

# Developing an Intervention Guidelines for Social Health Promotion Based on the Social Capital Theory

**Mirtaher 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.

**Faezeh Joghataei:** Ph.D. student of health and social welfare, 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.

## Abstract

**Introduction:** Social capital can influence social health so it is essential to consider their interaction for health promotion. Guidelines for applying social capital theory in social health promotion programs will help practitioners to intervene step by step and make sure that all components of social capital theory will consider in health promotion programs. This article presents the results of a study related to the development of intervention guidelines in local communities for social health promotion based on the social capital theory.

**Methods:** To develop a guideline, first, a systematic review of social intervention studies in the field of social health and social capital between 2000-2018 was conducted, then, based on the review of studies, the draft of the guideline was prepared, and presented to focus group meetings. After receiving the opinions of experts and informed managers and selected experts and facilitators of the Ministry of Health and Medical Education in three independent group meetings; the final guideline of the intervention was developed.

**Results:** The developed intervention guideline includes: definitions of main concepts; specifications of intervention practitioners; target groups, establishing inter-sectoral coordination and justification of officials; evaluating and selecting a community, entering the community, social mobilization, forming local groups and steering committees, and justifying committee members, planning and implementing local projects, finding support and leave the community; following the process and continue the activities and provide the necessary consultations, and finally, the method of participatory documentation and reporting.

**Conclusions:** Social health promotion guidelines will be beneficial for applying in communities. Participation of community members especially vulnerable ones will be essential to improve social health. Practitioners and facilitators should use a community-based approach to exploit the guidelines. Social health promotion guidelines based on social capital theory highly recommend capacity building and utilizing the community assets. To study the effectiveness of this guideline community trials are recommended.

## Keywords

Social Capital

Social Health

Social Integration

Self-Efficacy

Social Cohesion

Self-Actualization

\*Corresponding Author  
Study Type: Original  
Received: 18 Nov 2020  
Accepted: 28 Feb 2022

Please cite this article as follows:

Mousavi M, Maarefvand M, Rafiey H, Joghataei F, and Omidnia S. Developing an intervention guidelines for social health promotion based on the social capital theory. *Quarterly Journal Of Social Work*. 2021; 1(2); 16-25

# طراحی راهنمای مداخلات ارتقای سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی

میرطاهر موسوی: استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

معصومه معارف‌وند\*: استادیار، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.  
arammaref@gmail.com

حسن رفیعی: دانشیار، گروه آموزشی رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

فائزه جغتایی: دانشجوی دکترای سلامت و رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

سهیلا امیدنیا: کارشناس ارشد مشاوره، دفتر سلامت روان و اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.

## واژگان کلیدی

سرمایه اجتماعی

سلامت اجتماعی

انسجام اجتماعی

خود اثربخشی

پیوستگی اجتماعی

خود شکوفایی

## چکیده

**مقدمه:** سرمایه اجتماعی می‌تواند بر سلامت اجتماعی تاثیر داشته باشد و ضرورت دارد تعامل میان آن‌ها در ارتقای سلامت در نظر گرفته شود. راهنماها برای به‌کار گرفتن نظریه سرمایه اجتماعی در برنامه‌های ارتقای سلامت اجتماعی به فعالان این حوزه کمک خواهد کرد که به صورت گام‌به‌گام مداخله را انجام دهند و اطمینان حاصل کنند که همه مولفه‌های نظریه سرمایه اجتماعی در برنامه‌های ارتقای سلامت مورد توجه قرار خواهد گرفت. در این مقاله نتایج یک مطالعه در رابطه با طراحی راهنمای مداخله برای اجتماع‌های محلی به‌منظور ارتقای سلامت اجتماعی بر پایه نظریه سرمایه اجتماعی عرضه گردیده است.

**روش:** به‌منظور طراحی راهنما در گام نخست مرور سیستماتیک براساس مبانی نظری و مفهومی در خصوص مداخلات اجتماعی در حوزه سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی حداقل سال‌های ۲۰۰۰ الی ۲۰۱۸ انجام شد. سپس براساس مرور مطالعات انجام شده پیش‌نویس اولیه راهنما تهیه و آماده عرضه در نشست‌های گروهی متمرکز شد. پس از دریافت نظرات صاحب‌نظران و مدیران مطلع و کارشناسان و تسهیلگران منتخب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سه نشست مستقل گروهی، راهنمای نهایی مداخله تدوین گردید.

**نتایج:** راهنمای مداخله تدوین شده شامل تعاریف مفاهیم اصلی، مشخصات اجراکنندگان مداخله، گروه هدف، نحوه برقراری هماهنگی‌های بین بخشی و توجیه مسوولان، چگونگی ارزیابی و انتخاب اجتماع، نحوه ورود به اجتماع، بسیج اجتماعی، چگونگی تشکیل گروه‌های محلی و کمیته راهبری و توجیه اعضای کمیته، برنامه‌ریزی و اجرای پروژه‌های محلی، نحوه حمایت‌یابی و خروج از اجتماع، پیگیری روند و ادامه فعالیت‌ها و ارائه مشورت‌های لازم و در نهایت شیوه مستندسازی مشارکتی و گزارش‌نویسی می‌باشد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** راهنمای ارتقای سلامت اجتماعی برای اجرا در اجتماع‌های محلی مناسب است و مشارکت اعضای اجتماع محلی به‌خصوص گروه‌های در معرض خطر در ارتقای سلامت اجتماعی ضروری خواهد بود. تسهیلگران باید قادر باشند از رویکرد اجتماع محور برای استفاده از راهنما بهره بگیرند. راهنمای ارتقای سلامت اجتماعی بر اساس نظریه سرمایه اجتماعی ظرفیت‌سازی و استفاده از منابع اجتماع محلی را به‌طور جدی توصیه می‌کند. پیشنهاد می‌شود کارآزمایی‌های اجتماعی برای بررسی اثربخشی این راهنما انجام شوند.

\* نویسنده مسوول

نوع مطالعه: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۸/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۰۹

میرطاهر موسوی، معصومه معارف‌وند، حسن رفیعی، فائزه جغتایی و سهیلا امیدنیا. طراحی راهنمای مداخلات ارتقای سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۴۰۰؛

نحوه استناد به مقاله:

