

مطالعه تطبیقی رابطه سلامت اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی در بین والدین و فرزندان ساکن شهر یزد

سید علیرضا افشانی^۱، مهناز فرقانی^۲

تاریخ دریافت: ۹۵/۲/۱۷

تاریخ پذیرش: ۹۵/۵/۲۰

از صفحه ۱۰۷ تا ۱۳۸

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین سلامت اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی در بین والدین و فرزندان ساکن شهر یزد انجام گرفته است. پژوهش به روش پیمایشی انجام شده، داده‌ها با ابزار پرسشنامه و با استفاده از شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از ۴۹۲ نفر از والدین و فرزندان ساکن شهر یزد جمع‌آوری شده است. احساس امنیت اجتماعی در قالب ۱۲ بعد با پرسشنامه محقق ساخته و سلامت اجتماعی در ۵ بعد با استفاده از مقیاس کیز (۱۹۹۸) سنجیده شده است. اعتبار ابزار با روش اعتبار محتوایی و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محرز شده است.

یافته‌ها نشان داد بین اختلاف میزان سلامت اجتماعی و اختلاف احساس امنیت اجتماعی رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود دارد. همچنین هرچقدر انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و انطباق اجتماعی در بین والدین و فرزندان یزدی بیشتر باشد، میزان احساس امنیت اجتماعی نیز بیشتر است.

واژگان کلیدی: سلامت اجتماعی، انسجام اجتماعی، احساس امنیت اجتماعی، مشارکت اجتماعی، والدین، فرزندان.

۱. دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه یزد، ایران-نویسنده مسئول. afshani@yazd.ac.ir

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه یزد mazna.forghany@yahoo.com

امنیت اجتماعی، مطابق با کاربرد معمول آن در علوم اجتماعی، روانشناسی و جرم‌شناسی، عموماً بر پایه تقدم منافع فرد بر جمع به کار گرفته شده است و تبعات یا پیامدهای جمعی در قدم بعد مورد بررسی قرار می‌گیرد. امروزه نقش و اهمیت این مسئله در پیشرفت هر جامعه‌ای تا بدان پایه است که آن را بستر و پیش‌نیاز هر گونه توسعه‌ای می‌دانند. همچنین، بدون وجود امنیت اجتماعی، رشد و شکوفایی استعدادها، خلاقیت‌ها و فعالیت‌های ارزشمند در یک جامعه امکان‌پذیر نخواهد بود. از طرف دیگر مفهوم احساس امنیت اجتماعی یکی از شاخصه‌های کیفی زندگی در شهرها است و آسیب‌های اجتماعی از مهم‌ترین پیامدهای مختلف کاهش امنیت به شمار می‌روند. در این میان فضاهای شهری، از جمله مولفه‌هایی هستند که ناپهنجاری‌های اجتماعی در بستر آن‌ها به وقوع می‌پیوندند. امنیت از نیازها و ضرورت‌های پایه‌ای فرد و جامعه تلقی می‌شود که فقدان یا اختلال در آن نگران‌کننده است و تبعات خطرناکی به دنبال دارد (ترابی و گودرزی، ۱۳۸۳: ۳۲). انسان مدنی برای زندگی در جمع و دستیابی به مراتب بالای رشد نیازمند امنیت و آرامش خاطر است ولی با رشد و نمو جرایم و انحرافات اجتماعی، زمینه‌های ناامنی در سطح جامعه بیشترین دلهره را ایجاد می‌کند (ساروخانی و هاشم‌نژاد، ۱۳۹۰: ۸۲).

یکی از عواملی که به طور گسترده، با میزان احساس امنیت اجتماعی افراد در ارتباط است، سلامت اجتماعی است. فقدان سلامت اجتماعی، حاصل عدم جذب افراد در چارچوب‌های اجتماعی و در نتیجه عدم جامعه‌پذیری صحیح آن‌ها است. بنابراین سلامت اجتماعی عامل مهمی در کنترل آسیب‌ها و مسائل اجتماعی و حفظ نظم اجتماعی و در نهایت تأمین اجتماعی است. داشتن تفکرات اجتماعی صحیح و برخورداری فرد از ذهنیت مثبت نسبت به جامعه برای داشتن زندگی اجتماعی بهتر، اولین و مهم‌ترین مرحله از سلامت اجتماعی است که متأسفانه توجه کافی به آن در جامعه نمی‌شود. بنابراین با توجه به ماهیت اجتماعی زندگی بشر و چالش‌هایی که این جنبه از زندگی می‌تواند با خود برای فرد به وجود آورد، نمی‌توان از توجه به جنبه‌های اجتماعی سلامت در کنار جنبه‌های عینی، عاطفی، روان‌شناختی و معنوی آن غافل شد (تاجبخش، ۱۳۸۴: ۱۰).

امروزه کیفیت روابط اجتماعی در برنامه‌ریزی‌های اجتماعی نقش مهمی را برعهده دارد. چرا که با گسترش و تفکیک نقش‌ها و تخصصی شدن امور که به گسترش جریان تمایزپذیری می‌انجامد، فرد در برابر دو نیروی متناقض قرار

می گیرد. از یک سو این شرایط از این جهت که فرد را در برابر انتخاب های متعدد قرار داده است، قدرت انتخاب او را افزایش می دهد و افزایش قدرت انتخاب، زمینه آزادی فرد را فراهم می آورد. از سوی دیگر به جهت تخصصی شدن امور، در تمام اجزای زندگی به دیگران وابسته شده و در این اتکای بیش از حد به دیگران ناخواسته آزادی وی محدود می شود. این وضعیت متناقض در روابط اجتماعی بر تمام مسائل اجتماعی از جمله احساس امنیت نیز تأثیر می گذارد. خصوصاً در کلانشهرها از یک سو به جهت تفکیک بیش از پیش نقش ها، روابط اجتماعی گسترش می یابد و افراد برای بقای خود به موقعیت های دیگر وابسته می شوند و از سوی دیگر روابط در سطح می ماند و به عمق نمی رود و افراد کمتر از پیش، کسانی را که در موقعیت های گوناگون قرار می گیرند و با آنان ارتباط برقرار می کنند، می شناسند. علاوه بر اینکه این روابط از پایداری و تداوم گذشته برخوردار نیست، در حین سطحی بودن آن در نهایت منجر به دور نگه داشتن خود از دیگران و کاهش روابط نخستین و چهره به چهره، بی اعتنایی به دیگران به جهت عدم اعتماد به آن ها، محدود نگه داشتن روابط اجتماعی با تعداد محدودی از افراد، تضاد نقش ها، انتظارات از دیگران و... می شود (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۰).

با توجه به موارد گفته شده در بالا، این تحقیق قصد دارد به بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و میزان احساس امنیت اجتماعی در بین والدین و فرزندان ساکن شهر یزد بپردازد و به این سؤالات پاسخ دهد که: بین سلامت اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی در بین والدین و فرزندان یزدی چه رابطه ای وجود دارد؟ بین اختلاف سلامت اجتماعی و اختلاف احساس امنیت اجتماعی در بین والدین و فرزندان یزدی چه رابطه ای وجود دارد؟

پیشینه تحقیق

از تولد واژه سلامت اجتماعی در ایران زمان زیادی نمی گذرد. بنابراین پژوهش هایی با این عنوان در ایران بسیار کم بوده است. در زمینه ارتباط بین سلامت اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی در بین دو نسل والدین و فرزندان در ایران تحقیقی انجام نگرفته است. در ادامه برخی از تحقیق های انجام شده در زمینه سلامت اجتماعی در ایران و سایر کشورها مورد بررسی و مطالعه قرار می گیرد. نتایج پژوهش سام آرام (۱۳۸۸) حاکی از آن است که رابطه مستقیمی بین افزایش ناامنی اجتماعی و کاهش میزان سلامت اجتماعی در جامعه وجود دارد. همچنین شاخص مشارکت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت اجتماعی است که از مهمترین عوامل تحقق هدف پلیس جامعه محور یعنی توانمندسازی اجتماع به منظور کمک

به رفع و حل مشکلات افزایش جرم و بی نظمی در اجتماع است. یافته‌های پژوهش فقهی فرهمند و زنجانی (۱۳۹۰) در بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی با امنیت خانواده نشان داد، تمامی ابعاد سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارند. همچنین بین سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی با امنیت خانواده رابطه مستقیمی وجود دارد.

پورافکاری (۱۳۹۱)، پژوهشی تحت عنوان بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در شهرستان پاوه انجام داده است. نتایج نشان می‌دهد که رابطه بین جنسیت و سلامت معنادار نبوده اما بین تحصیلات، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی با سلامت رابطه مثبت و معناداری مشاهده شد.

نتایج تحقیق مؤمن آبادی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد، بین امنیت اجتماعی و سلامت عمومی همبستگی معنی دار و مستقیم وجود داشت. همچنین سن بالاتر، جنس مرد، درآمد بیشتر، رشته تحصیلی دانشجویان و منزل سازمانی با امنیت اجتماعی همبستگی معنی دار مثبتی داشتند.

مهرمند و همکارانش (۲۰۱۱) در پژوهشی بر روی دختران و پسران ۱۹-۱۴ ساله شهر ارومیه به این نتیجه رسیدند که سلامت روان در بروز رفتارهای پرخطر که خود عامل به خطر افتادن امنیت اجتماعی هستند، تأثیر دارد.

نتایج پژوهش مک آر تور (۱۹۹۵) نشان داد که تقریباً ۴۰ درصد افراد بزرگسال سنین ۷۴-۲۵ سال در ۳ مقیاس سلامت اجتماعی دارای نمره بالا بودند. اما ۶۰ درصد افراد بزرگسال در هیچ یک از مقیاس‌های سلامت اجتماعی نمره بالا کسب نکردند. همچنین ۱۰ درصد افراد در ۳ و بیشتر از ۳ مقیاس سلامت اجتماعی نمره بالا به خود اختصاص دادند. داده‌ها نشان داد که اکثریت افراد بزرگسال ایالات متحده، سلامت اجتماعی سطح متوسط تا بالا دارند. اما نسبت قابل توجهی از جمعیت، سلامت اجتماعی بسیار پایینی داشتند که از نظر شاخص‌های اجتماعی می‌توان آن را به عنوان یک ناسالمی اجتماعی در نظر گرفت (به نقل از تباردرزی، ۱۳۸۶: ۳۸).

