Systematic Review of Social Health Promotion with Social Capital Approach

Mir Taher Mousavi: Assistant professor, social welfare management research center, University of social welfare and rehabilitation sciences, Tehran, Iran.
Masoomeh Maarefvand*: Assistant professor, department of social work, University of social welfare and rehabilitation sciences, Tehran, Iran. arammaref@gmail.com
Hassan Rafiey: Associate professor, department of social welfare management, University of social welfare and rehabilitation sciences, Tehran, Iran.
Soheila Omidnia: Master of counselling, psychosocial health and addiction office, ministry of health and medical education, Tehran, Iran.
Faezeh Joghataei: PhD. student of health and social welfare, department of social welfare management, University of social welfare and rehabilitation sciences, Tehran, Iran.
Maryam Zabihipoursaadati: PhD student of social work, department of social work, University of social welfare and rehabilitation sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Social health is one of the dimensions of health defined by the world health organization. Social capital components have close relations with social health. This study reviewed reported documents about social health and social capital components improving interventions.

Methods: A systematic review was conducted to identify social health and social capital improving interventions using electronic databases (ScienceDirect, PubMed, ISI web of sciences, Scopus, UNDP, Legatum, WHO, World Bank, and ILO) published 2000 to 2019.

Results: A total of forty-one studies were included in our review. More than seventy-five percent of studies participants were both females and males but in more than ninety percent of the interventions, women were considered as the main group. Students were the target group of fifty-six percent of studies and the interventions conducted in the school setting. In more than ninety point two percent of studies clinical/community trial was the main research methods. The studies reported several objectives; poverty reduction, violence prevention, health promotion, social integration, social support, social well-being and quality of life, etc. Group discussion and lecturing were two common methods of communicating with target groups in most of these studies. More than sixty-five percent of the interventions were conducted by experts. Most interventions were performed in less than three months. Short-term interventions were able to have a positive effect on the promotion of social health components. Projects with more than fifty thousand people as the targeted group were implemented at least for twelve months.

Conclusions: This review provides updated information on social health and social capital improvement interventions, which is vital information for developing guidelines for social health improvement. These interventions can be conducted in organized groups like schools or community-based organizations of society. The group participation of children, adolescents, young people, and minority or isolated groups in social health promotion programs needs to be considered and prioritized. Social health promotion can be considered as one of the goals in economic development programs.

Keywords

Social Health

Social Capital

Systematic Review

Social Intervention

Community Based

*Corresponding Author
Study Type: Review Article
Received: 08 Apr 2020
Accepted: 20 Aug 2020

Please cite this article as follows: Mousavi M, Maarefvand M, Rafiey H, Omidnia S, Joghataei F, and Zabihipoursaadati M. Systematic review of social health promotion with social capital approach. Quarterly journal of social work. 2020; 9 (1); 13-23

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.1.2.5]

مرور سیستماتیک مداخلات ارتقای سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه‌اجتماعی

میرطاهر موسوی: استادیار مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
معصومه معارف‌وند*: استادیار گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. arammaref@gmail.com
حسن رفیعی: دانشیار گروه آموزشی رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
سهیلا امیدنیا: کارشناس ارشد مشاوره، دفتر سلامت روان و اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.
فائزه جغتایی: دانشجوی دکترای سلامت و رفاه اجتماعی، گروه آموزشی رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
مریم ذبیحی‌پورسعادتی: دانشجوی دکترای مددکاری اجتماعی، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: سلامت اجتماعی یک جنبه از تعریف سلامت ارایه شده توسط سازمان بهداشت جهانی می باشد. مولفه‌های سرمایه اجتماعی رابطه نزدیکی با سلامت اجتماعی دارند. در این مطالعه منابعی که مداخله‌هایی را در زمینه ارتقای سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی گزارش کرده اند، مرور شدند.

روش: این مطالعه، به شیوه مرور سیستماتیک و به‌منظور شناسایی مداخله‌هایی که در زمینه سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی انجام شده است اجرا گردید. مطالعه با مرور منابع منتشر شده در بانک‌های اطلاعات الکترونیک ازجمله پایگاه‌های Scopus، ISI web of sciences، PubMed، ScienceDirect و سایت سازمان‌ها و موسسات مرتبط مانند World Bank، WHO، Legatum، UNDP و ILO از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ صورت گرفت.

نتایج: در مجموع چهل و یک سند وارد مطالعه شد. بیش از هفتاد و پنج درصد شرکت‌کنندگان در مطالعات زنان و مردان بودند ولی در بیش ازنود درصد مداخلات، زنان به‌عنوان گروه اصلی در نظر گرفته شده بودند. دانش‌آموزان در پنجاه و شش درصد مطالعات گروه هدف بودند و مداخلات در محیط مدرسه اجرا شده بودند. کارآزمایی بالینی-اجتماعی نود و دو دهم درصد مطالعات و مهمترین روش مطالعه بود. اهداف متعددی در مطالعات گزارش شده است از جمله کاهش فقر، پیشگیری از خشونت، ارتقای سلامت، ادغام اجتماعی، حمایت اجتماعی، بهزیستی اجتماعی، کیفیت زندگی و... دو روشی که برای ارتباط با گروه هدف بیشتر به‌کار گرفته شدند بحث گروهی و سخنرانی بود. در بیش از شصت و پنج درصد موارد، کارشناسان اجرای مداخله را به عهده داشتند. اغلب مداخله‌ها در کمتر از سه ماه به اجرا درآمده بود. مداخله‌های کوتاه مدت توانستند بر ارتقای مولفه‌های سلامت اجتماعی اثر مثبتی بگذارند. پروژه‌هایی که بیش از پنجاه هزار نفر گروه هدف آن‌ها بودند، حداقل در دوازده ماه به اجرا درآمده بودند.

بحث و نتیجه‌گیری: این مطالعه اطلاعاتی را در مورد ارتقای سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی در اختیار قرار می‌دهد که می‌تواند برای طراحی مداخله به‌منظور ارتقای سلامت اجتماعی به‌کار گرفته شوند. این مداخلات می‌توانند در گروه‌های سازمان یافته به‌عنوان مثال در مدرسه یا سازمان‌های اجتماع محور به اجرا درآیند. مشارکت گروهی کودکان، نوجوانان و جوانان و گروه‌های اقلیت و یا طرد شده در برنامه‌های ارتقای سلامت اجتماعی لازم است مورد توجه قرار گیرد و با اولویت مداخلات گروهی در دستور کار قرار داده شوند. ارتقای سلامت اجتماعی می‌تواند به‌عنوان یکی از اهداف در برنامه‌های توسعه اقتصادی در نظر گرفته شود.

واژگان کلیدی

سلامت اجتماعی

سرمایه اجتماعی

مرور سیستماتیک

مداخله اجتماعی

اجتماع محور

* نویسنده مسئول
نوع مطالعه: مروری
تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۱/۲۰
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۵/۳۰

نحوه استناد به مقاله:
میرطاهر موسوی، معصومه معارف‌وند، حسن رفیعی، سهیلا امیدنیا، فائزه جغتایی و مریم ذبیحی‌پورسعادتی. مرور سیستماتیک مداخلات ارتقای سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۹؛ ۹ (۱): ۲۳-۱۳

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.1.2.5]

مقدمه

در چند دهه اخیر مفهوم سـرمایه اجتماعی کانون توجه پژوهشـگران، سیاستگزاران و برنامه‌ریزان در حوزه‌هایی نظیر رفاه، آموزش و به‌ویژه سلامت شده است. کاربرد مفهوم سرمایه اجتماعی در حوزه پژوهش به‌منظور دستیابی به اهداف گوناگون و ماهیت انتزاعی و چندبعدی سـرمایه اجتماعی، تناقضات درونی و وضعیت پارادوکسـیکال آن‌را مشخص کرده‌اند. بر این مبنا، سرمایه اجتماعی در برگیرنده شبکه‌های اجتماعی، مشارکت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و هنجارهای متقابل است که به‌صورت‌های متفاوت مورد سنجش قرار گرفته‌اند. در مورد سلامت اجتماعی نیز باید خاطرنشان کرد که این مفهوم گستره معنایی محدود و در عین حال بسیار مهم را دربرمی‌گیرد که فاقد انواع مختلف و ویژگی‌های متنوع درمتون است. با اینحال پرسـش مطروحه نسبت ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت اسـت که ذهن بسیاری از صاحب‌نظران دو حوزه را به خود مشغول کرده است. بدیهی است اهمیت و جایگاه سلامت امروزه با توجه به مشکلات زندگی شهرنشینی و زندگی ماشینی، تنوع بیماری‌های جدید و ناشناخته، استفاده از تکنولوژی‌های پیشرفته و افزایش هزینه‌ها بر کسی پوشیده نیست. ارتقا زندگی سـالم، بخشی از حرکت دراز مدت برای توانمندسـازی نهادها، گروه‌های مدنی، خانواده‌ها و افراد در زمینه تامین، حفظ و ارتقای سـلامت است که استفاده بهینه از تمامی فرصت‌ها به‌منظور ایجاد، تداوم و تعالی رفتار سالم در بین افراد، گروه‌ها و جوامع را مطرح می‌کند که سرمایه اجتماعی نقش انکار ناپذیری در آن خواهد داشت.

