

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

199



1- Ayoub Sakhaei 

PhD in Sociology,
Department of Social
Sciences, Faculty of
Humanities, Kashan
University, Kashan, Iran.
(Corresponding Author)
Sakhaei@kashanu.ac.ir

Introduction: This study aimed to conduct a meta-analysis of the relationship between social support and social health in order to estimate the overall effect size of social support on social health. Given the importance of social factors in individual and societal well-being, synthesizing previous findings can provide a more accurate understanding of this relationship.

Method: The statistical population comprised all published studies examining the relationship between social support and social health. Following a systematic search and the application of predefined inclusion and exclusion criteria, 19 eligible studies were included in the meta-analysis. Data were analyzed using Comprehensive Meta-Analysis (CMA) software, Version 2. Owing to the heterogeneity among studies, a random-effects model was employed to estimate the pooled effect size.

Findings: The pooled effect size of social support on social health was 0.445, indicating a moderate-to-large effect according to Cohen's criteria. Moderator analysis revealed that the study population significantly influenced this relationship, with a stronger effect observed among older adults than among other populations. Meta-regression further showed a declining trend in the effect size over time.

Discussion: Social support remains a significant determinant of social health, particularly among older adults, highlighting their greater reliance on supportive social networks. The declining effect size over time underscores the need for policies and interventions that strengthen social support systems, especially for vulnerable populations.

Keywords

Social support, Social health, Meta-Analysis.

Received: 2025/11/27

Revised: 2025/08/16

Accepted: 2026/08/31

Citation: Sakhaei A. (2026). Social Support as Welfare Capital and Its Impact on Social Health: A Sociological Reading through a Meta-Analytic Approach. *Social Welfare Quarterly*, 26(2), 199-227. [doi:10.32598/refahj.26.2.1847.1](https://doi.org/10.32598/refahj.26.2.1847.1)

URL: <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-4550-en.html>



Extended 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 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.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines

This study is a meta-analysis based exclusively on data extracted from previously published studies and did not involve human participants, animals, or identifiable personal data. Therefore, ethical approval and informed consent were not required. Throughout the research process, the principles of scientific integrity, transparency, accurate reporting, and proper citation of all original sources were strictly observed.

Author' Contributions

The author was responsible for the study conception and design, literature search, data extraction, data analysis, interpretation of the findings, manuscript preparation, and approval of the final version.

Funding

The authors received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

Conflict of Interest

The authors declare no conflict of interest.

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



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 شد. به دلیل وجود ناهمگونی بین مطالعات، مدل اثرات تصادفی برای ترکیب نتایج و برآورد اندازه اثر به کار گرفته شد.

یافته‌ها: اندازه اثر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی برابر (۰/۴۴۵) در حد متوسط رو به بالا قرار دارد و تحلیل نقش متغیر تعدیل‌کننده نیز حاکی از آن بود که ماهیت گروه مورد 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 کاهش تأثیر حمایت اجتماعی در طول زمان، بر ضرورت توجه به تغییرات ساختاری و طراحی مداخلات متناسب برای تقویت حمایت اجتماعی، به‌ویژه در گروه‌های آسیب‌پذیر، تأکید دارد.

۱. ایوب سخایی

دکتر جامعه‌شناس، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.
(نویسنده مسئول)

Sakhaci@kashanu.ac.ir

واژه‌های کلیدی

حمایت اجتماعی، سلامت اجتماعی، فراتحلیل.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۰۶

آخرین اصلاح: ۱۴۰۴/۰۵/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۰۹



مقدمه

سلامت^۱ به عنوان یکی از شاخصهای اساسی توسعه اجتماعی، مفهومی چندبعدی شامل ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی است (حجتی فر و دیگران، ۲۰۲۵، نیازی و دیگران، ۲۰۲۱). در این میان، سلامت اجتماعی به کیفیت تعاملات فرد با جامعه، احساس تعلق، مشارکت و ادراک انسجام اجتماعی اشاره دارد (صالح و زاهدی اصل، ۲۰۱۴، دوئل و لینک^۲، ۲۰۲۴). از آنجاکه انسان موجودی اجتماعی است، نحوه پیوند او با شبکه های اجتماعی و کیفیت روابطش نقش تعیین کننده ای در سطح سلامت وی ایفا می کند. بنابراین سلامت اجتماعی نه تنها بیانگر وضعیت فرد، بلکه بازتابی از کیفیت ساختارهای اجتماعی و میزان انسجام جامعه نیز محسوب می شود (ورنویج داسن^۳ و همکاران، ۲۰۲۵، آربوثنات^۴، ۲۰۲۳). در این چارچوب، حمایت اجتماعی یکی از متغیرهای کلیدی است که توجه گسترده ای به آن شده است (شیردل و همکاران، ۲۰۲۲).

