

فصلنامه تخصصی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی - واحد شوشتر

سال ششم، شماره (۱۶)، بهار ۱۳۹۱

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱/۲۳

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۲/۵

صص ۱۸۶ - ۱۶۷

بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی دانشجویان (مطالعه‌ای در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر)

نصرالله پورافکاری^۱، کبری شکری^۲

چکیده

در هر جامعه‌ای، علاوه بر سرمایه‌های فیزیکی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی، انسانی و نمادین، با گونه‌ها و میزانی از سرمایه اجتماعی هم سر و کار داریم که با دیگر انواع سرمایه‌ها، رابطه متقابل دارد. فرسایش سرمایه اجتماعی و نابسامانی در سطوح کلان و خرد ایران امروز، منبع اصلی زایش و افزایش انواع مسائل و آسیب‌های اجتماعی و روانی است. طبق گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی، جهان در طول دو دهه‌ی آینده، شاهد تغییرات عمده‌ای در زمینه‌ی همه‌گیرشناسی بیماری‌ها و نیازهای بهداشتی افراد است، به گونه‌ای که بیماری‌های غیر واگیردار همچون بیماری‌های روانی به سرعت جایگزین بیماری‌های عفونی و واگیردار

گردیده و در صدر عوامل ایجاد کننده ناتوانی و مرگ‌های زودرس قرار می‌گیرد. از این رو، تحقیق حاضر با هدف شناسایی میزان سرمایه اجتماعی و سلامت روانی در بین دانشجویان و نیز تعیین نحوه ارتباط بین این دو متغیر صورت گرفته است. در تحقیق حاضر برای سنجش سلامت روانی از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) گلدبرگ و پرسشنامه محقق ساخته سرمایه اجتماعی استفاده شد. این تحقیق که بر مبنای یک پیمایش ۳۷۰ نفره در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی شوشتر انجام گرفته، نشان می‌دهد که بین میزان سرمایه اجتماعی و وضعیت سلامت روانی دانشجویان، ارتباط معناداری وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: سرمایه اجتماعی، سلامت روانی، اختلالات شبه جسمانی، اختلال اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی، افسردگی، طبقه اقتصادی- اجتماعی، دانشجویان

مقدمه

در هر جامعه‌ای، علاوه بر سرمایه‌های فیزیکی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی، انسانی و نمادین، با گونه‌ها و میزانی از سرمایه اجتماعی هم سر و کار داریم که با دیگر انواع سرمایه‌ها، رابطه متقابل دارد (عبداللهی و موسوی، ۱۳۸۶: ۱۹۶). این مفهوم به پیوندها و ارتباطات میان اعضای یک شبکه به عنوان منبع با ارزش اشاره دارد که با خلق هنجارها و اعتماد متقابل موجب تحقق اهداف اعضا می‌شود (الوانی، ۱۳۸۲). سرمایه‌ی اجتماعی با متغیرهای شناخته شده‌ی جامعه‌شناسی همچون اعتماد، آگاهی، نگرانی درباره‌ی دیگران و مسائل عمومی، مشارکت در مسائل عمومی، انسجام و همبستگی گروهی و همکاری، ارتباط دارد (تاجبخش، ۱۳۸۵: ۲۹).

سرمایه اجتماعی در جوامع سنتی (ماقبل مدرن) بیشتر جنبه درون گروهی توأم با اعتماد اجتماعی محدود و خاص داشته است که امروز آن را به نام سرمایه اجتماعی قدیم می‌شناسند. در جوامع امروزی، با نوع دیگری از سرمایه اجتماعی سر و کار داریم که بیشتر جنبه بین گروهی توأم با اعتماد اجتماعی تعمیم یافته و عام دارد که از آن با عنوان سرمایه اجتماعی جدید نام می‌برند. در جوامع در حال گذار امروزی چون ایران که به تبع ارتباط با جهان مدرن و اجرای برنامه‌های نوسازی، سرمایه اجتماعی قدیم دچار فرسایش گردیده و سرمایه اجتماعی

جدید هم آن طوری که باید شکل نگرفته است، با نوعی نابسامانی اجتماعی در سطوح کلان و خرد سر و کار داریم که معرف پیدایش گسل‌ها و گسست‌های اجتماعی و منبع اصلی زایش و افزایش انواع مسائل و آسیب‌های اجتماعی است (عبداللهی و موسوی، ۱۳۸۶: ۱۹۶).

طی چند دهه‌ی گذشته، فرسایش شدیدی در سرمایه‌ی اجتماعی موجود برای جوانان، هم در درون خانواده و هم در بیرون آن روی داده است. در خانواده، رشد سرمایه‌ی انسانی بسیار زیاد شده، به طوری که سطح تحصیلات دائماً در حال افزایش است، ولی به موازات آن، رشد سرمایه‌ی اجتماعی که شاخص برجسته‌ی آن، حضور بزرگ‌سالان در خانه و میزان گفت و گو در مورد موضوعات اجتماعی، فرهنگی، علمی اقتصادی و سیاسی بین والدین و فرزندان می‌باشد، کاهش یافته است (شارع‌پور، ۱۳۸۳). انتشار یافته‌های «پیمایش ملی ارزش‌ها و نگرش‌ها» که در سال ۱۳۸۰ و تحت سرپرستی دفتر طرح‌های ملی وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی در ۲۸ استان کشور صورت گرفت، از سطح به ظاهر نازل سرمایه‌ی اجتماعی در کشور حکایت می‌کند (ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، ۱۳۸۱). گرچه این اطلاعات به دلیل عدم وجود آمار قبلی جهت مقایسه، سبب آن می‌شود که درباره‌ی تحول تاریخی شاخص‌های سرمایه‌ی اجتماعی ارزیابی قابل اعتمادی نداشته باشیم، اما اگر به سه عامل آگاهی، اعتماد و مشارکت که در این پژوهش سراسری سنجیده شده است، به عنوان شاخص‌های سنجش سرمایه‌ی اجتماعی توجه کنیم، به میزان نازل سرمایه‌ی اجتماعی در کشور می‌رسیم (تاجبخش، ۱۳۸۴).

