



مقایسه ای سلامت اجتماعی مردان مجرم و عادی شهرستان ارومیه

مرادعلی زارعی پور: دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت ارتقاء سلامت، مرکز بهداشت شهرستان ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران. zareipour_m@umsu.ac.ir

نوشین نرمایون: کارشناس ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه، واحد علوم و تحقیقات، ارومیه، ایران. (*نویسنده مسئول) n.narmayun@gmail.com

مهین علی نژاد: کارشناس ارشد آموزش بهداشت ارتقاء سلامت، مرکز بهداشت شهرستان ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران. mahin.alinejad@yahoo.com

لیلا تقی زاده: کارشناس ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه، واحد علوم و تحقیقات، ارومیه، ایران. l.taghizadeh@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: سلامت اجتماعی ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابط وی با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی می‌باشد هدف این مطالعه مقایسه سلامت اجتماعی مردان مجرم و عادی و عوامل مرتبط با آن می‌باشد.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بر روی ۴۰۰ مرد (۲۰۰ مجرم و ۲۰۰ مرد عادی) انجام گرفت. جهت سنجش سلامت اجتماعی از پرسش‌نامه سلامت اجتماعی Keyes و از پرسشنامه دموگرافیک مشتمل بر اطلاعات دموگرافیکی استفاده شد اطلاعات بصورت تصادفی ساده جمع‌آوری شده و توسط نرم افزار spss16 و با استفاده از آزمون‌های آنالیزواریانس یک طرفه و تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد سلامت اجتماعی با متغیرهای سن، تحصیلات، وضعیت تاهل، شغل و وضعیت اقتصادی ارتباط معنی‌دار داشت ($P < 0.05$). همچنین سطح نمره سلامت اجتماعی کل در مردان مجرم از مردان عادی کمتر بود اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. در دو بعد انسجام اجتماعی و شکوفایی اجتماعی سلامت اجتماعی مردان عادی بالاتر از مجرم و از نظر آماری معنادار بودند ($P = 0.002$, $P = 0.006$).

نتیجه‌گیری: با توجه به عوامل موثر بر سلامت اجتماعی و پایین بودن سلامت اجتماعی مردان مجرم در دو بعد انسجام اجتماعی و شکوفایی اجتماعی، لازم است، سیاست‌های ارتقا سلامت اجتماعی متناسب با عوامل ذکر شده اتخاذ گردد تا بدین طریق سایر ابعاد سلامت مجرمین ارتقا یابد.

کلید واژه‌ها: سلامت اجتماعی، مردان مجرم، مردان عادی

مقدمه:

جرم و جنایت تاریخی به قدمت بشریت دارد و مسائل مربوط به مجرمان و زندانیان به ویژه ارتباط آن با مشکلات و مسائل اجتماعی یکی از چالش برانگیزترین و فعالترین زمینه های پژوهش است (۱) به نظر می رسد ریشه ی مشکلات و معضلات که منجر به ارتکاب جرم می شود به طور مستقیم و غیرمستقیم ارتباط نزدیک با اجتماع دارد (۲). سلامت مفهومی چند بعدی است و سازمان جهانی بهداشت نیز به چهار بعد جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی آن اشاره کرده است. سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمی و روانی یکی از ارکان تشکیل دهنده سلامت است (۳). امروزه با دگرگونی شرایط زندگی و تغییر ساختار جامعه، ابعاد جدیدی برای سلامتی مطرح شده است که از آن جمله سلامت اجتماعی است (۴) سلامت اجتماعی به توانایی فرد در برقراری تعامل مؤثر با اجتماع و دیگران، به منظور ایجاد روابط ارضا کننده شخصی و محقق کننده نقشهای اجتماعی اطلاق میشود. سلامت اجتماعی در واقع شامل مشارکت اجتماعی، زندگی سازگار با سایر انسان ها، ایجاد روابط مثبت متکی به دیگر افراد جامعه و داشتن روابط سالم است (۵) به تعبیری دیگر، سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد است که در عرصه اجتماع به ظهور می رسد. زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی برمی شماریم که بتواند فعالیت و نقشهای اجتماعی خود را در حد متعارف، بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی، احساس پیوند و اتصال نماید (۶) Keyes سلامت اجتماعی را به عنوان گزارش شخصی فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران تعریف می کند. سلامت اجتماعی در این مفهوم یعنی درک فرد از اجتماع به صورت یک مجموعه معنی دار، قابل فهم و دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی، با این احساس که متعلق به جامعه است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهم بداند. طبق این تعریف سلامت