از دیدگاه کوب^۵ حمایت اجتماعی به معنای ادراکی است که فرد بر اساس آن احساس می کند مورد احترام و علاقه دیگران قرار دارد، دارای ارزش و شأن است و به شبکه ای از روابط متقابل تعلق دارد. این مفهوم ماهیتی چندبعدی دارد و شامل حمایت اطلاعاتی^۶ (یعنی ارائه اطلاعات، مشاوره و راهنمایی)، حمایت ابزاری^۷ (کمک مستقیم مانند یاری مالی یا عملی)، حمایت عاطفی^۸ (احساس درک و پشتیبانی) می شود. شواهد پژوهشی نشان می دهد که صرف اتکا به خدمات رسمی و مداخلات نهادی برای تضمین سلامت اجتماعی کافی نیست؛ در بسیاری از موارد، شبکه های غیررسمی حمایت اجتماعی نظیر خانواده، دوستان و گروه های اجتماعی نقش اساسی در کاهش آسیب پذیری اجتماعی، پیشگیری از انزوای

1. Health

2. Doyle and Link

3. Vernooij-Dassen

4. Arbuthnott

5. Coob

6. Information support

7. Instrumental support

8. Emotional support

اجتماعی و حفظ انسجام اجتماعی ایفا می‌کنند (سئو و ماتتوس^۱، ۲۰۲۴). 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 به عنوان یک سرمایه رفاهی، این امکان را به سیاست‌گذاران می‌دهد تا با بهره‌گیری از ظرفیت شبکه‌های اجتماعی، به جای 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 می‌شود. با این حال، با وجود این اهمیت، حمایت اجتماعی در مطالعات سلامت اجتماعی بیشتر به جای 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 بین‌المللی تمرکز بر سلامت اجتماعی به عنوان یک سازه مستقل کمتر بوده است.

در سطح داخلی نیز، مطالعات انجام‌شده عمدتاً به صورت 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 آنجاکه مرورهای روایی نمی‌توانند

1. Seo and Mattos

پاسخگوی پرسش درباره اندازه اثر واقعی باشند، انجام یک فراتحلیل نظام مند ضرورت می یابد.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف جمعیت یافته های آماری و برآورد دقیق اندازه اثر رابطه حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی انجام شده است. همچنین، این مطالعه به دنبال بررسی نقش متغیرهای تعدیل کننده است تا مشخص شود چگونه این عوامل بر شدت رابطه اثر می گذارند. چنین رویکردی می تواند ضمن تقویت انسجام نظری و تجربی ادبیات سلامت اجتماعی، شواهدی قابل اتکا برای سیاست گذاران و برنامه ریزان اجتماعی فراهم آورد.

چارچوب نظری

در رویکردهای نوین جامعه شناسی رفاه، رفاه اجتماعی از ابعاد مادی فراتر رفته و ابعاد غیرمادی نظیر امنیت و حمایت متقابل را نیز شامل می شود. در این میان، حمایت اجتماعی به عنوان یکی از مؤلفه های کلیدی سرمایه رفاهی غیررسمی شناخته می شود ([دویل و لینک، ۲۰۲۴](#)) که با کاهش تنهایی و طرد اجتماعی، پیوندی مستقیم با سلامت اجتماعی برقرار کرده و نقش مکمل برای نظامهای رفاه رسمی ایفا می کند. در ادامه، به تبیین مفاهیم و رابطه میان این دو سازه پرداخته می شود.

سلامت اجتماعی به سطح رفاه ادراک شده فرد در حوزه روابط و تعاملات اجتماعی اشاره دارد و شامل توانایی ایجاد و حفظ ارتباط مؤثر با افراد، گروهها و جامعه وسیع تر است ([کامفویس^۱ و همکاران، ۲۰۲۵](#)). این مفهوم نخستین بار توسط بلوک و برسلو^۲ طرح شد؛ آنها سلامت اجتماعی را شاخصی برای سنجش نحوه عملکرد فرد در جامعه و میزان توانایی او در ایفای نقشهای اجتماعی تعریف کردند. به طور کلی، سلامت اجتماعی، به عنوان یکی از ارکان اصلی سلامت جامعه و خانواده، زمانی تحقق می یابد که فرد بتواند نقشها و فعالیتهای

1. Kamphuis

2. Block and breslow

اجتماعی خود را به طور متعارف و مطابق با هنجارهای جامعه انجام دهد (نیازی و همکاران، ۲۰۲۱)؛ دوستیان و همکاران، ۲۰۲۵). این سازه، فراتر از سلامت فردی، مستلزم احساس پیوند، تعلق و تقویت انگیزه و روحیه در بستر تعاملات اجتماعی است.

سلامت اجتماعی را می توان 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 (سیف زاده، ۲۰۱۵). سلامت اجتماعی به دلیل وابستگی عمیق آن به روابط و ساختارهای اجتماعی، از حساسیت و اهمیت بیشتری نسبت به سلامت جسمانی و روانی برخوردار است. عوامل تهدیدکننده آن بیشتر در بستر تعاملات انسانی شکل می گیرند و می توانند نه تنها یک فرد، بلکه گروهها و جامعه را تحت تأثیر قرار دهند.

