

امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی
(مطالعه موردی: جوانان ۲۹-۱۵ ساله شهر قاین)

غلامرضا خوش فر^۱، آرزو محمدی^۲، فاطمه محمدزاده^۳،
راضیه محمدی^۴، فاطمه اکبرزاده^۵

(تاریخ دریافت: ۹۲/۱/۱۵، تاریخ پذیرش: ۹۳/۸/۷)

چکیده

مفهوم سلامت اجتماعی، در کنار سایر ابعاد سلامتی (جسمی، روانی، معنوی) از جایگاه قابل توجهی برخوردار می‌باشد و تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار دارد، یکی از مهم‌ترین این عوامل امنیت و به‌ویژه امنیت اجتماعی است. با توجه به این مهم؛ پژوهش حاضر با هدف شناسایی رابطه امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی جوانان ۱۵ تا ۲۹ ساله شهر قاین با تکیه بر نظریه سلامت اجتماعی کیز و رویکرد مدرن به امنیت اجتماعی انجام شده است. این پژوهش به روش پیمایشی و با انتخاب تصادفی ۳۷۶ نفر به‌عنوان حجم نمونه و با تکیه بر ابزار پرسشنامه انجام شده است. یافته‌های حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که رابطه معنی‌دار و مستقیمی بین امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی جوانان شهر قاین وجود دارد. همچنین بین امنیت اجتماعی و ابعاد یکپارچگی،

۱. استادیار عضو گروه علوم اجتماعی و سیاسی دانشگاه گلستان (نویسنده مسئول)

khoshfarf@gmail.com

۲. کارشناس ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه مازندران و مدرس دانشگاه پیام نور

arezoo_mohamadi65@yahoo.com

۳. کارشناس ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه مازندران و مدرس دانشگاه پیام نور

۴. کارشناس ارشد برنامه‌ریزی درسی دانشگاه شهیدبهبشتی و مدرس دانشگاه پیام نور

۵. دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه اصفهان

پذیرش، مشارکت و شکوفایی اجتماعی رابطه معنی‌دار و مثبت برقرار است که بیشترین شدت همبستگی با بعد پذیرش اجتماعی و کمترین همبستگی با بعد یکپارچگی اجتماعی می‌باشد. در عین حال، بین امنیت اجتماعی و انسجام اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود ندارد.

واژگان کلیدی: سلامت اجتماعی، امنیت اجتماعی، جوانان، شهر قاین.

مقدمه و بیان مسأله

سلامتی از عوامل و شرایط اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و حتی سیاسی جامعه ریشه می‌گیرد و بازتابی از شرایط افراد جامعه است. در جهان امروز با توجه به پیشرفت‌های تکنولوژیکی و تأثیر مستقیم آن بر کیفیت زندگی انسان، مسئله سلامت در تمامی ابعاد آن شامل سلامت جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی و عوامل تأثیرگذار بر آن اهمیت ویژه‌ای یافته است، به گونه‌ای که هدف مشترک توسعه یک جامعه در تمامی سطوح محلی، ملی و بین‌المللی، بهبود کیفیت زندگی و از جمله سلامتی انسان است.

امروزه یکی از محورهای اساسی و مهم ارزیابی سلامتی جوامع مختلف که نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفاء می‌کند و تابعی از عوامل مختلف اجتماعی، فرهنگی و ... برخوردار است. جامعه از سلامت اجتماعی است. به‌زعم Goldsmith^۱ سلامت اجتماعی^۲ «ارزیابی رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران» می‌باشد و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر کشوری معرفی می‌کند، که منجر به کارا بودن فرد در جامعه می‌گردد (لارسون^۳، ۱۹۹۶: ۲۸۵).

عوامل اجتماعی بسیاری امروزه بر میزان سلامت اجتماعی افراد جامعه مؤثر می‌باشند که از مهمترین عوامل تأثیرگذار برقراری امنیت اجتماعی در جامعه است. امنیت در جامعه یکی از اساسی‌ترین نیازهای فرد و جامعه است، به طوری که فقدان آن پیامدهای ناگواری برای سلامتی آنان در پی دارد. مازلو در طبقه‌بندی هرم نیازهای اساسی انسان، نیاز به ایمنی را در رتبه دوم نیازهای ضروری قرار داده است (شیخی، ۱۳۹۰: ۳۹). دانشمندان بسیاری امنیت را

1. Goldsmith
2. Social Health
3. Larson

به مثابه یکی از نیازهای اساسی انسان در نظر می‌گیرند (اوسلر^۱، ۲۰۰۲؛ الدریدج^۲، ۲۰۰۵، و کارینگ^۳، ۱۹۸۷ به نقل از نیازی، ۱۳۹۰: ۱۳۲؛ گلزاری، ۱۳۸۵: ۸۵). انسان برای زندگی در جامعه و دستیابی به مراتب بالای رشد و توسعه، نیازمند برخورداری از امنیت و آرامش در جامعه است به طوری که انسان‌هایی که از لحاظ فردی و اجتماعی احساس امنیت می‌کنند با آرامش خاطر اهداف خود را دنبال کرده و امکان موفقیت آن‌ها افزایش می‌یابد (چلبی، ۱۳۸۳: ۲۰). اما با رشد و نمو جرایم و انحرافات اجتماعی، زمینه‌های ناامنی و شکل‌گیری کجروی در سطح جامعه بیشترین دلهره را ایجاد می‌کند، که تهدیدی بر سلامتی جامعه به‌ویژه سلامت اجتماعی می‌باشد (شرافتی پور، ۱۳۸۵: ۱۱۹). امنیت اجتماعی^۴ به معنی حفظ سیستم اجتماعی است به گونه‌ای که اجتماع، خانواده و فرد در مقابل تهدیدها و ناهنجاری‌های اقتصادی - اجتماعی یا شخصی ایمن بوده و از سلامت زندگی خود اطمینان داشته باشد. چنانچه در جامعه امنیت اجتماعی برقرار گردد، امید و اطمینان خاطر افراد به آینده افزایش می‌یابد و میل به رشد و تکامل و حصول به یک زندگی سالم در دل آن‌ها بارور می‌شود (رسولی، ۱۳۹۰: ۱۶۷).

فقدان سلامت اجتماعی، حاصل عدم جذب افراد در چارچوب‌های اجتماعی و در نتیجه عدم جامعه‌پذیری صحیح آن‌هاست. بنابراین سلامت اجتماعی عامل مهمی در کنترل آسیب‌ها و مسائل اجتماعی و حفظ نظم اجتماعی و در نهایت تأمین امنیت اجتماعی است (سام آرا، ۱۳۸۸: ۱۰). از سوی دیگر ناامنی اجتماعی نیز تأثیر مطلوبی بر سلامت اجتماعی جامعه دارد. ناامنی می‌تواند فراتر از زندگی قربانیان آن، بر آن‌هایی که تجربه غیرمستقیمی از جرم داشته‌اند نیز تأثیر گذارد. ناامنی می‌تواند فضایی از بی‌نظمی را ایجاد کند که در آن، شهروندان قادر به اعمال کنترل غیررسمی بر اجتماع خود نیستند و بنابراین ترس منجر به افت روحیه در جامعه می‌شود (صدیق سروستانی، ۱۳۸۵: ۲۰).

ترس و 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. بنابراین می‌توان گفت که رابطه دوسویه‌ای بین سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی در جامعه وجود دارد.

1. Osler
2. Eldrige
3. Carinng
4. Social Security

جوانان به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین سرمایه‌های انسانی هر جامعه‌ای محسوب می‌شوند. سلامتی این قشر ارتباط تنگاتنگی با برقراری سلامت به‌خصوص سلامت اجتماعی در جامعه دارد، به‌گونه‌ای که جوانان سالم محور توسعه جامعه می‌باشند و تأثیر تعیین‌کننده‌ای در توسعه و پیشرفت آینده جامعه دارند. عنصر مهم و اساسی در این فرآیند برقراری امنیت اجتماعی در بین تمامی نهادها، سازمان‌ها و گروه‌های است. در رسیدن به این امر خانواده در بین تمامی نهادها، سازمان‌ها و گروه‌های اجتماعی نقش و اهمیتی بسزا دارد. چنان‌که هیچ جامعه‌ای نمی‌تواند ادعای سلامت کند اگر از خانواده‌ای سالم برخوردار نباشد و هیچ جامعه‌ای نمی‌تواند ادعای امنیت کند، اگر خانواده از امنیت بهره‌مند نباشد (ساروخانی، ۱۳۷۵: ۱۱). از طرفی بر خورداری جوانان از سلامت اجتماعی آن‌ها را در برابر مشکلات اجتماعی مصون می‌سازد و به‌راحتی می‌توانند با شرایط متغیر زندگی امروز انطباق یابند، هم‌چنین افزایش سلامت اجتماعی جوانان در جامعه باعث کاهش آسیب‌های اجتماعی می‌شود که در نهایت منجر به عمل‌کرد بهتر فرد در جامعه می‌شود. بنابراین، هدف اصلی از انجام پژوهش، شناسایی رابطه بین امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی در بین جوانان ۱۵-۲۹ ساله شهر قاین می‌باشد. در راستای رسیدن به هدف مذکور شناسایی رابطه متغیرها جمعیت‌شناختی با سطح سلامت اجتماعی جوانان و شناسایی رابطه امنیت اجتماعی با ابعاد سلامت اجتماعی به عنوان اهداف فرعی پژوهش مورد نظر است.

پیشینه‌ی تحقیق

پژوهش فدایی (۱۳۸۶) نشان می‌دهد که چگونه بی‌توجهی مدرنیسم به زندگی شهری در غرب، موجب بروز مشکلات بسیاری در زمینه سلامت اجتماعی شده است. نتایج پژوهش عبدالله‌تبار و همکاران (۱۳۸۶) نشان داد میانگین سلامت اجتماعی در دانشجویان مقطع کارشناسی‌ارشد بالاتر از دانشجویان کارشناسی و میانگین نمرات سلامت اجتماعی پسران بیشتر از دختران بوده است. کنگرلو (۱۳۸۷)، در تحقیقی به این نتیجه رسید که بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. هم‌چنین بین جنسیت و وضعیت‌تأهل رابطه معنی‌داری وجود ندارد. در پژوهشی خادمی (۱۳۸۷) به این نتیجه رسید که جنسیت، فردگرایی و مخاطرات جهانی به‌عنوان متغیرهای آسیب‌پذیری؛ تصور از میزان جرم به‌عنوان متغیر فضای اجتماعی و تجربه غیرمستقیم به‌عنوان متغیر تجربه جرم بر احساس امنیت تأثیر داشته‌اند. طی تحقیقی نوروزی و فولادی (۱۳۸۸) به این نتیجه رسیده‌اند که متغیرهای احساس امنیت محل سکونت، پایگاه اقتصادی و اجتماعی و احساس

نظم اجتماعی تأثیر مثبت و مستقیم؛ و متغیرهای پایبندی مذهبی تأثیر منفی و معکوسی بر احساس امنیت اجتماعی زنان دارند. بنابر نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره متغیرهای احساس امنیت محل سکونت، پایگاه اقتصادی - اجتماعی و احساس نظم اجتماعی و پایبندی مذهبی در تبیین احساس امنیت اجتماعی زنان به اندازه ۳۶ درصد سهم داشتند. سام آرام (۱۳۸۸)، در تحقیقی نشان داد که رابطه مستقیمی بین افزایش ناامنی اجتماعی و کاهش میزان سلامت اجتماعی در جامعه وجود دارد. همچنین شاخص مشارکت اجتماعی که از مهمترین عوامل تحقق هدف پلیس جامعه محور یعنی توانمندسازی اجتماع به منظور کمک به نفع و حل مشکلات افزایش جرم و بی‌نظمی در اجتماع است.

