حمایت اجتماعی به‌مثابه سرمایه رفاهی و اثر آن بر سلامت اجتماعی:
یک خوانش جامعه‌شناختی با رویکرد فراتحلیل

ایوب سخایی[1]

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر فراتحلیل مطالعات مرتبط با رابطه میان حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی است تا اندازه اثر واقعی حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی برآورد شود. با توجه به اهمیت نقش عوامل اجتماعی در بهزیستی فردی و اجتماعی، بررسی نظام‌مند یافته‌های موجود می‌تواند تصویر دقیق‌تری از شدت و نحوه تأثیر حمایت اجتماعی ارائه دهد.

روش: جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مطالعات انجام‌شده در زمینه ارتباط حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی بود. از میان آن‌ها، ۱۹ پژوهش که معیارهای لازم برای ورود به فراتحلیل را داشتند، با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از نسخه دوم نرم‌افزار ***CMA*** تحلیل گردید. به دلیل وجود ناهمگونی بین مطالعات، مدل اثرات تصادفی برای ترکیب نتایج و برآورد اندازه اثر به‌کار گرفته شد.

یافته: نتایج نشان داد اندازه اثر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی برابر با ۰/۴۴۵است که بر اساس نظام تفسیر کوهن در محدوده اثر متوسط رو به بالا قرار می‌گیرد. تحلیل نقش متغیر تعدیل‌کننده نیز حاکی از آن بود که میدان مطالعه در شدت این رابطه مؤثر است، به گونه‌ای که اثر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی در جمعیت سالمندان قوی‌تر از سایر گروه‌ها مشاهده شد، همچنین نتایج متارگرسیون نشان داد که در گذر زمان تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی کاهش یافته است.

بحث: حمایت اجتماعی همچنان نقشی مهم در ارتقای سلامت اجتماعی دارد و این اثر در سالمندان برجسته‌تر است که می‌تواند ناشی از وابستگی بیشتر آنان به شبکه‌های حمایتی باشد. همچنین نتایج متارگرسیون نشان داد که تأثیر حمایت اجتماعی در طول زمان کاهش یافته است، امری که بر ضرورت توجه به تغییرات ساختاری و طراحی مداخلات متناسب برای تقویت حمایت اجتماعی، به‌ویژه در گروه‌های آسیب‌پذیر، تأکید می‌کند.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی، سلامت اجتماعی، فراتحلیل

In Press

[1] . استادیار گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران. (Sakhaei@kashanu.ac.ir)

Social Support as Welfare Capital and Its Impact on Social Health: A Sociological Reading through a Meta-Analytic Approach

Abstract

Introduction: The aim of this study is to meta-analyze studies related to the relationship between social support and social health in order to estimate the actual effect size of social support on social health. Given the importance of the role of social factors in individual and social well-being, a systematic review of existing findings can provide a more accurate picture of the intensity and nature of the effect of social support.

Method: The statistical population of this study included all studies conducted in the field of the relationship between social support and social health. Among them, 19 studies that met the necessary criteria for inclusion in the meta-analysis were selected using purposive sampling. The data were analyzed using the second version of the CMA software. Due to the heterogeneity between studies, the random effects model was used to combine the results and estimate the effect size.

Finding: The results showed that the effect size of social support on social health is 0.445, which is in the range of medium to high effect according to Cohen's interpretation system. The analysis of the role of the moderating variable also indicated that the field of study is effective in the intensity of this relationship, such that the effect of social support on social health was observed to be stronger in the elderly population than in other groups. The meta-regression results also showed that over time, the effect of social support on social health has decreased

Discussion: Social support continues to play an important role in promoting social health, with this effect being more pronounced among older adults, which may reflect their greater dependence on supportive networks. Furthermore, the meta-regression results indicated that the impact of social support on social health has decreased over time, emphasizing the need to consider structural changes and design targeted interventions to strengthen social support, particularly for vulnerable groups.

In Press

Extendd Absteract

Introduction: Although extensive research has examined social support and social health, existing studies remain fragmented and often limited in scope. Social health—defined as individuals' perceived quality of interaction with society, sense of belonging, and level of social participation—is widely recognized as an important component of overall well-being. Social support, in turn, functions as a protective factor that enhances resilience and facilitates social integration. However, prior studies have primarily focused on isolated populations or descriptive associations, and findings regarding the magnitude of the relationship between social support and social health have been inconsistent. Moreover, no comprehensive meta-analytic synthesis has been conducted to integrate empirical evidence and evaluate sources of heterogeneity, particularly within the Iranian context. This gap limits the ability to draw generalized conclusions and to inform evidence-based social and welfare policies. Therefore, the present study aims to systematically synthesize available research and provide a robust estimate of the relationship between social support and social health, while also examining methodological and contextual factors that may explain variations in effect sizes.

Method: The statistical population of the study consisted of all academic and scientific research conducted on the relationship between social support and social health in Iran. A purposive sampling approach was used to select studies that met specific methodological criteria required for meta-analysis, resulting in the inclusion of 19 eligible studies. These studies varied in terms of their designs, sample characteristics, and measurement instruments, yet all provided sufficient statistical data—such as correlation coefficients or effect sizes—that allowed for synthesis.

To ensure accuracy and methodological rigor, data analysis was performed using the second version of the Comprehensive Meta-Analysis (CMA) software. Given the heterogeneity observed among the included studies, particularly regarding sample populations, research settings, and measurement tools, a random-effects model was adopted. This model assumes that the true effect size varies between studies rather than being fixed, and thus it allows for more generalized conclusions that are not limited to the specific conditions of any single study.

In addition, moderator analysis was conducted to explore whether certain characteristics of the studies could explain variations in effect size. Among several potential moderators examined, the "field of study" or research context emerged as a meaningful factor. This indicates that differences in sample groups—for example, studies focusing on adolescents, adults, or older adults—might influence the strength of the relationship between the two variables.

Findings: The results of the meta-analysis revealed that the aggregated effect size of the relationship between social support and social health was 0.445, which—according to Cohen's classification—falls within the range of a moderate to high effect. This finding suggests that social support plays a substantive role in shaping or predicting individuals' levels of social health across diverse study populations. In other words, individuals who perceive higher levels of social support tend to exhibit stronger indicators of social health, such as greater social participation, improved interpersonal functioning, a stronger sense of social belonging, and enhanced acceptance within their communities. Moderator analyses further demonstrated that the magnitude of this relationship varied across populations, with the strongest effect observed among older adults. This heightened association may reflect the greater social vulnerability of the elderly due to factors such as retirement, shrinking social networks, and reduced opportunities for engagement, making social support an especially important resource for maintaining social integration and quality of life in this group. Across studies, the evidence consistently indicates that higher levels of perceived social support are associated with better

In Press

social functioning and greater satisfaction with one's social environment, as social support enhances feelings of security, reduces social isolation, and strengthens the interpersonal connectedness that underpins social health. The meta-regression results additionally revealed that the effect of social support on social health has decreased over time, suggesting a temporal decline in the strength of this relationship across studies and highlighting the potential influence of changing social contexts on the dynamics of social support

Discussion: The results of this meta-analysis reaffirm the significant role of social support in shaping social health and support theoretical perspectives that emphasize the centrality of social relationships in human well-being. The moderately high effect size observed across studies indicates that social support functions as a fundamental determinant of social health rather than a secondary or auxiliary factor, influencing well-being across diverse age groups and social contexts. The particularly strong association observed among older adults highlights the importance of targeted social and welfare interventions for this population. As individuals age, they are more likely to experience social marginalization, reduced participation in community life, and increased loneliness. Strengthening social support systems—through community-based initiatives, intergenerational programs, family-centered support strategies, and institutional welfare services—can play a critical role in enhancing the social health of older adults and improving their overall quality of life. Such interventions may also contribute to reducing the broader societal and economic burdens associated with social isolation and declining well-being in aging populations. At the same time, the meta-regression results indicate that the effect of social support on social health has decreased over time. This temporal decline suggests that changing social structures, evolving patterns of social interaction, and broader societal transformations may be influencing the strength of the relationship between social support and social health. For instance, shifts toward more individualized social arrangements, increased reliance on digital communication, and changes in community engagement patterns may alter the ways in which social support operates and its capacity to promote social well-being. These findings underscore the need for adaptive social policies and interventions that reflect contemporary social realities and address emerging challenges in social connectivity. From a policy perspective, the results emphasize the importance of integrating social support frameworks into broader welfare strategies. Policymakers should prioritize programs that not only address material needs but also strengthen social relationships, encourage community engagement, and enhance access to supportive social networks. By fostering environments that promote social connectedness, welfare systems can contribute to improved social health and more sustainable models of well-being. The study also highlights important directions for future research. Further investigations are needed to examine the qualitative dimensions of social support, cultural variations in the experience of social health, and the impact of emerging social structures—such as digital communities and online interactions—on social well-being. Longitudinal studies would be particularly valuable in exploring how changes in social support influence social health over time and in identifying mechanisms that explain the observed temporal decline in effect size. Overall, the meta-analysis reinforces the empirical evidence that social support remains a key determinant of social health, while also demonstrating that its influence may evolve in response to changing social conditions. These findings contribute to the literature by providing a consolidated and statistically grounded understanding of the relationship between social support and social health and by offering insights that are relevant for sociological research, social policy, and welfare-oriented interventions.