افزون بر این، سلامت اجتماعی برخلاف برخی ابعاد سلامت که مستقیماً قابل مشاهده اند، ماهیتی ادراک محور و پنهان دارد؛ از این رو شناسایی، سنجش و مدیریت آن پیچیده تر و چالش برانگیزتر 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 (حجتی فر و همکاران، ۲۰۲۵). سلامت اجتماعی زمانی محقق می شود 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 می شود (استون و جاکوب، ۲۰۰۵).

همچنین حمایت اجتماعی میزان پذیرش، مراقبت و توجهی است که افراد از دیگران مهم زندگی خود دریافت می کنند (زل و استوکوس^۲، ۲۰۲۴). حمایت اجتماعی شامل احساس دوست داشته شدن، ارزشمندبودن و عضویت در شبکه ای است که کمک متقابل ارائه می دهد

1. Üstün and Jakob
2. Zell and Stockus

(آکوبا^۱، ۲۰۲۴). 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 دوجانبه، 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 ادراک شده 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 و زاهدی اصل، ۲۰۱۴). حمایت ادراک شده، یعنی درک فرد از کمک‌های در دسترس، اغلب تأثیر بیشتری بر سلامت روان دارد نسبت به حمایتی که واقعاً دریافت می‌شود (آکوبا، ۲۰۲۴).

کوهن نیز دو چشم‌انداز عملکردی برای حمایت اجتماعی پیشنهاد داد: حمایت اجتماعی ادراک شده^۲ و حمایت اجتماعی دریافت شده^۳. حمایت اجتماعی ادراک شده 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 واقعی، احساس می‌کند شبکه‌ای حمایتی پشت او حضور دارد.

در مقابل، حمایت دریافت شده 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

1. Acoba

2. Perceived social support

3. Received social support

آرامش فرد اثر می‌گذارد، درحالی‌که 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](#)^۱، ۲۰۲۳).

پیرامون رابطه حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی نیز باید گفت 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 ([حاجی‌بکنده و تقی‌پور](#)، 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](#)^۲ و [همکاران](#)، ۲۰۲۲)؛ بهبود پیشرفت بالینی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی ([شکرگذار و همکاران](#)، ۲۰۲۲)؛ ارتقای سلامت سالمندان مهاجر ([سو](#)^۳ و [همکاران](#)، ۲۰۲۲)؛ کاهش میزان بستری مجدد در بیماران با نارسایی قلبی ([لین](#)^۴ و [همکاران](#)، ۲۰۲۲)؛ و افزایش پایداری به درمانهای دارویی ([توران](#)^۵ و [همکاران](#)، ۲۰۱۹).

علاوه‌براین، ادراک بالای حمایت اجتماعی با کاهش احتمال بروز اختلال استرس پس از سانحه رابطه منفی دارد ([ناوارو-نولاسکو](#)^۶ و [همکاران](#)، 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

1. Simons and Bird
4. Lin

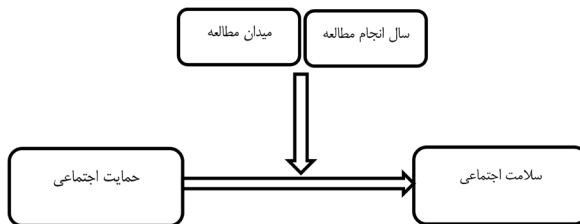
2. Zarate
5. Turan

3. Su
6. Navarro-Nolasco

کاربردی، فرد را در حل مشکلات توانمندتر و سازگارتر می‌کند؛ و حمایت عاطفی با همدلی و اطمینان بخشی، حس تعلق و ارزشمندی فرد را بالا برده و تنشهای روانی را کاهش می‌دهد (صالح و زاهدی اصل، ۲۰۱۴).

بر اساس مباحث نظری ارائه شده و در مقام جمع بندی می‌توان گفت به طور کلی، حمایت اجتماعی به عنوان 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، پیش فرض نظری پژوهش حاضر بر وجود رابطه مستقیم و مثبت میان حمایت اجتماعی (متغیر مستقل) و سلامت اجتماعی (متغیر وابسته) است. باین 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 به عنوان متغیرهای تعدیل کننده در نظر گرفته شده‌اند تا نقش تغییرات جمعیت شناختی و تحولات زمانی را در تبیین ناهمگونی رابطه مذکور بررسی کنند.

