

بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور

تاریخ دریافت: ۸۸/۳/۱۷

تاریخ تأیید: ۸۸/۵/۵

دکتر عزت‌الله سام آرام

چکیده

مسئله و هدف: هم‌زمان با این تغییر نگرش در ابعاد سلامتی، مفهوم امنیت نیز دچار چالش‌های بسیاری شده و توجه به جنبه‌های اجتماعی و فرهنگی امنیت مورد توجه قرار گرفت. این مسئله، به خصوص زمانی می‌تواند مفیدتر واقع شود که نهادهای امنیتی جامعه از رهیافت پلیس جامعه محور برای گسترش نظم و تأمین امنیت اجتماع استفاده کنند، زیرا در رویکرد پلیس جامعه محور، پلیس خود را به عنوان بخشی از جامعه داشته و تلاش دارد با جلب همکاری سایر اقسام اجتماعی به پیشگیری از حرم پردازد. هدف اصلی این پژوهش بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور است. **روش:** روش تحقیق حاضر توصیفی - اسنادی است که با استفاده از سلامت اجتماعی و با بهره‌گیری از شاخص‌های توسعه پلیس جامعه محور و سلامت سازمان بهداشت جهانی انجام شده است.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد 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 توانمند سازی اجتماع به منظور کمک به رفع و حل مشکلات افزایش جرم و بی نظمی در اجتماع است.

نتایج: تحقق سلامت اجتماعی در بین افراد جامعه، تأمین امنیت اجتماعی به عنوان یک نیاز پایه‌ای بسیار مهم است و سلامت اجتماعی به دلیل تأکید بر جذب افراد در چارچوب‌های اجتماعی و پذیرش هنجارهای اجتماعی، منجر به توسعه و گسترش تأمین اجتماعی در جامعه می‌شود. امکان تحقق اهداف پلیس جامعه محور در جامعه‌ای با افراد با سلامت اجتماعی بالا به دلیل سهولت مشارکت اجتماعی و افزایش اعتماد اجتماعی، بیشتر است.

کلیدواژه‌ها:

سلامت اجتماعی (Social Health)، امنیت اجتماعی (Social Security)، پلیس جامعه محور (Community Policing)، مشارکت اجتماعی (Social Participation)، اعتماد اجتماعی (Social trust)، طرد اجتماعی (Social abandon)

بیان مسئله و ضرورت آن

امروزه سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامت در کنار سلامت جسمی، روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است. به گونه‌ای که دیگر سلامتی تنها عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز به عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد و در سطح کلان جامعه به شمار می‌رود.

یکی از عواملی که به طور گسترده، با میزان سلامت اجتماعی افراد در ارتباط است، امنیت اجتماعی است که از جمله نهادهای متولی تأمین آن در اجتماع پلیس است. فقدان سلامت اجتماعی، حاصل عدم جذب افراد در چارچوب‌های اجتماعی و در نتیجه عدم جامعه پذیری صحیح آنهاست. بنابراین سلامت اجتماعی عامل مهمی در کنترل آسیب‌ها و مسائل اجتماعی و حفظ نظم اجتماعی و در نهایت تأمین امنیت اجتماعی است.

امروزه کیفیت روابط اجتماعی در برنامه ریزی‌های اجتماعی نقش مهمی را برعهده دارد. چراکه با گسترش و تفکیک نقش‌ها و تخصصی شدن امور که به گسترش جریان تمایز پذیری می‌انجامد، فرد در برابر دو نیروی متناقض قرار می‌گیرد. از یکسو این شرایط از این جهت که فرد را در برابر انتخاب‌های متعدد قرار داده است، قدرت انتخاب او را افزایش می‌دهد و افزایش قدرت انتخاب، زمینه آزادی فرد را فراهم می‌کند. از سوی دیگر به جهت تخصصی شدن امور، در تمام اجزای زندگی به دیگران وابسته می‌شود و در این اتکای بیش از حد به دیگران ناخواسته آزادی وی محدود می‌شود. این وضعیت متناقض در روابط اجتماعی بر تمام مسائل اجتماعی از جمله بحث امنیت نیز تأثیر می‌گذارد. خصوصاً در کلان شهرها از یک سو به جهت تفکیک بیش از پیش نقش‌ها، روابط اجتماعی گسترش می‌یابد و افراد برای بقای خود به موقعیت‌های دیگر وابسته می‌شوند و از سوی دیگر روابط در سطح می‌ماند و به عمق نمی‌رود و افراد کمتر از پیش کسانی را که در موقعیت‌های گوناگون قرار می‌گیرند و با آنان ارتباط برقرار می‌کنند، می‌شناسند. علاوه بر اینکه این روابط از پایداری و تداوم گذشته برخوردار نیست، در حین سطحی بودن آن در نهایت منجر به دور نگهداشتن خود از دیگران و کاهش روابط نخستین و چهره به چهره، بی‌اعتنایی به دیگران به جهت عدم اعتماد به آنها، محدود نگهداشتن رابطه اجتماعی با تعداد محدودی از افراد، تضاد نقش‌ها، انتظارات از دیگران و... می‌شود.

این وضعیت در روابط اجتماعی در ایران نیز به چشم می‌خورد. متأسفانه طی سال‌های اخیر شاهد تحولات منفی‌ای در زمینه افزایش احساس ناامنی اجتماعی، افول سلامت اجتماعی، افول سرمایه اجتماعی، افول سرمایه انسانی (فرار مغزها) و... بوده‌ایم (ترکمانی، ۱۳۸۰: ۱۰۶). برخی از نتایج نگرش سنجی‌های انجام شده در ایران به خوبی موارد فوق را تأیید می‌کند. در ادامه به برخی از این موارد اشاره می‌کنیم.





