

عوامل تسهیل‌گر و بازدارنده مشارکت اجتماعی ساکنین منطقه دو تهران در ارتقای سلامت

دکتر فرحناز محمدی*

دکتر آمنه ستاره فروزان**

* استادیار پرستاری مرکز تحقیقات تعیین کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران
** دانشیار روانپزشکی مرکز تحقیقات تعیین کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

آدرس نویسنده مسؤل: تهران، اوین، کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات تعیین کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت، تلفن ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۳۶

Email: f_mohammadi_2000@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۱/۵/۱۸

تاریخ دریافت: ۹۰/۹/۹

* چکیده

زمینه: مشارکت اجتماعی یکی از مؤلفه‌های اساسی برای ارتقای سلامت و توسعه پایدار جوامع به حساب می‌آید.
هدف: مطالعه به منظور تبیین عوامل تسهیل‌گر و بازدارنده مشارکت اجتماعی شهروندان تهرانی در ارتقای سلامت انجام شد.
مواد و روش‌ها: این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوایی در سال ۱۳۸۹ در منطقه دو شهر تهران اجرا شد. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق نیمه ساختارمند و بحث گروهی متمرکز با شرکت ۳۵ نفر از شاغلین سازمان‌های دولتی و مردم نهاد که در حوزه ارتقای سلامت و رفاه جامعه تلاش می‌کردند و همچنین چند نفر از ساکنین محله ستارخان انجام شد. داده‌ها به وسیله رویکرد تحلیل محتوای درونی تحلیل شدند.
یافته‌ها: براساس تحلیل کیفی داده‌ها ۳۳۷ کد در ۴ طبقه اصلی «ویژگی‌های فردی مشارکت جویان»، «ویژگی‌های فردی مسؤلین و کارکنان سازمان‌ها»، «زمینه‌های وقوع مشارکت» و «سیاست‌ها و عملکرد سازمان‌ها» استخراج شد. این طبقه‌ها عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت را در بر داشت.
نتیجه‌گیری: با ایجاد و توسعه فرهنگ مشارکت اجتماعی از بستر خانواده‌ها تا مدارس و جامعه، آموزش مؤثر و ارتقای آگاهی عمومی، تربیت افراد مشارکت‌جو و مشارکت طلب، ایجاد ساختار و سازمان‌هایی که با برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری زمینه مشارکت اجتماعی را تسهیل کنند، می‌توان سبب مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت شد.

کلیدواژه‌ها: مشارکت اجتماعی، ارتقای سلامت، تحقیق کیفی

* مقدمه

سیاست‌گذاران و دستگاه‌های حکومتی به آن توجه ویژه‌ای دارند.^(۱)

مهم‌ترین برآیند مشارکت اجتماعی کسب مزایای اجتماعی و ارتقای سلامت و رفاه است.^(۳) طی فرایند مشارکت در سلامت، فرصت توزیع دانش سلامت در جامعه ایجاد و کسب درونی تبخر و تسلط در امور سلامت اجتماعی ممکن می‌شود. همچنین درصد تأمین منابع افزایش و بار هزینه‌ها کاهش می‌یابد و امکان سامان‌دهی منابع پراکنده در سطح جامعه فراهم می‌شود که خود سبب دسترسی برابر آحاد مردم به این منابع است.^(۴) رویکردهای نوین ارتقای سلامت به گشوده شدن دیدگاه‌های جدیدی در مقوله سلامت و ارتقای آن منجر

مشارکت اساس زندگی بشری و یکی از حقوق بنیادی انسان است. انسان موجودی هوشیار است و باید آگاه و خود هدایت‌گر باشد. از سوی دیگر، انسان موجودی اجتماعی است و در جامعه به دنیا می‌آید و در آن زندگی می‌کند. مشارکت مبنای بالندگی و تعالی انسان است. 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 واقع شد و به عنوان سنگ بنای دستیابی به سلامت برای انسان‌ها تا سال ۲۰۰۰ قرار گرفت. این مفهوم بر مضامینی مانند توانمندسازی، ارتقای سلامت و عملکرد جمعی اشاره دارد. نظر به اهمیت موضوع مشارکت اجتماعی امروزه