۱۰(۲): ۱۶-۲۵

**مقدمه**

سلامتی همواره از مقوله‌های مورد توجه بشر بوده است ولی در دهه‌های اخیر و به‌صورت ویژه از نیمه دوم قرن بیستم به بعد جنبه‌های مختلف آن مورد توجه بیشتری قرار گرفته و به تدریج تبدیل به دغدغه و چالش اصلی پیش روی دولت‌ها شده و سیاست‌گذاری جهت تامین شایسته آن در اولویت قرار گرفته است. تامین، حفظ و ارتقای زندگی سالم، نیازمند حرکت دراز مدت در راستای توانمندسازی نهادها، گروه‌های مدنی، خانواده‌ها و افراد است. بیانیه آلمانی ۱۹۷۷ با شعار سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰، [۱] بیانیه توسعه اجتماعی کپنهاگ ۱۹۹۵، [۲] اهداف توسعه هزاره ۲۰۰۰ [۳] و شاخص توسعه انسانی که از سال ۱۹۹۰ تقریباً تمام کشورها بر اساس آن مورد سنجش قرار می‌گیرند، همگی حاکی از یک انگیزه واحد برای سیاست‌گذاری در سطح جهانی جهت ارتقای تمام ابعاد سلامت در کشورها به‌خصوص کشورهای در حال توسعه است. سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸ بر این تاکید نمود که سلامت دیگر محدود به بعد جسمانی نیست و ابعاد مهم روانی و اجتماعی را نیز در بر می‌گیرد اما بعد اجتماعی سلامت هم به لحاظ مفهومی هم به لحاظ سنجش، پیچیده‌تر است و از رویکردهای متفاوتی به آن پرداخته شده است. [۴] بلوک و برسلو برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداختند. آن‌ها مفهوم سلامت اجتماعی را با درجه عملکرد اعضای جامعه مترادف دانستند و بر همین اساس شاخص سلامت اجتماعی را ساختند و تلاش کردند تا با طرح پرسش‌های گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت افراد، میزان فعالیت و عملکرد آن‌ها را در جامعه بسنجند. [۵] این مفهوم را چند سال بعد دونالد و همکارانش در سال ۱۹۷۸ نیز مطرح کردند و استدلال آن‌ها این بود که سلامت فراتر از گزارش نشانه‌های بیماری، میزان بیماری‌ها و قابلیت‌های کارکردی فردی است و سلامت اجتماعی در حقیقت بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می‌شود و می‌تواند تابعی از آن باشد. [۵] سلامت اجتماعی به نوعی بهداشت روانی، فردی و اجتماعی گفته می‌شود که ناشی از کیفیت ارتباط فرد با اجتماع، احساس تعلق به خانواده، گروه‌های اجتماعی و مشارکت در جامعه است. [۵] شهروندی از لحاظ اجتماعی سالم محسوب می‌شود که در امور شهری مشارکت داشته باشد، خود را فردی ارزشمند در جامعه بداند، معتقد باشد که جامعه در حال شکوفایی است و با اجتماع اطراف خود تعامل مثبت و مستمر داشته باشد و خود را عضوی از گروهی بزرگتر بداند. [۶] کمیت و کیفیت این درگیر شدن و تعامل و نتیجه نهایی آن که ارتقای سرمایه اجتماعی، امنیت اجتماعی، کاهش فقر و بی‌عدالتی است، سلامت اجتماعی یک جامعه را رقم می‌زند. [۷] شهروندی که از سلامت اجتماعی کافی برخوردار نیست نمی‌تواند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اجتماعی کنار آمده و خود را با هنجارهای و تغییرات اجتماعی تطبیق دهد. از سوی دیگر سرمایه اجتماعی نیز مفهومی بوده است که در چند دهه اخیر کانون توجه پژوهشگران، سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان در حوزه‌هایی نظیر رفاه، آموزش و به‌ویژه سلامت بوده است. بر این مبنا، سرمایه اجتماعی در بر گیرنده شبکه‌های اجتماعی، مشارکت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و هنجارهای اجتماعی است که به‌صورت‌های متفاوت مورد سنجش قرار گرفته‌اند. شواهد قابل توجهی در مورد تاثیر سرمایه اجتماعی بر نشانگرهای مختلف سلامت وجود دارد. [۸-۱۰] سرمایه اجتماعی شبکه‌ای از روابط و پیوندهای مبتنی بر اعتماد اجتماعی بین فردی و بین گروهی و تعاملات افراد با گروه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای اجتماعی است که قرین همبستگی و انسجام اجتماعی و برخورداری افراد و گروه‌ها از حمایت اجتماعی و انرژی لازم برای تسهیل کنش‌ها در جهت تحقق اهداف فردی و جمعی می‌باشد. [۱۱] سرمایه اجتماعی یک شاخص ترکیبی و نشانگر سلامت اجتماعی معرفی شده است و مداخلاتی که منجر به ارتقای سرمایه اجتماعی شوند به نتایج زیر نیز دست می‌یابند: رشد بهره‌وری از مداخلات سلامت، افزایش طول عمر و در نهایت امید به زندگی، ارتقای شاخص توسعه انسانی جوامع، دسترسی به آموزش و اطلاعات سلامت، اثربخشی بالای برنامه‌های پیشگیری و اصلاح شیوه زندگی، تسهیل و پایدار نمودن هنجارها و باورهای صحیح فرهنگی تعیین کننده سلامت. [۷] جامعه ایران با دارا بودن رتبه نوزدهم به لحاظ جمعیت در جهان [۱۲] و تنوع و گستردگی قومی و فرهنگی که در جغرافیایی تا حدودی ناموزون و متنوع توزیع شده است با موضوع سلامت تحت عناوین سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی به‌عنوان یک مساله بسیار مهم اجتماعی روبه‌رو است. در تحقیقی که دماری و همکاران ۱۳۹۲ در مطالعه خود در زمینه سلامت اجتماعی ایرانیان انجام دادند، رشد آسیب‌های اجتماعی را نتیجه فقدان سلامت اجتماعی دانستند و به‌دلیل رشد قابل توجه آسیب‌های اجتماعی به این نتیجه رسیدند که بر راه حل‌هایی مانند پوشش و بهره‌مندی کافی مردم از مداخلات سطح یک پیشگیری

که دارای سرمایه اجتماعی کم بودند طی این دوره زمانی، هشت و سه دهم درصد کاهش، افرادی که دارای سرمایه اجتماعی متوسط بودند بیست و هشت و سه دهم درصد افزایش و افرادی که دارای سرمایه اجتماعی بالا بودند، بیست درصد کاهش داشتند. [۱۴] کاهش بیست درصدی کسانی که سرمایه اجتماعی بالا داشتند، چشمگیر، نگران کننده و قابل بررسی است. در گزارش‌های سالیانه موسسه لگاتوم نیز تنزل رتبه قابل توجه سرمایه اجتماعی طی سال‌های جاری در ایران مشاهده شده است که بیشتر در ابعاد مشارکت اجتماعی و مدنی، انجام کارهای داوطلبانه، اعتماد بین فردی، اعتماد بین فردی تعمیم یافته و شبکه‌های اجتماعی ملاحظه می‌شود. [۱۴] نتایج تحقیقات فوق نیاز به انجام مداخلات و سیاست‌گذاری‌های لازم را توجیه می‌نماید. لذا به قصد ارتقای سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی در محلات و اجتماعات کوچک بر اساس دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی این مطالعه که مرحله سوم از طرح‌های تحقیقاتی طراحی مدل مفهومی و ساخت ابزار سنجش سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی ۱۳۹۳؛ تدوین مدل مداخله‌ای ارتقای سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی ۱۳۹۶ می‌باشد؛ با هدف تدوین راهنمای مداخله در محلات انجام شده است.

