

دو زبانی^۱ - تک زبانی^۲ و سلامت اجتماعی

(یک مطالعه مقایسه‌ای)

بهزاد خدری*، فریده سادات مؤمنی ماسوله**

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۲/۱۰

چکیده

در بین دانشجویان، تنیدگی‌های دوره تحصیلی، تضادهای قومی و فرهنگی، احساس مفعولی مبنی بر مورد تبعیض سیاسی، عقایدی، نژادی و جنسیتی قرار گرفتن، وجود دارد که می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی دانشجویان اثر گذاشته و سلامتی این قشر خصوصاً بعد اجتماعی آنان را به خطر بیندازد. در خصوص ارتباط زبان که یک مولفه اساسی فرهنگی بوده، با مفهوم سلامت اجتماعی تحقیقاتی تاکنون انجام نشده است. به عبارتی زبان قومیت‌های مختلف می‌تواند زمینه‌ساز وحدت و یکپارچگی، انسجام و مشارکت را فراهم آورد و یا این که زبان مشترک، می‌تواند بر سلامت و بعد اجتماعی آن تأثیرگذار باشد یا خیر؟ که پژوهش حاضر با مطالعه دانشجویان دوزبانه

1. Bilingual

2. Monolingual

* دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی. (نویسنده مسئول). behzad.khedri@gmail.com

zanko1390@gmail.com

** کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه شاهد.

دانشجویان دانشگاه سراسری سنندج بوده و نمونه آماری با استفاده از فرمول کوکران ۳۸۴ نفر انتخاب شده‌اند. نتایج پژوهش نشان داد مابین سلامت اجتماعی کل و ابعاد آن در دو گروه دانشجویان تفاوت معنی داری به نفع دانشجویان دو زبانه وجود دارد و متغیرهای سن، تأهل، رشته تحصیلی، پایگاه اجتماعی-اقتصادی، باورهای دینی و اعتقادی و مهارت‌های ارتباطی بر سلامت اجتماعی دو گروه تأثیرگذار است. همچنین نتایج رگرسیون نشان داد که ۲۹ درصد از تغییرات متغیر وابسته این پژوهش توسط متغیرهای مستقل تبیین می‌شود و متغیر مهارت‌های ارتباطی با ضریب ۶۶ درصد قوی‌ترین متغیر پیش بین متغیر وابسته است.

واژه‌های کلیدی: سلامت اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی، دانشجویان،

زبان

بیان مسئله

انسان سالم محور توسعه است و در سایه سلامت پایدار و همه جانبه تک تک آحاد جامعه، می‌توان در جامعه به سوی پیشرفت و توسعه قدم برداشت. پژوهشگران معتقدند سلامتی دارای ابعاد مختلف جسمانی، روانی، هیجانی، عقلانی، معنوی و اجتماعی است که این مفاهیم ضمن بهره‌مندی از وجوه مشترک، دارای جنبه‌های متفاوت نیز بوده و از عوامل متعددی تأثیر می‌پذیرند (Wising & Fouri, 2000: 28). موضوع سلامتی ابعاد گسترده‌ای دارد که از جمله مهم‌ترین آن‌ها بعد اجتماعی است. در واقع می‌توان گفت که انسان سالم، انسانی است که در اجتماعی سالم، در سایه آموزش و آگاهی به

خودشکوفایی رسیده است. در این میان، موضوع سلامتی دانشجویان یک مسئله حیاتی است که امروزه موجب چالش‌های زیادی شده است. در حالی که ارتقا سلامت روانی و رشد فردی مثبت دانشجویان اهمیت زیادی دارد، محققان و دست‌اندرکاران بیشتر توجه خود را معطوف به ماهیت آسیب‌های روانی در بین دانشجویان، درمان بیماری‌های روانی و همچنین پرداختن به رویکردهایی جهت درمان حوادث غم‌انگیز ناشی از بیماری‌های روانی مانند خودکشی، اعتیاد، الکلیسم و... کرده‌اند، در صورتی که آنچه اهمیت بسزایی دارد امر پیشگیری و کنترل واقعه قبل از وقوع است.

در متون موجود تعریف رسمی از سلامت اجتماعی وجود ندارد ولی به طور کلی طبق تعاریف لارسون^۱ (۱۹۹۳)، کییز^۲ (۱۹۹۶)، فارل و مارتین^۳ (۲۰۰۵)، سلامت اجتماعی افراد را می‌توان در رابطه با عملکردشان به عنوان عضوی از اجتماع تعریف نمود. در واقع سلامت اجتماعی عبارت است از توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقشهای اجتماعی بدون آسیب رساندن به دیگران؛ و دارای ابعاد مختلفی است که عبارت‌اند از: یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی (Reymond&Robertson, 2004: 72). اعتقاد بر این است که سلامت اجتماعی فقط فقدان بیماری روانی، یا حتی غیاب عاطفه منفی، که در بافت معینی می‌تواند پاسخی سازنده قلمداد شود، نیست؛ بلکه توانایی مشارکت به عنوان عضوی فعال در اجتماع می‌باشد (Henderie&Albert, 2006: 32).

در بین دانشجویان، تنیدگی‌های دوره تحصیلی، تضادهای قومی و فرهنگی، احساس مفعولی مبنی بر مورد تبعیض سیاسی، عقایدی، نژادی و جنسیتی قرار گرفتن، وجود دارد و در کشور ما نیز گاه گاهی این موارد به صورت حاد درآمد و بر جنبه‌های مختلف زندگی دانشجویان اثر گذاشته و سلامتی این قشر را به خطر می‌اندازد و لزوم

-
1. Larson
 2. Keyes
 3. Farrell and Martin

توجه را می‌طلبد. از طرف دیگر با توجه به این که دانشجویان در دوره خاص رشدی و تحول خود هستند و به اصطلاح در دوره «گذار» به سر می‌برند، پس همواره در معرض تنیدگی بوده و عوامل تنیدگی‌زای بی‌شماری را تجربه می‌کنند که بر ابعاد سلامتی آنها تأثیرگذار است. در موضوع حاضر (دانشجویان) توجه و تمرکز نهادهای مختلف از جمله دانشگاه، وزارت کار و امور اجتماعی و رفاه و ... به حرفه‌آموزی و نه فقط بعد نظری دانش، بازار اشتغال مبتنی بر شایستگی و توانایی‌های اشخاص می‌تواند نقش مهمی در کسب احساس هویت مثبت و احساس مشارکت ارزشمند در اجتماع و درک احساس انسجام و همبستگی اجتماعی داشته باشد و به دنبال آن می‌تواند در پیشگیری از انواع بیماری‌های روانی و احساس بی‌ارزشی اجتماعی و آسیب‌های اجتماعی سهم مهمی را ایفا نماید.

در یک نگاه دیگر می‌توان گفت که، تغییرات مربوط به تحول، انطباق با روش جدید مطالعه و سبک زندگی، جدایی از محیط‌های آشنا و حمایت‌کننده، رفتارهای گروهی و فشارهای ناشی از آن، رویدادهای مختلف کشور و فرهنگ موجود در دانشگاه همگی دست در دست هم داده و می‌توانند، دانشجویان را درگیر فرسودگی و خستگی جسمانی، روانی و اجتماعی شدید نمایند و تمام ابعاد زندگی از جمله سلامتی آنها را به مخاطره اندازند، که قابل توجه بوده و مشاوره و مداخله همه جانبه افراد مسئول در حوزه‌های مختلف را می‌طلبد. برای مثال توجه به نوع فرهنگ و زبان و قومیت دانشجویان در اسکان آنها می‌تواند سهم مهمی در ارتقا سلامت اجتماعی و روانی آنها داشته باشد. همچنین عواملی همچون حمایت اجتماعی و مداخله‌های روانی - اجتماعی مثبت از جانب واحدهای مشاوره و ... به دانشجویان کمک می‌کند تا معنای حوادث زندگی مخصوصاً حوادثی که در محیط‌های جدید، اضطراب‌زا هستند را درک کرده و باعث دلگرمی و خرسندی در روان و روحیه او بشود و به نوبه خود سهم دیگری از سلامت اجتماعی را برآورده سازد. مسئله زمانی آشکارتر است که دانشجویان محور اصلی توسعه یک کشور محسوب می‌شوند، به طوری که نقش اصلی در پیشبرد

اهداف یک جامعه، در حرکت به سوی پیشرفت، صنعتی شدن، و توسعه پایدار را این قشر فرهیخته ایفا می‌کنند. اما آیا همه دانشجویان کشور ما به یک میزان برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و امکانات و عواملی که منجر به رفاه و کیفیت زندگی می‌شوند را تجربه می‌کنند؟

بنابراین، تجهیز دانشجویان به سلامت اجتماعی باعث ایمنی آنها در برابر مشکلات می‌شود و آنان به راحتی می‌توانند با شرایط متغیر زندگی رو به تکامل فناوری، با شیوه‌هایی که خانواده و جامعه آنان را مثبت می‌دانند، انطباق یابند و نقشی مفید در جامعه داشته باشند. توجه به ابعاد سلامتی، خصوصاً سلامت اجتماعی دانشجویان می‌تواند حساسیت و نگرانی مسئولان را به دنبال آورد و سازمان‌ها و ارگان‌های ذیربط می‌توانند، گام‌های موثری در جهت حفظ و ارتقای سلامت اجتماعی که در نهایت منجر به عملکرد بهتر فرد در جامعه می‌شود بردارند و به مداخلات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مناسب دست زنند، تا در سایه سلامت اجتماعی ناهنجاری‌ها و مشکلات اجتماعی کاهش یافته و روابط در لوای تصحیح شیوه‌های رفتاری بهبود یافته و دامنه برای انواع مختلف آسیب‌ها و مسائل اجتماعی جوانان و دانشجویان محدودتر گردد.

