

فرا تحلیل سرمایه اجتماعی و رفتارهای سلامت‌محور: مرور متون**

تاریخ دریافت مقاله: 1403/4/23 تاریخ پذیرش نهایی: 1403/9/18

امین حیدریان¹، محمد گنجی^{2*}

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: در دو دهه اخیر پژوهش‌های متعددی به موضوع رفتارهای سلامت‌محور و نقش تعیین‌کننده عوامل اجتماعی و فرهنگی در میزان آن پرداخته‌اند. از جمله این عوامل، می‌توان به مفهوم کلیدی سرمایه اجتماعی اشاره نمود. هدف اصلی این پژوهش، برآورد اندازه اثر رابطه بین سرمایه اجتماعی و رفتارهای سلامت‌محور در میان مطالعات انجام شده در ایران است.

روش: این تحقیق با هدف ترکیب کمی نتایج پژوهش‌های انجام شده در ایران و روش فراتحلیل به ارتباط بین سرمایه اجتماعی و رفتارهای سلامت‌محور پرداخته است. بدین منظور کلیدواژه‌های گوناگون مرتبط با سرمایه اجتماعی و رفتارهای سلامت‌محور در سه پایگاه اطلاعاتی Magiran، Irandoc و SID جست‌وجو شدند. در مجموع، تعداد 26 مطالعه که در فاصله سال‌های 1386 تا 1402 منتشر شده بودند، به فراتحلیل وارد شدند. جهت بررسی پیش‌فرض خطای انتشار نیز از آزمون همبستگی رتبه‌ای بگ و مزومدار استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان دادند که اندازه اثرات ترکیبی ثابت برابر با $0/407$ ($p < 0/001$) و اندازه اثرات ترکیبی تصادفی برابر با $0/419$ ($p < 0/001$) بوده است که بر مبنای معیار کوهن، بالاتر از سطح متوسط ارزیابی می‌شود. همچنین، متغیرهای سال انتشار پژوهش‌ها، موقعیت جغرافیایی، جامعه آماری، شیوه نمونه‌گیری، جنس و سن می‌توانند به عنوان منبع ناهمگنی برای مطالعات داخل کشور در نظر گرفته شوند.

نتیجه‌گیری: مبتنی بر نتایج، ابعاد خرد و فردی سرمایه اجتماعی بیشتر از ابعاد ساختاری و نهادی آن در رابطه با رفتارهای سلامت‌محور مورد توجه قرار گرفته‌اند. از این رو، ضرورت داد تا در پژوهش‌های آتی به هر دو بعد این مفهوم پرداخته شود.

کلمات کلیدی: رفتارهای سلامت‌محور، سبک زندگی سالم، سرمایه اجتماعی، فراتحلیل

1. دانشجوی دکترای تخصصی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

2. دانشیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

* نویسنده مسئول: m.ganji@kashanu.ac.ir

** این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول مقاله است.



Meta-Analysis of the Relationship Between Social Capital and Health Behaviors in Iran: A Systematic Review

Received: 2024/07/13

Accepted: 2024/12/08

Amin Heydarian¹, Mohamad Ganji^{2*}

Original Article

Abstract

Introduction: Over the past two decades, research has increasingly explored the influence of social and cultural factors, particularly social capital, on health behaviors. This meta-analysis aimed to quantify the association between social capital and health behaviors specifically within the Iranian context.

Methods: A systematic search was conducted across three databases (IranDoc, Magiran, and SID) using relevant keywords related to social capital and health behaviors. Studies published between 2007 and 2023 were considered for inclusion. A total of 26 studies met the inclusion criteria and were synthesized using meta-analytic techniques. Publication bias was assessed using rank correlation and Mazumdar's tests.

Results: The pooled effect size indicated a significant positive association between social capital and health behaviors. The pooled effect size was 0.407 ($p < 0.001$) using a fixed-effects model and 0.419 ($p < 0.001$) using a random-effects model, both considered moderate-to-large according to Cohen's criteria. Subgroup analyses suggested that factors such as publication year, geographical location, population demographics, sampling method, gender, and age may contribute to heterogeneity across studies.

Conclusion: This meta-analysis suggests a positive relationship between social capital and health behaviors in Iran. The findings also reveal a potential research gap, with a greater emphasis on individual and micro-level dimensions of social capital compared to structural and institutional dimensions. Future research should strive for a more balanced approach, considering both micro and macro-level aspects of social capital in relation to health behaviors.

Keywords: Health Behaviors, Healthy Lifestyle, Social Capital, Meta-Analysis, Iran.

1. PhD student, Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, University of Kashan, Kashan, Iran

2. Associate Professor, Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, Kashan University, Kashan, Iran

* Corresponding author: m.ganji@kashanu.ac.ir

** This article is derived from the doctoral thesis of the first author.

مقدمه

بر مبنای آخرین گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی در سال 2019، بیش از 42 میلیون نفر از مردم (74/37 درصد از کل موارد مرگ و میر) در سراسر جهان بر اثر بیماری‌های غیرواگیر و مزمن (نظیر بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، بیماری‌های تنفسی و دیابت) جان خود را از دست می‌دهند که این میزان در ایران برابر با 326 هزار نفر (83/48 درصد از کل موارد مرگ و میر) بوده است (مؤسسه سنجش و ارزیابی سلامت¹، 2020). مطابق با شواهد حاصل از مطالعات تجربی، رفتارهای مرتبط با سلامتی² و سبک زندگی³ افراد نقش تعیین‌کننده‌ای در بیماری‌های غیرواگیر و مزمن دارد (چیکور و ادریسو⁴، 2018). رفتارهای سلامت⁵ دربرگیرنده هر فعالیتی است که با هدف پیشگیری یا تشخیص بیماری یا جهت بهبود سلامت یا بهزیستی صورت می‌گیرد و شامل رفتارهای مختلفی نظیر استفاده از خدمات پزشکی (مانند ویزیت پزشک، واکسیناسیون و غربالگری)، پیروی از رژیم درمانی (مانند رژیم غذایی، رژیم دیابتی و رژیم ضد فشار خون) و رفتارهای سلامت خودمدیریتی⁶ (مانند تغذیه، ورزش و سیگار نکشیدن) هستند (کانر و نورمن⁷، 2015). بنابراین، سبک زندگی سالم، دربردارنده الگوهای جمعی رفتارهای مرتبط با سلامتی است که بر اساس انتخاب از میان گزینه‌های در دسترس افراد و با توجه به فرصت‌های زندگی شکل می‌گیرد (اکرهام⁸، 2017).

مروری بر پژوهش‌های تجربی پیشین نشان می‌دهد که از میان عوامل اجتماعی و فرهنگی مرتبط با رفتارهای سلامت‌محور، مفهوم سرمایه اجتماعی⁹ بیشتر از سایر منابع مورد توجه پژوهشگران این حوزه مطالعاتی قرار گرفته است (واحدیان و همکاران، 1400). سرمایه اجتماعی منبعی است که از طریق عضویت افراد در گروه‌ها یا شبکه‌های خاص در اختیار افراد قرار می‌گیرد و مشخصه شبکه‌های اجتماعی یا ساختارهای اجتماعی است که افراد از آن سود می‌برند (اکرهام، 2021). رابرت پاتنام¹⁰ در نظریه سرمایه اجتماعی خود بیان می‌کند که ارتباطات و شبکه‌های اجتماعی (سرمایه اجتماعی) تأثیر قابل‌توجهی بر پیامدهای فردی و اجتماعی، از جمله رفتارهای سلامت دارند (اکرهام، 2023). پاتنام سرمایه اجتماعی را دربردارنده ویژگی‌های سازمان اجتماعی (مانند شبکه‌ها، هنجارها و اعتماد اجتماعی) می‌داند که هماهنگی و همکاری را برای منافع متقابل تسهیل می‌کند (پاتنام، 1993). او در تعاریف بعدی‌اش از سرمایه اجتماعی به عنوان «تعاملات بین افراد - شبکه‌های اجتماعی و هنجارهای متقابل و قابلیت اعتمادی که ناشی از آن‌ها می‌شود» (پاتنام، 2000)، یاد می‌کند. از سوی دیگر، سرمایه اجتماعی را می‌توان در دو سطح فردی و جمعی مفهوم‌پردازی و اندازه‌گیری نمود. به طوری که در سطح فردی، به عنوان یک دارایی شخصی به شمار می‌رود که از شبکه‌های روابط میان فردی و اجتماعی حاصل شده و در آن افراد دسترسی بهتری به اطلاعات، خدمات و حمایت‌های اجتماعی دارند، و در سطح کلان در میان جوامع به وجود آمده و به عنوان یک دارایی جمعی شناخته می‌شود (نیمن، پراتالا، مارتلن، هارکانن، هایپا، آلن و کاسکینن¹¹، 2013).

