

رابطه امنیت اجتماعی و سلامت عمومی در دانشجویان دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کرمان

ویکتوریا مومن آبادی^۱، محبت محسنی^۲، نرگس خانجانی^۳، سمیه علیزاده^۱

چکیده

مقدمه: امنیت اجتماعی پدیده‌ای روانشناختی و اجتماعی می‌باشد که انسان‌ها برای داشتن زندگی سالم و ادامه روابط اجتماعی خود به آن نیاز دارند. این مطالعه با هدف بررسی رابطه بین احساس امنیت اجتماعی با سلامت عمومی در دانشجویان انجام گرفت.

روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه‌ای مقطعی بود. جامعه آماری را ۲۸۴ نفر از دانشجویان ۱۸ تا ۴۵ ساله دانشکده بهداشت تشکیل می‌دادند که بعد از اطلاع‌رسانی به صورت داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های امنیت اجتماعی و سلامت عمومی استفاده گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیلی *t-test*، *ANOVA* و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

نتایج: بین امنیت اجتماعی و سلامت عمومی همبستگی معنی‌دار و مستقیم وجود داشت ($r=0/231$, $P<0/001$). همچنین سن بالاتر ($P=0/002$)، جنس مرد ($P=0/002$)، درآمد بیشتر ($P=0/001$)، رشته تحصیلی دانشجویان ($P=0/031$) و منزل سازمانی ($P=0/022$) با امنیت اجتماعی همبستگی معنی‌دار مثبتی داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد احساس امنیت اجتماعی در افراد با سلامت عمومی کمتر، سنین پایین‌تر، زنان و افراد با درآمد پایین‌تر، کمتر است. علل احساس امنیت پایین‌تر در دانشجویان برخی از رشته‌ها نیاز به تحقیق بیشتر دارد. پیشنهاد می‌شود در مورد سایر فاکتورهای احتمالی مؤثر بر امنیت اجتماعی تحقیق شود.

واژگان کلیدی: امنیت اجتماعی، سلامت عمومی، دانشجویان، پرسشنامه GHQ

مقدمه

زندگی در جمع و دستیابی به مراتب بالای رشد جسمانی، روانی و اجتماعی نیازمند امنیت و آرامش خاطر است و نبود یا اختلال در امنیت اجتماعی پیامدهای نگران‌کننده‌ای از جمله به خطر افتادن سلامت جسم و روان را به دنبال دارد (۱). توماس هابز از فلاسفه انگلیسی قرن ۱۷ معتقد است که بشر در صورت نبودن قوانین و مقررات اجتماعی و نداشتن قید و بند تابع شهوات و خودخواهی‌های

یکی از مفاهیم پیچیده و جدید در دنیای کنونی و در بسیاری از بحث‌های سیاسی، اجتماعی و اقتصادی موضوع امنیت اجتماعی است. امنیت از نیازها و ضرورت‌های پایه‌ای هر فرد و جامعه تلقی می‌شود (۱). «مازلو در سلسله مراتب نیازها، نیاز به امنیت را بلافاصله بعد از ارضای نیازهای اولیه قرار می‌دهد» (۲). از آنجا که انسان موجودی مدنی است برای

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه خدمات بهداشتی و آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲- استادیار، مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران

۳- دانشیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

Email: mohabbat.mohseni@gmail.com

نویسنده‌ی مسئول: محبت محسنی

آدرس: کرمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت | تلفن: ۰۳۴-۲۱۳۲۵۰۹۴ | فکس: ۰۳۴-۲۱۳۲۵۰۹۵

خود می‌شود و برای رسیدن به اهداف خود ممکن است هم نوعان خود را نیز از بین ببرد که حاصل چنین چیزی ناامنی در جامعه است (۳). وجود امنیت در یک جامعه به همان اندازه مهم است که احساس امنیت در آن جامعه و چه بسا احساس امنیت در جامعه مهم‌تر از وجود امنیت باشد، چرا که واکنش‌های فرد در جامعه بستگی به میزان دریافت و ادراک او از امنیت دارد. بر این اساس تا زمانی که از نظر فرد امنیت در جامعه وجود نداشته باشد، پس احساس امنیت نیز نخواهد بود (۲). امنیت دارای دو بعد عینی و ذهنی است. نظم اجتماعی در هر جامعه بستر و شرایط هر بعد از امنیت را متفاوت و منحصر به فرد می‌سازد (۴). جنبه عینی امنیت اجتماعی مستلزم تأمین امنیت فرد در مقابل انواع هنجارها، آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی، جرم و مسائلی از این قبیل است (۵).

