

مشارکت اجتماعی در سلامت در میان جمعیت عمومی شهر کرمانشاه: نقش پیش‌بین عوامل شخصیتی و خودکارآمدی

سهیلا رشادت^۱، علی زکی‌بی^{۲*}، پروانه کریمی^۲، سعید کماسی^۴

۱. دانشیار کودکان، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقا سلامت و قطب علمی پزشکی جامعه‌نگر، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۲. دکترای روانشناسی، قطب علمی پزشکی جامعه‌نگر، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۳. کارشناسی ارشد روانشناسی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقا سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۴. کارشناسی ارشد روانشناسی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقا سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

* نویسنده مسئول: علی زکی‌بی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقا سلامت دانشگاه، علوم پزشکی کرمانشاه، ایران

Email: a-zakiei@phdstu.scu.ac.ir

تاریخ پذیرش: آبان ۱۳۹۵

تاریخ دریافت: مهر ۱۳۹۵

نحوه استناد به این مقاله:

Reshadat S, Zakiei A, Karimi P, Komasi S. Community Participation in Health among the General Population in Kermanshah city: The Predictive Role of Personality Factors and Self-Efficacy. Community Health 2017;4(1):42-54

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به این‌که روانشناسان اجتماعی به تعامل عوامل اجتماعی و روان‌شناختی در فرایند مشارکت اجتماعی خصوصاً در سلامت تأکید دارند، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان مشارکت اجتماعی در سلامت و تعیین سهم هر یک از عوامل شخصیتی و فردی در آن انجام گرفت.

روش و مواد: در این مطالعه توصیفی-همبستگی، با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه، ۷۱۰ نفر از جمعیت عمومی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. پرسشنامه‌های مشارکت اجتماعی در سلامت، باورهای خودکارآمدی عمومی (GSE-10)، و ویژگی‌های شخصیتی پنج عاملی ابزارهای مطالعه بودند. داده‌های گردآوری شده با استفاده از آزمون‌های آماری تحلیل واریانس، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون توسط نرم افزار SPSS-21 مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: تعداد ۴۸۲ (۶۷/۹ درصد) نفر از شرکت‌کنندگان مرد بودند. محدوده سنی شرکت‌کنندگان ۳۰-۵۷ سال با میانگین (انحراف معیار)، ۴۳/۵ (۸/۲) بود. به‌طور کلی، نتایج نشان داد که میانگین کل مشارکت اجتماعی در سلامت ۶۵/۳ است که ۶۲/۵ درصد دارای مشارکت پایین، ۳۴/۱ درصد دارای مشارکت متوسط و ۳/۴ درصد دارای مشارکت بالا هستند. هم‌چنین نتایج نشان داد که بین تمامی مؤلفه‌های شخصیتی و خودکارآمدی با مشارکت اجتماعی در سلامت رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0.01$).

نتیجه‌گیری: با توجه به این‌که در شهر کرمانشاه میزان مشارکت اجتماعی در سلامت پایین است و بدون مشارکت مردم برنامه‌های سازمان‌های دولتی در امر بهداشت، سلامت افراد و جامعه به نتیجه مطلوب نخواهد رسید. برنامه‌ریزی در جهت اصلاح وضع موجود با در نظر گرفتن ویژگی‌های شخصیتی و خودکارآمدی افراد ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: مشارکت اجتماعی در سلامت، ویژگی‌های شخصیتی، خودکارآمدی

مقدمه

واقعیت‌های زندگی انسان‌ها نشان می‌دهد که زندگی در تنهایی و انزوا ناممکن است. امروزه پس از میلیون‌ها سال تجربه حیات اجتماعی روش‌های اداره جوامع از نظر شکل و محتوا یک روند رو به کمال را طی کرده است. محوری‌ترین تفاوت این روش‌ها را اصل مشارکت تعیین می‌کند (۱). مشارکت در معنای تخصصی و جدید پدیده نوینی به شمار می‌رود که از نیمه دوم قرن بیستم و به‌ویژه پس از جنگ جهانی دوم در حوزه علوم اجتماعی وارد شد و به تدریج به دیگر حوزه‌های زندگی اجتماعی نیز راه یافت (۲). با گسترش معنای مشارکت، بیشتر اندیشمندان تأثیرگذاری شهروندان در تصمیم‌های شهری را با هدف توانمندسازی آنان در اداره امور محلی و کسب خدمات بهینه شهری یادآور شده‌اند، مثلاً می‌توان ادعا کرد که با مشارکت اجتماعی برنامه‌ها کامل‌تر اجرا می‌شوند و خدمات به هزینه کمتری عرضه خواهند شد (۳)، و مردم را نسبت به علل محرومیت‌ها و این‌که برای بهبود کیفیت زندگی خود چه کارهایی می‌توانند انجام دهند آگاه می‌سازد (۴). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که مشارکت اجتماعی فوایدی مثل کاهش فقر، بهبود وضعیت تحصیلی و تغذیه‌ای (۵ و ۶) و کاهش ناامنی (۷) را در پی دارد. برخی از پژوهشگران ادعا می‌کنند که بدون مشارکت مردم نمی‌توان به توسعه پایدار دست یافت (۸) و از دید برخی جامعه‌شناسان فقدان مشارکت با افزایش انحرافات اجتماعی همراه است (۹).

یک نکته بسیار مهم این است که توسعه اجتماعی مستلزم مشارکت‌های مردمی در ابعاد مختلف است و در واقع بدون مشارکت اجتماعی نمی‌توان به توسعه اجتماعی مردم محور، فراگیر و پایدار دست یافت. مشارکت اجتماعی شامل همه ابعاد زندگی است که حوزه سلامت را در نیز در بر می‌گیرد، ایده مشارکت اجتماعی در حوزه سلامت اولین بار در دهه ۱۹۷۰ مطرح شد. این سازه توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۸۷ مورد تأیید واقع شد و به عنوان سنگ‌بنای دستیابی به سلامت قرار

