

تحلیل جامعه شناختی احساس امنیت بر سلامت اجتماعی زنان ۴۵-۱۵

ساله شهر کرمان

طیبه نیک ورز^{*۱}

تاریخ دریافت: ۹۶/۵/۱۱ تاریخ پذیرش: ۹۷/۴/۲۵

چکیده

سلامت اجتماعی ارزیابی فرد از اجتماع، کیفیت و کمیت درگیر شدن شخص در اجتماع را در برمی‌گیرد. این نوشتار به بررسی ارتباط و شناخت تأثیر احساس امنیت اجتماعی به معنای نبود تشویش، دلهره و نگرانی خاص در رویارویی با امور مربوط به زندگی اجتماعی، بر سلامت اجتماعی زنان می‌پردازد. چارچوب نظری شامل رهیافت ترکیبی درجوزه سلامت اجتماعی و امنیت است و از نظریه‌های کبیز، لارسون و نظریه نیازهای مازلو استفاده شد. روش مورد استفاده در این پژوهش از نظر روش گردآوری داده‌ها، پژوهشی توصیفی (غیرآزمایشی) از شاخه مطالعات پیمایشی بشمار می‌آید و از نظر ارتباط بین متغیرهای پژوهش، از نوع همبستگی است که مقدار سلامت اجتماعی زنان (متغیر وابسته) را با متغیرهای مستقل امنیت اجتماعی، و هم‌چنین، با وضعیت تأهل و اشتغال (متغیر زمینه‌ای) بررسی کرده است. جامعه آماری، زنان ۱۵ تا ۴۵ سال ساکن شهر کرمان است که براساس فرمول کوکران، ۳۸۰ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، براساس مناطق چهارگانه‌ی شهرداری، از راه پرسش‌نامه‌های استاندارد شده، مورد مطالعه و بررسی قرار گرفتند. نتایج بدست آمده حاکی از رابطه مثبت و معنادار آماری بین احساس امنیت و ابعاد آن، با مقدار سلامت اجتماعی زنان است. نتایج رگرسیون چند متغیره نشان داد که احساس امنیت اجتماعی و امنیت فکری زنان به بهترین وجه و امنیت مالی، امنیت جانی و امنیت هویتی در حد ضعیفی متغیر سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند. متغیر وضعیت اشتغال و تأهل، سهمی کم‌تر در تبیین سلامت اجتماعی داشته است. نتایج تحلیل‌مسیر هم نشان دادند که متغیرهای مستقل، به صورت مستقیم تأثیری مثبت و معنادار بر افزایش سلامت اجتماعی زنان دارند.

واژه‌های کلیدی: سلامت اجتماعی، احساس امنیت، زنان.

^۱ - گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

* - نویسنده مسئول مقاله: t.nikvarz@pnu.ac.ir

پیشگفتار

سلامتی برای بیش‌تر انسان‌ها، موضوعی بسیار مهم است و انسان همواره برای رسیدن به آن تلاش می‌کند. سازمان جهانی بهداشت^۱ (۱۹۴۶) برای سلامت انسان، سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی را برمی‌شمرد. این سازمان ضمن توجه دادن کشورها در راستای تأمین سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی اعضای جامعه، بر این نکته تأکید دارد که سلامت، مفهومی چند بعدی است و هیچ‌کدام از ابعاد سلامتی بر دیگری برتری ندارد و امروزه سلامت یک محصول اجتماعی است؛ لذا برای دسترسی به سلامت کامل، تنها سلامت جسمی و روانی کافی نیست؛ بلکه از آن‌جا که انسان در محیطی جمعی زندگی می‌کند، سلامت اجتماعی^۲ نیز ضروری است (Amini Rarani, 2011). سلامت اجتماعی از دو منظر قابل بررسی است؛ گاه یک ویژگی فردی و بخشی از سلامت فرد و گاه ویژگی جامعه و مترادف با جامعه سالم شمرده شده است. از لحاظ فردی، سلامت اجتماعی به نوعی بهداشت روانی- اجتماعی گفته می‌شود که در صورت تحقق آن، شهروندان دارای انگیزه و روحیه شاد بوده و در نهایت، جامعه شاداب و سلامت خواهد بود. گلداسمیت^۳ در مقاله‌ای شاخص‌های سلامت اجتماعی را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر کشوری معرفی می‌کند. وی سلامت اجتماعی را «ارزیابی رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران» (Larson, 1993) تعریف می‌کند که منجر به کارا بودن فرد در جامعه می‌شود. از آن‌جا که موتور اصلی حرکات، رفتار و نگرش‌های ما در جهت کیفی، تفکر ماست و انسان می‌تواند با اتکا به آن مسایل و پدیده‌های پیرامون خود را تجزیه و تحلیل کند و به عملکرد خود جهت دهد. لذا، داشتن تفکرات اجتماعی صحیح و برخوردار بودن فرد از ذهنیت مثبت نسبت به جامعه برای داشتن زندگی اجتماعی بهتر، نخستین و مهم‌ترین مرحله از سلامت اجتماعی می‌باشد (Nikvarz, 2011). در کشور ما با وجود کاستی‌های موجود، بویژه در مناطق محروم، برای سلامت جسمی افراد، گام‌هایی مناسب برداشته شده است، اما آنچه فقدان آن در تمام عرصه‌های کشور محسوس است، توجه نکردن کافی به ابعاد روانی، رفتاری و اجتماعی افراد است. این بی‌توجهی در عصر ارتباطات و جهانی‌سازی، موجب آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی، خودکشی، سیگار کشیدن، فرار از خانه، افت تحصیلی و دیگر آسیب‌های اجتماعی می‌شود. «واقعیت تحولات اجتماعی گویای آن است که چهره بیماری‌ها و اختلالات در حال دگرگونی است و پدیده انتقال همه‌گیر در حال وقوع است و به سرعت پیش می‌رود و موجب بیماری‌ها و اختلالات می‌شود. به‌گونه‌ای که تا سال ۲۰۲۰ در همه جهان، منشأ بر

1 - World Health Organization

2 - Social wellbeing

3 - Goldsmith

هم زنده سلامت، اختلالات و بیماری‌های روانی، رفتاری و اجتماعی خواهد شد» (Marandi, 2006).

از سوی دیگر، زندگی سالم محصول تعامل اجتماعی بین انتخاب‌های فردی از یک سو و محیط اجتماعی و اقتصادی احاطه‌کننده فرد از سوی دیگر است. در این میان، امنیت^۱ به‌عنوان یکی از نیازهای اولیه انسان نقش کلیدی دارد و یکی از عواملی است که به گونه گسترده بر مقدار سلامت اجتماعی افراد مؤثر است. به گونه خاص، امنیت اجتماعی، رابطه مستقیم با کیفیت زندگی افراد دارد. نبود امنیت می‌تواند فضایی از بی‌نظمی ایجاد کند که در آن شهروندان قادر به اعمال کنترل غیررسمی بر اجتماع خود نبوده، بنابراین، منجر به افزایش جرائم و به همراه آن در سطوح بالاتر، احساس ترس شود. احساس ناامنی، مردم را به مراقبت و محافظت افراطی از خودشان واداشته و آنان را از فعالیت‌های اجتماعی بازداشته است و سطح بی‌اعتمادی به دیگران را افزایش می‌دهد (Sarvestani, 2006). امنیت در مفهوم عینی آن، فقدان تهدید علیه ارزش‌هاست و در مفهوم ذهنی آن، فقدان احساس ترس از این‌که چنین ارزش‌هایی مورد حمله قرار خواهد گرفت (Moller, 2000). معنای امنیت در این پژوهش، امنیت بر مبنای مفهوم ذهنی آن و به معنی نبود تشویش، دلهره و نگرانی خاص در مواجهه با امور مربوط به زندگی روزمره اجتماعی است. به گونه ای که افراد با حضور در اجتماع، محیط کار، مکان‌های عمومی، خیابان و...، تا چه حد اطمینان دارند که امنیت آنان تأمین می‌شود و احساس ترس و نگرانی ندارند. در یکی دو دهه اخیر، ترکیبی از تحولات اجتماعی و اقتصادی اغلب جوامع توسعه یافته و در حال توسعه، از جمله کشور ایران نگران‌کننده است. تحولات عمیق و گسترده اقتصادی همراه با فراز و فرودهای فرهنگی، زندگی آحاد جامعه را به شدت دگرگون ساخته است. از یک سو امنیت اقتصادی، واقعیتی که نگرانی عمومی را در زمینه بیکاری فزاینده و هم‌چنین، سایر اشکال رو به گسترش ناامنی شغلی بازتاب می‌دهد که این مسئله جدی دوران ماست و از سوی دیگر، کاهش رو به تشدید امنیت اقتصادی، ذهنیت ناامنی در جامعه، ناامنی در خیابان‌ها، آسیب‌پذیری منازل و دیگر تهدیدها را نسبت به سلامت شهروندان تقویت کرده است (Ahmadi & Esmaeili, 2010). از آن‌جا که محور توسعه پایدار، انسان سالم است و جوامع امروزی خواستار ایجاد بستر مناسب برای تولید و شتاب لازم برای رسیدن به توسعه همه‌جانبه هستند، بحث امنیت اجتماعی بویژه در تأمین بهداشت اجتماعی و روانی و در کاهش آسیب‌های اجتماعی و روانی، هم‌چنین، در گسترش سلامت اجتماعی و روانی اهمیت بسیاری دارد. بنابراین، آرامش، رفاه، رشد، شکوفایی انسان، بروز استعدادها و خلاقیت‌ها و نیل به تمام کمالات انسان در سایه امنیت، از جمله امنیت اجتماعی حاصل خواهد شد و زنان به عنوان نیمی از جامعه، از جمله

^۱-Security

اقتدار آسیب‌پذیری هستند که سلامتی آن‌ها می‌تواند سلامتی جامعه را به همراه داشته باشد. زنانی که از امنیت اجتماعی بالایی برخوردارند، از نظر سلامت اجتماعی نیز در وضعیتی مطلوب قرار خواهند گرفت. زنانی که از سلامت اجتماعی بالایی بهره‌مند باشند، دارای روحیه شاداب بوده و شهروند فعال و مسئولیت‌پذیر خواهند بود، آنان با موفقیتی بیش‌تر می‌توانند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی کنار بیایند و به احتمال زیاد، می‌توانند مشارکت بیش‌تری در فعالیت‌های جمعی داشته باشند، در نتیجه، باید انتظار داشت تطابق آنان با هنجارهای اجتماعی بیش‌تر خواهد شد. شرایطی که می‌تواند نقشی مهم در پیشگیری از انحراف که ابعادی فراتر از قلمرو رفتارهای فردی دارد، داشته باشد (Fathi, 2011). در این راستا، موضوع سلامت اجتماعی زنان مسئله‌ای حیاتی است. اهمیت این مسئله زمانی بیش‌تر خواهد شد که برخی مطالعات نشان از روند فزاینده مشکلات این قشر می‌دهند. نگاهی مختصر به پژوهش‌های انجام گرفته در مورد امنیت و سلامت اجتماعی زنان در ایران نشان می‌دهد که همواره سلامت و امنیت زنان در معرض تهدید است. از این‌رو، چنین به نظر می‌رسد که بحث سلامت اجتماعی زنان بیش از پیش اهمیت یافته است.