بنابر نتایج تحقیق باباپور و همکاران (۱۳۸۸) متغیرهای قومیت، تحصیلات والدین، وضعیت اجتماعی - اقتصادی و جنسیت تأثیری بر سلامت اجتماعی دانشجویان مورد مطالعه ندارند و بین دانشجویان رشته‌های مختلف در خرده مقیاس شکوفایی اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. حسینی (۱۳۸۹) در تحقیقی نشان می‌دهد که میزان سلامت اجتماعی در بین دانشجویان در سطح متوسط بوده و بین میزان مهارت‌های ارتباطی، میزان باورهای مذهبی، میزان پایگاه اقتصادی - اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد. اما بین نحوه گذران اوقات فراغت و میزان سلامت اجتماعی رابطه‌ای مشاهده نشد. بنابر پژوهش تقی‌پور (۱۳۸۹) هر چه زنان سرپرست خانوار از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بوده‌اند، متناسب با آن از سلامت اجتماعی بالاتری نیز برخوردار بوده‌اند و بالعکس. حمیدی (۱۳۸۹) در تحقیقی نشان داد که بین سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور و آزاد رابطه وجود دارد و اختلاف ناچیزی بین میزان کل سلامت اجتماعی دانشجویان در دو دانشگاه وجود دارد. نتایج پژوهش حاتمی (۱۳۸۹) نشان می‌دهد که بین شبکه‌های اجتماعی، منابع حمایت اجتماعی شبکه‌ها، ارتباط شبکه‌ای و پایگاه اقتصادی - اجتماعی دانشجویان با میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین بنابر نتایج تحلیل رگرسیون متغیرهای وارد شده ۲۷ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین کرده‌اند. نیک‌ورز (۱۳۸۹) طی پژوهشی به این نتیجه رسید که تمامی ابعاد سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه معنی‌داری دارند و از بین متغیرهای زمینه‌ای وضعیت تأهل، جنسیت و نوع دانشکده با سلامت اجتماعی رابطه داشتند. همچنین بنابر نتایج تحلیل رگرسیون ۵۹ درصد از تغییرات واریانس سلامت اجتماعی به وسیله‌ی دو متغیر اعتماد و مشارکت اجتماعی تبیین می‌شود. نتایج پژوهش امینی رارانی و همکاران (۱۳۹۰) نشان می‌دهد که بین سرمایه اجتماعی و متغیرهای فقر، رشد طبیعی جمعیت، خشونت، میزان

باسوادی، میزان بیکاری و پوشش بیمه به‌عنوان بیانگرهای سلامت اجتماعی رابطه‌ی آماری معنی‌داری وجود دارد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و محاسبه‌ی نمره سلامت اجتماعی کل نشان داد که رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی کل در ایران تاییده شده و تغییرات سلامت اجتماعی با تغییرات سرمایه اجتماعی قابل توضیح است.

بنابر نتایج تحقیق تقی‌پور (۱۳۹۰) بین میزان سلامت اجتماعی و تحصیلات و درآمد رابطه معنی‌داری وجود دارد اما بین سن و وضع تأهل با سلامت اجتماعی رابطه معنی‌دار برقرار نمی‌باشد. براساس یافته‌های تحقیق رسولی و صالحی (۱۳۹۰)، بیکاری، افزایش سن ازدواج در بین جوانان، مهاجرت و شهرنشینی، حجاب اسلامی، اعتماد عمومی، مشارکت اجتماعی و نظم و امنیت اجتماعی به‌عنوان عوامل مؤثر در امنیت اجتماعی جوانان محسوب می‌شوند. بنابر نتایج پژوهش لطیفی و موحدی (۱۳۹۰) بین سلامت اجتماعی و میزان کیفیت زندگی کارکنان رابطه مثبتی وجود دارد، هم‌چنین از بین ۵ زیر مقیاس سلامت اجتماعی فقط انسجام اجتماعی و شکوفایی اجتماعی با کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری دارند. زکی و خشوعی (۱۳۹۲) در طی پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین متغیرهای چهارگانه (اعتماد، تعهد، مسئولیت و بیگانگی اجتماعی) با سلامت اجتماعی رابطه مستقیم و معنی‌دار و بین سلامت اجتماعی و بیگانگی اجتماعی نیز رابطه معنی‌دار و معکوسی وجود داشت و متغیرهای بیگانگی اجتماعی، اعتماد اجتماعی، ساختار طبقات اجتماعی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی و تعهد اجتماعی بیشترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی دارند. شکرپیگی و تنهایی (۱۳۹۳) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که بین متغیرهای کیفیت زندگی و دینداری با سلامت اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد و میزان سلامت اجتماعی در میان دانشجویان متوسط و رو به پایین است.

در تحقیقاتی که خارج از کشور در این زمینه صورت گرفته، کیز (۱۹۹۸) به بررسی رابطه‌ی بین سلامت اجتماعی، از خودبیگانگی و ناهنجاری‌های اجتماعی در آمریکا به این نتایج رسیده که بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع‌پسند و مسئولیت‌پذیری زندگی اجتماعی رابطه‌های مثبت زیادی مشاهده است. هم‌چنین سطوح سلامت اجتماعی به‌خصوص انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی در افرادی که با اطرافیان خود برای حل مسائل، مشکلات همکاری و همفکری می‌کردند در مقایسه با افرادی که با اطرافیان خود ارتباطی نداشتند میزان بالاتری داشت. لاروج (۱۹۹۸) مطالعه‌ای توصیفی را در رابطه با سلامت اجتماعی دانشجویان انجام داد، هدف مطالعه را تعیین ارتباط بین وضعیت سلامت اجتماعی، جنسیت، متوسط نمره تحصیلی و تعیین‌کننده‌های اصلی مرتبط و غیرمرتبط در سلامت با

سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت آن‌ها بود. زنان دانشجو به نحو معنی‌داری در ابعاد تغذیه، روابط بین فردی، مسئولیت‌پذیری در مقابل سلامت و سبک زندگی ارتقاء دهنده‌ی سلامت رفتار بهتری از مردان داشتند (به نقل از تباردرزی، ۱۳۸۵: ۳۹). بلانسو و دیاز (۲۰۰۷) به بررسی ارتباط بین ابعاد سلامت اجتماعی به‌عنوان شاخص نظم اجتماعی با جنبه‌های دیگری از سلامت مثل میزان افسردگی، عزت نفس، سلامت درک شده، محرومیت، میزان آنومی و کنش‌های متقابل اجتماعی، احساسات مثبت و منفی و رضایت پرداخته‌اند، آن‌ها به این نتیجه رسیدند که بین تجربیات خوب و امیدوار کننده افراد در زندگی با عزت نفس، رضایت از زندگی، سلامت اجتماعی رابطه مثبت وجود دارد، اما افرادی که ادراک و تجربه اجتماعی منفی نسبت به آینده دارند دچار افسردگی، بی‌هنجاری، احساس درماندگی می‌شوند. کیوگنانی^۲ و همکارانش (۲۰۰۷) در پژوهشی به ارزیابی ارتباط بین مشارکت اجتماعی، ادراک از اجتماع در میان دانشجویان ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی و تأثیر این دو متغیر بر سلامت به این نتایج رسیدند که دانشجویان آمریکایی از میزان بالایی از مشارکت اجتماعی، ادراک از اجتماع و سلامت اجتماعی برخوردارند. در بین هر سه گروه بین مشارکت اجتماعی و ادراک از اجتماع رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد اگر چه فقط در بین دانشجویان ایتالیایی مشارکت اجتماعی به‌طور مثبت سلامت اجتماعی را پیش بینی می‌کند.

بررسی تحقیقات انجام شده در ارتباط با سلامت اجتماعی در بازه زمانی ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۲ نشان می‌دهد، به دلیل جدید بودن مفهوم سلامت اجتماعی، پژوهش‌هایی با این مضمون بسیار اندک می‌باشد؛ همچنین در ارتباط با امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی به‌جز یک مقاله کیفی تحقیق دیگری در داخل و خارج از کشور انجام نگرفته است، که این از محدودیت‌های عمده‌ی تحقیق حاضر به‌شمار می‌آید؛ به‌علاوه فقدان پژوهشی کامل و جامع که در آن تمامی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی جوانان را از ابعاد اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی بررسی نماید مشهود می‌باشد.

روش مورد استفاده در اکثر پژوهش‌ها، استفاده از روش پیمایشی و تکنیک پرسشنامه بوده است؛ جامعه آماری بیشتر تحقیقاتی به بررسی سلامت اجتماعی پرداخته‌اند دانشجویان دانشگاه‌های مختلف بوده و سلامت اجتماعی در سطح خانواده، سطح شهرها، سطح استان-های مختلف کشور و در میان اقوام مختلف سنجیده نشده است؛ همچنین سلامت اجتماعی

1. Blanco & Diaz

2. Cicognani

در میان گروه‌های مختلفی چون نوجوانان، جوانان، بزرگسالان، زنان و ... تاکنون مورد بررسی قرار نگرفته است. برخی از تحقیقات از میان عوامل اجتماعی تبیین کننده سلامت اجتماعی بیشتر به سرمایه اجتماعی و پایگاه اقتصادی - اجتماعی اشاره کردند و عوامل دیگری همچون امنیت اجتماعی، سبک زندگی و ... را نادیده گرفته‌اند.

چهارچوب نظری پژوهش

سلامت اجتماعی

تعریف سلامت در هر جامعه‌ای تا اندازه‌ای به احساس مشترک شهروندان آن جامعه و معنایی ضمنی که فرهنگ آن جامعه از سلامت دارد بر می‌گردد، و دیرینه‌ترین تعریف برای آن «سلامتی یعنی بیمار نبودن» (سام‌آرا، ۱۳۸۸: ۱۴؛ حاتمی، ۱۳۸۹). عموماً دو رویکرد در تعریف سلامت بیان می‌شود: بیماری محور و سلامت محور

الف) رویکرد بیماری محور: این رویکرد با حضور و عدم حضور بیماری در مقوله‌های مختلف جسمانی و روانی محدود شده است (بلانسو، ۲۰۰۷: ۶۱). از این منظر سلامتی حالتی است که علایم بیماری در فرد وجود نداشته باشد. در این دیدگاه نقش عوامل تعیین کننده زیست محیطی، اجتماعی و روانشناختی نادیده گرفته می‌شود. همچنین این الگو در حل بسیاری از مسایل اساسی بهداشتی انسان از جمله اعتیاد، بیماری‌های روانی و ... نارسا بوده است (سجادی، ۱۳۸۳: ۲۴۷). در این رویکرد، سلامت اجتماعی را عدم حضور عوامل ضد اجتماعی مانند از خودبیگانگی و بی‌هنجاری در فرد دانسته‌اند.

