

Original Article

Relationship of Gender Roles with Personality Dimensions and General Health in People without Personality Disorders

Saeed Hosseinpour Moghadami Azar¹ , Kaveh Alavi^{1*} , Elham Shirazi¹ ,
Shabnam Nohesara¹ , Homa Mohammad Sadeghi¹ 

¹ Department of Psychiatry,
Faculty of Behavioral
Sciences, Iran University of
Medical Sciences, Tehran,
Iran.

***Corresponding Author:**
Kaveh Alavi; Department of
Psychiatry, Faculty of
Behavioral Sciences, Iran
University of Medical
Sciences, Tehran, Iran.

Email:
kavehalavi@yahoo.com

Received: 13 Aug, 2020
Accepted: 02 Jan, 2021

Abstract

Background and Objectives: The present study aimed to determine the correlation of male and female gender roles with the big five personality traits and general health in a group of people without personality disorders.

Methods: In total, 170 participants (85 males), including the staff of Iran Psychiatric Hospital, Tehran Psychiatric Institute, and the psychiatric ward of Hazrat Rasoul Akram Hospital were enrolled in this research. These individuals did not have any personality disorder based on a semistructured clinical interview for DSM-5 (SCID-II). The required data were collected through three questionnaires, namely Gender Masculine (GM) and Gender Feminine (GF) scales of the Minnesota Multidimensional Personality Questionnaire, General Health Questionnaire, and NEO Five-Factor Inventory.

Results: In both genders, GM scores were correlated with higher extraversion and lower neuroticism scores. On the other hand, GF scores were correlated with lower extraversion and higher neuroticism in males and lower extraversion in females. Higher levels of masculinity were also associated with higher levels of almost all general health scales in both genders. However, higher levels of femininity were associated with more anxiety and depression in males and higher anxiety and social isolation in females.

Conclusion: There were clear correlations between both gender roles and some personality dimensions, including extroversion and neuroticism. Also, higher masculinity in both genders was associated with better general health, but the relationship between femininity and general health was less clear. Mediating and moderating factors have not been investigated in this study.

Keywords: Big five personality traits; Femininity; Masculinity; Mental health; Public health.

DOI: 10.29252/qums.14.10.14

بررسی همبستگی نقش‌های جنسیتی با ابعاد شخصیتی و سلامت عمومی در افراد فاقد اختلالات شخصیت

سعید حسین پور مقدمی آذر^۱ , کاوه علوی^{۱*} , الهام شیرازی^۱ , شبنم نوحه‌سرا^۱ , هما محمد صادقی^۱ 

چکیده

زمینه و هدف: مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه بین نقش‌های جنسیتی مردانه و زنانه با ابعاد پنج‌گانه شخصیت (براساس تئوری پنج عامل بزرگ) و سلامت عمومی در گروهی از افراد فاقد اختلال شخصیت انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه ۱۷۰ نفر (۸۵ مرد و ۸۵ زن) از کارکنان "مرکز روان‌پزشکی ایران"، "انستیتو روان‌پزشکی تهران" و بخش روان‌پزشکی "بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)" بررسی شدند. این افراد فاقد اختلالات شخصیت مندرج در پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) و اختلالات عمده روان‌پزشکی بودند. شرکت‌کنندگان در مطالعه به سه پرسشنامه پاسخ دادند: نقش‌های جنسیتی مردانه و زنانه (GM و GF) مشتق از پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا (MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventor)، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28: General Health Questionnaire) و فرم کوتاه پرسشنامه نئو (NEO-FFI: NEO Five-Factor Inventory).

یافته‌ها: در هر دو جنسیت، نقش‌های جنسیتی مردانه با برون‌گرایی بیشتر و روان‌رنجورگرایی کمتری همراه بود؛ اما نقش‌های جنسیتی زنانه در مردان با برون‌گرایی کمتر و روان‌رنجورگرایی بیشتر و در زنان تنها با روان‌رنجورگرایی بیشتر همبسته بود. همچنین مردانگی بیشتر با بالاتر بودن تقریباً تمام ابعاد سلامت عمومی - هم در مردان و هم در زنان - همسویی داشت. علاوه بر این، زنانگی بالاتر در مردان با اضطراب و افسردگی شدیدتر و در زنان با اضطراب و انزوای اجتماعی بالاتر همبستگی داشت.