این پژوهش در پی تبیین ارتباط و هم‌چنین، شناخت تأثیر احساس امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان ۴۵-۱۵ سال شهر کرمان است. بر این اساس، مهم‌ترین سوالاتی که در فرایند پژوهش در پی پاسخگویی به آن‌ها هستیم، عبارتند از: ۱- مقدار بهره‌مندی از سلامت اجتماعی و هر یک از ابعاد آن در بین زنان شهر کرمان در چه حدی است؟ ۲- مقدار بهره‌مندی از احساس امنیت اجتماعی و هر یک از ابعاد آن در بین زنان شهر کرمان در چه حدی است؟ ۳- شدت رابطه (همبستگی) میان متغیر سلامت اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی چه مقدار است؟

بررسی پیشینه پژوهش

بخارایی و همکاران (2015) در پژوهشی با عنوان مطالعه رابطه متغیر نشاط و سلامت اجتماعی در بین جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال شهرستان ملایر پرداختند. چارچوب نظری شامل رهیافت ترکیبی در حوزه سلامت اجتماعی و نشاط، از شاخص‌های کبیز، لارسون و دورکیم، رویکرد ونیهوون و آرگایل، داینر و نظریه لذت‌گرایی بوده است. یافته‌ها نشان می‌دهند که مقدار سلامت اجتماعی جوانان در سطح متوسط و رو به بالا (۴۰/۴۴) ارزیابی شده است. هم‌چنین، مقدار سطح نشاط و شادکامی در بین این جوانان در حد متوسط (۴۴/۲۶) برآورد شده و نتایج بدست آمده، بیانگر همبستگی متوسطی (۰/۲۴) میان متغیرهای نشاط اجتماعی و سلامت اجتماعی هست. یزدان‌پناه و نیک‌ورز (۲۰۱۵) پژوهشی با عنوان رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه شهید باهنر در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ انجام داده‌اند؛ نتایج بدست آمده حاکی

از آن است که اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی، دسترسی به امکانات و خدمات محیطی، ارزیابی فرد از طبقه اجتماعی خود و خانواده و از بین متغیرهای زمینه‌ای، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، محل تولد و رشته تحصیلی با سلامت اجتماعی رابطه‌ای معنادار دارند. براساس نتایج بدست آمده از رگرسیون مشخص شد، ۵۹ درصد از تغییرات واریانس سلامت اجتماعی به وسیله دو متغیر اعتماد و مشارکت اجتماعی تبیین می‌شود. مردانی (۲۰۱۴) در پایان نامه کارشناسی ارشد خود به بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه یزد پرداخت. نمونه آماری وی، ۳۸۴ نفر از دانشجویان دانشگاه یزد در سال ۹۳-۱۳۹۲ است. نتایج پژوهش نشان دادند که بین سن، پیشرفت تحصیلی، معدل، سلامت جامعه، گرایش به اعتیاد، شبکه‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی، رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد. همچنین، در آزمون رگرسیون چند متغیره به ترتیب متغیرهای پیشرفت تحصیلی، سلامت جامعه، شبکه‌های اجتماعی، سن، حمایت اجتماعی و معدل و گرایش به اعتیاد در تبیین تغییرات و پیش‌بینی سلامت اجتماعی دانشجویان نقش داشته و در مجموع ۸/۳۸ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین می‌کند. سام آرام (۲۰۰۹) در مقاله‌ای به بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور می‌پردازد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که رابطه‌ای مستقیم بین افزایش ناامنی اجتماعی و کاهش مقدار سلامت اجتماعی در جامعه وجود دارد. همچنین شاخص مشارکت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت اجتماعی است که از مهم‌ترین عوامل تحقق پلیس جامعه محور، یعنی توانمندسازی اجتماع بمنظور کمک به رفع و حل مشکلات افزایش جرم و بی‌نظمی در اجتماع است. بنابراین، امکان تحقق اهداف پلیس جامعه محور در جامعه‌ای با افراد دارای سلامت اجتماعی بالا به دلیل سهولت مشارکت اجتماعی و افزایش اعتماد اجتماعی بیش‌تر است. کیکوگنانی و همکارش در پژوهشی سعی کردند تا به ارزیابی ارتباط بین مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع در میان دانشجویان جوان ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی و تأثیر این دو متغیر بر سلامت اجتماعی بپردازند. نمونه آماری ۲۰۰ دانشجوی ایتالیایی، ۱۲۵ دانشجوی آمریکایی و ۲۱۴ دانشجوی ایرانی بوده است. نتایج نشان داده، مقدار بالاتر مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع و سلامت اجتماعی در بین دانشجویان آمریکایی بیش‌تر است. در سه گروه، درک از اجتماع به گونه مثبت بر مشارکت اجتماعی تأثیرگذار بوده است و تنها در دانشجویان ایتالیایی، مشارکت اجتماعی پیش‌بینی‌کننده سلامت اجتماعی بوده است (Cicognani & et al, 2007). کیزی و شاپیرو در مقاله‌ای به رابطه سلامت اجتماعی با متغیرهای جمعیت شناختی از قبیل جنسیت، تأهل، وضعیت شغلی و... پرداختند. در این پژوهش، وضعیت شغلی برای سلامت اجتماعی زنان مهم‌تر از مردان است و زنانی که وضعیت شغلی پایین‌تری داشتند، سلامت اجتماعی کم‌تری نسبت به مردانی با همان جایگاه شغلی گزارش دادند؛ بر این اساس می‌توان گفت همان‌گونه که جایگاه شغلی افزایش می‌یابد، زنان

نسبت به مردان، به گونه‌ای فزاینده سطوح بالاتری از پذیرش، مشارکت و انسجام اجتماعی را گزارش می‌کنند (Keyes & Shapiro, 2004). مک آرتور^۱ (۱۹۹۵) مطالعه‌ای با عنوان بررسی اپیدمیولوژی سلامت اجتماعی در ایالت متحده انجام داد. وی هدف این پژوهش را دستیابی به مقدار شیوع سلامت اجتماعی سطح بالا و پایین و چگونگی توزیع سلامت اجتماعی در جمعیت با توجه به متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی بیان می‌کند. با توجه به یافته‌هایی که مک آرتور از شاخص سازی و مقیاس بندی متغیر سلامت اجتماعی بدست آورد، نشان‌دهنده این است که اکثریت افراد بزرگسال ایالات متحده، سلامت اجتماعی سطح متوسط تا بالا دارند، اما نسبتی شایان توجه از جمعیت، سلامت اجتماعی بسیار پایینی داشتند که از نظر بهداشت روان می‌توان آن را به عنوان یک ناسالمی اجتماعی در نظر گرفت (Kangarlou, 2008).

با مرور پژوهش‌های خارجی مشخص شد که بیش‌تر این پژوهش‌ها با استفاده از روش تحلیل داده‌های آماده انجام شده است و از نوع پیمایشی بوده و بیش‌تر در کشور آمریکا و از جنبه روان‌شناختی مورد تحلیل قرار گرفته‌اند. به گونه‌ای که اکثراً سلامت را معادل سلامت روانی و جسمانی قرار داده و به جنبه اجتماعی سلامت توجهی خاص نشده است. لذا، در این پژوهش تلاش شده است برای پر کردن این خلأ، تا آنجا که امکان دارد به شناسایی عوامل اجتماعی (امنیت اجتماعی) تأثیرگذار، پرداخته شود. از سوی دیگر، مرور پژوهش‌های داخلی نیز نشان داد که مدت زیادی از ورود این مفهوم (سلامت اجتماعی) به عرصه پژوهش‌های کشور نمی‌گذرد و فراوانی مقالات در حوزه سلامت اجتماعی نسبتاً پایین است. هم‌چنین، بیش‌تر پژوهش‌هایی که پیرامون سلامت اجتماعی در ایران انجام شده است، در مورد دانشجویان و جوانان، بوده است (Kangarlou, 2008 & Tabardarzi, 2008). روشن است که کم‌تر پژوهشی با موضوع تأثیر عوامل اجتماعی نظیر امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان انجام گرفته است که این پژوهش درصدد به انجام رساندن این مهم است.