پس از آن، کاواچی¹² و برکمن¹³ (2000) نیز مبتنی بر رویکرد پاتنام، استدلال می‌کنند که سرمایه اجتماعی از سه طریق بر سلامتی اثر می‌گذارد. نخست، در سطح ملی سرمایه اجتماعی با انتشار اطلاعات مرتبط با سلامت و نیز افزایش احتمال پذیرش هنجارهای رفتارهای سلامت‌محور و نیز کنترل و نظارت بر رفتارهای ضد سلامت، بر سلامتی تأثیر می‌گذارد. دوم، سرمایه اجتماعی می‌تواند با افزایش دستیابی به خدمات و تسهیلات بر سلامتی تأثیر بگذارد. سرانجام، سرمایه اجتماعی می‌تواند به طور مستقیم با تأمین حمایت اجتماعی و نیز عزت نفس و احترام متقابل، سلامتی افراد را تقویت کند.

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

2. Health-related behaviors

3. Lifestyle

4. Chikwere & Iddrisu

5. Health behaviors

6. Self-managed health behaviors

7. Conner & Norman

8. Cockerham

9. Social Capital

10. Robert Putnam

11. Nieminen, Prättälä, Martelin, Härkänen, Hyypä, Alanen, & Koskinen

12. Kawachi

13. Berkman

در طول دو دهه اخیر، پژوهش‌های متعددی به شناسایی رابطه بین سرمایه اجتماعی و رفتارهای سلامت‌محور (نیمن، پراتالا، مارتن، هارکانن، هاپیا، آلن و کاسکینن، 2010؛ 2013) و ابعاد سبک زندگی سالم (آنتوناچی، هاردورفر، هرستاد، مایو-گمبل، جیکوب آریولا و کگلر¹، 2023؛ چن، ژانگ، کویی، وانگ، ژائو، وانگ و یو²، 2019، صالحی، 2016) پرداخته‌اند. چرا که سرمایه اجتماعی با انواع پیامدهای مثبت سلامتی از جمله نرخ پایین مرگ و میر و کاهش شیوع بیماری‌های جسمی و روانی (مانند افسردگی) مرتبط است (زو، رید و منکلووا³، 2020) و به شکل‌های گوناگونی بر رفتارهای سلامت‌محور تأثیر می‌گذارد. بنابراین و نگرش‌هایی که در رفتارهای مبتنی بر سلامت نقش دارند، شبکه‌های روانی و اجتماعی که دسترسی به مراقبت‌های سلامت را افزایش می‌دهند و مکانیسم‌های روانی اجتماعی که عزت نفس را افزایش داده و انگیزه‌ای برای رفتار سلامت ایجاد می‌کنند (نیمن، 2013).

همسو با روندهای مطالعاتی در جهان، در ایران نیز می‌توان به رشد تحقیقاتی اشاره نمود که به رابطه بین سرمایه اجتماعی و مفاهیم مرتبط با سلامت نظیر رفتارهای سلامت‌محور (عباس‌زاده و دیگران، 1393)، رفتارهای زیرمجموعه سلامت اجتماعی (قربانی و دیگران، 1399)، رفتارهای مرتبط با سرمایه روان‌شناختی (امیدیان و اسماعیل‌پور اشکفتکی، 1399) و حتی رفتارهای ضد سلامت همچون رانندگی مخاطره‌آمیز (سعادت، 1399) پرداخته‌اند. در نتیجه طی سال‌های اخیر، بر تعداد پژوهش‌های مروری که به سنجش اندازه اثر عوامل گوناگون اجتماعی بر رفتارهای سلامت‌محور و سبک زندگی سلامت پرداخته‌اند (رستمی کتشیالی و همکاران، 1403؛ واحدیان و همکاران، 1400) افزوده گشته است. اگرچه هریک از مطالعات و پژوهش‌ها، ممکن است در بررسی و رفع بخشی از مسئله مذکور، موفق و راهگشا باشند، اما با توجه به محدودیت در قلمرو زمانی، مکانی و جامعه آماری، نمی‌توانند ترجمان تصویری کامل از موضوع تحت بررسی خود به شمار روند. به ویژه آن‌که به نظر می‌رسد نتایج برخی از این پژوهش‌ها صرفاً تکراری از یافته‌های پیش از خود بوده و در نتیجه خلأهای علمی و تحقیقاتی خاصی را پوشش نمی‌دهند. از این رو، فرا تحلیل مطالعات گذشته در خصوص ارتباط سرمایه اجتماعی با رفتارهای سلامت‌محور و سبک زندگی سلامت، از یک سو موجب یکپارچه شدن نتایج تحقیقات صورت گرفته در این حوزه شده و از سوی دیگر، با ارائه‌نمایی از روند انتشار مطالعات در طول زمان، می‌تواند علاوه بر ارزیابی و تحلیل کلی از آن‌ها، پژوهشگران را در انجام پژوهش‌های آینده یاری رساند. در همین راستا، پژوهش حاضر با بهره‌گیری از روش فرا تحلیل در پی پاسخ‌گویی به این پرسش‌ها است که ضریب تأثیر یا اندازه اثر سرمایه اجتماعی بر رفتارهای سلامت‌محور در ایران به چه میزانی است؟ و در این میان، کدام متغیرهای تعدیل‌گر نقش آفرینی می‌کنند؟.

روش

هدف اصلی این پژوهش، ترکیب کمی نتایج مطالعات انجام شده درباره رابطه بین سرمایه اجتماعی و رفتارهای سلامت‌محور در ایران بوده است که بدین منظور از روش فرا تحلیل⁴ استفاده است. فرا تحلیل به معنای نوعی تجزیه و تحلیل آماری است که به توصیف مجموعه‌ای از روش‌های نظام‌مند پرداخته و به منظور برآورد اندازه اثر در جامعه، نتایج حاصل از مطالعات مستقل را بررسی و با یکدیگر ترکیب می‌کند (الیس⁵، 2010). جامعه آماری این پژوهش شامل پایان‌نامه‌های کارشناسی ارشد و مقالات منتشر شده در مجلات معتبر دانشگاهی ایران است که طی سال‌های 1386 تا 1402 در پایگاه‌های اینترنتی معتبر، نظیر مرکز اسناد و مدارک علمی ایران (IranDoc)، بانک اطلاعات نشریات ایران (Magiran) و پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID)، نمایه شده‌اند. کلیدواژه‌های مورد استفاده در جست و جوی این پایگاه‌ها عبارت بودند از: «سرمایه اجتماعی + رفتار سلامت»، «سرمایه اجتماعی + رفتار سالم»، «سرمایه اجتماعی + رفتار سلامت‌محور»، «سرمایه اجتماعی + رفتار حفظ سلامت»، «سرمایه اجتماعی + رفتار ارتقاء سلامت»، «سرمایه اجتماعی + سبک زندگی سلامت»، «سرمایه اجتماعی + سبک زندگی سالم»، «سرمایه اجتماعی +