سلامت روانی جوانان یکی از مقوله‌های مهم در مباحث روان‌شناسی و جامعه‌شناسی محسوب می‌شود. توجه به این پدیده‌ی روانی-اجتماعی نه تنها در بهبود سلامت روان جوانان مؤثر است، بلکه زمینه مساعدی را نیز برای شکوفایی استعدادهای نهفته آنان فراهم می‌آورد. موضوع سلامتی از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار متممادی مطرح بوده است؛ اما هرگاه از آن سخنی به میان آمده، عموماً بعد جسمی آن مد نظر قرار گرفته و کمتر به سایر ابعاد سلامتی به خصوص بعد روانی آن توجه شده است. سازمان جهانی بهداشت^۱ (۱۹۹۰)، ضمن توجه

دادن مسئولین کشورها در راستای تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد جامعه همواره بر این نکته تأکید دارد که هیچ یک از این سه بعد بر دیگری برتری ندارد.

امروزه به علت پیشرفت‌های فناوری و تأثیر مستقیم آن بر کیفیت زندگی انسان، مسئله‌ی سلامت و عوامل اثرگذار بر آن اهمیت ویژه‌ای یافته است، به گونه‌ای که هدف مشترک توسعه در سطوح محلی، ملی و بین‌المللی، بهبود کیفیت زندگی و از جمله سلامت روانی است. سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان را چنین تعریف کرده است: «سلامت روانی در درون مفهوم کلی بهداشت جای می‌گیرد و بهداشت یعنی توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی، جسمی و بهداشتی. شخصی که بتواند با محیط خود (اعضای خانواده، همکاران، همسایگان) و به طور کلی، اجتماع، خوب سازگار شود، از نظر بهداشت روانی بهنجار است (لطافتی، ۱۳۸۸). از این رو آینده‌ی زندگی بشر متکی به درک بهتر عواملی خواهد بود که بر سلامت روانی انسانی اثر می‌گذارد.

طبق گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی، جهان در طول دو دهه‌ی آینده، شاهد تغییرات عمده‌ای در زمینه‌ی همه‌گیرشناسی بیماری‌ها و نیازهای بهداشتی افراد است، به گونه‌ای که بیماری‌های غیر واگیردار همچون بیماری‌های روانی به سرعت جایگزین بیماری‌های عفونی و واگیردار گردیده و در صدر عوامل ایجادکننده‌ی ناتوانی و مرگ‌های زودرس قرار می‌گیرد (موری و لویز، ۱۳۷۷). همچنین براساس برآوردهای این سازمان، میزان شیوع اختلالات روانی در کشورهای در حال توسعه، رو به افزایش است. این در حالی است که در برنامه‌ریزی‌های توسعه اجتماعی و اقتصادی، پایین‌ترین اولویت به آن‌ها داده می‌شود. دلیل این افزایش را تا حدود زیادی می‌توان وابسته به رشد روزافزون جمعیت، تغییرات سریع اجتماعی همچون شهرنشینی، فروپاشی خانواده‌ی گسترده و مشکلات اقتصادی دانست. حال با توجه به این که امروزه، رشد صنعت و تکنولوژی ساختار جوامع بشری را بیش از پیش پیچیده کرده و بر این سیاق، بستری مساعد جهت ظهور و افزایش بیماری‌های روانی گوناگون را فراهم ساخته است؛ لازم است تا زمینه‌ای فراهم گردد تا با به کارگیری روش‌های نوین پژوهشی، درصدد شناخت عوامل مؤثر بر سلامت روانی افراد برآییم.

مبانی نظری تحقیق

واژه‌ی سرمایه اجتماعی سابقه ذهنی درازی در علوم اجتماعی دارد ولی سابقه این اصطلاح به معنایی که امروزه به کار می‌رود، به ۸۰ سال پیش و نوشته‌های لیدا جی. هانیفان^۱، سرپرست وقت مدارس ویرجینیای غربی در امریکا برمی‌گردد. جامعه‌شناسان معاصر برای بررسی کمیت و کیفیت روابط اجتماعی در جامعه از مفهوم سرمایه اجتماعی بهره جسته‌اند. اما سرمایه اجتماعی در جامعه چیست؟ منظور از سرمایه اجتماعی سرمایه و منابعی است که افراد و گروه‌ها از طریق پیوند با یکدیگر (و نوع این ارتباطات) می‌توانند بدست آورند (بورديو ۱۹۸۶؛ کلمن ۱۹۸۸؛ پاتنام ۱۹۹۳). از دیدگاه زتومکا (۱۹۹۱) سرمایه‌ی اجتماعی گزینه‌های رابطه‌ای است در ابعاد سیاسی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی برای یک موضع یا پایگاه اجتماعی در شبکه‌ی تعاملی جامعه. برای هر موضع اجتماعی بالقوه، چهار نوع گزینه رابطه‌ای قابل تصور است: روابط اجتماعی، روابط اجباری، روابط گفتگومانی، و روابط مبادله‌ای. این گزینه‌های رابطه‌ای برای اشغال کننده‌ی موضع در حکم منابع ارزشمند محسوب می‌شوند. به عبارت دیگر، برای اشغال کننده یک موضع اجتماعی، گزینه‌های رابطه‌ای آن موضع می‌توانند سرمایه بالقوه‌ای باشند که در روابط اجتماعی تبدیل به ذخایر قدرت، ثروت، نفوذ و معرفت شوند (چلبی، ۱۳۷۵: ۳۸).

سرمایه اجتماعی همچون مفاهیم سرمایه فیزیکی و سرمایه انسانی (ابزار و آموزش‌هایی که بهره‌وری فردی را افزایش می‌دهند) به ویژگی‌های سازمان اجتماعی از قبیل شبکه‌ها، هنجارها، و اعتماد اشاره دارد که هماهنگی و همکاری برای کسب سود متقابل را تسهیل می‌کنند. سرمایه اجتماعی سود سرمایه‌گذاری در زمینه سرمایه فیزیکی و سرمایه انسانی را افزایش می‌دهد. در جامعه که از نعمت سرمایه اجتماعی چشم‌گیر برخوردار است همکاری آسان‌تر است (تاجبخش، ۱۳۸۴).