لفرت^۱ و همکارانش (۱۹۹۸) به این نتیجه رسیدند که وجود نقاط قوت و امتیازاتی که فرد در خود احساس می‌کند مثل عزت نفس، تحمل، هدفمندی، ارتباط با همسالان و... در کاهش رفتارهای پرخطری که تهدیدکننده امنیت اجتماعی هستند مثل سیگار، الکل و بروز نابهنجاری‌ها تأثیر دارد.

کییز، اسموتین و ریف در تحقیق خود، مبنی بر ارتباط بین دو مدل سلامت و

۱. Lefert



صفات شخصیتی، نشان دادند که صفات روان رنجوری، برونگرایی و وظیفه شناسی، پیش بینی کننده های قوی برای جنبه های چندگانه سلامت هستند (به نقل از فارل^۱ و همکاران، ۲۰۰۰: ۳۲۰).

بلانکو و دیاز^۲ (۲۰۰۷) در پژوهشی با عنوان نظم اجتماعی و سلامت روانی با رویکردی به سلامت اجتماعی سعی کردند تا ارتباط بین ابعاد سلامت اجتماعی را به عنوان شاخص نظم اجتماعی با جنبه های دیگری از سلامت مثل میزان افسردگی، عزت نفس، سلامت درک شده، محرومیت، میزان آنومی و کنش های متقابل اجتماعی، احساسات مثبت و منفی و رضایت را مورد بررسی قرار دهند. کیکوگنانی^۳ و همکارانش (۲۰۰۷) در پژوهشی به ارزیابی ارتباط بین مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع در میان جوانان دانشجوی ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی و تأثیر این دو متغیر بر سلامت اجتماعی پرداختند.

لیندسرام^۴ (۲۰۰۸) در تحقیق خود به این نتایج رسید که افراد مختلف با توجه به تنوع محیط پیرامونی، بینش متفاوتی از مفهوم امنیت دارند و احساس امنیت را با توجه به نظام اقتصادی، نظام سلامت و تجربه های فردی ناامنی، متغیر دانسته و دلهره ناشی از احساس ناامنی را بیشتر از ناامنی واقعی و عینی در ذهن خود تصور می کنند.

نتایج یافته های مالیک و دیگران (۲۰۱۵) در تأثیر سبک پدر و مادر، محیط زیست علمی و جنس بر احساس امنیت- ناامنی در نوجوانان نشان می دهد که شیوه های فرزندپروری، محیط دانشگاهی و جنس اثر قابل توجهی بر احساس امنیت- ناامنی در نوجوانان دارد.

چار چوب نظری

امنیت اجتماعی به عنوان یکی از مهم ترین تمهیدات در راستای حفظ حیات گروه های اجتماعی و همچنین ایجاد زمینه ای برای برخورداری گروه های مختلف اجتماعی از فرصت ها، امکانات و تسهیلات به منظور دستیابی به اهداف کارکردی خویش، مطرح شده است. امنیت از ریشه لاتین Secures است که در لغت به معنای «نداشتن دلهره و دغدغه» است. بنابراین معنای لغوی امنیت، «رهایی از خطر، تهدید، آسیب، اضطراب، هراس، ترس، نگرانی یا وجود آرامش، اطمینان، آسایش،

۱. Farral

۲. Blanco & Diaz

۳. Cicognani et al

۴. Lyndsram

اعتماد، تامین و ضامن است» (ماندل، ۱۳۷۹: ۴۴). امروزه امنیت اجتماعی در جامعه نه تنها به بعد فیزیکی و مادی محدود نمی شود، بلکه به معنای احساس آرامش و اطمینان خاطر و فقدان اضطراب و ترس است. در حقیقت امنیت اجتماعی معطوف به حفظ و نوع روش زندگی است (گیدنز، ۱۳۷۸: ۱۲۰). مفهوم امنیت اجتماعی حوزه وسیعی از گستره حیات انسان ها را در بر می گیرد،

در واقع «امنیت یعنی رفع خطر و رفع خطر یعنی استفاده بهینه از فرصت. بنابراین باید چنین نتیجه گرفت که امنیت دارای دو عنصر اساسی تهدید و فرصت است و برقراری امنیت منوط به رهایی نسبی از تهدید و بهره گیری بهینه از فرصت ها است» (خلیلی، ۱۳۸۱: ۴۲۸). مقوله امنیت به مثابه یک آرمان و واقعیت به عنوان یکی از حقوق اساسی مردم مطرح است. بی تردید هیچ عنصری برای پیشرفت، توسعه و تکامل یک جامعه و همچنین شکوفایی استعدادها مهم تر از عنصر امنیت و آرامش در جامعه نبوده است و توسعه اجتماعی، خلاقیت و فعالیت ارزشمند بدون امنیت امکان پذیر نخواهد بود. نیاز به امنیت پس از نیازهای فیزیولوژیکی انسان به عنوان یکی از ساختارهای اساسی و پایه ای تشکیل دهنده شخصیت فرد قلمداد می شود و تا زمانی که فرد در زندگی روزمره خود احساس امنیت نکند، هیچ پیشرفتی در طول ساختار شخصیت خود نخواهد کرد (کلاهیجان، ۱۳۸۱: ۳۳۳).

تعریف سلامت در هر جامعه تا اندازه ای به حس مشترک آن جامعه از سلامت و همچنین فرهنگ آنان برمی گردد. عموماً دو رویکرد بیماری محور و سلامت محور در تعریف سلامت وجود دارد. همچنین پس از تعیین یکی از رویکردهای فوق، سلامت را می توان مبتنی بر دو الگوی زیست شناختی و کلیت سلامت تعریف کرد.

دو رویکرد بیماری محور و سلامتی محور برای تعریف سلامت عبارت اند از:

رویکرد بیماری محور: سلامتی را به عنوان حالتی تعریف می کند که علائم نشان دهنده بیماری (چه فیزیکی و چه روانی) در فرد وجود نداشته باشد. به عنوان مثال، فردی سالم فرض می شود که علامتی از افسردگی های عمده در شخص وجود نداشته باشد.

رویکرد سلامتی محور: سلامت به عنوان حالت برخوردارگی از درجه بالایی از بهزیستی به شمار می رود. طبق نظریه سلامتی، فردی سالم فرض می شود که درجات عالی شاخص های سلامت را دارا باشد.

دو الگوی زیست شناختی و کلیت برای تعریف سلامت وجود دارد که عبارت اند از:

الف) الگوی زیست شناختی سلامت: این الگو پایه نظریه میکروبی

بیماری‌ها بود که در آغاز سده بیستم، اندیشه پزشکی را تحت الشعاع قرار داده بود و متخصصان جسم انسان را مانند ماشین و بیماری را به عنوان اختلال در کار ماشین در نظر می‌گرفتند. این دیدگاه نقش عوامل تعیین‌کننده زیست محیطی، اجتماعی و روان‌شناختی را دست کم گرفته است. این الگو در حل بسیاری از مسائل اساسی بهداشتی انسان مانند اعتیاد، بیماری‌های روانی و... نارسا بوده است. مطالعات مربوط به سلامت با استفاده از الگوهای زیستی بیشتر به وجه خاصی از سلامت تاکید دارند ولی افراد در درون ساختارهای اجتماعی و ارتباط قرار دارند و با چالش‌ها و تکالیف اجتماعی بی‌شماری روبه‌رو هستند.

ب) الگوی کلیت سلامت: الگوی کلیت سلامت، ترکیبی از همه عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، زیست محیطی و... را شناسایی می‌کند. از این دیدگاه، عوامل متعددی در تعیین سلامتی فرد دخالت دارد و سلامتی حالتی فراتر از تعادل کامل اعمال بدن به شمار می‌رود. بهترین تعریف منطبق با الگوی کلیت و با به کارگیری رویکرد سلامتی محور، تعریفی است که سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۴ در ژنو از سلامت ارائه داده است:

سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط بیمار با معلول نبودن.

در این تعریف، سلامت اجتماعی در کنار سلامت فیزیکی و روانی قرار گرفته است. در تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت کامل به معنای توانایی داشتن یک زندگی مولد از نظر اقتصادی و اجتماعی است.

بعد اجتماعی سلامت، دربرگیرنده سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر است. به طور کلی از این دید، هرکس عضوی از افراد خانواده و جامعه بزرگ‌تر به حساب می‌آید. در سنجش سلامت اجتماعی، به نحوه ارتباط شخص در شبکه روابط اجتماعی توجه می‌شود.

از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، سلامت یکی از حقوق عمده انسانی است و در نتیجه همه انسان‌ها باید به منابع اساسی برای تامین سلامت دسترسی داشته باشند. درک و شناخت همه جانبه سلامت ایجاب می‌کند که همه نظام‌ها و ساختارهایی که شرایط اجتماعی-اقتصادی و محیط فیزیکی را در کنترل و تسلط خود دارند، مضامین فعالیت‌های خود را در رابطه با آثاری که بر سلامت و رفاه فرد و جامعه دارند در نظر بگیرند (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۴: ۱۵).

سلامت اجتماعی به نوعی بهداشت روانی، فردی و اجتماعی گفته می‌شود که در صورت تحقق آن شهروندان دارای انگیزه و روحیه شاد بوده و در نهایت، جامعه شاداب و سلامت خواهد بود. در واقع زندگی سالم محصول تعامل اجتماعی بین انتخاب‌های فردی از یک سو و محیط اجتماعی و اقتصادی احاطه‌کننده افراد از سوی دیگر است. گلد اسمیت^۱ سلامت اجتماعی را ارزیابی رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران تعریف می‌کند و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر جامعه‌ای معرفی می‌نماید که منجر به کارآیی فرد در جامعه خواهد شد (لارسون^۲، ۱۹۹۶: ۲۸۵).

مفهوم سلامت اجتماعی دارای شاخص‌های متعددی است که این ابعاد شامل: انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی از سلامت اجتماعی افراد، با استفاده از مدل نظری کییز مورد بررسی قرار خواهند گرفت. کییز معتقد است، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی، عاطفی و روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در بر می‌گیرد. وی مفهوم سلامت اجتماعی را به معنی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع بیان می‌کند (حکیمی‌نیا، ۱۳۹۰: ۳).

