

## بررسی رابطه احساس امنیت اجتماعی و نظارت (طبیعی و غیر طبیعی) با

### سلامت اجتماعی در میان زنان ۱۸ سال به بالای ساکن شهر شیراز

خدیدجه رستگار<sup>۱</sup>، فهیمه حقیقت<sup>۲</sup>، حکیمه زارع<sup>۳</sup>، کاظم حسن زاده<sup>۴</sup>

#### چکیده

سلامت چه به صورت فردی و چه به صورت جمعی، مهم‌ترین جنبه از مسائل حیات انسانی است. امنیت اجتماعی در بستر جامعه شکل می‌گیرد و هدف آن حفظ، تداوم، تعامل و شرایط قابل پذیرش برای گروه‌ها و افراد است. این مطالعه با هدف شناسایی رابطه امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی با نظارت اجتماعی (طبیعی و غیر طبیعی) در میان زنان ساکن شهر شیراز انجام شده است. جامعه آماری پژوهش شامل جمعیت زنان ۱۸ سال به بالای ساکن شهر شیراز بوده و از طریق فرمول کوکران و با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، حجم نمونه‌ای برابر ۳۸۴ نفر از مناطق ۲ و ۶ انتخاب شدند. انتخاب مناطق به شیوه‌ی تصادفی بوده است. در این مطالعه برای سنجش احساس امنیت اجتماعی از نظریات بوزان، جیکوبز، ویور و مولار و جهت سنجش سلامت اجتماعی از پرسشنامه کبیز بهره گرفته شده است. روش این مطالعه پیمایشی بوده و داده‌ها از طریق پرسشنامه گرد آوری شده‌اند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آماره‌هایی چون میانگین، ضریب پیرسون و رگرسیون استفاده شده است. بر اساس نتایج، احساس امنیت و سلامت اجتماعی زنان ساکن در محلات مورد مطالعه بالاتر از سطح متوسط متفاوت است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد بین احساس امنیت اجتماعی زنان و سلامت اجتماعی آنان رابطه معنادار و مثبت وجود دارد. همچنین بین احساس امنیت اجتماعی زنان و ابعاد سلامت اجتماعی رابطه معنادار و مثبت وجود دارد. نتایج نشان می‌دهد احساس امنیت اجتماعی زنان بیش‌ترین تاثیر را بر انسجام و انطباق اجتماعی سلامت اجتماعی آنان دارد. همچنین، نتیجه‌ی گرسیون نشان می‌دهد ۲۵ درصد واریانس متغیر سلامت اجتماعی به ترتیب توسط نظارت طبیعی و احساس امنیت اجتماعی تبیین شده است.

**واژه‌های کلیدی:** سلامت اجتماعی، احساس امنیت اجتماعی، نظارت طبیعی، نظارت غیر طبیعی،

زنان

<sup>۱</sup> - دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مطالعات زنان، دانشگاه الزهرا

<sup>۲</sup> - دانش آموخته کارشناسی ارشد، گروه مطالعات زنان، دانشگاه الزهرا

<sup>۳</sup> - عضو باشگاه پژوهشگران دانشگاه آزاد اسلامی واحد داریون، استاد مدعو دانشگاه پیام نور فارس

<sup>۴</sup> - استاد مدعو دانشگاه علمی کاربردی علوم بهزیستی فارس

## مقدمه

امروزه سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمی و روانی اهمیت زیادی یافته است به گونه‌ای که سلامتی تنها عاری بودن از بیماری تلقی نمی‌شود، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز به عنوان معیارهای مهم سلامت قلمداد می‌شود (WHO, 1948). هنگامی فرد از سلامت اجتماعی برخوردار است که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را به درستی انجام داده و احساس رضایت مندی کند (Larson, 1996). یکی از عوامل موثر بر سلامت اجتماعی امنیت اجتماعی می‌باشد. هر فرد برای رسیدن به اهداف والای انسانی بعد از برآوردن نیازهای فیزیولوژی نیاز به وجود امنیت دارد، در این میان می‌توان گفت که، مهم‌تر از امنیت، موضوع احساس امنیت است. زیرا ممکن است در جامعه‌ای امنیت از لحاظ انتظامی و پلیس وجود داشته باشد، اما فرد احساس امنیت نکند (Salehi, 2008: 86). از سوی دیگر مقوله احساس امنیت به مثابه یک آرمان و واقعیت به عنوان یکی از حقوق اساسی مطرح است (Khorassani & Ismaili, 2010)، چرا که زیر بنای تأمین سایر نیازها بوده و فقدان آن ابتدا به روان پریشی اجتماعی منتهی شده و در پریشان حالی و عدم آرامش، انتظار تأمین مابحتاج حتی در حد برنامه‌ریزی اولیه به پیش نمی‌رود و در نتیجه، زمینه جلب مشارکت عمومی برای هر نوع همکاری و برنامه‌ریزی‌های بعدی فراهم نمی‌شود (Mohammadzahde, 2001). هم‌چنین فرایند تأمین احساس امنیت منوط به فرایند نظارت در جامعه می‌باشد، چرا که واکنش‌هایی که فرد در جامعه در قبال امنیت بروز خواهد داد، تابع میزان دریافت و ادراکات او از امنیت خواهد بود و نظارت اجتماعی در احساس امنیت متغیر کلیدی در این خصوص بشمار می‌رود (Alinaghi, 1997: 138). نظریه پردازان کنترل اجتماعی معتقد هستند برای اینکه بتوان نظم اجتماعی را برقرار کرد باید رفتارهای الگو شده ای را از طریق فراگرد اجتماعی شدن و به کمک نظارت اجتماعی به اعضای جامعه تلقین و یا تحمیل کرد. از این رو نظارت می‌تواند از عوامل همنوایی با جامعه باشد (Mohseni Tabrizi, 2004: 90). در همین راستا فروید<sup>۱</sup> و ریزمن<sup>۲</sup> معتقد هستند انسان‌ها دارای سیستم کنترل درونی هستند و به نظر آنان عواملی وجود دارد که انسان‌ها را از کارهای نامشروع باز می‌دارد. به نظر می‌رسد یکی از عواملی که در این زمینه موثر است عامل کنترل و نظارت غیر مستقیم می‌باشد. اما از آنجا که نظارت تنها به صورت غیر مستقیم نمی‌باشد و نظارت مستقیم هم وجود دارد برخی بر کنترل و نظارت توسط دولت تاکید زیادی دارند. به نحوی که ثبات در مفاهیم تعیین کننده امنیت که در آن دولت به عنوان مفهوم محوری به کار می‌رفت به عنوان مفهوم کامل و متداول از امنیت و عملکرد

<sup>1</sup> Freud

<sup>2</sup> Riesman

دولت‌ها بر جا ماند (Bilgin, 2003: 210). بر این اساس امنیت شهروندان به واسطه وجود دولت و نظارت مستقیمی که دارد ایجاد می‌شود.

مهم‌ترین هدف مدیریت شهری را می‌توان ارتقای شرایط کار و زندگی جمعیت ساکن در قالب اقشار و گروه‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی و حفاظت از حقوق شهروندان، تشویق به توسعه اقتصادی و اجتماعی پایدار دانست. شهرها باید به گونه‌ای مدیریت شوند که جای هیچ‌گونه ترس و احساس عدم امنیت برای شهروندان باقی نگذارد. به همین دلیل ترس عاملی برای محرومیت زنان در رفتن به فضاهای عمومی شهر و نظارت عاملی برای تامین احساس امنیت می‌باشد. نظارت به این دلیل اهمیت دارد که گروه‌های آسیب پذیر و از جمله زنان به دلیل عدم احساس امنیت فرصت‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی را از دست می‌دهند. در چنین شرایطی زنان در فعالیت‌های اقتصادی و اجتماعی محروم می‌شوند و البته در اینگونه موارد هیچ تردیدی نیست که همواره زنان فقیرتر بیشتر قربانی جرم و جنایت ناشی از عدم امنیت می‌شوند (Mtani & Lubuva, 2004). بدین ترتیب، امنیت زنان به عنوان قشر آسیب پذیر جامعه که امروزه شاهد حضور روز افزون و پررنگ تر شدن نقش‌های فعال اجتماعی آنان می‌باشیم، بسیار حائز اهمیت می‌باشد. بر اساس یافته‌های تحقیقات مختلف احساس نا امنی شهروندان معمولاً در کلان شهرها که حلقه تعاملات اجتماعی گسترده‌تر است نسبت به شهرهای کوچکتر که بافت‌های سنتی و هنجارهای اجتماعی محدودیت کافی را برای مقابله با نا امنی ایجاد می‌کنند محسوس تر است (Hashemianfar, 2012). از آنجایی که، شهر شیراز به عنوان یکی از کلان شهرهای فرهنگی، تاریخی و گردشگری مهم کشور بشمار می‌رود و با توجه به حضور گسترده‌ی مردم در شهر و نیز محدود بودن میزان تحقیقات و پژوهش‌های امنیتی انجام شده، نیاز به بازبینی و بررسی دقیق‌تر فضاهای عمومی شهری و رابطه آنها با میزان درک احساس امنیت ایجاد می‌کند. با گسترش شهر و شهرنشینی در دوران معاصر، مسائل برخاسته از آن در جوامع در حال توسعه با شدت بیش‌تری نمود پیدا کرده‌اند از آن جمله می‌توان به افزایش جرائم اجتماعی و کاهش میزان امنیت اجتماعی اشاره کرد. از سوی دیگر در سال‌های اخیر در اثر گسترش نوگرایی و نوسازی در عرصه جهانی شاهد ایجاد تحولاتی در زمینه‌های فرهنگی و ساختاری و دگرگونی نقش‌های اجتماعی زنان و دختران هستیم. در بسیاری از نقاط جهان، تحولات فرهنگی و ساختاری ناشی از نوگرایی و نوسازی، زمینه ساز ورود زنان به عرصه عمومی و افزایش اشتغال و سطح تحصیلات آنها شده و در نتیجه نقش‌های زنان در اجتماع و خانواده متحول شده و زنان از چهارچوب خانه به عرصه فعالیت‌های اجتماعی وارد شدند. به این ترتیب مشارکت فعال زنان در فعالیت‌های اجتماعی و اقتصادی به عنوان یک ضرورت بدیهی تلقی می‌شود البته مشارکت زنان در اجتماع تبعاتی را نیز به همراه دارد که یکی از مهم‌ترین آنها عدم

احساس امنیت زنان در اجتماع می‌باشد. احساس امنیت در شهر برای زنانی که می‌خواهند در فعالیت‌های اجتماعی مشارکت داشته باشند یک ضرورت است.