بورديو، جامعه‌شناس فرانسوی، جزء اولین محققانی بود که به تحلیل سیستماتیک ویژگی‌های سرمایه اجتماعی پرداخت. بر اساس تعریف بورديو سرمایه اجتماعی، حاصل جمع

منابع بالقوه و بالفعلی است که نتیجه مالکیت شبکه بادوامی از روابط نهادی شده بین افراد و به عبارت ساده‌تر، عضویت در یک گروه است. البته سرمایه اجتماعی مستلزم شرایطی بمراتب بیش از وجود صرف شبکه پیوندها می‌باشد. در واقع، پیوندهای شبکه‌ای می‌بایست از نوع خاصی، یعنی مثبت و مبتنی بر اعتماد باشند. به اعتقاد بوردیو، سرمایه اجتماعی به عنوان شبکه‌ای از روابط، یک ودیعه طبیعی یا یک ودیعه اجتماعی نیست بلکه چیزی است که در طول زمان برای کسب آن باید تلاش کرد. به تعبیر بوردیو، سرمایه اجتماعی محصول نوعی سرمایه‌گذاری فردی یا جمعی، آگاهانه یا ناآگاهانه است که بدنال تثبیت یا بازتولید روابط اجتماعی است که مستقیماً در کوتاه مدت یا بلندمدت، قابل استفاده هستند (بوردیو، ۱۹۸۶: ۲۵۱).

کلمن اولین محقق بود که به بررسی تجربی مفهوم سرمایه اجتماعی عملیاتی نمودن آن پرداخت. در مقایسه با بوردیو، کلمن از مفاهیم دیگری برای تعریف سرمایه اجتماعی استفاده کرد و در چارچوب سنت نظری متفاوتی سخن می‌گوید. کلمن به جای تعریف سرمایه اجتماعی بر حسب ماهیت و به طور کلی محتوای آن، به کارکرد آن توجه دارد. به اعتقاد او، سرمایه اجتماعی بخشی از ساختار اجتماعی است که به کنش‌گر اجازه می‌دهد تا با استفاده از آن به منابع خود دست یابد. این بعد از ساختار اجتماعی شامل تکالیف و انتظارات، شبکه‌های اطلاع‌رسانی، هنجارها و ضمانت‌اجراهایی است که انواع خاصی از رفتار را تشویق کرده یا مانع می‌شوند. اگر فرد الف کاری برای فرد ب انجام داده و اعتماد داشته باشد که فرد ب در آینده این کار را جبران خواهد کرد، این نوعی انتظار را در فرد الف و نوعی تکلیف را برای فرد ب ایجاد می‌کند (کلمن، ۱۹۸۸). بدین ترتیب جیمز کلمن، جامعه‌شناسی که به نقش سرمایه اجتماعی در ایجاد سرمایه انسانی و پیامدهای آموزشی و تحصیلی سرمایه اجتماعی علاقمند بود، سرمایه اجتماعی را برحسب کارکرد آن تعریف نموده است. "سرمایه اجتماعی یک عنصر مجزا نیست بلکه مجموعه‌ای از عناصر متفاوت است که دارای دو ویژگی مشترک هستند: تمام این عناصر دارای برخی از جوانب ساختار اجتماعی بوده و برخی از کنش‌های افراد واقع در درون ساختار را تسهیل می‌نمایند" (کلمن، ۱۹۸۸). خلاصه این که، به نظر

می‌رسد که بورديو داراي دیدگاه تضادی^۱ و کلمن داراي دیدگاه کارکردی^۲ در زمینه سرمایه اجتماعی هستند.

همچنین پاتنام سرمایه‌ی اجتماعی را ابعادی از سازمان‌های اجتماعی (مانند شبکه‌ها، هنجارها و اعتماد) می‌داند که هماهنگی و مشارکت را در جهت منافع متقابل تسهیل می‌کند. پاتنام درباره‌ی اهمیت سرمایه‌ی اجتماعی به چند نکته اشاره می‌کند:

الف- سرمایه‌ی اجتماعی به شهروندان کمک می‌کند تا مشکلات جمعی را راحت‌تر حل و فصل کنند؛

ب- سرمایه‌ی اجتماعی به مثابه‌ی روغن چرخ‌های جوامع عمل می‌کند و باعث حرکت آسان‌تر آن می‌شود؛

ج- سرمایه‌ی اجتماعی باعث گسترش آگاهی افراد از شیوه‌هایی می‌شود که سرنوشت آنان را به هم گره می‌زند.

در جوامعی که دولت کارآمد، تأثیرگذار و پاسخگو باشد شهروندان نیز قانون‌گرا خواهند شد و مأموران رسمی دولت به اصل منافع عمومی تعهد دارند و کمتر دچار فساد سیاسی می‌شوند. پاتنام معتقد است در چنین جوامعی شهروندان با دیگران عادلانه‌تر رفتار می‌کنند و از دیگران نیز انتظار عدالت دارند. آن‌ها از دولت انتظار دارند که معیارهای بالا را برای آنان فراهم کند و داوطلبانه از قوانین تمکین می‌کنند. رابطه‌ای نیز میان سرمایه اجتماعی و بهداشت وجود دارد. افرادی که عضو گروه‌های اجتماعی هستند، به مراتب خوشحال‌تر و از بهداشت روانی بهتری برخوردارند. وجود سرمایه اجتماعی در اعتماد، اطلاع‌رسانی و ضمانت‌های اجرایی کارآمد، روابط اقتدار و میزان تکالیف در گروه است. همچنین بین سرمایه اجتماعی، دموکراسی و پیشرفت اقتصادی رابطه‌ای وجود دارد. هنجارهایی از قبیل صداقت، مردم‌گرایی و قانون‌گرایی از ابعاد مهم سرمایه‌ی اجتماعی است (بوستانی، ۱۳۸۲). در جدول شماره ۱، خلاصه‌ای از تعاریف مختلف و سطوح تحلیل آن‌ها از دیدگاه صاحب‌نظران سرمایه‌ی اجتماعی مورد مقایسه قرار گرفته است:

1 - Conflict

2 - Functioalist

جدول ۱- تعاریف مختلف سرمایه اجتماعی و سطوح تحلیل آن‌ها

محورها صاحب‌نظران	تعریف سرمایه اجتماعی	هدف (رسیدن به..)	سطح تجزیه و تحلیل
پیر بوردیو	منابعی هستند که منافع عمومی را مورد ارزیابی قرار می‌دهند.	سرمایه اقتصادی	افراد در حالت رقابت با هم (فرد با فرد)
جیمز کلمن	جنبه‌هایی از ساختار اجتماعی است که اعضا از آن به‌عنوان منبعی برای رسیدن به منافع خود استفاده می‌کنند.	سرمایه انسانی	افراد در گروه‌های فAMILI و اجتماعی (فرد با گروه)
رابرت پاتنام	اعتماد، هنجارها و شبکه‌هایی که تسهیل‌کننده همکاری اعضا برای رسیدن به منافع مشترک است.	دموکراسی و توسعه اقتصادی	حکومت‌های سیاسی در سطح ملی
فرانسیس فوکویاما	مجموعه معنی از هنجارها یا ارزش‌های غیررسمی که شامل ارزش‌های مثبت و منفی است.		

وولکاک و نارایان نیز در بررسی سرمایه اجتماعی، از دیدگاه هم‌افزایی بهره گرفتند. آنان سرمایه اجتماعی را در سه بعد سرمایه اجتماعی محدود یا درون گروهی، سرمایه اجتماعی اتصالی یا برون گروهی و سرمایه اجتماعی ارتباطی مورد بررسی قرار دادند. سرمایه اجتماعی محدود بر منابع شخصی محدود، همچون پیوندهای خانوادگی و دوستی نزدیک اشاره دارد. این بعد با افزایش تفاهم و پشتیبانی درون گروهی، بر کاهش مسائل و مشکلات و مطلوب شدن سلامت عمومی تاثیر می‌گذارد. سرمایه اجتماعی برون گروهی نیز بر شبکه‌های ارتباطی نامتجانس تر برون گروهی مانند عضویت در انجمن‌های مختلف اشاره دارد که این نیز بر ارتباط‌های عمودی اشاره دارد. این بعد با ارتباط سطوح پایین تر قدرت با سطوح بالاتر، بر بهزیستی افراد جامعه اثر می‌گذارد. بر اساس دیدگاه وولکاک و نارایان، بهبود کیفیت زندگی به طور عام و سلامت روانی به طور خاص مستلزم هم‌افزایی بین سه بعد نامبرده‌ی

سرمایه اجتماعی می‌باشد (غفاری و اوتق، ۱۳۸۵). در ادامه باید افزود که افراد دارای شبکه‌های قوی از سلامت جسمی و روانی بهتری برخوردارند. تحقیقات نشان داده که در میان افراد بیمار، آن‌هایی که از شبکه‌های حمایتی قوی برخوردارند، در مقایسه با سایر بیماران، زودتر بهبود می‌یابند.

روش پژوهش

در این مطالعه از روش تحقیق پیمایشی^۱ استفاده شده است. جمعیت آماری این تحقیق، همه دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر در نیم سال دوم تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ هستند که از این تعداد، ۳۸۴ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای از نوع انتساب متناسب با حجم با استفاده از فرمول کوکران (کوپر، ۱۹۹۶، ترجمه رفیع‌پور، ۱۳۸۳) انتخاب شدند. اما با توجه به اینکه تعداد ۱۴ پرسش‌نامه به صورت ناقص پر شده بود؛ تجزیه و تحلیل نهایی بر روی ۳۷۰ نفر از دانشجویان انجام پذیرفت.

برای گردآوری اطلاعات تحقیق، از یک پرسشنامه‌ی خود-گزارشی^۲ محقق ساخته استفاده شد. این پرسش‌نامه در سه بخش تنظیم شد: بخش اول، اطلاعات مربوط به ویژگی‌های فردی دانشجویان (جنس، سن و پایگاه اقتصادی-اجتماعی)، بخش دوم، مربوط به اندازه‌گیری سرمایه‌ی اجتماعی و بخش سوم، پرسشنامه‌ی استاندارد شده‌ی ۲۸ سؤالی سلامت عمومی گلدبرگ می‌باشد. روایی محتوایی و ظاهری ابزار پژوهش (بخش مربوط به سرمایه‌ی اجتماعی)، با استفاده از نظرات متخصصان و محققان جامعه‌شناسی پس از چند مرحله اصلاح و بازنگری تأیید شد. ضریب پایایی آلفای کرونباخ این پرسشنامه بر روی ۳۰ دانشجو مورد تأیید قرار گرفت.

تعریف مفهومی متغیرهای تحقیق

۱- سرمایه اجتماعی

در منابع موجود هنوز مقیاس چند وجهی قابل قبولی برای سنجش سرمایه اجتماعی ارائه نشده است؛ ولی در تحلیل محتوای تعاریف ارائه شده می‌توان به این نکته پی برد که بیشترین تأکید آن‌ها بر دو جنبه عینی یا ساختاری، یعنی شبکه‌ی روابط و ذهنی یا شناختی، یعنی هنجار اعتماد بوده است. در این تحقیق بر مبنای چارچوب مفهومی به دست آمده از مرور دیدگاه‌های نظری و منابع تجربی موجود، مفهوم پیچیده و چند وجهی سرمایه اجتماعی بر اساس صفات اصلی خودش، به شرح ذیل زیر تعریف شده است: «سرمایه اجتماعی آن نوع شبکه‌ای از روابط و پیوندهای مبتنی بر اعتماد اجتماعی بین فردی و بین گروهی و تعاملات افراد است که قرین همبستگی و انسجام اجتماعی و برخورداری افراد و گروه‌ها از حمایت و انرژی لازم است» (عبداللهی و موسوی، ۱۳۸۵: ۲۱۲). بر اساس صفات یا مؤلفه‌های اصلی مورد توجه در تعریف مفهومی سرمایه اجتماعی، شاخص‌ها و معرف‌های عدیده‌ای مطرح و پس از ارزیابی اعتبار صوری آن‌ها از طریق کسب نظرات استادان در مورد میزان ارتباط و پیوستگی بین معرف‌ها، شاخص‌ها و مؤلفه‌ها و انجام پیش‌آزمون و سنجش پایایی و همبستگی درونی شاخص‌ها از طریق محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ، در نهایت مقیاسی چند وجهی و ترکیبی برخوردار از روایی محتوایی و پایایی بسیار بالا به دست آمد.