شده است. تعامل و تأثیر متقابل سلامت فردی و شهری موجب شد تا شعار روز جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰ «۱۰۰۰ زندگی، ۱۰۰۰ شهر» یا به عبارتی رویارویی مؤثر با چالش‌های سلامت در شهرها باشد. رویکرد «سلامت شهری» در نظر دارد سطح بالایی از تعهد سیاسی را تأمین کند، آگاهی و درک عمومی را افزایش دهد و مشارکت بین بخشی در جامعه را تشویق نماید، تا جایگاه سلامت در سیاست‌گذاری‌های شهری ارتقا یابد. باور جهانی بر این استوار است که این امر از طریق مشارکت اجتماعی قابل دستیابی خواهد بود.^(۳)

تحقق عدالت در سلامت، مرهون توسعه فرهنگ مشارکت است. این مهم نیازمند شناسایی و در نظر گرفتن بسترها و زمینه‌های مناسب، امکانات و شرایط لازم در قالب عوامل تسهیل‌گر و ممانعت‌کننده مرتبط با حصول مشارکت است. ریکفین و همکاران ضمن مروری بر تجارب جهانی پس از آلمان تأکید می‌کنند که مطالعه‌های کیفی با نگاهی عمیق، فراتر از تحقیق‌های کمی مبتنی بر ساختارهای از پیش متصور شده، می‌توانند عوامل مؤثر بر مشارکت اجتماعی برای ارتقای سلامت را تبیین کنند.^(۱۰ و ۱۱) لذا مطالعه حاضر با هدف تبیین و کشف عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت شهروندان تهرانی، انجام شد.

* مواد و روش‌ها:

این مطالعه کیفی در سال ۱۳۸۹ در منطقه ۲ تهران با استفاده از روش تحلیل محتوایی درونی (Latent) و با تمرکز بر روش تحلیل محتوایی معمول (Conventional Content Analysis) انجام شد.^(۱۲ و ۱۱) ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند از افراد دارای تجربه و درگیر در حوزه ارتقای سلامت جهت شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. تمایل به شرکت در مطالعه و داشتن تجربه مشارکت اجتماعی به اشکال گوناگون مانند تأسیس صندوق اشتغال محلی، صندوق قرض‌الحسنه محلی، راه‌اندازی کانون سالمندان و جوانان محلی، تلاش برای فعالیتهایی مانند ایجاد و توسعه

حکمت‌نیا و موسوی براساس مطالعه‌ای تاریخی بیان کرده‌اند که در ایران همواره مشارکت مردمی باعث بهبود کارایی و تخصیص هزینه‌ها به سوی اولویت‌های اجتماعی شده است، لیکن این مهم در پیش از انقلاب اسلامی به طور عمده با شکست رو به رو بوده و بعد از انقلاب و تصویب قانون شوراها زمینه نوینی برای مشارکت شهروندی فراهم شده است.^(۶) موسوی مشارکت اجتماعی را یکی از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی از دید شهروندان تهرانی معرفی کرده و معتقد است این مؤلفه در سطح خرد وضعیت مطلوب‌تری دارد، ولی در سطح کلان به سبب عدم وجود زمینه‌های مناسب از جمله تمرکزگرایی در بین شهروندان شکل نگرفته است. او علت این معضل را عدم شکل‌گیری اعتماد بین شهروندان و دستگاه‌های دولتی معرفی می‌کند. این امر سبب شده است شبکه تعاملات اجتماعی شکل نگیرد و در نتیجه مشارکت اجتماعی در کلان شهر تهران تحقق پیدا نکند.^(۸ و ۷) یزدان پناه نیز ضمن تأیید کم بودن مشارکت اجتماعی رسمی بین شهروندان تهرانی، براساس مطالعه توصیفی خود، میزان مشارکت اجتماعی غیررسمی را بیش‌تر گزارش نموده است. وی نابسامانی فردی، تجربه بی‌قدرتی و موانع خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی را بر سر راه مشارکت اجتماعی مردم مهم دانسته است و آن‌ها را عوامل ممانعت‌کننده مشارکت اجتماعی در دید کلی می‌داند.^(۹)

