

رابطه بین سلسله مراتب ارزشها و سلامت عمومی

Relationship between Hierarchy of Values and General Health

Mansoorah Nikoogoftar, Ph.D.*

دکتر منصوره نیکوگفتار

Abstract: Values are the basis of a healthy personality. Therefore, this research attempted to investigate the relationship between the hierarchy of values and general health at an overall level, as well as, focusing on subscales. Based on the number of variables in this study and the analytical model's presuppositions, a sample of 800 men and women in the age range 18 to 30 years, were matched according to their marital status. The General Health Questionnaire (GHQ) and Value Survey Test (A.V.L.) were administered. Results of the multiple regression analysis showed that values at the overall level can roughly predict anxiety and sleeplessness, depression and general health in a meaningful manner. Among the values, however, the aesthetics value had the only significant relationship with these variables.

چکیده: با توجه به اینکه ارزشها اساس و بنیان شخصیت سالم محسوب می‌شوند، در پژوهش حاضر، رابطه میان سلسله مراتب ارزشها و سلامت عمومی، هم در سطح کلی و هم بر اساس زیر مقیاسهای آنها، مورد بررسی قرار گرفت. بدین منظور، برحسب تعداد متغیرهای مورد مطالعه و مفروضه‌های الگوی تحلیلی پژوهش، نمونه‌ای به حجم ۸۰۰ نفر در دامنه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال از هر دو جنس و با در نظر داشتن وضعیت تأهل آنها انتخاب شد. به منظور اندازه‌گیری متغیرها، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) و آزمون بررسی ارزشها (A.V.L.) مورد استفاده قرار گرفتند. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که ارزشها می‌توانند در سطح کلی، اضطراب و بی‌خوابی، افسردگی، و سلامت عمومی را به‌طور معنادار، اما ضعیف پیش‌بینی کنند. از میان ارزشها تنها ارزش زیبایی‌گرایی ارتباط معناداری با این متغیرها داشت.

Key words: Values; Hierarchy of values;
General health

کلید واژه‌ها: ارزشها؛ سلسله مراتب ارزشها؛ سلامت عمومی

* mnikoogoftar@gmail.com

ارزشها^۱ به منزله درون‌مایه اصلی فرهنگ، ادراک فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند و خود در خلال فرایند فرهنگ‌آموزی از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شوند (دمویچ^۲، ۱۹۹۸، به نقل از واتسون^۳، لیسونسکی^۴، گیلان^۵، و ریمور^۶، ۲۰۰۲). برخی از مؤلفان (برای نمونه، بیرو، ۱۳۷۵) ارزشها را تظاهرات شناختی نیازهای آدمی نامیده‌اند. به لحاظ تجربی، ارزشها با جنبه‌های مهمی از رفتار سازمانی^۷، پیشرفت تحصیلی^۸، تصمیم‌گیری شغلی^۹، و رضایت زناشویی^{۱۰} مرتبطند و به‌عنوان معیاری برای تعیین رفتار مناسب از نامناسب، خود راهبری^{۱۱}، چهارچوبی به‌منظور توجیه انتخابهای خود برای دیگران، تفاوت در بازخوردها^{۱۲}، و تبیین الگوهای رفتار به‌کار می‌روند (بیرو، ۱۳۷۵). بر این اساس می‌توان گفت ارزشها به منزله اصولی کلی برای رفتار (براون^{۱۳}، ۲۰۰۳) جهت‌گیری‌های فرد را سامان بخشیده، ملاک انتخاب و تصمیم‌گیری قرار می‌گیرند و با نفوذ بر رفتار، بازخوردها و نیازها، داوریهها و تعاملات فرد را با محیط تحت تأثیر خود قرار می‌دهند و بدین ترتیب، خطوط کلی شخصیت آدمی را رقم می‌زنند (مانستد^{۱۴} و هوستون^{۱۵}، ۱۹۹۵).

از سوی دیگر، کنشهای متعاقب هر ارزش، واجد پیامدهای روان‌شناختی، عملی، و اجتماعی هستند که ممکن است با برآیند ارزشهای دیگر، سازگار یا در تضاد باشد (شوارتز^{۱۶}، ۱۹۹۲، به نقل از لینلی^{۱۷} و جوزف^{۱۸}، ۲۰۰۴). آدمی برای نیل به کمال، نیازمند دستیابی به توحید و یکپارچگی کلیه نظام‌های روانی و جسمانی خویش است که این نظام‌ها در حقیقت تعیین‌کننده شیوه سازش یافتگی منحصر به فرد شخص با محیط هستند. یکپارچگی نیروها در سطح نظام‌های روانی به باوری وحدت بخش در موجود انسانی می‌انجامد که نظام ارزشی^{۱۹} خوانده می‌شود (بانر^{۲۰}، ۱۹۶۱). برحسب تعریف روکیچ^{۲۱} (۱۹۷۳)، نظام ارزشی به مثابه سازمان ثابتی از عقاید مرتبط و ساختار پایداری^{۲۲} است که در شرایط متغیر، واجد ثبات و دوام است. در حقیقت، تعامل مجموعه ارزشهای انسان به ایجاد نظامی ارزشی می‌انجامد که در آن، ارزشها به‌گونه‌ای سلسله‌مراتبی نظام می‌یابند و بر اساس نوع ارتباط و ساختاری که واجد آن هستند، نظام‌های ارزشی متفاوتی را به وجود می‌آورند. در این نظام ارزشی، ارزشهای متعارض یا رقیب

-
- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| 1- values | 2- Demovich |
| 3- Watson | 4- Lysonski |
| 5- Gillan | 6- Raymore |
| 7- organizational behavior | 8- academic achievement |
| 9- occupational decision making | 10- marital satisfaction |
| 11- self-direction | 12- attitude |
| 13- Browne | 14- Manstad |
| 15- Hewstone | 16- Schwarz |
| 17- Linley | 18- Joseph |
| 19- value system | 20- Bonner |
| 21- Rokeach | 22- stable structure |

و ارزشهای مکمل هر دو وجود دارند.

