



## رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان (مورد مطالعه؛ معلمان زن شهرستان آبدانان)

غلامرضا قاسم نژاد<sup>۱</sup>، جابر مولایی<sup>۲</sup> و معصومه باقری<sup>۳</sup>

۱. عضو هیئت علمی و مربی گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور Ghasemnezhadreza@yahoo.com

۲. عضو هیئت علمی و مربی گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور نویسنده مسئول: jabermolaii@gmail.com

۳. عضو هیئت علمی و دانشیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز m.bagheri@scu.ac.ir

### چکیده

**زمینه و هدف:** سلامت یکی از مفاهیم محوری توسعه پایدار است و فرآیند توسعه بدون توجه به سلامت، ناممکن است. هدف این پژوهش، بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان معلمان زن شهرستان آبدانان است. **روش:** تحقیق حاضر از نظر هدف و ماهیت، کاربردی و روش اجرای آن، پیمایشی است. برای آزمون فرضیه‌ها، پرسش‌نامه‌ها بین همه جمعیت ۴۰۰ نفری معلمان زن مقطع ابتدایی شهرستان آبدانان توزیع شد. اعتبار پژوهش از نوع صوری است و روایی آن از طریق آلفای کرونباخ محاسبه شده است. **یافته‌ها:** میزان سلامت روان معلمان زن آبدانان در سطح متوسط است و بین متغیرهای سرمایه اجتماعی و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد. یافته‌های به دست آمده در سطح تحلیل رگرسیونی نشان داده‌اند که متغیرهای مستقل، در مجموع ۵۵ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌کنند. **نتیجه‌گیری:** با افزایش سرمایه‌های اجتماعی در میان معلمان زن، سلامت روان آن‌ها نیز افزایش می‌یابد. لذا با تلاش برای بهبود و گسترش سرمایه‌های اجتماعی و جلوگیری از فرسایش آن‌ها، می‌توان سلامت روان آن‌ها را بهبود بخشید. **کلید واژه‌ها:** سلامت روان، سرمایه اجتماعی، اعتماد، معلمان زن، شهرستان آبدانان.

◀ **استناد (به شیوه APA ویرایش ۶):** قاسم‌نژاد، غلامرضا؛ مولایی، جابر؛ باقری، معصومه (بهار و تابستان ۱۳۹۷). رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان (مورد مطالعه؛ معلمان زن شهرستان آبدانان). *دوفصلنامه پژوهش‌های انتظامی-اجتماعی زنان و خانواده*، ۶(۱)، ۶۷-۸۰.

## مقدمه

سلامت یکی از مفاهیم محوری توسعه پایدار است و فرآیند توسعه بدون توجه به سلامت، ناممکن است و بیش از ملاحظات پزشکی، به عوامل اجتماعی و اقتصادی وابسته است. قرن بیستم بیش از تمام تاریخ بشریت، دستخوش دگرگونی شیوه‌های زندگی و روابط اجتماعی و مسائل اقتصادی بوده است. تلاش برای صنعتی شدن و گسترش شهرنشینی و زندگی مکانیزه‌ای که لازمه آن قبول شیوه‌های نوین زندگی است، اثر معکوسی بر سلامت انسان گذاشته و در زمینه سلامت، ابعاد دیگری را مشخص کرده است که یکی از آن‌ها، سلامت روان افراد جامعه است (کامران و ارشادی، ۱۳۸۸، ص ۳۱). «کارل مننجر» سلامت روان را عبارت از حداکثر سازش ممکن فرد با جهان اطرافش می‌داند؛ به طوری که باعث شادی و برداشت کاملاً مفید و مؤثر شود (شجاع، نبوی، کسانی و باقری یزدی، ۱۳۹۰، ص ۶۱). بنا به پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی، طی بیست سال آینده، افسردگی شایع‌ترین بیماری جهان خواهد شد؛ کنایه در این است که ظاهراً این پیامد مدرنیته، جزء ناراحتی و امراضی هستند که پزشکی متعارف برای آن‌ها، با بیش‌ترین دشواری‌ها و معضلات روبه‌رو است. دنیای امروزی که با سرعت در حال دگرگونی است، مخاطره‌ها و چالش‌های نوینی در بردارد که می‌توانند بر بدن و سلامتی ما اثر بگذارد، اما این دنیا فرصت‌ها و امکان‌هایی را هم به ارمغان می‌آورد که انسان بتواند درباره چگونگی زیستن در جریان زندگی‌های روزمره و مراقبت از سلامتی، تصمیم‌ها و انتخاب‌هایی داشته باشد (گیدنز، ۱۳۸۰، صص ۲۱۱-۲۱۲). مطالعات زیادی در کشورهای مختلف، رابطه قوی و مثبتی بین سرمایه اجتماعی (پیوند نزدیک فرد با خانواده و دوستان) و سلامتی را ثابت کرده است. حتی با کنترل اثر فقر، وجوه روابط اجتماعی گسترده بر سلامت فرد اثر دارد (گروه مؤلفان، ۱۳۸۶، ص ۸۰). پاتنام<sup>۱</sup> بین سرمایه اجتماعی و بهداشت، ارتباط برقرار می‌کند و عنوان می‌کند شبکه‌های اجتماعی و تعاملات اجتماعی مساعدت مادی ملموسی را فراهم می‌کنند و باعث کاهش اضطراب می‌شوند، هنجارهای بهداشت را تقویت می‌کنند، بهتر می‌توانند برای استفاده از خدمات درمانی اعمال نفوذ کنند و سرانجام می‌تواند به تحریک یک سیستم ایمنی بدن کمک کند (فیلد، ۱۳۸۸، ص ۹۷). پژوهش‌های انجام شده درباره سلامت روانی در ایران نشان می‌دهند شیوع اختلالات روانی در میان معلمان به نسبت زیاد است (کیانفر و خردمند، ۱۳۷۷؛ محمدی و دیگران، ۱۳۸۷؛ بیانی، کوچکی و کوچکی، ۱۳۸۶ و آراسته، ۱۳۸۶). در شرایط اختلال رابطه‌ای، احترام متقابل اجتماعی و انعطاف اجتماعی کاهش می‌یابد. این اختلال، استحکام اجتماع را خدشه‌دار می‌کند و آسیب‌پذیری فردی را افزایش می‌دهد؛ زیرا اختلال رابطه‌ای می‌تواند به انزوای اجتماعی، یأس، احساس عجز و انفعال‌گرایی منجر شود (چلبی، ۱۳۷۵، ص ۱۴۷). شاپان ذکر است که اعتماد به مثابه سرمایه اجتماعی بسیار اساسی بوده و پایه نظام سیاسی و ساختار اجتماعی را تشکیل می‌دهد.

