

مطالعه تأثیر احساس امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی شهروندان مشهد^۱

امید رضایی^۲، محمد مظلوم خراسانی^۳، علی اکبر مجدی^۴

از صفحه ۱۳۹ تا ۱۶۲

تاریخ دریافت: ۹۴/۳/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۴/۵/۲۹

چکیده

سلامت اجتماعی از جمله مفاهیم جدیدی است که به تازگی وارد ادبیات جامعه‌شناسی شده است و به عملکرد افراد در جامعه اشاره دارد. هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر احساس امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی شهروندان مشهد است. بدین منظور از روش پیمایش و ابزار پرسشنامه برای مطالعه استفاده شد. با استفاده از فرمول نمونه‌گیری کوکران و روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، ۲۶۷ نفر از شهروندان مشهد از ده ناحیه مختلف این شهر، مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج نشان می‌دهد که میزان سلامت اجتماعی شهروندان شهر مشهد به طرز معناداری بالاتر از حد متوسط است. همچنین مشخص شد که متغیرهای احساس امنیت اجتماعی، سن، تحصیلات و وضعیت تأهل بر سلامت اجتماعی تأثیر گذارند. در نهایت با استفاده از مدل معادلات ساختاری، مشخص شد که احساس امنیت اجتماعی به میزان ۰/۴۱ بر سلامت اجتماعی تأثیر مثبت می‌گذارد؛ یعنی با افزایش احساس امنیت اجتماعی شهروندان، سلامت اجتماعی آنان نیز افزایش خواهد یافت.

کلید واژه‌ها: سلامت اجتماعی، احساس امنیت اجتماعی، سن، تحصیلات، وضعیت تأهل

۱. مقاله حاضر مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته پژوهش علم اجتماعی در دانشگاه فردوسی مشهد می‌باشد.

۲. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی از دانشگاه فردوسی مشهد (نویسنده مسئول). om.rezaei@yahoo.com

۳. استاد گروه علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد.

۴. استادیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد.

مقدمه

سلامت صرفاً یک مفهوم زیست پزشکی^۱ نیست که بتوان آن را با رویه‌های درمانی، از جمله مداخلات پزشکی و یا با بسط و گسترش نهادهای پزشکی، از جمله با تربیت متخصصان علوم پزشکی و رشته‌های وابسته، تأمین کرد، بلکه پدیده‌ای چند بعدی، چندلایه و چند دلالتی است و عوامل مختلفی از جمله متغیرهای اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، زیست محیطی و ... بر آن تأثیر گذارند. سلامت افراد یکی از بنیان‌های اصلی یک جامعه متعادل است و بقای هر جامعه‌ای به افراد تشکیل دهنده آن بستگی دارد و تا وقتی که افراد یک جامعه از سلامت برخوردار نباشند، اصولاً صحبت از توسعه و پویایی آن جامعه بی معنا خواهد بود. به همین خاطر از دیر باز موضوع سلامتی، مورد توجه عالمان قرار داشته و تحقیقات زیادی نیز در مورد سلامت جسمی و همچنین سلامت روانی افراد انجام شده است؛ اما در این میان توجه به سلامت اجتماعی در میان ابعاد سلامت به نوعی با غفلت مواجه شده است و محققین کمتر سراغ سنجش این مفهوم رفته‌اند. تا اواسط قرن بیستم، رویکرد «زیستی-پزشکی» بر مطالعات سلامت حاکم بود. این رویکرد در مورد سلامت، تنها بر عوامل پزشکی و بهداشت تأکید داشت و نقش عوامل تعیین کننده زیست محیطی، اجتماعی، روان شناختی را دست کم می‌گرفت. اما این الگو در حل بسیاری از مسائل اساسی بهداشتی انسان مانند اعتیاد، بیماری‌های روانی و ... نارسا بوده است» (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۵) و پس از چندی، ناکارآمدی آن عیان شد.

پس از آشکار شدن ضعف‌های رویکرد زیستی-پزشکی، نوعی چرخش توجه به سمت رویکرد «کلیت سلامت» صورت گرفت. رویکرد کلیت سلامت عوامل متعددی را در تعیین سلامت فرد دخیل می‌داند و سلامتی را حالتی فراتر از تعادل کامل بدن به شمار می‌آورد و نقش عوامل اجتماعی، اقتصادی، روانی و ... را نیز در تحقق سلامت، در نظر می‌گیرد.

تعریفی که «سازمان بهداشت جهانی»^۲ از سلامت ارائه داده است نیز ملهم از رویکرد اخیر در مورد سلامت است؛ براساس این تعریف «سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط بیمار یا معلول نبودن» (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۴۸). در این تعریف بود که نخستین بار در کنار عوامل جسمانی و روانی، به نقش عوامل اجتماعی نیز اشاره شد و در واقع مقدمه‌ای شد برای طرح مدل سلامت اجتماعی.

۱. Biomedical

۲. WHO

سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامت، عبارت است از توانایی انجام موثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب رساندن به دیگران؛ در واقع همان ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه است. برخی از عوامل اجتماعی، ابعاد مختلف سلامت اجتماعی را شکل می‌دهند که عبارتند از: یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی (ریموند^۱ و همکاران، ۲۰۰۴: ۱۴).

کییز^۲ (۱۹۹۸) از نظریه پردازان اصلی سلامت اجتماعی، عنوان می‌کند که این مفهوم به ماهیت اجتماعی زندگی و چالش‌های آن اشاره دارد، چون چالش‌های که افراد در زندگی اجتماعی با آن روبرو هستند، ملاکی برای کیفیت زندگی آنهاست. کییز همچنین اذعان می‌کند که پایین بودن میزان سلامت اجتماعی در افراد جامعه، باعث می‌شود که نتوانند به نحو مناسب با دیگران ارتباط برقرار کنند و به همین خاطر دچار نوعی انزوای اجتماعی می‌گردند که این عامل، زمینه بروز انحرافات اجتماعی را فراهم می‌کند (کییز، ۲۰۰۲). وی ریشه این مفهوم را در کار نظریه پردازان کلاسیک جامعه‌شناسی، همچون دورکیم و مارکس می‌بیند.

پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که عواملی چند، روی سلامت اجتماعی تأثیر گذار هستند که برخی از آنها عبارتند از: وضعیت اقتصادی-اجتماعی، سطح تحصیلات، سن، میزان دریافت حمایت‌های اجتماعی و وضعیت تأهل (خیرالدین و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۱). همچنین تحقیقات نشان می‌دهند که مقیاس سلامت اجتماعی با مقیاس‌های زاینده‌گی، رضایت از زندگی، شادکامی، ملالت، تعهد مدنی، رفتار جامعه‌پسند و ... همبستگی دارد (کییز، ۱۹۹۸؛ کییز و ریف^۳، ۱۹۹۸؛ کییز و شاپیرو^۴، ۲۰۰۴). از سوی دیگر، یکی از مهمترین مفاهیمی که امروزه در زندگی شهری اهمیت دارد، احساس امنیت اجتماعی است. امنیت، موضوعی است که همگان بر لزوم وجود آن معترف بوده و از جمله نیازهای اساسی بشر به شمار می‌رود. در محیط ناامن، قدرت تفکر و خلاقیت از انسان سلب شده و رفتارهای خشن و دیگر انحرافات افزایش می‌یابد (هاشمیان فر و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۶۶).

تمام عرصه‌های زندگی متأثر از متغیر امنیت است؛ زیرا آنچه رفتار را بیش از همه تحت تأثیر قرار می‌دهد، عنصر ناخودآگاه است و امنیت متغیری است که ناخودآگاه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با افزایش امنیت؛ کمال و استعلا انسان

۱. Reimond

۲. Keyes

۳. Ryff

۴. Shapiro

امکان پذیر می شود و با کاهش امنیت آرمانهای انسان کاهش می یابد؛ به گونه ای که گاه فرد کاملاً در خفت معنایی و هویتی فرو می رود. زیرا تعالی جامعه، رشد فکر و اندیشه، ارائه افکار نوین و نظریه های علمی، توسعه و رشد استعدادها، همگی ریشه در عنصر امنیت دارد.