لایکووک سلامت اجتماعی را به صورت شرایط و رفاه افراد در شبکه روابط اجتماعی شامل خانواده، اجتماع و ملت تعریف می‌کند. برکمن نیز معتقد است که تأثیر شبکه اجتماعی بر سلامت فرد عبارت است از پرورش روحیه مشارکت و درگیری اجتماعی فرد در فرآیندهای اجتماعی، سپری کردن اوقات فراغت خود با دوستان، مشارکت در نقش‌های اجتماعی و شغلی، گرایش به فعالیت‌های مذهبی و تفریح کردن به همراه گروه که از نمونه‌های بارز درگیری اجتماعی می‌باشند. بنابراین از طریق فرصت‌هایی که به واسطه عضویت در شبکه‌های اجتماعی برای فرد فراهم می‌شود تا در رویدادهای اجتماعی مشارکت کند، نقش‌های اجتماعی معناداری از قبیل نقش‌های اجتماعی شغلی، خانوادگی و والدینی تعریف می‌شود و از این طریق سلامت اجتماعی فرد ارتقاء می‌یابد (خیرالله‌پور، ۱۳۸۳: ۴۳).

لارسون سلامت اجتماعی را به عنوان گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر (نزدیکان و گروه‌های اجتماعی) که وی عضوی از آن‌ها است، تعریف می‌کند و معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد و شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است که نشانگر رضایت یا فقدان

۱. Goldsmith

۲. Larson

رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی اش است (لارسون، ۱۹۹۶: ۱۹۶).

کییز^۱ (۲۰۰۳) از نظریه پردازان سلامت اجتماعی، به رابطه قوی بین سلامت اجتماعی، از خودبیگانگی اجتماعی و ناهنجاری اجتماعی اشاره کرده است و در مطالعه سلامت اجتماعی در ایالات متحده به این نتیجه رسیده است که بین سلامت اجتماعی یا رفتارهای اجتماع پسند و مسئولیت پذیری زندگی اجتماعی رابطه های مثبت زیادی مشاهده شد. همچنین سطوح سلامت اجتماعی به خصوص انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی در افرادی که با اطرافیان خود برای حل مسائل و مشکلات همکاری و همفکری می کردند در مقایسه با افرادی که با اطرافیان خود ارتباط نداشتند، میزان بالاتری داشت. همچنین گرچه مشخص نیست سلامت اجتماعی، معلول یا علت مسئولیت پذیری در برابر زندگی اجتماعی است، اما به طور واضحی با جایگاه اجتماعی و رضایت از زندگی اجتماعی رابطه دارد (Keys, ۲۰۰۳: ۴۸).

جدول ۱: ساختارهای سلامت اجتماعی با توجه به سطوح تحلیل و پیوستار اندازه گیری

سطوح تحلیل			
اجتماعی	بین فردی	فردی	پیوستار
فقر، خودکشی و جرم	پرخاشگری و ناآشنایی با قوانین مدنی	بیگانگی و ناهنجاری اجتماعی	منفی
سرمایه اجتماعی و کارآمدی اجتماعی	مبادله انواع اعتماد و حمایت اجتماعی	ابعاد سلامت اجتماعی	مثبت

منبع: کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۳۴۶

کییز معتقد است که به دلیل فقدان ابزارهای معتبر برای سنجش سلامت اجتماعی، این مفهوم به صورت یک مناظره سیاسی، اجتماعی در سطوحی فراتر از سطح فردی باقی مانده است. در نتیجه به دنبال تدوین شاخصی برای سنجش سلامت اجتماعی در بعد فردی است. ابعاد سلامت اجتماعی شامل طیف مثبتی از ارزیابی فرد از تجاربش در جامعه است.

وی یک مدل ۵ بعدی قابل سنجش از ابعاد سلامت اجتماعی ارائه می دهد که طبق این ابعاد، فرد سالم 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 گروه های اجتماعی خود است و خود

۱. Keyes

را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بدانند. این مقیاس با مقیاس های سلامت اجتماعی در سطح بین فردی (مثل پرخاشگری و حمایت اجتماعی) و سطح اجتماعی (مثل فقر و جایگاه اجتماعی) تفاوت دارد (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۳۴۷).

از سوی دیگر ناامنی اجتماعی نیز تاثیر نامطلوبی بر سلامت اجتماعی جامعه دارد. ناامنی می تواند فراتر از زندگی قربانیان آن، بر آن هایی که تجربه غیرمستقیمی از جرم داشته اند نیز تاثیر گذارد. ناامنی می تواند فضایی از بی نظمی را ایجاد کند که در آن، شهروندان قادر به اعمال کنترل غیر رسمی بر اجتماع خود نیستند و بنابراین ترس منجر به افزایش جرم می شود. ترس از جرم، بیشتر از خود جرم زیان می رساند و منجر به افت روحیه در جامعه می شود (صدیق سروسستانی، ۱۳۸۵: ۲۰). ترس و ناامنی در طی زمان، تاثیرات مخرب و منفی بر کیفیت زندگی دارد و منجر به مراقبت و محافظت غیر ضروری مردم از خودشان می شود. آن ها را از فعالیت های اجتماعی باز می دارد و میزان بی اعتمادی را در جامعه افزایش می دهد. بنابراین احساس امنیت اجتماعی از جمله عوامل موثر بر سلامت اجتماعی است. بنابراین می توان گفت که رابطه دوسویه ای بین سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی در جامعه وجود دارد.

متولیان امنیت اجتماعی از جمله پلیس به عنوان محور اصلی مدیریت امنیت عمومی، نیازمند مشارکت های عمومی، مدنی و سازمانی می باشند. در صورت فقدان این مشارکت سه گانه، پلیس در برخورد با آسیب ها و انحراف های اجتماعی فزاینده ناگزیر از انتخاب یکی از دو شیوه ایجابی نرم افزاری یا شیوه سلبی و سخت افزاری است که انتخاب شیوه اول، پلیس را دچار بحران ناکارآمدی و انتخاب شیوه دوم، پلیس را با توجه به راهبرد جامعه محوری آن دچار بحران مشروعیت می کند (محبوبی منش، ۱۳۸۵: ۱۲).

تمام عرصه های زندگی متأثر از متغیر امنیت است؛ زیرا آنچه رفتار را بیش از همه تحت تاثیر قرار می دهد، عنصر ناخودآگاه است و امنیت متغیری است که ناخودآگاه را تحت تاثیر قرار می دهد. با افزایش امنیت، کمال و استعلای انسان امکان پذیر می شود و با کاهش امنیت، آرمان های 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 (صالحی، ۱۳۸۵: ۵).

توجه به هرم نیازهای مازلو نیز، رابطه بین سلامت اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی را به خوبی آشکار می سازد. 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 فرد قرار می گیرند که نیازهای طبقات پایین تر برطرف شده باشند. هرگاه نیازهای فردی به طبقات بالاتر حرکت کرد، نیازهای طبقات پایین تر چندان مورد توجه اصلی او نخواهد بود (شولتز و آلن، ۱۳۷۵: ۹۱).

با توجه به نظریه سلسله مراتب نیازهای مازلو، نیازهای آدمی در ۵ طبقه قرار داده شده اند که به ترتیب عبارت اند از:

طبقه اول: نیازهای زیستی در اوج سلسله مراتب قرار دارند و تا زمانی که قدری ارضا گردند، بیشترین تأثیر را بر رفتار فرد دارند. نیازهای زیستی نیازهای آدمی برای حیات خودند؛ یعنی: خوراک، پوشاک و مسکن. تا زمانی که نیازهای اساسی برای فعالیت های بدن به حد کافی ارضاء نشده اند، عمده فعالیت های شخص احتمالاً در این سطح بوده و بقیه نیازها انگیزش کمی ایجاد خواهد کرد.

طبقه دوم: نیاز به رهایی از وحشت، تأمین جانی و عدم محرومیت از نیازهای اساسی است؛ به عبارت دیگر نیاز به حفاظت از خود در زمان حال و آینده را شامل می شود.

طبقه سوم: نیازهای اجتماعی یا احساس تعلق و محبت؛ انسان موجودی اجتماعی است و هنگامی که نیازهای اجتماعی اوج می گیرد، آدمی برای روابط معنی دار با دیگران، سخت می کوشد.

طبقه چهارم: رضایت و احترام که قبل از هر چیز نسبت به خود است و سپس قدر و منزلتی که توسط دیگران برای فرد حاصل می شود. اگر آدمیان نتوانند نیاز خود به احترام را از طریق رفتار سازنده برآورند، در این حالت ممکن است فرد برای ارضای نیاز جلب توجه و مطرح شدن، به رفتار خرابکارانه یا نسنجیده متوسل شود.

طبقه پنجم: خودشکوفایی یعنی شکوفا کردن تمامی استعدادهای پنهان آدمی؛ حال این استعدادها هر چه می خواهد باشد. همان طور که مازلو بیان می دارد: «آنچه انسان می تواند باشد، باید بشود».

به طبقه بندی مذکور دو نیاز «دانش اندوزی و شناخت و درک پدیده ها» و «نیاز به زیبایی و نظم» نیز اضافه شده است که قبل از نیاز به خودشکوفایی قرار می گیرند. به اعتقاد مازلو مرحله نهایی تکامل فرد وقتی رخ می دهد که او از لحاظ برآورده شدن نیازهای پایه اش، احساس امنیت و آرامش کند. در چنین وضعیتی،