رویکرد نوین مراقبت بهداشتی اولیه، بر تقویت مشارکت

فضای سبز و بهبود وضعیت بهداشتی محیط زیست، معیارهای اصلی انتخاب نمونه‌ها بودند. ضمن این‌که با پیشرفت مطالعه و تحلیل داده‌ها از افرادی که به نوعی مشارکت اجتماعی خود را با سازمان‌های یاد شده، قطع کرده بودند نیز در جلسه جداگانه‌ای مصاحبه به عمل آمد. اشباع داده‌ها نیز به عنوان ملاک اختتام مرحله جمع‌آوری داده‌ها قرار داده شد.

جهت جمع‌آوری داده‌ها ۳ جلسه بحث گروهی متمرکز (با شرکت ۸ تا ۱۲ نفر) و ۵ مصاحبه نیمه ساختارمند فردی برگزار شد. در مجموع با ۳۵ نفر مشارکت‌کننده از مسؤولین سازمان‌های محلی زیر با هماهنگی قبلی، مصاحبه شد: شهرداری (۴ نفر)، آتش‌نشانی (۲ نفر)، هیأت مدیره مجتمع‌های مسکونی محلی (۳ نفر)، شورایاران (۲ نفر)، سلامت یاران (۳ نفر)، نمایندگان نیروی انتظامی محل (۳ نفر)، مدیران مدارس منتخب محلی (۲ نفر)، پزشکان همکار با شهرداری (۲ نفر)، رئیس انجمن‌های اولیا و مربیان مدارس منتخب محلی (۲ نفر)، مسؤولین خانه سلامت (۲ نفر)، اعضای کانون جوانان (۲ نفر) و اعضای کانون سالمندان خانه سلامت محله (۴ نفر) و همچنین ۴ نفر از ساکنین محله ستارخان در رده‌های سنی جوان، میان‌سال و سالمند در مجموع ۹ ساعت بحث گروهی و ۷ ساعت مصاحبه با اجازه شرکت‌کنندگان ضبط و بازنویسی شد. رعایت اصل بی‌نامی و محرمانه بودن مراحل گوناگون مصاحبه و تحلیل و تعهد به ارایه نسخه‌ای از یافته‌ها، از ملاحظه‌های اخلاقی این مطالعه بودند.

داده‌ها براساس رویکرد تحلیل محتوایی معمول تحلیل شدند. بدین شکل که متون حاصل از مصاحبه‌ها بارها خوانده شد. در صورت وجود نکات مبهم، با مشارکت‌کنندگان تماس حضوری یا تلفنی برقرار و شبهه‌ها رفع شد. سپس مکتوبات بارها مطالعه و واحدهای معنایی در قالب کلمه‌ها، عبارت‌ها، جمله‌ها و پاراگراف‌ها معین شدند. در این مرحله سعی شد برای هر واحد معنایی، نامی مناسب براساس واژه‌های به کار رفته توسط شرکت‌کنندگان یا نظر محقق، تخصیص داده شود. به این ترتیب کدها استخراج شدند و برحسب مشابهت و ارتباط معنایی در طبقه‌ها قرار گرفتند. سپس سعی شد براساس تشابهات، وجوه تمایز و ارتباط‌ها، طبقه‌ها در ساختاری هرمی شکل جای داده شوند تا ارتباط‌ها روشن‌تر شوند و خوشه‌های معنایی به دست آیند. بدین ترتیب ارتباط‌های بین مفاهیم نمود یافت و سعی شد براساس معانی تفسیر و ترجمان، محتویات مستتر در مکتوبات استخراج شوند.