1. Putnam

اعتماد، جوهره و اساس روابط اجتماعی است که تأثیرات قابل توجهی بر سلامت روان دارد. ریشه اعتماد، وثوق و اطمینان به اشخاص صالح و معتبر است که معمولاً حاصل نخستین تجربه‌های فرد در زندگی است. از این رو، اعتماد، اضطراب را کاهش داده و نوعی احساس و نظم در رویدادها و امنیت وجودی را در فرد به وجود می‌آورد (گیدنز، ۱۳۸۰، ص ۱۲). دویال<sup>۱</sup> معتقد است در دنیایی که در حال پیشرفت است، زنان بیش‌تر از مردان عمر می‌کنند؛ اما بیمارترند و عجز و ناتوانی بیش‌تری را تجربه می‌کنند. میزان ابتلا به بیماری نیز در بین زنان مخصوصاً در اواخر عمر، بیش از مردان است. زنان بیش‌تر به دنبال دارو و درمان می‌روند و بیش از مردان، بیماری خود را گزارش می‌کنند. در کشورهای صنعتی، زنان دو برابر مردان اظهار کرده‌اند که اضطراب و افسردگی دارند (گیدنز، ۱۳۸۸، ص ۲۱۷). این که زنان نیمی از وزن جمعیتی جامعه را به خود اختصاص داده‌اند و کشور ایران هم در حال توسعه و ترقی است، بنابراین پرداختن به مسائل معلمان زن به عنوان سرمایه‌های اجتماعی و انسانی، از ضروری‌ترین نیازهای جامعه امروز است. مشارکت و حضور زنان در بخش‌های گوناگون جامعه، این ضرورت را بیش از پیش بر ما آشکار می‌سازد (مولایی و یوسف وند، ۱۳۹۳، ص ۳۶). یکی از شهرستان‌های استان ایلام، آبدانان است. بخش‌های از جامعه هنوز تحت تأثیر نگرش‌هایی مانند نابرابری جنسیتی، پدربسالاری و نگاه جنسیتی در بین افراد است؛ البته تغییرهای فرهنگی ایجاد شده در سال‌های اخیر ناشی از افزایش مراکز آموزش عالی، دسترسی به برنامه‌های تلویزیونی، افزایش شبکه‌های ارتباطی و نیز استفاده گسترده از اینترنت است که بسیاری از افراد، نگرش‌های متفاوتی نسبت به زنان پیدا کرده‌اند. با این حال، نگاه‌های جنسیتی در بخش‌های مختلف فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی جامعه مشاهده می‌شود. معلمان زن شهرستان آبدانان، «با زحمت دوگانه» انجام وظایف شغلی و ضرورت انجام کارهای خانه روبه‌رو هستند و با توجه به این مطالبه‌ها که معلمان زن هم‌پایه‌های شکل‌گیری یک خانواده سالم باید باشند و هم نقش انکارناپذیری در حفظ سلامت دانش‌آموزان دارند، بنابراین این عوامل می‌توانند در کاهش سلامت روان زنان معلم، نقش اساسی داشته باشند و در راستای این موضوع نیز در جامعه مورد مطالعه، تحقیقی انجام نشده است. بنابراین، پژوهش حاضر قصد دارد به بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان در بین معلمان شهرستان آبدانان بپردازد و اهداف جزئی آن پاسخ به این سؤال‌ها است: وضعیت سلامت روانی معلمان زن شهرستان آبدانان چگونه است؟ آیا سرمایه اجتماعی با سلامت روانی معلمان زن ارتباط دارد؟ کدام بُعد از سرمایه اجتماعی، در تبیین سلامت روانی معلمان زن نقش غالب دارد؟

مولایی (۱۳۹۶)، پژوهشی با عنوان «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در استان ایلام» در دو شهرستان دهلران و آبدانان به روش پیمایشی انجام داده است که نتایج آن نشان داد متغیرهای دینداری، شبکه اجتماعی، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی به ترتیب بیش‌ترین

