فصلنامه جامعه‌شناسی سبک زندگی، سال دوم، شماره هشتم، زمستان ۹۵، صفحات ۱۴۱-۱۸۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۳/۲۰ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۵/۱۱/۰۹

بررسی نقش آموزش مهارت‌های زندگی با میزان سلامت اجتماعی جوانان (مورد مطالعه: جوانان شهرستان حاجی آباد– خراسان جنوبی)

محمد حسن شربتیان[۱]

چکیده

سلامت اجتماعی، تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله مهارت زندگی قرار دارد. هدف این نوشتار نقش آموزش مهارت‌های زندگی بر میزان سلامت اجتماعی است. با توجه به مبانی نظری کییز (سلامت اجتماعی) و نظریه یادگیری اجتماعی باندورا (مهارت زندگی) روش این پژوهش پیمایشی وسطح تحلیل فردی بوده است؛ حجم نمونه این تحقیق برابر با ۳۶۸ نفر بوده که از طریق نمونه‌گیری تصادفی ساده با بهره‌مندی از ابزار پرسشنامه‌های استاندارد شده، متغیرهای مورد مطالعه، اطلاعات از پاسخگویان جمع‌آوری شده است. پایایی این پرسشنامه‌ها از روش ضریب آلفای کرونباخ برای متغیر مهارت زندگی (۸۲ درصد) و برای متغیر سلامت اجتماعی (۷۹ درصد) به‌دست آمده است. نتایج نشان داده که میانگین میزان سلامت اجتماعی و مهارت‌های زندگی جوانان متوسط روبه بالا بوده است؛ یافته‌ها بیانگر رابطه مستقیم بین ابعاد مهارت زندگی با سلامت اجتماعی را بیان می‌کند؛ همچنین سلامت اجتماعی جوانان برحسب وضعیت تأهل تفاوت معنادار دارد، ولی بر حسب جنسیت متفاوت نبوده است. نتایج رگرسیون حاکی از این است که از میان مؤلفه‌های اثرگذار مهارت زندگی بر سلامت اجتماعی، متغیر مهارت ارتباطی با مقدار بتای ۰/۸۷ به‌طور مستقیم بیشترین تأثیر را دارد؛ یافته‌ها در تحلیل مسیر نشانگر این است تنها متغیر تفکر خلاق- انتقادی هم اثر مستقیم و غیرمستقیم داشته وسایر متغیرها اثر مستقیم داشته‌اند. بنابراین شاخص مهارت زندگی به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم سلامت اجتماعی را در این تحت تأثیر قرار می‌دهند و در نهایت می‌توان گفت که مهارت زندگی در حدود ۸۰ درصد از متغیر وابسته را تبیین کرده‌اند.

کلیدواژه‌ها: سلامت اجتماعی، مهارت زندگی، جوانان، حاجی آباد.

---

۱ - دکتری جامعه شناسی مسائل اجتماعی ایران (پژوهشگر و مدرس دانشگاه) (نویسنده مسئول)
Email:sharbatiyan@pnu.ac.ir

مقدمه

سلامت[۱] فرد پایه و بنیان سلامت جامعه است و جامعه نقشی تعیین‌کننده در سلامت افراد دارد. این دو آن چنان به هم وابسته‌اند که نمی‌توان بین آن‌ها حد و مرزی قائل شد. وضعیت سلامت تک‌تک افراد جامعه به شیوه‌های گوناگون بر سلامت و عواطف آن‌ها و همچنین بر شاخص‌های اقتصادی و اجتماعی جامعه تأثیر می‌گذارد. از این‌رو تأمین سلامت افراد جامعه، بخصوص سلامت اجتماعی آن‌ها حائز اهمیت است. سلامت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت است که نقش مهمی در تعامل زندگی اجتماعی هر انسان دارد و گسترش آن در جامعه می‌تواند اسباب توسعه اجتماعی را فراهم کند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۲:۱۳۸۵).

سلامت بخشی از سرمایه انسانی هر جامعه است. از دیدگاه فردی، عامل سلامت جز پیش نیازها و شرایط اصلی اشتغال، فعالیت اقتصادی و اجتماعی انسان‌ها در سایر جوامع به‌شمار می‌رود. سلامت از جنبه روانی و اجتماعی نیز بر مواردی مانند میزان همسویی افراد با جامعه و درک افراد از جامعه خود اثر می‌گذارد و کیفیت نیروی کار یک جامعه را تعیین می‌کند (ارفعی عین الدین، ۱۴۹:۱۳۸۸).

امروزه سلامت اجتماعی؛ به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت، در کنار سلامت جسمی و روانی نقش بسزایی دارد؛ به‌گونه‌ای که سلامتی فقط عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز به‌عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه اهمیت

۱- Health

بسیاری دارد (سام‌آرام، ۲:۱۳۸۸).

در جامعه ما با وجود 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 بالاخص برای نسل جوان است. این بی‌توجهی به جنبه اجتماعی سلامت در عصر ارتباطات، موجب افزایش آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی، گرایش به مواد مخدر، افت تحصیلی و سایر آسیب‌های اجتماعی می‌شود و از جمله موضوعاتی است که باید به آن توجه خاص شود.

سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه اشاره دارد. سلامت اجتماعی بر ابعادی از سلامت تأکید دارد که مربوط است به ارتباط فرد با افراد دیگر و جامعه‌ای که درآن زندگی می‌کند. سلامت اجتماعی در برگیرنده 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 تباردرزی، ۷۳:۱۳۸۷).

توجه رسمی به سلامت اجتماعی در سال ۱۹۴۷ با گنجاندن آن در تعریف سازمان بهداشت جهانی فعال شد؛ که بر رفتار با بیماران به‌عنوان موجودات اجتماعی در یک بافت اجتماعی پیچیده تاکید می‌کند (سازمان بهداشت جهانی[۱] ۱۹۸۹: ۴۹).

ازجمله عوامل اثرگذار بر سلامت اجتماعی می‌توان به کسب مهارت‌های زندگی

۱- World Health Organization

به‌عنوان یکی از مهارت‌های پایه زندگی وتأثیرگذار بر سلامت اجتماعی افراد اشاره کرد (موسوی و شیانی، ۱۲:۱۳۹۴). موضوع مهارت‌های زندگی در سال ۱۹۷۹ و با اقدامات گیلبرت بوتوین[۱] آغاز شد. از سال ۱۹۹۳ به بعد سازمان بهداشت جهانی با هماهنگی یونیسف، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی را به‌عنوان یک طرح جامع پیشگیری اولیه و ارتقای سطح بهداشت روانی و اجتماعی کودکان و نوجوانان معرفی نمود.

آموزش مهارت‌های زندگی به مجموعه‌ای از توانایی‌ها گفته می‌شود که زمینه سازگاری رفتار مثبت ومفید را فراهم می‌آورد و این توانایی فرد را قادر می‌سازد که ضمن پذیرش مسئولیت‌های اجتماعی خود، بدون لطمه زدن به خود و دیگران بتواند به‌شکل مؤثری با خواست، انتظارات و مشکلات روزانه در روابط بین فردی روبرو گردد (کریم زاده و همکاران، ۱۳۸۸: ۹۹). این توانایی‌ها با تمرین پیگیر، پرورش می‌یابند و فرد را برای روبرو شدن با مسائل زندگی، افزایش توانایی‌های روانی، اجتماعی و بهداشتی آماده می‌کنند (طارمیان، ۱۳۸۷: ۴۴). مهارت‌های اساسی زندگی، راه دستیابی به حقوق، مانند دسترسی به اطلاعات، خدمات اجتماعی، محیط زیست ایمن، مشارکت در تصمیم‌گیری و فعالیت‌های مؤثر بر زندگی اجتماعی و اخلاقی را برای هر فرد مهیا می‌سازد (بهاری و شفیق پور، ۵۲:۱۳۸۴).

آموزش مهارت‌های زندگی فرد را قادر می‌سازد تا دانش، نگرش‌ها و ارزش‌ها را به توانایی‌هایی واقعی و عینی تبدیل کند. افراد باید یاد بگیرند که چگونه مهارت‌های زندگی را بکار برند و دیگران را نیز تحت تأثیر قرار دهند. همچنین این مهارت‌ها به

۱- Gilbert Botvin

فرد کمک می‌کند تا در موقعیت‌های مختلف عاقلانه و صحیح رفتار کند، بطوری که آرامش داشته باشد و با دیگران نیز ارتباط سازگارانه و مفید داشته باشد. مهارت‌های زندگی، مهارت‌های شخصی و اجتماعی است که افراد یک جامعه باید آن را یاد بگیرند تا بتوانند در مورد خود و دیگران بطور مؤثر عمل نمایند. مهارت زندگی، سلامت اجتماعی و روانی را تأمین می‌کند (محمد خانی و نوری، ۱۸۸:۱۳۷۹).