ب) رویکرد سلامت محور: در این رویکرد سلامتی را به‌عنوان حالت برخوردار از درجه بالایی از بهزیستی تعریف می‌کنند. طبق نظریه سلامتی، فردی سالم فرض می‌شود که درجات عالی شاخص‌های سلامت را دارا باشد (بلانسو، ۲۰۰۷: ۶۱).
با توجه به دو رویکرد بالا دو نوع الگو برای سلامت مطرح می‌باشد:

۱. الگوی زیست‌شناختی: در این الگو نقش عوامل تعیین کننده زیست محیطی، اجتماعی، روانشناختی را دست کم گرفته است و در حل بسیاری از مسائل اساسی بهداشتی مانند اعتیاد، بیماری‌های روانی و ... نارسا بوده است. مطالعات مربوط به سلامت با استفاده از الگوهای زیستی بیشتر به وجه خاصی از سلامت تأکید دارند ولی افراد در درون ساختارهای اجتماعی و ارتباط قرار دارند و با چالش‌ها و تکالیف اجتماعی بی‌شماری روبه رو هستند (سام‌آرا، ۱۳۸۸: ۱۵).

۲. الگوی کلیت سلامت: در این الگو همه عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، زیست محیطی و..... را شناسایی می‌کند. در این دیدگاه عوامل متعددی در تعیین سلامتی فرد دخالت دارد و سلامتی حالتی فراتر از تعادل کامل اعمال بدن به‌شمار می‌رود. بهترین تعریف منطبق با الگوی کلیت و با به‌کارگیری رویکرد سلامتی محور، تعریفی است که سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۸ در ژنو از سلامت ارائه داده است: سلامت عبارت از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و نه فقط بیمار یا 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» (همان: ۱۵).

سلامت دارای شش بعد مختلف می‌باشد: سلامت جسمی، روانی، عاطفی، معنوی، جنسی و اجتماعی (سجادی، ۱۳۸۳: ۲۴۷) که بعد اجتماعی سلامت، در برگیرنده سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به‌عنوان عضوی از جامعه بزرگتر است و به‌چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه‌پذیری وی اشاره دارد (حاتمی، ۱۳۸۹).

از نظر تجربی مفهوم سلامت اجتماعی ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی قرار دارد. به‌عقیده‌ی دورکیم از جمله مزایای بالقوه زندگی عمومی، یکپارچگی و همبستگی اجتماعی است یعنی یک احساس تعلق و وابستگی، درک آگاهی مشترک و داشتن سرنوشت جمعی. این مزایای زندگی اجتماعی یک اساس و بنیان برای تعریف جهانی و کلی از سلامت اجتماعی است (کمییز^۱، ۱۹۹۸: ۱۲۲). مارکس در تئوری از خودبیگانگی^۲ (آرون، ۱۳۸۱: ۱۹۸)، مرتون در بحث آنومی^۳ (رفیع‌پور، ۱۳۷۸: ۲۳-۲۲)، هیرشی در تئوری پیوند اجتماعی^۴ و تأثیرش بر آنومی (علیوردی‌نیا، ۱۳۸۷: ۱۱۷) براساس رویکرد بیماری محور، سلامت اجتماعی را عدم حضور عوامل ضد اجتماعی مانند از خودبیگانگی و بی‌هنجاری در فرد دانسته‌اند.

1. keyse
2. Alienation
3. Anomie
4. Social bonding

بلوک و برسلو^۱ در سال ۱۹۷۲ برای اولین بار مفهوم سلامت اجتماعی را مترادف با درجه عملکرد اعضا در جامعه دانسته‌اند (حاتمی، ۱۳۸۹). لایکوک^۲، سلامت اجتماعی را به صورت شرایط و رفاه افراد در شبکه روابط اجتماعی شامل خانواده، اجتماع و ملت تعریف می‌کند. برکنم نیز معتقد است که تأثیر شبکه اجتماعی بر سلامت فرد عبارت است از پرورش روحیه مشارکت و درگیری اجتماعی فرد در فرایندهای 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 واسطه‌ی عضویت در شبکه‌های اجتماعی برای فرد فراهم می‌شود تا در رویدادهای اجتماعی مشارکت کند، نقش‌های اجتماعی معنی‌داری از قبیل نقش‌های اجتماعی شغلی، خانوادگی و والدینی را تعریف می‌شود و از این طریق سلامت اجتماعی فرد ارتقاء می‌یابد (خیراله‌پور، ۱۳۸۳: ۴۳). از نظر لارسون سلامت اجتماعی ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی است و در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد نسبت به محرک‌ها و احساسات، تفکرات و رفتارهایی که نشانگر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است (لارسون، ۱۹۹۶، ۲۸۵). در نظر کییز سلامت اجتماعی «ارزش‌گذاری شرایط یک فرد و کارایی او در جامعه» است که انعکاسی از «سلامت اجتماعی مثبت» می‌باشد (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۲).

در این مقاله از نظریه‌ی سلامت اجتماعی کییز و شاخص‌های پنج‌گانه‌ی انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی او که با توجه به رویکرد سلامت محور می‌باشد به‌عنوان الگوی تعریف و ارائه شاخص‌های مفهوم سلامت اجتماعی استفاده شده است.

کار کییز از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشات می‌گیرد. طبق نظر کییز حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت و خصوصاً سلامت ذهن پاسخ به این سؤال است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد (کییز، ۲۰۰۴: ۱۲۲). از نظر وی سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع نشان می‌دهند چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی‌اش مثلاً به‌عنوان همسایه، همکار و شهروند عملکرد خوبی دارد (همان: ۵). کییز معتقد است بهزیستی یک

1. Block&Breslow

2. Laycock

اساس و بنیان اجتماعی دارد و بدین ترتیب سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می‌کند، و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و چالش‌های اجتماعی را در برمی‌گیرد. همچنین وی معتقد است که بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع‌پسند و مسئولیت‌پذیری در جامعه و جایگاه اجتماعی رابطه مثبتی وجود دارد (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۲). به عبارتی او 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 برمی‌گیرد. او مفهوم سلامت اجتماعی را به معنی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع بیان می‌کند (حاتمی، ۱۳۸۹).

فرد سالم از نظر اجتماعی، اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس می‌کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است. سلامت اجتماعی در این مفهوم بازتاب درک افراد از تجربیاتشان در محیط اجتماعی می‌باشد که به صورت یک مجموعه معنی‌دار، قابل فهم، دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی همراه با این احساس که متعلق به جامعه است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند.

کییز پنج ملاک را برای سلامت اجتماعی برمی‌شمارد که شامل:

انسجام اجتماعی^۱: به معنی ارزیابی فرد از کیفیت روابط متقابلش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است، افراد سالم احساس می‌کنند که بخشی از جامعه هستند. در نظر کییز انسجام اجتماعی عبارت است از درک این موضوع که جامعه را می‌توان درک کرد و عقلانی و قابل پیش‌بینی می‌باشد (کییز، ۱۹۸۸: ۱۲۳).

ایفای سهم اجتماعی^۲ یا مشارکت اجتماعی: به معنی ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. کسانی که سطح مطلوبی از این بعد را دارا هستند، اعتقاد دارند که عضو مهمی در اجتماع هستند و چیزهای ارزشمندی برای ارائه به دیگران دارند. ایفای سهم اجتماعی نشان دهنده آن است که چگونه و تا چه حد مردم احساس می‌کنند که آن‌چه آن‌ها در جهان انجام می‌دهند برای جامعه مهم و ارزشمند است و به‌عنوان کمک اجتماعی تلقی می‌شود (کییز، ۲۰۰۴: ۵).

1. Social Integration
2. Social Contribution

پذیرش اجتماعی^۱: بیانگر درک فرد از خصوصیات و صفات افراد جامعه به‌عنوان یک کلیت است (کیبیز، ۱۹۹۸). پذیرش اجتماعی تفسیر فرد از جامعه و ویژگی‌های دیگران است. افرادی که دارای این بعد از سلامت اجتماعی هستند، اجتماع را به‌صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و دیگران را با همه نقض‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی‌ای که دارند، می‌پذیرد و به دیگران به‌عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند (همان: ۷).

شکوفایی اجتماعی^۲: عبارت است از ارزیابی پتانسیل‌ها و مسیر تکامل جامعه و باور به این‌که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد. این افراد به آینده جامعه امیدوارند و معتقدند که خود و دیگران از پتانسیل‌هایی برای رشد اجتماعی بهره‌مند هستند و جهان می‌تواند برای آن‌ها و دیگران بهتر شود (همان: ۷).

وابستگی اجتماعی^۳: ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است (کیبیز، ۱۹۹۸: ۱۲۳). افرادی که از نظر اجتماعی سالم‌اند نه تنها درباره ماهیت جهانی که در آن زندگی می‌کنند، بلکه هم‌چنین راجع به آن‌چه اطرافشان رخ می‌دهد، علاقمند بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند. این مفهوم در مقابل بی‌معنایی در زندگی است و در حقیقت درکی که فرد نسبت به کیفیت، سازمان‌دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد (کیبیز، ۲۰۰۴: ۷).

امنیت اجتماعی

مفهوم امنیت به مصونیت از تعرض و تصرف اجباری بودن و رضایت و در مورد افراد به نبود هراس و بیم نسبت به حقوق و آزادی‌های مشروع و به مخاطره نیفتادن این حقوق و آزادی‌ها است (صدیق سروستانی، ۱۳۷۵: ۱۱۵). امنیت در اصل پدیده‌ای ادراکی و احساسی است یعنی برای تحقق آن باید این اطمینان در ذهن توده‌ی مردم، دولتمردان و زمامداران و تصمیم‌گیرندگان به‌وجود آید که ایمن لازم برای ادامه‌ی زندگی بدون دغدغه وجود دارد (خوش-فر، ۱۳۸۶: ۹۶). از دیدگاه جامعه‌شناختی احساس امنیت در واقع یک تولید اجتماعی است یعنی همه نهادهای اجتماعی در کل‌گیری آن نقش ایفا می‌کنند. با این دید طبیعتاً همه ارکان جامعه از مردم - حاکمیت - پلیس و در تولید و ارتقای سطح آن نقش کلیدی دارند (هزارجریبی، ۱۳۹۰: ۱۲۹).