هرچند آگاهی در مورد خطرات ناشی از خشونت در فضای خصوصی در دهه گذشته بهبود یافته است، اما ترس زنان از خشونت مردان معمولاً در ترس از مکان‌های عمومی آشکار می‌شود. این امر به ویژه در زنان طبقه متوسط و زنان جوان وجود دارد (Pain, 1995). به همین دلیل شرایط زندگی در شهر تا حدود زیادی زندگی ساکنین آن را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد و زنان بیش از دیگران تحت تأثیر این شرایط هستند. در بررسی‌های متعدد (Jakson, 2004; Reno and Lavery, 2009; Weaver, 2010) به عوامل اقتصادی، حمایت اجتماعی و مفاهیم ارزشی موثر بر احساس امنیت زنان اشاره شده است.

در استان فارس آمارها حاکی از آن است که به طور کلی در سال ۱۳۸۶ از مجموع پرونده‌های مخومه، ۷ درصد مربوط به اعمال منافی عفت، ضرب و جرح و تصرف عدوانی و مزاحمت می‌شود که از این میان ۴۰ درصد متعلق به شهر شیراز می‌باشد و ۶ درصد از این پرونده‌ها مربوط به اعمال منافی عفت، ایراد ضرب و جرح و تصرف عدوانی و مزاحمت در شهر شیراز می‌باشد (Statistical Yearbook, 2007).

از آنجا که ارتقاء سلامت، بویژه سلامت اجتماعی، بیش از پیش، بر پیشگیری متمرکز است، می‌توان انتظار داشت تقویت بعد اجتماعی سلامت، در کنار سایر ابعاد آن، بسترهای لازم را برای افزایش نشاط اجتماعی، وفاق اجتماعی، تعامل اجتماعی، همبستگی اجتماعی، رضایت از زندگی، مسئولیت پذیری اجتماعی، مشارکت اجتماعی، افزایش کارآمدی، کاهش آسیب‌های اجتماعی و جرایم، کاهش هزینه‌ها، تقویت هویت فرهنگی و ... در هر جامعه‌ای فراهم نموده و توجه به ابعاد اجتماعی سلامت کمک خواهد کرد تا افراد از نظر اجتماعی، جامعه‌ای سالم شکل دهند. بدون شک یکی از شاخص‌هایی که می‌تواند در تقویت و توسعه سلامت اجتماعی کمک کرده و کاهش بار بیماری‌های اجتماعی رابه دنبال خواهد داشت، همچنین ساختارها و منابع اجتماعی، فرصت‌ها و توانایی‌های افراد در هنگام مواجهه با چالش‌های زندگی اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و وجود امنیت اجتماعی است. چرا که به نظر می‌رسد احساس امنیت در جامعه به معنایی که در این تحقیق مورد نظر است از جمله نیازهایی است که سلامت اجتماعی را تعیین می‌کنند. بنابراین شناسایی میزان تحقق احساس امنیت اجتماعی می‌تواند گامی در جهت تبیین سلامت اجتماعی باشد و به این طریق می‌تواند در کاهش مشکلات اجتماعی به اتخاذ سیاست‌های لازم کمک نمود.

### مبانی نظری

سلامت اجتماعی و یا فقدان آن (سلامت اجتماعی) از جمله موضوعاتی است که در نظریات جامعه-شناسان کلاسیک به آن اشاره شده است. از نظر تجربی، مفهوم سلامت اجتماعی ریشه در ادبیات

جامعه‌شناسی ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی دارد؛ اما مطابق مدل سلامت، فقدان ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی، دلیل کافی برای وجود سلامت اجتماعی جامعه نیست.

مفهوم سلامت اجتماعی، مفهومی است که در سال‌های اخیر در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت مورد توجه قرار گرفته است و جنبه اجتماعی آن را با محور قرار دادن فرد مورد بررسی قرار می‌دهد. در بلوک و برسلو برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداختند آنها مفهوم سلامت را با درجه عملکرد اعضاء جامعه مترادف کرده و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند. آنها تلاش کردند تا با طرح پرسش‌های گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند. این مفهوم را چند سال بعد دونالد و همکارانش در سال ۱۹۷۸ مطرح کردند و استدلال آنها این بود که سلامت فراتر از گزارش علایم بیماری، میزان بیماری‌ها و قابلیت‌های کارکردی فرد است. آنها معتقد بودند که رفاه و آسایش فردی امری متمایز از سلامت جسمی روانی است. بر اساس برداشت آنان سلامت اجتماعی در حقیقت هم بخشی از ارکان وضع سلامت بشمار می‌رود و هم می‌تواند تابعی از آن باشد. استفاده مفرط از مدل بیماری در گذشته که در آن مقوله سلامت به عنوان نبود نشانه‌ها و عوارض جسمانی و روانی تعریف می‌شده، منجر به باز تعریف سلامت به شکل‌های مختلف و سنجش آن شد.

سازمان بهداشت جهانی (W.H.O) (۱۹۴۶) سلامت را این‌گونه تعریف کرده است: "حالت سلامت کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً نبود بیماری یا ناتوانی". این تعریف مقدمه‌ای برای معرفی مدلی شد که در آن سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی مفهوم‌سازی شد (Keyes & Shapiro, 2004).

در بین نظریاتی که پیرامون سلامت اجتماعی پرداخته‌اند نزدیک‌ترین دیدگاه‌ها نظریه اکر، سیمن و کییز می‌باشد.

اکر به طور مستقیم به مفهوم سلامت اجتماعی افراد اشاره نکرده است، بلکه به پیامدهای عدم سلامت اجتماعی اشاره می‌کند. به اعتقاد وی زمانی که پیوند اجتماعی فرد با جامعه گسسته می‌شود، مستعد کج رفتاری خواهد بود. این که فرد کج رفتار بشود یا خیر، بستگی به پاداش‌های اجتماعی یا مادی دارد که دریافت می‌کند. اکر، نظریه اجتماعی را با نظریه نظارت اجتماعی تلفیق می‌کند. وی معتقد است که مهم‌ترین اصل در یادگیری اجتماعی این است که کج رفتاری در اثر جریان شرطی شدن از طریق پاداش و تنبیه شکل می‌گیرد. اشکال گوناگون رفتار از طریق پاداش و تنبیه که به شکل قوی و ضعیف می‌توانند وجود داشته باشد، تشدید شده یا کاهش می‌یابند. از نظر وی اگر دو راه حل وجود داشته باشد، رفتاری تداوم پیدا خواهد کرد که بیش‌ترین پاداش یا کمترین تنبیه را به همراه داشته باشد. افراد تحت تاثیر پاداش و تنبیه رفتار را ارزیابی می‌کنند و این ارزیابی

می‌تواند بر تداوم رفتار (که ممکن است مطلوب یا بر عکس غیر مطلوب ارزیابی شود)، تاثیر گذارد. در نتیجه فرد رفتاری را انتخاب خواهد کرد که از نظر خودش مطلوب ارزیابی شده باشد ( Momtaz, 2000: 126). از نظر وی تنها فقدان نظارت اجتماعی باعث کج رفتاری نمی‌شود؛ بلکه مساله این است که افراد در شرایط متفاوتی قرار می‌گیرند که ممکن است پاداش‌های گوناگونی دریافت کنند. ملوین سیمن (۱۹۹۱)، کوشیده است مفهوم بیگانگی روانی را در قالبی منظم و منسجم تدوین و تعریف نماید. از نظر وی ساختار بوروکراسی جامعه مدرن، شرایطی را ایجاد کرده است که در آن انسان‌ها قادر به فراگیری نحوه و چگونگی کنترل عواقب و نتایج اعمال و رفتارهای خود نیستند. نحوه کنترل و مدیریت جامعه بر سیستم پاداش اجتماعی به گونه‌ای است فرد ارتباطی را بین رفتار خود و پاداش مآخوذه از جامعه نمی‌تواند برقرار کند و در چنین وضعیتی است که احساس بیگانگی بر فرد مستولی گردیده و او را به کنشی ناسازگارانه در قبال جامعه سوق می‌دهد ( Mohseni, 2002: 144). وی پنج نوع از بیگانگی را از هم متمایز می‌کند که عبارتند از: احساس بی-قدرتی<sup>۱</sup>، احساس بی‌معنایی یا احساس بی‌محتوایی<sup>۲</sup>، بی‌هنجاری<sup>۳</sup>، احساس انزوای اجتماعی<sup>۴</sup> و احساس تنفر از خود<sup>۵</sup>. احساس بی‌قدرتی عبارت است از احتمال و یا انتظار متصوره از سوی فرد در قبال بی‌تاثیری عمل خویش یا تصور این باور که رفتار او قادر به تحقق و تعیین نتایج مورد انتظار نبوده و وی را به هدفی که بر اساس آن کنش او گردیده رهنمون نیست. احساس بی‌معنایی یا احساس بی‌محتوایی زمانی مشهود است که فرد در باور و عقیده دچار ابهام و تردید و مشکل است؛ یعنی نمی‌داند که به چه اعتقاد داشته باشد؛ در تصمیم‌گیری‌ها، عقیده خود را با استانداردهای موجود در جامعه خویش نمی‌تواند تطبیق دهد. بی‌هنجاری وضعیتی فکری و ذهنی است که در آن فرد این احتمال را به حد مفرط بر خود مفروض و متصور دارد که تنها کنش‌هایی فرد را به حوزه‌های هدف نزدیک می‌سازد که مورد تائید جامعه نیستند. احساس انزوای اجتماعی، وضعیتی فکری است که در آن فرد عدم تعلق و وابستگی و انفصال تامه‌ای را با ارزش‌های موسوم جامعه احساس می‌کند. هم‌چنین در این حالت، فرد دارای اعتقاد و باور نازلی نسبت به مکانیسم‌های ارزش‌گذاری و سیستم پاداش اجتماعی است و با هر آنچه که از نظر جامعه معتبر و ارزشمند است، خود را هم عقیده و همسو نمی‌بیند. از نظر وی احساس انزوای اجتماعی، فقدان قابلیت سازگاری با زمینه اجتماعی خویش نیست، بلکه مبین انفکاک فکری فرد از استانداردهای فرهنگی است. و احساس تنفر از خود به این معنا است که در دنیای صنعتی، انسان در بسیاری از مشاغل در روابط تولید خاصی

