

بررسی شیوع ویروس کرونا و احساس امنیت اجتماعی در کرمان سال ۱۳۹۹ (با تأکید بر نقش پلیس)

فاطمه سلطانیپور^۱، سمنبر میرزایی^۲، کاوه کدخدای^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۲/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۱۵

چکیده

هدف و زمینه: بحران حادثه‌ای است که به‌طور ناگهانی رخ می‌دهد و الگوی زندگی افراد جامعه را مختل و جان انسان‌ها را به خطر می‌اندازد و صدمات متعددی در سطح اقتصادی، اجتماعی و روانی به بار می‌آورد که برای برطرف نمودن آن نیاز به اقدامات اضطراری می‌باشد. هدف این تحقیق، شناسایی شیوع ویروس کرونا و نقش پلیس در زمینه میزان احساس امنیت اجتماعی است.

روش‌شناسی: روش ترکیبی کیفی-کمی (مردم‌نگاری تاریخی - پیمایش) هدف از روش مردم‌نگاری تاریخی، تمرکز بر داده‌ها و اسناد تاریخی برای بررسی پدیده‌ها و رویدادهای تاریخی است و هدف از روش پیمایش است. جهت جمع‌آوری داده‌های کیفی از اسناد و مدارک؛ و برای جمع‌آوری داده‌های کمی از پرسشنامه ساخت‌یافته‌ی احساس امنیت اجتماعی استفاده نموده است.

نتایج: در واقع مطالعه تاریخچه‌ی بیماری‌های واگیردار در گذشته نشان‌دهنده کشتارهای گسترده‌ای که دستاورد ناکارآمدی حکام وقت و تعلق زبردستان آن‌ها بوده است و پیامد آن رکود بازار، تعطیلی تجارت و تضعیف اقتدار ملی ایران آن زمان شده است. نتایج تحقیق بیان گر این است که به مردم احساس امنیت و آرامش بدهند. مقدار ضریب رگرسیونی استاندارد شده بین عملکرد پلیس و احساس امنیت اجتماعی (۰/۲۵۵) است که این میزان از دیگر متغیرها بیشتر است و میزان ضریب همبستگی کندال برابر با ۰/۶۳۱ می‌باشد و با توجه به ($P.value=0/000 < 0/05$) میزان همبستگی بین عملکرد پلیس و احساس امنیت اجتماعی مثبت و در حد بالا است.

واژگان کلیدی: احساس امنیت اجتماعی، رضایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی.

^۱ - دکتری جامعه‌شناسی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرنند، عضو پژوهشگران دفتر تحقیقات کاربردی فا. استان کرمان، (نویسنده مسئول)، ۰۹۱۳۳۴۲۹۷۰۸ - f.soltanpoor@yahoo.com

^۲ - دکتری فقه و علوم اسلامی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرنند، ۰۹۱۳۱۹۹۴۱۷۴

^۳ - دانشجوی دکتری کامپیوتر، مدرس مدعو دانشگاه صنعتی شریف، ۰۹۱۳۱۹۹۵۱۴۱

مقدمه و بیان مسئله

از روزی که آدمی درصدد افزایش احساس امنیت و دفع شر و درد از خود برآمد، تاریخ طب شروع شد و احتمالاً فردی که توانسته درد را از خود و یا دیگری دفع کند، احساس امنیت را در بشر ایجاد کرده است. امنیت اجتماعی یکی از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی که مفهومی جامعه‌شناختی است، سرمایه اجتماعی، دارای دو مؤلفه‌ی دیگر، مشارکت اجتماعی و اعتماد اجتماعی می‌باشد و به ارتباط درون و مابین گروهی اشاره دارد و به‌نوعی علاج همه‌ی مشکلات جامعه مدرن تلقی شده است (پورتس^۱، ۱۹۹۸).

ایرانیان باستان هرچند بیماری و درمان را امری ماوراءالطبیعه تلقی می‌کردند، تلاش برای دستیابی به تندرستی را اقدامی دینی و پرهیز کارانه می‌پنداشتند، توصیه‌ها و آموزه‌های دینی ایرانیان درباره بیماری‌ها و چگونگی نگرش و مقابله با آن‌ها نیز مبتنی بر تجربیات و آموخته‌های آن‌ها بوده است. در آیین مزدیسنا نیالودن عناصر اربعه آتش، آب، هوا و خاک مقدس بوده است؛ به‌طوری‌که نیالودن آن‌ها به خون و کثافات (حاصل از بیماری‌ها) حکمی مذهبی بود و رعایت نکردن آن علاوه بر اینکه آدمی را ناپاک می‌ساخت، امنیت را به خطر می‌انداخت و مجازاتی وخیم در پی داشته است. همچنین در کتاب‌های دینی مزدیسنا آمده که اثر لاشه دفن شده تا پنجاه سال در زمین باقی می‌ماند. از آنچه گفته شد، به نظر می‌رسد ایرانیان قدیم به عاملی ناشناخته و مرگ‌زا که سبب بروز بیماری و فساد لاشه می‌شود، اعتقاد داشته‌اند و به تجربه معلوم شده اثر عفونت ممکن است حتی تا پنجاه سال باقی بماند که به تعبیر امروز می‌توان آن را ناشی از اسپورباکتریها دانست، یا درجایی دیگر از اهورامزدا سؤال می‌شود که مرگ‌آورترین کردار مردمان کدام است؛ در پاسخ می‌گوید کسی که موی خویش را شانۀ زند و یا بتراشد یا ناخن‌های خود را بگیرد، موی و ناخن

^۱ - Portes

جداشده از تن خود را ده‌ها قدم از آب‌و‌آتش و برسم دورتر نبرد؛ زیرا آن‌ها همچون لاشه مردار باعث انتشار آلودگی می‌شوند که این موضوع را می‌توان به سرایت بیماری‌هایی همچون کچلی ناشی از قارچ‌ها و یا میکروب‌های زیر ناخن نسبت داد که منبع بسیاری از باکتری‌های بیماری‌زا است. در عصر هخامنشیان و اشکانیان معتقد بودند که آب را باید جوشانند تا سبب از میان رفتن بیماری‌ها شود و همچنین معتقد بودند اگر آب را قدری سرد و یا گرم کنند گوارا می‌شود و یا چنانچه آن را در ظرف مفرغ و یا نقره‌ای بریزند سمیت آن از بین می‌رود. علیرغم ناآگاهی از وجود میکروارگانیسم‌ها در آب، این تجربه نشان می‌دهد که ایرانیان در اعصار گذشته به وجود اجرامی ناشناخته که می‌تواند باعث سمیت آب شود، آگاهی داشته‌اند و یا سرد و گرم کردن آب ما را به یاد روش پاستوریزاسیون برای زدودن باکتری‌های بیماری‌ها از مواد لبنی می‌اندازد و یا همان‌طور که میدانیم فلزات سنگین نظیر مفرغ که آلیاژی از مس و قلع است و یا نقره، از عناصر شیمیایی ضد میکروبی است که امروزه برای از بین بردن میکروب‌ها مصارف فراوانی در بهداشت و ضد عفونی‌کننده‌ها دارد.

