

عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت

فرحناز محمدی شاهبلاخی*، آمنه ستاره فروزان**، ساحل همتی***، مسعود کریملو****

مقدمه: مشارکت اجتماعی به عنوان راهبرد مؤثر در ارتقای سلامت، به عوامل مختلفی مربوط می‌باشد. شناخت و مدیریت این عوامل در هر جامعه می‌تواند وقوع آن را تسهیل کند. مطالعه حاضر با هدف تعیین این عوامل در منطقه دو شهرداری تهران به اجرا درآمد.

روش: مطالعه به روش توصیفی-تحلیلی براساس نمونه ۲۵۰ نفری به صورت تصادفی چند مرحله‌ای در منطقه دو شهرداری تهران به اجرا درآمد. نمونه‌گیری توسط ۵ پرسشگر آموزش دیده که در ساعات متفاوت به منازل شهروندان مراجعه می‌کردند طی ۱۲ روز، انجام شد. افراد ۱۸ سال و بالاتر مایل به شرکت در مطالعه و ساکن در محل به عنوان واجدین شرکت در مطالعه منظور شدند. داده‌ها براساس پرسش‌نامه محقق ساخته جمع‌آوری گردید. روایی و پایایی پرسش‌نامه در مطالعه مقدماتی تأیید شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی زوجی، کای دو و آنالیز پراکنش یک طرفه تحلیل شد.

یافته‌ها: سطح تحصیلات، میزان ساعات فراغت در روز، سابقه و مدت مشارکت در سایر فعالیت‌های اجتماعی از ارزیابی کلی از عوامل مرتبط با مشارکت رابطه معنی‌دار ($p \leq 0/03$) داشتند. کم‌تر از نیمی از شرکت‌کنندگان یعنی ۱۰۵ نفر (۴۲ درصد) مشارکت در برنامه‌های ارتقای سلامت محله زندگی خود داشتند. بین میزان مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت با متغیرهای سطح تحصیلات، تاهل، سابقه و مدت مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی مختلف و میزان ساعات فراغت در روز ($p \leq 0/03$) رابطه معنی‌داری مشاهده شد.

بحث: ارتقا آگاهی عمومی، تمهید و تسهیل عوامل زمینه‌ای بروز مشارکت اجتماعی از طریق کاهش تمرکزگرایی دولتی و برانگیختن و بسیج مردم می‌تواند سبب افزایش دانش و بهبود نگرش جامعه نسبت به مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت جامعه گردد.

کلیدواژه‌ها: مشارکت اجتماعی، ارتقای سلامت، عوامل مرتبط

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۱۹

تاریخ دریافت: ۹۱/۰۲/۱۸

-
- * دکتر پرستاری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
** روانپزشک، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، رایانامه: <as_forouzan_2000@yahoo.com> (نویسنده مسئول)
*** روان‌پزشک، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
**** دکتر آمار حیاتی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

مقدمه

مشارکت اساس زندگی بشری است و یکی از حقوق بنیادی انسان به شمار می‌آید. انسان موجودی هوشیار است و باید آگاه و خودهدایتگر باشد از سوی دیگر، انسان موجودی اجتماعی است و در جامعه به دنیا می‌آید، در آن زندگی می‌کند و مهارت‌های زندگی را در کنار دیگران می‌آموزد و توانمند می‌شود.

ایده مشارکت اجتماعی در حوزه سلامت اولین بار در دهه ۱۹۷۰ مطرح شد. این مفهوم توسط سازمان جهانی بهداشت در کنفرانس آلماتا در سال ۱۹۷۸ مورد تأکید قرار گرفت و به عنوان سنگ بنای دست یابی به سلامت برای انسان‌ها تا سال ۲۰۰۰ واقع شد (Frankish, 2002 and Jewkes, 1998). سازمان بهداشت جهانی معتقد است، مشارکت در سلامت یک نوع تعاون است که طی آن مردم داوطلبانه و یا به سبب تشویق و توجیهات می‌پذیرند، که با مداخلات مرتبط با سلامت تعامل داشته و با فراهم کردن نیروی کار یا دیگر منابع مورد نیاز، منافی را کسب کنند. مشارکت همچنین ابزار توانمندسازی نیز محسوب می‌شود که از طریق آن جامعه محلی مسئولیت، تشخیص و کار برای حل مشکلات بهداشتی خود را می‌آموزند و برای توسعه جامعه خود تلاش می‌کنند. مشارکت اجتماعی در سلامت معادل واژه‌های مشارکت عمومی^۱، مشارکت اجتماعی^۲ و مداخله در جامعه^۳ می‌باشد و در متون به شکل جایگزین به کار می‌رود (Morgan, 2001) امروزه مشارکت اجتماعی به عنوان جز اساسی سلامت جامعه و برنامه‌های توسعه‌ای در آمده است. مفهوم مشارکت در سلامت اساساً از رویکرد مردم محوری^۴ در اقدامات توسعه‌ای منشأ گرفته است و این مهم را به ذهن متبادر می‌سازد که برای ارتقای سلامت باید به اصل «با مردم ونه برای مردم» متعهد بود و بر این اساس استراتژی‌هایی را اتخاذ نمود که بر دخالت مردم در امورات اجتماعی و سلامت شهری استوار باشد (Kahssay and Oakley, 1999) رویکردهای نوین به ارتقای سلامت منجر به گشوده شدن دیدگاه‌های جدیدی به مقوله سلامت و ارتقای آن شده است. به طوری که

1- popular participation
3- community involvement

2- social participation
4- people centered

تعامل و تأثیر متقابل سلامت فردی و شهری منجر شد تا شعار «۱۰۰۰ زندگی، ۱۰۰۰ شهر» توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰، توجهات جهانی را به ضرورت مشارکت جامعه در ارتقای سلامت محل زندگی جلب کند. رویکرد «سلامت شهری» در نظر دارد سطح بالایی از تعهد سیاسی را تأمین کرده، آگاهی و درک عمومی را افزایش داده، مشارکت بین بخشی و دخالت و مشارکت جامعه را تشویق نماید تا جایگاه سلامت را در سیاست‌گذاری‌های شهری، ارتقاء دهد. باور جهانی بر این استوار است که این امر از طریق مشارکت اجتماعی قابل حصول خواهد بود (Zakus and Lysack, 1998).

برای ارتقای سلامت جامعه می‌توان دو بعد را مد نظر داشت. فعالیت‌هایی که مستلزم دخالت مستقیم دولت می‌باشند و راهکارهایی که مستلزم فعالیت مستقیم مردم هستند. برای تحقق ارتقای سلامت فرد و جامعه نیازمند ایجاد قدرت مدیریت و تصمیم‌گیری صحیح در تمامی افراد جامعه هستیم. به عبارت دیگر تا زمانی که مردم نتوانند عوامل مؤثر بر سلامت را شناسایی نموده و کنترل نمایند تأمین و ارتقای سلامت به مفهوم کلی آن دست نیافتنی خواهد بود. مشارکت مردم در امر سلامت خود از جمله مسائل مهمی است که همگام با اقدامات دولتی و بخش‌های توسعه کشور می‌بایستی تقویت و تشویق گردد (پوراسلامی، ۱۳۸۲).

شرایط سیاسی و اجتماعی حاکم بر جامعه، نوع دید و نگاه مسئولان و برنامه‌ریزان، خلیات و روحیات مردم، تجارب و واقعیات گذشته جامعه بر پذیرش و یا عدم پذیرش یا نحوه مشارکت مردم اثر دارند. لازمه توسعه پایدار و همه جانبه، بسط روز افزون انگیزش و مشارکت اجتماعی، سیاسی و اقتصادی مردم در تصمیم‌گیری‌ها و تعیین خط مشی مرتبط با زندگی اجتماعی آنهاست. با وجود پیشینه غنی در ارتباط با مشارکت اجتماعی، نظریه جامعی وجود ندارد که شفاف همه یا غالب متغیرهای مربوط به مشارکت را در برداشته باشد و یا معرفی کند. بر این اساس انجام مطالعات برای شناخت ماهیت مشارکت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن را در جامعه ایرانی ضروری تفسیر می‌شود (موسوی، ۱۳۸۵). مشارکت ماهیت فرایندی داشته و شکننده است. همچنین دارای سازوکارها و پیش‌زمینه‌هایی است که در صورت

محقق نشدن آنها امکان مشارکت واقعی و هدفمند در جهت بهبود امور پدید نمی‌آید (علوی تبار، ۱۳۸۰). گیت‌وود و همکاران^۱ معتقدند در بسیاری مواقع با وجود طراحی و اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت شاهد عدم مشارکت بخشی از شهروندان در این دست فعالیتها و برنامه‌ها می‌باشیم. شناخت عواملی که مانع مشارکت شده و یا سبب تسهیل آن می‌شوند می‌تواند مدیران را در طراحی اثر بخش‌تر این برنامه‌ها یاری کند (Gatewood et al, 2008).