به اعتقاد پیازه^۱ هر فرد واجد دیدی ارزشی است که با توسل به آن، به سنجش اعمال و کنشهای دیگران، موقعیت‌ها، و رویدادها می‌پردازد و این دید ارزشی منبعث از سلسله مراتبی از ارزشهاست که پیوسته مرجع داوری فرد قرار می‌گیرد (منصور و دادستان، ۱۳۶۷). هایلند^۲ (۲۰۰۳) در تحقیقی، ارزشها را یکی از هشت عامل روان‌شناختی عمده در دستیابی به سلامت روانی و شخصیت رشد یافته عنوان کرده است. وی سنجش سلامت را تنها بر پایه نظام ارزشی فرد امکان‌پذیر می‌داند. در ادبیات سلامت تعاریف متعدد با روی‌آوردهایی متکثر را می‌توان سراغ گرفت. چاهن^۳ (۲۰۰۰) سلامت روانی را وضعیتی از بلوغ روان‌شناختی تعبیر می‌کند که عبارت است از حداکثر اثربخشی و رضایت حاصل از کنش‌وری فردی و اجتماعی که دربرگیرنده احساسها و بازخوردهای مثبت نسبت به خود و دیگران است. ونتیس^۴ (۱۹۹۵) تعریف سلامت روان را بر اساس ادبیات موضوع، وابسته به هفت ملاک می‌داند که عبارتند از: ۱- فقدان بیماری، ۲- رفتار اجتماعی مناسب، ۳- رهایی از نگرانی و گناه، ۴- کفایت فردی^۵ و خود مهارگری^۶ ۵- خویشتن‌پذیری^۷ و خودشکوفایی، ۶- توحید یافتگی^۸ و سازمان‌دهی شخصیت، و ۷- گشاده‌نگری^۹ و انعطاف‌پذیری^{۱۰}.

راجرز^{۱۱} (۱۹۵۱) در ارزیابی ادراکات خود واقعی و خودآرمانی، خویشتن‌پذیری حمایت شده^{۱۲} را یک شاخص مهم سلامت روانی می‌داند. مزلو^{۱۳} (۱۹۴۵) بر شکوفایی صلاحیت‌های فردی^{۱۴} به‌منزله یک سازه اساسی تأکید می‌ورزد و الیس^{۱۵} (۱۹۸۰) پذیرش خود، خردورزی^{۱۶}، و منعطف بودن را مورد تأکید قرار می‌دهد. آلپورت^{۱۷} سازمان یافتگی شخصیت و نیاز به وحدت بخشیدن به اصول در زندگی، و فروید^{۱۸} رهایی از اضطراب، نگرانی، و گناه را شاخص‌های مهم سلامت روانی می‌دانند (ونتیس، ۱۹۹۵). با توجه به ادبیات موجود نمی‌توان با قطعیت از ملاکهای پذیرفته شده جهانی برای سلامت روان سخن گفت. اما براساس شواهد موجود (برای نمونه: هایلند، ۲۰۰۳؛ چاهن، ۲۰۰۰) شاید بتوان گفت یکی از شرایط لازم برای دستیابی به سلامت روان، برخورداری از یک نظام ارزشی است. در پژوهشهای متعدد، به تفاوت‌های جنسیتی (از جمله بیوتل^{۱۹}، مارینی^{۲۰}، ۱۹۹۵؛

1- Piaget

3- Chauhan

5- personal competence

7- self-acceptance

9- open-mindedness

11- Rogers

13- Maslow

15- Ellis

17- Allport

19- Beutel

2- Hyland

4- Ventis

6- self-control

8- unification

10- flexibility

12- advocated self-acceptance

14- personal competence

16- rationality

18- Freud

20- Marini

محمدخلیفه، ۱۳۷۸) و تفاوت‌های سنی (برای نمونه بیوتل و مارینی، ۱۹۹۵) در جهت‌گیری‌های ارزشی اشاره شده است. در این زمینه، سن از آن رو واجد موضوعیت است که گذار از یک تراز عقلی به تراز عقلی بالاتر، مستلزم واری و بازنگری مجموعه ارزشهایی است که فرد تاکنون بدان متعهد و پایبند بوده است. اما همان‌طور که پیاژه تصریح کرده است، در هیچ دوره‌ای به اندازه دوره نوجوانی و جوانی، ارزشها و ملاکهای اخلاقی برای فرد مطرح نمی‌شوند. چه ظرفیت پیگیری بی‌کم و کاست ارزشها، آرمانها، و روابط پایدار یکی از امکاناتی است که در دوره نوجوانی گسترش می‌یابد و دوره جوانی را نیز در بر می‌گیرد (منصور و دادستان، ۱۳۶۹). از این روست که در پژوهش حاضر که با هدف بررسی رابطه بین سلسله مراتب ارزشها و سلامت روان انجام گرفته، جوانان به منزله جامعه هدف انتخاب شدند. همچنین با توجه به برخی بررسی‌های انجام شده در مورد نقش متغیرهای جنسیت، سن، و تأهل در سطح سلامت و سلسله مراتب ارزشها، پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به پرسشهای زیر بوده است:

۱- آیا سلسله مراتب ارزشها بر حسب جنسیت، سن، و وضع تأهل متفاوت است؟ ۲- آیا سلامت عمومی بر حسب جنسیت، سن، و وضع تأهل متفاوت است؟ ۳- آیا بین سلسله مراتب ارزشها و سلامت روان رابطه‌ای وجود دارد؟

روش

طرح پژوهش حاضر، طرح همبستگی با هدف پیش‌بینی نمره‌های مؤلفه‌های سلامت عمومی (متغیر ملاک) از طریق نمره‌های مؤلفه‌های ارزشها (متغیرهای پیش‌بین) بود. جامعه آماری شامل تمام افراد جوان شهر تهران بود که در محدوده سنی ۱۸ تا ۳۰ سال قرار داشتند. حجم نمونه با توجه به تعداد متغیرهای مورد مطالعه و مفروضه‌های الگوی تحلیلی پژوهش و بر اساس جدول کرسای^۱ و مورگان^۲ ۸۰۰ نفر در نظر گرفته شد و نمونه‌ها با مراجعه به چهار نقطه جغرافیایی شهر تهران (شمال، جنوب، شرق، غرب) انتخاب شدند. شیوه نمونه‌گیری در این تحقیق بر اساس روش نمونه‌گیری PPS^۳ صورت گرفته است. در این شیوه، بر اساس گزارش مرکز آمار ایران دربارهٔ حجم جمعیت در مناطق شهری (مرکز آمار ایران، ۱۳۷۵)، ۱۰۰ بلوک انتخاب شدند و به همراه نقشه‌های شهری در اختیار پژوهشگران قرار گرفتند. با انجام پلاک شماری از بلوکها و شماره‌گذاری آنها، متناسب با حجم نمونه از قبل برآورد شده ($n=800$)، نشانی ۸۰۰ نمونه تحت بررسی به تفکیک هر بلوک، از طریق جدول اعداد تصادفی انتخاب شد. پژوهشگران پس از مراجعه به نمونه‌های از قبل تعیین شده با توجه به توزیع سنی و جنسی پاسخ‌دهندگان در هر بلوک و انتخاب نمونه مورد نظر، پرسشنامه‌های پژوهش را میان ۸۰۰

1- Kerjcie
3- probability proportional to size

2- Morgan

نفر از جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال شهر تهران توزیع، و پس از تکمیل، گردآوری کردند (جدول ۱).

جدول ۱
ویژگیهای جمعیت شناختی نمونه

شاخص‌ها	جنسیت		وضع تأهل		سن	
	مرد	زن	متأهل	مجرد	۲۳ تا ۲۶	۲۷ تا ۳۰
تعداد	۳۸۴	۴۱۴	۱۷۰	۶۲۷	۱۸۹	۲۲۴
درصد	۴۸	۵۲	۲۱/۳	۷۸/۴	۲۳/۶	۲۸
ذکر نشده	۲			۳	۱۲	
مجموع	۸۰۰			۸۰۰	۸۰۰	

ابزار

۱- **آزمون بررسی ارزشها (A.V.L.)**: که به وسیله آلپورت، ورنون^۱ و لیندزی^۲ طراحی شده است (و از این رو به اختصار A.V.L. نیز گفته می‌شود)، بر خلاف بسیاری از آزمونهای شخصیت، اندازه‌گیری بیش از یک متغیر را هدف قرار می‌دهد ولی به جای قدرت مطلق هر یک از ارزشهای شش‌گانه نظری، اقتصادی، مذهبی، سیاسی، زیبایی‌گرایی، و اجتماعی قدرت نسبی آنها را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره بالا برای یک ارزش را تنها با کاهش نسبی نمرات از یک یا چند ارزش دیگر می‌توان به دست آورد (آناستازی^۳، ۱۳۷۱). این پرسشنامه از دو بخش تشکیل شده است که بخش اول آن ۳۰ ماده و بخش دوم ۱۵ ماده دارد. در بخش اول پرسشنامه، آزمودنی با دادن نمره ۱ تا ۳، درجهٔ رجحان نسبی خود را نسبت به هر یک از دو فعالیت مطرح شده در هر ماده مشخص می‌سازد. در بخش دوم پرسشنامه، آزمودنی در هر ماده چهار گزینه را بر حسب رجحان خود رتبه‌بندی می‌کند. نمره‌های شش قسمت که ماهیت نسبی دارند، به صورت نیم‌رخی درمی‌آیند که نیرومندی نسبی ارزشهای شخصی را در هر یک از شش حوزه نشان می‌دهند. ضرایب پایایی^۴ شش مقولهٔ ارزشی با روش تنصیف بین ۰/۸۴ و ۰/۹۵، و با روش بازآزمایی به فاصله دو ماه بین ۰/۷۷ و ۰/۹۵ گزارش شده است (همان منبع).
۲- **پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)**^۵: یک پرسشنامه سرنسبی مبتنی بر خود گزارش‌دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد (گلدبرگ^۶، ۱۹۷۲؛ به نقل از استورا، ۱۳۷۷). پرسشنامه

1- Vernon

3- Anastasi

5-General Health Questionnaire

7- Goldberg

2- Lindzey

4- reliability

6- screening

سلامت عمومی را می‌توان به عنوان مجموعه پرسشهایی در نظر گرفت که از پایین‌ترین سطوح نشانه‌های مرضی مشترک که در اختلالات روانی مختلف وجود دارند تشکیل شده است و بدین ترتیب می‌تواند بیماران روانی را به عنوان یک طبقه کلی، از کسانی که خود را سالم می‌پندارند متمایز کند (همان منبع). این پرسشنامه دارای ۲۸ ماده و چهار زیر مقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بیخوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی^۱، و افسردگی و خیم است. از مجموع نمره‌ها نیز یک نمره کلی به دست می‌آید. وجود چهار زیر مقیاس بر اساس تحلیل عاملی پاسخها تأیید شده است (همان منبع).