1. Doyal



رابطه و اثر را در سلامت اجتماعی داشتند. صابری فر (۱۳۹۴)، مطالعه‌ای در مورد «بررسی اثر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان در بین شهروندان شهر مشهد» انجام داده است. براساس نتایج، به جز مؤلفه‌های اعتماد اجتماعی و روابط انجمنی سرمایه اجتماعی، سایر ابعاد سرمایه اجتماعی با سلامت روان رابطه معنادار داشته‌اند. آرا، حقیقتیان و بابایی شهرکی (۱۳۹۳)، مطالعه‌ای در مورد «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین شهروندان شهرکردی» انجام داده‌اند. نتایج این پژوهش نشان داد که بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان، رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. رضوی زاده، نوغانی و یوسفی (۱۳۹۱) در مورد «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد» نشان داد متغیرهای اعتماد، حمایت اجتماعی، روابط اجتماعی و عزت نفس موجب کاهش اضطراب و افسردگی شدید شده‌اند. سیدان و عبدالصمدی (۱۳۹۰) در پژوهشی تحت عنوان «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در میان زنان و مردان شاغل در آموزشکده‌های فنی و حرفه‌ای آموزش و پرورش استان تهران» با استفاده از روش پیمایشی به این نتیجه رسیدند که روابط معنادار و همبستگی بین متغیر سرمایه اجتماعی و شاخص‌های آن شامل مشارکت اجتماعی، شبکه حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، اعتماد شخصی، اعتماد تعمیم‌یافته با سلامت روان وجود دارد. همچنین، نتایج تحقیق نشان داد که متغیرهای مشارکت اجتماعی، حمایت اجتماعی، اعتماد شخصی، اعتماد تعمیم‌یافته، جنس و سن، بیش‌ترین قدرت تبیین پراکنش سلامت روان را داشته است و سرمایه اجتماعی و سلامت روان در میان مردان و زنان متفاوت بوده است. به‌طور کلی، سرمایه اجتماعی بر سلامت آن‌ها تأثیرهای متفاوت داشته است. منگ و چن<sup>۱</sup> (۲۰۱۴)، مطالعه‌ای درباره سلامت شهریان و روستاییان چینی انجام داده‌اند. نتایج نشان داده است که افراد در مناطق با سطح بالای اعتماد، از سلامتی بیشتری برخوردارند؛ بدین ترتیب، در مناطق با سطح پایین اعتماد، وضعیت سلامتی کاملاً معکوس است.

هان و لی<sup>۲</sup> (۲۰۱۲) در پژوهشی با عنوان «تجزیه و تحلیل چند سطحی از سرمایه اجتماعی و سلامتی خودگزارشی شده در سؤال کره جنوبی»، به این نتایج رسیده‌اند که سن به‌طور مستقیم با سرمایه اجتماعی و سلامت روان ارتباط دارد و رابطه جنسی با سلامت روان از طریق سرمایه اجتماعی به‌طور غیرمستقیم مرتبط است. همچنین، سرمایه اجتماعی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم با سلامت روان رابطه داشته است. هیروشی، یوشینوری و یچیرو<sup>۳</sup> (۲۰۱۲) در پژوهشی با عنوان «بررسی تحلیلی رابطه‌ای سرمایه اجتماعی و سلامت؛ بازبینی مطالعات چند سطحی آینده»، به این نتیجه رسیده‌اند که سرمایه اجتماعی بر سلامت افراد تأثیرگذار است. ایلگار<sup>۴</sup> (۲۰۱۱)، به بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی با نرخ سلامت فردی در نمونه متنوعی از کشورهای

1. Menng & Chen

2. Han & Lee

3. Hirosh, Yoshinori & Ichiro

4. Elgar

ثروتمند و در حال توسعه پرداخت و تحلیل نتایج، ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامتی را در کشورها نشان می‌دهد و دلالت بر این دارد که مزایای سرمایه اجتماعی در بین زنان، از مردان بیش‌تر است. هامانو و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) در پژوهشی با استفاده از رویکردی چند سطحی به بررسی «رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان» پرداخته‌اند. محققان دریافته‌اند که هر دو نوع سرمایه اجتماعی شناختی و ساختاری در سطح محله می‌توانند بر سلامت روان تأثیرگذار باشند. به علاوه، در یافته‌های پژوهش نشان دادند که با کنترل اثر عوامل مداخله‌گری همچون سن، جنس، درآمد خانوار و آموزش، هم‌چنان رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان معنادار است. بررسی و جمع‌بندی پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که:

اکثر پژوهش‌های انجام‌شده در داخل کشور در زمینه سلامت روان، با نگاهی روان‌شناختی یا پزشکی و بنا بر ماهیت این رشته‌های علمی صورت گرفته است. بنابراین، پژوهش‌های اندکی با نگاه جامعه‌شناختی به بررسی رابطه عوامل اجتماعی و از جمله سرمایه اجتماعی بر سلامت روان در کشور پرداخته‌اند و نیاز به پژوهش‌های بیش‌تر در این زمینه کاملاً احساس می‌شود. در پژوهش‌های داخلی، پژوهشگران به اثر سرمایه اجتماعی به مثابه یک سازه کل پرداخته‌اند و کم‌تر پژوهشی بر شناسایی اثر تفکیکی هر یک از ابعاد و مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی (نظیر اعتماد، مشارکت و غیره) متمرکز شده است. پژوهش‌های مهمی در زمینه رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در خارج از کشور انجام شده است، اما با توجه به تفاوت‌های آشکار در فضای فرهنگی و اجتماعی ایران با آن کشورها، نتایج این دسته از پژوهش‌ها را نمی‌توان به‌طور کامل در کشور به کار گرفت. در یک جمع‌بندی کلی، می‌توان گفت که جستجو در میان پایگاه‌های علمی معتبر داخلی و خارجی نشان می‌دهد پژوهشی درباره رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین معلمان زن انجام نشده است و این پژوهش جدید و تقریباً جامع است.

در سال‌های اخیر، یکی از مفاهیم بسیار مهمی که جامعه‌شناسان معاصر برای کمیت و کیفیت روابط اجتماعی در جامعه از آن استفاده کرده‌اند، سرمایه اجتماعی و نقش آن در سلامت روان افراد در سطوح مختلف است. این مفهوم در مباحث توسعه نیز مطرح شده است. از آنجایی که هیچ نظریه‌ای وجود ندارد که بتواند به‌طور جامع، رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان را تبیین کند، در این پژوهش از ترکیب نظریه‌های اندیشمندان به‌عنوان پشتوانه نظری تحقیق استفاده کرده‌ایم.

درست به همانگونه که سرمایه‌های مالی شخص به شکل پول در بانک را می‌توان به عنوان منبعی در نظر گرفت که فرد را در برابر چالش‌های مادی محافظت می‌کند، سرمایه اجتماعی نیز مردم را در برابر تهدیدهای حیاتی مورد محافظت قرار می‌دهد (آرمسترانگ، ۱۳۸۷، ص ۱۱۳). رابطه محکمی میان سرمایه اجتماعی و اندازه‌های سلامت نظیر میزان مرگ و میر وجود داد (کاوچی و همکاران، ۱۹۹۷، ص ۱۱۹۳).