سـرمایه اجتماعی: سـرمایه اجتماعی از جمله سازه‌هایی است که در دهه‌های اخیر به‌عنوان مفهومی کلیدی در تبیین وجود مثبت و منفی حیات اجتماعی از اقبال گسـترده‌ای برخوردار شـده است. قدرت و کارایی بالای آن در تبیین پدیده‌ها باعث گسـترش فضای جدیدی در عرصه تحقیقات اجتماعی در دهه‌های پایانی قرن بیسـتم شـد. هرچند که این اصطلاح را نخسـتین بار هانیفن به‌کار برده اسـت، اما تا دهه شـصت، که جاکوبز در کتاب مرگ و زندگی در شهرهای آمریکایی از این واژه برای بیان روابط و پیوندهای میان گروه‌های حاشیه‌نشـین شهری استفاده کرد، کاربرد چندانی نداشت. شاید بتوان اولین مطالعه نظام‌مند پیرامون مفهوم سـرمایه اجتماعی را مربوط به پیربوردیو دانسـت. به نظر وی، سرمایه اجتماعی مجموع منابع بالفعل و یا بالقوه‌ای را دربرمی‌گیرد که به مالکیت یک شـبکه پایدار متصل اسـت. وی از سـه نوع سرمایه فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی نام می‌برد.[۱] با نظریه‌پردازی کلمن درباره سـرمایه اجتماعی این مفهوم گسـترش بیشـتری یافت. به اعتقاد وی سـرمایه اجتماعی مجموعه‌ای از چیزهاییسـت که در ذات منابع سـاختاری اجتماعی تشکیلات اجتماعی، نظیر اعتماد، هنجارها و شبکه‌هایی که می‌توانند کارآیی جامعه را از طریق تسهیل عمل هماهنگ بهبود بخشند، نهفته است.[۲]

رابرت پاتنام سرمایه اجتماعی را چنین تعریف می‌کند: ویژگی‌های سازمان اجتماعی، همچون اعتماد، هنجارها و شبکه‌های ارتباطی که می‌توانند کارآیی جامعه را از طریق تسـهیل کنش هماهنگ شـده بهبود بخشـند و همکاری ارادی کنشـگران اجتماعی را تسـهیل نماید.[۳] اگرچه سـرمایه اجتماعی به شـکل‌های مختلف تعریف شده اسـت، اما بیشتر تعاریف این دو جنبه را در بر می‌گیرند: جنبه سـاختاری و جنبه شـناختی. اکثر تعاریف آن نیز حول سـه محورند: شبکه‌های اجتماعی، هنجارهای متقابل، اعتماد. شـبکه اجتماعی به‌عنوان جنبه سـاختاری سـرمایه اجتماعی درک می‌شـود و مشارکت در این شـبکه‌ها مشخصه ویژگی‌های رفتاری است. هنجارها و اعتماد بیشتر جنبه شناختی سرمایه اجتماعی هستند که با ارزش‌ها و عقاید مشخص می‌شوند. پاتنام سرمایه اجتماعی را به‌عنوان ترکیبی از این سه مشخصه تعریف کرده است.

سرمایه اجتماعی توسط صاحب‌نظران مختلف به سطوح و انواع گوناگونی تقسیم‌بندی شده است که در اینجا به دو نوع از انواع سـرمایه اجتماعی اشاره می‌گردد: سرمایه اجتماعی قدیم یا سنتی و خاص: سرمایه اجتماعی در جوامع سنتی یا جوامع ماقبل مدرن، بیشـتر جنبه درون گروهی توام با اعتماد اجتماعی محدود و خاص داشـته است که امروزه آن را به نام سرمایه اجتماعی قدیم می‌شناسند. سرمایه اجتماعی جدید یا مدرن و عام، در جوامع مدرن با نوع دیگری از سرمایه اجتماعی سر و کار داریم که بیشتر جنبه بین گروهی توام با اعتماد تعمیم یافته و عام دارد که از آن با عنوان سرمایه اجتماعی جدید نام می‌برند. همچنین در خصوص سـطوح سـرمایه اجتماعی تقسیم‌بندی زیر صورت گرفته است: سـطح فردی یا سطح خرد اشاره به وضعیتی دارد که به‌طور معمول هریک از افراد جامعه در شـبکه یا شـبکه‌هایی عضویت دارند و منافع ناشی از این عضویت مانند رابطه دوسـتی می‌تواند برای آن‌ها مفید باشـد. در سـطح گروهی یا میانه، روابط مبتنی بر اعتماد میان اعضای موجب تشکیل سرمایه اجتماعی می‌شود. این سرمایه در اختیار همه اعضای گروه است تا از آن برای پیشبرد امورشان استفاده کنند.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-13]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.1.2.5]

در سطح اجتماعی یا کلان، تعداد زیاد گروه‌های داوطلب در جامعه و روابط افقی میان آن‌ها، که بر پایه اعتماد است، سرمایه اجتماعی تولید می‌کند که همه اعضای جامعه از آن بهره‌مند خواهند بود.

سلامت اجتماعی: سلامت مفهومی چندبعدیست. بعد جسمی، روانی و اجتماعی که بعد اجتماعی آن پیچیده‌ترین و در عین حال بحث برانگیزترین جنبه آن است. سازمان بهداشت جهانی سلامت اجتماعی را یکی از مولفه‌های کلیدی سلامت معرفی کرده است،[٤] اما به دلیل فقدان ابزارهای معتبر، این مفهوم همچنان موضوع بحث‌های سیاسی و اجتماعی است. مطالعات سلامت با استفاده از نمونه‌های زیستی، بیشتر بر وجه خصوصی سلامت تاکید دارند ولی افراد در درون ساختارها و روابط اجتماعی قرار دارند.[٥] مفهوم سلامت اجتماعی مفهومی است که در کنار ابعاد جسمانی و روانی سلامت مورد توجه قرار گرفته است. جنبه اجتماعی آن با محور قرار دادن فرد مورد بررسی قرار می‌گیرد. در بررسی ادبیات تجربی سلامت اجتماعی چند رویکرد کلی در حوزه سلامت قابل شناسایی است: رویکرد اول که سلامت اجتماعی را در معنا و مفهوم سلامت عمومی به‌کار می‌برد. این رویکرد سلامت اجتماعی را شاخصی می‌داند که توصیفگر عمومی وضع جامعه است. در این رویکرد به شاخص‌هایی همچون بیمه‌های سلامت، میزان بودجه، شیوع خشونت و جرم، مصرف مواد مخدر، تعداد زندانی‌ها، تعداد افراد بی‌خانمان، سرانه‌های آموزشی و بهداشتی، نرخ شیوع بیماری و... توجه میشود.[٦] رویکرد دوم سلامت اجتماعی ناظر به رفتارهای سلامت شهروندان است که کنشی جمعی تلقی می‌شود که بر جامعه اثرگذار است. رفتارهای سلامت شامل عادت‌های غذایی، ورزش و تحرک، مصرف سیگار، الکل و... است.[٧] رویکرد سوم بیانگر کیفیاتی ذهنی و روان‌شناختی است که ظرفیت‌های ایجاد تعامل سازنده و سالم را برای فرد ایجاد می‌کند. در این رویکرد می‌توان به نظریه سلامت روان‌شناختی ریف، سلامت اجتماعی کییز و نظریه سرمایه روان‌شناختی مثبت اشاره کرد.[٨] کییز سلامت روان‌شناختی را گزارش شخصی فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران تعریف می‌کند. سلامت اجتماعی در این مفهوم یعنی درک فرد از اجتماعی به‌صورت مجموعه‌ای معنی‌دار، قابل فهم، دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی همراه با این احساس که متعلق به جامعه است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم می‌داند. کییز ابعاد سلامت اجتماعی را با در نظر گرفتن الگوی سلامت مطرح می‌کند. در واقع مدل چندوجهی کییز از سلامت اجتماعی شامل پنج عنصر است که میزان کارکرد بهینه افراد را در عملکرد اجتماعیشان معلوم می‌کند. این پنج عنصر عبارتند از: یکپارچگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی.