دو زبانگی به استفاده منظم و همزمان دو یا چند زبان گفته می‌شود که فرد دو زبانه به طور معمول صرف‌نظر از میزان مهارت زبانی‌اش، در زندگی روزمره از دو زبان به طور همزمان و متوالی استفاده می‌کند، در مقابل فرد تک زبانه فقط به یک زبان تسلط دارد (ویسی، ۱۳۸۹). در مورد مزایا یا معایب دوزبانگی دیدگاه‌های مختلف و متفاوتی وجود دارد. از جمله عده‌ای بر کارکردهای مثبت دوزبانگی در سرتاسر زندگی اشخاص (همچون رشد اجتماعی بیشتر و افزایش هوش هیجانی) اشاره دارند (برتون^۱، ۵۳؛ ۱۳۸۸). از نظر صاحب‌نظران روانشناسی زبان، زبان آنقدر مهم است که ماهیت اندیشه را

1. Breton, R, J.L

تحت الشعاع قرار می‌دهد، بطوری که نمی‌توان تأثیر زبان و تفکر، زبان و ذهن و فرد و اجتماع را از هم جدا کرد. در حوزه زبان‌شناسی اجتماعی نیز اهمیت زیادی به تعامل بین زبان و اجتماع می‌دهند و به بررسی گروه‌ها و رشد اجتماعی و زبان بیشتر می‌پردازند، همچنین نظریه‌های مختلف درباره ریشه زبان و چگونگی تأثیر ساختار آن بحث‌های زیادی کرده‌اند، اما در مجموع زبان را به عنوان عامل مهمی در رشد اجتماعات بشری ذکر کرده‌اند. در خصوص ارتباط زبان که یک مولفه اساسی فرهنگی بوده، با مفهوم سلامت اجتماعی تحقیقاتی تاکنون انجام نشده است. به عبارتی زبان قومیت‌های مختلف می‌تواند زمینه‌ساز وحدت و یکپارچگی، انسجام و مشارکت را فراهم آورد و یا این که زبان مشترک، می‌تواند بر سلامت و بعد اجتماعی آن تأثیرگذار باشد یا خیر؟ که پژوهش حاضر در با مطالعه دانشجویان دوزبانه و یک زبانه در پی پاسخ به آن است.

تأثیرات یک زبانی و دو زبانی در فرهنگ‌های متفاوت به صورت متفاوتی گزارش شده است، همچنان که اشاره شد، این مسئله می‌تواند رشد متفاوتی خصوصاً از لحاظ اجتماعی در افراد بوجود آورد. با توجه به این که رشد اجتماعی در طی مراحل و فرآیندهایی به دست می‌آید و در آن کودکان و نوجوانان باورها و مهارت‌ها و رفتارهایی کسب می‌کنند که توسط جامعه تعریف شده است (جهانگیری، ۱۳۵: ۱۳۸۸)، نمی‌توان تأثیر زیاد و همپوشی تنگاتنگ رشد اجتماعی و زبان را از هم جدا دانست، خصوصاً در نظریه‌های رشد زبان و در دیدگاه رفتارگرایی بر آن تأکید زیادی شده است (لورا برک^۱، ۷۶: ۱۳۹۰). اما نکته مهم پژوهش حاضر اینست که آیا تک زبانی یا دو زبانی می‌تواند در سلامت اجتماعی دانشجویان و ابعاد آن تفاوت لحاظ نماید؟ زیرا در کشور ما اقلیت‌های مختلفی زندگی می‌کنند و دارای فرهنگ‌های متفاوتی می‌باشند و سلامت اجتماعی تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار می‌گیرد. چه بسا حمایت اجتماعی و توجه به فرزندان و یا توجه به مشارکت اجتماعی و یکپارچگی اجتماعی که از زمینه فرهنگی و اجتماعی و حتی شرایط جغرافیایی تأثیر می‌پذیرد، در میان قوم کرد با فارس متفاوت

1. Berk, L

باشد. با توجه به موارد یادشده و اهمیت اساسی سلامت اجتماعی دانشجویان، در این پژوهش ما برآنیم که دو طیف از دانشجویان را از لحاظ میزان سلامت اجتماعی مقایسه کنیم، در واقع بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان فارس (تک زبانه) و دانشجویانی که از لحاظ زبانی، دو زبانه می‌باشند و از قومیت‌های (ترک، کرد، لر) مختلف هستند، مسئله پژوهش حاضر را تشکیل می‌دهد. در ادامه برخی از عواملی که بر سلامت اجتماعی دو گروه تأثیرگذار هستند را تبیین می‌کنیم.

پیشینه پژوهش

پژوهش‌ها حاکی از این هستند که برخی عوامل، سلامت اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. برخی از این عوامل عبارت‌اند از وضعیت اقتصادی-اجتماعی، سطح تحصیلات، سن، میزان دریافت حمایت اجتماعی، وضعیت تأهل. تحقیقات نشان داده است، وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین سبب کاهش تمام ابعاد سلامتی می‌شود. زیرا به نظر می‌رسد زندگی با چنین وضعیتی به ادراک خود در جهت افزایش سلامتی آسیب می‌زند (keyes, 1998: 141). سطح بالای تحصیلات و همچنین افزایش سن، میزان سلامت اجتماعی را افزایش می‌دهد. برخی تحقیقات نشان داده است که وقتی سن افزایش می‌یابد افراد احساس خوشحالی بیشتری کرده، از زندگی خود رضایت بیشتری داشته و سلامت اجتماعی در بین آن‌ها افزایش می‌یابد (kadison&Digeronimo, 2004). همچنین پاره‌ای از تحقیقات نشان داده‌اند که میزان سلامتی با افزایش تحصیلات رابطه مثبت دارد اما ممکن است برخی از تنیدگی‌های تحصیلی تأثیر معکوس بگذارند؛ بنابراین بین این متغیرها رابطه خطی وجود ندارد (keyes, 1998).

سام آرام (۱۳۸۸) در مقاله‌ای به بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور می‌پردازد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که رابطه مستقیمی بین افزایش ناامنی اجتماعی و کاهش میزان سلامت اجتماعی در

جامعه وجود دارد. همچنین شاخص سهم داشت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت اجتماعی است که از مهم‌ترین عوامل تحقق هدف پلیس جامعه محور یعنی توانمندسازی اجتماع به منظور کمک به رفع و حل مشکلات افزایش جرم و بی‌نظمی در اجتماع است. بنابراین امکان تحقق اهداف پلیس جامعه محور در جامعه‌ای با افراد دارای سلامت اجتماعی بالا به دلیل سهولت مشارکت اجتماعی و افزایش اعتماد اجتماعی، بیش‌تر است.

گنگرلو (۱۳۸۷) به سنجش میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبائی در مقطع کارشناسی می‌پردازد. نتایج این پژوهش نشان داد که بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد تفاوت معناداری وجود ندارد. در گروه دانشجویان شاهد دانشجویانی که از سلامت اجتماعی بالا برخوردار بودند کمتر تمایل داشتند که سهمیه دار بودن خود را پنهان نمایند و در مقابل دانشجویانی با سلامت اجتماعی پایین از این که سایر افراد بدانند که آن‌ها با سهمیه شهدا وارد دانشگاه شده‌اند نگران بوده و تمایل به مخفی‌کاری داشتند. همچنین دانشجویان متأهل و به طور کلی دانشجویان شاهد زن از سلامت اجتماعی بالاتری نسبت به سایرین برخوردار بودند.

عبدالله تبار و دیگران (۱۳۸۷) در پژوهشی با عنوان بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان به بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی و ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک آنان پرداختند. نتایج نشان دادند که میانگین سلامت اجتماعی در دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد (۷۸/۲۲) بیش‌تر از دانشجویان مقطع کارشناسی (۷۲/۴۲) می‌باشد. همچنین بین متغیر سلامت اجتماعی با متغیر وضعیت تأهل، عضویت در انجمن‌ها و وضعیت اشتغال ارتباط معناداری وجود داشت. بلانکو و دیاز (۲۰۰۷) در مقاله‌ای با عنوان نظم اجتماعی و سلامت روانی با رویکردی به سلامت اجتماعی سعی کردند تا ارتباط بین ابعاد سلامت اجتماعی را به عنوان شاخص نظم اجتماعی با جنبه‌های دیگری از سلامت مثل میزان افسردگی، عزت نفس،

سلامت درک شده، محرومیت، میزان آنومی و کنش‌های متقابل اجتماعی، احساسات مثبت و منفی و رضایت را مورد بررسی قرار دهند، آنان دریافتند که متغیرهای بالا ارتباط مستقیمی با سلامت اجتماعی دارند (Blanco & Diaz, 2007: 5).

لاروچ در سال ۱۹۹۸ مطالعه‌ای توصیفی را با عنوان سلامت اجتماعی روی ۱۵۱ دانشجوی دانشگاه در بوستون ماساچوست انجام داد. هدف مطالعه تعیین ارتباط بین وضعیت سلامت اجتماعی، جنسیت، متوسط نمره تحصیلی و تعیین‌کننده‌های اصلی مرتبط و غیر مرتبط در سلامت با سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت آن‌ها بود. زنان دانشجوی به نحو معنی‌داری در ابعاد تغذیه، روابط بین فردی، مسوولیت‌پذیری در مقابل سلامت و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت رفتار بهتری از مردان داشتند (مامورت و ویلکسون، ۳۹: ۱۳۸۷).

در مجموع پژوهش‌هایی که رابطه مستقیم سلامت اجتماعی و دوزبانگی و یک‌زبانگی را نمودار کنند کمتر به چشم می‌خورد، کوثری (۱۳۸۰) نشان داد که، دانش‌آموزان دو‌زبان استان فارس رشد اجتماعی کمتری نسبت به دانش‌آموزان یک‌زبان دارند. مرادی (۱۳۸۹) در مجموع پژوهش‌هایی که با رشد اجتماعی نزدیکی بیشتری داشته‌اند نشان داده‌اند که دوزبانگی نسبت به یک‌زبانگی بیشتر باعث توجه و کنترل شناختی خصوصاً در کودکان مدرسه و بزرگسالان می‌شود، که این عامل ممکن است به رشد اجتماعی بهتر و توانایی‌های درک اجتماعی بیشتر در افراد کمک کند. گرچه مطالعات پیشین این مسئله را منفی قلمداد کرده‌اند (کریمی نوری و آذرخش، ۵۳: ۱۳۸۱)، اما با توجه به یادگیری زبان دوم به صورت داوطلبانه یا مدرسه‌ای پیوند اجتماعی بالایی را شکل می‌دهد و با توجه به این که رشد اجتماعی تأثیر متقابل افراد در همدیگر است می‌توان به این مهم توجه کرد که رفتارهای مربوط به پذیرش اجتماعی که لازمه رشد اجتماعی است در افراد دوزبانه انگیزه‌ای برای رشد اجتماعی است (نلسون، ۲۰۰۵، به نقل از مرادی، ۳۵: ۱۳۸۹). با این روند دوزبانگی و زبان نیاز مبرمی

به برنامه‌ریزی آموزشی مفید و گسترده دارد، تا با تعریف بلومفیلد^۱ از دوزبانگی (یعنی تسلط زیاد به صورت مشابه بومی مانند) از هر دوزبان برسند و دوزبان را بتوانند به جای یکدیگر بگیرند، تا به رشد مقبول‌تری برسند (علایی، ۱۷۵: ۱۳۸۷)، کمک به بهبود و توجه به روانشناسی شناختی که امروزه مورد توجه بسیاری از روانشناسان می‌باشد و توسعه دوزبانگی و یک زبانگی می‌تواند کمک زیادی به رشد و قابلیت‌های اجتماعی بکند بطوری که زبان و خصوصاً دوزبانگی از مرحله قابلیت‌های یادگیری صرف به درک و بلوغ اجتماعی توسعه یابد (کرمی نوری و آذرخش، ۱۳۸۱). این فرایند باعث افزایش قابلیت‌های توسعه رشد اخلاقی و در نهایت رشد اجتماعی خواهد شد که از مسائل مهم و قابل وصف برای رشد اجتماعی جهانشمول می‌باشد (دورس و ستیچ^۲، ۲۰۰۶، به نقل از مرادی، ۲۴: ۱۳۸۹).