اهمیت و ضرورت آموزش مهارت‌های زندگی زمانی مشخص می‌شود که بدانیم آموزش مهارت‌های زندگی موجب ارتقای توانایی‌های روانی- اجتماعی می‌گردد. این توانایی‌ها فرد را برای برخورد مؤثر با تنش‌هاو موقعیت‌های زندگی یاری می‌بخشند و به او کمک می‌کنند تا با سایر انسان‌های جامعه، فرهنگ و محیط خود مثبت و سازگارانه عمل کند و سلامت روانی خود را تأمین نماید. بدین ترتیب تمرین مهارت‌های زندگی موجب تقویت یا تغییر نگرش‌ها، ارزش‌ها و رفتارهای انسان می‌گردد (ناصری، ۱۰۲:۱۳۸۶)؛ در نتیجه با پدید آمدن رفتارهای مثبت و سالم بسیاری از مشکلات بهداشتی قابل پیشگیری خواهند بود. بنابراین کمک به جوانان در رشد و گسترش مهارت‌های مورد نیاز برای زندگی مطلوب، ایجاد یا افزایش اعتماد به نفس 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 (مومنی مهموئی و همکاران، ۹۲:۱۳۹۰). بنابراین با توجه به اهمیت مهارت‌های زندگی با اهداف گوناگون پیشگیری و ارتقا سطح سلامت روانی و اجتماعی ضرورت آموزش این‌گونه مهارت‌ها به افراد برای ما آشکار می‌شود.

آموزش مهارت‌های زندگی راهی برای بهتر زیستن به افراد می‌آموزد، همچنین به افراد کمک می‌کند که در رفاه ظاهری و رشد امکانات زندگی بتواند درگیری‌های

ذهنی خود را حل کرده و در آرامش قرار گیرد، حتی جهت رشد، شکوفایی و خوشبختی خود گام‌های بلندتری بردارد (طارمیان، ۲۴:۱۳۷۸).

در جهان معاصر روند سریع تغییرات اجتماعی و فرهنگی و ارتباطات روزافزون، افراد و به‌ویژه قشر جوان را با چالش‌های متعددی ازجمله 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 مدیدی 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 به‌طوری‌که بررسی‌های علمی گوناگون در سراسر جهان نشان می‌دهد کمبود مهارت‌های زندگی در گرایش به انحرافات اجتماعی مانند مصرف مواد مخدر مؤثر است. درواقع افراد بسیاری پس از قرار گرفتن در موقعیت‌های دشوار مانند ناکامی‌های تحصیلی، شغلی، نداشتن امنیت در خانواده، به‌دلیل 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 تعیین-کننده‌ای 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 ازجمله 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 ازجمله جوانان گام‌های مناسبی برداشته‌شده 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 ازجمله موضوعاتی است که باید به آن توجه خاص شود (فتحی و همکاران، ۱۳۹۱: ۲۲۷). پژوهش حاضر به‌صورت بین‌رشته‌ای (روانشناسی و جامعه‌شناسی) در پی مطالعه بررسی نقش شاخص‌های 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 بین آموزش‌های مهارت‌های زندگی و میزان سلامت اجتماعی جوانان شهرستان حاجی آباد رابطه معنی داری وجود دارد؟

۳) آیا میزان سلامت اجتماعی بر حسب وضعیت تأهل و جنسیت در بین جوانان متفاوت است ؟

ادبیات تحقیق

مبانی نظری

از آنجایی که این امر اثبات شده است که سلامت اجتماعی تحت تأثیر دامنه‌ای از عوامل جمعیت‌شناختی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی قرار دارند. در پژوهش حاضر ابتدا مرتبط‌ترین رویکرد، راجع به سلامت اجتماعی از مدل نظری کییز[1]انتخاب شده است و ابعاد مورد نظر این مدل مورد بررسی قرار گرفته، سپس ابعاد مورد نظر مهارت زندگی مورد بررسی قرار گرفته و در انتها به بررسی ارتباط مهارت‌های زندگی با سلامت اجتماعی پرداخته شده است.

اساس آموزش مهارت‌های زندگی، اطلاعاتی است که از نحوه یادگیری کودکان، نوجوانان و جوانان از طریق مشاهده رفتار دیگران و پیامدهای آن به‌دست می‌آید و در واقع مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی[2]باندورا[3](۱۹۷۷) است. در باب یادگیری اجتماعی تأکید زیادی بر تقویت نمی‌کند و بیشتر به یادگیری مشاهده‌ای می‌پردازد (از راه تقلید بدون ضرورت تقویت)، اما هنوز در نظریه خود، مقام مهمی به تقویت

1- Keyes
2- Social learning theory
3- Bandora

به‌عنوان تسهیل‌کننده عمل می‌کند. ازجمله نظریه‌های مربوط به این الگو می‌توان به نظریه یادگیری اجتماعی اشاره کرد. آلبرت باندورا است. «باندورا تأکید ویژه‌ای بر نقش یادگیری مشاهده‌ای در آشنایی با رفتار می‌کند. وی مدعی است که غالب رفتارهای انسان از طریق مشاهده و در خلال فرآیند الگوسازی فراگرفته می‌شود. بدین گونه او فراگیری از طریق الگوسازی را کارآمدتر از یادگیری از طریق تقویت افتراقی می‌داند. استدلال وی در این خصوص آن است که رفتارهای پیشرفته‌ای مانند سخن گفتن و همچنین رفتارهای زنجیره‌ای مانند راندن یک خودرو، بی‌تردید به الگو نیاز دارد» (سلیمی و داوری، ۱۳۸۰: ۵۲۴- ۵۲۶). در نظریه یادگیری اجتماعی بندورا، 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 آموزش تسهیل می‌بخشد، استفاده می‌شود. روش‌های مورد نظر، همان پنج حوزه مهارت زندگی هستند که در مطالب قبل تر به آنها اشاره شد.

یکپارچگی اجتماعی از شاخص‌های بهره‌مندی افراد و اعضای خانواده در حوزه سلامت اجتماعی است. 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 گستره‌ای 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. (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۲)کیفیت روابط اجتماعی در بین اعضای خانواده از اهمیت بسزایی

برخوردار است. امروزه هرچه تعاملات خانوادگی از بُعد سطحی به سمت عمق روابط در قالب دوست‌داشتن واقعی، ابراز محبت عمیق و صمیمی، نشانه‌های عمیق نگرانی نسبت به موضوعات درگیر در خانواده، پیگیری مجدانه نسبت به رفع دغدغه‌های اصلی هر یک از اعضای خانواده از سوی دیگر اعضاء و... شکل گیرد، می‌توان بیان کرد که این شاخص از مهمترین پارامترهای سلامت اجتماعی خانواده در جامعه امروز می‌باشد، که می‌تواند نقش بارزی در ایجاد و بسترسازی صداقت، تعهد، و پیمان عمیق خانوادگی، مشارکت‌های اجتماعی و خانوادگی و... را ایفا می‌نماید. وجود این شاخص از سلامت اجتماعی در بین اعضای خانواده از بُعد دیگر بیانگر این است که افراد خانواده در راستای نظم جمعی و سازگاری خانواده نقش و موقعیت فردی خود را با روح جمعی و منفعت اجتماعی حاکم بر خانواده تطبیق می‌دهند، که چنین تطبیق اجتماعی، بر نظارت اجتماعی، کنترل آسیب‌های خانوادگی، پیشگیری از افول سرمایه‌های اجتماعی خانواده اثرگذار است، و کارکرد سازگاری اجتماعی در خانواده و جامعه را تقویت می‌کند.

سهم‌داشت یا مشارکت اجتماعی از دیگر معیارهای سلامت اجتماعی است؛ بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. «کسانی که سطح مطلوبی از این بُعد را دارا هستند، اعتقاد دارند که عضو مهمی در اجتماع هستند و چیزهای ارزشمندی است که برای ارائه به دیگران دارند. سهم‌داشت اجتماعی نشان‌دهنده آن است که چگونه و تا چه حد مردم احساس می‌کنند که آنچه آنها در جهان انجام می‌دهند برای جامعه مهم و ارزشمند است و به‌عنوان کمک اجتماعی تلقی می‌شود (کییز و شاپیرو[۱]

۱- Keyes &. Shapiro

۲۰۰۴: ۵). وجود ارزش‌های اجتماعی در خانواده و پایداری مستمری که از سوی اعضای خانواده نسبت به ریشه‌های اجتماعی مشترک، بایدها و نبایدهای رفتاری اجتماعی وجود داشته باشد، همچنین ارزشی که در بین افراد خانواده نسبت به آن موقعیت و نقشی که در نظام خانواده دارند، به‌صورت نهادینه شده و مستمر رعایت شود، بیانگر این است که خانواده در بهره‌مندی از سهم داشت اجتماعی یا ارزشی که فرد در جمع خانواده دارد، بهره‌مند است، و این مسئله در ارتقاء شاخص سلامت اجتماعی خانواده مؤثر است.

