



## Explaining the Role of Health-Related Social Capital in Improving the Health of the Elderly

Mehdi Ghaderi <sup>1\*</sup>

1. Assistant Professor, Department of Sociology, Payame Noor University, Tehran, Iran.  
Email: [M\\_ghaderi@pnu.ac.ir](mailto:M_ghaderi@pnu.ac.ir)

Received: 2025/12/7

Accepted: 2026/03/30

### Abstract

**Introduction:** Given the global demographic transformations and the increasing phenomenon of population aging, the elderly are increasingly exposed to diseases and health challenges. This research analyzes the health status of the elderly and explaining the role of health-related social capital on improving their health.

**Methods:** This study was conducted cross-sectionally using a survey method. The sample size included 384 elderly individuals (194 men and 190 women) residing in urban areas of Saqqez, selected through a combined sampling method (cluster and simple random). Data were collected using three questionnaires (personal and demographic information, World Health Organization's health status description questionnaire, and health-related social capital). Data analysis was performed using descriptive and inferential statistical methods, t-test, and regression analysis.

**Results:** The mean scores of the overall health status index for men were  $19.7 \pm 5.9$  and for women  $21.9 \pm 3.2$ . Considering that higher scores in this index indicate more health problems, elderly women had a lower level of health compared to men. The mean scores of health-related social capital in men were  $31.6 \pm 6.1$  and in women  $28.6 \pm 3.2$ , indicating a higher level of this capital in men. The correlation coefficient between health-related social capital and health status was ( $R=0.638$ ), which was positive and significant. Based on the regression analysis results, with each unit increase in health-related social capital among the elderly, 0.623 unit improvement in their health status is achieved.

**Conclusions:** Health-related social capital plays a central role in preventing and controlling diseases, reducing stress and social isolation, and promoting healthy behaviors among the elderly. These findings emphasize the necessity of strengthening this type of capital to address the challenges of aging.

**Keywords:** Social isolation, Health-related social capital, Aging, Health.



## تبیین نقش سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت در بهبود سلامتی سالمندان

مهدی قادری<sup>\*۱</sup>

۱- استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.  
ایمیل: M\_ghaderi@pnu.as.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۹/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۱/۱۰

### چکیده

**مقدمه:** با توجه به تحولات جمعیتی جهان و افزایش پدیده پیری جمعیت، سالمندان به طور فزاینده‌ای در معرض بیماری‌ها و چالش‌های سلامت قرار گرفته‌اند. این پژوهش به تحلیل وضعیت سلامتی سالمندان و تبیین نقش سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت بر بهبود سلامتی آن‌ها می‌پردازد.

**روش کار:** این مطالعه به صورت مقطعی و با استفاده از روش پیمایش انجام شد. حجم نمونه شامل ۳۸۴ سالمند (۱۹۴ مرد و ۱۹۰ زن) ساکن مناطق شهری سقز بود که با روش نمونه‌گیری ترکیبی (خوشه‌ای و تصادفی ساده) انتخاب شدند. داده‌ها از طریق سه پرسشنامه (اطلاعات فردی و جمعیت شناختی، پرسشنامه توصیف وضعیت سلامت سازمان بهداشت جهانی و سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت) گردآوری شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق روش‌های آماری توصیفی و استنباطی، آزمون t و تحلیل رگرسیون صورت پذیرفت.

**یافته‌ها:** میانگین نمرات شاخص کل وضعیت سلامتی مردان  $5/9 \pm 19/7$  و زنان  $3/2 \pm 21/9$  بود. با توجه به اینکه نمرات بالاتر در این شاخص نشان دهنده مشکلات سلامت بیشتر است، زنان سالمند نسبت به مردان، از سطح سلامت پایین‌تری برخوردار بوده‌اند. میانگین نمرات سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت در مردان  $6/1 \pm 31/6$  و در زنان  $3/2 \pm 28/6$  محاسبه شد که بیانگر سطح بالاتر این سرمایه در مردان است. ضریب همبستگی بین سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت و وضعیت سلامتی برابر  $(R=0/638)$  که مثبت و معنادار بود. بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون، با افزایش هر واحد سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت در میان سالمندان،  $0/623$  واحد بهبود در وضعیت سلامتی آنها حاصل می‌گردد.

**نتیجه‌گیری:** سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت در پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، کاهش استرس و انزوای اجتماعی، و ترویج رفتارهای سالم در میان سالمندان نقش محوری دارد. این یافته‌ها بر لزوم تقویت این نوع سرمایه برای مقابله با چالش‌های دوران پیری تأکید دارد.

**کلیدواژه‌ها:** انزوای اجتماعی، سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت، سالمندی، سلامتی.

## مقدمه

در عصر حاضر جمعیت جهان در حال گذار تحولات جمعیتی چشم‌گیری است. با کاهش نرخ باروری و افزایش امید به زندگی، روند پیری جمعیت در سطح جهانی با سرعتی فزاینده در حال وقوع است. این دگرگونی، چالش‌هایی را در ابعاد گسترده به همراه دارد که مستلزم اتخاذ رویکردی همه‌جانبه برای پاسخگویی به نیازهای متحول بهداشتی و درمانی جمعیت‌های سالخورده است. بر اساس پیش‌بینی‌ها، تا سال ۲۰۵۰ میلادی، برای نخستین بار در تاریخ، تعداد افراد ۶۵ ساله و بالاتر از تعداد کودکان زیر ۵ سال در سراسر جهان فراتر خواهد رفت. همچنین، سازمان جهانی بهداشت اعلام کرده است که درصد افراد بالای ۶۰ سال در جهان تا آن سال تقریباً دو برابر شده و از ۱۲٪ به ۲۲٪ افزایش خواهد یافت (۱). گسترش پدیده پیری جمعیت، آسیب‌پذیری سالمندان را در برابر بیماری‌ها، ناتوانی‌ها و چالش‌های حوزه سلامت به طور چشمگیری افزایش می‌دهد. این واقعیت، ضرورت بازاندیشی در سازوکارهای ارتقاء سلامت سالمندان را به امری اجتناب‌ناپذیر بدل می‌سازد. عوامل اجتماعی گوناگونی می‌توانند بر سلامت و تندرستی سالمندان تأثیر بگذارند؛ از جمله علل جامعه‌شناختی - جمعیت‌شناختی، جنسیت، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، تحصیلات و سبک زندگی. برخی از این عوامل در میان سالمندان به سختی قابل تغییرند. با این وجود، برخی علل نیز قابلیت کنترل و تغییر را دارا هستند. سرمایه اجتماعی یک منبع اجتماعی ارزشمند برای بهبود سلامت و بهزیستی در میان سالمندان است که می‌تواند در اواخر زندگی تعدیل و تغییر یابد (۲). این مفهوم، امروزه در ادبیات جامعه‌شناسی پزشکی و سلامت جایگاه ویژه‌ای را به خود اختصاص داده و باعث ترغیب فزاینده ادبیات تحقیقی میان رشته‌ای سلامت، در سراسر جوامع در طول دو دهه گذشته شده است (۳). سرمایه اجتماعی، نگرشی نو در مورد اثرگذاری فرایندهای مهم بر تعاملات انسانی، همکاری و عملکرد جامعه برای ایجاد ارتقاء سلامت را در زمینه‌های مختلف فراهم می‌کند (۴)، به طوری که از آن به عنوان یکی از عوامل اصلی تعیین‌کننده سلامت نیز یاد می‌کنند (۵، ۶). نظریه‌پردازان متعددی در سطح نظری به مطالعه و ارزیابی این مفهوم پرداخته‌اند. بوردیو و کلمن را مبتکران