کولن<sup>۱</sup> و ایتفورد<sup>۲</sup>، نقش سرمایه اجتماعی را در بهبود سلامت روانی مورد بررسی قرار داده‌اند و معتقدند که سرمایه اجتماعی به شیوه‌های مختلف بر سلامت افراد در جامعه تأثیر می‌گذارد:

۱- رفتارهای مربوط به سلامت: سرمایه اجتماعی موجب می‌شود که اطلاعات درست، رفتارهای پیشگیرانه یا ابتکاری مربوط به سلامت در میان مردم به سرعت بیش‌تری رواج یابد و نسبت به رفتار انحرافی چون سیگار، مواد مخدر و مشروبات الکلی نظارت جدی‌تری اعمال شود.

۲- دسترسی به خدمات و امکانات رفاهی: جوامعی که دارای میزان همبستگی بالا هستند، توانایی بیش‌تری برای دسترسی به خدمات و امکانات رفاهی مرتبط با سلامت چون کلینیک‌های بهداشتی، بازسازی مراکز رفاهی و غیره دارند.

۳- فرآیندهای روانی - اجتماعی: این فرآیندها با سرمایه اجتماعی شناختی در ارتباط هستند و از کنش متقابل میان افراد یک جامعه ناشی می‌شوند. میزان بالای سرمایه اجتماعی بر فرایندهای روانی اجتماعی فرد که نیاز به رویارویی با فشارهای روانی و حمایت در مقابل بیماری دارد مفید است. علاوه بر این، سرمایه اجتماعی به وسیله فراهم آوردن حمایت مؤثر و عمل کردن به عنوان منبع عزت نفس و احترام متقابل، بر سلامت فردی تأثیر می‌گذارد (توکلی، ۱۳۸۹، ص ۱۲۱). سرمایه اجتماعی، سد محافظی در برابر بیماری‌های اجتماعی است و جوامعی که در آن‌ها میزان سرمایه اجتماعی بالا است، از سلامت روانی بیش‌تری برخوردارند و میزان جرم و جنایت در آن‌ها کمتر از دیگر جوامع است (پاتنام، ۲۰۰۰، ص ۶).

ویلکینسن<sup>۳</sup> معتقد است شکاف رو به افزایش در توزیع درآمد، همبستگی اجتماعی را متزلزل می‌کند و مقابله کردن با مخاطره و چالش‌ها را برای مردم دشوارتر می‌کند. افزایش انزوای اجتماعی و ناتوانی در تحلیل فشارها، در شاخص‌های تندرستی انعکاس می‌یابد. همچنین، ویلکینسن این استدلال را دارد که عوامل اجتماعی استحکام روابط اجتماعی، پیوندهای درونی اجتماع، وجود حمایت اجتماعی و احساس امنیت، اصلی‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامتی نسبی یک جامعه هستند (گیدنز، ۱۳۸۸، ص ۲۲۰).

هابز و توکویل معتقدند اعتماد، پایه اساسی نظم اجتماعی است. اعتماد تنش‌ها را کاهش داده و انسجام را افزایش می‌دهد (شارع پور، ۱۳۸۶، ص ۷۳).

لیزا برکمن و لئونارد به این نتیجه رسیدند که کسانی که در شبکه اجتماعی در سطح پایینی قرار دارند، احتمال مرگشان در مقایسه با کسانی که در سطح بالای شبکه‌های اجتماعی قرار دارند، تقریباً دو برابر شده است (محسنی تبریزی، ۱۳۸۸، ص ۲۳). کارکردگراها نیز بر این باورند که جامعه معمولاً به شیوه‌ای هموار و براساس

1. Cullen

2. whitefore

3. Wilkinson

وفاق عمل می‌کند؛ از این رو، به بیماری به‌عنوان یک کژکارکرد نگریسته می‌شود که می‌تواند جریان این حالت طبیعی و به‌هنگار را بر هم بزند. فرد بیمار شاید نتواند همهٔ مسئولیت‌های ثابت خود را به انجام برساند یا ممکن است کم‌تر از اوقات معمول قابل‌اعتماد باشد و کارایی داشته باشد (گیدنز، ۱۳۸۸، ص ۲۳۳).

برنارد،<sup>۱</sup> ابعاد گوناگون سلامتی را در جریان دو نوع زندگی متأهلی، زندگی متأهل شوهر و زندگی متأهلی زن روشن کرده است. براساس این تحقیق، مردان متأهل تا حدود زیادی از مردان مجرد سالم‌ترند. در سوی دیگر، زنان متأهل از سلامت بسیار کم‌تر در مقایسه با زنان مجرد نظیر خود برخوردار باشند (گیدنز، ۱۳۸۸، ص ۱۷۲). لسلو دوپال، معتقد است که الگوهای بیماری و سلامتی زنان را به بهترین نحو می‌توان در ارتباط با حوزه‌های اصلی فعالیت‌هایی تبیین کرد که زندگی زنان را تشکیل می‌دهند و به‌طور کلی، زندگی زنان از نظر نقش‌ها و وظایفی که عموماً بر عهده دارند (خانه‌داری، تولیدمثل جنسی، مادری کردن و پرورش کودکان، تنظیم کردن باروری از طریق کنترل موالید و غیره)، ذاتاً متفاوت با زندگی مردان است و براساس نظر دوپال، آثار و عواقب این وظایف متعدد و گوناگون، اصلی‌ترین تعیین‌کنندهٔ وضعیت سلامتی زنان است. بنابراین، هر تحلیل دربارهٔ تندرستی زنان باید تعامل میان عوامل اجتماعی، روانی و زیستی را مدنظر قرار دهد (گیدنز، ۱۳۸۸، ص ۲۲۱).