گرفت، که بر مفاهیمی چون توانمندسازی، ارتقای سلامت و عملکرد اجتماعی اشاره دارد (۱۰). می‌توان گفت که مهم‌ترین برآیند مشارکت اجتماعی در سلامت به‌دست‌آوردن مزایای اجتماعی، ارتقای سلامت و رفاه است (۱۱). طی فرایند مشارکت در سلامت، فرصت توزیع دانش سلامت در جامعه ایجاد و کسب درونی تبحر و تسلط در امور سلامت ممکن می‌شود (۱۲). بنابراین مشارکت اجتماعی به عنوان جز اساسی سلامت جامعه و برنامه‌های توسعه‌ای درآمده است (۴). رویکرد نوین مراقبت بهداشتی اولیه بر تقویت مشارکت اجتماعی، به منظور ارتقای سلامت تأکید دارد. این در حالی است که نداشتن شناخت کافی از ماهیت مفهوم مشارکت اجتماعی و نبود تعریف نظری و عملیاتی از آن برنامه‌های ارتقای سلامت را با مشکل اساسی رو به رو کرده است. صاحب‌نظران معتقدند که با توجه به شرایط جوامع نمی‌توان به دنبال الگوی واحدی در ارتقای مشارکت اجتماعی برای ارتقای سلامت بود، چرا که تاریخ و فرهنگ از عوامل مهم در ارتقای برنامه‌های سلامت هستند (۱۲ و ۶). لذا شناخت عوامل مرتبط با مشارکت اجتماعی در سلامت و تعدیل و تقویت آن‌ها می‌تواند در نهادینه شدن این امر نقش به‌سزایی داشته باشد. بیشتر پژوهشگران به عوامل اجتماعی توجه داشته‌اند اما نباید عوامل شخصیتی و فردی را نادیده گرفت. نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که ویژگی‌های فردی و شخصیتی موجب مشارکت یا ممانعت از آن می‌شوند (۱۵-۱۳). اما تعریف ویژگی‌های شخصیتی، به صفاتی پایدار در طی زمان بر می‌گردد که از موقعیتی به موقعیت دیگر تغییر چندانی نکرده است و به ماهیت وجودی فرد اشاره دارد. صفات شخصیت می‌تواند منحصر به فرد باشند یا کل اعضای یک گونه در آن سهیم باشند اما الگوهای آن در هر فرد متفاوت است (۱۶). بهترین مفهوم‌سازی از شخصیت در مدل پنج عاملی تبلور یافته است که از سوی McGary and Costa ارائه شده است (۱۷). شخصیت براساس ویژگی‌های اصلی در پنج ویژگی بزرگ (نوروتیسم، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، مسئولیت‌پذیری و توافق‌جویی) تقسیم

پیداست که نقش عوامل روان‌شناختی فردی در فرایند مشارکت اجتماعی تا حد بسیار زیادی نادیده گرفته شده است و مضاف بر آن سهم هر یک از متغیرهای اجتماعی و جمعیت شناختی نیز به دقت تعیین نشده است. حال بر اساس این که روان‌شناسان اجتماعی به تعامل عوامل اجتماعی و روان‌شناختی در فرایند مشارکت اجتماعی خصوصاً در سلامت تاکید دارند، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان مشارکت اجتماعی در سلامت با تمرکز بر تعیین سهم هر یک از عوامل شخصیتی و فردی در آن انجام شده است.

روش و مواد

در این مطالعه توصیفی جامعه آماری شامل کلیه ساکنان شهر کرمانشاه (ایران) در سال ۱۳۹۵ بود که در محدوده سنی ۷۵-۳۰ سال با لحاظ حداقل پنج سال اقامت در شهر کرمانشاه قبل از مطالعه و همچنین تحصیلات حداقل پنجم ابتدایی بودند. نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری داوطلبانه بود بدین صورت که در محل‌های پرتجمع شهر مثل بیمارستان‌ها، پارک‌ها و غیره با نصب اعلامیه‌هایی از افراد خواسته شد که در صورت تمایل به شرکت در مطالعه به پژوهشگران از طریق پیامک اعلام آمادگی کنند و یا به آدرس‌های تعیین شده مراجعه کنند. با توجه به احتمال ریزش و مخدوش بودن پرسشنامه‌ها در نمونه انتخابی، حجم نمونه در مجموع ۸۰۰ نفر در نظر گرفته شد. در نهایت تحلیل داده‌ها برای ۷۱۰ نفر انجام گرفت. دلایل ریزش عواملی هم‌چون مخدوش بودن یا ناقص بودن پرسشنامه‌ها بود که با توجه به این که نمونه اولیه ۸۰۰ نفر بود، افراد باقی‌مانده جایگزین شدند. پس از تنظیم پرسشنامه‌ها و انتخاب آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌های مطالعه در اختیار آنها قرار گرفت. سپس توضیحات لازم از سوی پژوهشگر در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها به آنان ارائه شد. از آزمودنی‌ها خواسته شد اگر در فرآیند تکمیل پرسشنامه با مشکلی مواجه شدند از پژوهشگر درخواست توضیح بیشتری داشته باشند. افراد انتخاب شده پس از اعلام رضایت جهت شرکت در مطالعه و دریافت تضمین لازم مبنی بر

شده است (۱۸). به عنوان مثال نوروتیسم نشان‌دهنده تجربه احساسات منفی مانند نگرانی، غم، دشمنی و همچنین ناپایداری در احساس است. برون‌گرایی ویژگی‌های فردی شبیه اجتماعی بودن و فعال بودن را نشان می‌دهد. توافق‌جویی تفاوت‌های فردی در خون‌گرایی، مهربانی و همدلی در تعاملات اجتماعی را نشان می‌دهد. آخرین ویژگی شخصیتی، انعطاف‌پذیری است که تفاوت‌های فردی در ارتباط با هوش، علائق و خلاقیت را نشان می‌دهد (۱۹). یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با مشارکت اجتماعی، خودکارآمدی است به اعتقاد Bandura (۲۰۱۲) خودکارآمدی به معنای اعتقاد و باور به قابلیت‌های خود در سازمان‌دهی، اداره و کنترل موقعیت‌های زندگی جهت مدیریت شرایط است (۲۰). باید مدنظر داشت که خودکارآمدی تا حدودی متفاوت از توانایی‌های واقعی یک فرد بوده و ممکن است فردی علی‌رغم داشتن توانایی برای انجام یک کار، به دلیل داشتن خودکارآمدی پایین قادر به انجام درست آن کار نباشد (۲۱). امروزه اعتقاد بر این است که افراد برای این که بتوانند در تغییر رفتار و ارتقای سلامت خود موفق باشند باید خودشان را در غلبه بر موانعی که ممکن است برای تغییر رفتار وجود داشته باشد کارآمد ببینند (۲۲). تحقیقاتی که روی عوامل مؤثر بر رفتارهای ارتقا‌دهنده سلامت انجام شده است خودکارآمدی را به عنوان مؤثرترین سازه در انجام رفتارهای ارتقا‌دهنده سلامت گزارش کرده‌اند (۲۳ و ۲۴).

با توجه به این که در شهر کرمانشاه ۶۳/۷ درصد پوشش شهری خارج از محدوده دسترسی به مراکز بهداشتی درمانی است (۲۵)، و از سوی دیگر توزیع مکانی مراکز بهداشتی در سطح شهر کرمانشاه به درستی صورت نپذیرفته است و براساس مدل‌های مرکز میانی و مسافت استاندارد تمرکز این مراکز در بخش مرکزی شهر می‌باشد که ساکنان شهرک‌های حاشیه‌ای را از دسترسی مناسب به این امکانات محروم کرده است (۲۶). این شهر نیازمند مشارکت مردمی در امر سلامت برای توسعه مراکز بهداشتی درمانی است، همچنین با توجه به نتایج بررسی‌ها

این که اطلاعات آنها محرمانه باقی خواهد ماند، اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها نمودند. پس از تکمیل پرسشنامه توسط آزمودنی‌ها که به شکل انفرادی و در حضور پژوهشگر بود، پرسشنامه‌های جمع‌آوری گردید. سپس داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری تحلیل واریانس، آزمون شفه، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون توسط نرم افزار SPSS-21 مورد تحلیل قرار گرفت. گفتنی است این مطالعه در مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقا سلامت و قطب علمی پزشکی جامعه‌نگر دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه ثبت شد و از کمیته اخلاق دانشگاه مجوز اخلاقی با کد ۹۴۲۲۲ دریافت کرد. به منظور جمع‌آوری اطلاعات سه پرسشنامه مشارکت اجتماعی در سلامت، پرسشنامه باورهای خودکارآمدی عمومی (GSE-10) و پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی مورد استفاده قرار گرفت.