سازوکار رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی: سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی متوجه کیفیت ارتباط فرد با جامعه است. در خصوص رابطه دو متغیر سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی دو دیدگاه متفاوت وجود دارد: دیدگاه استقلال مفهومی که استقلال رابطه بین این دو متغیر را در نظر دارد و دوم، دیدگاه تلفیق مفهومی است که به رابطه تلفیقی بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی می‌پردازد.

دیدگاه استقلال مفهومی: بنابراین دیدگاه، فضای مفهومی بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی از هم جدا فرض می‌شود و در اغلب تحقیقات سعی می‌شود از سرمایه اجتماعی به‌عنوان متغیری مستقل استفاده شود. در این قبیل تحقیقات سرمایه اجتماعی عامل و موجد سلامت به‌حساب می‌آید که بر سلامت فردی و کیفیت زندگی می‌افزاید، حتی برخی جامعه‌شناسان معتقدند که سرمایه اجتماعی سلامت گروهی و جمعی را نیز ارتقا می‌دهد. تاثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت فردی از چند طریق است: انتقال اطلاعات بهداشتی، سازوکار کمک و حمایت متقابل، ارتقا رفتارهای بهداشتی، اثر بافرینگ.

دیدگاه تلفیق مفهومی: در این دیدگاه سنجش سرمایه اجتماعی تلفیقی است از نوعی سرمایه اجتماعی فردی و سرمایه جمعی. سرمایه فردی همان ویژگی‌های روان‌شناختی فرد است که بستر پیشارفتاری مناسبی برای تعاملات او فراهم می‌کند. سرمایه جمعی نیز اشاره به روابط متقابل، اعتماد و هنجارهای بده‌بستانی دارد که افراد را در جامعه حفظ و نگهداری می‌کند. در نظریه‌های مرتبط با این دیدگاه به نوعی سلامت اجتماعی را در سلامت روان‌شناختی و شخصیت فرد جستجو می‌کند. در این دیدگاه رویکرد کییز قرار می‌گیرد که مدنظر تحقیق حاضر است. کییز سلامت را با رویکرد جامعه محورانه تعریف می‌کند. از نظر او سلامت اجتماعی در برگیرنده ارزیابی فرد از محیط و کارکرد خود او در جامعه است.[٩]

او برای زندگی عمومی انسان‌ها منفعت‌هایی

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-13]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.1.2.5]

بـر می‌شـمارد کـه از آن میـان می‌تـوان به یکپارچگی اجتماعی، وفاق، احسـاس تعلق، همبسـتگی و وابسـتگی متقابـل، احسـاس آگاهی مشـترک و سرنوشـت جمعی اشاره کرد. این منافـع چارچوبی برای ارایه تعریفی اجتماعی از سـلامت در اختیـار می‌گذارد. به‌عبارت دیگر، ارزیابی ذهنی فرد ریشـه در جامعـه و کارکردهای محیطی دارد. او برخی از عوامل سـاختاری-اجتماعی مانند سـن، جنسـیت و پایگاه اجتماعی و اقتصادی را بر گرایش‌هـا و نگرش‌های فردی موثر می‌داند. کییـز می‌خواهد نشـان دهد شـاخص‌های سـلامت اجتماعی او، اگرچه نوعی ارزیابی فردی و روان‌شناختی‌اند، اما، ریشه در شرایط اجتماعی دارند و دقیقا از این حیث است که شاخص‌های کییز را می‌توان بعد سـرمایه روان‌شناختی سـرمایه اجتماعی دانست. در واقع، سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه، یا همان جامعه‌پذیری، اشاره دارد. سلامت اجتماعی بر ابعادی از سلامت تاکید دارد که به ارتباط فرد با دیگر افراد با جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند مربوط اسـت. بنابراین سـلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمانی و روانی یکی از سـه رکن تشکیل دهنده سـلامت عمومی جامعه است. در واقع، زمانی می‌توان شـخص را واجد سلامت اجتماعی دانست که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی پیوند و ارتباط برقرار کند.[۱۰]

در این مقاله با در نظر داشـتن رویکرد کییز، اشتراک و همپوشانی دو مفهوم سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی در سطح میانه و خرد فردی به‌عنوان نظریه مرکزی در نظر گرفته شده است.

روش

این مطالعه به روش مرور سیسـتماتیک انجام شد و در آن مطالعاتی مورد توجه قرار گرفتند که مداخلات مربوط به ارتقای سلامت اجتماعی و مولفه‌های آن را مورد ارزیابی قرار داده بودند. جامعه‌آماری در این مطالعه کلیه اسناد مربوط به سلامت اجتماعی بودند. اسـنادی که در این مطالعه به‌صورت سیسـتماتیک مرور شـدند، عبارت بودند از: اسـنادی که افراد مقیم سـکونتگاه‌های غیررسـمی را مورد توجه قرار داده بودند، در آن‌ها ارتقای سلامت اجتماعی یا مولفه‌های آن به‌عنوان همه یا یکی از ابعاد مهم مداخله مورد توجه قرار گرفته بود، در آن‌ها گروه مداخله با گروه کنترل و یا گروه مداخله‌نما مورد مقایسه قرار گرفته بود. یا وضعیت یک گروه قبل و بعد از مداخله مقایسـه شده بود، محیط اجتماعی و همسایگی در آن‌ها به‌عنوان محیـط اصلـی مداخله یا ارزیابی در نظر گرفته شـده بود، در آن‌ها نتایج اولیه یا نتایج ثانویه گزارش شـده بود و به یکی از روش‌های متاآنالیز، مرور سیستماتیک، RCT،CT، مطالعات طولی و کیس-کنترل انجام شده بودند.

جسـتجو در پایگاه‌های Scopus، ISI web of sciences، PubMed، ScienceDirect، Google scholar و سـایت سـازمان‌ها و موسسـات مرتبط مانند ILO، World Bank، WHO، Legatum، UNDP با کلیدواژه‌های Social Health، Social Capital، Social Responsibility، Trust، Attitude، Social Support، Family Relationship، Social Participation، Social Security، Spirituality، Political Participation، Social Well-being، Prosocial Behaviour، Prosocial Behavior، Mistrust، Distrust، Social Commitment، Family Cohesion، Perceived Social Support، Societal Security، Voluntary Volunteer، Feer of Crime صـورت گرفت. کلیدواژه‌های سـلامت اجتماعی، سـرمایه اجتماعی، مسـوولیت اجتماعی، اعتماد، حمایت اجتماعی، روابط خانوادگی، مشـارکت اجتماعی، امنیت اجتماعی معنویت، قانونمندی، مشارکت سیاسی، بهزیسـتی اجتماعی، آسـایش اجتماعی، رفتار نوع دوسـتانه، رفتار خیرخواهانه، تعهد اجتماعی، عدم اعتماد، بی‌اعتمادی، انسـجام خانوادگی، داوطلب، داوطلبانه، ترس از جرم، ترس از قربانی شـدن نیز در بانک‌های اطلاعاتی داخلی مانند پایگاه اطلاعاتی علمی جهاد دانشـگاهی SID، پژوهشگاه اطلاعات و مدارک علمی ایران Irandoc، پایگاه مجلات تخصصی نور Noormags و بانک اطلاعات نشـریات کشـور Magiran و انجمن جامعه‌شناسی ایران انجام شد. جستجو در مورد اسناد منتشر شده از سال ۲۰۰۰ تا کنون به زبان فارسی و انگلیسی صورت گرفت.