جهت دست‌یابی به اطمینان‌پذیری که معادل مفهوم اعتبار و اعتماد در مطالعه‌های کمی است، در این مطالعه معیارهایی در نظر گرفته شد مانند درگیری طولانی مدت محقق با موضوع تحقیق، تخصیص فرصت مناسب به شرکت‌کنندگان برای ارایه و شرح تجارب خود، بازخوانی کدها و طبقه‌ها توسط همکاران طرح، تأیید یافته‌ها توسط شرکت‌کنندگان و جلسه گروه ۷ نفره از متخصصین حوزه ارتقای سلامت.^(۱۳۰)

* یافته‌ها:

میانگین سنی شرکت‌کنندگان $59/82 \pm 32/16$ سال به دست آمد. زنان ۲۴ نفر (۶۰/۸۶ درصد) بودند، سطح تحصیلات بین سوم راهنمایی تا دکترای تخصصی قرار داشت و ۱۶ نفر از زنان شرکت‌کننده (۶۶/۶۶ درصد) خانه‌دار بودند.

تحلیل داده‌ها منجر به استخراج ۳۳۷ کد اولیه شد. کدها براساس مشابهت در ۱۲ زیر طبقه و ۴ طبقه اصلی قرار داده شدند. براساس مضامین مستتر در طبقه‌ها برای هریک از آن‌ها عنوان مناسب انتخاب شد (جدول شماره ۱). در طبقه «ویژگی‌های فردی مشارکت جویان»، یکی از شرکت‌کنندگان بر این باور بود که: «همه روحیه مشارکت کردن ندارند و افراد با خصوصیات فردی ویژه معمولاً در کارهای جمعی و گروهی شرکت می‌کنند» بانوی ۶۰ ساله‌ای در این رابطه گفت: «من کلاً آدمی هستم که نمی‌توانم یک جا بنشینم دوست دارم تلاش کنم و خدمت کردن به مردم را هم دوست دارم».

جهت جمع‌آوری داده‌ها ۳ جلسه بحث گروهی متمرکز (با شرکت ۸ تا ۱۲ نفر) و ۵ مصاحبه نیمه ساختارمند فردی برگزار شد. در مجموع با ۳۵ نفر مشارکت‌کننده از مسؤولین سازمان‌های محلی زیر با هماهنگی قبلی، مصاحبه شد: شهرداری (۴ نفر)، آتش‌نشانی (۲ نفر)، هیأت مدیره مجتمع‌های مسکونی محلی (۳ نفر)، شورایاران (۲ نفر)، سلامت یاران (۳ نفر)، نمایندگان نیروی انتظامی محل (۳ نفر)، مدیران مدارس منتخب محلی (۲ نفر)، پزشکان همکار با شهرداری (۲ نفر)، رئیس انجمن‌های اولیا و مربیان مدارس منتخب محلی (۲ نفر)، مسؤولین خانه سلامت (۲ نفر)، اعضای کانون جوانان (۲ نفر) و اعضای کانون سالمندان خانه سلامت محله (۴ نفر) و همچنین ۴ نفر از ساکنین محله ستارخان در رده‌های سنی جوان، میان‌سال و سالمند در مجموع ۹ ساعت بحث گروهی و ۷ ساعت مصاحبه با اجازه شرکت‌کنندگان ضبط و بازنویسی شد. رعایت اصل بی‌نامی و محرمانه بودن مراحل گوناگون مصاحبه و تحلیل و تعهد به ارایه نسخه‌ای از یافته‌ها، از ملاحظه‌های اخلاقی این مطالعه بودند.