اریک فرم با اتکا به مباحث روانشناسی بالینی و روان‌کاوی اجتماعی معتقد است که شرط بقای هر موجود زنده‌ای، به‌ویژه انسان، داشتن احساس امنیت است، که در صورت فقدان آن یا فرد خواهد مرد، یا دچار بیماری‌های روانی شده و یا اقدام به خودکشی خواهد کرد (تنهایی، ۱۳۷۱: ۳۴۷)، در واقع ایده اصلی این است که ارتباطات و شبکه‌های اجتماعی دارای ارزش هستند و می‌توانند بر بهره‌وری افراد و گروه‌ها تأثیرگذار باشند. تلاش‌های آغازین برای تعریف سرمایه اجتماعی بر میزان استفاده از آن به‌عنوان منبعی در اختیار نفع عمومی یا افراد تأکید داشتند؛ سرمایه اجتماعی می‌تواند ابزاری ارزشمند برای

بسیاری از نارسایی‌های اجتماعی باشد. (پوتنام^۱، ۱۹۹۴). در یکی از اولین موارد استفاده از عبارت امنیت اجتماعی هانیفان به موضوع همبستگی اجتماعی و سرمایه‌گذاری فرد در جامعه پرداخته. (هانیفان^۲، ۱۹۱۶). رابرت پوتنام امنیت اجتماعی را به‌عنوان تولیدکننده مشارکت مدنی و معیاری کلی برای سلامت اجتماعی معرفی می‌کند (الساندرینی^۳، ۲۰۰۲). ایجاد وفاق نشانه مستقیم سرمایه اجتماعی است. وفاق به معنی منافع مشترک و توافق در جهت تشویق فعالیت جمعی است (عارفی^۴، ۲۰۰۳). رجوع به خویش‌نخستین خویش و کشف توانایی‌های طبیعی خود، مثل خردورزی، تصویرسازی، عشق‌ورزی و باور به اینکه می‌تواند با اتکا به توانایی‌ها و اتخاذ سوگیری‌های بارورانه به امنیتی صادق دست‌یافته و ارتباطی مبتنی بر شناخت، احترام متقابل، احساس مسئولیت در قبال دیگران و دقت و مراقبت در حال هم‌نوع، عناصری که تشکیل‌دهنده واقعیت سلامت و عشق به شمار می‌آیند، برقرار سازند. گذار از چنین فراگردی از مهم‌ترین شرایط تشکیل سوگیری بارور و پاسخی درست برای کسب امنیت اجتماعی به شمار می‌آید. (تنهایی، ۱۳۷۱: ۳۴۸)

احساس امنیت اجتماعی در زمان شیوع بیماری‌های واگیردار به مشکل جدی برمی‌خورد، تاریخ طبیعی بیماری‌های واگیردار به‌سادگی قابل‌تعریف است، مطالعه تاریخچه بیماری‌های عفونی همچون وبا، سل، جذام و طاعون نشان می‌دهد چگونه ناکارآمدی حکام وقت، تعلل زیردستان آن‌ها و جهل عمومی باعث کشتارهای گسترده‌ای شده است، کشتارهایی که حتی باعث رکود بازار، تعطیلی تجارت و تضعیف اقتدار ملی ایران بوده است، محقق قصد دارد احساس امنیت اجتماعی را از بدو شیوع ویروس کرونا مورد مطالعه قرار دهد، از آنجاکه در جامعه‌ی ایران در دهه‌های ۲۰ و ۳۰ مواجه با مشکلات

^۱ - Putnam R. D

^۲ - Hanifan, L.J

^۳ - Alessandrini, M

^۴ - Arefi, M

تلخی راجع به بیماری‌های واگیردار مردم ایران بوده است؛ لذا در حال حاضر به نظر می‌رسد با مشکلات عدیده‌ای راجع به شیوع ویروس کرونا و عدم احساس امنیت اجتماعی مواجه باشند که آینده‌ای پر از بیم انتظار می‌رود لذا محقق درصدد است؛ راه‌حلی جهت کاهش ناهنجاری‌های پیش رو کنکاش کرده که بتواند احساس امنیت اجتماعی را در مردم افزایش دهد. محقق قصد دارد به دو سؤال اساسی ذیل پاسخ دهد: ۱- چگونه در ایران در طول تاریخ با بیماری‌های واگیردار برخورد شده است؟ ۲- آیا بین عملکرد پلیس و احساس امنیت اجتماعی رابطه وجود دارد؟

در پژوهش فوق که احساس امنیت مردم را در بدو ورود ویروس ناخوانده کرونا در ماه‌های اسفند، فروردین، اردیبهشت و خرداد ۱۳۹۹-۱۳۹۸ در شهر کرمان مورد مطالعه قرار داده است و سعی بر آن دارد که به مهم‌ترین هدف پژوهش که شناسایی میزان احساس امنیت اجتماعی از زمان شیوع ویروس کرونا است برسد و در این راستا نقش پلیس را مورد بررسی قرار دهد.

پیشینه و مبانی نظری

تاریخچه بیماری‌های واگیردار: شیوع بیماری وبا در سال ۱۸۶۹ میلادی در اصفهان و سپس در شیراز آغاز شد که سفارت انگلیس در تهران، دولت ایران را وادار به اقداماتی در جهت همکاری با پزشکان کنسولگری انگلیس کرد، مذاکراتی با مقامات کشورهای روسیه، ترکیه و منطقه‌ی خلیج فارس در این زمینه انجام داد، اما به دلیل کمبودهای مالی ایران نتایج چندانی در پی نداشت و کشته‌های زیادی در پی داشت، در سال ۱۸۷۶ میلادی شیوع دیفتری در تهران توجه مقامات را به این امر جلب کرد که ایران کاملاً در برابر بیماری‌های واگیردار بی‌دفاع است. تصمیم گرفته شد مجلس حفظ‌الصحه تشکیل شود، این مجلس به ریاست اعتمادالسلطنه، راجع به سیستم قرنطینه، در مرزها صحبت شد، که تصمیم قاطعی

در این خصوص گرفته نشد. (سیریل الگود، ۱۳۵۶: ۵۶۸). در سال ۱۸۷۷ میلادی زمان شیوع طاعون در ایران مأموری از سوی انگلیس به ایران فرستاده شد، وی پس از تحقیقات لازم مکتوب کرد که امکانات ایران برای مقابله با این بیماری اندک است، با افزایش اهمیت روزافزون خلیج فارس در تجارت دریایی، سفیر امپراتور اتریش در نامه‌ای به تاریخ ۲۷ ژوئن ۱۸۷۷ با عنوان اینکه دولت ایران از حفظ منطقه‌ی خلیج فارس و جلوگیری از بیماری‌های واگیردار ناتوان است، پیشنهاد کرد یک شورای بین‌المللی زیر نظر حکومت‌های خارجی بر قرنطینه‌ی بنادر جنوب نظارت کند، در صورتی که رئیس این شورا یک ایرانی باشد، ایران قبول کرد در صورتی که از نظر امور مالی مصون باشد، اما بازم به علت ناتوانی‌های مالی این قاعده هم مسکوت ماند، این در صورتی بود که طاعون در جنوب کشور کشتار دسته‌جمعی می‌کرد، البته دولت‌های روس و انگلیس در گسترش بیماری‌ها در ایران از طریق آب‌های آزاد خلیج فارس نقش مهمی داشتند. (اسناد وزارت خارجه، ۱۸۷۷: ۱۰). در پائیز ۱۸۹۶ میلادی گسترش طاعون در بمبئی و کراچی به ایران رسید، در ۲۴ اکتبر نوزده رجب ۱۳۱۴ ه.ق بنا بر درخواست انگلیس، صدراعظم ایران به فرمان مظفرالدین شاه حفظ‌الصحه خلیج فارس را به انگلیس سپرد و هزینه هم‌هی خدمات را ایران متقبل شد (حاتمی، ۱۳۸۵: ۹-۸). نیمه‌ی دوم سال ۱۹۱۶ میلادی در اثر جنگ مردم با کمبود مواد غذایی و گرانی روبرو شدند؛ این کمبود در پائیز ۱۹۱۷ میلادی به قحطی انجامید و به دنبال آن قحطی بزرگ سالهای ۱۹۱۷ م تا ۱۹۱۹ م روی داد که همراه با بیماری‌های واگیری چون وبا، طاعون، تیفوئید و تیفوس که در نقاط مختلف ایران گسترش یافته بود، تعداد زیادی جمعیت کشور را به کام مرگ برد (مجدد، ۱۳۸۶: ۲۲). بیماری وبا در سال ۱۳۳۴ ه.ق تمام نواحی شمالی را آلوده کرده بود، این بیماری به قزوین و تهران رسید و دولت مجبور شد در کرج قرنطینه برقرار کند (اسناد وزارت

خارج، ۱۳۳۳: سند ۱۵۰-۱). به این ترتیب در شمال وبا و در جنوب طاعون کشتار می‌کرد و این در حالی بود که دولت‌های انگلیس و روس بی تفاوت به قوانین قرنطینه، در گسترش این بیماری‌ها نقش مهمی داشتند، در طول جنگ، دولت انگلیس با محدود کردن تجارت خلیج فارس و توقف کشتی مظفیری در بندر کراچی و سپس آذربایجان در سال ۱۳۳۴ ه.ق، ۱۹۱۶ میلادی که بازوهای اجرایی اداره گمرک دولت ایران در خلیج فارس بودند، از یک سو باعث کاهش درآمد گمرک کشور شد، چون درآمد قرنطینه بندرها جنوب از گمرک تأمین میشد، کاهش این درآمد تأثیر مستقیم بر قرنطینه‌ی جنوب گذاشت و بسیاری از دستگاه‌های بهداشتی آن در طول جنگ از کار افتاد و از سوی دیگر این محدودیت به قحطی که بر اثر جنگ در کشور ایجاد شده بود گذاشت، بسیاری از دستگاه‌های بهداشتی آن در طول جنگ از کار افتاد و از سوی دیگر این محدودیت به قحطی که بر اثر جنگ در کشور ایجاد شده بود کمک کرد، در نیمه دوم سال ۱۹۱۶ م در اثر جنگ مردم با کمبود مواد غذایی و گرانی روبرو شدند (حاتمی، ۱۳۳۴: ۹-۸).