جدول شماره ۱- بررسی نگرش مردم نسبت به رواج برخی خصوصیات در جامعه

زیاد/خیلی زیاد/کاملاً	متوسط	اصلاً/خیلی کم/کم	بررسی وضعیت نگرش نسبت به رواج برخی از خصوصیات در بین مردم
۴۱/۴	۳۳	۲۵/۶	تلاش و جدیت
۲۲/۹	۲۹/۵	۴۷/۶	گذشت
۳۶	۲۵/۲	۳۸/۸	امانتداری
۱۵/۶	۲۹/۶	۵۳/۸	انصاف
۳۰/۸	۳۴/۸	۳۴/۴	خبرخواهی و کمک
۱۸	۳۱/۳	۵۰/۷	صداقت
۲۰/۷	۳۷/۲	۴۲/۱	بایبندی به قول و قرار

زیاد/بسیار زیاد (درصد)	متوسط (درصد)	اصلاً/بسیار کم/کم (درصد)	بررسی وضعیت نگرش افراد نسبت به رواج خصوصیات زیر
۶۶/۹	۱۶/۳	۱۰/۸	دورویی و تناظر
۶۹	۱۳/۱	۱۷/۹	تقلب و کلاهبرداری
۶۶/۶	۱۷/۴	۱۸	تعلق و چابکدستی

(منبع: وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، ۱۳۸۰)

سلامت اجتماعی از جمله مفاهیمی است که به تازگی وارد ادبیات حوزه جامعه‌شناسی شده است و ارزیابی فرد از اجتماع و کیفیت و کمیت درگیر شدن شخص در اجتماع را دربرمی‌گیرد. از آنجایی که سلامت اجتماعی با جامعه‌پذیری اشخاص در جامعه در ارتباط است، می‌تواند عامل مهمی در پذیرش هنجارهای اجتماعی به شمار رود و نقش مهمی در کاهش قانون‌گریزی و ناهنجارهای اجتماعی داشته باشد. از سوی دیگر جامعه‌ای که افراد آن از سلامت اجتماعی برخوردارند، شرایط بهتری از مشارکت اجتماعی را نشان می‌دهند و این مسئله می‌تواند در عملکرد نهادهای اجتماعی متولی امنیت اجتماعی در جامعه نقش داشته باشد.

کمیژ (۲۰۰۲) از نظریه پردازان سلامت اجتماعی، به رابطه قوی بین سلامت اجتماعی، از خود بیگانگی اجتماعی و ناهنجاری اجتماعی اشاره کرده است و در مطالعه سلامت اجتماعی در ایالات متحده نتایج زیر را به دست آورده است:

- بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع پسند و مسئولیت‌پذیری زندگی اجتماعی رابطه‌های 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 می‌کردند در مقایسه با افرادی که با اطرافیان خود ارتباط نداشتند میزان بالاتری داشت. همچنین گرچه مشخص نیست سلامت اجتماعی، معلول یا علت مسئولیت‌پذیری در برابر زندگی اجتماعی است، اما به طور واضحی با جایگاه اجتماعی و رضایت از زندگی اجتماعی رابطه دارد. (Keyes,2004:48)

از سوی دیگر ناامنی اجتماعی نیز تأثیر نامطلوبی بر سلامت اجتماعی جامعه دارد. ناامنی می‌تواند فراتر از زندگی قربانیان آن، بر آنهایی که تجربه غیر مستقیمی از جرم داشته‌اند نیز تأثیر گذارد. ناامنی می‌تواند فضایی از بی‌نظمی را ایجاد کند که در آن، شهروندان قادر به اعمال کنترل غیر رسمی بر اجتماع خود نیستند و بنابراین ترس منجر به افزایش جرایم می‌شود. ترس از جرم، بیشتر از خود جرم زیان می‌رساند و منجر به افت روحیه در جامعه می‌شود (صدیق سروستانی، ۱۳۸۵: ۲۰). 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 احساس امنیت اجتماعی از جمله عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی است. بنابراین می‌توان گفت که رابطه دوسویه‌ای بین سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی در جامعه وجود دارد.

متولیان امنیت اجتماعی از جمله پلیس به عنوان محور اصلی مدیریت امنیت عمومی، نیازمند مشارکت‌های عمومی، مدنی و سازمانی می‌باشند. در صورت فقدان این مشارکت سه گانه، پلیس در برخورد با آسیب‌ها و انحراف‌های اجتماعی فزاینده ناگزیر از انتخاب یکی از دو شیوه‌ی ایجابی نرم افزاری یا شیوه‌ی 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 می‌کند (محبوبی منش، ۱۳۸۵: ۱۲). این تفکر منجر به شکل‌گیری شیوه‌ای از کنترل به نام پلیس جامعه محور شد. در رویکرد پلیس جامعه محور، پلیس خود را به عنوان بخشی از جامعه دانسته و تلاش دارد با جلب همکاری سایر اقدار اجتماعی به پیشگیری از جرم بپردازد.

پلیس جامعه محور، فلسفه‌ای سازمانی و رهیافتی مدیریتی است که همیاری و همکاری بین اجتماع و پلیس، روش‌های غیرمنفعلانه حل مسئله، مشارکت اجتماع در شناسایی علل جرم و سایر مسائل اجتماعی امنیت را تقویت می‌کند. (Farral,2000:18). در حقیقت پلیس جامعه محور یک راهبرد و خط مشی است که بر مشروعیت فعالیت‌های پلیس از طریق اتکا بر منابع و امکانات درون جامعه که درصدد تغییر شرایط جرم‌خیزی اند تأکید دارد. این راهبرد



مستلزم مسئولیت پذیری بیشتر پلیس، سهمین شدن فعال تر و بیشتر جامعه در فرایند تصمیم گیری و توجه بیشتر به حقوق و آزادی های مردم است.