در SID، UNDP، World Bank، WHO، ILO و Irandoc امکان سینتکس نویسی وجود نداشت و جستجوی پیشرفته به‌صورت بسیار محدودی می‌توانست انجام گیرد. از این رو در این پایگاه‌ها کلیدواژه‌ها به‌صورت جداگانه جستجو شدند. امکان جسـتجوی پیشـرفته در Google Scholar وجود نداشـت. نتایج جسـتجو در این پایگاه یا با سایر پایگاه‌هایی که

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-13]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.1.2.5]

امکان جستجوی پیشرفته داشتند، تکراری بودند یا به‌طور قابل توجهی بی‌ارتباط با موضوع پژوهش بودند. به همین دلیل تیم پژوهش جستجو در این پایگاه داده را متوقف نمود. همچنین به‌دلیل تکراری بودن اسناد با سایر پایگاه‌های فارسی و همچنین دقیق نبودن نوع یافته‌ها با توجه به محدودیت در سرچ یافته‌ها پایگاه مجلات تخصصی نور، بانک اطلاعات نشریات کشور و انجمن جامعه‌شناسی ایران تیم پژوهش جستجو در این پایگاه‌ها را متوقف نمود. در عین حال باتوجه به اینکه در پایگاه Legatum اسناد فاقد مطالعات اثربخشی و مداخله‌ای بودند، این پایگاه نیز از جستجو حذف شد. جزییات بیشتر در مورد چگونگی جستجوی منابع در جدول شماره یک آورده شده است.

مشخصات کلیه اسناد به‌دست آمده در جستجوی اولیه وارد اندنوت شد و اسناد تکراری با استفاده از این نرم افزار حذف شدند. سپس چکیده اسناد باقی مانده مرور شدند و بر اساس میزان ارتباط با پژوهش با امتیاز یک، کاملا بی‌ارتباط تا پنج، کاملا مرتبط رتبه‌بندی شدند. متن کامل اسنادی که امتیاز چهار و پنج گرفته بودند در مرحله بعدی مرور شد. در این مرحله کیفیت سند مورد ارزیابی قرار گرفت و در صورتی که سند واجد معیارهای مورد نظر در این مطالعه بود، اطلاعات آن استخراج گردید.

یافته ها

پس از بررسی معیارهای ورود و ارزیابی کیفیت مطالعات در مجموع چهل و یک سند شامل مقاله و پروژه وارد مطالعه شد. زنان در بیش از نود درصد مداخلات به‌عنوان گروه اصلی یا یکی از گروه‌های اصلی شرکت‌کننده در نظر گرفته شده بودند. در بیش از هفتاد و پنج درصد مداخلات شرایط برای مشارکت زنان و مردان فراهم شده بود. حضور زنان در کنار مردان به‌خصوص در جوامعی که مشارکت زنان بسیار کم است به‌عنوان یک عامل تاثیرگذار برای افزایش مشارکت زنان و همچنین برابری جنسیتی تلقی می‌شود.

گروه هدف در مداخله‌های انجام شده در بیشتر موارد دانش‌آموزان بودند. به‌نظر می‌رسد دانش‌آموزان به دو دلیل با اولویت به‌عنوان گروه هدف در نظر گرفته شده بودند. یک: تمرکز بر مداخلات پیشگیرانه که بی‌تردید اجرای این مداخلات در مورد کودکان و نوجوانان می‌توانند در بلند مدت هزینه اثربخشی بیشتری داشته باشند. دو: دسترسی آسانتر به دانش‌آموزان در مدارس. نکته قابل توجه این بود که ارتقای مولفه‌های سلامت اجتماعی در میان افراد زیر هجده سال با اولویت در بیش از شصت و پنج درصد اسناد مورد مطالعه مد نظر قرار گرفته بود. گروه هدف مداخلات در حدود سی درصد از اسناد از سنین مختلف بودند و در کنار بزرگسالان معمولا به نوجوانان نیز امکان مشارکت در مداخله داده می‌شد.

پروژه‌هایی که با هدف توسعه اقتصادی اجرا شده بودند، گروه‌های هدف بیش از شصت هزار نفر را گزارش نموده بودند. در واقع در این پروژه‌ها مداخله به‌طور همزمان در چندین منطقه به اجرا در آمده بود. بیشتر اسناد مداخله‌هایی را در مورد جمعیت‌های زیر سیصد و پنجاه نفر اجرا کرده و اثر مداخله را ارزیابی نموده بودند.

دانش‌آموزان مهمترین گروه هدف و مدارس مهمترین محیط مداخله در نظر گرفته شده بودند. بیش از هشتاد درصد مداخلات در محیط‌های سازمان یافته به اجرا در آمده بودند. حتی در مواردی که اجتماع محلی به‌عنوان محیط اصلی مداخله در نظر گرفته شده بود، بخشی از زمان اجرای پروژه به سازماندهی مردم اختصاص داده شده بود. به‌عنوان مثال مردم در اجتماع محلی برای راه اندازی سازمان‌های اجتماع محورCBO توسط محلی‌ها و ثبت آن ترغیب شده بودند و سپس کسانی که در CBOها ثبت نام کرده و به فعالیت پرداخته بودند، به‌عنوان شرکت‌کنندگان اصلی مداخله در نظر گرفته شده بودند. یا در مورد دیگر تشکیل تیم‌های محلی که با توافق اعضای تیم محلی قوانین درون گروهی در آن‌ها به اجرا در می‌آمد، نوعی سازمان دهی را برای اجرای مداخله فراهم نموده بود.

اغلب مداخله‌ها در کمتر از سه ماه به اجرا در آمده بودند. اجرای برخی از آن‌ها فقط چند ساعت زمان لازم داشت و پژوهش‌ها نشان داده بودند که مداخله‌های کوتاه مدت توانسته بودند بر مولفه‌های سلامت اجتماعی اثر مثبتی بگذارند و آن‌ها را ارتقا دهند. برای اجرای پروژه‌هایی که برای گروه‌های هدف بیش از پنجاه هزار نفر در اجتماع‌های محلی توسط سازمان‌های دولتی یا بین المللی به اجرا در آمده بودند، بیش از یک سال زمان در نظر گرفته شده بود.

در بیش از شصت و پنج درصد موارد کارشناسان اجرای مداخله را به‌عهده داشتند. در مواردی که در پروژه مشارکت

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-13]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.1.2.5]