نمودار (۱) مدل مفهومی تحقیق



روش

پژوهش حاضر از نوع فراتحلیل است. 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 همه پژوهشهای انجام‌شده در ایران در زمینه موضوع تحقیق تشکیل می‌داد که در پایگاههای اطلاعات علمی مختلف 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 موردبررسی 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 ۱۴۰۲؛ (۲) تمرکز صریح بر بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی؛ (۳) گزارش ضریب همبستگی یا اطلاعات آماری قابل تبدیل به اندازه اثر؛ (۴) مشخص‌بودن حجم نمونه و روش نمونه‌گیری؛ (۵) استفاده از ابزارهای معتبر و گزارش پایایی آنها؛ (۶) 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 روش شناختی 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، جامعه آماری - ۲ اطلاعات مربوط به متغیرهای پژوهش، شامل ضریب همبستگی - ۳ حجم نمونه و شیوه نمونه گیری. پس از استخراج این داده ها، اطلاعات هر مطالعه کدبندی شد و برای مرحله بعدی، وارد نرم افزار CMA^۱ شد.

مرحله پنجم؛ محاسبه اندازه اثر: داده های استخراج شده با استفاده از رویکرد هانتر و اشمیت^۲ تحلیل شدند. سپس، با بررسی ناهمگنی مطالعات از طریق آزمون Q، مدل مناسب برای ترکیب نتایج انتخاب شد و با توجه به ناهمگنی مشاهده شده، مدل اثرات تصادفی برای برآورد اندازه اثر کلی به کار رفت. در ادامه، اندازه اثر بر اساس معیارهای کوهن^۳ تفسیر شد و به منظور بررسی نقش تعدیل کنندگی سال انجام مطالعات، از متارگرسیون^۴ استفاده شد.

به منظور افزایش اعتبار نتایج فراتحلیل، مطالعات بر اساس معیارهای از پیش تعیین شده انتخاب شدند و احتمال سوگیری انتشار^۵ با استفاده از نمودار قیفی^۶، آزمون همبستگی رتبه ای بگ و مزومدار^۷ و آزمون رگرسیونی اگر^۸ ارزیابی شد. نتایج این آزمون ها حاکی از نبود سوگیری انتشار معنادار بود و در مجموع، اعتبار و اتکاپذیری یافته های فراتحلیل را تأیید کرد.

1. 1. Comprehensive Meta-Analysis

2. Hunter and Schmidt

3. Cohen

4. Meta-regression

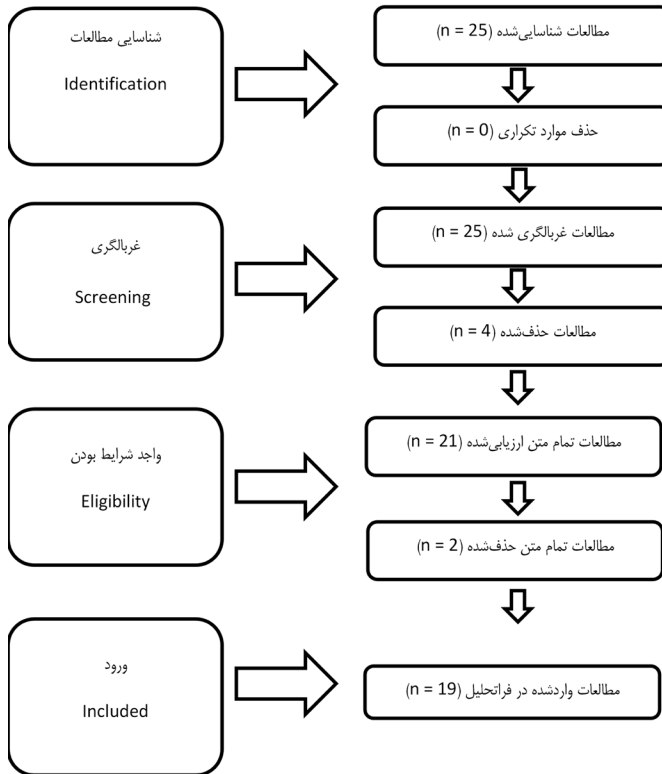
5. Publication bias

6. Funnel plot

7. Begg and Mazumdar rank correlation

8. Egger's regression

نمودار (۲) جریان ورود مطالعات به فراتحلیل



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 (۲۰۱۰)	زنان سرپرست خانوار	تهران	۳۴۰	۰/۳۵۹
فرزانه و علیزاده (۲۰۱۳)	سالمدان شهر	بابل	۳۷۴	۰/۷۰۶
همتی و همکاران (۲۰۱۳)	زنان سرپرست خانوار	رودهن	۱۴۰	۰/۳۷۵
ابراهیم نجفآبادی (۲۰۱۱)	زنان ۱۵ تا ۲۴ ساله	اصفهان	۲۰۰	۰/۷۷۲
نبی زاده (۲۰۱۷)	دانشجویان دانشگاه پیام نور	شهرری تهران	۳۰۰	۰/۵۲۶
حسینی زارع و همکاران (۲۰۱۴)	سالمدان	تهران	۴۰۶	۰/۵۹۰
زاهدی اصل و صالح (۲۰۱۴)	همسران جانبازان اعصاب و روان	تهران	۳۴۰	۰/۳۵۹
حیدرخانی و همکاران (۲۰۱۶)	زنان سرپرست خانوار	مناطق روستایی کرمانشاه	۳۰۰	۰/۴۵۰
نصرت آبادی و همکاران (۲۰۱۵)	مادران دارای کودک مراجعه کننده به مراکز بهداشتی	سیرجان	۱۵۰	۰/۴۶۵
تقوایی یزدی و چیت ساز (۲۰۱۶)	دانشجویان دانشگاه آزاد	ساری	۳۵۰	۰/۳۱۶
سیف زاده (۲۰۱۵)	سالمدان	آذرشهر	۳۱۲	۰/۶۴۲
مظلومی مقدم و افشانی (۲۰۱۷)	دانشجویان دانشگاه خوارزمی	تهران	۳۶۱	۰/۲۹۸
غنچه و گل پور (۲۰۲۲)	دانشجویان پیام نور	تهران	۳۶۴	۰/۳۷۸
نوربخش و همکاران (۲۰۱۷)	جوانان مناطق حاشیه نشین	کرمانشاه	۳۸۴	۰/۳۰۰
نجفی اندرور و همکاران (۲۰۲۱)	مددجویان بهزیستی	نوشهر	۳۵۰	۰/۳۷۸
باوزین و سپهوندی (۲۰۱۷)	سالمدان	خرم آباد	۳۳۷	۰/۴۰۰
پورحسن و همکاران (۲۰۲۲)	جانبازان	آذربایجان شرقی	۲۹۴	۰/۳۷۸

محقق و سال	جامعه آماری	شهر / منطقه	حجم نمونه	ضریب همبستگی
قربانی و همکاران (۲۰۲۰)	دانشجویان دانشگاه پیام نور	حسن آباد و ورزنه	۱۵۰	۰/۲۶۰
منظری توکلی و مقصودی (۲۰۲۳)	زنان	فاریاب	۲۶۰	۰/۲۰۰

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 روی پژوهشهای نمونه

محقق و سال	اندازه اثر	Z-Value	P-Value
حسینی حاجی بکنده و تقی پور (۲۰۱۰)	۰/۳۵۹	۶/۸۹۸	۰/۰۰۱
فرزانه و علیزاده (۲۰۱۳)	۰/۷۰۶	۱۶/۹۳۴	۰/۰۰۱
همتی و همکاران (۲۰۱۳)	۰/۳۷۵	۴/۶۱۴	۰/۰۰۱
ابراهیم نجف آبادی (۲۰۱۱)	۰/۷۷۲	۱۴/۳۹۰	۰/۰۰۱
نبی زاده (۲۰۱۷)	۰/۵۲۶	۱۰/۰۷۵	۰/۰۰۱
حسینی زارع و همکاران (۲۰۱۴)	۰/۵۹۰	۱۳/۸۳۸	۰/۰۰۱
زاهدی اصل و صالح (۲۰۱۴)	۰/۳۵۹	۶/۸۹۸	۰/۰۰۱
حیدر خانی و همکاران (۲۰۱۶)	۰/۴۵۰	۸/۳۵۳	۰/۰۰۱
نصرت آبادی و همکاران (۲۰۱۵)	۰/۴۶۵	۶/۱۰۷	۰/۰۰۱
تقوایی یزدی و چیت ساز (۲۰۱۶)	۰/۳۱۶	۶/۰۹۵	۰/۰۰۱
سیف زاده (۲۰۱۵)	۰/۶۴۲	۱۳/۳۸۷	۰/۰۰۱
مظلومی مقدم و افشانی (۲۰۱۷)	۰/۲۹۸	۵/۸۱۵	۰/۰۰۱
غنچه و گل پور (۲۰۲۲)	۰/۳۷۸	۷/۵۵۷	۰/۰۰۱
نوربخش و همکاران (۲۰۱۷)	۰/۳۰۰	۶/۰۴۲	۰/۰۰۱

محقق و سال	اندازه اثر	Z-Value	P-Value
نجفی اندرور و همکاران (۲۰۲۱)	۰/۳۷۸	۷/۴۰۹	۰/۰۰۱
باوزین و سپهوندی (۲۰۱۷)	۰/۴۰۰	۷/۷۴۲	۰/۰۰۱
پورحسن و همکاران (۲۰۲۲)	۰/۳۷۸	۶/۷۸۵	۰/۰۰۱
قربانی و همکاران (۲۰۲۰)	۰/۲۶۰	۳/۲۲۶	۰/۰۰۱
منظری توکلی و مقصودی (۲۰۲۳)	۰/۲۰۰	۳/۲۵۰	۰/۰۰۱

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

بررسی مفروضات اولیه

در این بخش، پیش فرضهای 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

شاخص آماری	مقدار آزمون (Q)	درجه آزادی (Df)	سطح معنی داری (eula V-P)	I-Squared (I^2)
نتایج	۲۹۷/۲۳۴	۱۸	۰/۰۰۱	۹۲/۳۱۷

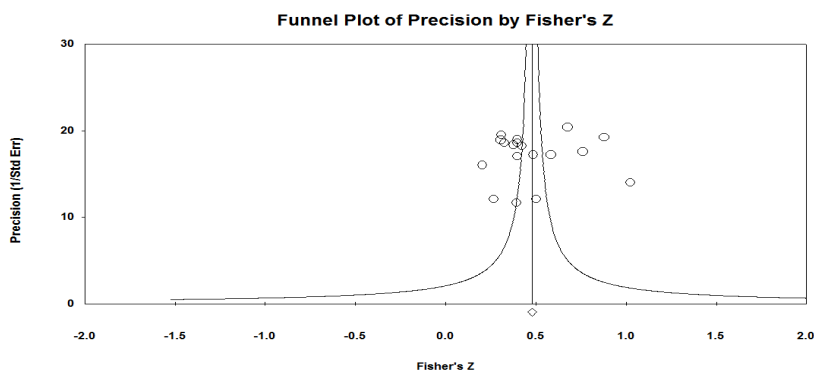
نتایج آزمون Q و شاخص I^2 وجود ناهمگنی معنادار میان مطالعات را تأیید کرد ($I^2=92\%$).

بنابراین، مدل اثرات تصادفی برای ترکیب نتایج به کار گرفته شد. ناهمگنی مشاهده شده 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

برای ارزیابی سوگیری انتشار، از سه روش نمودار کیفی، آزمون اگر و همبستگی بگ و مزومدار استفاده شد.

نمودار (۳): نمودار کیفی



جدول (۴): نتایج حاصل از روش بگ و مزومدار و رگرسیون اگر

مقدار احتمال (p)		Z / t	روش
دو دامنه	یک دامنه		
۰/۴۶۲	۰/۲۳۱	۰/۷۳۴	همبستگی رتبه‌ای بگ و مزومدار

۰/۹۷۵	۰/۴۸۷	۰/۰۳۱	رگرسیون اگر
-------	-------	-------	-------------

نتایج نمودار کیفی و آزمونهای اگر و بگ-مزمودار 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 (۶) ارائه شده است

جدول (۵): نتایج حاصل از اندازه اثر مطالعات رابطه بین حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی

ارتباط	اندازه اثر (r)	حد پائین	حد بالا	مقدار Z	مقدار احتمال (p)
رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی	۰/۴۴۵	۰/۳۶۶	۰/۵۱۸	۹/۹۳۲	۰/۰۰۱

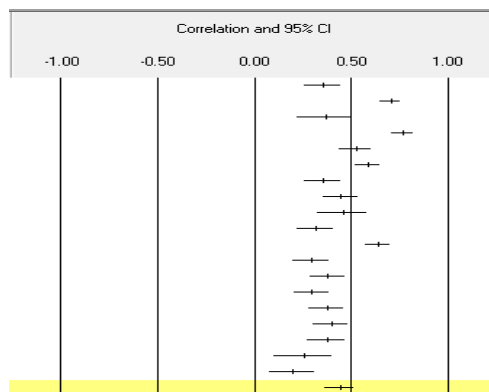
نتایج جدول (۵) نشان داد که اندازه اثر ترکیبی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی برابر با ۰/۴۴۵ است که بر اساس معیار کوهن در محدوده اثر «متوسط رو به بالا» قرار می گیرد. این یافته بیانگر آن بود که حمایت اجتماعی سهم معنادار و قابل توجهی در تبیین سطح سلامت اجتماعی افراد دارد و نمی توان آن را صرفاً یک عامل جانبی یا مکمل تلقی کرد. پیرامون خوانش جامعه شناسختی این یافته ها می توان گفت، در چارچوب جامعه شناسی رفاه این یافته مؤید آن است که حمایت اجتماعی را می توان به مثابه شکلی از سرمایه رفاهی غیررسمی تلقی کرد که مستقل از مداخلات نهادی و سیاستهای رفاهی رسمی، نقش مهمی در ارتقای سلامت اجتماعی ایفا می کند. اندازه اثر به دست آمده بیانگر آن است که بخشی از رفاه اجتماعی افراد نه از طریق سازوکارهای دولتی، بلکه در بستر شبکه های اجتماعی، روابط خانوادگی و پیوندهای اجتماعی بازتولید می شود.

از منظر رفاه اجتماعی، این یافته ها 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 نه تنها 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، اندازه اثر هر یک از مطالعات وارد شده در فراتحلیل را به ترتیب ارائه شده در جدول (۲)، همراه با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در مدل اثرات تصادفی نشان می‌دهد.

نمودار (۴): 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 (۶) ارائه شد.

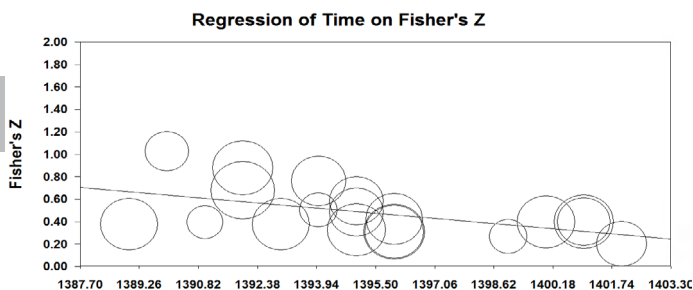
جدول (۶): نتایج اندازه‌های اثر ترکیبی به تفکیک گروه مورد مطالعه

گروه مورد مطالعه	مدل اثرات تصادفی		
	اندازه ترکیبی	مقدار Z	مقدار احتمال (p)
جوانان و دانشجویان	۰/۴۴۹	۴/۶۸۴	۰/۰۰۱
سالمندان	۰/۵۹۵	۷/۲۱۳	۰/۰۰۱
زنان	۰/۳۶۹	۱۰/۸۳۷	۰/۰۰۱
مددجویان	۰/۳۳۶	۷/۹۵۷	۰/۰۰۱

نتایج جدول (۶) نشان داد که اندازه اثر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی در سالمندان (۰/۵۹۵) بیشتر از جوانان (۰/۴۴۹)، زنان (۰/۳۶۹) و مددجویان (۰/۳۳۶) 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؛ از این رو، 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 به عنوان 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.

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



نتایج متاگرسیون نشان داد که سال انجام مطالعه اثر تعدیل‌کنندگی معناداری دارد؛ به گونه‌ای 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 ۰/۴۴۵ 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 به عنوان منابع غیررسمی رفاه تأکید دارند (دویل و لینک، ۲۰۲۴).

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. درواقع 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 و زاهدی‌اصل، ۲۰۱۴).

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، ۲۰۲۴) 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، ۲۰۲۴)، عمل کردن به عنوان سپری روانی در برابر استرس (آکوبا، ۲۰۲۴) و افزایش احساس ارزشمندی فرد (آکوبا، ۲۰۲۴)، به سلامت اجتماعی او کمک می‌کند. این حمایت باعث کاهش انزوا، بهبود تعاملات بین فردی، و افزایش سرمایه اجتماعی می‌شود (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 به عنوان 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^۱ (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

1 . Rawls

بیشتر نشان دهنده 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 (آریوئثات، ۲۰۲۳). این روند نشان دهنده 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 بیش‌ازپیش 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 به‌طور 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 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.

ملاحظات اخلاقی

رعایت اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش از نوع فراتحلیل بوده و صرفاً بر اساس داده‌های استخراج‌شده از مطالعات منتشرشده انجام شده است. در این مطالعه هیچ‌گونه مشارکت مستقیم انسان، حیوان یا استفاده از اطلاعات هویتی افراد وجود نداشته است؛ بنابراین، اخذ تأییدیه کمیته اخلاق و رضایت آگاهانه ضروری نبوده است. با این حال، در تمامی مراحل پژوهش، اصول امانت‌داری علمی، شفافیت در گزارش یافته‌ها، استناد صحیح به منابع و رعایت حقوق مالکیت فکری به‌طور کامل رعایت شده است.

مشارکت نویسنده

نویسنده مسئولیت طراحی و تدوین پژوهش، جست‌وجوی منابع، استخراج داده‌ها، تحلیل داده‌ها، تفسیر یافته‌ها، نگارش و بازنگری مقاله و تأیید نسخه نهایی آن را بر عهده داشته است.

حمایت مالی

این پژوهش هیچ‌گونه حمایت مالی برای انجام پژوهش، نگارش یا انتشار مقاله از سوی هیچ شخص یا سازمانی دریافت نکرده است.

تعارض منافع

نویسنده اعلام می‌کند که هیچ‌گونه تعارض منافی در ارتباط با این پژوهش وجود ندارد.

- Acoba, E. F. (2024). Social support and mental health: the mediating role of perceived stress. *Frontiers in psychology*, 15, 1330720. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1330720>
- Arbuthnott, K. D. (2023). Nature exposure and social health: Prosocial behavior, social cohesion, and effect pathways. *Journal of Environmental Psychology*, 90, 102109. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2023.102109>
- Bavazin, F., & Sepehvandi, M. A. (2017). The relationship between social support components and social and psychological health among the elderly in Khorramabad in 2017. *Journal of Nursing and Midwifery*, 15(12), 931–938. (in Persian)
- 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. <https://doi.org/10.47176/mjiri.39.109>
- Doyle, D. M., & Link, B. G. (2024). On social health: History, conceptualization, and population patterning. *Health psychology review*, 18(3), 626-655. <https://doi.org/10.1080/17437199.2024.2314506>
- 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. <https://doi.org/10.32598/CJHR.10.1.1922.1>
- Farzaneh, S., & Alizadeh, S. (2013). A study of social factors affecting social health of the elderly in Babol. *Journal of Social-Cultural Development Studies*, 2(1), 173–197. (in Persian)
- Ghoncheh, S., & Golpour, R. (2022). The relationship between resilience and social support with social health among students: The moderating role of self-compassion. *Social Psychology Research*, 12(45), 45–64. (in Persian)
- Ghorbani, S., Jahanizadeh, M. R., Mirbod, S. M., & Omid, L. (2020). The relationship between psychological and social capital and social health considering social support as a mediating variable. *Social Psychology Research*, 10(38), 83–100. (in Persian)
- Hemati, E., Mahdavi, M. S., & Baghaei Sarabi, A. (2013). The effect of social support on social health of female-headed households in Roudhen. *Social Research Quarterly*, 6(18), 45–61. (in Persian)
- HeydarKhani, H., Haghighatian, M., Ghanbari, N., & Parandin, S. (2016). The effect of different dimensions of social support on the social health of female-headed households in rural areas of Kermanshah County. [*Journal information not provided*], 5(2), 31–57. (in Persian)
- Hosseini Hajibakandeh, A., & Taghipour, M. (2010). The effect of social support on social health of female-headed households. *Social Research Quarterly*, 3(7), 139–159. (in Persian)

- Hosseini Zare, M., Movahedkar, E., Pourreza, A., & Rahimi Foroushani, A. (2014). The role of social support in the social health of the elderly in Tehran. *Hospital Quarterly*, 13(4), 115–121. (in Persian)
- 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. <https://doi.org/10.22080/ssi.2024.27178.2198>
- 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 dermatovenereologica*, 105, 41129. <https://doi.org/10.2340/actadv.v105.41129>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110723>
- Manzari-Tavakoli, S., & Maghsoudi, S. (2023). The role of social support in women's social health during the postpartum period: A case study of Faryab. *Journal of Iranian Social Studies*, 17(1), 119–143. (in Persian)
- Mazloumi Moghaddam, O., & Afshani, A. (2017). A study of the relationship between social support and social health. *Strategic Studies on Youth and Sports*, 16(35), 111–130. (in Persian)
- Nabizadeh, F. (2016). Identifying factors affecting students' social health with emphasis on social networks. *Journal of the Iranian Medical Council*, 34(4), 305–312. (in Persian)
- Najafabadi, A. (2011). Factors affecting the level of social health among young women aged 15–24 in Isfahan. *Journal of Health and Psychology*, 1(2), 99–113. (in Persian)
- Najafi Andarvar, M. N., Gholipour Majdeh, M., Pahlavan, M., & Heydarabadi, A. (2021). The relationship between social support and social health among welfare organization clients in Nowshahr County. *Social Welfare*, 21(82), 189–218. (in Persian)
- Nosratabadi, M., Halvaei Pour, Z., & Sadeghi, R. (2015). Structural model of the relationship between social capital and social support with the social health of mothers with children referring to health care centers in Sirjan. *Journal of Nursing and Midwifery*, 13(9), 781–790. (in Persian)
- Nourbakhsh, Y., Heydarkhani, H., & Mohammadi, A. (2017). The relationship between social support and social health among youth in marginalized areas of Kerman-

- shah. *Social Problems of Iran*, 8(2), 235–259. (in Persian)
- 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. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39985115/>
 - 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). <https://doi.org/10.22054/QJSS.2022.60213.2379>
 - Pourhasan, A., Elmi, M., & Ebrahimipour, D. (2022). The relationship between perceived social support and self-efficacy with social health among veterans of the Islamic Revolution in East Azerbaijan Province. *Quarterly Journal of Economic Sociology and Development*, 11(2), 97–119. (in Persian)
 - 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.
 - 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. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.105179>
 - 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. <https://doi.org/10.1177/00207640211061984>
 - 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. <https://doi.org/10.1080/19357397.2022.2060703>
 - 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. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148612>
 - Seifzadeh, A. (2015). A study of social health of the elderly and its related factors. *Journal of Gerontological Nursing*, 1(4), 95–106. (in Persian)
 - Taghvaei Yazdi, M., & Chitsaz, C. (2016). The relationship between social networks and social health among students. *Information and Communication Technology in Educational Sciences*, 7(2), 77–97. (in Persian)

- 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. 10.1016/j.jvn.2018.10.005
- 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 Velten, 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. <https://doi.org/10.1016/j.inpsyc.2025.100054>
- 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. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04376-2>
- Zahedi Asl, M., & Saleh, S. (2014). Social support and social health among spouses of veterans with psychiatric disorders in Tehran. *Social Work Research Quarterly*, 1(1), 207–244. (in Persian)
- Zell, E., & Stockus, C. A. (2024). *Social support and psychological adjustment: A quantitative synthesis of 60 meta-analyses*. American Psychologist.