حقوق شهروندی: (تی اچ مارشال^۱، ۱۹۶۴) سه نوع حق در ارتباط با رشد شهروندی تشخیص داده است حقوق مدنی که به حقوق فرد در قانون اطلاق می‌شود که شامل آزادی افراد برای زندگی در هر جایی که انتخاب می‌کنند، آزادی بیان و مذهب، حق مالکیت و حق دادرسی یکسان در برابر قانون. نوع دوم حقوق شهروندی حقوق سیاسی است، به ویژه حق شرکت در انتخابات و انتخاب شدن، این حقوق هم به آسانی و به سرعت به دست نیامد و سومین نوع حقوق شهروندی حقوق اجتماعی است، این حقوق به خدمات رفاهی مربوط می‌شود، گسترش حقوق اجتماعی، اساس آن چیزی است که دولت رفاه نامیده می‌شود، دولت رفاه در جایی وجود دارد که سازمان‌های حکومتی برای کسانی که توانایی

^۱ - Marshal

تأمین زندگی خود را در مواقع بیکاری، بیماری، ازکارافتادگی و مواقع اضطراری مانند زلزله، سیل، بیماری‌های واگیردار ندارند، مزایای مادی فراهم کند (گیدنز، ۱۹۸۲: ۳۴۲-۳۴۱).

وبا: ویلیام مکنیل^۱ در کتابی که چند دهه پیش با عنوان «وباها و مردم» منتشر کرد، می‌گوید: تاریخ سیاسی هر مملکت و پیروزی‌ها و شکست‌های آن با سطح زندگی و تندرستی مردمان آن مملکت تناسب مستقیم دارد و مورخان از درک این رابطه غافل مانده‌اند. این گفته درباره جامعه گذشته ایران صدق می‌کند. وبا از امراض بومی ایران بود به طوری که تقریباً هر سال یکبار شیوع می‌یافت و رشته زندگی و فعالیت اجتماعی را تا اندازه‌ای فلج می‌ساخت. به‌ویژه می‌توان به وبای تبریز در سال ۷۷۱ قمری، در زمان سلطان اویس آجالیر اشاره کرد که موجب مرگ حدود سیصد هزار نفر شد. در همین شهر در سال ۸۰۹ ق (۱۴۰۶ م) پس از قتل و غارت تبریز از سوی ابابکر نوۀ تیمور، مردم این شهر گرفتار وبا شدند. در سال ۸۳۸ ق (۱۴۳۵ م) همه‌گیری فوق‌العاده خطرناک و کشنده وبا که احتمالاً با طاعون نیز همراه بود، در ناحیه هرات بروز کرد که به نوشته فصیحی خوافی (۷۷۷ - ۸۴۹ ق) (۱۳۷۵ - ۱۴۴۵ م) تلفات آن حدود ۹۹ درصد بود (از هر دویست نفر یکی زنده ماند). بیماری با چنین تلفاتی در تاریخ بیماری‌های جهان بی‌سابقه است؛ ضمن آنکه از میان تمام بیماری‌هایی که بشر در قرن چهاردهم به آن‌ها مبتلا شد، وبا مخوف‌ترین بیماری در جهان آن زمان تلقی می‌شده است (ناطق: ۱۳۵۶: ۱۴۸).

جذام: ابتلا به بیماری جذام نیز به‌دفعات در گزارش‌های مورخان اشاره‌شده و تصور می‌رود تاریخ پیدایش جذام با تاریخ خلقت انسان هم‌زمان باشد. شاید قدیمی‌ترین گزارش‌های مربوط به این بیماری گزارش مورخان چینی باشد. آن‌ها در ۵۰۰۰ سال قبل از

^۱ - McNeill. H William

میلاد مسیح، به وجود این بیماری پی برده و آن را می‌شناختند. پلوتارک مورخ یونانی، آتوسا، ملکه اردشیر را که در سال‌های (۴۰۵-۳۵۹) قبل از میلاد مسیح می‌زیسته، مبتلابه این بیماری معرفی کرده است. به‌هر حال پارسیان به‌خوبی از وجود برخی بیماری‌های مسری از جمله جذام اطلاع کافی داشتند؛ به‌طوری‌که هنگام درگیری اشکانیان با لشگریان روم، مهاجمانی که به این بیماری آلوده بودند و چندان نکات بهداشتی را رعایت نمی‌کردند، موجب شدند بیماری جذام بین مردم شیوع یابد. در ایران باستان و در کتاب مقدس زردشتیان (اوستا) از سرایت برخی از بیماری‌های مسری پوستی یاد شده و به‌ویژه به بیماری جذام نیز اشاراتی شده است. پزشکان دوره اسلامی از جمله ابن‌سینا، جذام را یکی از بیماری‌های بسیار بد معرفی می‌کنند که سبب می‌شود اندام تن فاسد و شکل و هیئت آن‌ها تباه شود و پیوند اندام‌ها از هم بگسلد. در زمان ناصرالدین‌شاه قاجار و به دستور او شکارگاه سلطنتی که در ۱۰ کیلومتری شهر تبریز قرار داشت محصور شد تا جذامیان را در آن ساکن کنند. این شکارگاه که به نام بابا باغی یا باغ بابا (بابا لقب مردمی ناصرالدین‌شاه بوده است) بود. در زمان رضاشاه، به دلیل مجاور شدن بیماران صعب‌العلاج از جمله جذامیان در مشهد که برای مداوا از سراسر کشور به خراسان مهاجرت می‌کردند و اکثراً برای همیشه ماندگار می‌شدند، محلی در حاشیه شهر مشهد به نام محراب خان که اکنون در مرکز شهر قرار گرفته است، به درمان سرپایی جذامیان اختصاص یافت. همچنین اواخر دهه چهل، درمانگاه‌های سرپایی بیماران جذامی در استان‌های آلوده مانند رشت، خرم‌آباد، کرمانشاه و تهران تأسیس شد. استان تهران از نظر آماری تعداد بیماران مجذوم بسیار کمی داشت ولی برای مراجعه مجذومین، درمانگاه سرپایی در خیابان فداییان اسلام در حومه شهرری و حرم حضرت عبدالعظیم (ع) بنا شد. در دهه چهل شمسی دکتر راجی وزیر بازنشسته وزارت بهداشت، املاک شخصی خود را در شهرستان بجنورد که ده‌ها

هکتار بود وقف کرد تا در آن آسایشگاه بزرگ و نسبتاً مدرنی برای رسیدگی به امور جذامیان تأسیس شود که به نام دهکده راجی ثبت شد. سرانجام در سال ۱۳۶۹ شورای معاونان وزارت بهداشت، سازمان مبارزه با جذام ایران را منحل و مسئولیت‌های درمانی و بیماریابی را به اداره کل مبارزه با بیماری‌ها و مسئولیت آموزشی و پژوهشی آن را به مرکز آموزش و پژوهش بیماری‌های پوست و جذام واگذار کرد که زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشکی تهران بود، بر اساس اعلام سازمان جهانی بهداشت، کشور ایران جزء کشورهای است که شیوع بیماری جذام را به کمتر از یک مورد در هر ده هزار نفر جمعیت کاهش داده است و موفق به حذف این بیماری به‌عنوان یک معضل بهداشت عمومی شده است. بر این اساس طبق گزارش مرکز مدیریت بیماری‌های واگیردار وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۱ میزان شیوع کشوری جذام، به آمار ۰/۰۳ نفر در هر ده هزار نفر جمعیت رسیده است (وزارت آموزش پزشکی، ۱۳۸۳: ۲).