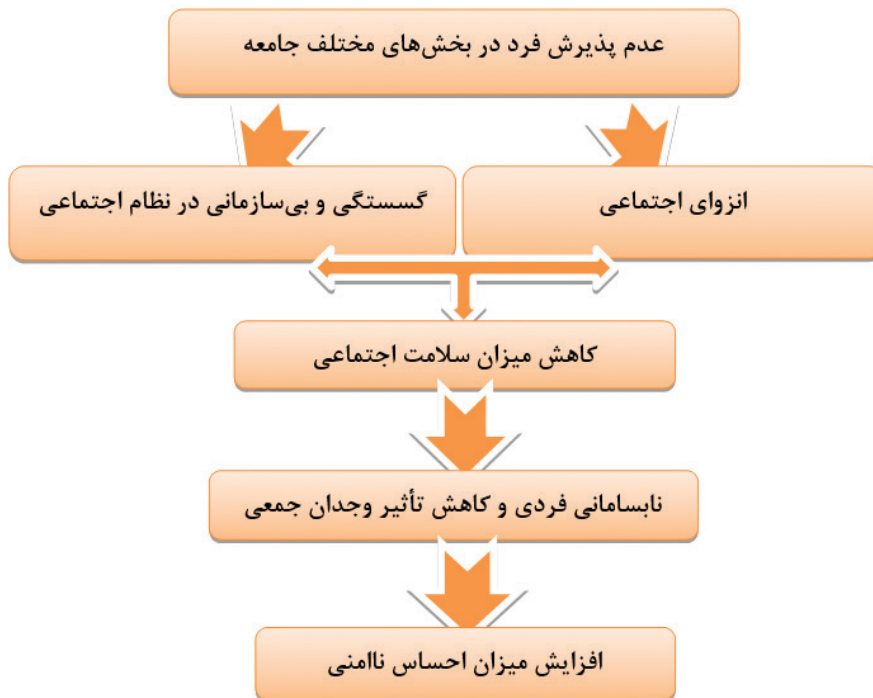
او تمرکز خود را بر شکوفا کردن استعدادهای نهفته‌اش برای تبدیل شدن به یک انسان مؤثر، خلاق و دارای بینش و بصیرت خواهد گذاشت. با توجه به توضیحات فوق، برای دستیابی به جامعه‌ای که از نظر اجتماعی سالم باشد، باید اعضای جامعه از نظر دسترسی به امکانات اولیه و نیازهای اساسی زندگی خود تأمین باشند که در واقع نیاز به امنیت از مهم‌ترین و اساسی‌ترین نیازهای انسان به شمار می‌رود. البته رابطه دوسویه‌ای بین نیاز به احساس امنیت و سلامت اجتماعی وجود دارد. به گونه‌ای که علاوه بر اینکه مطابق هرم نیازهای مازلو، تأمین نیاز به احساس امنیت انسان می‌تواند زمینه‌ساز نیازهای دیگران و تأمین سلامت اجتماعی باشد، علاوه بر آن سلامت اجتماعی نیز می‌تواند به افزایش احساس امنیت کمک کند. سلامت اجتماعی شرط کافی تحقق احساس امنیت اجتماعی در جامعه است؛ زیرا در حقیقت امنیت یک تولید اجتماعی است. علی‌رغم اینکه ادراک ذهنی امنیت نقش اصلی را دارا است، اما احساس امنیت در تعاملات یا روابط دیگر اجتماعی شکل می‌گیرد. به این ترتیب احساس امنیت یا عدم احساس امنیت توسط اجتماع انتقال پیدا می‌کند. زمانی این احساس می‌تواند به درستی انتقال پیدا کند که افراد جامعه از سلامت اجتماعی برخوردار باشند (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۲۲-۲۰).

در واقع امنیت در مفهوم وسیع و جامع خود، بیشتر به ویژگی‌ها و خصوصیات روان‌شناختی مردم یک جامعه بر می‌گردد. امنیت باید بتواند به شهروندان و اعضای خانواده، آرامش خاطری در حد نیازهای روان‌شناختی آن‌ها اعطا کند. هیچ کس نمی‌تواند در محیط ترس‌آفرین، نگران و مضطرب کننده، متشنج و آلوده به تشویش، به فعالیت‌های اجتماعی - اقتصادی خود ادامه دهد یا با آسودگی به کار و کوشش و وظایف روزمره خویش پردازد (پورمؤذن، ۱۳۸۹: ۳۶). به طور طبیعی در صورت نبود امنیت در خانواده، افراد به انواع واکنش‌های مخرب یا طغیان دست می‌زنند یا منفعل گشته و احتمالاً به انحراف‌های اجتماعی پناه می‌برند یا از همکاری فعال در زمینه مشارکت اجتماعی سرباز می‌زنند (فرخجسته، ۱۳۸۹: ۵۴). علاوه بر نظریه سلسله مراتب نیازهای مازلو، نظریه آنومی اجتماعی امیل دورکیم رابطه احساس امنیت اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی را تبیین می‌کند.

براساس نظریه آنومی دورکیم، فرد با سلامت اجتماعی پایین در بخش‌های مختلف جامعه پذیرش نمی‌شود و دچار انزوای اجتماعی یا طرد اجتماعی می‌شود. در این صورت هنجارهای اجتماعی نفوذ خود را بر فرد از دست می‌دهد. در چنین شرایطی، افراد دیگر برای اقتدار اخلاقی جامعه احترام قائل نیستند. بنابراین، افراد دچار احساس تشویش، سردرگمی و فقدان راهنمای اخلاقی می‌شوند. تقاضاها و

خواهش‌های مادی آن‌ها بی حساب و کتاب افزایش می‌یابد و خودخواهی‌ها بر آن‌ها غلبه می‌یابد. شرایط نابسامانی که مستعد بی‌نظمی، جرم و انحراف است، همه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به اعتقاد دورکیم، وقتی فقدان التزام اجتماعی به قوانین، هنجارها و قواعد آشکار گردد، افراد احساس می‌کنند هیچ‌گونه ملاکی در انتخاب‌های خود ندارند؛ در نتیجه، حالتی از گسستگی و بی‌سازمانی در نظام اجتماعی آشکار می‌شود (اسلامی بناب، ۱۳۸۸: ۴۶). در نظر دورکیم، پیامدهای آنومی در شکل نوعی نابسامانی فردی و در قالب تعارض شخصیت فردی و خودخواه انسان با شخصیت اجتماعی و دیگرخواه او متجلی می‌شود؛ نتیجه این تعارض این است که خواسته‌های وجدان جمعی، کارآیی خود را از دست می‌دهد. تضعیف فشارهای جمعی نیز موجب می‌شود که افراد به حال خود رها شوند (سلیمی و داوری، ۱۳۸۰: ۴۳۰-۳۲۹).

با تبیین این تئوری در چنین شرایطی سلامت اجتماعی افراد کاهش می‌یابد، رفتارهای کجروانه اجتناب‌ناپذیر خواهد شد و در نتیجه میزان احساس ناامنی در افراد افزایش پیدا خواهد کرد.



نمودار ۱. تئوری آنومی اجتماعی در کاهش سلامت اجتماعی و میزان احساس ناامنی اجتماعی

روش‌شناسی تحقیق

پژوهش حاضر به روش پیمایشی و با استفاده از ابزار پرسشنامه صورت گرفته است. جمعیت آماری تحقیق را کلیه خانواده‌های شهر یزد تشکیل می‌دهند که حداقل دارای یک فرزند ۱۵ تا ۲۹ ساله باشند. در این پژوهش از فرمول کوکران برای تعیین حجم نمونه استفاده شده است که با توجه به واریانس به دست آمده از پیش آزمون و سطح اطمینان ۹۵ درصد و دقت احتمالی ۵ درصد، حجم نمونه ۲۴۶ نفر محاسبه شد و از آنجا که پرسشنامه در هر خانواده توسط یکی از والدین و یکی از فرزندان تکمیل گردید، حجم نمونه در مجموع، ۴۹۲ نفر شد. در این تحقیق، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده گردید. اعتبار ابزار به شیوه محتوایی احراز شده است. برای اطمینان از پایایی ابزار تحقیق، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است.

تعریف نظری و عملیاتی متغیرها

میزان احساس امنیت اجتماعی: امنیت عبارت است از رد کردن تهدیدات و فرصت‌های تهدید آمیز است که تنها به حوزه‌های اقتصاد، فرهنگ و سیاست محدود نمی‌شود، بلکه تمامی جنبه‌ها و شئون اجتماعی را در بر می‌گیرد (یاری و هزار جریبی، ۱۳۹۲: ۴۰).

به منظور سنجش میزان احساس امنیت اجتماعی، این مقوله در ۱۲ بعد جداگانه شامل احساس امنیت جانی، احساس امنیت شغلی، احساس امنیت اقتصادی، احساس امنیت اخلاقی، احساس امنیت اعتقادی، احساس امنیت قضایی، احساس امنیت فرهنگی، احساس امنیت نوامیس، احساس امنیت حقوقی، احساس امنیت عاطفی، احساس امنیت احساسی و احساس امنیت مالی سنجیده شده است که برای هر بعد چهار گویه و جمعاً ۴۸ گویه در یک طیف ۵ درجه‌ای سنجیده شد. سازه امنیت اجتماعی از حاصل جمع گویه‌های مذکور ساخته شده که کمترین امتیاز ۴۸ و بیشترین امتیاز ۲۴۰ بود.

سلامت اجتماعی: سلامت اجتماعی عبارت است از ارزش‌گذاری شرایط یک فرد و کارآیی او در جامعه که این بازتابی از سلامت اجتماعی مثبت می‌باشد (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۲).

به منظور سنجش میزان سلامت اجتماعی پاسخگویان، از مقیاس ساخته شده توسط کییز (۱۹۹۸) استفاده شده است. این متغیر در ۵ بعد انسجام اجتماعی (شامل ۷ بعد)، پذیرش اجتماعی (شامل ۷ بعد)، شکوفایی اجتماعی (شامل ۷ بعد)، مشارکت

اجتماعی (شامل ۶ بعد) و انطباق اجتماعی (شامل ۶ بعد) جمعاً شامل ۳۳ گویه در یک طیف ۵ درجه‌ای سنجیده شد.

یافته‌های پژوهش

بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده در بین والدین و فرزندان ساکن شهر یزد، بیشتر جمعیت مورد مطالعه در گروه والدین را زنان (معادل ۵۴/۹ درصد) و همچنین بیشتر جمعیت مورد مطالعه در گروه فرزندان را زنان (معادل ۵۷/۳ درصد) در بر گرفته‌اند. از لحاظ تحصیلات، در بین والدین، دکترای (۲۲) بیشترین تحصیلات و سوم ابتدایی (۳) کمترین تحصیلات بوده است. در بین فرزندان نیز، کارشناسی ارشد (۱۸) بیشترین تحصیلات و پنجم ابتدایی (۵) کمترین تحصیلات بوده است.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای اصلی تحقیق

متغیر	گروه	دامنه تغییرات نظری	میانگین نظری	میانگین نمونه	انحراف معیار	دامنه تغییرات	حداقل نمره	حداکثر نمره
سلامت اجتماعی	والدین	۳۳-۱۶۵	۹۹	۱۰۵/۶۶	۱۲/۸۴۴	۹۵	۵۳	۱۴۸
	فرزندان			۱۰۳/۵۲	۱۲/۷۲۴	۱۰۰	۴۷	۱۴۷
	کل			۱۰۴/۵۹	۱۲/۸۱۶	۱۰۱	۴۷	۱۴۸
احساس امنیت اجتماعی	والدین	۴۸-۲۴۰	۱۴۴	۱۲۳/۲۴	۱۷/۲۰۸	۱۳۷	۶۰	۱۹۷
	فرزندان			۱۲۳/۶۳	۱۶/۶۲۵	۱۰۶	۶۸	۱۷۴
	کل			۱۲۳/۴۳	۱۶/۹۰۳	۱۳۷	۶۰	۱۹۷

داده‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که با توجه به دامنه تغییرات نظری، میانگین سلامت اجتماعی (۱۰۴/۵۹) بالاتر از حد متوسط (۹۹) و میانگین احساس امنیت اجتماعی آن‌ها (۱۲۳/۴۳) کمتر از حد متوسط (۱۴۴) است.