ریفکین^۲ بیان داشته، نداشتن شناخت کافی از ماهیت مفهوم مشارکت اجتماعی، نبود تعریف نظری و عملیاتی از آن برنامه‌های مشارکت اجتماعی در ارتقاء سلامت را با مشکل اساسی روبرو کرده است. وی معتقد است با توجه به شرایط جوامع نمی‌توان به دنبال الگوی واحدی در ارتقای مشارکت اجتماعی برای ارتقای سلامت جامعه بود، چرا که تاریخ و فرهنگ از عوامل مهم و مؤثر در مشارکت اجتماعی هستند که بر ارتقای برنامه‌های سلامت‌محور نیز اثر دارند (Rifkin, 2009). با توجه به احساس ضرورت مشارکت مردم در مدیریت سلامت محل زندگی‌شان در مراحل گوناگون طراحی، اجرا، نظارت و ارزشیابی برنامه‌های توسعه شهری، بدون شک شناخت خلاءهای فقدان مشارکت، با تأکید بر شناخت عوامل مرتبط می‌تواند در مدیریت این برنامه‌ها مفید واقع گردد. پوراسلامی در این رابطه می‌گوید زیربناهای لازم برای ایجاد حمایت از مشارکت در امر سلامت کشور باید بر مبنای تحقیقات ملی مشخص گردد (پوراسلامی، ۱۳۸۲). بر این اساس مطالعه‌های کلان با هدف تبیین و تعیین عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی در برنامه‌های ارتقای سلامت در منطقه دو شهرداری تهران به اجرا درآمد که در بخش نخست با مطالعه کیفی به شناخت عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی ساکنین محل براساس تجاریشان پرداخت و در بخش دوم با رویکرد کمی به تعیین آنها در جامعه مورد نظر اقدام نمود. لذا مقاله حاضر به واقع گزارش بخش کمی آن می‌باشد که با هدف تعیین عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی در برنامه‌های ارتقای سلامت، از دید شهروندان منطقه ۲ شهرداری تهران ارائه می‌گردد.

1- Gate wood et al

2- Rifkin

مبانی و چارچوب نظری:

چارچوب مفهومی این مطالعه بر مشارکت اجتماعی به ویژه در حوزه ارتقای سلامت استوار است. مشارکت واژه‌ای عربی و «بر وزن مفاعله» به معنای شرکت دوجانبه و متقابل افراد برای انجام فعلی خاص می‌باشد. در زبان انگلیسی معادل این لغت Participation است که در فرهنگ انگلیسی آکسفورد به کنش یا واقعیت شرکت داشتن و سهم داشتن معنی شده است. مشارکت معادل مفهوم participation انگلیسی است. (آریانپور، ۱۳۷۱). آلن بیرو مشارکت را سهمی در چیزی یافتن و از آن سود بردن یا در گروهی شرکت جستن و با آن همکاری داشتن تعریف کرده است (غفاری و نیازی، ۱۳۸۶). مشارکت درگیری ذهنی و عاطفی اشخاص در موقعیت‌های گروهی است، که آنان را برمی‌انگیزاند تا برای دستیابی به اهداف گروهی، یکدیگر را یاری دهند و در مسئولیت کار شریک شوند. این مفهوم در برگرفته سه جزء یاری‌دادن، درگیرشدن و مسئولیت است (علوی تبار، ۱۳۸۰). بنیادی‌ترین اندیشه که زیربنای مشارکت است، پذیرش اصل برابری مردم است که هدف از آن همفکری، همکاری و تشریک مساعی افراد در جهت بهبود کمیت و کیفیت زندگی در تمام زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی است (غفاری و نیازی، ۱۳۸۶). در فرایند مشارکت، رفتار آگاهانه، خواست و پذیرش جمعی، انتخاب و وجود نیازهای مشترک اهمیت دارد. موفقیت این فرایند مرهون احساس نیاز برای حل و شناخت مشکل و احساس نیاز به همکاری گروهی با توجه به میزان دانش و توانمندی افراد و شناخت آنان از توانایی‌ها و امکانات موجود و حداکثر استفاده از آنهاست. مشارکت فرایندی است که افراد در آن توانمند می‌شوند و منشأ تغییر اجتماع پیرامون خود می‌گردند و در جریان این تغییر، یک اجتماع توانمند شده و توسعه رخ می‌دهد (Heritage and Dooris, 2009). مدل‌های گوناگونی برای مشارکت اجتماعی ارائه شده است. براساس مدل نردبانی، مشارکت به مثابه نردبانی تصور می‌شود که به یکباره حادث نشده و نیازمند برنامه‌ریزی و اقدامات زمان مدار و به موقع است. آرنستین^۱ در نوع دیگری از نگرش نسبت به مشارکت، برای آن چرخه زندگی تصور کرده است که در

1- Arnstein 1969

برگیرنده فرایند چهار مرحله‌ای پیچیده و متأثر از عوامل گوناگون نگرشی، دانشی، بین فردی و حمایتی می‌باشد (Ahmed et al, 2004 ; Wilcox, 1994).

بارزترین سود حاصل از مشارکت اجتماعی که در منابع مختلف به آن پرداخته شده است ارتقای حس مسیولیت‌پذیری و هوشیاری مردم نسبت به سلامت فردی و جمعی است. مزیت دیگر آن کسب قدرت از طریق ایجاد مهارت‌های جدید و قدرت کنترل منابع است. به واقع افراد مشارکت‌کننده به خود آموزش می‌دهند تا سر نوشت خود را کنترل و فرصت برابر بین خود و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت را فراهم کنند. در فرایند مشارکت در سلامت فرصت توزیع دانش سلامت در جامعه ایجاد شده و منجر به کسب درونی تبحر و تسلط در امور ارتقاء دهنده سلامت عمومی ممکن می‌شود. همچنین درصد تأمین منابع افزایش و بار هزینه کاهش می‌یابد و امکان تجمع منابع در دسترس و دسترسی برابر فراهم می‌شود؛ ضمن اینکه تخصیص منابع برای نیازمندان تسهیل می‌گردد. شناخت بهتر نیازهای سلامت و رفاه مردم و ارتقای زمینه اشتغال از دیگر مزایای مشارکت مردم در امور سلامت می‌باشد. درگیری و مشارکت فعال مردم محلی موجبات کاهش حس حاشیه‌زدگی می‌شود و احساس اختیار و تسلط سازمان‌های رسمی از بین می‌رود. همه این برایندها به شکل مثبت بر سلامت مردم و جامعه مؤثر است (Zakus and Lysack, 1998).