و انتخاب مناسب مداخلات اساسی و ریشه‌ای و افزایش نقش مشارکت مردم در سلامت اجتماعی باید تاکید داشت. [۷] در پیمایشی که جهت اندازه‌گیری سلامت اجتماعی ادراک شده ایرانیان در سال ۲۰۱۷ توسط عباچی زاده و همکاران انجام شد، به کاهش سلامت اجتماعی ایرانیان نسبت به پیمایش دو سال قبلتر اشاره شده است. نکته حایز اهمیت در این تحقیق، افت سلامت اجتماعی در کشور به سبب کاهش سلامت اجتماعی در اجتماعات محلی گزارش شده است. در این تحقیق سلامت اجتماعی در سه حوزه خانواده، دوستان و خویشاوندان و اجتماع محلی اندازه‌گیری شده بود. [۱۳] در مطالعه‌ای که توسط موسوی و جغتایی ۱۳۹۷ انجام شد، نتایج دو پیمایش سرمایه اجتماعی در سال‌های ۱۳۸۶ و ۱۳۹۳ مقایسه شدند و یافته‌ها نشان داد افرادی



جدول (۱) ویژگی‌های شرکت‌کنندگان در بحث‌های گروهی

جنسیت	ویژگی‌ها		فراوانی درصد
	زن	مرد	
رشته تحصیلی	علوم اجتماعی	۷	۲۶
	روانشناسی و روانپزشکی	۱۵	۵۶
مقطع تحصیلی	سایر	۵	۱۸
	کارشناسی ارشد	۱۵	۵۶
نوع فعالیت-تعدادی از شرکت‌کنندگان بیش از یک نوع فعالیت داشتند	دکترا	۱۲	۴۴
	سیاست‌گذار و تصمیم‌ساز	۲۰	۷۴
سابقه فعالیت در حوزه سلامت اجتماعی (سال)	پژوهشگر در حوزه اجتماعی	۱۰	۳۷
	مجری مداخلات سلامت اجتماعی	۲۱	۷۸
	کمتر از ۱۰ سال	۷	۲۶
	۱۰ تا ۲۰ سال	۱۱	۴۱
	بیش از ۲۰ سال	۹	۳۳

به‌منظور طراحی راهنمای مداخلات ارتقای سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی از دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی در مورد نحوه طراحی راهنما استفاده شد. [۱۵] به همین منظور ابتدا به روشنی سوالاتی که انتظار می‌رفت راهنما به آن‌ها پاسخ دهد، تعیین شدند. پس از آن منابعی که به سوالات مورد نظر پاسخ می‌دادند به‌صورت سیستماتیک مرور شدند. نتیجه مرور سیستماتیک منابع پیش از این منتشر شده است. [۱۶] در مرور سیستماتیک، منابعی مدنظر قرار گرفتند که کاملاً به موضوع راهنما مرتبط و از بالاترین کیفیت برخوردار بودند. به این منظور کیفیت منابعی که مرور شدند بر اساس مقیاس GRADE مورد بررسی قرار گرفتند. [۱۵ و ۱۷] با مرور سیستماتیک منابع، پیشنهادهایی برای پاسخ به سوالات مورد نظر راهنما به‌دست آمدند. پیشنهادهای به‌دست آمده بر اساس میزان دقت و تاثیرگذاری آن‌ها به‌منظور تحقق هدف و پاسخ به سوالات مورد نظر راهنما رده‌بندی شدند. پس از این دسته‌بندی، متن پیش‌نویس راهنما تهیه شد و جلسات بحث گروهی با حضور بیست و دو نفر از صاحب‌نظران به‌منظور ویرایش متن پیش‌نویس راهنما برگزار گردید. صاحب‌نظران افرادی بودند که در زمینه سلامت اجتماعی سابقه پژوهش و یا اجرای مداخلات حرفه‌ای داشتند. سازمان بهداشت جهانی توصیه می‌کند به‌منظور طراحی راهنما در مراحل مختلف بررسی و داوری دقیق متخصصان انجام گیرد. [۱۵] در این مطالعه در مراحل گروه‌بندی سوالات، مرور سیستماتیک و تهیه متن پیش‌نویس راهنما نظرات متخصصین و سازمان‌های بهره‌بردار اخذ شد. جلسات بحث گروهی متمرکز جهت بررسی پیش‌نویس اولیه راهنمای مداخله و دریافت نقطه نظرات کارشناسی، مجموعاً سه روز و طی سه جلسه نشست گروهی متمرکز با حضور اعضای کمیته علمی پژوهش و مشارکت فعال صاحب‌نظران و متخصصان تشکیل گردید. در بحث‌های گروهی فواید، آسیب‌ها، بار-مسئولیت و هزینه‌های هر پیشنهاد به‌طور ویژه



مدنظر قرار گرفتند. در عین حال سازگاری مداخلات پیشنهادی با مقتضیات فرهنگی و اجتماعی جامعه ایران و با نگاه به مناطق شهری و ساکنین غیررسمی و حاشیه نشینان و روستاها مورد توجه قرار گرفت. شرکت‌کنندگان در این جلسات پیشنهادات خود را برای تکمیل و اصلاح راهنما در جلسه مطرح کردند. نکات پیشنهادی توسط تیم پژوهش دسته‌بندی و در متن پیش‌نویس اعمال و نسخه نهایی تنظیم شد.

### یافته‌ها

در راهنمای مداخلات ارتقای سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی "اجتماع محلی" به‌عنوان بستر اصلی مداخله در نظر گرفته شد. در این راهنما منظور از اجتماع، شبکه‌ای از روابط فردی، گروهی، سنت‌ها و الگوهای رفتاری است که بین افرادی که در همسایگی و موقعیت اجتماعی-اقتصادی فیزیکی مشترکی زندگی می‌کنند، وجود دارد. در راهنما جوامع محلی به‌عنوان محل یا محدوده‌ای در نظر گرفته شده است که در آن‌ها عضویت، احساس هویت و تعلق، نظام نمادی مشترک، زبان، نشانه‌ها و مراسم مشترک، ارزش‌ها و هنجارهای مشترک، تاثیر متقابل اعضای اجتماع بر همدیگر، نیازها و تعهدات مشترک برای برآوردن آن‌ها و ارتباط احساسی مشترک مشاهده می‌شود. **چه کسانی می‌توانند راهنما را اجرا کنند؟** کسانی می‌توانند این راهنما را اجرا کنند که حداقل در مقطع کارشناسی در یکی از رشته‌های علوم اجتماعی و انسانی (با اولویت مددکاری اجتماعی) فارغ‌التحصیل شده باشند، از مهارت‌های تسهیلگری برخوردار باشند و حداقل سابقه یک‌بار همکاری در پروژه اجتماع محور را داشته باشند و در زمینه نحوه اجرای مداخلات اجتماع محور، سلامت اجتماعی و مولفه‌های آن، روش‌های ارتقای سلامت اجتماعی و مداخلات موثر در این زمینه آموزش دیده باشند. کلیه تسهیلگرانی که وارد اجتماع محلی می‌شوند، باید تحت نظارت سرپرست حرفه‌ای فعالیت نمایند. منظور از سرپرست حرفه‌ای کسی است که علاوه بر ویژگی‌های فوق، تجربه انجام مداخلات اجتماع محور را داشته باشد و از مهارت‌های لازم برای سرپرستی و نظارت بر عملکرد تسهیلگران برخوردار باشد. **گروه هدف راهنما:** کلیه ساکنین اجتماع‌های محلی به‌عنوان گروه هدف اصلی راهنما در نظر گرفته شدند و بر ضرورت توجه ویژه به افراد زیر هجده سال و گروه‌هایی که در اجتماع به حاشیه رانده شده‌اند، تاکید شد.