درجه همبستگی بین زیر مقیاسها کمتر از درجه همبستگی بین هر زیر مقیاس و مقیاس کلی است. همبستگی‌های بین زیر مقیاسها نشان دهنده وجود یک عامل عمومی است. در مجموعه ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه سلامت عمومی، ۳۲ درصد از واریانس کلی را عامل عمومی تشکیل می‌دهد. وجود ضریب همبستگی ۰/۹۰ بین زیر مقیاس دوم و نمره کلی را می‌توان ناشی از این امر دانست که اضطراب یک پدیده بنیادی است که مخرج مشترک نشانه‌های روانی را تشکیل می‌دهد. اما وجود سه زیر مقیاس دیگر، به محققان اجازه خواهد داد تا به دیگر ابعاد نشانه شناختی دست یابند (استورا، ۱۳۷۷).

اگر چه پژوهش حاضر از نوع طرح همبستگی بود و در آن، دو آزمون GHQ و A.V.L. به‌طور همزمان اجرا شدند، اما در ادبیات پژوهش بر این نکته تأکید شده است که ارزش‌ها، عامل تأثیرگذار بر رفتار و شخصیت افراد هستند و سلامت روانی، حاصل تعامل ویژگی‌های فردی و محیط اجتماعی است. در نتیجه، در این پژوهش، ارزشهای ششگانه به منزله متغیرهای پیش‌بین و سلامت عمومی (با چهار مؤلفه) به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شدند. برای تحلیل داده‌های به دست آمده از روشهای آماری زیر استفاده شد:

۱- تحلیل واریانس (ANOVA) برای مقایسه افراد از لحاظ سن، در هر یک از متغیرها (ارزش‌ها و سلامت عمومی).

۲- آزمون t مستقل برای مقایسه افراد از لحاظ جنسیت و وضعیت تأهل.

۳- تحلیل رگرسیون چندگانه برای بررسی رابطه متغیرهای پیش‌بین و ملاک.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های به دست آمده در نمونه تحقیق در دو آزمون بررسی ارزش‌ها و پرسشنامه سلامت عمومی به تفکیک جنسیت، وضع تأهل، و سن به ترتیب در جدول‌های ۲، ۳، ۴، و ۵ منعکس شده است.

1- social dysfunction

تفاوت‌های بین گروهی در ارزشها: به منظور بررسی پرسش اول تحقیق، یک ردیف آزمونه‌های t مستقل (برای بررسی تفاوت‌های جنسیتی و وضعیت تأهل)، و یک مجموعه آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه (برای بررسی تفاوت‌های سنی) انجام شدند. برای این تحلیل‌ها، نمره‌های آزمودنی‌ها در هر یک از مؤلفه‌های ارزش‌ها به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. یافته‌های حاصل از اجرای ۶ آزمون t مستقل برای بررسی تفاوت‌های جنسیتی در ارزشها نشان داد که در تمام ارزشها، به جز ارزش سیاسی، تفاوت معناداری میان مردان و زنان وجود دارد. در ارزش نظری ($P < 0/001$ و $t = 3/66$)، ارزش اقتصادی ($P < 0/01$ و $t = 3/07$)، ارزش اجتماعی ($P < 0/05$ و $t = 2/18$)، مردان نمره‌ای بالاتر از زنان به دست آوردند و در ارزش زیبایی‌گرایی ($P < 0/001$ و $t = 3/45$) و ارزش مذهبی ($P < 0/001$ و $t = 4/93$)، زنان نمره‌ای بالاتر از مردان کسب کردند. در ارزش سیاسی، تفاوت معناداری میان مردان و زنان وجود نداشت (جدول ۲).

جدول ۲

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های به دست آمده در آزمون
بررسی ارزش‌ها به تفکیک جنسیت و وضعیت تأهل

زیر مقیاس‌ها	شاخص‌ها	جنسیت		وضعیت تأهل	
		مرد	زن	مجرد	متأهل
ارزش مذهبی	میانگین	۲۹/۰۴	۳۱/۸۳	۳۰/۲۳	۳۱/۳۶
	انحراف معیار	۷/۰۳	۶/۴۵	۶/۹۴	۶/۵۶
ارزش زیبایی‌گرایی	میانگین	۳۸/۹۴	۴۰/۹۸	۴۰/۵۴	۳۸/۰۶
	انحراف معیار	۸/۱۸	۸/۲۰	۸/۳۵	۷/۵۷
ارزش اقتصادی	میانگین	۳۹/۵۴	۳۸/۱۶	۳۸/۷۸	۳۹/۰۰
	انحراف معیار	۶/۵۴	۵/۸۹	۶/۲۶	۶/۲۳
ارزش اجتماعی	میانگین	۴۱/۱۶	۴۰/۳۲	۴۰/۵۶	۴۱/۳۹
	انحراف معیار	۵/۵۶	۵/۳۲	۵/۴۷	۵/۳۵
ارزش سیاسی	میانگین	۴۲/۴۶	۴۱/۹۰	۴۲/۳۱	۴۱/۶۷
	انحراف معیار	۵/۵۱	۵/۷۹	۵/۶۸	۵/۶۰
ارزش نظری	میانگین	۴۴/۳۳	۴۲/۷۵	۴۳/۴۲	۴۳/۸۲
	انحراف معیار	۶/۱۳	۶/۰۰	۶/۱۸	۵/۸۴

مجموعه دوم آزمونه‌های t مستقل در خصوص تفاوت افراد مجرد و متأهل در حیطه ارزشها نشان داد که این دو گروه تنها در ارزش زیبایی‌گرایی و ارزش مذهبی با یکدیگر تفاوت معناداری داشتند. در ارزش زیبایی‌گرایی، افراد مجرد از میانگین نمره بالاتری نسبت به افراد متأهل برخوردار بودند ($P < 0/001$ و $t = 3/42$). برعکس، در ارزش مذهبی، افراد متأهل از

میانگین بالاتری نسبت به افراد مجرد برخوردار بودند ($P < 0/01$ و $t = 2/54$) (جدول ۲).