مبانی نظری

اولین بار انستیتو دانشگاه فوردهام برای ابداع سیاست اجتماعی در سال ۱۹۸۷ شاخص سلامت اجتماعی را منتشر کرد (Miringof, 1999: 182). واژه سلامت اجتماعی برگردان کلمه Social health است، این واژه از دو کلمه Social به معنی اجتماع و health به معنی زندگی خوب و سالم داشتن است که بیش‌تر ناظر به شادی و رضایت است و بر مفاهیم مثبت از سلامت تأکید دارد (Keyes & Shapiro, 2004: 147)، که هم چگونگی احساس مردم را در بر می‌گیرد و هم نحوه عملکرد آن‌ها را (Huppert & Marks & Clark, 2006: 14). معمولاً هرگاه از سلامت سخنی به میان آمده بیشتر بعد جسمانی آن مورد توجه بوده، در حالی که رشد و تعالی جامعه در گرو تندرستی آن جامعه از ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی است. سازمان جهانی بهداشت در تعریفی سلامت را به عنوان حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً فقدان

-
1. Blomfield, L
 2. Doris, J& Stich, S

بیماری، تعریف می‌کند (WHO, 1979: 5). سلامت اجتماعی به نوعی بهداشت روانی، فردی و اجتماعی گفته می‌شود که در صورت تحقق آن شهروندان دارای انگیزه و روحیه شاد بوده و در نهایت، جامعه شاداب و سلامت خواهد بود. در واقع زندگی سالم محصول تعامل اجتماعی بین انتخاب‌های فردی از یک سو و محیط اجتماعی و اقتصادی احاطه کننده افراد از سوی دیگر است. لارسون سلامت اجتماعی را ارزیابی رفتارهای معنی دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران تعریف می‌کند و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر جامعه‌ای معرفی می‌نماید که منجر به کارایی فرد در جامعه خواهد شد (Larson, 1993: 192).

به طور کلی ما می‌توانیم سلامت را بر حسب دو عامل مورد بحث قرار دهیم؛ یکی واحد تحلیل که می‌تواند شخص، خانواده، اجتماع و به طور کلی جامعه باشد و دوم ترکیبی از جنبه‌هایی که شخص به آن‌ها توجه می‌کند؛ یعنی فضایی، محیطی، اقتصادی، اجتماعی، روانی، جسمانی و یا احساسی. این دو عامل می‌توانند به عنوان دو محور از یک نمودار برای داشتن انواع گوناگونی از سلامت در نظر گرفته شوند (Parry, 1987: 70). سلامت در طول سده‌ها از یک مفهوم انفرادی، به صورت یک هدف جهانی و در برگیرنده کیفیت زندگی درآمده است. عموماً دو رویکرد متفاوت در تعریف سلامت وجود دارد که عبارت‌اند از: رویکرد بیماری محور، این رویکرد با حضور و عدم حضور بیماری در مقوله‌های مختلف جسمانی و روانی محدود شده است (Blanco&Diaz, 2007: 61). از این منظر سلامتی حالتی است که علائم بیماری در فرد وجود نداشته باشد و سلامت هدف نهایی پزشک بود. در این دیدگاه نقش عوامل تعیین کننده زیست محیطی، اجتماعی و روانشناختی نادیده گرفته می‌شود. همچنین این الگو در حل بسیاری از مسائل اساسی بهداشتی انسان از جمله اعتیاد، بیماری‌های روانی و ... نارسا بوده است (سجادی و صدر السادات، ۲: ۱۳۸۴). اما در مقابل رویکرد سلامتی محور، سلامت را به عنوان حالت برخورداری از درجه بالایی از بهزیستی تعریف می‌کند. طبق این رویکرد، در جامعه فردی سالم فرض می‌شود که

درجات عالی شاخص‌های سلامت و بهزیستی را دارا باشد (Blanco & Diaz Dario, 2007: 63).

دورکیم معتقد است از جمله مزایای بالقوه زندگی عمومی، یکپارچگی و همبستگی اجتماعی است یعنی یک احساس تعلق و وابستگی، درک و آگاهی مشترک و داشتن سرنوشت جمعی. این مزایای زندگی اجتماعی یک احساس و بنیان برای تعریف جهانی و کلی از سلامت اجتماعی است (Keyes, 1998: 141). در بین الگوهایی که به تبیین سلامت می‌پردازند، الگوی کلی نگر از اهمیت خاصی برخوردار است. بر اساس این الگو سلامتی چیزی بیش از سلامتی جسمانی است و به جنبه‌های هیجانی، عقلانی، معنوی، روانی و اجتماعی فرد و همچنین روابط بین این ابعاد اشاره می‌کند (Hermon & Hazler, 1999: 343). ریف^۱ یک مدل از سلامت اجتماعی ارائه می‌دهد که ابعاد آن را شامل عملکرد مثبت ذهن و روان می‌داند، که مهمترین این ابعاد شامل: پذیرش خود، تسلط بر محیط، روابط مثبت با دیگران، هدفمند بودن در زندگی، رشد شخصی و استقلال است (Riff, 1996: 31). لارسون و کیز با توجه به رویکرد سلامتی محور یک چارچوب مفهومی و نظری برای سلامت اجتماعی ارائه داده‌اند. از نظر لارسون (۱۹۹۳) سلامت اجتماعی ارزیابی فرد از روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی است و در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد نسبت به محرک‌ها و احساسات، تفکرات و رفتارهایی است که نشانگر رضایت و عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است (Larson, 1993: 181). در ادامه رویکرد کیز مفصل توضیح داده می‌شود و به عنوان **چارچوب نظری** متغیر وابسته این پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد. سلامت اجتماعی با سه رویکرد تعریف شده است:

۱- سلامت اجتماعی به مثابه بعد اجتماعی سلامت فرد که در کنار دو بعد جسمی

و روانی سلامت فرد، به رابطه او با جامعه نظر دارد.

۲- سلامت اجتماعی به مثابه شرایط اجتماعی سلامت بخش.

1. Riff

۳- سلامت اجتماعی به مثابه وضعیت اجتماعی بهتر، به طور کلی که بسته به اوضاع فعلی هر جامعه یا جماعت، مصادیق و معناهای عینی متفاوتی می‌یابد (سام آرام، ۱۳۹۱: ۳۸).

کییز و همه صاحب‌نظرانی که سلامت اجتماعی را ذیل سلامت روان مفهوم پردازی می‌کنند، در واقع در دیدگاه نخست قرار می‌گیرند، یعنی سلامت اجتماعی را بخشی از سلامت افراد قلمداد می‌کنند که در مددکاری اجتماعی نیز مورد عنایت است و برخی سلامت اجتماعی را به عنوان خصوصیتی از جامعه و معادل با جامعه سالم، مفهوم پردازی می‌کنند. در این گونه مفهوم پردازی، صاحب‌نظرانی نیز وجود دارند، مثلاً راسل جامعه‌ای را سالم می‌داند که در آن فرصت و دسترسی برابر به خدمات و کالاهای اساسی برای همه وجود داشته باشد تا افراد جامعه به عنوان یک شهروند عملکرد کاملی داشته باشند. بیانگرهای سلامت جامعه ممکن است شامل عمل به قانون، برابری در ثروت، دسترسی عمومی به مشارکت در فرآیند تصمیم‌گیری و سطح سرمایه اجتماعی باشد (سام آرام، ۱۳۹۱: ۳۸).

طبق نظر کییز حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت و خصوصاً سلامت ذهن پاسخ به این پرسش است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع نشان می‌دهند که چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی‌اش مثلاً به عنوان همسایه، همکار و شهروند عملکرد خوبی دارد (Keyes & Shapiro, 2004: 146). کییز نیز مثل محققان پیش گفته معتقد است که سلامت روانی، کیفیت زندگی، و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی و هیجانی و شامل تکلیف و چالش‌های اجتماعی است. اخیراً نیز اوستن و جیکوب^۱ سلامت اجتماعی را شامل سطوح مهارت‌های اجتماعی و توانایی شناخت هر

1. Ustun & Jakob

شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگتر دانسته‌اند و به شرایط اقتصادی و اجتماعی، رفاه و تمامیت شخص در شبکه اجتماعی او توجه کرده‌اند (اوستن و جیکوب، ۲۰۰۵، به نقل از سام آرام، ۱۳۹۱: ۳۶). کیز معتقد است بهزیستی یک اساس و بنیاد اجتماعی دارد و بدین ترتیب سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می‌کند (Callaghan, 2008: 5). در واقع مدل چند وجهی کیز از سلامت اجتماعی که بعنوان چارچوب نظری در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته، شامل پنج جنبه می‌شود که میزان کارکرد بهینه افراد را در عملکرد اجتماعی‌شان معلوم می‌کند. این پنج عنصر عبارتند از:

- یکپارچگی اجتماعی: ارزیابی فرد از کیفیت روابطش در جامعه.
- سهم داشت اجتماعی: بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است.
- پذیرش اجتماعی: بیانگر درک فرد از خصوصیات و صفات افراد جامعه به عنوان یک کلیت است.
- شکوفایی اجتماعی: بیانگر ارزیابی فرد از مسیر حرکت جامعه و پتانسیل‌های آن است.
- پیوستگی اجتماعی: بیانگر ارزیابی فرد از کیفیت، سازمان بندی و طرز کار جهان اجتماعی است (Keyes, 2006: 31).