1. Powerlessness  
2. Meaninglessness  
3. Normlessness  
4. Social isolation  
5. Estrangement

واقع می‌شود که در آن کار و تولید فرد را دیگر به هدف و تعالی مورد انتظار، رهمون نیست. فرد کار می‌کند بدون آن که به ارزش واقعی کار خود واقف باشد و از نتایج کار خویش متمتع گردد. فرد شانس و فرصت لازم جهت خلق و تولید محصولی که او را راضی و خرسند سازد، نیست؛ به نوعی احساس انزجار از روابط اجتماعی تولید گرفتار است.

کییز (۲۰۰۴) تلاش کرده است مقیاسی برای سلامت اجتماعی بسازد. محتوای مقیاس سلامت اجتماعی وی طیفی از ارزیابی فرد از تجاربش در جامعه است. این مقیاس جدید با مقیاس‌های سلامت اجتماعی در سطح بین فردی (مثل پرخاشگری و حمایت اجتماعی) و سطح اجتماعی (مثل فقر و جایگاه اجتماعی) تفاوت دارد. در این تحقیق از مدل کییز استفاده شده است.

### مدل

بر طبق مدل کییز از سلامت اجتماعی، فرد از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و دارای نیروهای بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند. احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بداند. پس، سلامت اجتماعی طیفی از ارزیابی فرد از تجاربش در جامعه است. مقیاس وی شامل ابعاد انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، سهمداشت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی می‌باشد. محتوای مقیاس سلامت اجتماعی، طیف مثبتی از ارزیابی تجارب فرد در جامعه است (Keyes & Shapiro, 2004). توضیح ابعاد مقیاس سلامت اجتماعی کییز به شرح زیر می‌باشد:

#### ۱- انسجام اجتماعی

انسجام اجتماعی<sup>۱</sup>، ارزیابی فرد از کیفیت روابطش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است. مفهوم انسجام اجتماعی در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی قرار می‌گیرد؛ بیگانگی اجتماعی یعنی شکاف بین فرد و اجتماع (Keyes & Shapiro, 2004). انسجام اجتماعی عبارت است از: احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به اینکه فرد به جامعه تعلق دارد؛ احساس حمایت شدن از سوی جامعه و سهم داشتن در آن. (Keyes, 2004).

#### ۲- پذیرش اجتماعی

پذیرش اجتماعی<sup>۲</sup> به این معنا می‌باشد که افرادی که دارای این بعد از سلامت هستند، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند. باور دارند که مردم می‌توانند ساعی و موثر باشند. این افراد دیدگاه مطلوبی نسبت به ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند. در پذیرش اجتماعی، فرد،

<sup>1</sup>. social integration

<sup>2</sup>. social acceptance

اجتماع و مردم آن را با همه‌ی نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد ( Keyes & Shapiro, 2004). افرادی که به دیگران اعتماد می‌کنند و باور دارند که مردم مهربان هستند دیدگاه‌های مطلوب‌تر از ماهیت بشر ارائه می‌دهند. پذیرش اجتماعی، همتای پذیرش خود است. افرادی که احساس خوبی نسبت به شخصیت خود دارند از سلامت روانی خوبی برخوردارند ( Ryff, 1989).

### ۳- سه‌مداشت اجتماعی

سه‌مداشت اجتماعی<sup>۱</sup> باوری است که طبق آن فرد خود را عضو مهمی از اجتماع می‌داند و تصور می‌کند چیزهای ارزش‌مندی برای عرضه به جامعه دارد. سه‌مداشت اجتماعی نزدیک به مفاهیم مسئولیت‌پذیری و خودکارآمدی است. خودکارآمدی یعنی این که فرد می‌تواند رفتارهای معینی را انجام داده و مقاصد خاصی را به اتمام برساند (Bandura, 1997). سه‌مداشت اجتماعی به ارزیابی زندگی اجتماعی فرد دلالت می‌کند. اینکه فرد معتقد باشد که دارنده چیز ارزشمندی برای ارائه به جهان است. فرد به مسائل زندگی به صورت مشکلاتی که باید بر آنها غلبه کرد و از پیش رو برداشت می‌نگرد (Keyes & Shapiro, 2004).

### ۴- انطباق اجتماعی

انطباق اجتماعی<sup>۲</sup>، درک کیفیت، سازماندهی و عملکرد دنیای اجتماعی فرد است. فرد سالم از نظر اجتماعی سعی دارد تا در مورد دنیای اطراف خود بیش‌تر بداند. روزانه وقایع بی‌شماری اتفاق می‌افتد که می‌توانند مثبت یا منفی، غیر منتظره یا قابل پیش‌گویی، شخصی یا عمومی باشند. این وقایع چالش‌های پیش روی افرادی است که سعی بر درک دنیای پیچیده و شلوغ اطرافشان دارند. افراد سالم علاقه‌مند به طرح‌های اجتماعی بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند؛ خود را با تصور این که در حال زندگی در یک دنیای متکامل و عالی هستند فریب نمی‌دهند و خواسته‌ها و آرزوهایشان را جهت فهم و درک زندگی ارتقاء می‌بخشند، است ( Keyes & Shapiro, 2004).

### ۵- شکوفایی اجتماعی

شکوفایی اجتماعی از ابعاد سلامت اجتماعی است که شامل ارزیابی فرد از توان بالقوه پیشرفت جامعه می‌شود. افراد سالم‌تر درباره آینده جامعه خود امیدوار هستند همانند خود مختاری، شکوفایی اجتماعی حس می‌شود که جامعه بر سرنوشت خود کنترل دارد (جدول ۱).

<sup>1</sup>. social contribution

<sup>2</sup>. social coherence



## جدول ۱: مولفه‌های سلامت اجتماعی بر اساس نظریه کبیز (Rastegar, 2014)

سلامت اجتماعی				
انسجام اجتماعی	پذیرش اجتماعی	سه‌مداشت اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	انطباق اجتماعی
ارزیابی فرد از کیفیت روابطش در جامعه و گروه‌های اجتماعی	ادراک و پذیرش دیگران به عنوان افرادی مهربان و قابل اعتماد	میزان احساس فرد از ارزشمندی و موثر بودن از آنچه انجام می‌دهد برای اجتماع و رفاه عمومی	ارزیابی توان بالقوه و سیر تکامل اجتماع و باور به این‌که اجتماع در حال یکتکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه - ای برای تحول مثبت دارد	درک کیفیت، عملکرد دنیای اجتماعی فرد

در فرهنگ معین امنیت به معنای ایمن شدن، در امان بودن و نداشتن بیم است (Moeen, 2004). از سوی دیگر، در فرهنگ آکسفورد، امنیت اجتماعی به معنای ارتباط امنیت با جامعه نوعی سازماندهی یا امنیتی تعریف شده که شکل و ساخت اجتماعی یافته است (Oxford, 2010: 1349). در تعاریفی که از امنیت می‌شود این مفهوم با دو شاخص عیبی و ذهنی مشخص می‌شود. امنیت در مفهوم عینی آن اندازه گیری فقدان تهدید علیه ارزش‌ها و در مفهوم ذهنی به فقدان احساس ترس از اینکه چنین ارزش‌هایی مورد حمله قرار خواهد گرفت اشاره دارد (Moller, 2000: 1).

در اواخر دهه‌ی هشتاد و اوایل دهه‌ی نود، بوزان دیدگاهی دولت محور داشت و بر مرجعیت در مطالعات امنیت تاکید می‌کرد. بعد از آن از مواضع افراطی خود کناره گرفت و در اواخر دهه‌ی نود دولت و جامعه را با هم به عنوان مرجع امنیت در نظر می‌گیرد (Roe, 2004: 10-12). وی عواملی که امنیت افراد را به خطر می‌اندازند، به سه دسته تقسیم می‌کند: ۱. تهدیدهای فیزیکی یا جسمی: مانند درد، صدمه، مرگ ۲. تهدیدهای اقتصادی: مانند تصرف یا تخریب اموال، دسترسی نداشتن به کار یا منابع؛ و ۳. عوامل تهدیدکننده حقوق و موقعیت: زندانی شدن، از دست دادن آزادی‌های مدنی، تنزل رتبه و ... (Buzan, 1991: 145). بوزان معتقد است زمانی امنیت اجتماعی مطرح خواهد بود که نیروی بالقوه یا بالفعلی به عنوان تهدید برای هویت افراد جامعه وجود داشته باشد. امنیت اجتماعی از نظر وی به حفظ ویژگی‌هایی ارجاع دارد که بر مبنای آن افراد خودشان را به عنوان عضو یک گروه اجتماعی قلمداد می‌کنند یا به بیان دیگر امنیت اجتماعی معطوف به جنبه‌هایی از زندگی فرد می‌گردد که هویت گروهی او را سامان می‌بخشد (Navidnia, 2003: 65).