ریفکین سه رویکرد برای مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت قایل است: رویکرد طبی^۱ که طی آن برنامه‌ریزان به سلامت به عنوان عدم وجود بیماری می‌نگرند و مشارکت به این معناست که مردم هرچه را که افراد حرف‌های در حوزه سلامت می‌گویند باید اجرا کنند. به واقع این نگرش به معنی به جنبش درآوردن جامعه^۲ است رویکرد دوم رویکرد ارائه خدمات بهداشتی است که طی آن سلامتی، داشتن رفاه کامل جسمی و روانی قلمداد می‌شود و مشارکت به عرضه زمان و امکانات مادی و پول از سوی مردم به نظام‌های سلامت موجود در جامعه اطلاق می‌شود. در واقع مشارکت در این عرصه نوعی همکاری و تعاون^۳ است. در رویکرد سوم یعنی توسعه جامعه، سلامت به مثابه موقعیت برای انسان

1- Medical approach

2- Mobilizing communities

3- Collaboration

دیده می‌شود و طی آن مشارکت به معنی طراحی و مدیریت خدمات بهداشتی به‌وسیله جامعه بوده و افراد حرفه‌ای منابع و تسهیل‌کننده محسوب می‌شوند (Rifkin, 2009). دانشمندان علوم بهداشتی معتقدند مشارکت در امر سلامت، بخشی از اقتدار سیاسی- اجتماعی بوده و توانمندسازی افراد نیز یک مساله انسانی، سیاسی و اجتماعی است (پوراسلامی، ۱۳۸۲). در حوزه سلامت، مشارکت اجتماعی همواره با بحث و نقد در مورد توانمندسازی همراه بوده است. توانمندسازی و ارتقای سلامت بر راهبردهایی تأکید دارند که منجر به توسعه مهارت‌های تحرک اجتماعی می‌شوند. جوهره این مهارت‌ها نیز بر اختیار و تضاد استوار است. درحالی‌که اساس جامعه بر همکاری و تعاون و ارتباط استوار می‌باشد. بنابر این موقعیت‌هایی که به جرات‌مندی و خودتعیینی وابسته‌اند مانند ارتقای سلامت و توانمندسازی، در نقطه مقابل استراتژی‌های دیکته شده واحد و تمرکزگرای دولتی قرار می‌گیرند. این مسئله موجب بروز مشکل برای افرادی می‌شود که براساس مثلث توانمندسازی، مشارکت اجتماعی و ارتقای سلامت در ساختارهای سیاسی متمرکز از بالا به پایین، تلاش می‌کنند (Zakus and Lysack, 1998).

توانمندسازی و مشارکت لازم و ملزوم یکدیگرند. بنا براین مفهوم توانمندسازی با سیاست و سیاست‌گذاری رابطه‌ای نزدیک دارد. سازمان جهانی بهداشت مشارکت اجتماع در توسعه سلامت را روندی می‌داند که مردم هم به صورت انفرادی و هم به صورت گروهی از حق خود برای ایفای نقش فعال در توسعه خدمات مربوط به سلامت و هم چنین تأمین شرایط لازم برای حفظ و حمایت از توانمندی سازی جامعه، استفاده می‌کنند. بر این اساس تفویض اختیار به سازمان‌های محلی می‌تواند پایگاهی مؤثر برای مشارکت مردم در امر توسعه سلامت، محسوب گردد (پوراسلامی، ۱۳۸۲). تحقق و ارتقای حق سلامت نیازمند تعهد کافی مردم و دولت نسبت به آن است. دولتی در برابر مردم متعهدتر است که برای سلامتی سرمایه‌گذاری بیش‌تری کند. رویکرد ارتقای سلامت و سرمایه‌گذاری در آن به معنای تلاش مضاعف دولت برای کنترل سلامت مردم از طریق تغییرات اقتصادی و اجتماعی و همچنین توانمندسازی مردم و ظرفیت‌سازی در جامعه است. در مفهوم عام می‌توان دریافت که هدف غایی تمامی بخش‌های

توسعه اقتصادی و اجتماعی، رفاه انسان‌هاست و بدون شک رفاه مقدمه ضروری و جزء لاینفک سلامت و توسعه است (پوراسلامی، ۱۳۸۲). به طور کلی برای مؤثر و دائمی شدن مشارکت اجتماعی باید توجه داشت که این مهم باید جزء درونی تجارب جامعه درآید و به عنوان یک عامل خارجی که باید از خارج آنرا به داخل جامعه تزریق کرد دیده نشود. باید مشارکت اجتماعی جزء انتظارات جامعه درآید و به وسیله اطلاعات مفید و در دسترس و رویکرد متعهدانه (مدیران و کارکنان بهداشتی و سیاست‌گذاران) به شکل مستمر حمایت گردد. (Zakus and Lysack, 1998). شناخت عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت و تعدیل و تقویت آنها می‌تواند در نهادینه شدن این امر نقش به‌سزایی داشته باشد. لازم است برای شناسایی عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی به تمامی سطوح اجتماع توجه داشت (Homan, 2007) براساس مدل چرخشی عواملی مانند ارتباطات فردی، اطلاعات کم و بی‌کفایت، عدم توجه به مشارکت‌کنندگان، مشاوره هدفمند، حمایت، تصمیم‌گیری غیرمتمرکز، کنترل مستقل و مبتنی بر اعتماد بر مشارکت اجتماعی اثر دارند (Heritage and Dooris, 2009). محمدی و فروزان در مطالعه‌ای کیفی نشان دادند مشارکت اجتماعی در برنامه‌های ارتقاء سلامت محل زندگی متاثر از «عوامل فردی مشارکت‌کنندگان»، «عوامل مربوط به مسئولین سازمان‌های محلی»، «شرایط زمینه‌ای» و «سیاست‌ها و عملکرد سازمان‌ها» می‌باشند که سبب تسهیل و ممانعت از بروز مشارکت مردم در ارتقای سلامت می‌شوند. تدبیر این عوامل برای ارتقای مشارکت اجتماعی ضروری بوده و مردم باور دارند که آموزش همگانی، توسعه فرهنگ مشارکت در جامعه و سازمان‌ها، تمهید امکانات و ساختارهای مناسب می‌تواند سبب ارتقای مؤثر مشارکت اجتماعی گردند.

مشارکت برای سلامت نیازمند تحقیق در سطح ملی است که باید با حمایت مجلس و دولت صورت گیرد تا راهبردهای لازم برای بهبود وضعیت سلامت مردم و شکوفایی استعداد مشارکت افراد برای سلامت انسان‌ها در بخش‌های مختلف، توسعه یابد (پوراسلامی، ۱۳۸۲). براساس این ضرورت مطالعه حاضر به تعیین عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی در برنامه‌های ارتقای سلامت در منطقه ۲ شهرداری تهران پرداخته است.

تعریف واژه‌ها:

براساس مطالعه محمدی و فروزان (۱۳۹۰) عوامل مرتبط با مشارکت در ارتقای سلامت به مجموع تمامی ۳۶ عامل موجود در چهار دسته زیر اطلاق می‌شود: عوامل فردی مشارکت‌کنندگان شامل عوامل شخصیتی مانند درون‌گرایی، برون‌گرایی، پشتکار، دانش، نگرش به موضوع تمرکزگرایی دولتی، مهارت‌های ارتباطی و اعتمادپذیری در بین مردم جامعه می‌باشد که موجب حس مشارکت‌طلبی در آنان می‌شود. عوامل مربوط به مسئولین بر نوع الگوی مدیریت مشارکتی، استقبال و پذیرش پیشنهادات مردمی، صداقت و اعتمادپذیری در کارکنان و مسئولین سازمان‌های محلی از دید مردم جامعه اشاره دارد. عوامل زمینه‌ای شامل فرهنگ و تلاش جامعه، خانواده‌ها، نظام‌های آموزشی نسبت به امر مشارکت اجتماعی، فعالیت رسانه‌های عمومی، آموزه‌های مذهبی جاری و مربوط به مشارکت، فضا و امکانات موجود برای مشارکت اجتماعی در سازمان‌ها و نهادهای مختلف می‌باشد که مردم معتقدند در نحوه مشارکت آنان در ارتقای سلامت جامعه اثر دارند. عوامل مربوط به سیاست‌ها و عملکرد سازمان‌ها نیز بر سیاست سازمان‌ها در قبول پیشنهادات، تمهید مشارکت مردم از طریق معرفی برنامه‌های خود، وارد کردن مردم در تصمیم‌گیری‌ها و تصمیم‌سازی‌ها، برگزاری نشست‌های مردمی، همراهی مسئولین و سهولت برقراری ارتباط و ملاقات با مسئولین سازمان‌ها، تشویق و آموزش مردم برای مشارکت در برنامه‌های ارتقای سلامت، توجه به اولویت‌های مردمی در اجرای برنامه‌ها و پیگیری و به سرانجام رساندن موفقیت‌آمیز برنامه‌های توسعه سلامت شهری اشاره دارند. این عوامل تسهیل‌کننده و یا ممانعت‌کننده در مشارکت اجتماعی محسوب می‌شوند.