اجتماعی دارای ابعاد پهنجانه انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و انطباق اجتماعی می باشد. منظور از انسجام اجتماعی یعنی ارزیابی کیفیت روابط فرد در جامعه و گروه اجتماعی که به آن تعلق دارد. پذیرش اجتماعی یعنی دیدگاه مطلوب نسبت به دیگران و شکوفایی اجتماعی به ارزیابی توانمندی های بالقوه اجتماع به صورت کلی و مشارکت اجتماعی، باوری است که طبق آن فرد خور را عضو حیاتی اجتماع می داند و انطباق اجتماعی یعنی درک اجتماعی به صورت هوشمند، قابل درک و قابل پیش بینی (۷) در کشور ما با وجود کاستی های موجود در زندان ها، برای سلامت جسمی مجرمین گام های مناسبی برداشته شده است اما آن چه فقدان آن، در تمام عرصه های کشور بخصوص در مجرمین محسوس است، توجه ناکافی به ابعاد روانی، رفتاری و اجتماعی افراد است. این بی توجهی در عصر ارتباطات و جهانی شدن، موجب آسیب پذیری افراد در ابعاد روانی نظیر خودکشی، مصرف سیگار، تکرار جرم و سایر آسیب های اجتماعی می شود که باید به آن ها توجه خاص شود (۸). واقعیت تحولات اجتماعی گویای آن است که چهره بیماری ها و اختلالات در حال دگرگونی است و پدیده انتقال اپیدمیولوژیک در حال وقوع و به سرعت پیش می رود و موجب بیماری ها و اختلالات می شود، به نحوی که تا سال 2020 منشاء بر هم زنده سلامت در همه جهان، اختلالات و بیماری های روانی، رفتاری و اجتماعی خواهد بود (۹) در مطالعه بررسی سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی و عوامل موثر بر آن، نتایج تحقیق نشان داد که بین ابعاد متغیر سلامت اجتماعی و متغیرهای جنسیت، وضعیت تاهل، پایگاه اقتصادی - اجتماعی، مهارت های ارتباطی، مذهب و میزان استفاده از شبکه های اجتماعی ارتباط معناداری وجود داشت (۱۰)

به سلامت اجتماعی آن‌ها در آینده خود و کشور تاثیر مهمی خواهد داشت. با توجه به اینکه وضعیت سلامت اجتماعی مردان که یکی از فاکتورهای تاثیرگذار بر سلامت روانی و جسمی و معنوی مردان است. و همچنین محدود بودن پژوهش‌ها در این زمینه، این مطالعه با هدف مقایسه سطح سلامت اجتماعی مردان مجرم و عادی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۵ انجام گرفت.

اجتماعی سنجیده شد (۷) در این پرسشنامه پاسخ‌ها به صورت طیف لیکرت پنج درجه ای به صورت کاملاً مخالفم (۱ نمره) و کاملاً موافقم (۵ نمره) بود حداقل نمره پرسشنامه ۲۰ و حداکثر ۱۰۰ بود. این پرسشنامه در ایران در مطالعات پورافکار (۱۱) و شربتیان (۱۲) مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته است. در این مطالعه آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد. پرسشنامه‌ها پس از توضیح اهداف پژوهش و با راهنمایی پرسشگر توسط مردان مجرم در زندان و مردان عادی مراجعه کننده به دادگستری، تکمیل گردید. در مورد مردان بی سواد پرسش نامه‌ها توسط پرسشگر و از طریق مصاحبه تکمیل گردید داده‌ها با استفاده از نرم افزار spss16 و با استفاده از آزمونهای آماری آنالیز واریانس یک طرفه (AVOVA) و تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