برای سنجش مهارت‌های ارتباطی، باورهای دینی از تلفیقی از نظریات چفی^۱ هارجی^۲ و اسنایدر^۳، گلاک و استارک^۴، استفاده خواهد شد. با مطالعه ارتباطات خانواده، چفی (۱۹۷۰) که بیان می‌کند، الگوهای ارتباطات خانواده شیوه‌هایی را منعکس می‌کنند که به وسیله آنها خانواده واقعیت اجتماعی را تعبیر و تفسیر کرده، اعضایش را در آن تعبیر و تفسیر سهیم می‌سازد. چفی و همکارانش، بعدها استدلال کردند که برای رسیدن

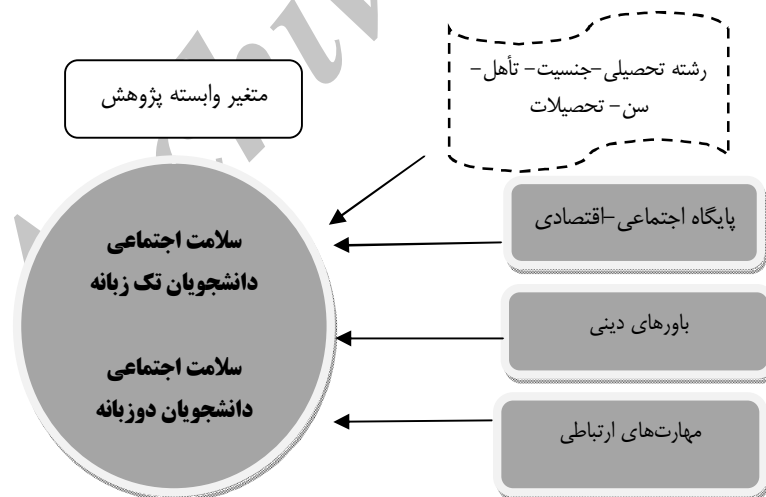
1. Chafi
2. Owen harjii
3. Snyder
4. Glock & stark

به یک واقعیت مشترک در بین اعضای خانواده، یک راه، مورد بحث قرار دادن باورها و مفاهیم به منظور رسیدن به معنایی مشترک است، آن‌ها این شیوه را «جهت‌گیری مفهومی» نامیدند. راه دیگر، رو آوردن به والدین برای راهنمایی گرفتن است، که آن را «جهت‌گیری اجتماعی» نامیدند. برحسب ارتباطات خانواده، جهت‌گیری مفهومی به وسیله بیان راحت عقاید و درگیری فعالانه در بحث و تبادل نظر مشخص می‌شود. در حالی که ویژگی جهت‌گیری اجتماعی تلاش برای حفظ و نگهداری روابط همگون و همساز والد-فرزندی می‌باشد. در خانواده‌هایی که دارای گرایش مفهومی هستند، والدین به در نظر گرفتن همه جوانب یک مطلب قبل از اتخاذ یک جنبه و بیان عقیده فرد، حتی اگر مغایر با عقاید دیگران باشد، تأکید دارند. برعکس، در خانواده‌های دارای گرایش اجتماعی، والدین تأکید دارند که فرزندان آنها باید از تعارض و مغایرت با جمع اجتناب کنند؛ وقتی در بحثی با دیگران اختلاف نظر دارند، تسلیم آنها شوند؛ به بزرگترها احترام بگذارند و به طور کلی جلوی مسائل متشنج بین فردی را بگیرند (استون و چفی، ۱۹۷۰، به نقل از رضایی، ۱۳۹۱). اون هارجی مهارت ارتباطی را مجموعه‌ای از رفتارهای هدفمند، به هم پیوسته، که متناسب با آموختنی فرد بوده و تحت کنترل فرد می‌باشد بیان می‌کند. شنایدر و همکاران مهارت‌های ارتباطی را به عنوان وسیله ارتباط فرد و محیط تعریف می‌کنند و معتقدند که عامل مهمی برای ادامه ارتباط سازنده و سالم با همسالان بوده و به عنوان بخش مهمی از سلامت روانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (Snyder & Others, 2004: 121). سعی بر این است، مهارت‌های ارتباطی در این پژوهش به وسیله، جهت‌گیری‌های مفهومی و اجتماعی، احترام متقابل، گوش کردن و گوش دادن در محیط و روابط اجتماعی، فهم متقابل، هم‌حسی، صحبت کردن، صمیمیت در محیط اجتماعی با دیدگاه‌های چفی، هارجی و شنایدر مورد سنجش قرار بگیرند.

از طرفی دیگر باورها و اعتقادات دینی افراد می‌توانند تمام ابعاد زندگی فرد را، همچون سلامت تحت تأثیر قرار دهند، گلاک و استارک معتقدند، که در همه ادیان به

رغم اختلافاتی که در جزئیات دارد، قلمروهای مشترکی وجود دارند که دینداری در آن حوزه‌ها تجلی می‌یابد (Glock & Stark, 1966: 20). یکی از این عرصه‌ها بعد اعتقادی است یعنی باورهایی که انتظار می‌رود پیروان هر دین به آنها اعتقاد داشته باشند (Glock & Stark, 1966: 27). مانند اعتقاد به اصول توحید، نبوت، معاد، امامت و انجام برخی تکالیف و احکام که در هر دینی قابلیت سنجش را دارد. دورکیم معتقد است که دین شیوه بیان ارزش‌های اخلاقی و اعتقادات جمعی هر اجتماعی است، که می‌تواند انسجام بخش، انضباط بخش و حیات بخش هر جامعه‌ای باشد و نیز می‌تواند به سلامت اجتماعی یا همان انسجام اجتماعی منجر شود. او معتقد بود که تغییر در اعمال رفتار مذهبی به تغییر در ساختار و مرفولوژی می‌انجامد. در این پژوهش سعی شده است با توجه به نظریات یادشده، تأثیر متغیر باورهای دینی بر سلامت اجتماعی دانشجویان از طریق سنجش اعتقاد افراد به اصول و فروع دین و سایر اعتقادات اسلامی و عمل به ارکان را مورد سنجش قرار دهیم.

شکل ۱- مدل نظری پژوهش



اهداف تحقیق

مقایسه میزان سلامت اجتماعی دانشجویان تک زبانه و دو زبانه
کسب شناخت نسبت به تأثیر متغیرهای زمینه‌ای بر سلامت اجتماعی دانشجویان
تک زبانه و دو زبانه
کسب شناخت نسبت به عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان تک زبانه و
دو زبانه

فرضیه‌ها

بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان تک زبانه و دوزبانه تفاوت معناداری
وجود دارد.
بین سن و سلامت اجتماعی دانشجویان تک زبانه و دوزبانه تفاوت معناداری
وجود دارد.
بین جنس و سلامت اجتماعی دانشجویان تک زبانه و دوزبانه تفاوت معناداری
وجود دارد.
بین تأهل و سلامت اجتماعی دانشجویان تک زبانه و دوزبانه تفاوت معناداری
وجود دارد.
بین سطح تحصیلات و سلامت اجتماعی دانشجویان تک زبانه و دوزبانه تفاوت
معناداری وجود دارد.
بین رشته تحصیلی و سلامت اجتماعی دانشجویان تک زبانه و دوزبانه تفاوت
معناداری وجود دارد.
بین مهارت‌های ارتباطی و سلامت اجتماعی دانشجویان تک زبانه و دوزبانه
تفاوت معناداری وجود دارد.

بین پایگاه اجتماعی - اقتصادی و سلامت اجتماعی دانشجویان تک زبانه و دوزبانه تفاوت معناداری وجود دارد.

بین باورهای دینی و سلامت اجتماعی دانشجویان تک زبانه و دوزبانه تفاوت معناداری وجود دارد.

روش تحقیق

برای انجام هر تحقیق یا پژوهش به یکی از روش‌های تحقیق نیاز است، تا بتوان با استفاده از تکنیک‌های خاصی به داده‌های مورد نظر دست یافت و از طریق داده‌های به دست آمده، با استفاده از شیوه‌های آماری به نتایج اصلی دست یافت. در این تحقیق بر اساس موضوع و اهداف آن، روش تحقیق از نوع پیمایش و تکنیک گردآوری اطلاعات مورد نیاز پرسشنامه می‌باشد. جامعه مورد بررسی در این تحقیق کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل دانشگاه سنندج در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۹۴ می‌باشد. بر اساس آمار منتشره از واحد آمار این دانشگاه تعداد کل دانشجویان ۱۶۵۷۹ نفر است که در رشته‌های علوم انسانی، فنی و مهندسی، علوم پایه و هنر مشغول به تحصیل می‌باشند. حجم نمونه یا تعداد افرادی که ما باید با آن‌ها محاسبه کنیم بستگی به آن دارد که ما با چه دقت و اطمینانی می‌خواهیم، نتایج تحقیق را از نمونه به کل جامعه آماری تعمیم دهیم. هرچه این دقت و اطمینان بالاتر باشد نیاز به حجم نمونه بیشتری خواهد بود. تعداد نمونه نیز از طریق فرمول کوکران محاسبه شده است، که طبق این فرمول، تعداد نمونه ۳۸۴ نفر برآورد شده است. در گام بعدی برای مطالعه این تعداد اقدام به نمونه‌گیری شده است که روش نمونه‌گیری مورد استفاده، نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای بوده است. در این روش افراد جامعه با توجه به سلسله مراتبی از انواع واحدهای جامعه انتخاب می‌شوند. با توجه به چنین روشی، فرآیند نمونه‌گیری در این تحقیق به این صورت بود که ابتدا به واحد دانشکده‌ها مراجعه شده، سپس با توجه به رشته‌ها و کلاس‌ها، تعدادی

از آن‌ها (برابر با تعداد نمونه تحقیق) انتخاب و مورد آزمون واقع شدند. متغیر وابسته این تحقیق سلامت اجتماعی است که بر اساس تئوری کیز پنج بعد یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، سهم داشت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پیوستگی اجتماعی را در بر می‌گیرد. در این جا میزان سلامت اجتماعی دانشجویان به وسیله مقیاس ۳۳ گویه ای که توسط کیز در سال ۱۹۹۸ طراحی شده است در قالب طیف ۵ گزینه ای لیکرت ارزیابی شد. باباپور و همکاران (۱۳۸۸) برای بررسی پایایی پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز از همسانی درونی استفاده نموده و گزارش کردند که آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای هر یک از خرده مقیاس‌ها به ترتیب عبارت بود از: ۰/۷۱ برای یکپارچگی اجتماعی، ۰/۷۴ برای پذیرش اجتماعی، ۰/۷۹ برای مشارکت اجتماعی، ۰/۷۰ برای خود شکوفایی اجتماعی و ۰/۷۷ برای انسجام اجتماعی، که نشان می‌دهد این ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار است. پایایی سؤالات مهارت‌های ارتباطی (۱۲ گویه) و باورهای دینی (۱۲ گویه)، پایگاه اقتصادی - اجتماعی (۸ گویه) در پیش آزمون انجام شده به ترتیب با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و ۰/۷۸ و ۰/۸۱ درصد ارزیابی شد. یافته‌های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی به وسیله نرم افزار SPSS16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و با توجه به سطح سنجش متغیرها از آزمون‌های T-test، تحلیل واریانس یک طرفه (Anova)، تحلیل واریانس بین گروهی استفاده شد. همچنین برای بررسی تأثیر همزمان عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی از معادلات رگرسیونی استفاده گردید.