جدول(۲) ویژگی‌های مداخله‌های موثر بر سلامت و سرمایه اجتماعی در مرور سیستماتیک

ویژگی‌های مداخله‌ها		فراوانی	درصد
منطقه جغرافیایی که مداخله در آن اجرا شده است	ایران	۹	۲۲/۰
	آمریکای شمالی	۱۱	۲۶/۸
	آمریکای جنوبی	۴	۹/۸
	اروپا	۸	۱۹/۵
	آسیا	۳	۷/۳
	سایر (مانند اوگاندا و نیوزیلند)	۶	۱۴/۶
جنسیت شرکت‌کنندگان در مداخله	مونث	۶	۱۴/۶
	مذکر	۴	۹/۸
	مونث و مذکر	۳۱	۷۵/۶
شرکت‌کنندگان در مداخله	دانش‌آموزان	۲۳	۵۶/۱
	جمعیت عمومی	۴	۹/۸
	افراد کم توان و سالمندان	۳	۷/۳
	سایر (مانند والدین و کودکان زیر ۸ سال)	۱۱	۲۶/۸
سن شرکت‌کنندگان در مداخله	زیر هجده سال	۲۷	۶۵/۹
	بیست و شش سال و بیشتر	۲	۴/۹
	ترکیب‌های مختلف سنی	۱۲	۲۹/۳
تعداد شرکت‌کنندگان در مداخله	۶۰ نفر و کمتر	۱۱	۲۶/۸
	بین شصت تا سیصد و پنجاه نفر	۱۹	۴۶/۳
	سیصد و پنجاه و یک نفر و بیشتر	۱۱	۲۶/۸
محیط مداخله	اجتماع محلی	۶	۱۴/۶
	مدرسه	۲۳	۵۶/۱
	سایر (مانند موسسات)	۱۲	۲۹/۳
مدت مداخله	کمتر از سه ماه	۲۱	۵۱/۲
	سه تا دوازده ماه	۷	۱۷/۱
	بیش از دوازده ماه	۶	۱۴/۶
	گزارش نشده است	۷	۱۷/۱
روش مطالعه	کارآزمایی بالینی/اجتماعی	۳۷	۹۰/۲
	مطالعه هزینه اثربخشی	۴	۹/۸
روش نمونه گیری	تمام شماری	۸	۱۹/۵
	در دسترس	۸	۱۹/۵
	تصادفی	۱۴	۳۴/۱
	گزارش نشده است	۱۱	۲۶/۸
مجری مداخله	کارشناس	۲۷	۶۵/۹
	تسهیلگران و آموزشگران محلی	۳	۷/۳
	کارشناسان و همتایان	۱	۲/۴
	کارشناس و تسهیلگران و آموزشگران محلی	۷	۱۷/۱
	گزارش نشده است	۳	۷/۳
هدف مداخله	توسعه اقتصادی (کاهش فقر و ...)	۴	۹/۸
	پیشگیری و کاهش خشونت	۷	۱۷/۱
	سلامت	۳	۷/۳
	مشارکت	۱	۲/۴
	برابری جنسیتی	۲	۴/۹
	ارتباط مؤثر	۱	۲/۴
	ادغام اجتماعی	۱۲	۲۹/۳
	نوع دوستی	۵	۱۲/۲
	حمایت اجتماعی ادراک شده	۲	۴/۹
	سرمایه اجتماعی	۱	۲/۴
	بهزیستی اجتماعی	۱	۲/۴
	کیفیت زندگی	۱	۲/۴
	فرزندپروری	۱	۲/۴
روش‌های به‌کار رفته در اجرای مداخله	سخنرانی	۲۸	۶۸/۳
	بحث گروهی	۲۷	۶۵/۹
	نمایش فیلم	۵	۱۲/۲
	قصه‌گویی	۷	۱۷/۱
	اجرای نمایش	۹	۲۲/۰
	فعالیت‌های گروهی فیزیکی	۳	۷/۳
	راه اندازی کسب و کارهای کوچک	۲	۴/۹
	پرداخت‌های مستقیم (وام یا بلاعوض)	۴	۹/۸
	توزیع بروشور، پمفلت، کتابچه و ... برای مطالعه	۵	۱۲/۲

جدول(۱) مشخصات اسناد بررسی شده در مرور سیستماتیک

ردیف/ نام مقاله-پروژه/ نویسنده-نویسندگان/ سال انتشار/ ناشر | No\Article title\ Author(s)\ Publish Year\ Publisher

1\ Can economic assets increase girls' risk of sexual harassment? Evaluation results from a social, health and economic asset-building intervention for vulnerable adolescent girls in Uganda\ Austrian, Karen, and Eunice Muthengi\ 2014\ Children and youth services review(11)

2\ A theater intervention to prevent teen dating violence for Mexican-American middle school students\ Ruth Ann Belknap, Kristin Haglund, Holly Felzer, Jessica Pruszynski, and John Schneider\ 2013\ Journal of adolescent health(12)

3\ Evaluation of an educational, theater-based intervention on attitudes toward organ donation in Risaralda, Colombia\ Buitrago Julianaab, Gómez Sandrab, Guerra Alvaroab, Lucumí Leidya, Romero Césara, Sánchez Julioa.\ 2013\ Colombia Médica(13)

٤/ ارتقا آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در بهداشت جسمی بلوغ با آموزش مبتنی بر گروه همسالان دختر/ ملیحه نوری سیستانی، عفت السادات مرقاتی خوئی، محمد حسین نقدیسی/ ۱۳۸۸/ مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل(١٤)

٥/ اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر روش همسان بر میزان آگاهی، نگرش و قصد رفتاری مرتبط با ایدز در دانش آموزان دختر دبیرستان های منطقه ١٤ شهر تهران/ بابازاده، توحید زیبایی، نیره شعبانی، لیلی مرادی، فاطمه/ ۱۳۹٤/ مجله آموزش و سلامت جامعه(١٥)

۶/ اثربخشی آموزش بهداشت روانی بر حمایت اجتماعی دوستان دانش‌آموزان پسر پایه سوم راهنمایی منطقه علا مرودشت/ روح‌اله زارع. لادن معین، سوسن سیامی/ ۱۳۹۱/ دانشگاه پیام نور تهران(۱۶)

۷/ بررسی اثربخشی مداخله مددکاری گروهی با رویکرد توانمند سازی بر افزایش کیفیت زندگی و مشارکت اجتماعی سالمندان/ فاطمه سلیمانی، حمیده عادلیان راسی، رمضانعلی قادری و سمانه حسین زاده/ ۱۳۹۵/ دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی(۱۷)

۸/ بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر مشارکت اجتماعی معلولین جسمی و حرکتی/ پریا پورحسین هندآباد، مصطفی اقلیما و ملیحه عرشی/ ۱۳۹۵/ دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی(۱۸)

9\ "Coaching boys into men": A cluster-randomized controlled trial of a dating violence prevention program\ Elizabeth Miller, Daniel J. Tancredi, Heather L. McCauley, Michele R. Decker, Maria Catrina D. Virata,Heather A. Andersona, Nicholas Stetkevich, Ernest W. Browne, Feroz Moideen, and Jay G. Silverman\ 2012\ Journal of adolescent health(19)

10\ Learning about domestic violence: young people's responses to a healthy relationships program\ Jo Bell and Nicky Stanley\ 2006\ Sex education(20)

11\ Middle school youth: Satisfaction with and responses to a dating violence and sexual assault prevention program\ Nada Elias-Lambert, Beverly Black, and Yasoda Sharma\ 2010\ Journal of school violence(21)

12\ Does youth relationship education continue to work after a high school class? A longitudinal study*\ Scott P.Gardner Rila Boellaar\ 2007\ Family relation(22)

13\ Evaluation of a gender based violence prevention program for student athletes in Mumbai, India\ Elizabeth Miller, Madhumita Das, Daniel J. Tancredi, Heather L. McCauley, Maria Catrina, D. Virata, Jasmine Nettiksimmons, Brian O'Connor, Sancheeta Ghosh, and Ravi Verma\ 2014\ Journal of interpersonal violence(23)

14\ Changing children's intergroup attitudes toward refugees: Testing different models of extended contact\ Lindsey Cameron, Adam Rutland, Rebecca Douch and Rupert Brown\ 2006\ Child Development(24)

15\ Learning social attitudes: Children's sensitivity to the nonverbal behaviors of adult models during interracial interactions\ Luigi Castelli, Cristina De Dea, Drew Nesdale\ 2008\ Learning social attitudes(25)

16\The impact of a prejudice-prevention television program on young children's ideas about race\ Anna Persson, Dara R. Musher-Eizenman\ 2003\ Early childhood research quarterly(26)

17\ Developing a more inclusive social identity: An elementary school intervention\ Melissa A. Houlette, Samuel L. Gaertner, Kelly M. Johnson, Brenda S. Banker, and Blake M. Riek\ 2004\ Journal of social issues(27)

18\ Consequences of learning about historical racism among European American and African American children\ Julie M. Hughes and Rebecca S. Bigler\ 2007\ Child development(28)

19\ The development of in-group favoritism: between social reality and group identity\ Maykel Verkuyten and Angela De Wolf\ 2007\ American psychological association(29)

20\ Changing negative attitudes towards persons with physical disabilities: An experimental intervention\ Barbara Krahé\ 2006\ Journal of community & applied social psychology(30)

21\ Effects of a special olympics unified sports soccer program on psycho-social attributes of youth with and without intellectual disability\ D. Ozer b , F. Baran a , A. Aktop a , S. Nalbant a , E. Aglamış, a , Y. Hutzler C,\ 2012\ Research in developmental disabilities(31)