به نظر می‌رسد یکی از مهم‌ترین اهداف سلامتی که باید توسعه یابد، سلامت اجتماعی است که این مهارت بر سلامت فردی و اجتماعی و نیز پیشگیری از جرم و تکرار جرم اثرگذار است از سوی دیگر مردان نقش مهمی در اداره آینده کشور ایفاء می‌کنند. اهمیت این نقش از آن جا ناشی می‌شود که مردان بخش اصلی حوزه‌های مختلف کاری، علمی، فنی آینده هر کشوری را تشکیل می‌دهند و اصولاً هرگونه توجه به این گروه به خصوص توجه

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بر روی ۴۰۰ مرد (۲۰۰ مجرم و ۲۰۰ نفر مرد عادی) انجام گرفت با توجه به مطالعات (۱۰) با در نظر گرفتن $\alpha = 5\%$ ، سطح اطمینان 95% و $d = 0.05$ ، $P = 0.4$ حجم نمونه نزدیک ۴۰۰ نفر بر آورد شد. جامعه آماری در این پژوهش کلیه مردان مجرم شهر ارومیه در سال ۹۵ است. که ۲۰۰ نفر بطور تصادفی ساده که شرایط ورود به مطالعه و حاضر به شرکت (رضایت نامه کتبی) در مطالعه بودند، وارد مطالعه شدند از بین مردان عادی مراجعه کننده به دادگستری در طی یک ماه، تعداد ۲۰۰ نفر مرد به روش تصادفی ساده با توجه به متغیرهای سن، تحصیلات، میزان درآمد، تأهل با گروه مجرمان هم‌تاسازی گروهی شده بودند، انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه ای مشتمل بر خصوصیات دموگرافیکی شامل ۱۲ سوال و سلامت اجتماعی بود. سلامت اجتماعی با استفاده از پرسشنامه استاندارد ۲۰ گویه ای سلامت اجتماعی Keyes در یک مدل پنج بعدی انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، همبستگی اجتماعی و شکوفایی

یافته ها:

سلامت اجتماعی نشان داد در دو بعد انسجام اجتماعی و شکوفایی اجتماعی سلامت اجتماعی مردان عادی بالاتر از مجرم و از نظر آماری معنادار بودند. و در هر دو گروه بیشترین نمره سلامت اجتماعی مربوط به بعد مشارکت اجتماعی و کمترین بعد آن مربوط به یکپارچگی اجتماعی بود (جدول شماره ۲).

نتایج این پژوهش نشان داد میانگین و انحراف معیار سنی مردان مجرم $39/75 \pm 8/74$ ، و مردان عادی $38/05 \pm 7/28$ بودند بیشترین گروه سنی هر دو گروه شرکت کننده در مطالعه مربوط به گروه سنی بیشتر از ۴۵ سال می باشد. تحصیلات مقطع راهنمایی بیشترین شرکت کننده و اکثر مردان متاهل بودند. از نظر وضعیت اقتصادی اکثر شرکت کنندگان در وضعیت اقتصادی ضعیف قرار داشتند بررسی اطلاعات دموگرافیکی با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد مردان عادی که سن کمتر از ۳۰ سال (۴۴ نفر) داشتند در مقایسه با سنین بالاتر سلامت اجتماعی کمتری داشتند و از نظر آماری معنادار بود ($P < 0.05$) نمره سلامت اجتماعی در هر دو گروه مردان بی سواد و ابتدایی (۹۴ نفر) پایین تر از مردان باسواد بوده و از نظر آماری معنادار بود ($P < 0.05$) از طرفی در مردان مجرم (۴۴ نفر) که بیکار بودند وضعیت سلامت اجتماعی بدتری داشتند و از نظر آماری معنادار بود ($P < 0.05$) همچنین نتایج نشان داد در هر دو گروه مردان که متاهل (۳۳۱ نفر) بودند نسبت به مردان بیوه و مجرد از نظر وضعیت سلامت اجتماعی بهتر بودند و این اختلاف معنادار بود ($P < 0.05$). بین سلامت اجتماعی با وضعیت اقتصادی در مردان مجرم ارتباط آماری معنی داری وجود داشت بدین ترتیب که نمره سلامت اجتماعی در مردان (۱۱۰ نفر) با وضعیت اقتصادی پایین نسبت به بقیه پایین تر بود ($P < 0.05$). (جدول شماره ۱)