یافته‌ها

همان طور جدول شماره ۱ نشان می‌دهد، یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن است که میانگین سلامت اجتماعی دانشجویان تک زبانه (شامل ۱۸۵) ۸۸/۴۶ و میانگین سلامت اجتماعی دانشجویان دو زبانه (شامل ۱۹۹ نفر) ۱۰۴/۲۸ می‌باشد، که با توجه به دامنه

نمرات (۵۴ تا ۱۴۲) سلامت اجتماعی دانشجویان تک زبانه و دو زبانه هر دو در سطح متوسط می‌باشد. اما اختلاف میانگین دو گروه برابر با ۱۵/۸۲ است که نشان می‌دهد دانشجویان دو زبانه سلامت اجتماعی بالاتری را تجربه می‌کنند. همچنین دانشجویان تک زبانه بالاترین نمره را در خرده مقیاس مشارکت اجتماعی با میانگین ۱۹/۱۰ دریافت کرده‌اند، در مقابل دانشجویان دو زبانه نیز در همین خرده مقیاس با میانگین ۲۲/۸۷ بالاترین نمره را دریافت نموده‌اند؛ با توجه به جامعه آماری که دانشجویان می‌باشد و این قشر تقریباً نقش فعالی در جامعه بر عهده دارند، طبیعی به نظر می‌رسد. نکته حائز اهمیت دیگر این که دانشجویان دو زبانه در سه خرده مقیاس مشارکت اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی و پیوستگی اجتماعی نسبت به دو خرده مقیاس دیگر اختلاف بیشتری با دانشجویان تک زبانه دارند، که نشان دهنده این است که ارزیابی دانشجویان دو زبانه از ارزش اجتماعی خود و کیفیت روابط اجتماعی‌شان در جامعه مثبت‌تر است. و فضای اجتماعی را به صورت مطلوب‌تری تجربه می‌کنند.

جدول ۱- توصیف متغیر سلامت اجتماعی (متغیر وابسته) بر حسب زبان

تعداد	حداکثر	حداقل	انحراف معیار	میانگین	ابعاد سلامت اجتماعی	
۱۸۵	۳۰	۷	۶/۳۱	۱۷/۴۰	پذیرش اجتماعی	دانشجویان
۱۸۵	۳۴	۷	۵/۷۲	۱۸/۳۹	شکوفایی اجتماعی	تک زبانه
۱۸۵	۳۰	۷	۴/۲۲	۱۹/۱۰	مشارکت اجتماعی	
۱۸۵	۲۲	۷	۵/۱۰	۱۴/۷۰	پیوستگی اجتماعی	
۱۸۵	۳۵	۹	۷/۰۱	۱۸/۸۷	یکپارچگی اجتماعی	
۱۸۵	۱۴۲	۵۴	۴/۹۳	۸۸/۴۶	سلامت اجتماعی کل	

دو زبانی - تک زبانی و سلامت اجتماعی ... ۲۰۵

۱۹۹	۳۰	۷	۵/۲۶	۱۸/۴۰	پذیرش اجتماعی	دانشجویان دو زبانه
۱۹۹	۳۴	۷	۴/۱۴	۲۰/۹۴	شکوفایی اجتماعی	
۱۹۹	۳۰	۷	۴/۳۳	۲۲/۸۷	مشارکت اجتماعی	
۱۹۹	۲۲	۷	۴/۰۹	۱۹/۷۰	پیوستگی اجتماعی	
۱۹۹	۳۵	۹	۶/۰۱	۲۲/۱۳	یکپارچگی اجتماعی	
۱۹۹	۱۴۲	۵۴	۴/۱۷	۱۰۴/۲	سلامت اجتماعی کل	

به طور کلی همان طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل واریانس بین گروهی نشان می‌دهد که تفاوت معناداری در میزان سلامت اجتماعی بین دو گروه دانشجویان دیده می‌شود ($t=13/62$). به طوری که اختلاف میانگین سلامت اجتماعی دو گروه برابر با $15/82$ - است. این تفاوت همان طور که در یافته‌های توصیفی ذکر شد، به نفع دانشجویان دو زبانه می‌باشد. در تک تک ابعاد سلامت اجتماعی بین دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده می‌شود. بیشترین اختلاف میانگین در ابعاد پنج گانه سلامت اجتماعی بین دو گروه دانشجویان تک زبانه و دو زبانه در خرده مقیاس‌های پذیرش اجتماعی ($-4/098$) و انسجام اجتماعی ($-4/017$) است و کمترین اختلاف در خرده مقیاس پیوستگی اجتماعی ($-2/902$) است.

جدول ۲- نتایج آزمون لون و T برای مقایسه سلامت اجتماعی دانشجویان تک زبانه و دو زبانه

آزمون T مستقل			آزمون لون			گروه‌ها	متغیر وابسته
اختلاف میانگین	sig	درجه آزادی	T	Sig	F		
-۱۵/۸۲	۰/۰۰۱	۱۸۲	۱۳/۶۲	۰/۷۰۱	۰/۱۴۱	واریانس برابر	سلامت اجتماعی
-۱۵/۸۲	۰/۰۰۱	۱۸۱/۹۴۶	-	-	-	واریانس نابرابر	
-۴/۰۹۸	۰/۰۲۰	۱۸۲	۹/۵۱۷	۰/۲۵۷	۱/۲۹۳	واریانس برابر	پذیرش اجتماعی
-۴/۰۹۸	۰/۰۲۰	۱۸۱/۵	-	-	-	واریانس نابرابر	
-۳/۲۱۵	۰/۰۱	۱۸۲	۱۴/۴۴	۰/۰۰۸	۶/۹۷۱	واریانس برابر	مشارکت اجتماعی
-۳/۲۱۵	۰/۰۱	۱۷۱/۹	-	-	-	واریانس نابرابر	
-۳/۵۳۲	۰/۰۰۳	۱۸۲	۸/۳۲۴	۰/۰۴۵	۴/۱۷۳	واریانس برابر	شکوفایی اجتماعی
-۳/۵۳۲	۰/۰۰۳	۱۷۶/۶	-	-	-	واریانس نابرابر	
-۴/۰۱۷	۰/۰۰۱	۱۸۲	۹/۸۷۱	۰/۰۰۰	۲۵/۷۲	واریانس برابر	انسجام اجتماعی
-۴/۰۱۷	۰/۰۰۱	۱۵۵/۴	-	-	-	واریانس نابرابر	
-۲/۹۰۲	۰/۰۱۲	۱۸۲	۷/۴۷۶	۰/۰۰۱	۷/۰۶۶	واریانس برابر	پیوستگی اجتماعی
-۲/۹۰۲	۰/۰۱۲	۱۷۵/۷	-	-	-	واریانس نابرابر	

همان طور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد از کل نمونه آماری که شامل دانشجویان تک زبانه و دو زبانه می‌باشد ۱۸۸ نفر زن و ۱۹۶ نفر مرد می‌باشند، میانگین سلامت اجتماعی دانشجویان زن ۹۷/۳۳ و دانشجویان مرد ۹۸/۱۱ می‌باشد که اختلاف چندانی مشاهده نمی‌شود. همچنین از کل نمونه آماری ۳۵۷ نفر مجرد و ۲۷ نفر متأهل هستند، میانگین سلامت اجتماعی دانشجویان متأهل ۱۰۴/۳۳ و دانشجویان مجرد ۹۹/۳۵ است. از کل نمونه آماری ۲۳۷ نفر در سن ۱۸ تا ۲۳ سال قرار گرفته‌اند، که میانگین سلامت اجتماعی آنها ۸۸/۳۷ می‌باشد. همچنین ۹۶ نفر در سن ۲۴ تا ۲۹ سال قرار گرفته‌اند، که میانگین سلامت اجتماعی آنها ۹۵/۴۱ می‌باشد، همچنین ۵۱ نفر در سن ۳۰ تا ۳۵ سال قرار گرفته‌اند،

دو زبانی - تک زبانی و سلامت اجتماعی ... ۲۰۷

که میانگین سلامت اجتماعی آنها ۱۰۸/۱۰ می‌باشد. نکته حائز اهمیت روند صعودی میانگین سلامت اجتماعی همراه با افزایش سن است، به طوری که هرچه سن بالا می‌رود نمرات سلامت اجتماعی در خرده مقیاسها نیز افزایش می‌یابد. براساس یافته‌های پژوهش دانشجویان رشته‌های علوم انسانی نسبت به گروه‌های فنی و علوم پایه از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردارند. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که دانشجویان در سطوح متفاوت تحصیلی اختلاف چندانی از لحاظ سلامت اجتماعی ندارند.