برای دسترسی به جامعه ای که از نظر اجتماعی سالم باشد، باید اعضای جامعه از نظر دسترسی به امکانات اولیه و نیازهای اساسی زندگی خود تامین باشند و نیاز به امنیت، از مهمترین و اساسی ترین نیازهای انسان به شمار می رود. در حقیقت امنیت یک تولید اجتماعی است. علی رغم اینکه ادراک ذهنی امنیت نقش اصلی را داراست، اما احساس امنیت در تعاملات یا روابط اجتماعی شکل می گیرد. به این ترتیب امنیت یا عدم امنیت توسط اجتماع انتقال پیدا می کند. زمانی این احساس می تواند به درستی انتقال پیدا کند که افراد جامعه از سلامت اجتماعی برخوردار باشند (سام آرام، ۱۳۸۸: ۲۲).

ترس و ناامنی در طی زمان، تاثیرات مخرب و منفی بر کیفیت زندگی دارد؛ منجر به بی اعتمادی مردم به یکدیگر می شود و میزان تعاملات اجتماعی را کاهش می دهد و از سوی دیگر نگرش افراد را نسبت به دیگر شهروندان منفی می کند و همچنین میزان مشارکت شهروندان را در جامعه کم می کند که تک تک این عوامل به کاهش سلامت اجتماعی شهروندان می انجامد.

لذا بخاطر اهمیت مسائل مطرح شده و همچنین لزوم بررسی آن در شهر مشهد به دلایلی همچون جمعیت زیاد - به عنوان دومین کلان شهر ایران، وجود امام هشتم شیعیان و ورود سالانه میلیون ها زائر و همچنین وجود مناطق حاشیه نشین در اطراف مشهد که به نظر می رسد در چارچوب های اصلی شهر جذب نمی گردند؛ در این تحقیق بر آن شدیم تا به بررسی تاثیر متغیر احساس امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی شهروندان شهر مشهد پردازیم.

پیشینه تحقیق

هرچند حوزه سلامت اجتماعی در ادبیات جامعه شناسی، یک مقوله تازه وارد است و کارهای تجربی زیادی پیرامون آن صورت نگرفته است، با این حال جدول زیر، خلاصه ای از تحقیقات صورت گرفته در این زمینه را نشان می دهد. لازم به ذکر است در زمینه رابطه احساس امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی، تنها یک تحقیق یافت شد که البته مطالعه ای نظری بوده است و نه تجربی.

جدول شماره ۱: پیشینه تجربی

نام محقق و زمان انجام تحقیق	موضوع اصلی مورد بررسی	یافته ها و نتایج بدست آمده
کنگولو (۱۳۸۷)	بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبائی	عدم تفاوت در میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد رابطه معنادار بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد با میزان پنهان کردن سهمیه شاهد
نیک ورز (۱۳۸۹)	بررسی رابطه سرمایه اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی	- رابطه معنادار بین تمامی ابعاد سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی - رابطه معنادار بین وضعیت تاهل، جنسیت و نوع دانشکده با سلامت اجتماعی دانشجویان
زکی و خشوعی (۱۳۹۲)	سلامت اجتماعی و عوامل موثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان	رابطه معنادار بین سلامت اجتماعی و متغیرهای مسئولیت پذیری اجتماعی، تعهد اجتماعی، اعتماد اجتماعی و بیگانگی اجتماعی
عبدالله تبار و همکاران (۱۳۸۷)	بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان و ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک اجتماعی آنان	رابطه معنادار بین سلامت اجتماعی با متغیرهای وضعیت تاهل، مقطع تحصیلی، جنس، عضویت در انجمن ها و وضعیت اشتغال
خیرالدین باباپور و همکاران (۱۳۸۸)	بررسی نقش عوامل تعیین کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز	بین دانشجویان رشته های مختلف فقط در خرده مقیاس شکوفایی اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد دانشجویان رشته علوم انسانی خودشکوفایی اجتماعی بیشتری نسبت به دانشجویان فنی و مهندسی دارند
سام آرام (۱۳۸۸)	بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی	وجود ارتباط بین افزایش ناامنی اجتماعی و کاهش میزان سلامت اجتماعی در جامعه تحقق سلامت اجتماعی در بین افراد جامعه منجر به توسعه و گسترش تامین اجتماعی در جامعه می شود.
افچه و سام آرام (۱۳۸۹)	بررسی تأثیر میزان سلامت اجتماعی بر میزان رضایت شغلی	تأثیر مثبت سلامت اجتماعی بر رضایت شغلی
امینی رارانی و همکاران (۱۳۹۰)	رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران	بین سرمایه اجتماعی و متغیرهای فقر، رشد طبیعی جمعیت، خشونت، میزان با سوادی، میزان بیکاری و پوشش بیمه به عنوان بیانگرهای سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد

<p>رابطه معنادار و همبستگی مستقیم بین میزان رضایت از اوقات فراغت و نحوه گذراندن با فراغت های اجتماعی و عملی-جسمانی وجود دارد</p> <p>میزان رضایت از اوقات فراغت و همچنین گذران فراغت با فعالیت های اجتماعی و عملی-جسمانی بر سلامت اجتماعی افراد تاثیر مثبتی دارد.</p>	<p>بررسی رابطه نحوه گذران اوقات فراغت و سلامت اجتماعی</p>	<p>هزارجریبی و ارفعی عین الدین (۱۳۹۰)</p>
<p>دو سطح بالا و پایین بهزیستی اجتماعی توسط روان رنجور خوئی و سازش پذیری در دختران و برون گرایی و سازش پذیری در پسران، تمیز داده می شود</p> <p>حرمت خود پیش بینی کننده قوی تری نسبت به ویژگی های بین فردی شخصیت برای نمرات بهزیستی اجتماعی بود</p>	<p>بررسی تاثیر ابعاد پنج گانه شخصیت و سهم حرمت خود در تبیین نمرات بهزیستی اجتماعی</p>	<p>جوشن لو و همکاران (۱۳۸۶)</p>
<p>۴۵/۷ درصد کودکان از نظر سلامت اجتماعی در حد متوسط بوده و حدود ۱۹/۱ درصد از نظر وضعیت سلامت اجتماعی ضعیف بودند</p> <p>وجود رابطه معنادار بین سلامت اجتماعی و جنسیت</p>	<p>تعیین وضعیت سلامت اجتماعی کودکان ۷-۱۱ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه روزی</p>	<p>بیات و همکاران (۱۳۸۶)</p>
<p>میزان بالاتر مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع و سلامت اجتماعی در بین دانشجویان آمریکایی</p> <p>تاثیر مثبت درک از اجتماع بر مشارکت اجتماعی</p>	<p>تاثیر درک از اجتماع و مشارکت اجتماعی بر سلامت اجتماعی</p>	<p>کیکوگانی و همکاران (۲۰۰۸)</p>
<p>تاثیر مثبت تصویر مثبت، تجارب خوب و دید خوش بینانه نسبت به زندگی بر اعتماد به نفس، رضایت از زندگی و سلامت اجتماعی</p>	<p>بررسی ارتباط بین نظم اجتماعی و سلامت روان با رویکرد سلامت اجتماعی</p>	<p>بلانکو و دیاز (۲۰۰۷)</p>
<p>عدم ارتباط وضعیت تاهل با سلامت اجتماعی مردان دارای مجرد قطعی به صورت معناداری سلامت اجتماعی کمتری نسبت به زنان مجرد دارند</p> <p>رابطه مثبت بین ازدواج و سلامت روحی و جسمی</p>	<p>بررسی رابطه بین ازدواج و سلامت اجتماعی</p>	<p>شاپیرو و کیبیز (۲۰۰۷)</p>
<p>توزیع نابرابرانه ابعاد سلامت اجتماعی در امریکا</p> <p>انسجام اجتماعی در بین نمونه ها کمتر و سهم داشت اجتماعی بیشتر بوده است.</p> <p>سلامت اجتماعی با پایگاه اجتماعی-اقتصادی، وضعیت تاهل و جنسیت در ارتباط است.</p>	<p>بررسی آسیب شناختی سلامت اجتماعی در امریکا</p>	<p>کیبیز و شاپیرو (۲۰۰۴)</p>
<p>فعالیت در این شبکه ها از طریق افزایش سرمایه اجتماعی به افزایش سلامت اجتماعی افراد می انجامد</p>	<p>بررسی رابطه فعالیت در شبکه های اجتماعی و سلامت اجتماعی</p>	<p>بورک و همکاران (۲۰۱۰)</p>