یافته های این مطالعه نشان می دهد که نمره سلامت اجتماعی کل در مردان مجرم از مردان عادی کمتر بود اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. همچنین نتایج ابعاد

جدول ۱. عوامل موثر بر سلامت اجتماعی مردان مجرم و عادی مورد مطالعه

p-value	نمره سلامت اجتماعی افراد مجرم			p-value	نمره سلامت اجتماعی افراد عادی			عوامل موثر بر سلامت اجتماعی	
	میانگین و انحراف معیار	درصد	تعداد		میانگین و انحراف معیار	درصد	تعداد		
۰/۵۷	۶۷/۰۷±۸/۹۸	۱۴	۲۸	۰/۰۵	۶۶/۹۶±۷/۸	۲۲	۴۴	سن	کمتر از ۳۰
	۶۴/۰±۱۰/۲۹	۱۸	۳۶		۷۰/۱۸±۷/۴	۱۱/۵	۲۲		۳۵-۳۰
	۶۴/۰۵±۹/۲۷	۱۹/۵	۳۹		۷۳/۰±۷/۳۲	۱۶/۵	۳۳		۳۵-۴۰
	۶۵/۴۵±۷/۳۰	۲۱	۴۲		۷۲/۰±۵/۴۱	۱۴	۲۸		۴۰-۴۵
	۶۵/۴۸±۱۴/۲۴	۲۷/۵	۵۵		۷۲/۵±۲/۸	۳۶	۷۲		بیشتر از ۴۵
۰/۰۲	۵۷/۸۸±۸/۶۸	۲۸	۵۷	۰/۰۱	۵۲/۸۸±۵/۱	۱۸/۵	۳۷	تحصیلات	بی سواد/ ابتدایی
	۵۹/۴۱±۱۰/۳۰	۳۴	۶۸		۶۳/۶۹±۵/۵۶	۱۵/۳	۳۲		راهنمایی
	۶۷/۸۱±۸/۲۶	۲۹	۵۸		۶۵/۴۳±۵/۵۱	۴۰	۸۰		دیپلم
	۶۷/۴۵±۷/۳۰	۸/۵	۱۷		۷۳/۴۰±۶/۷	۲۵/۵	۵۱		دانشگاهی
<۰...۰۱	۷۷/۰±۱/۱۲	۱۹	۳۸	۰/۰۶	۷۰/۹۶±۷/۹	۲۲	۴۴	شغل	کشاورز/ دامدار
	۶۴/۷۸±۹/۰۴	۴۰	۸۰		۶۹/۱۸±۷/۵	۳۵	۷۰		آزاد
	۶۷/۴۵±۷/۳۰	۱۵/۵	۳۱		۷۲/۰±۷/۳۲	۲۵/۵	۵۱		کارمند
	۶۲/۰±۱/۲۶	۲۲	۴۴		۷۱/۰±۴/۶۱	۱۲/۵	۲۵		بیکار
	۷۶/۵±۲/۸۸	۷/۵	۱۵		۷۱/۵±۲/۸۸	۵	۱۰		سایر
۰/۰۱	۶۴/۸۵±۶/۷۲	۱۰	۲۰	<۰...۰۱	۶۵/۲۵±۷/۲	۱۸/۵	۳۶	وضعیت تاهل	مجرد
	۶۶/۲۴±۱۰/۴۶	۸۶	۱۷۲		۶۷/۳۱±۸/۱۶	۷۹/۵	۱۵۹		متاهل
	۵۸/۰±۸/۰۷	۴	۸		۵۷/۶۷±۶/۲۳	۲	۴		متعلقه/بیوه
۰/۱۶	۶۴/۷۴±۱۱/۴۴	۲۲/۵	۴۵	۰/۹	۶۵/۱۰±۹/۵۱	۱۹	۳۸	سابقه بیماری	دارد
	۶۵/۱۱±۹/۶۲	۷۷/۵	۱۵۵		۶۵/۹۵±۸/۲۲	۸۱	۱۶۲		ندارد
<۰...۰۱	۶۴/۱۵±۹/۷	۱۰	۲۰	۰/۲	۶۸/۲۰±۵/۸	۱۱/۵	۲۳	وضعیت اقتصادی	خوب
	۶۹/۳۴±۸/۳۶	۳۵	۷۰		۶۷/۴۸±۶/۵۷	۵۶	۱۱۲		متوسط
	۴۷/۶۶±۸/۷۷	۵۵	۱۱۰		۶۶/۹۴±۶/۴۹	۳۲/۵	۶۵		ضعیف