جدول ۳

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های به دست آمده در آزمون بررسی ارزشها به تفکیک سن

زیر مقیاس‌ها	شاخص‌ها	جنسیت		
		سال ۲۷-۳۰	سال ۲۳-۲۶	سال ۱۸-۲۲
ارزش مذهبی	میانگین	۳۱/۱۱	۳۰/۳۲	۳۰/۰۳
	انحراف معیار	۶/۸۹	۶/۵۲	۶/۹۳
ارزش زیبایی‌گرایی	میانگین	۳۸/۹۷	۳۹/۱۶	۴۱/۱۶
	انحراف معیار	۸/۳۷	۷/۳۵	۸/۳۹
ارزش اقتصادی	میانگین	۳۸/۶۵	۳۹/۳۸	۳۸/۷۶
	انحراف معیار	۶/۹۵	۵/۸۵	۶/۰۱
ارزش اجتماعی	میانگین	۴۱/۲۰	۴۰/۹۴	۴۰/۳۳
	انحراف معیار	۵/۴۱	۵/۴۱	۵/۴۸
ارزش سیاسی	میانگین	۴۱/۵۲	۴۲/۲۷	۴۲/۵۵
	انحراف معیار	۵/۴۸	۵/۷۴	۵/۷۳
ارزش نظری	میانگین	۴۳/۸۰	۴۳/۳۱	۴۳/۳۹
	انحراف معیار	۶/۰۵	۵/۸۱	۶/۳۵

مجموعهٔ سوم آزمونهای معناداری در حیطه ارزشها، به بررسی تفاوت‌های سنی اختصاص داشت. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه در گروههای مستقل نشان داد که سه گروه سنی، فقط در ارزش زیبایی‌گرایی ($P = 0/001$ ، و $F = 6/603$) تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند. با توجه به اینکه در مطالعه حاضر، سه گروه سنی وجود داشتند، برای بررسی این موضوع که کدام یک از گروههای سنی در ارزش زیبایی‌گرایی با یکدیگر تفاوت دارند، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. نتایج نشان دادند که گروه سنی ۲۷-۳۰ سال با دو گروه دیگر (۲۳-۲۶ و ۱۸-۲۲ سال) تفاوتی معنادار داشت. از بررسی میانگین گروهها آشکار شد که گروه سنی ۲۷-۳۰ سال نسبت به دو گروه دیگر، دارای نمره‌های پایینی در ارزشهای زیبایی‌گرایی بودند (جدول ۶).

تفاوت‌های بین گروهی در سلامت عمومی: سؤال دوم پژوهش، به بررسی تفاوت‌های بین گروهی (جنسیت، وضعیت تأهل، و سن) در مقیاس کلی سلامت عمومی و زیرمقیاسهای آن اختصاص داشت. بدین منظور از دو نوع آزمون آماری استفاده شد. در بررسی تفاوت‌های بین گروهی در گروههای دارای جنسیت و وضعیت تأهل مختلف، به دلیل وجود دو سطح در هر یک از این دو متغیر، از آزمون t استودنت استفاده شد.

مجموعهٔ اول آزمونهای t ، بر تفاوت‌های جنسی در مقیاس سلامت عمومی متمرکز بود. نتایج

حاصل از این تحلیلها نشان داد که در مقیاس کلی سلامت عمومی، زنان نسبت به مردان، از میانگین نمره بالاتری برخوردار بودند ($P < 0/05$ و $t = 2/23$). در زیر مقیاس نشانه‌های بدنی ($P < 0/001$ و $t = 3/25$)، در زیر مقیاس اضطراب و بی خوابی ($P < 0/01$ و $t = 2/81$) و در زیر مقیاس افسردگی ($P < 0/05$ و $t = 1/97$)، نیز میانگین نمره دختران بالاتر از پسران بود. تنها در زیر مقیاس نارسا کنش‌وری اجتماعی، تفاوت نمرات دو جنس معنادار نبود.

جدول ۴

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پرسشنامه سلامت عمومی به تفکیک جنسیت و وضعیت تأهل

زیر مقیاس‌ها	شاخص‌ها	جنسیت		وضعیت تأهل	
		مرد	زن	مجرد	متأهل
نشانه‌های بدنی	میانگین	۱۲/۰۲	۱۲/۹۱	۱۲/۵۷	۱۲/۱۷
	انحراف معیار	۳/۳۷	۳/۷۵	۳/۶۱	۳/۵۵
اضطراب و بیخوابی	میانگین	۱۲/۲۶	۱۳/۱۴	۱۲/۸۰	۱۲/۴۱
	انحراف معیار	۳/۴۰	۳/۸۹	۳/۷۴	۳/۴۶
نارسا کنش‌وری اجتماعی	میانگین	۱۴/۲۱	۱۴/۱۰	۱۴/۲۷	۱۳/۷۲
	انحراف معیار	۲/۸۲	۲/۷۵	۲/۸۵	۲/۵۰
افسردگی	میانگین	۱۰/۹۳	۱۱/۴۳	۱۱/۴۳	۱۰/۳۰
	انحراف معیار	۴/۱۲	۴/۲۵	۴/۲۷	۳/۸۰
نمره کل سلامت عمومی	میانگین	۴۹/۴۱	۵۱/۵۸	۵۱/۰۷	۴۸/۶۱
	انحراف معیار	۱۰/۴۲	۱۱/۸۱	۱۱/۳۸	۱۰/۳۴