<p>سرمایه اجتماعی از کانال های گوناگونی بر سلامت افراد تاثیر گذار است. عواملی همچون ازدواج و خانواده، پیوند با دوستان و همسایه ها، پیوندها در محل کار، اعتماد، شادی، رضایت از زندگی به صورت مستقیم بر بهزیستی و همچنین سلامت تاثیر گذارند.</p>	<p>بررسی زمینه اجتماعی سلامت</p>	<p>هلیول و پاتنام (۲۰۰۴)</p>
--	----------------------------------	----------------------------------

ملاحظات نظری

در این بخش، ابتدا مفاهیم اصلی تحقیق، تصریح خواهند شد، سپس به ارائه چارچوب نظری پژوهش می پردازیم.

سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی می تواند به عنوان ارزیابی افراد از روابط اجتماعی شان، چگونگی واکنش دیگران به آنها و چگونگی تعامل آنها با نهادهای اجتماعی و اجتماع تعریف گردد (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۸: ۳۳۱). سلامت اجتماعی بیانگر یک پدیده اساساً عمومی (در مقابل خصوصی) است که بر تکالیف اجتماعی که بشر در دل ساختارهای اجتماعی و جوامع با آنها مواجه است متمرکز می شود (کیز و ماجیارمو، ۲۰۰۳: ۵). همچنین لارسون، سلامت اجتماعی را به عنوان گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر (نزدیکان و گروههای اجتماعی) که وی عضوی از آنهاست تعریف می کند و معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می سنجد و شامل پاسخ های درونی فرد (احساس، تفکر، رفتار) است که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعیش است (لارسون، ۱۹۹۶: ۲۶).

کیز از جمله نظریه پردازانی است که یک چارچوب مفهومی و نظری برای سلامت اجتماعی ارائه داده است. کار کیز از یک اصل جامعه شناختی و روان شناختی نشات می گیرد. از نظر وی سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع نشان می دهند چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی اش مثلاً بعنوان همسایه، همکار و شهروند عملکرد خوبی دارد. کیز معتقد است سلامت یک اساس و بنیان اجتماعی دارد و بدین ترتیب سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می کند. از دیدگاه او سلامت اجتماعی از ۵ بعد تشکیل شده است که عبارتند از:

۱. . Magyar-moe

۲. . Larson

یکپارچگی اجتماعی^۱: ارزیابی افراد از کیفیت روابطشان با جامعه و گروه‌های اجتماعی افرادی که سطح بالاتری از این بعد را دارند، احساس تعلق بیشتری به اجتماع و جامعه شان دارند و احساس می‌کنند مشترکاتی با جامعه شان دارند. این مفهوم در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی سیمن^۲ و آگاهی طبقاتی مارکس قرار می‌گیرد (کیز، ۱۹۹۸: ۱۲۲).

پذیرش اجتماعی^۳: بیانگر درک فرد از خصوصیات و صفات افراد جامعه به عنوان یک کلیت است. افرادی که سطح مطلوبی از این بعد را دارا باشند، دید مثبتی به ذات بشر دارند، به افراد دیگر اعتماد می‌کنند و معتقدند مردم قادرند خوب باشند (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۳).

سهم داشت اجتماعی^۴: بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. افرادی که سطح بالایی از این بعد را دارا هستند، معتقدند که عضو مهمی در جامعه هستند و چیزهای ارزشمندی برای ارائه به دیگران دارند. این بعد بهزیستی اجتماعی نشان دهنده آن است که چگونه و تا چه حد مردم احساس می‌کنند که آنچه آنها انجام می‌دهند برای جامعه مهم و ارزشمند است و از لحاظ اجتماعی، مفید تلقی می‌شود (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۵).

شکوفایی اجتماعی^۵: بیانگر ارزیابی پتانسیل‌ها و خط سیر حرکت جامعه است. به این معنی که فرد احساس می‌کند جامعه در حال تحول است و توانشی دارد که از طریق شهروندان و نهادهای اجتماعی در حال شکوفا شدن است. افرادی که سطح مطلوبی از این بعد را دارا باشند، نسبت به وضعیت کنونی و آینده جامعه امیدوارترند و معتقدند جهان در حال تبدیل شدن به مکانی بهتر برای همه افراد است (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۴).

پیوستگی اجتماعی^۶: اعتقاد به اینکه اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش بینی است. افرادی که از نظر اجتماعی سالم‌اند نه تنها درباره نوع جهانی که در آن زندگی می‌کنند، بلکه 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 حقیقت درکی که فرد نسبت به کیفیت، سازمان دهی

۱. Social Integration

۲. Seeman

۳. Social acceptance

۴. Social Contribution

۵. Social Actualization

۶. Social coherence



و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۷).

احساس امنیت اجتماعی

امنیت در معنای لغوی، «ایمن شدن، در امان بودن و آرامش خاطر داشتن» را می‌رساند (معین، ۱۳۷۵: ۳۵۴). از نگاه دیگر، امنیت یعنی رهایی نسبی از تهدیدات زیان بخش؛ این تهدیدات می‌تواند هم شامل ارزش‌های عینی مانند جان آنان و هم شامل ارزش‌های ذهنی مانند هویت باشد. از دیدگاه آرنولد و لفرز، امنیت به معنای عینی آن یعنی فقدان تهدید نسبت به ارزش‌های کسب شده و در معنای ذهنی آن یعنی فقدان هراس از اینکه ارزش‌های مزبور مورد حمله قرار گیرد. همچنین از طرف دیگر؛ امنیت مانند سلامتی یا منزلت نوعی شرایط است که به آسانی تعریف و تحلیل نمی‌پذیرد (تریف و دیگران، ۱۳۸۳: ۱۰).

از منظر جامعه‌شناختی، سطوح متعددی برای امنیت در نظر گرفته می‌شود که مهمترین آن، امنیت در سطح خرد و کلان است. دسته اول تعاریفی هستند که بر تهدید هویت تأکید دارند و امنیت اجتماعی را توانمندی جامعه برای مراقبت از خصوصیات و ویژگی‌های بنیادین خود در شرایط تغییر و تهدیدات عینی تعریف می‌کنند (نادری و همکاران، ۱۳۸۹: ۶۸). دسته دوم، امنیت را به عنوان فقدان هراس از ویرانی و تهدید ارزش‌های جامعه می‌دانند. اگر امنیت اجتماعی را شامل تهدیداتی برای حفظ زندگی اعضای جامعه و سپس حفظ راه و روش زندگی آنان بدانیم، بنابراین می‌توان امنیت اجتماعی را رفع تهدید از عنصر اتصال دهنده اعضای جامعه به یکدیگر تعریف کرد (گروسی، ۱۳۸۶: ۲۹).