۱. پرسشنامه مشارکت اجتماعی در سلامت: برای سنجش مشارکت اجتماعی در سلامت بر اساس نظر متخصصان و پژوهش‌های پیشین یک مقیاس ساخته شد. برای ساخت پرسشنامه پس از گردآوری گویه‌ها براساس مطالعات اولیه، گویه‌ها در اختیار چهار نفر کارشناسی ارشد روانشناسی، دو نفر دکتری تخصصی روانشناسی، یک نفر کارشناس ارشد رفاه اجتماعی، یک نفر کارشناس ارشد آموزش سلامت و یک نفر کارشناس ارشد جامعه‌شناسی قرار گرفت، گویه‌های نامرتب حذف شد، پرسشنامه حاصل در نهایت شامل ۵۳ گویه شد که براساس طیف لیکرت از صفر تا چهار نمره‌گذاری شد. با توجه به تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت، این پرسشنامه به چهار خرده مقیاس تقسیم شد که به تفکیک مشارکت اجتماعی در امور مربوط به سلامت جسمی با ۱۶ سوال، مشارکت اجتماعی در امور مربوط به سلامت روان با ۱۱ سوال، مشارکت اجتماعی در امور مربوط به سلامت اجتماعی با ۱۳ سوال و مشارکت اجتماعی در امور مربوط به سلامت محیط با ۱۳ سوال را می‌سند. نتایج بررسی پایایی پرسشنامه نشان داد که بین مرحله اول و دوم آزمون‌گیری در روش Test Re test ضریب همبستگی ۰/۸۶ وجود دارد، و آلفای

کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۶ بود. برای مؤلفه مشارکت اجتماعی در امور مربوط به سلامت جسمی آلفای کرونباخ ۰/۹۰، برای مؤلفه مشارکت اجتماعی در امور مربوط به سلامت روان آلفای کرونباخ ۰/۹۱، برای مؤلفه مشارکت اجتماعی در امور مربوط به سلامت اجتماعی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و برای مؤلفه مشارکت اجتماعی در امور مربوط به سلامت محیط آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به‌دست آمد. برای بررسی روایی گویه‌ها از تحلیل عامل تاییدی و اکتشافی استفاده شد بنابراین پایایی و روایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است. با توجه به مفهوم پرسش‌ها پس از پاسخگویی آزمودنی‌ها، می‌توان وضعیت مشارکت فرد را بر اساس یکی از گزینه‌های مشارکت پایین، مشارکت متوسط و مشارکت بالا تعیین کرد.

۲. پرسشنامه باورهای خودکارآمدی عمومی (GSE-10): این پرسشنامه توسط نظامی و همکاران در سال ۱۹۹۶ تهیه شد، این مقیاس دارای ده گویه چهار گزینه‌ای با دامنه یک تا چهار می‌باشد که کمینه و بیشینه نمره آن در محدوده ۱۰ و ۴۰ قرار دارد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۰/۹۱-۰/۸۱ گزارش شده است و ضریب همسانی درونی آن نیز بین ۰/۹۱-۰/۸۱ گزارش گردیده است (۲۷). این مقیاس در ایران توسط رجبی (۱۳۸۵) هنجاریابی شد که ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸ به‌دست آمد (۲۸). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۸ به دست آمد.

۳. پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی: این پرسشنامه توسط Mcgary and Costa در اصل برای جمعیت به‌هنگار تهیه شد و در طی دهه گذشته بیشترین استفاده در کاربست‌های پژوهشی و بالینی داشته است. نسخه اصلی آن در سال ۱۹۹۲ توسط کاستا و مک کرا برای سنجش الگوی پنج عاملی شخصیت (روان آزردگی‌گری (N)، برون‌گرایی (E)، گشودگی (O)، موافق بودن (A) و با وجدان بودن (C) تنظیم شد. ضریب آلفای گزارش شده توسط آنان ۰/۷۴-۰/۸۹ با میانگین ۰/۸۱ متغیر بوده است. اعتبار درازمدت تست NEO-PI نیز مورد ارزیابی قرار گرفته است. یک مطالعه طولی شش ساله روی مقیاس‌های

اطلاعات کلی از شخصیت کافی باشد از این پرسشنامه استفاده می‌شود. از سوی دیگر اجرای این آزمون از نظر هزینه و زمان مقرون به صرفه است مقیاس‌های آن از اعتبار بالایی برخوردارند و همبستگی بین مقیاس‌ها زیاد است و از همه مهم‌تر این آزمون بر خلاف سایر آزمون‌های شخصیتی، انتقادات کم‌تری بر آن وارد شده است (۳۰). در ایران حق‌شناس (۳۱) بر روی نمونه ۵۰۲ نفری جمعیت شیراز به نتایج زیر رسیده است: ضرایب آلفای کرونباخ برابر، $A=0/71$ ، $C=0/83$ ، $O=0/57$ ، $E=0/71$ ، $N=0/81$ آزمون-آزمون مجدد در فاصله شش ماه برابر $N=0/53$ ، $A=0/74$ ، $E=0/76$ ، $O=0/6$ به‌دست آمده است. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه $0/64$ به‌دست آمد.

یافته‌ها

این مطالعه با مشارکت ۷۱۰ نفر انجام گرفت که ۴۸۲ (۶۷/۹ درصد) نفر مرد و بقیه زن بودند. میانگین (انحراف معیار) سنی نمونه‌ها $43/5$ ($8/3$) بود. در جدول شماره ۱ ویژگی‌های دموگرافیک نمونه مورد بررسی آمده است.