22\ Promoting the social acceptance of young children with moderate–severe intellectual disabilities using cooperative-learning techniques\ Maureen Piercy, Keri Wilton, and Michael Townsend\ 2002\ American journal on mental retardation(32)

23\ An evaluation of the kids are kids disability awareness program: Increasing social inclusion among children with physical disabilities\ Wendy Tavares\ 2011\ Journal of social work in disability & rehabilitation(33)

24\ Extended contact through story reading in school: Reducing children's prejudice toward the disabled\ Lindsey Cameron and Adam Rutland\ 2006\ Journal of social issues(34)

25\ Promoting children's positive intergroup attitudes towards stigmatized groups: Extended contact and multiple classification skills training\ Lindsey Cameron and Adam Rutland\ 2007\ International journal of behavioral development(35)

26\ The use of puppets with elementary school children in reducing stigmatizing attitudes towards mental illness\ Nancy Pitre, Sandra Stewart, Susan Adams, Terry Bedard, & Suzette Landry\ 2007\ Journal of mental health(36)

۲۷/ بررسی تاثیر سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان در مراحل یک و دو در استان چهارمحال و بختیاری/ سیده محبوبه حسینی، میرطاهر موسوی، حسن رفیعی و پوریا رضا سلطانی/ ۱۳۹۲/ دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی(۳۷)

۲۸/ تاثیر آموزش مهارت های ارتباطی بر بهزیستی اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای کودک با معلولیت ذهنی/ مهدی طاهرخانی، آتینا باغدا ساریانس، فاطمه گلشنی/ ۱۳۹۵/ دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی(۳۸)

29\ INFOSA intervention for caregivers of the elderly, an experimental study\ Zabalegui, Adelaida Galisteo, Maria Navarro, Maria Montserrat Cabrera, Esther\ 2016\ Geriatric nursing(39)

۳۰/ کاربرد عملی مهارتهای ارتباط صمیمانه PAIRSو اثربخشی آن بر کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده زوجین در انتظار فرزند/ مریم خدادادی، سیدعلی کیمیایی و زهره سپهری شاملو/ ۱۳۹۰/ دانشگاه فردوسی مشهد. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی(٤٠)

۳۱/ اثربخشی آموزش تلفیقی مدیریت زمان و شیوه‌های مقابله با استرس به شیوه گروهی بر انسجام خانوادگی و کیفیت زندگی کاری/ صبا مزارعی، ژاله رفاهی، سیامک سامانی/ ۱۳۹۰/ دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت(٤١)

32\ Positive peer group interventions: An alternative to individualized interventions for promoting prosocial behavior in potentially disaffected youth\ McLoughlin, C. S.\ 2009\ Electronic journal of research in educational psychology(42)

33\ Positive effects of promoting prosocial behavior in early adolescence: Evidence from a school-based intervention\ Caprara G.V., Kanacri B.P.L., Gerbino M., Zuffianò A., Alessandri G., Vecchio G., Caprara E., Pastorelli C. and Bridglall B.\ 2014\ International journal of behavioral development(43)

34\ Enhancing resiliency and promoting prosocial behavior among Tanzanian primary-school students: A school-based intervention\ Berger R., Benatov J., Cuadros R., VanNattan J. and Gelkopf M.\ 2018\ Transcultural psychiatry(44)

35\ Do reinforcement and induction increase prosocial behavior? Results of a teacher-based intervention in preschools\ Ramaswamy V. and Bergin C.\ 2009\ Journal of research in childhood education(45)

36\ Intervention effectiveness of the incredible years: New insights into sociodemographic and intervention-based moderators\ Weeland Joyce, Chhangur Rabia R., van der Giessen Danielle, Matthys Walter, de Castro Bram Orobio and Overbeek Geertjan\ 2017\ Behaviort therapy(46)

37\ Making schools safe: A system-wide school intervention to increase student prosocial behaviors and enhance school climate\ Kilian J.M., Fish M.C. and Maniago E.B.\ 2006\ Journal of applied school psychology(47)

38\ Ecuador poverty reduction and local rural development (prolocal)\ -\ 2008\ World Bank(48)

39\ Socioeconomic empowerment of adolescent girls & young women India 2016\ -\ 2016\ World Bank(49)

40\ Bahia poor urban areas integrated development project Brazil 2014\ -\ 2014\ World Bank(50)

41\ Family strengthening and social capital promotion Argentina 2007\ -\2007\ World Bank(51)

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-13]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.1.2.5]

همتایان یا تسهیلگران و آموزشگران محلی نیز پیش‌بینی شده بود، این افراد به تیم کارشناسان پیوسته بودند و بخشی از مداخله را اجرا کرده بودند. در صورتی که همکاری همتایان یا تسهیلگران و آموزشگران محلی در اجرای مداخله پیش‌بینی شده بود، قبل از اجرای مداخله، تیم کارشناسان به آموزش همتایان یا تسهیلگران و آموزشگران محلی پرداخته بودند. ارتقای سلامت اجتماعی به مفهوم جامع آن در دستور کار هیچ یک از مداخلاتی که مرور شد، قرار نگرفته بود اما برخی از مولفه‌های سلامت اجتماعی به‌عنوان هدف اصلی در اغلب مداخلات مد نظر قرار گرفته بود. در مواردی که هدف اصلی به‌طور مستقیم سلامت اجتماعی یا مولفه‌های آن نبود، به‌طور همزمان اهدافی که به ارتقای سلامت اجتماعی مرتبط می‌شدند نیز در دستور کار تیم مجری قرار گرفته بود.

برخی از مداخلات از بیش از یکی از روش‌های اشاره شده در این جدول استفاده کرده بودند. سخنرانی و بحث گروهی شایعترین روش به‌کار گرفته شده در این مداخلات بودند. روش‌هایی مانند راه اندازی کسب و کارهای کوچک و پرداخت مستقیم مانند پرداخت وام یا کمک بلاعوض به‌طور ویژه برای بزرگسالان استفاده شده بودند. در برخی از پروژه‌ها اجرای نمایش به شکل حرفه‌ای یا نیمه‌حرفه‌ای به‌عنوان روشی برای برقرار کردن ارتباط با مخاطب‌ها و تغییر نگرش آن‌ها به‌کار گرفته شده بود. در برخی مداخلات نیز ایفای نقش به‌عنوان یک تکنیک برای آموزش شرکت‌کنندگان مورد استفاده قرار گرفته بود. تئاتر ستمدیدگان در یکی از مداخلات به‌عنوان روش اصلی به‌کار گرفته شده بود.

نمایش فیلم به‌خصوص در مداخلاتی که ویژه کودکان اجرا شده بود مورد توجه قرار گرفته بودند. کلیه فیلم‌هایی که در مداخلات مرور شده برای شرکت‌کنندگان نمایش داده شده بودند، در دسته فیلم‌های کوتاه قرار می‌گرفتند. برخی از این فیلم‌ها حتی کمتر از یک دقیقه بودند. معمولا محتوای فیلم به‌عنوان دستمایه اصلی برای بحث گروهی مد نظر قرار می‌گرفت. سایر فعالیت‌ها مانند فعالیت‌های گروهی ورزشی به‌عنوان یکی از روش‌ها در کارگروهی و مشارکت افراد به‌کار گرفته شده بود.

توزیع بروشور، پمفلت و کتاب فقط در پنج مداخله و در همه موارد نیز در کنار سایر روش‌ها انجام شده بود. به‌عبارت دیگر این روش به‌عنوان یک روش که به تنهایی می‌تواند بر آگاهی، نگرش یا رفتار افراد تاثیرگذار باشد، در نظر گرفته نشده بود.