ویور به مفهوم سازی مجدد از رهیافت پنج بعدی (نظامی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و زیست محیطی) بوزان درباره‌ی امنیت پرداخته است. وی معتقد است که برداشت بوزان از امنیت اجتماعی، ناقص و سست بنیاد است و امنیت اجتماعی را در قبال امنیت اجتماعی قلمداد کرده است. به عقیده‌ی ویور امنیت اجتماعی در کنار امنیت اقتصادی، سیاسی، نظامی و زیست محیطی قابل طرح نیست؛ بلکه هم طراز امنیت اجتماعی، امنیت ملی است. چرا که در شرایط کنونی امنیت اجتماعی مرجع امنیت ملی می‌باشد. امنیت اجماعی معطوف به هویت است که فی‌نفسه مقوله‌ای بسیار مهم می‌باشد چون هویت اجتماعی به هر حال، چه دولت باشد و یا نباشد، وجود دارد. نکته دیگر اینکه امنیت و امنیت اجتماعی، معنای سیاسی یافته است و عکس‌العمل یک اقلیت در دفاع از هویت خود، فی‌نفسه عمل سیاسی می‌باشد. احساس امنیت به احساس رهایی از اضطراب، بیم و خطر اطلاق می‌شود. در واقع، زمانی که فرد احساس کند در جامعه و تعاملات اجتماعی، خطری جان، مال و سلامتی وی را مورد تهدید و تعرض قرار نمی‌دهد، می‌توان گفت فرد دارای احساس امنیت است. این احساس امنیت از طریق اعتماد به ارگان‌های تامین‌کننده‌ی امنیت، دولت، مدرسه، نظام اقتصادی، خانواده، شبکه‌ی دوستان و ... تامین می‌شود. بنابراین، درجه اعتمادورزی به دیگران، مشخصه مناسبی برای تعیین درجه احساس امنیت تلقی می‌شود (Garoozi, Mirzaii, 2007). به طور کلی می‌توان بیان کرد که امنیت اجتماعی افراد از دیدگاه ویور با هویت و جامعه فرد در ارتباط است، فرد زمانی احساس امنیت می‌کند که جامعه بتواند از هویت او در برابر تغییرات و خطرات محافظت کند.

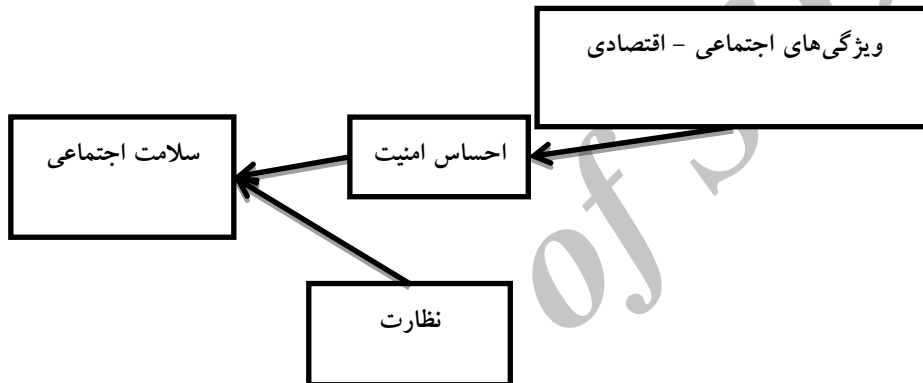
مولار تاکید دارد که امنیت اجتماعی را می‌توان به عنوان یک مفهوم فرضی برای هر جمع انسانی به کاربرد و آن را عبارت است از: قابلیت حفظ شرایط قابل پذیرش داخلی برای تکامل الگوهای سنتی زبان، فرهنگ، انجمن‌ها، مذهب، هویت ملی و رسوم. از نظر وی امنیت جوامع آشکارا با امنیت سیاسی پیوند دارد؛ اما مجزا از آن است. امنیت سیاسی به ثبات سازمانی کشورها، نظام‌های دولت و ایدئولوژی‌ای که به دولت و حکومت‌ها مشروعیت می‌بخشند مربوط می‌شود. اما امنیت اجتماعی به بقای گروه‌های اجتماعی توجه دارد که به جهت اشتراک اعضای آن در اندیشه، احساس و اعمال کلیت یکپارچه‌ای را تشکیل می‌دهند که از آن به عنوان هویت یاد می‌شود. امنیت دولت در برگیرنده‌ی حاکمیت به عنوان معیار نهایی خود است، اما امنیت اجتماعی در برگیرنده‌ی هویت است و هر دو آنان بر بقا دلالت دارند (Navidnia, 2003:61)

جیکوبز محیط فیزیکی را بر روی ناهنجاری‌ها و جرثم مورد بررسی قرار داد. از نظر وی آرامش فضای شهری ابتدا به وسیله شبکه ناخودآگاه و پیچیده اجتماعی و استانداردهای موجود میان مردم حفظ می‌شود. "همواره می‌بایست چشم‌هایی خیابان‌ها را بنگرند، چشم‌های کسانی که آنها را مالکین طبیعی حقیقی خیابان می‌نامیم" (Jacobs, 2009: 39). وی به ستایش پیاده رو می‌پردازد

جایی که به نظرش مکان والایی است و در آن احساس امنیت شهر آزمایش می‌شود و معتقد است که فضای شهری موجب گسترش حس اعتماد و اطمینان گردیده و بر امنیت و کنترل اجتماعی می‌افزاید (Shuai, 1; 366).

در نهایت با توجه به مطالب مطرح شده و بیان نظریات امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی، مدل مفهومی تحقیق برای ارائه فرضیه‌های تحقیق ترسیم شده است.

### مدل نظری تحقیق



### فرضیات پژوهش

۱- بین احساس امنیت و سلامت اجتماعی (انسجام، پذیرش، سهمداشت، انطباق و شکوفایی اجتماعی) زنان رابطه وجود دارد.

۲- نظارت و سلامت اجتماعی (انسجام، پذیرش، سهمداشت، انطباق و شکوفایی اجتماعی) زنان تأثیر می‌گذارد.

۳- بین ویژگی‌های اجتماعی- اقتصادی وفردی زنان و میزان احساس امنیت اجتماعی آنان رابطه وجود دارد.

ابعاد احساس امنیت اجتماعی و نظارت اجتماعی پیش‌بینی کننده معنی داری برای سلامت اجتماعی است.

### پیشینه تجربی تحقیق

سام آرام (Sam Aram, 2009)، در بررسی رابطه‌ی سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تاکید بر رهیافت پلیس جامعه محور و با روش توصیفی- اسنادی بیان می‌کند که جهت تحقق سلامت اجتماعی در بین افراد جامعه، تامین امنیت اجتماعی به عنوان یک نیاز پایه ای بسیار مهم است و

سلامت اجتماعی به دلیل تاکید بر جذب افراد در چارچوب‌های اجتماعی و پذیرش هنجارهای اجتماعی منجر به توسعه و گسترش تامین اجتماعی در جامعه می‌شود. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد رابطه‌ی مستقیمی بین افزایش ناامنی و کاهش سلامت اجتماعی در جامعه وجود دارد.

مجید موحد (Movahed, 2013)، به بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی مرتبط با احساس امنیت اجتماعی زنان بر روی ۶۰۰ نفر از ساکنین شهر شیراز پرداخت که نتایج تحقیق وی نشان می‌دهد بین وسایل ارتباط جمعی، نگرش به حجاب، عزت نفس، دینداری و سرمایه فرهنگی و گردشگری و احساس امنیت زنان شهر شیراز رابطه وجود دارد و این عوامل در مجموع ۱۷ درصد احساس امنیت زنان را پیش بینی کرده است.

رضازاده و محمدی (Rezazadeh & Mohammadi, 2009)، به بررسی عوامل محدود کننده حضور زنان در فضاهای شهری که مشتمل بر محدودیت‌های ناشی از طراحی و برنامه ریزی فضاهای شهری و هم‌چنین هنجارهای اجتماعی و فرهنگی است پرداخته‌اند. نتیجه تحلیل آماری ۱۸۰ پرسشنامه در محله چیدر نشان می‌دهد که شاخص‌های امنیت محیطی، پاسخ دهنده‌گی محیطی، مطلوبیت محیطی، وجود تأسیسات و تجهیزات شهری و وجود خدمات محلی بر میزان و دفعات حضور زنان و بر میزان انواع فعالیت زنان در فضای محله‌ای چیدر تأثیرگذار است. بنابراین فضایی که معیارهای تأثیر گذار بر حضور زنان را دارا نیست، حضور فعال برای فعالیت‌های غیر اجباری در آن به شدت کم است.

قرایی و همکاران (Gharaii & et al. 2010)، در پژوهشی تحت عنوان بررسی و سنجش حس امنیت در مناطق مختلف شهری (نمونه موردی مناطق ۱۲ و ۱۱ تهران) به بررسی احساس امنیت شهروندان تهرانی پرداخته‌اند. در مناطق مختلف تهران یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که تفاوت معناداری میان میزان احساس امنیت در ۲ محله مورد بررسی وجود ندارد؛ و فرض تفاوت امنیت در شب و روز، برای مردان و زنان مناطق شمالی شهر در هنگام شب و روز متفاوت است و این تفاوت در میزان کاهش حس امنیت شب هنگام در میان زنان و مردان محسوس است؛ ولی در مناطق مرکزی تفاوتی در میزان حس امنیت زنان و مردان مشاهده می‌گردد؛ و شب هنگام، امنیت برای خروج از منزل برای آنان به یک میزان کاهش می‌یابد. هم‌چنین یافته‌ها نشان می‌دهد که مردم در انتخاب فضاهای نا امن در کل شهر تفاوت نسبی دارند. مردم حضور موثر پلیس و نیروی انتظامی، ارتقاء سطح فرهنگی و وجود شرایط مناسب فضا را مهم‌ترین عامل در ایجاد حس امنیت می‌دانند.