Keywords: Social support, Social health, Meta-Analysis

In Press

مقدمه

سلامت[1]به‌عنوان یکی از شاخص‌های اساسی توسعه اجتماعی، مفهومی چندبعدی شامل ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی است (حجتی‌فر، موحدمجد و محمودیانی،۲۰۲۵، نیازی، سخائی، خداکرمیان و حامی،۲۰۲۱). در این میان، سلامت اجتماعی به کیفیت تعاملات فرد با جامعه، احساس تعلق، مشارکت و ادراک انسجام اجتماعی اشاره دارد (صالح، زاهدی‌اصل،۲۰۱٤، دویل و لینک،[2]۲۰۲٤). از آنجا که انسان موجودی اجتماعی است، نحوه پیوند او با شبکه‌های اجتماعی و کیفیت روابطش نقش تعیین‌کننده‌ای در سطح سلامت وی ایفا می‌کند. بنابراین سلامت اجتماعی نه‌تنها بیانگر وضعیت فرد، بلکه بازتابی از کیفیت ساختارهای اجتماعی و میزان انسجام جامعه نیز محسوب می‌شود (ورنویج‌داسن و همکاران،[3]۲۰۲۵، آربوثنات،[4]۲۰۲۳) در این چارچوب، حمایت اجتماعی یکی از متغیرهای کلیدی است که توجه گسترده‌ای به آن شده است (شیردل، اکبری و جوادزاده،۲۰۲۳). از دیدگاه کوب[5]حمایت اجتماعی به معنای ادراکی است که فرد بر اساس آن احساس می‌کند مورد احترام و علاقه دیگران قرار دارد، دارای ارزش و شأن است و به شبکه‌ای از روابط متقابل تعلق دارد. این مفهوم ماهیتی چندبعدی دارد و شامل حمایت اطلاعاتی[6](یعنی ارائه اطلاعات، مشاوره و راهنمایی)، حمایت ابزاری[7](کمک مستقیم مانند یاری مالی یا عملی)، حمایت عاطفی[8](احساس درک و پشتیبانی) می‌شود. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که صرف اتکا به خدمات رسمی و مداخلات نهادی برای تضمین سلامت اجتماعی کافی نیست؛ در بسیاری از موارد، شبکه‌های غیررسمی حمایت اجتماعی نظیر خانواده، دوستان و گروه‌های اجتماعی نقش اساسی در کاهش آسیب‌پذیری اجتماعی، پیشگیری از انزوای اجتماعی و حفظ انسجام اجتماعی ایفا می‌کنند. (سئو و ماتئوس،[9]۲۰۲٤). از این منظر، حمایت اجتماعی را می‌توان شکلی از سرمایه رفاهی غیررسمی دانست که از طریق روابط اجتماعی، احساس امنیت، تعلق و حمایت متقابل را تقویت کرده و بخشی از رفاه اجتماعی را بازتولید می‌کند.

شایان ذکر است نگاه به حمایت اجتماعی به‌عنوان یک سرمایه رفاهی، این امکان را به سیاست‌گذاران می‌دهد تا با بهره‌گیری از ظرفیت شبکه‌های اجتماعی، به‌جای اتکای صرف به مداخلات رسمی و پرهزینه، مداخلات کم‌هزینه و کارآمدی را برای ارتقای سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر (مانند سالمندان و زنان) طراحی کنند که منجر به کاهش فشار بر نظام‌های سلامت و تقویت انسجام اجتماعی می‌شود. در مقابل، نادیده گرفتن این نقش، سلامت اجتماعی را به مداخلات صرفاً فردی یا پزشکی تقلیل داده و باعث بازتولید نابرابری‌ها، افزایش انزوا و تضعیف سرمایه اجتماعی می‌گردد. با این حال، علی‌رغم این اهمیت، حمایت اجتماعی در مطالعات سلامت اجتماعی اغلب به‌جای رویکرد ساختاری، در قالب متغیرهای فردی یا روان‌شناختی تحلیل شده است؛ این خلأ مفهومی، ضرورت یک بازخوانی جامعه‌شناختی برای درک رابطه میان حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی را برجسته می‌کند. در همین راستا اگرچه پژوهش‌های بین‌المللی و داخلی به بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت پرداخته‌اند، اما در سطح

---

[1] . Health
[2] . Doyle & Link
[3] . Vernooij-Dassen et al
[4] . Arbuthnott
[5] . Coob
[6] . Information support
[7] . Instrumental support
[8] . Emotional support
[9] . Seo & Mattos

In Press

بین‌المللی تمرکز بر سلامت اجتماعی به عنوان یک سازه مستقل کمتر بوده است. در سطح داخلی نیز، مطالعات انجام‌شده عمدتاً به‌صورت منفرد و مقطعی بوده‌اند که به دلیل تفاوت در ابزارهای سنجش، جوامع آماری و رویکردهای تحلیلی، منجر به نتایجی ناهمگون و گاه متناقض شده است. این پراکندگی، مانع از دستیابی به تصویری منسجم و قابل تعمیم از شدت واقعی این رابطه گشته است. از آنجا که مرورهای روایی نمی‌توانند پاسخگوی پرسش درباره اندازه اثر واقعی باشند، انجام یک فراتحلیل نظام‌مند ضرورت می‌یابد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تجمیع یافته‌های آماری و برآورد دقیق اندازه اثر رابطه حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی انجام شده است. همچنین، این مطالعه به دنبال بررسی نقش متغیرهای تعدیل‌کننده است تا مشخص گردد چگونه این عوامل بر شدت رابطه اثر می‌گذارند. چنین رویکردی می‌تواند ضمن تقویت انسجام نظری و تجربی ادبیات سلامت اجتماعی، شواهدی قابل اتکا برای سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان اجتماعی فراهم آورد.

چارچوب مفهومی

در رویکردهای نوین جامعه‌شناسی رفاه، رفاه اجتماعی از ابعاد مادی فراتر رفته و ابعاد غیرمادی نظیر امنیت و حمایت متقابل را نیز شامل می‌شود. در این میان، حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های کلیدی سرمایه رفاهی غیررسمی شناخته می‌شود (دویل و لینک،۲۰۲٤) که با کاهش تنهایی و طرد اجتماعی، پیوندی مستقیم با سلامت اجتماعی برقرار کرده و نقش مکمل برای نظام‌های رفاه رسمی ایفا می‌کند. در ادامه، به تبیین مفاهیم و رابطه میان این دو سازه پرداخته می‌شود.

حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی میزان پذیرش، مراقبت و توجهی است که افراد از دیگران مهم زندگی خود دریافت می‌کنند (زل و استوکوس[1]،۲۰۲٤). حمایت اجتماعی شامل احساس دوست داشته شدن، ارزشمند بودن و عضویت در شبکه‌ای است که کمک متقابل ارائه می‌دهد (آکوبا[2]،۲۰۲٤). همچنین حمایت اجتماعی به معنای دسترسی به روابط کیفی با دوستان، خانواده و آشنایان است که در مواقع نیاز کمک‌های عینی یا اطلاعاتی ارائه می‌دهند و باعث احساس مراقبت، ارزشمندی و تعلق فرد به شبکه اجتماعی می‌شوند. این حمایت دو جانبه، ارتباط امن، محبت و نزدیکی ایجاد کرده و زمینه رشد فردی و خودشکوفایی را فراهم می‌کند.