نظریه سرمایه اجتماعی می‌دانند. بوردیو سرمایه اجتماعی را منبعی می‌دانست که توسط افراد بر اساس ارتباطات آنها با دیگران ساخته می‌شود (۷). این دیدگاه اساساً متکی بر تعریف سرمایه اجتماعی از منظر شبکه‌های اجتماعی است. در مقابل، کلمن بیشتر به درک و تعریف سرمایه اجتماعی در سطح گروه و از منظر یکپارچگی اجتماعی توجه داشت و از نتایجی در زمینه جامعه‌شناسی اقتصادی استفاده می‌کرد و پیشنهاد می‌کرد که سرمایه اجتماعی با کارکرد آن تعریف می‌شود (۸). سپس پاتنام بین ابعاد اعتماد اجتماعی، هنجارهای اجتماعی و اندازه‌گیری شبکه اجتماعی سرمایه اجتماعی از منظر یکپارچگی اجتماعی تمایز قائل شد و انواع مختلف سرمایه اجتماعی از جمله: سرمایه اجتماعی ساختاری، سرمایه اجتماعی شناختی، سرمایه اجتماعی پل زدنی و سرمایه اجتماعی پیوندی شناسایی کرد (۹). تعریف و عملیاتی کردن سرمایه اجتماعی توسط پاتنام تأثیر قابل توجهی بر تحقیقات بعدی در مورد سرمایه اجتماعی و سلامت داشت (۱۰). از نظر پاتنام، سرمایه اجتماعی اشاره به «ویژگی‌های سازمان اجتماعی، همانند اعتماد، هنجارها و شبکه‌ها دارد که از طریق تسهیل اعمال هماهنگ‌شده می‌تواند کارایی جامعه را بهبود بخشد» (۱۱). بر اساس دیدگاه پاتنام سرمایه اجتماعی و سلامتی به چهار دلیل با هم ارتباط دارند: ۱) شبکه‌های اجتماعی به گونه‌ای کمک‌های مادی را در اختیار افراد قرار می‌دهند که سبب کاهش اضطراب می‌شوند؛ ۲) شبکه‌ها، معیارهای سلامتی و بهداشت را تقویت می‌کنند؛ ۳) شبکه‌های بهتر، می‌توانند خدمات بهداشتی مناسب تری را تقاضا کنند؛ و ۴) تکامل و فعالیت اجتماعی سبب فعال‌تر شدن سیستم دفاعی بدن می‌شود (۹).

در سطح تجربی مطالعات متعددی اثرات مثبت سرمایه اجتماعی بر سلامت سالمندان را تأیید کرده‌اند. سرمایه اجتماعی بالاتر با بهبود سلامت جسمی، روانی و عملکرد شناختی سالمندان همراه بوده و افزایش تعاملات اجتماعی به‌طور ملموس خطر افسردگی را در میان آنان کاهش داده و کیفیت زندگی آن‌ها را بهبود می‌بخشد (۱۲). سرمایه اجتماعی باعث کاهش افسردگی و اضطراب مرگ در میان سالمندان می‌شود (۱۳). از منظر ابعاد، بین سرمایه اجتماعی شناختی (اعتماد و روابط همسایگی) با سلامت خودارزیابی شده ارتباط

## مهدی قادری

و عملیاتی نوین را آشکار می‌سازد. در همین راستا، توماس آبل مفهوم سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت را فراتر از مؤلفه‌های سنتی نظیر شبکه‌های اجتماعی و اعتماد عمومی می‌داند و آن را به ظرفیت جمعی جامعه برای بسیج منابع و تأثیرگذاری بر سیاست‌گذاران جهت تخصیص بهینه منابع به سوی اهداف مشخص سلامت‌محور تعریف می‌کند (۲۸). این نوع سرمایه، از طریق تسهیل دسترسی به نظام‌های پشتیبانی فردی و جمعی، مزایایی را برای افراد فراهم می‌آورد که علاوه بر تأمین منافع فردی، می‌تواند در حل مسائل پیچیده‌ی سلامت فردی و طراحی اقدامات سلامت جمعی مؤثر واقع شود (۲۹، ۳۰).

با توجه به شتاب فزاینده پدیده سالمندی جمعیت و تشدید آسیب‌پذیری سالمندان در برابر بیماری‌های مزمن، ناتوانی‌های عملکردی و انزوای اجتماعی، پژوهش حاضر به بررسی میزان بهره‌مندی سالمندان از «سرمایه اجتماعی سلامت‌محور» و تبیین نقش آن بر تندرستی جسمانی، روانشناختی و اجتماعی آنان می‌پردازد. خلأ معرفتی برجسته در ادبیات موجود، غلبه تحقیقات پیشین بر شاخص‌های عام سرمایه اجتماعی و فقدان کاوش نظام‌مند ابعاد نوظهور و سلامت‌محور آن — به‌ویژه شاخص‌های ویژه سلامت و ظرفیت بسیج جمعی منابع برای اهداف پیشگیرانه و درمانی — است که به درک محدود از پتانسیل‌های عملیاتی و کاربردی این مفهوم در حوزه سلامت انجامیده است. این پژوهش، با اتکا بر چارچوب نظری آبل و از طریق تحلیل چندبعدی بهره‌مندی سالمندان از سرمایه اجتماعی سلامت‌محور، شناخت جامع‌تری از تأثیرات آن بر ابعاد مختلف تندرستی ارائه می‌دهد و مبنایی روش‌شناختی نوین و متمایز برای طراحی و اجرای سیاست‌های مداخله‌ای مؤثر در جوامع رو به پیری فراهم می‌آورد.