از بُعد دیگر احترام به موقعیت و نقشی که در بین اعضای خانواده موجود باشد، و این که اعضای خانوده این احساس واقعی را داشته باشند، که سایر اعضاء و دیگر افراد جامعه برای نظرها، تصمیم‌ها و ایده‌های کمال مطلوب آن اهمیت کاربردی و عملی خاصی برخوردارند، نشانگر این است که اعضای خانواده از سرمایه اجتماعی خوبی بهره‌مند هستند، که چنین بهره‌مندی بر تقویت شاخص‌های سلامت اجتماعی خانواده اثرگذار است.

پذیرش اجتماعی از دیگر معرف‌های سلامت اجتماعی خانواده است، که به تفسیر فرد از جامعه و ویژگی‌های دیگران اشاره می‌کند. افرادی که دارای این بُعد از سلامت اجتماعی هستند، اجتماع را به‌صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و دیگران را با همه نقض‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی‌ای که دارند، می‌پذیرد و به دیگران به‌عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند.» (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۸: ۳۳۱). در خانواده‌ای که اعضای آن به‌گونه‌ای آموزش یافته باشند، که به تمام مسائل زندگی با نگاه مثبت برخود کنند، و با تأکید بر رشد خلاقیت‌ها، استعدادها،

حمایت مستمر از این توانمندی‌ها، اعضای خانواده را به پیشرفت در تمام زمینه‌ها تشویق و ترغیب کنند، سلامت اجتماعی‌شان پایدارتر خواهد بود. اعضای خانواده‌ای که با تمام پتانسیل‌های اجتماعی خود، و با توجه به این ظرفیت‌ها، به تک‌تک اعضای خود این‌گونه اعتماد را انتقال می‌دهد که در راستای هرگونه پیشرفت، از آن‌ها حمایت مؤثر و مستمری را می‌کند، در نتیجه سرمایه اجتماعی و سلامت خانواده پایدارتر خواهد شد.

در پیوستگی اجتماعی اعتقاد به اینکه اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است، مورد اهتمام می‌باشد. «افرادی که از نظر اجتماعی سالم‌اند نه تنها درباره نوع جهانی که در آن زندگی می‌کنند، بلکه همچنین راجع به آنچه اطرافشان رخ می‌دهد علاقمند بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطراف‌شان هستند. این مفهوم در مقابل بی‌معنایی در زندگی است و در خانواده‌ای که حقیقت درکی که فرد نسبت به کیفیت، سازمان‌دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد». در خانواده‌ای که اعضاء بتوانند، در هنگام بروز مشکلات و مسائل فردی و یا خانودگی، یکدیگر را درک کنند، و با همراهی و مصاحبت عملی و کاربردی، تلاش در رفع حل موضوع را داشته باشند، این خانواده از سلامت اجتماعی پایدار برخوردار خواهد بود؛ در نتیجه میزان اعتماد و صداقت اجتماعی به خانواده تقویت می شود، که منجربه پایداری سرمایه‌های اجتماعی خانواده می‌گردد.

شکوفایی اجتماعی از دیگر شاخص‌های سلامت اجتماعی خانواده و فرد «عبارت است از ارزیابی پتانسیل‌ها و مسیر تکامل جامعه و باور به اینکه 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.

با توجه به این شاخص در خانواده‌ای که پیشرفت جمعی، آموزش در راستای حرکت به‌عنوان یک روح جمعی قالب بر ساختار خانواده حاکم باشد، هرگونه حمایت، پرورش، و تکمیل توانمندی‌های بالقوه و بالفعل فردی و جمعی می‌تواند بیانگر شکوفایی جمعی خانواده که از معیارهای سلامت اجتماعی باشد و با خود تعهد و اعتماد جمعی یا به طور کلی تقویت شاخص‌های سرمایه اجتماعی را به همراه می‌آورد، مورد ارزیابی، ترغیب و تشویق قرار می‌گیرد.

پیشینه تجربی

حسینی (۱۳۸۷) در پایان‌نامه کارشناسی ارشد خود با عنوان بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان و عوامل مؤثر بر آن بر روی ۳۴۰ دانشجو در دانشگاه علامه طباطبایی به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای انجام شد. 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 (حسینی، ۱۳۸۷: ۱۴۵).

کنگرلو (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 غیرشاهد تفاوت معناداری وجود ندارد. میانگین مجموع نمرات کسب‌شده

برای دانشجویان شاهد برابر ۶ و ۱۰۹ به‌دست آمد و برای دانشجویان غیر شاهد برابر ۴ و ۱۱۱ به‌دست 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 سهمیه‌دار بودن شان 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 (کنگرلو، ۱۳۸۷: ۲۲۰).

رحیمی و علی‌نیا (۱۳۸۷) در مقاله‌ای به تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش مشارکت اجتماعی کودکان پرداخت. نمونه مورد پژوهش شامل ۱۰۰ کودک ۷ ساله (۵۰ دختر-۵۰ پسر) بود. یافته‌های تحقیق نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی به کودکان می‌تواند میزان مشارکت اجتماعی را به طور معناداری افزایش دهد.

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.

علیزاده اقدام و همکاران (۱۳۹۲)، تحقیقی به منظور بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه پیام نور مشکین شهر انجام دادند. از ۳۳۰ دانشجو، خواسته شد تا پرسش‌نامه‌ی سلامت اجتماعی کییز و پرسشنامه‌ی کیفیت

زندگی را تکمیل کنند. نتایج نشان داد بین سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی دانشجویان همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد و نیز سلامت اجتماعی ارتباط معناداری با ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی دارد (علیزاده اقدام و همکاران، ۱۳۹۲: ۵۶۱).

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.

شربتیان (۱۳۹۳) در تحقیق سنجش میزان بهره‌مندی از شاخص‌های سلامت اجتماعی در بین جوانان ۳۰-۱۸ ساله شهرستان قاین پرداخته است. نتایج به‌دست 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 بر اساس نتایج رگرسیون و مدل تحلیل مسیر وی، متغیرهای رضایت از زندگی، نشاط اجتماعی و کیفیت زندگی به ترتیب تأثیر مستقیمی بر سلامت اجتماعی داشته و متغیرهای سرمایه اجتماعی و امنیت اجتماعی تأثیرگذار بر متغیر وابسته نداشته‌اند و عوامل جامعه‌شناختی همچون (نشاط اجتماعی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی) در حدود ۴۳٪ سلامت اجتماعی را تبیین کردند (شربتیان، ۱۳۹۳: ۱۴۵).

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 به‌سلامت اجتماعی خود توجه می‌کنند. ابعاد سلامت‌محوری در زندگی بر روی متغیرهای زمینه‌ای ازجمله جنسیت دارای تفاوت مقایسه‌ای است.

شاپیرو کییز (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. کییز 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 به‌صورت 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. 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 افزایش می‌یابد زنان نسبت به مردان، بطور فزاینده‌ای سطوح بالاتری از پذیرش، مشارکت و انسجام اجتماعی را گزارش می‌کنند (شاپیرو وکییز، ۲۰۰۸: ۳۲۸).

با نظر به اینکه اکثر پژوهش‌های مورد مطالعه به‌صورت 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 سعی بر این داشته است که تأثیر مستقیم شاخص‌های مهارت زندگی را بر سلامت اجتماعی مورد مطالعه قرار دهد.

با توجه به مباحث بیان شده در این نوشتار مهم‌ترین فرضیه‌هایی که مورد مطالعه قرار گرفته‌اند به شرح زیر است.

فرضیه کلی

بین آموزش مهارت‌های زندگی و سلامت اجتماعی جوانان شهرستان حاجی آباد رابطه معنی‌داری وجود دارد.

فرضیه‌های فرعی

۱. بین آموزش مهارت ارتباطی و سلامت اجتماعی در بین جوانان شهرستان حاجی آباد رابطه معنی‌داری وجود دارد.

۲. بین آموزش تصمیم‌گیری و سلامت اجتماعی در بین جوانان شهرستان حاجی آباد رابطه معنی‌داری وجود دارد.

۳. بین آموزش خود آگاهی در زندگی و سلامت اجتماعی در بین جوانان شهرستان حاجی آباد رابطه معنی‌داری وجود دارد.