O, E, N ضریب‌های اعتبار $0/68-0/83$ را نشان داده است. ضریب‌های اعتبار دو عامل C و A به فاصله سه سال $0/79$ و $0/63$ بوده است. در یک مطالعه طولی هفت ساله توسط Mcgary and Costa (۱۹۹۸) ضرایب اعتبار بین $0/51-0/82$ و برای ۱۸ صفت فرعی O, E, N $0/63-0/81$ برای عوامل اصلی پنج‌گانه در مردان و زنان به‌دست آمده است. آنان در راهنمای آزمون، اطلاعات گسترده‌ای از روایی هم‌گرا و واگرایی NEO گزارش کرده‌اند. در MMPI در مورد مقیاس‌های شخصیتی، مقیاس وسواسی با خرده مقیاس اضطراب NEO همبستگی $0/51$ ، مقیاس مرزی با خرده مقیاس پرخاشگری $0/47$ ، مقیاس اجتنابی با خرده مقیاس کم‌رویی $0/58$ و مقیاس اسکیزوئید با گروه‌گرایی $0/66$ همبستگی نشان می‌دهد. فرم کوتاه آن نیز دارای ۶۰ سوال است و در ایران تهیه و هنجاریابی شده است (۲۹). این پرسشنامه فرم کوتاهی نیز به نام (NEO-FFI) نیز دارد که یک پرسشنامه ۶۰ سوالی است و برای ارزیابی پنج عامل اصلی شخصیت به کار می‌رود اگر وقت اجرای تست خیلی محدود باشد و

جدول شماره ۱- ویژگی‌های دموگرافیک نمونه مورد بررسی و مقایسه میانگین‌ها به تفکیک هر ویژگی

آمار توصیفی					ابعاد مشارکت اجتماعی در سلامت	
متغیر	(درصد) تعداد	سلامت جسمی میانگین (انحراف معیار)	سلامت روان میانگین (انحراف معیار)	سلامت اجتماعی میانگین (انحراف معیار)	سلامت محیط میانگین (انحراف معیار)	
جنسیت	زن	۲۲۸ (۳۲/۱)	۱۷/۸ (۱۱/۶)	۹/۹ (۸/۸)	۱۴/۹ (۹/۸)	۱۸/۹ (۱۰/۲)
	مرد	۴۸۲ (۶۷/۹)	۲۱/۱ (۱۱/۳)	۱۳/۲ (۸/۹)	۱۷/۱ (۹/۸)	۲۱/۵ (۱۰/۳)
	P	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۷	۰/۰۰۲
سن	۳۰-۴۵	۴۹۸ (۷۰/۱)	۱۸/۸ (۱۱/۷)	۱۰/۹ (۹/۳)	۱۵/۷ (۱۰/۰)	۱۹/۸ (۱۰/۲)
	۴۶-۶۰	۱۹۴ (۲۷/۳)	۱۹/۱ (۱۱/۴)	۱۱/۲ (۸/۳)	۱۵/۲ (۹/۲)	۱۹/۵ (۱۰/۵)
	۶۱-۷۵	۱۸ (۲/۵)	۲۰/۲ (۱۱/۲)	۱۲/۲ (۷/۴)	۱۴/۸ (۹/۸)	۲۱/۵ (۱۰/۱)
P	۰/۰۰۱	۰/۸	۰/۷	۰/۷	۰/۷	۰/۷
تحصیل	زیر دیپلم	۱۰۳ (۱۴/۵)	۱۵/۳ (۱۱/۴)	۹/۲ (۸/۴)	۱۳/۶ (۹/۴)	۱۸/۳ (۹/۶)
	دیپلم	۲۳۳ (۳۲/۸)	۲۰/۱ (۱۲/۱)	۱۱ (۹/۳)	۱۶/۳ (۹/۶)	۲۰/۹ (۹/۴)
	دانشگاهی	۳۷۴ (۵۲/۷)	۲۰/۸ (۱۲/۲)	۱۱/۹ (۹/۱)	۱۶/۶ (۹/۹)	۲۰/۳ (۱۰/۹)
P	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۴
نمایه اقتصادی	ضعیف	۱۴۷ (۲۰/۷)	۱۸/۹ (۱۳/۶)	۱۱/۶ (۹/۸)	۱۵/۴ (۱۰/۹)	۱۹/۲ (۱۰/۹)
	متوسط	۵۱۲ (۷۲/۱)	۱۸/۸ (۱۱/۱)	۱۰/۸ (۸/۹)	۱۵/۶ (۱۰/۶)	۲۰/۱ (۱۰/۴)
	مرفه	۵۱ (۷/۲)	۲۰/۱ (۱۲/۴)	۱۱/۴ (۷/۵)	۱۵/۸ (۹/۶)	۱۸/۴ (۹/۲)
P	۰/۰۰۱	۰/۷	۰/۵	۰/۹	۰/۹	۰/۴

همان گونه که در جدول شماره ۱ آمده است، در میزان مشارکت اجتماعی در سلامت در زنان و مردان تفاوت معناداری وجود دارد در همه خرده مقیاس ها میزان مشارکت اجتماعی در سلامت در مردان بیشتر است ($P < 0/001$). اما در گروه های سنی مختلف از نظر مشارکت اجتماعی در سلامت تفاوت معناداری دیده نمی شود. همچنین در گروه های تحصیلی نیز تفاوت معناداری وجود دارد، نتایج آزمون پیگیری شفه نشان می دهد که بین افراد دارای مدرک

تحصیلی زیر دیپلم با افراد دارای مدرک تحصیلی دیپلم و دانشگاهی تفاوت معناداری وجود دارد اما بین افراد دارای مدرک تحصیلی دیپلم با افراد دارای مدرک تحصیلی دانشگاهی تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج تحلیل نشان می دهد که در مؤلفه های مشارک اجتماعی در سلامت در افراد با پایگاه اجتماعی اقتصادی تفاوت معناداری وجود ندارد. در جدول شماره ۲ وضعیت مشارکت اجتماعی در سلامت در نمونه مورد بررسی آمده است.

جدول شماره ۲- وضعیت مشارکت اجتماعی در سلامت در نمونه مورد بررسی

ابعاد مشارکت	وضعیت	تعداد	درصد	میانگین	انحراف معیار
مشارکت در سلامت جسمی	مشارکت پایین	۴۸۸	۶۸/۷	۱۸/۹	۱۱/۶
	مشارکت متوسط	۲۰۲	۲۸/۵		
	مشارکت بالا	۲۰	۲/۸		
مشارکت در سلامت روان	مشارکت پایین	۵۲۲	۷۳/۵	۱۱/۱	۹/۱
	مشارکت متوسط	۱۵۰	۲۱/۱		
	مشارکت بالا	۳۸	۵/۴		
مشارکت در سلامت اجتماعی	مشارکت پایین	۴۸۲	۶۷/۹	۱۵/۵	۹/۸
	مشارکت متوسط	۲۰۸	۲۹/۳		
	مشارکت بالا	۲۰	۲/۸		
مشارکت در سلامت محیط	مشارکت پایین	۳۶۴	۵۱/۲	۱۹/۷	۱۰/۳
	مشارکت متوسط	۲۹۸	۴۲		
	مشارکت بالا	۴۸	۶/۸		
نمره کل مشارکت اجتماعی در سلامت	مشارکت پایین	۴۴۴	۶۲/۵	۶۵/۳	۳۶/۱
	مشارکت متوسط	۲۴۲	۳۴/۱		
	مشارکت بالا	۲۴	۳/۴		