1. Antonacci, Haardörfer, Hermstad, Mayo-Gamble, Jacob Arriola, & Kegler

2. Chen, Zhang, Cui, Wang, Zhao, Wang, & Yu

3. Xue, Reed, & Menclova

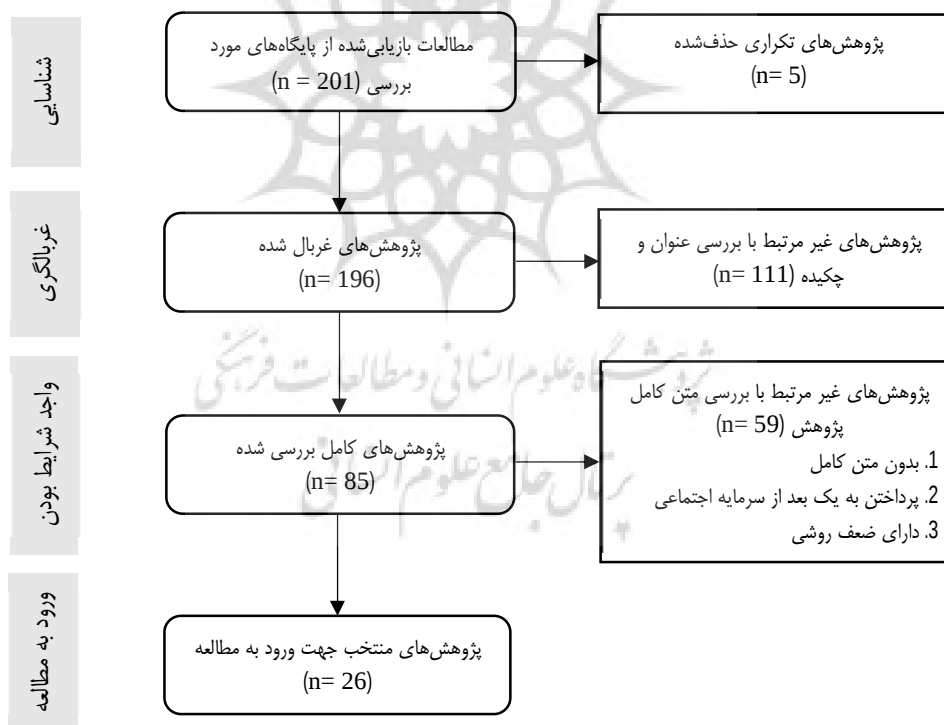
1. Meta-Analysis Method

5. Ellis

سبک زندگی سلامت‌محور» و «سرمایه اجتماعی + شیوه زندگی سالم». نتیجه این جست‌وجو، شناسایی 59 پژوهش تا قبل از مرحله گزینش را نشان می‌دهد.

گزینش مطالعات مناسب، در این مرحله به تعیین معیارهای شمول¹ و عدم شمول² در گزینش مطالعات وابسته است. این معیارها عبارت بودند از: 1. مطالعه درباره ارتباط بین سرمایه اجتماعی با رفتارهای سلامت‌محور (یا سبک زندگی سالم) باشد، 2. امکان دسترسی به متن کامل پژوهش وجود داشته باشد، 3. با روش کمی پیمایشی انجام شده باشد، 4. در آن به اجزای یک مطالعه کمی (شامل فرضیه‌ها، جامعه آماری، حجم نمونه، شیوه نمونه‌گیری، اعتبار و قابلیت اعتماد ابزارهای سنجش، روش‌های تحلیل، تعداد داده‌های جهت محاسبه اندازه اثر و میزان ضریب همبستگی پیرسون) گزارش شده باشد. معیارهای خروجی شامل: 1. مطالعات غیر مرتبط با موضوع، 2. متن کامل پژوهش در دسترس نباشد، 3. مطالعات مروری، کیفی و آمیخته و 4. در آن به اجزای یک مطالعه کمی (شامل فرضیه‌ها، جامعه آماری، حجم نمونه، شیوه نمونه‌گیری، اعتبار و قابلیت اعتماد ابزارهای سنجش، روش‌های تحلیل، تعداد داده‌های جهت محاسبه اندازه اثر و میزان ضریب همبستگی پیرسون) گزارش نشده باشد. در مجموع تعداد 26 مطالعه که از معیارهای مذکور برخوردار بودند، جهت ورود به نرم‌افزار CMA-V3 انتخاب شدند.

به منظور محاسبه اندازه اثر در این پژوهش، از جدول فرمول‌های ارائه‌شده توسط ولف³ (1986) استفاده شده است. مطابق با این فرمول‌ها، ضریب همبستگی پیرسون همان شاخص اندازه اثر است. از آن‌جا که آزمون فرضیه رابطه بین سرمایه اجتماعی و رفتارهای سلامت‌محور در تمامی مطالعات توسط ضریب همبستگی پیرسون انجام شده، بنابراین نیازی به تبدیل آن نیست. ترکیب اندازه‌های اثر تمامی مطالعات نیز به روش هانتز و اشمیت⁴ مورد تحلیل قرار گرفتند. همچنین، برای تفسیر اندازه‌های اثر از نظام تفسیری کوهن⁵ استفاده شد.



شکل 1. نمودار فرایند ورود به مطالعه

1. Inclusive criteria
2. Exclusive criteria
3. Wolf
4. Hunter & Schmidt
5. Cohen

یافته‌ها

توصیف اولیه مطالعات منتخب نشان می‌دهد که بیشترین تعداد پژوهش‌ها در قالب مقاله (52 درصد)، بین سال‌های 94-91 (37 درصد)، در حوزه مطالعاتی جامعه‌شناسی (63 درصد)، در مناطق مرکزی ایران (33 درصد)، در جامعه آماری شهروندان (30 درصد)، با حجم نمونه 400-351 مورد (41 درصد)، با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای (48 درصد) انجام شده و انتشار یافته است (جدول 1).