طاعون: درباره شیوع طاعون انسانی در گذشته ایران اطلاعات کمی وجود دارد اما آن‌گونه که از منابع گذشته برداشت می‌شود، در چهار صدسال گذشته، ایران نیز چند بار اپیدمی طاعون انسانی را تجربه کرده است. اطلاعات مربوط به قرن‌های ۱۹ و ۲۰ بیشتر در دسترس است که نشان می‌دهد شیوع این بیماری در قرن بیستم؛ به‌ویژه در مناطقی مانند غرب ایران که این بیماری در آن بومی بوده، همچنان ادامه داشته است. به نظر می‌رسد نخستین پزشک ایرانی که بر اساس پزشکی نوین رساله‌ای درباره طاعون نوشت محمدرضا طباطبایی پزشک ارشد نظامی در دوره ناصرالدین‌شاه بود. کتاب او با عنوان طاعون در ۱۲۵۴ ش با چاپ سنگی منتشر شد و شامل پنج فصل و یک پیوست بود. در این پیوست نوشته‌های دکتر طولوزان درباره راه‌های پیشگیری و درمان طاعون انسانی در استان‌های کردستان و خراسان منتشر شد. دکتر یونس کریمی بین سال‌های ۱۳۴۲ تا ۱۳۵۷

مقاله پژوهشی درباره طاعون انسانی در ایران، در مجله‌های معتبر بین‌المللی منتشر کرد. وی همچنین کتاب جامعی با عنوان طاعون و همه‌گیری‌شناسی آن به فارسی تألیف کرد که انستیتو پاستور ایران آن را در سال ۱۳۵۶ منتشر کرد. کتاب او شامل آخرین یافته‌های پزشکی درباره کانون‌های سرایت طاعون در دنیا و ایران بود و همچنین اطلاعات باارزشی درباره گونه‌هایی از چونندگان دربر داشت که باعث شیوع طاعون انسانی در ایران بودند (وزارت آموزش پزشکی، ۱۳۸۳: ۳۲). در سال ۱۳۴۸ میلادی، مرگ سیاه، طاعونی که توسط کک‌هایی شیوع می‌یافت که حاملان آن‌ها موش‌های سیاه بودند، یک چهارم جمعیت انگلستان را کشت و بسیاری از نواحی اروپا را ویران کرد. (گیدنز، ۱۳۸۴: ۶۴۲)

سل: پیشینه بیماری سل به‌عنوان بیماری مرگبار در جهان، به دوره باستان بازمی‌گردد. در تمدن‌های کهن، سل ناخوشی شناخته‌شده‌ای بوده است نمونه آن، قانون (لوح) حمورابی مربوط به تمدن میان (بین رودان النهرین) است که به بیش از دو هزار سال پیش از میلاد بازمی‌گردد که در آن به بیماری سل اشاره شده است. همچنین مطالعه اسکلت مومیایی شدگان مصری شواهدی را از وجود سل ستون فقرات در آن‌ها نشان می‌دهد. در گذشته پزشکان نامی مانند بقراط، جالینوس، اطبای هند، چین و مصر در نوشته‌های پزشکی خود، سیمای بالینی سل را ترسیم کرده‌اند. رازی (۸۴۴-۹۲۶ میلادی) (۳۱۴-۲۲۹ ق) اولین پزشکی است که از سل استخوانی دست‌وپا سخن به میان آورده و سل را بیماری فقر دانسته است. شیخ‌الرئیس ابوعلی سینا (۱۰۳۷-۹۸۵ م) (۴۲۸-۳۷۵ ق) نیز به بیماری سل اشاره‌هایی داشته و بر آن است که سه مرحله قبل از تورم، دوران غاری یا کهفی دارد و به‌صورت بسیار عجیب و با نبوغ خود بیماری را شرح داده است. سید اسماعیل جرجانی در ذخیره خوارزمشاهی نیز سل را مسری و انتقال آن را از راه هوا، آب آلوده و ... می‌داند. از پیشگامان مبارزه با بیماری سل در ایران در سده اخیر می‌توان به

دکتر محمدعلی نشروودی، دکتر سیاوش شقاقی و همچنین دکتر مسیح دانشوری اشاره کرد که با تأسیس آسایشگاه مسلولین شاه‌آباد در تهران (۱۳۱۵ ش. / ۱۹۳۷ م) برنامه پیشنهادی خود را در زمینه توسعه عملیات مبارزه با سل ارائه کردند. همچنین در سال ۱۳۲۶ ش. / ۱۹۴۷ م، برای نخستین بار در ایران، واکسن ب.ت.ژ، زیر نظر دکتر مهدی قدسی تولید شد (بایگانی تاریخ بیماری سل، ۱۳۸۹: ۲۱۵)

سیاه‌زخم: سیاه‌زخم را ابن هندو یا نار فارسی می‌نامند و می‌گویند نار فارسی همانا سرخی است پر از گاز و انباشته از مایعی رقیق که پیش از بروز آن سوزش و التهابی وجود دارد که آرام نمی‌گیرد (مفتاح الطب: ۱۳۰) و ابوعلی سینا از سیاه‌زخم با عنوان جوش اخگری و نارِ پارسی یاد می‌کند. جرجانی نیز آن را نار فارسی می‌نامد و علت آن را تیزی خون یا به تعبیری عفونت می‌داند. برای درمان سیاه‌زخم جلدی از داروهای مختلفی مانند پوست انار و مازو که با سرکه پخته شود و همچنین از مخلوط زاج و سرکه استفاده می‌کردند. عشایر و دامداران، سیاه‌زخم را به خوبی می‌شناختند و برای درمان آن به شیوه سنتی از علفی کوهستانی به نام ریشه چینی (بیخ چینی)، خاکستر پوست درخت بَنه و مخلوط آهک استفاده می‌کردند. به هر حال اگر از این درمان‌ها نتیجه نمی‌گرفتند محل آن را با آتش داغ می‌کردند. البته اطراف زخم را با خمیر نان می‌پوشاندند تا از آسیب سوختگی در امان بماند. ساخت واکسن علیه شاربین حیوانی از سوی مهدی خان ذوالریاستین از سال ۱۳۱۴ در مؤسسه رازی آغاز شد. این واکسن اکنون نیز همه‌ساله با گستردگی زیادی کاربرد دارد و در پیشگیری از شاربین حیوانی مؤثر است. (تاج‌بخش، ۱۳۷۶: ۹۸)

مشمشه: مهم‌ترین بیماری مشترک انسان و تک‌سمی‌ها است که آن را از قدیم در ایران می‌شناختند. این بیماری به اسامی مختلفی از قبیل مشمش، مشمشه، خُنام، خُنامه، سُرَاجه و غراجه (مشمشه جلدی) و غیره نامیده می‌شد. کارپانتیه فرانسوی که در سال ۱۳۱۱-۱۳۰۷

ش در ایران بود از فراوانی بیماری مسمشه در اسبان یاد می‌کند. در آن زمان آزمایش بین پلکی یا مالئیناسیون در اسبان ارتش انجام می‌گرفت. وی نسبت آلودگی را در اسبان عشایر ۳ تا ۴٪ و در اسبان ارتش ۲۰ تا ۳۵٪ می‌داند. بیماری مسمشه در افرادی که با اسب سروکار داشتند نیز قربانی می‌گرفت. قربانیان مسمشه کم نبودند و آن را دردناک‌ترین بیماری‌های انسان می‌دانستند. در دوران قاجاریه، مسمشه گسترش بیشتری داشت، چنانکه خوانساری بیماری را به‌خوبی شرح داده و سرایت مسمشه جلدی (سُراجِه) را آشکارا بیان کرده است. برای درمان مسمشه داروهای ترکیبی و مفرد مختلفی را از جمله مواد زیر تجویز می‌کردند: ضمادی مرکب از روغن پیه گاو پیر و نمک و آهک. در ضمن مخلوطی از جوشانده تخم حَنْظَل (Colocynth)، پوست بَنج (Hebane, Hemp Indian) کنجد و گوگرد پارسی را به‌کاربرده و پس‌از آن پوست را با صابون و آب‌نارنج می‌شستند، همین درمان را در مورد مسمشه انسان نیز مفید می‌دانستند. (تاج‌بخش، ۱۳۷۶: ۱۲۳)