ادبیات پژوهشی حمایت اجتماعی را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد: ۱) حمایت‌های عینی که فرد از محیط دریافت می‌کند و ۲) حمایت ادراک‌شده که بر اساس تصور فرد از میزان حمایت است. هر دو نوع نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی در کاهش فشار روانی و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی نقش مهمی دارد (صالح، زاهدی‌اصل،۲۰۱٤). حمایت ادراک‌شده، یعنی درک فرد از کمک‌های در دسترس، اغلب تأثیر بیشتری بر سلامت روان دارد نسبت به حمایتی که واقعاً دریافت می‌شود (آکوبا،۲۰۲٤). کوهن نیز دو چشم‌انداز عملکردی برای حمایت اجتماعی پیشنهاد داد: حمایت اجتماعی ادراک‌شده[3] و حمایت اجتماعی دریافت‌شده[4]. حمایت اجتماعی ادراک‌شده به برداشت و ارزیابی ذهنی فرد از این موضوع برمی‌گردد که در صورت نیاز، تا چه حد می‌تواند بر حمایت اطرافیان، خانواده یا دوستان تکیه کند و از آن‌ها کمک بگیرد. به بیان دیگر، فرد حتی بدون دریافت کمک

---

[1] . Zell & Stockus
[2] . Acoba
[3] . Perceived social support
[4] . Received social support

In Press

واقعی، احساس می‌کند شبکه‌ای حمایتی پشت او حضور دارد. در مقابل، حمایت دریافت‌شده ناظر بر میزان حمایتی است که فرد در یک زمان مشخص واقعاً دریافت می‌کند؛ یعنی کمک‌های ملموس، عاطفی یا اطلاعاتی که عملاً از سوی دیگران ارائه می‌شود. این نوع حمایت بیشتر جنبه عینی دارد و بر اساس رفتارها و اقدامات واقعی اطرافیان سنجیده می‌شود. بنابراین، ادراک حمایت اجتماعی بر احساس امنیت روانی و آرامش فرد اثر می‌گذارد، در حالی که حمایت دریافت‌شده بیشتر به رفع نیازهای فوری و عملی او کمک می‌کند و هر دو در ارتقای سلامت اجتماعی نقش مکمل دارند (سیمونز و برد[1]،۲۰۲۳)

سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی به سطح رفاه ادراک‌شده فرد در حوزه روابط و تعاملات اجتماعی اشاره دارد و شامل توانایی ایجاد و حفظ ارتباط مؤثر با افراد، گروه‌ها و جامعه وسیع‌تر است (کامفویس، لومان،دی‌بروین–ولر و شوتلار[2]،۲۰۲۵). این مفهوم نخستین‌بار توسط بلوک و برسلو[3]طرح شد؛ آن‌ها سلامت اجتماعی را شاخصی برای سنجش نحوه عملکرد فرد در جامعه و میزان توانایی او در ایفای نقش‌های اجتماعی تعریف کردند. به‌طور کلی، سلامت اجتماعی، به‌عنوان یکی از ارکان اصلی سلامت جامعه و خانواده، زمانی تحقق می‌یابد که فرد بتواند نقش‌ها و فعالیت‌های اجتماعی خود را به‌طور متعارف و مطابق با هنجارهای جامعه انجام دهد (نیازی و همکاران،۲۰۲۱؛ دوستیان، گودینی و شجاعی،۲۰۲۵). این سازه، فراتر از سلامت فردی، مستلزم احساس پیوند، تعلق و تقویت انگیزه و روحیه در بستر تعاملات اجتماعی است

سلامت اجتماعی را می‌توان از دو دیدگاه بررسی کرد: تعامل سالم فرد با جامعه، خانواده و محیط کار، و سلامت کلی جامعه بر اساس شاخص‌های سلامت. این سلامت نتیجه تعامل فرد با محیط و همسو با فرایند رشد طبیعی اوست (سیف‌زاده،۲۰۱۵). سلامت اجتماعی به‌دلیل وابستگی عمیق آن به روابط و ساختارهای اجتماعی، از حساسیت و اهمیت بیشتری نسبت به سلامت جسمانی و روانی برخوردار است. عوامل تهدیدکننده آن اغلب در بستر تعاملات انسانی شکل می‌گیرند و می‌توانند نه‌تنها یک فرد، بلکه گروه‌ها و جامعه را تحت‌تأثیر قرار دهند. افزون بر این، سلامت اجتماعی برخلاف برخی ابعاد سلامت که مستقیماً قابل مشاهده‌اند، ماهیتی ادراک‌محور و پنهان دارد؛ از این‌رو شناسایی، سنجش و مدیریت آن پیچیده‌تر و چالش‌برانگیزتر است (اسکندری،۲۰۲۵). سلامت اجتماعی هم به برابری فرصت‌ها در جامعه اشاره دارد و هم بیانگر کیفیت تعامل فرد با دیگران و واکنش متقابل آنان است (حجتی‌فر و همکاران،۲۰۲۵). سلامت اجتماعی زمانی محقق می‌شود که فرد خود را مسئول جامعه بداند و روابط و نقش‌هایش را در تعادل با محیط اجتماعی ایفا کند؛ موضوعی که به افزایش انگیزه، شادابی و سلامت جمعی منجر می‌شود (استون و جاکوب[4]،۲۰۰۵).

حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی

پژوهش‌ها نشان می‌دهند افرادی با شبکه‌های اجتماعی گسترده معمولاً حمایت اجتماعی بیشتری دارند و سلامت بهتری تجربه می‌کنند، اما تعداد روابط همیشه معیار قابل اعتماد نیست، زیرا برخی ارتباطات می‌توانند تنش‌زا و مضر باشند (حاجی بکنده و تقی پور،۲۰۱۰). همچنین نتایج تحقیقات متعددی نشان داد که ادراک بالای حمایت اجتماعی با موارد زیر مرتبط بوده است: کاهش افکار و تلاش‌های خودکشی؛ کاهش بار مراقبتی (زاراته، سون، فیشر و استاوروپولوس[5]،۲۰۲۲) ؛ بهبود پیشرفت بالینی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی (شکرگذار، روزبهان، زارع و عبداللهی،۲۰۲۲)؛ ارتقای سلامت سالمندان مهاجر (سو، یانگ، دونگ و

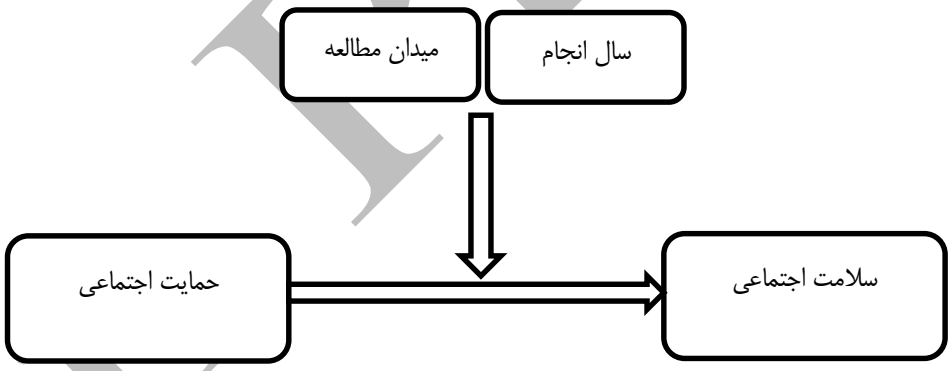
---

[1] . Simons & Bird
[2] . Kamphuis, Loman, De Bruin-Weller & Schuttlaar
[3] .Block & breslow
[4] . Üstün & Jakob
[5] . Zarate, Sonn, Fisher, & Stavropoulos

In Press

ژانگ[1]،۲۰۲۲)؛ کاهش میزان بستری مجدد در بیماران با نارسایی قلبی (لین و همکاران[2]،۲۰۲۲)؛ و افزایش پایبندی به درمان‌های دارویی (توران، آکسوی و چیفتچی[3]،۲۰۱۹). علاوه بر این، ادراک بالای حمایت اجتماعی با کاهش احتمال بروز اختلال استرس پس از سانحه رابطه منفی دارد (ناوارو-نولاسکو و همکاران[4]،۲۰۲۵) به این ترتیب، حمایت اجتماعی نه تنها باعث کاهش فشار روانی و استرس می‌شود، بلکه نقش مؤثری در ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد دارد. حمایت اجتماعی یکی از عوامل کلیدی در ارتقای سلامت اجتماعی و مقابله با فشارهای روانی است و از سه مسیر اصلی عمل می‌کند: حمایت عینی/ملموس با ارائه کمک‌های عملی و مادی، نیازهای فرد را رفع کرده و پیوندهای اجتماعی و امنیت را تقویت می‌کند؛ حمایت اطلاعاتی با مشاوره و راهکارهای کاربردی، فرد را در حل مشکلات توانمندتر و سازگارتر می‌سازد؛ و حمایت عاطفی با همدلی و اطمینان‌بخشی، حس تعلق و ارزشمندی فرد را بالا برده و تنش‌های روانی را کاهش می‌دهد(صالح، زاهدی‌اصل،۲۰۱٤).