## روش کار

روش‌شناسی پژوهش حاضر بر پایه‌ی رویکرد توصیفی-تحلیلی است. شیوه اجرای آن، پیمایشی و در قالب یک مطالعه‌ی مقطعی طراحی شده است. جامعه آماری شامل آن دسته از افراد ساکن در نواحی شهری شهر سقز (واقع در استان کردستان) بوده‌اند که در رده سنی ۶۰ سال و بالاتر قرار داشته‌اند. انتخاب این شهر به دلیل این است که

مثبت یافت شده است (۱۴، ۱۵).

سرمایه اجتماعی ساختاری (شبکه‌ها و حمایت اجتماعی) با سلامت خودارزیابی شده و عملکرد بهتر رابطه مثبت دارد (۱۶، ۱۷)، همچنین وجود شبکه اجتماعی ساختارمند با کاهش نرخ مرگ‌ومیر دارای رابطه مثبت است (۱۸). سرمایه اجتماعی به‌طور کلی سلامت خودارزیابی‌شده، فعالیت‌های روزمره زندگی، بیماری‌های مزمن و سلامت روان را بهبود می‌بخشد و قوی‌ترین اثر آن بر فعالیت‌های روزمره است (۱۹). از لحاظ بعد شناختی، این سرمایه علائم افسردگی و تنهایی را کاهش داده و امید به زندگی را افزایش می‌دهد (۲۰). از لحاظ بعد ساختاری نیز عمدتاً سلامت روان را تقویت می‌کند (۲۱). مکانیسم‌های اصلی تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت از منظر اغلب پژوهشگران متمرکز بر دو موضوع کلیدی است: کسب منابع و تنظیم روانی. سرمایه اجتماعی ساختاری افراد را به رفتارهای سالم و تبادل اطلاعات بهداشتی ترغیب می‌کند و سرمایه اجتماعی شناختی به‌عنوان حمایت عاطفی عمل کرده و آگاهی و پیشگیری از بیماری را ارتقا می‌دهد (۲۲).

در مجموع، با پیشرفت پژوهش‌های تجربی، مسیرهای تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت به تدریج شفاف‌تر شده‌اند و در چهار مسیر اصلی قابل تبیین هستند: الف) مسیر حمایت اجتماعی: از طریق حمایت‌های مادی و عاطفی (۲۳، ۲۴). ب) مسیر سبک زندگی: با ارتقای رفتارهای سلامت‌محور مانند رژیم غذایی، ورزش و خواب مناسب (۲۵). ج) مسیر انتشار اطلاعات: از طریق تسهیل انتقال اطلاعات و هنجارهای سالم در شبکه‌های اجتماعی (۲۶). د) مسیر یکپارچگی و کنترل اجتماعی: با تقویت کنترل اجتماعی غیررسمی و کارآمدی جمعی (۲۷).

گسترش روزافزون پژوهش‌ها در باب رابطه میان سرمایه اجتماعی و سلامت، بر اهمیت فزاینده این موضوع در مطالعات میان‌رشته‌ای علوم اجتماعی و سلامت عمومی دلالت دارد. با این وجود، بسیاری از تحقیقات پیشین با اتکا به شاخص‌های عام و رویکردهای تقلیل‌گرا، از کاوش عمیق و نظام‌مند ابعاد پیچیده و چندبعدی سرمایه اجتماعی در پیوند با سلامت غفلت ورزیده‌اند. این خلأ معرفتی، به‌ویژه در خصوص مفهوم «سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت» ضرورت بازنگری و توسعه چارچوب‌های نظری

طبق برآوردها، میانگین سالمندان این منطقه بیشتر از میانگین کشوری است و بر اساس مشاهدات پژوهشگر جمعیت سالمندان این منطقه با مسائل و مشکلات گسترده‌ای گریبانگیر هستند. حجم نمونه پژوهش بر اساس فرمول کوکران محاسبه و شامل ۳۸۴ نفر (۱۹۴ مرد و ۱۹۰ زن) تعیین شد. به منظور افزایش دقت و انطباق بیشتر نمونه با ویژگی‌های جامعه‌ی آماری، روش نمونه‌گیری این پژوهش به صورت ترکیبی از نمونه‌گیری خوشه‌ای و تصادفی ساده انجام گرفت. در گام نخست، کل شهر سقز به ۱۲ منطقه تقسیم‌بندی شد و از میان این مناطق، ۶ منطقه به‌عنوان خوشه‌های مورد مطالعه انتخاب گردیدند. در مرحله‌ی بعد، با توجه به بافت جمعیتی، تراکم و ویژگی‌های دموگرافیک هر منطقه، ۲ خیابان اصلی از هر خوشه به‌صورت هدفمند انتخاب شد. سپس، از هر خیابان اصلی، ۲ بلوک به‌شیوه‌ی تصادفی مشخص گردید و در نهایت، نمونه‌های نهایی به‌روش تصادفی از میان خانوارهای ساکن در این بلوک‌ها انتخاب شدند.

به منظور گردآوری داده‌های پژوهش، از پرسشنامه به‌عنوان ابزار اصلی جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد که در سه بخش اصلی طراحی و تدوین گردید. بخش اول: اطلاعات جمعیت‌شناختی و فردی. این بخش مشتمل بر سؤالاتی پیرامون ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و فردی شرکت‌کنندگان، از جمله: جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان، نوع سکونت، تعداد و نوع بیماری‌های جسمی و روانی و سوابق مداخلات جراحی بود. بخش دوم: پرسشنامه وضعیت سلامتی. در این پژوهش، برای سنجش وضعیت سلامتی سالمندان از پرسشنامه استاندارد «توصیف وضعیت سلامت سازمان بهداشت جهانی» که توسط خلیلی و همکاران به زبان فارسی ترجمه و اعتبارسنجی شده است، استفاده شد (۳۱). این ابزار در کل شامل ۱۰ سوال است که ۲ سوال آن با اهداف خاصی طراحی شده و در تحلیل نهایی حذف شده‌اند. ۸ سوال اصلی پرسشنامه شامل موارد زیر بودند: ۱. در طول ماه گذشته، چقدر تحرک شما با دشواری همراه بوده است؟ ۲. در طول ماه گذشته، چقدر در انجام کارهای شخصی و روزانه خود، مانند لباس پوشیدن و حمام کردن مشکل داشتید؟ ۳. در طول ماه گذشته، چقدر درد جسمانی