مخملک: به اعتقاد بیکر Baker پزشک دوران قاجار، مخملک در ایران حوالی سال ۱۸۵۵ م معرفی شده بود. باوجوداین و بر اساس اظهارات شلیمر (Schlimmer)، پزشک هلندی آن دوران، بیماری قبل از این تاریخ نیز در ایران روی می‌داده است. حضور طولانی‌مدت گروهی از زنان ارمنی که در درمان این بیماری تخصص داشتند، شلیمر را بر این باور داشته که مخملک از زمان‌های طولانی در ایران وجود داشته است. درنهایت، با شیوع مخملک در قزوین و تهران جامعه پزشکی اروپا و ایران توانست یافته‌های شلیمر را تأیید کند. پزشکان ایرانی در خراسان، جایی که مخملک زمانی بسیار شایع بود، بین مخملک خوش‌خیم و مخملک کشنده (مرگیجه) تفاوت قائل شدند. این پزشکان پی بردند که مخملک کشنده شفا نمی‌یابد (ویللم^۱، ۲۰۰۷).

^۱ - Willem

دیفتری: بیکر گزارش کرده که بیماری دیفتری یا خناق در ایران در دهه ۱۸۵۰ م شناخته شده است؛ اما بر اساس گفته پزشکی اروپایی، شناسایی دیفتری در ایران به سال ۱۸۷۴ م بازمی‌گردد. در این سال بیماری چنان شیوع گسترده‌ای یافت که پس از دو سال، در چند شهر اندیمشک و در تهران نیز عامل ۳۰-۲۰ درصد از کل مرگ‌ومیرها بود. در سال ۱۳۲۰ ش شیوع بیماری دیفتری در ایران باعث بروز تلفات شدید شد (مرگ ۲۰۰۰ کودک فقط در تهران). یکی از روش‌های معمول در آن زمان درمان فشار سفت لوزه‌ها با انگشت اشاره در هر غروب برای سه تا چهار روز و گرم نگاه‌داشتن گردن بود. در آن زمان به دلیل وارداتی بودن سرم ضد دیفتری از آلمان و درگیری این کشور در جنگ جهانی، ایران با کمبود شدید سرم ضد دیفتری روبه‌رو بود. در پی این بحران، دکتر منوچهر اقبال، پروفیسور یحیی عدل (بنیان‌گذار جراحی ایران) و دکتر محمد قریب (پایه‌گذار طب کودکان ایران)، در آبان ماه ۱۳۲۰ طی ملاقاتی با دکتر لویی دلپی خواستار کمک برای حل مشکل شدند. پیگیری این موضوع، موجب واگذاری مسئولیت تولید واکسن به دکتر حسین میر شمسی شد که با تلاش شبانه‌روزی وی، نخستین نمونه سرم ضد دیفتری اوایل خرداد ۱۳۲۱ در بیمارستان رازی و زیر نظر دکتر اقبال (رئیس بخش عفونی آن بیمارستان و معاون وزیر بهداشتی) روی دختر ۴ ساله مبتلا به دیفتری آزمایش شد و به نجات جان وی انجامید (ویلیم^۱، ۲۰۰۷).

تحقیقات پیشین:

میر صالحیان، اکبر- الوند، مصیب (۱۳۹۷) تاریخچه بیماری‌های عفونی باکتریایی شایع در ایران، هدف: شناسایی درمان و کنترل بیماری‌های عفونی. مردم‌نگاری مجازی: روشی

^۱ - Willem

که به بررسی پدیده‌ها و میدان‌های مجازی با استفاده از روش‌های مجازی مانند مشاهده‌ی مشارکتی مجازی، مصاحبه‌ی مجازی و بررسی اسناد مجازی می‌پردازد (بوراوای و همکاران، ۲۰۰۰؛ گاتسون و زویرینک، ۲۰۰۴). یافته‌ها: علی‌رغم پیشرفت علوم مختلف پزشکی در امر درمان و کنترل بیماری‌های واگیردار بی‌تردید معرفی و توصیف پس‌زمینه تاریخی بیماری‌های عمومی باکتریایی شایع در ایران نه‌تنها به افزایش درک و فهم ما درباره‌ی وضعیت اپیدمیولوژی بیماری‌ها در ایران کمک شایانی می‌کند، بلکه به اصلاح این نقص فرهنگی منجر خواهد شد که تنها مرجع ما برای بیان تاریخچه، درمان و پیشگیری بیماری‌ها متون علمی بیگانه باشد، لازم است استادان ضمن آسیب‌شناسی و وقایع تاریخی این مرزوبوم، صدمات انسانی و اجتماعی ناشی از بروز و شیوع این بیماری را در کشور نقد و بررسی کنند و به تحلیل عوامل بپردازند که براین روند اثر مثبت یا منفی داشته است. تا از این طریق جایگاه علمی و ارزشمند خود را تنها به ارائه مقالات علمی محدود نکرده و تجربیات و زحمات طاقت‌فرسای سال‌های متمادی خود و نسل قبل از خود را همچون گنجینه‌ای گران‌بها در اختیار نسل بعد نیز قرار دهند.

نقد: تحقیق فوق روشی که برای رسیدن به اهدافش از آن استفاده کرده نام‌برده است لازم بود محقق از روش اسنادی هم استفاده می‌کرد.

مصلحی و برقی شیرازی (۱۳۹۸) بررسی نقش آموزش همگانی و سازمان‌های مردم‌نهاد در مدیریت بحران. اهداف: شناسایی نقش آموزش همگانی و سازمان‌های مردم‌نهاد در مدیریت بحران. روش: مطالعات مروری با استفاده از اطلاعات موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی جهاد دانشگاهی پایگاه جستجوی پژوهشگاه اطلاعات و مدارک علمی کشور، با کمک اطلاعات و مدارک علمی کشور، بانک اطلاعات مقامات علوم پزشکی، بانک اطلاعات مقالات علوم پزشکی، بانک اطلاعات نشریات کشور با استفاده از

کلیدواژه‌های مدیریت، بلایا، آموزش و سازمان‌های مردم‌نهاد، مقالات موردنظر به‌دست‌آمده؛ مقالات بر اساس معیارهای ورود و خروج و نتایج آن‌ها تحلیل شد. یافته‌ها: بررسی مطالعات انجام‌شده نشان داد که مشارکت جامعه و گروه‌های مردم‌نهاد به‌عنوان یکی از عناصر اصلی مدیریت بحران، منجر به کاهش اثرات سوء از ابتدا تا انتها می‌شود، بنابراین با توجه به اینکه ایران جزء ده کشور بلاخیز دنیا محسوب می‌شود، می‌توان با افزایش آگاهی عموم در جامعه گامی مثبت در جهت مدیریت هر چه بهتر بلایا و کاهش خسارت‌های جانی و مالی برداشت.

نقد: لازم بود محقق از روش ترکیبی استفاده می‌کرد به‌صورت کیفی_کیفی (اسنادی و کیو).

جعفری، علی‌اکبر_ فروغی، نسرين (۱۳۹۴) بررسی و تحلیل پراکنندگی بیماری‌های وبا و طاعون در ایران و تأثیر آن‌ها بر گسترش بحران‌های اجتماعی ۱۲۶۰-۱۲۱۰ ه.ق. هدف: شناسایی شیوع بیماری‌های طاعون و وبا در ایران در نیم‌قرن اول حکومت قاجارها چه تأثیری بر گسترش بحران‌های اجتماعی گذاشت. نتایج: وبا و طاعون از جمله بیماری‌های مهلک و ویرانگری است که بارها در سده سیزدهم هجری قمری در نقاط مختلف ایران شایع شد و تلفات و خسارات فراوانی از خود به‌جای گذاشت، این دو بیماری حدود یک سده پس از ۱۲۳۶ هجری قمری همه‌گیری آن به‌طورجدی قربانی می‌گرفت. همه‌ساله تعداد زیادی کودک، پیر و جوان از بین رفتند، اما کوچک‌ترین اقدامی حتی در جهت کاهش آن برداشته نمی‌شد، اهمیت این غفلت و بی‌توجهی زمانی آشکار می‌شود، که به آمار مرگ‌ومیر آن دوره توجه کنیم. فقدان امکانات بهداشتی از مهم‌ترین علت‌های مرگ بود و ریشه‌ی بسیاری از مشکلات بی‌توجهی مسئولین بود، این پژوهش باهدف بررسی

آماري و اطلاع‌يابي از پراکندگي بيماري وبا و طاعون در نيم‌قرن حاکميت قاجاريه در ايران صورت گرفت.