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی «سلامتی عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری و معلولیت» (۶). پس سلامت دارای ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی است و سلامت اجتماعی یکی از ابعاد آن است که نقش مهمی در چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی برداشت وی از اجتماع می‌باشد و نیز به عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه به شمار می‌آید. یکی از عواملی که به طور گسترده با میزان سلامت اجتماعی افراد در ارتباط است، امنیت اجتماعی است (۷). در سال‌های اخیر به دلیل زندگی ماشینی و دور شدن افراد از یکدیگر و افزایش عوامل استرس‌زا، اضطراب و افسردگی، سلامت روان افراد که یکی از ابعاد سلامت عمومی است، تحت تأثیر قرار گرفته است (۸). سلامت

به صورت چند بعدی تعریف شده است. اگر سلامت در سطح قابل قبولی باشد، افراد جامعه قادر خواهند بود از دیگر منابع زندگی بهره بگیرند (۹). بدون تردید سلامت قشر جوان و دانشجوی به مراتب اهمیت بیشتری دارد زیرا که این قشر از جامعه سرمایه‌ای هستند که سعادت آینده جامعه در گرو سلامت امروز این نسل است (۸). دانشجویان به عنوان یک قشر کارآمد و جوان جامعه به دلیل شرایط خاص دانشجویی مثل دوری از خانواده، ورود به مجموعه‌ای بزرگ و پرتنش، نداشتن درآمد کافی، حجم زیاد دروس و رقابت‌های فشرده درسی مستعد از دست دادن سلامت خود هستند (۱۰). بنابراین باید زمینه‌های تهدیدکننده سلامت جوانان و دانشجویان در جامعه برطرف شود که یکی از این موارد تهدید کننده سلامت، فقدان امنیت اجتماعی است. از دیگر موارد جدی تهدیدکننده سلامت که در سال‌های اخیر از سوی سازمان‌های بهداشتی، مجریان قانون و سیاست‌گذاران به عنوان مهم‌ترین مشکل موجود در جامعه مورد توجه قرار گرفته است، شیوع رفتارهای پرخطر و تهدید کننده سلامت است که در نهایت رفتارهای پرخطر باعث کم شدن امنیت اجتماعی در میان دیگر اقشار جامعه و نهایتاً کاهش سلامت افراد خواهد شد.

هیچ یک از اقشار جامعه از عواقب رفتارهای تهدیدکننده سلامت مثل مصرف مواد، خشونت، رفتارهای جنسی نایمن در امان نیستند؛ اما بعضی از گروه‌های اجتماعی از جمله جوانان و دانشجویان در معرض خطر بیشتری قرار دارند (۸). براساس آمارهای موجود در سال ۱۳۹۲، ۳۱/۵ درصد افراد جامعه ۱۵-۲۹ ساله هستند، در حالی که در سرشماری سال ۱۳۹۰ تعداد جوانان بین سنین ۲۰ تا

۳۵ سال ۲۴ میلیون نفر و در سرشماری سال ۱۳۸۳، این تعداد ۸/۵ میلیون نفر بوده است. با توجه به ساختار سنی جوان کشور و آسیب پذیری این قشر آینده‌ساز هرگونه ضایعه و نارسایی در بهداشت جسم و روان آن‌ها در دراز مدت بر روی سلامت و امنیت دیگر افراد جامعه تأثیرگذار خواهد بود (۸).

طی بررسی که مهرمند و همکارانش (۱۳۹۰) بر روی دختران و پسران ۱۹-۱۴ ساله شهر ارومیه انجام دادند به این نتیجه رسیدند که سلامت روان در بروز رفتارهای پرخطر که خود عامل به خطر افتادن امنیت اجتماعی هستند تأثیر دارد (۸).

نیازی و همکارانش طی مطالعه‌ای که در زنان منطقه شمال و جنوب تهران انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که بین سرمایه اجتماعی و احساس امنیت رابطه معنی‌دار مثبتی وجود دارد. به طوری که به علت سرمایه اجتماعی بالاتر، زنان شمال شهر تهران احساس امنیت اجتماعی بیشتری داشتند (۵).

توسکی و همکارانش مطالعه‌ای را در زنان ۳۰-۱۶ ساله شهر تهران انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که امنیت محل سکونت و وضعیت اجتماعی-اقتصادی نیز از مؤلفه‌های تأثیرگذار بر امنیت اجتماعی هستند و با اطمینان ۹۹ درصد تأیید شد که بین امنیت محل سکونت و وضعیت اجتماعی-اقتصادی بالا با احساس امنیت اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد (۲).

نتایج مطالعه سام آرام در شهر تهران نیز نشان داد که رابطه مستقیمی بین افزایش ناامنی اجتماعی و کاهش سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامت وجود دارد (۷). نادری و همکارانش در مطالعه‌ای که در شهر اردبیل انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که جنسیت، وضعیت اشتغال و منطقه محل سکونت در

میزان احساس امنیت اجتماعی فرد تأثیر دارد (۱). Leffert و همکارانش در سال ۱۹۹۸ تحقیقی را بر روی دانش آموزان دبیرستانی انجام داد و به این نتیجه رسید که وجود نقاط قوت و امتیازاتی که فرد در خود احساس می‌کند مثل عزت نفس، تحمل، هدفمندی، ارتباط با همسالان و ... در کاهش رفتارهای پرخطری که تهدیدکننده امنیت اجتماعی هستند مثل مصرف سیگار، الکل و بروز ناهنجاری‌ها تأثیر دارد (۱۱).

مطالعات بسیاری در زمینه عوامل تأثیرگذار بر امنیت اجتماعی و نیز رابطه بین امنیت اجتماعی و سلامت روان و همچنین سلامت اجتماعی که هر دو از ابعاد سلامت هستند، انجام شده است. اما مطالعه‌ای در زمینه تأثیر امنیت اجتماعی بر وضعیت سلامت عمومی یا بالعکس یافت نشد.