نتیجه‌گیری: در بین ابعاد شخصیتی، برون‌گرایی و روان‌رنجورگرایی همبستگی مشخص‌تری با نقش‌های جنسیتی داشتند. همچنین مردانگی بالاتر در هر دو جنسیت با سلامت عمومی بهتر همراه بود؛ اما ارتباط زنانگی و سلامت عمومی کمتر بود. در این مطالعه، عوامل واسطه‌بررسی نشده‌اند.

کلیدواژه‌ها: پنج ویژگی بزرگ شخصیتی؛ زنانگی؛ سلامت روان؛ سلامت عمومی؛ مردانگی.

^۱ گروه روان‌پزشکی، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

کاوه علوی؛ گروه روان‌پزشکی، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

آدرس پست الکترونیکی:

kavehalavi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۵/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۱۳

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Hosseinpour Moghadami Azar S, Alavi K, Shirazi E, Nohesara S, Mohammad Sadeghi H. Relationship of Gender Roles with Personality Dimensions and General Health in People without Personality Disorders. Qom Univ Med Sci J 2020;14(10):14-24. [Full Text in Persian]

مقدمه

نقش‌های جنسیتی شامل آن دسته از رفتارها، نگرش‌ها و ویژگی‌های فردی هستند که در هر جامعه برای نقش اجتماعی مردان یا زنان مناسب‌تر یا معمول‌تر می‌باشند (۱). اگرچه انتظار داریم مردان بیشتر ویژگی‌های مردانه داشته باشند و زنان ویژگی‌های زنانه (۲)، در دهه ۱۹۷۰ Bem نشان داد که هم مردان صفات و ویژگی‌های زنانه دارند و هم زنان صفات و ویژگی‌های مردانه (۳-۴). به عبارت دیگر زنانگی و مردانگی، صفاتی در انتهای یک طیف نیستند و محورهای جداگانه‌ای دارند.

تفاوت در شیوع اختلالات روان‌پزشکی بین مردان و زنان از دیرباز شناخته شده است؛ اما مطالعات اندکی در مورد افراد سالم و ارتباط نقش‌های جنسیتی با ویژگی‌های شخصیتی انجام شده است. همچنین پژوهش در مورد جمعیت‌های زنان و مردان باعث شده است که در بسیاری از مطالعات، هنگام ارزیابی ویژگی‌های شخصیتی و آسیب‌های روانی، نرم‌های مردان و زنان به صورت جداگانه تعریف شوند (۵).

وجود تفاوت‌های موجود میان مردان و زنان از دو وجه قابل ارزیابی است. نخست آنکه تفاوت‌های مشاهده شده میان میانگین نمرات زنان و مردان نشان‌دهنده تفاوت و واریاسیون واقعی نمرات بوده و حاکی از آن است که زنان و مردان ویژگی‌های شخصیتی را به طور متفاوتی نشان می‌دهند (۵)؛ به عنوان مثال در یک فراتحلیل نشان داده شد که در مطالعات صورت گرفته، اعتماد به نفس در مردان و اضطراب عمومی در زنان به شکل ثابتی بالاتر از گروه مقابل بوده است؛ اگرچه اندازه اثر عموماً کوچکی در مقایسه دو گروه مشاهده شده است (۶). براساس مطالعات پیشین، زنان تقریباً به طور ثابتی نمرات بالاتری را در مقیاس‌های روان‌رنجورگرایی، توافق‌پذیری و وجدانی بودن داشته‌اند (۶،۷). با این وجود، اگرچه زنان نمرات بالاتری را در بعد برون‌گرایی نسبت به مردان به دست آورده بودند؛ اما تفاوت دو گروه اندک بود. اشمیت و همکاران در پژوهشی در ارتباط با ۵۵ فرهنگ مختلف نشان دادند که براساس نظریه پنج عامل بزرگ شخصیتی، در بیشتر فرهنگ‌ها زنان در چهار بعد روان‌رنجورگرایی، برون‌گرایی، توافق‌پذیری و وجدانی بودن نمرات بالاتری را نسبت به مردان کسب نموده‌اند. این یافته‌ها با نتایج مطالعات پیشین که