۴. بین آموزش مدیریت هیجان‌ها و احساسات در زندگی و سلامت اجتماعی در بین جوانان شهرستان حاجی آباد رابطه معنی‌داری وجود دارد.

۵. بین آموزش تفکر خلاق- انتقادی و سلامت اجتماعی در بین جوانان شهرستان حاجی آباد رابطه معنی‌داری وجود دارد.

۶. میانگین سلامت اجتماعی جوانان حاجی آباد بر حسب متغیرهای زمینه‌ای

(جنسیت، سطح تحصیلات، سن و وضعیت تأهل) متفاوت و معنی‌دار است

روش‌شناسی

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 تصادفی ساده 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 ومرد) ۱۵ تا ۲۹ سال، شهرستان حاجی آباد است؛ حجم نمونه پژوهش با استفاده از فرمول کوکران محاسبه شد، که تعداد نمونه بدست آمده از این روش ۳۶۸ نفر است.

$$n = \frac{nt2\ \ s2}{nd2+t2s2} \qquad N = \frac{8666\times1.16^2\times0.5^2}{1960\times0.005^2+1.16^2\times0.5^2} = 368$$

پایایی تحقیق بر اساس استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای تمامی شاخص‌ها در حد مطلوبی بوده است. با توجه به اینکه پایایی همه متغیرها و همچنین پایایی کل برابر با ۰/۹۳ است می‌توان گفت ابزار پایایی بالایی دارد. به‌عبارتی 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	۰/۸۹۳
مهارت ارتباطی	۵	۰/۸۶۶
خودآگاهی	۵	۰/۷۴۳

مدیریت هیجان‌ها و احساسات	۵	۰/۸۸۶
تفکر خلاق-انتقادی	۵	۰/۷۲۴
مهارت زندگی	۲۵	۰/۸۲۲
انسجام اجتماعی	۷	۰/۷۳۷
پذیرش اجتماعی	۷	۰/۸۱۳
مشارکت اجتماعی	۶	۰/۷۳۶
انطباق اجتماعی	۶	۰/۷۹۶
شکوفایی اجتماعی	۷	۰/۸۵۹
سلامت اجتماعی	۳۳	۰/۷۸۸۰

تعریف مفاهیم

تعریف مفهومی مهارت زندگی: مهارت‌های زندگی را مجموعه‌ای از شایستگی‌های فردی و گروهی دانست که همزمان با یادگیری تسلط و استقرار، در این توانمندی‌ها فرد علاوه بر رسیدن به آرامش و تعادل در زندگی فردی و اجتماعی به ایفای نقش در زندگی خود می‌پردازد (کلینگه، ۱۳۸۴). آموزش‌هایی که فرد در زندگی در جهت بروز توانمندی‌های روانی و اجتماعی خود دست پیدا می‌کند در پنج حوزه (خودآگاهی[1] حل مسئله و تصمیم گیری[2] تفکر خلاق وانتقادی[3] مدیریت هیجان‌ها و احساسات[4] و مهارت‌های ارتباطی[5] قابل توصیف است. مؤلفه خودآگاهی اشاره به شناخت دقیق و درست از خود، به نحوی که فهم صحیحی از نگرش‌ها، آرا، عقاید، اندیشه‌ها، توانایی‌ها، مهارت‌ها و کاستی‌هایمان داشته باشیم (ساویز و بخت آزما، ۱۳۸۷: ۸۴). مؤلفه حل مسئله و تصمیم‌گیری: فرایندی است که خود فرد آن را هدایت

1- Self-awareness empathy
2- Problem solving and decision making
3- Critical Thinking
4- The ability to cope with the excitement
5- Interpersonal communication

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 (پورحسینی، ۱۳۹۰: ۸۷). مؤلفه تفکر خلاق و انتقادی: 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). مؤلفه مدیریت هیجان‌ها و احساسات: این توانایی فرد را قادر می‌سازد تا هیجان‌ها را در خود و دیگران تشخیص دهد، نحوه تأثیر هیجانات بر رفتار را بداند و بتواند واکنش مناسبی به هیجان‌های مختلف نشان دهد. اگر با حالت‌های 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). مؤلفه 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 به‌لحاظ ارتباطی موفق‌ترند، شناسایی کنیم. این افراد آنهایی هستند که دیگران معمولاً تمایل خود را برای ارتباط با آنها ابراز می‌کنند. چنین اشخاصی به‌راحتی با دیگران رابطه برقرار می‌کنند و حرف-هایشان بر دیگران تأثیر می‌گذارد و دیگران پس از برخورد با آنها احساس مثبتی دارند (یارمحمدی واصل و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۵۶).

تعریف عملیاتی مهارت زندگی: در این رابطه مجموعه سؤالاتی که آموزش‌های چطور زندگی کردن را به ما یاد می‌دهد در این پژوهش از پاسخگویان سؤال شده است که نظرات آن‌ها را مورد ارزیابی و سنجش قرار داده‌ایم. در این پژوهش مؤلفه **خودآگاهی** یعنی پاسخ به این سئوال که من کیستم، شناختی که فرد نسبت به خود

دارد. مورد سنجش و ارزیابی قرار گرفته است. مؤلفه مهارت حل مسئله به سؤالاتی می‌پردازد که به فرد کمک کند تا به‌صورت منطقی و منظم به حل مسائل و مشکلات خود بپردازد مؤلفه تفکر انتقادی و خلاق بیان گویه‌هایی است که ضعف فرد به منظور بالا بردن کارایی‌هایش را می‌سنجد. منظور بیان کاستی‌ها، کمبودها و رفع نواقص طرف مقابل است. مؤلفه مدیریت هیجان‌ها و احساسات: سؤالات اشاره به سنجش توانایی بیان، درک، کنترل و برانگیختن هیجانات خود و دیگران را در زندگی می‌کند. مؤلفه ارتباطات بین فردی: به سؤالاتی معطوف می‌شود که ارزیابی توانایی‌های که فرد را قادر می‌سازد در روابط اجتماعی با رفتارهای کلامی و غیرکلامی ارتباط مؤثر و سازنده‌ای با دیگران برقرار نماید، مورد سنجش قرار می‌دهد. در نهایت در این تحقیق از پرسشنامه استاندارد شده توسط مؤسسه تحقیقات علوم رفتاری، شناختی سینا که براساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت به‌صورت ترتیبی (از خیلی زیاد «۵» تا خیلی کم «۱») را شامل شده است استفاده کرده‌ایم.

تعریف مفهومی سلامت اجتماعی: کییز 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 بر می‌گیرد (Keyes, 1998: 9). صفاری نیا (۱۳۹۴) به نقل از کییز مفهوم سلامت اجتماعی را اینگونه تعریف می‌کند: سلامت اجتماعی عبارت است از چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع، فرد سالم از نظر اجتماعی، اجتماع را به‌صورت یک مجموعه معنادار، قابل‌فهم 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 متغیر دارای پنج بعد است. **بعد انطباق اجتماعی**[۱] به نظر کییز در مقابل با بی‌معنا بودن زندگی قابل مقایسه است و شامل دیدگاه‌هایی می‌شود که جامعه قابل سنجش و قابل پیش‌بینی است. از حیث روان‌شناختی، افراد سالم زندگی شخصی خود را با معنا و منسجم می‌بینند (Keyes,1998:25). **بعد انسجام اجتماعی**[۲] به معنای احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به اینکه فرد به جامعه تعلق دارد (سام آرام، ۱۸:۱۳۹۲). بعد **مشارکت اجتماعی**[۳](سهم داشت 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 (Keyes :22 & Shapiro: 2004). بعد **شکوفایی اجتماعی**[۴] ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه است شامل درک افراد از این موضوع است 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 بهینه را می‌دهد و هرچند این امر برای همه افراد درست نیست (هزار جریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱: ۳۱۳). بعد **پذیرش اجتماعی**[۵] 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,1998:123).