مبانی نظری

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 در برمی‌گیرد. روی هم رفته، ما می‌توانیم سلامت را بر حسب دو عامل مورد بحث قرار دهیم؛ یکی واحد تحلیل که می‌تواند شخص، خانواده، اجتماع و در کل جامعه باشد و دوم جنبه یا ترکیبی از جنبه‌هایی که شخص به آن‌ها توجه دارد؛ یعنی جغرافیایی، اقتصادی، اجتماعی، روانی، جسمانی و یا احساسی. این

¹-Mack Arthur

دو عامل می‌توانند به عنوان دو محور از یک نمودار، برای داشتن انواع گوناگونی از سلامت در نظر گرفته شوند (Parry, 1987). بنابراین، عوامل ساختاری، اجتماعی و فردی با سطوحی متفاوت از سلامتی در ارتباط است. سلامت، چه فردی و چه جمعی، بی‌تردید از مهم‌ترین ابعاد مسایل حیات انسان است و شرطی ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی است. همه انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیتی کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آن‌ها را سالم بداند. لارسن (۱۹۹۶) سلامت اجتماعی را گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که متعلق به آن‌هاست، تعریف می‌کند و بر این باور است «مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد و شامل آن دسته از پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر، رفتار) است که نشان‌دهنده رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش است» (Nikvarz, 2011). کبیز (۲۰۰۴) نیز مثل لارسن بر این باور است که سلامت روانی، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خود در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی و هیجانی و شامل تکالیف و درگیری‌های اجتماعی است. در واقع سلامت اجتماعی در نظر کبیز از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشأت می‌گیرد. بر اساس نظر کبیز «حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت و بویژه 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؟ سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع نشان می‌دهند، چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی‌اش مثلاً به عنوان همسایه، همکار و شهروند عملکرد خوبی دارد» (Keyes & Shapiro, 2004). از این رو، او سلامت اجتماعی را «ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آن‌هاست، می‌داند» (Keyes, 1998). کبیز بر این باور است سلامت اجتماعی را می‌توان ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف کرد (Keyes, 2004). از نظر کبیز، هیچ ادبیات پژوهشی روی سلامت اجتماعی در بعد فردی وجود ندارد. لذا، وی در یک تحلیل عاملی گسترده، پیشنهاد می‌دهد که سلامت اجتماعی افراد از پنج بخش زیر تشکیل شده است:

۱ - یکپارچگی 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، بنابراین، یکپارچگی اجتماعی گستره است که مردم احساس می‌کنند با دیگران وجه مشترکی دارند و به جامعه و گروه‌های اجتماعی تعلق دارند. این مفهوم در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی سیمن^۲ و آگاهی طبقاتی مارکس قرار می‌گیرد (Keyes, 1998).

¹ - social integration

² - seeman

۲- مشارکت اجتماعی^۱: بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. کسانی که سطحی مطلوب از این بعد را دارا هستند، اعتقاد دارند که عضو مهمی در اجتماع هستند و چیزهایی ارزشمند برای ارایه به دیگران دارند. مشارکت اجتماعی نشان‌دهنده 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 به عنوان کمک اجتماعی تلقی می‌شود.

۳- پذیرش اجتماعی^۲: تفسیر فرد از جامعه و ویژگی‌های دیگران است. افرادی که دارای این بعد از سلامت اجتماعی هستند، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد گوناگون درک می‌کنند و دیگران را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی‌ای که دارند، می‌پذیرد و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند.

۴- پیوستگی (انطباق) اجتماعی^۳: اعتقاد به این‌که اجتماع قابل فهم، منطقی و پیش‌بینی پذیر است. افرادی که از نظر اجتماعی سالمند، نه تنها درباره نوع جهانی که در آن زندگی می‌کنند بلکه هم‌چنین، راجع به آنچه اطرافشان رخ می‌دهد، علاقه‌مند بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند. این مفهوم در مقابل بی‌معنایی در زندگی است و درحقیقت درکی که فرد نسبت به کیفیت، سازمان دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد (Keyes & Shapiro, 2004).

۵- شکوفایی اجتماعی^۴: عبارت است از ارزیابی پتانسیل‌ها و مسیر تکامل جامعه و باور به این‌که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌هایی بالقوه برای تحول مثبت دارد. این افراد به آینده جامعه امیدوارند و براین باورند که خود و دیگران از پتانسیل‌هایی برای رشد اجتماعی بهره‌مند هستند و جهان می‌تواند برای آن‌ها و دیگران بهتر شود (Keyes, 2004).

از سوی دیگر، مقوله امنیت نیز از ابتدای خلقت انسان به عنوان یک ضرورت در بقا مطرح بوده و به جرأت می‌توان مدعی شد که امنیت، بستر اصلی سلامت اجتماعی است و اگر سلامت اجتماعی را در غایت برنامه‌های رفاهی، خود رضایتمندی از زندگی در نظر بگیریم، قطعاً بدون تحقق امنیت در ابعاد گوناگون، چنین هدفی امکان‌پذیر نخواهد شد (Amid Zanjani, 1998) زیرا ترس و ناامنی در طول زمان، تأثیر ویرانگر و منفی بر کیفیت زندگی می‌گذارد و منجر به مراقبت و محافظت غیرضروری مردم از خودشان می‌شود (Wilson-Donges, 2000). برای درک جامعه‌شناختی احساس امنیت اجتماعی زنان از دیدگاه نظریه‌پردازان مکتب کپنهاگ و تئوری چلبی استفاده شده است. از

¹ - social contribution

² - social acceptance

³ - social coherence

⁴ - social actualization

دیدگاه بوزان، امنیت اجتماعی عبارت است از: «توانایی گروه‌های گوناگون صنفی، قومی، محلی، جنسی و غیره در حفظ هستی و هویت خود». در واقع بوزان امنیت را حالت فراغت از تهدید هویت جمعی و گروهی تلقی می‌کند که می‌توان آن را شامل تمهیداتی برای حفظ زندگی اعضای جامعه و رفع تهدید از عنصر اتصال‌دهنده اعضای جامعه به یکدیگر در نظر گرفت و این احساس امنیت از راه اعتماد به ترجمان‌های تأمین‌کننده امنیت، دولت، مدرسه، نظام اقتصادی، خانواده، شبکه دوستان و غیره تأمین می‌شود (Kamran & Nazarlou, 2010). امنیت اجتماعی از نظر بوزان، به حفظ مجموعه ویژگی‌هایی ارجاع دارد که افراد بر مبنای آن خودشان را به عنوان عضو یک گروه اجتماعی قلمداد می‌کنند، یعنی حوزه‌ای از حیات اجتماع که فرد خود را به ضمیر ما، متعلق و منتسب می‌داند و در برابر آن احساس تعهد و تکلیف می‌کند، بدین جهت است که بوزان مفهوم ارگانیکی امنیت اجتماعی را هویت دانسته و امنیت اجتماعی را مترادف امنیت هویت تلقی می‌کند (Shekarbeygi & Aghaii & Ghobadi, 2011). هم‌چنین، بر اساس دیدگاه بوزان می‌توان گفت که همبستگی افراد یک جامعه، افزون بر حفظ و بقاء، نیازمند حمایت و تقویت نیز است که این امر در سایه برخورداری از امکاناتی گوناگون چون آموزش، بهداشت، رفاه، آزادی و غیره بهره‌مند می‌شوند. احساس خشنودی از تعلق داشتن به چنین جامعه‌ای باعث می‌شود که دل‌بستگی میان آن‌ها تقویت شده و در نتیجه، امنیت اجتماعی افزایش خواهد یافت (Nabavizade, 2008). از سوی دیگر، مسعود چلبی در نظریه امنیت اجتماعی بر این باور است که چهار علقه افضل و عام برای انسان وجود دارد که عبارتند از: علقه شناختی، مادی، اجتماعی و امنیتی. در علقه امنیتی انسان به عنوان موجودی هدفمند بالقوه مضطرب در جهت حفظ آرامش و صیانت خود در ارتباط با محیط‌های اثباتی و اجتماعی و در پی رسیدن به اهداف خود است. برای علقه امنیتی چهار بعد اساسی قائل شده است که عبارتند از: امنیت مالی، امنیت جانی، امنیت گروهی و امنیت فکری (Sheikhi, 2011). در این پژوهش برای تبیین متغیر مستقل امنیت اجتماعی از چهار بعد امنیت مالی، امنیت جانی، هویتی و فکری چلبی استفاده شده است.

با توجه به تعاریفی که ذکر شد، دو مفهوم سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی، تأثیر دوسویه بر هم دارند. فقدان سلامت اجتماعی، حاصل عدم جذب افراد در چارچوب‌های اجتماعی و در نتیجه عدم جامعه‌پذیری صحیح آن‌هاست. بنابراین، سلامت اجتماعی عاملی مهم در کنترل آسیب‌ها و مسایل اجتماعی و حفظ نظم اجتماعی و در نهایت، تأمین امنیت اجتماعی است (Samaram, 2009).

هم‌چنین، برای تبیین تأثیر امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی افراد، از نظریه هرم نیازهای مازلو استفاده شده است. توجه به هرم نیازهای مازلو و الگوی نظری او، تأثیر امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی را به خوبی آشکار می‌کند. مازلو، نیازهای اساسی انسان را در یک هرم جای داده

است که دارای پنج طبقه است. طبقات پایین تر هرم، نیازهای حیاتی تر و ساده تر و طبقات بالاتر، نیازهای پیچیده تر، ولی کم تر حیاتی را نشان می دهند. نیازهای طبقات بالاتر فقط وقتی مورد توجه قرار می گیرند که نیازهای طبقات پایین تر برطرف شده باشند. هرگاه نیازهای فردی به طبقه بالاتر حرکت کرد، نیازهای طبقات پایین تر چندان مورد توجه اصلی او نخواهد بود (Sholtez & Alen, 1996).