بر اساس مباحث نظری ارائه‌شده و در مقام جمع بندی می‌توان گفت به‌طور کلی، حمایت اجتماعی به‌عنوان یک سرمایه رفاهی غیررسمی، از طریق تأمین منابع عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری، با تقویت احساس امنیت و تعلق، نقش کلیدی در ارتقای سلامت اجتماعی ایفا می‌کند. بر این اساس، پیش‌فرض نظری پژوهش حاضر بر وجود رابطه مستقیم و مثبت میان حمایت اجتماعی (متغیر مستقل) و سلامت اجتماعی (متغیر وابسته) استوار است. با این حال، با توجه به ماهیت پویا و ساختاری جامعه، انتظار می‌رود شدت این رابطه تحت تأثیر عوامل زمینه‌ای باشد. از این رو، در مدل مفهومی این پژوهش، میدان مطالعه (جوانان، زنان، سالمندان و مددجویان) و سال انجام پژوهش به‌عنوان متغیرهای تعدیل‌کننده در نظر گرفته شده‌اند تا نقش تغییرات جمعیت‌شناختی و تحولات زمانی را در تبیین ناهمگونی رابطه مذکور بررسی کنند



نمودار (۱) مدل مفهومی تحقیق

روش

پژوهش حاضر از نوع فراتحلیل می‌باشد. روش اجرای فراتحلیل در این مطالعه شامل مراحل زیر است:

مرحله اول؛ تعریف موضوع پژوهش: بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی با استفاده از رویکرد فراتحلیل است.

مرحله دوم؛ جمع‌آوری نظام‌مند مطالعات: در این مرحله، مطالعات پیشین مرتبط با موضوع پژوهش جمع‌آوری شد. جامعه آماری پژوهش را کلیه پژوهش‌های انجام شده در ایران در زمینه موضوع تحقیق تشکیل می‌داد که در پایگاه‌های اطلاعات علمی مختلف

[1] . Su, Yang, Dong, & Zhang
[2] .Lin et al
[3] . Turan, Aksoy, & Çiftçi
[4] . Navarro-Nolasco et al

In Press

نمایه شده بودند، از جمله: پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی(*SID*)، پایگاه مجلات تخصصی نور (*Noormags*)، بانک اطلاعات نشریات کشور (*Magiran*)، پایگاه مرکز اسناد و مدارک علمی ایران (*Irandoc*) و سایر منابع مشابه. در این مرحله، تعداد ۲۵ مطالعه مرتبط شناسایی شد که قبل از مرحله غربالگری مورد بررسی اولیه قرار گرفتند.

مرحله سوم؛ غربال و گزینش مطالعات واجد شرایط: در مرحله غربال‌گری، از میان ۲۵ مطالعه شناسایی‌شده، در نهایت ۱۹ پژوهش بر اساس معیارهای ورود و خروج برای انجام فراتحلیل انتخاب شدند. معیارهای ورود مطالعات به فراتحلیل عبارت بودند از: ۱) انجام پژوهش در بازه زمانی ۱۳۸۹ تا ۱٤۰۲؛ ۲) تمرکز صریح بر بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی؛ ۳) گزارش ضریب همبستگی یا اطلاعات آماری قابل تبدیل به اندازه اثر؛ ٤) مشخص بودن حجم نمونه و روش نمونه‌گیری؛ ۵) استفاده از ابزارهای معتبر و گزارش پایایی آن‌ها؛ ٦) انتشار در مجلات علمی معتبر یا پایان‌نامه‌های دانشگاهی با دسترسی کامل به متن.

در مقابل معیارهای خروج شامل: ۱) مطالعات کیفی یا نظری فاقد داده آماری قابل تحلیل؛ ۲) گزارش‌های تکراری مبتنی بر یک مجموعه داده واحد؛ ۳) فقدان اطلاعات آماری کافی برای محاسبه اندازه اثر. این فرایند غربالگری به منظور تضمین انسجام روش‌شناختی و افزایش اعتبار نتایج فراتحلیل انجام شد.

مرحله چهارم؛ استخراج اطلاعات از مطالعات: پس از گزینش، اطلاعات لازم از هر یک از پژوهش‌های مورد استفاده استخراج شد. فهرست اطلاعات گردآوری شده شامل موارد زیر بود:

۱- اطلاعات عمومی شامل: نام نویسنده(ها)، سال انتشار، جامعه‌ی آماری ۲- اطلاعات مربوط به متغیرهای پژوهش، شامل ضریب همبستگی ۳- حجم نمونه و شیوه‌نمونه‌گیری. پس از استخراج این داده‌ها، اطلاعات هر مطالعه کدبندی شد و برای مرحله بعدی، وارد نرم‌افزار *CMA*[1] گردید.

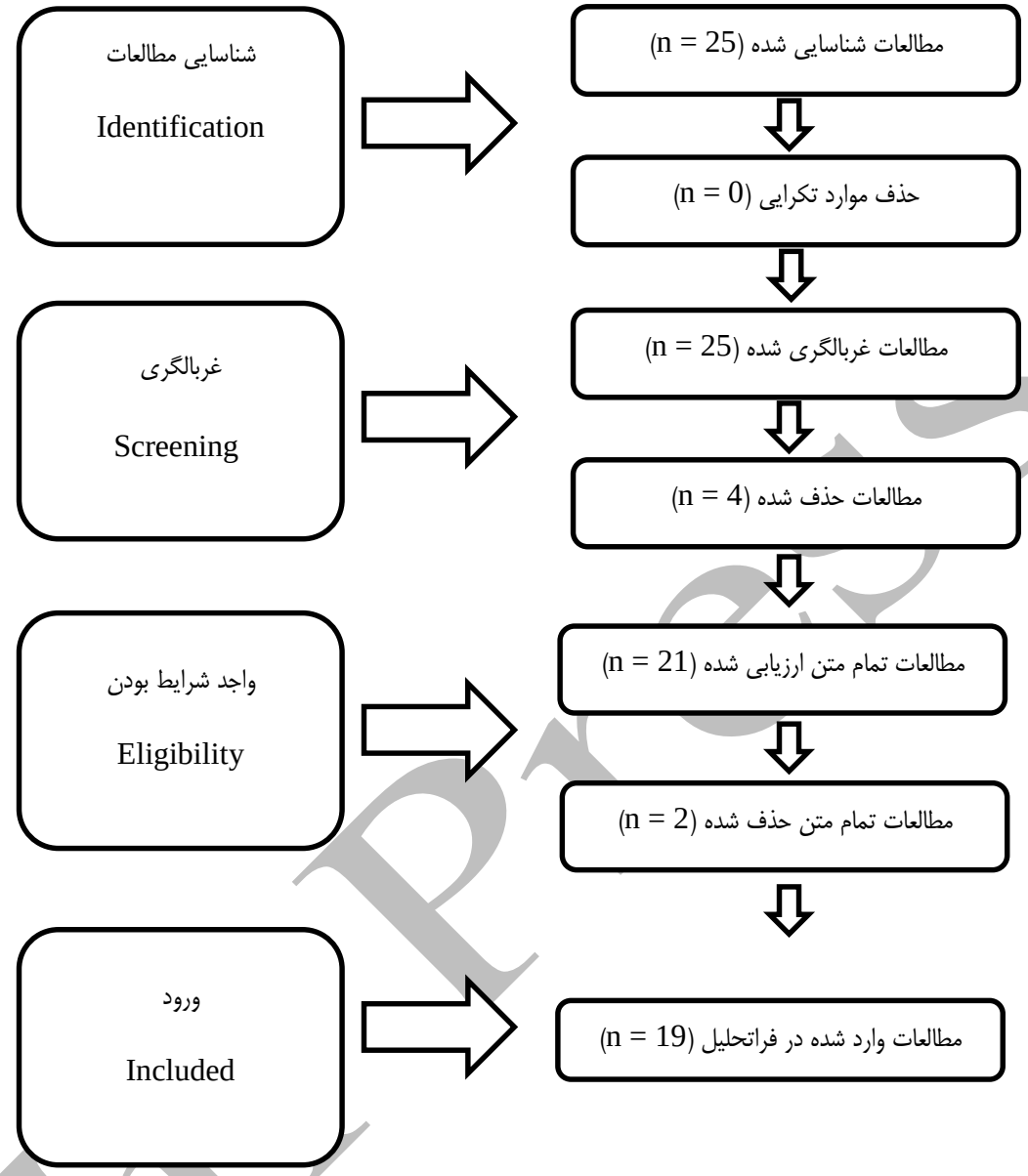
مرحله پنجم؛ محاسبه اندازه اثر: داده‌های استخراج‌شده با استفاده از رویکرد هانتر و اشمیت[2]تحلیل شدند. سپس، با بررسی ناهمگنی مطالعات از طریق آزمون Q، مدل مناسب برای ترکیب نتایج انتخاب شد و با توجه به ناهمگنی مشاهده‌شده، مدل اثرات تصادفی برای برآورد اندازه اثر کلی به کار رفت. در ادامه، اندازه اثر بر اساس معیارهای کوهن[3]تفسیر شد و به‌منظور بررسی نقش تعدیل‌کنندگی سال انجام مطالعات، از متارگرسیون[4]استفاده شد.