گلی (Goli, 2011)، در بررسی میزان احساس امنیت زنان بالای ۱۵ سال در پارک آزادی کلان شهر شیراز به بررسی احساس امنیت در یک فضای عمومی پرداخته است. جامعه آماری پژوهش زنان بالای ۱۵ سال که به تنهایی در پارک حضور داشته‌اند با حجم نمونه ۱۹۵ نفر است و روش به

کار گرفته شده در این پژوهش پیمایش بوده است. نتایج حاکی از آن است که عوامل محیطی مانند کاربری اراضی، تنوع کاربری‌های پیرامون و ساعات فعالیت آنها و نیز مجاورت‌های مکانی کاربری‌ها، رابطه معناداری با افزایش احساس امنیت زنان پاسخگو دارد. عوامل شخصی چون سن، تحصیلات، اشتغال و مهاجرت اختلاف معناداری بر میزان احساس امنیت زنان نداشته است.

لیندستروم و دیگران (Lindstrom & et al, 2003)، بر اساس داده‌های پیمایش بهداشت عمومی، تحقیقی در مورد تاثیر سرمایه اجتماعی بر احساس نا امنی خود گزارش کرده در همسایگی‌ها در مالموی سوئد انجام دادند. آنها تأثیر سرمایه اجتماعی فردی (مشارکت اجتماعی) و سرمایه اجتماعی همسایگی (مشارکت در انتخابات) را بر احساس نا امنی ارزیابی کردند. در این تحقیق، احساس امنیت/ناامنی از طریق یک گویه سنجیده شد که میزان احساس نا امنی در همسایگی بعد از تاریک شدن هوا را در چهار گزینه خیلی امن، کاملاً امن، کاملاً نا امن و خیلی نا امن ارزیابی می‌کرد. بر اساس نتایج این تحقیق احساس نا امنی در همسایگی ۱/۸۷ درصد در بین زنان و با تحصیلات پایین بیش‌تر از مردان بود.

روت و همکاران (Ruth & et al, 2007)، در یک مطالعه کیفی بر روی زنان مسن و اینکه زنان مسن چگونه محیط فیزیکی و اجتماعی محله خود را درک می‌کنند نشان می‌دهند که محیط اجتماعی و فیزیکی بر روی سلامت افراد تاثیر گذار است و روابط با اعتماد بیش‌تر بر روی احساس امنیت اجتماعی زنان تاثیر گذار است. زنانی که در محله خود تعاملات اجتماعی بیش‌تری با همسایگان خود دارند رضایت از زندگی آنان بیش‌تر است و زنانی که دسترسی بهتری به خدمات و حمایت اجتماعی با کیفیت بالاری دارند از سلامت روانی بیش‌تری برخوردار هستند و این بر روی احساس امنیت آنان تاثیر دارد.

جانگ و جانسون (Jang & Johanson, 2004)، در بررسی تاثیرات دینداری در افسردگی در میان آمریکایی‌های آفریقایی تبار دریافتند که دین یک عامل نظارت درونی است و نظارت غیر مستقیم میان افراد و ارزش‌های اخلاقی باعث بالا رفتن سرمایه اجتماعی از طریق اعتماد و تعاملات مثبت میان افراد می‌شود.

کییز و شاپیرو در پژوهش سلامت اجتماعی در ایالات متحده (Keyes & Shapiro, 2004)، به بررسی دو سوال توصیفی پرداخته‌اند: اول اینکه چه نسبتی از بزرگسالان در ایالات متحده از دیدگاه سلامت اجتماعی سالم و ناسالم هستند؟ و ثانياً آیا امکان توزیع نابرابر سلامت و رفاه اجتماعی در میان جمعیت یک جامعه وجود دارد؟ روش تحقیق در این مطالعه پیمایش بوده است و از مدل نظری سلامت محور استفاده شده است. نتایج نشان دادند که اکثریت بزرگسالان ایالات متحده سلامت اجتماعی متوسط به بالا دارند با این حال نسبت مهمی از جمعیت هم هستند که سطح

سلامت اجتماعی بسیار پایینی دارند. این مقیاس جدید با مقیاس‌های بین فردی (مثل پرخاشگری و حمایت اجتماعی) و سلامت اجتماعی سطح جامعه (مثل فقر) تفاوت دارد. پژوهش وی بیش‌تر یک پژوهش در سطح توصیف است که چگونگی توزیع سلامت اجتماعی در سطح آمریکا و هم-چنین رابطه آن با متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تاهل و پایگاه اقتصادی و اجتماعی پرداخته و به علت یابی در این زمینه توجه نداشته است.

### روش پژوهش

این پژوهش از روش پیمایش و ابزار پرسشنامه بهره گرفته است. واحد تحلیل در این تحقیق کلیه زنان بالاتر از ۱۸ سال می‌باشد. در این تحقیق، از روش نمونه گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شده است. بدین صورت که، از میان مناطق نه گانه شهر شیراز، با توجه به ویژگی‌های تحصیلات و درآمد از قسمت شمال و جنوب شهر به صورت تصادفی دو منطقه ۲ و ۶ را انتخاب نمودیم. بنابراین، با توجه به این که جمعیت زنان در این ۲ منطقه دارای تفاوت زیادی بود، تعداد نمونه در مناطق متناسب با حجم جمعیت زنان هر منطقه صورت گرفته است. در این پژوهش جامعه‌ی آماری، مشتمل بر کلیه زنان بالاتر از ۱۸ ساله شهر شیراز می‌باشد. بر طبق سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۸۵، از تعداد ۱۳۷۷۳۰ زن ساکن در مناطق شهری، ۹۴۵۵۰ نفر در منطقه ۲ و ۷۰۴۰۴۰ نفر در منطقه ۶ می‌باشد و حجم نمونه بر اساس فرمول نمونه گیری کوکران ۳۸۴ نفر برآورد شد که در نهایت، از این تعداد ۳۷۱ پرسشنامه پر شد. پرسشنامه از دو بخش شامل سوالات جمعیتی و بخش دوم شامل گویه‌های امنیت اجتماعی، نظارت طبیعی و غیر طبیعی و سلامت اجتماعی می‌باشد. برای سنجش اعتبار پرسشنامه از اعتبار صوری استفاده شده است. پرسشنامه‌ی تدوین شده را به اساتید و متخصصان نشان داده و از نظرات آنها برای تصحیح پرسشنامه کمک گرفته شد. هم‌چنین، در این تحقیق جهت سنجش پایایی متغیرها، ابتدا سوالات در مرحله پیش آزمون توسط ۲۵ پاسخگو مورد ارزیابی قرار گرفت و نهایتاً بعد از اصلاحات سوالات نهایی تدوین گردید. در تنظیم پرسشنامه متناسب با هر شاخص یا متغیر سوالی تنظیم گردیده است. هم‌چنین برای پاسخ‌ها از طیف لیکرت (۵) گزینه‌ای و (۶) گزینه‌ای استفاده شده است، سعی شده است تا سوالات به ساده‌ترین بیان و غیر تحمیلی باشند و فضا را برای پاسخگو توصیف نمایند. شایان ذکر است در این پژوهش جهت بررسی امنیت اجتماعی پرسشنامه محقق ساخته و جهت بررسی سلامت اجتماعی از پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز استفاده شده است. اعتبار سوالات بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برای متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۲ آورده شده است. آلفای نهایی متغیرهای مستقل، وابسته و نظارت به ترتیب ۰/۸۲۳، ۰/۷۵۳ و ۰/۸۱۹ می‌باشد.

جدول ۲: میزان آلفای متغیرها

نام متغیر	میزان آلفای اولیه	میزان آلفای نهایی
امنیت اجتماعی	۰/۵۹	۰/۸۲۳
سلامت اجتماعی	۰/۶۳۸	۰/۷۵۳
نظارت اجتماعی	۰/۶۰	۰/۸۱۹

### تعریف مفاهیم و عملیاتی نمودن متغیرهای تحقیق

#### متغیر وابسته

فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه‌ی معنادار، قابل فهم و دارای نیروهای بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند؛ احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بداند (Keyes, 2004). این مفهوم بر اساس مقیاس کبیز دارای ابعاد انسجام، پذیرش، سهمداشت، شکوفایی و انطباق اجتماعی می‌باشد. نمونه‌هایی از گویه‌های مورد استفاده عبارت است از: احساس صمیمیت با سایر افراد جامعه می‌کنم؛ "معتقدم این روزها مردم مانند گذشته صادق نیستند؛ فکر می‌کنم که مردم نسبت به مشکلات دیگران به اندازه کافی حساس هستند؛ احساس می‌کنم می‌توانم کار ارزنده‌ای برای عرضه اجتماع انجام دهم؛ معتقدم که جامعه از مسیر پیشرفت باز مانده است؛ من نمی‌توانم آنچه را که در دنیا در حال اتفاق افتادن است درک کنم و زندگی در این جامعه روز به روز پیچیده‌تر می‌شود".