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار سلامت اجتماعی کل و ابعاد آن در دو گروه مردان مجرم و عادی

P.value	افراد مجرم		افراد عادی		سلامت اجتماعی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
P=0.002	۳/۱۸	۱۰/۷۷	۱/۷۸	۱۱/۵۸	انسجام اجتماعی
P=0.68	۲/۲۴	۸/۴۸	۱/۲۵	۸/۴۱	یکپارچگی اجتماعی
P=0.82	۳/۶۴	۱۴/۱۱	۳/۱	۱۴/۰۳	پذیرش اجتماعی
P=0.38	۳/۵۸	۱۷/۶۸	۳/۰۷	۱۷/۳۹	مشارکت اجتماعی
P=0.006	۳/۹۸	۱۳/۸۹	۲/۴۴	۱۴/۸۱	شکوفایی اجتماعی
P=0.17	۱۰/۱۱	۶۵/۰۱	۷/۷۹	۶۶/۲۴	سلامت اجتماعی کل

بحث:

کمترین میزان بود که با مطالعات زارع شاه آبادی (۱۴) و فتحی (۱۵) و همکاران همخوانی داشت. نتایج عوامل موثر بر سلامت اجتماعی نشان داد گروه سنی کمتر از ۳۰ وضعیت سلامت اجتماعی مناسب تری داشتند؛ و بین سلامت اجتماعی و گروه سنی در مردان عادی رابطه معناداری وجود داشت. این یافته با نتایج مطالعه فتحی (۱۶)، مظفری و همکاران (۱۷) هم خوانی داشت؛ اما با پژوهش یزدان پناه و همکاران (۱۸) و صالح و همکاران (۱۹) همسو نبود. از نظر تحصیلی نیز، در هر یک از مقاطع تحصیلی اکثر افراد از سطح سلامت اجتماعی متوسطی برخوردار بودند و بین سطوح سلامت اجتماعی و سطح تحصیلات در هر دو گروه رابطه معناداری وجود داشت. به طوریکه افراد با تحصیلات دیپلم و دانشگاهی از سلامت اجتماعی مناسب تری برخوردار بودند. حائری (۲۰) نیز در مطالعه خود نشان داد که با افزایش تحصیلات سطح سلامت اجتماعی نیز افزایش می یابد. با توجه به اینکه سواد و تحصیلات یکی از قویترین نشانگرهای وضعیت اقتصادی اجتماعی فرد به شمار می آید که بر سلامت اجتماعی تأثیرگذار است. دلیل ارتباط نزدیک تحصیلات با سلامت اجتماعی از سه فرضیه شرایط اقتصادی و کاری، منابع روانی و اجتماعی، سبک های