از آنجا که دانشجویان قشر جوان، فرهیخته و آینده ساز هر کشوری هستند، هر گونه عاملی که سلامت عمومی یا امنیت اجتماعی آن‌ها را تهدید کند می‌تواند مانعی برای حضور فعال آن‌ها در جامعه باشد و در نتیجه جامعه را با کندی رشد در زمینه های علمی، صنعتی و تکنولوژی مواجه کند. به همین دلایل، مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه سلامت عمومی و امنیت اجتماعی در دانشجویان دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی است که حجم نمونه آن با توجه به پژوهش انجام شده توسط محمدخانی و همکارانش (۱۲) با خطای نوع اول ۰/۰۵، انحراف معیار سلامت عمومی ۱۳ و خطای اندازه گیری ۲ حدود ۱۶۳ نفر محاسبه شد. در این

مطالعه به منظور افزایش اعتبار نتایج و با در نظر گرفتن احتمال افت، جامعه آماری ۲۸۴ نفر دانشجویان دختر و پسر دانشکده بهداشت کرمان در ۵ رشته (بهداشت عمومی و آموزش بهداشت، اپیدمیولوژی و آمار، تغذیه، بهداشت حرفه‌ای و بهداشت محیط) و در سه مقطع تحصیلی (کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا) وارد مطالعه شدند. بعد از اطلاع‌رسانی مکرر و کافی در دانشکده، افراد به صورت داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند. معیار ورود خاصی برای مطالعه وجود نداشت. دانشجویان با رضایت کامل و آگاهی از پرسشنامه‌ها و این که تمامی اطلاعات آن‌ها محرمانه نگهداری می‌شوند، وارد مطالعه گردیدند. جهت تکمیل پرسشنامه‌ها توسط هر دانشجو ۱۵ الی ۲۰ دقیقه زمان صرف شد. برای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز پژوهش، از ابزارهای زیر استفاده شد.

جهت بررسی امنیت اجتماعی دانشجویان از پرسشنامه امنیت اجتماعی استفاده شد که شامل ۱۵ سؤال در مورد مشخصات دموگرافیک و ۲۸ سؤال با زمینه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی بود. این پرسشنامه از سایت کاوش (۱۲) گرفته شد. بعضی از سؤالات حذف یا عوض شدند و لذا مجدد روایی و پایایی پرسشنامه سنجیده شد. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه طبق نظر متخصصین تأیید شد. پایایی پرسشنامه نیز با روش آزمون-باز آزمون تعیین شد. پرسشنامه بین ۱۰ نفر از دانشجویان دانشکده بهداشت با فاصله یک هفته توزیع شد و با $r=0/97$ و $P<0/001$ مورد تأیید قرار گرفت. آلفای کرونباخ پرسشنامه نیز $0/76$ بود. این پرسشنامه با مقیاس لیکرت نمره‌گذاری شد. در بعضی از سؤالات برای اطمینان از دقت در تکمیل پرسشنامه، جهت سؤالات

عوض شد. بالاترین امتیاز در این پرسشنامه ۲۱۵ و کمترین امتیاز ۴۳ بود. هر چه امتیاز کسب شده بیشتر باشد، نشان دهنده احساس امنیت اجتماعی بیشتری است. در این مطالعه امتیاز امنیت به درصد تبدیل و به ۴ گروه ذیل تقسیم شد. $0-24/99$ (امنیت ضعیف)، $25-49/9$ (امنیت متوسط)، $50-74/99$ (امنیت خوب) و $75-100$ (امنیت عالی).

ابزار دیگری که در این مطالعه استفاده شد، پرسشنامه سلامت عمومی **General Health Questionnaire (GHQ)** بود و دارای ۲۸ سؤال با ۴ مقیاس (اضطراب، بی‌خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی شدید) بود. برای نمره دادن از شیوه لیکرت استفاده شد. یعنی به هر یک از سؤال‌های پرسشنامه امتیازهای ۰، ۱، ۲، ۳ داده شد. نقطه برش کل در این پرسشنامه ۲۳ و نقطه برش هر یک از شاخص‌ها ۶ بود. نمره کل هر فرد از جمع نمره‌های خرده مقیاس‌ها به دست آمد. نمره فردی بالای ۲۳ نشان دهنده بیمار بودن فرد بود (۱۳).

داده‌ها وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ شد و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی مثل فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار، *t-test*، ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل گردیدند.

نتایج

در این مطالعه $37/6$ درصد از دانشجویان شرکت کننده پسر بودند. میانگین سن افراد مورد مطالعه $23/26$ با انحراف معیار $3/96$ بود. یافته‌های مربوط به مشخصات جمعیتی افراد مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است. متغیرهای کمی نیز در جدول ۲ خلاصه شده‌اند.