#### متغیر مستقل

احساس و واقعیت امنیت به طور قطع با یکدیگر ارتباط دارند؛ اما از سوی دیگر آنها کاملاً شبیه هم نیستند و باید از یکدیگر متمایز شوند (Schneider, 2008). امنیت، مفهومی است که دارای دو بعد ذهنی و عینی است. از بعد عینی، امنیت اجتماعی به معنای ایجاد شرایط و موقعیت ایمن برای افراد جامعه است و از بعد ذهنی، امنیت به معنای احساس امنیت است (Buzan, 1991: 231). در ذهن زنان این طور است که آنان در شهر در معرض خطر هستند، حتی زمانی که خطر کم است (Kristen, 2001). بدین ترتیب نمونه‌هایی از گویه‌های مورد استفاده عبارت است از: "برای اینکه بخواهم بیرون از خانه بروم باید یک مرد در کنارم حضور داشته باشد؛ شب‌ها تا دیر وقت بدون مزاحمت در این محله رفت و آمد می‌کنم؛ گاهی احساس می‌کنم هنگامی که برای خرید یا تفریح به بیرون می‌روم، می‌ترسم، در زمان‌هایی که تنها هستم با دیدن دوستان و آشنايانم احساس اطمینان خاطر می‌کنم و در زمانی که کوچه‌ها و خیابان خلوت باشد بیرون نمی‌روم".

### متغیر واسط

نظارت اجتماعی به مکانیسم‌هایی اطلاق می‌شود که جامعه برای واداشتن اعضایش به سازگاری و جلوگیری از ناسازگاری به کار می‌برد. در واقع نظارت اجتماعی مجموعه عوامل محسوس و نامحسوس یک جامعه در جهت حفظ معیارهای خود می‌باشد (Soodeh, 2003: 137). ارتباطات اجتماعی در یک فضا و گروه‌هایی که بر آن فضا از نظر اجتماعی نظارت دارند، اثر مهم‌تری در اینکه یک زن در آن فضا احساس امنیت کند دارد (Bell, 1998). در رابطه با نظارت مردم احساس دوسوگرا دارند از یک طرف خجالت، مضطرب، تحرک و ... از طرف دیگر احساس امن و ایمن. از لحاظ احساسی، تفاوت بزرگی بین کسی که دیده می‌شود به صورت مستقیم و کسی که دیده می‌شود از طریق دوربین‌ها وجود دارد. نظارت به دو صورت انجام می‌گیرد: غیر طبیعی که توسط دوربین‌ها، نگهبانان و پلیس انجام می‌شود و در این تحقیق با گویه‌های "مردم در این محله مراقب هستند کسی عمل خلافی انجام ندهد و از نگاه هرزه بعضی از افراد برای خود و اطرافیانم نگران هستم". و همچنین نظارت به صورت طبیعی نیز رخ می‌دهد و منظور ای از این نظارت حضور مستمر مردم در محل‌ها است و عبارت است از: "محله شما به نظارت بیش‌تری همچون پلیس، دوربین مدار بسته و ... نیاز دارد و در محل زندگی ما نظارت بیش‌تر از طریق پلیس، دوربین‌ها و ... صورت می‌گیرد".

### یافته‌های تحقیق

با توجه به نتایج میانگین سنی پاسخگویان ۴۶/۲۵ سال بوده است که ۶۹/۵ درصد پاسخگویان، متولد شیراز هستند. ۳۰/۵ درصد پاسخگویان، مجرد، ۵۸/۸ درصد، متأهل می‌باشند. از لحاظ سطح تحصیلات ۳۷/۷ درصد از پاسخگویان دارای مدرک دیپلم و تنها ۲/۲ درصد از پاسخگویان بی سواد می‌باشند. به طور کلی ۱۷ درصد از پاسخگویان شاغل و ۵۴/۲ درصد خانه دار می‌باشند. ۲۲/۹ درصد از همسران پاسخگو دارای تحصیلات دیپلم می‌باشند و همچنین همسران پاسخگویان در مشاغل آزاد یعنی ۸۹/۳ درصد از آنان مشغول به کار بودند. میانگین تعداد فرزندان پاسخگویان ۲/۳۵ سال می‌باشد. کم‌ترین تعداد فرزندان پاسخگویان ۱ و بیش‌ترین تعداد ۱۰ می‌باشد. به ترتیب، ۵۹/۳ درصد جمعیت مورد مطالعه، در منزل شخصی، ۳۶/۱ درصد در منزل اجاره‌ای، ۳ درصد در منزل سازمانی و ۱۹/۳ درصد پاسخگویان به سوال مربوط به وضعیت منزل پاسخ نداده‌اند. بر اساس نتایج به دست آمده، میانگین درآمد خانوار پاسخگویان حدود ۹۸۰۰۰۰ هزار تومان می‌باشد. هم-چنین، حداقل مدت اقامت پاسخگویان در محله یک سال و حداکثر مدت اقامت، ۷۰ سال بوده است. میانگین طول اقامت کل پاسخگویان تقریباً ۱۳ سال به دست آمد.

بر اساس داده‌های جدول ۳ پاسخگویان میزان نظارت موجود در محله خود را با میانگین ۱۴/۱۲ ارزیابی کرده‌اند که این حاکی از بالا بودن نظارت موجود در محله آنان است. همچنین، پاسخگویان



میزان احساس امنیت خود را با میانگین  $34/602$  بیان کردند که این نشان می‌دهد که احساس امنیت زنان بالاتر از سطح متوسط است. سلامت اجتماعی پاسخگویان نیز  $37/82$  می‌باشد که نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی زنان پاسخگو نیز بالاتر از سطح متوسط می‌باشد.

### جدول ۳: توصیف متغیرها در میان پاسخگویان

متغیر	آماره‌ها		
	میانگین	میانه	نما
نظارت	۱۴/۱۲	۱۴	۳۸
احساس امنیت	۳۴/۶۰	۳۵	۳۷
سلامت اجتماعی	۳۷/۸۲	۱۴	۳۶

فرضیه ۱- بین احساس امنیت و سلامت اجتماعی (انسجام، پذیرش، سهمداشت، انطباق و شکوفایی اجتماعی) زنان رابطه وجود دارد.

نتیجه این آزمون نشان داد که بین احساس امنیت و سلامت اجتماعی زنان رابطه معنادار و مثبت وجود دارد. هرچه احساس امنیت زنان بیشتر باشد از سلامت اجتماعی بهتری برخوردار هستند. سطح معنی داری کوچک تر از  $0/05$  و معادل  $0/355$  می‌باشد، بنابراین فرضیه‌ی تحقیق تأیید می‌شود. سلامت اجتماعی دارای ۵ بعد بود که میزان ارتباط احساس امنیت اجتماعی بر هر کدام از آنها بررسی شد. نتایج نشان می‌دهد که احساس امنیت اجتماعی بر انسجام اجتماعی و انطباق اجتماعی بیش تر تاثیرگذار بوده است (جدول ۴).

### جدول ۴: ضرایب همبستگی بین احساس امنیت و سلامت اجتماعی در نمونه مورد مطالعه

متغیر مستقل	متغیر وابسته	تعداد	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
سلامت اجتماعی	سلامت اجتماعی	۳۸۴	۰/۳۵۵	۰/۰۰۰
	انسجام اجتماعی	۳۸۴	۰/۷۴	۰/۰۰۰
	سهمداشت اجتماعی	۳۸۴	۰/۵۹	۰/۰۰۰
	پذیرش اجتماعی	۳۸۴	۰/۲۲۹	۰/۰۰۰
	انطباق اجتماعی	۳۸۴	۰/۶۱	۰/۰۰۰
	شکوفایی اجتماعی	۳۸۴	۰/۲۹	۰/۰۰۰

فرضیه ۲- بین نظارت و سلامت اجتماعی (انسجام، پذیرش، سهمداشت، انطباق و شکوفایی اجتماعی) زنان رابطه وجود دارد.

نتیجه این آزمون نشان داد که بین نظارت و احساس امنیت زنان رابطه معنی داری وجود دارد. بنابراین، نظارت عاملی در تاثیرگذاری احساس امنیت بر سلامت اجتماعی زنان است. سطح معنی

داری کوچک‌تر از ۰/۰۵ و معادل ۰/۲۴۱ می‌باشد، بنابراین فرضیه‌ی تحقیق تأیید می‌شود. نظارت در دو بعد طبیعی و غیر طبیعی مورد سنجش قرار گرفت. در مورد این دو بعد نیز نتایج آزمون پیرسون در خصوص رابطه هر یک از این دو بعد و احساس امنیت نشان می‌دهد که نظارت در دو طبیعی و غیرطبیعی با احساس امنیت زنان رابطه معنادار دارند (جدول ۵). اما با توجه به اینکه ضریب همبستگی بین احساس امنیت و سلامت اجتماعی با نظارت طبیعی کمتر از ۳۰ درصد می‌باشد بنابراین این رابطه بسیار ضعیف است.

جدول ۵: ضرایب همبستگی بین احساس امنیت و سلامت اجتماعی با نظارت

متغیر مستقل	متغیر وابسته	تعداد	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
نظارت	سلامت اجتماعی	۳۸۴	۰/۲۴۱	۰/۰۰۰
نظارت غیر طبیعی		۳۸۴	۰/۲۷۶	۰/۰۰۰
نظارت طبیعی		۳۸۴	۰/۱۶۲	۰/۰۰۲

فرضیه ۳- بین ویژگی‌های اجتماعی- اقتصادی و فردی زنان و میزان احساس امنیت اجتماعی آنان رابطه وجود دارد.

در بررسی تاثیر متغیرهای ویژگی‌های اقتصادی- اجتماعی زنان بر احساس امنیت اجتماعی آنان نتایج نشان داد که از بین متغیرهای سن، درآمد، میزان تحصیلات، منطقه‌ی محل سکونت به جز متغیر درآمد هیچ یک از متغیرها بر میزان احساس امنیت اجتماعی زنان تاثیرگذار نبوده است (جدول ۶).

جدول ۶: همبستگی بین درآمد و احساس امنیت

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب همبستگی	سطح معناداری
درآمد	احساس امنیت اجتماعی	۰/۱۰۸	۰/۰۳۸

۴- ابعاد احساس امنیت اجتماعی و نظارت اجتماعی پیش بینی کننده معنی داری برای سلامت اجتماعی است نتیجه‌ی آزمون تحلیل رگرسیون گام به گام نشان می‌دهد که  $R^2$ ، ۲۵ درصد واریانس متغیر سلامت اجتماعی را تبیین کرده است (جدول ۷). به این ترتیب نظارت طبیعی و امنیت اجتماعی می‌تواند ۲۵ درصد تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین کند.