جدول ۲- ابزار یا مقیاس سنجش سرمایه اجتماعی

ابزار یا مقیاس سنجش سرمایه اجتماعی در این تحقیق	
ردیف	مؤلفه‌ها و شاخص‌ها
۱	رفت و آمد با دیگران
۲	احساس دوستی و تعلق و یکی بودن با دیگران
۳	همکاری و مشارکت داوطلبانه و رفع مشکل دیگران
۴	میزان (پذیرش) انسجام بین قومی
۵	میزان مدارای قومی و مذهبی
۶	احساس برخورداری از حمایت جمعی

۲- سلامت روانی

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت حالتی است کامل از سلامت جسمی، روانی و رفاه اجتماعی و نه فقط عدم وجود بیماری و ضعف و مفهوم سلامت روانی شامل رفاه ذهنی، خودکارآمدی درک شده، استقلال، شایستگی و توانایی فرد در ادراک ذهنی و عاطفی بالقوه می‌باشد (WHO، ۲۰۰۳). در این تحقیق، میزان سلامت روان‌شناختی آزمودنی‌ها، با استفاده از پرسشنامه‌ی ۲۸ سؤالی سلامت عمومی گلدبرگ اندازه‌گیری شد. پرسش‌نامه سلامت عمومی یکی از مناسب‌ترین ابزارهای غربال‌گری است که در دهه‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ در کشورهای مختلف به کار گرفته شده است (هومن، ۱۳۷۷). این پرسش‌نامه از مجموعه سؤالاتی تشکیل یافته است که پایین‌ترین سطوح نشانه‌های مشترک مرضی را که در اختلالات مختلف روانی وجود دارد، بررسی می‌کند و می‌تواند بیماران روانی را به عنوان یک طبقه‌ی کلی، از افراد سالم متمایز کند (دادستان، ۱۳۷۷). پرسش‌نامه مذکور، علاوه بر یک نمره کلی برای سلامت عمومی، ۴ نمره در هر یک از خرده‌مقیاس‌های خود؛ یعنی نشانه‌های بدنی یا جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی، به دست می‌دهد که می‌توان بر اساس آن، میزان شیوع اختلالات مذکور را نیز در جمعیت تحت مطالعه بررسی کرد. در جدول شماره ۹، محتوای پرسشنامه ۲۸ ماده‌ای سلامت روانی (GHQ-28) به تفکیک مقیاس‌های فرعی تشکیل‌دهنده آن، شماره ردیف و صفت یا ویژگی مورد سنجش در هر یک از سؤالات مشخص شده است (گلدبرگ، ۱۹۷۲).

جدول ۳- تعریف عملیاتی متغیر سلامت روان

تعریف عملیاتی	متغیر
مجموع نمرات دانشجویان در علائم اختلالات شبه‌جسمانی، علائم اختلالات اضطرابی، علائم اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی اساسی که توسط پرسشنامه ۲۸-GHQ اندازه‌گیری می‌شود.	سلامت روان
تجربه احساس سلامتی و بیماری توسط فرد در طی یک ماه گذشته سؤالات ۱ تا ۷ پرسشنامه ۲۸-GHQ	اختلالات شبه‌جسمانی

اختلالات اضطرابی	علائم بی‌خوابی، احساس فشار، عصبانیت، ترس و وحشت بی‌دلیل به همراه ناتوانی در انجام کارها در طی یک ماه گذشته. سئوالات ۸ تا ۱۴ پرسشنامه ۲۸-GHQ
اختلال در کارکرد اجتماعی	ناتوانی در انجام کارهای روزمره، احساس نارضایتی در انجام وظایف، عدم احساس مفید بودن، نداشتن قدرت یادگیری و لذت بردن از فعالیت‌های روزمره زندگی در طی یک ماه گذشته. سئوالات ۱۵ تا ۲۱ پرسشنامه ۲۸-GHQ
افسردگی	احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، احساس بی‌ارزش بودن زندگی، آرزوی مرگ، افکار خودکشی و ناتوانی در انجام کارها در طی یک ماه گذشته. سئوالات ۲۲ تا ۲۸ پرسشنامه ۲۸-GHQ

یافته‌های تحقیق

الف. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه

۵۱/۱ درصد پاسخگویان این تحقیق مرد و ۴۸/۹ درصد زن بوده‌اند. ۱۹/۱ درصد پاسخگویان در گروه تحصیلی علوم پایه، ۴۵/۶ درصد در گروه تحصیلی فنی-مهندسی و ۳۵/۲ درصد در گروه تحصیلی علوم انسانی مشغول به تحصیل بوده‌اند. ۴۷ درصد پاسخگویان در گروه سنی زیر ۲۰ سال، ۳۱/۱ درصد در گروه سنی ۲۱ تا ۲۳ سال، ۶/۲ درصد در گروه سنی ۲۴ تا ۲۵ سال، ۴/۶ درصد در گروه سنی ۲۶ تا ۲۷ سال، ۷/۸ درصد در گروه سنی ۲۸ تا ۳۰ سال و ۳/۲ درصد در گروه سنی بالاتر از ۳۱ سال قرار داشته‌اند. همچنین کمینه و بیشینه‌ی سنی پاسخگویان به ترتیب ۱۸ و ۳۵ سال و میانگین سنی کلی پاسخگویان ۲۱/۸ سال بوده است. همچنین وضعیت درآمدی خانواده‌ی ۲۲/۷ درصد پاسخگویان در حد بسیار پایین، ۱۵/۴ درصد در حد پایین، ۵۱/۹ درصد در حد متوسط، ۶/۵ درصد در حد خوب و ۳/۵ درصد در حد بسیار خوب یا مرفه می‌باشد.