1. Social Acceptance
2. Social Actualization
3. Social Coherence

امنیت اجتماعی یکی از شاخص‌های اساسی رفاه اجتماعی است که می‌توان آن را در یک شبکه علت و معلولی مورد بررسی و ارزیابی قرار داد. بدین لحاظ امنیت اجتماعی، به توانایی جامعه برای حفظ ویژگی‌های اساسی خود در برابر شرایط متحول و تهدیدات واقعی یا احتمالی مربوط است (نویدنی‌ا، ۱۳۸۴: ۶). اصطلاح امنیت اجتماعی را نخستین بار باری بوزان به کار برد. او امنیت اجتماعی را قابلیت حفظ الگوهای زبانی، فرهنگ، مذهب، هویت و عرف ملی مربوط دانسته است (بوزان^۱، ۱۳۷۸: ۳۴؛ به نقل از نویدنی‌ا، ۱۳۸۵: ۱۳۷). امنیت اجتماعی از نظر او به حفظ الگوها و ویژگی‌هایی ارجاع دارد که بر مبنای آن افراد خودشان را به عنوان عضو یک گروه اجتماعی قلمداد می‌کنند. به بیان دیگر امنیت اجتماعی معطوف به جنبه‌هایی از زندگی فرد می‌گردد که هویت گروهی او را سامان می‌بخشد (نویدنی‌ا، ۱۳۸۲: ۶۱). به عقیده‌ی گیدنز امنیت اجتماعی شامل تمهیداتی جهت حفظ زندگی اعضای یک جامعه و سپس حفظ راه و روش زندگی آنان است (گیدنز، ۱۳۸۳: ۶۷۲). لات^۲ امنیت اجتماعی را حفظ جان، مال، ناموس و آبروی مردم و تأمین آرامش روحی و روانی آن‌ها تلقی می‌کند (لات، ۲۰۰۴؛ به نقل از نویدنی‌ا، ۱۳۸۲: ۱۳۲). ویور^۳ نیز آن را توانایی جامعه برای حفظ ویژگی‌های اساسی‌اش تحت شرایط تغییر و تهدیدات واقعی و متحمل تعریف می‌کند (نویدنی‌ا، ۱۳۸۲: ۶۲). در مباحث پیرامون امنیت دو رهیافت عمده قابل تفکیک است: رویکرد سنتی که به ارزش‌های عینی توجه دارد و به رویکرد دولت محور و قدرت محور نیز مشهور و دیگری رویکرد مدرن که به ارزش‌های ذهنی معطوف است، به رهیافت جامعه محور و هویت محور مشهور است.

رویکرد سنتی: امنیت اجتماعی به بقای اعضای جامعه توجه دارد و آن دسته از عوامل فیزیکی و مادی که بقای جامعه را تهدید کند به عنوان تهدیدی برای امنیت تلقی می‌شود (سام-آرام، ۱۳۸۸: ۱۹). در این رویکرد قدرت و امنیت به یکدیگر گره خورده و به میزان برخورداری از قدرت می‌توان ادعا نمود که امنیت به مفهوم عدم امکان تعرض، تجاوز و خطر است. در این روند برای برقراری امنیت نیازمند کنترل‌های نظارتی و رسمی هستیم و امنیت به مدد سیستم‌های نظارتی اعمال می‌شود (نویدنی‌ا، ۱۳۸۲: ۱۰-۹). در این بعد از امنیت، امنیت اجتماعی با حفظ و بقای زندگی مطرح می‌شود. یعنی باید زندگی اعضای جامعه حفظ شود و بدین سبب نیازمند

1. Buzan
2. Lott
3. Waever

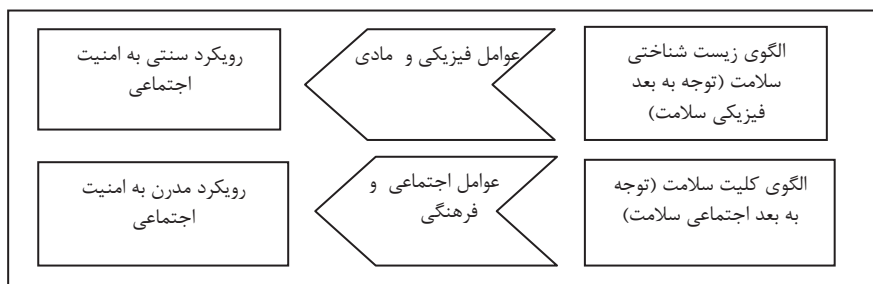
حذف یا حداقل کاهش عواملی هستیم که حفظ و بقای زندگی را تهدید می‌کند و روند استمرار حیات را مختل می‌کند. بنابراین هر آنچه که محل نظم جاری زندگی شود، می‌تواند به‌عنوان تهدیدی برای جامعه به‌شمار رود (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۹). بوزان معتقد است که امنیت به مدد سیستم‌های نظارتی قدرتمند برقرار می‌شود. بنابراین به میزان کاهش قدرت نیروی نظارتی و مشروعیت اعمال قدرت سیستم‌های نظارتی، امنیت هم کاهش می‌یابد (بوزان: ۱۳۷۸: ۲۰؛ به نقل از سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۹).

رویکرد مدرن: در این رویکرد امنیت اجتماعی به کیفیت بقای اعضای جامعه توجه دارد و برخی عوامل معنوی و فرهنگی که موجب آسیب‌پذیری شیوه‌های گوناگون زندگی می‌شود به‌منزله تهدید به‌شمار می‌رود (همان: ۱۹). این رویکرد امنیت اجتماعی را صرفاً نبود خطر و تهدید برای بقا تعریف نمی‌کند. بلکه، وجه غالب بقا در جهت اهداف استمرار یافته و روند تعادل و نظم در جهت دستیابی به اهداف برنامه‌ریزی شده جریان می‌یابد. در این رویکرد حضور صرف امنیت کافی نیست، بلکه تضمین حفظ شیوه زندگی، تأمین اجتماعی، همکاری و مشارکت می‌تواند به‌عنوان شاخص‌های امنیت اجتماعی با مؤلفه‌های نزدیک به آن مطرح گردد. در این راستا برخورداری از آموزش و امکان کسب اطلاعات، برخورداری از حقوق شهروندی، اعمال عدالت در عرصه‌های مختلف، احترام متقابل و حرمت به شیوه‌های گوناگون زندگی مورد توجه است و تعرض به چنین حوزه‌هایی به‌عنوان تهدیدات امنیت اجتماعی مطرح می‌شود (نویدنیان، ۱۳۸۲: ۱۰). امنیت اجتماعی در تعریف مدرن آن بر حفظ و نگهداری احساس تعلق یا همان احساس ما بودن نظارت دارد زیرا حراست و نگهداری از احساس ما بودن، در حفظ جامعه نقش دارد و اگر این احساس حفظ شود، افراد جامعه نسبت به مشکلات و مسائل جامعه احساس تعهد و تکلیف می‌کنند (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۲۰).

تطبیق تعاریف سنتی و مدرن از امنیت اجتماعی با تعاریف سنتی و مدرن از سلامت اجتماعی به خوبی نشان می‌دهد که تعریف مدرن از سلامت به دلیل تأکید بر عوامل اجتماعی و فرهنگی، لزوم توجه به کیفیت بقای افراد را در حفظ امنیت اجتماعی آشکار می‌کند. هم‌چنین این تعریف همخوانی زیاد با الگوی کلیت سلامت دارد که ابعاد اجتماعی و معنوی را نیز در کنار ابعاد جسمی و روانی مورد توجه قرار می‌دهد.

مدل نظری تحقیق

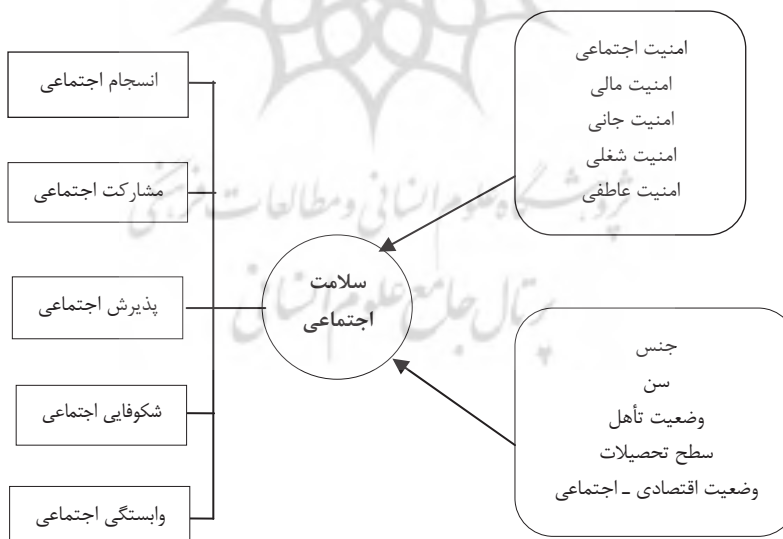
شکل ۱. رابطه الگوهای سلامت و رویکردهای امنیت اجتماعی (برگرفته شده از سام آرام، ۱۳۸۸: ۲۰)



با رویکرد مدرن نسبت به امنیت اجتماعی، هم‌خوانی دارد که در آن به عوامل اجتماعی و فرهنگی توجه و تأکید شده است. در این تحقیق نیز بر اساس رویکرد مدرن به امنیت اجتماعی توجه می‌شود و به تبع آن الگوی کلیت سلامت برای سنجش و آزمون ارتباط با یکدیگر انتخاب و مورد مطالعه قرار می‌گیرد.

مدل تحلیلی تحقیق

بر اساس چارچوب نظری فوق، مدل تحلیلی تحقیق به شکل زیر ارائه و مورد آزمون قرار می‌گیرد.



فرضیات تحقیق

۱. بین امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی جوانان رابطه وجود دارد.
۲. بین امنیت اجتماعی و ابعاد سلامت اجتماعی جوانان رابطه وجود دارد.
۳. بین میانگین سلامت اجتماعی جوانان بر حسب جنسیت آن‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد.
۴. بین میانگین سلامت اجتماعی جوانان بر حسب وضعیت تأهل آن‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد.
۵. بین میانگین سلامت اجتماعی جوانان بر حسب سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری وجود دارد.
۶. بین میانگین سلامت اجتماعی و سن جوانان رابطه وجود دارد.
۷. بین میانگین سلامت اجتماعی جوانان بر حسب طبقه اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

روش‌شناسی

جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

با توجه به ماهیت موضوع پژوهش، روش مورد استفاده در تحقیق حاضر پیمایشی است که روشی مناسب برای جمع‌آوری مجموعه وسیعی از اطلاعات از تعداد زیادی پاسخگوست (بیکر، ۱۳۸۱: ۱۹۶) و نوع پژوهش نیز کاربردی و واحد تحلیل تحقیق نیز فرد (جوان) می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه جوانان دختر و پسر واقع در سنین ۱۵ تا ۲۹ ساله شهر قاین می‌باشند که تعداد آنان مطابق آخرین سرشماری انجام شده برابر با ۱۰۱۴۵ نفر گزارش گردیده است (سالنامه آماری استان خراسان جنوبی، ۱۳۸۵). در این پژوهش با استفاده از فرمول کوکران^۱ تعداد ۳۸۰ نفر به‌عنوان حجم نمونه انتخاب شد؛ با کنارگذاشتن پرسشنامه‌های مخدوش در نهایت تعداد ۳۷۶ پرسشنامه معتبر مورد پردازش و تحلیل قرار گرفت. با توجه به این نکته که شیوه‌های نمونه‌گیری نسبت به مسائل مورد بررسی متفاوت است و برای هر مسأله در هر شرایط مکانی و زمانی خاص باید عموماً از یک شیوه نمونه‌گیری خاص استفاده نمود (رفیع‌پور، ۱۳۸۴: ۳۸۴)، در این تحقیق به‌منظور تعمیم نتایج، از روش نمونه‌گیری احتمالی (تصادفی) و همچنین به‌منظور مداخله متغیر جنسیت، از شیوه نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب با حجم استفاده شده است. ابزار مورد استفاده جهت گردآوری داده‌ها، پرسشنامه است که در سه بخش - ویژگی‌های

1. $\frac{Nt^2pq}{Nd^2+t^2pq}$

اجتماعی - جمعیت‌شناختی، امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی - مورد تنظیم قرار گرفت. برای تعیین پایایی گویه‌های متغیرهای تحقیق از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید.