به دلیل اهمیت همکاری و اعتماد در رهیافت پلیس جامعه محور، سلامت اجتماعی افراد جامعه می تواند بر کیفیت کار پلیس جامعه محور تأثیر بگذارد. همچنین از آنجایی که فعالیت های پلیس جامعه محور در راستای توانمندسازی و افزایش مسئولیت پذیری اجتماعی در کنترل نظم در جامعه است، می تواند منجر به افزایش سلامت اجتماعی در جامعه نیز شود. با توجه به موارد فوق در این تحقیق قصد داریم تا به بررسی رابطه دوسویه بین فعالیت های پلیس جامعه محور و سلامت اجتماعی در جامعه بپردازیم.

پیشینه و مطالعات انجام شده

از تولد واژه سلامت اجتماعی در ایران زمان زیادی نمی گذرد. بنابراین پژوهش هایی با این مضمون در ایران بسیار کم بوده است. در زمینه ارتباط بین سلامت اجتماعی و کارکردهای پلیس جامعه محور (و نه حتی نیروی انتظامی) 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 مطالعه قرار می گیرد.

پایان نامه ای با عنوان «سنجش میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد در دانشگاه علامه طباطبایی در سال ۱۳۸۷» انجام شده است که به بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد مشغول به تحصیل در مقطم کارشناسی در دانشگاه علامه طباطبایی در شهر تهران و مقایسه آن با میزان سلامت اجتماعی دانشجویان غیرشاهد می پردازد. در این پایان نامه تفاوت معناداری بین سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد تأیید نمی شود (کنگرلو، ۱۳۸۷: ۲۲۰).

غلامرضا گرمارودی و مریم سادات وحدانی نیا در سال ۱۳۸۲ با انجام پژوهشی تحت عنوان «سلامت اجتماعی، بررسی میزان مهارت های اجتماعی دانش آموزان» با توجه به اهمیت نقش مهارت های اجتماعی در سلامت اجتماعی افراد بیشتر به مهارت های اجتماعی دانش آموزان پرداخته است (گرمارودی، ۱۳۸۵: ۱۴۷-۱۴۲).

بررسی منابع تحقیقاتی سایر کشورها نشان می دهد که تحقیقی مستقیماً با موضوع پلیس جامعه محور و سلامت اجتماعی انجام نشده است. ولی تحقیقات انجام شده در زمینه سلامت اجتماعی به شرح زیر است:

کییز، اسموتین و ریف در سال ۲۰۰۲ در تحقیق خود، مبنی بر ارتباط بین دو مدل سلامت و صفات شخصیتی، نشان دادند که صفات روان رنجوری، برونگرایی و وظیفه شناسی





پیش‌بینی کننده های قوی برای جنبه های چندگانه سلامت (به ویژه پذیرش خود، تسلط بر محیط و هدف در زندگی) هستند (Farral,2000:320).

مک آرتور در سال ۱۹۹۵، مطالعه ای را جهت بررسی اپیدمیولوژی سلامت اجتماعی در ایالات متحده انجام داد. هدف این مطالعه دستیابی به میزان شیوع سلامت اجتماعی سطح بالا و پایین و چگونگی توزیع سلامت اجتماعی در جمعیت با توجه به متغیرهای سن، جنس، وضعیت تاهل و وضعیت شغلی بود. نتایج نشان داد که تقریباً ۴۰ درصد افراد بزرگسال سنین ۷۴-۲۵ سال در سه مقیاس سلامت اجتماعی دارای نمره بالا بودند. اما ۶۰ درصد افراد بزرگسال در هیچ یک از مقیاس های سلامت اجتماعی نمره بالا کسب نکردند.

همچنین ۱۰ درصد افراد در سه و بیشتر از سه مقیاس سلامت اجتماعی نمره بالا به خود اختصاص دادند. داده ها 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 شاخص های اجتماعی می توان آن را به عنوان یک نا سالمی اجتماعی در نظر گرفت (تباردرزی، ۱۳۸۵: ۳۸).

مبانی نظری

در این بخش ابتدا به تعریف سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامت پرداخته می شود و اهمیت توجه به بُعد اجتماعی سلامت مورد بررسی قرار می گیرد. سپس ضمن بیان شاخص های سلامت اجتماعی، به بررسی اهمیت فعالیت های پلیس جامعه محور در افزایش سلامت اجتماعی جامعه و همچنین اهمیت سلامت اجتماعی جامعه در فعالیت های پلیس جامعه محور می پردازیم.

گرچه تعریف سلامت در هر جامعه تا اندازه ای به حس مشترک آن جامعه از سلامت و همچنین فرهنگ آنان برمی گردد، اما 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:

۱- 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.





۲- رویکرد سلامتی محور

سلامت به عنوان حالت برخورداری از درجه بالایی از بهزیستی به شمار می‌رود. طبق نظریه سلامتی، فردی سالم فرض می‌شود که درجات عالی شاخص‌های سلامت را دارا باشد.

دو الگوی زیست‌شناختی و کلیت برای تعریف سلامت وجود دارد که عبارت‌اند از:

۱- الگوی زیست‌شناختی سلامت

این الگو پایه نظریه میکروبی بیماری‌ها بود که در آغاز سده بیستم، اندیشه پزشکی را تحت‌الشعاع 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 زیست‌محیطی، اجتماعی، 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 تأکید دارند ولی افراد در درون ساختارهای اجتماعی و ارتباط قرار دارند و با چالش‌ها و تکالیف اجتماعی بی‌شماری روبه‌رو هستند.

۲- الگوی کلیت سلامت

الگوی کلیت سلامت، ترکیبی از همه عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، زیست‌محیطی 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^۱ در سال ۱۹۴۸ در ژنو از سلامت ارائه داده است:

سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط بیمار یا معلول نبودن^۲ 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

1. World Health Organization (WHO)

2. a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity (WHO, 1948)



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 تأمین 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). ژرژکان گیلیم^۱ به خوبی نشان داد که سلامتی تنها به حالت ارگانیک فردی مربوط نمی‌شود. او می‌نویسد:

«باید به چیزی فراتر از جسم دیده دوخت تا بتوان آنچه را که برای همین جسم بهنجار است مشخص کرد. آدم زنده در میان قوانین زندگی نمی‌کند بلکه در بین موجودات و وقایعی که این قوانین را متفاوت و متنوع می‌سازند به حیات خود ادامه می‌دهد.»