ب. یافته‌های توصیفی تحقیق

۱- میزان کلی سرمایه اجتماعی دانشجویان

میانگین کلی سرمایه‌ی اجتماعی دانشجویان، $72/33$ (از نمره ۰ تا ۱۲۲) و با انحراف معیار $16/69$ است. لازم به توضیح است از آنجایی که نمره آزمودنی‌ها در مقیاس کلی سرمایه اجتماعی در این پژوهش، در حد فاصل ۲۰ تا ۱۰۷ است؛ فرد دارای نمره ۲۰ از پایین‌ترین میزان سرمایه اجتماعی و فرد دارای نمره ۱۰۷ از بالاترین میزان سرمایه اجتماعی برخوردار است. همچنین میزان کلی سرمایه اجتماعی $7/6$ درصد دانشجویان در سطح پایین، $54/6$ درصد در سطح متوسط و $37/8$ درصد در سطح بالا می‌باشد.

۲- وضعیت سلامت روانی دانشجویان

پرسشنامه GHQ شامل ۲۸ سوال است که امتیازات کسب شده از ۰ تا ۸۴ متغیر می‌باشد. از آنجایی که نمره آزمودنی‌ها در مقیاس کلی سلامت روان در این پژوهش، در حد فاصل ۸ تا ۷۷ است؛ فرد دارای نمره ۸ از بالاترین یا مطلوب‌ترین وضعیت سلامت روانی و فرد دارای نمره ۷۷ از پایین‌ترین یا نامطلوب‌ترین وضعیت سلامت روانی برخوردار است. نقطه‌ی برش برای تفکیک افراد سالم از بیمار با توجه به تحقیقات انجام شده در ایران، نمره ۲۳ و در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها، نمره ۱۴ تعیین شده است (بیابانگرد و جوادی، ۱۳۸۳: ۱۴۴). همان‌گونه که در جدول شماره ۱۷ مشاهده می‌نماییم، میانگین نمره سلامت روانی در بین دانشجویان، $33/77$ بوده است. یافته‌های این تحقیق نشان‌گر این موضوع است که با توجه به نقطه برش ۲۳، صرفاً $23/8$ درصد از افراد نمونه از سلامت روانی برخوردار بوده و $76/2$ درصد بیمار بوده و یا به نوعی دچار اختلالات روانی هستند. همچنین با توجه به نقطه برش ۱۴، $19/2$ درصد از افراد نمونه دچار اختلالات شبه‌جسمانی، $25/7$ درصد دچار اختلالات اضطرابی، $7/3$ درصد دچار اختلال در کارکرد اجتماعی و $14/9$ درصد دچار افسردگی هستند.

جدول ۴- توصیف شاخص‌های آماری میزان سلامت روانی دانشجویان

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	نقطه برش	افراد بیمار	افراد سالم
سلامت روانی	۳۳/۷۷	۱۴/۶۲	۸	۷۷	۲۳	۷۶/۲	۲۳/۸

آزمون فرضیات تحقیق

فرضیه شماره ۱: به نظر می‌رسد بین میزان سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان، رابطه معنی‌دار وجود دارد.

در این تحقیق فرض ما وجود رابطه معنی‌دار بین میزان سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان است. مقدار ضریب همبستگی (۰/۴۲۹) و سطح معنی‌داری (۰/۰۰۰)، نشان دهنده وجود رابطه مستقیم و معنی‌دار، در سطح متوسط، بین دو متغیر سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان است. بدین معنی که با افزایش سرمایه‌ی اجتماعی، بر سلامت روانی دانشجویان افزوده می‌شود.

جدول ۵- نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان

متغیر	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنی‌داری
سرمایه اجتماعی	۰/۴۲۹	۰/۰۰۰

فرضیه‌ی شماره ۲: به نظر می‌رسد بین میزان سرمایه اجتماعی دانشجویان و وضعیت آن‌ها در خرده‌مقیاس اختلالات شبه‌جسمانی، رابطه معنی‌دار وجود دارد.

در این تحقیق، فرض ما وجود رابطه‌ی معنی‌دار بین میزان سرمایه اجتماعی دانشجویان و وضعیت آن‌ها در خرده‌مقیاس اختلالات شبه‌جسمانی است. نتایج به دست آمده از انجام این آزمون نشان می‌دهد که این بین دو متغیر، رابطه معنی‌داری وجود ندارد. ضریب همبستگی آن ۰/۱۵۷ و سطح معنی‌داری آن ۰/۰۹۸ است که مدرک کافی برای رد رابطه بین این دو متغیر

است. لذا وجود رابطه بین متغیر سرمایه اجتماعی دانشجویان و وضعیت آن‌ها در خرده‌مقیاس اختلالات شبه‌جسمانی رد می‌شود.

جدول ۶- نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین سرمایه اجتماعی و وضعیت دانشجویان در خرده‌مقیاس اختلالات شبه‌جسمانی

متغیر	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنی‌داری
سرمایه اجتماعی	۰/۱۵۷	۰/۰۹۸

فرضیه شماره ۳: به نظر می‌رسد بین میزان سرمایه اجتماعی دانشجویان و وضعیت آن‌ها در خرده‌مقیاس اختلالات اضطرابی، رابطه معنی‌دار وجود دارد. فرض ما وجود رابطه معنی‌دار بین میزان سرمایه اجتماعی دانشجویان و وضعیت آن‌ها در خرده‌مقیاس اختلالات اضطرابی است. با توجه به مقدار $r=0/148$ و $sig=0/001$ می‌توان گفت بین دو متغیر مزبور با اطمینان ضعیف ($sig=0/001 < 0/01$) رابطه‌ی معکوس و معنی‌دار وجود دارد. بدین معنی که با افزایش سرمایه اجتماعی دانشجویان، از میزان اختلالات اضطرابی آن‌ها کاسته می‌شود.