به‌منظور افزایش اعتبار نتایج فراتحلیل، مطالعات بر اساس معیارهای از پیش تعیین‌شده انتخاب شدند و احتمال سوگیری انتشار[5]با استفاده از نمودار قیفی[6]، آزمون همبستگی رتبه‌ای بگ و مزومدار[7]و آزمون رگرسیونی اِگر[8]ارزیابی شد. نتایج این آزمون‌ها حاکی از نبود سوگیری انتشار معنادار بود و در مجموع، اعتبار و اتکاپذیری یافته‌های فراتحلیل را تأیید کرد.

---

[1] . Comprehensive Meta-Analysis
[2] . Hunter and Schmidt
[3] . Cohen
[4] . Meta-regression
[5] . Publication bias
[6] . Funnel plot
[7] . Begg and Mazumdar rank correlation
[8] .Egger`s regression

In Press



نمودار (۲) جریان ورود مطالعات به فراتحلیل

In Press

جدول (۱) خلاصه اطلاعات مربوط به پژوهش‌های نمونه

محقق و سال	جامعه آماری	شهر/ منطقه	حجم نمونه	ضریب همبستگی
حسینی حاجی بکنده و تقی پور (۱۳۸۹)	زنان سرپرست خانوار	تهران	۳۴۰	۰/۳۵۹
فرزانه و علیزاده (۱۳۹۲)	سالمندان شهر	بابل	۳۷۴	۰/۷۰۶
همتی و همکاران (۱۳۹۱)	زنان سرپرست خانوار	رودهن	۱۴۰	۰/۳۷۵
ابراهیم نجف آبادی (۱۳۹۰)	زنان ۱۵ تا ۲۴ ساله	اصفهان	۲۰۰	۰/۷۷۲
نبی‌زاده (۱۳۹۵)	دانشجویان دانشگاه پیام نور	شهرری تهران	۳۰۰	۰/۵۲۶
حسینی زارع و همکاران (۱۳۹۲)	سالمندان	تهران	۴۰۶	۰/۵۹۰
زاهدی اصل و صالح (۱۳۹۳)	همسران جانبازان اعصاب و روان	تهران	۳۴۰	۰/۳۵۹
حیدرخانی و همکاران (۱۳۹۵)	زنان سرپرست خانوار	مناطق روستایی کرمانشاه	۳۰۰	۰/۴۵۰
نصرت‌آبادی و همکاران (۱۳۹۴)	مادران دارای کودک مراجعه کننده به مراکز بهداشتی	سیرجان	۱۵۰	۰/۴۶۵
تقوایی‌یزدی و چیت‌ساز (۱۳۹۵)	دانشجویان دانشگاه آزاد	ساری	۳۵۰	۰/۳۱۶
سیف‌زاده (۱۳۹۴)	سالمندان	آذرشهر	۳۱۲	۰/۶۴۲
مظلومی مقدم و افشانی (۱۳۹۶)	دانشجویان دانشگاه خوارزمی	تهران	۳۶۱	۰/۲۹۸
غنچه و گل‌پور (۱۴۰۱)	دانشجویان پیام نور	تهران	۳۶۴	۰/۳۷۸
نوربخش و همکاران (۱۳۹۶)	جوانان مناطق حاشیه نشین	کرمانشاه	۳۸۴	۰/۳۰۰
نجفی اندرور و همکاران (۱۴۰۰)	مددجویان بهزیستی	نوشهر	۳۵۰	۰/۳۷۸
باوزین و سپهوندی (۱۳۹۶)	سالمندان	خرم‌آباد	۳۳۷	۰/۴۰۰
پورحسن و همکاران (۱۴۰۱)	جانبازان	آذربایجان شرقی	۲۹۴	۰/۳۷۸
قربانی و همکاران (۱۳۹۹)	دانشجویان دانشگاه پیام نور	حسن‌آباد و ورزنه	۱۵۰	۰/۲۶۰
منظری توکلی و مقصودی (۱۴۰۲)	زنان	فاریاب	۲۶۰	۰/۲۰۰

٤.یافته‌ها

در جدول شماره (۲) اطلاعات مطالعات مختلف تلخیص شد و اندازه اثر تفکیکی پژوهش‌های برگزیده بر اساس یک مقیاس مشترک ارائه شد.

جدول (۲) خلاصه اطلاعات مربوط به فراتحلیل بر روی پژوهش‌های نمونه

محقق و سال	اندازه اثر	*Z-Value*	*P-Value*
حسینی حاجی بکنده و تقی پور (۱۳۸۹)	۰/۳۵۹	۶/۸۹۸	۰/۰۰۱
فرزانه و علیزاده (۱۳۹۲)	۰/۷۰۶	۱۶/۹۳۴	۰/۰۰۱
همتی و همکاران (۱۳۹۱)	۰/۳۷۵	۴/۶۱۴	۰/۰۰۱

In Press

P-Value	Z-Value	اندازه اثر	محقق و سال
۰/۰۰۱	۱۴/۳۹۰	۰/۷۷۲	ابراهیم نجف آبادی (۱۳۹۰)
۰/۰۰۱	۱۰/۰۷۵	۰/۵۲۶	نبی‌زاده (۱۳۹۵)
۰/۰۰۱	۱۳/۸۳۸	۰/۵۹۰	حسینی زارع و همکاران (۱۳۹۲)
۰/۰۰۱	۶/۸۹۸	۰/۳۵۹	زاهدی اصل و صالح (۱۳۹۳)
۰/۰۰۱	۸/۳۵۳	۰/۴۵۰	حیدرخانی و همکارن (۱۳۹۵)
۰/۰۰۱	۶/۱۰۷	۰/۴۶۵	نصرت‌آبادی و همکاران (۱۳۹۴)
۰/۰۰۱	۶/۰۹۵	۰/۳۱۶	تقوایی‌یزدی و چیت‌ساز (۱۳۹۵)
۰/۰۰۱	۱۳/۳۸۷	۰/۶۴۲	سیف‌زاده (۱۳۹۴)
۰/۰۰۱	۵/۸۱۵	۰/۲۹۸	مظلومی مقدم و افشانی (۱۳۹۶)
۰/۰۰۱	۷/۵۵۷	۰/۳۷۸	غنچه و گل‌پور (۱۴۰۱)
۰/۰۰۱	۶/۰۴۲	۰/۳۰۰	نوربخش و همکاران (۱۳۹۶)
۰/۰۰۱	۷/۴۰۹	۰/۳۷۸	نجفی اندرور و همکاران (۱۴۰۰)
۰/۰۰۱	۷/۷۴۲	۰/۴۰۰	باوزین و سپهوندی (۱۳۹۶)
۰/۰۰۱	۶/۷۸۵	۰/۳۷۸	پورحسن و همکاران (۱۴۰۱)
۰/۰۰۱	۳/۲۲۶	۰/۲۶۰	قربانی و همکاران (۱۳۹۹)
۰/۰۰۱	۳/۲۵۰	۰/۲۰۰	منظری توکلی و مقصودی (۱۴۰۲)

نتایج ارائه‌شده در جدول ۲ نشان داد که در تمامی ۱۹ مطالعه واردشده به فراتحلیل، رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی از نظر آماری معنادار بود. بیشترین اندازه اثر به مطالعه چهارم (ابراهیم نجف‌آبادی) و کمترین اندازه اثر به مطالعه نوزدهم (منظری توکلی و مقصودی) اختصاص دارد.

بررسی مفروضات اولیه

در این بخش، پیش‌فرض‌های اساسی فراتحلیل شامل همگنی مطالعات و احتمال خطای انتشار مورد ارزیابی قرار گرفت.