نقد: روش تحقيق بکار گرفته که روش آماری ذکر گردیده است بهتر بود روش اسنادی را ذکر می‌کردند، زیرا محقق از اسناد و مدارک استفاده نموده است.

نوروزی و فولادی (۱۳۸۸) بررسی احساس امنیت زنان ۲۹-۱۵ ساله شهر تهران و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن. احساس امنیت به معنای فقدان هراس از اینکه ارزش‌های انسانی موردحمله قرار گیرد یا به مخاطره بیفتد و به نبود هراس و بیم نسبت به حقوق و آزادی‌های مشروع، اطمینان و آرامش خاطر، ایمنی و خاطرجمع بودن است.

هزارجریبی و همکاران (۱۳۹۳) بررسی میزان احساس امنیت اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن، مطالعه موردی شهر تهران. اندیشمندان بر این اعتقادند که وجود امنیت در میان اعضای یک جامعه به همان اندازه مهم است که احساس امنیت در آن جامعه، در واقع می‌توان اذعان داشت که وجود امنیت در کنار احساس امنیت حائز اهمیت است، حتی می‌توان ادعا کرد که احساس امنیت در یک جامعه، مهم‌تر از وجود امنیت است، چراکه واکنش‌ها و عکس‌العمل‌های افراد در جامعه، به میزان زیادی به ادراک آن‌ها نسبت به تلقی که نسبت به واقعیت دارند؛ بستگی دارد نه خود واقعیت.

میری، آشتیانی، الهام (۱۳۸۳) بحران امنیت اجتماعی در ایران. احساس امنیت به‌عنوان یک متغیر اجتماعی می‌تواند تحت تأثیر عوامل متعدد اجتماعی و فردی قرار گیرند ازجمله عواملی که بر احساس امنیت اجتماعی در یک جامعه تأثیر می‌گذارند، می‌توان به نابرابری اجتماعی، میزان سرمایه اجتماعی در دسترس، مشارکت، پایبندی به ارزش‌های مشترک، اعتماد اجتماعی و عوامل زمینه‌ای مثل جنسیت، سن، نوع خانواده و... اشاره کرد.

طاهریان، محمد- خواجه، محمد- صادقی، یدالله (۱۳۹۸) مدیریت بحران محله محور و سرمایه اجتماعی پایگاه‌های مردمی. هدف: شناسایی بحران و نوع مدیریت آن در واقع ضروری، نحوه استفاده از ظرفیت‌های محلات شهری در مدیریت بحران و استفاده از ظرفیت‌های موجود در پایگاه‌های مردمی. روش: روش اسنادی و ابزار مورد استفاده اسناد و مدارک است. یافته‌ها: مدیریت بحران برای حفظ موجودیت یک نظام از اهمیت بالایی برخوردار است، تبیین و ریشه‌دار نمودن فرهنگ ایمنی و مشارکت و رسیدن به وحدت و یکدلی در مواقع بحرانی و پیش‌بینی و آمادگی شهروندان با استفاده از سیستم مدیریت محله محوری در مقابل بحران‌های احتمالی باید در دستور کار قرار گیرد. نقد: محقق در کل مقاله‌اش از ظرفیت‌های موجود در پایگاه‌های مردمی صحبت کرد در صورتی که این کمک باید از طریق دولت به مردم باشد، مگر نه این است همین مردم بودند که جوان دادند و ایستادگی کردند، در زمان بحران نوبت دولت‌هاست که یار و یاور مردم باشند.

روش‌شناسی

روش ترکیبی کیفی- کمی (مردم‌نگاری تاریخی - پیمایش) هدف از روش مردم‌نگاری تاریخی، تمرکز بر داده‌ها و اسناد تاریخی برای بررسی پدیده‌ها و رویدادهای تاریخی است (محمد پور، احمد، ۱۳۹۲: ۳۴۹) و هدف از روش پیمایش، مجموعه ساختمان‌ها یا منظمی از داده‌هاست که آن را ماتریس متغیر برحسب داده‌ها می‌نامیم، از آنجاکه روش تحقیق ترکیبی است طبعاً محقق از دو نوع فضا برای اطلاعات بهره می‌برد و یافته‌ها را تلفیق خواهد نمود؛ جهت جمع‌آوری داده‌های کیفی از اسناد و مدارک؛ و برای جمع‌آوری داده‌های کمی از پرسشنامه ساخت‌یافته‌ی احساس امنیت اجتماعی استفاده نموده است.

یافته‌های تحقیق

۱- چگونه در ایران در طول تاریخ با بیماری‌های واگیردار برخورد شده است؟
درواقع مطالعه تاریخچه‌ی بیماری‌های واگیردار در گذشته، همچون وبا، سل، دیفتری، حصبه، جذام و طاعون نشان می‌دهد، چگونه، ناکارآمدی حکام وقت، تعلل زیردستان آن‌ها و جهل عمومی باعث کاهش احساس امنیت اجتماعی و کشتارهای گسترده‌ای بوده است، کشتارهایی که حتی باعث رکود بازار، تعطیلی تجارت و تضعیف اقتدار ملی ایران شده است. درکل پس زمینه‌های تاریخی بیماری‌های واگیردار طی قرن‌ها به‌سادگی قابل تعریف و موردتوجه است و لازم است در حال حاضر احساس تعهد و مسئولیت بنماییم و با مدیریت بحران پیش رو باعث شویم، تاریخ دیگرباره تکرار نشود.

۲- آیا بین عملکرد پلیس و احساس امنیت اجتماعی رابطه وجود دارد؟ تأثیر رگرسیونی این متغیر بر احساس امنیت اجتماعی برابر با ۰/۲۵۵ است که نسبت به سایر متغیرها بیشتر است و میزان ضریب همبستگی کندال برابر با ۰/۶۳۱ است که بیانگر همبستگی بالا و عملکرد خوب پلیس است.

فرضیه‌های تحقیق

با توجه به فرضیه‌ی اول:

به نظر می‌رسد بین اعتماد اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی رابطه وجود داشته باشد. با توجه به نتایج آزمون رگرسیون تک متغیره راجع به رابطه‌ی بین اعتماد اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی، ضریب رگرسیونی استاندارد شده Beta ۰/۱۱۵ می‌باشد، میزان تأثیر رگرسیونی این متغیر بر احساس امنیت اجتماعی برابر با ۰/۱۱۵ است و میزان ضریب همبستگی کندال برابر با ۰/۳۲۹ می‌باشد و با توجه به (P.value=۰/۰۰۰<۰/۰۵) میزان

همبستگی بین اعتماد اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی در حد متوسط است و فرضیه مذکور تأیید می‌شود.

با توجه به فرضیه دوم

به نظر می‌رسد بین مشارکت اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی رابطه وجود داشته باشد.

با توجه به نتایج آزمون رگرسیون تک متغیره راجع به رابطه‌ی بین مشارکت اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی، ضریب رگرسیونی استاندارد شده Beta ۰/۱۵۱ می‌باشد، میزان تأثیر رگرسیونی این متغیر بر احساس امنیت اجتماعی برابر با ۰/۱۵۱ است و میزان ضریب همبستگی کندال برابر با ۰/۴۳۱ می‌باشد و با توجه به $(P.value=0/000 < 0/05)$ میزان همبستگی بین مشارکت اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی در حد متوسط است و فرضیه مذکور تأیید می‌شود.

با توجه به فرضیه سوم

به نظر می‌رسد بین آگاهی اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی رابطه وجود داشته باشد.