در گذشته، متفکران اجتماعی به موضوع امنیت اجتماعی توجه داشتند، اما امروزه مفهوم احساس امنیت اجتماعی به عنوان مفهومی جدید در جامعه‌شناسی قد برافراشته است. این رویداد پس از جنگ جهانی دوم به وقوع پیوست. به واسطه تغییر و تحولاتی که پس از جنگ جهانی دوم بر جوامع حاکم گردید، مشخص شد که بُعد ذهنی امنیت (احساس امنیت)، اهمیت غیر قابل انکاری پیدا کرده است، زیرا این احساس ناشی از تجربه‌های عینی و اکتسابی افراد از شرایط و اوضاع پیرامونی است و فقط به شاخص‌های امنیت قابل تقلیل نیست (بیات، ۱۳۸۸: ۳۲).

احساس امنیت اجتماعی را می‌توان در تجارب و تفسیرها جستجو کرد، اما تفسیر درست یا نادرست افراد و تجارب آنان از شرایط اجتماعی، همواره احساس امنیت را در طیفی از احساس امنیت درست و واقعی یا کاذب و غیر واقعی نشان می‌دهد اما برداشت افراد از فضای اجتماعی یا اطلاعات آنان در مورد دیگران، آنان را در مخمضه روانی احساس ناامنی قرار می‌دهد (محمدی و تاجران، ۱۳۸۷).

چارچوب نظری

برای هدایت نظری تحقیق و تبیین رابطه احساس امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی، از نظریه «سلسله مراتب نیازها»^۱ مازلو استفاده شده است. مازلو نیازهای اساسی انسان را در یک هرم جای داده است که دارای ۵ طبقه است. طبقات پایین تر هرم، نیازهای حیاتی تر و ساده تر و طبقات بالاتر، نیازهای پیچیده تر ولی کمتر حیاتی را نشان می دهند. نیازهای طبقات بالاتر فقط وقتی مورد توجه قرار می گیرند که نیازهای طبقات پایین تر برطرف شده باشند. وی نیازهای انسانی را نوع ویژه ای از گرایز می داند که در حیوانات یافت نمی شوند. بیشتر روانشناسان درباره این نیازها گفته اند، اما نظریه مازلو درباره نیازها و سلسله مراتب آنها در انسان از اهمیت ویژه ای برخوردار است. براساس نظریه مازلو نیازهای انسانی به ۵ دسته تقسیم می شوند:

۱. نیازهای فیزیولوژیک یا جسمانی

۲. نیاز به امنیت

۳. نیازهای اجتماعی

۴. نیاز به احترام و صیانت ذات

۵. نیاز به خودشکوفایی و تحقق خویشتن (مازلو، ۱۳۶۷).

بر اساس نظریه مازلو، هرگاه نیازهای فردی به طبقه بالاتر حرکت کرد، نیازهای طبقات پایین تر، چندان مورد توجه اصلی او نخواهد بود. اگر هم به صورت موردی به یک نیاز در طبقه های پایین تر احتیاج پیدا کند، به صورت موقتی اولویت آن نیاز را بالا می برد ولی هرگز به صورت دائمی به طبقه پایین تر بر نمی گردد. چهار طبقه اول هرم مازلو «نیازهای پایه» یا «نیازهای فقدانی» نام دارند (شولتز و آلن، ۱۳۷۵: ۹۱).

طبقه سوم در سلسله مراتب نیازهای مازلو مربوط به نیازهای اجتماعی است؛ انسان موجودی اجتماعی است و هنگامی که نیازهای اجتماعی اوج می گیرد، آدمی برای روابط معنی دار با دیگران، سخت می کوشد. این طبقه نیازهای اجتماعی شامل دوستی، صمیمیت، خانواده پشتیبان و روابط مناسب داشتن با انسان ها، تعلق داشتن و پذیرفته شدن در جامعه را شامل می شود. این نیاز می تواند از سوی گروههای بزرگ (مانند باشگاههای ورزشی، اداره، گروههای مذهبی، سازمان های حرفه ای و...) یا گروههای اجتماعی کوچک (مانند اعضای خانواده، همسر یا دوست نزدیک، معلم، همکار یا هم تحصیل نزدیک، اشخاص مورد اعتماد و ...) ارضا می شود.

۱. Maslow



افراد همچنین نیاز دارند، توسط دیگران دوست داشته شوند و آنها را دوست داشته باشند. در نبود چنین پذیرفته شدنی، فرد در معرض تنهایی، اضطراب اجتماعی یا افسردگی قرار می‌گیرد (شوتز و آلن، ۱۳۷۵: ۹۳-۹۱).

با اندکی تأمل می‌توان فهمید که نیازهای اجتماعی که مازلو در این طبقه به آنها اشاره دارد، در واقع همان چیزی است که مدنظر مفهوم سلامت اجتماعی است. داشتن روابط مناسب با سایر افراد جامعه، تعلق داشتن به جامعه، پذیرفته شدن از سوی سایر افراد و ... در واقع به ابعاد سلامت اجتماعی اشاره دارد. همچنین در نهایت مازلو عنوان می‌کند که عدم ارضای نیازهای اجتماعی به انزوای فرد در جامعه می‌انجامد که این مفهوم (انزوای اجتماعی) دقیقاً نقطه مقابل سلامت اجتماعی است.

ناامنی اجتماعی تأثیر نامطلوبی بر سلامت اجتماعی دارد. ناامنی می‌تواند فراتر از زندگی قربانیان آن، بر آنهایی که تجربه غیر مستقیمی از جرم داشته‌اند نیز تأثیر گذارد. ناامنی می‌تواند فضایی از بی‌نظمی را ایجاد کند که در آن شهروندان قادر به اعمال کنترل غیر رسمی بر اجتماع خود نیستند و بنابراین ترس منجر به افزایش جرایم می‌شود. ترس از جرم، بیشتر از خود جرم زیان می‌رساند و منجر به افت روحیه در جامعه می‌شود (صدیق سروستانی، ۱۳۸۵: ۲۰). همچنین ترس و ناامنی در طی زمان، تأثیرات مخرب بر کیفیت زندگی دارد و منجر به مراقبت و محافظت غیر ضروری مردم از خودشان می‌شود؛ آنها را از فعالیت‌های اجتماعی باز می‌دارد و میزان بی‌اعتمادی را در جامعه افزایش می‌دهد (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۲). بنابراین احساس امنیت اجتماعی از جمله عوامل موثر بر سلامت اجتماعی است.

بنابراین طبق نظریه سلسله مراتب نیازهای مازلو، تأمین امنیت و ارضای این نیاز، پیش نیاز رسیدن به سلامت اجتماعی است. افراد جامعه تا زمانی که از امنیت کافی برخوردار نباشند و در واقع احساس امنیت نداشته باشند، نیازهای اجتماعی نیز برای آنها معنایی نخواهد داشت و در نتیجه سلامت اجتماعی‌شان تأمین نخواهد گردید.

روش تحقیق

روش بکار رفته در این تحقیق، پیمایش می‌باشد؛ محققین دلایل گوناگونی برای استفاده از این روش در این تحقیق داشته‌اند از جمله: گستردگی جامعه آماری مورد مطالعه (شهروندان مشهد)، امکان تعمیم نتایج به جامعه آماری، وجود و دسترسی به ابزار مورد نیاز (پرسشنامه) در مورد اکثر شاخص‌ها و آزمون شدن آنها توسط محققین دیگر و همچنین افزایش دقت در یافتن تأثیر متغیرهای مستقل با استفاده از تکنیک‌های آماری و ریاضی.