طبقه نخست: نیازهای 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 بیماری ها و... طبقه سوم: اجتماعی، شامل دوستی، صمیمیت، خانواده پشتیبان و روابط مناسب داشتن با انسان ها، تعلق داشتن و پذیرفته شدن. 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 انگیزش بخش) نیاز به تعلق و پذیرش در اجتماع، نیازهای ذهنی و فکری، نیازهای زیباشناختی و نیاز به خودشکوفایی نیز در این دسته قرار می گیرند (Sholtez & Allen, 1996). به باور مازلو، مرحله نهایی تکامل فرد وقتی رخ می دهد که او از لحاظ برآورده شدن نیازهای پایه اش (طبقه یک تا چهار) احساس امنیت و آرامش کند. در چنین وضعیتی او تمرکز خود را بر شکوفا کردن استعدادهای نهفته اش برای تبدیل شدن به یک انسان مؤثر، خلاق و دارای بینش و بصیرت خواهد گذاشت.

با توجه به توضیحات بالا، برای دستیابی به جامعه ای که از نظر اجتماعی سالم باشد، باید اعضای جامعه از نظر دسترسی به امکانات اولیه و نیازهای اساسی زندگی خود، تأمین باشند و همان گونه که از هرم مازلو پیداست، نیاز به امنیت از مهم ترین و اساسی ترین نیازهای انسان بشمار می رود. البته، تأثیری دوسویه بین امنیت و سلامت اجتماعی وجود دارد. به گونه ای که افزون بر این که بر اساس هرم نیازهای مازلو، تأمین نیاز امنیت انسان، می تواند زمینه ساز نیازهای دیگر و تأمین سلامت اجتماعی (که وابسته به رده سوم تا پنجم هرم است) باشد افزون بر آن، سلامت اجتماعی نیز می تواند به افزایش احساس امنیت کمک کند (Samaram, 2009). با بررسی نتایج پژوهش ها و تئوری ها و استخراج متغیرهای اصلی پژوهش به گونه ای که در چارچوب نظری آمده، فرضیه های اصلی رقم خورد:

- ۱- به نظر می رسد مقدار سلامت اجتماعی، در بین زنان شاغل و غیر شاغل متفاوت است.
- ۲- به نظر می رسد مقدار سلامت اجتماعی، در بین زنان متأهل و مجرد متفاوت است.
- ۳- به نظر می رسد احساس امنیت اجتماعی زنان بر سلامت اجتماعی آنها تأثیر دارد.
- ۴- به نظر می رسد بعد مالی امنیت اجتماعی زنان بر سلامت اجتماعی آنها تأثیر دارد.
- ۵- به نظر می رسد بعد فکری امنیت اجتماعی زنان بر سلامت اجتماعی آنها تأثیر دارد.

۶- به نظر می‌رسد بعد هویتی امنیت اجتماعی زنان بر سلامت اجتماعی آن‌ها تأثیر دارد.

۷- به نظر می‌رسد بعد جانی امنیت اجتماعی زنان بر سلامت اجتماعی آن‌ها تأثیر دارد.

روش‌شناسی پژوهش

روش مورد استفاده در این پژوهش از نظر چگونگی گردآوری داده‌ها، پژوهشی-توصیفی (غیرآزمایشی) از شاخه مطالعات پیمایشی بشمار می‌آید و از نظر ارتباط بین متغیرهای پژوهش، از نوع همبستگی است که مقدار سلامت اجتماعی زنان (متغیر وابسته) را با متغیرهای مستقل؛ امنیت اجتماعی و هم‌چنین، با وضعیت تأهل و اشتغال (متغیر زمینه‌ای) بررسی کرده است. جامعه آماری را تمامی زنان ۱۵ تا ۴۵ سال ساکن شهر کرمان در سال ۱۳۹۴ تشکیل دادند. بر اساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰، تعداد کل زنان شهر کرمان ۴۳۱۳۷۷ نفر بوده است و حجم نمونه آن با استفاده از فرمول کوکران، با خطای برآورد ۵ درصد و فاصله اطمینان ۹۵ درصد، ۳۸۰ نفر در نظر گرفته شد. در این‌جا به دلیل وسعت جغرافیایی و ناهمگونی جامعه آماری، ابتدا از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد. خوشه‌های این پژوهش مناطق چهارگانه شهر کرمان است که بر اساس نقشه شهرداری، از میان این مناطق، هشت خیابان به صورت تصادفی انتخاب شدند و در مرحله بعد، از بین خیابان‌های انتخاب شده، کوچه‌ها دسته‌بندی و منازل براساس پلاک زوج و فرد انتخاب شدند. هم‌چنین، در هر منزل از بین زنان ۱۵ تا ۴۵ سال آن منزل یک نفر با روش تصادفی ساده انتخاب و پرسش‌نامه مورد نظر به وسیله او تکمیل شد. گفتنی است که در این پژوهش، گردآوری داده‌ها به صورت مصاحبه حضوری مبتنی بر پرسش‌نامه انجام گرفت. در این پژوهش واحد مشاهده، فرد و واحد تحلیل در سطح خرد است و روش تجزیه و تحلیل داده‌های توصیفی- استنباطی است. برای توصیف داده‌ها از آمارهای توصیفی؛ میانگین، انحراف معیار و درصد فراوانی، و برای تحلیل داده‌ها با توجه به فرضیه‌های پژوهش از آمارهای استنباطی مناسب هر یک از فرضیه‌ها، از جمله آزمون t، همبستگی پیرسون برای رابطه بین متغیرها و تحلیل رگرسیون و تحلیل مسیر برای تأثیر متغیرها با استفاده از نرم‌افزار آماری spss استفاده شد. ب‌منظور گردآوری داده‌های مورد نظر برای متغیر وابسته از پرسش‌نامه استاندارد سلامت اجتماعی کیزی و برای سؤالات مربوط به امنیت جانی، مالی و هویتی از پرسش‌نامه‌ی امنیت ناجا و برای بعد امنیت فکری از پرسش‌نامه پژوهش احسان و اسماعیل حسونند و حمید جربانی استفاده شده است.

کیزی (۱۹۹۸) براساس مدل نظری خود از سلامت اجتماعی، این مقیاس را تهیه و برای بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس، آن را طی دو مطالعه بر روی دو نمونه ۳۷۳ و ۲۸۸۷ نفری در آمریکا اجرا کرد. وی با استفاده از تحلیل عوامل تأییدی مدل ۵ بعدی بکار رفته در پرسش‌نامه خود،

از نظر تجربی مورد تأیید قرار داد که آلفای کرونباخ بدست آمده برای کل مقیاس ۷۸ درصد بوده است. پرسش‌نامه سلامت اجتماعی استفاده شده شامل ۳۲ گویه و دارای پنج زیر مقیاس یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پیوستگی اجتماعی است. پرسش‌نامه احساس امنیت اجتماعی نیز دارای ۲۴ سؤال و شامل امنیت جانی، مالی، هویتی و فکری است که برای سؤالات مربوط به امنیت جانی، مالی و هویتی از آزمون اندازه‌گیری امنیت ناجا استفاده شده است. این پرسش‌نامه با استفاده از اعتبار محتوا (تعیین مقدار توافق داوران) و اعتبار سازه (روش تحلیل عوامل)، مورد سنجش قرار گرفته که همه ضرایب توافق داوران بالاتر از ۹۲ درصد بوده که بسیار مطلوب است. هم‌چنین، برای سنجش بعد امنیت فکری از پرسش‌نامه پژوهش احسان و اسماعیل حسنونند و حمید جربانی (۲۰۰۹) استفاده شده است که ضریب همبستگی آلفای کرونباخ شاخص مذکور را معادل ۸۵ درصد نشان داده‌اند که بسیار مطلوب است. این شاخص (امنیت فکری) با پنج سؤال اندازه‌گیری و پیوستار پاسخ‌ها بر پایه طیفی از خیلی زیاد، زیاد تا حدی، کم و خیلی کم رتبه‌بندی شده است. هم‌چنین، تمام پاسخ‌ها از یک تا پنج کدگذاری شده و نمره هر سؤال بین یک تا پنج است.

برای ارزیابی پایایی پرسش‌نامه از ضرایب آلفای کرونباخ استفاده شده است. بدین منظور پس از تکمیل پرسش‌نامه در یک نمونه ۳۵ نفری اقدام به احتساب ضریب آلفای کرونباخ شد و گویه‌های نامناسب حذف و دوباره محاسبه انجام گرفت. مقدار آلفای کرونباخ برای متغیر وابسته‌ی سلامت اجتماعی ۰/۸۸ و برای متغیرهای مستقل بین ۰/۷ تا ۰/۹ برآورد شده است که نشان از پایایی و همسازی درونی نسبتاً بالای سازه‌ها است.

جدول ۱- مقدار آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش.

نام متغیر	تعداد گویه‌ها	مقدار آلفای کرونباخ
سلامت اجتماعی (کل)	۳۲	۰/۸۸۵
یکپارچگی اجتماعی	۷	۰/۷۹۶
پذیرش اجتماعی	۷	۰/۸۰۱
مشارکت اجتماعی	۶	۰/۷۵۰
پیوستگی (انطباق) اجتماعی	۵	۰/۷۶۹
شکوفایی اجتماعی	۷	۰/۷۳۲
احساس امنیت اجتماعی (کل)	۲۴	۰/۹۱۷
امنیت مالی	۸	۰/۸۴۳
امنیت جانی	۷	۰/۷۸۸
امنیت فکری	۵	۰/۸۰۲
امنیت هویتی	۴	۰/۷۶۳

تعریف نظری و عملیاتی متغیرها

سلامت اجتماعی (متغییر وابسته): براساس تعریف کیزی، «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 سوی جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است» (Keyes, 2002). در این جا مقدار سلامت اجتماعی زنان به وسیله مقیاس ۳۲ گویه ای کیزی، در چارچوب طیف پنج گزینه‌ای لیکرت ارزیابی شد که شامل پنج بعد یکپارچگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پیوستگی اجتماعی است که مقدار کارکرد بهینه افراد را در عملکرد اجتماعی‌شان معلوم می‌کند.