جدول شماره ۱. ضریب آلفای کرونباخ برای متغیرهای اصلی تحقیق

متغیرها	تعداد گویه	ضریب آلفا
سلامت اجتماعی	۲۱	۰/۷۰۴
امنیت اجتماعی	۳۰	۰/۷۲

تعریف نظری و عملیاتی

متغیر وابسته (سلامت اجتماعی)

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت سلامت عبارت است از «حالت بهزیستی رکامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی» (باباپور، ۱۳۸۸: ۹). بلوک و برسلو برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی می‌پردازند. آن‌ها مفهوم سلامت اجتماعی را با "درجه عملکرد اعضاء جامعه" مترادف کرده و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند. این مفهوم را چند سال بعد "دونالد" و همکارانش در سال ۱۹۷۸ مطرح کردند و استدلال آن‌ها این بود که سلامت امری فراتر از گزارش علایم بیماری، میزان بیماری‌ها و قابلیت‌های کارکردی فرد است (حاتمی، ۱۳۸۹).

در تحقیق حاضر به منظور سنجش سلامت اجتماعی از پرسشنامه استاندارد کییز استفاده شده است. در نظر کییز (۱۹۸۸) سلامت اجتماعی عبارت است از ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آن‌هاست. طبق این تعریف شاخص‌های سلامت اجتماعی عبارتند از: انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و وابستگی اجتماعی. منظور از انسجام اجتماعی یعنی ارزیابی کیفیت روابط فرد در جامعه و گروه اجتماعی که به آن تعلق دارد. پذیرش اجتماعی یعنی دیدگاه مطلوب نسبت به دیگران و شکوفایی اجتماعی به ارزیابی توانمندی‌های بالقوه اجتماع به صورت کلی برمی‌گردد. مشارکت اجتماعی، باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و وابستگی اجتماعی یعنی درک اجتماع به صورت هوشمند، قابل درک و قابل پیش بینی.

جدول شماره ۲. فرایند شاخص سازی متغیر وابسته تحقیق (سلامت اجتماعی)

متغیر	ابعاد	گویه	سطح سنجش
سلامت اجتماعی	انسجام اجتماعی	من فکر می‌کنم متعلق به مجموعه‌ای به نام جامعه هستم.	ترتیبی
		من فکر می‌کنم که بخش مهمی از اجتماعم هستم.	
		من فکر می‌کنم اگر خواسته یا ایده‌ای برای گفتن داشتم جامعه مرا جدی نمی‌گرفت	
	پذیرش اجتماعی	من نسبت به سایر افراد اجتماعم احساس نزدیکی می‌کنم	ترتیبی
		من فکر می‌کنم افراد دیگر قابل اعتماد هستند.	
		به نظر من مردم خود محورند.	
	مشارکت اجتماعی	من احساس می‌کنم که مردم قابل اعتماد نیستند.	ترتیبی
		من فکر می‌کنم که مردم فقط برای خودشان زندگی می‌کنند	
		فعالیت‌های روزانه‌ی من هیچ نتیجه ارزنده‌ای برای جامعه ندارد	
	انطباق اجتماعی	من زمان و توان لازم را ندارم تا چیز مهمی به جامعه ام عرضه کنم.	ترتیبی
		من محصول ارزشمندی برای سهیم شدن در اجتماع ندارم.	
		من می‌توانم بفهمم که در دنیا چه پیش خواهد آمد.	
	شکوفایی اجتماعی	اغلب فرهنگ‌ها آنقدر عجیب و بیگانه هستند که من از آنها سر در نمی‌آورم.	ترتیبی
		به نظر من پیش بینی آنچه در اجتماع آینده اتفاق خواهد افتاد کار سختی است.	
		من نمی‌توانم بفهمم که در دنیا چه پیش خواهد آمد.	
	شکوفایی اجتماعی	من معتقدم که اجتماع مانع پیشرفت من است.	ترتیبی
من فکر نمی‌کنم که اجتماع در جهت تحقق خواسته‌های من تغییر نمی‌کند.			
من معتقدم که اجتماع در جهت تحقق خواسته‌های من تغییر نمی‌کند.			
شکوفایی اجتماعی	من معتقدم که اجتماع در جهت تحقق خواسته‌های من تغییر نمی‌کند.	ترتیبی	
	من فکر نمی‌کنم که تشکیلات اجتماعی نظیر قانون و دولت در زندگی من موثر باشند.		
	به نظر من پیشرفت اجتماعی مفهومی ندارد.		

در پژوهش حاضر سلامت اجتماعی دارای پنج بعد انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، وابستگی و مشارکت اجتماعی می‌باشد که با استفاده از ۲۱ گویه مورد بررسی قرار گرفته شده است. گویه‌های مطرح شده در زمینه سنجش هر بعد بر روی یک

طیف لیکرت (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) مطرح شدند و مقدار حداقل و حداکثر نمرات این مقیاس ۲۱ (کاملاً مخالف تمامی گویه‌ها) تا ۱۰۵ (کاملاً موافق تمامی گویه‌ها) است. با جمع‌زدن نمرات مربوط به هر گویه، شاخص کلی سلامت اجتماعی ساخته شده که سطح سنجش، فاصله‌ای و دامنه واقعی نمرات آن بین ۲۴ تا ۱۰۵ در نوسان می‌باشد.

جدول شماره ۳. توزیع درصدی متغیر مستقل تحقیق

سطح سلامت اجتماعی	پایین	متوسط	بالا
نمره پاسخگو	۲۱ تا ۴۹	۵۰ تا ۷۷	۷۸ تا ۱۰۵

متغیرهای مستقل

متغیرهای مستقل تحقیق حاضر در دو بخش متغیرهای زمینه‌ای و متغیر اصلی امنیت اجتماعی قرار گرفته است. متغیرهای زمینه‌ای به ترتیب عبارتند از جنسیت که در قالب یک سوال و در سطح سنجش اسمی دو مقوله‌ای (دختر، پسر) مورد سنجش قرار گرفت. سن و سطح تحصیلات افراد با طرح یک سوال و در سطح سنجش فاصله‌ای، هم‌چنین به‌منظور سنجش وضعیت تأهل از یک سوال باز استفاده شد و سپس به‌منظور توصیف دقیق‌تر مورد کدگذاری قرار گرفت. طبقه اجتماعی افراد در قالب یک سوال و در سطح سنجش ترتیبی مورد پرسش قرار گرفته شد.

متغیر امنیت اجتماعی به‌عنوان متغیر مستقل پژوهش در قالب ۴ بعد (امنیت جانی، مالی، شغلی و عاطفی) و با استفاده از ۳۰ گویه مورد سنجش قرار گرفت. جدول زیر به فرایند شاخص‌سازی متغیر امنیت اجتماعی می‌پردازد.

جدول شماره ۴. ساختار شاخص‌سازی متغیر مستقل اصلی تحقیق (امنیت اجتماعی)

مفهوم	ابعاد	تعداد گویه	سطح سنجش
امنیت اجتماعی	امنیت جانی	۱۱	ترتیبی
	امنیت مالی	۷	ترتیبی
	امنیت شغلی	۸	ترتیبی
	امنیت عاطفی	۴	ترتیبی

هر یک از گویه‌های مرتبط با ابعاد جانی، مالی، شغلی و عاطفی بر روی یک طیف لیکرت (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) قرار گرفته است. مقدار حداقل و حداکثر نمرات این مقیاس ۳۰ (کاملاً مخالف تمامی گویه‌ها) تا ۱۵۰ (کاملاً موافق تمامی گویه‌ها) است. با جمع‌زدن

نمرات مربوط به هر گویه، شاخص کلی امنیت اجتماعی ساخته شده که سطح سنجش، فاصله‌ای و دامنه واقعی نمرات به دست آمده بین ۲۶ تا ۱۵۰ نوسان می‌باشد.

جدول شماره ۵. توزیع درصدی متغیر مستقل تحقیق

سطح امنیت اجتماعی	پایین	متوسط	بالا
نمره پاسخگو	۳۰ تا ۷۰	۷۱ تا ۱۱۰	۱۱۱ تا ۱۵۰

یافته های پژوهش

اطلاعات به دست آمده از ۳۷۶ پرسشنامه مورد بررسی در سه بخش مورد توصیف قرار گرفته است:

الف) متغیرهای زمینه‌ای

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که ۵۲/۴ درصد افراد مورد بررسی را مردان و ۴۷/۶ درصد را زنان تشکیل داده‌اند که در دامنه سنی ۱۵ تا ۲۹ سال قرار دارند و بیشترین فراوانی در این متغیر به گروه سنی ۱۵ ساله تعلق دارد. به لحاظ سطح تحصیلات، اکثریت افراد مورد بررسی یعنی ۸۰/۱ درصد دارای سطح تحصیلات دیپلم و پایین‌تر، ۵/۳ درصد در سطح فوق دیپلم و لیسانس و ۱۳/۸ درصد دارای سطح تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر بوده‌اند. از نظر وضعیت تأهل ۷۷/۷ درصد پاسخگویان مجرد و تنها ۱۹/۱ درصد متأهل می‌باشند. بررسی متغیر طبقه اجتماعی افراد مورد بررسی نشان داد که ۳/۷ درصد خود را جزء طبقه متوسط روبه پایین، ۵۸/۵ درصد در طبقه متوسط، ۲۲/۳ درصد در طبقه متوسط رو به بالا و تنها ۱۲/۲ درصد خود را متعلق طبقه بالا می‌دانند.

ب) متغیر مستقل (امنیت اجتماعی)

همان‌طور که در جدول شماره ۶ مشاهده می‌شود، بر اساس درصدهای تجمعی متغیر امنیت اجتماعی و ابعاد آن به سه دسته در سطح پایین، متوسط و بالا تقسیم بندی شده‌اند. مطابق اطلاعات مندرج در جدول زیر، میزان امنیت اجتماعی پاسخگویان به صورت زیر می‌باشد که ۳۵/۳ درصد دارای میزان امنیت اجتماعی در سطح پایین، ۳۱/۶ درصد در سطح متوسط و ۳۳/۲ درصد امنیت اجتماعی خود را در سطح بالا می‌دانند. اطلاعات مربوط به هر بعد نیز نشان می‌دهد که به صورت میانگین امنیت جانی دارای بیشترین میانگین ۲۹/۵۱ و امنیت عاطفی دارای کمترین سطح میانگین ۱۰/۲۵ می‌باشد.