نتایج جدول شماره ۲ نشان می دهد که در مؤلفه مشارکت در امور مربوط به سلامت جسمی، میانگین نمونه مورد بررسی ۱۸/۹۵ است که بر این اساس می توان گفت ۶۸/۷ درصد افراد دارای مشارکت پایین هستند و ۲۸/۵ درصد دارای مشارکت متوسط و ۲/۸ درصد دارای مشارکت بالا بوده اند. در مؤلفه مشارکت در امور مربوط به سلامت روان، میانگین نمونه مورد بررسی ۱۱/۱ است که نتایج بیان گر آن است که ۷۳/۵ درصد افراد نمونه دارای مشارکت پایین در امور مربوط به سلامت روان هستند. همچنین نتایج نشان داد که در مؤلفه مشارکت در امور مربوط به سلامت

محیط، میانگین نمونه مورد بررسی ۱۵/۶ است که در این مؤلفه نیز ۶۷/۹ درصد دارای مشارکت پایین هستند. میانگین مشارکت در امور سلامت محیط ۱۹/۸ به دست آمد که در این مؤلفه ۵۱/۲ درصد دارای مشارکت پایین، ۴۲ درصد دارای مشارکت متوسط و ۶/۸ درصد دارای مشارکت بالا هستند. در حالت کلی نتایج نشان داد که میانگین کل مشارکت اجتماعی در سلامت ۶۵/۳ است و ۶۲/۵ درصد دارای مشارکت پایین، ۳۴/۱ درصد دارای مشارکت متوسط و ۳/۴ درصد دارای مشارکت بالا هستند. نتایج آزمون همبستگی پیرسون که در جدول شماره ۳ آمده است، نشان می دهد

نشان می‌دهد که غیر از ویژگی توافق‌جویی سایر ویژگی‌های شخصیتی و خودکارآمدی با مؤلفه‌های مشارکت اجتماعی در سلامت جسمی و سلامت روان رابطه معناداری دارند. همچنین ویژگی‌های نوروتیسم، برون‌گرایی، مسئولیت‌پذیری و خودکارآمدی با مشارکت اجتماعی در سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارند.

جدول شماره ۳- ضرایب همبستگی بین ویژگی‌های شخصیتی و خودکارآمدی با مشارکت اجتماعی در سلامت

متغیر پیش‌بین	سلامت جسمی		سلامت روان		سلامت اجتماعی		سلامت محیط		نمره کل	
	همبستگی	P	همبستگی	P	همبستگی	P	همبستگی	P	همبستگی	P
نوروتیسم	-۰/۲	۰/۰۰۱	۰/۲	۰/۰۰۱	-۰/۲	۰/۰۰۱	۰/۲	۰/۰۰۱	-۰/۲	۰/۰۰۱
برون‌گرایی	۰/۲	۰/۰۰۱	۰/۳	۰/۰۰۱	۰/۲	۰/۰۰۱	۰/۲	۰/۰۰۱	۰/۳	۰/۰۰۱
توافق‌جویی	۰/۰۵	۰/۱	۰/۰۵	۰/۱	۰/۰۵	۰/۱	۰/۱	۰/۰۰۱	۰/۰۹	۰/۰۱
مسئولیت‌پذیری	۰/۳	۰/۰۰۱	۰/۴	۰/۰۰۱	۰/۴	۰/۰۰۱	۰/۳	۰/۰۰۱	۰/۴	۰/۰۰۱
انعطاف‌پذیری	-۰/۱	۰/۰۰۱	-۰/۱	۰/۰۰۸	-۰/۰۸	۰/۰۵	-۰/۰۴	۰/۳	-۰/۰۹	۰/۰۱
خودکارآمدی	۰/۳	۰/۰۰۱	۰/۳	۰/۰۰۱	۰/۳	۰/۰۰۱	۰/۴	۰/۰۰۱	۰/۴	۰/۰۰۱

نتایج تحلیل بیان‌گر آن است که غیر از ویژگی انعطاف‌پذیری سایر ویژگی‌های شخصیتی و خودکارآمدی با مؤلفه مشارکت اجتماعی در سلامت محیط رابطه معناداری دارند. در مجموع نتایج نشان داد که بین ویژگی‌های شخصیتی و خودکارآمدی با مشارکت اجتماعی در سلامت رابطه معناداری وجود دارد. برای پیش‌بینی مؤلفه‌های مشارکت اجتماعی در سلامت بر اساس ویژگی‌های شخصیتی و خودکارآمدی به شکل جداگانه از آزمون تحلیل رگرسیون خطی چند متغیره به شیوه گام به گام (stepwise) استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ آمده است.

جدول شماره ۴- پیش‌بینی مشارکت اجتماعی در سلامت بر اساس ویژگی‌های شخصیتی و خودکارآمدی

متغیر ملاک	خلاصه نتایج	متغیرهای پیش‌بین	B	Beta	t	P
مشارکت در سلامت جسمی	$R=۰/۴$	مسئولیت‌پذیری	۰/۵	۰/۲	۶/۹	۰/۰۰۱
	$R^2=۰/۲$	خودکارآمدی	۰/۴	۰/۱	۴/۸	۰/۰۰۱
	$F=۳۵/۰۲$	انعطاف‌پذیری	-۰/۳	-۰/۱	۴	۰/۰۰۱
	$P<۰/۰۰۱$	نوروتیسم	-۰/۱	-۰/۰۷	۱/۹	۰/۰۴
مشارکت در سلامت روان	$R=۰/۵۰$	مسئولیت‌پذیری	۰/۵	۰/۲	۶/۸	۰/۰۰۱
	$R^2=۰/۲$	خودکارآمدی	۰/۴	۰/۲	۵/۷	۰/۰۰۱
	$F=۵۶/۷$	انعطاف‌پذیری	-۰/۳	-۰/۱	۳/۷	۰/۰۰۱
	$P<۰/۰۰۱$	برون‌گرایی	۰/۱	۰/۱	۲/۴	۰/۰۲
مشارکت در سلامت اجتماعی	$R=۰/۴۵$	مسئولیت‌پذیری	۰/۵	۰/۳	۷/۹	۰/۰۰۱
	$R^2=۰/۲۰$	خودکارآمدی	۰/۴	۰/۲	۵/۷	۰/۰۰۱
	$F=۹۱/۸$					
	$P<۰/۰۰۱$					
مشارکت در سلامت محیط	$R=۰/۴$	خودکارآمدی	۰/۵	۰/۲	۷/۵	۰/۰۰۱
	$R^2=۰/۲$	مسئولیت‌پذیری	۰/۴	۰/۲	۶/۲	۰/۰۰۱
	$F=۸۷/۲$					
	$P<۰/۰۰۱$					
نمره کل مشارکت در سلامت	$R=۰/۵۲$	مسئولیت‌پذیری	۱/۹	۰/۳	۷/۱	۰/۰۰۱
	$R^2=۰/۲$	خودکارآمدی	۱/۹	۰/۲	۶/۴	۰/۰۰۱
	$F=۴۸/۲$	انعطاف‌پذیری	-۰/۹	-۰/۱	۳/۲	۰/۰۰۱
	$P<۰/۰۰۱$	توافق‌جویی	۰/۸	-۰/۱	۳	۰/۰۰۲
		برون‌گرایی	۰/۷	۰/۱	۲/۶	۰/۰۰۷

مشارکت اجتماعی در سلامت، مشارکت مردان بیشتر از زنان است، که دلیل آن را می‌توان به عواملی چون فراهم بودن فرصت برای مردان و اهمیت جامعه به نقش مردان دانست، نتایج پژوهش همچنین نشان داد که در گروه‌های تحصیلی تفاوت معناداری وجود دارد. یکی از پژوهشگران به نقش عوامل دموگرافیک مثل تحصیلات و پایگاه اجتماعی اقتصادی در مشارکت اجتماعی در سلامت اشاره کرده است (۳۴). اما نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پایگاه اجتماعی اقتصادی در مشارکت اجتماعی در سلامت نقش ندارد.