جدول ۵

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پرسشنامه سلامت عمومی به تفکیک سن

زیر مقیاس‌ها	شاخص‌ها	سن		
		سال ۱۸-۲۲	سال ۲۳-۲۶	سال ۲۷-۳۰
نشانه‌های بدنی	میانگین	۱۲/۸۱	۱۲/۳۵	۱۲/۰۵
	انحراف معیار	۳/۷۵	۳/۴۵	۳/۳۷
اضطراب و بیخوابی	میانگین	۱۲/۹۳	۱۲/۷۱	۱۲/۴۵
	انحراف معیار	۳/۷۷	۳/۷۲	۳/۴۴
نارسا کنش‌وری اجتماعی	میانگین	۱۴/۱۹	۱۴/۱۶	۱۴/۱۱
	انحراف معیار	۲/۸۶	۲/۶۷	۲/۶۲
افسردگی	میانگین	۱۱/۵۶	۱۱/۳۵	۱۰/۲۹
	انحراف معیار	۴/۲۸	۴/۲۶	۳/۸۳
نمره کل سلامت عمومی	میانگین	۵۱/۵۸	۵۰/۵۸	۴۸/۹۰
	انحراف معیار	۱۱/۶۸	۱۱/۱۳	۱۰/۰۵

جدول ۶

نتایج آزمون‌های مقایسه چندگانه در سه مقطع سنی در سطح ارزش زیبایی‌گرایی

میانگین	سطوح سنی			سطوح سنی
	سال ۲۷-۳۰	سال ۲۳-۲۶	سال ۱۸-۲۲	
۴۱/۱۶	*	-	-	۱۸-۲۲
۳۹/۱۶	*	-	-	۲۳-۲۶
۳۸/۹۷	-	*	*	۲۷-۳۰

*P<۰/۰۵

جدول ۷

نتایج آزمون‌های مقایسه چندگانه توکی در سه مقطع سنی

در زیر مقیاس نشانه‌های بدنی

میانگین	سطوح سنی			سطوح سنی
	سال ۲۷-۳۰	سال ۲۳-۲۶	سال ۱۸-۲۲	
۱۲/۸۰	*	-	-	۱۸-۲۲
۱۲/۳۴	-	-	-	۲۳-۲۶
۱۲/۰۵	-	-	*	۲۷-۳۰

*P<۰/۰۵

جدول ۸

نتایج آزمون‌های مقایسه چندگانه توکی در سه مقطع سنی

در زیر مقیاس اضطراب و بی‌خوابی

میانگین	سطوح سنی			سطوح سنی
	سال ۲۷-۳۰	سال ۲۳-۲۶	سال ۱۸-۲۲	
۱۱/۶۴	*	-	-	۱۸-۲۲
۱۱/۳۵	*	-	-	۲۳-۲۶
۱۰/۲۹	-	*	*	۲۷-۳۰

*P<۰/۰۵

یافته‌های حاصل از بررسی تفاوت‌های بین گروهی به لحاظ وضعیت تأهل در مقیاس سلامت عمومی حاکی از آن بود که در مقیاس کلی ($P<۰/۰۱$ و $t=۲/۶۸$) و دو زیر مقیاس نارسا کنش‌وری ($P<۰/۰۱$ و $t=۳/۱۳$) و افسردگی ($P<۰/۰۱$ و $t=۲/۸۸$)، افراد مجرد از نمره بالاتری نسبت به افراد متأهل برخوردار بودند و تفاوت این دو، معنادار بود. نهایتاً، آزمون معناداری F برای بررسی تفاوت‌های سنی در سلامت عمومی نشان داد که گروه‌های سنی در دو زیر مقیاس نشانه‌های بدنی ($P<۰/۰۵$ و $F=۳/۳۰$) و اضطراب و بی‌خوابی

($P < 0.001$ و $F=7/66$) تفاوت معناداری با هم دارند. بررسی‌های تعقیبی با استفاده از آزمون توکی نشان داد که در زیر مقیاس نشانه‌های بدنی، تنها گروه سنی ۲۷-۳۰ سال با گروه سنی ۱۸-۲۲ سال تفاوت معناداری دارند و میانگین گروه سنی ۱۸-۲۲ بالاتر از گروه دیگر است (جدول ۷). در زیر مقیاس افسردگی نیز تفاوت گروه سنی ۲۷-۳۰ سال با دو گروه دیگر معنادار بود (جدول ۸). بدین صورت که میانگین این گروه کمتر از دو گروه دیگر بود.

جدول ۹

ضرایب رگرسیون استاندارد شده برای معادله‌های پیش‌بینی مؤلفه‌های سلامت عمومی و مقادیر مجذور همبستگی چندگانه

متغیرهای پیش‌بین	نشانه‌های بدنی	اضطراب و بی‌خوابی	نارساکنش‌وری اجتماعی	افسردگی	سلامت عمومی
ارزش زیبایی‌گرایی	۰/۰۵۱	*۰/۱۰۹	- ۰/۰۰۱	**۰/۱۶۷	*۰/۱۱۳
ارزش اقتصادی	-۰/۰۱۸	۰/۰۳۹	-۰/۰۰۲	۰/۰۸۷	۰/۰۳۹
ارزش سیاسی	-۰/۰۲۶	-۰/۰۲۰	- ۰/۰۲۱	-۰/۰۰۱	- ۰/۰۲۰
ارزش مذهبی	-۰/۰۴۷	-۰/۰۱۲	- ۰/۰۴۷	- ۰/۰۴۰	-۰/۰۴۵
ارزش اجتماعی	۰/۰۳۵	۰/۰۲۹	- ۰/۰۱۴	۰/۰۵۷	۰/۰۳۸
ارزش نظری	-۰/۰۳۲	۰/۰۲۷	- ۰/۰۵۲	۰/۰۴۴	-۰/۰۱۵