**ارزیابی و انتخاب اجتماع محلی:** قبل از هر چیز لازم است اطمینان حاصل شود محدوده‌ای که قرار است مداخله در آن انجام شود، واجد ویژگی‌های "اجتماع محلی" باشد. به‌منظور بررسی ویژگی‌های اجتماع محلی لازم است اطلاعات مربوط به تاریخچه محله، ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی، امکانات و منابع موجود در محله، سابقه فعالیت‌های مشارکتی و وضعیت دموگرافیک محله از طریق مصاحبه با افراد مطلع، کلیدی و موثر و بررسی اسناد؛ جمع‌آوری و فرم نیم‌رخ محلی تکمیل شود. اجتماع محلی در صورتی واجد شرایط برای اجرای مداخله مورد نظر در این راهنما خواهد بود که شرایط زیر را داشته باشد: مردم محلی مشارکت‌پذیر باشند، محله دارای سابقه انجام فعالیت‌های مشارکتی باشد. وجود انجمن‌های مذهبی فعال، گروه‌های همیار، شورای محلی، سازمان مردم‌نهاد، همیاران سلامت، رابطین بهداشت و سایر تشکلهای محله‌ای می‌توانند شواهدی برای سابقه فعالیت مشارکتی باشند. هر محله از جمعیت محدود و مشخصی از افراد تشکیل شده باشد و اکثریت آن‌ها ساکن بلند مدت حداقل ده سال در محله به‌شمار آیند همچنین مهاجرپذیری و مهاجرفرستی منطقه پایین باشد، هر محله در محدوده جغرافیایی مشخصی قرار گرفته باشد، بخش قابل توجهی از اوقات زندگی جمعیت محله در محدوده جغرافیایی آن سپری شود، اعضای اجتماع ویژگی‌های مشترکی در جنبه‌های اجتماعی-فرهنگی داشته باشند، اهالی محله دچار انواع فقر شدید یا مشکلاتی که بتوانند مداخلات مورد نظر در این راهنما را به‌طور قابل توجهی تحت‌الشعاع قرار دهند، نباشند و اعتیاد یا سایر انحرافات اجتماعی در محله به‌طوری شایع نباشد که مانع از اجرای فرایند اجتماع محور شوند. **ورود به اجتماع محلی:** برای ورود به محله باید افراد تاثیرگذار و مطلع و نهادهای تاثیرگذار مانند نهادهای آموزشی، خدمات اجتماعی، داوطلبانه و خیریه، اوقات فراغت و ورزشی و مذهبی در محله شناسایی شوند و به‌منظور ترغیب آن‌ها برای مشارکت در فرایند ارتقای سلامت اجتماعی با افراد و نهادهای تاثیرگذار مذاکره صورت گیرد. **بسیج اجتماعی:** دریافت مشورت و حمایت افراد مطلع، کلیدی و موثر محلی که در مرحله قبل توجیه و زمینه مشارکتشان فراهم شده است، برای دعوت از اعضای اجتماع محلی بسیار اهمیت دارد. احتمال دارد در یک محله بیش از یک

تسهیلگرانی که در یک اجتماع محلی فعالیت می‌کنند، به گروه‌ها کمک کنند با یکدیگر تعامل داشته باشند و با مشارکت یکدیگر پروژه‌های محلی را پیش ببرند. اداره امور گروه‌های محلی به عهده اعضا خواهد بود و تسهیلگر با این گروه‌ها در اداره جلسات همکاری خواهند نمود. اعضای اجتماع محلی باید در مورد نحوه کار گروهی و ارتقای سلامت اجتماعی از طریق سرمایه اجتماعی آموزش داده شوند. **اعضای بالقوه گروه‌های محلی:** اگرچه حضور افراد کلیدی و مطلع در گروه محلی می‌تواند تاثیر زیادی بر موفقیت گروه داشته باشد، باید به این نکته توجه شود که کلیه ساکنین اجتماع محلی می‌توانند عضو گروه‌های محلی شوند و عضویت آن‌ها در گروه‌های محلی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار خواهد بود. بررسی‌ها نشان می‌دهند در بسیاری موارد زنان، کودکان و نوجوانان گروه هدف اصلی در مداخلات ارتقای سلامت اجتماعی بوده‌اند. مشارکت فعال آن‌ها در گروه‌های محلی می‌تواند زمینه را برای تاثیر مثبت و پایدار بر سلامت اجتماعی آن‌ها فراهم آورد. افرادی که رفتارهای پرخاشگرانه دارند و پرخاشگری آن‌ها می‌تواند موجب آسیب دیگران شود و کسانی که دارای رفتارهای ضداجتماعی هستند نمی‌توانند در گروه‌های محلی عضو شوند.

**برنامه‌ریزی و اجرای پروژه‌های محلی:** اگرچه تسهیلگران قبل از تشکیل گروه‌های محلی نسبت به ارزیابی اجتماع اقدام می‌کنند، ضرورت دارد در اولین گام به اعضای گروه‌های محلی کمک کنند خودشان وضعیت مولفه‌های سرمایه و سلامت اجتماعی را مورد بررسی قرار دهند. احتمال دارد مکانیزم‌هایی که آن‌ها (اعضای تیم محلی) برای ارزیابی وضعیت به‌کار می‌گیرند بسیار ساده و کاملاً ابتکاری باشد. لازم است تسهیلگر شرایط را به گونه‌ای فراهم کند که اعضای گروه محلی به‌طور فعال در ارزیابی اولیه مشارکت کنند. آنچه اهمیت دارد این است که اعضای گروه محلی بر اساس ارزیابی از اجتماع نسبت به تعیین اهداف و اولویت‌بندی آن‌ها اقدام کنند. تسهیلگر باید به اعضای گروه محلی کمک کند برای ارتقای سلامت اجتماعی هدف‌گذاری و سپس اهداف را اولویت‌بندی نمایند. در صورت تقاضای گروه‌های محلی، تسهیلگر باید استراتژی‌های ارتقای سلامت اجتماعی را در جلسات گروه‌های محلی با اعضا مرور نماید. در صورت لزوم تسهیلگر می‌تواند برخی از تجربه‌های اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت اجتماعی در ایران و سایر کشورها جدول شماره دو را با اعضای گروه‌های محلی به اشتراک بگذارد. این اقدامات باید با احتیاط و به گونه‌ای انجام شوند که ابتکارات اجتماع محور توسط اعضای گروه‌های محلی متوقف نشوند. شواهد علمی نشان می‌دهند که برخی مداخلات می‌توانند به ارتقای مولفه‌های سلامت اجتماعی منجر شوند. لازم است تسهیلگران در جلسات با اعضای گروه‌های محلی آن‌ها را ترغیب کنند در مورد روش‌های موثر بر ارتقای سلامت اجتماعی مطالعه و سپس در جلسات