گیلیم معتقد است که، سلامتی انسان با میزان تسلط وی به محیط نه فقط جسمانی او بلکه اجتماعی او نیز مرتبط است. بنابراین بیماری و سلامتی برحسب خواست‌ها و انتظارات محیط زیست ما و میزان جا افتادگی ما در این محیط و روابط مثلاً خانوادگی و حرفه‌ای ما شکل می‌گیرند و به معنای واقعی کلمه حالات اجتماعی را تشکیل می‌دهند (آدام و هر تسلیک، ۱۳۸۵: ۲۳). از نظر تجربی مفهوم سلامت اجتماعی ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به ناهنجاری^۲ و بیگانگی اجتماعی^۳ دارد. سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه پذیری وی اشاره دارد.

از نظر دورکیم هر نوع قطع ارتباط بین فرد و جامعه، به گونه‌ای که افراد در چارچوب‌های اجتماعی جذب نگردند، زمینه‌ای آنومیک و مساعد برای رشد انحرافات اجتماعی می‌باشد. در چنین حالتی یک نوع فرد گرایی افراطی، خواسته‌های فردی را در مقابل حیات اجتماعی قرار می‌دهد (توسلی، ۱۳۸۲: ۷۱). از نظر وی هر نوع ورطه یا فاصله بین فرد و جامعه که به عدم ادغام افراد در چارچوب‌های اجتماعی می‌انجامد، به انحرافات اجتماعی میدان می‌دهد.

شبکه‌های اجتماعی از طرق دیگر نیز ممکن است بر سلامتی تأثیر بگذارند. لایکوک سلامت اجتماعی را به صورت شرایط و رفاه افراد در شبکه روابط اجتماعی

1. Georges Canguilhem
2. Anomic
3. Alienation



شامل خانواده، اجتماع و ملت تعریف می‌کند. برکمن^۱ 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. بنابر این از طریق فرصت‌هایی که به واسطه عضویت در شبکه‌های اجتماعی برای فرد فراهم می‌شود تا در رویدادهای اجتماعی مشارکت کند، نقش‌های اجتماعی معنا داری از قبیل نقش‌های اجتماعی شغلی، خانوادگی و والدینی را تعریف می‌شود و از این طریق سلامت اجتماعی فرد ارتقا می‌یابد. (خیراله پور، ۱۳۸۳: ۴۳)

لارسون^۲ سلامت اجتماعی را به عنوان گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر (نزدیکان و گروه‌های اجتماعی) که وی عضوی از آنهاست 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 رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعیست (Larson, 1996: 196).

کییز در سال ۱۹۹۸ بیان کرد که حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت، پاسخ به این سؤال است: آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد؟ وی در پاسخ به این سؤال بیان می‌کند، عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز دربرمی‌گیرد. کییز مفهوم سلامت اجتماعی را به صورت زیر تعریف می‌کند:

«سلامت اجتماعی عبارت است از چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع. 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 سهمیم است.»

کییز مدل پنج بعدی زیر را برای سلامت اجتماعی ارائه می‌دهد:





تعریف مفاهیم:

شکوفایی اجتماعی^۱: دانستن و اعتقاد داشتن به اینکه جامعه به شکل مثبتی در حال رشد است. فکر کردن به اینکه جامعه پتانسیل رشد به شکل مثبت را دارد. این تفکر که جامعه پتانسیل خود را به شکل واقعی درمی آورد. (بالفعل می کند).

شکوفایی اجتماعی یعنی باور به این که اجتماع سرنوشت خویش را در دست دارد و به مدد توان بالقوه اش مسیر تکاملی خود را کنترل می کند.

همبستگی اجتماعی^۲: اعتقاد به اینکه اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش بینی است. دانستن و علاقه مند بودن به جامعه و مفاهیم مربوط به آن. افراد سالم و اجتماعی در مقابل دسیسه های اجتماع مراقب هستند و احساس می کنند که می توانند آنچه که در اطرافشان رخ می دهد را بفهمند.

همبستگی یا انطباق اجتماعی در مقابل بی معنایی در زندگی قابل مقایسه است و شامل ارزیابی فرد از اجتماع به صورتی قابل فهم، قابل پیش بینی و محسوس است و در حقیقت درکی است که فرد نسبت به کیفیت، سازمان دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد.

انسجام اجتماعی^۳: احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به اینکه فرد به جامعه تعلق دارد. احساس حمایت شدن از طریق جامعه و سهم داشتن در آن. بنابراین انسجام آن درجه ای است که در آن مردم احساس می کنند که چیز مشترکی بین آنها و کسانی که واقعیت اجتماعی آنها را می سازند وجود دارد.

1. Social Actualization
2. Social Coherence
3. Social Integration





پذیرش اجتماعی^۱: داشتن گرایش‌های مثبت نسبت به افراد، تصدیق کردن دیگران و به طور کلی پذیرفتن افراد علی‌رغم برخی رفتارهای سردرگم‌کننده و پیچیده آنها. پذیرش اجتماعی مصداق اجتماعی از پذیرش خود (یکی از ابعاد سلامت روان) است. در پذیرش، خود فرد نگرش مثبت و احساس خوبی در مورد خود و زندگی گذشته دارد و با وجود ضعف‌ها و ناتوانی‌هایی که دارد همه جنبه‌های خود را می‌پذیرد. در پذیرش اجتماعی، فرد اجتماع و مردم آن را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارند و می‌پذیرند.