داده‌ها براساس رویکرد تحلیل محتوایی معمول تحلیل شدند. بدین شکل که متون حاصل از مصاحبه‌ها بارها خوانده شد. در صورت وجود نکات مبهم، با مشارکت‌کنندگان تماس حضوری یا تلفنی برقرار و شبهه‌ها رفع شد. سپس مکتوبات بارها مطالعه و واحدهای معنایی در قالب کلمه‌ها، عبارت‌ها، جمله‌ها و پاراگراف‌ها معین شدند. در این مرحله سعی شد برای هر واحد معنایی، نامی مناسب براساس واژه‌های به کار رفته توسط شرکت‌کنندگان یا نظر محقق، تخصیص داده شود. به این ترتیب کدها استخراج شدند و برحسب مشابهت و ارتباط معنایی در طبقه‌ها قرار گرفتند. سپس سعی شد براساس تشابهات، وجوه تمایز و ارتباط‌ها، طبقه‌ها در ساختاری هرمی شکل جای داده شوند تا ارتباط‌ها روشن‌تر شوند و خوشه‌های معنایی به دست آیند. بدین ترتیب ارتباط‌های بین مفاهیم نمود یافت و سعی شد براساس معانی تفسیر و ترجمان، محتویات مستتر در مکتوبات استخراج شوند.

جدول ۱- طبقه‌ها و نمونه کدهای مربوط به عوامل تسهیل‌گر و بازدارنده مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت

طبقه	زیر طبقه	نمونه کدها
مشارکت‌های فردی	کارآمدی	داشتن آگاهی از مشارکت و راه‌های آن، اجتماعی بودن، آشنایی با سازمان‌ها، تدبیر نقش‌ها مانند همسراری و فرزندداری، اشتغال تمام وقت، نداشتن اوقات فراقت
	مشارکت‌جویی	احساس مسؤولیت داشتن، متعهد بودن، خستگی ناپذیری، خوش خلقی، خوش سابقه بودن در محل
	نگرشی	باوربه اهمیت مشارکت، مکمل بودن دولت و مردم
مشارکت‌های سازمانی	نیروی انسانی	دلسوز مردم بودن، اهمیت دادن به مردم، قبول داشتن مردم، وفاداری و تعهد به مردم
	مشارکت طلب	مشارکت طلب
زمینه‌های وقوع مشارکت	معتمد بودن	قابل اعتماد بودن، راستگو بودن
	فرهنگ مشارکت	سرمایه اجتماعی، آموزش همگانی، تبلیغات، رسانه
	خانواده مشارکت پرور	تربیت خانوادگی، کودک مشارکت دوست، فرهنگ خانوادگی
	مدرسه مشارکت دوست	برنامه‌های مشوق مشارکت، معلم مشارکت پرور، اولیای مدرسه مشارکت دوست
	مذهب	مذهبی بودن، آموزه‌های مذهبی
	ساختارهای مشارکت دوست	راه‌های ارتباطی متعدد و آسان، تلفن‌های پاسخگو، امکانات و تسهیلات سازمانی، صندوق پیشنهادها
	سازمان‌های مشارکت طلب	وجود تناقض در عملکرد سازمان‌ها، نظام اداری پیچیده، عدم توجه به نیازهای جامعه، تعهد سازمان‌ها در به اتمام رساندن پروژه‌ها، سرعت در پاسخدهی
انسجام سازمان‌ها	هماهنگی سازمان‌ها، تنوع خدمات	

مناسب برای تحقق یافتن مشارکت تأکید داشت. این عوامل در واقع عوامل زمینه‌سازی بودند که شکل‌گیری مشارکت اجتماعی را فراهم می‌کردند. بانوی ۵۷ ساله‌ای گفت: «ما دوست داریم مشارکت کنیم اما بلد نیستیم، باید راهش را به ما یاد بدهند». یکی از مسؤولین گفت: «به نظر من باید رسانه‌های عمومی در مورد تقویت روحیه مشارکت فرهنگ‌سازی کنند».