جدول ۱: خصوصیات جمعیتی افراد تحت مطالعه

| درصد فراوانی | فراوانی | متغیر | |
|--------------|---------|----------------------------|----------------------|
| ۶۲/۴ | ۱۷۷ | زن | جنس |
| ۳۷/۶ | ۱۰۷ | مرد | |
| ۷۳/۹ | ۲۱۰ | ۱۸-۲۵ | سن |
| ۲۶/۱ | ۷۴ | >۲۵-۴۰ | |
| ۷۷/۱ | ۲۱۹ | کارشناسی | تحصیلات |
| ۱۷/۶ | ۵۰ | کارشناسی ارشد | |
| ۵/۳ | ۱۵ | دکتر | |
| ۲۳/۶ | ۶۷ | بهداشت عمومی | رشته تحصیلی |
| ۱۰/۶ | ۳۰ | تغذیه | |
| ۱۱/۶ | ۳۳ | آمار و اپیدمیولوژی | |
| ۳۴/۹ | ۹۹ | بهداشت محیط | |
| ۱۹/۳ | ۵۵ | بهداشت حرفه‌ای | |
| ۸۲/۴ | ۲۳۴ | مجرد | وضعیت تأهل |
| ۱۶/۵ | ۴۷ | متاهل | |
| ۱/۱ | ۳ | طلاق گرفته یا فوت همسر | |
| ۸۸/۷ | ۲۵۰ | شهر | محل سکونت |
| ۱۱/۳ | ۳۴ | روستا | |
| ۹۲/۱ | ۲۵۸ | شخصی | وضعیت خانه |
| ۶/۴ | ۱۸ | اجاره‌ای | |
| ۰/۷ | ۲ | رهنی | |
| ۰/۷ | ۲ | سازمانی | |
| ۱۶/۱ | ۴۵ | ندارند | وسیله نقلیه خانواده |
| ۷۸/۲ | ۲۱۸ | سواری | |
| ۳/۹ | ۱۱ | باری | |
| ۰/۷ | ۲ | ماشین سنگین | |
| ۱/۱ | ۳ | سایر | |
| ۱۱/۱ | ۲۱ | زیر ۵۰۰ هزار تومان | درآمد ماهانه خانواده |
| ۴۷/۶ | ۹۰ | ۵۰۰ هزار تا ۱ میلیون تومان | |
| ۴۱/۳ | ۷۸ | بالای ۱ میلیون تومان | |
| ۰/۶ | ۱ | زیر ۳ میلیون تومان | قیمت اتومبیل خانواده |
| ۲۹/۰ | ۵۱ | ۱۰ تا ۳ میلیون | |
| ۴۴/۹ | ۷۹ | ۲۰ تا ۱۰ میلیون | |
| ۲۵/۶ | ۴۵ | بالای ۲۰ میلیون | |
| ۵/۰ | ۱۴ | بی‌سواد | تحصیلات پدر |
| ۴۱/۴ | ۱۱۶ | ابتدایی و سیکل | |
| ۲۸/۹ | ۸۱ | دیپلم | |
| ۲۲/۵ | ۶۳ | فوق دیپلم و لیسانس | |
| ۲/۱۶ | ۶ | فوق لیسانس و بالاتر | |
| ۱۱/۷ | ۳۳ | بی‌سواد | تحصیلات مادر |
| ۴۶/۱ | ۱۳۰ | ابتدایی و سیکل | |
| ۲۷/۶ | ۷۸ | دیپلم | |
| ۱۳/۸ | ۳۹ | فوق دیپلم و لیسانس | |
| ۰/۷ | ۲ | فوق لیسانس و بالاتر | |
| ۵۶/۸ | ۱۵۸ | آزاد | شغل پدر |
| ۴۳/۲ | ۱۲۰ | دولتی | |
| ۱/۱ | ۳ | آزاد | شغل مادر |
| ۱۸/۸ | ۵۳ | دولتی | |
| ۸۰/۲ | ۲۲۶ | خانه‌دار | |

جدول شماره ۲: جدول خصوصیات توصیفی متغیرهای کمی

| متغیر | میانگین | انحراف معیار | میان | بیشینه | کمینه |
|--------------------------------|------------|--------------|------------|-------------|---------|
| سلامت | ۲۳/۳۷ | ۱۲/۲۳ | ۲۱/۰۰ | ۷۰ | ۳ |
| امنیت | ۸۸/۷۸ | ۱۱/۳۸ | ۸۹/۰۰ | ۱۳۲ | ۵۲ |
| وسیله نقلیه خانواده (به تومان) | ۱۶,۶۲۱,۷۲۳ | ۱,۸۰۸,۷۶۱ | ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ | ۴۵,۰۰۰ |
| درآمد (به تومان) | ۱,۰۲۰,۳۷۰ | ۷۳۲,۱۴۲ | ۰۰۰,۸۰۰ | ۰۰۰,۰۰۰,۰۵ | ۲۵۰,۰۰۰ |
| سن (به سال) | ۲۳/۲۶ | ۳/۹۶ | ۲۲ | ۴۵ | ۱۸ |

همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، نتایج مربوط به همبستگی متغیرهای کمی سن و درآمد با امنیت اجتماعی با استفاده از آزمون همبستگی معنی‌دار است. نتایج نشان می‌دهد، که رابطه معنی‌داری بین امنیت اجتماعی و سلامت

عمومی ($P < 0/001$ و $r = -0/23$) وجود دارد و با افزایش نمره در پرسشنامه سلامت عمومی که نشانه کاهش سلامت عمومی است، احساس امنیت کمتر می‌شود.