سلامت اجتماعی به عنوان یکی از مفاهیم اساسی در حوزه علوم اجتماعی به شمار می‌رود به همین خاطر انتظار می‌رود که تأثیر قابل توجهی بر روی میزان احساس امنیت اجتماعی داشته باشد. بنابراین برای تعیین رابطه میزان اختلاف سلامت اجتماعی و اختلاف احساس امنیت اجتماعی در بین والدین و فرزندان از

آزمون پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در جداول ۳ تا ۷ به شرح زیر آمده است:

جدول ۳. ماتریس همبستگی مرتبه صفر بین اختلاف میزان انسجام اجتماعی و اختلاف احساس

امنیت در بین والدین و فرزندان

متغیرها	میزان انسجام والدین	میزان انسجام اجتماعی فرزندان	اختلاف میزان انسجام والدین و فرزندان	احساس امنیت اجتماعی والدین	احساس امنیت اجتماعی فرزندان
میزان انسجام اجتماعی فرزندان	۰/۳۱۱***				
اختلاف میزان انسجام اجتماعی والدین و فرزندان	۰/۶۱۳***	-۰/۵۶۱***			
احساس امنیت اجتماعی والدین	۰/۱۹۱**	-۰/۰۱۷	۰/۱۸۰**		
احساس امنیت اجتماعی فرزندان	۰/۰۶۸	۰/۱۶۰*	-۰/۰۷۴	۰/۳۵۵***	
اختلاف احساس امنیت اجتماعی والدین و فرزندان	۰/۱۱۲	-۰/۱۵۴*	۰/۲۲۵***	۰/۵۸۸***	-۰/۵۴۷***

*** معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ * معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۱

** معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۵

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد بین میزان انسجام اجتماعی در بین فرزندان و اختلاف احساس امنیت اجتماعی والدین و فرزندان رابطه معکوس و معنی داری وجود دارد ($r = -0/154$ و $P < 0/05$). ولی رابطه معنی داری بین میزان انسجام اجتماعی در بین والدین و اختلاف احساس امنیت اجتماعی والدین و فرزندان وجود ندارد ($r = 0/112$ و $P > 0/05$). و بالاخره اینکه بین اختلاف میزان انسجام اجتماعی والدین و فرزندان و اختلاف احساس امنیت اجتماعی والدین و فرزندان رابطه مستقیم و معنی داری وجود دارد ($r = 0/225$ و $P < 0/001$).

امنیت در بین والدین و فرزندان

متغیرها	میزان پذیرش اجتماعی والدین	میزان پذیرش اجتماعی فرزندان	اختلاف میزان پذیرش اجتماعی والدین و فرزندان	احساس امنیت اجتماعی والدین	احساس امنیت اجتماعی فرزندان
میزان پذیرش اجتماعی فرزندان	۰/۱۶۹***				
اختلاف میزان پذیرش اجتماعی والدین و فرزندان	۰/۶۵۹***	-۰/۶۳۰***			
احساس امنیت اجتماعی والدین	۰/۱۷۴***	۰/۰۰۰	۰/۱۳۷*		
احساس امنیت اجتماعی فرزندان	۰/۰۰۶	۰/۱۶۳*	-۰/۱۱۹	۰/۳۵۵***	
اختلاف احساس امنیت اجتماعی والدین و فرزندان	۰/۱۵۰*	-۰/۱۴۱*	۰/۲۲۶***	۰/۵۸۸***	-۰/۵۴۷***

*** معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ ** معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۱

* معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۵

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد بین میزان پذیرش اجتماعی فرزندان و اختلاف احساس امنیت اجتماعی والدین و فرزندان رابطه معکوس و معنی داری وجود دارد ($r = -0/141$ و $P < 0/05$). ولی رابطه مستقیم و معنی داری بین میزان پذیرش اجتماعی والدین و اختلاف احساس امنیت اجتماعی والدین و فرزندان وجود دارد ($P < 0/05$) و $r = 0/150$. و بالاخره اینکه بین اختلاف میزان پذیرش اجتماعی والدین و فرزندان و اختلاف احساس امنیت اجتماعی والدین و فرزندان رابطه مستقیم و معنی داری وجود دارد ($r = 0/226$ و $P < 0/001$).

جدول ۵. ماتریس همبستگی مرتبه صفر بین اختلاف میزان شکوفایی اجتماعی و اختلاف احساس

امنیت در بین والدین و فرزندان

متغیرها	میزان شکوفایی اجتماعی والدین	میزان شکوفایی اجتماعی فرزندان	اختلاف میزان شکوفایی اجتماعی والدین و فرزندان	احساس امنیت اجتماعی والدین	احساس امنیت اجتماعی فرزندان
میزان شکوفایی اجتماعی فرزندان	۰/۱۰۹				
اختلاف میزان شکوفایی اجتماعی والدین و فرزندان	۰/۶۶۸***	-۰/۶۶۷***			
احساس امنیت اجتماعی والدین	۰/۱۹۸**	۰/۰۶۲	۰/۱۰۲		
احساس امنیت اجتماعی فرزندان	۰/۱۱۰	۰/۱۴۷*	-۰/۰۲۸	۰/۳۵۵***	
اختلاف احساس امنیت اجتماعی والدین و فرزندان	۰/۰۸۲	-۰/۰۷۲	۰/۱۱۶	۰/۵۸۸***	-۰/۵۴۷***

*** معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۰۱

** معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۱

* معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۵

یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهد بین میزان شکوفایی اجتماعی فرزندان و اختلاف احساس امنیت اجتماعی والدین و فرزندان رابطه معنی داری وجود ندارد ($r = -0.072$ و $P > 0.05$). همچنین رابطه معنی داری بین میزان شکوفایی اجتماعی والدین و اختلاف احساس امنیت اجتماعی والدین و فرزندان وجود ندارد ($r = 0.082$ و $P > 0.05$). و بالاخره اینکه بین اختلاف شکوفایی اجتماعی والدین و فرزندان و اختلاف احساس امنیت اجتماعی والدین و فرزندان رابطه معنی داری وجود ندارد ($r = 0.116$ و $P > 0.05$).

امنیت در بین والدین و فرزندان

متغیرها	میزان مشارکت اجتماعی والدین	میزان مشارکت اجتماعی فرزندان	اختلاف میزان مشارکت اجتماعی والدین و فرزندان	احساس امنیت اجتماعی والدین	احساس امنیت اجتماعی فرزندان
میزان مشارکت اجتماعی فرزندان	۰/۱۰۲				
اختلاف میزان مشارکت اجتماعی والدین و فرزندان	۰/۶۶۰***	-۰/۶۷۹***			
احساس امنیت اجتماعی والدین	۰/۱۳۲*	۰/۰۳۹	۰/۰۶۸		
احساس امنیت اجتماعی فرزندان	۰/۰۸۵	-۰/۰۱۴	۰/۰۷۳	۰/۳۵۵***	
اختلاف احساس امنیت اجتماعی والدین و فرزندان	۰/۰۴۵	۰/۰۴۷	-۰/۰۰۳	۰/۵۸۸***	-۰/۵۴۷***

*** معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۰۱

** معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۱

* معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۵

یافته‌های جدول ۶ نشان می‌دهد بین میزان مشارکت اجتماعی فرزندان و اختلاف احساس امنیت اجتماعی والدین و فرزندان رابطه معنی داری وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$) و ($r = ۰/۰۴۷$). همچنین رابطه معنی داری بین میزان مشارکت اجتماعی والدین و اختلاف احساس امنیت اجتماعی والدین و فرزندان وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$) و ($r = ۰/۰۴۵$). و بالاخره اینکه بین اختلاف میزان مشارکت اجتماعی والدین و فرزندان و اختلاف احساس امنیت اجتماعی والدین و فرزندان رابطه معنی داری وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$) و ($r = -۰/۰۰۳$).

جدول ۷. ماتریس همبستگی مرتبه صفر بین اختلاف میزان انطباق اجتماعی و اختلاف احساس

امنیت در بین والدین و فرزندان

متغیرها	میزان انطباق اجتماعی والدین	میزان انطباق اجتماعی فرزندان	اختلاف میزان انطباق اجتماعی والدین و فرزندان	احساس امنیت اجتماعی والدین	احساس امنیت اجتماعی فرزندان
میزان انطباق اجتماعی فرزندان	۰/۲۹۵***				
اختلاف میزان انطباق اجتماعی والدین و فرزندان	۰/۵۶۰***	-۰/۶۲۶***			
احساس امنیت اجتماعی والدین	۰/۲۶۷***	۰/۰۶۰	۰/۱۶۶**		
احساس امنیت اجتماعی فرزندان	۰/۲۲۲***	۰/۲۱۳**	-۰/۰۰۳	۰/۳۵۵***	
اختلاف احساس امنیت اجتماعی والدین و فرزندان	۰/۰۴۷	-۰/۱۳۰*	۰/۱۵۱*	۰/۵۸۸***	-۰/۵۴۷***

*** معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۰۱

** معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۱

* معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۵

یافته‌های جدول ۷ نشان می‌دهد، بین میزان انطباق اجتماعی فرزندان و اختلاف احساس امنیت اجتماعی والدین و فرزندان رابطه معکوس و معنی داری وجود دارد ($r = -0/130$ و $P < 0/05$). ولی رابطه معنی داری بین میزان انطباق اجتماعی والدین و اختلاف احساس امنیت اجتماعی والدین و فرزندان وجود ندارد ($P > 0/05$ و $r = 0/047$). و بالاخره اینکه بین اختلاف میزان انطباق اجتماعی والدین و فرزندان و اختلاف احساس امنیت اجتماعی والدین و فرزندان رابطه مستقیم و معنی داری وجود دارد ($r = 0/151$ و $P < 0/05$).