مشارکت اجتماعی^۲: این احساس که افراد چیزهای باارزشی برای ارائه به جامعه دارند. این تفکر که فعالیت‌های روزمره آنها به وسیله جامعه ارزش‌دهی می‌شود. در حقیقت مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا دارد. این افراد تلاش می‌کنند تا در دنیایی که صرفاً به دلیل انسان بودن برای آنان ارزش قائل است سهیم باشند.

از آنجایی که در این مقاله سعی بر این است تا به رابطه سلامت اجتماعی و تأمین امنیت اجتماعی در جامعه پرداخته شود، در ادامه، تعاریف موجود از امنیت اجتماعی، به عنوان وظیفه اصلی پلیس در دو رویکرد سنتی و مدرن مورد بررسی قرار می‌گیرد.

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 اجتماعی تلقی می‌شود.

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 حذف یا حداقل کاهش عواملی هستیم که حفظ و بقای زندگی را تهدید می‌کند و روند استمرار حیات را مختل می‌کند. بنابراین هرآنچه که مخل نظم جاری زندگی شود، می‌تواند به عنوان تهدیدی برای جامعه به شمار رود. **باری 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).

بنابراین در رویکرد سنتی، هرآنچه که بقای جامعه را در بعد مادی و فیزیکی تأمین کند، امنیت محسوب می‌شود.

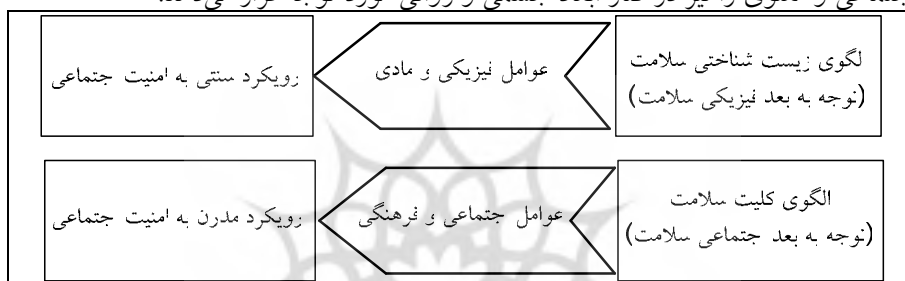
رویکرد مدرن: امنیت اجتماعی به کیفیت بقای اعضای جامعه توجه دارد و برخی عوامل معنوی و فرهنگی که موجب آسیب پذیری شیوه‌های گوناگون زندگی می‌شود به منزله تهدید به شمار می‌رود.





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.

تطبیق تعاریف سنتی و مدرن از امنیت اجتماعی و تطبیق آن 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 به خوبی آشکار می‌کند. همچنین این تعریف همخوانی زیادی با الگوی کلیت سلامت دارد که ابعاد اجتماعی و معنوی را نیز در کنار ابعاد جسمی و روانی مورد توجه قرار می‌دهد.



نگاره شماره ۲- رابطه الگوهای سلامت و رویکردهای امنیت اجتماعی (سام آرام، ۱۳۸۸)

تمام عرصه‌های زندگی متأثر از متغیر امنیت است؛ زیرا آنچه رفتار را بیش از همه تحت تأثیر قرار می‌دهد، عنصر ناخودآگاه است و امنیت متغیری است که ناخودآگاه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با افزایش امنیت، کمال و استعلای انسان امکان‌پذیر می‌شود و با کاهش امنیت آرمان‌های انسان کاهش می‌یابد. به گونه‌ای که گاه فرد کاملاً در خفت معنایی و هویتی فرو می‌رود. زیرا تعالی جامعه، رشد فکر و اندیشه، ارائه افکار نوین و نظریه‌های 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 امنیت اجتماعی را به خوبی آشکار می‌سازد.

مازلو نیازهای اساسی انسان را در یک هرم جای داده است که دارای ۵ طبقه است. طبقات پایین‌تر هرم نیازهای حیاتی‌تر و ساده‌تر و طبقات بالاتر نیازهای پیچیده‌تر ولی کمتر حیاتی را نشان می‌دهند. نیازهای طبقات بالاتر فقط وقتی مورد توجه فرد قرار می‌گیرند که نیازهای طبقات پایین‌تر برطرف شده باشند.

هرگاه نیازهای فردی به طبقه بالاتر حرکت کرد، نیازهای طبقات پایین‌تر چندان مورد توجه اصلی او نخواهد بود (شولتز و آلن، ۱۳۷۵: ۹۱).





اگر هم به صورت موردی به یک نیاز در طبقه‌های پایین‌تر احتیاج پیدا کند به صورت موقتی اولویت آن نیاز را بالا می‌برد ولی هرگز به صورت دائمی به طبقه پایین‌تر بر نمی‌گردد. چهار طبقه اول هرم مازلو «نیازهای پایه» یا «نیازهای فقدانی»^۱ نام دارند.

طبقه اول: جسمانی و فیزیولوژیکی شامل خوردن، نوشیدن، نفس کشیدن و ...

طبقه دوم: امنیت شامل امنیت شخصی در برابر جرائم، امنیت مالی و شغلی، بهداشت و

سالم بودن، امنیت در برابر حوادث و بیماری‌ها و ...

طبقه سوم: اجتماعی شامل دوستی، صمیمیت، خانواده پشتیبان و روابط مناسب داشتن با

انسان‌ها، تعلق داشتن و پذیرفته شدن. این نیاز می‌تواند از سوی گروه‌های بزرگ (مانند باشگاه‌های ورزشی، اداره، گروه‌های مذهبی، سازمان‌های حرفه‌ای و ...) یا گروه‌های اجتماعی کوچک (مانند اعضای خانواده، همسر یا دوست نزدیک، معلم، همکار یا هم‌تحصیل نزدیک، اشخاص مورد اعتماد و ...) ارضا شود. افراد همچنین نیاز دارند توسط دیگران دوست داشته شوند و آنها را دوست داشته باشند. در نبود چنین پذیرفته‌شدنی فرد در معرض تنهایی، اضطراب اجتماعی یا افسردگی قرار می‌گیرد.