با توجه به نتایج آزمون رگرسیون تک متغیره راجع به رابطه‌ی بین آگاهی اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی، ضریب رگرسیونی استاندارد شده Beta ۰/۱۵۲ می‌باشد، میزان تأثیر رگرسیونی این متغیر بر احساس امنیت اجتماعی برابر با ۰/۱۵۲ است و میزان ضریب همبستگی کندال برابر با ۰/۵۲۱ می‌باشد و با توجه به $(P.value=0/000 < 0/05)$ میزان همبستگی بین آگاهی اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی در حد متوسط به بالا است و فرضیه مذکور تأیید می‌شود.

با توجه به فرضیه چهارم

به نظر می‌رسد بین رضایت اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی رابطه وجود داشته باشد.

با توجه به نتایج آزمون رگرسیون تک متغیره راجع به رابطه‌ی بین رضایت اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی، ضریب رگرسیونی استاندارد شده Beta ۰/۱۴۵ می‌باشد، میزان تأثیر رگرسیونی این متغیر بر احساس امنیت اجتماعی برابر با ۰/۱۴۵ است و میزان ضریب همبستگی کندال برابر با ۰/۴۲۸ می‌باشد و با توجه به $(P.value=0/000 < 0/05)$ میزان همبستگی بین رضایت اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی در حد متوسط است و فرضیه مذکور تأیید می‌شود.

با توجه به فرضیه پنجم

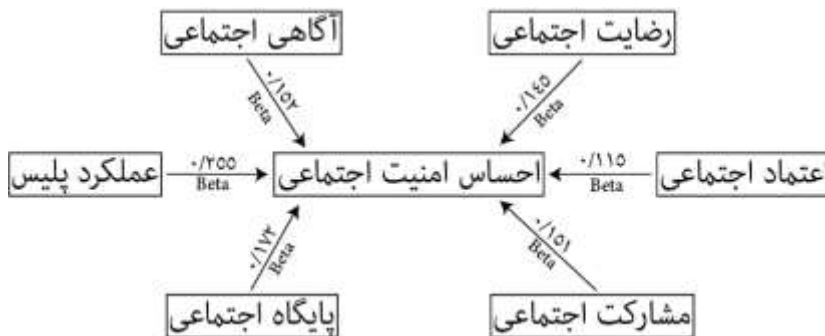
به نظر می‌رسد بین پایگاه اجتماعی و احساس امنیت رابطه وجود داشته باشد. با توجه به نتایج آزمون رگرسیون تک متغیره راجع به رابطه‌ی بین پایگاه اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی، ضریب رگرسیونی استاندارد شده Beta ۰/۱۷۲ می‌باشد، میزان تأثیر رگرسیونی این متغیر بر احساس امنیت اجتماعی برابر با ۰/۱۷۲ است و میزان ضریب همبستگی کندال برابر با ۰/۶۱۱ می‌باشد و با توجه به $(P.value=0/000 < 0/05)$ میزان همبستگی بین پایگاه اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی در حد متوسط به بالا است و فرضیه مذکور تأیید می‌شود.

با توجه به فرضیه ششم

به نظر می‌رسد بین عملکرد پلیس و احساس امنیت اجتماعی رابطه وجود داشته باشد.

باتوجه به نتایج آزمون رگرسیون تک متغیره راجع به رابطه‌ی بین عملکرد پلیس و احساس امنیت اجتماعی، ضریب رگرسیونی استاندارد شده Beta ۰/۲۵۵ می‌باشد، میزان تأثیر رگرسیونی این متغیر بر احساس امنیت اجتماعی برابر با ۰/۲۵۵ است و میزان ضریب همبستگی کندال برابر با ۰/۶۳۱ می‌باشد و با توجه به (P.value=۰/۰۰۰<۰/۰۵) میزان همبستگی بین عملکرد پلیس و احساس امنیت اجتماعی در حد بالا است و فرضیه مذکور تأیید می‌شود.

مدل علی اثبات شده



بحث و نتیجه گیری

از آنجاکه احساس امنیت اجتماعی یک مفهوم ذهنی و درونی است و اینکه احساس امنیت توسط افراد حس می‌شود و احساس ایمنی این است که من درون خودم این حس را داشته باشم لذا لازم است همه‌ی قوای دولت بر اصلی‌ترین نیازهای جامعه متمرکز شود و با مدیریتی آرام و به‌دوراز شعار و هیجان فقط رفاه و سلامت جامعه را مدنظر قرار داده و با برقراری ارتباط مؤثر و گفت‌وگوی صمیمانه، نزدیک، روراست و صادقانه با مردم، به جامعه‌ی خود اطمینان و آرامش بدهند، زیرا احساس امنیت اجتماعی مهم‌تر و ضروری‌تر از وجود امنیت اجتماعی در جامعه است، احساس امنیت اجتماعی نوعی جهت‌گیری مثبت

روحي و رواني است، امروزه شاهد شيوع ويروس واگيردار کرونا در سطح جهاني هستيم، خوشبختانه مردم کشور عزیزمان ايران با توجه به روحيه‌ی ايتار و از خودگذشتگی لازم است مثل گذشته که جوانمردی خود را بارها و بارها ثابت کرده است امروز هم با مشارکت خود در تمام صحنه‌های بحران حضور مستمر داشته باشد، بحران حادثه‌ای است که به‌طور طبيعي يا توسط انسان و به‌صورت ناگهانی رخ می‌دهد و الگوی زندگی افراد را مختل کرده و جان انسان‌ها را به خطر می‌اندازد و صدمات متعددی در سطح اقتصادی، اجتماعی و روانی به بار می‌آورد، که برای برطرف نمودن آن نیاز به اقدامات اضطراری می‌باشد، لازم است بحران‌ها را مدیریت کرد و در این فرایند، نهادهای مردمی جهت کاهش اثرات بحران‌ها و ایجاد آمادگی‌های لازم برای مقابله در حین وقوع بحران و پس از وقوع بحران، همگام با مسئولین باشند، پس از بحران احتمالاً شاهد وضعیت نابهنجاری خواهیم شد، که به نظر می‌رسد گروه‌های ماهر استراتژیکی و تاکتیکی نیروی انتظامی بتوانند، این وضعیت نابهنجار را سروسامان دهند، جهت خسارات مالی و جانی ناشی از ویروس کرونا لازم است از تمامی منابع و سازمان‌ها استفاده شود؛ لذا ایجاد یک محیط زندگی مناسب و امن برای افرادی که از بحران متأثر شده‌اند توسط سازمان‌های دولتی جهت کاهش اثرات بحران و کمینه کردن خسارات، لازم است. مدیریت بحران برای حفظ موجودیت یک نظام از اهمیت بالایی برخوردار است، تبیین و ریشه‌دار نمودن فرهنگ ایمنی و مشارکت و رسیدن به وحدت و یکدلی در مواقع بحرانی و پیش‌بینی و آمادگی شهروندان با استفاده از سیستم مدیریت محله محوری در مقابل بحران‌های احتمالی لازم است، مشارکت همه مردم کرمان من جمله گروه‌های مردم‌نهاد به‌عنوان یکی از عناصر اصلی مدیریت بحران، منجر به کاهش اثرات سوء از ابتدا تا انتها شده است، بنابراین با توجه به اینکه ایران جزء ده کشور بلاخیز دنیا محسوب می‌شود؛ لذا به‌وسیله تلاش و

صداقت مسئولین در جامعه می‌توان گامی مثبت در جهت مدیریت هر چه بهتر این بلا و کاهش خسارت‌های جانی و مالی برداریم و اثرات مثبت آن را مانند مشارکت اکثریت مردم در کمک‌رسانی، اتحاد و همبستگی، همدلی و یکدلی، افزایش اعتماد اجتماعی و در نتیجه افزایش احساس امنیت اجتماعی را مشاهده نماییم. در واقع مطالعه تاریخچه‌ی بیماری‌های واگیردار در گذشته، همچون وبا، سل، دیفتری، حصبه، جذام و طاعون نشان می‌دهد، چگونه، ناکارآمدی و دروغ‌گویی حکام وقت، تعلل زبردستان آن‌ها و جهل عمومی باعث کشتارهای گسترده‌ای بوده است، کشتارهایی که حتی باعث رکود بازار، تعطیلی تجارت و تضعیف اقتدار ملی ایران شده است. در کل پس‌زمینه‌های تاریخی بیماری‌های واگیردار، طی قرن‌ها به‌سادگی قابل‌تعریف و موردتوجه است، لازم است در حال حاضر احساس تعهد و مسئولیت بنماییم و با مدیریت بحران پیش رو باعث شویم، تاریخ دیگر بار تکرار نشود، جا دارد از نیروی انتظامی که متعصبانه و به‌صورت شبانه‌روز در جهت رفع این بحران و افزایش آگاهی مردم تلاش می‌نمایند، تجلیل به عمل آید.