انسجام اجتماعی: ارزیابی افراد از کیفیت روابطشان با جامعه و گروه‌های اجتماعی. در واقع این بعد به احساس حمایت شدن از سوی جامعه و سهم داشتن در آن اشاره دارد. پذیرش اجتماعی: عبارت است از داشتن گرایش‌های مثبت نسبت به افراد، تصدیق کردن دیگران و رویهم رفته، پذیرفتن افراد با وجود برخی رفتارهای سردرگم کننده و پیچیده آنان. مشارکت اجتماعی، یعنی این که به چه مقدار فرد احساس می‌کند که آنچه در دنیا انجام می‌دهد، به وسیله اجتماع ارزشمند تلقی می‌شود و در رفاه عمومی مؤثر است. شکوفایی اجتماعی: ارزیابی توان بالقوه و مسیر تکاملی اجتماع و باور به این که اجتماع در حال تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه برای تحول

مثبت دارد که از راه نهادهای اجتماعی و افراد، قابل شناسایی است. انطباق اجتماعی: باور به این که اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است. دانستن و علاقه‌مند بودن به جامعه و مسایل مربوط به آن (Keyes, 1998).

احساس امنیت (متغیر مستقل): فرهنگ معین امنیت را چنین معنا می‌کند: ایمن شدن و در امان بودن، نداشتن بیم. در این پژوهش احساس امنیت بر مبنای مفهوم ذهنی یعنی نبود تشویش، دلهره و نگرانی خاص در مواجهه با امور زندگی روزمره اجتماعی مد نظر است (Nasiri, 2002) که در چهار حوزه زیر مورد بررسی قرار گرفت.

امنیت جانی: یعنی تضمین جسم و جان افراد در مقابل خطرات و آسیب‌هایی که مانع ادامه حیات آنان شود (HoseiniNasar & Ghasemi, 2012). بنابراین، شرایط احساس امنیت جانی شرایطی است که هیچ‌گونه تهدیدی علیه جان افراد جامعه وجود نداشته باشد (Tajbakhsh & colleagues, 2013). این متغیر با استفاده از هفت گویه، احساس ناامنی جانی را در هنگام مسافرت، تنها ماندن در منزل به هنگام شب و روز، هنگام خروج از بانک و... می‌سنجد.

امنیت مالی: عبارت است از تضمین دارایی‌های افراد از سرقت و دزدی و احساس و اطمینان خاطری که از تأمین نیازهای مادی و مالی، بدست می‌آید (Hoseini Nasar & Ghasemi, 2012). این متغیر با استفاده از هشت گویه در زمینه سرقت اموال از جمله هنگام خروج از بانک، حمل کیف دستی در خیابان، هنگام سپرده‌گذاری کلان در بانک و... سنجیده است.

امنیت فکری: یعنی افراد جامعه تا چه حد احساس می‌کنند که می‌توانند باورهای خود را آزادانه بیان کنند و فعالیت‌های سیاسی، پیامد منفی برای آن‌ها نداشته باشد (Tajbakhsh & colleagues, 2013). برای سنجش این متغیر از گویه‌هایی (۵ گویه) مثل: راحتی در بیان باورها در جامعه، آزادی در انتخاب مذهب و اعتقادات، وجود روزنامه‌های گوناگون برای بیان باورها و... استفاده شده است.

امنیت هویتی: حفظ هویت، شاخص مهمی از امنیت اجتماعی است که برای تک‌تک افراد جامعه، امکان حفظ و تداوم آن دسته از ارزش‌ها و وجوهی است که آن‌ها را از یکدیگر متمایز می‌سازد. این احساس متمایز بودن در سطح فردی و اجتماعی قابل شناسایی است. به این معنی، تصور مثبت یا منفی فرد در مورد امکان حفظ عناصر ذاتی، نشان از وجود یا عدم وجود امنیت تلقی می‌شود (Hasanvand & colleagues, 2009). در این پژوهش، امنیت هویتی با چهارگویه سنجیده شده است که پاسخگو، مقدار رواج آن را در جامعه خویش با گزینه‌های خیلی زیاد، زیاد، تا حدودی، کم و خیلی کم مشخص می‌کند؛ رواج برخی از الگوهای ناصحیح فرهنگ غربی، زیر سؤال رفتن هویت زن ایرانی، کاهش گرایش به ارزش‌های دینی و کاهش تفاهم بین اعضای خانواده.

هم‌چنین، در این پژوهش متغیرهای وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل به‌عنوان متغیر زمینه‌ای در نظر گرفته شده است.

یافته‌های پژوهش

براساس نتایج توصیفی بدست آمده، بیش‌ترین پاسخگویان یعنی ۴۸/۵ درصد، در گروه سنی ۳۵ - ۲۶ سال و کم‌ترین پاسخگویان با ۱۵/۷ درصد در گروه سنی ۴۵-۳۶ سال قرار داشتند. از بین مجموع پاسخگویان، ۴۱/۷ درصد مجرد و ۵۶/۳ درصد، یعنی بیش‌تر از نیمی از پاسخگویان متأهل بودند. بیش‌ترین پاسخگویان یعنی، ۵۱/۴ درصد دارای تحصیلات لیسانس و کم‌ترین تعداد پاسخگویان یعنی، ۲۳/۲ درصد دیپلم بودند. بیش‌ترین پاسخگویان با ۵۵/۸ درصد غیر شاغل و ۴۴/۲ درصد نیز شاغل می‌باشند. اکثر پاسخگویان، درآمد ماهیانه افراد خانواده خود را بین ۸۰۰ تا یک میلیون و پانصد هزار تومان (۴۸/۱ درصد) اعلام داشته‌اند و تنها ۱۶/۴ درصد زنان گفته‌اند که درآمد ماهیانه افراد خانواده‌شان، ۸۰۰ هزار تومان و کم‌تر از آن است. در این پژوهش، شاخص سلامت اجتماعی بر اساس گویه‌ها و شاخص‌سازی کیبیز، سنجیده شد. که آمار توصیفی این متغیرها در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول ۲- خلاصه توزیع فراوانی و شاخص‌های آماری سلامت اجتماعی و ابعاد آن.

متغیر	کم	متوسط	زیاد	میانگین	انحراف معیار
یکپارچگی اجتماعی	۲۰/۸	۳۲/۵	۴۶/۷	۲۵/۶	۱/۴۱
پذیرش اجتماعی	۳۵/۳	۴۵/۳	۱۹/۴	۱۷/۳	۱/۴۹
مشارکت اجتماعی	۲۶/۲	۵۴/۶	۲۰/۲	۱۷/۸	۱/۱۴
انطباق اجتماعی	۴۷	۲۸/۷	۲۴/۳	۱۱/۶	۱/۲۵
شکوفایی اجتماعی	۴۰/۸	۳۷/۳	۲۱/۹	۱۴/۵	۱/۲۹
سلامت اجتماعی (کل)	۱۹/۲	۶۸/۶	۱۷/۸	۹۷/۹	۴/۱

همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد، ۶۸/۶ درصد از زنان شهر کرمان دارای سلامت اجتماعی در حد متوسط، ۱۷/۸ درصد سلامت اجتماعی بالا و ۱۹/۲ درصد سلامت اجتماعی پایینی دارند. با توجه به وجود ۳۳ گویه برای سنجش سلامت اجتماعی جوانان، با احتساب طیف امتیاز به هر گویه از ۱- ۵ (حداقل ۳۳ و حداکثر ۱۶۵)، امتیاز ۳ معادل ۹۹ برای متغیر سلامت اجتماعی نشانگر مقدار متوسط آماری است. بنابراین، امتیاز بدست آمده معادل ۹۷/۹، به معنای برخورداری زنان ۴۵-۱۵ سال کرمانی از سلامت اجتماعی در سطح متوسط (رو به پایین) می‌باشد. در بین ابعاد این متغیر (سلامت اجتماعی)، بعد یکپارچگی اجتماعی بیش‌ترین میانگین (۲۵/۶) را داشته است و جوانان در سطح زیاد (۴۹/۷ درصد) از این صفت برخوردار هستند. بدین معنی که بیش‌تر زنان شهر کرمان به جامعه و گروه‌های اجتماعی ابراز تعلق دارند و احساس ارزشمند بودن و حضور جدی در جمع می‌کنند. بعد از این بعد، ابعاد مشارکت اجتماعی (۱۷/۸) و پذیرش اجتماعی (۱۷/۳) بیش‌ترین میانگین را داشته‌اند؛ در بعد شکوفایی اجتماعی نیز بیش‌تر پاسخگویان در حد کمی به

این امر که جامعه به شکل مثبتی در حال رشد است، باور دارند. و کم‌ترین میانگین در بعد انطباق اجتماعی (۱۱/۶) است، بدین معنی که بیش‌تر زنان اجتماع را قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی نمی‌دانند. از نظر کبیز و لارسون، سلامت اجتماعی مفهومی انتزاعی است که ارزیابی نسبی از روابط انسان با خود، جامعه و ارزش‌ها می‌باشد و نمی‌توان آن را جدای از دیگر پدیده‌های چند عاملی فهمید.

روی‌هم‌رفته، در بررسی شاخص احساس امنیت اجتماعی، نتایج حاکی از آن است که ۱۶/۸ درصد پاسخگویان دارای امنیت اجتماعی پایین، ۵۵/۱ درصد دارای امنیت اجتماعی در حد متوسط و ۲۸/۱ درصد امنیت اجتماعی بالایی دارند. بدین ترتیب بیش‌تر زنان ۴۵-۱۵ سال شهر کرمان در حد متوسط احساس امنیت می‌کنند. هم‌چنین در بین ابعاد امنیت اجتماعی، بالاترین مقدار میانگین مربوط به بعد هویتی با میانگین ۴/۰۱ است که نشان می‌دهد زنان در این بعد احساس امنیت بیش‌تری دارند. از سوی دیگر کم‌ترین میانگین مربوط به بعد فکری با میانگین ۲/۹۸ است که نشان داد زنان در این بعد احساس امنیت کم‌تری داشته‌اند.