جلسه بسیج اجتماعی برگزار شود. به‌عنوان مثال در صورتی که تسهیلگران در ارزیابی اولیه به این نتیجه برسند که مدارس یا هیات مذهبی می‌توانند محیط مناسبی برای بسیج کردن اعضای اجتماع باشد، می‌توانند جلسات بسیج اجتماعی را در مدارس و هیات مذهبی به‌طور جداگانه برگزار کنند. در جلسات بسیج اجتماعی باید در مورد سرمایه اجتماعی، سلامت اجتماعی و مزایای اجرای مداخله ارتقای سلامت اجتماعی از طریق سرمایه اجتماعی و ضرورت مشارکت افراد محلی برای موفقیت برنامه توضیحات لازم با بیان ساده و قابل فهم برای عموم ارائه شود. شرکت‌کنندگان در جلسه بسیج اجتماعی باید نسبت به عوارض فردی، خانوادگی و اجتماعی ضعف سرمایه اجتماعی و مولفه‌های سلامت اجتماعی حساس شوند و سپس ضمن اشاره به انواع روش‌های ارتقای سلامت اجتماعی، برای آن‌ها مثال‌هایی از اقدامات موفق در این زمینه را بیان و تاکید شود بدون مشارکت افراد محلی دستیابی به این اهداف بسیار دشوار و حتی نشدنی خواهد بود. تسهیلگر باید در پایان توضیحات خود از شرکت‌کنندگان برای عضویت در یک گروه محلی که اقداماتی را در زمینه ارتقای سلامت اجتماعی دنبال خواهد کرد، دعوت کند.

**تشکیل گروه‌های محلی:** افرادی که در فرایند بسیج اجتماعی برای همکاری داوطلب می‌شوند، باید در قالب گروه‌های کوچک سازمان دهی شوند. زمان و مکان برگزاری جلسات را گروه محلی تعیین می‌کند. از این رو لازم است تسهیلگران در این مورد انعطاف نشان دهند و اعضای گروه محلی را مجبور به پذیرفتن زمان و مکان مورد نظر خود نکنند. تسهیلگران باید در نظر داشته باشند که زمان و مکان نامناسب برای برگزاری جلسات می‌تواند موجب تشکیل نشدن جلسات شود. احتمال دارد در یک اجتماع بیش از یک گروه تشکیل شود. مهم این است که

تجربه تنظیم و روی کاغذ آوردن یک برنامه یا پروژه را نداشته‌اند. لازم است تسهیلگران به اعضای گروه‌های محلی نحوه تنظیم پروژه‌های اجرایی را آموزش دهند و آن‌ها را تشویق کنند بر اساس استراتژی‌های اشاره شده و با توجه به اولویت‌های مورد نظر برای ارتقای سلامت اجتماعی پروژه‌های اجرایی تنظیم کنند. نداشتن سلامت اجتماعی ضرورتاً تنها مشکلی نیست که توسط گروه محلی شناسایی می‌شود. اگرچه در جلسه بسیج اجتماعی افراد محلی بر اساس توضیحات تسهیلگران متوجه می‌شوند که گروه محلی با تمرکز بر ارتقای سلامت اجتماعی فعالیت خواهد کرد، همواره این احتمال وجود دارد که آن‌ها بخواهند مشکلات دیگری را در قالب این جلسات رسیدگی کنند. به خصوص وقتی اعضای جدید به گروه محلی می‌پیوندند، این گرایش بیشتر دیده می‌شود. لازم است با یادآوری هدف از تشکیل گروه محلی، به اعضا کمک شود از هدف اصلی خود دور نشوند. لازم است این امر برای اعضای گروه‌ها به روشی توضیح داده شود که مجری اصلی پروژه‌های ارتقای سلامت اجتماعی اعضای گروه‌های محلی با مشارکت سایر اعضای اجتماع هستند و تسهیلگران در صورت نیاز اقدامات لازم را برای حمایت‌یابی انجام خواهند داد. در تمامی پروژه‌هایی که برای ارتقای سلامت اجتماعی طراحی و اجرا می‌شوند، لازم است به روش‌ها و تکنیک‌های مشارکتی توجه خاص صورت گیرد. برخی از روش‌هایی که برای تغییر نگرش و رفتار افراد به کار می‌روند مانند توزیع بروشور یا پمفلت معمولاً اثرگذار نیستند یا تأثیر آن‌ها به اندازه مورد انتظار نیست. از این‌رو لازم است به اعضای گروه‌های محلی توضیح داده شود که از استفاده از روش‌های کم اثر پرهیز کنند. ترکیبی از روش‌ها معمولاً می‌تواند تأثیر مداخلات را افزایش دهد. به عنوان مثال نمایش فیلم یا اجرای تیاتر در مورد نوع دوستی و بحث گروهی پس از آن‌ها می‌تواند موثرتر از نمایش

گروه محلی بحث و گفتگو کنند. احتمال دارد در برخی موارد آن‌ها تصمیم بگیرند، مداخلاتی را در محله خود اجرا کنند که قبلاً تجربه شده است. ضرورت دارد به اعضای گروه‌های محلی یادآوری شود گاهی لازم است در مداخله‌ای که در جای دیگری انجام شده و موفق بوده است برای اجرا در محله جدید تغییراتی ایجاد شود. تسهیلگران باید به آن‌ها تأکید کنند که هنگام تصمیم‌گیری در مورد پروژه‌ها به ملاحظات فرهنگی اجتماعی که در محله وجود دارد توجه داشته باشند. پس از تعیین اهداف لازم است اعضای گروه محلی به این سوال‌ها پاسخ دهند که با چه اقداماتی، در چه زمانی، توسط چه کسانی و با چه امکاناتی می‌خواهند اهداف مورد نظرشان را تحقق بخشند. پاسخ به این سوال‌ها به گروه محلی کمک می‌کند پروژه‌های محلی را طراحی نماید. تسهیلگران در بسیاری موارد در گروه‌های محلی با افرادی مواجه می‌شوند که هرگز