جدول 1. تلخیص اطلاعات مطالعات منتخب¹

نویسنده (سال انتشار)	قالب	حیطه مطالعاتی	موقعیت	جامعه آماری	حجم نمونه	شیوه نمونه‌گیری
سپهری (1386)	پایان‌نامه	پژوهش علوم اجتماعی	تبریز	دانشجویان	350	طبقه‌ای تصادفی
علیزاده اقدم (1388)	رساله	جامعه‌شناسی	تبریز	شهروندان	752	تصادفی ساده
قاسمی پاکرو (1391)	پایان‌نامه	پژوهش علوم اجتماعی	تهران	شهروندان	606	خوشه‌ای چندمرحله‌ای
سلطانی (1391)	پایان‌نامه	پژوهش علوم اجتماعی	تهران	سالمنان	300	خوشه‌ای چندمرحله‌ای
عباس‌زاده و همکاران (1391)	مقاله	جامعه‌شناسی	تبریز	شهروندان	752	خوشه‌ای
زارع و همکاران (1392)	مقاله	جامعه‌شناسی	تهران	سالمنان	300	طبقه‌ای چندمرحله‌ای
دارایی‌زاده (1393)	پایان‌نامه	جامعه‌شناسی	لرستان	جوانان	400	خوشه‌ای
محمدی و همکاران (1393)	مقاله	جامعه‌شناسی	تهران	ورزشکاران	310	طبقه‌ای متناسب
عباس‌زاده و همکاران (1393)	مقاله	جامعه‌شناسی	ارومیه	شهروندان	486	طبقه‌ای
کوچانی (1394)	پایان‌نامه	جمعیت‌شناسی	شیراز	دانش‌آموزان	391	طبقه‌ای چندمرحله‌ای
میرخانی (1394)	پایان‌نامه	جمعیت‌شناسی	تهران و البرز	بازنشستگان	321	طبقه‌بندی شده
کرمی و همکاران (1394)	مقاله	جامعه‌شناسی	اهواز	دانشجویان	800	خوشه‌ای
انتشاری (1395)	پایان‌نامه	پژوهش علوم اجتماعی	اصفهان	سالمنان	398	خوشه‌ای چندمرحله‌ای
احمدی و همکاران (1395)	مقاله	جامعه‌شناسی	سنندج	شهروندان زن	310	خوشه‌ای چندمرحله‌ای
موسی‌زاده و علیزاده اقدم (1395)	مقاله	جامعه‌شناسی	تبریز	دانشجویان	377	تصادفی ساده
مؤذن (1396)	پایان‌نامه	پژوهش علوم اجتماعی	تبریز	شهروندان	424	خوشه‌ای چندمرحله‌ای
الماسی (1397)	مقاله	جمعیت‌شناسی	ایلام	سالمنان	370	خوشه‌ای تصادفی
سرحدی (1398)	رساله	جامعه‌شناسی	کرمانشاه	شهروندان	600	طبقه‌بندی شده
زارع و همکاران (1398)	مقاله	جامعه‌شناسی	مشهد	شهروندان زن	384	طبقه‌بندی شده متناسب
فتاحی و همکاران (1398)	مقاله	جامعه‌شناسی	اصفهان	جوانان	600	خوشه‌ای چندمرحله‌ای
یعقوبی (1400)	پایان‌نامه	جامعه‌شناسی	خراسان رضوی	شهروندان	400	خوشه‌ای
دامنی (1400)	پایان‌نامه	جامعه‌شناسی	زاهدان	شهروندان	383	خوشه‌ای
اکبرپور (1400)	پایان‌نامه	مطالعات زنان	کرمان	شهروندان زن	384	سهمیه‌ای
البرزی و همکاران (1400)	مقاله	جامعه‌شناسی	شیراز	شهروندان زن	400	طبقه‌ای چندمرحله‌ای
البرزی و همکاران (1401)	مقاله	جامعه‌شناسی	شیراز	جوانان	1065	طبقه‌ای چندمرحله‌ای
تاج‌بخش و احمدی (1402)	مقاله	جامعه‌شناسی	همدان	جوانان	384	خوشه‌ای چندمرحله‌ای

در ادامه، ضمن برآورد اندازه اثر تفکیکی پژوهش‌های منتخب، اثرات ترکیبی ثابت و تصادفی مجموع مطالعات نیز مشخص شد. در تمامی مطالعات مورد بررسی، ارتباط بین سرمایه اجتماعی و رفتارهای سلامت‌محور در سطح اطمینان 99 درصد معنادار

1. عنوان کامل تمامی پژوهش‌ها در بخش منابع پایانی آورده شده است.

است. بزرگ‌ترین اندازه اثر به مطالعه سپهری (1386) با 0/920 و کوچک‌ترین اندازه اثر به مطالعه قاسمی پاکرو (1391) با 0/132 اختصاص داشته است. همچنین هر دو مورد اثرات ثابت و تصادفی در سطح اطمینان 99 درصد معنادار است (جدول 2).

جدول 2. آماره‌های پایه برای مطالعات تحت بررسی

ردیف	پژوهشگر (سال انتشار)	اندازه اثر	حد پایین	حد بالا	مقدار آزمون (Z-Value)	سطح معناداری (P-Value)
1	سپهری (1386)	0/920	0/902	0/935	29/600	0/000
2	علیزاده اقدم (1388)	0/474	0/417	0/528	14/100	0/000
3	قاسمی پاکرو (1391)	0/132	0/053	0/209	3/260	0/001
4	سلطانی (1391)	0/218	0/107	0/323	3/818	0/000
5	عباس‌زاده و همکاران (1391)	0/340	0/275	0/402	9/691	0/000
6	زارع و همکاران (1392)	0/180	0/068	0/287	3/136	0/002
7	دارایی‌زاده (1393)	0/288	0/195	0/375	5/905	0/000
8	محمدی و همکاران (1393)	0/345	0/243	0/440	6/303	0/000
9	عباس‌زاده و همکاران (1393)	0/423	0/347	0/493	9/919	0/000
10	کوچانی (1394)	0/518	0/442	0/587	11/299	0/000
11	میرخانی (1394)	0/430	0/336	0/515	8/201	0/000
12	کرمی و همکاران (1394)	0/474	0/418	0/526	14/545	0/000
13	انتشاری (1395)	0/472	0/392	0/545	10/189	0/000
14	احمدی و همکاران (1395)	0/203	0/094	0/307	3/607	0/000
15	موسی‌زاده و علیزاده اقدم (1395)	0/164	0/064	0/261	3/201	0/001
16	مؤذن (1396)	0/283	0/193	0/368	5/970	0/000
17	الماسی (1397)	0/243	0/145	0/337	4/750	0/000
18	سرحدی (1398)	0/701	0/658	0/740	21/239	0/000
19	زارع و همکاران (1398)	0/335	0/243	0/421	6/801	0/000
20	فتاحی و همکاران (1398)	0/237	0/160	0/311	5/903	0/000
21	یعقوبی (1400)	0/318	0/227	0/403	6/564	0/000
22	دامنی (1400)	0/630	0/565	0/687	14/453	0/000
23	اکبرپور (1400)	0/581	0/511	0/644	12/960	0/000
24	البرزی و همکاران (1400)	0/594	0/527	0/654	13/625	0/000
25	البرزی و همکاران (1401)	0/166	0/107	0/224	5/460	0/000
26	تاج‌بخش و احمدی (1402)	0/444	0/360	0/521	9/315	0/000
	اثرات ترکیبی ثابت	0/407	0/392	0/422	47/698	0/000
	اثرات ترکیبی تصادفی	0/419	0/324	0/505	7/951	0/000

در گام نخست محاسبات فراتحلیل، به مهم‌ترین پیش‌فرض‌های این روش، یعنی خطای (تورش) انتشار و همگن بودن پژوهش‌های انجام گرفته، پرداخته شده است. به منظور بررسی پیش‌فرض خطای انتشار (خطای ناشی از انتشار پژوهش‌های چاپ شده و عدم انتشار پژوهش‌های چاپ نشده) و احتمال مخدوش شدن اعتبار فراتحلیل به سبب وجود این خطا، از آزمون همبستگی

رتبه‌ای بگ و مزومدار¹ استفاده شده است (جدول 3). این آزمون، همبستگی رتبه‌ای (تائو کندال) بین اندازه اثر استاندارد و واریانس این اثرات را مشخص می‌سازد. اطلاعات جدول 3 نشان می‌دهد که مقدار تائو کندال برابر با $-0/011$ شده که با توجه به میزان معناداری آن ($0/093$)، فرض صفر مبنی بر عدم سوگیری انتشار تأیید می‌گردد.

جدول 3. نتایج همبستگی رتبه‌ای بگ و مزومدار

P-value	Z-Value	Tau
0/093	0/083	-0/011

برای بررسی مفروضه همگنی مطالعات نیز، از آزمون Q استفاده شده است (جدول 4). با توجه به نتایج حاصل از آزمون ($Q = 947/977, P < 0/01$)، با اطمینان 99 درصد، فرض صفر مبنی بر همگن بودن مطالعات انجام شده رد و فرض ناهمگنی میان پژوهش‌ها تأیید می‌شود. به بیان دیگر، معنادار بودن شاخص Q نشان‌دهنده وجود ناهمگنی در اندازه اثر پژوهش‌های اولیه است. نتایج حاصل از مجذور I نیز مؤید این مطلب است که 97 درصد از تغییرات کل مطالعات به ناهمگنی آن‌ها مربوط است؛ بنابراین تلفیق آن‌ها با مدل آثار ثابت موجه نبوده و باید به منظور ترکیب نتایج، از مدل آثار تصادفی استفاده کرد.