جدول ۳- توزیع فراوانی پاسخگویان در ابعاد احساس امنیت اجتماعی.

ابعاد امنیت اجتماعی	کم	متوسط	زیاد	میانگین	انحراف معیار
امنیت جانی	۳/۹	۴۹/۴	۴۶/۷	۲۴/۴	۰/۶۶
امنیت مالی	۲۶/۳	۵۵/۲	۱۸/۵	۲۳/۲	۰/۶۶
امنیت فکری	۳۷/۴	۳۴/۵	۲۸/۱	۱۴/۰	۰/۹۸
امنیت هویتی	۸۱/۶	۱۴/۶	۳/۸	۸/۱	۰/۷۴
امنیت (کل)	۱۶/۸	۵۵/۱	۲۸/۱	۶۳/۵	۰/۹۵

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بالاترین مقدار میانگین مربوط به بعد جانی با میانگین ۲۴/۴ است که نشان می‌دهد زنان در این بعد احساس امنیت بیش‌تری می‌کنند. از سوی دیگر، کم‌ترین میانگین مربوط به بعد هویتی با میانگین ۸/۱ است (دامنه نمره‌های ۴ تا ۱۷)، که نشان می‌دهد زنان در این بعد احساس امنیت کم‌تری داشته‌اند که این امر می‌تواند بازتاب کم رنگ شدن ساختارهای فرهنگی، اجتماعی و سیاسی حاکم بر جامعه باشد. هم‌چنین، ۱۸/۵ درصد از پاسخگویان مقدار امنیت مالی خود را در حد زیاد دانسته‌اند و ۲۶/۳ درصد مقدار امنیت مالی خود را در حد کم دانسته‌اند. ۲۸/۱ درصد از پاسخگویان مقدار امنیت فکری خود را در حد زیاد دانسته‌اند و تنها ۳۷/۴ درصد مقدار امنیت فکری خود را در حد کم دانسته‌اند. یعنی پاسخگویان احساس می‌کنند که نمی‌توانند باورهای خود را در جامعه آزادانه بیان کنند و فعالیت‌های سیاسی، اجتماعی آن‌ها پیامد منفی برایشان خواهد داشت.

یافته‌های تحلیلی

بمنظور آزمون فرضیه های ۱ و ۲؛ بررسی تفاوت میانگین مقدار سلامت اجتماعی در بین زنان شاغل و غیرشاغل و همچنین، زنان متأهل و مجرد، از آزمون t مستقل استفاده شد که نتایج، در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴- آزمون بررسی تفاوت میانگین بین وضع اشتغال و سلامت اجتماعی (فرضیه نخست و دوم).

متغیر وابسته	متغیر مستقل	تعداد	میانگین	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
		د	ن			
سلامت اجتماعی	وضع خیر	۲۱۴	۹۸/۴	۲.۱۹۲	۳۶۱	۰/۰۰۲
	اشتغال	۱۶۵	۱۰۴/۵	-		
	وضع متاهل	۲۲۱	۱۰۲/۳	۲.۱۰۸	۳۷۴	۰/۰۳
	تاهل مجرد	۱۵۹	۹۵/۷	-		

براساس جدول ۴، نتایج آزمون T و تفاوت میانگین نشان می‌دهد، وضعیت تأهل زنان، تأثیری معنی‌دار بر سلامت اجتماعی آن‌ها داشته است. از آنجایی که میانگین سلامت اجتماعی زنان متأهل برابر با ۱۰۲/۳ و خانم‌های مجرد برابر با ۹۵/۷ بوده است؛ پس می‌توان گفت که میانگین سلامت اجتماعی زنان متأهل از زنان مجرد بیشتر بوده است و این نتیجه با احتمال خطای ۰/۰۵ قابل تعمیم به جامعه آماری است.

هم‌چنین، تفاوتی معنادار بین وضع اشتغال و همه ابعاد سلامت اجتماعی، غیر از بعد شکوفایی اجتماعی دیده می‌شود به‌گونه‌ای که در همه این ابعاد، زنان شاغل (پاره وقت، تمام وقت) از میانگینی بالاتر در مقایسه با زنان غیر شاغل برخوردارند. لذا، این فرضیه که بین سلامت اجتماعی و وضع اشتغال رابطه معناداری وجود دارد، تأیید می‌شود.

برای مطالعه رابطه بین سلامت اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی (فرضیه سوم) و رابطه بین ابعاد امنیت اجتماعی زنان (امنیت جانی، فکری، هویتی و مالی) و سلامت اجتماعی (فرضیه‌های ۴، ۵، ۶ و ۷) از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

جدول ۵- بررسی رابطه بین احساس امنیت اجتماعی و ابعاد سلامت اجتماعی (فرضیه‌ی سوم).

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری	نتیجه آزمون	نوع رابطه
	یکپارچگی	۰/۴۶	۰/۰۰۰	تأیید	مستقیم
احساس	پذیرش	۰/۶۱	۰/۰۰۰	تأیید	مستقیم
امنیت	مشارکت	۰/۶۶	۰/۰۰۰	تأیید	مستقیم
اجتماعی	شکوفایی	۰/۵۴	۰/۰۰۰	تأیید	مستقیم
	انطباق	۰/۴۸	۰/۰۰۱	تأیید	مستقیم
	سلامت	۰/۸۲	۰/۰۰۰	تأیید	مستقیم

اجتماعی (کل)

بر اساس نتایج بدست آمده، ضریب همبستگی بین احساس امنیت زنان و سلامت اجتماعی آن‌ها، مثبت و معنی‌دار است. بر اساس نتایج حاصل از آزمون پژوهش، ضریب همبستگی کل بین سلامت اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی ۰/۸۲ است و جهت رابطه مثبت و مستقیم است؛ یعنی با افزایش احساس امنیت اجتماعی زنان، مقدار سلامت اجتماعی آنان نیز افزایش می‌یابد (جدول ۵).

جدول ۶- بررسی رابطه بین ابعاد امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی (فرضیه‌های ۴، ۵، ۶ و ۷).

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری	نتیجه آزمون	نوع رابطه
امنیت	امنیت	۰/۵۹	۰/۰۰۰	تأیید	مستقیم
امنیت	جانی				
اجتماعی	اجتماعی	۰/۷۳	۰/۰۰۰	تأیید	مستقیم
	فکری				
	امنیت	۰/۴۸	۰/۰۰۰	تأیید	مستقیم
	هویتی				
	امنیت	۰/۵۴	۰/۰۰۰	تأیید	مستقیم
	مالی				

در بررسی رابطه‌ی بین ابعاد احساس امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی، مشخص شد که بین تمامی ابعاد احساس امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی، همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد.

بیشترین همبستگی مربوط به امنیت فکری ($r=0/73$) و کمترین همبستگی بین امنیت هویتی ($r=0/48$) با سلامت اجتماعی وجود دارد (جدول ۶).

جدول ۷- ضریب همبستگی بین ابعاد امنیت اجتماعی و ابعاد سلامت اجتماعی زنان.

امنیت اجتماعی	امنیت هویتی	امنیت فکری	امنیت جانی	امنیت مالی	متغیر مستقل متغیر وابسته	
۰/۴۶	۰/۱۷	۰/۳۸	۰/۳۰	۰/۲۲	p	یکپارچگی
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	sig	
۰/۶۱	۰/۲۱	۰/۰۳	۰/۲۵	۰/۲۷	p	پذیرش
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۴۷	۰/۰۱۰	۰/۰۰۰	sig	
۰/۶۶	۰/۰۹	۰/۲۶	۰/۴۱	۰/۱۲	p	مشارکت
۰/۰۰۰	۰/۷۶	۰/۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۱	sig	
۰/۵۴	۰/۱۷	۰/۳۴	۰/۳۱	۰/۱۰	p	شکوفایی
۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۴	sig	
۰/۴۸	۰/۲۲	۰/۲۷	۰/۳۶	۰/۰۳	p	پیوستگی (انطباق)
۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۳۴	sig	
۰/۸۲	۰/۴۸	۰/۷۳	۰/۵۹	۰/۵۴	p	سلامت اجتماعی
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	sig	

بر اساس جدول بالا، قویترین رابطه بین مشارکت اجتماعی و امنیت جانی ($r=0/41$) است. کمترین رابطه هم مربوط به بعد شکوفایی اجتماعی با امنیت مالی ($r=0/10$) است. همانگونه که در جدول بالا آمده است، بین امنیت مالی زنان پاسخگو و تمامی ابعاد سلامت اجتماعی به جز پیوستگی اجتماعی، همبستگی مستقیم و مثبت و معنی داری وجود دارد که قویترین ضریب آن ۰/۲۷. مربوط به رابطه بین امنیت مالی و پذیرش اجتماعی است. همانگونه که مشاهده می شود، رابطه بین امنیت جانی زنان و ابعاد گوناگون سلامت اجتماعی در تمامی ابعاد سلامت اجتماعی، مثبت و معنی دار است. بین بعد جانی امنیت اجتماعی و تمامی ابعاد سلامت اجتماعی، به جز بعد پذیرش اجتماعی مثبت و معنی دار بوده است. بنا بر نتایج بدست آمده، روابط بین بعد هویتی امنیت اجتماعی و ابعاد سلامت اجتماعی در همه ی ابعاد به جز بعد مشارکت اجتماعی، مثبت و معنی دار است.

برای سنجش تمامی عوامل در یک مدل به منظور امکان پیش بینی سلامت اجتماعی زنان از روی متغیرهای مستقل در جریان یک تحلیل رگرسیونی، این متغیرها با هم ترکیب و مورد بررسی قرار گرفتند. در تحلیل رگرسیونی چند متغیره، متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) تحت تأثیر متغیرهای مستقل، احساس امنیت اجتماعی و چهار بعد آن (مالی، جانی، فکری و هویتی)، وضعیت اشتغال و وضعیت تأهل در نظر گرفته شده است. که به روش ورودی هم‌زمان (enter) در معادله رگرسیونی وارد شدند.