روش

مطالعه حاضر از نوع مطالعه توصیفی-مقطعی بود. شرکت‌کنندگان مطالعه را شهروندان محله ۲۷ منطقه ۲ شهرداری تهران تشکیل می‌داد. با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای، ۵ ناحیه در محله به شکل تصادفی انتخاب شدند. سپس براساس اطلاعات نفوس و مسکن موجود در خانه سلامت ستارخان منطقه ۲ شهرداری، با عنایت به سهم جمعیتی هر ناحیه ابتدا سر

خوشه به صورت تصادفی انتخاب و از هر خوشه، تعداد متناسب نمونه به شکل تصادفی، نمونه‌گیری شد. نمونه‌گیری توسط ۵ پرسشگر (سلامت یاران محلی) آموزش دیده که در ساعات متفاوت و منظم به در منازل شهر و ندان مراجعه می‌کردند انجام شد. فرایند جمع‌آوری داده‌ها و نمونه‌گیری ۱۲ روز کاری به طول انجامید. حجم نمونه براساس اطلاعات موجود (یزدان‌پناه، ۱۳۸۶) ۲۲۵ نفر محاسبه که با احتمال ریزش ۲۵۰ نفر منظور شد. کلیه افراد بالای ۱۸ سال، مایل به شرکت در مطالعه و ساکن در محل به عنوان واجدین شرکت در مطالعه منظور شدند.

داده‌ها در دو بخش مشخصات فردی و عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت محله زندگی جمع‌آوری شد. میزان مشارکت نیز از طریق یک سؤال کلی ارزیابی گردید. پرسش‌نامه مربوط به عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی براساس بخش کیفی طرح پژوهشی کلان و مرور منابع معتبر علمی موجود در تارگه‌های معتبر که قبلاً انجام شده بود ساخته شد. سؤالات پرسش‌نامه به بررسی عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت براساس نظر شرکت‌کنندگان در ۴ طبقه عوامل فردی مشارکت‌کنندگان، عوامل مربوط به مسئولین، عوامل زمینه‌ای و عوامل مربوط به سیاستها و عملکرد سازمان‌ها می‌پرداخت. این سؤالات دربرگیرنده عواملی بودند که یا سبب تسهیل مشارکت اجتماعی و یا مانع آن می‌شوند. سؤالات در قالب لیکرت ۴ سطحی از خیلی کم، کم، زیاد و خیلی زیاد طراحی شده بودند. اکثر سؤالات دارای ماهیت تسهیل‌کننده بودند و به ترتیب ۱ تا ۴ امتیاز را به خود اختصاص می‌دادند و اخذ نمره بالاتر در هر سؤال نشان از بهتر بودن وضعیت هر عامل مرتبط با مشارکت اجتماعی در برنامه‌های ارتقا سلامت محله زندگی براساس اظهارات شرکت‌کنندگان در مطالعه بود. بعضی عوامل نیز ماهیت ممانعت‌کننده در مشارکت داشتند و به عبارتی جهت معکوس داشتند که این امر در نمره دهی و محاسبه آماری مد نظر قرار گرفت. به‌طورکلی در این پرسش‌نامه اخذ نمره بالاتر نشان می‌داد افراد عوامل تسهیل‌گر بیش‌تری را به لحاظ دانش، نگرش و رفتار در زندگی‌شان تجربه می‌کنند که می‌توانند سبب تسهیل مشارکت افراد در ارتقای سلامت شوند. اعتبار پرسش‌نامه، از

نظر ۷ نفر متخصص در علوم سنجش و اندازه‌گیری، علوم اجتماعی، پزشکی اجتماعی و روانپزشک طی دوجلسه بحث گروهی (جمعاً ۴ ساعت) بهره گرفته شد. همچنین در یک مطالعه مقدماتی پرسش‌نامه در اختیار ۳۳ نفر از ساکنین محلی مراجعه‌کننده به خانه سلامت ستارخان (جدا از شرکت‌کنندگان در مطالعه اصلی) قرار داده شد و نظرات اصلاحی آنان اعمال گردید. تعیین پایایی ابزار با استفاده از روش ثبات درونی با ضریب آلفای کرونباخ در حد ۰/۷۸۶ محاسبه شد. اخذ رضایت از شرکت‌کنندگان برای انجام مطالعه، محرمانه ماندن اطلاعات، در دسترس قرار دادن یافته‌های مطالعه از نکات اخلاقی مورد نظر در این مطالعه بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و با آزمون‌های تی مستقل و تحلیل پراکنش یک سویه تحلیل شدند.

یافته‌ها

اکثر مشارکت‌کنندگان در مطالعه زنان، در محدوده سنی ۱۸-۳۰ سال، دیپلمه، متأهل، شاغل و یا خانه‌دار، دارای خانوارهای ۳-۵ نفره، بدون سابقه مشارکت اجتماعی بودند. همچنین اکثریت آنها دارای ۴ تا ۶ ساعت اوقات فراغت در روز بودند. جدول شماره ۱ مشخصات فردی شرکت‌کنندگان در مطالعه را نمایش می‌دهد.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه

فراوانی		سطح متغیر	متغیر
درصد	تعداد		
۶۱	۱۵۲	زن	جنس
۳۹	۹۷	مرد	
۱۰۰	۲۴۹	جمع	
۳۲/۶	۷۹	۱۸-۳۰	سن
۱۹/۰	۴۶	۳۱-۴۰	
۲۰/۲	۴۹	۴۱-۵۰	
۲۸/۱	۶۸	۶۵-۵۱	
۱۰۰	۲۴۲	جمع	

فراوانی		سطح متغیر	متغیر
درصد	تعداد		
۲/۰	۵	بیسواد	سطح تحصیلات
۱۶/۵	۴۱	دبستان و راهنمایی	
۴۴/۲	۱۱۰	دیپلم	
۳۷/۳	۹۳	دانشگاهی	
۱۰۰	۲۴۹	جمع	
۷۲/۵	۱۷۷	متأهل	وضعیت تأهل
۲۷/۵	۶۷	غیر متأهل	
۱۰۰	۲۴۴	جمع	
۳۸/۱	۹۴	شاغل	وضعیت اشتغال
۱۹/۰	۴۷	بازنشسته	
۳۲/۰	۷۹	خانه دار	
۱۰/۹	۲۷	دانشجو، دانش آموز	
۱۰۰	۲۴۷	جمع	
۳۰/۷	۶۹	دارد	سابقه مشارکت اجتماعی
۶۹/۳	۱۵۶	ندارد	
۱۰۰	۲۲۵	جمع	
۲۹/۵	۳۱	خیلی کم	میزان مشارکت اجتماعی
۳/۸	۴	کم	
۲۳/۸	۲۵	متوسط	
۳۹/۰	۴۱	زیاد	
۳/۸	۴	خیلی زیاد	
۱۰۰	۱۰۵	جمع	
۵۵/۶	۱۳۹	زیر یک ماه	مدت مشارکت اجتماعی (به ماه)
۴/۰	۱۰	۱ تا ۶ ماه	
۰/۸	۲	۷ تا ۱۲ ماه	
۳۹/۶	۹۹	بیش تر از ۱۲ ماه	
۱۰۰	۲۵۰	جمع	

فراوانی		سطح متغیر	متغیر
درصد	تعداد		
۲۰/۴	۵۱	کم تر از یک	اوقات فراغت ساعت در روز
۲۶/۸	۶۷	۱-۳	
۳۰/۰	۷۵	۴-۶	
۲۲/۸	۵۷	بیش تر از ۷	
۱۰۰	۲۵۰	جمع	

عبارات با این جمله چقدر موافقت می‌کنید: «مردم و دولت در کنار هم مسئول حل مشکلات بهداشتی و سلامت جامعه هستند» (۲/۹۵۶±۱/۰۴۳) در دامنه ۱-۴) و «اعتقاد به مفید بودن مشارکت مردم و کارگروهمی در بهبود وضعیت زندگی محله» (۲/۹۳۶±۰/۹۵۰) بیشترین میانگین‌ها را به خود اختصاص دادند. جدول شماره ۲ نشان دهنده میانگین و انحراف معیار مرتبط با ارزیابی شرکت‌کنندگان در مطالعه برحسب عبارات و پرسش‌های مربوط به عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت می‌باشد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار ارزیابی شرکت‌کنندگان از عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی در