الف) بررسی همگنی مطالعات

به منظور بررسی همگنی مطالعات از آزمون Q و شاخص I^2 استفاده شد. نتایج مربوط در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول (۳) : نتایج حاصل از آزمون Q

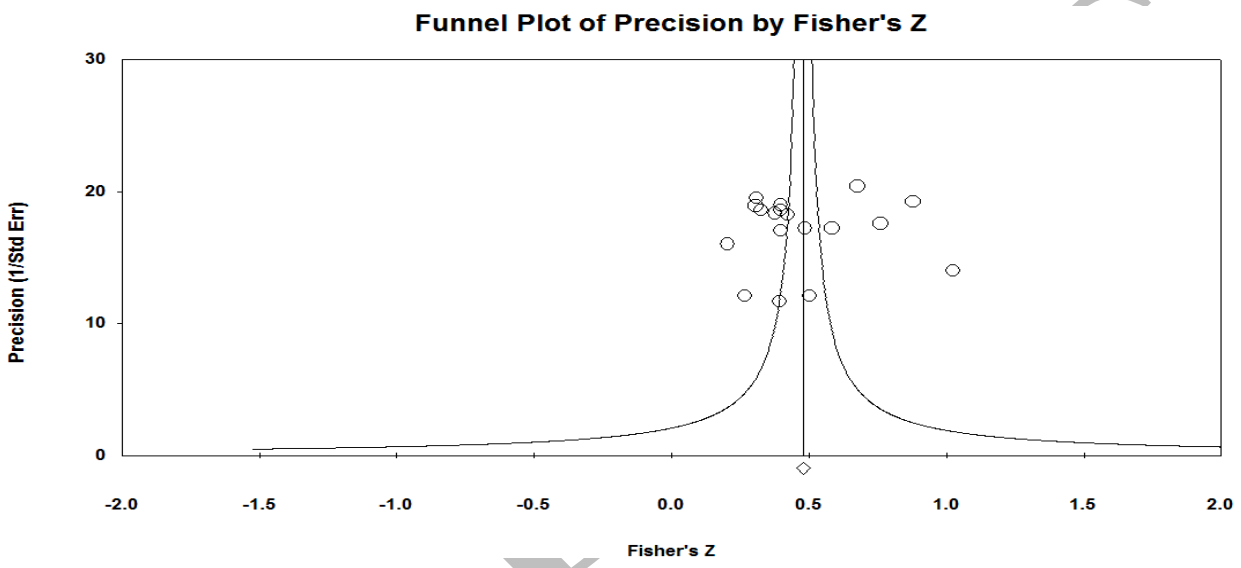
I-Squared (I^2)	سطح معنی‌داری (P-Value)	درجه آزادی (Df)	مقدار آزمون(Q)	شاخص آماری
۹۲/۳۱۷	۰/۰۰۱	۱۸	۲۳٤/۲۹۷	نتایج

In Press

نتایج آزمون Q و شاخص I^2 وجود ناهمگنی معنادار میان مطالعات را تأیید کرد ($I^2=92\%$). بنابراین، مدل اثرات تصادفی برای ترکیب نتایج به کار گرفته شد. ناهمگنی مشاهده‌شده احتمالاً ناشی از تفاوت در گروه‌های مورد مطالعه، ابزارهای سنجش، حجم نمونه و زمینه‌های اجرای پژوهش‌ها بود. همچنین، تحلیل تعدیل‌کننده و تحلیل حساسیت نشان داد که حذف مطالعات با بیشترین و کمترین اندازه اثر، تغییر معناداری در برآورد کلی ایجاد نکرد و پایداری نتایج را تأیید کرد.

ب) بررسی سوگیری نشر

جهت ارزیابی سوگیری انتشار، از سه روش نمودار قیفی، آزمون اِگر و همبستگی بگ و مزومدار استفاده شد.



نمودار (۳): نمودار قیفی به منظور بررسی خطای انتشار

جدول (٤): نتایج حاصل از بررسی روش همبستگی رتبه‌ای بگ و مزومدار

شاخص آماری	مقدار ضریب کندال(*tau*)	*Z-Value*	سطح معنی‌داری (*P-Value*)	
			یک دامنه	دو دامنه
نتایج	۰/۱۲۳	۰/۷۳٤	۰/۲۳۱	۰/٤٦۲

جدول (٥) نتایج حاصل از بررسی روش رگرسیون خطی اگر

شاخص آماری	برش(*B*)	خطای استاندار (*SE*)	*t-value*	سطح معنی‌داری(*P-Value*)	
				یک دامنه	دو دامنه
نتایج	۰/۱۷۸	٥/٦٨٧	۰/۰۳۱	۰/٤٨٧	۰/۹۷٥

نتایج نمودار قیفی و آزمون‌های اِگر و بگ–مزومدار نشان داد که سوگیری انتشار در مطالعات معنادار نیست. با توجه به ناهمگونی معنادار مطالعات، مدل اثرات تصادفی برای برآورد اندازه اثر کلی انتخاب شد و نتایج آن در جدول (٦) ارائه شده است

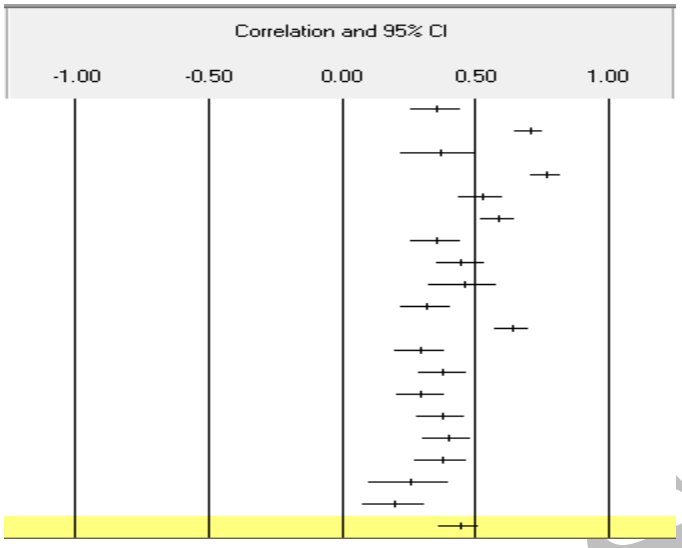
جدول (٦): نتایج حاصل از اندازه اثر مطالعات رابطه بین حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی

ارتباط	اندازه اثر (r)	حدپائین	حدبالا	Z-Value	P-Value
رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی	٠/٤٤٥	٠/٣٦٦	٠/٥١٨	٩/٩٣٢	٠/٠٠١

نتایج جدول (٦) نشان داد که اندازه اثر ترکیبی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی برابر با ٠/٤٤٥ است که بر اساس معیار کوهن در محدوده اثر «متوسط رو به بالا» قرار می‌گیرد. این یافته بیانگر آن بود که حمایت اجتماعی سهم معنادار و قابل توجهی در تبیین سطح سلامت اجتماعی افراد دارد و نمی‌توان آن را صرفاً یک عامل جانبی یا مکمل تلقی کرد. پیرامون خوانش جامعه‌شناختی این یافته‌ها می‌توان گفت، در چارچوب جامعه‌شناسی رفاه این یافته مؤید آن است که حمایت اجتماعی را می‌توان به‌مثابه شکلی از سرمایه رفاهی غیررسمی تلقی کرد که مستقل از مداخلات نهادی و سیاست‌های رفاهی رسمی، نقش مهمی در ارتقای سلامت اجتماعی ایفا می‌کند. اندازه اثر به‌دست‌آمده بیانگر آن است که بخشی از رفاه اجتماعی افراد نه از طریق سازوکارهای دولتی، بلکه در بستر شبکه‌های اجتماعی، روابط خانوادگی و پیوندهای اجتماعی بازتولید می‌شود. از منظر رفاه اجتماعی، این یافته‌ها نشان داد که حمایت اجتماعی بخشی از رفاه غیرمادی را پوشش می‌دهد که شامل احساس امنیت اجتماعی، تعلق، پذیرش و قابلیت ایفای نقش‌های اجتماعی است. این نوع رفاه، به‌ویژه در شرایطی که نظام‌های رفاهی رسمی با محدودیت منابع، پوشش ناکافی یا نابرابری‌های ساختاری مواجه‌اند، اهمیت بیشتری می‌یابد. بنابراین، حمایت اجتماعی نه‌تنها یک منبع روان‌شناختی، بلکه شکلی از سرمایه رفاهی است که می‌تواند نابرابری‌های رفاهی را تعدیل کرده و سلامت اجتماعی را در سطوح مختلف جامعه تقویت کند.

نمودار جنگل زیر اندازه اثر هر مطالعه به همراه فاصله اطمینان ۹۵ درصد و وزن آماری آن در مدل اثرات تصادفی را نشان می‌دهد.