جدول ۳- توصیف سلامت اجتماعی دانشجویان بر حسب متغیرهای زمینه‌ای

متغیر وابسته	جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار
سلامت اجتماعی	زن	۱۸۸	۹۷/۳۳	۷/۴۱
	مرد	۱۹۶	۹۸/۱۱	۵/۲۱
متغیر وابسته سلامت اجتماعی	تأهل	تعداد	میانگین	انحراف معیار
	مجرد	۳۵۷	۹۹/۳۵	۳/۲۱
	متأهل	۲۷	۱۰۴/۳۳	۶/۱۲
متغیر وابسته سلامت اجتماعی	سن	تعداد	میانگین	انحراف معیار
	۱۸-۲۳	۲۳۷	۸۸/۷۳	۴/۵۵
	۲۴-۲۹	۹۶	۹۵/۴۱	۴/۷۱
متغیر وابسته سلامت اجتماعی	رشته تحصیلی	تعداد	میانگین	انحراف معیار
	فنی- مهندسی	۱۰۳	۹۲/۱۲	۷/۱۶
	علوم پایه	۱۰۸	۹۴/۳۶	۵/۷۹
متغیر وابسته سلامت اجتماعی	علوم انسانی	۱۷۳	۱۰۱/۱۱	۵/۴۳
	تحصیلات	تعداد	میانگین	انحراف معیار
	کارشناسی	۲۴۹	۹۴/۲۳	۶/۳۱
سلامت اجتماعی	کارشناسی ارشد	۱۰۴	۹۴/۹۱	۷/۳۲
	دکتری	۳۱	۹۵/۵۰	۸/۳۰

از آنجا که پژوهش حاضر یک تحقیق مقایسه‌ای بین دو گروه می‌باشد، برای مطالعه نقش متغیرهای زمینه‌ای شامل سن، جنسیت، تأهل، سطح تحصیلات و رشته تحصیلی، بر سلامت اجتماعی دانشجویان تک زبانه و دو زبانه از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد، که نتایج آن در زیر به ترتیب ارائه شده است.

جدول ۴- تحلیل واریانس یک‌راهه سلامت اجتماعی بر حسب متغیرهای زمینه‌ای

				آزمون لون برای برابری واریانس‌ها		سلامت اجتماعی	متغیر
Sig	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	Sig	F		
۰/۶۳۱	۱/۸۰	۹/۱۴	۲	۰/۹۶۸	۰/۲۸۵	بین گروهی	جنسیت
-	-	۵/۰۶	۱۸۱	-	-	درون گروهی	
-	-	-	۱۸۳	-	-	کل	
۰/۰۲۱	۴/۱۳	۱۷/۴۵	۲	۰/۹۷۲	۰/۰۲۹	بین گروهی	سن
-	-	۶/۴۱	۱۸۱	-	-	درون گروهی	
-	-	-	۱۸۳	-	-	کل	
۰/۰۷۲	۲/۳۱	۸/۱۲	۲	۰/۶۴۲	۰/۱۷۰	بین گروهی	سطح تحصیلات
-	-	۴/۱۶	۱۸۱	-	-	درون گروهی	
-	-	-	۱۸۳	-	-	کل	
۰/۰۱۸	۶/۴۱	۱۹/۳۴	۲	۰/۴۲۱	۰/۳۲۷	بین گروهی	تأهل
-	-	۸/۴۳	۱۸۱	-	-	درون گروهی	
-	-	-	۱۸۳	-	-	کل	
۰/۰۳۰	۵/۵۷	۱۶/۹۷	۲	۰/۳۹۷	۰/۲۸۱	بین گروهی	رشته تحصیلی
-	-	۷/۴۴	۱۸۱	-	-	درون گروهی	
-	-	-	۱۸۳	-	-	کل	

دو زبانگی - تک زبانگی و سلامت اجتماعی ... ۲۰۹

همان طور که در جدول شماره ۴ مشهود است، مابین متغیرهای سن و تأهل و رشته تحصیلی و سلامت اجتماعی در دو گروه دانشجویان تک زبانه و دو زبانه اثر تعاملی وجود دارد، به طوری که نتایج آزمون لون نشان می‌دهد، تفاوت معناداری بین اثرگذاری سن ($Sig=0/021$)، تأهل ($Sig=0/018$)، رشته تحصیلی ($Sig=0/030$) بر میزان سلامت اجتماعی وجود دارد.

اما همان طور که در جدول مشاهده می‌شود متغیرهای جنس و سطح تحصیلات با سلامت اجتماعی دو گروه اثر تعاملی ندارند و دانشجویان تک زبانه و دو زبانه به لحاظ جنسیت و سطوح متفاوت تحصیلی (لیسانس، ارشد، دکتری) سلامت اجتماعی تقریباً در حالتی یکسان را تجربه می‌کنند. جهت تبیین و بررسی تأثیر دیگر متغیرهای مستقل بر سلامت اجتماعی در بین دو گروه دانشجویان تک زبانه و دو زبانه باید به طور همزمان تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته را آزمون کرد تا هر نوع اثر تعاملی مشخص شود، جهت این امر باید از تحلیل واریانس بین گروهی دو طرفه استفاده نمود، زیرا سطح سنجش متغیرهای مستقل، ترتیبی و سطح سنجش متغیر وابسته، فاصله‌ای است. هم اکنون در جدول شماره ۵ به تبیین متغیرهای مستقل تحقیق با سلامت اجتماعی دانشجویان تک زبانه و دو زبانه می‌پردازیم.

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس بین گروهی دوطرفه بین متغیرهای مستقل با سلامت

اجتماعی دانشجویان تک زبانه و دو زبانه

sig	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	منابع تغییرات
۰/۴۱۹	۰/۹۰۸	۱۸۶/۰۶	۲	پایگاه اقتصادی- اجتماعی
۰/۰۰۰	۸۷/۴۶	۹۷۰۷/۸۵	۱	گروه
۰/۲۵۲	۱/۳۳	۲۷۰/۶۰	۱	پایگاه گروه
-	-	۲۰۴/۷۱	۱۷۹	خطا
-	-	-	۱۸۴	کل
۰/۳۰۶	۱/۱۹۲	۲۴۴/۴۰	۲	باورهای دینی
۰/۰۰۱	۴۵/۷۴	۹۳۷۵/۷۳	۱	گروه
۰/۴۴۸	۰/۸۰۷	۱۶۵/۳۸	۲	باورهای دینی گروه
-	-	۲۰۴/۹۶	۱۷۸	خطا
-	-	-	۱۸۴	کل
۰/۰۰۰	۱۴/۵۰	۲۱۲۷/۳۰	۲	مهارت‌های ارتباطی
۰/۰۰۰	۵۷/۲۷	۸۴۰۱/۱۹	۱	گروه
۰/۱۶۹	۱/۸۰	۲۶۳/۳۹	۲	مهارت گروه
-	-	۱۴۶/۶۹	۱۷۸	خطا
-	-	-	۱۸۴	کل

در این پژوهش پایگاه اقتصادی- اجتماعی در سه سطح بالا، متوسط و پایین در نظر گرفته شده است. با توجه به سطح معناداری بدست آمده، بین دو گروه از لحاظ

توزیع سلامت اجتماعی تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین همان طور که جدول ۵ نشان می دهد، فرضیه اثر گذاری باورهای دینی و مهارت های ارتباطی بر میزان سلامت اجتماعی دانشجویان تک زبانه و دو زبانه تأثیرگذار است. در ادامه و برای نشان دادن ارتباط هم زمان همه متغیرهای مستقل با متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) و تحلیل روابط بین آن ها از رگرسیون چند متغیره به روش قدم به قدم استفاده شد. ویژگی روش یادشده این است که در آغاز با مقایسه تمام متغیرهای مستقل، مهم ترین عامل وارد معادله شده و به عنوان عاملی که بیشترین قدرت تبیین متغیر وابسته را دارد، در نظر گرفته می شود. همان طور که جدول زیر نشان می دهد از میان متغیرهای وارد شده به معادله رگرسیونی سه متغیر به شرح زیر متغیر وابسته را تبیین می کنند.

جدول ۶- تحلیل رگرسیون چندگانه سلامت اجتماعی در دو گروه دانشجویان تک زبانه و

دو زبانه

R	R square	Adjust R square	Std. error of the estimate	دانشجویان
۰/۴۹	۰/۴۵۱	۰/۲۹۵	۱۰/۹۰	تک زبانه
۰/۵۸	۰/۴۳۱	۰/۳۲۶	۱۰/۲۱	دو زبانه

جدول ۷- ضرایب تأثیر مدل تبیین کننده سلامت اجتماعی

sig	t	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد		متغیر	گروه
			Beta	Std. error		
۰/۰۰۰	۵/۸۶	-	۱۱/۶۶	۶۸/۳۷	ثابت	دانشجویان تک زبانه
۰/۱۹۲	-۱/۳۱	-۰/۱۰۷	۰/۲۰	-۰/۲۶	باورهای دینی	
۰/۰۰۰	۸/۴۴	۰/۶۶۷	۰/۲۸	۲/۴۳	مهارت های ارتباطی	
۰/۹۲۵	۰/۰۹	۰/۱۸	۰/۷۱	۰/۰۶۷	پایگاه اقتصادی - اجتماعی	

۰/۰۰۰	۳/۷۰	۰/۱۷۱	۱۲/۷۰	۴۷/۰۳	ثابت	دانشجویان دو زبانه
۰/۰۴۹	۲/۰۱	۰/۱۶۲	۰/۲۳	۰/۴۷	باورهای دینی	
۰/۰۰۰	۷/۶۰	۰/۵۹۱	۰/۲۵	۱/۹۷	مهارت‌های ارتباطی	
۰/۱۳۷	۱/۵۰	۰/۱۲۲	۰/۵۸	۰/۸۷	پایگاه اقتصادی- اجتماعی	

با نگاهی به جدول ۶ متوجه می‌شویم که متغیرهای مستقل (مهارت‌های ارتباطی، باورهای دینی، پایگاه اقتصادی-اجتماعی) این تحقیق تا ۲۹ درصد تغییرات متغیر وابسته یعنی سلامت اجتماعی را در دانشجویان تک زبانه و تا ۳۲ درصد تغییرات سلامت اجتماعی را در دانشجویان دو زبانه پیش بینی می‌کنند و ۷۱ درصد باقیمانده در دانشجویان تک زبانه و ۶۸ درصد باقیمانده در دانشجویان دو زبانه متعلق به عوامل دیگری می‌باشد، که خارج از این بررسی هستند. داده‌های جدول نشان می‌دهد که ضریب همبستگی چندگانه در دانشجویان تک زبانه معادل ۰/۴۹ محاسبه شده است، که بیانگر این مطلب است که متغیرهای مستقل این تحقیق به طور همزمان ۰/۴۸ با سلامت اجتماعی دانشجویان تک زبانه همبستگی دارند و در نهایت ضریب همبستگی چندگانه در دانشجویان دو زبانه معادل ۰/۵۸ محاسبه شده است، که بیانگر این مطلب است که متغیرهای مستقل این تحقیق به طور همزمان ۰/۵۸ با سلامت اجتماعی دانشجویان دو زبانه همبستگی دارند. همچنین به منظور این که تبیین کنیم که کدام یک از متغیرهای مستقل نقش تعیین کننده‌تری در پیش بینی سلامت اجتماعی دانشجویان تک زبانه و دو زبانه دارند، از روش رگرسیون گام به گام استفاده شده است.