مطالعه نشان داد که بین ویژگی‌های شخصیتی و مشارکت اجتماعی در سلامت رابطه وجود دارد، یعنی می‌توان گفت که وجود برخی از ویژگی‌ها برای مشارکت اجتماعی در سلامت یک مانع است مثلاً هر چه میزان نوروتیسم در افراد بیشتر باشد میزان مشارکت نیز پایین خواهد بود و وجود برخی از ویژگی‌های شخصیتی یک عامل تسهیل‌گر برای مشارکت اجتماعی است، مثلاً مسئولیت‌پذیری بیشتر با مشارکت اجتماعی بیشتر همراه است و یا افراد برون‌گرا بیشتر به مشارکت اجتماعی علاقه نشان می‌دهند. برخی از مطالعات به نقش ویژگی‌های شخصیتی در مشارکت اجتماعی اشاره کرده‌اند (۱۵-۱۳). نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داده است که بین برخی ویژگی‌های شخصیتی (پنج عامل بزرگ) مثل مسئولیت‌پذیری و توافق‌جویی با مشارکت اجتماعی رابطه وجود دارد (۳۵ و ۳۶) اما نتایج برخی دیگر از پژوهش‌ها نشان داده است که بین هیچ‌کدام از عوامل پنج عامل بزرگ شخصیت با مشارکت اجتماعی رابطه معناداری وجود ندارد (۳۷ و ۳۸).

برای تبیین نتایج می‌توان گفت که گرایش به هیجان‌های منفی مانند اضطراب، ترس، خشم، خصومت، غم، احساس گناه و نفرت از جمله ویژگی‌های شخصیتی روان‌نژندی می‌باشد (۱۷) که خود این‌ها فاکتورهای منفی در مشارکت اجتماعی هستند، طبیعی است کسی که مضطرب می‌باشد و در محیط زندگی داری خشم و خصومت است نمی‌تواند با سایر افراد جامعه به‌خوبی کنار بیاید. به‌عنوان مثال خصم و خصومت بی‌دلیل نسبت

نتایج تحلیل رگرسیون که در جدول شماره ۴ آمده است، نشان داد که در حالت کلی ویژگی‌های شخصیتی و خودکارآمدی روی هم رفته می‌توانند ۲۷ درصد تغییرات مشارکت اجتماعی در سلامت را پیش‌بینی کنند، بر این اساس می‌توان گفت که ویژگی مسئولیت‌پذیری با ضریب تأثیر ۰/۳ از توان بیشتری برای پیش‌بینی مشارکت اجتماعی در سلامت برخوردار است و پس از آن خودکارآمدی با ضریب تأثیر ۰/۲ قرار دارد.

بحث

مطالعه نشان داد که در همه مؤلفه‌های مربوط به مشارکت اجتماعی در سلامت اکثریت افراد داری مشارکت پایین هستند و در حالت کلی ۶۲/۵ درصد گفته‌اند که دارای مشارکت پایین هستند و این بدان معنی است که در شهر کرمانشاه میزان مشارکت اجتماعی در امور مربوط به سلامت پایین است. پژوهشی یافت نشد که در شهر کرمانشاه میزان مشارکت اجتماعی در امور مربوط به سلامت مورد بررسی قرار گرفته باشد، اما برخی از پژوهشگران مشارکت اجتماعی مردم شهر کرمانشاه در بعد شهری (سلامت محیط) را مطلوب ارزیابی کرده‌اند (۸). در مقایسه با سایر شهرها، نتایج یک مطالعه نشان داد که در بین شهروندان تهرانی نیز مشارکت اجتماعی پایین است، پژوهشگر دلیل این قضیه را عواملی چون موانع خانوادگی، و بی‌قدرتی تجربه فردی، نابسامانی است (۱۳). همچنین اجتماعی دانسته و اقتصادی نتایج یک مطالعه نشان داد که مشارکت شهروندان در مدیریت شهری در شهر یاسوج از سطح حداقلی برخوردار است (۳۲). یک پژوهشگر دیگر دلیل پایین بودن مشارکت اجتماعی در ایران را تمرکزگرایی دانسته است (۳۳)، که می‌تواند در کرمانشاه نیز همین عوامل را دلیل پایین بودن مشارکت اجتماعی دانست. از طرف دیگر شهر کرمانشاه دارای فرهنگ نظریه‌های روان‌شناختی، اساس سنتی است و بر و ندارند باور اجتماعی مشارکت به سنتی جوامع فاقد و بوده بارز آنها روابط شخصی در اعتماد عدم هستند (۱۴).

نتایج مطالعه نشان داد که در همه مؤلفه‌های

تأثیر بگذارد. همچنین باعث می‌شود فرد تلاش بیشتری برای دستیابی به عمل صرف کند و در برابر مشکلات و موانع استقامت کند. بر اساس تئوری شناختی اجتماعی، باورهای خودکارآمدی فردی، نقش مهمی در بروز رفتارهای گوناگون دارند (۳۹). که مشارکت اجتماعی در سلامت نیز از این قاعده جدا نیست. در مقایسه با مطالعات پیشین، نتایج برخی مطالعه‌ها نشان می‌دهد که بین خودکارآمدی و مسئولیت‌پذیری با مشارکت اجتماعی رابطه وجود دارد (۴۰ و ۴۱).

در مجموع می‌توان گفت که با توجه به این که در فرایند مشارکت رفتار آگاهانه، خواست و پذیرش جمعی، انتخاب و وجود نیازهای مشترک اهمیت دارند موفقیت این فرایند مرهون احساس نیاز برای حل و شناخت مشکل و احساس نیاز به همکاری گروه با توجه به میزان دانش و توانمندی افراد و شناخت آنان از توانایی‌ها و امکانات موجود و حداکثر استفاده از آن‌هاست (۱۱). یعنی در فرآیند مشارکت اجتماعی در سلامت عوامل گوناگونی نقش دارند، که شخصیت و خودکارآمدی می‌تواند یکی از عوامل مهم باشند زیرا که اگر فردی احساس نیاز کند اما خودکارآمدی در او پایین باشد وی اقدام به عمل نمی‌کند، بنابراین هم دانستن و هم احساس توانمندی (خودکارآمدی) برای اقدام به مشارکت هر دو مهم هستند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج مطالعه می‌توان گفت که در شهر کرمانشاه میزان مشارکت اجتماعی در سلامت پایین است و این نیازمند برنامه‌ریزی و توجه است زیرا بدون مشارکت مردم برنامه‌های سازمان‌های دولتی در امر بهداشت و سلامت افراد و جامعه به نتیجه مطلوب نمی‌رسد، از سوی دیگر نتایج بیان‌گر آن است که شخصیت و خودکارآمدی با مشارکت اجتماعی در سلامت رابطه دارند، بنابراین باید در امر برنامه‌ریزی این نکته را در نظر داشت و با شناسایی افراد مسئولیت‌پذیری آنان را به کار گرفت و برای افزایش احساس توانمندی و خودکارآمدی مردم برنامه‌ریزی کرد.