داشتید؟ ۴. در طول ماه گذشته، چقدر در تمرکز و یادآوری موضوعات مختلف مشکل داشتید؟ ۵. در طول ماه گذشته، چقدر در روابط فردی و مشارکت در جامعه مشکل داشتید؟ ۶. در طول ماه گذشته، چقدر احساس غمگینی یا افسردگی کردید؟ ۷. در طول ماه گذشته، چقدر در مسائل مربوط به خواب مانند به خواب رفتن، بیدار شدن‌های مکرر در طول شب یا بیدار شدن زود هنگام صبح مشکل داشتید؟ ۸. در طول ماه گذشته، چقدر در دیدن و شناختن شخصی آشنا که در حال عبور از خیابان بوده است (از فاصله حدود ۲۰ متری) مشکل داشتید؟ نحوه‌ی امتیازدهی به گویه‌های این ابزار بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (اصلاً، خفیف، متوسط، شدید، خیلی شدید)، صورت گرفته است. محدوده‌ی نمرات ابزار، از ۸ تا ۴۰ متغیر است و نقطه‌ی میانی آن، معادل ۲۴ در نظر گرفته شده است. از آن‌جا که در این ابزار، نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی شدت بیشتر مشکلات مرتبط با سلامت هستند، کسب امتیازات کمتر، بیانگر میزان درد و ناراحتی کمتر (وضعیت سلامت مطلوب) و کسب امتیازات بالاتر، بیانگر میزان درد و ناراحتی بیشتر (وضعیت سلامت نامطلوب) خواهد بود. نحوه اعتباریابی این ابزار بر پایه اعتبار محتوی انجام شده است که بررسی‌های موجود نشان دهنده اعتبار متناسب است. پایایی مقیاس بر اساس آلفای کرونباخ در مطالعه خلیلی و همکاران برابر با ۰/۷۴ بدست آمد (۳۱) در این مطالعه نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد.

بخش سوم: سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت. برای سنجش «سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت»، از پرسشنامه استاندارد میاموتو و همکاران استفاده شد (۳۲). این ابزار توسط قادری به فارسی ترجمه و اعتباریابی شده است (۳۳). ابزار حاضر بر مبنای تعریف از سرمایه اجتماعی زریش (۳۴) و اهداف مندرج در «منشور اوتاوا» برای ارتقای تندرستی در جوامع طراحی و تدوین شده است (۳۲). پرسشنامه مذکور از دو بُعد اصلی (محیط‌های حمایتی (زیرساخت‌های اجتماعی) و روابط اجتماعی (منابع تعبیه شده در شبکه‌های فردی)) تشکیل شده است. برای سنجش بعد محیط‌های حمایتی از ۶ گویه (نظیر: حمایت اجتماعی، میزان آشنایی و صمیمیت با دیگران، کنترل اجتماعی غیررسمی، اعتماد به همسایگان، اعتماد عمومی و احساس تعلق به محل) استفاده شده

## مهدی قادری

از آغاز گردآوری داده‌ها، رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از تمامی شرکت‌کنندگان اخذ گردید و در آن اهداف پژوهش، خطرات و مزایای احتمالی، محرمانگی اطلاعات و حق انصراف در هر مرحله بدون تبعات، توضیح داده شد. ملاحظات اخلاقی با رعایت کامل اصول اخلاقی (حفظ ناشناس ماندن و محرمانگی داده‌ها از طریق کدگذاری، و اجتناب از هرگونه اجبار) مد نظر قرار گرفت و پژوهش در کارگروه کمیته اخلاق دانشگاه پیام‌نور تأیید و با شناسه اخلاق IR.PNU.REC.1403.599 مصوب گردید و به اجرا درآمد.

### یافته‌ها

جدول شماره ۱ توزیع فراوانی سوابق و مشکلاتی سلامتی سالمندان را برحسب جنسیت آنها نشان می‌دهد. از مجموع ۳۸۴ فرد جمعیت نمونه ۵۱ درصد (۱۹۵ نفر) را مردان و ۴۹ درصد (۱۸۹ نفر) را زنان تشکیل داده‌اند. از لحاظ سوابق بیماری‌های جسمی ۱۹/۸ درصد (۷۶ نفر) از آنها فاقد بیماری حاد جسمی بوده‌اند که سهم زنان به نسبت مردان کمتر بوده است. در میان مردان وجود دو نوع بیماری جسمی (۱۲/۸) بیشترین فراگیری را داشته و در بین زنان سه نوع بیماری جسمی (۱۸/۲) بیشترین درصد را به خود اختصاص داده است. سابقه بیماری روانی نشان داد که در مجموع ۷۲/۷ درصد (۲۷۹ نفر) سالمندان فاقد ناراحتی‌های روانی بوده‌اند. ۲۷/۳ درصد (۱۰۵ نفر) از آنها نیز جزو کسانی بوده‌اند که از بیماری‌های روحی - روانی همچون (افسردگی، اضطراب و ...) رنج می‌برده‌اند که سهم سالمندان زن به مراتب بیشتر از مردان بوده است. از لحاظ سابقه مداخلات جراحی ۳۹/۶ درصد سالمندان سابقه هیچ نوع عمل جراحی را نداشته‌اند. ۱۲/۲ درصد دارای یک بار سابقه عمل جراحی، ۲۸/۵ درصد دو بار سابقه عمل جراحی، ۱۵/۴ درصد دارای سه بار سابقه عمل جراحی و ۷/۳ درصد نیز جزو کسانی بوده‌اند که چهار بار و بیشتر سابقه عمل جراحی را تجربه کرده‌اند. در مجموع، زنان به مراتب بیشتر از مردان در معرض انواع مداخلات جراحی قرار گرفته‌اند.