در جدول معادله رگرسیونی اهمیت نسبی هر متغیر مستقل در توضیح تغییرات وابسته با مشاهده مقدار ضرایب یا وزن‌های رگرسیونی به دست می‌آید. ضرایب تأثیر استاندارد موجود در جدول شماره ۷ نشان می‌دهد که مهارت‌های ارتباطی با ضریب تأثیر رگرسیونی ۰/۶۶ و ۰/۵۹ قوی‌ترین پیش بینی‌کننده سلامت اجتماعی دانشجویان تک‌زبانه و دوزبانه می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر، بررسی مقایسه‌ای میزان سلامت اجتماعی دانشجویان تک زبانه و دو زبانه دانشگاه سنج بود. نتایج این پژوهش نشان داد که دانشجویان دو زبانه سلامت اجتماعی بیشتری را در مقایسه با دانشجویان تک زبانه تجربه می‌کنند. برخی از مطالعات حاکی از این هستند که سلامتی می‌تواند تحت تأثیر فرهنگ و زبان قرار بگیرد، مطالعه حاضر چنین تأثیری را نشان داد. برای مثال تریان‌دیس^۱ اظهار کرده است که عوامل خاص فرهنگی اجتماعی در سلامت هیجانی افراد دخیل‌اند. گرچه وی مستقیماً به تأثیر زبان اشاره نکرده است، ولی تفاوت قومیت و زبان می‌تواند جز این عوامل به حساب آید (تریان‌دیس، ۲۰۰۱؛ به نقل از کرمی نوری و آذرخش، ۱۳۸۱). همچنین مرادی (۱۳۸۹) نشان داد که دانش‌آموزان دو زبانه در مقایسه با تک زبانه‌ها رشد اجتماعی بیشتری دارند. و سلیمانی (۱۳۹۱) نشان داد که دانش‌آموزان دو زبانه در مقایسه با تک زبانه‌ها از هوش هیجانی بیشتری برخوردارند. پژوهش‌های قبلی در این زمینه بیشتر بر تفاوت فرهنگ‌های جمع‌گرا و فردگرا تأکید کرده‌اند، به صورتی که قومیت‌های فرهنگی و اقلیت‌ها که اغلب دوزبانه هستند، به علت فشارهای گروهی، اجتماعی و خانوادگی هیجانات مثبت بیشتر و حمایت بیشتری بروز داده و سلامت روان بیشتری را نیز تجربه می‌کنند (دینز ۱۹۹۴؛ به نقل از باباپور و همکاران، ۱۳۸۸). تمام تحقیقات اشاره شده به نوعی از نتایج پژوهش حاضر پشتیبانی می‌کنند.

یافته‌های به دست آمده حاکی از این است که دانشجویانی که در رشته‌های علوم انسانی تحصیل می‌کنند، از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار هستند، که در این میان همچنین، مابین دانشجویان دو زبانه با دانشجویان تک زبانه اختلاف معنی‌داری مشاهده می‌شود و این تفاوت به نفع دانشجویان دو زبانه است. نتایج این یافته با پژوهش نعمت زاده و همکاران (۱۳۸۵) تا حدود زیادی قرابت دارد. آنان در مطالعه خود به این نتیجه

1. Teryandebth

رسیدند، دانشجویانی که در رشته‌های علوم انسانی تحصیل می‌کنند از سلامت روان شناختی بالاتری نسبت به بقیه دانشجویان برخوردار هستند. با توجه به این مطالب می‌توان گفت که دانشجویان رشته‌های علوم انسانی، به دلیل سر و کار داشتن با مفاهیم مربوط به انسان و جامعه، بیشتر به دنبال شناخت جامعه می‌باشند و اتخاذ چنین دیدگاهی در مورد جامعه، موجب افزایش بینش و ادراک فرد در مورد جامعه شده و بنابراین این افراد بیشتر دغدغه و نگرانی در مورد تکامل اجتماع دارند. دانشجویان رشته‌های علوم انسانی، با وجود درک مشکلات اجتماع، با نگاه امیدوارانه به جامعه در تلاش برای اصلاح جامعه هستند و همه این عوامل بر خودشکوفایی اجتماعی که خود یکی از مؤلفه‌های سلامت اجتماعی است، مؤثر می‌باشد.

از دیگر نتایج این پژوهش اثر تعاملی و تأثیرگذاری مهارت‌های ارتباطی بر سلامت اجتماعی دانشجویان تک زبانه و دو زبانه می‌باشد، به صورتی که هرچه مهارت‌های ارتباطی افراد بالاتر باشد به تبع آن سلامت اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند. این نتیجه همسو با مطالعات واتزیک^۱ است، او دریافت که هرچه مهارت‌های افراد در برقراری ارتباط با محیط اجتماعی و زندگی‌اش بیشتر باشد، سلامت اجتماعی‌اش نیز افزایش می‌یابد (واتزیک، ۱۹۹۸، به نقل از رضانی، ۱۳۹۱). پس می‌توان این گونه دریافت که ارتباط و شبکه‌های اجتماعی واقعی پیرامون انسان، تأثیر شگرفی در ابعاد سلامت او دارند. همچنین در این پژوهش ارتباط باورهای دینی با سلامت اجتماعی دانشجویان تک زبانه و دو زبانه تأیید شد، این نتیجه همسو با مطالعات پیشین است. رضانی (۱۳۹۱) نشان داد که باورهای اعتقادی و دینی قدرت تبیین‌کنندگی بالایی در سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار دارند، و بر آن تأثیرگذاراند. برخلاف کبیز (۱۹۹۸) در مطالعات خود نشان داد که تأهل، سن و تحصیلات از متغیرهای تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی هستند، یافته‌های این پژوهش نشان داد که مابین سطح تحصیلات بر سلامت اجتماعی دانشجویان اثر تعاملی وجود

1. watsiek

ندارد، شاید بدین علت باشد که جامعه آماری حاضر همگی به نوعی در عرصه مشارکت اجتماعی قرار دارند، برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که میزان سلامتی با افزایش تحصیلات رابطه مثبت دارد، اما برخی تنیدگی‌های تحصیلی ممکن است تأثیر معکوس بگذارند (باباپور و همکاران، ۱۳۸۸). در این پژوهش همچنین افراد متأهل نسبت به مجردین سلامت اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کردند. همچنین با افزایش سن سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. می‌توان این گونه تفسیر کرد که تأهل و ابعاد خانوادگی و عناصری همچون مسئولیت‌پذیری، حمایت، مشارکت و تأمین نیازهای مختلف معنوی و مادی در نهاد خانواده می‌تواند در ارتقا سلامت اجتماعی تأثیرگذاری مثبت داشته باشد و همچنان با افزایش تجربه و سن افراد و رشد عاطفی و اجتماعی و عقلی، سلامت اجتماعی نیز به موازات آن ارتقا می‌یابد.

دیگر یافته مطالعه حاضر حاکی از این بود که پایگاه اقتصادی - اجتماعی بر سلامت اجتماعی در این نمونه آماری تأثیرگذار است. نتایج پژوهش حاضر همسو با مطالعاتی است که نشان داده‌اند وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین سبب کاهش سلامتی در تمام ابعاد می‌شود (کییز، ۱۹۹۸). متغیر دیگر مورد مطالعه در پژوهش حاضر جنسیت بود که یافته‌های به دست آمده حاکی از این بود که این متغیر نیز نقشی بر سلامت اجتماعی دانشجویان ندارد. این نتیجه هماهنگ با پژوهش‌هایی است که نشان داده‌اند، جنسیت نقشی در سلامت اجتماعی ندارد. نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که جنسیت کمتر از ۱ درصد در سلامتی و رضایت مندی عمومی مؤثر است (هارینگ، استوک و اکون، ۱۹۸۴، به نقل از باباپور و همکاران، ۱۳۸۸). نکته حائز اهمیت این که پژوهش حاضر بر روی دانشجویان انجام گرفته است و در چنین گروهی، دختران و پسران، هر دو نقش فعالی در جامعه داشته‌اند و بنابراین چنین نتایجی نیز قابل انتظار است. همچنین نتایج رگرسیون نشان داد، که متغیرهای مستقل (مهارت‌های ارتباطی، باورهای دینی، پایگاه اقتصادی - اجتماعی) این تحقیق تا ۲۹ درصد تغییرات متغیر وابسته یعنی سلامت اجتماعی را در دانشجویان تک زبانه و تا ۳۲ درصد تغییرات

سلامت اجتماعی را در دانشجویان دو زبانه پیش بینی می‌کند، همچنین متغیر مهارت‌های ارتباطی در هر دو گروه، قوی‌ترین متغیر پیشین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان است. با توجه به اهمیت سلامت اجتماعی در جامعه باید در جستجوی راهکارهایی بود که موجبات افزایش آن فراهم آید. برای افزایش سلامت اجتماعی در جامعه نمونه با توجه به چارچوب نظری تحقیق و نتایج حاصله علاوه بر بسترسازی در حوزه ارتقاء اعتماد پایدار در میان نسل جوان و نوجوان نسبت به زندگی اجتماعی و شاخص‌های مشارکت و پذیرش اجتماعی و نیز جامعه پیشنهادهای زیر ارائه می‌گردد:

۱. برنامه ریزی حوزه آموزش عالی و آموزش و پرورش در راستای تقویت مشارکت اجتماعی (یکی از ابعاد سلامت اجتماعی) مستمر و پایدار در بین دانشجویان دوزبانه و خصوصاً تک زبانه.

۲. تدوین سیاست‌های اجتماعی و فرهنگی در حوزه تقویت عرصه‌های مختلف مشارکت پایدار در بین دانشجویان تک زبانه و دو زبانه از سوی دستگاه‌های دولتی و غیردولتی، بدون ترس و واگم از چالش‌های سیاسی در جامعه. (افزایش ارتباطات و مهارت‌های ارتباطی در سطوح فرهنگی)

۳. اتخاذ تدابیر اجتماعی، اقتصادی، سیاسی در حوزه ایجاد اشتغال به منظور مشارکت اجتماعی تمام قشرهای دانشجویی (تک زبانه و دوزبانه) و تقویت رضایت از زندگی و ارتقا سلامت اجتماعی.

