Persian).