* $P < 0.05$

** $P < 0.01$

ارتباط میان ارزش‌ها و سلامت عمومی: سؤال سوم مطالعه حاضر، بر ارتباط میان مؤلفه‌های ارزشها و سلامت عمومی متمرکز بود. بدین منظور برای هر یک از زیر مقیاس‌های سلامت عمومی علاوه بر نمره کل سلامت عمومی به منزله متغیر ملاک، از پنج تحلیل رگرسیون چندگانه با روش همزمان استفاده شد. نتایج تحلیل‌ها که در جدول ۹ ارائه شده نشان می‌دهد که مجموعه متغیرهای پیش‌بین (۶ مولفه ارزشها) فقط در تبیین واریانس‌های اضطراب و بی‌خوابی ($P < 0.05$ و $F=2/20$)، و افسردگی ($P < 0.001$ و $F=4/56$) سهمی معنادار دارند. همچنین تحلیل رگرسیون چندگانه نمره کل سلامت عمومی به عنوان متغیر ملاک نشان داد که مجموعه متغیرهای پیش‌بین تنها می‌توانند ۲٪ از کل واریانس سلامت عمومی را تبیین کنند ($P < 0.01$ و $F=2/91$). ارزش زیبایی‌گرایی پیش‌بین مثبت و معنادار مؤلفه‌های افسردگی، اضطراب، و بی‌خوابی و نیز نمره کل سلامت عمومی بود. به‌این‌صورت که، افرادی که ارزش زیبایی‌گرایی سطح بالایی داشتند همچنین سطح بالاتری از اضطراب و بی‌خوابی را نیز گزارش می‌دادند. به‌علاوه، این اثر برای کل سلامت عمومی نیز صادق بود.

بحث و نتیجه‌گیری

از مقایسه نتایج حاصل از تحلیلهای آماری انجام شده می‌توان به یافته‌های زیر اشاره کرد:

ارزش زیبایی‌گرایی در واریانس نمرات زیر مقیاس‌های اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی، و نمره کلی سلامت عمومی دارای نقش مثبت بود. بدین معنی که با افزایش ارزش زیبایی‌گرایی احساس خستگی، برانگیختگی‌های هیجانی، اضطراب و بی‌خوابی افزایش یافته و در مجموع سلامت عمومی فرد کاهش می‌یابد. این ارزش بر اساس نتایج به‌دست آمده، سومین میانگین بوده و یکی از بیشترین پراکندگی‌ها را به خود اختصاص داده است. این یافته به منظور تأیید بیشتر نیازمند انجام پژوهش‌های بیشتر است.

همچنین ملاحظه نتایج حاصل از پژوهش حاضر بر پایه تجزیه و تحلیل جداگانه دو جنس نشان می‌دهد که زنان و مردان در رجحان‌های ارزشی خود واجد تفاوتی معنادارند. این یافته همسو با نتایج به دست آمده توسط بیوتل و مارینی (۱۹۹۵) و متناقض با نتایج پژوهش دلخموش (۱۳۸۴) است. ارزش نظری، اقتصادی و اجتماعی در مردان بیش از زنان و به عکس ارزش زیبایی‌گرایی و مذهبی در زنان بالاتر از مردان است. نتایج به دست آمده تفاوت معناداری را از حیث ارزش سیاسی بین زنان و مردان نشان نداد. علاوه بر این، همان‌طور که پژوهش‌های پیشین (برای مثال بیوتل و مارینی، ۱۹۹۵) نشان می‌دهند زنان مذهبی‌تر از مردان‌اند و از نگاه توحید یافته‌تری به امور برخوردارند و بیش از مردان حوادث و رویدادهای جاری را به اسباب و علل غیر مادی نسبت می‌دهند. ملکی (۱۳۸۴) در پژوهش خود که به بررسی نظام ارزشی جامعه ایران پرداخته بود دریافت با اهمیت‌ترین مؤلفه در سلسله مراتب نظام ارزشی در ایران، دینداری است که پس از آن انگیزه موفقیت و سپس خانواده‌گرایی قرار دارند.

همچنین سلامت عمومی زنان در زیرمقیاس‌های نشانه‌های اضطراب و بی‌خوابی، افسردگی، نمره کل (GHQ) و نمره کل پایین‌تر از مردان است. زنان در مقایسه با مردان بیشتر دچار احساس خستگی، برانگیختگی‌های هیجانی همراه با نشانه‌های بدنی می‌شوند. آنان بیش از مردان اضطراب و بی‌خوابی را تجربه می‌کنند و در معرض افسردگی و گرایش به خودکشی قرار می‌گیرند و در مجموع زنان از سلامت عمومی کمتری در مقایسه با مردان برخوردارند. به رغم تفاوت‌های موجود، بین گستره توانایی زنان و مردان در مقابله با خواست‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره تفاوت معناداری وجود ندارد. شاید سهمی از ناهمترایی موجود را بتوان به هویت زیست‌شناختی زنان نسبت داد. در میان پژوهش‌های متعددی که درباره زنان انجام شده‌اند تحقیقی که توسط ویتکین - لانویل^۱ (۱۹۸۵)، به نقل از استورا، (۱۳۷۷) صورت گرفته از اهمیت خاصی برخوردار است. این محقق در یک روی‌آورد کلی نسبت به مسأله تنیدگی زنان، نشانه‌هایی را که در پی می‌آیند خاطر نشان می‌سازد: قاعدگی و تنش‌های قبل از آن، سردردها و

1- Witkin - Lanoil

افسردگی پس از زایمان، مالیخولیا و افسردگی یائسگی، سرد مزاجی و ناتوانی در ارضای جنسی، عقیم شدن و جز آن.