جدول شماره ۳: همبستگی متغیرهای کمی با امنیت و سلامت

| متغیر | ضریب همبستگی r | P= value | ضریب همبستگی r | P= value |
|---------------------|------------------|----------|----------------|----------|
| | با امنیت اجتماعی | | با سلامت عمومی | |
| سن | ۰/۱۸۱ | ۰/۰۰۲ | -۰/۰۴۸ | ۰/۴۱۷ |
| درآمد | ۰/۲۳۴ | <۰/۰۰۱ | -۰/۰۶۶ | ۰/۳۷۰ |
| وسیله نقلیه خانواده | ۰/۰۳۰ | ۰/۶۹۲ | ۰/۰۲۹ | ۰/۶۹۹ |
| سلامت عمومی | -۰/۲۳۱ | <۰/۰۰۱ | - | - |
| امنیت اجتماعی | - | - | -۰/۲۳۱ | <۰/۰۰۱ |

همچنین جدول شماره ۴ که رابطه بین متغیرهای کیفی با امنیت را از طریق آزمون‌های t-test و ANOVA نشان می‌دهد، که رابطه بین امنیت اجتماعی و جنس با $P = 0/002$ معنی‌دار می‌باشد و دانشجویان مرد احساس امنیت بیشتری می‌کردند. همچنین رابطه بین امنیت با رشته تحصیلی در سطح

۰/۰۳۱ و امنیت با نوع منزل مسکونی در سطح ۰/۰۲۲ معنی‌دار بود. یافته‌ها نشان داد که بین سن و سلامت عمومی، درآمد و سلامت عمومی و رشته تحصیلی دانشجویان و سلامت عمومی دانشجویان رابطه وجود ندارد.

جدول شماره ۴: میانگین و انحراف معیار در گروه‌های دانشجویان مورد مطالعه با امتیاز امنیت اجتماعی و سلامت عمومی

| متغیر | امتیاز امنیت اجتماعی | | امتیاز سلامت عمومی | |
|-----------------------------|------------------------|-----------|------------------------|-----------|
| | میانگین و انحراف معیار | معنی داری | میانگین و انحراف معیار | معنی داری |
| جنس | | | | |
| مرد | ۹۱/۵۷±۱۱/۴۰ | | ۲۲/۸۹±۱۳/۴۰ | |
| زن | ۸۶/۸۳±۱۱/۳۷ | ۰/۰۰۲ | ۲۳/۳۷±۱۱/۹۴ | ۰/۷۷۳ |
| محل سکونت | | | | |
| شهر | ۹۸/۹۹±۱۱/۵۶ | | ۲۳/۲۸±۱۲/۶۰ | |
| روستا | ۸۷/۸۴±۹/۹۰ | ۰/۵۹۳ | ۲۴/۱۹±۹/۳۹ | ۰/۶۹۴ |
| شغل پدر | | | | |
| آزاد | ۸۷/۸۲±۱۱/۵۱ | | ۲۴/۴۰±۱۲/۵۱ | |
| دولتی | ۹۰/۱۴±۱۱/۱۶ | ۰/۸۸۳ | ۲۱/۹۸±۱۱/۱ | ۰/۸۱۱ |
| شغل مادر | | | | |
| آزاد | ۱۰۱/۰±۴/۵۹ | | ۲۵/۰±۱۲/۳۹ | |
| دولتی | ۸۹/۴۰±۱۲/۰۱ | ۰/۱۵۳ | ۲۲/۷۲±۱۲/۳۵ | ۰/۸۹۶ |
| خانه دار | ۸۸/۵۱±۱۱/۵۱ | | ۲۳/۴۸±۱۲/۳۴ | |
| تحصیلات پدر | | | | |
| بی سواد | ۸۸/۴۱±۱۱/۳۱ | | ۲۳/۵۰±۱۲/۱۸ | |
| ابتدایی و سیکل | ۸۷/۹۳±۱۱/۲۹ | | ۲۳/۱۰±۱۰/۱۹ | |
| دیپلم | ۹۰/۱۰±۱۲/۶۱ | ۰/۴۳۳ | ۲۴/۱۰±۱۴/۶۶ | ۰/۵۷۸ |
| فوق دیپلم و لیسانس | ۹۵/۵۰±۸/۶۲ | | ۲۱/۷۳±۱۰/۹۸ | |
| فوق لیسانس و بالاتر | | | ۲۹/۱۷±۱۵/۸۰ | |
| تحصیلات مادر | | | | |
| بی سواد | ۹۰/۵۷±۱۱/۲۸ | | ۲۵/۱۵±۱۳/۲۳ | |
| ابتدایی و سیکل | ۸۸/۴۵±۱۰/۸۸ | | ۲۲/۹۸±۱۱/۹۳ | |
| دیپلم | ۸۹/۶۴±۱۱/۹۸ | ۰/۵۶۵ | ۲۲/۵۴±۱۰/۷۹ | ۰/۸۵۲ |
| فوق دیپلم و لیسانس | ۸۸/۷۷±۱۲/۰۳ | | ۲۳/۶۹±۱۳/۶۹ | |
| فوق لیسانس و بالاتر | ۱۰۱/۰±۲/۸۳ | | ۲۰/۰±۵/۶۵ | |
| تحصیلات فرد | | | | |
| کارشناسی | ۸۸/۰۲±۱۱/۸۴ | | ۲۳/۴۱±۱۱/۷۵ | |
| کارشناسی ارشد | ۹۱/۲۰±۹/۹۷ | ۰/۱۱۴ | ۲۴/۵۸±۱۴/۱۴ | ۰/۱۲۹ |
| دکتر | ۹۱/۸۷±۶/۹۹ | | ۱۸/۸۰±۱۲/۰۴ | |
| رشته تحصیلی | | | | |
| بهداشت عمومی و آموزش بهداشت | ۹۱/۱۶±۱۰/۸۳ | | ۲۱/۳۴±۱۰/۱۲ | |
| تغذیه | ۹۱/۶۰±۱۵/۰۷ | | ۲۴/۷۳±۱۳/۵۸ | |
| آمار و اپیدمیولوژی | ۹۰/۶۴±۸/۳۱ | ۰/۰۳۱ | ۲۵/۹۱±۱۴/۶۳ | ۰/۲۱۷ |
| بهداشت محیط | ۸۶/۶۷±۱۱/۹۱ | | ۲۲/۳۶±۱۲/۰۳ | |
| بهداشت حرفه‌ای | ۸۷/۳۳±۹/۳۵ | | ۲۵/۶۵±۱۲/۳۴ | |
| وضعیت تأهل | | | | |
| مجرد | ۸۸/۶۰±۱۱/۲۲ | ۰/۲۵۱ | ۲۳/۳۸±۱۲/۱۷ | ۰/۷۱۴ |
| متأهل | ۹۰/۲۶±۱۲/۲۸ | | ۲۳/۰±۱۲/۲۹ | |
| طلاق یا فوت همسر | ۷۹/۶۷±۲۴/۹۳ | | ۲۹/۰±۱۹/۵۲ | |
| وسیله نقلیه خانواده | | | | |
| ندارم | ۸۸/۰±۱۰/۸۹ | | ۲۴/۸۲±۱۱/۵۹ | |
| سواری | ۸۸/۸۶±۱۱/۷۳ | | ۲۳/۲۶±۱۲/۵۹ | ۰/۶۴۶ |
| باری | ۸۹/۴۵±۴/۵۷ | ۰/۶۲۴ | ۱۹/۰۹±۸/۱۵ | |
| ماشین سنگین | ۱۰۱/۰±۱۱/۳۱ | | ۱۸/۰±۱۲/۷۳ | |
| سایر | ۸۷/۰±۴/۵۶ | | ۲۰/۶۷±۱۱/۵۹ | |
| وضعیت منزل | | | | |
| شخصی | ۸۸/۸۵±۱۱/۱۹ | | ۲۳/۳۴±۱۲/۴۳ | |
| اجاره‌ای | ۸۸/۶۷±۱۰/۶۲ | | ۲۵/۰±۱۰/۸۱ | |
| رهنی | ۷۹/۵۰±۲/۱۲ | ۰/۰۲۲ | ۱۸/۵۰±۴/۹۵ | ۰/۴۳۵ |
| سازماتی | ۱۱۲/۰±۱۲/۷۳ | | ۸/۵۰±۰/۷۱ | |