یافته های این مطالعه نشان می دهد که نمره کلی سلامت اجتماعی در مردان مجرم از مردان عادی کمتر است و این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. به نظر میرسد برای مشاهده دقیق این اختلاف مطالعات بیشتر در مناطق متفاوت و مطالعات طولی با حجم نمونه بیشتر انجام گیرد. در دو بعد انسجام اجتماعی و شکوفایی اجتماعی سلامت اجتماعی مردان عادی بالاتر از مجرم و از نظر آماری معنادار بودند. زندگی در زندان ها به دلیل ویژگی های خاص، آن را از سایر محیط های اجتماعی و اصلاحی متمایز می کند. نام زندان تداعی کننده وضعیت دشوار و سختی است که یادآور محیطی استرس آور و وحشت زاست زندگی در این محیط غیر عادی و غیر طبیعی با ویژگیهایی چون: فضای فیزیکی محدود با دیوارهای بلند، نگهداری بر خلاف میل و اراده؛ همراه با از دست دادن آزادی، دوری طولانی مدت از جامعه و خانواده، سبب فشار و ضربه های عمیق روانشناختی است که باعث اختلال در سلامت اجتماعی افراد می شود. (۱۳)

از طرفی نتایج نشان داد بین ابعاد سلامت اجتماعی در هر دو گروه، مشارکت اجتماعی پاسخگویان نسبت به سایر ابعاد بالاترین میزان را داشت و یکپارچگی اجتماعی دارای

بین متغیر سلامت اجتماعی با متغیر وضعیت تاهل ارتباط معناداری وجود ندارد. به نظر می رسد زندگی مشترک با برآوردن بسیاری از نیازها و ایجاد روحیه تعهد و ایجاد شبکه ای پایدار از روابط، موجب نگرش مثبت فرد نسبت به امور اجتماعی و در نتیجه افزایش میزان سلامت اجتماعی می شود نتایج مطالعه صادقی و همکاران (۲۵) نشان داد افراد شاغل از سلامت بیشتری برخوردارند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. بنابراین آموزش مهارتها و ایجاد اشتغال در مردان زندانی، علاوه بر بهبود وضع اقتصادی، با ایجاد حس توانمندی و مفید بودن و حس درستکاری در آنها، باعث ارتقا بعد سلامت وجودی آنها و نهایتا سلامت اجتماعی می شود.

نتیجه گیری

مردان مجرم یکی از گروه های آسیب پذیر جامعه هستند که از بعد سلامت اجتماعی در سطح پایینی نسبت به مردان عادی قرار دارند بنابراین توجه بیش از پیش مسئولان به سلامت اجتماعی را می طلبد. پیشنهاد می شود با توجه به عوامل موثر بر سلامت اجتماعی و پایین بودن سلامت اجتماعی مردان مجرم در دو بعد انسجام اجتماعی و شکوفایی اجتماعی، لازم است، سیاست های ارتقا سلامت اجتماعی متناسب با عوامل ذکر شده اتخاذ گردد تا بدین طریق سایر ابعاد سلامت مجرمین ارتقا یابد.

زندگی سالم و بهد اشتهی قابل بررسی است. در فرضیه اول، افراد تحصیلکرده کمتر احتمال دارد بیکار بمانند و به احتمال زیاد در شغل های تمام وقت با درآمد بالا مشغول به کار می شوند. بر مبنای فرضیه دوم، افراد تحصیلکرده از منابع روانی و اجتماعی متعددی مثل احساس خود کنترلی و حمایت اجتماعی بالا و همچنین منابع اقتصادی بهره مند می شوند. در نهایت، بر اساس فرضیه سوم، تحصیلکرده ها سبک زندگی سالم تری دارند (۲۱) افراد مجرم با وضعیت اقتصادی پایین دارای سلامت اجتماعی پایین تری هستند به طوری که با افزایش درآمد میزان سلامت اجتماعی نیز روند صعودی می یابد که با مطالعات فاتحی و همکاران (۱۶)، زکی و همکاران (۲۲) که نشان دادند سلامت اجتماعی رابطه مستقیمی با طبقه اجتماعی و درآمد دارد همخوانی دارد. همچنین در تحقیقات زارعی پور و همکاران (۱) محمودی و همکاران (۲۳) نیز افراد طبقه پایین سلامت روان کمتری داشتند.