طبقه چهارم: رضایت و احترام شامل نیاز به احترام و رضایت، «احترام به خود»، «رضایت

از خود» و «احترام به دیگران».

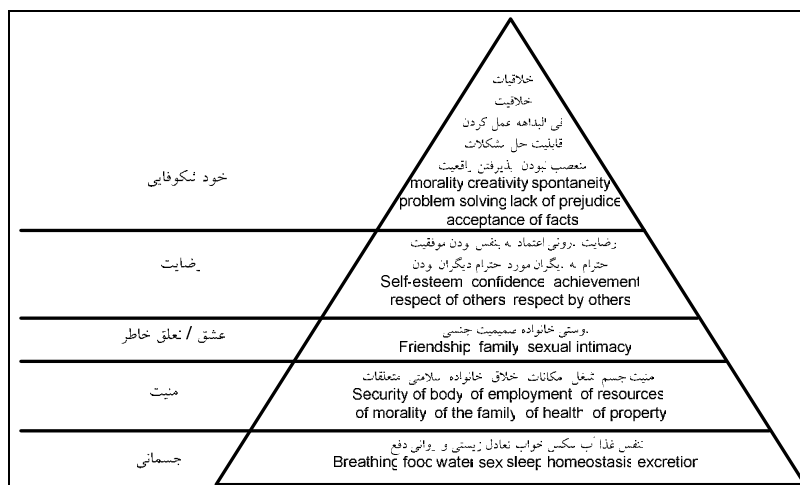
طبقه پنجم: نیازهای متعالی (نیازهای انگیزه‌بخش) نیاز به تعلق و پذیرش در اجتماع،

نیازهای ذهنی و فکری^۲، نیازهای زیبایی‌شناختی^۳ و نیاز به خودشکوفایی نیز در این دسته قرار می‌گیرند. نیازهای ذهنی و فکری شامل نیاز انسان به گسترش ذهن و فکر و هوش خود می‌شوند. نیازهای زیبایی‌شناسی، نیاز انسانی برای رشد کردن و رسیدن به خودشکوفایی^۴ و نیاز به چیزهایی است که از لحاظ زیبایی‌شناسی دلپذیر باشد. خودشکوفایی، نیاز غریزی انسان برای استفاده حداکثر از همه قابلیت‌ها و استعدادهایش و تلاش برای شکوفا کردن همه پتانسیل‌هاست. (شولتز و آلن ۱۳۷۵: ۹۱)

پرتال جامع علوم انسانی



1. Deficiency Needs
2. Cognitive
3. Aesthetic
4. Self-actualization



نگاره شماره ۲- سلسله مراتب نیازهای مازلو

منبع: شولتز و آلن، ۱۳۷۵: ۹۱

به اعتقاد مازلو مرحله نهایی تکامل فرد وقتی رخ می‌دهد که او از لحاظ برآورده شدن نیازهای پایه‌اش (طبقه‌های یک تا چهار) 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 و همان‌طور که از نگاره بالا می‌توان فهمید، نیاز به امنیت از مهم‌ترین و اساسی‌ترین نیازهای انسان به شمار می‌رود. البته رابطه دو سویه‌ای بین نیاز به امنیت و سلامت اجتماعی وجود دارد. به گونه‌ای که علاوه بر اینکه مطابق هرم نیازهای مازلو، تأمین نیاز امنیت انسان می‌تواند زمینه ساز نیازهای دیگران و تأمین سلامت اجتماعی (که وابسته به رده سوم تا پنجم هرم است) 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 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.

به طور ذهنی می‌توان موقعیتی را متصور شد که احساس امنیت فزون‌تر یا کمتر از امنیت واقعی در شهر است به عبارتی شرایطی که در آن میان امر بالفعل و امر ذهنی تطابق وجود ندارد.



از این منظر می توان مدعی شد مقوله احساس امنیت اگر چه متأثر از شرایط و وضعیت امنیت در شهر است، اما دارای اهمیت بیشتری است (ربانی و افشارکهن، ۱۳۸۳).



نگاره شماره ۴- احساس امنیت اجتماعی (سام آرام، ۱۳۸۸)

عمده بحث نظری سلامت اجتماعی به این مسئله می پردازد که فرد با سلامت اجتماعی پایین در چارچوب های اجتماعی موجود جذب نمی شود و دچار انزوای اجتماعی یا طرد اجتماعی می شود. **طرد اجتماعی** زمانی اتفاق می افتد که فرد هیچ گونه مشارکتی در اجتماع نداشته باشد. در این صورت احساس می کند که سرنوشت اجتماع به نیروها یا ساختارهای خارجی مربوط است نه به اجزای تشکیل دهنده اجتماع و برای اجتماع توان بالقوه ای در مسیر تکاملی خود قائل نیست (شکوفایی اجتماعی کاهش می یابد). با این تفکر، شخص احساس می کند که جامعه آن قدر پیچیده است که نمی توان آینده آن را پیش بینی کرد (همبستگی اجتماعی کاهش می یابد). لذا شخص احساس می کند که هیچ چیز مشترکی بین ارزش های فرد و ارزش های اجتماع وجود ندارد و نسبت به ارزش ها و هنجارهای اجتماعی بی تفاوت و بی اعتماد می شود (انسجام اجتماعی کاهش می یابد). و تمام این عوامل موجب می شود که شخص نگرش مثبت نسبت به افراد اجتماع خود را از دست بدهد. (پذیرش اجتماعی کاهش می یابد)؛ و در نهایت در زمانی که نگرش های فوق در شخص به وجود آمد، شخص احساس مسئولیت پذیری اجتماعی و کارآمدی اجتماعی خود را از دست می دهد؛ بنابراین احساس می کند که نمی تواند نقش مهمی در پیشرفت و آینده اجتماع داشته باشد (مشارکت اجتماعی کاهش می یابد).