جدول ۷- نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین سرمایه اجتماعی و وضعیت دانشجویان در خرده‌مقیاس اختلالات اضطرابی

متغیر	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنی‌داری
سرمایه اجتماعی	-۰/۱۴۸	۰/۰۰۱

فرضیه شماره ۴: به نظر می‌رسد بین میزان سرمایه اجتماعی دانشجویان و وضعیت آن‌ها در خرده‌مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی، رابطه معنی‌دار وجود دارد. فرض ما وجود رابطه معنی‌دار بین میزان سرمایه اجتماعی دانشجویان و وضعیت آن‌ها در خرده‌مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی می‌باشد. با توجه به مقدار $r=-0/590$ و $sig=0/000$ می‌توان گفت بین دو متغیر مزبور، رابطه‌ی معکوس و معنی‌دار، در سطح متوسط، وجود دارد.

بدین معنی که با افزایش سرمایه اجتماعی دانشجویان، از میزان اختلال در کارکرد اجتماعی کاسته می‌شود.

جدول ۸- نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین سرمایه اجتماعی و وضعیت دانشجویان در خرده مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی

متغیر		ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنی داری
سرمایه اجتماعی	اختلال در کارکرد اجتماعی	-۰/۵۹۰	۰/۰۰۰

فرضیه شماره ۵: به نظر می‌رسد بین میزان سرمایه اجتماعی دانشجویان و وضعیت آن‌ها در خرده‌مقیاس افسردگی، رابطه معنی‌دار وجود دارد.

در این تحقیق، فرض ما وجود رابطه معنی‌دار بین میزان سرمایه اجتماعی دانشجویان و وضعیت آن‌ها در خرده‌مقیاس افسردگی است. با توجه به مقدار $r = -0/501$ و $sig = 0/001$ می‌توان گفت بین دو متغیر مزبور، رابطه‌ی معکوس و معنی‌دار، در سطح متوسط، وجود دارد. بدین معنی که با افزایش سرمایه اجتماعی دانشجویان، از میزان افسردگی آن‌ها کاسته می‌شود.

جدول ۹- نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین سرمایه اجتماعی و وضعیت دانشجویان در خرده‌مقیاس افسردگی

متغیر		ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنی داری
سرمایه اجتماعی	افسردگی	-۰/۵۰۱	۰/۰۰۱

نتیجه‌گیری و پیشنهادهای تحقیق

میزان بالای بیماری یا اختلالات روانی (۷۶ درصد) در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر، بسیار قابل تأمل است. در پژوهش بیابانگرد و جوادی (۱۳۸۳) ۲۹/۳ درصد نوجوانان و جوانان شهر تهران، بیمار یا مشکوک به بیماری روانی بودند. این میزان در پژوهش ادهم و همکاران (۱۳۸۷) در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل در سال تحصیلی ۱۳۸۶، ۲۲/۷ درصد و در پژوهش صادقیان و همکاران (۱۳۸۵) در بین دانشجویان

دانشگاه علوم پزشکی همدان ۳۳/۸ درصد بوده است. همان‌گونه که مشاهده کردیم، میزان اختلال روانی دانشجویان در این تحقیق، بسیار بیشتر از سایر تحقیقات در بین قشر جوان و دانشجوی کشور بوده است. توجه به این نکته امری ضروری است که ابتلا به اختلالات و بیماری‌های روانی، نه تنها گرایش به افکار و قطب‌های منفی مثل ناامیدی، حضور ذهن پایین، تفکر شبه انضمامی، سرزنش خود و درون‌گرایی را افزایش می‌دهد، بلکه کارکرد دفاعی انسان را نیز کاهش می‌دهد. همچنین این امر، از عوامل مهم و افزایش‌دهنده ناتوانی و ناکارآمدی‌های اجتماعی و کاهش‌دهنده‌ی کیفیت زندگی محسوب می‌شود (قمری گیوی، ۱۳۸۵).

فرضیه اساسی این تحقیق این بود که بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان دانشجویان، رابطه معنادار وجود دارد؛ که یافته‌ها، نشان‌دهنده‌ی وجود رابطه مستقیم و معنی‌دار، در سطح متوسط، بین این دو متغیر است. بدین معنی که با افزایش سرمایه اجتماعی، بر سلامت روانی دانشجویان افزوده می‌شود. نتیجه حاصل از تأیید این فرضیه، بیانگر این نکته است که هر اندازه افراد دارای سرمایه اجتماعی بالاتر باشند، به این معنا که سرمایه اجتماعی به عنوان مجموعه‌ای از ذخائر ارزشمند مانند اعتماد متقابل، حمایت‌های اجتماعی، روانی و مالی، وجود و ارتباط با شبکه‌های خویشاوندی، حس تعلق و وابستگی و مشارکت داوطلبانه در جنبه‌های مختلف زندگی اجتماعی برای افراد وجود داشته باشد، سلامت روانی آن‌ها در وضعیت بهتری قرار خواهد گرفت. تأیید این فرضیه، همچنین، یافته‌های تحقیقات پیشین را مورد تأیید قرار می‌دهد. برای مثال تامپسون، حمایت اجتماعی و عاطفی (تامپسون و همکاران، ۲۰۰۲)، لی، وجود شبکه‌های خویشاوندی (لی و همکاران، ۲۰۰۴)، سیلوا و آلبک، نقش حمایت خانوادگی (۲۰۰۱)، لهسایبی زاده و مرادی (۱۳۸۶) و کامران و ارشادی (۱۳۸۸) نقش سرمایه اجتماعی بر سلامت روان را، مورد توجه و تأکید قرار داده‌اند.