جدول 4. نتایج حاصل از آزمون Q

I ²	P-Value	df	Q-Value
97/363	0/000	25	947/977

مطابق با سطر پایانی جدول 2، میانگین اثرات ترکیبی تصادفی سرمایه اجتماعی بر رفتار سلامت در نمونه مورد پژوهش معادل $0/419$ است. از آنجا که اندازه برآورد شده در محدوده اطمینان است، بنابراین رابطه سرمایه اجتماعی و رفتار سلامت تأیید می‌شود. همچنین، برآورد نقطه‌ای به دست آمده ($0/419$) بر مبنای معیار کوهن³، حاکی از اندازه اثر در سطح متوسط رو به زیاد قرار دارد.

بخش پایانی یافته‌های فراتحلیل، سعی در مشخص ساختن منشأ ناهمگنی در میان مطالعات دارد. مبتنی بر نتایج آزمون Q، رابطه بین سرمایه اجتماعی و رفتار سلامت به لحاظ ویژگی‌ها و مشخصات مطالعات، متفاوت و ناهمگن است و در این وضعیت باید از متغیرهای تعدیل‌گر جهت مشخص نمودن واریانس و محل این تفاوت‌ها بهره جست. در این پژوهش، متغیرهای سال انتشار، موقعیت جغرافیایی، جامعه آماری شیوه نمونه‌گیری، جنس و سن به عنوان متغیرهای تعدیل‌گر کیفی مورد توجه قرار گرفته‌اند. از آنجا که متغیرهای مذکور از نوع کیفی هستند، تفسیر نقش آن‌ها در ناهمگنی بین مطالعات، توسط اندازه اثر ترکیبی در مدل اثرات تصادفی صورت می‌گیرد (جدول 5).

1. Begg and Mazumdar rank correlation

2. در این آزمون، مقدار صفر دال بر نبود رابطه بین اندازه اثر و دقت است و انحراف از صفر، حکایت از وجود رابطه دارد.

3. بر مبنای معیار کوهن، ضریب همبستگی $0/1$ برابر با اندازه اثر در سطح پایین؛ ضریب همبستگی $0/3$ برابر با اندازه اثر در سطح متوسط و ضریب همبستگی $0/5$ برابر با اندازه اثر در سطح زیاد تفسیر می‌شود.

جدول 5. اندازه‌های اثر ترکیبی به تفکیک متغیرهای تعدیل‌گر

متغیرها	مؤلفه‌ها	تعداد اندازه اثر	اندازه اثر ترکیبی	Z-Value	P-Value
سال انتشار	86-90	2	0/782	1/958	0/050
	91-94	10	0/341	7/477	0/000
	95-98	8	0/346	3/967	0/000
	99-02	6	0/469	4/775	0/000
	کل	26	0/364	9/744	0/000
موقعیت جغرافیایی	شمال	6	0/508	3/135	0/002
	جنوب	3	0/441	2/697	0/007
	شرق	4	0/478	4/899	0/000
	غرب	5	0/404	3/441	0/001
	مرکز	8	0/312	5/984	0/000
	کل	26	0/370	9/189	0/000
جامعه آماری	دانش‌آموزان	4	0/611	2/583	0/010
	زنان	4	0/443	4/111	0/000
	شهروندان	8	0/430	5/354	0/000
	سالمنان	5	0/315	4/782	0/000
	جوانان	5	0/295	5/525	0/000
	کل	26	0/346	10/017	0/000
شیوه نمونه‌گیری	تصادفی	2	0/330	1/957	0/050
	طبقه‌ای	10	0/508	4/760	0/000
	خوشه‌ای	13	0/329	7/072	0/000
	سهمیه‌ای	1	0/581	12/960	0/000
	کل	26	0/456	14/912	0/000
جنس	مرد و زن	21	0/402	6/630	0/000
	زن	5	0/485	5/156	0/000
	کل	26	0/426	8/355	0/000
سن	کمتر از 29	15	0/441	5/349	0/000
	30 تا 49	7	0/416	5/510	0/000
	50 و بیشتر	4	0/338	4/387	0/000
	کل	26	0/396	8/778	0/000

بر اساس نتایج حاصل از بررسی متغیرهای تعدیل‌گر، مطالعاتی که در بازه زمانی 86-90 منتشر شده‌اند (0/782)، در منطقه شمال غرب کشور (شهرهای تبریز و ارومیه) انجام شده‌اند (0/508)، در میان دانش‌آموزان و دانشجویان صورت گرفته‌اند (0/611)، با استفاده از شیوه نمونه‌گیری سهمیه‌ای به گردآوری داده‌ها پرداخته‌اند (0/581)، به لحاظ جنس به مطالعه زنان پرداخته‌اند (0/485) و در بازه سنی کمتر از 29 سال قرار داشته‌اند (0/441)، بیشترین تأثیر را در رابطه بین سرمایه اجتماعی و رفتار سلامت دارا بوده‌اند (جدول 5).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف ارائه پاسخ به دو پرسش کلیدی صورت گرفته است: 1. ضریب تأثیر یا اندازه اثر سرمایه اجتماعی بر رفتارهای سلامت‌محور در ایران به چه میزانی است؟ و 2. در این میان، کدام متغیرهای تعدیل‌گر نقش‌آفرینی می‌کنند؟ در میان انبوهی از مطالعاتی که به طور مستقیم یا غیرمستقیم، در ارتباط با بحث رابطه سرمایه اجتماعی با رفتارهای سلامت‌محور (و سبک زندگی

سالم) بوده‌اند، تعداد 26 پژوهش با توجه به معیارهای ورودی حائز شرایط لازم در نظر گرفته شدند. بررسی نخستین مفروضه فراتحلیل نشان داد که فرض ناهمگنی اندازه اثر پژوهش‌ها مورد تأیید بوده و در نتیجه رابطه بین سرمایه اجتماعی و رفتارهای سلامت محور از منظر ویژگی‌ها و مختصات مطالعات، از تفاوت و گوناگونی بسیاری برخوردار است و بنابراین باید از مدل اثرات تصادفی در انجام محاسبات استنباطی استفاده شود. ارزیابی مفروضه دوم یا خطای انتشار نیز نشان داد که فرض صفر مبنی بر عدم خطا یا سوگیری انتشار تأیید می‌گردد.

بررسی‌های استنباطی فراتحلیل حاضر نیز حاکی از این امر بودند که بر اساس معیار کوهن، میانگین اندازه اثر سرمایه اجتماعی بر رفتارهای سلامت محور (0/419) با توجه به مدل اثرات تصادفی در سطح متوسط روبه زیاد قرار دارد. این میزان بیان‌گر کیفیت رابطه بین دو متغیر اصلی در پژوهش‌ها به شکل ترکیبی بوده و مؤید نتایج مطالعات فراتحلیل پیشین نظیر گیلبرت و همکاران (2013)، زو و همکاران (2020)، کیانی و همکاران (2023) و واحدیان و همکاران (1401) است که نتایج حاصل از آن‌ها نیز نشان می‌دهند اندازه اثر متغیر سرمایه اجتماعی در طح بالایی قرار داشته است. از آن‌جا که ناهمگنی میان پژوهش‌های منتخب در فراتحلیل مورد تأیید قرار گرفت، در گام بعد، به بررسی منبع این تمایز و تفاوت در قالب متغیرهای تعدیل‌گر پرداخته شد. نتایج این بخش نیز نشان داد که شش متغیر کیفی، نقشی تعدیل‌کننده در ارتباط میان دو متغیر اصلی ایفا می‌کنند.