ابزار بکار رفته برای جمع آوری داده ها، پرسشنامه است که در آن از شاخص «سلامت اجتماعی» کیز (۱۹۹۸) که دارای پنج بعد (انسجام اجتماعی، سهم داشت اجتماعی، پیوستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و سهم داشت اجتماعی) و حاوی ۱۵ سوال بوده، استفاده شده است. همچنین از شاخص «احساس امنیت اجتماعی» که دارای چهار بعد (احساس امنیت اقتصادی، احساس امنیت محیط شهری، احساس امنیت سیاسی و احساس امنیت جانی) می باشد در پرسشنامه استفاده شده است (حاوی ۱۴ سوال). همچنین سوالاتی راجع به اطلاعات جمعیت شناختی و زمینه ای پاسخگویان بوده است. پاسخها با طیف ۵ درجه ای «لیکرت»^۱ سنجیده شده است. جامعه آماری این تحقیق را شهروندان بالای ۱۸ سال شهر مشهد تشکیل می دهند که طبق سرشماری سال ۱۳۹۰، ۱۹۷۱۲۱۴ نفر هستند که در ۱۳ منطقه شهری مشهد پراکنده اند. برای تعیین حجم نمونه از فرمول نمونه گیری کوکران استفاده شده است که با احتمال ۹۵ درصد و مقدار دقت ۰/۰۶، حجم نمونه ۲۶۷ نفر بدست آمده است. جزئیات مقادیر در فرمول زیر نشان داده شده است.

$$n = \frac{\frac{(1.95)^2 \cdot (0.5)(0.5)}{(0.06)^2}}{1 + \frac{1}{1971214} \left(\frac{(1.96)^2 \cdot (0.5)(0.5)}{(0.06)^2} - 1 \right)} = 267$$

روش نمونه گیری در این تحقیق از نوع احتمالی و به روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای با احتمال متناسب با حجم^۲ (PPS) می باشد. روش کار بدین صورت است که ابتدا نواحی چهل گانه مشهد به عنوان خوشه های اولیه در نظر گرفته شده اند. سپس در گام دوم، از میان این ۴۰ ناحیه (خوشه)، ۱۰ ناحیه (خوشه) به تصادف انتخاب شده اند و براساس حجم جمعیت هر ناحیه، درصدی از حجم کل نمونه به آن اختصاص داده شده است. در گام بعدی، با تهیه نقشه ناحیه های منتخب، از هر ناحیه با توجه به حجم آن، تعدادی بلوک انتخاب شده است و کار توزیع پرسشنامه ها در بلوک های مشخص شده، صورت پذیرفته است.

۳ اعتبار و پایایی^۴

مفهوم اعتبار به این پرسش پاسخ می دهد که ابزار اندازه گیری تا چه حد

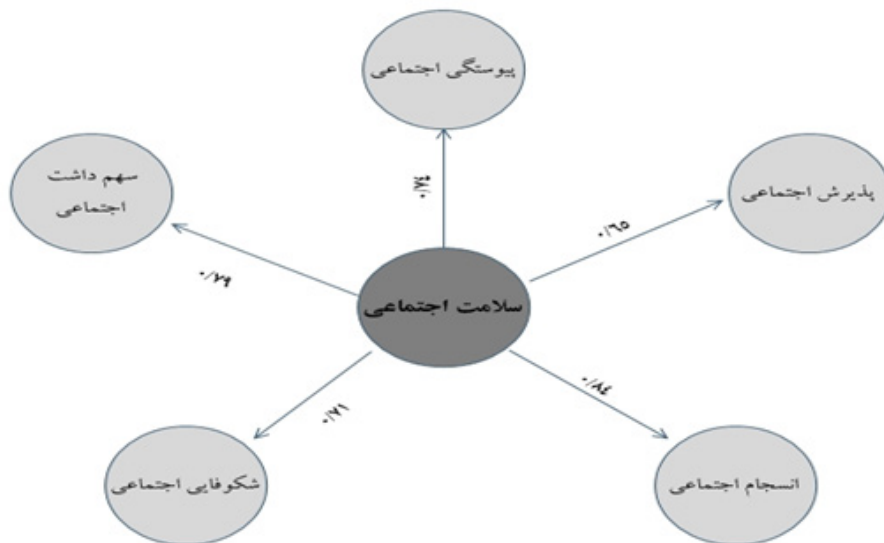
۱. Likert

۲. Probability Proportional to Size

۳. Validity

۴. Reliability

خصیصه مورد نظر را می‌سنجد. در این پژوهش از روش‌های ارزیابی اعتبار صوری^۱ و اعتبار سازه^۲ استفاده شده است. به منظور سنجش اعتبار صوری پرسشنامه، ابتدا پرسشنامه در اختیار چند تن از اساتید گروه علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد قرار گرفته است که ایشان پس از پیشنهادات اصلاحی، پرسشنامه را تایید کرده‌اند. همچنین برای بررسی روایی سازه مقیاس سلامت اجتماعی، از تحلیل عاملی تاییدی^۳ استفاده شده است. در این تحلیل می‌خواهیم بدانیم که آیا گویه‌های مربوط به خرده مقیاس‌ها، بدرستی بر روی عامل خود بار^۴ شده‌اند یا نه. همچنین برای مشخص کردن میزان نقش هر یک از ابعاد در ساختن شاخص سلامت اجتماعی از این تحلیل استفاده شد. بدین منظور، با استفاده از نرم افزار EQS به اندازه‌گیری نقش هر یک از ابعاد سلامت اجتماعی در ساخت شاخص و همچنین ارزیابی اعتبار سازه مدل سلامت اجتماعی پرداخته شد.



شکل ۱: مدل اندازه‌گیری سلامت اجتماعی

نتایج تحلیل عاملی تاییدی در قالب مدل اندازه‌گیری نشان داد که تمام گویه‌های مربوط به ابعاد سلامت اجتماع به درستی بر عامل خود بار شده‌اند. همچنین مشخص شد هر یک از ابعاد سلامت اجتماعی به چه میزان در ساخت شاخص اصلی نقش دارند. همانطور که شکل نشان می‌دهد، بعد «انجام

۱. Facial Validity

۲. Construct Validity

۳. Confirmatory Factor Analysis

۴. Load

اجتماعی» دارای بیشترین مقدار بار عاملی (۰/۸۴) است که نشان می‌دهد این بعد بیشترین نقش را در ساخت شاخص سلامت اجتماعی دارد. پس از آن، بیشترین مقدار بار عاملی مربوط به بعد «سهم داشت اجتماعی» است (۰/۷۹). همچنین لازم به ذکر است که بعد «پذیرش اجتماعی» در میان ابعاد پنجگانه، دارای کمترین سهم در ساخت شاخص است (۰/۶۵).

به منظور تایید مدل اندازه‌گیری مذکور، نتایج چند شاخص برازش آورده شده است. جذر میانگین مجذور خطای تخمین (RMSEA) ۰/۷۷ است که نشان دهنده مناسب بودن برازش مدل است، چرا که این مقدار اگر بالاتر از ۱ باشد، مدل ضعیف خواهد بود (هومن، ۱۳۸۴: ۶۴). شاخص‌های نیکویی برازش GFI و AGFI نشان می‌دهند مدل تا چه حد نسبت به عدم وجود آن، برازندگی بهتری دارد. برپایه قرارداد مقدار این شاخص باید بالاتر از ۰/۹ باشد تا مدل پذیرفته شود (همان). مقدار GFI در این مدل ۰/۹۵ و مقدار AGFI ۰/۹۰ می‌باشد. یکی دیگر از شاخص‌های نسبی، شاخص نرم شده برازندگی NFI است که هومن (۱۳۸۴) مقدار آن را برای یک مدل متناسب بالاتر از ۰/۹ دانسته است. مقدار این شاخص در مدل حاضر، ۰/۹۳ است که نشان دهنده برازش مدل است.