نگاره شماره ۵- اهمیت شبکه‌های اجتماعی در کاهش ناامنی اجتماعی (سام آرام، ۱۳۸۸)

نظریه نابسامانی اجتماعی دورکیم بر ناهنجاری تأکید دارد که در آن نظام‌های اجتماعی از هم گسیخته می‌شوند و نفوذ نظارت کننده جامعه بر گرایش‌های فردی کارایی خود را از دست می‌دهد. در حقیقت آنومی به وضعیتی در جامعه اشاره دارد که با فقدان و هماهنگی در روابط همراه است. از نظر دورکیم، برخی شرایط موجود آنومی عبارت‌اند از: تغییرات جمعیتی، بی‌سازمانی اجتماعی حاصل از شهرنشینی، عدم تعادل در ساختار سنی و جنسی جمعیت، تغییر ناهماهنگ فرهنگ غیرمادی با تغییرات سریع فرهنگ مادی. در واقع این پدیده‌ها باعث نابسامانی اجتماعی می‌شوند و در نهایت کاهش ناامنی را به دنبال دارند. با توجه به مطالب فوق، می‌توان متوجه شد که رابطه مستقیمی بین میزان طرد اجتماعی، افزایش ناامنی اجتماعی و کاهش میزان سلامت اجتماعی در جامعه وجود دارد. نمودار زیر به خوبی ارتباط بین شاخص‌های طرد اجتماعی و سلامت اجتماعی را نشان می‌دهد.





نگاره شماره ۶- طرد اجتماعی و سلامت اجتماعی (سام آرام، ۱۳۸۸)

از سوی دیگر ایده اصلی رهیافت پلیس جامعه محور آن است که پلیس و شهروندان برای حل مشکلات باید با همدیگر همکاری و تشریک مساعی کنند. بنابراین مشارکت اجتماعی که از ابعاد سلامت اجتماعی است، از مهم ترین 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.

پیشنهادها

- گسترش روحیه همکاری در فعالیتهای پلیسی از طریق افزایش تشکل های مردمی گرچه از ورود مفهوم سلامت اجتماعی به ادبیات جامعه شناسی مدت زیادی نمی گذرد، ولی نتایج تحقیق های مختلف هر چند محدود در زمینه سلامت اجتماعی نشان می دهد که عضویت در تشکل های مردمی، نقش مهمی در افزایش سلامت اجتماعی جامعه دارد. همچنین این تشکل ها می تواند در گسترش شرایط همکاری اجتماع و پلیس به عنوان یکی از اهداف پلیس جامعه محور نقش مهمی داشته باشد. از جمله مباحثی که امروزه بسیار مورد تأکید است تشویق حس مشارکت شهروندان در اداره امور شهر و شناسایی سرمایه های اجتماعی و فرهنگی نهفته در میان اقشار جامعه است، سرمایه های بالقوه ای که اگر به درستی به کار گرفته





شود به صورت بازوی کمکی برای دولت عمل کرده که در کنار هم و دست در دست هم می‌تواند در هدایت صحیح جامعه به سوی سلامت و بهزیستی گام بردارد.

در حقیقت دستیابی به اهداف پیشگیرانه و مداخله‌گرانه، یکی از راه‌حل‌های مناسب که مورد اجماع اندیشمندان اجتماعی نیز هست، پدید آمدن حرکت‌های اجتماعی با مشارکت محله‌هاست که سبب بالا رفتن تعلق اجتماعی شهروندان می‌شود. بر اساس این رویکرد بر حس مشارکت و تعاون و همچنین عرق محله‌ای سرمایه‌گذاری می‌شود.

البته بسیاری از تشکلهای که در چند دهه اخیر در ایران ایجاد شده‌اند، به دلیل اینکه ساختار آنها وارداتی بود، قبل از بومی شدن و پس از گذشت مدتی به دست یک گروه خاص افتادند. به طوری که بقیه افراد چندان مشارکتی را انجام ندادند.

• افزایش میزان اعتماد اجتماعی شهروندان

برای افزایش انطباق اجتماعی که یکی از مهم‌ترین شاخص‌های سلامت اجتماعی است، لازم است تا اعتماد اجتماعی شهروندان به یکدیگر و به نهادهای اجتماعی افزایش یابد. یکی از روش‌های به کار گرفته شده در زمینه افزایش اعتماد اجتماع به نهادهای امنیتی، ارائه اطلاعات شفاف از طریق این نهادهای امنیتی است.

• از بین بردن حاشیه نشینی در اطراف شهرهای بزرگ

پدیده مهاجرت از عوامل عمده به وجود آمدن حاشیه نشینی، اعم از حاشیه نشینی فیزیکی یعنی سکونت در مناطق حاشیه‌ای شهر یا حاشیه نشینی اجتماعی یعنی عدم جذب در فرهنگ شهری است. در مناطق حاشیه نشین، افراد در ساختارهایی غیررسمی با هنجارها و خرده فرهنگ‌های خاص روبه‌رو می‌شوند. همین مسئله سبب می‌شود تا این افراد در چارچوب‌های اجتماعی جذب نشوند. این مسئله یکی از مسائل مؤثر در کاهش سلامت اجتماعی در شهر تهران است که باید به صورت جدی به آن پرداخته شود.