پیشنهادها

- ۱- تلاش هر چه بیشتر نهادهای رسمی برای حفظ احساس امنیت اجتماعی از طریق حمایت دولت‌ها.
- ۲- رسیدگی به اوضاع اقتصادی و تأمین رفاه بیشتر در تأمین نیازهای اولیه مردم از طریق دولت‌ها.
- ۳- شناسایی افراد متضرر از کرونا و رسیدگی به آن‌ها احساس امنیت را افزایش می‌کند.
- ۴- پلیس می‌تواند از طریق آموزش همگانی و تهیه برون شوره‌های مناسب، نصب تابلوها و پلاکاردهای آموزشی یا هشداردهنده در مکان‌های عمومی میزان آگاهی مردم را راجع به خطرات احتمالی کرونا بالا ببرد.

- ۵- خطرات احتمالی کرونا از طریق صداوسیما علنی اعلام شود.
- ۶- ترمیم و بازسازی امنیت اجتماعی با محوریت تولید اعتماد اجتماعی.
- ۷- افزایش اعتماد اجتماعی در مقیاس‌های خرد، میانی و کلان که باعث افزایش احساس امنیت اجتماعی می‌شود.
- ۸- پایبندی به اصل عدالت و برابری در سطح کلان.
- ۹- مسئولین به وعده‌های خود عمل کنند زیرا نمی‌توان اعتماد مخدوش شده مردم را ترمیم کرد.
- ۱۰- نظارت بر حسن اجرای قواعد و مقررات حقوقی.
- ۱۱- تحقق شایسته‌سالاری، در غیر این صورت دانش کم و بی‌لیاقتی بعضی از افراد سنگ بنای توسعه و نظم اجتماعی را محدود و مختل می‌کند.
- ۱۲- زمینه‌های افزایش مشارکت مدنی، فرهنگی و اجتماعی جهت مبارزه با ویروس کرونا که راهبردی است برای افزایش احساس امنیت اجتماعی.
- ۱۳- توزیع عادلانه ثروت و امکانات که پیرامون آن باعث محرومیت‌زدایی و افزایش احساس امنیت اجتماعی می‌شود.
- ۱۴- تمرکز بر تأمین امکانات و تجهیزات ایمنی همه‌ی افراد جامعه.
- ۱۵- آزادی زندانیان در شرایط بحران و شیوه‌های بهتر مراقبت از آن‌ها برای ایفای حقوق و انجام وظایفی که بر عهده‌دارند.
- ۱۶- برای مدیریت کارآمد یک موقعیت ویژه نه تنها کل نظام سیاسی باید قوام کند، بلکه کل جامعه باید به تصمیم مدیران اعتماد و از آن‌ها پشتیبانی و با آن‌ها همکاری کنند.

- ۱۷ - بازسازی و شفافیت نظام تأمین اجتماعی به گونه‌ای که اشخاصی دارای مشاغل موقت و روزمزد و پاره‌وقت هستند تحت پوشش تأمین اجتماعی قرار گیرند تا در این موقعیت‌های ویژه بتوان قشرهای کم‌درآمد را حمایت کرد.
- ۱۸ - همه‌ی قوای دولت بر اصلی‌ترین نیازهای جامعه متمرکز شود و با مدیریتی آرام و به‌دوراز شعار و هیجان فقط رفاه و سلامت جامعه را مدنظر قرار دهند.
- ۱۹ - مقامات با برقراری ارتباط مؤثر و گفت‌وگوی صمیمانه و نزدیک، روراست و صادقانه با مردم، به جامعه‌ی خود اطمینان و آرامش بدهند.
- ۲۰ - دولت برای کسانی که توانایی تأمین زندگی خود را در مواقع بیکاری، بیماری، ازکارافتادگی و مواقع اضطراری مانند زلزله، سیل، بیماری‌های واگیردار ندارند، مزایای مادی فراهم کند.

منابع

- آشتیانی، ا. م. (۱۳۸۳)؛ بحران امنیت اجتماعی در ایران. ماهنامه برداشت اول، ۳.
- تنهایی، ح. ا. (۱۳۷۱)؛ بازشناسی تحلیلی نظریه‌های مدرن جامعه‌شناسی (چاپ دوم). بهمن برنا. ۳۴۸-۳۴۷.
- تاج‌بخش، ح. (۱۳۷۶)؛ تاریخ دامپزشکی و پزشکی ایران (جلد دوم). تهران: دانشگاه تهران. ۱۲۳-۹۸.
- جعفری، ع. ا؛ و فروغی، ن. (۱۳۹۴)؛ بررسی و تحلیل پراکندگی بیماری‌های وبا و طاعون در ایران و تأثیر آن‌ها بر گسترش بحر آن‌های اجتماعی ۱۲۶۴-۱۲۱۰ ه. ق. تاریخ‌نامه ایران بعد از اسلام (نشریه دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه تبریز)، ۶(۱۱)، ۷۱-۱۰۰.
- دواس، د. ا. د. (۱۳۷۶)؛ پیمایش در تحقیقات اجتماعی (چاپ شانزدهم). (ترجمه هوشنگ ناییبی). نشر نی. ۱۴-۱۳
- طاهریان، محمد؛ محمد خواجه و یدالله صادقی، ۱۳۹۸، مدیریت بحران محله محور و سرمایه اجتماعی پایگاه‌های مردمی، ششمین کنفرانس جامع مدیریت بحران و HSE، تهران.
- گیدنز، آ. (۱۳۸۴)؛ جامعه‌شناسی (چاپ پانزدهم). (ترجمه منوچهر صبوری کاشانی). نشر نی. ۳۴۲-۳۴۱.
- مصلحی، ش؛ و برقی شیرازی، ف. (۱۳۹۸)؛ بررسی نقش آموزش همگانی و سازمان‌های مردم‌نهاد در مدیریت بحران: یک مطالعه مروری. ششمین کنفرانس جامع مدیریت بحران و HSE.
- میر صالحیان، ا؛ و دالوند، م. (۱۳۹۷)؛ تاریخچه بیماری‌های عفونی باکتریایی شایع در ایران. فصلنامه میکروبیولوژی پزشکی ایران، ۱۲(۴).

- محمد پور، ا. (۱۳۹۲)؛ روش تحقیق کیفی ضد روش - جلد اول (منطق و طرح در روش شناسی کیفی). جامعه شناسان. ۳۴۹
- نوروژی، ف. ا؛ و فولادی سپهر، س. (۱۳۸۸)؛ بررسی احساس امنیت اجتماعی زنان ۲۹-۱۵ ساله شهر تهران و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن. راهبرد، ۱۸(۵۳)، ۱۲۹-۱۵۹.
- ناطق، ه. (۱۳۵۶)؛ تأثیر اجتماعی و اقتصادی بیماری وبا در دوره قاجار. تاریخ (ضمیمه مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی)، ۲.
- هزارجریبی، ج. چرمی، م. ک. فاروقی، ا؛ و متقدم، ع. (۱۳۹۳)؛ بررسی میزان احساس امنیت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن (مطالعه موردی شهر تهران). فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۵(۲۰)، ۱-۴۲.

- Abbasi- Shavazi MJ and Sadeghi R (۲۰۱۴) Socio- cultural adaptation of second - generation

Afghans in Iran. International Migration. First published online

۱۰ January ۲۰۱۴. DOI: ۱۰. ۱۱۱۱/imig. ۱۲۱۴۸.

- Barry R. Chiswick, "Are Immigrants Favorably Self- Selected? An Economic Analysis", University of Illinois at Chicago, ۲۰۰۰.

- Boswell, Christina, Straubhaar, Thomas, "The illegal employment of Foreign Workers", Heidenberg, ۲۰۰۴.