تعریف عملیاتی سلامت اجتماعی: سنجش وضعیت فرد نسبت به عملکردهای

۱- Social coherence

۲- Social Integnration

۳- Social Contribution

۴. Social Actualization

۵- Social acceptance

فردی (شکوفایی، تعلق، مقبولیت، مشارکت و انطباق) در قبال جامعه به‌صورت یک مفهوم معنادار در زندگی اجتماعی در این رابطه در این تحقیق از پرسشنامه استاندارد شده کییز که براساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت به‌صورت ترتیبی (از خیلی زیاد «۵» تا خیلی کم «۱») را شامل شده است استفاده کرده‌ایم. در بعد **انطباق اجتماعی** در این تحقیق فرد خود را با جامعه اطرافش چقدر همراه و منطبق می‌کند به‌عبارت دیگر کیفیت همراهی فرد با جامعه مورد سؤال قرار می‌گیرد. در پرسشنامه استاندارد شده سلامت اجتماعی سؤالات (دنیا برای من پیچیده است/ محققین تنها افرادی هستند که می‌توانند آنچه پیرامون دنیای اطراف شان رخ می‌دهد درک کنند/من نمی‌توانم بفهمم که در دنیا چه پیش خواهد آمد/اغلب فرهنگ‌ها آنقدر عجیب و بیگانه هستند که من از آنها سر در نمی‌آورم/به نظر من دنیایی که در آن زندگی می‌کنیم ارزش درک کردن دارد/به نظر من پیش‌بینی آنچه در اجتماع آینده اتفاق خواهد افتاد کار سختی است.). در بعد **انسجام اجتماعی**: در این پژوهش میزان مشارکت فرد در محدوده وسیعی از روابط اجتماعی‌اش را مورد سنجش قرار داده‌ایم که با جامعه تا چه حد یکپارچگی دارد. در پرسشنامه استاندارد شده سلامت اجتماعی سؤالات (من فکر می‌کنم متعلق به مجموعه‌ای به نام جامعه هستم/من فکر می‌کنم که بخشی مهم از اجتماعم هستم/من فکر می‌کنم اگر خواسته یا ایده‌ای برای گفتن داشتم، سایر افراد به من توجه می‌کردند/جامعه من منبع آرامش و راحتی من است. من فکر می‌کنم اگر خواسته یا ایده‌ای برای گفتن داشتم جامعه من را جدی نمی‌گرفت/سایر افراد اجتماع برای من به‌عنوان یک شخص ارزش قائلند/من نسبت به سایر افراد اجتماعم احساس نزدیکی نمی‌کنم) شامل شده است. در بعد **سهم داشت (مشارکت) اجتماعی**: این

مفهوم بیانگر این است که فرد چقدر برای خود ارزش اجتماعی قائل است و تا چه حدی خود را عضو مهمی در جامعه می‌داند و می‌تواند چیزهای ارزشمندی به جهان ارائه کند. در پرسشنامه استاندارد شده سلامت اجتماعی سؤالات (من فکر می‌کنم می‌توانم کار ارزشمندی به دنیا عرضه کنم./فعالیت‌های روزانه من هیچ نتیجه ارزنده‌ای برای جامعه ندارد./من زمان و توان لازم را ندارم تا چیز مهمی به جامعه‌ام عرضه کنم./ من فکر می‌کنم کار من نتیجه مهمی برای جامعه ندارد./من محصول ارزشمندی برای سهیم شدن در اجتماع ندارم. به نظر من مردم این روزها بیشتر متقلب شده‌اند.) شامل شده است. در بعد **شکوفایی اجتماعی**: به این معنا که جامعه به شکل مثبت در حال رشد باشد چقدر می‌تواند به‌صورت بالفعل به توانمندی‌های فرد کمک کند. در پرسشنامه استاندارد شده سلامت اجتماعی سؤالات (من معتقدم که اجتماع مانع پیشرفت من است./من معتقدم که اجتماع در جهت تحقق خواسته‌های من تغییر نمی‌کند./من فکر نمی‌کنم که تشکیلات اجتماعی نظیر قانون و دولت در زندگی من مؤثر باشند./من اجتماع را بصورت یک تحول دائمی می‌بینم. به نظر من جامعه مکانی پربار و مفید برای افراد آن است./به نظر من پیشرفت اجتماعی مفهومی ندارد./به نظر من دنیا برای هر فرد دارد مکانی بهتری می‌شود.) شامل شده است. در بعد **پذیرش اجتماعی**: معنای این مفهوم این است که فرد نگرش مثبتی که به شخصیت خود دارد، جنبه‌های خوب و بد زندگی خود را توأمان می‌پذیرد. در پرسشنامه استاندارد شده سلامت اجتماعی سؤالات (رفتار من روی سایر افراد اجتماعم اثر می‌گذارد./من فکر می‌کنم افراد دیگر قابل اعتماد هستند./به نظر من مردم مهربانند./به نظر من مردم خود محورند./من احساس می‌کنم که مردم قابل اعتماد نیستند./من فکر می‌کنم که مردم

فقط برای خودشان زندگی می‌کنند./من فکر می‌کنم مردم به مشکلات افراد دیگر اهمیت می‌دهند.) شامل شده است.

ارائه یافته‌ها

آمار توصیفی

با توجه به آنچه که بیان شد ابتدا اشاره‌ای مختصر به یافته‌های توصیفی اطلاعات پاسخگویان می‌نمائیم سپس در ادامه کار به بررسی و استنباط فرضیه‌های مطرح شده در سطور قبل خواهیم پرداخت.

متغیرهای زمینه‌ای بخشی از مشخصات اجتماعی و جمعیتی جامعه مورد مطالعه است بنابراین جدول ذیل به اختصار ویژگی‌های زمینه‌ای و جمعیتی (جنسیت، وضعیت تأهل) پاسخگویان جوان جامعه مورد را نشان می‌دهد.

جدول ۲: توزیع فراوانی پاسخگویان

جنسیت	بیشترین فراوانی مربوط به مردان (۵۱٪/۱) کمترین فراوانی مربوط به زنان (۴۸٪/۹)
وضعیت تأهل	بیشترین فراوانی مربوط به مجردین (۷۱٪/۸) کمترین فراوانی مربوط به متأهلین (۲۸٪/۲)

یافته‌های جدول شماره دو نشان می‌دهد که، ۵۱ درصد از پاسخگویان مرد و۴۹ درصد از آنان زن بودند. همچنین از بین مجموع پاسخگویان، ۱۰۴ نفر یعنی معادل ۲۸ درصد پاسخگویان متأهل و ۷۲ درصد (۲۶۰ نفر)، یعنی بیش از نیمی از پاسخگویان مجرد بوده‌اند.

جدول ۳: توزیع فراوانی پاسخگویان در گویه‌های شاخص‌های سلامت اجتماعی

شاخص سلامت اجتماعی	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
انسجام اجتماعی	۱	۵	۳/۵۶	۰/۵۸۷
پذیرش‌اجتماعی	۱	۵	۳/۲۷	۰/۶۱۵
مشارکت اجتماعی	۱	۵	۳/۰۹	۰/۷۲۰
انطباق اجتماعی	۱	۵	۳/۲۹	۰/۶۸۰
شکوفایی‌اجتماعی	۱	۵	۳/۱۳	۰/۶۰۴
سلامت اجتماعی	۱	۵	۳/۲۷	۰/۴۵۰

بر طبق یافته‌های جدول میزان میانگین‌ها بسیار به هم نزدیک هستند. اما میانگین انسجام اجتماعی برابر با ۳/۵۶ در بازه ۱ تا ۵ از سایر مؤلفه‌ها بیشتر شده است و میانگین مشارکت اجتماعی به نسبت دیگر مؤلفه‌ها کمتر شده است. و در مجموع میانگین سلامت اجتماعی پاسخگویان در بازه ۱ تا ۵ برابر با ۳/۲۷ و با انحراف معیار ۰/۴۵ بدست آمده است که این میزان متوسط روبه بالا را بیان می‌کند

جدول ۴: توزیع فراوانی پاسخگویان در گویه‌های شاخص‌های مهارت زندگی

شاخص مهارت زندگی	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
حل مسئله و تصمیم‌گیری	۱	۵	۳/۵۱	۰/۶۱۷
مهارت ارتباطی	۲	۵	۳/۳۰	۰/۶۴۲
خودآگاهی	۱	۵	۳/۳۵	۰/۷۱۳
مدیریت هیجان‌ها و احساسات	۱	۵	۳/۴۵	۰/۶۸۴
تفکرانتقادی- خلاق	۱	۵	۳/۲۷	۰/۵۹۰
مهارت زندگی کل	۱	۵	۳/۳۷	۰/۴۲۸

بر طبق یافته‌های جدول، میزان میانگین‌ها بسیار به هم نزدیک هستند. اما میانگین حل مسئله ۳/۵۱ در بازه ۱ تا ۵ از میانگین سایر مؤلفه‌ها بیشتر شده است و در مجموع میانگین مهارت زندگی در بازه ۱ تا ۵ برابر با ۳/۳۷ و با انحراف معیار ۰/۴۲۸ بدست آمده است که میزان متوسط روبه بالا را بیان می‌کند.