جدول شماره ۶. توزیع درصدی متغیر مستقل تحقیق

متغیرها	پایین	متوسط	بالا	جمع کل	حداقل	حداکثر	دامنه تغییرات	میانگین
امنیت اجتماعی	۱۸/۴	۵۷/۷	۵/۹	۱۰۰	۳۰	۱۵۰	۱۲۰	۸۳/۹۰
امنیت جانی	۰/۵	۶۲/۰	۷/۵	۱۰۰	۱۱	۵۵	۴۴	۲۱/۵۱
امنیت مالی	۱۱/۸	۷۲/۷	۱۵/۵	۱۰۰	۷	۳۵	۳۰	۲۱/۲۶
امنیت شغلی	۱۵/۹	۷۳/۷	۱۰/۵	۱۰۰	۸	۴۰	۳۲	۲۳/۱۱
امنیت عاطفی	۴۲/۱	۴۷/۲	۱۰/۷	۱۰۰	۴	۲۰	۱۶	۱۰/۲۶

ج) متغیر وابسته (سلامت اجتماعی)

متغیر وابسته سلامت اجتماعی دارای ۵ بعد می‌باشد. بررسی آماره‌های توصیفی مربوط به متغیر وابسته نشان داد که ۵/۶ درصد افراد دارای سلامت اجتماعی در سطح پایین، ۸۵/۹ درصد در سطح متوسط و ۸/۵ درصد دارای سلامت اجتماعی در سطح بالا می‌باشند. با این توضیح می‌توان گفت که میزان سلامت اجتماعی جوانان در سطح پایین می‌باشد.

دامنه نمره سلامت اجتماعی نمونه بین ۲۴ تا ۱۰۵ در نوسان بوده و میانگین آن ۶۵/۰۷ می‌باشد و طبق این آماره می‌توان گفت که میزان سلامت اجتماعی جوانان در سطح متوسط است. میانگین نمرات پاسخگویان در هر پنج بعد سلامت اجتماعی تقریباً به میانه توزیع نزدیک بوده و در واقع جمعیت نمونه در هر پنج بعد سلامت اجتماعی در وضعیت پایین قرار دارند.

جدول شماره ۷. توزیع درصدی متغیر وابسته تحقیق

متغیرها	پایین	متوسط	بالا	جمع کل	حداقل	حداکثر	دامنه تغییرات	میانگین
سلامت اجتماعی	۵/۶	۸۵/۹	۸/۵	۱۰۰	۲۴	۱۰۵	۸۴	۶۵/۰۷
یکپارچگی اجتماعی	۱/۹	۵۲/۷	۴۵/۵	۱۰۰	۳	۲۰	۱۷	۱۴/۲۱
پذیرش اجتماعی	۲۱/۸	۶۸/۹	۹/۳	۱۰۰	۶	۲۰	۱۴	۱۲/۵۲
مشارکت اجتماعی	۳۳/۱	۵۱/۲	۱۵/۷	۱۰۰	۳	۲۰	۱۷	۱۰/۷۰
انسجام اجتماعی	۸/۵	۵۵/۵	۳۶/۰	۱۰۰	۵	۲۵	۲۰	۱۶/۸۷
شکوفایی اجتماعی	۱۴/۹	۶۴/۸	۲۰/۳	۱۰۰	۱	۲۰	۱۹	۱۰/۸۵

منبع: داده‌های تحقیق

آزمون فرضیه ها

فرضیه نخست: بین امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی جوانان رابطه وجود دارد.

جدول شماره ۹. بررسی رابطه امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی

متغیر مستقل	متغیر وابسته	نام آزمون	مقدار r	سطح معنی داری
امنیت اجتماعی	سلامت اجتماعی	پیرسون	۰/۲۸۹	۰/۰۰۰

مطابق اطلاعات به دست آمده از آزمون همبستگی پیرسون برای دو متغیر مستقل (امنیت اجتماعی) و متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) موجود در جدول فوق، نتایج زیر قابل استنباط است: ضریب همبستگی پیرسون بین دو متغیر مذکور ۰/۲۸۹ می باشد. از آنجا که سطح معنی داری به دست آمده ۰/۰۰۰ می باشد که در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. جهت رابطه مثبت و مستقیم است یعنی با افزایش شدت امنیت اجتماعی در جامعه برای افراد، میزان سلامت اجتماعی آن ها نیز افزایش می یابد. شدت رابطه در حد متوسط است. یعنی با آن که افزایش در میزان امنیت اجتماعی، افزایش در میزان سلامت اجتماعی را برای جوانان به دنبال دارد، سطح این افزایش متوسط است.

فرضیه دوم: به نظر می رسد بین امنیت اجتماعی و ابعاد سلامت اجتماعی جوانان رابطه مستقیم و معنی داری وجود دارد.

جدول شماره ۱۰. بررسی رابطه امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی

امنیت اجتماعی	متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) و ابعاد آن			
	یکپارچگی اجتماعی	پذیرش اجتماعی	مشارکت اجتماعی	انسجام اجتماعی
مقدار r پیرسون	۰/۱۲۰	۰/۲۹۲	۰/۱۶۷	۰/۰۷۹
سطح معنی داری	۰/۰۲۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۱۲۸

با توجه به نتایج آزمون همبستگی پیرسون برای دو متغیر مستقل (امنیت اجتماعی) و متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) موجود در جدول فوق، نتایج زیر قابل استنباط است: ضریب همبستگی پیرسون بین دو متغیر امنیت اجتماعی و ابعاد سلامت اجتماعی نشان می دهد که رابطه بین امنیت اجتماعی و بعد یکپارچگی اجتماعی در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی دار می باشد. این در حالی است که رابطه بین امنیت اجتماعی و پذیرش اجتماعی (Sig=۰,۰۰۰, $r=۰,۲۹۲$)، امنیت اجتماعی و مشارکت اجتماعی (Sig=۰,۰۰۱, $r=۰,۱۶۷$)،

امنیت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی ($t=0,224, sig=0,000$)، در سطح کوچک‌تر از ۰,۰۱ رابطه معنی‌دار بوده و جهت این روابط مثبت است. به بیانی بهتر، افزایش امنیت اجتماعی موجب افزایش بیشتری در بعد شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی نسبت به دو بعد دیگر یکپارچگی اجتماعی و مشارکت اجتماعی می‌شود. در عین حال، بین امنیت اجتماعی و انسجام اجتماعی با ضریب همبستگی پیرسون ۰/۰۷۹ و سطح معنی‌داری ۰/۱۲۸ رابطه معنی‌داری وجود ندارد.

فرضیه شماره ۳. به نظر می‌رسد میانگین سلامت اجتماعی جوانان شهر قاین بر حسب جنسیت آن‌ها دارای تفاوت معنی‌داری است.

جدول شماره ۱۱. جنسیت و سلامت اجتماعی

متغیر وابسته	جنسیت	تعداد	میانگین	اختلاف میانگین	مقدار t	سطح معنی داری
سلامت اجتماعی	مرد	۱۹۷	۶۴/۲۵	-۱/۷۲	-۱/۷۳۳	۰/۰۸۴
	زن	۱۷۹	۶۵/۹۷			

مطابق اطلاعات جدول فوق میانگین سلامت اجتماعی برای مردان ۶۴/۲۵ بوده و به میزان ۱/۷۲- از میانگین سلامت اجتماعی زنان (۶۵/۹۷) کمتر می‌باشد. بررسی سطوح معنی‌داری حاصل از آزمون تی مستقل برای بررسی و مقایسه میانگین سلامت اجتماعی زنان و مردان، با توجه به این که سطح معنی‌داری به دست آمده (۰/۰۸۴) بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد، از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد. به عبارتی بین جنسیت و میزان سلامت اجتماعی جوانان دختر و پسر رابطه معنی‌داری وجود ندارد.

فرضیه شماره ۴. به نظر می‌رسد میانگین سلامت اجتماعی جوانان شهر قاین بر حسب وضعیت تأهل آن‌ها دارای تفاوت معنی‌داری است.

جدول شماره ۱۲. وضعیت تأهل و سلامت اجتماعی

متغیر وابسته	وضعیت تأهل	تعداد	میانگین	اختلاف میانگین	مقدار آزمون تی	سطح معنی داری
سلامت اجتماعی	مجرد	۲۹۲	۶۵/۱۵	۱/۲۷۵	۱/۰۰۳	۰/۳۱۷
	متاهل	۷۲	۶۳/۸۷			

مطابق اطلاعات حاصل از خروجی آزمون تی تست در جدول شماره ۱۱، میانگین سلامت اجتماعی مجردان ۶۵/۱۵ و میانگین سلامت اجتماعی جوانان متأهل شهر قاین ۶۳/۸۷ می-باشد. بررسی تفاوت میانگین‌ها نشان داد که میانگین سلامت اجتماعی مجردان به اندازه ۱/۲۷۵ بیشتر از متأهلان می‌باشد، اما از آن‌جا که سطح معنی‌داری به‌دست آمده ۰/۳۱۷ بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد لذا تفاوت موجود از نظر آماری معنی‌دار نیست.

فرضیه شماره ۵: به‌نظر می‌رسد میانگین سلامت اجتماعی جوانان شهر قاین بر حسب سطح تحصیلات دارای تفاوت معنی‌داری است.

جدول شماره ۱۳. سطح تحصیلات و سلامت اجتماعی

واریناس ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی داری
بین گروهی	۴۰۹/۳۰۸	۲	۲۰۴/۶۵	۲/۱۹۷	۰/۱۱۳
درون گروهی	۳۴۴۶۵/۳۶	۳۷۰	۹۳/۱۵		
کل	۳۴۸۷۴/۶۷۶	۳۷۲			

طبق اطلاعات به‌دست آمده از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه برای دو متغیر سطح تحصیلات و سلامت اجتماعی، با توجه به سطح معنی‌داری آزمون F (۰/۱۱۳) که بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد، میانگین سلامت اجتماعی افراد بر حسب سطح تحصیلات دارای تفاوت معنی‌داری نمی‌باشد. بنابراین فرضیه مورد بحث رد می‌شود و فرض خلاف تأیید می‌گردد.

فرضیه شماره ۶: به‌نظر می‌رسد بین سن و سلامت اجتماعی جوانان شهر قاین رابطه معنی-داری وجود دارد.

جدول شماره ۱۴. سن و سلامت اجتماعی

متغیر مستقل	متغیر وابسته	سطح سنجش	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
سن	سلامت اجتماعی	فاصله‌ای	-۰/۱۲۴	۰/۰۱۶

بنابر اطلاعات موجود در جدول فوق، ضریب همبستگی به‌دست آمده بین دو متغیر سن و سلامت اجتماعی ۰/۰۱۵ می‌باشد. جهت این رابطه نیز منفی و معکوس است. به این معنی که به موازات افزایش سن، میزان سلامت اجتماعی افراد کاهش می‌یابد. بررسی سطح معنی‌داری

به دست آمده از همبستگی پیرسون (۰/۰۱۷) نشان می‌دهد که رابطه مذکور از نظر آماری معنی‌دار است. لذا فرضیه مورد بحث تأیید و فرض خلاف آن رد می‌گردد.