در پایان و در راستای ارتقا وضعیت سرمایه اجتماعی در بین دانشجویان و نیز بهبود وضعیت سلامت روانی آن‌ها، پیشنهادهای ارائه می‌گردد، که جا دارد مورد توجه مدیران، برنامه‌ریزان و دست‌اندرکاران امور فرهنگی و اجتماعی دانشگاه‌ها قرار گیرد. از آن جمله می‌توان به پیشنهادها و راهبردهای زیر اشاره کرد:

- از آن جایی که این پژوهش در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی شوشتر و بر روی جوانان دختر و پسر اجراء گردید، پیشنهاد می گردد جهت شناسایی و شناخت بیشتر عوامل مؤثر موجود بر وضعیت سلامت روانی حاکم، پژوهش های دیگری در سطح ملی روی مقاطع سنی مختلف صورت گیرد تا بتوان علل و عوامل مؤثر بر کیفیت سلامت روانی افراد جامعه را بهتر و دقیق تر مورد بررسی و ارزیابی قرار داد. به عبارت دیگر، با انجام تحقیقات گسترده تر در خصوص وضعیت سلامت روانی آحاد جامعه و مقایسه آن با چنین پژوهش هایی، می توان دست اندرکاران امر را در طراحی پروتکل «ارتقاء سلامت روانی» جامعه و کاهش بار بیماری های روانی یاری رساند.

- برنامه ریزی برای غنی سازی فرهنگ اجتماعی و تشویق و تقویت نهادها و تشکل های سیاسی، اجتماعی، فرهنگی، صنفی و ورزشی در دانشگاه ها.

- توجه به ارتقاء سرمایه اجتماعی در آموزش های عمومی و تخصصی در دانشگاه ها و ترویج فرهنگ تعاون (محل تجمع سرمایه ی فیزیکی، انسانی و اجتماعی).

- افزایش مهارت های مداوا^۱ و تاب آوری^۲ در بین دانش آموزان و دانشجویان برای مواجهه با مشکلات و برای کمک به اجرای مناسب نقش های مولد اجتماعی.

- افزایش زمینه مشارکت فعال دانشجویان در انجمن های داوطلبانه، جهت گسترش تعاملات آنان که در نهایت منجر به افزایش سرمایه اجتماعی و نیز سلامت روانی آن ها می شود.

منابع

- بوستانی، داریوش (۱۳۸۲) مجموعه مقالات همایش سیاست ها و مدیریت برنامه های رشد و توسعه در ایران، مجلد سوم، نشر مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه ریزی.
- بیابانگرد، اسماعیل؛ جوادی، فاطمه (۱۳۸۳) سلامت روان شناختی نوجوانان و جوانان شهر تهران، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال چهارم (۱۴)، ۱۵۷-۱۳۹.

- تاجبخش، کیان؛ ثقفی، مراد؛ کوهستانی نژاد، مسعود (۱۳۸۴) سرمایه اجتماعی و سیاست‌های اجتماعی (بررسی وضعیت سرمایه اجتماعی در ایران امروز)، فصلنامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دوم (۴)، ۶۰-۲۳.
- تاجبخش، کیان (۱۳۸۵) سرمایه اجتماعی (اعتماد، دموکراسی و توسعه)، ترجمه افشین خاکباز و حسین پویان، تهران: عصر انتظار.
- چلبی، مسعود (۱۳۷۵) جامعه‌شناسی نظم؛ تشریح و تحلیل نظری نظم اجتماعی، تهران: نشرنی.
- دادستان، پریخ (۱۳۷۷) روان‌شناسی مرضی تحولی، جلد اول، تهران: انتشارات سمت.
- سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۰) ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، ترجمه‌ی دکتر داود شاه‌محمدی، سید عباس باقری یزدی و حسن پالاهنگ. تهران: انتشارات مجمع علمی و فرهنگی مجد.
- شارع‌پور، محمود (۱۳۸۳) ابعاد و کارکردهای سرمایه اجتماعی و پیامدهای حاصل از فرسایش آن، مسائل اجتماعی ایران (مجموعه مقالات)
- شارع‌پور، محمود (۱۳۸۳) بررسی تجربی سرمایه اجتماعی در استان مازنداران، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان مازنداران
- عبداللهی، محمد؛ موسوی، میرطاهر (۱۳۸۵) سرمایه اجتماعی در شرایط ایران؛ وضعیت موجود، دورنمای آینده و امکان‌شناسی گذار، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال ششم (۲۵)، ۲۳۵-۱۹۵.
- غفاری، غلامرضا و اونق، نازمحمد (۱۳۸۵) سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی. مجله مطالعات اجتماعی ایران، دوره اول (۱).
- کامران، فریدون و ارشادی، خدیجه (۱۳۸۸) بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان، فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال دوم، شماره سوم، صص ۵۳-۲۹.
- لهسایی‌زاده، عبدالعلی و مرادی، گلمراد (۱۳۸۶) رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال هفتم (۲۶)، ۱۸۰-۱۶۱.
- موری، کریستوفر و لوپز، آلن (۱۳۷۷) بار جهانی بیماری‌ها، ترجمه پژمان شادپور، تهران: انتشارات وزارت بهداشت و یونیسیف.

- وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی (۱۳۸۱) ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان؛ یافته‌های پیمایش در ۲۸ استان کشور، تهران: وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، دفتر طرح‌های ملی، ویرایش اول.

- هومن، عباس (۱۳۷۷) استانداردهای پریشنامه سلامت عمومی بر روی دانشجویان دوره‌های کارشناسی، تهران: حوزه معاونت دانشجویی و فرهنگی، مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.

- Bourdieu, P. (1986), " The forms of capital ", In J.Richardson (Ed.) Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education, New York: Greenwood Press.
- Coleman, J.S. (1988), " Social capital in the creation of human capital ", American Journal of Sociology, 94: 95-120.
- Lee, J. S. et al. (2004) " Social Support Buffering of Acculturation Stress: A Study of Mental Health Among Korean International Students", International of Intercultural Relations, Vol. 28.
- Putnam, R.D. (1993), " Making democracy work: Civic traditions in modern Italy ", Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Silvera, E & Allebech, P. (2001) "Migration, Aging and Mental Health: An Ethnographic Study on Perception of Life Satisfaction, Anxiety and Depression in Older Somali Men in East London", International Journal of Social Welfare, Vol. 10.
- Thompson, S, et al. (2002) "The Social and Cultural Context of the Mental Health of Filipinas in Queensland", Australian and New Zealand Journal of Psychology, Vol. 36.
- WHO. (1993). Human Right: The vulnerability of mentally ill. Press Release.
- World Health Organization (2003) Department of Mental Health and Substance Dependence Website: www.who.int/mental_health