همچنین برای تعیین رابطه میزان سلامت اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی به تفکیک والدین و فرزندان از آزمون پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۸ و ۹ به شرح زیر آمده است:

اجتماعی در بین والدین

فرهنگی	قضایی	اعتقادی	اخلاقی	اقتصادی	مالی	شغلی	جانی
۰/۳۳۰***	۰/۴۳۰***	۰/۳۲۶***	۰/۲۴۷***	۰/۳۹۱***	۰/۳۶۳***	۰/۲۹۸***	۰/۰۴۲
۰/۱۶۱*	۰/۳۳۷***	۰/۳۴۷***	۰/۲۶۱**	۰/۲۲۵***	۰/۲۹۸***	۰/۲۹۸***	۰/۰۴۲
۰/۳۸۰***	۰/۳۸۴***	۰/۳۱۰***	۰/۱۶۷***	۰/۲۶۲***	۰/۲۹۸***	۰/۲۹۸***	۰/۰۴۲
۰/۲۰۳**	۰/۳۹۶***	۰/۳۱۰***	۰/۱۶۷***	۰/۲۶۲***	۰/۲۹۸***	۰/۲۹۸***	۰/۰۴۲
۰/۱۹۳**	۰/۳۲۰***	۰/۳۱۰***	۰/۱۶۷***	۰/۲۶۲***	۰/۲۹۸***	۰/۲۹۸***	۰/۰۴۲
۰/۱۷۲**	۰/۳۹۶***	۰/۳۱۰***	۰/۱۶۷***	۰/۲۶۲***	۰/۲۹۸***	۰/۲۹۸***	۰/۰۴۲
۰/۳۳۳***	۰/۱۶۶*	۰/۱۹۴**	۰/۱۶۷***	۰/۲۶۲***	۰/۲۹۸***	۰/۲۹۸***	۰/۰۴۲
فرهنگی	قضایی	اعتقادی	اخلاقی	اقتصادی	مالی	شغلی	جانی
انطباق اجتماعی							
مشارکت اجتماعی							
شکوفایی اجتماعی							
پذیرش اجتماعی							
انسجام اجتماعی							
احساس امنیت							
احساسی							
عاطفی							
حقوقی							
نوامیس							
فرهنگی							
قضایی							
اعتقادی							
اخلاقی							
اقتصادی							
مالی							
شغلی							
جانی							

مطالعه تطبیقی رابطه سلامت اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی در بین والدین و فرزندان ساکن شهر یزد

مشاركت اجتماعى	شكوفايى اجتماعى	پذيرش اجتماعى	انسجام اجتماعى	احساس امنيت	احساسى	عاطفى	حقوقى	نواميس
۰/۳۵۴**								
۰/۳۰۲**	۰/۲۹۷**							
۰/۱۱۴	۰/۴۱**	۰/۵۶۱**						
۰/۱۳۲*	۰/۱۹۸**	۰/۱۷۴**	۰/۱۹۱**					
۰/۱۴۲*	۰/۱۱۰	۰/۱۵۹*	۰/۲۳۰**	۰/۵۳۱**				
-۰/۰۳۶	۰/۰۸۵	۰/۱۹۱**	۰/۱۹۵**	۰/۶۰۲**	۰/۴۷۴**			
۰/۰۴۸	۰/۱۷۵**	۰/۱۱۶	۰/۲۱۳**	۰/۶۲۷**	۰/۴۱۷**	۰/۳۶۴**		
-۰/۰۶۷	۰/۰۴۳	۰/۱۷۰**	۰/۰۹۳	۰/۱۹۳**	-۰/۰۱۰	۰/۰۰۸	۰/۰۶۳	
۰/۰۶۹	-۰/۰۲۱	۰/۰۳۲	-۰/۰۶۰	۰/۵۱۹**	۰/۲۰۳**	۰/۱۳۴*	۰/۲۴۷**	۰/۰۴۷
۰/۰۷۸	۰/۰۹۶	۰/۱۲۱	۰/۰۶۱	۰/۶۵۸**	۰/۲۳۳**	۰/۳۷۴**	۰/۴۲۰**	-۰/۰۲۲
۰/۱۵۵*	۰/۱۵۴*	۰/۱۰۰	۰/۰۸۶	۰/۵۶۵**	۰/۲۰۸**	۰/۲۸۶**	۰/۱۹۸**	-۰/۰۱۲
-۰/۰۰۷	۰/۱۲۰	۰/۰۲۸	۰/۰۷۰	۰/۶۸۵**	۰/۳۷۷**	۰/۴۰۵**	۰/۴۹۵**	۰/۱۳۸*
۰/۰۱۸	۰/۰۵۹	۰/۰۱۷	۰/۰۸۶	۰/۵۶۰**	۰/۱۱۶	۰/۱۸۲**	۰/۲۴۴**	۰/۰۱۹
۰/۲۵۴**	۰/۲۳۰**	۰/۱۱۳	۰/۱۶۸**	۰/۶۰۸**	۰/۲۲۲**	۰/۲۸۳**	۰/۲۶۹**	-۰/۰۰۷
۰/۰۱۵	۰/۲۱۶**	۰/۰۷۲	۰/۱۷۳**	۰/۵۷۴**	۰/۲۸۵**	۰/۳۱۳**	۰/۴۳۷**	-۰/۰۵۹
۰/۱۹۸**	۰/۰۳۳	-۰/۰۰۳	-۰/۰۵۶	۰/۴۱۸**	۰/۱۰۲	۰/۰۷۵	۰/۰۴۱	-۰/۰۱۶

۰/۵۸۸***	۰/۱۶۵**
۰/۵۵۷***	۰/۲۸۵***
۰/۸۶۰***	۰/۲۷۵***
۰/۸۳۶***	۰/۲۸۷***
۰/۸۲۷***	۰/۲۶۷***
۰/۲۸۷***	۰/۰۷۲
۰/۲۱۴**	۰/۰۹۷
۰/۱۶۴*	۰/۲۷۲***
۰/۲۴۸***	۰/۱۶۲*
۰/۱۲۳	-/۰۰۶
۰/۰۰۲	۰/۱۴۵*
۰/۱۴۹*	۰/۱۹۰**
۰/۲۰۲**	۰/۱۷۰**
۰/۱۱۵	۰/۱۱۸
۰/۰۸۹	۰/۳۰۲***
۰/۳۱۴***	۰/۱۷۴**
۰/۱۹۹**	۰/۰۳۳
۰/۰۵۴	
اجتماعی سلامت	انطباق اجتماعی

** معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۱ * معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۵

با توجه به اطلاعات جدول ۸، در گروه والدین، سلامت اجتماعی با احساس امنیت اجتماعی و ابعاد آن (به غیر از بعد جانی، بعد اقتصادی، بعد اخلاقی، بعد فرهنگی و بعد نوامیس) رابطه مستقیم و معنی داری دارد. در بین ابعاد مختلف احساس امنیت اجتماعی، سلامت اجتماعی قوی ترین رابطه را با احساس امنیت مالی ($r = ۰/۳۱۴$) و احساس امنیت حقوقی ($r = ۰/۲۴۸$) دارد.

جدول ۹. ماتریس همبستگی مرتبه صفر بین ابعاد سلامت اجتماعی و ابعاد مختلف احساس امنیت

اجتماعی در بین فرزندان

انطباق اجتماعی			
مشارکت اجتماعی			
شکوفایی اجتماعی			
پذیرش اجتماعی			
انسجام اجتماعی			
احساس امنیت			
احساسی			
عاطفی			
حقوقی			
نوامیس			
فرهنگی			
قضایی			
اعتقادی			
اخلاقی			
اقتصادی			
مالی			
شغلی		۰/۲۲۶***	۰/۳۰۵***
جانی		۰/۱۸۵**	۰/۳۸۸***
	شغلی		
	مالی		
	اقتصادی		

پذیرش اجتماعی	انسجام اجتماعی	احساس امنیت	احساسی	عاطفی	حقوقی	نوامیس	فرهنگی	فضایی	اعتقادی	اخلاقی
۰/۵۶۱***										
۰/۱۷۴**	۰/۱۹۱**									
۰/۱۵۹*	۰/۲۳۰***	۰/۵۳۱***								
۰/۱۹۱**	۰/۱۹۵**	۰/۶۰۲***	۰/۴۷۴***							
۰/۱۱۶	۰/۲۱۳**	۰/۶۲۷***	۰/۴۱۷***	۰/۳۶۴***						
۰/۱۷۰**	۰/۰۹۳	۰/۱۹۳**	-۰/۰۱۰	۰/۰۰۸	۰/۰۶۳					
۰/۰۳۲	-۰/۰۶۰	۰/۵۱۹***	۰/۲۰۳**	۰/۱۳۴*	۰/۲۴۷***	۰/۰۴۷				
۰/۱۲۱	۰/۰۶۱	۰/۶۵۸***	۰/۲۳۳***	۰/۳۷۴***	۰/۴۲۰***	-۰/۰۲۲	۰/۳۳۰***			
۰/۱۰۰	۰/۰۸۶	۰/۵۶۵***	۰/۲۰۸**	۰/۲۸۶**	۰/۱۹۸**	-۰/۰۱۲	۰/۱۶۱*	۰/۴۳۰***		
۰/۰۲۸	۰/۰۷۰	۰/۶۸۵***	۰/۳۷۲***	۰/۴۰۵***	۰/۴۹۵***	۰/۱۳۸*	۰/۳۸۰***	۰/۳۳۴***	۰/۳۲۶***	
۰/۰۱۷	۰/۰۸۶	۰/۵۶۰**	۰/۱۱۶	۰/۱۸۲**	۰/۲۴۴***	۰/۰۱۹	۰/۲۰۳**	۰/۳۸۴***	۰/۳۴۷***	۰/۲۴۷***
۰/۱۱۳	۰/۱۶۸**	۰/۶۰۸***	۰/۲۲۲***	۰/۲۸۳**	۰/۲۶۹**	-۰/۰۰۷	۰/۱۹۳**	۰/۳۲۰***	۰/۳۱۰**	۰/۲۷۱***
۰/۰۶۵	۰/۱۱۹	۰/۵۸۱***	۰/۱۸۵**	۰/۲۳۸***	۰/۴۵۳***	۰/۰۱۸	۰/۲۴۴***	۰/۲۹۶***	۰/۲۳۹**	۰/۳۷۳***
-۰/۰۸۲	-۰/۰۱۴	۰/۵۱۴***	۰/۰۵۱	۰/۰۶۴	۰/۰۷۰	۰/۰۵۳	۰/۳۲۲***	۰/۲۴۶***	۰/۲۹۳**	۰/۰۵۴