در آن‌ها اندازه‌گیری پنج بعد بزرگ در جوامع محدودتری صورت گرفته بود، تطابق داشت. به طور کلی، سطح بالاتر توسعه و تکامل انسانی از جمله زندگی سالم و طولانی، دسترسی یکسان به دانش، تحصیل و ثروت اقتصادی پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی مشاهده تفاوت بین دو جنس به لحاظ ابعاد شخصیتی هستند. به نظر می‌رسد که تغییرات در ویژگی‌های شخصیتی مردان به عنوان علت اولیه و اصلی تفاوت جنسیتی در میان فرهنگ‌ها باشد (۸). نتایج پژوهش ویزبرگ و نیز فراتحلیل کوستا و مک‌کرا این موضوع را تأیید می‌کنند (۷،۹).

در پژوهشی که در سال ۲۰۱۵ توسط بزکورت و همکاران انجام شد، ویژگی‌های مردانه به طور عمده با تمایل به خطرپذیری، داشتن خوداتکایی، شخصیت قوی، توانایی‌های مدیریتی، دفاع از خودیاری و عملکرد معقول همراه است و در مقابل، ویژگی‌های زنانه با خصوصیات چون مادرانگی، حساسیت، لطیف بودن، خانه‌داری، مهربانی، حساسیت نسبت به نیازهای دیگران، عطوفت و آسیب‌پذیری مرتبط می‌باشد (۱۰).

همچنین در پژوهش ماتود و همکاران در سال ۲۰۱۴، ارتباط هویت فردی در نقش‌های جنسیتی سنتی مردانگی و زنانگی در رضایتمندی از زندگی مردان و زنان بررسی شد. اگرچه مهم‌ترین عامل پیشگوی رضایتمندی از زندگی هم در مردان و هم در زنان اعتماد به نفس و حمایت اجتماعی می‌باشد؛ اما هر دو صفت مردانگی و زنانگی با میزان بالایی از رضایتمندی از زندگی در مردان و زنان همراه بوده است (۱۱).

در فرهنگ ایرانی مطالعاتی که ارتباط نقش‌های جنسیتی و سلامت افراد را بررسی کرده باشند، محدود هستند. در این راستا، دهکردی و همکاران در پژوهش خود گزارش نمودند که زنان در اجتماع امروزی، نقش‌هایی چندگانه و گاه متضادی دارند؛ از این رو بررسی سلامت روانی آن‌ها از اهمیت بسیاری برخوردار می‌باشد. این پژوهشگران بیان نمودند که زنانگی با مؤلفه‌های اضطراب و اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی (و نه با نشانه‌های جسمانی) همبستگی معناداری دارد. مردانگی نیز با سلامت روانی و مؤلفه اختلال در عملکرد اجتماعی همبستگی معناداری داشت. در این مطالعه هنگامی که متغیرهای زنانگی و مردانگی همزمان تحلیل می‌شدند، تنها متغیر زنانگی توان پیش‌بینی

سلامت روانی و برخی از مؤلفه‌های آن را داشت (۱۲).