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بین امنیت اجتماعی و سلامت عمومی دانشجویان رابطه معنی دار و مستقیمی وجود دارد.

این مطالعه همچنین نشان داد که درآمد بالاتر همراه با افزایش احساس امنیت اجتماعی است و طبق نتایج، رابطه معنی دار مثبتی بین افزایش احساس امنیت اجتماعی و افزایش سلامت عمومی وجود داشت. در پژوهشی که Omokhodion در انگلیس با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی انجام داد، نشان داد که مشکلات اقتصادی با اختلالات شایع روانی و رفتارهای پرخطر هم در زنان و هم مردان رابطه دارد (۱۴). همچنین در مطالعه‌ای که مهرمند و همکارانش انجام دادند به این نتیجه رسیدند که رفتارهای بزهکارانه ناشی از عدم سلامت روانی می‌تواند امنیت اجتماعی را به خطر اندازد (۸).

در پژوهش حاضر نشان داده شد که جنس بر احساس امنیت اجتماعی تأثیر گذار است، به طوری که دختران شرکت کننده در این مطالعه احساس امنیت اجتماعی کمتری داشتند. احتمال می‌رود که این نتیجه به این دلیل باشد که خطرات و عوامل تهدید کننده در جامعه برای زنان بیشتر است. نیازی و همکارانش در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که میزان احساس امنیت اجتماعی در زنان به طور معنی داری کمتر از مردان می‌باشد. زیرا زنان اعتقاد داشتند امنیت اجتماعی آن‌ها در محیط کار، اجتماع و مکان های عمومی تأمین نمی‌باشد (۵).

مطالعه حاضر نشان داد، که دانشجویان جوان‌تر احساس امنیت کمتری داشتند. احتمال می‌رود با افزایش سن، دانشجویان تجربیات بیشتری در مواجهه با مسائل اجتماعی و نحوه برخورد

با آن‌ها کسب نمایند و به مرور احساس امنیت اجتماعی آن‌ها بیشتر گردد. اما نجارنهادی و همکارش در مطالعه‌ای که بر روی زنان جوان ۳۵-۱۵ سال شهر تهران انجام دادند به نتایجی مغایر با نتایج ما رسیدند. در مطالعه آن‌ها با افزایش سن، احساس امنیت اجتماعی زنان کمتر می‌شد. دلیل این مغایرت ممکن است به علت تفاوت در جامعه پژوهش در دو مطالعه باشد؛ همچنین می‌تواند به دلیل تفاوت در سؤالات پرسشنامه باشد، از طرفی جامعه مورد مطالعه ما، دانشجویان بودند که خود می‌تواند دلیل دیگری بر این مغایرت باشد (۱۵).