در رابطه با وضعیت تاهل، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره سلامت اجتماعی افراد متأهل و مجرد یکسان نبود و به عبارت سلامت اجتماعی افراد متأهل بیشتر است. نتایج مطالعه مظفری و همکاران (۱۷) شربتیان و همکاران (۱۲) نیز نشان داد که سلامت اجتماعی و وضعیت تاهل رابطه معناداری وجود دارد. ولی نتایج مطالعه عبدالله تبار و همکاران (۲۴) نشان داد که

تشکر و قدردانی:

از همکاریهای صمیمانه کارکنان و مدجویان زندان مرکزی ارومیه به خاطر همکاری صمیمانه در جمع آوری داده ها و شرکت کنندگان (مردان زندانی) در مطالعه تشکر و قدردانی میگردد

منابع

1. Zareipour MA, Javadi MH, Narmayoun N, Ghelichi Ghogh M. The relation between the type of crime committed and the mental health status of the female prisoners in Urmia. . Social Behavior Research & health (SBRH) 2017;1(1):18-26.
2. Narmayoun N, Javadi MH, Zareipour MA. Comparison of Mental Health in F emale Prisoners and Non-prisoners in Urmia. nursing of the vulnerable journal. 2017;4(10):44-54.
3. Van Ommeren M, Saxena S, Saraceno B. Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? Bulletin of the World Health Organization. 2005;83(1):71-5.
4. Hajnaghizade F, Sharifian M, Rafiey H. The Relationship between Social Health and Child Well Bing. Social Welfare Quarterly. 2013;13(48):7-27.
5. Firouzbakht M, Riahi ME, Targar A. A Study of the Effective Factors on the Women's Social Health: A Review Study in Persian Scientific Journals. Community Health 2017; 4(3): 190-200.
6. Fadaei Mehrabani M. Urbanization, Health and Social Media (Social Media in Transitional Societies and the Health of Citizens. Quarterly Journal of Communication Research (Pazhoohesh Va Sanjesh).2006;49:67-86.
7. Keyes CL, Shapiro AD. Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. How healthy are we. 2004:350-72.
8. Abdollah Tabar H, Kaldi A, Mohagheghi Kamal h, setare forouzan A, Salehi M. A Study of Social Well-being among Students. Social Welfare. 2008;8(30):171-90.
9. mokhtari M, Ahmadi S, moradi shahbazi N, safaei S. Relation between Social Capital and Crime among Criminals and Noncriminal in Yasuj, Iran. Social Welfare. 2014;14(52):201-26.
10. Mohseni Tabrizi Alireza, Navabakhsh Mohammadreza Investigating the social health of Tehran citizens and its effective factors. Journal of Iranian Social Development Studies. 2016;8(4):111-28.
11. Pourafkari. N. The examination of factor affecting on social health' students in Paveh city.iau- shoshtar. 2011; 6(18):41-60.
12. Sharbatian M. The semantic component reflecting the link social health and the benefit of social health among the Mashhad payam noor student. Sociological Studies of Youth Journal. 2012;2(5):149-74.
13. Homel R, Thompson CM. Causes and prevention of violence in prisons. 2005.
14. Zare Shahabadi A, Kazemi S. Evaluating the Effective Factors on Social Health of Elementary Teachers in Yazd Zone 1. Tolooebehdasht. 2016;14(6):50-67.
15. Fathi M, Ajm Nejhada R, Khakrangin M. Associated factors with teachers' social health in Maragheh city.Sci Res J Social Welfare 2013; 12 (47): 225-43.
16. Fathi M, Ajamnejad R, Khakrangin M. Factors contributing to social health among teachers of maraghe city. Social Welfare Quarterly. 2013;12(47):225-43.
17. Mozaffari N, Dadkhah B, Shamshiri M, Mohammadi MA, Nayeri ND. The status of social well-being in Iranian nurses: A cross-sectional study. Journal of caring sciences. 2014;3(4):239.
18. Yazdanpanah L, Nikvarz T. Relationship between Social Factors and Social Health among Students of Shahid Bahonar University of Kerman. Journal of Applied Sociology. 2015;9(3):19-22.
19. Saleh S, Zahedi Asl M. Correlation of Social Support with Social Health of Psychiatry Veterans Wives. Iranian Journal of War and Public Health. 2014;6(5):201-6.