برنامه‌های ارتقای سلامت

انحراف معیار	میانگین	عبارات
۰/۹۱۱	۲/۹۳۰*	چقدر برای بهتر شدن شرایط زندگی در محله‌تان و حل مشکلات محل زندگی خود (مثل رفع سد معبر، احداث چراغ روشنایی، بازیافت و جمع‌آوری زباله، ترکیدگی لوله معابر، آسفالت، معرفی اراذل) احساس مسئولیت می‌کنید؟
۰/۹۶۶	۲/۵۸۲	چقدر برای حل مسئله و مشکلات عمومی محله‌تان (رفع سد معبر، احداث چراغ روشنایی، بازیافت و جمع‌آوری زباله، ترکیدگی لوله معابر، آسفالت، معرفی اراذل) تلاش می‌کنید؟
۰/۸۸۵	۲/۰۵۴	چقدر در مورد راه‌های مشارکت و همکاری با همسایه‌ها و یا سازمان‌های محلی، برای حل مشکلات بهداشتی محله‌تان آگاهی دارید؟

انحراف معیار	میانگین	عبارات
۰/۸۷۰	۱/۹۰۲	تا کنون، چقدر مسئولیت امور مربوط به سالم تر شدن محله تان (مواردی که گفته شد) را به عهده گرفته اید؟
۰/۹۶۵	۲/۳۶۷	با همسایه ها و اهل محله تان چقدر برای حل مشکلات محله تان ارتباط برقرار می کنید؟
۱/۰۰۰	۲/۷۸۶	با این جمله چقدر موافقت: «در شرایط فعلی مردم مسئول مستقیم بهبود وضعیت سلامت محله خود هستند»
۱/۰۴۳	۲/۹۵۶*	با این جمله چقدر موافقت: «مردم و دولت در کنار هم مسئول حل مشکلات بهداشتی و سلامت جامعه هستند»
۱/۱۰۰	۲/۸۲۸	با این جمله چقدر موافقت: «در حال حاضر دولت تصمیم گیرنده نهایی در بهبود وضعیت سلامت جامعه است؟»
۰/۹۹۵	۱/۸۴۴	چقدر مسئولین سازمان های محله (شهردار، شورایار، ...) خود را می شناسید؟
۰/۸۱۸	۱/۹۸۰	به نظر تان کارکنان سازمان های محله شما چقدر در انجام وعده های شان راستگو هستند؟
۰/۹۱۴	۲/۰۸۰	شما تا چه اندازه به عملکرد و قول های سازمان های محله تان اعتماد دارید؟
۰/۹۵۰	۲/۹۳۶*	شما چقدر به مفید بودن مشارکت مردم و کارگروهی در بهبود وضعیت زندگی در محله تان، اعتقاد دارید؟
۰/۸۷۸	۲/۴۷۶	در خانواده شما چقدر به مشارکت اعضای خانواده برای بهتر شدن شرایط زندگی، توجه و تأکید می شود؟
۰/۸۶۹	۲/۲۶۰	به نظر شما در مدارس امروزی چقدر به دانش آموزان در مورد مشارکت و همکاری با یکدیگر آموزش داده می شود؟
۰/۹۹۷	۲/۳۶۴	به نظر شما تلویزیون، رادیو، روزنامه ها چقدر برای جلب مشارکت مردم در بهبود سلامت جامعه، اطلاع رسانی و تبلیغ می کنند؟
۱/۰۴۰	۲/۶۱۰	عقاید مذهبی شما چقدر شما را برای مشارکت در بهتر شدن وضعیت سلامت جامعه تشویق می کند؟
۰/۸۵۳	۱/۹۲۴	چقدر در مورد جلب همکاری همسایه های تان برای حل مشکلات محله و بهتر شدن شرایط زندگی آگاهی دارید؟

انحراف معیار	میانگین	عبارات
۰/۸۳۳	۱/۷۵۶	چقدر از راه‌های ارتباط با مسئولین سازمان‌های محلی که برای بهبود سلامت جامعه کار می‌کنند، آگاهی دارید؟
۰/۸۷۴	۱/۷۴۸	به نظر شما سازمان‌های محلی تا چه حد فضا و امکانات، برای مشارکت مردم در بهبود وضعیت سلامت محله‌شان، فراهم کرده‌اند (مانند صندوق پیشنهادات، شماره تلفن‌های پاسخگو، دفاتر ثبت نظرات و پیشنهادات، اطاق گفتگو در خانه‌های فرهنگ محلی)؟
۰/۷۶۳	۱/۸۹۶	به نظر شما سازمان‌های محله‌تان، تا چه حد به آموزش مشارکت در بهبود سلامت جامعه، به مردم، توجه دارند؟
۰/۹۵۴	۲/۲۲۰	به نظر تان سازمان‌های محلی شما تا چه حد برای به سر انجام رساندن برنامه‌های توسعه محلی (احداث پارک، نصب سطل زباله، آسفالت کوچه‌ها، رفع ترکیدگی لوله‌های آب، نظافت محله، رفع آلودگی‌های محیطی) با هم هماهنگ و هم‌راستا کار می‌کنند؟
۰/۹۰۶	۱/۹۲۰	سرعت پاسخ سازمان‌های محله (مانند شهرداری، آتش نشانی، نیروی انتظامی، آموزش و پرورش، مراکز بهداشتی و ...) به خواسته‌های اهالی برای بهبود وضعیت سلامت محله، چقدر است؟

علامت * نشان دهنده بالاترین مقادیر میانگین‌هاست.

یافته‌ها نشان داد تحصیلات، مدت ساعات فراغت در روز و مدت مشارکت در سایر فعالیت‌های اجتماعی توسط شرکت‌کنندگان و سابقه مشارکت اجتماعی با ارزیابی کلی از عوامل مرتبط با مشارکت در ارتقای سلامت رابطه معنی‌دار ($p \leq 0/03$) داشتند. افراد با بالاتر تحصیلات میانگین کم‌تری را در ارزیابی میزان عوامل مرتبط با مشارکت داشتند. افراد با مدت ساعات فراغت بیش‌تر، سابقه مشارکت اجتماعی قبلی و مدت مشارکت قبلی بیش‌تر میانگین بیش‌تری را در ارزیابی عوامل مشارکت نشان دادند. جدول شماره ۳ نشان دهنده رابطه ارزیابی کلی از عوامل مرتبط با مشارکت در ارتقای سلامت با متغیرهای مطالعه است.

جدول ۳. مقایسه میانگین ارزیابی کلی شرکت‌کنندگان در مطالعه از عوامل مرتبط با مشارکت در ارتقای

سلامت بر حسب متغیرهای فردی

سطح معنی‌داری	آماره	سطح متغیر	متغیرهای فردی
۰/۴۳۹	F=۰/۹۰۶	۳۰-۱۸	سن
		۴۰-۳۱	
		۵۰-۴۱	
		۵۱-۶۵	
۰/۲۹۵	T=۱/۵۶۷	زن	جنس
		مرد	
۰/۰۰۷ *گروه‌های دارای تفاوت آماری در مقایسه میانگین‌ها	F=۴/۱۶۸	بیسواد	تحصیلات
		*دبستان و راهنمایی	
		دیپلم *دانشگاهی	
۰/۰۶۲	F=۲/۴۷۸	۱ نفر	بعد خانواده
		۲ نفر	
		۳-۵ نفر	
		۶ نفر و بیش‌تر	
۰/۷۶۸	T=۰/۲۹۵	متاهل	وضعیت تأهل
		غیر متاهل	
۰/۲۷۵	F=۱/۳۱۷	۱-۳ سال	مدت سکونت در محل
		۴-۱۰	
		۱۱-۲۰	
		بیش‌تر از ۲۰	
۰/۰۰۳ *گروه‌های دارای تفاوت آماری در مقایسه	F=۴/۷۵۸	*کم‌تر از یک	ساعات فراغت در روز
		۱-۳	
		۴-۶	

سطح معنی داری	آماره	سطح متغیر	متغیرهای فردی
میانگین‌ها		*بیش‌تر از ۷	
* گروه‌های دارای تفاوت آماری در مقایسه میانگین‌ها	F=۵/۱۲۲	*زیر یک ماه	مدت مشارکت
		۱ تا ۶ ماه	
		۷ تا ۱۲ ماه	
		*بیش‌تر از ۱۲ ماه	
۰/۰۰۱	T=۳/۴۳۴	دارد	سابقه داشتن مشارکت
		ندارد	
۰/۰۹۲	F=۲/۰۵۶	خیلی کم	میزان مشارکت
		کم	
		متوسط	
		زیاد	
		خیلی زیاد	
۰/۸۲۸	F=۰/۲۹۷	شاغل	وضعیت اشتغال
		بازنشسته	
		خانه دار	
		دانشجو و دانش آموز	

از ۲۵۰ شرکت کننده در مطالعه ۱۰۵ نفر (۴۲ درصد) مشارکت در برنامه‌های ارتقای سلامت داشتند. ۵۷/۱ درصد آنها در حد خیلی کم تا متوسط و ۴۲/۹ درصد در حد متوسط تا خیلی زیاد مشارکت را گزارش کردند. تنها ۳/۸ درصد از کل مشارکت‌کنندگان در ارتقای سلامت در حد بسیار زیاد مشارکت خود را گزارش کردند.