است. بعد روابط اجتماعی نیز بر اساس، ۶ گویه (مانند: فعالیت‌های جمعی و همگانی، مشارکت در فعالیت‌های همسایگی، مشارکت در فعالیت‌های تفریحی، نفوذ اجتماعی در زمینه سلامت جسمی، نفوذ اجتماعی در زمینه سلامت روان‌شناختی و نفوذ اجتماعی برای کسب دانش سلامت) سنجیده شده است. شیوه نمره-گذاری گویه‌ها بر حسب مقیاس چهار درجه ای لیکرت (اصلا، کم، تا حدی، زیاد) انجام شده است. حداقل نمره در هر بُعد ۶ و حداکثر نمره ۲۴ تعیین شده است. نمره کل سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت نیز در بازه ۱۲ تا ۴۸ و دامنه‌ی تغییرات آن ۳۶ است. نقطه میانی این طیف نیز ۳۰ در نظر گرفته شده است. کسب نمرات بالاتر به معنای بهره‌مندی بیشتر از سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت است و برعکس. نحوه اعتباریابی این ابزار بر پایه اعتبار محتوی انجام شد که بررسی‌های موجود نشان داد از اعتبار متناسبی بهره‌مند است. پایایی ابزار در داخل کشور بر اساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۷ بدست آمد (۳۳). در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۴ محاسبه شد.

برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. در مرحله اول، با به‌کارگیری روش‌های آماری توصیفی، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی (شامل حداقل، حداکثر، میانگین، واریانس و انحراف معیار) محاسبه شدند. در مرحله بعد، به‌منظور بررسی روابط بین متغیرها، از روش‌های آمار استنباطی و آزمون رگرسیون استفاده گردید. این رویکرد دوگانه، امکان تحلیل دقیق‌تر و جامع‌تر داده‌ها را فراهم کرد و به‌منظور تبیین روابط و ارائه نتایج معتبر و قابل تعمیم طراحی شد.

شرکت‌کنندگان پژوهش بر اساس معیارهای ورود شامل سالمندان ۶۰ سال و بالاتر ساکن نواحی شهری شهر سقز با ظرفیت شناختی کافی برای ارائه رضایت‌نامه آگاهانه و پاسخگویی به پرسش‌ها انتخاب شدند؛ معیارهای خروج نیز شامل افراد دارای اختلالات شناختی شدید، بیماری‌های حاد مانع مشارکت، یا عدم تمایل به همکاری بود. پیش

جدول ۱. توزیع فراوانی سوابق انواع بیماریها و مشکلات سلامت مشارکت کنندگان بر حسب جنسیت

کل	جنسیت		سوابق بیماری و انواع آن	
	زن	مرد	تعداد	نوع بیماری
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد	
۷۶ (۱۹/۸)	۳۱ (۸/۱)	۴۵ (۱۱/۷)	بدون بیماری	بیماری جسمی
۷۳ (۱۹)	۲۸ (۷/۳)	۴۵ (۱۱/۷)	یک نوع بیماری	
۹۷ (۲۵/۳)	۴۸ (۱۲/۵)	۴۹ (۱۲/۸)	دو نوع بیماری	
۱۱۲ (۲۹/۲)	۷۰ (۱۸/۲)	۴۲ (۱۰/۹)	سه نوع بیماری	
۱۸ (۴/۷)	۱۰ (۲/۶)	۸ (۲/۱)	چهار نوع بیماری	
۸ (۲)	۲ (۰/۵)	۶ (۱/۵)	پنج نوع بیماری و بیشتر	
۲۷۹ (۷۲/۷)	۱۲۷ (۳۳/۱)	۱۵۲ (۳۹/۶)	بدون بیماری	بیماری روانی
۵۵ (۱۴/۳)	۳۲ (۸/۳)	۲۳ (۶)	یک نوع بیماری	
۲۸ (۷/۳)	۱۷ (۴/۴)	۱۱ (۲/۹)	دو نوع بیماری	
۲۲ (۵/۷)	۱۳ (۳/۴)	۹ (۲/۳)	سه نوع بیماری	
۱۵۲ (۳۹/۶)	۱۵۹ (۱۵/۴)	۹۳ (۲۴/۲)	بدون عمل جراحی	
۴۷ (۱۲/۲)	۲۶ (۶/۸)	۲۱ (۵/۵)	یک بار عمل جراحی	
۹۸ (۲۸/۵)	۶۰ (۱۵/۶)	۳۸ (۹/۹)	دو بار عمل جراحی	عمل جراحی
۵۹ (۱۵/۴)	۲۹ (۷/۶)	۳۰ (۷/۸)	سه بار عمل جراحی	
۲۸ (۷/۳)	۱۵ (۳/۹)	۱۳ (۳/۴)	چهار بار و بیشتر	

مردان است. نتایج حاصل از آزمون t مستقل، تفاوت آماری معنادار بین دو گروه جنسی را تأیید کرد ( $p=۰/۰۰۰$ ). این یافته‌ها نشان می‌دهد که جنسیت نقش تعیین کننده‌ای در سطح سلامت و بروز مشکلات مرتبط با سلامتی در میان سالمندان را ایفا می‌کند. به‌طور خاص، زنان سالمند در مقایسه با مردان، از سطح سلامت پایین‌تری برخوردار بوده و به‌طور معناداری بیشتر در معرض انواع مسائل و مشکلات سلامتی قرار دارند.

میانگین نمرات شاخص کل وضعیت سلامتی در مردان  $۱۹/۷ \pm ۵/۹$  و در زنان  $۲۱/۹ \pm ۳/۲$  به دست آمد (جدول ۲). با توجه به اینکه نقطه میانی این مقیاس ۲۴ در نظر گرفته شده است، میانگین نمرات هر دو گروه جنسی در محدوده‌ی متوسط قرار دارد. از آنجایی که نمرات بالاتر در این شاخص نشان‌دهنده وخامت بیشتر وضعیت سلامتی است، میانگین نمرات زنان به‌طور معناداری بالاتر از مردان گزارش شد. با این حال، پراکندگی نمرات حول میانگین در مردان بیشتر از زنان بود، که بیانگر تنوع بیشتر در وضعیت سلامتی

جدول ۲. آزمون تفاوت میانگین وضعیت سلامتی سالمندان بر حسب جنسیت

شاخص سلامت	جنسیت	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون تی مستقل t	P
وضعیت سلامتی دامنه (۸ الی ۴۰)	مرد	۱۹/۷	۵/۹	-۴/۱	۰/۰۰۰
	زن	۲۱/۹	۴/۸		

نمرات زنان پایین‌تر از این حد بود. این تفاوت نشان می‌دهد که مردان از سطح بالاتری از سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت برخوردارند، اما زنان در این زمینه با محدودیت‌هایی مواجه هستند. بررسی ابعاد سرمایه اجتماعی (محیط‌های حمایتی و روابط اجتماعی)، نیز نشان داد که در

میانگین نمرات شاخص کل سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت در میان مردان برابر  $۲۱/۹ \pm ۳/۲$  و در میان زنان برابر  $۱۹/۷ \pm ۵/۹$  محاسبه شد (جدول ۳). با توجه به اینکه نقطه میانی این مقیاس ۳۰ در نظر گرفته شده است، میانگین نمرات مردان بالاتر از حد متوسط، در حالی که میانگین

### مهدی قادری

شاخص کل سرمایه اجتماعی و ابعاد آن بین دو گروه جنسی را تأیید کرد ( $p=0/000$ ). این یافته‌ها نشان می‌دهد که جنسیت نقش تعیین‌کننده‌ای در میزان دسترسی و بهره‌مندی سالمندان از ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی سلامت‌محور ایفا می‌کند.