یافته‌های استنباطی پژوهش

الف) بررسی رابطه بین متغیر مستقل و وابسته پژوهش

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 ۵: 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
تصمیم گیری	سلامت اجتماعی	۰/۷۶۴	۰/۰۰۰	پیرسون	تایید	مستقیم
خودآگاهی	سلامت اجتماعی	۰/۸۶۳	۰/۰۰۰	پیرسون	تایید	مستقیم
مدیریت هیجان‌ها	سلامت اجتماعی	۰/۷۲۲	۰/۰۰۱	پیرسون	تایید	مستقیم
تفکرخلاق	سلامت	۰/۸۴۶	۰/۰۰۰	پیرسون	تایید	مستقیم

					اجتماعی	وانتقادی

با توجه به جدول شماره 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 هر کدام از شاخص‌ها با شاخص سلامت اجتماعی جوانان رابطه‌ی معنا دار 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 ازشاخص‌های سلامت اجتماعی جوانان بیشتر می‌شود. همچنین سطح معناداری آزمون، کوچک‌تر از ۰/۰۱ به‌دست‌آمده است، بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

در فرضیه دوم میزان همبستگی میان دو متغیر تصمیم‌گیری و میزان سلامت اجتماعی جوانان مستقیم ارزیابی‌شده است، ضریب همبستگی به‌دست‌آمده ۰/۷۶ 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 ارزیابی‌شده 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 ارزیابی‌شده 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 ارزیابی‌شده است، ضریب همبستگی به‌دست‌آمده ۰/۸۴ است و جهت رابطه مثبت و مستقیم است. به‌طورکلی بنابر آنچه گفته شد، ارتقاء این توانایی‌ها در خود به افزایش سلامت اجتماعی جوانان کمک خواهد کرد و تجربه‌های جدیدی را خواهند آموخت.

در این پژوهش سطح معناداری در همه‌ی آزمون‌ها، کوچک‌تر از ۰/۰۱ به‌دست‌آمده است، بنابراین فرضیه‌های پژوهش تأیید می‌شوند.

ب) بررسی ارتباط بین متغیرهای زمنیه‌ای و وابسته پژوهش

با توجه به اینکه در تلاش بوده‌ایم که ارتباط بین متغیرهای زمینه‌ای (جنسیت و تأهل) را دراین تحقیق با شاخص سلامت اجتماعی مورد سنجش قرار دهیم، تا میزان تفاوت آن‌ها را بیان نمائیم در این تحقیق از آزمون معناداری T استفاده کرده‌ایم که می‌توان نتایج را در جدول ذیل مشاهده کرد.

جدول ۶: نتایج بررسی تفاوت میانگین سلامت اجتماعی از نظر متغیر جنسیت

متغیر مستقل	جنس	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	مقدار p
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 می‌دهدکه با توجه به مقدارt که با p ۰/۱۹ برابر ۱/۴۱ است، تفاوت موجود بین دو جنس از نظر میزان سلامت اجتماعی معنادار نیست.

جدول ۷: نتایج بررسی تفاوت میانگین سلامت اجتماعی از نظر متغیر وضعیت تأهل

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار
سلامت‌اجتماعی	مجرد	۸۷/۰۷	۲۷/۸۹
	متأهل	۱۴۳/۵۳	۵/۳۲

جدول ۸: آزمون معنی‌داری T میزان سلامت اجتماعی بر حسب وضعیت تأهل

متغیر		آزمون لون برای برابری واریانس‌ها		آزمون معنی‌داری T			
		F	سطح معنی‌داری	T	درجه آزادی	سطح معنی‌داری (دو دامنه)	اختلاف میانگین
سلامت‌اجتماعی	فرض‌برابری واریانس‌ها	۲۶۳/۳۷	۰/۰۰۰	-۲۰/۴۸	۳۶۲	۰/۰۰۰	-۵۶/۴۶

همچنان که در جدول بالاآمده است میانگین سلامت اجتماعی متأهلین برابر ۱۴۳/۵۳ و مجردین 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 مجردین و متأهلین 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 متأهل برابر با ۱۴۳/۵۳ و مجرد برابر با ۸۷/۰۷ بوده است؛ بنابراین میانگین سلامت اجتماعی متأهلین از مجردها بیشتر بوده است.

ج) تحلیل چند متغیره

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 ۱۰: ضریب همبستگی سلامت اجتماعی جوانان و متغیرهای مستقل

ضریب همبستگی	مجذورات **R**	مجذورات **R** تعدیل شده	دوربین واتسون	خطای استاندارد برآورد	آماره **F**	**Sig**
۰/۸۶	۰/۸۲	۰/۸۱	۱/۶۷۸	۶/۵۹	۶۴۳۵/۲۵۴	۰/۰۰۰

از یافته‌های جدول می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای مورد نظر تأثیر معنی‌داری در تبیین متغیر وابسته داشته‌اند. با توجه به این که مقدار ضریب همبستگی (R) بین متغیرها ۰/۸۲ 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 ۰/۸۱ است که نشان می‌دهد ۸۱ درصد از کل تغییرات میزان سلامت اجتماعی در بین جوانان شهرستان حاجی‌آباد وابسته به پنج متغیر مستقل ذکر شده در این معادله است. همچنین آماره دوربین واتسون بین ۱/۵تا ۲/۵ است با توجه به مقدار بدست آمده از آزمون دروبین واتسون (۱/۶۷۸) در این تحقیق باید، وجود پیش‌فرض مستقل بودن خطاها در تحلیل رگرسیونی را بیان کرد. با توجه به مقدار آزمون تحلیل واریانس (۸۲۸/۴۲۵) که در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۱ معنادار است، می‌توان نتیجه گرفت که مدل رگرسیونی تحقیق مرکب از پنج متغیر مستقل و یک متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) مدل خوبی بوده است و مجموعه متغیرهای مستقل قادرند حدود ۸۰ درصد تغییرات سلامت اجتماعی جوانان را تبیین کنند و نتایج

به‌دست آمده قابل تعمیم به جامعه آماری است و همه متغیرها در پیش‌بینی سلامت اجتماعی جوانان نقش دارند.

جدول ۱۱: رگرسیون خطی چند متغیره شاخص‌های متغیر مستقل و متغیر وابسته

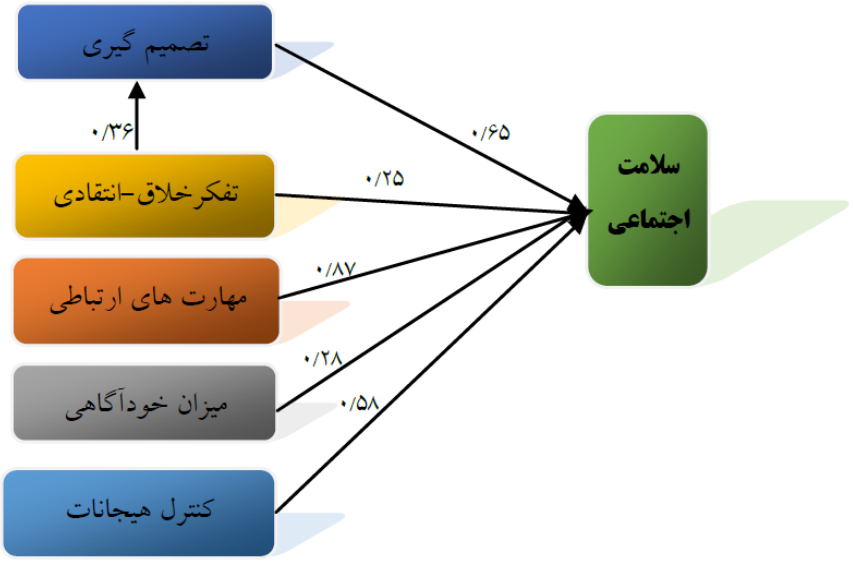
متغیرهای مستقل	ضرایب معیار نشده		ضرایب معیار شده	T	سطح معناداری	آماره همبستگی	
	بتای استاندارد	خطای معیار	بتا			Tolerance	VIF
تصمیم گیری	۴/۰۷۵	۰/۸۸	۰/۶۵۸	۴/۶۶۵	۰/۰۰۰	۰/۷۱۰	۱/۱۴۸
مهارت ارتباطی	۵/۲۳۶	۰/۵۵	۰/۸۷۳	۹/۷۰۹	۰/۰۰۰	۰/۸۲۲	۱/۱۵۹
خودآگاهی	۱/۲۲۶	۰/۸۸	۰/۲۸۶	۱/۹۷۱	۰/۰۵	۰/۵۲۶	۱/۰۰۲
کنترل هیجانات	۳/۵۶۹	۰/۵۷	۰/۵۸۴	۶/۲۳۹	۰/۰۰۰	۰/۶۳۲	۱/۱۲۶
تفکرخلاق- انتقادی	۱/۸۴۲	۰/۴۰	۰/۲۵۶	۳/۸۱۷	۰/۰۰۰	۰/۵۷۶	۱۰۷۸

یافته‌های جدول بالا رگرسیون خطی چند متغیر مستقل و متغیر وابسته را نشان می‌دهد. از میان پنج متغیر مستقل موجود در مدل رگرسیونی، متغیرهای مهارت ارتباطی و تصمیم‌گیری به‌ترتیب با مقدار ضریب بتای ۵/۲۳۶ و ۴/۰۷۵ 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 به‌ترتیب به میزان ۵/۲۳۶ و ۴/۰۷۵ انحراف استاندارد افزایش خواهد یافت. متغیر خودآگاهی با مقدار بتای ۱/۱۶ 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 ۱/۷۵ 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 اینکه در این تحقیق مقدار t برای همه‌ی متغیرها به جز متغیر خودآگاهی، بزرگ‌تر از ۲/۲۸ و در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۱ معنی‌دار هستند؛ همچنین با توجه به مقادیر تولرانس و VIF در جدول بالا پیش‌فرض عدم وجود هم

خطی بین متغیرهای مستقل تایید شده است.