بین میزان مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت با متغیرهای تحصیلات، مدت مشارکت در فعالیتهای اجتماعی مختلف، سابقه مشارکت اجتماعی و میزان ساعات فراغت در روز ($p \leq 0/03$) رابطه معنی داری مشاهده شد.

بحث

یافته‌های مطالعه نشان داد سطح تحصیلات، مقدار ساعات فراغت، وجود و مدت زمان مشارکت اجتماعی در گذشته، با میزان ارزیابی از عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی توسط ساکنین محله ۲۷ منطقه دو شهرداری تهران ارتباط داشت. یافته‌های این مطالعه با مطالعات متعددی هم راستا است. گیت وود عوامل مؤثر بر عدم مشارکت اجتماعی برای ارتقای سلامت را به صورت فردی و محیطی تقسیم می‌کند و معتقد است عوامل فردی عوامل دموگرافیک مانند درآمد ماهانه، سطح آموزش، داشتن وقت آزاد و بعد خانوار می‌باشند. به نظر وی عواملی مانند محیط مدرسه، کار، خانواده و دوستان در دسته عوامل محیطی قرار می‌گیرند. این عوامل با مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت مرتبط هستند (Gatewood et al, 2008).

افرادی که از سطح تحصیلات بالاتر برخوردار بودند به عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت نمره کم‌تری را داده بودند به عبارتی آنها معتقد بودند عوامل تسهیل‌گر مشارکت در ارتقای سلامت محدودتر می‌باشد و شرایط برای مشارکت اجتماعی کم‌تر فراهم است. اما رابطه معنی‌دار بین مشارکت اجتماعی و تحصیلات نشان می‌داد افراد با تحصیلات بالاتر مشارکت اجتماعی بیش‌تری را با وجود موانع در راه تحقق مشارکت نشان می‌دهند. به عبارتی افراد تحصیل کرده به لحاظ داشتن آگاهی و احساس تعهد با وجود موانع همچنان مشارکت‌کننده قوی‌تری هستند. این یافته تأییدی بر وجود عوامل تعدیل‌کننده‌ای می‌باشند که در این رابطه وارد می‌شوند از این عوامل به تعهد، سرمایه اجتماعی، حمایت‌های گروهی و انگیزه‌های درونی می‌توان اشاره کرد. هر چند که نتیجه‌گیری‌های این دست نیازمند مطالعات وسیع‌تر می‌باشد. مشارکت اجتماعی به‌وسیله افراد متعهد و دارای نگرش مثبت به توسعه اجتماعی از طریق توان مردم، تحقق می‌یابد. مشارکت اجتماعی نیازمند آموزش افراد برای کسب آگاهی برای داشتن ارتباطات بین فردی و اشاعه فرهنگ تشریکی، است. هر چند که موسوی نشان داد بین میزان دسترسی و توزیع اطلاعات و تمایل به مشارکت اجتماعی رابطه معنی‌دار وجود ندارد ($p=0/066$) (موسوی، ۱۳۸۵). یزدان‌پناه معتقد است بین نوع نگاه شهروندان به سطوح کلان اجتماعی

و مشارکت اجتماعی رابطه معنی دار وجود دارد همچنین وی می‌افزاید فرد بی‌سواد یا بدون آگاهی و مهارت در معرض دنیای وسیع‌تر قرار نگرفته و تنها می‌تواند در دنیایی که می‌شناسد مشارکت کند (یزدان‌پناه، ۱۳۸۶).

افراد با ساعات فراغت بیشتر عوامل تسهیل‌گر بیشتری را گزارش کرده بودند. از آنجا که میزان فراغت و میزان مشارکت رابطه معنی دار داشتند می‌توان انتظار داشت که هرچه افراد زمان آزاد بیشتری داشته باشند عوامل را مطلوب‌تر و مشارکت را بیشتر نشان می‌دهند. بنابراین می‌توان مشغله‌هایی مانند ساعات کار، تأمین معاش و تحصیل طولانی در طول روز بر نحوه ارزیابی و مشارکت تأثیر منفی دارد. نکته تأییدکننده دیگر در یافته‌های این مطالعه آن است که افراد متأهل به لحاظ درگیر شدن در تأمین نیازهای پیچیده‌تر زندگی از مشارکت کم‌تری برخوردار می‌باشند؛ هر چند که رابطه‌ای بین میزان ارزیابی از عوامل با تأهل پیدا نشد. افراد با سابقه مثبت و میزان مشارکت قبلی بیشتر افرادی بودند که نگاه مطلوب‌تری به عوامل مؤثر بر مشارکت در ارتقای سلامت داشته لذا مشارکت بیشتر را نیز نشان می‌دادند.

یافته‌ها با ارزیابی از عوامل مرتبط با مشارکت و مشخصات فردی مانند جنسیت، سن، بعد خانوار، تأهل، مدت سکونت و اشتغال شرکت‌کنندگان ارتباطی نداشت. به نظر می‌رسد وجود این ارتباطات غیرقابل پیش‌بینی حکایت از شبکه پیچیده‌ای از عوامل مرتبط داشته باشند که ضرورت مطالعات وسیع‌تر را پیش‌بینی می‌کند. رابطه مثبت تحصیلات و تجربه در مشارکت به نوعی نشان دهنده درایت و توان تحلیل قوی‌تر در نمونه‌های شرکت‌کننده در مطالعه داشت که با خردورزی و ژرفاندیشی به شکلی مرتبط بودند و افراد با راهبردهایی مانند مطالعه ارتقای دانش اجتماعی و سیاسی به اشکال گوناگون امکان توسعه آنرا فراهم می‌کنند. لذا می‌توان انتظار داشت نهادهای دولتی با نگاه مثبت و ظرفیت‌سازی آنها به این راهبردها در زمینه مشارکت اجتماعی بیشتر در ارتقای سلامت کمک کنند. در عوض عوامل غیر مرتبط با مشارکت، عوامل داخلی و خارجی مانند سن و جنس را در بر می‌گیرد که به نظر، افراد در تغییر و تعدیل آنها قدرت انتخاب ندارند و بیش‌تر منفعلانه با آنها روبرو می‌شوند، هر چند که اظهار نظر در این مورد نیازمند مطالعات وسیع‌تری

می‌باشد. موسوی معتقد است ویژگی‌های فردی نقش مهمی در مشارکت اجتماعی دارد. در مطالعه وی در امر مشارکت اجتماعی مشخص شد افراد غیرمشارکت‌جو افرادی غیرخلاق بوده و بر شانس و اقبال بیش‌تر از تسلط بر سر نوشت اعتقاد دارند. وی می‌افزاید ۸۴/۱ درصد تهرانی‌ها نسبت به آینده بی‌تفاوت هستند و این در حالی است که براساس نظریه‌های روان‌شناختی، جوامع سنتی، بر مشارکت اجتماعی باور ندارند و عدم اعتماد در روابط شخصی آنها بارز بوده و فاقد نوآوری و تقدیرگرا هستند (موسوی، ۱۳۸۴). مشارکت اجتماعی بر ظرفیت‌سازی، توانمندسازی تعلیم و آموزش از طریق ایجاد دانش مشارکت در بین مردم محقق می‌شود (Singhal, 2001).