فرضیه شماره ۷. به نظر می‌رسد میانگین سلامت اجتماعی جوانان شهر قاین بر حسب طبقه- اجتماعی دارای تفاوت معنی‌داری است.

جدول شماره ۱۵. طبقه اجتماعی و سلامت اجتماعی

واریانس‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری
بین گروهی	۲۸۱/۷۲	۳	۹۳/۹	۰/۹۹۴	۰/۳۹۵
درون گروهی	۳۳۹۹۷/۸	۳۶۰	۹۴/۴۳		
کل	۳۴۲۷/۵۲	۳۶۳			

بر اساس یافته‌های به دست آمده از جدول شماره ۱۴، سطح معنی‌داری به دست آمده از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه برای بررسی تفاوت میانگین سلامت اجتماعی جوانان بر حسب طبقه اجتماعی ۰/۹۹۴ می‌باشد که از ۰/۰۵ بزرگتر است، لذا تفاوت میانگین از نظر آماری معنی‌دار نیست و این فرضیه رد و فرض خلاف آن تأیید می‌گردد.

تحلیل رگرسیونی رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته

برای مطالعه تأثیرات چند متغیر مستقل بر متغیر وابسته به کار می‌رود. در رگرسیون چند متغیره، مقادیر متغیر وابسته از روی مقادیر دو یا چند متغیر مستقل برآورد می‌شود. این کار از طریق معادله خطی زیر صورت می‌گیرد:

$$Y = b_0 + b_1 X_1 + b_2 X_2 + \dots$$

تحلیل رگرسیونی برای متغیر امنیت اجتماعی و تنها متغیر زمینه‌ای که دارای رابطه معنی‌داری با متغیر سلامت اجتماعی در تحقیق حاضر می‌باشد؛ یعنی سن به منظور تبیین تغییرات متغیر وابسته انجام شده است که نتایج آن در جداول ۱۶ قابل مشاهده است:

جدول شماره ۱۶. مدل رگرسیونی همزمان متغیرهای مستقل برای تبیین بر متغیر وابسته سلامت اجتماعی

متغیرهای پیش بین	(R)	(R Square)	(Adjusted R Square)	(F)	F(Sig)	B	Beta	T	sig
مقدار کل	۰٫۳۰۷	۰٫۰۹۴	۰٫۰۸۹	۱۹۰٫۶۱	۰٫۰۰۰	۵۶٫۵۸۰	-	۱۵٫۷۰۳	۰٫۰۰۰
سن						-۰٫۳۱۵	-۰٫۱۰۱	-۲٫۰۲۶	۰٫۰۴۳
امنیت اجتماعی						۰٫۱۶۸	۰٫۲۹۲	۵٫۸۷۹	۰٫۰۰۰

نتایج جدول ۱۷ نشان می‌دهد که سطح معنی‌داری به‌دست آمده از رابطه امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی (۰/۰۰۰) است که نشان دهنده آن است که رابطه میان امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی به لحاظ آماری معنی‌دار و جهت رابطه مستقیم است. یعنی افزایش میزان امنیت اجتماعی جوانان موجب افزایش در میزان سلامت اجتماعی آن‌ها می‌شود. متغیر سن نیز با ضریب بتای ۰/۱۰۱ و سطح معنی‌داری ۰/۰۴۳ دارای اثر معنی‌داری بر متغیر وابسته مورد بحث سلامت اجتماعی دارد. همچنین از آنجائی که در روش اینتر کلیه متغیرها همزمان وارد معادله رگرسیون می‌شوند، بنابراین R^2 به‌دست آمده (Adjusted R Square) نشان می‌دهد که متغیرهای مستقل در مجموع چند درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌کنند (کلاتری، ۱۳۸۵: ۱۸۱). مقدار R^2 به‌دست آمده در تحقیق کنونی، ۰/۰۹ می‌باشد که نشان می‌دهد مجموع متغیرهای مستقل در معادله رگرسیون چند متغیره تحقیق، ۹ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌کنند. به‌عبارتی، ۹ درصد از تغییرات میزان سلامت اجتماعی ناشی از متغیر امنیت اجتماعی و متغیر زمینه‌ای سن بوده است و ۹۱ درصد تغییرات باقیمانده متأثر از عوامل و متغیرهایی است که در تحقیق حاضر مدنظر نبوده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

مقاله حاضر به بررسی رابطه بین امنیت اجتماعی با سلامت اجتماعی در بین جوانان ۱۵-۲۹ ساله شهر قائن پرداخته است. متغیر مستقل این پژوهش امنیت اجتماعی است و این متغیر از ۴ بعد امنیت مالی، جانی، شغلی و عاطفی ساخته شده است. یافته‌های توصیفی نشان می‌دهد که احساس امنیت اجتماعی در جامعه‌ی مورد بررسی در سطح متوسط (۷۵/۷) می‌باشد. هم‌چنین در بین ابعاد امنیت اجتماعی امنیت جانی دارای بیشترین میانگین (۲۹/۵۱) و امنیت عاطفی دارای کمترین سطح میانگین (۱۰/۲۶) در بین پاسخگویان است. متغیر وابسته این

پژوهش «سلامت اجتماعی» است. بررسی یافته‌های توصیفی نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی پاسخگویان در جامعه مورد بررسی در سطح متوسط (۸۵/۹) قرار دارد. همچنین میزان سلامت اجتماعی جوانان در ابعاد پنج‌گانه یکپارچگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی در سطح متوسط می‌باشد.

با بررسی رابطه بین جنسیت و سلامت اجتماعی مشخص شد بین متغیر میزان سلامت اجتماعی و جنسیت افراد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، که این امر ناهمنا با تحقیق باباپور (۱۳۸۸)، نیک‌ورز (۱۳۸۹) و هم‌نوا با تحقیق کنگرلو (۱۳۸۸) می‌باشد که در آن بین جنسیت و میزان سلامت اجتماعی افراد رابطه معنی‌داری وجود نداشته است. همچنین میانگین نمره میزان سلامت اجتماعی در بین دختران بیشتر از پسران است، این یافته برخلاف نتایج عبدالله-تبار (۱۳۷۸) و همکاران می‌باشد که در آن تحقیق میانگین نمرات سلامت اجتماعی پسران بیشتر از دختران بوده است. شاید بتوان دلیل این امر را دغدغه‌های زیاد پسران هم‌چون رفتن به سربازی، پیدا کردن شغل مناسب، ادامه تحصیل و ازدواج و ... دانست.

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که بین دو متغیر وضعیت تأهل و میزان سلامت اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود ندارد که این یافته هم‌سو با تحقیق کنگرلو (۱۳۸۸)، نیک‌ورز (۱۳۸۹) و تقی‌پور (۱۳۹۰) می‌باشد. همچنین بین دو متغیر سطح تحصیلات و میزان سلامت اجتماعی جوانان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد که این امر با هم‌سو با تحقیق باباپور و همکاران (۱۳۸۸) می‌باشد. بین متغیر پایگاه اجتماعی - اقتصادی افراد با میزان سلامت اجتماعی آن نیز تفاوت معنی‌داری وجود ندارد که این یافته هم‌سو با تحقیق باباپور و همکاران (۱۳۸۸) و برخلاف تحقیق حسینی (۱۳۸۹) و حاتمی (۱۳۹۰) می‌باشد.

بین متغیرهای سن افراد و میزان سلامت اجتماعی نیز رابطه معنی‌داری وجود دارد بدین معنی که با افزایش سن در جوانان مورد بررسی، میزان سلامت اجتماعی به‌صورت نزولی می‌باشد که یافته ناهم‌نوا با تحقیق تقی‌پور (۱۳۹۰) می‌باشد.

بنا بر نتایج آزمون‌های تحلیلی فرضیه‌های اصلی تحقیق میان دو متغیر مستقل (امنیت اجتماعی) و متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) رابطه معنی‌داری وجود دارد و جهت این رابطه مثبت و مستقیم است یعنی با افزایش شدت امنیت اجتماعی در جامعه برای افراد، میزان سلامت اجتماعی آن‌ها نیز افزایش می‌یابد. شدت رابطه نیز در حد متوسط است. یعنی با آن - که افزایش در میزان امنیت اجتماعی، افزایش در میزان سلامت اجتماعی را برای جوانان به - دنبال دارد، سطح این افزایش متوسط است. همچنین نتایج نشان می‌دهند که بین امنیت - اجتماعی و ابعاد پنج‌گانه سلامت اجتماعی (یکپارچگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش

اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی) رابطه معنی‌داری وجود دارد و جهت این روابط مثبت است. شدت و ضعف این روابط در مورد متغیرهای پذیرش اجتماعی و انسجام اجتماعی در سطح ضعیف و در مورد متغیرهای پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی در سطح متوسط می‌باشد. به بیانی بهتر، افزایش امنیت اجتماعی موجب افزایش بیشتری در بعد شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی نسبت به دو بعد دیگر یکپارچگی اجتماعی و انسجام اجتماعی می‌شود. در مجموع امنیت اجتماعی بر بعد شکوفایی اجتماعی سلامت اجتماعی بیشتر از سایر ابعاد تأثیر دارد.

نتایج حاصل از معادله‌ی رگرسیون چند متغیره در میان کل پاسخگویان حاکی از آن است که در مجموع متغیرهای مستقل تحقیق، ۹ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌کنند. به عبارتی، ۹٪ از تغییرات میزان سلامت اجتماعی ناشی از امنیت اجتماعی و سن بوده که رابطه معنی‌داری با متغیر سلامت اجتماعی داشتند می‌باشد و ۹۱ درصد تغییرات باقیمانده متأثر از عوامل و متغیرهایی است که در تحقیق حاضر مدنظر قرار نگرفته بودند.

بنابر مباحث نظری و نتایج حاصل از آزمون فرضیه‌های اصلی تحقیق می‌توان گفت که رابطه‌ای متقابل بین نیاز به برقراری امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی وجود دارد. به گونه‌ای لازمه برای رسیدن به جامعه‌ای سالم به‌ویژه از نظر اجتماعی برقراری امنیت اجتماعی در جامعه و در بین تمامی نهادها به‌ویژه خانواده به‌عنوان اصلی‌ترین نهاد اجتماعی کردن فرد می‌باشد. همان‌گونه که تأمین نیاز به امنیت می‌تواند زمینه‌ساز دیگر نیازهای انسان هم‌چون سلامت باشد، برخورداری از سلامت اجتماعی نیز می‌تواند به افزایش امنیت جامعه کمک نماید. سلامت اجتماعی شرط کافی تحقق احساس امنیت اجتماعی در جامعه است. زیرا در حقیقت امنیت یک تولید اجتماعی است. علی‌رغم این که ادراک ذهنی امنیت نقش اصلی را دارا است، اما احساس امنیت در تعاملات یا روابط دیگر اجتماعی شکل می‌گیرد. به این ترتیب امنیت یا عدم امنیت توسط اجتماع انتقال پیدا می‌کند. زمانی این احساس می‌تواند به درستی انتقال پیدا کند که افراد جامعه از سلامت اجتماعی برخوردار باشند.