نخستین متغیر تعدیل‌گر، سال انتشار پژوهش‌ها است. اگرچه در فاصله سال‌های 86-90 تنها دو مطالعه مرتبط صورت گرفته، اما بیشترین میزان اندازه اثر ترکیبی به این بازه زمانی اختصاص دارد (0/782). در بین سال‌های 91 تا 98 با وجود بیشترین تعداد تحقیقات صورت گرفته، این اندازه اثر به کمترین مقدار خود در تمامی سال‌های مورد بررسی رسیده است (0/341 تا 0/346). پس از آن، بررسی‌هایی که در طول سال‌های 02-99 انجام شده‌اند، شواهدی حاکی از بزرگ‌تر شدن اندازه اثر بین این دو متغیر به دست داده‌اند (0/464). با واکاوی بیشتر مطالعات می‌توان به تبیین تغییرات و نوسانات اندازه اثر در طول سال‌های 1386 تا 1402 پرداخت. نخستین دلیل را می‌توان در سطوح خرد و کلان مفهوم سرمایه اجتماعی جست‌وجو نمود. تحقیقاتی که در بازه زمانی 86-90 انجام شده‌اند، بیشتر بر بعد خرد و فردی سرمایه اجتماعی (مانند اعتماد شخصی، شبکه ارتباطات میان فردی و مشارکت فرد در گروه‌ها) تأکید نموده‌اند (سپهری، 1386؛ علیزاده اقدم، 1388)، اما در مطالعات بعدی با ورود سطوح کلان سرمایه اجتماعی (مانند اعتماد نهادی) به جریان تحقیقات مواج‌هیم (عباس‌زاده و همکاران، 1393؛ دارابی‌زاده، 1393).

دومین دلیل به شیوع کووید-19 برمی‌گردد. مطابق با بررسی‌های تجربی صورت گرفته، رفتارهای سلامت محور همواره به عنوان یک متغیر واسطه و میانجی در رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت جسمی و روانی در نظر گرفته می‌شود (نیمن، 2013). این امر اگرچه به تأثیر با واسطه سرمایه اجتماعی بر سلامت فرد تأکید دارد، اما می‌توان آن را به عنوان شبکه‌ای از ارتباطات متقابل در نظر گرفت. به طوری که با تهدید سلامت جسمی و روانی فرد توسط کووید-19 (به مثابه یک عامل مؤثر بیرونی)، گرایش به تعاملات با خانواده و دریافت انواع حمایت‌های خانوادگی برای کاهش اضطراب ناشی از بیماری و بالابردن آگاهی‌ها جهت مقابله با این بیماری نوپدید افزایش یافته و به ارتقاء سطح سرمایه اجتماعی در سطح خانواده منجر می‌شود (تاتارکو، جورچک و بوئنکه¹، 2022). موضوعی که می‌تواند به عنوان علتی در افزایش اندازه اثر رابطه بین سرمایه اجتماعی و رفتارهای سلامت محور در فاصله سال‌های 1399 تا 1402 نسبت به دوره‌های قبل در نظر گرفته شود.

موقعیت جغرافیایی انجام پژوهش‌ها نیز از متغیرهایی به شمار می‌رود که می‌تواند به مانند یک تعدیل‌گر عمل کند. یافته‌ها بیان‌گر آن بودند که اندازه اثر سرمایه اجتماعی بر رفتارهای سلامت محور در شش مطالعه‌ای که در منطقه شمال غرب کشور (به ویژه شهرهای تبریز و ارومیه) انجام شده‌اند، به طور معناداری بزرگتر از سایر مناطق جغرافیایی بوده‌اند (0/508). کمترین اندازه

1. Tatarko, Jurcik, & Boehnke

اثر به منطقه مرکزی کشور (تهران، البرز و اصفهان) با تعداد نه تحقیق اختصاص داشته است (0/325). این نتیجه گویای آن است که فارغ از سایر عوامل، موقعیت جغرافیایی می‌تواند به عنوان یک تعدیل گر قوی ظاهر شود.

سومین متغیر تعدیل‌گری که در این فراتحلیل مورد شناسایی قرار گرفت، جامعه آماری پژوهش‌ها بود. به طور کلی، جامعه آماری مطالعات مورد بررسی معطوف به چهار گروه دانش‌آموزان و دانشجویان، زنان، شهروندان، سالمندان و جوانان می‌شد. نتایج حاکی از آن بود که با وجود آنکه تنها چهار پژوهش جامعه دانش‌آموزان و دانشجویان را مد نظر خود قرار داده‌اند، اما بیشترین اندازه اثر ترکیبی در رابطه بین دو متغیر اصلی را از آن خود کرده‌اند (0/611). لازم به ذکر است که اگرچه می‌توان تمامی جوامع آماری تحقیقات را ذیل گروه شهروندان قرار داد، اما ویژگی هریک از این گروه‌ها است که می‌تواند بیشتر مورد توجه قرار گیرد. به طوری که دانش‌آموزان و دانشجویان به واسطه مواجهه با اطلاعات سلامت و احتمال برخورداری از سطح سواد سلامت بالاتر، پابندی بیشتری نسبت به رفتارهای مبتنی بر سلامت داشته باشند.

متغیر تعدیل‌گر چهارم، شیوه‌های نمونه‌گیری مختلف در پژوهش‌ها است. در اینجا فرض بر آن بوده که حتی یک عامل روشی نظیر شیوه نمونه‌گیری نیز می‌تواند منبع ناهمگنی میان مطالعات را تبیین نماید. مبتنی بر نتایج تحلیل تعدیل‌گری، با وجود آنکه تنها یک تحقیق از شیوه نمونه‌گیری سهمیه‌ای در جمع‌آوری داده‌های تجربی استفاده نموده (اکبرپور، 1400)، اما از اندازه اثر بالاتری نسبت به سایر شیوه‌ها برخوردار بوده است (0/581). در توضیح این یافته می‌توان به خصلت ناشناخته ماندن پاسخگو در شیوه نمونه‌گیری سهمیه‌ای نسبت به سایر شیوه‌ها اشاره نمود. از این رو، استفاده از این روش در سنجش متغیرهایی که تحت تأثیر فشارهای هنجاری و الزامات اجتماعی و فرهنگی در جوامع آماری گوناگون قرار دارند (نظیر سرمایه اجتماعی) می‌تواند ارباب ناشی از نمونه‌گیری را کاهش داده و به عنوان ملاک برتری شیوه نمونه‌گیری سهمیه‌ای در نظر گرفته شود.

یافته‌های حاصل از تحلیل تعدیل‌گری نشان می‌دهد که دو متغیر زمینه‌ای جنس و سن نیز می‌توانند به عنوان منبع و منشا ناهمگنی پژوهش‌ها به شمار آیند. نتایج حاکی از آن است که پنج پژوهش با تمرکز بر جامعه آماری زنان توانسته‌اند اندازه اثر بزرگتری (0/485) نسبت به سایر تحقیقات داشته باشند. به این معنا که رابطه بین سرمایه اجتماعی و رفتارهای سلامت‌محور در میان زنان قوی‌تر از زمانی است که هر دو جنس در نظر گرفته می‌شوند. به عبارت دیگر، هرچه تحقیقات با دقت بیشتری به مطالعه رفتارهای سلامت‌محور در بین زنان و مردان بپردازند، می‌توان انتظار داشت که از توان تبیین‌کنندگی بالاتری برخوردار شوند.