جدول ۷: رگرسیون چند متغیره متغیرهای امنیت اجتماعی، نظارت و سلامت اجتماعی

گام	نام متغیر	معناداری F	R	R <sup>2</sup>	افزوده شده D <sup>2</sup>	T	T	معناداری B	Beta استاندارد	خطای
گام اول	نظارت غیر طبیعی	/۰۰۰	۰/۳۳۸	۰/۱۱۴	۰/۱۱۲	۶/۸۸۹		۰/۰۰۰	۰/۳۳۸	۶/۸۲۱۶
گام دوم	احساس امنیت	/۰۰۰	۰/۳۵۵	۰/۱۲۶	۰/۱۲۱	۲/۲۷۳		۰/۰۰۰	۰/۳۳۵	۶/۷۸۳۹۵

## نتیجه گیری

پرداختن به مقوله‌ی سلامت اجتماعی به درک درست مسایل اجتماعی بستگی دارد. سلامت اجتماعی از جمله مفاهیمی است که در سال‌های اخیر، در مباحث مربوط به سلامت توجه بسیاری بدان شده و در بسیاری از مطالعات به آن پرداخته شده است. این پدیده در بهبود دسترسی به مراقبت‌های اجتماعی موثر بوده و کاهش آن با بروز بیماری همراه است. در این تحقیق احساس امنیت اجتماعی زنان در رابطه با سلامت اجتماعی آنان بررسی شد. مقوله نظارت اجتماعی نیز به عنوان یک عامل مهم در افزایش احساس امنیت اجتماعی زنان به عنوان متغیر واسط در نظر گرفته شد.

یافته‌های این تحقیق نشان داد که بین احساس امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان رابطه معنی داری وجود دارد. این یافته با پژوهش سام آرام و نوروزی و فولادی سپهر ( Sam Aram, 2009; Norouzi & Fooladi Sepehr, 2009) همسو می‌باشد. افزایش ناامنی در جامعه باعث کاهش سلامت اجتماعی افراد می‌شود. یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است با توجه به ابعاد سلامت اجتماعی بررسی شده زنانی که احساس امنیت بیش‌تری دارند از انسجام اجتماعی و انطباق اجتماعی بیش‌تری نیز برخوردارند. چرا که انسجام و انطباق اجتماعی زنان پاسخگو در این پژوهش نسبت به سایر ابعاد بیش‌تر تحت تاثیر احساس امنیت اجتماعی قرار دارند. این یافته‌ها با نظریات مولار، بوزان و ویور نیز به جهاتی همسو می‌باشد، چرا که هر کدام از این اندیشمندان به نوعی بر هویت تاکید دارند. زمانی که یک زن از احساس امنیت بیش‌تری برخوردار است خود را بخشی از

جامعه احساس می‌کند و خود را با دیگرانی که واقعیت اجتماعی را می‌سازند سهیم می‌داند؛ هم-چنین گروه اجتماعی خود را منبعی از آرامش و اعتماد می‌داند؛ دیگران اطراف خود را مهربان‌تر و قابل اعتمادتر می‌داند و تلاش می‌کند تا دنیای اطراف خود را بیش‌تر درک کند. کییز ( Keyes, 2004)، معتقد است افرادی که از انطباق اجتماعی برخوردارند احساس می‌کنند که محرک‌های درونی و بیرونی که در طول زندگی با آن موجه هستند، قابل پیش‌بینی بوده و می‌دانند و معتقدند منابعی برای روبرو شدن با تقاضای این محرک‌ها وجود دارد. این احساس توانایی انتخاب یک راهبرد مقابله‌ای مناسب برای هر عامل استرس‌زایی که در زندگی با آن مواجه می‌شوند را فراهم می‌آورد. بنابراین، افرادی که احساس می‌کنند آن‌چه در اطرافشان در حال رخ‌دادن است را می‌توانند درک کنند، سالم‌تر هستند.

هم‌چنین یافته‌ها نشان داد که بین نظارت اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی زنان رابطه معنی‌داری وجود دارد. این یافته با یافته‌ی فیض نوروژی و فولادی سپهر ( Norouzi & Fooladi Sepehr, 2009)، همسو می‌باشد. با توجه به مباحث گسترده‌ای که در زمینه نظارت اجتماعی وجود دارد در این تحقیق دو بعد نظارت طبیعی و نظارت غیر طبیعی به عنوان متغیر مداخله‌کننده در رابطه بین احساس امنیت و سلامت اجتماعی انتخاب شد. نظارت طبیعی به این معنا است که فرد خود را به طور مستقیم در محضر دید مردم بداند. در این پژوهش فضای شهر مکانی است که افراد به طور طبیعی در معرض دید یکدیگر قرار می‌گیرند. نظارت غیر طبیعی نیز بدین معنا بود که افراد به صورت غیر مستقیم توسط نهبان، پلیس یا دوربین‌های مداربسته تحت نظارت باشند. فرض بر این بود که نظارت بر احساس امنیت زنان تاثیر گذار باشد. یعنی از قرار گرفتن زنان در شرایط محیطی نوعی ادراک روانی حاصل شود. ضرایب همبستگی نشان می‌دهد که بین نظارت به صورت طبیعی و غیر طبیعی و احساس امنیت رابطه معنی‌داری وجود دارد. بدین معنا که نظارت مستقیم یعنی دیده شدن توسط دیگران و به صورت غیر مستقیم توسط دوربین‌ها، نگهبانان و پلیس در احساس امنیت در بین زنان تاثیر داشته است. این یافته همسو با نظریه بوزان (۱۹۹۱) می‌باشد. وی معتقد بود که "جامعه از افرادی تشکیل شده بود که دارای منافع و مناسبات متفاوت می‌باشند. پس هر کس به دنبال منابع خود بوده و به عنوان منبع نا امن تلقی می‌شوند. به تدریج افراد در اثر آگاهی و پی بردن به تهدیدات و منابع نا امنی خود و بای حفظ خویش و دارایی‌شان آماده واگذاری خود به مرجع مستقلی به نا دولت می‌گردند. به تدریج این وضعیت به صورت ساز و کاری در می‌آید که از طریق آن مردم درصدد دستیابی به سطوح کافی از امنیت در مقابل تهدیدات جامعه می‌باشند" (Buzan, 1991: 85-86). یکی از سازوکارهای افراد در دستیابی به امنیت می‌تواند پلیس، دوربین‌های مداربسته و به طور کلی نظارت غیر مستقیم می‌باشد. در این تحقیق این سازوکارهای نظارتی بر افزایش احساس امنیت تاثیر گذار بود.

از سوی دیگر یافته‌های پژوهش نشان داد که متغیر نظارت به طور کلی بر رابطه بین احساس امنیت و سلامت اجتماعی تاثیر گذار است. بدین معنا که عامل نظارت بر رابطه بین احساس امنیت و سلامت اجتماعی تاثیر گذار است. اما این تاثیر گذاری ضعیف می‌باشد. ضریب پیرسون به دست آمده ۰/۲۴ می‌باشد.

این یافته به جهاتی می‌تواند با نظریه‌ی بوزان همسو باشد. وی معتقد است که امنیت به مدد سیستم‌های نظارتی برقرار می‌شود. هم‌چنین این یافته با تحقیق سام آرام همسو می‌باشد. در تحقیق انجام شده توسط وی مشخص گردید که ناامنی اجتماعی تاثیر نامطلوبی بر سلامت افراد جامعه دارد و ناامنی می‌تواند فراتر از زندگی قربانیان آن بر افراد به طور غیر مستقیم تاثیر بگذارد. ناامنی می‌تواند فضایی از بی‌نظمی ایجاد کند به نحوی که شهروندان قادر به اعمال نظارت غیر رسمی بر جامعه نیستند و این منجر به افت روحیه‌ی آنان می‌شود. چرا که ترس و احساس ناامنی باعث محافظت غیر ضروری افراد از خودشان می‌شود و این می‌تواند منجر بی‌اعتمادی شود.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد درآمد بر احساس امنیت تاثیر گذار بوده است. این یافته همسو با یافته‌های انجام شده در پژوهش‌های داخلی و خارجی (Lindstrom & et al. 2003; Sedigh Sarvestani & Nimrooz, 2010; Kamran & Ebadati Nazarlou, 2010; Rabbani Norouzi & Sepehr, 2009; Kharesgani & Hemmati, 2008) می‌باشد.