جدول ۸- بررسی تأثیر ضرایب متغیرهای مستقل و سلامت اجتماعی.

سطح معناداری	t	ضرایب معیار		متغیرهای مستقل
		شده	ضرایب معیار نشده	
		بتا	خطای معیار B	
۰/۰۰۰	۱۰/۴۸۱	۰/۶۹۱	۰/۰۲	احساس امنیت اجتماعی
۰/۰۰۰	۴/۱۵۰	۰/۴۱۵	۰/۰۳۷	امنیت مالی
۰/۰۰۰	۴/۳۷۸	۰/۰۶	۰/۰۳۵	امنیت جانی
۰/۰۰۰	۷/۴۶۹	۰/۳۰۵	۰/۰۳۲	امنیت فکری
۰/۰۰۰	۵/۸۹۷	۰/۲۳۸	۰/۰۳۱	امنیت هویتی
۰/۰۲	۲/۱۷۰	۰/۰۹۴	۰/۰۴۵	وضعیت اشتغال
R = ۰/۸۷۱	R square = ۰/۷۵۸	Adjusted R square = ۰/۷۵۷		Std. Error = ۲/۷۲۳

یافته‌های جدول بالا، رگرسیون خطی چند متغیر مستقل و متغیر وابسته را نشان می‌دهد. از میان متغیرهای مستقل موجود در مدل رگرسیونی متغیرهای احساس امنیت اجتماعی به‌طور کل و امنیت مالی و فکری به‌طور جزء، به ترتیب با مقدار ضریب بتای ۰/۶۹۱ و ۰/۴۱۵ و ۰/۳۰۵ به بهترین وجه، سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند که می‌توان نتیجه گرفت که به ازای افزایش یک انحراف استاندارد در این متغیرها، مقدار سلامت اجتماعی به ترتیب، به مقدار ۰/۶۹۱ و ۰/۴۱۵ و ۰/۳۰۵ انحراف استاندارد افزایش خواهد یافت. ضریب همبستگی سلامت اجتماعی با متغیرهای مستقل به‌طور هم‌زمان ۰/۸۷۱ و ضریب تعیین ۰/۷۵۸ است. بدین معنی که ۷۵ درصد از تغییرات حاصل در متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) توسط متغیر احساس امنیت اجتماعی و ابعاد آن و وضعیت اشتغال تبیین می‌شود.

جدول ۹- مجموع تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته (سلامت- اجتماعی).

اثرات کلی	اثر غیر مستقیم	اثر مستقیم	متغیر مستقل
۰/۹۲	۰/۲۲۹	۰/۶۹۱	احساس امنیت اجتماعی
۰/۸۰	۰/۳۹۰	۰/۴۱۵	امنیت مالی
۰/۲۰	۰/۱۴	۰/۰۶	امنیت جانی
۰/۳۰	۰/۰۷	۰/۲۳۸	امنیت هویتی
۰/۴۱	۰/۱۱۲	۰/۳۰۵	امنیت فکری
۰/۲۵	۰/۱۵۷	۰/۰۹۴	وضعیت اشتغال

در مدل تحلیل مسیر، سلامت اجتماعی زنان به عنوان متغیر وابسته نهایی در نظر گرفته شده است. متغیرهای احساس امنیت اجتماعی و ابعاد آن؛ امنیت جانی، مالی، فکری و هویتی، وضعیت اشتغال به عنوان متغیرهای مستقل به گونه مستقیم تأثیری مثبت و معنی دار بر افزایش سلامت اجتماعی زنان داشته‌اند. بزرگ‌ترین ضریب مسیر، مربوط به احساس امنیت اجتماعی زنان که برابر با ۰/۶۹ و بعد از آن بزرگ‌ترین ضریب مسیر در متغیر امنیت مالی با مقدار ۰/۴۱۵ بوده است. کوچک‌ترین ضریب هم مربوط به وضعیت اشتغال زنان که برابر با ۰/۰۹۴ است. همچنین متغیر امنیت جانی نیز علاوه بر تأثیر مستقیم از راه امنیت فکری و امنیت هویتی بر سلامت اجتماعی تأثیر داشته است. چهار بعد احساس امنیت اجتماعی، افزون بر تأثیر مستقیم بر سلامت اجتماعی، دارای تأثیر غیرمستقیم از راه متغیر احساس امنیت اجتماعی کل هستند.

خلاصه و نتیجه گیری

بهره‌مندی از شاخص‌های سلامت در گروه‌ها و اقشار گوناگون جامعه از جمله زنان، رویکردی است که موجب بهبود کیفیت زندگی، رفاه و رضایت از زندگی می‌شود. با توجه به نقش سازنده زنان در جامعه، سلامت این قشر از اهمیت بسزایی برخوردار می‌باشد. در این پژوهش به مطالعه رابطه احساس امنیت بر سلامت اجتماعی زنان با استفاده از روش کمی پرسش‌نامه‌ای پرداخته شد. برای اندازه‌گیری سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن، از مقیاس ۳۳ ماده‌ای سلامت اجتماعی که پنج مؤلفه آن شامل یکپارچگی، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی می‌باشد و به وسیله کیز (۱۹۹۸) ساخته شده است، استفاده شد و بر اساس آن، پرسش‌نامه سلامت اجتماعی زنان ساخته شد. تجزیه تحلیل آماری نشان می‌دهد که رویهم رفته، فراوانی پاسخگویی که دارای سلامت اجتماعی پایین می‌باشند؛ ۱۹/۲۵ درصد، ۶۸/۶ درصد در حد متوسط و پاسخگویی که

سلامت اجتماعی بالایی دارند، ۱۷/۸۲ درصد می باشند که با توجه به فراوانی و میانگین بدست آمده برای این شاخص (۹۷/۹)، می توان گفت زنان ۴۵-۱۵ سال شهر کرمان، دارای سلامت اجتماعی متوسطی هستند، مطابق با پژوهش آباچی زاده و همکاران (۲۰۱۴) که مقدار سلامت اجتماعی نمونه خود را در حد متوسط برآورد کرده اند.

میانگین سلامت اجتماعی زنان در بین زنان متأهل و مجرد متفاوت است. نتایج نشان دادند که سلامت اجتماعی زنان متأهل از زنان مجرد بیش تر است. این نتیجه با یافته های شربتیان (۲۰۱۱) که دریافته است، سلامت اجتماعی دانشجویان متأهل از سلامت اجتماعی دانشجویان مجرد بیش تر است، یافته های عبدالله تباردرزی و دیگران (۲۰۰۷) که نشان دادند بین وضعیت تأهل دانشجویان و سلامت اجتماعی آن ها رابطه معناداری وجود دارد، پژوهش مک آرتور در سال ۱۹۹۵ که نشان داد وضعیت تأهل با سلامت اجتماعی رابطه داشته است، یافته های کییز و شاپیرو (۲۰۰۰) که افراد مجرد نسبت به افراد متأهل از سلامت اجتماعی پایین تری برخوردار بودند، هم خوانی دارد و از حمایت تجربی این پژوهش ها برخوردار است، اما نتیجه این فرضیه با یافته های پژوهش کنگرلو (۲۰۰۸) که نشان داده است، سلامت اجتماعی دانشجویان با وضعیت تأهل شان رابطه ای معنی دار ندارد، مطابقت ندارد. رابطه بین تأهل زنان و بالا بودن سلامت آن ها را می توان ناشی از این دانست که ازدواج و تأهل، باعث برخورداری از حمایت های عاطفی، اجتماعی و جسمانی و ایجاد روحیه تعهد به خانواده می شود. این امر به ویژه زمانی که با رضایت زناشویی همراه باشد، می تواند به ارتقای سلامت روانی و در نتیجه سلامت اجتماعی آن ها منجر شود.

احساس امنیت اجتماعی و ابعاد آن بر سلامت اجتماعی زنان تأثیری مثبت و معنی دار داشته است. نتایج رگرسیون چند متغیره هم نشان داد که احساس امنیت اجتماعی و امنیت فکری زنان به بهترین وجه و امنیت مالی، امنیت جانی و امنیت هویتی در حد ضعیفی، متغیر سلامت اجتماعی را تبیین می کنند. متغیر وضعیت اشتغال و تأهل نیز سهمی کم تر در تبیین سلامت اجتماعی داشته است. ضریب همبستگی سلامت اجتماعی با متغیرهای مستقل، به گونه هم زمان ۰/۸۷۱ و ضریب تعیین ۰/۷۵ است. بدین معنی که ۷۵ درصد از تغییرات حاصل در متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) به وسیله متغیر احساس امنیت اجتماعی و ابعاد آن و وضعیت اشتغال تبیین می شود. نتایج تحلیل مسیر هم نشان داد که متغیرهای مستقل به گونه مستقیم تأثیری مثبت و معنی دار بر افزایش سلامت اجتماعی زنان دارند. به گونه ای که احساس امنیت اجتماعی دارای تأثیر کلی به مقدار ۰/۹۲ بر سلامت اجتماعی زنان دارد، اثر مستقیم این متغیر، به مقدار ۰/۶۹ و اثر غیر مستقیم آن ۰/۲۳ است.