• نظارت بیشتر پلیس بر مناطق آسیب پذیر شهرها با ایجاد مراکز محله‌ای کاهش فقر

ایجاد "مراکز محله‌ای کاهش فقر" نیز می‌تواند با افزایش سلامت اجتماعی و امکان گسترش کنترل اجتماعی به پلیس در دستیابی به امنیت اجتماعی کمک کند. الگوهای مختلفی در جهان برای ایجاد و توسعه این گونه مراکز محله‌ای وجود دارد که با بومی سازی آنها و بهره‌گیری از دانش بومی محلات قدیم تهران، می‌توانیم الگوی بومی مناسب تهران را برای محلات مختلف طراحی کنیم. به طوری که به صورت یک شبکه محله‌ای مرتبط با سایر مؤسسات حمایتی اعم از زیرمجموعه‌های شهرداری، بهزیستی، حقوقی و غیره در کاهش فقر مؤثر باشد.



هر "مرکز محله‌ای کاهش فقر" می‌تواند به وسیله یک هیئت مدیره و مدیر عامل، مدیریت شود. هیئت مدیره از بین سرپرستان خانوارهای زیرخط فقر هر محله و توسط خود آنها انتخاب می‌شود. نظارت بر انتخابات هیئت مدیره توسط یک سازمان مسئول انجام می‌شود. سازمان مسئول می‌تواند سازمان بهزیستی کشور، شهرداری‌ها یا دفتر ریاست جمهوری باشد. اعضای هیئت مدیره برای یک مدت مشخص که در اساسنامه مراکز می‌تواند مشخص شود به کار گمارده می‌شوند و تغییرات آنها نیز بر اساس ارزشیابی و به وسیله سازمان مسئول از طریق انتخابات مجدد انجام می‌شود. مدیرعامل مراکز از بین اعضای هیئت مدیره یا خارج از آن توسط اعضای هیئت مدیره انتخاب و برای مدت مشخص به کار گمارده می‌شود. بهتر است ساختمان محل کارمرکز به صورت معمولی و با شباهت به منزل خانواده‌های فقیر در همان محل تهیه شود. به این صورت افراد احساس غربت و ناآشنایی نمی‌کنند.

اهم برنامه‌های این مراکز می‌تواند به شرح زیر باشد:

- ارائه خدمات مستقیم سازمان‌های مسئول خدمت به فقرا در محله موردنظر؛
- شناسایی آسیب‌های اجتماعی در محله مورد نظر و برگزاری جلسات مشاوره مددکاری اجتماعی؛
- برگزاری جلساتی برای جلب مشارکت‌های مردمی در کنترل اجتماعی؛
- شناسایی نیروی انسانی ساکن در محله تحت پوشش و بررسی وضعیت اشتغال و بیکاری در محله؛
- ایجاد مشاغل جدید در درون محله یا خارج از محله مورد نظر با همکاری نهادهای مسئول.



منابع

- آدام، فیلیپ و کلودین، هرتسلیک (۱۳۸۵). *جامعه شناسی بیماری و پزشکی*، مترجم: دکتر لورانس، تهران، انتشارات دنیا.
- بوزان، باری (۱۳۷۸). *مردم، دولتها و هراس*، تهران: مترجم و ناشر: پژوهشکده اطلاعات راهبردی.
- توسلی، غلامعباس (۱۳۸۲). *مشارکت اجتماعی در شرایط جامعه آنومیک - رابطه آسیب هاو انحرافات اجتماعی با مشارکت اجتماعی*، تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی دانشگاه تهران.
- ترکمانی، علی (۱۳۸۰). *تبیین افول سرمایه اجتماعی، فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال ششم، شماره ۲۳.
- خیراله پور، اکبر (۱۳۸۳). *بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی "مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی"*، پایانامه کارشناسی ارشد دانشکده ادبیات و علوم انسانی گروه جامعه شناسی دانشگاه شهید بهشتی، استاد راهنما: دکتر محمد صادق مهدوی.
- ربانی، رسول و جواد افشار کهن (۱۳۸۳). *تحقیق در عوامل و شرایط مؤثر بر امنیت در شهرها از دیدگاه شهروندان مورد شهر جدید بهارستان، شهرنشینی و امنیت مجله علمی - پژوهشی دانشگاه اصفهان*، ۱۶، شماره ۱.
- سجادی، حمیرا و سیدجلال، صدرالسادات (۱۳۸۴). *شاخص های سلامت اجتماعی، مجله علمی آموزشی اقتصادی- سیاسی اطلاعات*، سال ۱۳۸۴. شماره ۲۰۷.
- شولتز، دوان و سیدنی، ال (۱۳۸۵). *نظریه های شخصیت*، مترجم: یحیی سید محمدی، تهران: نشر ویرایش.
- صالحی، سیدرضا (۱۳۸۵). *امنیت اجتماعی - ویژگی ها و پیامدها، فصلنامه امنیت عمومی*، شماره یک.
- صدیق سروستانی، رحمت اله (۱۳۸۵). *امنیت اجتماعی، شهرنشینی و بوم شناسی هراس*، مجموعه مقالات همایش بررسی نقش روان شناسی و مشاوره و مددکاری اجتماعی در تأمین و توسعه امنیت روانی - اجتماعی، جلد اول، تهران: معاونت اجتماعی نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران.





- محبوبی منش، حسین (۱۳۸۵). تأملی کوتاه درباره آسیب‌های اجتماعی به عنوان مسئله امنیت عمومی، فصلنامه دانش انتظامی، سال هشتم، شماره ۸.
- وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی (۱۳۸۲)، ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، موج دوم، ویرایش اول، تهران: انتشارات طرح‌های ملی

-Farrall, S., Bannister, G., Ditton, J., & Gilchrist, E. (2000). *Social psychology and the fear of crime: Re-examining a speculative model*. *The British Journal of Criminology* 40, 3.

-Keyes, C. L. M.(2004). *Complete Mental Health: an agenda for the 21st century*. Washington

-Larson, j. s.(1996). *The world Health Organization's definition of health:*

- WHO(1948). *Social versus spiritual health*. *Social indicators research Constitution of the World Health Organization, Geneva.*

بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