اجتماعی سلامت	اجتماعی انطباق	اجتماعی مشارکت	شکوفایی اجتماعی
۰/۵۸۸***	۰/۱۶۵**	۰/۳۵۴**	۰/۲۹۷***
۰/۵۵۷**	۰/۲۸۵**	۰/۳۰۲**	۰/۴۱۱***
۰/۷۲۰**	۰/۲۷۵**	۰/۳۰۲**	۰/۱۹۸**
۰/۳۳۶**	۰/۲۸۷**	۰/۱۱۴	۰/۱۱۰
۰/۲۲۷**	۰/۲۶۷**	۰/۱۳۲*	۰/۱۰۸۵
۰/۲۸۷**	۰/۰۷۲	۰/۱۴۲*	۰/۱۷۵**
۰/۲۱۴**	۰/۰۹۷	-۰/۰۳۶	۰/۰۴۳
۰/۱۶۴*	۰/۲۷۲**	۰/۴۸	-۰/۰۲۱
۰/۲۴۸**	۰/۱۶۲*	-۰/۰۶۷	۰/۰۹۶
۰/۱۲۳	-۰/۰۰۶	۰/۰۶۹	۰/۱۵۴*
۰/۰۰۲	۰/۱۴۵*	۰/۰۷۸	۰/۱۲۰
۰/۱۴۹*	۰/۱۹۰**	۰/۱۵۵*	۰/۰۵۹
۰/۲۰۲**	۰/۱۷۰**	-۰/۰۰۷	۰/۲۲۰***
۰/۱۱۵	۰/۱۱۸	۰/۰۱۸	۰/۰۵۷
۰/۰۸۹	۰/۳۰۲**	۰/۲۵۴**	۰/۰۳۳
۰/۳۱۴**	۰/۰۵۹	-۰/۰۰۶	
۰/۰۶۸	۰/۰۵۶	۰/۰۳۴	
۰/۰۰۸			

*** معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۰۱، ** معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۱، * معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۵

بر اساس اطلاعات جدول ۹، در گروه فرزندان، سلامت اجتماعی با احساس امنیت اجتماعی و ابعاد آن (به غیر از ابعاد جانی، شغلی، اقتصادی، اخلاقی، فرهنگی و نوامیس) رابطه مستقیم و معنی داری دارد. در بین ابعاد مختلف احساس امنیت اجتماعی، سلامت اجتماعی قوی ترین رابطه را با احساس امنیت مالی ($r = 0/314$) و احساس امنیت حقوقی ($r = 0/248$) دارد.

بحث و نتیجه گیری

امنیت از نیازها و ضرورت های پایدار فرد و جامعه تلقی می شود که فقدان یا اختلال در آن، پیامدها و بازتاب های نگران کننده و خطرناکی به دنبال دارد (ترابی و گودرزی، ۱۳۸۳: ۳۲). احساس امنیت فرآیند روانی- اجتماعی است که صرفاً بر افراد تحمیل نمی شود، بلکه اکثر افراد جامعه بر اساس نیازها، علایق، خواسته ها و توانمندی های شخصیتی و روانی خود در ایجاد و از بین بردن آن نقش اساسی دارند (بیات، ۱۳۸۸: ۳۲).

یکی از عواملی که به طور گسترده، با میزان احساس امنیت اجتماعی در ارتباط است، سلامت اجتماعی افراد است. فقدان سلامت اجتماعی، حاصل عدم جذب افراد در چارچوب های اجتماعی و در نتیجه عدم جامعه پذیری صحیح آنها است. بنابراین سلامت اجتماعی عامل مهمی در کنترل آسیب ها و مسائل اجتماعی و حفظ نظم اجتماعی و در نهایت تأمین امنیت اجتماعی است.

سلامت اجتماعی، ارزیابی فرد از اجتماع و کیفیت و کمیت در گیر شدن شخص در اجتماع را دربر می گیرد. از آنجایی که سلامت اجتماعی با جامعه پذیری اشخاص در جامعه در ارتباط است، می تواند عامل مهمی در پذیرش هنجارهای اجتماعی به شمار رود و نقش مهمی در کاهش قانون گریزی و ناهنجاری های اجتماعی داشته باشد. از سوی دیگر جامعه ای که افراد آن از سلامت اجتماعی برخوردارند، شرایط بهتری از مشارکت اجتماعی را نشان می دهند و این مسئله می تواند در عملکرد نهادهای اجتماعی متولی امنیت اجتماعی در جامعه نقش داشته باشد (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۱).

سلامت اجتماعی از اساسی ترین معیارهای رفاه اجتماعی هر جامعه ای به شمار می رود. مفهوم سلامت از جمله مفاهیمی است که تا مدت ها با اتکاء به نقطه مقابل آن، یعنی بیماری تعریف می شد و سازمان بهداشت جهانی، سلامت را در نبود بیماری یا نقص و نوعی آسایش جسمی-روانی-اجتماعی تعریف می کرد و تمامی تلاش ها را معطوف به جلوگیری از بازگشت بیماری ها می نمود. امروزه با تغییر رویکرد بیماری انگار و پیدایش دیدگاه های سلامت نگر، سلامت فقط روی یک محور که یک سوی آن بیماری و نهایتاً مرگ و در دیگر سو، سلامت افراد قرار داشته باشد، در نظر گرفته نمی شود؛ بلکه مفهوم سلامت پیوستاری را شامل می شود که نخست حالت انفعالی نداشته و نیازمند پرورش باشد و دوم، افراد، گروه ها، اجتماعات محیط و کل جامعه در حفظ و ایجاد آن فعال و سهیم باشند و سوم، با رویکردی کلان نگر، به نقش شاخص ها و عوامل اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی در کنار عوامل خطر و عوامل محافظت کننده در سلامت، توجه خاص شود (بهزاد، ۱۳۸۴).

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه سلامت اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی در بین والدین و فرزندان ساکن شهر یزد انجام پذیرفت. بر همین اساس احساس امنیت اجتماعی در ۱۲ بعد و سلامت اجتماعی در ۵ بعد، بین والدین و فرزندان یزدی با یکدیگر مورد مقایسه قرار گرفتند. یافته های تحقیق نشان داد که بین اختلاف میزان سلامت اجتماعی (به غیر از ابعاد شکوفایی اجتماعی و مشارکت اجتماعی) با اختلاف میزان احساس امنیت اجتماعی در بین والدین و فرزندان یزدی رابطه مستقیم و معنی داری وجود دارد. این یافته با پژوهش های یافته های سام آرام (۱۳۸۸)، فقهی فرهمند و زنجانی (۱۳۹۰)، مؤمن آبادی و همکاران (۱۳۹۳)، مهرمند و همکارانش (۲۰۱۱) و لیندسرام (۲۰۰۸) همخوانی دارد.

همچنین نتایج آزمون همبستگی پیرسون حکایت از آن دارد که بین سلامت اجتماعی اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی در گروه والدین (به غیر از بعد جانی،

بعد اقتصادی، بعد اخلاقی، بعد فرهنگی و بعد نوامیس) و در گروه فرزندان (به غیر از ابعاد جانی، شغلی، اقتصادی، اخلاقی، فرهنگی و نوامیس) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد؛ لذا با افزایش میزان سلامت اجتماعی و ابعاد آن، میزان احساس امنیت اجتماعی و ابعاد آن نیز افزایش پیدا می کند که بالا بودن میزان همبستگی دو مقوله سلامت اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی در والدین یزدی بیشتر از فرزندان شان می باشد.

انسان ایمن، سرشار از انگیزه است و برای هرگونه پیشرفت، مستعد و مهیا می باشد. آبراهم مازلو سلسله مراتبی از نیازها را ارائه کرد که از نیازهای زیستی آغاز می شود و در سطح بالاتر به انگیزه های روانی پیچیده تری می رسد که تنها پس از برآوردن نیازهای اولیه نقش مهمی برعهده می گیرند. در هرم سلسله مراتب نیازهای مازلو نیازهای ایمنی، احساس امنیت کردن و دور از خطر بودن بعد از نیازهای فیزیولوژیک قرار گرفته است، به اعتقاد وی این نیاز بیانگر آن است که فرد به آرامش نیاز دارد. براساس نظریه مازلو نیاز به امنیت یک نیاز روانی است که در صورت عدم ارضاء، روان آدمی آزرده می شود (کجباف، ۱۳۸۱: ۲۵).

با توجه به سلسله مراتب نیازهای مازلو، احساس امنیت یکی از اساسی ترین نیازهای انسان به شمار می رود. علاوه بر آن یک رابطه متقابلی بین میزان احساس امنیت اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی وجود دارد. همان طور که یافته های به دست آمده از تحقیق نشان می دهد افزایش احساس امنیت اجتماعی باعث افزایش میزان سلامت اجتماعی در بین والدین و فرزندان یزدی شده است که به تبع آن افزایش میزان سلامت اجتماعی زمینه ساز افزایش میزان احساس امنیت اجتماعی شده است.

نظریه آنومی اجتماعی امیل دورکیم بر این امر تأکید دارد که توسعه روند جهانی شدن و ادغام پذیری مرزهای جغرافیایی، اقتصادی و فرهنگی و همچنین وجود مسائلی چون بیکاری، فقر، عدم انسجام و مواردی مانند آن، سردرگمی را در اکثر کشورهای جهان پدید آورده است. به بیان دیگر، جهان امروز در معرض بزرگترین تحولات تاریخ بشر قرار دارد؛ دگرگونی هایی که فرصت هنجاری شدن و انطباق با شرایط جدید را محدود کرده و در بسیاری از موارد، امکان تصمیم گیری مناسب را فراهم نمی آورد (شیانی و محمدی، ۱۲: ۱۳۸۶). همچنین رشد سریع جمعیت، دگرگونی ساختار اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، بی تناسبی عمیق بین توسعه فنی و فرهنگی و به عبارت دیگر، توسعه ناموزون در ایران معاصر موجب شکل گیری صور نامنظم و بی قاعدگی هایی گردیده که پیامد آن رشد نابهنجاری ها و انحرافات در شهرهاست

(کلدری و رحمانی، ۱۳۸۵: ۱۹۲). شتاب چنین دگرگونی‌هایی در کشورهای در حال توسعه به طور سرنوشت‌سازی بر شکل‌گیری و تشدید مشکلات اجتماعی افراد جامعه، به خصوص جوانان تأثیر گذاشته است. در این میان، آنومی به عنوان یک مشکل اجتماعی نیز ناشی از شرایطی است که بخشی از آن به دگرگونی‌های شتابان و بخشی دیگر به نابسامانی‌های موجود در جامعه مربوط است. با توجه به مطالب ذکر شده در بالا، می‌توان متوجه شد که رابطه مستقیمی بین میزان نابسامانی اجتماعی، افزایش ناامنی اجتماعی و کاهش میزان سلامت اجتماعی در جامعه وجود دارد که در واقع احساس امنیت اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی در یک رابطه دوسویه با یکدیگر قرار دارند.