این پژوهش نشان داد که منزل مسکونی سازمانی باعث افزایش احساس امنیت اجتماعی می‌شود و می‌توان احتمال داد که محصور بودن منازل سازمانی و داشتن انتظامات برای کنترل ورود و خروج افراد، بر احساس امنیت آن‌ها تأثیر گذاشته است. همسو با نتایج این مطالعه، نجارنهادی و همکارش در مطالعه‌ای که در زنان انجام دادند نیز به این نتیجه رسیدند که زنان ساکن آپارتمان‌ها بیش از کسانی که در منازل ویلایی سکونت داشتند، احساس امنیت می‌کردند (۱۵).

پژوهش حاضر همچنین نشان داد که رشته تحصیلی و جنس تأثیری بر سلامت عمومی افراد نداشت، اما این دو متغیر بر امنیت اجتماعی تأثیرگذار بودند. رابطه رشته تحصیلی دانشجویان با احساس امنیت اجتماعی آن‌ها در دانشکده بهداشت کرمان شاید به دلیل عدم علاقه دانشجویان به رشته تحصیلی، فشار عصبی و استرس، انتظار بیش از حد توان دانشجویان و یا عدم احساس راحتی و یا عدم اعتماد بین استاد و دانشجو باشد که نیاز به مطالعات بیشتری در این زمینه می‌باشد. در نتایج این مطالعه نیز مانند نتایج

مطالعه شرکت کنند. لذا ممکن است نتایج این مطالعه تعمیم‌پذیری محدودی داشته باشد.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد احساس امنیت اجتماعی در افراد با سلامت عمومی کمتر، سنین پایین‌تر، جنس زن و افراد با درآمد پایین‌تر کمتر است. علل احساس امنیت پایین‌تر در دانشجویان برخی از رشته‌ها نیاز به تحقیق بیشتر دارد. پیشنهاد می‌شود در مورد سایر عوامل احتمالی مؤثر بر امنیت اجتماعی تحقیق شود. آنچه که قابل توجه می‌باشد این است که پرداختن به امنیت اجتماعی و مؤلفه‌های تأثیرگذار بر امنیت، ضامن سلامت عمومی دانشجویان و صیانت آن‌ها در برابر رفتارهای پرخطر می‌باشد. حفظ سلامت عمومی این قشر به رشد و شکوفایی استعدادها و برجسته ساختن امتیازات و نقاط قوت آن‌ها در راستای توسعه علمی و اقتصادی جامعه منجر خواهد شد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی تحت عنوان بررسی تأثیر امنیت اجتماعی بر سلامت عمومی دانشجویان دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کرمان، مصوب مرکز تحقیقات پزشکی محیطی به کد ۹۲/۱۵۲ مورخ ۱۳۹۲/۵/۲۲ می‌باشد که توسط دانشگاه علوم پزشکی کرمان تأمین اعتبار گردیده است. ضمناً از دانشجویان عزیز که در انجام این مطالعه با ما همکاری داشتند صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

مطالعه دیباچ‌نیا و همکارش در سنج رابطه معنی داری بین جنس و سلامت عمومی یافت نشد (۱۶). نتایج این مطالعه نشان داد میزان درآمد خانواده دانشجویان بر سلامت عمومی آن‌ها تأثیری نداشت بلکه بر روی امنیت اجتماعی افراد اثرگذار بود که احتمال می‌رود به این دلیل باشد که هر چه درآمد فرد بیشتر باشد قادر است وسایل و امکانات تأمین‌کننده امنیت را بیشتر برای خود فراهم کند، مانند منزل مسکونی امن‌تر و یا زندگی کردن در مناطق دارای امنیت بیشتر. اما Cubbin و همکارانش و Hajat و همکارانش به طور جداگانه پژوهش‌هایی انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که میزان درآمد و ثروت بر سلامت عمومی افراد تأثیر دارد (۱۷، ۱۸).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد درآمد تأثیری بر سلامت عمومی افراد نداشت بلکه بر احساس امنیت آن‌ها تأثیر گذار بود، به طوری که افراد با درآمد بالا احساس امنیت اجتماعی بیشتری می‌کردند. نتایج مطالعه ماهر بر خلاف نتایج این مطالعه نشان داد افراد دارای توان اقتصادی پایین امکان تغذیه مناسب، کسب آموزش کافی در زمینه بهداشت و نهایتاً تأمین سلامت عمومی خود و خانواده‌شان را نخواهند داشت و از آنجا که افراد ثروتمند دسترسی بیشتری به کالاهای افزایش‌دهنده سلامتی دارند، در نتیجه از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند (۱۹).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش عدم همکاری برخی از دانشجویان با محققین برای انجام نمونه‌گیری تصادفی از بین دانشجویان بود و لذا در چند اعلان از همه دانشجویان خواسته شد که داوطلبانه در