تحلیل مسیر

درمدل 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 ۰/۸۷ است؛ کوچک‌ترین ضریب مسیر هم مربوط به تفکر خلاق و انتقادی که برابر با ۰/۲۵ بوده است.



شکل ۱: مدل تحلیل مسیر

جدول ۱۲: اثر کل متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته (سلامت اجتماعی جوانان)

متغیر مستقل	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثرات کلی
تصمیم گیری	۰/۶۵	–	۰/۶۵
مهارت ارتباطی	۰/۸۷	–	۰/۸۷
خودآگاهی	۰/۲۸	–	۰/۲۸
مدیریت هیجانات	۰/۵۸	–	۰/۵۸
تفکر خلاق- انتقادی	۰/۲۵	۰/۳۶*۰/۶۵	۰/۴۸

در جدول بالا 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 ۰/۸۷ بیشترین اثر مستقیم را بر سلامت اجتماعی

داشته است. کمترین اثر مستقیم نیز مربوط به خودآگاهی با ضریب بتای ۰/۲۸ و بعد از آن متغیر تفکرخلاق با اثر مستقیم ۰/۲۵ و اثر کلی ۰/۴۸ بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

سلامت اجتماعی مفهومی است که به ارتباط بین دو مفهوم سلامت و اجتماع اشاره دارد. 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 قرارداد. به نظر بخارایی و همکاران (۱۳۹۴) سلامت اجتماعی هنگامی محقق می‌شود که خانواده‌ها و افراد، از آموزش مهارت‌های زندگی برخوردار باشند و هر یک از شهروندان در برابر اجتماع خود احساس مسئولیت کنند و سعادت خود را در سلامت اجتماع بدانند. هدف از این پژوهش، مطالعه ابعاد مهارت‌های زندگی بر سلامت اجتماعی جوانان شهرستان حاجی‌آباد واقع در خراسان جنوبی است. ۵۱ درصد از پاسخگویان مرد و بقیه نیز زن (٪۴۹) بودند. میانگین درصدی متغیر مهارت زندگی میزان سلامت اجتماعی در کمتر از متوسط بوده است. در یک نگاه اجمالی از آماره‌های استنباطی می‌توان گفت که نتایج حاصل از معادله رگرسیون بیانگر این است که شاخص‌های متغیر مستقل ۸۰ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌کنند؛ به‌عبارتی دیگر، ۸۰ درصد از تغییرات میزان سلامت اجتماعی ناشی از آموزش شاخص‌های مهارت‌های زندگی بوده است و ۲۰ درصد تغییرات باقیمانده متأثر از عوامل و متغیرهای دیگر بوده است که در تحقیق حاضر مورد مطالعه قرار نگرفته است. همچنین پیش فرض عدم وجود هم خطی بین متغیرهای مستقل تأیید شده است.

نتایج حاصل فرضیه‌ها بیانگر این است که ابعاد مهارت زندگی بر سلامت اجتماعی، نقش مؤثری دارد یعنی با افزایش آموزش مؤلفه‌های مهارت زندگی سلامت اجتماعی جوانان نیز ارتقاء پیدا می‌کند. این یافته با نتایج تحقیق پاول (۲۰۱۰) همسو است. به‌عبارت دیگر سلامت اجتماعی در زندگی هر فردی می‌تواند دربرگیرنده سطوح مختلفی از مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر فرد از خود را به‌عنوان عضوی از جامعه به همراه داشته باشد. ضرورت مهارت‌های زندگی در جامعه ما به‌حدی است که اشخاص برخوردار از آموزش‌های متنوع مهارتی می‌توانند با موفقیت بیشتری با مشکلات زندگی دست و پنجه نرم کنند در نهایت از انواع سلامت از جمله سلامت اجتماعی بهتری برخوردار خواهند بود. جوانانی که از حمایت‌های معنوی و مادی خانواده‌های خود بهره می‌برند ثبات و انسجام بیشتری دارند و احتمالاً می‌توانند در فعالیت‌های جمعی بیشتر مشارکت کنند و باید انتظار داشت که با هنجارهای اجتماعی در زندگی روبرو هستند این وضعیت می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از انحراف اجتماعی داشته باشد که ابعادی فراتر از قلمرو رفتارهای فردی دارد؛ و در نهایت از سلامت اجتماعی بهتری هم برخوردارند. به عبارت دیگر نقش مهارت‌های اجتماعی بر سلامت افراد اثرگذار است و درنهایت، با افزایش شاخص‌های مهارت در زندگی کردن با افراد جامعه، میزان سرمایه اجتماعی و سلامت‌شان در هر زمینه بیشتر می‌شود و دستیابی به اهداف توسعه، سریع‌تر و امکان‌پذیرتر می‌کند.

در این تحقیق بین مردان و زنان ازنظر میزان برخورداری از سلامت اجتماعی تفاوت معناداری به‌دست نیامد؛ این یافته با نتایج عبدالله تباردرزی (۱۳۸۷) که تفاوت میزان سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دختر و پسر را بیان کرده است، 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, 2008). کنگرلو (۱۳۸۷) نیز در تحقیق خود ارتباط معنادار بین تأهل و سلامت اجتماعی نشان داده است. 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 درنتیجه بالا رفتن میزان سلامت اجتماعی می‌شود. به‌عبارت دیگر رابطه بین تأهل و بالا بودن ابعاد 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 اجتماعی منجربه 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 می‌کنند پس به طبع سلامت اجتماعی‌شان بالاتر از مجردین است. جامعه‌ای که بتواند با آموزش‌های دقیق و روشن‌بینانه زندگی جوانان متأهل خود را هدایت کند، درنتیجه ازدواج‌های موفق‌تری را برای کاهش آسیب‌ها به همراه می‌آورد. در واقع تأهل و آموزش‌های مهارت زندگی در دوران متأهلی بر سلامت روانی و اجتماعی جامعه نیز اثرگذاری بیشتری دارد. به نظر حاتمی (۱۳۸۹) تأهل و آموزش مهات‌های زندگی برای افراد شرایطی را ایجاد می‌کنند که ضمن انتخاب دقیق و صحیح شریک

زندگی، در لحظات اضطراب فرد از یک حامی خوبی برخوردار است و از حمایت عاطفی و اخلاقی لازم بهره‌مند می‌گردد، بنابراین فایده دیگر آموزش‌های مهات زندگی در ازدواج تأمین حمایت عاطفی و اخلاقی در لحظات اضطراب آفرین و تضمین سلامت روانی و اجتماعی است.

به‌طورکلی در این پژوهش ارتباط بین پنج متغیر مستقل با متغیر وابسته سلامت اجتماعی بررسی‌شده است که بر اساس نتایج آن، بین سلامت اجتماعی و ابعاد مهارت زندگی (توانایی تصمیم‌گیری، خودآگاهی، مدیریت هیجانات و احساسات، 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 موردتوجه قرارداد. بنابراین 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.

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 سلسه‌مراتب 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.

بنابر 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. به‌گونه‌ای 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 براین در مراکز آموزشی و دانشگاهی این آموزه‌ها جهت دوام و استمرار زندگی اجتماعی برای قشر جوان باید از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد. همچنین به نظر خوش فر و همکاران (۱۳۹۳) 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.

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. 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 (بهاری و شفیق‌پور، ۵۲:۱۳۸۴). روی‌هم‌رفته، سلامت اجتماعی باعث می‌شود 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 ایفاءکنند (فرهمند و همکاران، ۱۳۹۵ : ۱۶۲)؛ درنتیجه 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 وزندگی مؤثر و سازنده ضروری به نظر می‌رسد.