همچنین به منظور اندازه‌گیری پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ^۱ استفاده شده است. در پایایی به این سوال پاسخ داده می‌شود که آیا اندازه‌گیری مکرر در شرایط مشابه، نتایج همسانی را به بار می‌آورد یا خیر. مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای شاخص «سلامت اجتماعی» ۰/۷۵ و مقدار این ضریب برای شاخص «احساس امنیت اجتماعی» ۰/۸۲ می‌باشد که نشان دهنده پایایی مناسب پرسشنامه است. لازم به ذکر است ضریب آلفای کرونباخ سلامت اجتماعی در تحقیق جوشن لو و همکاران (۱۳۸۶) ۰/۸۶، افجه و سام آرام (۱۳۸۹) ۰/۸۰ و در تحقیق باباپور خیرالدین و همکاران (۱۳۸۸) ۰/۷۸ به دست آمده است.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی

میانگین سنی پاسخگویان تحقیق ۳۱/۹ سال بوده است. ۵۸/۱ درصد پاسخگویان را زنان و ۴۱/۹ درصد را مردان تشکیل داده‌اند. ۶۱/۶ درصد پاسخگویان متأهل و ۳۳/۱ درصد نیز مجرد بوده‌اند. ۳۱/۳ درصد پاسخگویان، شاغل، ۲۵/۵ درصد خانه‌دار و ۲۲/۵ درصد محصل بوده‌اند. میانگین مخارج ماهیانه هر خانوار نیز یک میلیون و نود هزار تومان بوده است.

۱. Cronbach's Alpha

در جدول شماره ۲، میانگین ابعاد پنجگانه سلامت اجتماعی نشان داده شده است. همانطور که مشاهده می‌شود، بیشترین میانگین مربوط به بعد «سهم داشت اجتماعی» است. سهم داشت اجتماعی عبارتست از ارزیابی ارزش اجتماعی که فرد دارد و شامل این عقیده است که فرد جزئی مهم از جامعه است. همچنین کمترین مقدار میانگین در بین ابعاد سلامت اجتماعی، متعلق به بعد «شکوفایی اجتماعی» است. شکوفایی اجتماعی به درک افراد جامعه از این موضوع اشاره دارد که تا چه حد نهادها و اعضاء جامعه را در حال پیشرفت و توسعه می‌دانند. پایین بودن این بعد سلامت اجتماعی نشان می‌دهد که پاسخگویان دیدگاه چندان خوش بینانه‌ای نسبت به پیشرفت و توسعه جامعه ندارند. لازم به ذکر است که هر کدام از ابعاد در بازه ۱ تا ۵ در نظر گرفته شده‌اند.

جدول شماره ۲: توصیف ابعاد «سلامت اجتماعی»

انحراف معیار	میانگین	ابعاد سلامت اجتماعی
۱/۶۷	۳/۲۲	پیوستگی اجتماعی
۱/۴۴	۳/۳۸	سهم داشت اجتماعی
۱/۳۰	۳/۲۷	انسجام اجتماعی
۱/۱۴	۲/۹۴	پذیرش اجتماعی
۱/۲۵	۲/۸۴	شکوفایی اجتماعی

در ادامه با استفاده از آزمون T تک نمونه‌ای^۱، مقدار میانگین به دست آمده شاخص سلامت اجتماعی با مقدار متوسط این شاخص مقایسه می‌گردد تا مشخص شود آیا میانگین بدست آمده بالاتر از متوسط است یا خیر. همانطور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، میانگین سلامت اجتماعی پاسخگویان، به طرز معناداری بالاتر از حد متوسط است. این یافته نشان دهنده آن است که سلامت اجتماعی شهروندان شهر مشهد حدود ۳ واحد از مقدار متوسط بالاتر است و این یافته نمایانگر آن است که شهروندان شهر مشهد در این زمینه به نسبت در وضعیت مطلوبی به سر می‌برند.

۱. One-Sample T Test

جدول شماره ۳: آزمون T برای مقایسه میانگین شاخص با مقدار متوسط

معناداری	اختلاف میانگین	مقدار متوسط	میانگین	درجه آزادی	مقدار T	شاخص
۰/۰۰۰	۳/۳۲	۴۵	۴۸/۳۲	۲۶۶	۵/۸۶۷	سلامت اجتماعی

جدول شماره ۴ مربوط به ابعاد احساس امنیت اجتماعی است که در بازه ۱ تا ۵ توصیف شده‌اند. همانطور که مشاهده می‌شود تمام ابعاد کمتر از حد وسط قرار دارند؛ همچنین بالاترین میانگین، مربوط به بعد «احساس امنیت شهری» و کمترین میانگین مربوط به «احساس امنیت اقتصادی» است که نشان می‌دهد پاسخگویان در شرایط فعلی احساس امنیت اقتصادی ندارند و خود را در این زمینه در حاشیه امن نمی‌بینند.

جدول شماره ۴: توصیف ابعاد «احساس امنیت اجتماعی»

انحراف معیار	میانگین	ابعاد احساس امنیت اجتماعی
۱/۲۵	۲/۲۳	احساس امنیت اقتصادی
۱/۲۰	۲/۹۵	احساس امنیت محیط شهری
۱/۱۳	۲/۵۵	احساس امنیت سیاسی
۱/۳۰	۲/۳۰	احساس امنیت جانی

در جدول شماره ۵ با استفاده از آزمون T تک نمونه‌ای، مقدار میانگین بدست آمده شاخص احساس امنیت اجتماعی با مقدار متوسط آن مقایسه شده است. همانطور که مشاهده می‌شود، میانگین بدست آمده شاخص احساس امنیت اجتماعی به طرز معناداری پایین‌تر از حد متوسط است. این یافته نشان می‌دهد، احساس امنیت اجتماعی پاسخگویان، پایین‌تر از حد متوسط است و به دلیل معناداری آماری، این یافته قابلیت تعمیم به جامعه آماری (شهروندان شهر مشهد) را دارد.

جدول شماره ۵: آزمون T برای مقایسه میانگین شاخص با مقدار متوسط

معناداری	اختلاف میانگین	مقدار متوسط	میانگین	درجه آزادی	مقدار T	شاخص
۰/۰۰۰	-۵/۷۰	۴۲	۳۶/۲۹	۲۶۳	-۹/۷۵۲	احساس امنیت اجتماعی

ماتریس همبستگی

در این قسمت برای روشن شدن رابطه متغیرهای تحقیق با یکدیگر، به بررسی وجود یا عدم وجود همبستگی بین آنها پرداخته می‌شود. طبق یافته‌های تحقیق، احساس امنیت اجتماعی به میزان ۰/۳۹ با سلامت اجتماعی همبستگی مستقیم و معنادار دارد. همچنین متغیرهای سن، وضعیت تأهل و تحصیلات پاسخگویان نیز دارای رابطه مستقیم و معنادار با سلامت اجتماعی می‌باشند. لازم به ذکر است بین جنسیت و سلامت اجتماعی رابطه معناداری مشاهده نشده است. نتایج در قالب جدول شماره ۶ نشان داده شده است.

جدول شماره ۶: ماتریس همبستگی متغیرهای تحقیق

معناداری ضریب	سلامت اجتماعی	
۰/۰۰۰	۰/۳۹۸	احساس امنیت اجتماعی
۰/۰۳۹	۰/۱۲۸	سن
۰/۰۱۰	۰/۱۵۹	وضعیت تأهل
۰/۷۰۱	۰/۰۲۴	جنسیت
۰/۰۱۹	۰/۱۴۰	تحصیلات

همچنین برای آزمون اختلاف پاسخگویان مجرد و متأهل در برخورداری از سلامت اجتماعی از «آزمون T با نمونه‌های مستقل» استفاده گردید که مشخص گردید میانگین سلامت اجتماعی پاسخگویان متأهل به طرز معناداری بالاتر از مجردین است و در نتیجه متأهلین از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند. مقدار T در این رابطه ۲/۹۳۷ و معناداری آن ۰/۰۰۰ می‌باشد.

یافته‌های استنباطی

۱- رگرسیون چندگانه

در ادامه و در قسمت تحلیل‌های چند متغیره، از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شده است. در رگرسیون چندگانه هدف، پیدا کردن متغیرهای پیش‌بینی است که تغییرات متغیر وابسته را چه به تنهایی و چه مشترک پیش‌بینی کنند. در این تحقیق از روش گام به گام بدین منظور استفاده شده است. نتایج حاصل از رگرسیون چندگانه در جدول شماره ۷ نشان داده شده است.