References

1. Naderi HA, Jahed MA, Shirazadeh MD. The relationship between sense of social security and social capital (A case study in Ardabil). *Social Studies*. 2010;(21):59-87.
2. Yarmohammad Toski M, Hajabolhasani H. Sense of security in women (aged 16 - 36) in Tehran and the social factors influencing it. *City and Landscape J*. 2011;3(18):4-14.
3. Ghodrati H, Sardarnia KA, Moltafet H, Barashd AM. Social networks and institutions of law and order(case study of Mashhad). *Journal of Social layout*. 2010;1(4):7-26.
4. Hajloo N, Abbasi R. Socio-economic factors affecting adolescents and young people feel safe in Ardabil. *Sociology of Youth*. 2010;1(1):59-76.
5. Niazi M, Shafaei Moghadam E, Shadfar Y. The relationship between social capital and sense of social security among women in the north (1, 2) and south (19, 20) of Tehran. *Sociology of Youth*. 2011;2(3):131-60. Persian.
6. World Health Organization(WHO). A state of complete physical mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. 2013 .Available from: www.who.int/about/definition/en/print.
7. Sam Aram EA. The relationship between community health and social security, with an emphasis on community policing approach. *Sociology of Youth*. 2009;1(1):9-29.
8. Mehrmand A, Ashrafi Soltan Ahmadi H, Azizinejad B. Mental health and its role in high-risk adolescents behavior with emphasis on social security in the city of Urmia. *Entezam-e-Ejtemaei*. 2011;3(2):87-102. Persian
9. Heydarenia MA, Ghaemiyan T, Abdi A, Fathiyan S, Montazeri A. Relationship between economic deprivation and health-related quality of life. *Payesh*. 2012;11(4):491-5.
10. Narimani A, Akbarzadeh M, Hamzeh M. Evaluation of general health in medical students of AJA University of Medical Sciences, 2009. *J Army Univ Med Sci I.R. Iran*. 2010;8(1):49-55.
11. Leffert N, Benson PL, Scales PC, Sharma AR, Dyanne R, Blyth DD. Developmental assets: measurement and prediction of risk behaviors among adolescents. *Applied Developmental Science*. 1998;2(4):209-30.
12. MohammadKhani S, Bashgareh R. Emotional intelligence and copying styles as predictors of general health. *Research on Psychological Health*. 2008;2(1):37-47.
13. Kavoshp.com. [Internet]. Social security;2013 [updated; cited 2013 Oct;29]. Available from: <http://www.kavoshp.com>
14. Hojjati H, Taheri N, Heidari B, Taheri F. Sleep-quality investigation of bus drivers working in the Gorgan's passenger terminal and its relation with the public health in 2008-2009. *Iran Occup Health*. 2010;7(2):20-4.
15. Omokhodion F. Psychosocial problems of pre-clinical students in the university of Ibadan medical school. *Afr J Med Sci*. 2003;32(2):135-8.
16. Najar Nahavandi M, Ahangar Salabati A. Sociology evaluation of sexual social security sense in women. *Iranian Journal of Social Problems*. 2010;1(3):167-77. Persian.
17. Dibajnia P, Bakhtiari M. Mental health status of the students of in the faculty of Rehabilitation, Shahid Beheshti University, 2002 . *J Ardabil Univ Med Sci*. 2002;2(2):27-32
18. Cubbin C, Pollack C, Flaherty B, Hayward P. Assessing alternative measures of wealth in health research. *Am J of Pub Health*. 2011;101:939-47.
19. Hajat A, Kaufman JS, Rose KM, Siddiqi A, Thomas JC. Long-term effects of wealth on mortality and self-rated health status. *Am J Epidemiol*. 2011 Nov;173(2):192-200.
20. Maher A. The relationship between poverty and health in Iran. *Soc Welf Quar J*. 2005;5(18):129-48. Persian.

The Relation between Social Security and General Health among Students of Kerman Medical University, Health School

Victoria Momenabadi¹, Mohabbat Mohseni², Narges Khanjani³, Somaye Alizadeh¹

Abstract

Background: Social security is a feature of psychosocial science which is necessary for people in order to have a healthy life and continue their social relations. The aim of this study was to evaluate the relation between social security and general health of students.

Methods: This was a cross-sectional study. The sample included 284 students aged 18 to 45 years from the School of Public Health who voluntary participated in the study. In order to collect the data, Social Security and the General Health (GHQ-28) questionnaires were used. Descriptive analyses, t-test, ANOVA and Pearson's correlation coefficient, were performed to analyze the data.

Results: There was a significant and direct relationship between social security and general health ($r=0.231$, $p<0.001$). Also there were significant associations between social security and, older age ($P=0.002$), male gender ($P=0.002$), more income ($P=0.001$), field of study ($P=0.031$), and type of residing home ($P=0.022$).

Conclusion: Seems like social security is low in people with worse general health, younger age, women, and low income. More research is needed to determine the reason of less social security in students of specific fields. It is also proposed that more research be conducted on the probable factors related to social security.

Keywords: Social Security, General Health, University Students, GHQ

1- MSc Student, Department of Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Assistant Professor, Research Center for Modeling in Health, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- Associate Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding Author: Mohabbat Mohseni **Email:** mohabbat.mohseni@gmail.com

Address: Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran **Tel:** 034-31325095 **Fax:** 034-31325094