بحث و نتیجه گیری

اغلب مداخلات در محیط‌های سازمان یافته داخل محلات و به‌عنوان عضو لاینفک محله و شبکه درونی آن به اجرا در آمده بودند و مدرسه یکی از محیط‌های محله بودند که با اولویت مورد توجه مجریان مداخلات قرار گرفته بود. حتی در مواردی که اجتماع محلی به‌عنوان محیط اصلی مداخله در نظر گرفته شده بود، بخشی از زمان اجرای پروژه به سازماندهی مردم اختصاص داده شده بود. به‌عنوان مثال مردم در اجتماع محلی برای راه اندازی سازمان‌های اجتماع محورCBO توسط محلی‌ها و ثبت آن ترغیب شده بودند و سپس کسانی که در CBOها ثبت نام کرده و به فعالیت پرداخته بودند، به‌عنوان شرکت‌کنندگان اصلی مداخله در نظر گرفته شده بودند. به این ترتیب به‌نظر می‌رسد در طراحی مداخله به‌منظور ارتقای سلامت اجتماعی لازم است محیط‌هایی که از پیش افراد در آن‌ها سازماندهی شده‌اند شناسایی شوند و یا در صورتی که چنین محیط‌هایی وجود ندارند، یک گام در مداخله به سازماندهی گروه هدف اختصاص داده شود.

زنان و مردان در مداخلات مورد توجه قرار گرفته بودند و توجه خاصی به مداخله در مورد کودکان، نوجوانان و جوانان صورت گرفته بود. در برخی موارد مداخلات ویژه‌ای مربوط به گروه‌های اقلیت که با طرد اجتماعی مواجه بودند مانند افراد کم توان، مهاجران و پناهندگان، انجام گرفته بود. در این مداخلات علاوه بر اینکه گروه‌های طرد شده مشارکت داشتند، بخشی از مداخله به تغییر رفتار گروه اکثریت پرداخته بود.

سخنرانی و بحث گروهی، راه‌اندازی کسب و کارهای کوچک و پرداخت مستقیم مانند پرداخت وام یا کمک بلاعوض، اجرای نمایش به شکل حرفه‌ای یا نیمه‌حرفه‌ای، ایفای نقش، نمایش فیلم‌های کوتاه، فعالیت‌های گروهی ورزشی و توزیع بروشور، پمفلت و کتاب روش‌هایی بودند که در مداخلات به‌کار گرفته شده بودند. معمولا ترکیبی از این روش‌ها در یک

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-13]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.1.2.5]

مداخله مورد استفاده قرار گرفته بود. تقریبا همه تکنیک‌ها در قالب مداخلات گروهی قابل اجرا هستند و در صورتی که تکنیک اولیه مبتنی بر فرد بود مانند توزیع بروشور، تکنیک‌های گروهی دیگری در مداخله به‌کار گرفته شده بود. در اغلب مداخلات یکی از مولفه‌های سلامت اجتماعی مد نظر قرار داشت به‌عنوان برابری به‌خصوص برابری جنسیتی و عدم تبعیض، پیشگیری و کاهش خشونت، ارتباط موثر، ادغام اجتماعی، رفتار نوع دوستانه و خیرخواهانه، حمایت اجتماعی ادراک شده، بهزیستی اجتماعی، کیفیت زندگی و فرزندپروری از جمله مواردی بودند که ارتقای آن‌ها در مداخلات به‌عنوان هدف مورد توجه قرار گرفته بود.

ارتقای سلامت اجتماعی در تعدادی از مداخلات به‌عنوان هدف جانبی در نظر گرفته شده بود. به‌خصوص در اجتماع‌های محلی که فقر اقتصادی یکی از مشکلات مهم آن‌ها است، هدف اصلی مداخله توسعه اقتصادی در نظر گرفته شده بود اما در کنار آن طراحان مداخله به تقویت مولفه‌های موثر بر سلامت اجتماعی نیز به‌طور ویژه توجه نموده بودند. به‌نظر می‌رسد مداخله در گروه‌ها و جوامعی که نیازهای پایه آن‌ها پاسخ داده نشده است مانند جوامعی که از فقر شدید رنج می‌برند، مداخلاتی که به نیازهای ارتقا یافته‌تر مرتبط می‌شوند، به تنهایی نمی‌توانند قابل اجرا و تاثیرگذار باشند. مداخلاتی که برای پاسخ دادن به نیازهای پایه طراحی می‌شوند، می‌توانند با استفاده از روش‌های مشارکتی زمینه را برای ارتقای سلامت اجتماعی فراهم کنند و حتی ارایه بخشی از خدمات را منوط به اجرای پروژه‌های ارتقا دهنده سلامت اجتماعی نمایند.

در مداخلاتی که برای گروه‌های جمعیتی بزرگ اجرا شده و برای اجرا مداخله به سازماندهی گروه هدف پرداخته بودند، زمان بیشتری برای اجرا در نظر گرفته بود. مداخلات کوتاه مدت کمتر از سه ماه معمولا برای گروه‌های کوچک و برای دستیابی به یک هدف بسیار خاص طراحی و اجرا شده بودند. بی‌تردید در صورتی که در مداخله‌ای که به‌منظور ارتقای سلامت اجتماعی طراحی می‌شود، مولفه‌های مختلف سلامت اجتماعی به‌طور همزمان در نظر گرفته شوند، مداخله از نوع میان مدت یا بلند مدت خواهد بود.

در اغلب مداخلات به‌طور مستقیم توسط کارشناسان اجرا شده بود و در صورتی که بخشی از مداخله توسط تسهیلگران محلی یا همتایان انجام شده بود، فعالیت‌های آن‌ها تحت نظارت و سرپرستی کارشناسان صورت گرفته بود. در صورتی که مشارکت تسهیلگران محلی یا همتایان در مداخله پیش‌بینی شده بود، یک مرحله در مداخله به‌طور ویژه به آموزش آن‌ها اختصاص یافته بود.

محدودیت‌ها: محدودیت‌های مختلفی برای اجرای مداخلاتی که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم بر مولفه‌های سلامت اجتماعی تاثیر داشتند، گزارش شده بود. یکی از مهمترین چالش‌های مجریان مداخلات اشکال در ابزار و یا نحوه جمع‌آوری اطلاعات برای ارزشیابی دستاوردهای مداخله بود. مجریان برخی پژوهش‌ها معتقد بودند اگرچه ابزارها بهترین ابزار موجود برای ارزشیابی دستاوردهای مداخله بودند اما ممکن است تمامی ابعاد را به درستی نسنجیده باشند. ارزشیابی تاثیر مداخله‌ای که برای ارتقای سلامت اجتماعی طراحی خواهد شد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و انتخاب ابزارهای مناسب که روایی و پایایی آن‌ها در جامعه هدف بررسی شده باشند، می‌تواند چالش‌های ارزشیابی را به حداقل برساند.

در بسیاری از مطالعات به این نکته اشاره شده بود که مداخلات آن‌ها نمی‌توانند عینا در سایر جوامع و با متن فرهنگی متفاوت مورد استفاده قرار بگیرند و هنگام اجرای بسته‌های مداخله لازم است به ملاحظات فرهنگی و اجتماعی آن‌ها توجه ویژه مبذول گردد.

منابع

References:

1. Bourdieu P. Le capital social: notes provisoires. Actes de la recherche en sciences sociales. 1980;31(1):2-3.
2. Coleman J. Foundations of social theory. Cambridge, MA. Belknap Press of Harvard University press. 1990.
3. Putnam R. The prosperous community: Social capital and public life. The american prospect.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.1.2.5]