جدول شماره ۷: ضرایب تحلیل رگرسیون چندگانه

متغیر	B	Std.Error	Beta	T	Sig
عرض از مبدأ	۲۲/۸۱۷	۳/۵۹۴		۶/۳۴۸	۰/۰۰۱
احساس امنیت اجتماعی	۰/۴۵۵	۰/۰۵۸	۰/۴۴۵	۷/۶۵۲	۰/۰۰۰
وضعیت تأهل	۳/۰۱۳	۰/۰۹۲	۰/۱۵۹	۲/۷۲۸	۰/۰۰۷
سن	۲/۳۷۵	۰/۱۹۰	۰/۱۴۱	۲/۵۱۹	۰/۰۱۲

R= ۰,۴۵۸
R Square= ۰,۲۰۹
Adjusted R Square= ۰,۲۰۰

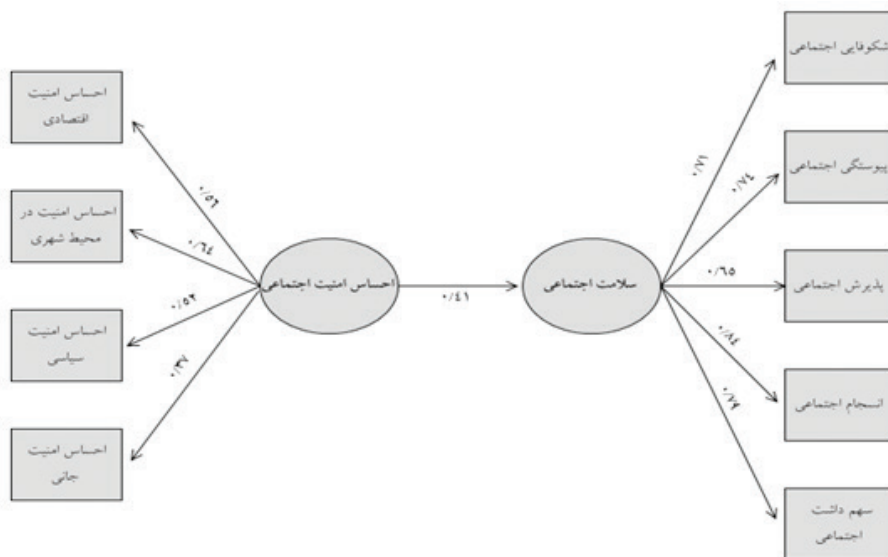
همانطور که مشاهده می شود، احساس امنیت اجتماعی با ضریب رگرسیون ۰/۴۴۵ دارای بیشترین تاثیر بر سلامت اجتماعی است. این یافته نشان می دهد که هرچه قدر شهروندان احساس امنیت اجتماعی بیشتری داشته باشند، از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار خواهند بود. همچنین وضعیت تأهل و سن نیز دارای تاثیر معنادار بر سلامت اجتماعی هستند. ضریب همبستگی چندگانه برای تاثیر متغیرهای مستقل تحقیق بر متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) ۰/۴۵۸ و ضریب تبیین اصلاح شده برابر با ۰/۲۰ می باشد؛ به عبارت دیگر مشخص می شود که ۲۰ درصد تغییرات مربوط به سلامت اجتماعی، توسط سه متغیر تحقیق (احساس امنیت اجتماعی، وضعیت تأهل و سن) تبیین می شود.

۱ مدل معادلات ساختاری^۱

نتایج تحلیل معادلات ساختاری در نمودار شماره ۱ منعکس شده است. لازم به توضیح است که دو متغیر اصلی این تحقیق یعنی احساس امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی از نوع متغیرهای مکنون هستند. چنان که ملاحظه می شود مهمترین معرف های سازه مکنون میزان احساس امنیت اجتماعی به ترتیب احساس امنیت در محیط شهری، احساس امنیت اقتصادی، احساس امنیت سیاسی و احساس امنیت جانی بوده اند و مهمترین معرف های سازه مکنون سلامت اجتماعی به ترتیب انسجام اجتماعی، سهم داشت اجتماعی، پیوستگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی بوده اند.

۱. Structural Equation Modeling (SEM)

همانطور که در نمودار شماره ۱ مشاهده می شود میزان تاثیر احساس امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی، ۰/۴۱ است که نشان دهنده رابطه مستقیم این دو متغیر است؛ به این معنا که افزایش احساس امنیت اجتماعی باعث افزایش سلامت اجتماعی خواهد شد.



نمودار شماره ۱: مدل معادله ساختاری، تاثیر احساس امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی

شاخص های برازش مدل نشان می دهد که مدل از برازش مناسبی برخوردار است. به منظور برازش مدل پیشنهادی چند شاخص مورد توجه قرار گرفت. یکی از این شاخص ها، شاخص نیکویی برازش (GFI)^۱ است. دامنه تغییرات شاخص مذکور بین صفر و یک است و هر چه مقدار محاسبه شده به یک نزدیک تر باشد، بیانگر برازش بهتر مدل است. در مدل حاضر GFI معادل ۰/۹۱ به دست آمده است. بنابراین می توان گفت که مدل دارای برازش خوبی است. شاخص دیگر، مقیاس نیکویی برازش تعدیل شده^۲ است. این شاخص تاحدی نسبت به حجم نمونه و درجات آزادی مدل، معیار GFI را تعدیل می کند. مقدار AGFI بین صفر و یک است و مقادیر نزدیک به یک نشان دهنده نیکویی برازش مدل است. در تحقیق حاضر میزان ADFI معادل ۰/۹۰ بدست آمده است که این شاخص نیز برازش مدل را تایید می کند.

۱. Goodness of Fit Index

۲. Adjusted Goodness of Fit Index

بحث و نتیجه گیری

نتایج توصیفی سلامت اجتماعی نشان داد که در میان ابعاد پنجگانه، «سهم داشت اجتماعی» دارای بالاترین میانگین (۵۹/۵ از ۱۰۰) و «شکوفایی اجتماعی» دارای کمترین میانگین (۴۶) بوده است. بالا بودن بعد سهم داشت اجتماعی نشان می‌دهد، پاسخگویان، سهم خود را در ساخت و پیشرفت جامعه بالا می‌دانند و در واقع وجودشان را برای جامعه ارزشمند قلمداد می‌کنند. همچنین پایین بودن بعد شکوفایی اجتماعی حاکی از این است که پاسخگویان در اینکه جامعه در حال پیشرفت و توسعه است، تردید دارند و در این زمینه نظر مثبتی ندارند. درنهایت، نتایج توصیفی متغیر وابسته نشان داد میانگین شاخص سلامت اجتماعی شهروندان مشهود به طرز معناداری بالاتر از حد متوسط است.

همچنین نتایج توصیفی شاخص «احساس امنیت اجتماعی» نشان می‌دهد که در میان ابعاد چهارگانه آن، احساس امنیت محیط شهری با میانگین ۴۸/۷ (از ۱۰۰) دارای بالاترین مقدار در بین پاسخگویان می‌باشد. همچنین بعد احساس امنیت اقتصادی با میانگین ۳۰ دارای کمترین مقدار در بین سایر ابعاد است.

یکی دیگر از نتایج تحقیق، تایید رابطه معنادار بین تحصیلات و سلامت اجتماعی رابطه است. این یافته همسو با پژوهش عبدالله تبار و همکاران (۱۳۸۶)، کییز (۱۹۹۸)، کییز و همکاران (۲۰۰۲) می‌باشد. طبق این یافته، افرادی که از سطح تحصیلات بالاتری برخوردارند، سلامت اجتماعی بالاتری دارند. این مساله را می‌توان به این امر مربوط دانست که در افراد تحصیل کرده حس تعلق بیشتری نسبت به اجتماع وجود دارد. به نظر می‌رسد این افراد خود را عضو حیاتی و با ارزش برای جامعه دانسته و وجود خود را برای رشد و توسعه جامعه ضروری می‌پندارند؛ همچنین به نظر می‌رسد افراد تحصیل کرده سعی می‌کنند مدام کیفیت روابط بین فردی خود را در گروههای اجتماعی که در آن عضویت دارند مورد ارزیابی قرار دهند و بهبود بخشند؛ لذا بر اثر این عوامل سلامت اجتماعی آنان بهبود می‌یابد.