## روش

روش تحقیق حاضر از نظر هدف و ماهیت، کاربردی و از حیث روش اجرا، پیمایشی است و تکنیک به کار گرفته شده، پرسش‌نامه بوده است. جمعیت آماری این پژوهش شامل همهٔ معلمان زن مقطع ابتدایی شهرستان آبدانان است که تعداد آن‌ها در نیمسال اول تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴، ۴۰۰ نفر بود. پرسش‌نامهٔ این تحقیق به‌صورت کتبی ساختارمند با سؤالات بسته تشکیل یافت. در بخش اول، متغیر وابسته (سلامت روان) توسط پرسش‌نامه (۱۰سؤالی) با سؤالات بسته مورد پرسش قرار گرفته است و در بخش دوم، متغیرهای مستقل روابط اجتماعی (۴سؤالی)، اعتماد شخصی (۴سؤالی)، اعتماد تعمیم‌یافته (۴سؤالی)، اعتماد نهادی (۲سؤالی)، مشارکت اجتماعی (۱۰سؤالی) و جمع سرمایه اجتماعی (۱۹سؤالی)، با پرسش‌نامهٔ محقق ساخته و با استفاده از طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت طراحی شد و سپس پرسش‌نامه بین همهٔ معلمان زن مقطع ابتدایی شهرستان آبدانان توزیع شد و داده‌ها به کمک نرم‌افزار آماری SPSS۲۲ مورد تحلیل قرار گرفت. اعتبار پرسش‌نامه با نظرخواهی از افراد متخصص (اعتبار صوری)، تعیین شد. پایایی سؤال‌های پرسش‌نامه نیز از طریق ۳۰ پرسش‌نامه در مرحلهٔ پیش‌آزمون توزیع و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مشخص شده است و مقادیر آلفا در جدول شماره ۱ آورده شده است.



جدول ۱. آزمون آلفای کرونباخ

متغیرها	آلفای کرونباخ
سلامت روان	۰/۷۸۶
سرمایه اجتماعی	۰/۷۴۷

## یافته‌ها

براساس یافته‌های توصیفی این پژوهش، همه افراد پاسخگو، متأهل بوده‌اند. میزان تحصیلات پاسخگویان، ۳۳/۳ درصد کاردانی، ۷۴/۸ درصد کارشناسی و ۱/۹ درصد کارشناسی ارشد و بالاتر بوده‌اند. متوسط درآمد ماهیانه پاسخگویان، ۴۰/۵ درصد کم‌تر از ۱ میلیون، ۳۲/۹ درصد ۱ تا ۱/۲۰۰ میلیون، ۱۴/۳ درصد ۱/۲۰۰ تا ۱/۴۰۰ میلیون و ۱۲/۴ درصد بیش‌تر از ۱/۴۰۰ میلیون است. میزان سلامت روان پاسخگویان، ۴۰/۵ درصد پایین، ۱۵/۲ درصد متوسط و ۴۴/۳ درصد بالا است.

**فرضیه ۱:** بین میزان روابط اجتماعی زنان پاسخگو و سلامت روان آن‌ها، رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۲. آزمون ضریب همبستگی بین روابط اجتماعی پاسخگویان و سلامت روان

متغیر	روابط اجتماعی	
	ضریب همبستگی اسپیرمن	سطح معناداری
سلامت روان	۰/۶۱۹	۰/۰۰۰

با توجه به جدول ۲، چون سطح معناداری ( $\text{sig} = ۰/۰۰۰$ ) کمتر از ۰/۰۵ است، بنابراین بین روابط اجتماعی و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد و مقدار ضریب همبستگی اسپیرمن (۰/۶۱۹)، نشان‌دهنده همبستگی مستقیم و بالا بین روابط اجتماعی و سلامت روان است.

**فرضیه ۲:** بین میزان اعتماد بین شخصی زنان پاسخگو و سلامت روان آن‌ها، رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۳. آزمون ضریب همبستگی بین اعتماد بین شخصی پاسخگویان و سلامت روان

متغیر	اعتماد بین شخصی	
	ضریب همبستگی اسپیرمن	سطح معناداری
سلامت روان	۰/۶۳۴	۰/۰۰۰

با توجه به جدول ۳، چون سطح معناداری ( $\text{sig} = ۰/۰۰۰$ ) کمتر از ۰/۰۵ است، بنابراین بین اعتماد بین شخصی و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد و مقدار ضریب همبستگی اسپیرمن (۰/۶۳۴)، نشان‌دهنده همبستگی مستقیم و بالا بین اعتماد بین شخصی و سلامت روان است.

**فرضیه ۳:** بین میزان اعتماد تعمیم‌یافته زنان پاسخگو و سلامت روان آن‌ها، رابطه معناداری وجود دارد.



جدول ۴. آزمون ضریب همبستگی بین اعتماد تعمیم یافته پاسخگویان و سلامت روان

اعتماد تعمیم یافته		متغیر
سطح معناداری	ضریب همبستگی اسپیرمن	
۰/۰۰۰	۰/۶۱۰	سلامت روان

با توجه به جدول ۴، چون سطح معنی داری ( $\text{sig} = ۰/۰۰۰$ ) کمتر از  $۰/۰۵$  است، بنابراین بین اعتماد تعمیم یافته و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد و مقدار ضریب همبستگی اسپیرمن ( $۰/۶۱۰$ )، نشان دهنده همبستگی مستقیم و بالا بین اعتماد تعمیم یافته و سلامت روان است.

فرضیه ۴: بین میزان اعتماد نهادی زنان پاسخگو و سلامت روان آن‌ها، رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۵. آزمون ضریب همبستگی بین اعتماد نهادی پاسخگویان و سلامت روان

اعتماد نهادی		متغیر
سطح معناداری	ضریب همبستگی اسپیرمن	
۰/۰۰۰	۰/۴۸۱	سلامت روان

با توجه به جدول ۵، چون سطح معناداری ( $\text{sig} = ۰/۰۰۰$ ) کمتر از  $۰/۰۵$  است، بنابراین بین اعتماد نهادی و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد و مقدار ضریب همبستگی اسپیرمن ( $۰/۴۸۱$ )، نشان دهنده همبستگی مستقیم و بالا بین اعتماد نهادی و سلامت روان است.