همچنین برخورداری از سلامت اجتماعی عامل مهمی در پذیرش هنجارهای اجتماعی است که فرد را قادر به تعادل مثبت و اجتناب از پاسخ‌های نامطلوب می‌کند. افرادی که از سلامت اجتماعی برخوردارند می‌توانند با چالش‌های موجود در زندگی اجتماعی روبرو شوند و با آن‌ها مقابله نمایند و عملکرد بهتری در جامعه داشته باشند

پیشنهادات

با توجه به اهمیت سلامت اجتماعی به‌ویژه سلامت جوانان در جامعه باید در جستجوی راه-هایی بود که باعث افزایش آن را فراهم نمایند. برای افزایش سلامت اجتماعی در جامعه نمونه با توجه به چارچوب نظری تحقیق و نتایج حاصله پیشنهادات زیر ارائه می‌گردد:

با توجه به این‌که امنیت اجتماعی یکی از عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی جوانان می‌باشد و از آن‌جایی‌که احساس امنیت در تعاملات و روابط اجتماعی شکل می‌گیرد و احساس امنیت یا عدم امنیت توسط اجتماع انتقال می‌یابد زمانی این احساس می‌تواند به درستی انتقال یابد که افراد جامعه به‌ویژه جوانان به‌عنوان آینده‌سازان جامعه از سلامت اجتماعی برخوردار باشند بنابراین شناسایی علل ناامنی اجتماعی و تلاش برای کاهش هرچه بیشتر آن به‌خصوص در بین جوانان می‌تواند باعث ارتقای سلامت اجتماعی افراد باشد.

منابع

- آرون، ریمون (۱۳۸۱)، *مراحل اساسی سیر اندیشه در جامعه شناسی*، ترجمه باقر پرهام، تهران: انتشارات علمی-فرهنگی.
- امینی رارانی، مصطفی و موسوی، میرطاهر و رفیعی، حسن (۱۳۹۰)، «رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران»، *رفاه اجتماعی*، سال یازدهم، شماره ۴۲: ۲۰۳-۲۲۸.
- باباپورخیرالدین، جلیل و طوسی، فهیمه و حکمتی، عیسی (۱۳۸۸)، «بررسی نقش عوامل تعیین‌کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز»، *روان‌شناسی دانشگاه تبریز*، سال چهارم، شماره ۱۶، ۸-۲۶.
- بیکر، ترزال (۱۳۸۱)، *نحوه‌ی انجام تحقیقات اجتماعی*، مترجم: هوشنگ ناییبی، تهران: نشر نی.
- تقی‌پور، ملیحه (۱۳۸۹)، «بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در شهر تهران»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مطالعات زنان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- تقی‌پور، زینب (۱۳۹۰)، «بررسی عوامل اقتصادی اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی کارکنان تأمین اجتماعی شهرکرد»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی و رفاه اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- چلبی، مسعود (۱۳۸۳)، *جامعه‌شناسی نظم: تشریح و تحلیل نظری نظم اجتماعی*، تهران: نشر نی.
- حاتمی، پریسا (۱۳۸۹)، «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.

- حسینی، سیده فاطمه (۱۳۸۸)، «بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۷»، پایان نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- حمیدی، انسی (۱۳۹۰)، «مطالعه مطالعه تطبیقی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه آزاد و دانشگاه پیام نور شهر اراک و بررسی عوامل مؤثر بر آن در سال تحصیلی ۱۳۸۹»، گرفته شده از وبلاگ انجمن علمی روانشناسان عمومی در شنبه پانزدهم بهمن ۱۳۹۰.
- خادمی، علی (۱۳۸۷)، «بررسی عوامل مؤثر بر احساس امنیت اجتماعی (مطالعه تجربی جوانان شهر تهران)»، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته پژوهش اجتماعی، راهنما: هوشنگ ناییب دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی.
- خوش‌فر، غلامرضا (۱۳۸۶)، «بررسی عوامل مؤثر بر حفظ، ایجاد و گسترش امنیت اجتماعی»، *اطلاعات سیاسی-اقتصادی*، شماره ۱۶۴-۱۶۳: ۱۴۸-۱۵۵.
- رسولی، رضا و صالحی، علی (۱۳۹۰)، «بررسی و تبیین عوامل مؤثر بر امنیت اجتماعی جوانان»، *دانش انتظامی*، سال دوازدهم، شماره دوم: ۱۶۶-۲۰۱.
- رفیع پور، فرامرز (۱۳۸۵)، *کند و کاوها و پنداشته‌ها: مقدمه‌ای بر روش‌های شناخت جامعه و تحقیقات اجتماعی*، تهران: شرکت سهامی انتشار.
- رفیع پور، فرامرز (۱۳۷۸)، *آنومی یا آشفتگی اجتماعی (پژوهشی در زمینه پتانسیل آنومی در شهر تهران)*، تهران: انتشارات سروش.
- زکی، محمدعلی و خشوعی، مریم السادات (۱۳۹۲)، «سلامت اجتماعی و عوامل - مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان»، *مطالعات جامعه‌شناختی شهری*، سال سوم، شماره ۵ هشتم: ۷۹-۱۰۸.
- ساروخانی، باقر (۱۳۷۵)، *مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی خانواده*، تهران: سروش.
- سالنامه آماری استان خراسان جنوبی سال ۱۳۸۵.
- سام‌آرام، عزت‌الله (۱۳۸۸)، «بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور»، *انتظام اجتماعی*، سال اول، شماره اول، ۹-۲۹.
- سجادی، حمیرا و صدرالسادات، سیدجلال (۱۳۸۳)، «شاخص‌های سلامت اجتماعی»، *اطلاعات سیاسی-اقتصادی*، شماره ۲۰۷، ۲۴۴-۲۵۳.
- شرافتی‌پور، جاوید (۱۳۸۵)، «بررسی انتشار اخبار خشونت در مطبوعات و تأثیر آن بر احساس ناامنی»، *مطالعات امنیت اجتماعی*، سال دوم، شماره ۷۶.
- شکریبگی، عالیه و تنهایی، منا (۱۳۹۳)، «بررسی تأثیر کیفیت زندگی و دینداری در سلامت اجتماعی دانشجویان مجتمع دانشگاهی والعصر دانشگاه آزاد تهران مرکز در سال ۹۱-۹۲»، *کنفرانس ملی جامع‌شناسی و علوم اجتماعی*، ۲۲ خرداد ماه ۱۳۹۳: ۱-۱۸.

- صدیق سروسستانی، رحمت ا... (۱۳۷۵)، 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.
- عبدالله تبار، هادی و کلدی، علیرضا و محقق کمال، سید حسن و ستاره فروزان، آمنه و صالحی، مسعود (۱۳۸۷)، «بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان»، **رفاه اجتماعی**، سال هشتم، شماره ۳۰ و ۳۱، ۱۷۱-۱۸۹.
- علیپوردی‌نیا، اکبر و شارع‌پور، محمود و ورمزیار، مهدی (۱۳۸۷)، «سرمایه اجتماعی خانواده و بزهکاری»، **پژوهش زنان**، دوره ۶، شماره ۲: ۱۳۲-۱۰۷.
- فدایی مهربانی، مهدی (۱۳۸۶)، «شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی (رسانه‌های جوامع در حال گذار و سلامت اجتماعی شهروندان)»، **پژوهش‌های ارتباطی**، شماره ۴۹، ۶۷-۸۶.
- کنگولو، مریم (۱۳۸۷)، «بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد دانشگاه علامه طباطبایی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی.
- گلزاری، محمود. (۱۳۸۵)، تبیین روانشناختی امنیت (امنیت از دیدگاه روانشناختی)، **مجموعه مقالات همایش بررسی نقش روانشناسی، مشاوره و مددکاری اجتماعی در تأمین و توسعه امنیت روانی - اجتماعی**، شماره اول: ۱۱۰-۸۵.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۳)، **مبانی جامعه‌شناسی**، مترجم منوچهر صبوری، تهران: نشر نی.
- لطیفی، غلامرضا و موحدی امین (۱۳۹۰)، «بررسی رابطه‌ی بین سلامت اجتماعی و شاخص‌های آن بر میزان کیفیت زندگی (کارکنان بانک ملی شهر تهران)»، گرفته شده از وب‌سایت تخصصی مددکاران اجتماعی، www.a-sasw.com.
- نیزی، محسن و شفائی مقدم، الهام و شادفر، یاسمن (۱۳۹۰)، «بررسی رابطه بین میزان سرمایه اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی در بین زنان مناطق شمال (۲۰۱) و جنوب (۲۰۱۹) تهران»، **جامعه‌شناسی جوانان**، سال دوم، شماره سوم: ۱۶۰-۱۳۱.
- نیک‌ورز، طیبه (۱۳۸۹)، «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهید باهنر کرمان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته جامعه‌شناسی، راهنما: لیلا یزدان پناه، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان.
- نوروزی، فیض اله و فولادی سپهر، سارا (۱۳۸۸)، «بررسی احساس امنیت اجتماعی زنان ۲۹-۱۵ ساله شهر تهران و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن»، **مطالعات راهبردی**، شماره ۵۳: ۱۵۹-۱۲۹.
- نویدنیا، منیژه (۱۳۸۲)، «درآمدی بر امنیت اجتماعی»، **مطالعات راهبردی**، سال ششم، شماره اول: ۷۶-۵۵.

نویدینا، منیژه (۱۳۸۵)، «تحلیل رابطه امنیت اجتماعی و هویت ایرانی»، *جامعه شناسی*، سال دوم، شماره ۳: ۱۵۶-۱۳۱.

هزارجریبی، جعفر (۱۳۹۰)، «احساس امنیت اجتماعی از منظر توسعه گردشگری»، *جغرافیا و برنامه ریزی محیطی*، سال ۲۲، شماره پیاپی ۴۲، شماره ۲: ۱۴۳-۱۲۱.

Blanco, Amalio . Diaz,Dario. (2007), "Social Order and Mental Health: A Social Well-Being Approach, Autonoma university of Madrid", *psychologie in Spain*, vol.11 (1): 61-71.

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.* pp97-112.

Keyes C. M. Shapiro. A. (2004), "Social well-being in the U.S: A Descriptive Epidemiology". In Orville Brim, Carol D. Ryff. Ronald C. Kessler (Eds.), *Heating Are You? A National Study of Well-being of Midlife*, University of Chicago Press.

Keyes, C.M. (1998). "Social Well-being", *Social Psychology Quarterly*, Vol 61, N.2, :pp 121-141.

Larson, J. S. (1996), "The World Organization Definition of Health: Social versus Spiritual Health", *Social Indicators Research*, Vol 38: pp181-192.

Osler, Audery. Street, Cathy. Lall, Marie (2002). *Not a Problem? Girls and School Excision, National Children's Bureau*, London. ISBN 1-900990-72-5.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی