

Typology of Social Support Consequences in the Context of Iranian Society with Special Reference to Holistic Health

Mohammad Tavakol

Professor of Sociology, University of Tehran

Ebrahim Ekhlesi *

Associate Professor of Sociology, Allameh Tabataba'i University

Seyed Pouya Rasouli Nejad

Candidate of PhD in Sociology, Allameh Tabataba'i University

Abstract

Social support through the main ties of relations in given social networks provides the required background for acceleration of one's capacity in approaching the various kinds of stress or pressure in different aspects of personal as well as social life. Material as well as mental exchange is the main requirement of such a mentioned process. Social support through creation of facilitation regarding the enduring the problems for those owing the experience of an illness decreases the tensions on the one hand and increases survival and health care. The ultimate consequence of the above-mentioned process leads automatically to promotion of life quality among the social actors. The dispersion of study results reveals the need for research on the consequences of social support to achieve a relatively comprehensive picture of the findings and challenges. Regarding the significance of the functions of social support, present paper seeks to depict the various dimensions of the 2010-2021 Iranian scientific published papers related to their methodological aspects, and their finding configurations as well. Furthermore, the other important purpose of study was classification of the variables related to the consequences of social support in Iranian society. Methodologically speaking, the research has been fulfilled on the basis of systematic review. The 2010-2021 Iranian scientific published papers approaching the social topic as their main object of studies were selected purposefully on the basis of pre-determined criterion. Seeking for the papers was kept on till the time when the saturation level could be observed clearly. To put it differently, no new paper in the field of social topic was found and trying more searching process led to getting access to repeated papers. At this point, the process of seeking papers was stopped, and after the deletion of the irrelevant papers, 40 papers were selected as the basis for systematic review. To access the data of the articles, the data extraction worksheets were designed and adjusted in the

* Corresponding Author: eb.ekhlasi@atu.ac.ir

How to Cite: Tavakol, M; Ekhlesi, E; Rasouli Nejad, P. (2023). Typology of Social Support Consequences in the Context of Iranian Society with Special Reference to Holistic Health, *Journal of Social Work Research*, 9 (33). 1-39.

form of twelve indicators and were completed based on the coding and annotations of each worksheet. After reviewing and comparing the worksheets for each article, the obtained data were collected and analyzed as well. On the basis of the research finding, one can declare that social support has its own significant social, psychological, cultural-attitudinal contribution in the field of different dimensions of health. All the above-stated effects can be put under a wide category called as wholistic health. Psychological, social, and cultural-attitudinal variables separately had the highest frequency in 12.5% of cases and physical variables in 2.5% of cases have the least importance among the authors of the researched researches. Mental health and quality of life were the most repeated among the consequences of social support in the reviewed articles. Most of the studies has been located in Tehran (%37.5). Regarding the location of reviewed studies, Ardebil can be placed after Tehran (%10). Regarding other parts of the results, one can state the fact that most of the Iranian researchers are highly interested in employment of quantitative research paradigm at the same time neglecting the significance of qualitative paradigms. Institutional attention to social support as a multidimensional phenomenon, development of social work-related approaches and procedures, providing families with the teachings and contents putting emphasis on the significance of emotional familial ties in promotion of self-esteem among social actors and application of approaches in the term of socialization process related to prevention of chronic diseases, especially lifestyle-related ones (LSRD) are some of the most significant practical suggestions in regard to deepening of the social support and promote its place in social planning. Regarding the achievements of the study, some suggestions related to future researches can be declared clearly among which performing some researches oriented to the changes occurring in Iranian society under the broad concepts like consumption society, secularization of society, somatic society and family change are of the highest significance.

Keywords: Social Support, Health, Mental Health, Social Health, Systematic Review



سنخ‌شناسی پیامدهای حمایت اجتماعی در بستر جامعه ایرانی با تأکید بر عنصر سلامت کل نگر

محمد توکل

استاد جامعه‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران

ابراهیم اخلاسی*

دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

سید پویا رسولی نژاد

دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

چکیده

پراکندگی نتایج مطالعات، ضرورت مرور نظام‌مند پژوهش‌های مرتبط با حمایت اجتماعی و سنخ‌شناسی پیامدهای آن را با هدف تصویرسازی نسبتاً جامع از آورده‌ها و چالش‌ها آشکار می‌سازد. هدف مطالعه، سنخ‌بندی پیامدهای حمایت اجتماعی در جامعه ایرانی، و روش آن، مرور نظام‌مند است. جامعه آماری پژوهش مقالات داخلی ناظر بر حمایت اجتماعی هستند که طی رجوع به پایگاه‌های علمی ایرانی جستجو شدند. بر اساس معیارهای شمول، ۴۰ مقاله مرتبط انتخاب شدند. برای دستیابی به داده‌های مقالات، کاربرگ‌های استخراج داده‌ها در قالب ۱۲ شاخص طراحی، و ضمن کدگذاری و حاشیه‌نویسی، تکمیل و متعاقباً بررسی و مقایسه آن‌ها با یکدیگر، تحلیل شدند. بر پایه مرور نظام‌مند، حمایت اجتماعی به‌عنوان متغیر مستقل، در نسبت با ۱۸ متغیر مورد بررسی محققان داخلی قرار گرفته است؛ سایر متغیرهای مرتبط با متغیر حمایت اجتماعی ذیل سنخ‌های پیامدی «جسمانی»، «روان‌شناختی»، «اجتماعی» و «فرهنگی - نگرشی» مقوله‌بندی شده‌اند. سنخ پیامدی روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی - نگرشی هر کدام دارای بیشترین فراوانی هستند (۱۲/۵٪)؛ سنخ پیامدی جسمانی کمترین اهمیت را نزد نویسندگان داشته است (۱۲/۵٪). «سلامت روان» و «کیفیت زندگی» ذیل سنخ پیامدی روان‌شناختی، دارای بیشترین فراوانی هستند. به موجب مهم‌ترین نتیجه مطالعه، اثربخشی حمایت اجتماعی، مستلزم توجه به ابعاد و پیامدهای چندوجهی آن با استعانت از رویکردهای میان‌رشته‌ای سلامت، و اتخاذ دیدگاه کل‌نگر، هم در مقام فهم و هم در موضع سیاست‌گذاری‌های معطوف به مددکاری اجتماعی خواهد بود. بی‌توجهی به ذی‌وجوه بودن حمایت اجتماعی، غفلت از حمایت اجتماعی رسمی و سازمان‌یافته، و امتناع از کاربری روش‌های کیفی و تفسیری اساسی‌ترین نقاط ضعف پژوهش‌های مورد بررسی هستند.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی، سلامت، سلامت روان، سلامت اجتماعی، مرور نظام‌مند

* نویسنده مسئول: eb.ekhlas@atu.ac.ir

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته جامعه‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی است.

بیان مسئله

روابط اجتماعی از عناصر اساسی جامعه محسوب می‌گردد که با تکوین هسته اصلی جامعه، موجب گسترش پیوندها و تسهیل عملکرد کنشگران ذیل ساختار اجتماعی، و سرانجام، دستیابی آنان به اهداف منظور نظرشان می‌شود. کنشگران اجتماعی به‌نوعی برای برقراری ارتباط با یکدیگر در تلاش هستند تا مبادلات خود را در زمینه‌های مختلف سرعت بخشند (باستانی و صالحی هیکویی، ۱۳۸۶). به اعتقاد صاحب‌نظران، شبکه‌های روابط اجتماعی از طریق تأمین حمایت اجتماعی و تعلق اجتماعی ایفای نقش می‌کنند. حمایت اجتماعی ضمن حاصل آمدن از پیوندهای اصلی روابط درون شبکه اجتماعی، زمینه لازم را در راستای افزایش توانایی مقابله فرد با فشارها تأمین می‌کند که این امر، خود متضمن مبادلات مادی و روانی در بین افراد است (Philips, 2006). کنشگران اجتماعی بر اساس روابط اجتماعی و نوع پیوندهای مندرج در آن از منابع حمایتی برای برطرف ساختن نیازهایشان بهره می‌برند، به‌گونه‌ای که هم‌زمان با گسترده‌تر شدن روابط اجتماعی میزان دسترسی به منابع حمایتی افزایش، و منابع یاد شده با کاهش حوادث منفی زندگی، به‌مثابه چتر دفاعی در مقابل عوامل اضطراب‌آور اجتماعی عمل می‌کنند.

حمایت اجتماعی نیرومندترین قدرت مقابله‌ای به منظور مواجهه موفقیت‌آمیز با موقعیت‌های تنش‌زا است که ضمن تسهیل تحمل مشکلات برای کنشگران واجد تجربه بیماری، از طریق ایفای نقش واسطه‌ای میان عوامل تنش‌زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و تقویت شناخت آن‌ها، موجب کاهش تنش، افزایش بقا، بهبود مراقبت‌های بهداشتی، و در نهایت، بهبود کیفیت زندگی در کنشگران اجتماعی می‌شود (حیدری و دیگران، ۱۳۸۸). حمایت اجتماعی به چند دلیل از اهمیت ویژه برخوردار است؛ انسان موجودی اجتماعی است و ارتباط اجتماعی به عنوان یکی از عوامل اصلی در کیفیت زندگی اشخاص مطرح است؛ هم‌چنین اثرات نامطلوب انزوای اجتماعی و یا از دست دادن پیوندهای اجتماعی در زندگی افراد، ازجمله شواهد محکم

در خصوص تأیید قضیه پیش‌گفته هستند. حمایت اجتماعی بر وضعیت جسمی، روانی، رضایت از زندگی و جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی افراد اثرات زیادی دارد و به‌عنوان عامل تعدیل‌کننده مؤثر در مقابله و سازگاری با شرایط بد زندگی شناخته شده است (Ingersol & Silverman, 1978). علاوه بر این، حمایت اجتماعی به‌مثابه ابزار مناسب و تقریباً در دسترس، می‌تواند در جریان برنامه‌های مداخله‌ای معطوف به افزایش سطح رفاه کاربردهای زیادی داشته باشد (Richman et al, 1995).

درحالی‌که شواهد به‌دست‌آمده مؤید نقش مهم حمایت اجتماعی در حفظ سلامتی افراد است که هم‌زمان با کاهش آثار منفی فشارهای محیط و جامعه برای کنشگران اجتماعی، کیفیت زندگی آن‌ها را نیز به‌طور مستقیم از خود متأثر می‌سازد (Fleming et al, 1982, Pierce et al, 1996)، اما هنوز تصویر روشنی از پیامدهای حمایت اجتماعی که بتواند در حکم نقشه راه در مددکاری اجتماعی و سیاست‌گذاری‌های همسو با آن ایفای نقش نماید، در دسترس نیست. از دلایل مسئله یاد شده یکی این‌که نتایج پراکنده و بعضاً متناقض مطالعات داخلی امکان رسیدن به دریافت نسبتاً جامع از موضوع حمایت اجتماعی را دچار ابهام نموده است. مرتفع‌شدن ابهامات پژوهشی در این‌باره صرفاً از طریق ترکیب و مقایسه نتایج پژوهش‌های پیشین، و در پرتو مرور نظام‌مند نتایج طیف کثیری از مطالعات قبلی فراهم می‌گردد. مرور پیش‌گفته زمانی امکان‌پذیر می‌گردد که فراوانی مطالعات مرتبط با حمایت اجتماعی به‌اندازه‌ای باشد که بتوان به ترکیب نتایج و انطباق آن‌ها با یکدیگر اقدام نمود. خوشبختانه، وفور مطالعات داخلی معطوف به حمایت اجتماعی، امکان لازم را در این‌باره به‌خوبی فراهم آورده است. بدین ترتیب، و با عنایت به مقدمات مطروحه در سطور قبل، مطالعه حاضر می‌کوشد به این پرسش پاسخ دهد که پژوهش‌های داخلی، چه تصویری از پیامدهای مختلف حمایت اجتماعی در جامعه ایرانی ارائه می‌دهند؟ مزید بر پرداختن به پرسش اصلی مطالعه، تدارک پاسخ لازم برای پرسش‌های فرعی ذیل - در امتداد هدف اصلی مقاله - مطمح نظر نویسندگان پژوهش پیش روی واقع خواهد شد:

- وجوه روش‌شناختی، نظری و زمینه‌ای پژوهش‌های داخلی ناظر بر حمایت اجتماعی در بازه زمانی ۱۳۸۹-۱۴۰۰ کدام‌اند؟
- سنخ‌های پیامدی معطوف به حمایت اجتماعی در پژوهش‌های داخلی بازه زمانی ۱۳۸۹-۱۴۰۰ کدام‌اند؟
- نقاط ضعف و قوت پژوهش‌های داخلی ناظر بر حمایت اجتماعی در بازه زمانی ۱۳۸۹-۱۴۰۰ کدام‌اند؟

پیشینه پژوهش

مطالعات بسیاری به موضوع حمایت اجتماعی و پیامدهای آن در زندگی فردی و اجتماعی پرداخته‌اند. در بین مطالعات داخلی، موسوی و دیگران (۱۳۹۹) به مرور نظام‌مند مداخلات ارتقای سلامت اجتماعی از طریق حمایت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی پرداختند. به‌موجب نتیجه حاصله، مداخله‌های کوتاه مدت توانستند بر ارتقای مؤلفه‌های سلامت اجتماعی اثر مثبت از خود بر جای بگذارند. مداخلات مذکور می‌توانند در گروه‌های سازمان‌یافته - به‌عنوان مثال در مدرسه یا سازمان‌های اجتماع‌محور - به اجرا درآیند. بدین‌سان، مطالعه مذکور، مشارکت گروهی کودکان، نوجوانان و جوانان و گروه‌های اقلیت و یا طردشده در برنامه‌های ارتقای سلامت اجتماعی را سخت‌مورد تأکید قرار داده است. غلامی جم و دیگران (۱۳۹۷) با مرور نظام‌مند پژوهش‌های مربوط به حمایت اجتماعی از والدین کودکان دارای معلولیت تفاوت معنادار میان میزان حمایت اجتماعی در میان دو گروه والد (یا والدین) فرزندان عادی و معلول را نشان دادند. مطالعات، همچنین به بررسی رابطه میان حمایت اجتماعی با متغیرهای سلامت روان، ذهن‌آگاهی، تاب‌آوری، رضایت از زندگی، رضایتمندی زناشویی، مقیاس‌های بهزیستی روانی، سازگاری، استرس، شیوه‌های مقابله با استرس و رشد پس از آسیب پرداخته‌اند. شریفی راد و دیگران (۱۳۹۰) ذیل مطالعه

مروری خود به بررسی جایگاه حمایت اجتماعی در خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت پرداختند. بنا بر نتایج اظهارشده، نه تنها بین حمایت اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی همبستگی مثبت وجود داشت، بلکه اثر مثبت حمایت اجتماعی خانواده - به ویژه همسر بیمار - بر کنترل قند خون و هموگلوبین ای وان سی^۱ نشان داده شد. به این اعتبار، همان‌گونه که حمایت اجتماعی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده رفتار ارتقادهنده سلامت باشد، از توانایی پیش‌بینی رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی نیز برخوردار است. در ساحت پژوهش‌های خارج از کشور، بهبود و ارتقاء سلامت روان، متأثر از حمایت اجتماعی، به منزله متغیر پیش‌بین منحصربه‌فرد، به رسمیت شناخته شده است. اهمیت حمایت اجتماعی و قرین بودن فقدان آن با مشکلات روان‌شناختی، مشتمل بر افسردگی، تنهایی و اضطراب از اهم نتایج قابل‌ذکر در این خصوص است (Stewart & Suldo, 2011). در مطالعه‌ای دیگر، دریافت سطوح بالای حمایت اجتماعی به‌عنوان سپر در مقابل علائم روانی منفی نظیر افسردگی، اضطراب و سطح پایین احترام به خود از سالمندان معرفی، و نیز به منزله منبع ضروری سلامت خوانش گردیده است (Davidson, 2008). دیگر پژوهش‌گران خارج از کشور ضمن بازنمایی رابطه معنادار حمایت اجتماعی و عزت‌نفس نوجوانان، افزایش سطح حمایت اجتماعی نوجوانان را همبسته با افزایش سطح عزت‌نفس آنان می‌دانند که متأثر از آن، سازگاری اجتماعی و تحصیلی بیشتر در میان نوجوانان تجربه می‌شود. افراد در جریان تجربه‌زیسته روابط اجتماعی حمایت‌آمیز، در زمینه‌هایی همچون سلامتی، روحیه و کنار آمدن با مشکلات مورد کمک واقع می‌شوند. به‌طور متقابل، افراد برخوردار از سطح پایین حمایت اجتماعی، به‌طور مکرر سلامت روانی و جسمانی پایین را زیست می‌کنند (Grant-Vallone et al, 2004).

۱- آزمایش هموگلوبین ای وان سی (Hb A1C)، یک آزمایش خون بسیار رایج است که برای غربالگری بیماران دیابتی کارایی داشته و نشان می‌دهد بیماران به چه میزان در کنترل بیماری دیابت موفق بوده‌اند.

به موجب دیگر مطالعه خارج از کشور، سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با سطوح پایین‌تر اضطراب برخوردار از همبستگی معنادار است، و در این میان، بیش‌ترین میزان تأثیر دینداری در کاهش اضطراب از طریق حمایت اجتماعی بازنمایی شده است؛ یافته اخیر به‌روشنی کاشف از نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی محسوب می‌شود (Hughes, et al, 2004). به علاوه، پژوهش‌گران دیگر در رابطه با اضطراب و کیفیت زندگی کودکان آمریکایی مبتلا به آسم، طی بررسی اثرات طولی محافظت و حمایت اجتماعی از کودکان اقلیت مبتلا به آسم، این نتیجه را دادند که افراد برخوردار از حمایت و مراقبت کمتر، مراتب بالاتری از اضطراب را تجربه، و بدین ترتیب، کیفیت پایین‌تر زندگی را زیست نموده‌اند (Melisa et al, 2015). به استناد پژوهش دیگر، مزید وجود رابطه مستقیم بین میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خشم، وجود رابطه مستقیم بین حمایت اجتماعی دریافت شده و اضطراب موردتوجه محققان قرار گرفته است که ذیل آن، بر رابطه مستقیم حمایت اجتماعی و مقابله متمرکز بر هیجان و مقابله مبتنی بر اجتناب و رابطه معنادار مثبت بین حمایت اجتماعی و مقابله متمرکز بر مشکل تأکید شده است (Diane & Elizabeth, 2007). سرانجام این‌که طی بررسی بُعد زمانی حمایت اجتماعی یا حمایت اجتماعی ادراک‌شده، حمایت اجتماعی به‌مثابه منبع درونی و پویا - که بر اثر عوامل اضطراب‌زای شدید ممکن است تحلیل رود - مفهوم‌سازی شده است. در مراحل اولیه، حمایت اجتماعی ادراک‌شده نقش تعدیل‌کننده اضطراب را ایفا می‌کند، اما با تعدد یا تشدید عوامل اضطراب‌زا، حمایت اجتماعی در نقش وساطت بین عوامل یادشده و پریشانی روان‌شناختی ظاهر می‌گردد.

تمهیدات نظری

مطالعه حاضر بر پایه راهبرد قیاسی به انجام نرسیده است. هم‌چنین، هدف مطالعه، نظریه‌آزمایی و آزمون فرضیه‌ها نیست. طرح فشرده مباحث نظری در این بخش صرفاً با هدف اشباع نظری پژوهش صورت پذیرفته است. حمایت اجتماعی، به‌مثابه مفهومی

چندبعدی، به‌طور گسترده‌ای از دیدگاه‌های نظری و تجربی متعدد مورد مطالعه قرار گرفته است. حمایت اجتماعی برخوردار از دو مؤلفه «حمایت و اجتماعی» در نظر گرفته می‌شود؛ بعد اجتماعی آن به ارتباط افراد با محیط اجتماعی اشاره دارد که شامل شبکه‌های اجتماعی رسمی و غیررسمی است. بُعد حمایت نیز به انواع حمایت‌های ارائه‌شده از سوی این شبکه‌ها مربوط می‌شود (Pittway, 1990). بنا بر تعریف، حمایت اجتماعی، به مراقبت، محبت، عزت، تسلی و کمک ابراز داشته به سایر افراد یا گروه‌ها به فرد اطلاق می‌شود. این حمایت را ممکن است منابع گوناگونی مانند همسر، خانواده، اقوام، دوستان، دیگران، پزشک یا سازمان‌های اجتماعی به عمل آورند (Sarafino, 1998). به علاوه، حمایت اجتماعی در حکم مجموعه اطلاعاتی است که شخص را به این اعتقاد می‌رساند که در یک شبکه ارتباطی موردتوجه دیگران است و از سوی آن‌ها محترم شمرده می‌شود؛ در نتیجه باور یاد شده، این احساس به فرد دست می‌دهد که به آن شبکه ارتباطی متعلق است (به نقل از رستگار خالد، ۱۳۸۴). دیگر نظریه‌پردازان، با تأکید بر ادراکات ذهنی فرد، حمایت اجتماعی را ارزشیابی‌ها یا ارزیابی‌های فرد از این‌که تا چه حد یک تعامل یا الگوی تعاملات یا روابط برای وی سودمند است، در نظر گرفته‌اند (Schaefer et al, 1981). در مجموع، حمایت اجتماعی مترادف با این احساس است که شخص موردتوجه دیگران است، دیگران برای او ارزش قائلند، و او متعلق به یک شبکه اجتماعی است (گاچل و کرانتس، ۱۳۷۷).

رویکرد نظری حمایت اجتماعی در پیوند با همبستگی اجتماعی، سابقه‌ای به قدمت جامعه‌شناسی کلاسیک دارد. دورکهایم با طرح مفهوم همبستگی اجتماعی به‌گونه‌ای غیرمستقیم به حمایت اجتماعی به‌عنوان محصولی برآمده از روابط اجتماعی توجه دارد؛ همبستگی اجتماعی متشکل از دو عنصر حمایت اجتماعی و کنترل اجتماعی است. حمایت اجتماعی با فراهم نمودن پیوندهای اجتماعی، افراد را به اهداف مشترک دلبسته، و آنان را به موضوعات اجتماعی علاقه‌مند می‌سازد. از دیدگاه دورکهایم، هنگامی که رابطه فرد با جامعه ضعیف، و یا فرد منزوی می‌شود، انتقال

پیوسته ایده‌ها و احساسات صورت نمی‌گیرد؛ در حالت اخیر، فرد تحت حمایت قرار نمی‌گیرد و کنترلی بر او اعمال نمی‌شود، فلذا، هیچ تعهدی به اهداف و ارزش‌های جامعه، از جمله کمک به دیگران، مساعدت با هم‌نوع، برقراری روابط عاطفی و امثالهم را در خود احساس نمی‌کند. انزوای اخلاقی و عدم دریافت حمایت نیز ناامیدی، بی‌هدفی، احساس بی‌معنایی، غم، اندوه، نداشتن احساس ارزشمندی و افسردگی را به دنبال می‌آورد (دورکهایم، ۱۳۷۹). در واقع، دورکهایم بر این باور است که مشارکت در امور گروه و یا جامعه می‌تواند منجر به افزایش احساس تعلق به گروه و جامعه شود، زیرا زمانی که افراد تماس‌های مکرر با یکدیگر داشته باشند، دلمشغولی‌ها و منافع مشترک و پیوندهای عاطفی، آن‌ها را به یکدیگر نزدیک می‌کند و احساس تعلق ناشی از این پیوندها، باعث می‌شود آن‌ها از خودشان برای گروه و یا جامعه مایه بگذارند (Ritzer, 2011).

دسته‌بندی‌های مفهومی گوناگونی از سوی پژوهش‌گران در خصوص حمایت اجتماعی به عمل آمده است. دسته‌بندی‌های مذکور در پاسخ به این سؤال بوده‌اند که حمایت اجتماعی، به‌طور ویژه، چه چیزی را برای شخص فراهم می‌آورد؟ در همین امتداد، دو نوع حمایت اجتماعی ساختاری^۱ و کارکردی^۲ از یکدیگر متمایز شده‌اند؛ حمایت اجتماعی ساختاری بر جنبه‌های ساختاری روابط اجتماعی دلالت می‌کند. این جنبه‌ها به‌طور کلی عبارت‌اند از: ترتیب و برنامه زندگی، فراوانی تعاملات اجتماعی، مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی یا درگیری در شبکه اجتماعی؛ حمایت اجتماعی کارکردی به پیامدهای احتمالی فراهم‌شده به‌وسیله حمایت، نظیر ابراز حالات روانی مثبت یا حمایت عاطفی، اظهار موافقت با عقاید و یا احساسات شخص، ابراز احساس دلگرم‌کننده و یا کارکردهای دیگر، مانند تأمین مشورت، ارائه اطلاعات و تأمین کمک‌های اطلاعاتی اشاره دارد (Kessler et al, 1985).

-
1. Structural Social Support
 2. Functional Social Support

جمع‌بندی نظرات پژوهش‌گران، امکان دسته‌بندی حمایت اجتماعی در قالب پنج مؤلفه حمایت عاطفی^۱، ارزشیابانه^۲، ابزاری یا ملموس^۳، اطلاعاتی^۴، و شبکه‌ای^۵ را نشان می‌دهد. در مجموع، حمایت اجتماعی عاطفی، ابزاری، و اطلاعاتی رایج‌ترین انواع حمایت اجتماعی هستند: «حمایت اجتماعی عاطفی»، به معنای در دسترس داشتن فردی برای تکیه‌کردن و اعتماد داشتن به وی به هنگام نیاز است (Drentea et al, 2006). حمایت اجتماعی عاطفی دربردارنده احساس همدلی، مراقبت و توجه، و علاقه به شخص است. این نوع از حمایت می‌تواند شخص را به داشتن احساس راحتی و آسایش، اطمینان، تعلق داشتن و مورد محبت قرار داشتن به هنگام فشار و تنش مجهز نماید (Sarafino, 1998). «حمایت اجتماعی ابزاری»، ناظر بر کمک‌های مادی و عینی دریافت شده از سوی دیگران است؛ این نوع حمایت افراد را در تأمین نیازهای روزانه خود یاری می‌رساند و شامل عناصری از کمک‌های مادی و عینی نظیر قرض دادن پول، کمک کردن در نظافت منزل، جابه‌جایی و حرکت کردن، استحمام، و رانندگی کردن است (Drentea et al, 2006). «حمایت اجتماعی اطلاعاتی» معطوف به اکتساب اطلاعات ضروری از طریق تعامل‌های اجتماعی با دیگران است (گاچل و کراتس، ۱۳۷۷). حمایت اطلاعاتی ارائه توصیه‌ها، جهت‌گیری‌ها، پیشنهادها، یا بازخوردها به فرد راجع به چگونگی عملکرد وی را در برمی‌گیرد (Sarafino, 1998). برای تبیین چگونگی تأثیر حمایت اجتماعی بر ابعاد زندگی از جمله سطح سلامتی افراد، دو الگوی نظری مطرح گردیده است: مدل تأثیر مستقیم^۶ یا تأثیر کلی^۷ حمایت اجتماعی، و مدل تأثیر غیرمستقیم^۸ یا فرضیه ضربه‌گیر^۹ حمایت اجتماعی.

-
1. Emotional
 2. Esteem
 3. Tangible
 4. Informational
 5. Network
 6. Direct effect
 7. Main effect
 8. Indirect effect
 9. Buffering hypothesis

الگوی تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی: مطابق الگوی یاد شده، برخورداری از حمایت اجتماعی برای سلامتی مفید است. حمایت اجتماعی، صرف‌نظر از این‌که فرد تحت تأثیر اضطراب و فشارهای روانی باشد یا خیر، باعث می‌شود فرد از تجارب منفی زندگی پرهیز کند و این امر، اثرات سودمندی بر سلامتی دارد. اثرات سودمند حمایت اجتماعی برای سلامتی افراد، تحت شرایط پرتنش و یا کم‌اضطراب، مشابه خواهد بود (Ibid). به استناد مطالعات متأثر از الگوی تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی، افرادی که در شبکه‌های حمایتی قرار دارند، کمتر افسرده‌اند و عمدتاً سلامت روانی بهتری را نسبت به افراد فاقد شبکه‌های حمایتی نشان می‌دهند. مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی، هم‌چنین در قالب فرضیه «دارایی - منافع» مورد استفاده پژوهش‌گران قرار گرفته است. طبق فرضیه اخیر، فقدان حمایت اجتماعی، فی‌نفسه زیان‌آور و اضطراب‌زا است (قدسی، ۱۳۸۲). برای مثال، افرادی که دارای سطوح بالاتر حمایت اجتماعی هستند، ممکن است احساس تعلق و عزت‌نفس آن‌ها، در قیاس با دیگران کمتر برخوردار در این‌باره، بالاتر باشد. وضعیت اخیر منجر به تکوین چشم‌انداز مثبت و خوش‌بینانه در آن‌ها می‌گردد که می‌تواند صرف‌نظر از میزان اضطراب تجربه‌شده، برای سلامتی سودمند واقع شود - مثلاً از طریق افزایش مقاومت در برابر عفونت‌ها. هم‌چنین، به‌موجب برخی از پژوهش‌ها، سطح بالای حمایت اجتماعی، می‌تواند افراد را تشویق به انجام رفتارهای بهداشتی و اتخاذ سبک زندگی سالم نماید. برای نمونه، فرد برخوردار از حمایت اجتماعی، ممکن است احساس کند که دیگران به وی نیاز دارند؛ از این‌رو باید ورزش کرده، تغذیه مناسب داشته باشد و قبل از آن‌که مشکلات جسمی یا روحی‌اش شدید شود، به پزشک مراجعه نماید (Sarafino, 1998).

الگوی تأثیرگذاری غیرمستقیم حمایت اجتماعی یا فرضیه ضربه‌گیر: بر اساس الگوی اخیر، حمایت اجتماعی صرفاً برای افرادی مفید است که تحت فشار روانی و اضطراب قرار دارند. در این حال، حمایت اجتماعی همانند سپری در مقابل ضربات ناشی از اضطراب عمل کرده و نقش تعدیل‌کننده آثار منفی حوادث اضطراب‌زا را بازی

می‌کند. به تعبیری دیگر، به استناد الگوی ضربه‌گیری، تأثیرگذاری حمایت اجتماعی بر سلامت روان افراد، عمدتاً در هنگام بالا بودن سطح اضطراب متحقق می‌گردد. فقدان حمایت در الگوی مذکور، ضرورتاً اضطراب‌زا محسوب نمی‌شود؛ فلذا، تحت شرایط اضطراب بالا و حمایت کم، پریشانی روانی افزایش می‌یابد (قدسی، ۱۳۸۲). سنخ اخیر از کارکرد حفاظتی حمایت اجتماعی، زمانی رخ می‌دهد که فرد با عامل تنش‌زای قوی روبرو می‌گردد. تحت شرایط و موقعیت‌های کم‌اضطراب، اثر ضربه‌گیری حمایت اجتماعی بسیار کم است؛ اثر ضربه‌گیری حمایت اجتماعی، از دو روش ایفای نقش می‌کند: روش نخست، مشتمل بر فرایند ارزیابی شناختی است؛ زمانی که افراد با عامل تنش‌زای شدید نظیر بحران مالی مواجه می‌شوند، احتمال آن دسته از افرادی که دارای سطح بالاتری از حمایت اجتماعی هستند، در مقایسه با کسانی که از سطوح پایین‌تری برخوردارند، مشکل به‌وجودآمده را کمتر تنش‌زا و فشار آور تفسیر می‌نمایند. روش دوم پیرامون عملکرد حمایت اجتماعی - به‌عنوان سپر در مقابل اثرات اضطراب - معطوف به تعدیل پاسخ‌های افراد به عامل تنش‌زا است. برای مثال، افراد برخوردار از سطوح بالای حمایت اجتماعی، ممکن است فردی را بشناسند که بتواند راه‌حلی برای مشکل آن‌ها ارائه کند، آن‌ها را متقاعد نماید که موقعیت به‌وجودآمده آن‌چنان مشکل‌ساز نیست، آن‌ها را امیدوار سازد که به نیمه‌پر لیوان فکر کنند، یا روی شانس خود تکیه کنند. به‌طور متقابل، در وضعیت مشابه، اثرات منفی موقعیت‌های اضطراب‌زا برای افراد برخوردار از سطوح پایین‌تر حمایت اجتماعی، بیشتر و شدیدتر نمودار می‌گردد (Sarafino, 1998).

در مجموع، در مقام مقایسه نحوه تأثیرگذاری الگوهای بر سلامت کنشگران اجتماعی، می‌توان گفت در الگوی تأثیر مستقیم، فقدان یا کاهش در حمایت اجتماعی موجب آسیب‌ها و اختلالات جسمی و روانی می‌شود، درحالی‌که در مدل ضربه‌گیر، فقدان یا کاهش حمایت اجتماعی به اضافه حضور اضطراب، زمینه‌ساز کاهش سلامت افراد و به‌طور خاص موجب اختلالات ناظر بر سلامت روان در کنشگران اجتماعی خواهد شد (علیپور، ۱۳۸۵).

روش مطالعه

پژوهش حاضر بر پایه ملاحظات برآمده از روش مرور نظام‌مند^۱ به انجام رسیده است. طی مطالعات پراکنده تنها می‌توان به یک جنبه از یک تصویر بزرگ‌تر رسید، درحالی‌که ارزش بررسی نظام‌مند در ترکیب قطعات گسسته، و هم‌افزایی نتایج در روش سازمان‌یافته است که امکان وصول به نمای کلی موضوع مورد بررسی را فراهم می‌آورد (طباطبائیان و دیگران، ۱۳۹۷). جستجو در مرور نظام‌مند با استفاده از کلیدواژه‌های مرتبط با موضوع از طریق پایگاه‌های داده‌ای معتبر انجام می‌شود (Robinson & Lowe, 2015). در مرور نظام‌مند، فیلترهای کیفیت نیز در انتخاب تحقیقات پیشین اعمال می‌شوند (Armstrong et al, 2011). در این مطالعه با عطف نظر به استانداردهای مشخص، جستجو در خصوص ادبیات تحقیق، راهبردهای نمونه‌گیری، نوع مطالعات، رویکردها، محدوده زمانی، محدودیت‌ها، دامنه موضوعی، اصطلاحات استفاده‌شده، منابع الکترونیکی و سایر موارد مشابه دیگر، مطمح نظر قرار گرفته است. با عنایت به فراوانی بالای پژوهش‌های داخلی درباره حمایت اجتماعی، جامعه آماری مطالعه مبتنی بر مقالات علمی ناظر بر موضوع «حمایت اجتماعی» در بازه زمانی ۱۳۸۹-۱۴۰۰ انتخاب شده است. انتخاب بازه مذکور مبتنی بر ترجیح نویسندگان مبنی بر لحاظ جدیدترین مطالعات قبلی در دهه منتهی به زمان انجام مطالعه حاضر (سال ۱۴۰۰) بوده است؛ مزید بر آن، حسب استمزاج صورت گرفته، به دنبال بسط روزافزون زیرساخت‌های فناوری‌های اطلاعاتی از دهه پیش به این‌سو، نمایه‌سازی مقالات و آورده‌های علمی در پایگاه‌های علمی داخل کشور شکل حرفه‌ای‌تر و دقیق‌تر به خود گرفته است. بر اساس پروتکل مطالعه، نویسندگان با استفاده از روش تمام‌شماری، مقالات مرتبط و قابل‌دسترس در چهار پایگاه داده علمی کشور شامل پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی^۲، پایگاه مجلات تخصصی نور^۳، بانک اطلاعات

-
1. Systematic Review
 2. <https://www.sid.ir/fa/journal>
 3. <https://www.noormags.ir>

نشریات کشور^۱ و پرتال جامع علوم انسانی^۲ را در حداکثر وجه ممکن گردآوری کردند. جستجوی مطالعات داخلی ذیل اصل محوری چند بُعدی سازی جستجو^۳ و استفاده از کلیدواژه‌های منفرد و ترکیبی مرتبط با حمایت اجتماعی تا وصول به درجه تکرارناپذیری مدنظر قرار گرفته است. پس از جمع‌آوری طیف گسترده‌ای از پژوهش‌های داخلی، پژوهش‌های منتخب به‌گونه‌ای از میان مجموع پژوهش‌ها گزینش شده‌اند که حتی‌الامکان با عطف به کلیدواژه‌های جستجو، دربردارنده وجوه مختلفی ناظر بر حمایت اجتماعی بوده باشند. نویسندگان در مقام جستجو، در مرحله نخست با عطف نظر به کلیدواژه «حمایت اجتماعی» مبادرت به جستجوی مقالات نمودند؛ در مرحله دوم، متعاقب مطالعه و احصاء واژگان ذی‌ربط با مفهوم «حمایت اجتماعی» - موجود در متن مقالات جمع‌آوری شده - مقالات بیشتری شناسایی شدند. مهم‌ترین واژگان منفرد و ترکیبی مورد استفاده در مرحله دوم جستجو شامل این موارد بودند: «احساس امنیت»، «اضطراب»، «اضطراب مرگ»، «امید به زندگی»، «انزوای اجتماعی»، «انطباق‌پذیری»، «بهبودی اجتماعی»، «بهبودی ذهنی»، «تاب‌آوری»، «حمایت روانی»، «خودکارآمدی»، «خودکشی»، «ذهن‌آگاهی»، «رشد اجتماعی»، «سازگاری اجتماعی»، «سبک‌های مقابله‌ای استرس ادراک شده»، «سلامت اجتماعی»، «سلامت روان»، «سلامت عمومی»، «سلامت کل‌نگر» «عزت‌نفس»، «علائم افسردگی»، «کیفیت زندگی»، «معنویت»، «هوش هیجانی». در مرحله سوم جستجو، و به دنبال دسته‌بندی نظریات مورد استفاده در پژوهش‌ها، عناوین ترکیبی «ابعاد حمایت اجتماعی» و «پیامدهای برخاسته از حمایت اجتماعی» مورد استخدام قرار گرفتند. نتیجه نهایی حاصل از کاربست سه مرحله فوق، شناسایی ۱۹۲ مقاله در بازه زمانی ۱۳۸۹-۱۴۰۰ بود. سرانجام، و با حذف مقالات تکراری، تعداد مقالات منتخب، حسب پنج معیار «پرداختن واضح به موضوع حمایت اجتماعی و بررسی یک یا چند مورد از پیامدهای آن»، «انجام

1. <http://www.magiran.com>
2. <http://ensani.ir/fa>
3. Search Triangulation

پژوهش در ایران»، «انتشار به زبان فارسی»، «تمام متن بودن» و «انتشار در مجلات علمی - پژوهشی» به ۴۰ مقاله تقلیل داده شد.

در این پژوهش، ارائه توصیف چندوجهی از پژوهش‌های منتخب و ارزیابی آن‌ها، بر پایه چک‌لیست محقق‌ساخته به انجام رسیده است. چک‌لیست پیش‌گفته، بر پایه سه مقوله «بایسته‌های روش‌شناختی پژوهش‌های علمی»، «وجوه توصیفی مطالعات علمی» و «ترجیح پارادایمی» با زیرمجموعه‌های مشخص و تدوین گردید. اضافه می‌نماید، پاسخ به سؤال اول و سوم مطالعه با استعانت از چک‌لیست فوق‌الذکر فراهم گردیده است.

در گام سوم، کیفیت و اعتبار علمی مقالات منتخب از سوی نویسندگان ارزیابی و تأیید شد. در گام چهارم، به منظور دستیابی به داده‌های مقالات، کاربرگ‌های استخراج داده‌ها در قالب شاخص‌های مختلف طراحی، و بر مبنای کدگذاری و حاشیه‌نویسی‌های انجام‌شده هر یک از کار برگ‌ها به وسیله نویسندگان مقاله تکمیل شد. شاخص‌های مورد بررسی در کاربرگ‌ها عبارت‌اند از: (۱) نام نویسندگان؛ (۲) مکان و زمان پژوهش؛ (۳) ماهیت روش تحقیق؛ (۴) ابزار مطالعه؛ (۵) ماهیت و جنسیت جامعه آماری؛ (۶) جنسیت پژوهشگر؛ (۷) روایی و پایایی؛ (۸) آزمون فرضیه؛ (۹) استفاده یا عدم استفاده از چارچوب نظری؛ (۱۰) زمینه تخصصی مقالات؛ (۱۱) پیامدهای حمایت اجتماعی در ابعاد مختلف؛ در آخرین گام، متعاقب بررسی و مقایسه دقیق کاربرگ‌های مختص هر یک از مقالات، داده‌های به‌دست‌آمده تجمیع، توصیف و تحلیل، و بر مبنای آن‌ها رسیدن به هدف مطالعه، ذیل تدارک پاسخ‌های لازم به پرسش‌های پژوهشی، مورد توجه و اهتمام نویسندگان مقاله قرار گرفت.

جدول ۱- کلیت‌های مورد استفاده در طراحی چک‌لیست توصیف و ارزیابی مقالات منتخب

پارادایم کیفی (تفسیری)	ترجیح پارادایمی	زمان پژوهش	وجه توصیفی مطالعات علمی	برخورداری پژوهش از چارچوب نظری	بایسته‌های روش‌شناختی پژوهش علمی
		مکان پژوهش		توجه به ملاحظات ناظر بر روایی و پایایی پژوهش	
پارادایم کمی		جنسیت پژوهشگر	آزمون فرضیه		
		ماهیت مطالعه شوندگان	ابزار مطالعه و جمع‌آوری داده		
		زمینه تخصصی			

یافته‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش متناسب با سؤالات تحقیق در سطح آماره‌های توصیفی گزارش می‌شود. سایر ملاحظات و استنتاج‌های تفسیری ناظر به یافته‌ها با تفصیل لازم در بخش بحث و نتیجه‌گیری موردتوجه قرار خواهد گرفت.

زمان و مکان پژوهش‌های منتخب: بیش‌ترین درصد مکان انجام پژوهش‌های ناظر به موضوع حمایت اجتماعی مربوط به کلان‌شهر تهران (۳۷/۵٪) است. بعد از تهران، اردبیل با ۱۰ درصد در رتبه دوم، و قزوین، اهواز، سرپل ذهاب و کرمان نیز در رتبه‌های بعدی قرار دارند (۵٪). سایر مطالعات با ۳۲/۵٪ در شهرهای دیگر به انجام رسیده‌اند که در مجموع این دسته از شهرهای اخیر در رتبه چهارم قرار می‌گیرند. مزید بر موارد قبل، بیش‌ترین تعداد درصد مطالعات به ترتیب در سال‌های ۱۳۹۶ (۱۵٪) و ۱۳۸۹، ۱۳۹۷ و ۱۳۹۹ (۱۰٪) به انجام رسیده‌اند. کمترین درصد مطالعات نیز مربوط به سال‌های ۱۳۹۸ (۵٪) است.

جدول ۲- ملاحظات زمانی و مکانی پژوهش‌های منتخب

آماره توصیفی		زمان پژوهش	آماره توصیفی		مکان پژوهش	آماره توصیفی		مکان پژوهش
درصد	فراوانی		درصد	فراوانی		درصد	فراوانی	
۱۰	۴	۱۳۸۹	۲/۵	۱	بیرجند	۳۷/۵	۱۵	تهران
۵	۲	۱۳۹۰	۲/۵	۱	نیشابور	۱۰	۴	اردبیل
۷/۵	۳	۱۳۹۱	۲/۵	۱	سنندج	۵	۲	قزوین
۷/۵	۳	۱۳۹۲	۲/۵	۱	کرمانشاه	۵	۲	اهواز
۷/۵	۳	۱۳۹۳	۲/۵	۱	استان بوشهر	۵	۲	سرپل ذهاب
۷/۵	۳	۱۳۹۴	۲/۵	۱	ایلام	۵	۲	کرمان
۷/۵	۳	۱۳۹۵	۲/۵	۱	استان خراسان رضوی	۲/۵	۱	مشهد
۱۵	۶	۱۳۹۶				۲/۵	۱	بابلسر
۱۰	۴	۱۳۹۷				۲/۵	۱	خلخال
۵	۲	۱۳۹۸				۲/۵	۱	رودهن
۱۰	۴	۱۳۹۹				۲/۵	۱	طارم
۷/۵	۳	۱۴۰۰				۲/۵	۱	خرم‌آباد
فراوانی کل (۱۰۰) ۴۰								

ملاحظات روش‌شناختی پژوهش‌های منتخب: در ۹۲/۵٪ مقالات روایی و پایایی ابزار سنجش موردتوجه پژوهشگران داخلی قرار گرفته است و در ۳ مورد از مقالات (۷/۵٪)، محققان تصریحی به روایی و پایایی مطالعه نداشته‌اند. در ۲۰٪ مقالات، زنان، در ۲۲/۵٪ مقالات، مردان و در ۵۷/۵٪ مقالات، زنان و مردان با یکدیگر در مقام پژوهشگر واقع شده‌اند. نکته قابل‌ذکر در مورد روش تحقیق پژوهش‌های مرور شده این است که ۹۵٪ مقالات به صورت کمی، با استفاده از ابزار پرسشنامه و آزمون فرضیات به انجام رسیده‌اند. تنها ۵٪ مقالات بر پایه شیوه‌های کیفی، و با بهره‌جستن از مصاحبه صورت گرفته‌اند. ۶۵٪ از مقالات در قالب کاربست چارچوب نظری به انجام رسیده‌اند. در ۷۵٪ مقالات، جامعه آماری به صورت مشترک به زنان و مردان تعلق داشته است و زنان در ۲۵٪ مقالات، جامعه آماری پژوهش را تشکیل داده‌اند. در ۲۰٪ مقالات دانشجویان و در ۸۰٪ افراد عادی سازنده جامعه آماری بوده‌اند.

جدول ۳- ملاحظات روش‌شناختی پژوهش‌های منتخب

آماره توصیفی		مؤلفه روش‌شناختی		آماره توصیفی		مؤلفه روش‌شناختی	
درصد	فراوانی			درصد	فراوانی		
۲۰	۸	دانشجو	ماهیت جامعه آماری	۹۵	۳۸	کمی، پیمایشی	ماهیت روش تحقیق
۸۰	۳۲	افراد عادی		۵	۲	کیفی، تفسیری	
۶۲/۵	۲۵	بلی	آزمون فرضیه	۹۵	۳۸	پرسشنامه	ابزار مطالعه
۳۷/۵	۱۵	خیر		۵	۲	مصاحبه	
۲۰	۸	زن	جنسیت پژوهشگر	۲۵	۱۰	زن	جنسیت جامعه آماری
۲۲/۵	۹	مرد		۰	۰	مرد	
۵۷/۵	۲۳	زن و مرد		۷۵	۳۰	زن و مرد	
۳۵	۱۴	دارد	چارچوب نظری	۹۲/۵	۳۷	نامشخص	روایی و پایایی
۶۵	۲۶	ندارد		۷/۵	۳	نامشخص	

از حیث حوزه پژوهشی، بیش‌ترین تعداد مقالات (۴۰ درصد) متعلق به روان‌شناسی و علوم تربیتی است. بعدازآن، حوزه جامعه‌شناسی با ۳۵ درصد بیشترین مقالات مرور شده را به خود اختصاص داده است. حوزه‌های مشاوره، مدیریت، و مدیریت ورزشی نیز در رتبه‌های بعدی قرار دارند. بنابراین، دو حوزه روانشناسی و جامعه‌شناسی با فاصله زیاد نسبت به سایر زمینه‌های پژوهشی موضوع حمایت اجتماعی را مورد بررسی قرار داده‌اند.

جدول ۴- حوزه تخصصی پژوهش‌های منتخب

درصد	فراوانی	زمینه پژوهشی مقالات
۴۰	۱۶	روانشناسی و علوم تربیتی
۳۵	۱۴	جامعه‌شناسی / مددکاری اجتماعی
۱۷/۵	۷	مشاوره
۵	۲	مدیریت
۲/۵	۱	مدیریت ورزشی
۱۰۰	۴۰	جمع کل

در بین مقالات مرور شده، پژوهش‌گران داخلی حمایت اجتماعی را حسب مبادی مختلف مورد دسته‌بندی قرار داده‌اند. بنا بر یک تقسیم‌بندی کلی، حمایت اجتماعی واقعی یا دریافت شده و حمایت اجتماعی ادراک شده از هم قابل تمیز هستند؛ به یک اعتبار، سنخ اول حمایت اجتماعی، نوع و فراوانی تعاملات حمایتی خاصی است که فرد در روابط اجتماعی در قالب کمک‌های ابزاری، عاطفی و اطلاعاتی دریافت می‌کند؛ منظور از سنخ دوم آن، ادراکات مبتنی بر کفایت و ارزیابی، حمایت و نیز وجود کیفیت حمایت در هنگام نیاز به کمک‌های ابزاری، عاطفی و اطلاعاتی است. بر پایه اعتبار دیگر، حمایت اجتماعی را می‌توان به لحاظ ساختاری و یا کارکردی نیز تقسیم‌بندی نمود. حمایت اجتماعی ساختاری معمولاً به جنبه‌های عینی حمایت اشاره دارد و به عنوان وجود ارتباطات اساسی و اولیه تعریف می‌گردد که شامل ابعاد عضویت گروهی، شبکه اجتماعی شخصی، و داشتن پیوند قوی می‌شود. حمایت اجتماعی کارکردی نیز به پیامدهای متعدد فراهم آمده به وسیله حمایت اشاره دارد که اغلب پژوهشگران سه بُعد ابزاری، عاطفی و اطلاعاتی را برای آن در نظر گرفته‌اند؛ با این وجود، در برخی از پژوهش‌ها ابعاد خدماتی، ارزیابانه و معنوی نیز مورد توجه قرار گرفته است. در رابطه با گروه‌های حمایتی نیز، حمایت اجتماعی در اغلب پژوهش‌های مرور شده میزان برخورداری از محبت، مساعدت و توجه اعضای خانواده، دوستان و دیگر افراد مهم تعریف شده است. در سایر مقالات مرور شده حمایت مشاوران، و حمایت در محیط مدرسه و سازمان نیز بررسی شده است.



شکل ۱: سنخ‌های طبقه‌بندی شناسایی شده از مفهوم حمایت اجتماعی در مقالات مرور شده

در رابطه با گونه‌شناسی پیامدهای حمایت اجتماعی در بین مطالعات داخلی انجام شده در بازه زمانی ۱۴۰۰-۱۳۸۵ و به استناد مقادیر جدول (۴)، متغیر حمایت اجتماعی به‌عنوان متغیر مورد مطالعه پژوهش در نسبت با ۱۸ متغیر مورد بررسی قرار گرفته است؛ متغیرهای شناسایی شده به‌عنوان پیامدهای حمایت اجتماعی در مطالعات منتخب، قابل سنخ‌بندی به چهار گونه پیامدهای جسمانی (۲/۵٪)، پیامدهای روان‌شناختی (۱۲/۵٪)، پیامدهای اجتماعی (۱۲/۵٪) و پیامدهای فرهنگی - نگرشی (۱۲/۵٪) هستند.

جدول ۵- سنخ‌های پیامدی حمایت اجتماعی حسب پژوهش‌های منتخب

سنخ مفهومی		سنخ مفهومی	آماره توصیفی		سنخ مفهومی
درصد	فراوانی		درصد	فراوانی	
۱۲/۵	۵	اجتماعی	۲/۵	۲	جسمانی
۱۲/۵	۵	فرهنگی - نگرشی	۱۲/۵	۶	روان‌شناختی

جدول ۶- پیامدهای چهارسویه حمایت اجتماعی

پیامد	ابعاد	پژوهش‌های راهبر	پیامد	ابعاد	پژوهش‌های راهبر
جسمانی	عملکرد جسمانی؛ مشارکت در فعالیت بدنی	آریانپور و دیگران (۱۳۹۹)؛ عبداللهی و دیگران (۱۳۹۶)؛ شعبان‌زاده و دیگران (۱۳۹۲)؛ صمدیان و گروسی (۱۳۹۳)؛ گروسی و خدایپرست (۱۳۹۳)؛ رحیمیان بوگر و دیگران (۱۳۹۰)؛	سازگاری اجتماعی (عاطفی، آموزشی و اجتماعی)؛ سلامت اجتماعی (همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، خودشکوفایی اجتماعی)؛ کاهش احتمال جرم و رفتارهای پرخطر (مصرف مواد مخدر، مصرف الکل، خشونت، رانندگی خطرناک)؛ کیفیت زندگی (جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی، محیطی)؛ وضعیت خانوادگی، شغلی و تحصیلی (تعلق خانوادگی، ابهام نقش خانوادگی، احساس گرانباری نقش خانوادگی، تعارض خانواده با کار، رضایت شغلی، پیشرفت تحصیلی)	زاددهش و باباخانی (۱۳۹۹)؛ آقاجانی و دیگران (۱۳۹۸)؛ میری و دیگران (۱۳۹۸)؛ ابوطالبی و دیگران (۱۳۹۷)؛ باوزین و سپهوندی (۱۳۹۶)؛ طوطیان اصفهانی و بناساز (۱۳۹۶)؛ عیسی‌خانی و برازنده (۱۳۹۵)؛ نصیری ولیک‌بنی و عبدالملکی (۱۳۹۵)؛ دلپسند و دیگران (۱۳۹۱)؛ نبوی و شهریاری (۱۳۹۱)؛ خوش‌کنش و دیگران (۱۳۸۹)؛ صالح‌صدق‌پور و دیگران (۱۳۸۹).	
		احتمال خودکشی (احساس درماندگی، ناتوانی در کنترل خشم و تکانه‌ها، آسیب‌رسانی به خود، احساس ناامیدی)؛ پرخاشگری (پرخاشگری جسمانی، پرخاشگری کلامی، خشم، خشونت)؛ تاب‌آوری (صلاحیت و کفایت فردی، تحمل اثرات منفی و قوی بودن در برابر تنش، خودکنترلی، تأثیرات معنوی، پذیرش مثبت تغییر)؛ سلامت روان (افسردگی، اضطراب، اختلال در عملکرد			حاجیان و نیکونزاد (۱۴۰۰)؛ جعفرزاده داشبلاغ و دیگران (۱۳۹۹)؛ نبوی چنگی (۱۳۹۹)؛ آشتیانی و کاظمیان (۱۳۹۷)؛ حبیب‌اللهی و دیگران (۱۳۹۷)؛ کاظمیان و سیفی (۱۳۹۷)؛ پاک‌نهاد و مداحی (۱۳۹۶)؛ حق‌شناس (۱۳۹۶)؛ رجبی و دیگران (۱۳۹۴)؛ کلانتری و دیگران (۱۳۹۴)؛ همتی و رحیمی
روان‌شناختی	احتمال خودکشی (احساس درماندگی، ناتوانی در کنترل خشم و تکانه‌ها، آسیب‌رسانی به خود، احساس ناامیدی)؛ پرخاشگری (پرخاشگری جسمانی، پرخاشگری کلامی، خشم، خشونت)؛ تاب‌آوری (صلاحیت و کفایت فردی، تحمل اثرات منفی و قوی بودن در برابر تنش، خودکنترلی، تأثیرات معنوی، پذیرش مثبت تغییر)؛ سلامت روان (افسردگی، اضطراب، اختلال در عملکرد	حاجیان و نیکونزاد (۱۴۰۰)؛ جعفرزاده داشبلاغ و دیگران (۱۳۹۹)؛ نبوی چنگی (۱۳۹۹)؛ آشتیانی و کاظمیان (۱۳۹۷)؛ حبیب‌اللهی و دیگران (۱۳۹۷)؛ کاظمیان و سیفی (۱۳۹۷)؛ پاک‌نهاد و مداحی (۱۳۹۶)؛ حق‌شناس (۱۳۹۶)؛ رجبی و دیگران (۱۳۹۴)؛ کلانتری و دیگران (۱۳۹۴)؛ همتی و رحیمی	سازگاری اجتماعی (عاطفی، آموزشی و اجتماعی)؛ سلامت اجتماعی (همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، خودشکوفایی اجتماعی)؛ کاهش احتمال جرم و رفتارهای پرخطر (مصرف مواد مخدر، مصرف الکل، خشونت، رانندگی خطرناک)؛ کیفیت زندگی (جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی، محیطی)؛ وضعیت خانوادگی، شغلی و تحصیلی (تعلق خانوادگی، ابهام نقش خانوادگی، احساس گرانباری نقش خانوادگی، تعارض خانواده با کار، رضایت شغلی، پیشرفت تحصیلی)	زاددهش و باباخانی (۱۳۹۹)؛ آقاجانی و دیگران (۱۳۹۸)؛ میری و دیگران (۱۳۹۸)؛ ابوطالبی و دیگران (۱۳۹۷)؛ باوزین و سپهوندی (۱۳۹۶)؛ طوطیان اصفهانی و بناساز (۱۳۹۶)؛ عیسی‌خانی و برازنده (۱۳۹۵)؛ نصیری ولیک‌بنی و عبدالملکی (۱۳۹۵)؛ دلپسند و دیگران (۱۳۹۱)؛ نبوی و شهریاری (۱۳۹۱)؛ خوش‌کنش و دیگران (۱۳۸۹)؛ صالح‌صدق‌پور و دیگران (۱۳۸۹).	

<p>اعتیاد به اینترنت؛ امیدواری؛ رضایت از اوقات فراغت (فعالیت‌های فکری، فعالیت‌های آرامش‌بخش، فعالیت‌های ابراز وجود)؛ رضایت از زندگی (رضایت از محیط‌زیست و محیط فیزیکی، رضایت از وضعیت اقتصادی و اجتماعی، رضایت از وضعیت حمل‌ونقل)؛ سبک‌های هویت‌گزینی (اطلاعاتی، هنجاری، سردرگم اجتنابی، تعهد هویت)</p>	<p>اعتیاد به اینترنت؛ امیدواری؛ رضایت از اوقات فراغت (فعالیت‌های فکری، فعالیت‌های آرامش‌بخش، فعالیت‌های ابراز وجود)؛ رضایت از زندگی (رضایت از محیط‌زیست و محیط فیزیکی، رضایت از وضعیت اقتصادی و اجتماعی، رضایت از وضعیت حمل‌ونقل)؛ سبک‌های هویت‌گزینی (اطلاعاتی، هنجاری، سردرگم اجتنابی، تعهد هویت)</p>	<p>علی‌آباد (۱۳۹۳)؛ اعظم آزاده و عبادی (۱۳۹۲)؛ بشرپور و دیگران (۱۳۹۲)؛ اسدی و دیگران (۱۳۹۱)؛ ملکی پیربازاری و دیگران (۱۳۹۰)؛ ریاحی و دیگران (۱۳۸۹)؛</p>	<p>اجتماعی، شکایات جسمانی، وسواس - اجبار، حساسیت در روابط متقابل، روان‌پریشی، افکار پارانوئیدی، پرخاشگری، اضطراب، اختلالات خواب، اضطراب مرگ، اضطراب کرونا، توانایی اخذ تصمیمات درست، احساس مسئولیت در برابر محیط، احساس امنیت، بهبودی ذهنی، انطباق‌پذیری، خودکارآمدی، خود مدیریتی)؛ عزت‌نفس (کلی/عمومی، فیزیکی/جسمانی، اجتماعی، عقلانی/ذهنی)؛ کنترل هیجانی (بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، نشخوار ذهنی، کنترل خوش‌خیم)</p>	
---	---	---	---	--

در جدول (۵) ابعاد گونه‌های پیامدی حاصل از حمایت اجتماعی ذکر شده است. نکته قابل توجه در بررسی پیامدهای حمایت اجتماعی در مقالات مرور شده، موضوع سلامت روان به‌عنوان پرتکرارترین پیامد بوده است. فراوانی کیفیت زندگی به‌عنوان یکی دیگر از پیامدهای حمایت اجتماعی در مرتبه بعد از سلامت روان قرار دارد.

یافته‌های به‌دست‌آمده نشان می‌دهد لازمه پژوهش در باب مؤلفه حمایت اجتماعی، و به ویژه نقش آن در حوزه سلامت، توجه به پیامدهای آن در ساحت‌های مختلف زندگی فرد است. دسته‌بندی پیامدهای حمایت اجتماعی در سنخ‌های چهارگانه جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی - نگرشی، امکان بررسی و مطالعه فرایند اثربخشی حمایت اجتماعی به‌گونه‌ای چندبعدی و چند رشته‌ای را فراهم می‌آورد. مطالعه بین‌رشته‌ای پیامدهای حمایت اجتماعی و نیز اثربخشی آن را می‌توان مصداق آشکار کاربست دیدگاه کل‌نگر در بررسی حمایت اجتماعی و پیامدهای آن، علی‌الخصوص در حوزه سلامت در نظر گرفت که به واسطه چندبعدی بودن آن، راهکارهای سیاست‌گذارانه متناظر با آن عاری از ساده‌سازی‌های بلاوجه و تقلیل‌گرایی‌های رایج خواهد بود. شاید مهم‌ترین نقطه قوت مطالعات مرور شده توجه و تأکید بر مقوله حمایت اجتماعی به عنوان عامل تعیین‌کننده در ابعاد مختلف زندگی فردی و اجتماعی باشد؛ مع‌الوصف، با بررسی مقالات منتشرشده در زمینه حمایت اجتماعی و پیامدهای آن در ایران کاستی‌هایی بدین شرح قابل احصاء هستند:

۱- علیرغم فراوانی مطالعات تجربی ناظر بر حمایت اجتماعی، اما، عمده مطالعات حول چند متغیر محدود صورت گرفته‌اند. در واقع، با توجه به پیامدهای حمایت اجتماعی در ابعاد گوناگون جسمانی، روانی، اجتماعی و فرهنگی، و به‌طور خاص تأثیرات حمایت اجتماعی در سلامت کامل، ضرورت دارد که در بررسی این پدیده چندوجهی، عوامل و متغیرهای بیشتر ذیل رویکردهای کل‌نگر و جامع مدنظر قرار داده شود.

۲- کاربست حداکثری روش‌های کمی و پیمایشی به روشنی هرچه تمام‌تر غلبه انگاره دورکهایمی بر اذهان پژوهش‌گران داخلی در مقالات بررسی‌شده را نشان می‌دهد؛ این در حالی است که بخش عمده‌ای از فهم وجوه مکنون حمایت‌های اجتماعی و پیامدهای مرتبط با دیالکتیک زمینه، کنش، آگاهی و ساختار است که از طریق مطالعه عمیق و پدیدارشناسانه وضعیت زندگی اعضای جامعه در پارادایم تفسیری قابل استحصال خواهد بود. بدین ترتیب، این گزاره که شیفتگی پژوهشگران داخلی نسبت به سنت ساختاری و کارکردی که قهراً آن‌ها را از مطالعه ساخت اجتماعی بازداشته است،

خود می‌تواند به عنوان یکی از عمده‌ترین محورهای انتقاد به مطالعات بررسی شده مورد توجه قرار گیرد.

۳- «بی‌توجهی به الزامات پارادایمی» از دیگر رئوس نقد نسبت به مطالعات داخلی مرور شده در این پژوهش است. به عنوان نمونه، علی‌رغم گرایش قابل‌ملاحظه محققان به رویکرد دورکهایمی و کاربرد حداکثری روش‌های کمی و پیمایشی (۹۵٪)، اما پژوهش‌گران باز هم در مقالات مرور شده، از بیان راهکارهای اجرایی ناظر بر حل مسئله در رابطه با حمایت اجتماعی اجتناب نموده‌اند. حسب رویکرد دورکهایمی، مسائل اجتماعی برآمده از ایجاد اختلال در فرایند تقسیم کار بوده و جنبه مرضی داشته، که به‌مثابه نوعی آسیب، بر نظم اجتماعی عارض گشته و اختلال اجتماعی را رقم زده‌اند. از این‌رو، بر اساس نگاه مذکور، پرداختن پژوهش‌محورانه به نحوه حل و فصل مسائل اجتماعی، ارائه راهکارهای علمی ناظر به برون‌رفت از مسائل اجتماعی به عنوان بخش لاینفک و عمده‌ای از گزارش‌های علمی و پژوهشی ضروری می‌نماید.

۴- حمایت اجتماعی اساساً واقعیتی است که به مطالعات میان‌رشته‌ای نیاز دارد. این در حالی است که تقریباً تمام مقالات مرور شده صرفاً از منظر یک رویکرد خاص به موضوع نگریسته و به همین سبب تنها ابعاد و وجوه خاصی از آن را بررسی نموده‌اند.

۵- در مقالات مرور شده، حمایت اجتماعی صرفاً در معنای تاریخی و ساده آن، در قالب حمایت به شکل سنتی و غیر سازمان‌یافته در نظر گرفته شده است؛ تقریباً در همه موارد، خانواده، دوستان و اطرافیان نزدیک متکفل ارائه حمایت اجتماعی به افراد هستند. بدین‌سان، در پژوهش‌های منتخب، موضوع مهم حمایت‌های رسمی و سازمان‌یافته از نگاه پژوهش‌گران مغفول باقی مانده است. از آنجاکه به ویژه در مواقعی از جمله بحران‌ها و بلایایی طبیعی به دلیل وسعت و شدت آن‌ها حمایت‌های غیررسمی پاسخگوی نیاز اعضای جامعه نیست، توجه پژوهش‌گران به موضوع حمایت‌های رسمی و سازمان‌یافته و پیامدهای آن در ابعاد گوناگون ضروری به نظر می‌رسد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مرور نظام‌مند مطالعات داخلی ناظر به پیامدهای حمایت اجتماعی با تأکید بر مقوله سلامت کل‌نگر به انجام رسید. بررسی نتایج تحقیق حاضر بیانگر نقش و اهمیت حمایت اجتماعی در ابعاد گوناگون سلامت، اعم از پیامدهای جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی - نگرشی در بین اعضای جامعه است. این ابعاد را می‌توان ذیل مقوله سلامت کل‌نگر مورد بررسی قرار داد. نتایج تحقیق نشان داد که بیشترین درصد مطالعات به ترتیب در شهرهای تهران (۳۷/۵٪) و اردبیل (۱۰٪) به انجام رسیده‌اند. هم‌چنین، در سال ۱۳۹۶، ۱۵ درصد مقالات، و در سال‌های ۱۳۸۹، ۱۳۹۷ و ۱۳۹۹، ۱۰ درصد مقالات با موضوع حمایت اجتماعی به جامعه علمی ارائه شده است. مزید بر آن، در ۹۵٪ موارد، ترجیح بیشتر نویسندگان ناظر به استفاده از روش‌های کمی و پیمایشی - در مقایسه با روش‌های کیفی و تفسیری - و با بهره‌گیری از ابزار پرسشنامه - در مقایسه با ابزار مصاحبه - بوده است. به علاوه، ۳۵٪ از نویسندگان در مقالات خود از چارچوب نظری استفاده نموده‌اند. از حیث زمینه تخصصی مقالات مرور شده، بیش‌ترین تعداد مقالات (۴۰ درصد) متعلق به روان‌شناسی و علوم تربیتی، و بعدازآن، حوزه جامعه‌شناسی و مددکاری اجتماعی (۳۵ درصد) است. پیامدهای حمایت اجتماعی در چهار سنخ جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی - نگرشی قابل‌بازشناسایی هستند. تعداد کل متغیرهای واقع‌شده ذیل سنخ‌های مذکور برابر با ۱۸ متغیر است که تفصیل آن‌ها در شکل شماره (۱) قابل مشاهده است.

از آنجاکه سلامت وجوه مختلفی دارد و بدون وجود همه آن‌ها نمی‌توان از سلامت (نه فقدان بیماری) سخن گفت، ضروری است ذیل معنای کامل و جامع از سلامت، همه ابعاد آن مطرح نظر قرار داده شود؛ بنا بر نوع اعتبار سازمان جهانی بهداشت (WHO, 2001)، سلامتی صرفاً به‌مثابه فقدان بیماری و نقص عضو در نظر گرفته نمی‌شود، بلکه رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی را نیز شامل می‌شود. مقوله سلامت کامل به‌عنوان پیامد حمایت اجتماعی از این جهت که از پیش‌شرط‌های مهم دستیابی جوامع به رفاه و توسعه اجتماعی تلقی می‌شود، اهمیت مضاعف می‌یابد. این پژوهش

نشان داد که دریافت حمایت‌های اجتماعی می‌تواند این مهم را محقق نماید و موجب سلامتی کامل در ابعاد جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی - نگرشی گردد.

به‌موجب دلالت‌های موجود در مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی، برخورداری افراد از حمایت اجتماعی برای سلامتی مفید است و به‌طور متقابل، فقدان حمایت اجتماعی واجد تأثیرات منفی در امر سلامت خواهد بود. از این‌رو، سلامتی متأثر از میزان داشتن حمایت اجتماعی است (فرزانه و علیزاده، ۱۳۹۲). حمایت اجتماعی، پیش‌بین قوی سلامت در زندگی است. حمایت اجتماعی احتمال بیمار شدن را کاهش می‌دهد، بهبودی را تسریع و مرگ‌ومیر را کم می‌کند. صاحب‌نظران معتقدند نظام‌های حمایتی از چند راه به افراد کمک می‌کنند: نخست؛ با کمک به آن‌ها جهت بسیج منابع روانی - زیستی هنگام مواجهه با تنیدگی؛ دوم؛ فراهم آوردن کمک به افراد برای برآوردن خواست‌های موقعیتی؛ سوم؛ تأمین منابع مادی مانند پول، مواد موردنیاز و مهارت‌های سودمند؛ چهارم؛ راهنمایی شناختی و رایزنی با افراد. همه این موارد می‌توانند سلامت فرد در ابعاد مختلف را به ارمغان بیاورند.

تحقیقات بسیاری تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت جسمانی را نشان داده‌اند. نظریه‌پردازان ایده تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی معتقدند هرچه یگانگی فرد با اطرافیانش بیشتر باشد، حمایت اجتماعی بیشتری از او صورت می‌گیرد و به همین دلیل، فرد کمتر در معرض بیماری قرار می‌گیرد (Berekman et al, 2000). مزید بر آن، در دیگر پژوهش‌های خارج از کشور نیز نتایج مشابهی در دست قرار دارد؛ به‌عنوان نمونه، شرکت افراد معلول در هر نوع فعالیت ورزشی، وابسته به دوستی‌ها و روابط با دیگران در نظر گرفته شده است، بدین معنا که حمایت قوی دوستان و خانواده‌ها مشارکت منظم افراد معلول در فعالیت‌های ورزشی را موجب می‌گردد (Smith & Johnson, 2007). به علاوه در مطالعه دیگری، در پی بررسی تأثیر پنج منبع حمایتی شامل ازدواج، خانواده، دوستان، فرایض دینی و تعلق به سایر گروه‌ها در یک دوره ۹ ساله در افراد دارای بیماری‌های قلبی و عروقی نشان داد در شرایط جسمانی مشابه، افرادی که از پشتوانه‌های اجتماعی برخوردار بودند در طول سال‌های بعد از تجربه

عارضه قلبی، تهدید خطر مرگ در آنان به نصف دیگران تقلیل یافته است؛ هم‌چنین، در افراد برخوردار از ارتباطات ضعیف‌تر اجتماعی، مرگ‌ومیر ناشی از کم‌خونی عضلانی قلب دو تا سه برابر بیشتر از افراد برخوردار از ارتباطات قوی‌تر اجتماعی بود. به‌موجب نتایج حاصل از تحقیق یاد شده، جدایی و شکست در ارتباطات اجتماعی در این ۹ سال بین افراد، ریسک‌پذیری مرگ‌ومیر ناشی از کم‌خونی عضلانی قلب را افزایش داده است (Schwarzer et al, 2003).

در رابطه با تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت روانی، از بین پیامدهای حمایت اجتماعی، سلامت روان بیشترین تکرار را در بین پژوهش‌های مرور شده داشته است. افراد بر اساس روابط اجتماعی و نوع پیوندهایشان، از منابع حمایتی به منظور برطرف ساختن نیازها بهره می‌برند، به طوری که هر اندازه روابط اجتماعی آنها گسترده‌تر باشد، میزان دسترسی‌شان به منابع حمایتی بیشتر می‌شود. منابع مذکور، حوادث منفی زندگی را کاهش می‌دهد و به‌مثابه چتر دفاعی در مقابل عوامل اضطراب‌زای زندگی اجتماعی عمل می‌کند. حمایت اجتماعی، با ایجاد احساس خود ارزشمندی در افراد و هم‌چنین، اطمینان از وجود کمک‌های اطرافیان در ابعاد مختلف به ویژه در مواقع بحرانی احتمال ابتلا به اختلال‌های روان‌شناختی را کاهش می‌دهد. می‌توان گفت که عضویت در شبکه‌ها و بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی اثرات منفی روانی ناشی از اضطراب‌های محیطی را دفع می‌کند. بر همین مبنا، به استناد حجم عظیمی از نتایج مطالعات، رابطه نیرومند سنجه‌های سلامت روان با میزان حمایت اجتماعی مورد تأیید قرار گرفته است (Turner & Brown, 2010). به‌عنوان نمونه، نقش حمایت اجتماعی و عاطفی، و تأثیر شبکه‌های خویشاوندی و خانوادگی در رفع مشکلات حاصل از بیماری روانی ازجمله موارد مهم در پژوهش‌های (Thompson et al, 2002., Landman-Peters et al, 2005., Silvera & Allebech, 2001., Lee et al, 2004) است که سخت موردتوجه و دقت نظر محققان ذی‌ربط واقع شده است.

مطالعات بسیاری به تعیین‌کنندگی حمایت اجتماعی در افزایش سلامت روان و کاهش احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی پرداخته‌اند (مرادی و دیگران، ۱۳۹۱؛ توکل و

مقصودی، ۱۳۹۰؛ چلبی و یاقوتی، ۱۳۹۲؛ مهرآئین و دیگران، ۱۳۹۵). ابراهیمی پرگو و دیگران (۱۳۹۲) در توجیه این رابطه معتقدند روابط اجتماعی می‌تواند به‌عنوان سپری در مقابل رویدادهای فشارآور عمل کند و بدین ترتیب، فرد را در برابر پیامدهای ناگوار مصون دارد. همچنین، توکل و مقصودی (۱۳۹۰) نشان دادند که افراد برای کسب حمایت اجتماعی و آرامش روانی، از طریق توسل به خانواده و دوستان خود شبکه‌ای را بین درون‌گروه و برون‌گروه ایجاد می‌کنند. افرادی که موفق به عضویت در گروه‌ها می‌شوند، اثرات منفی روانی ناشی از اضطراب‌های محیطی را دفع می‌کنند و بدین‌سان، بیماری‌های روانی در آن‌ها کاهش می‌یابد.

حمایت اجتماعی، همچنین، در حکم زمینه‌ساز مؤثر در خصوص سلامت اجتماعی ایفای سهم می‌نماید. سلامت اجتماعی ارزیابی فرد از کیفیت روابط با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی تعریف شده است (Larson, 1996). به‌موجب نگاه دورکهایمی، رفتار انحرافی نتیجه ضعف پیوندهای افراد با جامعه است. هنگامی که حمایت اجتماعی ذیل قالب هنجاری، و بر اساس وابستگی متقابل، انسجام، همبستگی و رابطه متقابل اجرایی شود، فرد را درون چارچوب‌های اجتماعی حفظ می‌کند. عدم مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و نبود حمایت‌های اجتماعی، مانع جذب فرد در چارچوب‌های اجتماعی می‌شود. در این صورت فرد احساس می‌کند که فصل مشترکی بین ارزش‌های فردی و اجتماعی‌اش وجود ندارد، و نسبت به ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی بی‌تفاوت و بی‌اعتماد می‌شود. بدین ترتیب، نگرش مثبت خود را نسبت به اجتماع، و حتی افراد جامعه از دست می‌دهد. تکوین نگرش فوق‌الذکر در فرد، کارآیی وی را حداقل ممکن فرو می‌کاهد، و با این پنداشت که وی نقش مهمی در پیشرفت و آینده جامعه نمی‌تواند داشته باشد، فروکاهش سلامت اجتماعی در او را رقم می‌زند. بنابراین، میزان حمایت اجتماعی از فرد در اجتماع عامل مهم در پذیرش هنجارهای اجتماعی است که او را قادر به تعادل مثبت، اجتناب از پاسخ‌های نامطلوب و ایفای عملکرد بهتر در جامعه می‌کند. در امتداد با تحلیل‌های نظری فوق، تحقیقات تجربی (نوربخش و دیگران، ۱۳۹۶؛ حیدرخانی و دیگران، ۱۳۹۵؛ حسینی حاجی‌بکنده و تقی‌پور، ۱۳۸۹) رابطه مثبت میان حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی را خاطر نشان کرده‌اند.

پیامدهای فرهنگی - نگرشی حمایت اجتماعی نیز در بسیاری از تحقیقات پیشین به تأیید رسیده است. علاوه بر ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی، ضروری است فرد به لحاظ فرهنگی و نگرشی نیز واجد سلامت باشد تا بتوان او را سالم (به مفهوم کامل و جامع) قلمداد نمود. برای نمونه، داشتن هویت سالم و یکپارچه به عنوان یکی از مقولات فرهنگی سلامت، از جمله پیامدهای حمایت اجتماعی محسوب می‌شود. حسب یافته‌های پژوهشی متعدد، روابط گرم و گشوده و صمیمی والد-نوجوان باعث کسب هویت موفق می‌شود. در آن دسته از محیط‌های خانوادگی که فشار و اضطراب در روابط فاصله‌دار وجود دارد، کسب هویت با مشکل مواجه می‌شود. وجود رابطه قوی میان ادراک مقادیر بیشتر از حمایت اجتماعی از طرف دوستان و خانواده با تعهدات محکم در حوزه‌های هویت نکته قابل ذکر در همین امتداد است (Cisek, 2004). اهمیت مؤلفه امید به عنوان یکی دیگر از پیامدهای فرهنگی - نگرشی حمایت اجتماعی نیز در بسیاری از پژوهش‌ها مورد تأکید قرار گرفته است. فرد سالم فردی امیدوار به زندگی و آینده است که بی‌تردید میزان امید او از حمایت‌های دریافتی و یا ادراک شده از جامعه تأثیر می‌پذیرد. داشتن شبکه‌های اجتماعی حمایتی و پیوندهای قوی می‌تواند امید فرد را به ویژه در مقاطع حساس و بحرانی زندگی از جمله بیماری، فشار مالی و غیره حفظ کند و انگیزه او را در مواجهه با مسائل و مشکلات زندگی افزایش دهد.

در پایان، با توجه به یافته‌های تحقیق و با عنایت به اهمیت مددکاری اجتماعی در نهادینه‌سازی حمایت اجتماعی و بالطبع جلوگیری از آسیب‌های فردی و اجتماعی، تعدادی پیشنهاد، بدین شرح قابل ارائه هستند؛ (۱) توجه و اهتمام جدی سازمان‌های حمایتی به مقوله حمایت اجتماعی به صورت فراگیر و جامع، از طریق توسعه ظرفیت مددکاری اجتماعی کشور و بهره‌گیری از توان تخصصی مددکاران اجتماعی به عنوان اصلی‌ترین کارگزاران آن برای ارتقاء سطح سلامت جامعه و پیشگیری از شیوع بیشتر آسیب‌های فردی و اجتماعی (به ویژه در بین گروه‌های آسیب‌پذیر) از طریق ایجاد شبکه‌های کمک‌رسانی، توسعه خدمات مشاوره‌ای و کمک به تشکیل گروه‌های خودیار، و همچنین پیگیری روش‌مند مسائل زندگی افراد آسیب‌دیده به منظور ایجاد زمینه

بازگشت به زندگی اجتماعی در آن‌ها؛ ۲) با این یادآوری که ارتباطات درون خانوادگی از نظر میزان حمایت‌های دریافتی یا ادراک شده، عمق پیوندهای برقرارشده، تأیید و باورپذیری یکدیگر و دیگر موارد مشابه با آن در عزت‌نفس، سرخوردگی، ناامیدی و فشارهای روانی اعضای خانواده بسیار مؤثر واقع می‌شود، آموزش به خانواده‌ها، به ویژه والدین در این زمینه پیشنهاد می‌شود. آموزش‌های پیشنهادی، هم‌زمان، در راستای پیشگیری از بروز آسیب‌ها در همه خانواده‌ها و به منظور بهبود رابطه، جلوگیری از تشدید آسیب، و بازگشت به شرایط معمول زندگی فردی و اجتماعی در خانواده‌های دارای عضو آسیب‌پذیر انجام می‌گردد؛ ۳) با توجه به اهمیت و جایگاه مؤلفه‌های اقتصادی و معیشتی، و به‌طور خاص، موضوع اشتغال و درآمد در کیفیت زندگی افراد و سلامت روانی و اجتماعی آن‌ها، اهتمام ویژه در راستای حمایت نهادی و مدنی از مناسبات و رویه‌های مندرج در فرایند مددکاری اجتماعی با هدف ایجاد شغل، ارتقای سطح درآمدی، افزایش قدرت اقتصادی اعضای جامعه و تسهیل دسترسی مددجویان و آسیب‌دیدگان به خدمات و امکانات عمومی توصیه می‌شود؛ ۴) عمق و شدت محرومیت‌ها و آسیب‌های موجود در بین اعضای جامعه، ایجاب می‌کند در کنار سازمان‌های حمایتی دولتی، سازمان‌های مردم‌نهاد و گروه‌های مردمی در محلات و مناطق مختلف کشور، مبتنی بر مبانی و رویه‌های حرفه‌ای مددکاری تخصصی تقویت، تا امکان حمایت از افراد، خانواده‌ها و اجتماعات با سرعت و سهولت بیشتر فراهم گردد؛ ۵) از آنجاکه بسیاری از جوانان و نوجوانان (دانشجویان و دانش‌آموزان) با مسائل و معضلات خاص خود روبرو هستند، و در مراحل بحرانی زندگی به حمایت و راهنمایی بیشتری نیاز دارند، برگزاری جلسات و کارگاه‌های مشاوره به منظور آشنایی با مهارت‌های اجتماعی، تکنیک‌های مدیریت اضطراب و امثالهم، به ویژه در مدارس، دانشگاه‌ها و خوابگاه‌های دانشجویی توصیه می‌شود؛ ۶) حسب ملاحظات موجود در مطالعات جامعه‌شناسی پزشکی، ذیل مناسبات مدرن حاکم بر جامعه ایرانی، بیماری‌های مزمن، که غالباً در ربط وثیق با بیمارهای معطوف به سبک زندگی^۱ قرار دارند، نوع

غالب بیماری‌ها را به خود اختصاص داده‌اند؛ استخدام حداکثری تدابیر پیشگیرانه در مواجهه با این قبیل بیماری‌ها، در بستر فرایندهای ناظر بر جامعه‌پذیری بهداشتی نوجوانان و جوانان در قالب آموزش‌های ناظر بر اصلاح و ارتقاء سبک زندگی، می‌تواند منجر به کاهش هزینه‌های اقتصادی مترتب بر درمان، و یا کنترل نسبی بیماری‌های مزمن در دوره سالخوردگی گردد؛ (۷) در امتداد پیشنهاد مندرج در بند ۶، و با عنایت به هزینه‌های سنگین مالی و پیامدهای ناتوان‌کننده اقتصادی حاصل از بیماری‌های مزمن، به ویژه در جامعه سالمندان، که فراوانی آن در هرم جمعیتی کشور نیز از روند رو به رشد برخوردار گردیده است، بسط حداکثری تدابیر ناظر بر انواع حمایت‌های اقتصادی از بیماران آسیب‌پذیر با هدف جلوگیری از طرد و انزوای اجتماعی آن‌ها، در قالب گسترش پوشش بیمه‌های تکمیلی و همگانی می‌تواند به‌عنوان دیگر پیشنهادی حرفه‌ای و راهگشا در این باره محسوب گردد.

مزید بر پیشنهادی اجرایی فوق‌الذکر، و همچنین، به استناد یافته‌های مطالعه، از مهم‌ترین پیشنهادی پژوهشی در خصوص انجام مطالعات آتی، یکی، فاصله‌گیری از روش‌شناسی‌های کمی و پنهانگر، و هم‌زمان، پرداختن بیشتر به روش‌شناسی‌های کیفی و تفسیری با هدف استحصال سنخ‌های مختلف از ادراک مفهوم حمایت اجتماعی، آن گونه که حسب موقعیت‌های گوناگون، بر کنشگران اجتماعی، به‌مثابه مفسران بازاندیش، پدیدار می‌گردد، خواهد بود. محرز است سیاست‌گذاری توأمان اجتماعی مبتنی بر آورده‌های پیمایشی و تفسیری، می‌تواند حوزه سیاست‌گذاری را از تقلیل‌گرایی‌های فعلی موجود در آن به دور نگه دارد. علاوه بر مورد فوق‌الذکر، با عنایت به گستره و عمق تغییرات اجتماعی در جامعه ایران، ذیل مقولات کلان همچون جامعه شبکه‌ای، جامعه بدنی، جامعه مصرفی، عرفی شدن روزافزون و تغییرات حادث در مفهوم خانواده و شکل‌گیری مناسبات جدید در ساحت آن، انجام مطالعات ناظر بر آینده‌پژوهی حمایت اجتماعی پیشنهاد می‌گردد.

منابع

- ابراهیمی پرگو، الهام؛ عابدی، احمد و عریضی، حمیدرضا. (۱۳۹۲)، «فرا تحلیل رابطه حمایت اجتماعی بر سلامت روان»، کنگره ملی روانشناسی اجتماعی ایران.
- باستانی، سوسن و صالحی هیکویی، مریم. (۱۳۸۶)، «سرمایه اجتماعی شبکه و جنسیت: بررسی ویژگی‌های ساختی، تعاملی و کارکردی شبکه اجتماعی زنان و مردان در تهران»، نامه علوم اجتماعی، ۳۰: ۶۳-۹۵.
- توکل، محمد و مقصودی، منیژه. (۱۳۹۰)، «سرمایه اجتماعی و سلامت روانی، مکانیسم‌ها و مدل‌های علی و تعاملی»، رفاه اجتماعی، دوره ۱۱، شماره ۴۲: ۲۰۲-۱۷۳.
- چلبی، مسعود و یاقوتی، هدی. (۱۳۹۲)، «بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر افسردگی، بررسی تطبیقی میزان افسردگی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن در استان گیلان و تهران»، بررسی مسائلی اجتماعی ایران، دوره ۴، شماره ۲: ۱۸۷-۲۰۸.
- حسینی حاجی‌بکنده، سید احمد و تقی‌پور، ملیحه. (۱۳۸۹)، «بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار»، پژوهش اجتماعی، دوره ۳، شماره ۷: ۱۵۸-۱۳۹.
- حیدرخانی، هابیل؛ حقیقتیان، منصور؛ قنبری، نوذر و پرن‌دین، شیما. (۱۳۹۵)، «تحلیل و بررسی ارتباط بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه»، مطالعات توسعه اجتماعی فرهنگی، دوره ۵، شماره ۲: ۵۷-۳۱.
- حیدری، سعیده؛ سلحشوریان فرد، آسیه؛ رفیعی، فروغ و حسینی، فاطمه. (۱۳۸۸)، «ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و اندازه شبکه اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان»، فیض، دوره ۱۲، شماره ۲: ۲۲-۱۵.
- دورکهایم، امیل. (۱۳۷۹)، خودکشی، ترجمه نادر سالار زاده، تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی.
- رستگار خالد، امیر. (۱۳۸۴)، «گسترش نقش زنان در جهت حمایت شغلی - خانوادگی»، مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره ۶، شماره ۴: ۱۲۶-۱۶۵.
- شریفی راد، غلامرضا؛ آزادبخت، لیلا؛ فیضی، آوات؛ محبی، سیامک و امید اسکوویی، علیرضا. (۱۳۹۰)، «جایگاه حمایت اجتماعی در خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت؛ مطالعه مروری»، مجله تحقیقات نظام سلامت، سال هفتم، شماره ۶: ۶۴۷-۶۳۶.

- طباطبائی‌ان، سید حبیب‌الله؛ الهی، شعبان؛ حسن‌زاده، علیرضا و کنعانی، فاطمه. (۱۳۹۷)، «بررسی کاربرد روش‌های آینده‌نگری؛ مرور سیستماتیک»، راهبرد، دوره ۲۷، شماره ۸۷: ۵-۳۳.
- علیپور، احمد. (۱۳۸۵)، «ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص‌های ایمنی بدن در افراد سالم: بررسی مدل تأثیر کلی»، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، دوره ۱۲، شماره ۲: ۱۳۹-۱۳۴.
- غلامی جم، فاطمه؛ تکفلی، مرضیه؛ کمالی، محمد؛ اسلامیان، ایوب؛ علوی، زهره و علی‌نیا، وهاب. (۱۳۹۷)، «مرور نظام‌مند پژوهش‌های مربوط به حمایت اجتماعی از والد / والدین کودکان دارای معلولیت»، آرشو توانبخشی، دوره نوزدهم، شماره ۲: ۱۲۶-۱۴۱.
- فرزانه، سیف‌الله و علیزاده، سمیه. (۱۳۹۲)، «بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی سالمندان شهر بابل»، مطالعات توسعه اجتماعی فرهنگی، دوره ۲، شماره ۱: ۲۰۸-۱۸۳.
- قدسی، علی‌محمد. (۱۳۸۲)، «بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی»، پایان‌نامه دکتری رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- گاجل، رابرت و کرانتس، دیوید. (۱۳۷۷)، روان‌شناسی تندرستی، ترجمه غلامرضا خوی‌نژاد، مشهد: به‌نشر.
- مرادی، اعظم؛ طاهری، صغری؛ جوانبخت، فاطمه و طاهری، عقیل. (۱۳۹۱)، «فرا تحلیل تحقیقات انجام‌شده درباره میزان رابطه سلامت روانی و حمایت اجتماعی در ایران»، تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۱۰، شماره ۶: ۵۷۳-۵۶۵.
- موسوی، میر طاهر؛ معارف‌وند، معصومه؛ رفیعی، حسن؛ امیدنیا، سهیلا؛ جغتایی، فائزه و ذبیحی پورسعدتی، مریم. (۱۳۹۹)، «مرور سیستماتیک مداخلات ارتقای سلامت اجتماعی با رویکرد سرمایه اجتماعی»، فصلنامه مددکاری اجتماعی، دوره نهم، شماره ۱: ۲۳-۱۳.
- مهرآئین، محمدرضا؛ سعادت، موسی؛ عباسی، الهام؛ نریمانی، سعید و محمدی، صفرعلی. (۱۳۹۵)، «بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان (مورد مطالعه: دبیران مقطع متوسطه اول و دوم ناحیه یک شهر اراک)»، جامعه‌پژوهی فرهنگی، دوره ۷، شماره ۱: ۱۷۷-۱۵۳.
- نوربخش، یونس؛ حیدرخانی، هاییل و محمدی، اصغر. (۱۳۹۶)، «بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه»، بررسی مسائل اجتماعی ایران، دوره ۸، شماره ۲: ۲۵۷-۲۳۳.

- Armstrong, R., Hall, B.J., Doyle, J., & Waters, E. (2011). "Scoping the scope" of a Cochrane review." *Journal of Public Health*, 33(1), 147-50.
- Berekman, L., Glass, T., Brissette, I. & Seeman, T. (2000). "Form social integration to health: Durkheim the new millennium." *Social Science & Medicine*, 51, 843- 857.
- Cisek, E. (2004). The role of future -related thinking and perceived social support in identity development processes. (Unpublished doctoral dissertation), Fordham University, New York, NY.
- Davidson, L. M. (2008). "United states and finish Adolescents, perceptions of social support: Across-Cultural Analysis." *School psychology international*. 28 (1), 360-365.
- Diane, L. G. & Elizabeth, P. (2007). "Crime Victims: What Is the Role of Social Support?" *Journal of aggression, maltreatment & trauma*, 15, 97-113.
- Drentea, P. et al. (2006). "Predictors of Improvement in Social Support." *Social Sciences & Medicine*, 63, 957-67.
- Fleming, M. Z., MacGowan, B. R., Robinson, L., Spitz, J. & Salt, P. (1982). "The body image of the postoperative female- to- male transsexual." *Journal of consulting and clinical psychology*, 50, 461-462.
- Grant-Vallone, E., Reid, K., Umali, C. & Pohlert, E. (2004). "An analysis of the effects of self-esteem, social support, and participation in student support services on student's adjustment and commitment to college." *Journal of College Student Retention: Research, Theory and Practice*, 5 (3), 255-274.
- Hughes, et al. (2004). "Social support and Religiosity as coping Strategies for Anxiety in Hospitalized Cardiac Patients", *Annual Behavior Medicine*, 28 (3), 179-185.
- Ingersoll, B. & Silverman, A. (1978). "Cooperative group psychotherapy for the aged." *The gerontologist*, 18: 201-206.
- Kessler, R. C., Price, R. H. & Worthman, C. B. (1985). "Social Factor in Psychology: Stress, Social Support and Coping Processes", *Annual Review Psychology*, 36, 120-141.
- Landman-Peters, K. M. C. et al. (2005). "Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety." *Social Sciences & Medicine*, 60, 2549-59.
- Larson, J. S. (1996). "Measurement of Social Well-being Social Indicators." *Research*, 28, 285-96.
- Lee, B. et al. (2004). Alcohol Induced Stress and Social Support as Influences of the Substance Abusers Health and Well-being, PhD. Dissertation, School of Social Work, University of Pittsburgh.
- Melisa, H., Bellin, P., Joan, K., Mary, E. B., Mona, T., Laurie, C. & Arlene, M. (2015). "Stress and Quality of Life in Urban Caregivers of Children with poorly controlled Asthma: A Longitudinal Analysis." *Journal of Pediatric Health Care*, in Press, Corrected Proof, Available online 30 May.

- Phillips, D. (2006). *Quality of Life: Concept, Policy and Practice*, London: Rutledge.
- Pierce, G. R., Barbara, R., Sarason, I. G. & Irwin, G. (1996). *Handbook of social support and family*, New York: plenum publishing company.
- Pittway, E. D. (1990). *Leisure lifestyle and perceived social support of older adults in a rural environment* (Doctoral dissertation, Wilfrid Laurier University, Ontario, Canada). Retrieved from <http://scholars.wlu.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1199&context=etd>.
- Richman, J. A., Rospenda, K. M. & Kelley, M. A. (1995). "Gender roles and alcohol abuse across the transition to parenthood." *The Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 56 (5), 553-557.
- Ritzer, G. (2011). *Sociological Theories*, eighth edition, New York: Mac Grew Hill publications.
- Robinson, P. & Lowe, J. (2015). "Literature reviews vs systematic reviews." *The Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 39 (2), 103.
- Sarafino, E. P. (1998). *Health Psychology*, Third Edition, New York, John Wiley & Sons.
- Schaefer, C., Coyne, J. C. & Lazarus, R. S. (1981). "The Health-Related Function Social Support." *Journal of Behavior Medicine*, 4, 70-96.
- Schwarzer, R., Knoll, N. & Rieckmann, N. (2003). *Social support*. (to appear in: Kaptein, A & Weinman, j) introduction to health psychology. Oxford, England; Blackwell.
- Silvera, E. & Allebech, P. (2001). "Migration, Aging and Mental Health: An Ethnographic Study on Perceptions of Life Satisfaction, Anxiety and Depression in Older Somali Men in East London", *International Journal of Social Welfare*, Vol. 10.
- Smith, C. P. & Johnson, W. (2007). "Psychological Functioning & changes in leisure. Life style among Individuals with chronics secondary health problems related to spinal cord injury". *Therapeutic recreation journal*. 27(4), 239-52.
- Stewart, T. & Suldo, S. (2011). "Relationships between social support sources and early adolescent's mental health: The moderating effect of student achievement level." *Psychology in the School*, 48(10), 1016-1033.
- Thompson, S. et al. (2002). "The Social and Cultural Context of the Mental Health of Filipinas in Queensland." *Australian and New Zealand, Journal of Psychology*. Vol. 36.
- Turner, R. J. & Brown, R. L. (2010). *Social Support and Mental Health*, In: Teresa L. Scheid, & Tony N. Brown: *A Handbook for the study of mental health*, NY, Cambridge University Press: 200-212.
- WHO. (2001). *Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

پیوست شماره (۱): مشخصات کتاب‌شناختی ۴۰ مورد پژوهش داخلی مرور شده

(۱۳۸۹-۱۴۰۰)

- ابوطالبی و دیگران (۱۳۹۷)، رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده با بهزیستی ذهنی و پیشرفت تحصیلی دختران پیش‌دانشگاهی
- اسدی و دیگران (۱۳۹۱)، پیش‌بینی خطر خودکشی دانشجویان بر اساس اعتقادات مذهبی، حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای و سلامت عمومی
- اعظم آزاده و عبادی (۱۳۹۲)، آزمون رابطه اختلال اجتماعی، حمایت اجتماعی و عزت‌نفس جوانان - آریانپور و دیگران (۱۳۹۹)، ارتباط حمایت اجتماعی خانواده و حمایت اجتماعی دوستان و خودکارآمدی با میزان مشارکت ورزشکاران جانباز و معلول در فعالیت‌های بدنی
- آقاجانی و دیگران (۱۳۹۸)، نقش باورهای غیرمنطقی، ذهن‌آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در پیش‌بینی بهزیستی اجتماعی بیماران دیابتی
- باوزین و سپهوندی (۱۳۹۶)، بررسی رابطه مؤلفه‌های حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی و روانی در بین سالمندان شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۶
- بشرپور و دیگران (۱۳۹۲)، ارتباط سبک‌های مقابله‌ای و حمایت اجتماعی با استرس ادراک‌شده
- پاک‌نهاد و مداحی (۱۳۹۶)، رابطه رشد اجتماعی و حمایت اجتماعی با تاب‌آوری در دانشجویان
- جعفرزاده داشبلاغ و دیگران (۱۳۹۹)، تعیین نقش حمایت اجتماعی خانواده و دوستان در پیش‌بینی اضطراب کرونا در دانشجویان
- چنگی آشتیانی و کاظمیان (۱۳۹۷)، نقش عوامل حمایت روانی اجتماعی بر انطباق‌پذیری دانش‌آموزان کنکوری در بحران زلزله
- حاجیان و نیکونژاد (۱۴۰۰)، نقش میانجی‌گر سبک‌های مقابله با کرونا و استرس ادراک‌شده در رابطه بین حمایت اجتماعی و پرخاشگری در نوجوانان
- حبیب‌اللهی و دیگران (۱۳۹۷)، نقش متمایزکننده معنویت و حمایت اجتماعی در سلامت روان و اضطراب مرگ سالمندان
- حق‌شناس (۱۳۹۶)، بررسی نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی در پیش‌بینی سلامت روان بر اساس کنترل هیجان در مادران کودکان مبتلا به سرطان
- حیدرخانی و دیگران (۱۳۹۶)، بررسی نقش ابعاد حمایت اجتماعی بر رضایت از کیفیت زندگی شهری؛ (مورد مطالعه: شهروندان شهر کرمانشاه)

- خداپناهی و دیگران (۱۳۸۹)، روابط ساختاری بین حمایت اجتماعی و امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان
- خوش‌کنش و دیگران (۱۳۸۹)، نقش نیازهای بنیادین و حمایت اجتماعی در سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان مقطع متوسطه
- دلپسند و دیگران (۱۳۹۱)، حمایت اجتماعی و جرم: مطالعه تطبیقی جوانان مجرم و عادی شهر ایلام
- رجبی و دیگران (۱۳۹۴)، بررسی رابطه عزت‌نفس و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز
- رحیمیان بوگر و دیگران (۱۳۹۰)، اثرات مستقیم و غیرمستقیم دانش دیابتی و حمایت اجتماعی بر خود‌مدیریتی دیابت
- ریاحی و دیگران (۱۳۸۹)، بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان
- زاددهش و باباخانی (۱۳۹۹)، تحلیل کانونی رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده با رفتارهای پرخطر در نوجوانان
- سفیری و دیگران (۱۳۹۴)، حمایت شبکه‌های اجتماعی غیررسمی و رضایت از اوقات فراغت زنان متأهل شاغل در شهر اردبیل
- شعبان‌زاده و دیگران (۱۳۹۲)، بررسی رابطه میان سبک‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شهر تهران
- صالح صدق پور و دیگران (۱۳۸۹)، رابطه نیازهای بنیادین و حمایت اجتماعی در سازگاری آموزشی، اجتماعی و عاطفی دانش‌آموزان
- صفاری‌نیا و دیگران (۱۳۹۹)، پیش‌بینی امید به زندگی بر اساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت روان در میان بهبودیافتگان بیماری کووید - ۱۹
- صمدیان و گروسی (۱۳۹۳)، بررسی رابطه نگرش‌ها، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان (مورد مطالعه: سالمندان ساکن شهر کرمان)
- طالقانی نژاد و دیگران (۱۴۰۰)، پیش‌بینی اعتیاد به اینترنت بر اساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سبک‌های مقابله با استرس و هوش هیجانی
- طوطیان اصفهانی و بناساز (۱۳۹۶)، بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی با تعارض شغلی کارمندان وزارت کشور جمهوری اسلامی ایران
- عبداللهی و دیگران (۱۳۹۶)، نقش تاب‌آوری و حمایت اجتماعی در کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به اختلال مزمن کلیه

سنخ‌شناسی پیامدهای حمایت اجتماعی در بستر...، توکل و همکاران | ۳۹

- عیسی‌خانی و برازنده (۱۳۹۵)، تأثیر حمایت اجتماعی بر رفاه کارکنان با میانجی‌گری اعتیاد به کار و تعلق خاطر کاری
- کاظمیان و سیفی (۱۳۹۷)، بررسی کیفی نقش حمایت‌کننده‌های شخصی - اجتماعی بر احساس امنیت زنان باردار زلزله‌زده شهر سرپل ذهاب
- کلانتری و دیگران (۱۳۹۴)، انزوا و سلامت: بررسی ارتباط میان انزوای اجتماعی و سلامت روان شهروندان +۱۸ سال تهرانی با عطف توجه به نقش میانجی‌گرانه حمایت اجتماعی
- گروسی و خداپرست (۱۳۹۳)، رابطه حمایت اجتماعی عملکردی با چگونگی کیفیت زندگی زنان متأهل شهر کرمان پس از زایمان
- مجدی و دیگران (۱۳۹۵)، بررسی رابطه حمایت اجتماعی با هویت‌یابی؛ (مورد مطالعه: فرزندان شاهد شهر نیشابور)
- ملکی پیربازاری و دیگران (۱۳۹۰)، حمایت اجتماعی و علائم افسردگی: نقش واسطه‌ای خودکارآمدی
- میری و دیگران (۱۳۹۸)، مقایسه تأثیر حمایت‌های اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست و غیر سرپرست خانوار شهر مشهد
- نبوی (۱۳۹۹)، پیش‌بینی سلامت روان دانشجو معلمان بر اساس متغیرهای خودکارآمدی و حمایت اجتماعی
- نبوی و شهریاری (۱۳۹۱)، بررسی تأثیر محرک‌های تنش‌زا و حمایت اجتماعی در خانواده بر تعارض خانواده با کار (مورد مطالعه: زنان شاغل ادارات دولتی شهر اهواز)
- نصیری ولیک‌بنی و عبدالملکی (۱۳۹۵)، تبیین ارتباط حمایت اجتماعی ادراک‌شده با کیفیت زندگی با نقش میانجی استرس ادراک‌شده در زنان سرپرست خانوار شهر سنندج
- همتی و رحیمی علی‌آباد (۱۳۹۳)، بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روانی (مطالعه موردی زنان شهر خلخال).

استناد به این مقاله: توکل، محمد؛ اخلاصی، ابراهیم؛ رسولی‌نژاد، سیدپویا. (۱۴۰۱). سنخ‌شناسی پیامدهای حمایت اجتماعی در بستر جامعه ایرانی با تأکید بر عنصر سلامت کل‌نگر، ۹ (۳۳)، ۱-۳۹.



Social Work Research Journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.