طبقه «سیاست‌ها و عملکرد سازمان‌ها» بر ادراک مردم از سیاست‌ها و عملکرد سازمان‌های دولتی، غیردولتی و مردم نهاد اشاره داشت. مضمون جامع این طبقه بر این مهم تأکید داشت که سازمان‌ها می‌بایست در برنامه‌های عملکردی خود جایی را برای تصمیم‌گیری و دخالت مردم در نظر داشته باشند. بانوی ۴۵ ساله‌ای گفت «بارها و بارها برای ملاقات مسؤولی، رفته‌ام و او اصلاً وقت نداده که با او صحبت کنم ... بعد هم گفته ... خودمان اقدام می‌کنیم، شما دیگر اینجا نیایید». بانویی گفت: «شهردار محله ما خیلی خوبه، به من به خاطر مشارکت در امور محله لوح شهروند نمونه داده است». دبیر بازنشسته عضو هیأت مدیره یکی از مجتمع‌های مسکونی افزود «خود سازمان‌ها با هم هماهنگ نیستند، ما میریم سر و صدا می‌کنیم، می‌آیند و بعد از کلی وقت کوچه را آسفالت می‌کنند، هفته بعد می‌آیند آسفالت را می‌کنند و جدول می‌گذارند، کابل می‌کشند ... بعد می‌گویند اعتبار نداریم». یکی از مسؤولین گفت: «برای جلب مشارکت باید در سازمان‌ها محل، ساختار، فضا و امکانات سازمان‌دهی شود که مردم بتوانند در اولین سطح تماس ... خودشان را مثلاً عضوی از اون سازمان به حساب بیاورند».

* بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج این مطالعه نشان داد عوامل زیر براساس تجارب شهروندان، فرایند مشارکت اجتماعی مردم را در ارتقای سلامت و رفاه تسهیل یا مانع می‌کنند: «ویژگی‌های فردی مشارکت‌جویان»، «ویژگی‌های

آقای ۶۷ ساله‌ای گفت: «در محل (اهالی) به من اعتماد دارند برای همین هرچی بگم نه نمی‌گویند». داشتن تجارب مثبت، به ویژه نگرش مناسب به مشارکت اجتماعی یکی از مضامین مهم در این طبقه بود. طبقه «ویژگی‌های فردی مسؤولین و کارکنان سازمان‌ها» بر ویژگی‌های مسؤولین و کارکنان سازمان‌های محلی دلالت داشت. یکی از مسؤولین سازمان‌های محلی گفت: «برای جلب مشارکت مردم باید مسؤولین و کارکنان هم، آدم‌های دوستدار مشارکت باشند». یکی از مدیران نیز اضافه کرد: «برای ایجاد فرهنگ مشارکت باید به یک مثلث توجه داشت: اول احترام، دوم اعتماد و سوم داشتن گوش شنوا برای نظرات و خواسته‌های مردم».

طبقه «زمینه‌های وقوع مشارکت» در برگیرنده کدهایی بود که به نوعی بر ضرورت وجود شرایط و بستر

نیروی انسانی کارآمد و مشتاق و ظرفیت‌سازی آنان برای جلب مشارکت مردمی، ضروری باشد.

در طبقه عوامل زمینه‌ای مؤثر بر وقوع مشارکت اجتماعی، داشتن نگرش مثبت به پدیده مشارکت اجتماعی از عوامل بسیار مهم از سوی شرکت‌کنندگان تلقی شد. در این رابطه موسوی بر ارتباط کلی بین واقعیت‌های اجتماعی و نظام فرهنگی و معرفتی جامعه تأکید می‌ورزد.^(۷) شیبانی به نقل از الدفیلد بیان می‌دارد در زمینه ایجاد شرایط مناسب برای مشارکت اجتماعی باید بر ایجاد انگیزه و آموزش تأکید کرد. به عبارتی باید شهروندی و مشارکت اجتماعی را به مردم آموزش داد. یکی از ابعاد نوین در مشارکت، مشارکت کودکان است که بر محور آموزش حقوق و مسؤولیت‌های شهروندی از همان دوران کودکی استوار است.^(۱۵)