بنابراین، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد سلامت اجتماعی زنان متاثر از احساس امنیت آنان در جامعه می‌باشد و به نظر می‌رسد نظارت اجتماعی نقش بسیار تعیین کننده‌ای بر سلامت اجتماعی زنان داشته باشد چرا که نظارت توسط پلیس یا توسط مردم در شهر می‌تواند احساس امنیت زنان را تحت تاثیر قرار دهد. داشتن احساس امنیت بالا متاثر از موقعیت اقتصادی و وضعیت مالی زنان باشد به نحوی که زنان در وضعیت اقتصادی بهتر احساس امنیت بهتر و در نهایت از سلامت اجتماعی مناسب‌تری برخوردار می‌شوند. در نتیجه، پرداختن به مقوله‌ی سلامت اجتماعی به درک درست مسایل اجتماعی و فرهنگی و محیط اجتماعی و روحیات افراد یک کشور بستگی تام دارد. همان‌گونه که ذکر شد، سلامت اجتماعی از جمله مفاهیمی است که در سال‌های اخیر، در مباحث مربوط به سلامت توجه بسیاری بدان شده و در بسیاری از مطالعات به آن پرداخته شده است (Keyes, 2004; Samie & et al. 2010; Vameghi & et al. 2013; Afjeh, 2010; Babapoor, 2011; AbdollahTabar, 2008; Kamyarfar, 2009). بدون شک تقویت و توسعه شاخص‌های سلامت اجتماعی در هر جامعه‌ای، کاهش بار بیماری‌های اجتماعی را به دنبال خود خواهد داشت، و ساختارها و منابع اجتماعی، فرصت‌ها و توانایی‌های افراد در هنگام مواجهه با چالش‌های زندگی اجتماعی را تحت تاثیر قرار می‌دهند. از آنجا که فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه‌ی معنادار، قابل فهم و دارای نیروهای بالقوه برای رشد و

شکوفایی بداند؛ احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بداند (Keyes, 2004). بنابراین سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه می‌پردازد. در این راستا با توجه به پژوهش انجام شده امنیت اجتماعی می‌تواند تامین کننده‌ی این ارتباط باشد. چرا که سلامت اجتماعی را به عنوان گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر نزدیکان گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آنها می‌باشد تعریف می‌کنند و شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی اش می‌باشد. به همین دلیل، سیاست گذاری در زمینه‌ی تامین اجتماعی امنیت زنان یکی از ضرورت‌های حفظ و افزایش سلامت اجتماعی زنان و کنترل میزان جرائم علیه آنان می‌باشد.

Archive of SID

## References

Abdollah Tabar, H. (2008). "Examination of Social well-being of students". *Social Welfare Quarterly*, Vol. 8, No. 30 & 31. PP: 171-189. [in Persian]

Afjeh, S. A. (2010). "Influence of Degree of Social well-being on Degree of Satisfaction of Employment". *Social Development & Welfare Planning*, No. 3. PP: 1-29. [In Persian].

Alinaghi, A.H (1997). "Data from an imbalance in society". *Strategic Studies*. No. 5 & 6. PP: 126-157. [In Persian].

Babapoor, Kh. (2009). "Examination of Role of Effective Basic Factors on Social Well-being of Students in Tabriz University". *Psychology Quarterly of Tabriz University*, Vol. 4, No. 16. PP: 8-26. [In Persian].

Bandura, A. (1997). "Self-efficacy: mechanism in human agency". *Journal of personality and social psychology*, Vol. 4. No. 72. PP: 122-147.

Bell, W. (1998). "Women and Commiunity Safety", South Australia, Bell Planning Associates.

Kamran, F. & Ebadati Nazarlou, S. (2010). "Socioeconomic factors affecting women feel relaxed and social security". *Journal of Social Research*, Third Year, No. 6. PP: 44-56. [In Persian].

Bilgin, Pinar. (2003). "Individual and Societal Dimensions of Security". *Bilkent Univesity Turkey. Department of International Relation International, Studies, Review 5*. PP. 203 -222.

Buzan, B. (1991). "People, States and Fear: an Agenda for International Security Studies in the Post-Cold war Era Harvester Wheat Sheef publication. London: Hemel Hempstead.

Carmona, M., Heath, T., Tiesdell, S., Oc, T. (2003), public places urban spaces. *Architectural press*, New York, Paris.

Constitution of the World Health Organization asadopted by the International HealthConference, NewYork, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States [Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100] and entered into force on 7 April 1948. Available on 21 Oct 2012 at <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Gharaii, Fariba. Rad Jahanbani, Nafiseh. Rashidpoor, Nazila. (2010). "Review and assess the sense of security in urban areas. *Journal of Utopia*". No. 4, spring and summer. PP: 17-32. [In Persian].

Garrosi, S. & Mirzaii, J. (2007). "Investigation of the relationship between social trust and feel security (Case Study: University students Jiroft)". Journal of Disciplinary Knowledge, ninth year, No. 2. PP: 26-39. [In Persian].

Goli, A. (2011). "Women and security in urban public spaces (Case Study: Freedom Park Shiraz)". Historical Sociology, Vol. 3, No. 2. PP: 144-165. [In Persian].

Hashemianfar, Ali. (2012). Sociological Study of the Scope of Social Security. Journal of Strategic Security and Social Order. First Year, No. 3, PP. 39-62. [In Persian].

Jacobs, J. (2009). "Death and Life of Great American Cities". Translated by H. Parsi & A. Aflatooni. Publication of Tehan University. [In Persian].

Jakson, J. (2004). "Experience and Expression; Social and Cultural Significant in the Fear of Crime". British Journal of Criminology. 44: 946-966.

Johnson R. Byron, and Jang, Sung Joon. (2004). Explaining Religious Effects on Distress among African Americans. Journal for the Scientific Study of Religion, Vol. 43, pp: 239-260.

Kamyarfar, P. (2011). "Examination of Relationship between Social Capital and Social Well-being among women and men, Tehran residents". M.Sc. Thesis, Alzahra University Tehran 2011. [In Persian].

Keyes. C. M and Shapiro, A. (2004) "Social Well-being in the U S: A descriptive epidemiology".

Kharesgani & Hemmati. (2008). "Sociological explanations of fear of crime: A Case Study of Zanjan citizens". Iranian Journal of Sociology, Vol. ninth, No. 3 & 4. [In Persian].

Khorassani .M & Ismaili. A (2010). "A survey of women's social security Mashhad residents in 2006-2007". Journal of Social Sciences Faculty of Letters and Humanities Ferdowsi University of Mashhad. PP: 219-251. [In Persian].

Larson, J. S. (1996). "The World Organization Definition of Health: Social versus Spiritual Health". Social Skills Rating, Social Indicators Research, No. 38. PP: 181-192.

Lindstrom, Martinand matte, Juan and Perolef Osteren (2003), "Social Capitul and sense of in security in the neighborhood a Population- based multi level analysis in Malme,Sweden". Social Science Medicine, Vol. 56, No.1. PP: 1111-1120.



Moeen, M. (2004). Moeen's Dictionary. Tehran: university of Tehran. [In Persian].

Mohseni Tabrizi. A. (2002). Vandalism. Tehran, Ann Press. [In Persian].

Moller, Bjorn. (2000). "B" National, Societal and Human Security: Discussion – Case Study of the Israel – Palestine Conflicts".

Momtaz, F. (2001). Social Deviations, theories and viewpoints. Tehran, Enteshar Press. [In Persian].

Movahem, M & Hemmat, S. (2013). "Socio-cultural factors associated with women's social security". Journal of Women and Society, fourth year, No. 2. PP: 55-82. [In Persian].

Mohammadzahde, Kh (2001). "The main approach to security". Journal of Islamic Revolution Guard, Department of Public Relations and Advertising Publishing. NAJA. No. 67. [In Persian].

Mtani, A. Lubuva, J.M. (2004). Urban Space and Security: A Case of the Dares Salaam. Safety Audits for Women, Dar es Salaam, Tanzania. National Conference, Conference Report, London. Pp.13-17.

Navidnia, M. (2003). Introduction to Social Security. Journal of Strategic Studies. Tehran. Sixth year, No. 19. PP: 55-76. [In Persian].

Norouzi, F. Fooladi Sepehr, Sara. (2009) Examination of Social Security and Social factors influencing on it; 29-15 year old women in Tehran. Journal of Strategy, Year XVIII, No. 53, PP: 129 – 159. [In Persian].

Oxford Advanced Learner's Dictionary (2010).

Pain, R.H. (1997). "Social geographies of women's fear of crime". Transactions of the Institute of British Geographers New Series, 22(2): 231-244.

Rastegar, Khadije. (2014). Examination of Culture of Citizenship and Social Well-being among women and men Tehran Residents. Alzahra University Thesis. [In Persian].

Reno, V.P & Lavery, J. (2009). Economic Crisis Fuels Support for Social Security: American view on Social Security, Washington, And Dc: National Academy of Social Insurance.

Rezazadeh, R. & Mohammadi, M. (2009). "The limiting factors of women in urban areas". Journal of Fine Arts - Architecture and Urbanism. No. 38. PP: 109-129. [In Persian].

Ryff, carol.D and Corey Lee, M. Keyes. (1995). "The structure of psychological and social psychology", Vol. 4, No. 69. PP: 79-27.

Roe, P. (2004), "Securitizations & minority rights: conditions of desecuritization". *Security Dialogue*, 35(3): 279-294.

Ruth B. Walker, Janet E. Hiller. (2007). "Places and health: A qualitative study to explore how older women living alone perceive the social and physical dimensions of their neighbourhoods". *Journal of Social Science & Medicine*, Volume 65. Issue 6. September: 1154-1165

Samiei, M. Social Well-being of Iran: From Consensus Definition to themes Definition Social Problem of Iran 2010; 1(20): 31-51. [In Persian].

Salehi, Ismail (2008). "Environmental characteristics of urban spaces security". *Studies and Research Center of Planning and Architecture*. [In Persian].

Sam Aram, E. (2009). "Examination the relationship between community health and social security, with an emphasis on community policing approach". *Journal of social discipline*, No. I, Spring. PP9-29 [in Persian].

Shuai, Françoise (1996). "Urban fantasy and reality. Translated by Mohsen Habibi". Tehran: university of Tehran. [In Persian].

Statistical Yearbook (2007). [In Persian].

Sedigh Sarvestani, R. (2010). "Marginalization and its security implications". *Journal of Police Science*, No. 26. [In Persian].

Vameghi, M. & Sadighi, J. & Tavousi, M. & Jahangiri, K. & Azin, A. & Omidvari, S. & Aeenparast, A & Ebadi, M. & Farzadi, F. & Maftoon, F. & Vahdaninia, M. & Montazeri, A. (2013). "Social relationships and health: findings from the Iranian Health Perception Survey (IHPS). *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research Payesh*, No. 12. PP: 183-194. [In Persian].

Weaver, D. (2010). "Social Security and Social Support". *Journal of Gerontology*. 61(1). S24-S34.