سرانجام، بررسی متغیر سن نشان داد که این متغیر نیز می‌تواند به عنوان یک تعدیل‌گر در رابطه بین سرمایه اجتماعی و رفتارهای سلامت‌محور به شمار آمده و یکی از منابع ناهمگنی بین مطالعات قلمداد شود. بر این اساس، پاسخگویان پانزده مطالعه در سنین کمتر از 29 سال بوده‌اند و بزرگترین اندازه اثر را به خود اختصاص داده‌اند (0/441). در حالی که سنین بالای پنجاه سال کمترین اندازه اثر را داشته‌اند (0/357). از این رو، می‌توان نتیجه گرفت که رابطه بین سرمایه اجتماعی و رفتارهای سلامت‌محور جوانان قوی‌تر از سایر گروه‌های سنی است. در تبیین این امر می‌توان به گسترش سرمایه اجتماعی به فضاهای مجازی اشاره نمود. به طوری که امروزه با گسترش شبکه‌های اجتماعی مجازی و گسترش تعاملات کاربران جوان که اکثراً دارای تحصیلات دانشگاهی هستند (مبتنی بر متغیر تعدیل‌گر جامعه آماری) با یکدیگر، می‌توان انتظار داشت که سطح آگاهی‌ها و سواد سلامت الکترونیک آن‌ها ارتقاء یافته و در نهایت به رفتارهای سلامت‌محور آن‌ها بیانجامد.

در مجموع، علاوه بر آنکه مطالعه مروری حاضر نتایج مرور نظام‌مند (کیانی، تاکیان، فرزادفر، رضایی و زندیان، 2023) و فراتحلیل (واحدیان و همکاران، 1400) درمورد رفتارها و سبک زندگی سلامت‌محور در ایران را مورد تأیید مجدد قرار می‌دهد، به شکلی دقیق‌تر به تبیین منبع ناهمگنی میان تحقیقات توسط شش متغیر تعدیل‌گر مذکور می‌پردازد. موضوعی که تا پیش از این و با تمرکز بر دو متغیر سرمایه اجتماعی و رفتارهای مبتنی بر سلامت انجام نشده بود.

مطابق با یافته‌های این فراتحلیل، علاوه بر معناداری اندازه اثر رابطه بین سرمایه اجتماعی و رفتارهای سلامت محور فرض، ناهمگنی میان 26 مطالعه تأیید شده و منبع این ناهمگنی توسط شش متغیر تعدیل گر از جمله سال انتشار، موقعیت جغرافیایی، جامعه آماری، شیوه نمونه‌گیری، جنس و سن پاسخگویان تبیین شده است. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به از دست رفتن بسیاری از پژوهش‌ها (59 مورد) به سبب عدم مطابقت آن‌ها با معیارهای شمول اشاره نمود. به علاوه از طرح‌های پژوهشی (به‌ویژه طرح‌های درون‌سازمانی)، به جهت عدم دسترسی به متن کامل آن‌ها، در فراتحلیل استفاده نشده است. همچنین، مبتنی بر نتایج این فراتحلیل، پیشنهاد می‌شود تا پژوهش‌های آتی با توجه بیشتری نسبت به مفهوم سرمایه اجتماعی و نقش آن در پایداری در رفتارهای مبتنی بر سلامت و سبک زندگی سلامت انجام شوند. در این مورد دقت در مواردی چون پرداختن به وجه ساختاری و کلان سرمایه اجتماعی در تحقیقات، توجه به موقعیت جغرافیایی و به ویژه بافت و زمینه اجتماعی و فرهنگی جامعه آماری، انتخاب شیوه نمونه‌گیری متناسب با گروه پاسخگویان و تمرکز بر جنسیت پاسخگویان از اهمیت بیشتری برخوردار است. همسو با این پیشنهاد، ضرورت دارد تا سازمان‌ها و مؤسسات مرتبط با امر سلامت تمرکز بیشتری بر افزایش سرمایه اجتماعی مرتبط با حفظ و ارتقاء سلامت (همچون اعتماد به نهادهای پزشکی و درمانی) و زمینه بهره‌مندی شهروندان از امکانات و خدمات سلامت را فراهم آورند.

منابع

- احمدی، یعقوب؛ محمدزاده، حسین و علی رمانی، سیمین. (1393). رابطه انواع سرمایه و سبک زندگی سلامت محور در زنان شهر سنجند. فصلنامه رفاه اجتماعی، 16 (61)، 107-139.
- اکبرپور فرسنگی، محدثه. (1400). بررسی رابطه سرمایه‌های اجتماعی و فرهنگی با سبک زندگی سلامت محور در بین زنان 20 تا 45 ساله شهر کرمان (پایان نامه کارشناسی ارشد)، دانشگاه شهید باهنر کرمان.
- البرزی، صدیقه؛ موحد، مجید؛ مظفری، روح‌اله و عنایت، حلیمه. (1400). مطالعه سبک زندگی سلامت محور زنان جوان شهر شیراز و عوامل مرتبط با آن. دوفصلنامه مطالعات جمعیتی، 7 (1)، 319-344.
- البرزی، صدیقه؛ موحد، مجید و مظفری، روح‌اله. (1401). رفتارهای مبتنی بر سلامت با تأکید بر سرمایه اجتماعی و سرمایه فرهنگی در میان جوانان شهر شیراز. مجله تداوم و تغییر اجتماعی، 1 (1)، 113-129.
- الماسی، مسعود. (1397). تعیین‌کننده‌های سبک زندگی سلامت محور در سالمندان شهر ایلام. نشریه پرستاری ایران، 31 (111)، 75-85.
- امیدیان، مهدی و اسماعیل‌پور اشکفتکی، محمود. (1399). پیش‌بینی حمایت اجتماعی دانشجویان بر اساس مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و سرمایه روان‌شناختی در بحران همه‌گیری کرونا. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، 10 (39)، 163-179.
- انتشاری، محمدحسین (1395). تأثیر انواع سرمایه بر سبک زندگی سلامت محور سالمندان شهر اصفهان (پایان نامه کارشناسی ارشد)، دانشگاه خوارزمی.
- تاج‌بخش، غلامرضا و احمدی، برزین. (1402). عوامل اجتماعی - فرهنگی مؤثر بر سبک زندگی سلامت محور جوانان. فصلنامه سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت، 7 (1)، 45-57.
- دارایی‌زاده، علی (1393). بررسی جامعه‌شناختی اثرات عوامل ساختاری و سرمایه‌ای بر سبک زندگی ناسالم در بین جوانان شهر دلفان (پایان نامه کارشناسی ارشد)، دانشگاه مازندران.
- دامنی، حسنیه. (1400). مطالعه عوامل دموگرافیک، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی مؤثر بر رفتار سلامت محور زنان 18-65 (مطالعه موردی شهر زاهدان) (پایان نامه کارشناسی ارشد)، دانشگاه سیستان و بلوچستان.
- زارع، بیژن؛ کاوه فیروز، زینب و سلطانی، محمدرسول. (1393). تعیین‌کننده‌های سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت محور سالمندان تهرانی. مجله نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، 8 (16)، 117-138.