In Press



نمودار (٤): نمودار جنگل مطالعات تحت بررسی

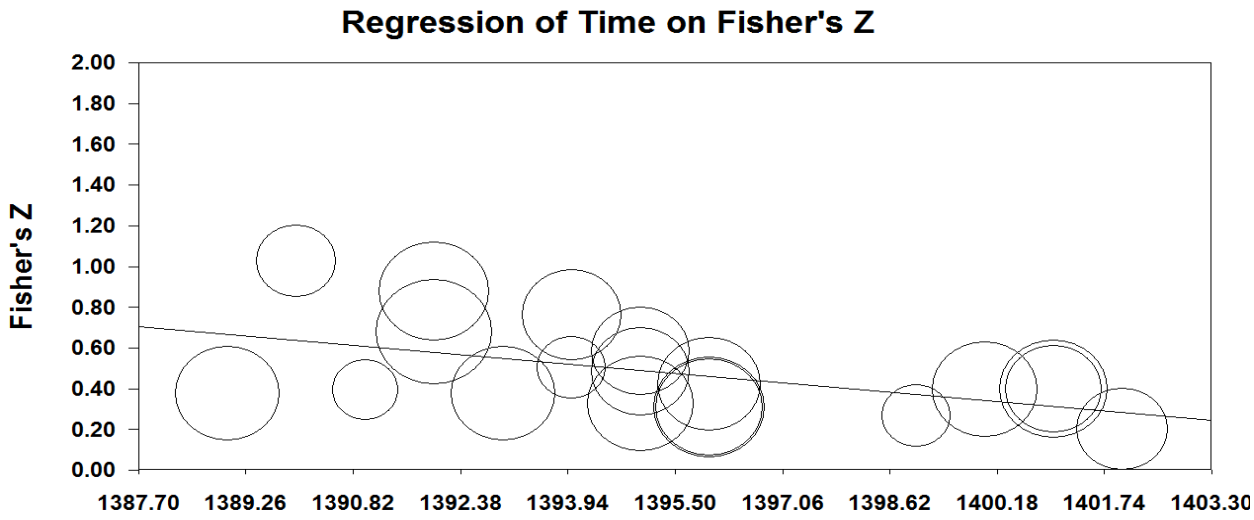
با توجه به ناهمگونی معنادار مطالعات، برای شناسایی منشأ آن، نقش تعدیل‌کننده میدان مطالعه در زیرگروه‌های جوانان، زنان و سالمندان بررسی شد. نتایج این تحلیل در جدول (۷) ارائه شد.

جدول (۷): نتایج اندازه های اثر ترکیبی به تفکیک گروه مورد مطالعه

گروه مورد مطالعه	مدل اثرات تصادفی		
	اندازه ترکیبی	*Z-Value*	*P-Value*
جوانان و دانشجویان	۰/٤٤۹	٤/٦٨٤	۰/۰۰۱
سالمندان	۰/۵۹۵	۷/۲۱۳	۰/۰۰۱
زنان	۰/۳٦۹	۱۰/۸۳۷	۰/۰۰۱
مددجویان	۰/۳۳٦	۷/۹۵۷	۰/۰۰۱

نتایج جدول (۷) نشان داد که اندازه اثر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی در سالمندان (۰/۵۹۵) بیشتر از جوانان (۰/٤٤۹)، زنان (۰/۳٦۹) و مددجویان (۰/۳۳٦) است. این یافته بیانگر آن است که سالمندان، به دلیل کاهش نقش‌های اجتماعی، محدود شدن شبکه‌های ارتباطی و دسترسی کمتر به منابع رسمی رفاه، بیش از سایر گروه‌ها به حمایت اجتماعی وابسته‌اند؛ ازاین‌رو، حمایت اجتماعی نقش پررنگ‌تری در ارتقای سلامت اجتماعی آنان ایفا می‌کند. در مقابل، اندازه اثر کمتر در جوانان، زنان و مددجویان را می‌توان به برخورداری بیشتر این گروه‌ها از شبکه‌های ارتباطی، فرصت‌های مشارکت اجتماعی یا منابع جایگزین رفاهی نسبت داد. در مجموع، این یافته نشان می‌دهد کارکرد حمایت اجتماعی به‌عنوان سرمایه رفاهی غیررسمی، متناسب با موقعیت اجتماعی و میزان دسترسی گروه‌های مختلف به منابع رفاهی، متفاوت است. همچنین با توجه به ناهمگونی معنادار مطالعات، نقش تعدیل‌کنندگی سال انجام پژوهش بررسی شد تا تأثیر تغییرات زمانی بر رابطه حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی مشخص شود. نتایج در نمودار (۵) ارائه شده است.

In Press



نمودار (۵): نمودار متارگرسیون برای بررسی نقش تعدیل‌کنندگی سال انجام مطالعات

نتایج متارگرسیون نشان داد که سال انجام مطالعه اثر تعدیل‌کنندگی معناداری دارد؛ به‌گونه‌ای که در مطالعات جدیدتر، اندازه اثر رابطه حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی کاهش یافته است. این یافته نشان می‌دهد که اگرچه حمایت اجتماعی همچنان نقش مهمی در ارتقای سلامت اجتماعی دارد، اما تحولات ساختاری مانند تغییر الگوهای تعامل اجتماعی، گسترش ارتباطات مجازی و گرایش به فردگرایی، از شدت اثر آن در گذر زمان کاسته است

بحث

نتایج فراتحلیل نشان داد که اندازه اثر کلی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی ۰/٤٤٥ و در محدوده «متوسط رو به بالا» است. همچنین، این رابطه در گروه‌های مختلف جمعیتی معنادار و قابل تعمیم بود و می‌تواند مبنایی برای سیاست‌گذاری و مداخلات اجتماعی در ارتقای سلامت اجتماعی باشد. این یافته با مطالعات حوزه جامعه‌شناسی رفاه همسو است که بر نقش روابط اجتماعی و شبکه‌های حمایتی به‌عنوان منابع غیررسمی رفاه تأکید دارند (دویل و لینک،۲۰۲٤). از این منظر، حمایت اجتماعی صرفاً یک متغیر فردی نیست، بلکه نوعی سرمایه رفاهی غیررسمی است که از طریق تقویت روابط و پیوندهای اجتماعی، به ارتقای سلامت اجتماعی کمک می‌کند. در واقع حضور فرد در میان خانواده، دوستان و شبکه‌های اجتماعی، موجب گسترش روابط و افزایش ادراک حمایت اجتماعی می‌شود و از این طریق سلامت اجتماعی او تقویت می‌شود (صالح، زاهدی‌اصل،۲۰۱٤). پیوندهای اجتماعی که از طریق ازدواج، اشتغال، ارتباط با دوستان و همسالان، مشارکت در فعالیت‌های گروهی و اجتماعی شکل می‌گیرند، می‌توانند بی‌هنجاری‌ها و رفتارهای انحرافی در جامعه را کاهش دهند. افرادی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند، احساس تعلق و عزت نفس بالاتری دارند (آکوبا،۲۰۲٤) و دیدگاه مثبت آن‌ها نسبت به جامعه، سلامت اجتماعی فردی را ارتقا می‌دهد. حمایت اجتماعی از منظر جامعه‌شناسی، با تقویت حس تعلق (دویل و لینک،۲۰۲٤). ، عمل کردن به عنوان سپری روانی در برابر استرس(آکوبا،۲۰۲٤)، و افزایش احساس ارزشمندی فرد (آکوبا،۲۰۲٤)، به سلامت اجتماعی او کمک می‌کند. این حمایت باعث کاهش انزوا، بهبود تعاملات بین‌فردی، و افزایش سرمایه اجتماعی می‌شود

In Press

(آربوثنات،۲۰۲۳) که در نهایت به نفع فرد و جامعه است. تلفیق نتایج حاصل از فراتحلیل با مبانی مفهومی پژوهش نشان داد که حمایت اجتماعی را می‌توان به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی سرمایه رفاهی غیررسمی در نظر گرفت. این سرمایه، به‌ویژه در شرایط محدودیت پوشش نظام‌های رسمی رفاه، نقشی تعیین‌کننده در ارتقای سلامت اجتماعی و کاهش پیامدهای نابرابری رفاهی ایفا می‌کند. همچنین از منظر عدالت اجتماعی در اندیشه رالز[1](۲۰۱۷)، دسترسی نابرابر به منابع حمایتی می‌تواند فرصت‌های اجتماعی و احساس تعلق را به‌طور نابرابر توزیع کند و به بازتولید نابرابری‌های سلامت اجتماعی بین گروه‌ها بینجامد. بنابراین، حمایت اجتماعی نه صرفاً یک منبع عاطفی، بلکه عنصری ساختاری در تحقق عدالت و رفاه اجتماعی است.