- اسلامی بناب، رضا (۱۳۸۸). بررسی امنیت اجتماعی و برخی عوامل مرتبط با آن، پایان نامه کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی دانشگاه آزاد تبریز.
- بحری پور، عباس؛ ذوالفقاری، ابوالفضل و رستگار خالده، امیر (۱۳۹۱). «بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی (مطالعه موردی شهرستان کاشان)»، پژوهش های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی، شماره ۴: ۱۰۹-۸۹.
- بهزاد، داوود (۱۳۸۴). «سرمایه اجتماعی بستری برای ارتقاء سلامت روان»، رفاه اجتماعی، شماره ۸: ۱۱۱-۱۸۱.
- بیات، بهرام (۱۳۸۸). جامعه شناسی احساس امنیت، تهران: انتشارات امیر کبیر.
- پورافکاری، نصرالله (۱۳۹۱). «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در شهرستان پاوه»، فصلنامه تخصصی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی شوشتر، شماره ۱۸: ۴۱-۶۰.
- پورمؤذن، علی محمد (۱۳۸۹). «بررسی نقش اجتماعی پلیس و احساس امنیت خانواده ها»، فصلنامه نظم و امنیت انتظامی، شماره ۳: ۱۲۵-۱۰۱.
- تاجبخش، کیان (۱۳۸۴). سرمایه اجتماعی، اعتماد و دموکراسی، تهران: نشر شیرازه.
- تباردزی، هادی عبدالله (۱۳۸۶). «بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی»، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ترابی، یوسف و گودرزی، آیت (۱۳۸۳). «ارزش ها و امنیت اجتماعی»، فصلنامه دانش انتظامی، شماره ۲: ۱۳-۴۵.
- حاتمی، پریسا (۱۳۸۹). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه های اجتماعی، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی گروه مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.
- حکیمی نیا، بهزاد (۱۳۹۰). بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر کیفیت زندگی با تأکید بر هوش اجتماعی و سلامت اجتماعی، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهاقان، استاد راهنما دکتر نصرالله پورافکاری.
- خلعتبری، جواد؛ شیرودی، شهره قربان؛ رهبر طارمسری، خدیجه و کیخای فرزانه، محمد مجتبی (۱۳۸۹). «مقایسه اثربخشی آموزش مهارت های اجتماعی بر ابراز وجود و سلامت روان دانش آموزان کم توان ذهنی»، فصلنامه روانشناسی تربیتی، شماره ۴: ۷۱-۸۶.

- خلیلی، رضا (۱۳۸۱). «مهاجرت نخبگان، پدیده‌های اجتماعی با موضوع امنیت ملی»، فصلنامه مطالعات راهبردی، شماره ۲: ۱۰۹-۱۴۰.
- خیرالله پور، اکبر (۱۳۸۳). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی (مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی)، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده ادبیات و علوم انسانی گروه جامعه‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی، استاد راهنما دکتر محمدصادق مهدوی.
- ساروخانی، باقر و هاشم‌نژاد، فاطمه (۱۳۹۰). «بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی (مؤلفه‌های آن) و احساس امنیت اجتماعی در بین جوانان شهرسازی»، فصلنامه جامعه‌شناسی مطالعات جوانان، شماره ۲: ۹۴-۸۱.
- سام آرام، عزت‌الله (۱۳۸۸). «بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور»، انتظام اجتماعی، شماره ۱: ۲۹-۱۰.
- سجادی، حمیرا و صدرالسادات، جلال (۱۳۸۴). «شاخص‌های سلامت اجتماعی»، اطلاعات سیاسی-اقتصادی، شماره ۲۰۷-۲۰۸: ۲۵۳-۲۴۴.
- سلیمی، علی و داوری، محمد (۱۳۸۰). بررسی‌هایی در آسیب‌شناسی اجتماعی ایران، تهران: انتشارات آوای نور.
- شربتیان، محمدحسن (۱۳۹۱). «تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام‌نور مشهد»، جامعه‌شناسی مطالعات جوانان، شماره پنجم: ۱۷۴-۱۴۹.
- شیانی، ملیحه و محمدی، محمدعلی (۱۳۸۶). «تحلیل جامعه‌شناختی احساس آنومی اقتصادی در میان جوانان»، رفاه اجتماعی، شماره ۲۵: ۳۷-۱۱.
- شولتز، دوان و آلن، سیدنی (۱۳۷۵). نظریه‌های شخصیت (ترجمه یحیی محمدی)، تهران: نشر ویرایش.
- صدیق سروسستانی، رحمت‌الله (۱۳۸۵). امنیت اجتماعی، شهرنشینی و بوم‌شناسی هراس، مجموعه مقالات همایش بررسی نقش روان‌شناسی و مشاوره و مددکاری اجتماعی در تأمین و توسعه امنیت روانی-اجتماعی، جلد اول، تهران: معاونت اجتماعی نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران.
- صالحی، رضا (۱۳۸۵). «امنیت اجتماعی-ویژگی و پیامدها»، فصلنامه امنیت عمومی، شماره ۱: ۱۳۳-۱۲۰.
- فقهی فرهمند، ناصر و زنجانی، سعید (۱۳۹۰). «بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی با امنیت خانواده»، مجله مطالعات جامعه‌شناختی، شماره ۱۰: ۹۹-۱۱۲.

- فرخجسته، هوشنگ (۱۳۸۹). بررسی تاریخی ایستارها و ذهنیت‌ها در ایران و ارتباط آن با امنیت عمومی، تهران: انتشارات وزارت کشور.
- کلاهیچیان، محمود (۱۳۸۱). «راهکارهای تحقق امنیت اجتماعی»، مجموعه مقالات همایش امنیت اجتماعی، شماره یک، جلد اول: ۱۶۸-۱۳۳.
- کلدی، علیرضا و رحمانی، علی (۱۳۸۵)، «عوامل موثر بر نابهنجاری جوانان»، رفاه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۷: ۱۹۲-۲۱۲.
- کجباف، محمدباقر (۱۳۸۱). روان‌شناسی رفتار ترس، تهران: انتشارات آوای نور.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۷۸). تجدد و تشخص (ترجمه ناصر موفقیان)، چاپ چهارم، تهران: نشر نی.
- ماندل، رابرت (۱۳۷۹). چهره متغیر امنیت ملی، ترجمه پژوهشکده مطالعات راهبردی، تهران: انتشارات پژوهشکده مطالعات راهبردی.
- محبوبی‌منش، حسین (۱۳۸۵). «تأملی کوتاه درباره آسیب‌های اجتماعی به‌عنوان مسئله امنیت عمومی»، دانش انتظامی، شماره ۸: ۳۱-۹.
- مؤمن آبادی، ویکتوریا؛ محسنی، محبت؛ خانجانی، نرگس و علیزاده، سمیه (۱۳۹۳). رابطه امنیت اجتماعی و سلامت عمومی در دانشجویان دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کرمان، مجله بهداشت و توسعه، شماره ۳: ۲۴۵-۲۵۵.
- مهرمند، احد؛ اشرفی سلطان احمدی، حسین و عزیزی نژاد، بهاره (۱۳۹۰) سلامت روان و نقش آن در بروز رفتارهای پرخطر نوجوانان با تاکید بر امنیت اجتماعی در شهرستان ارومیه، انتظام اجتماعی، ۳(۲): ۸۷-۱۰۳.
- یاری، حامد و هزارجریبی، جعفر (۱۳۹۲). «بررسی رابطه احساس امنیت و اعتماد اجتماعی در میان شهروندان (مطالعه موردی ساکنان شهر کرمانشاه)»، پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی، شماره ۴: ۵۸-۳۹.

- Blanco, A. & Diaz. D. (2007), social order and mental health: a social well-being approach, psychology in spain, 71-61 : (1)11.
- Cicognani. Elvira & Pirini, Claudia & Keyes, Corey & Joshanloo, Mohsen & Rostami, Reza & Nosratabadi, Masoud, (2007), Social Participation, Sense of Community and Social Well Being: A Study on American, Italian and Iranian University Students, Springer Science Business Media B.V: 112-97.
- Farrall, S., Bannister, J., Ditton, J., & Gilchrist, E. (2000). Social Psychology and the Fear of Crime: re-examining a speculative model. British Journal of

Criminology, 413 -399 :40.

- Hunter, T. (2006). Hearing impairment. Retrieved from: http://www.kidshealth.org/kid/health_problems/slight/hearing-impairment.html.
- Keyes , C. M (1998). Social well-being. social psychology Quarterly. 2 140 – 121.
- Keyes , C.M. & Shapiro, A. (2004). Social Well – bing in U.S: A descriptive epidemiology. In Brim, Orville Gilbert; Ryff, Carol D; and Kessler, Ronald C. (Eds) How Healthy Are We? A National Study of Well-Being at Midlife. U.S. University of Chicago Press.
- Keyes, C. L. M. (2003). Complete Mental Health; an agenda for the 21st century, Washington: American Psychological Associatio.
- Larson, J. S. (1996). TheWorld Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health. Social Indicators Research, 192-181 :38.
- Leffert N, Benson PL, Scales PC, Sharma AR, Dyanne R, Blyth DD (1998). Developmental assets: measurement and prediction of risk behaviors among adolescents. Applied Developmental Science, 300-209 :(4) 2.
- Lindstrom, M (2008). Social Capital anticipated Ethnic discrimination and Self reported psychological health: A population-based Study, Social Science & Medicine, 13-1 :66.
- Malik, N., Pushpendra Rao upadhyay, A.C. Vashishtha (2015). Effect of Parenting Style, Academic Environment and Gender on Feeling of Security-Insecurity in Adolescents, The International Journal of Indian Psychology, 2: pp. 33-29 .