با توجه به محدودیت‌های موجود، مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین نقش‌های جنسیتی (مردانگی و زنانگی)، ابعاد شخصیتی و سلامت روان - مستقل از جنس (مرد یا زن) - در گروهی از افراد فاقد اختلال شخصیت و اختلالات عمده روانی انجام شد.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک بررسی توصیفی - همبستگی بود. نمونه مورد نظر از میان کارکنان "مرکز آموزشی - درمانی روان‌پزشکی ایران"، بیمارستان "حضرت رسول اکرم (ص)" و "انستیتو روان‌پزشکی تهران" انتخاب شدند. این افراد شامل کارکنان اداری و درمانی مراکز مذکور به غیر از پزشکان بودند. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. تمام افرادی که در مرکز آموزشی - درمانی روان‌پزشکی ایران و انستیتو روان‌پزشکی تهران دارای شرایط ورود به مطالعه بودند، ارزیابی شدند. شایان ذکر است که کمبود نمونه از کارکنان بخش روان‌پزشکی بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) تأمین گردید. حجم نمونه براساس فرمول زیر، در هر گروه جنسی (مردان و زنان) معادل ۸۵ نفر (در مجموع ۱۷۰ نفر) تعیین شد. این حجم نمونه با فرض $(\alpha=0/05, \beta=0/2)$ و برای دستیابی به معناداری آماری ضریب همبستگی Pearson (r) معادل ۰/۳ براساس ترانسفورمسیون Z فیشر و با استفاده از فرمول زیر تعیین گردید (۱۳).

$$n = \left[\frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right]^2 + 3$$

سایر ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن رضایت آگاهانه، تحصیلات سوم راهنمایی به بالا، عدم ابتلا به اختلالات شخصیت ده‌گانه براساس DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) و عدم ابتلا به اختلالات ماژور روان‌پزشکی (شامل: دوره‌های افسردگی ماژور، مانیا، سایکوز یا مسمومیت مواد) بر حسب مصاحبه بالینی اولیه. ملاک خروج از مطالعه نیز تکمیل نکردن حداقل دو پرسشنامه از سه پرسشنامه بود. مقرر بود در مواردی که یک پرسشنامه تکمیل گردد، فرد در مطالعه باقی بماند و در صورتی که بیش از ۱۵

درصد از سؤالات یک پرسشنامه توسط شرکت‌کننده‌ای تکمیل نشود، آن پرسشنامه حذف گردد. در عمل با توجه به اینکه هنگام برگشت پرسشنامه‌های تکمیل شده، پژوهشگران این پرسشنامه‌ها را بررسی می‌کردند و در صورت مشاهده نقص در تکمیل پرسشنامه از فرد می‌خواستند به سؤالات پاسخ داده نشده پاسخ دهند، این مشکل پیش نیامد.

برای رد ابتلا به اختلالات شخصیت و اختلالات ماژور روان‌پزشکی، سؤالات غربالگری اولیه براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته بر مبنای چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders و SCID-II) استفاده شد (۱۴، ۱۵). شایان ذکر است که در مورد اختلالات ماژور، تصمیم‌گیری براساس تغییرات موجود در پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) تغییر کرد (۱۶). در ۲۳ مورد از ۱۷۰ مورد، امکان انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته فراهم نشد و مصاحبه غیر ساختاریافته؛ اما منطبق با معیارهای تشخیص DSM-IV و DSM-5 صورت گرفت. دو گروهی که با آن‌ها مصاحبه ساختاریافته و غیر ساختاریافته شده بود، در هیچ‌کدام از ابعاد چهارگانه سلامت عمومی و ابعاد پنج‌گانه شخصیت، اختلاف آماری معناداری با یکدیگر نداشتند. مصاحبه‌های بالینی توسط دو نفر انجام شد (یک دستیار سال سوم روان‌پزشکی و یک کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی) که هر دو برای انجام این مصاحبه‌ها آموزش دیده و پیش از مطالعه با انجام چند مصاحبه بالینی با یکدیگر هماهنگ شدند. شرکت‌کنندگانی که توسط این دو نفر با آن‌ها مصاحبه شده بود، از نظر هیچ‌کدام از مقیاس‌های هدف با یکدیگر متفاوت نبودند. در نمونه نهایی، میانگین سنی ($\pm$ انحراف معیار) $37/4 \pm 8/2$ سال (دامنه ۲۳ تا ۶۳ سال) مورد بررسی قرار گرفت. توزیع فراوانی سطح تحصیلات این افراد به این شرح بود: راهنمایی ۳ نفر (۱/۸ درصد)، دبیرستان ۱۰ نفر (۵/۹ درصد)، دیپلم ۳۸ نفر (۲۲/۴ درصد)، فوق دیپلم و کارشناسی ۷۴ نفر (۴۳/۵ درصد)، کارشناسی و کارشناسی ارشد ۴۰ نفر (۲۳/۵ درصد) و دانشجوی ۵ نفر (۲/۹ درصد).