در مطالعه حاضر براساس جدول شماره ۲ شرکت‌کنندگان ارزیابی خوبی نسبت به ویژگی‌های خود داشتند و به نوعی خود را افرادی با ظرفیت‌های مشارکت‌جویی نشان می‌دادند. بررسی ارزیابی مشارکت‌کنندگان از عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت نشان می‌داد شرکت‌کنندگان خود را در حد زیاد افرادی مسئولیت‌پذیر با نگرش مناسب به مشارکت اجتماعی و عدم تمرکزگرایی دولت ارزیابی می‌کنند. آنان در حد زیاد، قایل به کار گروهی در بهبود وضعیت زندگی خویش هستند و بر نقش خانواده، مدارس رسانه‌ها در بسترسازی و ضرورت آموزش و یادگیری برای مشارکت اجتماعی تأکید می‌کنند. این در حالی است که یزدان‌پناه در مطالعه خود در موضوع مشارکت اجتماعی در شهر تهران نشان داد ۴۱/۸ درصد تهرانی‌ها معتقدند که اصلاً مشارکت اجتماعی در حل مشکلات فایده و اثری ندارد. ۶۰/۸ درصد نیز معتقدند مشارکت جمعی و شرکت در فعالیت‌های اجتماعی در نتیجه کارها تأثیری ندارد. ۲۹/۵ درصد شهروندان تهرانی بر این باورند که اصلاً در میان اعضای خانواده آنها درباره مشارکت و فواید آن و چگونگی بروز آن صحبتی نمی‌شود (یزدان‌پناه، ۱۳۸۶). گیت وودو همکاران یکی از عوامل مهم در مشارکت اجتماعی را خود کارآمدی شرکت‌کنندگان معرفی می‌کند و معتقد است افراد با خودکارآمدی بالا مشارکت‌جو‌تر از دیگران می‌باشند (Gatewood et al, 2008) شرکت‌کنندگان در حد کم مسئولین سازمان‌های فعال محلی در زمینه ارتقای سلامت

جامعه را می‌شناختند و اعتماد کمی به این مسئولین داشتند و معتقد بودند زمینه‌های ارتقای مشارکت مانند جلب اعتماد، تسهیل راه‌ها و کانال‌های مشارکت مردمی در سازمان‌های محلی‌شان در حد کمی موجود است، درحالی‌که برای مشارکت اجتماعی نیازمند روابط افراد با نهادهای رسمی و احساس داشتن حمایت اجتماعی، می‌باشیم. موسوی براساس مطالعه سرمایه اجتماعی در تهران می‌گوید تهرانی‌ها ۴۶/۶ درصد، اعتماد در روابط شخصی را عامل بسیار مهم در مشارکت اجتماعی می‌دانند (موسوی، ۱۳۸۴). او می‌افزاید هر فرد دارای شبکه اجتماعی است و این شبکه می‌تواند حاوی انواع ارتباط دوستی یا پیوند عاطفی، نزدیکی در فضا مانند همسایگی روابط خویشاوندی و نظیر آن باشد. وی در مطالعه خود در باب سرمایه اجتماعی می‌گوید ۷۱/۷ درصد تهرانی‌ها تمایلی به گفتن مشکلات و کمبودها به مسئولین ندارند. او نشان داد بین میزان دسترسی و توزیع اطلاعات و تمایل به مشارکت اجتماعی رابطه معنی‌دار وجود ندارد ($p \leq 0/066$) (موسوی، ۱۳۸۵).

برنامه‌های مبتنی بر مشارکت اجتماعی نیازمند اعتماد دوجانبه بین مردم و مسئولین است که این خود نیازمند برگزاری جلسات مکرر بین طرفین می‌باشد. در این رابطه دو طرف افراد باید احساس کنند که رابطه رئیس و مرئوس وجود ندارد و کانال ارتباطی مورد توافق افراد به شکل پذیرفته شده می‌باشد. باید زمان کافی برای برقراری ارتباط مدنظر گرفته شود. کلام مسئولین باید در حد درک شهروندان باشد. بهتر است از واژه‌های تخصصی استفاده نشود و کلام ساده‌ای بکار برده شود که قابل فهم جامعه باشد. مسئولین باید بر این باور باشند که مساعدت طرفین در فضای با فرصت برابر، امکان پذیر است چرا که توفیق فردی بر فرد دیگر مانع حس مشارکت می‌شود. باید قبول داشت که طرفین هر یک قدرت فردی و منحصر به فرد خود را وارد فرایند مشارکت می‌کنند. طرفین هر یک باید احساس کنند که مزایا و بهره خود را از این مشارکت خواهند برد (Savage, 2006). یزدان‌پناه معتقد است بین حس بیگانگی اجتماعی و مشارکت اجتماعی و بین نوع نگاه شهروندان به سطوح کلان اجتماعی و مشارکت اجتماعی رابطه معنی‌دار وجود دارد (یزدان‌پناه، ۱۳۸۶). مشارکت اجتماعی بر ظرفیت‌سازی توانمندسازی تعلیم و آموزش از طریق ایجاد دانش مشارکت در بین مردم

محقق می‌شود (Singhal, 2001). وجود پرسنل متعهد، با تجربه و انگیزه، جابجایی و چرخش کم‌تر کارمندان سازمان‌های درگیر در ارتقای سلامت جامعه، منبع مهمی برای جلب مشارکت اجتماعی محسوب می‌شود (Branson et al, 2003).

برای مشارکت نیازمند فضای با احترام متقابل، احترام به عقاید و دانش مردم می‌باشیم. مسئولین نباید خود را آموزش‌دهنده مردم بدانند، بلکه باید تصور کنند که آنها همراه با مردم می‌آموزند و درکنار مردم به کسب دانش و مهارت دست می‌یابند. مسئولین بایستی به صورت تسهیل‌کننده عمل کنند و اوج تعهد فردی را نسبت به جامعه نشان دهند. آنان نباید خود را پاسخگوی حل مشکلات قلمداد کنند و در مورد تغییرات مورد نظر برای رفع مشکلات زمینه ذهنی ایجاد کنند؛ بلکه بیش‌تر باید زمینه مشارکت مردم را فراهم کرده و آنها را توانمند سازند تا پتانسیل‌های خود را کشف و از آنها برای رفع مشکلات جامعه بهره گیرند (Singhal, 2001). الگوی مدیریت سازمان‌ها، چگونگی معرفی مداخلات و طرح‌های ارتقای سلامت جامعه (Draper et al, 2010) شبکه مدیریت، منابع مدیران و نگرش کسانی که در سیاست‌گذاری‌ها دخیل هستند از عوامل ساختاری-سازمانی مؤثر بر مشارکت در ارتقای سلامت می‌باشند (Boyce, 2001). یزدان‌پناه براساس مطالعه خود بیان داشته که ۳۷/۸ درصد تهرانی‌ها معتقدند نگرش منفی مسئولین و مدیران جامعه نسبت به مشارکت اجتماعی عامل مهم عدم مشارکت شهر وندان در فرایندهای اجتماعی است (یزدان‌پناه، ۱۳۸۶).

تحقیقات نشان داده‌اند که روابط اجتماعی قوی به مثابه یک منبع برای مشارکت اجتماعی به حساب می‌آید. مشارکت نیازمند فراهم شدن شرایط لازم که بیش‌تر در سطوح کلان جامعه قرار دارد می‌باشد. عوامل سیاسی، حقوقی، قانونگذاری و اقتصادی بر مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت مؤثر است لیکن بررسی و مشاهده مستقیم این عوامل کار چندان ساده‌ای نیست (Boyce, 2001). وجود فضا امکانات و شرایط سیاسی

مناسب برای بحث و گفتگو بین مردم برای رسیدن به تعریف واحد از مشکلات، رسیدن به تصمیمات واحد، آموزش به یکدیگر از ضروریات مشارکت اجتماعی است. اجرای برنامه‌های توسعه مشارکت اجتماعی نیازمند حمایت مالی می‌باشد (Draper et al, 2010).

درصد بیش‌تر شرکت‌کنندگان در مطالعه در حد خیلی کم تا متوسط در ارتقای سلامت مشارکت داشتند. موسوی نیز نشان داد تنها ۷ درصد تهرانی‌ها در نهادها و موسسات عضو هستند و ۴/۰۹ درصد به نهادهای انتفاعی و غیر انتفاعی کمک نمی‌کنند. ۹۱/۶ درصد در نهادهای مدنی مشارکت ندارند و ۵۴/۵ درصد تا حدودی در مراسم مذهبی شرکت می‌کنند (موسوی، ۱۳۸۵).