هر دو بعد، مردان به‌طور معناداری از زنان پیشی گرفته‌اند. این یافته‌ها حاکی از آن است که مردان سالمند در مقایسه با زنان، از شبکه‌های حمایتی قوی‌تر و روابط اجتماعی گسترده‌تری بهره‌مند هستند. نتایج آزمون  $t$  مستقل نیز تفاوت معنادار آماری در میانگین نمرات بهره‌مندی از

**جدول ۳.** آزمون تفاوت میانگین وضعیت بهره‌مندی از سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت و ابعاد آن در میان سالمندان بر حسب جنسیت

سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت و ابعاد آن	جنسیت	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون تی مستقل t	P
محیط‌های حمایتی دامنه (۶ الی ۲۴)	مرد	۱۷	۳/۵	۴/۷	۰/۰۰
	زن	۱۵/۳	۳/۶		
روابط اجتماعی دامنه (۶ الی ۲۴)	مرد	۱۴/۹	۳/۴	۵/۱	۰/۰۰۰
	زن	۱۳/۳	۲/۴		
شاخص کل سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت دامنه (۱۲ الی ۴۸)	مرد	۳۱/۶	۶/۱	۵/۸	۰/۰۰۰
	زن	۲۸/۶	۴/۶		

می‌یابد و سطح تندرستی آنها بهبود می‌یابد. یعنی هرچه میزان بهره‌مندی سالمندان از سرمایه‌های اجتماعی سالم مطلوب‌تر باشد، میزان نارضایتی آنها نسبت به مشکلات سلامت کاهش یافته و تندرستی آنها افزایش می‌یابد. ضریب تعیین، تقریباً برابر با ( $R^2=0/408$ ) محاسبه شده است که بیانگر آن است که تقریباً ۴۰ درصد از تغییرات مشاهده شده در بهبود وضعیت سلامت و کاهش نارضایتی سالمندان از مشکلات سلامتی، توسط متغیر سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت تبیین می‌شود.

جدول ۴ ضریب رگرسیونی سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت سالمندان بر وضعیت سلامتی آنها را نشان می‌دهد. طبق نتایج، ضریب همبستگی سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت سالمندان و وضعیت سلامتی آنها برابر ( $R=0/638$ ) محاسبه شد که در سطح ( $p<0/01$ ) معنی‌دار است و بیانگر رابطه مستقیم و مثبت میان این دو متغیر است. بدین معنا که با افزایش سطح بهره‌مندی سالمندان از سرمایه‌های اجتماعی سالم و کارآمد، میزان نارضایتی آنها از مشکلات مرتبط با سلامت به‌طور معناداری کاهش

**جدول ۴.** ضریب رگرسیونی سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت و وضعیت سلامتی سالمندان

متغیر مستقل	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معناداری (Sig)
سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت	۰/۶۲۳	۰/۰۲۸	۰/۶۳۸	۱۶/۲	۰/۰۰۰
Constant (مقدار ثابت)	۳۹/۶	۱/۱۸۳	-----	۳۳/۵	۰/۰۰۰

$$R=0/638 \quad R2=0/408 \quad F=262/8 \quad sig=0/000$$

$$\text{وضعیت سلامتی} = 39/6 + (0/623) \times \text{سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت}$$

تحلیل داده‌ها حاکی از تفاوت معنادار آماری در شاخص‌های سلامت بین سالمندان مرد و زن است. این نتایج با یافته‌های مطالعات پیشین که جنسیت را عاملی ساختاری و مؤثر در نابرابری‌های سلامت می‌دانند، همسو است (۳۵،۳۷). به‌طور خاص، زنان سالمند در این پژوهش از وضعیت سلامت نامطلوب‌تری نسبت به مردان برخوردار بودند و بیماری‌ها بیشتری را تجربه کرده‌اند. این شکاف صرفاً برآمده از تفاوت‌های بیولوژیک نبوده، بلکه ریشه در

بر اساس معادله رگرسیونی ارائه‌شده، در شرایطی که متغیر سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت کنترل شود، نمره سالمندان در رابطه با وضعیت سلامتی برابر با ۳۹/۶ است. همچنین، به ازای یک واحد افزایش در سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت، ۰/۶۲۳ واحد افزایش در بهبود وضعیت سلامتی سالمندان حاصل می‌گردد.

### بحث

افزایش تاب‌آوری در مواجهه با چالش‌های سالمندی، نهایتاً به بهبود کیفیت زندگی این گروه کمک می‌کنند.

### نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تبیین و سنجش تأثیر «سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت» بر وضعیت سلامتی سالمندان ساکن شهر سقز، به‌عنوان مطالعه‌ای میان‌رشته‌ای در حوزه علوم اجتماعی و سلامت عمومی، به واکاوی رابطه‌ای پیچیده و چندوجهی میان این دو متغیر پرداخت و بر دو یافته محوری در این زمینه تأکید دارد. نخست، تأثیر مثبت و معنادار سرمایه اجتماعی در ابعاد حمایتی و شبکه‌های ارتباطی بر ارتقای شاخص‌های سلامت سالمندان است. این امر مؤید آن است که قوت پیوندهای اجتماعی و دسترسی به محیط‌های حامی سلامت، به‌عنوان عاملی تعیین‌کننده، در بهبود کیفیت زندگی این گروه نقش ایفا می‌کند. دوم، وجود نابرابری ساختاری جنسیتی در توزیع و بهره‌مندی از این نوع سرمایه است؛ به‌گونه‌ای که زنان سالمند، تحت تأثیر محدودیت‌های نهادی و فرهنگی، از دسترسی کم‌تری به منابع سلامت‌محور اجتماعی برخوردار بوده و در نتیجه، بار بیشتری از محرومیت سلامت را متحمل می‌شوند.