مشارکت‌کنندگان داشتن الگوهای عملی در خانواده و آموزش مشارکت در مدرسه و اثر آن بر نهادینه‌سازی امر مشارکت را از عوامل مهم بر شمردند. یزدان‌پناه در مطالعه خود نشان داد در خانواده‌های ۲۹/۵ درصد شهروندان تهرانی از موضوع مشارکت و چگونگی آن صحبت یا گفتگویی به میان نمی‌آمد. دو سوم این افراد در خانواده‌هایی به سر می‌بردند که اعضای آن در هیچ فعالیت اجتماعی داوطلبانه شرکت نمی‌کردند. با توجه به این اثر، وی نقش رسانه‌ها و آموزش همگانی را برای ایجاد و تقویت فرهنگ مشارکت در جامعه مورد تأکید قرار داده است. یزدان‌پناه می‌افزاید هرچه میزان پذیرش وجود موانع مربوط به جامعه کم‌تر شود، مشارکت اجتماعی بیش‌تر می‌شود.^(۸) در مطالعه حاضر نیز مردم بر ضرورت آموزش چگونگی مشارکت و راه‌های دستیابی به آن تأکید داشتند.

یافته‌ها نشان داد ساختار سازمان‌هایی که به نوعی در امر سلامت و رفاه جامعه درگیر هستند، عامل مهمی در جذب و ارتقای مشارکت آحاد جامعه محسوب می‌شود. این امر خود متأثر از نگرش مدیران و سیاست‌ها و قوانین جاری در سازمان‌هاست. بویس نیز در مطالعه خود نشان

فردی مسؤولین و کارکنان سازمان‌ها، «زمینه‌های وقوع مشارکت» و «سیاست‌ها و عملکرد سازمان‌ها».

در مطالعه‌های مرتبط، طبقه‌بندی‌های متفاوتی از عوامل مرتبط با مشارکت ارایه شده است. موسوی موانع مشارکت در ایران را در ۵ طبقه موانع اقلیمی و جغرافیایی، تاریخی، اجتماعی، فکری- فرهنگی و شخصیتی طبقه‌بندی کرده و کرنی آن‌ها را در دو بخش ذاتی و سازمانی تقسیم‌بندی کرده است.^(۱۴)

این مطالعه نشان داد ویژگی‌های فردی و شخصیتی موجب مشارکت یا ممانعت از آن می‌شود. مطالعه‌های مشابه نیز بر ارتباط ویژگی‌های شخصی افراد به ویژه احساس بی‌قدرتی با مشارکت اجتماعی تأکید می‌کنند.^(۹) نظر به این که بیش‌تر این ویژگی‌ها اکتسابی هستند می‌توان با آموزش رسمی و غیررسمی در سطح جامعه، زمینه تربیت شهروندان مشارکت‌جو را فراهم کرد.

در طبقه ویژگی مسؤولین و کارکنان، پذیرش امر مهم مشارکت مردمی به عنوان حق شهروندی از سوی مسؤولین، عامل مهمی محسوب شد. در این رابطه یزدان‌پناه می‌گوید نگرش منفی مسؤولین و مدیران جامعه نسبت به مشارکت، مانع مهمی در تحقق مشارکت اجتماعی است.^(۹) کرنی در این رابطه به عواملی مانند عدم اعتمادپذیری، عدم مهارت مدیران در جذب مشارکت مردم، ضعف نگرش افراد حرفه‌ای نسبت به حق قاطع مشارکت در جامعه برای شهروندان و باور به این که، باید بر گروه‌های مردمی کنترل داشت، اشاره می‌کند.^(۱۴) بدون شک نگرش منفی مسؤولین موجب بروز رفتارها و جاری شدن ضوابطی در سازمان‌ها می‌شود که از تحقق مشارکت اجتماعی جلوگیری می‌کند. از دید شرکت‌کنندگان، مسؤولین معتقد به امر مهم مشارکت، حضور اجتماعی پر رنگ‌تر و تعامل بیش‌تری با مردم محلی دارند و زمینه‌هایی را برای مشارکت و تشویق آنان فراهم می‌کنند. با توجه به یافته‌ها به نظر می‌رسد در جامعه ما که در حال گذار از رویکرد تمرکزگرایی به مشارکت اجتماعی در ارایه خدمات است، به کار گماردن