این مطالعه نشان داد هرچه افراد درک بهتری از عوامل داشته باشند مشارکت بیش‌تری نیز در ارتقای سلامت خواهند داشت. یزدان‌پناه نیز می‌گوید هر چه افراد جامعه موانع مشارکت را برجسته‌تر احساس کنند به همان نسبت میزان مشارکت‌شان در جامعه کم می‌شود. با ۹۹ درصد اطمینان بین موانع با میزان مشارکت رابطه معکوس دیده می‌شود (۰/۰۰۱/۰/۰۱). هر چه افراد احساس بیگانگی بیش‌تری با جامعه و نظام سیاسی و حکومتی و سایر افراد جامعه داشته باشند مشارکت کم‌تری در جامعه خواهند داشت (۰/۰۰۱/۰/۰۱). این منبع می‌افزاید تهرانی‌ها در حد زیاد بر این باورند که تمرکزگرایی در سطح جامعه، جدا بودن دولت از مردم، عدم فرصت مساوی در دسترسی به اطلاعات مانع مشارکت در جامعه می‌گردد. آنها (۴۴/۲ درصد تهرانی‌ها) بر این امر اعتقاد دارند که تمرکزگرایی دولتی جایی برای مشارکت باقی نمی‌گذارد باید سیاست‌های متخذه در جامعه بر حق مردم و در «گفتن» و «مشارکت در تصمیم‌گیری» آنها دلالت داشته باشد (Branson et al, 2003).

یافته‌های این مطالعه نیز هم‌راستا با مطالعاتی که در زمینه مشارکت اجتماعی در مفهوم عمومی انجام شده‌اند نشان داد در مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت نیز انسان‌ها با آمادگی مشارکت در جامعه متولد نمی‌شوند. افراد به کنش متقابل می‌پردازند و الگوهای اجتماعی را شکل می‌دهند. از الگوهای اجتماعی در زندگی بهره گرفته و بدین‌سان احساس وفاداری به جامعه در آنها پدید می‌آید. این عادت‌ها و الگوهای رفتاری است که

در نهادهای مختلف اجتماعی در افراد ایجاد می‌شود. ما یاد می‌گیریم چگونه در جامعه و محله رفتار کنیم (یزدان‌پناه، ۱۳۸۶).

مرور مطالعات نشان می‌دهند عوامل متعددی با مشارکت اجتماعی مرتبط می‌باشند. نکته قابل توجه وجود یافته‌های متناقض در این مورد است. به طور مثال رفیعیان نیز در مطالعه خود نشان داد مشارکت اجتماعی در نوسازی مناطق ناکارآمد شهری اگر چه با مدت اقامت در محل، هم‌بستگی اجتماعی و اعتقاد به ارزش‌های اجتماعی ارتباط معنا داری دارد. ولی ۷۶ درصد تغییرات آن توسط عواملی به غیر از عوامل یاد شده در فوق تبیین می‌گردد (رفیعیان و احمدزاده، ۱۳۹۱).

این شواهد حکایت از ماهیت پیچیده مشارکت اجتماعی دارد و موید این است که عوامل گوناگونی بر مشارکت مؤثر هستند. نکته‌ای که از این مهم می‌توان نتیجه گرفت آن است که به نظر مشارکت اجتماعی مفهومی کاملاً انحصاری در هر جامعه می‌باشد لذا شناخت آن مستلزم انجام مطالعات مبتنی بر ساختارهای هر جامعه به شکل کاملاً اختصاصی است. این مطالعه نشان داد شهروندان تهرانی از نگرش مناسب برای مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت برخوردار می‌باشند لیکن برای مشارکت اجتماعی نیازمند آموزش و تسهیل آن از طریق کاهش تمرکزگرایی دولتی و ایجاد امکانات و بستر مناسب از جمله اعتمادسازی، آگاهی از راه‌های برقراری ارتباط با مسئولین، استقبال و پذیرش مسئولین از پیشنهادات مردمی هستند.

- آریانپور، عباس. فرهنگ دانشگاهی - فارسی. تهران: امیر کبیر. ۱۳۷۱.
- پوراسلامی محمد. توانمندسازی در ارتقای سلامت. طب و تزکیه. ۱۳۸۲، ۴۸:۲۱-۹.
- رفیعیان مجتبی، احمدزاده نانوا حسین. سنجش ظرفیت‌های مشارکت اجتماعی در سیاست‌های مداخل‌های در محلات نا کارآمد شهری. فصلنامه رفاه اجتماعی. ۱۳۹۱، ۱۲(۴۶):۳۷۰-۳۵۳.
- علوی تبار. الگوی مشارکت شهروندان در اداره امور شهرها. تهران، انتشارات سازمان شهرداری‌های کشور. ۱۳۸۰.
- غفاری غلامرضا، نیازی محسن. جامعه‌شناسی مشارکت. تهران: نشر نزدیک. ۱۳۸۶. فصل اول و سوم.
- محمدی فرحناز، فروزان آمنه ستاره. عوامل تسهیلگر و بازدارنده مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت: تحلیل تجارب ساکنین منطقه ۲ شهرداری تهران. مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین. (پذیرفته شده ۱۳۹۰).
- موسوی میرطاهر. مشارکت اجتماعی یکی از مولفه‌های سرمایه اجتماعی. فصلنامه رفاه اجتماعی. ۱۳۸۵، ۶(۲۳):۹۷-۶۷.
- موسوی میر طاهر، تحلیل مشارکت اجتماعی در تهران، فصلنامه پژوهشی رفاه اجتماعی ۱۳۸۴، ۵(۱۹): ۳۰۱-۳۲۷.
- یزدان‌پناه لیلا، موانع مشارکت اجتماعی شهروندان تهرانی، فصلنامه پژوهشی رفاه اجتماعی ۱۳۸۶: ۲۶: ۱۰۵-۱۳۰.
- Ahmed S. M, Beck B, Murana C, Newton G. (2004) Overcoming barriers to effectiveness community based participatory research in US medical school. *Journal of education for health*, 17 (2):141-151.
- Boyce W. (2001) Disadvantage's persons' participation in health promotion projects: some structural dimensions. *Social Science & Medicine*, 52: 1551-1564
- Branson R, Davis K, Butler K. (2003) African -American participation in clinical research: importance, barriers and solutions. *The American journal of surgery*, 193:32-39.
- Draper AK, Hewitt G, Rifkin S. (2010) Chasing the dragon: developing indicators for assessment of community participation in health

- programs. *social science & medicine* 71(6): 1102-9
- Frankish C. J, Kwan B, A. Ratner P, Higgins J, Larsen c. (2005), Challenges of citizen participation in regional health authorities. *Social Science & Medicine*, 54: 1471-1480.
 - Gatewood J et al. (2008) Perceived barriers to community based health promotion program participation. *American journal of health behavior*, 32(3):260-271.
 - Heritage Z, Dooris M. (2009) Community participation and empowerment in healthy cities. *Health promomotiom international journal*, 24, s1:i45-i54.
 - Homan, Mark s. (2007) Promoting community change: making it happen in the real world. *Brooks cole publication*.
 - Jewkes R, Murcott A. (1998), Community Representatives: representing the "community"? *Social Science & Medicine*, 46, 7: 843-858.
 - Kahssay H. M, Oakley P. (1999) Community involvement in health development: a review of the concept and practice. Geneva: *World Health Organization*.
 - Morgan L. (2001) Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. *Health policy and planning*, 16(3):221-230.
 - Rifkin S. (2009) Lessons from community participation in health programs: a review of the post Alma-Ata experiences. *International Health*, 1:31-36.
 - Savage CH. (2006) A case study in the use of community participatory research in public health nursing. *Public health nursing*, 23(5):472-478.
 - Singhal A. (2001) Facilitating community participation through communication. UNICEF. September 2001. access: April: 2011. 04. 21
 - Wilcox, D. (1994) *The Guide to Effective Participation*. UK Brighton: Delta Press.
 - Zakus J. D, Lysack C. (1998) Revising community participation. *Health Policy and Planning*, 13:1-12.