همچنین مشخص شد که با افزایش سن، سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. این یافته همسو با نتایج کییز (۱۹۹۸)، کییز و شاپیرو (۲۰۰۴)، کییز و همکاران (۲۰۰۲) و عبدالله تبار و همکاران (۱۳۸۶) می‌باشد. برای تبیین این رابطه می‌توان گفت که معمولاً با افزایش سن افراد، بسیاری از دغدغه‌های آنان از قبیل اشتغال، ازدواج، خلأهای عاطفی و غیره برطرف می‌گردد و افراد به آرامش خاطر بیشتری دست می‌یابند و لذا این عوامل می‌تواند موجب افزایش سلامت اجتماعی آنان گردد. نتایج همچنین نشان می‌دهد که بین وضعیت تأهل و سلامت اجتماعی رابطه

معناداری وجود دارد؛ به این صورت که سلامت اجتماعی افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد است. این یافته همسو با نتایج حاتمی (۱۳۸۹)، عبدالله تبار و همکاران (۱۳۸۶)، کبیز و شاپیرو (۲۰۰۴) و هلیول و پاتنام (۲۰۰۴) است. به نظر می‌رسد ازدواج و تأهل باعث برخورداری از حمایت‌های عاطفی، اجتماعی و جسمانی و ایجاد روحیه تعهد و ایجاد شبکه‌ای پایدار از روابط می‌گردد که نهایتاً باعث نگرش مثبت فرد نسبت به امور اجتماعی و در نتیجه بالا رفتن سلامت اجتماعی می‌گردد.

در نهایت، اصلی‌ترین یافته تحقیق حاضر این است که احساس امنیت اجتماعی دارای تأثیر مثبت و معنادار بر سلامت اجتماعی است. این یافته موجب تأیید نظریه سلسله مراتب مازلو می‌شود که طی آن امنیت را پیش‌نیاز دستیابی به خودشکوفایی و سلامت اجتماعی دانسته بود. لازم به ذکر است که این متغیر، در میان متغیرهای مستقل تحقیق دارای بیشترین تأثیر در تبیین سلامت اجتماعی بوده است. احساس ناامنی در طی زمان تأثیرات مخرب و منفی بر کیفیت زندگی دارد و منجر به مراقبت و محافظت غیر ضروری مردم از خودشان می‌شود؛ آنها را از فعالیت‌های اجتماعی باز می‌دارد و میزان بی‌اعتمادی را در جامعه افزایش می‌دهد و همچنین موجب کاهش تعاملات اجتماعی و محدود شدن شبکه اجتماعی می‌گردد که تمام این عوامل منجر به کاهش سلامت اجتماعی می‌گردند.

منابع

- افجه، علی اکبر و سام آرام، مریم (۱۳۸۹)، تاثیر میزان سلامت اجتماعی بر میزان رضایت شغلی (مورد مطالعه: کارکنان شرکت لیزینگ ایران خودرو)، فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، شماره ۳.
- امینی رارانی، مصطفی، موسوی، میرطاهر، رفیعی، حسن (۱۳۹۰)، رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران، رفاه اجتماعی، شماره ۴۲.
- باباپور خیرالدین، جلیل؛ طوسی، فهیمه و حکمتی، عیسی (۱۳۸۸)، بررسی نقش عوامل تعیین کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز، فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز، سال چهارم، شماره ۱۶.
- جوشن لو، محسن؛ رستمی، رضا و نصرت آبادی، مسعود (۱۳۸۵)، بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی جامع، فصلنامه روانشناسان ایرانی، سال سوم، شماره ۹.
- سام آرام، عزت الله (۱۳۸۸)، بررسی رابطه سلامت اجتماعی با امنیت اجتماعی تاکید بر رهیافت پلیس جامعه محور، فصلنامه انتظام اجتماعی، سال اول، شماره ۱.
- عبدالله تبار، هادی و همکاران (۱۳۸۷)، بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۳۰ و ۳۱.
- کنگرلو، مریم (۱۳۸۷)، بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبایی، پایان نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- گرمارودی، غلامرضا و وحدانی نیا، مریم سادات (۱۳۸۵)، سلامت اجتماعی، بررسی میزان مهارت های اجتماعی دانش آموزان، فصلنامه پایش، شماره ۲.
- مظلوم خراسانی، محمد؛ اسمعیلی، عطاء (۱۳۸۹)، بررسی میزان احساس امنیت اجتماعی زنان شهر مشهد در سال ۸۶-۱۳۸۵ و عوامل موثر بر آن، دوفصلنامه علوم اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲.
- نائبی، هوشنگ؛ خادمی، علی؛ رشنودی، بهزاد و امیری، رقیه (۱۳۹۲)، بررسی وضعیت احساس امنیت اجتماعی در بین جوانان شهر تهران، فصلنامه علوم اجتماعی دانشگاه آزاد واحد شوشتر، سال هفتم، شماره ۲.
- نادری، حمدالله؛ جاهد، محمدعلی؛ شیرزاده، مهین دخت (۱۳۸۹)، بررسی رابطه احساس امنیت اجتماعی و سرمایه اجتماعی (مطالعه موردی شهر اردبیل)، فصلنامه مطالعات امنیت اجتماعی، شماره ۶۱.
- هزارجریبی، جعفر، ارفعی عین الدین، رضا (۱۳۹۰)، اوقات فراغت و سلامت اجتماعی، فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، شماره ۱۰.



- Blanko, Amalio, and Dario Diaz. (2007), Social Order and Mental health: A Social Wellbeing Approach, psychology in Spain, Vol. 11, No 1, 61- 71.
- Cicognani, Elvira., Claudia Pirini, Corey Keyes, Mohsen Joshanloo, Reza Rostami, Masoud Nosratabadi. (2008), Social Participation, Sense of Community and Social Well Being: A Study on American, Italian and Iranian University Students, Springer, Social Indicators Research, 89:97–112.
- Diener, E. & Biswas-Diener, R. (2002). Will money increase subjective well-being? A literature review and guide to needed research. Social Indicators Research, 57, 119–169.
- Keyes, C. L. M, and Adam Shapiro. (2004). Social Well-being in the United states: A Descriptive Epidemiology. Pp. 350372- in How Healthy Are We? A National Study of Well-being at Midlife, edited by Orville G. Brim, Carol Ryff and Ronald Kessler. Chicago: University of Chicago Press.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social Well-being. Social Psychology Quarterly, 61: 121- 140.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well- being: The empirical encounter of two traditions. Journal of Personality and Social Psychology, 82, 1007- 1022.
- Keyes, Corey. L. M, and Jeana L. Magyar-moe. (2003). The Measurement and Utility of Adult Subjectivity Well-being. Pp. 411425- in Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures, edited by S. J. Lopez and C. R. snyder. Washington, DC: American Psychological Association.
- Key-Robert, Melinda J. (2009), The Impact of A Positive Social Media Intervention on Social Well-being, Ph.D Dissertation, Department of psychology and Research in Education, University of Kansas.
- Larson, James (1996). The measurement of social Well-being,

Social Indicator Research, 28: 285-296..

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719- 727
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2000). Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millennium. *Personality and Social Psychology Review*, 4, 30-44
- Shapiro A. and C. M. Keyes. (2008), *Marital Status and Social Well-being: Are Married Always Better Off?*, Springer, 88:329-346.
- World Health Organization. (1948). World Health Organization constitution. In *Basic Documents*. Geneva.