فرضیه ۵: بین میزان مشارکت اجتماعی زنان پاسخگو و سلامت روان آن‌ها، رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۶. آزمون ضریب همبستگی بین مشارکت اجتماعی پاسخگویان و سلامت روان

مشارکت اجتماعی		متغیر
سطح معناداری	ضریب همبستگی اسپیرمن	
۰/۰۰۰	۰/۵۴۹	سلامت روان

با توجه به جدول ۶، چون سطح معنی داری ( $\text{sig} = ۰/۰۰۰$ ) کمتر از  $۰/۰۵$  است، بنابراین بین مشارکت اجتماعی و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد و مقدار ضریب همبستگی اسپیرمن ( $۰/۵۴۹$ )، نشان دهنده همبستگی مستقیم و بالا بین اعتماد اجتماعی و سلامت روان است.

فرضیه ۶: بین میزان سرمایه اجتماعی زنان پاسخگو و سلامت روان آن‌ها، رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۷. آزمون ضریب همبستگی بین سرمایه اجتماعی پاسخگویان و سلامت روان

سرمایه اجتماعی		متغیر
سطح معناداری	ضریب همبستگی اسپیرمن	
۰/۰۰۰	۰/۷۳۵	سلامت روان



با توجه به جدول ۷، چون سطح معناداری ( $\text{sig} = ۰/۰۰۰$ ) کمتر از  $۰/۰۵$  است، بنابراین بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد و مقدار ضریب همبستگی اسپیرمن ( $۰/۷۳۵$ )، نشان‌دهنده همبستگی مستقیم و بالا بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان است.

جدول ۸. خلاصه مدل رگرسیون

مدل	ضریب همبستگی چندگانه (R)	ضریب تعیین چندگانه (۲R)	ضریب تعیین تعدیل شده	انحراف خطای باقی مانده
۱	۰/۵۳۰	۰/۵۵۴	۰/۷۴۴	۴/۳۵۹۹۵

با توجه به جدول ۸ و خلاصه مدل رگرسیون، مقدار ضریب همبستگی چندگانه بین متغیر وابسته و متغیرهای مستقل،  $۰/۷۴۴$  است و مقدار ضریب تعیین برابر  $۰/۵۵۴$  که نشان‌دهنده تأثیر تقریبی ۵۵ درصدی تبیین متغیر وابسته بر اساس متغیرهای مستقل است.

جدول ۹. آزمون آنالیز واریانس برای آزمون رگرسیون

مدل ۱	مجموع مربعات (Sum of Squares)	درجه آزادی (df)	میانگین مربع (Mean Square)	آماره F	سطح معنی داری (Sig)
رگرسیون	۲۲۱/۱۸۱	۵	۴۴۴/۲۳۶	۵۰/۷۱۷۰	۰/۰۰۰
باقی مانده	۱۷۸۶/۸۵۹	۳۹۵	۸/۷۵۹		
کل	۴۰۰۸/۰۴۰	۴۰۰			

با توجه به جدول ۹، چون سطح معناداری ( $\text{sig} = ۰/۰۰۰$ ) کمتر از  $۰/۰۱$  است، بنابراین با اطمینان ۹۹ درصد، رگرسیون معنادار است.

جدول ۱۰. ضرایب رگرسیون

سطح معنی داری (Sig)	آماره t	ضرایب استاندارد Beta	ضرایب غیراستاندارد		متغیر
			خطای معیار Std. Error	ضریب رگرسیون B	
۰/۲۵۸	-۱/۱۳۷		۲/۳۶۸	-۲/۶۹۲	مقدار ثابت (Constant)
۰/۳۶۸	۰/۹۰۵	۰/۱۱۰	۰/۱۶۶	-۰/۱۵۰	اعتماد بین شخصی
۰/۰۰۹	۲/۶۵۱	۰/۲۳۸	۰/۱۴۷	-۰/۳۹۱	اعتماد تعمیم یافته
۰/۷۴۹	۰/۳۲۰	۰/۰۲۹	۰/۲۴۷	-۰/۰۷۹	اعتماد نهادی
۰/۰۱۸	۲/۳۹۹	۰/۲۷۲	۰/۲۲۵	-۰/۵۳۹	روابط اجتماعی
۰/۰۰۴	۲/۹۴۸	۰/۲۶۹	۰/۱۳۶	-۰/۴۰۰	مشارکت اجتماعی

با توجه به جدول ۱۰ و ضریب استاندارد شده بنا، می‌توان گفت متغیرهای مستقل شامل ۱۱ درصد اعتماد بین شخصی، ۲۴ درصد اعتماد تعمیم‌یافته، ۳ درصد اعتماد نهادی، ۲۷ درصد روابط اجتماعی و ۲۷ درصد مشارکت اجتماعی، به‌طور مستقیم متغیر وابسته را تبیین کرده‌اند.

## بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش، رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روانی در بین معلمان زن شهرستان آبدانان بررسی شده است. سلامت روان به عنوان پدیده‌ای روان‌شناختی و اجتماعی، نه فقط در کیفیت روانی تک‌تک افراد نقش دارد، بلکه محیط اجتماعی و زندگی سالم و مثبتی را فراهم می‌کند. اندیشمندان زیادی در مورد تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان بحث کرده و نظریه‌های مختلفی مطرح کرده‌اند.