به دیگران باعث دوری دیگران از فرد می‌شود که این خود می‌تواند به عنوان یک مانع در مشارکت اجتماعی قلمداد شود.

همچنین باید گفت که شخصیت برون‌گرایی با ویژگی‌هایی مثل تمایل به سرمایه‌گذاری انرژی بر اشخاص و اشیای محیط بیرونی به جای پرداختن به فعالیت‌های ذهنی و درونی، گرایش به هیجانات مثبت، جمع‌گرایی، با جرات بودن، فعال بودن و پر حرف بودن همراه است (۱۸)، این ویژگی‌ها توانایی اجتماعی افراد برون‌گرا را تقویت کرده و باعث بالا رفتن سطوح فعالیت و تعاملات اجتماعی، توانایی برقراری روابط صمیمی و نزدیک و داشتن شبکه‌های حمایت اجتماعی قوی خواهد شد که تمامی این ویژگی‌ها و گرایش‌های رفتاری، باعث سازش فرد با دیگران و انگیزه برای مشارکت اجتماعی می‌شود. نتایج مطالعه نشان داد که ویژگی‌های شخصیتی توان پیش‌بینی مشارکت اجتماعی در سلامت را دارند و ویژگی مسئولیت‌پذیری از توان بیشتری برای پیش‌بینی مشارکت اجتماعی در سلامت برخوردار است. در واقع می‌توان ادعا کرد که افراد مسئولیت‌پذیر مشارکت اجتماعی در سلامت را به عنوان یک وظیفه تلقی کرده و سعی می‌کنند که در این حوزه نیز به مسئولیت خود عمل کنند. مطالعه نشان داد که بین خودکارآمدی و مشارکت اجتماعی در سلامت رابطه مثبت وجود دارد و این بدان معنی است که هر چه میزان خودکارآمدی بیشتر باشد میزان مشارکت اجتماعی در سلامت نیز بیشتر خواهد بود و هر چه میزان خودکارآمدی کمتر باشد، میزان مشارکت اجتماعی در سلامت عوامل از یکی نیز کمتر است. برخی از پژوهشگران خودکارآمدی را اجتماعی در سلامت در مشارکت مهم با معتقدند افراد و می‌کنند معرفی شرکت کنندگان می‌باشند دیگران از مشارکت جوتر بالا خودکارآمدی (۳۴). بنابراین نتایج مطالعه حاضر نیز با این مطالعه هم‌سو است.

Albert Bandura خودکارآمدی را به عنوان مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده برای تغییر رفتار ذکر می‌کند، زیرا می‌تواند بر انتخاب فرد در مراحل اتخاذ رفتار

با توجه به این که مطالعه حاضر در شهر کرمانشاه انجام گرفت باید در تعمیم نتایج به سایر جوامع احتیاط لازم را در نظر داشت، بنابراین توصیه می شود در جوامع دیگر این مطالعه انجام شود که تعمیم نتایج راحت تر انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر مستخرج از یک طرح پژوهشی است که در مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقا سلامت

و قطب علمی پزشکی جامعه نگر دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه ثبت شد و از کمیته اخلاق دانشگاه با کد ۹۴۲۲۲ مجوز اخلاقی دریافت کرد، بنابراین بر خود لازم می دانیم که از زحمات مسئولین خصوصا همکاران معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کمال تشکر و قدردانی را داشته باشیم. همچنین از تمام شرکت کنندگان در مطالعه که با ما همکاری نمودند، سپاسگزار هستیم.

REFERENCES

- Hoseinzadeh A.H, Eidar N, Abasi E. The Study of Factors Affecting Citizens' Participation among the Citizens of Khorramabad. *Urban Sociological Studies*. 2012; 2(2):82-89.
- Musai M, Shiani M. Participation in Urban Affairs and Its Requirements in City of Tehran. *Social Welfare*. 2010; 10(38):245-68.
- Hekmat Nia H, Mousavi M. Historical Analysis of Citizen Participation in Governance of Cities of Iran. *JGR* 2004; 8:121-36
- Ghafari G.H, Niazi M. *Sociology Partnership*. The first publication. Tehran: Nazdic. 2008.
- Khandker S.R. Microfinance and Poverty: Evidence Using Panel Data from Bangladesh. *World Bank Economic Rev*. 2005; 19(3): 1-25.
- Draper AK, Hewitt G, Rifkin S. Chasing the Dragon: Developing Indicators for Assessment of Community Participation in Health Programs. *Social Science Medical*, 71 (6): 1102-9.
- Moradi G. The Effect of Public Participation in Reducing Urban Insecurity (Case Study: Kermanshah). *Journal of Social Sciences Faculty of Literature and humanities Ferdowsi University of Mashhad*. 2010; 6: 101-30.
- Moradi G. Providing Tools for Citizen Participation and Estimate the Reliability and Validity (Case Study of Kermanshah). *Urban sociology studies*. 2014; 4(11):149-80.
- Ra CK, Cho Y. Differentiated Effects of Social Participation Components on Suicidal Ideation Across Age Groups in South Korea. *BMC Public Health*. 2013; 13:890.
- Ruano AL. The Role of Social Participation in Municipal-level Health Systems: the Case of Palencia, Guatemala. *Glob Health Action*. 2013; 6:20786.
- Heritage Z, Dooris M. Community participation and Empowerment in Healthy Cities. *Health Promot Int*. 2009; 24 Suppl1: i45-i55
- Rifkin S. Lessons from Community Participation in Health Programs: A Review of the Post Alma-Ata Experiences. *Int Health*. 2009; 1:31-6
- Moosavi MT. Analyzing the Social Participation in Tehran. *Social Welfare J*. 2006; 5(9):348.
- Yazdanpanah I. The Study of Obstacles of Social Participation among Citizenships Tehran City. *Social Welfare J*. 2007; 7(27):350.
- Mohammadi F, Foruzan A. Facilitating and Hindering Factors of Community Participation for Health