همچنین نتایج نشان داد که سلامت اجتماعی سالمندان در مقایسه با گروه‌های دیگر بیشتر تحت تأثیر حمایت اجتماعی است. این امر هم به کاهش طبیعی تعاملات سالمندان مربوط می‌شود و هم به نابرابری‌های اجتماعی و محدودیت‌های نهادی در دسترسی به منابع رفاهی. در چنین شرایطی سالمندان بیش از دیگران به سرمایه‌های حمایتی غیررسمی متکی‌اند و وقتی فرصت‌های مشارکت و دسترسی به شبکه‌های حمایتی رسمی محدود می‌شود، آسیب‌پذیری آن‌ها در برابر تنهایی و انزوای اجتماعی افزایش یافته و سلامت اجتماعی کاهش می‌یابد. در مقابل، جوانان و زنان به دلیل حضور بیشتر در فعالیت‌های اجتماعی و شبکه‌های ارتباطی گسترده‌تر، کمتر از حمایت‌های متمرکز رسمی اثر می‌پذیرند. بنابراین، این تفاوت‌ها بیشتر نشان‌دهنده نابرابری در دسترسی به منابع و فرصت‌های مشارکت است، نه ویژگی‌های صرفاً فردی و ارتقای سلامت اجتماعی سالمندان نیازمند مداخلات ساختاری و سیاست‌های هدفمند مانند ایجاد فرصت‌های مشارکت و تقویت شبکه‌های حمایتی رسمی و غیررسمی است. همچنین نتایج مؤید کاهش تدریجی اثر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی در طول زمان بود که این موضوع ناشی از تحولات ساختاری جامعه معاصر مانند گسترش شهرنشینی، تغییر ساختار خانواده از گسترده به هسته‌ای، رشد فردگرایی و جایگزینی تعاملات حضوری با ارتباطات مجازی است که ماهیت سرمایه اجتماعی را دگرگون کرده‌اند (آربوثنات،۲۰۲۳). این روند نشان‌دهنده گذار از پیوندهای عمیق و پایدار به سمت سرمایه‌های اجتماعی سیال و ضعیف‌تر است که ظرفیت حمایتی کمتری دارند. از منظر جامعه‌شناسی رفاه، تکیه بر شبکه‌های غیررسمی در جامعه امروز دیگر کافی نیست و ضرورت تقویت سازوکارهای نهادی و سیاست‌های رفاهی مکمل بیش از پیش احساس می‌شود.

در جمع‌بندی تحلیلی، نتایج پژوهش نشان داد که حمایت اجتماعی یکی از منابع اساسی سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی است، اما اثرگذاری آن تابع شرایط ساختاری و نهادی جامعه است. سلامت اجتماعی حاصل تعامل میان فرد، شبکه‌های اجتماعی و ساختارهای نهادی است؛ بنابراین، سیاست‌گذاری اجتماعی باید به گونه‌ای باشد که این سه بعد را به طور همزمان تقویت کند. عدالت در دسترسی به منابع حمایتی، تقویت شبکه‌های اجتماعی و طراحی سیاست‌های رفاهی هدفمند می‌تواند سلامت اجتماعی را ارتقا داده و نابرابری‌های اجتماعی را کاهش دهد. از این منظر، حمایت اجتماعی نه تنها یک متغیر فردی، بلکه بخشی از ساختار رفاه و عدالت اجتماعی است. جامعه‌ای که دسترسی عادلانه به منابع حمایتی را تضمین کند و فرصت‌های مشارکت اجتماعی را

[1] . Rawls

In Press

گسترش دهد، می‌تواند سلامت اجتماعی پایدارتر و همبستگی بیشتری ایجاد کند. بنابراین، یافته‌های پژوهش بر ضرورت رویکردی چندسطحی در سیاست‌گذاری اجتماعی تأکید دارد؛ رویکردی که هم به ظرفیت‌های فردی و هم به ساختارهای اجتماعی توجه کند تا سلامت اجتماعی در سطح جامعه ارتقا یابد.

In Press

منابع و مآخذ

Acoba, E. F. (2024). Social support and mental health: the mediating role of perceived stress. *Frontiers in psychology, 15*, 1330720.

Arbuthnott, K. D. (2023). Nature exposure and social health: Prosocial behavior, social cohesion, and effect pathways. *Journal of Environmental Psychology, 90*, 102109.

Doostian, Y., Godini, A., & Shojaei, S. F. (2025). Medication Adherence in Stroke Patients: The Role of Social Support, Social Health, Self-Esteem, and Leisure Time. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran, 39*, 109.

Doyle, D. M., & Link, B. G. (2024). On social health: History, conceptualization, and population patterning. *Health psychology review, 18*(3), 626-655.

Eskandari, F. (2025). The Effects of Emotional Schema Therapy on Social Health and Attitude Towards Social Harms Among Female Students. *Caspian Journal of Health Research, 10*(1), 63-72.

Hojatifar, S., Movahed Majd, M., & Mahmoudiani, S. (2025). Sociological Study of the Impact of Health Literacy on Social Health. *Sociology of Social Institutions, 11*(24), 103-131.

Hajibekakande, A, & Taghipour, M. (2010). A survey on the social support on the social health of women. *Social Research, 3*(7), 139-158.

Kamphuis, E., Loman, L., De Bruin-Weller, M. S., & Schuttlaar, M. (2025). Exploring Social Health in Patients with Atopic Dermatitis: An Observational, Cross-sectional, Questionnaire Based Study on Social Participation and Emotional Support. *Acta dermato-venereologica, 105*, 41129.

Lin, T.-K., Hsu, B.-C., Li, Y.-D., Chen, C.-H., Lin, J.-W., Chien, C.-Y., & Weng, C.-Y. (2022). The impact of sources of perceived social support on readmissions in patients with heart failure. *Journal of Psychosomatic Research, 154*, 110723.

Navarro-Nolasco, D., Chi-Castañeda, D., López-Meraz, M., Beltran-Parrazal, L., & Morgado-Valle, C. (2025). The medial prefrontal cortex as a proposed regulatory structure in the relationship between anxiety and perceived social support: a review. *BMC psychology, 13*(1), 152.

Niazi, M., Sakhaei, A., Khodakarmian, N., & Hami, F. (2021). Meta-analysis of studies on the relationship between religiosity and social health in Iran (Case Study: Internal Research 2010-2020). *Quarterly Journal of Social sciences, 28*(93).

Rawls, J. (2017). A theory of justice. In *Applied ethics*. Routledge.

Saleh, S., & Zahedi Asl, M. (2014). Correlation of social support with social health of psychiatry veterans wives. *Iranian Journal of War and Public Health, 6*(5), 201-206.

Samiee, M., Rafie, H., Amini, R. M., & Akbarian, M. (2011). Social health of Iran: from a consensus-based definition to an evidence-based index.

Seo, S., & Mattos, M. K. (2024). The relationship between social support and sleep quality in older adults: a review of the evidence. *Archives of gerontology and geriatrics, 117*, 105179.

Seyfzadeh, A. (2015). Investigating the Elders" Social Health and Its Related Factors: a Case Study of Azarshahr City. *J Geriatr Nurs, 1*(4), 95-106.

Shirdel, E., Akbari, H., & Javadzadeh, S. A. (2022). Investigating the social factors affecting the social health of Zahedan secondary school students during the outbreak of the Corona Virus. *Quarterly Journal of Socio-Cultural Development Studies, 10*(4), 129-150.

Shokrgozar, S., Rouzbehan, V., Zare, R., & Abdollahi, E. (2022). Evaluation of patient social support, caregiver burden, and their relationship with the course of the disease in patients with bipolar disorder. *International Journal of Social Psychiatry, 68*(8), 1815-1823.

Simons, E. E., & Bird, M. D. (2023). Coach-athlete relationship, social support, and sport-related psychological well-being in National Collegiate Athletic Association Division I student-athletes. *Journal for the Study of Sports and Athletes in Education, 17*(3), 191-210.

In Press

Su, C., Yang, L., Dong, L., & Zhang, W. (2022). The psychological well-being of older Chinese immigrants in Canada amidst COVID-19: The role of loneliness, social support, and acculturation. *International journal of environmental research and public health, 19*(14), 8612.

Turan, G. B., Aksoy, M., & Çiftçi, B. (2019). Effect of social support on the treatment adherence of hypertension patients. *Journal of Vascular Nursing, 37*(1), 46-51.

Üstün, B. T., & Jakob, R. (2005). Calling a spade a spade: meaningful definitions of health conditions. *Bulletin of the World Health Organization, 83*(11), 802-802.

Vernooij-Dassen, M., van der Velpen, I. F., Lanooij, S. D., van der Zee, E. A., Ikram, M. A., Drinkenburg, W. H., . . . Melis, R. (2025). Social health and prevention of dementia: Integration of human and mice studies. *International Psychogeriatrics*, 100054.

Zarate, D., Sonn, C., Fisher, A., & Stavropoulos, V. (2022). Suicidal behaviors in the entertainment industry: a preliminary exploration of the interplay between work scheduling, social support, and wellbeing in Australia. *BMC psychiatry, 22*(1), 754.

Zell, E., & Stockus, C. A. (2024). Social support and psychological adjustment: A quantitative synthesis of 60 meta-analyses. *American Psychologist*.

In Press