جدول (۲) اقدامات پیشنهادی برای ارتقای مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی
اقدامات پیشنهادی // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (احساس مسوولیت اجتماعی // اعتماد اجتماعی // نگرش نسبت به جامعه // احساس حمایت اجتماعی // روابط خانوادگی // مشارکت اجتماعی // امنیت اجتماعی // مشارکت سیاسی)
Coaching // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (احساس مسوولیت اجتماعی // مشارکت اجتماعی // مشارکت سیاسی) اجرای نمایش و بحث گروهی // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (احساس مسوولیت اجتماعی // اعتماد اجتماعی // نگرش نسبت به جامعه // احساس حمایت اجتماعی // مشارکت اجتماعی // مشارکت سیاسی)
آموزش اعضای محله توسط گروه‌های اقلیت // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (احساس مسوولیت اجتماعی // اعتماد اجتماعی // احساس حمایت اجتماعی // مشارکت اجتماعی)
آموزش توسط هم‌تایان // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (احساس مسوولیت اجتماعی // اعتماد اجتماعی // احساس حمایت اجتماعی // روابط خانوادگی // مشارکت اجتماعی // مشارکت سیاسی)
آموزش روش‌های ارتقای سرمایه اجتماعی // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (احساس مسوولیت اجتماعی // اعتماد اجتماعی // نگرش نسبت به جامعه // احساس حمایت اجتماعی // مشارکت اجتماعی // امنیت اجتماعی // مشارکت سیاسی)
آموزش شهروندی در گروه‌های کوچک با روش‌های مشارکتی // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (احساس مسوولیت اجتماعی // اعتماد اجتماعی // نگرش نسبت به جامعه // احساس حمایت اجتماعی // مشارکت اجتماعی // امنیت اجتماعی // مشارکت سیاسی)
آموزش مهارت‌های حل‌های مله و تعارض، خودتصمیم‌گیری و افزایش عزت نفس // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (احساس مسوولیت اجتماعی // روابط خانوادگی)
به‌سازی محیط مدرسه // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (احساس مسوولیت اجتماعی // مشارکت اجتماعی) پیشگیری از خشونت // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (احساس مسوولیت اجتماعی // اعتماد اجتماعی // نگرش نسبت به جامعه // روابط خانوادگی // مشارکت اجتماعی // مشارکت سیاسی)
ترویج سرمایه‌های نمادین از طریق روایت تاریخی و زندگی‌نامه‌ها // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (احساس مسوولیت اجتماعی // اعتماد اجتماعی // مشارکت اجتماعی // مشارکت سیاسی)
تیاتر مستندنگاران // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (احساس مسوولیت اجتماعی // اعتماد اجتماعی // مشارکت اجتماعی // مشارکت سیاسی)
حل مشکلات مدرسه به روش اجتماع محور با حفظ اولویت‌ها // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (احساس مسوولیت اجتماعی // روابط خانوادگی // مشارکت اجتماعی)
فعالیت‌های خیریه و عام‌المنفعه // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (احساس مسوولیت اجتماعی // احساس حمایت اجتماعی // مشارکت اجتماعی)
کاهش فقر به روش اجتماع محور، آموزش مهارت‌های کسب و کار و تأمین درآمد // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (احساس مسوولیت اجتماعی // نگرش نسبت به جامعه // احساس حمایت اجتماعی // مشارکت اجتماعی)
مهارت ارتباط موثر // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (احساس مسوولیت اجتماعی // اعتماد اجتماعی // احساس حمایت اجتماعی // روابط خانوادگی // مشارکت سیاسی)
نمایش اسلاید، قصه‌گویی، سخنرانی، ایفای نقش و بحث گروهی به منظور آموزش تعامل با گروه‌های اقلیت حل مشکلات مدرسه به روش اجتماع محور با حفظ اولویت‌ها // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (احساس مسوولیت اجتماعی // اعتماد اجتماعی // مشارکت اجتماعی // مشارکت سیاسی)
نمایش فیلم با مضمون ضد تبعیض // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (احساس مسوولیت اجتماعی // اعتماد اجتماعی // نگرش نسبت به جامعه // مشارکت اجتماعی)
Green Circle // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (اعتماد اجتماعی // نگرش نسبت به جامعه // مشارکت اجتماعی) اجرای منظم فعالیت‌های گروهی مناسبی // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (اعتماد اجتماعی // مشارکت اجتماعی) برگزاری یادمان‌های محلی // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (نگرش نسبت به جامعه // مشارکت اجتماعی) برنامه ورزشی مشترک // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (نگرش نسبت به جامعه // مشارکت اجتماعی)
مدیریت استرس // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (احساس حمایت اجتماعی // مشارکت اجتماعی // مشارکت سیاسی)
مدیریت خشم // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (احساس حمایت اجتماعی // روابط خانوادگی // مشارکت اجتماعی // مشارکت سیاسی)
مراقبت از خود // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (احساس حمایت اجتماعی // روابط خانوادگی // مشارکت اجتماعی // مشارکت سیاسی)
آموزش مهارت‌های بهداشتی و پیشگیری توسط تسهیلگران محلی // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (احساس حمایت اجتماعی // روابط خانوادگی // مشارکت اجتماعی // مشارکت سیاسی)
آموزش مهارت‌های همدلی با دیگران // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (احساس حمایت اجتماعی)
آموزش در زمینه بلوغ، بلوری، برنامه‌ریزی خانوادگی، آج‌وی‌آبدی و دیگر موارد ابتلا به بیماری‌های مقاربتی، سوءصرف مواد، ارتباطات، احساسات جنسی، خشونت جنسیتی و یا فشار همسالان // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (احساس حمایت اجتماعی // روابط خانوادگی) خودکارآمدی // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (احساس حمایت اجتماعی // روابط خانوادگی)
پس‌انداز و صندوق‌های اعتبارات خرد // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (احساس حمایت اجتماعی // روابط خانوادگی)
آموزش مهارت‌های اجتماعی // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (مشارکت اجتماعی)
پیاده روی جمعی // مولفه‌های سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی (مشارکت اجتماعی)

فیلم یا اجرای تیاتر به تنهایی باشد.

**پایش و ارزشیابی مشارکتی:** پایش به شیوه مشارکتی و تحت نظر تسهیلگران باید هر هفته انجام شود و گزارش‌های مربوطه ثبت شوند. میزان موفقیت در دستیابی به اهداف باید با مشارکت اعضای گروه محلی بررسی شود. جمع‌آوری اطلاعات برای سنجش شاخص‌ها باید توسط گروه محلی و با همکاری تسهیلگر انجام شود.