- Promotion in Residents of the Second Region of Tehran . Qazvin Med J. 2013; 17(4):24-31
16. Lee K, Ashton MC. Psychometric Properties of the HEXACO Personality Inventory. *Multivariate Behav Res.* 2004; 39(2):329-58.
 17. Furnham A. Relationship among Four Big Five Measures of Different Length. *Psychol Rep.* 2008; 102(1):312-6.
 18. Pervin E, Lawrence GD, Cervone S, Daniel MC. *Personality Theory and Research*, WILEY, elevent edition. 2013.
 19. Coplan RJ, Arbeau KA, Armer M. Don't Fret, be Supportive! Maternal Characteristics Linking Child Shyness to Psychosocial and School Adjustment in Kindergarten. *J Abnorm Child Psychol.* 2008; 36(3):359-71.
 20. Bandura A. On the Functional Properties of Perceived Self-Efficacy Revisited. *J Management.* 2012; 38(1):9-44.
 21. Bandura A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman & Company. 1997.
 22. Baheiraei A, Mirghafourvand M. *Health Promotion: from Concepts to Practice*: Tehran: Noor-e-Danesh; 2011.
 23. Peker K, Bermek G. Predictors of Health Promoting Behaviors among Freshman Dental Students at Istanbul University. *J Dent Educ.* 2011; 75(3):413-20.
 24. Silva MCSAd, Lautert L. The Sense of Self Efficacy in Maintaining Health Promoting Behaviors in Older Adults. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2010; 44(1):61-7.
 25. Reshadat S, Saeidi S, Zangeneh A, Amooie M.R, Karbasi A. Equity in Access to Health Care Using Geographic Information System: a Kermanshah Case Study. *Mazandaran Med J.* 2014; 24(115): 134-14.
 26. Reshadat S, Saedi S, Zangeneh A, Ghasemi SR, Gilan NR, Karbasi A, et al. Spatial Accessibility of the Population to Urban Health Centers in Kermanshah, Islamic Republic of Iran: A Geographic Information Systems Analysis. *East Mediterr Health J.* 2015 ;21(6):389-95.
 27. Schwarzer, R. Born, A. Optimistic Self-beliefs: Assessment of General Perceived Self-Efficacy in Thirteen Cultures. *World Psychology*, 1997, 3(1-2): 177-190.
 28. Rajabi G. Validity and Reliability of General Self Efficacy Scale. *New Thoughts on Education.* 2006; 2(1, 2):111-22
 29. Fathi Ashtiani A. *Psychological Tests: Evaluation of Personality and Mental Health*. Tehran: Besat. 2010.
 30. 30. Garoosi Farshi M. *New Approach in Personality Assessment: The Application of Factor Analysis in Studies of Personality*. Tabriz: Danial and Jamehpajoo.
 31. Haghshenas H. *The Application of Factor Analysis in Studies of Personality (Interpretation Guidance and Normalization NEO-PI-R and NEO-FFI)*. Shiraz: Medical science university, 2007.
 32. Adibi Sadeh M, Hakeb H. Factors Affecting Social - Political Participation and Cultural Aramnhs Julfa, Isfahan, Domestic policy. 2008; 1(2):35-65.
 33. Moosavi MT. Analyzing the Social Participation in Tehran. *Soc Welfare J.* 2006; 5(9):348.
 34. Gatewood JG, Litchfield RE, Ryan SJ, Geadelmann JD, Pendergast JF, Ullom KK. Perceived Barriers to Community-based Health Promotion Program Participation. *Am J Health Behav.* 2008; 32(3):260-71.
 35. Caspi A, Chajut E, Saporta K, Beyth-Marom R. The Influence of Personality on Social Participation in

- Learning Environments. *Learn Indiv Diff*. 2006; 16(2):129–44.
36. Furnham A, Chamorro-Premuzic T, McDougall F. Personality, Cognitive Ability, and Beliefs about Intelligence as Predictors of Academic Performance. *Learn Indiv Diff*. 2002; 14(1):47-64.
37. Chamorro-Premuzic T, Furnham A. Personality Predicts Academic Performance: Evidence from Two Longitudinal University Samples. *J Res Pers*. 2003; 37(4):319–38.
38. Bono JT. What Good is Engagement? Predicting Academic Performance and College Satisfaction From Personality, Social Support ,and Student Engagement [Dissertation]. Washington University; 2011.
39. Ozer EM, Adams SH, Gardner LR, Mailloux DE, Wibbelsman CJ, Irwin CE, Jr. Provider Self-efficacy and the Screening of Adolescents for Risky Health Behaviors. *J Adolesc Health*. 2004; 35(2):101-7.
40. Zeldin S. Youth as Agents of Adult and Community Development: Mapping the Prosses and Outcomes of Youth Engagement in Organizational Governance, *Applied Develop Sci*. 2004; 8:75-90.
41. Brennan MA. Volunteerism and Community Development: A Comparison of Factors Shaping Volunteer Behavior in Ireland and America, *J volunteer administration*. 2005; 23(2):20-28.

Community Health; Vol. 4, No. 1; 2017 ISSN 2383-3033, Journal of Social Determinants of Health Research Center of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. <http://journals.sbmu.ac.ir/en-ch>

Original Article

Community Participation in Health among the General Population in Kermanshah city: The Predictive Role of Personality Factors and Self-Efficacy

Soheyla Reshadat¹, Ali Zakiei^{2*}, Parveneh Karimi³, Saeid Komasi⁴

1. Associate Professor of Pediatrics, Social Development and Health Promotion Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

2. Ph.D. in Psychology, Center of excellence for community oriented for medicine education, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

3. Master of Psychology, Social Development and Health Promotion Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

4. Master of Psychology, Social Development and Health Promotion Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

***Corresponding Author:** Ali Zakiei, Center of Excellence for Community Oriented for Medicine Education, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

Email: a-zakiei@phdstu.scu.ac.ir

Received: 17 September 2016

Accepted: 25 October 2016

Published: 26 December 2016

How to cite this article:

Reshadat S, Zakiei A, Karimi P, Komasi S. Community Participation in Health among the General Population in Kermanshah city: The Predictive Role of Personality Factors and Self-Efficacy. Community Health 2017;4(1):42-54

Abstract:

Background: Given that social psychologists focus on the interaction between social and psychological factors in the community participation process, particularly in health, the study was conducted to evaluate the community participation in health and determine the contribution of personality factors and individual on its.

Materials and methods: In this descriptive study by using voluntary sampling method, 710 people from the general population of Kermanshah in 2015 were selected to participate in the study. The study instruments were included questionnaires of Community Participation in Health, General Self-Efficacy Beliefs (GSE-10), and NEO Five-Factor Personality Traits. The collected data was analyzed using analysis of variance, Pearson correlation, and regression analysis by software SPSS-21.

Results: 482 (67.9%) people who returned questionnaires were male. The participants were aged between 30-75 years with mean (SD) of age 43.5 (8.2) years. In general, the results showed that the overall mean for community participation in health is 65.3% and 62.5% of the people are with poor participation, 34.1% of those are with moderate participation, and 3.4% of those are with high participation. Furthermore, the results showed that there is a significant relationship between all components of personality and self-efficacy with community participation in health ($P < 0.01$).

Conclusion: Given that community participation in health is poor in Kermanshah and government organizations programs in healthcare and the health of individuals and society also will not reach the desired goal in absence of public participation, it seems that planning is essential to improve the current situation with regard to the people's personality traits and self-efficacy.

Key words: Community participation in health, Personality traits, Self-efficacy