از محدودیت‌های این مطالعه، تمرکز بر یک بافت جغرافیایی خاص و اتکا به روش پیمایش مقطعی است که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در راستای تکمیل و تعمیق این یافته‌ها، مطالعات آتی می‌توانند با به‌کارگیری طرح‌های ترکیبی (کیفی-کمی)، بررسی‌های تطبیقی در چندین منطقه، و نیز طراحی مطالعات طولی، به تحلیل پویایی این روابط در بسترهای مختلف اجتماعی-فرهنگی بپردازند. همچنین، واکاوی نقش متغیرهای واسطه و تعدیل‌گر اقتصادی-اجتماعی و سیاستی در این رابطه، می‌تواند به ترسیم تصویری جامع‌تر از مکانیزم‌های اثرگذار کمک نماید.

در عرصه‌ی سیاست‌گذاری و عمل، نتایج این پژوهش لزوم توجه به «عدالت جنسیتی در سلامت» و «تقویت زیرساخت‌های اجتماعی سلامت‌بخش» را به‌ویژه برای گروه‌های در معرض آسیب، خاطر نشان می‌سازد. طراحی و اجرای برنامه‌های هدفمند برای تسهیل دسترسی زنان سالمند به شبکه‌های حمایتی، تقنین و اجرای سیاست‌های فراگیر برای کاهش موانع ساختاری، و ترویج محیط‌های اجتماعی تسهیل‌گر سلامت، از جمله اقداماتی است که

نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی دارد، به طوریکه زنان را در موقعیت‌های فرودست‌تر و آسیب‌پذیرتری قرار می‌دهد و دسترسی آنان به منابع سلامت، مراقبت‌های بهداشتی و امکانات درمانی را محدود ساخته و به‌طور سیستماتیک بر کیفیت زندگی آنان تأثیر منفی می‌گذارد. در حوزه سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت (شامل ابعاد محیط‌های حمایتی و روابط اجتماعی)، شکاف جنسیتی معناداری در دسترسی و بهره‌مندی از منابع مشاهده شد. مردان، عمدتاً به دلیل موقعیت اجتماعی غالب و فرصت‌های ساختاری بیشتر، از تعاملات و حمایت‌های اجتماعی گسترده‌تری برخوردار بودند. در مقابل، زنان با محدودیت‌های ساختاری و فرهنگی در عرصه عمومی مواجه‌اند که دسترسی آنان به شبکه‌ها و اطلاعات سلامت‌محور را کاهش می‌دهد. این وضعیت، بازتابی از ساختارهای اجتماعی است که در آن، نقش‌های جنسیتی سنتی و نابرابری‌های اقتصادی، زنان سالمند را در معرض محرومیت ساختاری بیشتر قرار داده و چرخه معیوبی ایجاد می‌کند؛ چرخه‌ای که با محرومیت از سرمایه اجتماعی سلامت‌محور، پیامدهایی مانند افزایش خطر بیماری‌های مزمن، کاهش کیفیت زندگی و انزوای اجتماعی را به دنبال دارد.

مطالعات پیشین نشان داده‌اند سرمایه اجتماعی از طریق ارائه حمایت‌های مادی و عاطفی به ارتقای سلامت جسمی و روانی کمک می‌کند (۲۳، ۲۴). با ترویج رفتارهای سالم مانند فعالیت بدنی و تغذیه مناسب، سلامت خودارزیابی شده را بهبود می‌بخشد و به کاهش سطح افسردگی و افزایش رفاه روانشناختی می‌انجامد (۲۵). از طرف دیگر، سرمایه اجتماعی از طریق نشر اطلاعات و هنجارهای بهداشتی در شبکه‌های اجتماعی، بر رفتار سلامت‌محور تأثیر می‌گذارد (۲۶). همچنین، بر اساس رویکرد آبل، این شکل از سرمایه اجتماعی می‌تواند ظرفیت جمعی برای بسیج منابع و ترغیب سیاست‌گذاران به تخصیص بهینه امکانات در جهت اهداف سلامت عمومی را فراهم آورد (۲۸). مطابق با این چارچوب، یافته‌های پژوهش حاضر نیز مؤید آن است که محیط‌های حمایتی و روابط اجتماعی، به‌عنوان ابعاد محوری سرمایه اجتماعی مرتبط با سلامت، بستری برای شکل‌گیری شبکه‌های ارتباطی سالم و تبادل اطلاعات فراهم می‌آورند که در پیشگیری و کنترل بیماری‌ها نقشی کلیدی ایفا می‌کنند. این منابع با کاهش استرس و انزوای اجتماعی و

## سیاسگزاری

نویسنده مراتب تقدیر و تشکر خود را از هیات مدیره محترم بنیاد فرزنانگان شهرستان سقز، پرسشگران محترم و همراهی سالمندان عزیز در انجام پژوهش حاضر را اعلام می‌دارد.

## تعارض منافع

در این مقاله هیچ نوع تعارض منافع وجود ندارد.

می‌تواند به کاهش نابرابری‌های سلامت و ارتقای سرمایه اجتماعی در میان سالمندان بینجامد.

## ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر برگرفته از طرح پژوهشی با عنوان «مطالعه وضعیت سلامتی سالمندان و اثرات سرمایه‌های سلامت محور بر ارتقاء آن (مورد مطالعه: سالمندان شهر سقز)» است که در دانشگاه پیام نور استان کردستان به تصویب رسیده و با حمایت مالی بنیاد فرزنانگان شهرستان سقز انجام شده است.