1993;13(Spring), Vol. 4. Available online: http://www. prospect. org/print/vol/13 (accessed 7 April 2003).
4. Bickenbach J. WHO's definition of health: Philosophical analysis. The Handbook of the philosophy of medicine schramme, T & Edwards, S(Eds). 2017:961-974.
5. Keyes CL, Shapiro AD. Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. How healthy are we. 2004;15(3):350-372.
6. Mousavi M, Shiani M. Social capital and social health; Concepts and aproaches. Tehran: Agah; 2015.
7. Narayan D, Cassidy MF. A dimensional approach to measuring social capital: Development and validation of a social capital inventory. Current sociology. 2001;49(2):59-102.
8. Keyes CLM, Ryff CD. Generativity in adult lives: Social structural contours and quality of life consequences. 1998.
9. Keyes CL. Complete mental health: An agenda for the 21st century. 2003.
10. Fadaei-Mehrabani M. Civilization, media and social health. Communication research. 2007;49.
11. Austrian K, Muthengi E. Can economic assets increase girls' risk of sexual harassment? Evaluation results from a social, health and economic asset-building intervention for vulnerable adolescent girls in Uganda. Children and youth services review. 2014;47:168-175.
12. Belknap RA, Haglund K, Felzer H, Pruszynski J, Schneider J. A theater intervention to prevent teen dating violence for Mexican-American middle school students. Journal of adolescent health. 2013;53(1):62-67.
13. Buitrago J, Gómez S, Guerra A, Lucumí L, Romero C, Sánchez J. Evaluation of an educational, theater-based intervention on attitudes toward organ donation in Risaralda, Colombia. Colombia Médica. 2013;44(1):37-41.
14. Sistani N, Khoi M, Taghdisi M. Promoting knowledge, attitude and practices (KAP) of the mothers in their girls' pubertal health based on peer education approach. Journal of Babol University of medical sciences. 2010;11(6):33-39. [Persian]
15. Babazadeh T, Zibaee N, Shabani L, Moradi F. Educational intervention and knowledge, attitude and behavioral intention related to hiv/aids in high school female students of Tehran, Iran. Journal of education and community health, 2016;2(3):19-27. [Persian]
16. Zare R, Moein L, Sahami S. Effectiveness of mental health education on male juniur students' social support in Ala Area of Marvdasht. (Dissertation) Marvdasht: Azad University; 2012. [Persian]
17. Soleimani F, Adelyan H, Ghaderi R, Hosseinzadeh S. Assessing the effect of social group work intervention based on empowerment on quality of life and social participation among older people. Tehran: University of social welfare and rehabilitation siences; 2016. [Persian]
18. Pourhossein Hendabad P, Eghlima M, Arshi M, Taghinezhad Z. Effects of social skills training on social participation among physical and motor disabled people in educational complex charity, Raad center. Archives of rehabilitation. 2017;17(4):308-317. [Persian]
19. Miller E, Tancredi DJ, McCauley HL, Decker MR, Virata MCD, Anderson HA, et al. "Coaching boys into men": A cluster-randomized controlled trial of a dating violence prevention program. Journal of adolescent health. 2012;51(5):431-438.
20. Bell J, Stanley N. Learning about domestic violence: Young people's responses to a healthy relationships programme. Sex education. 2006;6(3):237-250.
21. Elias-Lambert N, Black B, Sharma Y. Middle school youth: Satisfaction with and responses to a dating violence and sexual assault prevention program. Journal of school violence. 2010;9(2):136-153.
22. Gardner SP, Boellaard R. Does youth relationship education continue to work after a high school class? A longitudinal study. Family relations. 2007;56(5):490-500.
23. Miller E, Das M, Tancredi DJ, McCauley HL, Virata MCD, Nettiksimmons J, et al. Evaluation of a gender-based violence prevention program for student athletes in Mumbai, India. Journal of interpersonal violence. 2014;29(4):758-778.
24. Cameron L, Rutland A, Brown R, Douch R. Changing children's intergroup attitudes toward refugees: Testing different models of extended contact. Child development. 2006;77(5):1208-1219.
25. Castelli L, De Dea C, Nesdale D. Learning social attitudes: Children's sensitivity to the nonverbal behaviors of adult models during interracial interactions. Personality and social psychology bulletin. 2008;34(11):1504-1513.
26. Persson A, Musher-Eizenman DR. The impact of a prejudice-prevention television program on young children's ideas about race. Early childhood research quarterly. 2003;18(4):530-546.
27. Houlette MA, Gaertner SL, Johnson KM, Banker BS, Riek BM, Dovidio JF. Developing a more inclusive social identity: An elementary school intervention. Journal of social issues. 2004;60(1):35-55.
28. Hughes JM, Bigler RS, Levy SR. Consequences of learning about historical racism among European American and African American children. Child development. 2007;78(6):1689-1705.
29. Verkuyten M, De Wolf A. The development of in-group favoritism: Between social reality and group identity. Developmental psychology. 2007;43(4):901.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-13]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.1.2.5]

30. Krahé B, Altwasser C. Changing negative attitudes towards persons with physical disabilities: An experimental intervention. Journal of community & applied social psychology. 2006;16(1):59-69.
31. Özer D, Baran F, Aktop A, Nalbant S, Ağlamış E, Hutzler Y. Effects of a special Olympics unified sports soccer program on psycho-social attributes of youth with and without intellectual disability. Research in developmental disabilities. 2012;33(1):229-239.
32. Piercy M, Wilton K, Townsend M. Promoting the social acceptance of young children with moderate–severe intellectual disabilities using cooperative-learning techniques. American journal on mental retardation. 2002;107(5):352-360.
33. Tavares W. An evaluation of the kids are kids disability awareness program: Increasing social inclusion among children with physical disabilities. Journal of social work in disability & rehabilitation. 2011;10(1):25-35.
34. Cameron L, Rutland A. Extended contact through story reading in school: Reducing children's prejudice toward the disabled. Journal of social issues. 2006;62(3):469-488.
35. Cameron L, Rutland A, Brown R. Promoting children's positive intergroup attitudes towards stigmatized groups: Extended contact and multiple classification skills training. International journal of behavioral development. 2007;31(5):454-466.
36. Pitre N, Stewart S, Adams S, Bedard T, Landry S. The use of puppets with elementary school children in reducing stigmatizing attitudes towards mental illness. Journal of mental health. 2007;16(3):415-29.
37. Hosseini M, Mousavi M, Rafiei H, Soltani P. Effects of social capital on quality of life of women who live with brest cancer (phases one and two) in Chaharmahal and Bakhtiari province. Tehran: University of social welfare and rehabilitation sciences 2013. [Persian]
38. Taherkhani M, Baghdasarians A, Golshani F. Effectiveness of relationship skill training on psychosocial well-being of mothers who have mental disorder children. Tehran: Azad University; 2016. [Persian]
39. Zabalegui A, Galisteo M, Navarro MM, Cabrera E. INFOSA intervention for caregivers of the elderly, an experimental study. Geriatric nursing. 2016;37(6):426-433.
40. Khodadadi M. The practical application of intimate relationship skills (PAIRS) program and its effectiveness on quality of life and perceived social support in couples expecting a child. Mashhad medical science university journal. 2011;4:33-38.
41. Mazarei S, Refahi Z, Samani S. The effectiveness of integrated time management training and methods of coping with stress in group on family cohesion and quality of working life. Marvdasht: Azad University; 2011. [Persian]
42. Mcloughlin CS. Positive peer group interventions: An alternative to individualized interventions for promoting prosocial behavior in potentially disaffected youth. 2009.
43. Caprara GV, Kanacri BPL, Gerbino M, Zuffiano A, Alessandri G, Vecchio G, et al. Positive effects of promoting prosocial behavior in early adolescence: Evidence from a school-based intervention. International journal of behavioral development. 2014;38(4):386-396.
44. Berger R, Benatov J, Cuadros R, VanNattan J, Gelkopf M. Enhancing resiliency and promoting prosocial behavior among Tanzanian primary-school students: A school-based intervention. Transcultural psychiatry. 2018;55(6):821-845.
45. Ramaswamy V, Bergin C. Do reinforcement and induction increase prosocial behavior? Results of a teacher-based intervention in preschools. Journal of research in childhood education. 2009;23(4):527-38.
46. Weeland J, Chhangur RR, van der Giessen D, Matthys W, de Castro BO, Overbeek G. Intervention effectiveness of the incredible years: New insights into sociodemographic and intervention-based moderators. Behavior therapy. 2017;48(1):1-18.
47. Kilian JM, Fish MC, Maniago EB. Making schools safe: A system-wide school intervention to increase student prosocial behaviors and enhance school climate. Journal of applied school psychology. 2007;23(1):1-30.
48. Kawai M, Newfarmer R, Schmukler S. Ecuador-poverty reduction and local rural development (prolocal) project.
49. Socioeconomic empowerment of adolescent girls & young women. World Bank; 2016.
50. Bahia poor urban areas integrated development project brazil 2014. World Bank; 2014.
51. Family strengthening and social capital promotion. World Bank; 2007.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-13]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.1.2.5]