بنابر مباحث نظری و نتایج حاصل از آزمون فرضیه‌های اصلی تحقیق می‌توان گفت که رابطه‌ای متقابل بین نیاز به یادگیری آموزش 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

اصلی ترین نهاد اجتماعی کردن فرد است، بسی مهم است، علاوه براین در مراکز آموزشی و دانشگاهی این آموزه‌ها جهت دوام و استمرار زندگی اجتماعی برای قشر جوان باید از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد.

در بحث سلامت اجتماعی انسان به همراه پدیده‌های پیرامونش موردتوجه 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 به‌گونه‌ای 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. 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. با توجه به اهمیت سلامت اجتماعی از طریق یادگیری آموزه‌های مهارت زندگی در سطح جامعه

و گروه‌های اجتماعی بالاخص جوانان باید در جستجوی راه‌هایی بود که افزایش آن را فراهم نمود.

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 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

- ارفعی عین الدین، رضا (۱۳۸۸)، ***رابطه نحوه گذران اوقات فراغت با سلامت اجتماعی***، پایان‌نامه کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی ورفاه اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی، صص ۱۴۶-۱۴۹.
- امینی نقده، منصور (۱۳۹۰)، ***بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: جوانان ۱۸ تا۲۹ سال شهر نقده)***، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی و ارتباطات دانشگاه علامه طباطبایی، صص ۱۳۸-۱۴۰.
- بخارایی، احمد؛ شربتیان، محمدحسن؛ طوافی، پویا (۱۳۹۴)، مطالعهٔ جامعه‌شناختی رابطهٔ نشاط با سلامت اجتماعی (جوانان ۱۸ تا ۳۰سال شهرستان ملایر)، ***فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی***، شماره ۲۵، صص ۳۹-۱.
- بهاری، سیف‌الله؛ شفیق‌پور، محمدرضا (۱۳۸۴)، تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی دانشجویان، ***فصلنامه علوم تربیتی***، شماره اول، صص ۲۳-۱۶
- پارسامهر، مهربان؛ رسولی‌نژاد، پویا (۱۳۹۴)، بررسی رابطه سبک زندگی سلامت‌محور با سلامت اجتماعی در بین مردم شهر تالش، ***فصلنامه توسعه اجتماعی***، دانشگاه شهید چمران اهواز، سال دهم، شماره ۱، صص: ۶۶-۳۵.
- پورحسینی، مژده (۱۳۹۰)، ***مهارت‌های زندگی***، تهران: انتشارات هاجر، ص ۸۷ .
- حاتمی، پریسا (۱۳۸۹)، ***بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی***، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده علوم اجتماعی.
- حسینی، سیده فاطمه (۱۳۸۷)، ***بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی***، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی، ص ۱۴۵.

- خوش‌فر، غلامرضا؛ محمدی، آرزو؛ محمدزاده، فاطمه؛ محمدی، راضیه و اکبرزاده، فاطمه (۱۳۹۲)، امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: جوانان ۱۵-۲۹ ساله شهر قاین)، ***مجله علمی و پژوهشی مطالعات اجتماعی ایران***، دوره نهم، شماره اول، صص: ۱۰۲-۷۱.
- رحیمی، سینا؛ سلیمانی نیا، سیدعلی (۱۳۸۷)، اثر آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش مشارکت اجتماعی، کودکان ***فصلنامه علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی***، پاییز و زمستان ۱۳۸۷ - شماره ۳۰ و ۳۱، صص۳۱۳-۳۳۲.
- سام آرام، عزت‌الله، (۱۳۸۸)، بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور، ***فصلنامه علمی- پژوهشی انتظام اجتماعی***، سال اول، شماره اول، دوره بهار، صص۲۹-۹.
- سام آرام، عزت‌الله، (۱۳۹۲)، ***نظریه‌های مددکاری اجتماعی***، چاپ دوم، تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.
- سلیمی، علی؛ داوری، محمد (۱۳۸۰)، ***جامعه‌شناسی کجروی***، قم: انتشارات پژوهشکده حوزه و دانشگاه.
- ساویز، احمد؛ بخت آزما، محمدحسن (۱۳۸۴)، ***آموزش مهارت‌های زندگی و خانواده***، تهران، دانشگاه علم و صنعت ایران.
- 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.
- صفاری نیا، مجید (۱۳۹۴)، ***روانشناسی سلامت اجتماعی***، تهران، انتشارات آوای نور.
- عبدالله تباردرزی، هادی (۱۳۸۷)، ***بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی***، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، ص ۸۹-۷۳.

- فرهمند، مهناز؛ خاتمی سروی؛ خدیجه؛ محمدحسنی، راضیه (۱۳۹۵)، مقایسه سلامت اجتماعی، قدرت تصمیم‌گیری، مهارت‌های ارتباطی و عزت نفس در بین زنان شاغل و خانه دار شهر یزد؛ ***فصلنامه علمی-پژوهشی زن و جامعه***، سال هفتم، شماره دوم، صص: ۱۴۷-۱۶۶.
- فتحی، منصور؛ عجم نژاد، رضا؛ خاک رنگین، مریم (۱۳۹۱)، عوامل مرتبط با سلامت، اجتماعی معلمان شهر مراغه، ***فصلنامه علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی***، سال دوازدهم، شماره ۴۷ (سلامت ۱)، صص: ۲۴۷-۲۲۵.
- 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***، سال ششم، شماره ۲۰، :پاییز، صص: ۲۰۷-۱۸۳.
- کریم‌زاده، احمد (۱۳۸۸)، ***راهنمای آموزش و آداب مهارت‌های زندگی***، تهران، یادمان هنر اندیشه.
- کریمی، مهدی (۱۳۹۰)، ***ادبیات نظری کیفیت زندگی***، انتشارات رشد.
- کلینگه، گریس (۱۳۸۴)، ***مهارت‌های زندگی***، ترجمه شهرام محمدخانی، چاپ پنجم، تهران: نشر اسپند هنر.
- کنگرلو، مریم (۱۳۸۷)، ***بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد دانشگاه علامه طباطبایی***، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی، ص ۴۰.
- گرمارودی، غلامرضا و واحدانی نیا، مریم سادات (۱۳۸۵)، سلامت اجتماعی، بررسی میزان مهارت‌های اجتماعی دانش آموزان، ***فصلنامه پایش***، سال پنجم، شماره دوم، دوره بهار، صص ۱۴۷-۱۵۳.

- طارمیان، فرهاد (۱۳۷۸)، ***مهارت‌های زندگی. تعاریف و مبانی نظری،*** تهران: مؤسسه فرهنگی منادی تربیت
- موسوی، میر طاهر؛ شیانی، ملیحه (۱۳۹۴)، ***سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی مفاهیم و رویکردها،*** تهران: مؤسسه انتشارات آگاه.
- مومنی مهموئی، حسین؛ تیموری، سعید؛ رحمان‌پور، محمد (۱۳۹۰)، بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و عزت نفس دانش‌آموزان دختر پایه پنجم مقطع ابتدایی، ***فصلنامه اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی،*** سال ششم، شماره چهار، پاییز، ص ۹۱-۱۱۲.
- محمدخانی، شهرام و نوری، ربابه (۱۳۷۹)، ***مهارت‌های زندگی، ویژه‌ی دانش آموزان،*** معاونت نظری و مهارتی وزارت آموزش و پرورش، تهران: طلوع دانش.
- ناصری، حسین (۱۳۸۶)، ***مهارت‌های زندگی ویژه دانشجویان،*** تهران: معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۵)، ***عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت،*** معاونت سلامت، دبیرخانه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت.
- هزار جریبی، جعفر؛ صفری شالی، رضا (۱۳۹۱)، ***آناتومی رفاه اجتماعی،*** چاپ اول، تهران: مؤسسه انتشارات جامعه و فرهنگ.
- یارمحمدی واصل، مسیب؛ نارنجی‌ها، هومان؛ رفیعی، حسن (۱۳۸۹)، ساخت و اعتباریابی آزمون مهارت‌های زندگی در افراد وابسته به مواد، ***فصلنامه علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی،*** سال دهم، شماره ۳۹، زمستان، صص: ۱۵۱-۱۷۶.
- Keyes, C. L. M. (1998),"Social well-being". ***Social Psychology Quarterly***, Vol. 61, No. 2: 121-140.
- Keyes C. M. Shapiro. A. (2004), "Social well-being in the U. S: A Descriptive Epidemology". ***In orville brime***, Carol D. Ronald C.

- Martin, I. Jones, D. (2012), "Exploring the life skills needs of British adolescent athletes". ***Psychology of Sport and Exercise***, Vol 10, Issue 1, pp: 159-167.
- 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
- 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.
- World Health Organization. (1989), International Classification of Impairments, ***Disabilities and Handicaps, Geneva***. p:49