نتایج پژوهش حاضر در زمینه وضعیت تأهل نشان می‌دهد که افراد مجرد و متأهل در ارزش نظری، اقتصادی، و اجتماعی تقریباً در یک سطح قرار دارند حال آنکه افراد مجرد از ارزش زیبایی‌گرایی بالاتری نسبت به گروه متأهل برخوردارند و به زیبایی، تقارن، و هماهنگی توجه بیشتری نشان می‌دهند. همچنین افراد مجرد نمونه در زیرمقیاسهای نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی و نیز در کل از سلامت کمتری برخوردار بودند. به عبارت دیگر، افراد مجرد در مقایسه با افراد متأهل در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره ضعیف‌تر عمل کرده و بیش از آنان دچار افسردگی‌اند و به طور کلی نسبت به افراد متأهل از سلامت عمومی کمتری برخوردارند. پژوهشهای اخیر (لینلی و جوزف، ۲۰۰۴) عامل تاهل را یکی از راهبردهای حفظ بهداشت روانی و طول عمر ذکر کرده‌اند. علاوه بر این آمارهای ارائه شده از سوی سازمان جهانی بهداشت دال بر این است که مرگ و میر در افراد مجرد بیش از افراد متأهل است. و چنانچه نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد افراد مجرد در مقایسه با افراد متأهل بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی و نیز بروز نارساکنش‌وری در مواجهه با موقعیتهای متداول زندگی بوده و در مجموع از سلامت کمتری برخوردارند.

در مجموع، به اعتقاد مؤلفان (برای نمونه چاهن، ۲۰۰۰) یکی از شرایط لازم برای دستیابی به سلامت روان، برخورداری از یک نظام ارزشی است. چاهن (۲۰۰۰) بهره‌مندی از یک سلسله ارزش‌های شخصی و فلسفه‌ای مبتنی بر باورها، آرزوها و آرمان‌هایی را که با سعادت و خودشکوفایی فرد و اطرافیان وی پیوندی نزدیک دارد شرط لازم برای دستیابی به سلامت روان می‌داند و این در حالی است که ساختار سلسله مراتب ارزش‌ها در هر جامعه، دلالت‌های اساسی بر جهت و سرعت حرکت یا ثبات کنشهای جامعه دارد و الگوهای کنش اجتماعی مبتنی بر الگوهای اولویت‌ارزشی هستند بنابراین مطالعه و تدقیق در مفاهیم این حوزه و واری‌های چالشهای پژوهشی و یافته‌های ناهمخوان شایان توجه بیشتر است.

Reference:

مراجع:

- آناستازی، آن (۱۳۷۱). *روان آزمایی*، ترجمه محمدنقی براهنی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- استورا، بنجامین (۱۳۷۷). *تنیدگی یا استرس*. ترجمه پریخ دادستان. تهران: انتشارات رشد.
- بیرو، آلن (۱۳۷۵). *فرهنگ علوم اجتماعی*. ترجمه باقر ساروخانی. انتشارات کیهان.
- دلخوش، محمدتقی (۱۳۸۴). *شناسایی محتوا و ساختار ارزشهای انسانی در دانشجویان ایرانی*. *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، ۵، ص ۲۹۹-۳۱۸.

محمدخلیفه، عبدالله (۱۳۷۸). بررسی روان‌شناختی تحول ارزشها. ترجمه سید حسین سیدی. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

ملکی، امیر (۱۳۸۴). بررسی نظام ارزشی جامعه ایران؛ با تکیه بر نظریه نوسازی و تغییرات فرهنگی رونالد اینگلهارت. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.

منصور، محمود و دادستان، پریخ (۱۳۶۹). روان‌شناسی ژنتیک. تهران: نشر ژرف.

منصور، محمود و دادستان، پریخ (۱۳۶۷). دیدگاه پیازه در گستره تحول روانی. تهران: نشر ژرف.

Beutel, A. M. & Marini, M. M. (1995). Gender and values. *American Sociological Review*, 60, 436-448.

Bonner, H. (1961). *Psychology of personality*. New York: The Rand Press.

Browne, K. (2003). *Introducing Sociology*. Blackwell Publishing Ltd.

Chauhan, S. S. (2000). *Mental hygiene*. New Delhi: Allied Publishers.

Hyland, M. E. (2003). A Measure of positive health - related quality of life. *Psychological Reports*, 71, 1137-1138.

Kerjcie R. V. & Morgan D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607 – 610.

Linley, P.A. & Joseph, S. (2004). *Positive psychology in practice*. N J, Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.

Manstad, S. R., & Hewstone, M. (1995). *The Black Well Encyclopedia of Social Psychology*. Massachusetts: Black Wel Press.

Rokeach, M. (1973). *The Nature of Human Values*. New York: Free Press.

Ventis, L. W. (1995). The relationships between religion and mental health. *Journal of Social Issues*, 51, 33 - 48.

Unger, L. S. (1995). Observations: A cross - cultural study on the affect-based model of humor in advertising. *J Advertising Res*, 35, 66-71.

Watson, J., Lysonski, S., Gillan, T. & Raymore, L. (2002). Cultural analysis. *Journal of Business Research*, 55, 923-931.