## References

- Khan HT, Addo KM, Findlay H. Public health challenges and responses to the growing ageing populations. *Public Health Challenges*. 2024;3(3):e213. <https://doi.org/10.1002/puh2.213>
- Cain CL, Wallace SP, Ponce NA. Helpfulness, trust, and safety of neighborhoods: Social capital, household income, and self-reported health of older adults. *The Gerontologist*. 2018;58(1):4-14. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx145>
- Cockerham WC. *Medical Sociology on the move*: Springer; 2015. <https://doi.org/10.4324/9781315663562>
- Eriksson M. Social capital, health and community action: implications for health promotion [Doctoral dissertation]. Umeå: Umeå university; 2010. <https://doi.org/10.3402/gha.v4i0.5611>
- Carpiano RM. Neighborhood social capital and adult health: An empirical test of a Bourdieu-based model. *Health & place*. 2007;13(3):639-55. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2006.09.001>
- De Silva MJ, McKenzie K, Harpham T, Huttly SR. Social capital and mental illness: a systematic review. *Journal of epidemiology & community health*. 2005;59(8):619-27. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.029678>
- Kawachi I. Commentary: social capital and health: making the connections one step at a time. *International journal of Epidemiology*. 2006;35(4):989-93. <https://doi.org/10.1093/ije/dyl117>
- Coleman JS. Social capital in the creation of human capital. *American journal of sociology*. 1988;94:S95-S120. <https://doi.org/10.1086/228943>
- Putnam RD. *Bowling alone: The collapse and revival of American community*: Simon and schuster; 2000. <https://doi.org/10.1145/358916.361990>
- Hao C, Guo D, Ren H, Wang X, Qiao Y, Qiu L. The relationship between social capital and health from a configuration perspective: an evidence from China. *BMC Public Health*. 2023;23(1):1611. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16547-1>
- Putnam RD, Nanetti RY, Leonardi R. *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*. 1994. <https://doi.org/10.1515/9781400820740>
- Alipour M, Salehabadi R, Akrami R, Ganjloo J. The relationship between social capital and successful aging in the elderly community of Sabzevar, 2019-2020. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2020;27(4):542-7.
- Sharifi A, Bakhtiarpour S, Naderi F, Askari P. Testing and comparing the causal relationship between spiritual and social capital and depression with the mediating role of death anxiety in the elderly with and without spouse. *Iranian Journal of Ageing*. 2022;17(1):108-23. <https://doi.org/10.32598/sija.2021.3174.1>
- Dauner KN, Wilmot NA, Schultz JF. Investigating the temporal relationship between individual-level social capital and health in fragile families. *BMC Public Health*. 2015;15:1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2437-3>
- Ichida Y, Kondo K, Hirai H, Hanibuchi T, Yoshikawa G, Murata C. Social capital, income inequality and self-rated health in Chita peninsula, Japan: a multilevel analysis of older people in 25 communities. *Social science & medicine*. 2009;69(4):489-99. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.006>
- Pollack CE, Von dem Knesebeck O. Social capital and health among the aged: comparisons between the United States and Germany. *Health & place*. 2004;10(4):383-91. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2004.08.008>
- Li Q, Zhou X, Ma S, Jiang M, Li L. The effect of migration on social capital and depression

- among older adults in China. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2017;52:1513-22. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1439-0>
18. Brinkhues S, Dukers-Muijers NH, Hoebe CJ, Van Der Kallen CJ, Dagnelie PC, Koester A, et al. Socially isolated individuals are more prone to have newly diagnosed and prevalent type 2 diabetes mellitus-the Maastricht study-. *BMC Public Health*. 2017;17:1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4948-6>
  19. Cao J, Rammohan A. Social capital and healthy ageing in Indonesia. *BMC Public Health*. 2016;16:631. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3257-9>
  20. Flores EC, Fuhr DC, Bayer AM, Lescano AG, Thorogood N, Simms V. Mental health impact of social capital interventions: a systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2018;53:107-19. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1469-7>
  21. Murayama H, Nishi M, Matsuo E, Nofuji Y, Shimizu Y, Taniguchi Y, et al. Do bonding and bridging social capital affect self-rated health, depressive mood and cognitive decline in older Japanese? A prospective cohort study. *Social Science & Medicine*. 2013;98:247-52. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.026>
  22. Chuang Y-C, Huang Y-L, Tseng K-C, Yen C-H, Yang L-h. Social capital and health-protective behavior intentions in an influenza pandemic. *PloS one*. 2015;10(4):e0122970. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122970>
  23. Webster NJ, Antonucci TC, Ajrouch KJ, Abdulrahim S. Social networks and health among older adults in Lebanon: The mediating role of support and trust. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2015;70(1):155-66. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu149>
  24. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social science & medicine*. 2000;51(6):843-57. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4)
  25. Boen F, Pelssers J, Scheerder J, Vanbeselaere N, Vos S, Hurkmans E, et al. Does social capital benefit older adults' health and well-being? The mediating role of physical activity. *Journal of Aging and Health*. 2020;32(7-8):688-97. <https://doi.org/10.1177/0898264319848638>
  26. Xu P, Jiang J. Individual capital structure and health behaviors among Chinese middle-aged and older adults: A cross-sectional analysis using Bourdieu's theory of capitals. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(20):7369. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207369>
  27. Zhou J, Zhu L, Zhang J. Social integration and health among young migrants in China: mediated by social mentality and moderated by gender. *Frontiers in Psychology*. 2022;13:863443. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.863443>
  28. Abel T. Cultural capital in health promotion. In: Steger F, Moser A, eds. *Health and modernity: a comparative view on the development of well-being and medicine, 1850-1950*. New York: Springer; 2007:119-33.
  29. Hawe P, Shiell A. Social capital and health promotion: a review. *Social science & medicine*. 2000;51(6):871-85. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00067-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00067-8)
  30. Edmondson R. Social capital: a strategy for enhancing health? *Social science & medicine*. 2003;57(9):1723-33. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00011-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00011-X)
  31. Khalili F, Nejat S, Baygi V, Yadegarfar G, Yazdani K, Kazem M. Persian Version of World Health Surveys Individual Questionnaire: A Validation Study. *Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran*. 2016;34(3):201-8.
  32. Miyamoto K, Iwakuma M, Nakayama T. Social capital and health: implication for health promotion by lay citizens in Japan. *Global Health Promotion*. 2015;22(4):5-19. <https://doi.org/10.1177/1757975914547547>
  33. Ghaderi M, Maleki A, Ahmadnia S. From Bourdieu's Cultural Capital to Abel's Health-Related Cultural Capital: Applying New Indicators for Explaining Healthy Lifestyle. *Social Welfare*. 2016;16(62):9-58.
  34. Ziersch AM. Health implications of access to social capital: findings from an Australian study. *Social science & medicine*. 2005;61(10):2119-31. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.01.015>
  35. Kiely KM, Brady B, Byles J. Gender, mental health and ageing. *Maturitas*. 2019;129:76-84. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.09.004>
  36. Bani Fatemeh H, Alizadeh Aghdam MB, Shaham Far J, Abdi B. Gender and health: The analyzing of the gender role on health inequalities. *Two Quarterly Journal of Contemporary Sociological Research*. 2014;3(4):1-29.
  37. Ghasemi S, Delavaran A, Karimi Zarchi M. A comparative study of the total index of mental health in males and females through meta-analysis method. *Quarterly of Educational Measurement*. 2012;3(10):159-75.