- زارع، بیژن؛ نیکخواه، مهدی و کاوه فیروز، زینب. (1398). بررسی رابطه میزان سرمایه اجتماعی مادر با سبک زندگی سلامت‌محور اطفال و کودکان (4-0) ساله شهر مشهد. *مجله مطالعات جامعه‌شناسی*، 12 (44)، 107-120.
- سپهری، حسین. (1386). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و برداشت از سلامت در میان دانشجویان کارشناسی دوره روزانه دانشگاه تبریز (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه تبریز.
- سرحدی، سجاد (1398). تحلیل جامعه‌شناختی سبک زندگی سلامت در فضای اجتماعی (مورد مطالعه: شهروندان شهر کرمانشاه) (رساله دکتری). دانشگاه کاشان.
- سعادت، موسی. (1399). تبیین اجتماعی رانندگی مخاطره‌آمیز بر اساس سازه سرمایه اجتماعی. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، 10 (38)، 21-40.
- سلطانی، محمدرسلول (1391). تعیین‌کننده‌های اجتماعی و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان تهرانی (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه خوارزمی.
- عباس‌زاده، محمد؛ علیزاده اقدم، محمدباقر و رحیمی دهگلان، نوشین. (1393). سنجش میزان تأثیر سازه‌های جامعه‌شناختی بر رفتارهای سلامت‌محور بین شهروندان شهر ارومیه. *مجله مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، 3 (2)، 239-260.
- عباس‌زاده، محمد؛ علیزاده اقدم، محمدباقر؛ بدری گرگری، رحیم و ودادهیر، ابوعلی. (1391). بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر سبک زندگی خودمراقبتی شهروندان. *مجله مطالعات توسعه اجتماعی - فرهنگی*، 1 (1)، 119-141.
- علیزاده اقدم، محمدباقر (1388). مطالعه سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان؛ امیدها و بیم‌ها (مطالعه موردی: شهر تبریز) (رساله دکتری). دانشگاه اصفهان.
- فتاحی، هدا؛ حقیقتیان، منصور و هاشمیان‌فر، سیدعلی. (1398). بررسی عوامل اجتماعی - فرهنگی مرتبط با سبک زندگی سلامت‌محور جوانان شهر اصفهان. *مجله مطالعات توسعه اجتماعی ایران*، 12 (1)، 159-172.
- قاسمی پاکرو، مصطفی. (1391). بررسی عوامل اجتماعی - اقتصادی و فرهنگی مؤثر بر سبک زندگی (مطالعه موردی زنان 18-65 سال شهر تهران) (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه مازندران.
- قربانی، سارا؛ جهانی‌زاده، محمدرضا؛ میربد، سید مهران و امیدی، لیلا. (1399). بررسی رابطه سرمایه‌های روان‌شناختی و اجتماعی با سلامت اجتماعی با توجه به متغیر میانجی حمایت اجتماعی. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، 10 (38)، 83-100.
- کرمی، خدابخش؛ رضادوست، کریم؛ عبدی‌زاده، سیما و چییشه، فرات. (1394). بررسی عوامل مؤثر بر سبک زندگی سلامت‌محور دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور و دانشگاه شهید چمران اهواز. *مجله توسعه اجتماعی*، 10 (1)، 97-126.
- کوچانی اصفهانی، مسعود. (1394). بررسی تعیین‌کننده‌های سرمایه‌ای و رفتاری سلامت (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه تهران.
- محمدی، جمال؛ محمدی، فردین و محمدی، حسین. (1393). تبیین جامعه‌شناختی رابطه سرمایه اجتماعی و سبک زندگی سلامت‌محور ورزشکاران (با تکیه بر عملکرد تغذیه‌ای ورزشکاران). *پژوهشنامه توسعه فرهنگی اجتماعی*، 1 (2)، 75-88.
- مؤذن، حمید (1396). بررسی میزان خودمراقبتی و تعیین‌کننده‌های اجتماعی آن در بین شهروندان 15 تا 65 ساله تبریز (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه تبریز.
- موسی‌زاده، سمیه و علیزاده اقدم، محمدباقر. (1395). بررسی رابطه بین سبک زندگی سلامت‌محور و سرمایه‌های اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه تبریز. *مجله مطالعات جامعه‌شناسی*، 9 (30)، 81-93.
- میرخانی، سیدرضا. (1394). مؤلفه‌های جمعیتی و اجتماعی سبک زندگی سلامت‌محور بازنشستگان هواپیمایی جمهوری اسلامی ایران (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه تهران.
- واحدیان، مرتضی؛ بابایی‌فرد، اسداله و گنجی، محمد. (1400). فراتحلیل مطالعات عوامل مؤثر بر سبک زندگی سلامت‌محور در ایران (از سال 1385 تا 1398). *دوماه‌نامه فیض*، 25 (2)، 891-900.

- یعقوبی سنگانی، الهام. (1400). بررسی تأثیر انواع سرمایه بر کیفیت زندگی افراد 30 الی 50 سال شهر خواف (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه پیام نور مشهد.
- Antonacci, C. C., Haardörfer, R., Hermstad, A. K., Mayo-Gamble, T. L., Jacob Arriola, K. R., & Kegler, M. C. (2023). Exploring dimensions of social capital in relation to healthy eating behaviours in the US rural south. *Public Health Nutrition*, 26 (5), 994-1005.
 - Chen, W. L., Zhang, C. G., Cui, Z. Y., Wang, J. Y., Zhao, J., Wang, J. W., . . . Yu, J. M. (2019). The impact of social capital on physical activity and nutrition in China: the mediating effect of health literacy. *BMC Public Health*, 19 (1), 1713.
 - Chikwere, P., & Iddrisu, I. (2018). Lifestyle Management Still Relevant, Despite Genetics Advancement, in Non-Communicable Diseases Risks: A Perspective. *Trends Journal of Sciences Research*, 3, 75-81.
 - Cockerham, W. C. (2017). *Medical sociology* (Fourteenth edition ed.). New York, NY: Routledge New York, NY.
 - Cockerham, W. C. (2021). *Sociological Theories of Health and Illness*. New York: Routledge.
 - Cockerham W. C. (2023). Health Lifestyle Theory in a Changing Society: The Rise of Infectious Diseases and Digitalization. *Journal of health and social behavior*, 64 (3), 437-451.
 - Conner, M., & Norman, P. (2015). *Predicting and changing health behaviour: research and practice with social cognition models* (3 ed.). Maidenhead: Open University Press.
 - Ellis, P. (2010). *The essential guide to effect sizes: statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. Cambridge Cambridge University Press.
 - Gilbert, K. L., Quinn, S. C., Goodman, R. M., Butler, J., & Wallace, J. (2013). A meta-analysis of social capital and health: a case for needed research. *Journal of health psychology*, 18 (11), 1385-1399.
 - Institute for Health Metrics and Evaluation (2020). *Global Burden of Disease (GBD) study*, Available at: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
 - Kawachi, I., and Berkman, L. (2000) Social Cohesion, Social Capital, and Health. In: Berkman, L.F. and Kawachi, I. Eds., *Social Epidemiology*, Oxford University Press, New York, 174-190.
 - Kiani, M. M., Takian, A., Farzadfar, F., Rezaei, S., & Zandian, H. (2023). The Relationships between Social Capital, Metabolic, and Behavioral Risk Factors of Non-Communicable Diseases: A Systematic Review. *Iranian journal of public health*, 52 (9), 1803–1817.
 - Nieminen, T., Martelin, T., Koskinen, S., Prattala, R., Alanen, E., & Hyypä, M. (2010). P31 Social capital and health behaviour. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64, A45-A46.
 - Nieminen, T., Prättälä, R., Martelin, T., Härkänen, T., Hyypä, M. T., Alanen, E., & Koskinen, S. (2013). Social capital, health behaviours and health: a population-based associational study. *BMC Public Health*, 13, 613.
 - Putnam, Robert D. (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton, NJ, Princeton University Press.
 - Putnam, Robert D. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York, Simon & Schuster.
 - Salehi, A. (2016). *The Role of Social Capital in Shaping the Wellbeing and Lifestyle Behaviours of Young Iranian Women*. (PhD), Griffith University, Queensland. Retrieved from <https://research-repository.griffith.edu.au/handle/10072/366435>
 - Tatarko, A., Jurcik, T., & Boehnke, K. (2022). Social capital and the COVID-19 pandemic threat: The Russian experience. *Frontiers in sociology*, 7, 957215.
 - Wolf, f. (1986). *Meta-analysis: quantitative methods for research synthesis*. Beverly Hills, CA: Sage.
 - Xue, X., Reed, W. R., & Menclova, A. (2020). Social capital and health: a meta-analysis. *Journal of Health Economics*, 72, 102317.