3. Heritage Z, Dooris M. Community participation and empowerment in Healthy Cities. *Health Promot Int* 2009 Nov; 24 Suppl 1: i45-i55
4. Gatewood JG, Litchfield RE, Ryan SJ, et al. Perceived barriers to community-based health promotion program participation. *Am J Health Behav* 2008 May-Jun; 32 (3): 260-71
5. Rifkin S. Lessons from community participation in health programs: A review of the post Alma-Ata experiences. *Int Health* 2009; 1: 31-6
6. Hekmat Nia H, Mousavi M. Historical analysis of citizen participation in governance of cities of Iran. *JGR* 2004; 8: 121-36
7. Mousavi MT. Social participation as component of social capital. *Social Welfare Quarterly* 2006; 6 (23): 3
8. Moosavi MT. Analyzing the social participation in Tehran. *Social Welfare Quarterly* 2006; 5 (9): 348
9. Yazdanpanah I. The study of obstacles of social participation among citizenships Tehran city. *Social Welfare Quarterly* 2007; 7 (27): 350
10. Draper AK, Hewitt G, Rifkin S. Chasing the dragon: Developing indicators for assessment of community participation in health programmes. *Soc Sci Med* 2010 Sep; 71 (6): 1102-9
11. Hsieh H, Shannon S. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005 Nov; 15 (9): 1277-88
12. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004 Feb; 24 (2): 105-12
13. Golafshani N. Understanding reliability and validity in qualitative research. *Qual Rep* 2003; 8: 597-607

داد سازمان‌ها در جذب و حفظ مشارکت مردم مشکل دارند. او یکی از مهم‌ترین عوامل را عامل ساختار تلقی می‌کند و می‌افزاید وجود نظام بروکراسی، قوانین محدودکننده و عدم رعایت حق مشارکت برای مردم، مانع مشارکت می‌شود. داشتن رویکرد «بالا به پایین» و باور این که گروه‌های مشارکت‌کننده باید تحت کنترل افراد حرفه‌ای سازمان‌های بهداشتی فعالیت کنند، از دیگر موانع عمده در این راستاست.^(۱۶)

ماهیت یافته‌های این مطالعه نشان داد که تضمین تحقق مشارکت اجتماعی مرهون شناسایی عواملی است که موجب تسهیل یا ممانعت از بروز آن می‌شوند. بدون شک، ایجاد، تعدیل، تقویت و گاه رفع این عوامل می‌تواند باعث مشارکت بیش‌تر مردم شود. بر این اساس تربیت افراد مشارکت‌جو، مسؤلیت‌پذیر و متعهد از بستر خانواده تا مدارس و جامعه، ایجاد ساختارهای مشارکت طلبانه در سازمان‌ها همگام با اجرای مدیریت مشارکت طلب و تدوین سیاست‌ها و قوانینی که سبب تسهیل جریان مشارکت می‌شوند، از مهم‌ترین راهبردهای ارتقای مشارکت اجتماعی در امر ارتقای سلامت محسوب می‌شوند.

* سپاس‌گزاری:

از همکاری ساکنین منطقه ستارخان و شورای پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به دلیل تصویب و تأمین هزینه این طرح تحقیقاتی به شماره ۸۰۱/۴/۸۸/۶۴۰ قدردانی می‌شود.

* مراجع:

1. Frankish CJ, Kwan B, Ratner PA, et al. Challenges of citizen participation in regional health authorities. *Soc Sci Med* 2002 May; 54 (10): 1471-80
2. Laverack G. Improving health outcomes through community empowerment: A review of the literature. *J Health Popul Nutr* 2006 Mar; 24(1): 113-20

14. Kearney M. Walking the walk? Community participation in HIA a qualitative interview study. *Environ Impact Assess Rev* 2004; 24: 217-29
15. Shiani M. Children social participation. *Social Welfare Quarterly* 2003; 2(7): 336
16. Boyce WF. Disadvantaged persons' participation in health promotion projects: some structural dimensions. *Soc Sci Med* 2001 May; 52 (10): 1551-64
17. Pouresalami M. Health promotion empowerment. *Teb va Tazkieh* 2003; 48: 9-21 [In Persian]

Archive