**خروج از اجتماع محلی:** حضور گروه مداخله در اجتماع محلی آن‌ها همیشگی نخواهد بود و باید فعالیت‌ها بر پایه مشارکت افراد محلی استوار باشد. تسهیلگران باید به تدریج فاصله زمانی حضور خود در اجتماع محلی را افزایش دهند. نباید تسهیلگران بدون پیش‌آگهی اجتماع محلی را ترک کنند و ضرورت دارد حداقل از چند هفته قبل این موضوع را به اهالی اعلام کنند. گروه مداخله در طول مداخله اجتماع محور باید افراد محلی که می‌توانند به‌عنوان تسهیلگر فعالیت کنند را شناسایی کند و آموزش دهد. به‌گونه‌ای که در زمان خروج از اجتماع محلی تسهیلگری فرایند مداخله به یک فرد محلی واجد شرایط سپرده شود. گروه‌های محلی می‌توانند حتی پس از خاتمه مداخله اجتماع محور فعالیت خود را ادامه دهند. موضوع این فعالیت می‌تواند ارتقای سلامت

اجتماعی و یا موضوعات دیگری که مورد نظر گروه محلی است، باشد. **حمایت‌یابی:** باید به اعضای گروه محلی آموزش داده شود که چگونه می‌توانند برای ارتقای سلامت اجتماعی درون و بیرون از اجتماع محلی حمایت‌یابی کنند. در مواردی که گروه محلی قادر به حمایت‌یابی نیست، تسهیلگران باید برای این امر برنامه‌ریزی و اقدام کنند. **پیگیری:** تسهیلگران باید در یک بازه زمانی مناسب حداقل شش ماه پس از خروج از اجتماع محلی نیز ارتباط خود را با گروه‌های محلی حفظ کنند، حداقل هر هفته تلفنی با تسهیلگر محلی و افراد کلیدی و موثر در ارتباط باشند و از تسهیلگر محلی بخواهند گزارش جلساتی را که پس از خروج تیم مداخله برگزار می‌شوند، به دست آن‌ها برسانند. ضرورت دارد تسهیلگران با فاصله زمانی بیشتر به اجتماع محلی بروند و حداقل دو بار در طول شش ماه در جلسه گروه محلی شرکت کنند. در صورتی که گروه محلی در راستای ادامه مداخلات مربوط به ارتقای سلامت اجتماعی پس از خروج گروه مداخله از اجتماع به حمایت‌یابی نیاز داشت، ضرورت دارد تسهیلگران برای حمایت‌یابی برنامه‌ریزی و اقدام کنند. **مستندسازی مشارکتی و گزارش نویسی:** لازم است برای هر اجتماع محلی که مداخله اجتماع محور در آن انجام می‌شود، پرونده تشکیل و گزارش‌ها در مورد فرایند مداخلات با ذکر تاریخ در پرونده مربوطه ثبت شود. لازم است گروه محلی ترغیب شوند گزارش مختصری از هر جلسه تهیه و نگهداری کنند و در جلسات بعدی بر اساس مندرجات گزارش جلسات قبل فعالیت‌های هر یک از اعضا را پیگیری نمایند. تیم مداخله باید از تهیه عکس و فیلم به‌خصوص در اولین مراحل مداخله اجتماع محور جدا پرهیز کنند. این اقدام معمولاً به مشارکت افراد محلی لطمه وارد می‌کند. پس از آن که افراد محلی نسبت به گروه مداخله اعتماد پیدا کردند، تهیه عکس و فیلم با موافقت و مشارکت آن‌ها قابل اجرا خواهد بود. بهترین راه برای تهیه عکس و فیلم این است که این وظیفه با توافق افراد محلی به عهده فرد منتخب از اجتماع محلی گذاشته شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه به‌منظور طراحی راهنمای مداخلات ارتقای سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی و براساس دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی انجام شد. پیشنهاداتی که در مرور سیستماتیک به‌دست آمد، برای تهیه پیش‌نویس راهنما استفاده شدند. در جلسات گروهی با صاحب‌نظران پیش‌نویس راهنما مورد بررسی قرار گرفت و در نهایت نسخه نهایی راهنما براساس نظرات ایشان آماده شد. بستر اصلی مداخلات ارتقای سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی در اجتماع محلی یا محیط همسایگی در نظر گرفته شد. به این منظور مولفه‌های هشت‌گانه احساس مسوولیت اجتماعی، اعتماد، نگرش به جامعه، حمایت اجتماعی، روابط خانوادگی، مشارکت اجتماعی، امنیت اجتماعی و مشارکت سیاسی به‌عنوان محورهای مهم مداخله مورد توجه قرار گرفتند. برای ارتقای هر یک از مولفه‌های مذکور در مرور سیستماتیک پیشنهاداتی به‌دست آمد. نکته قابل توجه این است که در مداخله‌های اجتماع محور ابتکارات محلی از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. از این رو اگرچه مطالعات قبلی برخی روش‌ها را برای ارتقای مولفه‌های هشت‌گانه پیشنهاد کرده‌اند. احتمال دارد یک اجتماع محلی هیچ‌یک از آن‌ها را استفاده نکند و ابتکارات خود را به کار گیرد. آنچه اهمیت دارد این است که تسهیلگران با این روش‌ها آشنا باشند و آن‌ها را به تیم محلی معرفی کنند.



تصمیم‌گیری کنند و خودشان فعالیت‌ها و پروژه‌های محلی را به اجرا درآورند. احترام به این اصل اخلاقی که اجتماع محلی می‌تواند تصمیم‌گیری کند و تصمیم‌هایش را اجرا نماید، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. پژوهش‌های اندکی در ایران به موضوع مورد نظر راهنمای طراحی شده در این مطالعه پرداخته بودند.

**محدودیت‌ها:** تیم پژوهش برای طراحی این راهنما با محدودیت‌هایی مواجه بود؛ اگرچه صاحب‌نظران در مورد راهنما اظهار نظر کردند ولی بی‌تردید ضرورت دارد این راهنما به بوطه آزمایش گذاشته شود و اثربخشی آن مورد بررسی قرار گیرد تا اطمینان حاصل شود جزئیات پیش‌بینی شده در آن قابل اجرا، موثر و مبتنی بر ویژگی‌های اجتماعی و فرهنگی جامعه ایرانی است. راهنمای مداخلات ارتقای سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی برای استفاده در بستر اجتماع‌های محلی طراحی شده است. به نظر می‌رسد برای بسترهای دیگر که ویژگی‌های اجتماع محلی را ندارند، لازم است راهنمای دیگری طراحی شود. به‌خصوص در شهرهای بزرگ که بخش قابل توجهی از آن‌ها را نمی‌توان اجتماع محلی دانست، لازم است از روش‌های دیگری استفاده نمود که خود نیازمند مطالعه‌ای جداگانه است.

**پیشنهادها:** پیشنهاد می‌شود قابلیت اجرا و اثربخشی راهنمای مداخلات ارتقای سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی در قالب مطالعات پایلوت و کارآزمایی مورد ارزیابی قرار گیرد و پس از تایید اثربخشی در اختیار کارشناسان و فعالان در حوزه ارتقای سلامت اجتماعی قرار داده شود.