20. Haery SM, Tehrani H, Olyaeimanesh A, Nedjat S. Factors Influencing the Social Health of Employees of the Ministry of Health and Medical Education in Iran. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2016;3(4):311-8.
21. Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: coming of age. *Annual review of public health*. 2011;32:381-98.
22. Zaki M, Khoshouei MS. Social health and effective factors on it among Isfahanian citizens. *Urban Sociologic Studies J* 2014;3(8):108-79.
23. Mahmoodi H, Golboni F, Nadrian H, Zareipour MA, Shirzadi S, Gheshlagh R. Mother-Father Differences in Postnatal Psychological Distress and Its Determinants in Iran. *Open Access Maced J Med Sci*. 2017.
24. Abdelah Tabar H, Kaldi AR, Mohagheghi Kamal SH, Setareh Forouzan A, Salehi M. A study of Social Wellbeing among students. *Social welfare*. 2009; 8(30-31): 171- 189.
25. Sadeghi R, Zareipour MA, Akbari H, Khan-Beygi M. Mental Health and Associated Factors amongst Women Referred to Health Care Centers. *Journal of Health And Care*. 2011;13(4):1-9.

Comparison of the social health of Men offenders and normal men in Urmia

Morad Ali Zareipour: PhD student in Health Education and Health Promotion, Urmia Health Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran. zareipour_m@umsu.ac.ir

Noshin Narmayoun²: MSc of Criminal Law & Criminology, Islamic Azad University Urmia, Science and Research Branch, Urmia, Iran (*Corresponding author). n.narmayun@gmail.com

Mahin Alinejad: MSc of Health Education and Health Promotion, Urmia Health Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran. mahin.alinejad@yahoo.com

Leila Taghizadeh: MSc of Criminal Law & Criminology, Islamic Azad University Urmia, Science and Research Branch, Urmia, Iran. l.taghizadeh@gmail.com

Abstract:

Background and Objectives: Social health is the evaluation and recognition of the individual's performance in the community and the quality of his relationship with other people, relatives and social groups. The purpose of this study was to compare the social health of offended and Normal men And related factors.

Material and method: This descriptive-analytical study was performed on 400 men (200 offenders and 200 non-offenders). Keyes' social health questionnaire was used for measuring social health and a demographic questionnaire including demographic information was used. Data collected was analyzed by SPSS16 software using one-way ANOVA and independent T tests.

Results: The results showed that social health had a significant relationship with age, education, marital status, occupation and economic status. Also, the level of total social health scores was lower in offended men than non- offended men, but this difference was not statistically significant. In two dimensions of social cohesion and social flourishing, the social health of non- offended men was higher than offenders and statistically significant.

Conclusion: Considering the factors affecting social health and the low level of social health of offended men in two dimensions of social cohesion and social flourishing, it is necessary to adopt social health promotion policies in line with the abovementioned factors in order to promote other dimensions of the health of offenders.

Keywords: social health, male offenders, normal male