در ادامه، پرسشنامه‌های مذکور به این افراد ارائه شد و از آن‌ها درخواست گردید تا ترجیحاً در همان محل پرسشنامه‌ها را تکمیل

محاسبه شد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ مقیاس GF در مردان ۰/۷۰، در زنان ۰/۳۵ و در کل افراد برابر با ۰/۸۹ گزارش شد (۲۰). بر خلاف نسخه اصلی که در آن هیچ سؤالی در دو مقیاس GM و GF مشترک نبود، در مقیاس ۵۳ سؤالی جدید، ۲۹ سؤال مشترک بین دو مقیاس وجود داشت.

ب. پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی (GHQ-28)

این پرسشنامه در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ با هدف غربالگری افرادی که حداقل یک اختلال روانی دارند، تهیه شد (۲۱). سؤالات این پرسشنامه بر مبنای مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای پاسخ داده می‌شوند. این پرسشنامه چهار خرده‌مقیاس دارد: نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، انزوای اجتماعی و افسردگی شدید. همبستگی خرده‌مقیاس نشانه‌های جسمانی با خرده‌مقیاس‌های اضطراب و بی‌خوابی ۰/۸۵، انزوای اجتماعی ۰/۵۲ و افسردگی شدید ۰/۳۳ محاسبه شده است. همچنین همبستگی خرده‌مقیاس اضطراب و بی‌خوابی با انزوای اجتماعی ۰/۷۵ و با افسردگی شدید ۰/۶۱ بوده و همبستگی دو خرده‌مقیاس انزوای اجتماعی و افسردگی شدید معادل ۰/۴۴ گزارش شده است (۲۲). براساس یک متاآنالیز، حساسیت و ویژگی این پرسشنامه در تعیین اختلالات روانی به ترتیب معادل ۰/۸۴ و ۰/۸۲ بوده است (۲۳). در زبان فارسی نیز پالاهاگ و همکاران پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را در یک فاصله ۷ تا ۱۰ روزه معادل ۰/۹۱ محاسبه نموده‌اند (۲۴). همچنین یعقوبی و همکاران ضریب آلفای خرده‌مقیاس‌ها را بین ۰/۵ تا ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند (۲۵).

ج. فرم کوتاه پرسشنامه شخصیتی نئو (NEO-FFI)

این پرسشنامه براساس تئوری پنج عامل بزرگ شخصیت یا مدل پنج عاملی تدوین شده است و پنج بعد شخصیت را می‌سنجد (۲۶، ۲۷): روان‌رنجورگرایی، برون‌گرایی، گشودگی، توافق‌پذیری و وجدانی بودن. این پرسشنامه ۶۰ سؤالی براساس یک مقیاس لیکرت پنج‌تایی تنظیم شده است. کاستا و مک‌کرا ضرایب آلفای کرونباخ فرم کوتاه پرسشنامه را بین ۰/۶۸ (در بعد توافق‌پذیری) تا ۰/۸۶ (در بعد روان‌رنجورگرایی) محاسبه نمودند و نزلهک و مورادیان این ضرایب را برای پنج بعد روان‌رنجورگرایی،

کمند. همچنین از آن‌ها خواسته شد تا در تکمیل پرسشنامه از کسی کمک نگیرند. محدودیت زمانی برای تکمیل پرسشنامه در نظر گرفته نشد. هنگام برگشت پرسشنامه‌ها، این برگه‌ها توسط مجری طرح بررسی می‌گردید و در صورتی که سؤالاتی بدون پاسخ مانده بودند، از شرکت‌کنندگان درخواست می‌شد تا به آن‌ها پاسخ دهند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در پژوهش حاضر به شرح زیر بودند:

الف. مقیاس‌های نقش جنسیتی مردانه (GM) و نقش جنسیتی زنانه (GF) مشتق از ویراست دوم پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا (MMPI-2)