**سپاسگزاری:** این پژوهش به سفارش و با حمایت دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجرا شد. حمایت‌های جناب آقای

در صورتی که تیم محلی مایل بود از روش‌های مذکور استفاده کند، تسهیلگر می‌تواند جزئیات بیشتر در مورد نحوه استفاده از آن روش را به آن‌ها آموزش دهد یا به تیم محلی کمک کند به اطلاعات لازم در مورد نحوه اجرای آن‌ها دست پیدا کند. بی‌تردید یک روش طلایی در همه اجتماع‌های محلی برای ارتقای سلامت اجتماعی وجود ندارد. اصرار برای استفاده از روشی که در یک اجتماع محلی موفق بوده ضرورتاً به دستاوردهای قابل قبول در اجتماع محلی دیگر منتهی نخواهد شد. ویژگی‌های فرهنگی و بومی منطقه قادرند بر میزان موفقیت روش‌ها تاثیر داشته باشند. معرفی تجربه‌های موفق با اعضای تیم محلی به آن‌ها کمک می‌کند با ایده‌های مختلف برای ارتقای سلامت اجتماعی آشنا شوند. اجرای یک پروژه محلی می‌تواند به‌طور همزمان بر چند مولفه تاثیرگذار باشد. تسهیلگران برای اجرای این مداخلات علاوه بر اینکه باید به نحوه اجرای مداخله اجتماع محور آشنا باشند، لازم است آموزش‌های لازم را در مورد چگونگی روش‌های پیشنهاد شده برای ارتقای هر یک از مولفه‌های هشت‌گانه جدول شماره دو دریافت کنند تا بتوانند اعضای تیم‌های محلی را به درستی در این زمینه راهنمایی کنند. اگرچه از رویکرد اجتماع محور برای طراحی مداخله در زمینه‌های مختلف در سازمان‌های متعددی در ایران استفاده شده است، باید به چند نکته کلیدی در مورد اجرای موفق این مداخله توجه داشت. مداخله اجتماع محور یک مداخله حرفه‌ای است و ضرورت دارد کسانی که به‌عنوان تسهیلگر وارد اجتماع محلی می‌شوند، علاوه بر تحصیلات مرتبط با این حوزه از مهارت‌های متعدد برای اجرای مداخله برخوردار باشند. فعالیت تسهیلگر تحت نظر سرپرست در این مداخله از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. سرپرست می‌تواند به تسهیلگر کمک کند تعامل خود را با اجتماع محلی به‌صورت حرفه‌ای شکل دهد و ضمن پرهیز از وابسته کردن آن‌ها به خود، فرایند توانمندشدن آن‌ها را به‌منظور ارتقای سلامت اجتماعی تسهیل نماید. تسهیلگر به اجتماع محلی کمک می‌کند تمرکز خود را بر ارتقای سلامت اجتماعی حفظ نماید. مداخلات اجتماع محور که به‌منظور ارتقای سلامت اجتماعی با رویکرد اجتماعی انجام می‌گیرند باید مبتنی بر اصول اخلاقی باشند. تسهیلگران موظف هستند تبعیض نگذاشتن به‌عنوان یکی از اصول محوری در مداخلات مرتبط با ارتقای سلامت با رویکرد سرمایه اجتماعی باید مد نظر قرار گیرد. در این مداخلات به‌طور ویژه به گروه‌هایی که در اجتماع محلی در اقلیت قرار گرفته‌اند و از قدرت کمتری برخوردارند، توجه ویژه‌ای داشته باشند. لازم است شرایط برای تسهیل مشارکت این گروه در فعالیت‌های اجتماع محور تسهیل شود. اجتماع محلی می‌تواند برای ارتقای سلامت اجتماعی برنامه‌ها و ابتکارات خود را به اجرا درآورد. اعضای اجتماع محلی در این مداخلات باید ترغیب شوند تا مسوولیت ارتقای سلامت اجتماعی را به عهده بگیرند، در مورد اقدامات

نیز به دلیل تلاش هایشان برای تسهیل فرایندهای اداری مربوط به اجرای پژوهش تشکر کنیم. نویسندگان این مقاله مایل هستند به طور ویژه از کلیه صاحب نظرانی که جهت ویرایش متن نهایی راهنما به طور فعال در جلسات بحث گروهی مشارکت نمودند، سپاسگزاری نمایند.

دکتر حاجبی نقش تعیین کننده ای برای اجرایی شدن مطالعه داشت. لازم می دانیم از سرکار خانم‌ها سجادیپور و یآوری کارشناسان ارشد دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

## منابع

## References:

1. Kalra S, Akanov Z.A, & Pleshkova A.Y. Thoughts, words, action: the Alma-Ata declaration to diabetes care transformation. 2018, Springer.
2. World Summit for Social Development. Copenhagen declaration on social development. 1995.
3. World Health Organization. Millennium development goals. 2008.
4. International Health Conference. (2002). Constitution of the World Health Organization. 1946.. Bulletin of the World Health Organization, 80 (12), 983 - 984. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/268688>
5. Mousavi M, Shiami M. Social Capital and social health. 2015, Tehran: Agah. 232. [Persian]
6. Ghaffary G, Molaii J, Momeni H. Investigating the factors affecting the social health of citizens of Ilam province Tosee Ejtemaei, 2018. 13(1): p. 37-66. [Persian]
7. Damari B, Nasehei A, Vosough Moghaddam A. What should we do for improving Iranian social health? Situational analysis, national strategies and role of ministry of health and medical education. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research, 2013. 11(1): p. 45-58. [Persian]
8. Kawachi I, Kennedy BP. Health and social cohesion: why care about income inequality? BMJ. 1997 Apr 5;314(7086):1037-40. doi: 10.1136/bmj.314.7086.1037. PMID: 9112854; PMCID: PMC2126438.
9. Macinko J, Starfield B. The utility of social capital in research on health determinants. The Milbank Quarterly, 2001. 79(3): p. 387-427.
10. Hibino Y, Takaki J, Ogino K, Kambayashi Y, Hitomi Y, Shibata A, Nakamura H. The relationship between social capital and self-rated health in a Japanese population: a multilevel analysis. Environ Health Prev Med. 2012 Jan;17(1):44-52. doi: 10.1007/s12199-011-0218-x. Epub 2011 May 26. PMID: 21611888; PMCID: PMC3258316.
11. Abdollahi M, Mousavi M. Social capital in Iran: Current status, prospect, and feasibility. Social Welfare Quarterly, 2007. 6(25): p. 196-233. [Persian]
12. World Bank Group. 2020 (cited 2020; Iran, Islamic Rep). Available from: <https://data.worldbank.org/country/IR>.
13. Abachizadeh K, Omidnia S, Hajebi A, Shekariz-Foumani R, Mohseni M, Zamankhani F. (2017). Measuring self-perceived social health of iranians; finding from iran social health Survey. Novelty in Bio-medicine, 5(3), 91-97. <https://doi.org/10.22037/nbm.v5i3.15516>
14. Mousai M. The social report of Iran. Vol. 1. 2018, Tehran: Agah.
15. World Health Organization. Handbook for guideline development. 2010, WHO Press Geneva.
16. Mousavi M T, Maarefvand M, Rafiey H, Omidnia S, Joghataei F, Zabihi Poursaadati M. Systematic review of social health promotion with social capital approach. Quarterly Journal of Social Work. 2020; 9 (1) :13-23 <http://socialworkmag.ir/article-1-619-en.html> [Persian]
17. Schünemann H, Brożek J, Guyatt G, Oxman A. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group, 2013. Available from [guidelinedevelopment.org/handbook](http://guidelinedevelopment.org/handbook), 2013.