یکی از نتایج پژوهش این است که میزان سلامت روان معلمان زن شهرستان آبدانان در حد نسبتاً بالایی (۶۰ درصد) است. از یافته‌های دیگر پژوهش این است که بین میزان سرمایه اجتماعی و ابعاد مختلف آن با میزان سلامت روان، رابطه مستقیم و معناداری است. افزایش میزان سرمایه اجتماعی، حتی در یکی از ابعاد آن، با افزایش میزان سلامت روان همراه است. نتایج این یافته با دیدگاه نظری آمسترانگ (۱۳۸۷) و پاتنام (۲۰۰۰) که بر تأثیر میزان سرمایه اجتماعی بر میزان سلامت روان افراد تأکید دارند، هم‌سو است. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های داخلی دیگری (مولایی، ۱۳۹۶؛ آراء حقیقتیان و علی بابایی شهرکی، ۱۳۹۳؛ رضوی زاده، نوغانی و یوسفی، ۱۳۹۱ و سیدان و عبد الصمدی، ۱۳۹۰) که رابطه بین این دو متغیر را بررسی کرده‌اند، هم‌خوانی دارد. اما نتایج پژوهش صابری فر (۱۳۹۴) به این علت که رابطه بین اعتماد اجتماعی و سلامت روان وجود نداشته است، با نتایج این پژوهش هم‌سو نیست. نتایج این تحقیق، همچنین با یافته‌های تحقیقات خارجی (منگ و چن، ۲۰۱۴؛ هان و لی، ۲۰۱۲؛ هیروشی، یوشینوری و یچیرو، ۲۰۱۲؛ ایلگار، ۲۰۱۱ و هامانو و همکاران، ۲۰۱۰) نیز هم‌سو است.

نتایج رگرسیون چند متغیره نشان داد که ۵ متغیر یعنی اعتماد بین شخصی، اعتماد تعمیم‌یافته، اعتماد نهادی، روابط اجتماعی و مشارکت اجتماعی، در مجموع توانسته‌اند ۵۵ درصد از واریانس متغیر وابسته (سلامت روان) را تبیین کنند و در بین ابعاد سرمایه اجتماعی، یعنی روابط اجتماعی و مشارکت اجتماعی، هر کدام تقریباً ۲۷ درصد در تبیین سلامت روان معلمان زن، بیش‌ترین نقش غالب را داشتند.

براساس مباحث نظری و یافته‌های این پژوهش، می‌توان گفت با گذر جامعه از حالت سنتی به صنعتی، بحث سلامت روان افراد جامعه اهمیت بیش‌تری پیدا می‌کند، به‌گونه‌ای که سلامت روان، مورد توجه سازمان‌های جهانی از جمله سازمان بهداشت جهانی قرار گرفته است. به لحاظ روانی، ورود به جامعه جدید که به نحوی تمام ساختارها را دگرگون کرده است، زندگی کنشگران را تحت تأثیر قرار داده است. در جامعه ایران نیز که در



حال گذار از مرحله نیمه‌صنعتی به مرحله صنعتی است، این بحث مطرح شده است. در این گذر، زندگی افراد دست‌خوش تغییر شده و این تغییر نه‌فقط در زندگی، بلکه در نظام ارزش‌ها و هنجارهای کنشگران تأثیر گذاشته است. به یقین، همه افراد در برابر این تغییرات به یک شکل واکنش نشان نمی‌دهند.

### پیشنهادها:

- اعتماد و ابعاد آن (شخصی، تعمیم‌یافته و نهادی) به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر بر سلامت روان معلمان زن آبدانان است. پس باید راهکارهایی اندیشید که اعتماد و ابعاد آن در میان معلمان و در افراد جامعه افزایش یابد.
- از آنجایی که نتایج تحقیق بیانگر ارتباط مثبت بین مشارکت اجتماعی و سلامت روان معلمان زن است، بنابراین، مشارکت دادن زنان در تصمیم‌گیری‌ها و توجه به رأی و نظر آن‌ها در کانون خانواده و مدرسه، می‌تواند موجب افزایش سلامت روانی آن‌ها شود.
- از آنجا که فرسایش سرمایه‌های اجتماعی باعث اختلال در سلامت روانی زنان معلم شده است، باید با سازوکارهای فرهنگی - علمی به تقویت سرمایه‌های اجتماعی پرداخت.
- با توجه به این که روش این پژوهش از نوع کمی بوده است، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد از روش کیفی نیز استفاده شود.
- در پایان، لازم به ذکر است این پژوهش دارای محدودیت مکانی (شهرستان آبدانان) و گروهی (زنان) است؛ از این رو، لازم است پژوهش‌های بعدی، دامنه مکانی و گروهی گسترده‌تری را انتخاب کنند تا متغیرهای تأثیرگذار بر سلامت روانی را در بین گروه‌های مختلف و مکان‌های گوناگون ارزیابی کنند.

## منابع

### منابع فارسی

- آرا، کیوان؛ حقیقتیان، منصور و علی بابایی شهرکی، معصومه (زمستان ۱۳۹۳). رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین شهروندان شهرکردی. مجله علوم پزشکی دانشگاه ایلام. ۷(۲۲)، صص ۴۴-۵۵. بازیابی از: <http://sijimu.medilam.ac.ir/article-1-1454-fa.html>
- آراسته، مدبر (زمستان ۱۳۸۶). بررسی وضعیت سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در میان دبیران دبیرستان شهرهای سنج و بیجار. مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان. ۱(۴)، صص ۵۲-۶۲. بازیابی از: <https://sjku.muk.ac.ir/article-1-86-fa.html>
- آمسترانگ، دیوید (۱۳۸۷). جامعه‌شناسی پزشکی (محمد توکل، مترجم). تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- باستانی، سوسن و ساعی مهر، منیره (بهار ۱۳۸۶). سرمایه اجتماعی و مهاجرت و استقرار در شهرهای بزرگ؛ مورد مطالعه: شهر تبریز. مجله جامعه‌شناسی ایران. ۱(۸)، صص ۱۳۶-۱۶۷. بازیابی از: <http://www.ensani.ir/fa/content/229871/default.aspx>
- بیانی، علی‌اصغر؛ کوچکی، عاشور محمد و کوچکی، قربان محمد (تابستان ۱۳۸۶). تعیین وضعیت سلامت روانی معلمان استان گلستان؛ سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۸۴. مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان. ۲(۳)، صص ۳۹-۴۴. بازیابی از:

<http://goums.ac.ir/journal/article-1-260-fa.html>

- توکلی، خالد (۱۳۸۹). بررسی رابطه میان سرمایه اجتماعی و خودکشی در استان‌های ایران. مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی؛ علل، پیامدها و راهکارها. تهران: انتشارات جامعه شناسان.
- چلبی، مسعود (۱۳۷۵). جامعه‌شناسی نظم؛ تشریح و تحلیل نظری نظم اجتماعی. تهران: نشر نی.
- رضوی زاده، ندا؛ نوغانی، محسن و یوسفی، علی (پاییز و زمستان ۱۳۹۱). بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد. مجله علوم اجتماعی مشهد. ۲ (۹)، صص ۵۲-۵۹. بازیابی از: DOI: 10.22067/jss.v0i0.17665
- سیدان، فریبا و عبدالصمدی، محبوبه (پاییز ۱۳۹۰). رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در میان زنان و مردان. فصلنامه رفاه اجتماعی. ۱۱ (۴۲)، صص ۲۲۹-۲۵۹. بازیابی از: <http://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=154057>
- شجاع، محسن؛ نبوی، سید حمید؛ کسان، عزیز و باقری یزدی، سید عباس (زمستان ۱۳۹۰). تحلیل عاملی سرمایه اجتماعی و رابطه آن با سلامت روان سالمندان منطقه ۹ شهر تهران. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی. ۵ (۳)، صص ۹۰-۸۱. بازیابی از: <http://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=172410>
- صابری فر، رستم (زمستان ۱۳۹۴). بررسی اثر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان شهروندان؛ نمونه موردی: شهر مشهد. مجله پژوهش سلامت. ۱ (۲)، صص ۱۰۵-۱۱۲. بازیابی از: <http://hrjbaq.ir/article-1-31-fa.html>
- شارع پور، محمود (۱۳۸۶). جامعه‌شناسی آموزش و پرورش. تهران: انتشارات سمت.
- فیلد، جان (۱۳۸۸). سرمایه اجتماعی (غلامرضا غفاری و حسین رضانی، مترجم). تهران: انتشارات کویر.
- کامران، فریدون و ارشادی، خدیجه (تابستان ۱۳۸۸). بررسی رابطه سرمایه اجتماعی شبکه و سلامت روان. فصلنامه پژوهش اجتماعی. ۲ (۳)، صص ۲۹-۵۴. بازیابی از: <http://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=112112>
- کیانفر، فریبا و خردمند، حمید (۱۳۷۷). بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در معلمان شهر کرمان. رساله دکتری عمومی. دانشگاه علوم پزشکی کرمان.
- گروه مؤلفان (۱۳۸۶). بررسی مسائل اجتماعی ایران. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۰). تجدد و تشخیص (ناصر موفقیان، مترجم). تهران: نشر نی.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۸). جامعه‌شناسی (حسن چاوشیان، مترجم). تهران: نشر نی.
- محسنی تیریزی، علیرضا (۱۳۸۸). جامعه‌شناسی بالینی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- محمدی، پروین؛ گواری، فاطمه؛ حق‌دوست، علی‌اکبر؛ محمد علیزاده، سکینه و امیری پور، علی قاسم (زمستان ۱۳۸۷). فراوانی آسیب‌شناسی روانی در معلمان مدارس ابتدایی شهرکرد. اصول بهداشت روانی. ۴ (۴۰)، صص ۲۷۳-۲۸۰. بازیابی از: <http://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=87307>
- مولایی، جابر (۱۳۹۶). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در استان ایلام. طرح پژوهشی دانشگاه پیام نور استان ایلام.
- مولایی، جابر و یوسف وند، شهلا (پاییز ۱۳۹۳). بررسی جامعه‌شناختی عوامل مؤثر بر گرایش به حجاب؛ مطالعه موردی: دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور شهر آبدانان). فصلنامه زن و جامعه. ۵ (۱۹)، صص ۳۶-۴۶. بازیابی از: [http://jzvz.miau.ac.ir/article\\_639.html](http://jzvz.miau.ac.ir/article_639.html)

## منابع انگلیسی

- Bowling along, putnam, R.(2000). The Collapse and Revival of American community. Simon & Schuster, New York.. Retrieved from: [jstage.jst.go.jp/article/jearticlVol. 22](http://jstage.jst.go.jp/article/jearticlVol. 22).
- Elgar, J., Davis, C. G., Wohl, M. J., Trites, S. J., Zelenski, J. M & Martin, M. S. (2011). Social capital, health and life satisfaction in 50 countries.;17(5),pp1044-53.Retrieved from: doi: 10.1016/j.healthplace.2011.06.010. Epub 2011 Jul 6.



- Hamano, tsuyoshi, Fujisawa, Yoshikazu, Ishida, yu, Subramanian, S.V., Kawachi, Ichir, and Shiwaku, Kuninori (2010). Social capital and mental health in japan: A Multilevel Analysis. journal Social capital. 5(10),pp1-6 .Retrieved from: <http://dio.org/10.1371/journal.Pone.0013214>.
- Han, S., Kim, H. & Lee, H. (2012). A multlevel Analysis of Social Capital and Self- reported: health: evidence from Seoul, Korea. International Journal Eqvity in Health. 11 (3),pp 12- 1. Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-3>
- Hirosh, M., Yoshinori, F. & Ichiro, K. (2012). Social Capital and health: areview of prospective multilevel studies, Japan Journal of Epidemiological association. 22(3), 183-179.. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3798618/>
- Kawachi I, Kennedy B, Lochner K, Prothrow- Stith D.(1997). Social Capital, Incom Inquality and Mortality. American Journal of Public Health. 87(9),pp 1490-1498. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380975/>
- Meng, t & Chen, H. (2014). A multilevel analysis of social capital and self-rated health: evidence form Chiha. Health & place. (27),pp 44-38. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24531015>