بنابر آنچه گفته شد، فراهم کردن زمینه های امنیت اجتماعی و ارتقای آن در جامعه، موجبات سلامت اجتماعی زنان را فراهم می کند. این نتیجه با یافته های رضایی (۲۰۱۳) و سام آرام (۲۰۰۹)

که دریافته‌اند، رابطه‌ای مستقیم بین امنیت اجتماعی و مقدار سلامت اجتماعی در جامعه وجود دارد. این نتایج هم‌چنین، با نظریه‌ی نیازهای مازلو منطبق است. او بر این باور است که مرحله‌ی نهایی تکامل فرد وقتی رخ می‌دهد که او از لحاظ برآورده شدن نیازهای پایه‌اش (طبقه 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. در واقع او پیش شرط اساسی برای دستیابی به جامعه‌ای که از نظر اجتماعی سالم باشد را در این می‌داند که باید اعضای جامعه از نظر دسترسی به امکانات اولیه و نیازهای اساسی زندگی خود، تأمین باشند. او تمام عرصه‌های زندگی را متأثر از متغیر امنیت می‌داند. چلبی نیز در این زمینه بر این باور است که امنیت یکی از اختیار جمعی است که جامعه برای شهروندان خود و هر آن‌کس که در آن به سر می‌برد، فراهم می‌کند. بنابراین، احساس امنیت به ایجاد یک جامعه سالم و عاری از تنش منجر شده و موجبات سلامت اجتماعی افراد را فراهم می‌کند. با وجود این با تأمل در شرایط کنونی جامعه و در نظر گرفتن گسترش روزافزون ارتباطات انسانی در سطح جهانی می‌توان به این نکته حساس پی برد که عوامل بر هم زننده تعادل، آرامش و سلامت افراد و علل بروز بحران‌های اجتماعی و روانی، افزایش و پیچیدگی ویژه‌ای یافته و احساس نیاز فردی و اجتماعی به سلامت اجتماعی و روانی بیش‌تر شده است و هر گونه تلاش در زمینه دستیابی به سلامت اجتماعی و روانی به عنوان نیازی فردی و اجتماعی، مستلزم آشنایی با معنا و مفهوم این اصطلاح، چگونگی اندازه‌گیری و نیز یافتن راه‌های ارتقای آن است. از آنجا که ارتقای سلامت اجتماعی، بیش از پیش بر پیشگیری متمرکز است، سازمان‌ها و ارگان‌های ذی‌ربط، از جمله متولیان امنیت اجتماعی (پلیس)، سازمان بهزیستی و مددکاری و سازمان تأمین و رفاه اجتماعی و... نیز می‌توانند گام‌های مؤثری در جهت حفظ و ارتقای امنیت اجتماعی که در نهایت منجر به عملکرد بهتر فرد و ارتقای سلامت فرد در جامعه می‌شود، بردارند و به مداخلات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مناسب دست زنند تا در سایه سلامت اجتماعی، ناهنجاری و مشکلات اجتماعی کاهش یافته و روابط در لوای تصحیح شیوه‌های رفتاری بهبود یابد و شاهد شکل‌گیری جامعه‌ای سالم بود.

با توجه به این پژوهش و فرضیه‌های آن، موارد زیر به عنوان پیشنهاد ارائه می‌شود:

- نظارت بیش‌تر پلیس به مراکز و مناطق آسیب‌پذیر شهر می‌تواند در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی در جامعه کمک کند. این نظارت می‌تواند از راه ایجاد مراکز محله‌ای کاهش فقر انجام گیرد. این مراکز می‌تواند بر افزایش سلامت اجتماعی و امکان گسترش کنترل اجتماعی به پلیس در دست‌یابی به امنیت اجتماعی کمک کند.

- تأکید بر عوامل اجتماعی سلامت به جای اکتفا به عوامل زیست محیطی آن. با کشف تأثیر سلامت اجتماعی بر سلامت کل، دیگر نمی‌توان در مورد سلامت، حتی سلامت جسمی، مستقل از رفاه اجتماعی، پژوهش و سیاست‌گذاری کرد.
- انجام پژوهش جامع با هدف بهبود سلامت اجتماعی با توجه به هر سه سطح خرد، میانی و کلان.

References

- Amid Zanjani, A. A. (1989). the jurisprudential principles of the constitution, Publications of the University Jihad. Persian
- Amini Rarani, M. & Mousavi, M. & Rafiei, H. (2011). The Relationship of Social Capital and Social Well-being in Iran, Social welfare Quarterly. 11th Year, No. 42, pp. 228-203. Persian
- Blanco, A. & Diaz, D. (2007). Social order and mental health:a social well-being approach,Autonoma university of Madrid,psychologe in spain,vol.11.
- Bukharaei, A. Sharbatian, M. H. & Tavafi, P. (2015). Sociological study of the relationship between vitality and social health (case study: youth aged 18-30 years in Malayer), Quarterly of Welfare and Social Development Planning, Vol. 25, p.1- 39.
- Callaghan. L. (2008). Social Well-Being in Extra Care Housing: An Overview of the Literature, personal social service research unit,established at the universityof kent an Canterbury, www.ukc.ac.uk/PSSRU
- Cicognani. E. Pirini, C. Keyes, C. Joshanloo, M. Rostami R. & Nosratabadi, M. (2007). Social Participation, Sense of Community and SocialWell Being: A Study on American, Italian and Iranian University Students, Springer Science+Business Media B.V.PP-112.
- Fathi, M. Ajam nejad, R. & Khak rangin, M. (2010). Factors Related to Social Health of Teachers in Maragheh, Journal of Social Welfare, Vol. 12, No. 47. Persian
- Hatami, P. (2010). Investigating the Factors Affecting Social Health of Students, Emphasizing on Social Networking, Thesis of MSc in Social Work, Allameh Tabatabaei University. Persian
- Hemmati, E. Mahdavi, M. & Baqae Sarai, A. (2011). Effect of social support on social health of female headed households of Roudehen, Journal of Social Research, 6th year, Spring 92. Persian
- Hezar Jaribi, J. & Arfaie einoddin, R. (2012). Leisure and Social Health, Social Development and Welfare Planning, No. 10, pp. 64-39. Persian
- Kamran, F. & Ebadati, S. (2010). Investigating Socioeconomic Factors Affecting Comfort and Social Security, Journal of Social Research. V.3, No. 6. Persian

-
- Kangarlo, M. (2008). Social Health Survey of Non-Controlled and Controlled Students, Master's Thesis for Social Work, Allameh Tabataba'i University. Persian
 - Keyes, C.M. (1998). Social Well-being .Social Psychology Quarterly, vol.61, N.2, pp121-190.
 - Keyes, C. L. M (2004). Mental Health and / or Mental Illness? Investigation Axioms of the Complet state model of Health. Jornal of consulting and Clinicial psychology.
 - Keyes, C. L.M. & Shapiro, A. (2004). Social well-being in the United States: A Descriptive Epidemiology.
 - Larson, J. (1996). The measurement of social well-being, social Indicators Research N 28, pp 285-296.
 - Marandi, S. (2006). Social Health Factors, General Health Book, Ministry of Health, Medical Education, Technology Dean, Second Edition. Persian
 - Mardani, A. (2014). The Effective Factors Affecting the Social Health of Yazd University Students, Master's degree dissertation, Sociology of Social Sciences University. PERSIAN
 - Moller, B. (2000). National, And Human Security Discussion, Case Study of Israel _Palestine Conflict.
 - Nabavi, A. Hosseinzadeh, H. & Hosseini, H. (2008), Investigating Socioeconomic Factors Affecting the Feeling of Social Security, Applied Sociology, Volume 21, Issue 4. Persian
 - Nikvarz, T. (2011). Investigating the Effective Factors on Social Health of Female and Male Students of Shahid Bahonar University of Kerman, Master's Thesis, Shahid Bahonar University of Kerman. Persian
 - Nowruzi, F. Sepehr Fouladi, S. (2010). Investigating the Social Security of Women in Tehran and its Societal Factors Affecting it, Strategic Quarterly, V18.No. 53, p. 15-28. Persian
 - Parry sarah Patricia, M.S.S.W.(1987). Astudy of the relationship between visitation and the perceived social well-being of nursing home residents,the university of texas at Arlington.
 - Sam Aram, E. (2009). Investigating the relationship between social health and social security, with emphasis on police-centered approach, Social Sciences Encyclopedia, First Year, No. 1, Spring 2009. Persian
 - Sedigh Sarvestani, R. (2006). Urban Social Security, Panic Ecology, Proceedings of the Conference on the Role of Psychology and Social Consultation and Social Work in the Provision and Development of Social Psychosocial Security, Volume I, Tehran: Social Security Officer of the Islamic Republic of Iran. Persian
 - Sharbatian, M. H. (2012). A reflection on the semantic link between the components of social capital and the rate of enjoyment of social health among

- students of Payame Noor University of Mashhad, Journal of Sociology of Youth Studies, Second Year, No. 5, p. 174_149. Persian
- Sheikhi, M. T. Kamali, A. & Jhanara, S. (2011). The Study of the Relationship between Social Capital and Social Security Feeling among Mothers of Mentally Retarded Children, Quarterly Journal of Welfare and Social Development Planning, No. 8. Persian
 - Shekar Beigi, A. Aghaei Noor, M. & Ghobadi, A. (2011). Investigating the Impact of Mass Media on Social Security, Journal of Law Enforcement, Thirteenth, No. 4. Persian
 - Sholtz, D. & Sydney, A. (1996). Personality Theories, Translation by Yahya Seyyed Mohammadi, Tehran: Publishing Editors. PERSIAN
 - Tabardarzi, H. (2007). Investigating the relationship between social health and socio-demographic variables of students of the University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Master's thesis, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. Persian
 - Tajbakhsh, G.R. Javanmard, K. & Tarafi, A. (2013). Analysis of the Relationship between Social Capital and Social Security in Hamidieh, Journal of Social Security Studies, No. 33, pp. 45-13. Persian
 - Yazdanpanah, L. & Nikvarz, T. (2015). Investigating the Relationship Between Effective Social Factors and Social Health of Students of Shahid Bahonar University of Kerman, Applied Sociology, Vol. 26, No. 3 (59), p. 116-99. Persian
 - Wilson-Doenges, G. (2000). An Exploration of sense of community and fear of crime in gated communities. Environment and Behavior;32,p597.
 - World Health Organization, (1948).World Health Organization Constitution.In Basic Documents.Geneva.