۴. بسترسازی پایدار فرهنگی در حوزه تقویت باورهای معنوی (باورهای دینی) جهت نظارت بر رفتارهای اجتماعی و پیشگیری از رفتارهای آسیب‌زا در بین دانشجویان با ویژگی‌های مختلف زبانی و قومیتی.

۵. تدوین راهکارهای آموزشی، فرهنگی و اجتماعی برای تقویت تعاملات اجتماعی مطلوب در میان دانشجویان در تمام سطوح به منظور افزایش پذیرش اجتماعی (به عنوان یکی از ابعاد سلامت اجتماعی).

۶. برنامه ریزی‌های پایدار در تمام عرصه‌های مختلف جامعه برای پرورش، بکارگیری و بهره‌مندی از استعدادها، خلاقیت‌ها و توانمندی‌ها جهت ایجاد احساس خودشکوفایی، به عنوان یکی از ابعاد سلامت اجتماعی دانشجویان.

۷. اتخاذ تدابیر فرهنگی و آموزشی در حوزه خانواده جهت حمایت‌های اجتماعی پایدار به منظور حفظ انسجام شخصیتی و خانوادگی (بعدی از سلامت اجتماعی) دانشجویان.

۸. تدوین سیاست‌های اقتصادی، اجتماعی از سوی نهادهای حکومتی، دولتی و مردم نهاد جهت رفع دغدغه‌های دانشجویان (اشتغال، مسکن، آموزش پایدار، ازدواج و...). (ارتقای پایگاه اقتصادی-اجتماعی)

۹. برنامه ریزی پایدار جهت برقراری عدالت آموزشی و خدمات دانشگاهی برای دانشجویان در تمام نقاط جامعه، نه این که بهترین‌ها (استادان، دانشگاه امکانات) در پایتخت و شهرهای بزرگ متمرکز شود. (به منظور ارتقای پایگاه اقتصادی-اجتماعی و خودشکوفایی اجتماعی)

۱۰. بسترسازی پایدار فرهنگی در حوزه تقویت باورهای معنوی جهت نظارت بر رفتارهای اجتماعی و پیشگیری از رفتارهای آسیب‌زا در بین تمام اقشار دانشجو به خصوص در میان دانشجویان دوزبانه با متغیر اقلیت دینی. (تقویت باورهای دینی)

منابع

- امینی، مصطفی؛ موسوی، میرطاهر؛ رفیعی، حسن. (۱۳۹۰)، رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال یازدهم، شماره ۴۲.
- باباپور، جلیل؛ طوسی، فهیمه؛ حکمتی، عیسی. (۱۳۸۸)، بررسی نقش عوامل تعیین‌کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز، *فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز*، سال چهارم، شماره ۱۶.

- باطنی، مسعود. (۱۳۸۷)، *زبان و زبان شناسی*، تهران، نشر آگه.
- برتون، آر. جی، آل. (۱۳۸۸)، *قوم نگاری سیاسی*، ترجمه: ناصر فکوهی، تهران: نشر نی
- برک، لورا. (۱۳۹۰)، *روانشناسی رشد*، ترجمه: یحیی سید محمدی، تهران: نشر ارس باران.
- جهانگیری، نسترن. (۱۳۸۸)، *انعکاس زبان در زمان، فرهنگ و تفکر*، تهران: نشر آگه.
- رمضان‌نئی، محمود. (۱۳۹۱)، مقایسه میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار با زنان غیر سرپرست، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علامه طباطبائی.
- سام آرام، عزت‌الله. (۱۳۸۸)، بررسی رابطه سلامت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور، *فصلنامه علمی پژوهشی انتظام اجتماعی*، سال اول، شماره ۱.
- سام آرام، عزت‌الله. (۱۳۹۱)، *نظریه‌های مددکاری اجتماعی*، تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی.
- سجادی، حمیرا؛ صدرالسادات، سید جلال. (۱۳۸۴). شاخص‌های سلامت اجتماعی، *فصلنامه سیاسی اقتصادی*، شماره ۲۰۷.
- عبدالله تبار، هادی و دیگران. (۱۳۸۷). بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، شماره ۳۰.
- علایی، بهادر. (۱۳۸۷)، رویکرد تعلیم و تربیت دو زبانه، *فصلنامه زبان و ادبیات دانشگاه کرمان*، شماره ۲۲۰.
- کرمی نوری، رضا؛ مکرری، آذرخش. (۱۳۸۱). مطالعه عوامل مؤثر بر شادی و بهزیستی دانشجویان دانشگاه تهران، *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، سال سی و دوم، شماره ۱.

دو زبانی - تک زبانی و سلامت اجتماعی ... ۲۱۹

- گنگرلو، مریم. (۱۳۸۷)، سنجش میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبائی، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علامه طباطبائی.

- مامورت، مایکل؛ ویلکسون، ریچارد. (۱۳۸۷)، *مؤلفه‌های سلامت اجتماعی*، ترجمه: علی منتظری، تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.

- مرادی، سید فاتح. (۱۳۸۹)، بررسی و مقایسه رشد اجتماعی دانش آموزان یک زبانه و دو زبانه در مقطع چهارم و پنجم ابتدایی شهر سنندج، *همایش بین المللی روان شناسی کودک و نوجوان، شیراز*.

- نعمت‌زاده، کاظم؛ درتاج، فریبرز؛ حسن‌زاده، علی. (۱۳۸۵)، احساس ذهنی سلامتی و عوامل جمعیتی آن در دانشجویان کرمان، *مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت و روان دانشجویان*.

- ویسی، مهدی. (۱۳۸۹)، مقایسه ویژگی‌های رفتاری و سیستم‌های انگیزشی در افراد دو زبانه و تک زبانه، *پایان ارشد روانشناسی*، دانشگاه تبریز.

- Ambler, V.M. (2006). *Who Flourishes in College?* Using Positive Psychology and Student Involvement Theory to Explore Mental Health among Traditionally Aged Under Graduates, In Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy. A Dissertation Presented to the Faculty of the School Education the College of William and Mary.
- Angele Farrell and Patricia Geist-Martin. (2005). *Communicating Social Health: Perceptions of Wellness at Work*, Management Communication Quarterly, 18; 543.
- Benton, S. A., Robertson, J. M., Tseng, W.C., Newton, F. B., & Benton, S. L. (2003). *Changes in counselling: Research and Practice*.34: 66-77.

- Blanco, Amalio & Diaz. Dario. (2007). social order and mental health: a social well-being approach, Autonomy university of Madrid, *psychology in Spain*, vol.11(5).
- Callaghan. Lisa. (2008). *Social Well-Being in Extra Care Housing: An Overview of the Literature*, personal social service research unit, established at the university of Kent an Canterbury, www.ukc.ac.uk/PSSRU.
- Carr, A. (2004). *Positive Psychology: The Science of Happiness and Human Strengths* (1st edition). New York: Brunner-Routledge.
- Cicognani. Elvira & Pirini, Claudia. (2007). *Social Participation, Sense of Community and Social Well Being: A Study on American*, Italian University Students, Springer Science Business Media B.V. pp97-112.
- Glock & Stark. (1966). *Dimension of religion commitment*, the measured of religiosity, chapter 8.
- Henderie, H. C., Albert, M. S., Butters, M. A., Gao, S., Knopman, D. S., Launer, L. J., et al. (2006). *The NIH cognitive and emotional health project: Report of the critical evaluation study committee*. Alzheimer & Dementia, 2: 12-32.
- Hermon, D.A., Hazler, R.J. (1999). Adherence to a Wellness Model and Perceptions of Psychological Well Being, *Journal of Counseling and Development*, 77(3): 339-343.
- Huppert. felicia & Marks. nic & clark. andrew & etal. (2006). *personal and social well-being module for the European social survey*, Round 3.
- Kadison, R., & Digeronimo, T.F. (2004). *The College of the overwhelmed: The compos mental health crisis and what to do about*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Keyes, C. L. M. (1996). *Social functioning and social well-being: studies of the social nature of personal wellness*. Submitted to graduate of university of wisconsin-madison in partial fulfilment of the requirement for the degree of the doctor of philosophy in psychology.
- Keyes, C.L.M. (2006). Mental health in adolescents: is Americas youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, 76: 395-402.
- Keyes, C.L.M. (1998). *Social Well-being, Social Psychology Quarterly*, 61, 121-141
- Keyes, Corey Lee.M & Shapiro, Adam. (2004). *social well-being in the united states: A Descriptive Epidemiology*.
- Larson, J. S. (1993). The World Health Organization definition of health: Social versus spiritual health, *Social Indicators Research*, 38: 181-192.
- Miringof Marc & Miringof Marque-Luisa. (1999). *The Social Health of the Nation: How America Is Really Doing*, Oxford, London.
- Monk, E. M., & Mahmood, Z. (1999). Student mental health: A pilot study. *Counselling Psychology Quarterly*, 12 (2): 199-210.
- Nercissians, E. (2003). *some subjects in bilingualism from the social sciences point of view; San Francisco: Jossey-Bass*. Counselling Psychology Quarterly, (12), 2, 199-210.
- Reymond, S.A., Robertson, J.M., Tseng, W.C., Newton, F.B., & Benton, S.L. (2004). *Changes in Counselling: Research and Practice*, 34, 66-72.
- Riff, C.E. (1996). *Psychiatric disorders in America: the epidemiological catchment area study*. Newyork: free press.
- Ross, S. E.& Neibling, B. C. & Heckert, T. M. (1999). Sources of stress among college students. *College Student Journal*, 33(2): 312- 317.

- Sawatzky, R., Ratner, P. A., & Chiu, L. (2005). *A metaanalysis of relationship between spirituality and quality of life*. Social Indicators Research, 72: 153-188.
- Shapiro, Adam & Keyes, Corey Lee.M, (2004). *Marital Status and Social Well-Being: Are the Married Always Better Off?* Springer Science Business Media B.V.
- Snyder, M.B. (2004). *Senior Student Affairs Officer Round Table: Hottest Topics in Student Affairs*, Session Held at the Annual Meeting of the National Association of Student, Personnel Administrators, Denver, Colorado.university of Texas at Arlington, vol.61, N.2, pp121-190.
- Swatos, w. (1998). *Encyclopedi of religion and society*, JR editor, Altamira press.
- Wissing, T.F., Fouri, A. (2000). *Spirituality as a Component of Psychological Well-being, 27th International Congress of Psychology*, 23-28 July, Stockholm, Sweden.
- World Health Organization (WHO). (1979). *Health for all*, Sr.No5.