این مقیاس‌ها در سال ۱۹۹۲ توسط پیترسون و دالستروم با استفاده از داده‌های نرماتو پرسشنامه اصلی استخراج گردیدند (۱۷). آن‌ها برای تدوین این مقیاس‌ها، گویه‌هایی از MMPI-2 را انتخاب کردند که مورد تأیید حداقل ۷۰ درصد از شرکت‌کنندگان مرد یا زن بود. بین درصد تأیید افراد متعلق به دو جنس زن و مرد حداقل ۱۰ درصد تفاوت وجود داشت. در مقیاس GM، ۴۷ گویه و در مقیاس GF، ۴۶ گویه وجود دارد که به صورت بله/خیر پاسخ داده می‌شود؛ اما تنها ۹ گویه مقیاس GM و ۱۶ گویه مقیاس GF در MMPI-2 یا مقیاس مردانگی-زنانگی (Mf) مشاهده می‌شود (۱۹-۱۷). در مطالعه اولیه، ثبات درونی این دو مقیاس با استفاده از داده‌های نرماتو MMPI-2 به این شرح بود: ضریب آلفای کرونباخ مقیاس GM در مردان ۰/۶۷ و مقیاس GF ۰/۵۷ و در زنان ضریب آلفای کرونباخ مقیاس GM ۰/۷۵ و مقیاس GF ۰/۵۷. همچنین در یک بازآزمایی به فاصله یک هفته، ضریب پایایی مقیاس GM برای مردان ۰/۷۳ و برای زنان ۰/۸۹ و ضریب پایایی مقیاس GF برای مردان ۰/۸۶ و برای زنان ۰/۷۸ به دست آمد (۱۷). با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، علوی و همکاران داده‌های جمعیت ایرانی را منتشر کردند. در مقیاس جدید، ملاک انتخاب گویه‌ها از میان ۹۳ گویه دو مقیاس اولیه GM و GF این بود که مورد تأیید حداقل ۵۰ درصد از افراد یک جنسیت باشد و اختلاف آماری معناداری بین درصد تأیید مردان و زنان مشاهده شود. در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ مقیاس GM در مردان ۰/۵۸، در زنان ۰/۵۴ و در کل افراد معادل ۰/۸۳

برون‌گرایی، گشودگی، توافق‌پذیری و وجدانی بودن به ترتیب معادل ۰/۸۴، ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۵ و ۰/۸۳ گزارش کردند (۲۶، ۲۸). در زبان فارسی، گروسی ضرایب پایایی این ابعاد را در فاصله پنج ماهه به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۷۵، ۰/۸۰، ۰/۷۹ و ۰/۷۹ محاسبه نموده است (۲۹). ضرایب آلفای کرونباخ این ابعاد در مطالعه ملازاده به ترتیب معادل ۰/۸۶، ۰/۸۳، ۰/۷۴، ۰/۷۶ و ۰/۸۷ گزارش گردیده است (۳۰).

داده‌های به دست آمده توسط نرم‌افزار آماری SPSS 22 تجزیه و تحلیل شدند. برای توصیف داده‌ها از آماره و درصد فراوانی برای متغیرهای کیفی و میانگین، انحراف معیار، میانه و دامنه تغییرات برای متغیرهای کمی استفاده گردید. تبعیت توزیع داده‌ها از توزیع طبیعی در مورد متغیرهای کمی با استفاده از آزمون یک نمونه‌ای Kolmogorov-Smirnov ارزیابی شد. با توجه به تبعیت داده‌ها از توزیع طبیعی، از ضریب همبستگی Pearson برای کشف ارتباط بین نقش‌های جنسیتی مردانه و زنانه با سلامت عمومی و ابعاد آن و نیز هریک از ویژگی‌های شخصیتی استفاده گردید. تحلیل برای مردان و زنان به طور جداگانه انجام شد. مقایسه یافته‌های مردان و زنان نیز با استفاده از آزمون یک نمونه‌ای T صورت گرفت. خطای آلفا معادل ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

همبستگی بین نقش‌های جنسیتی مردانه و زنانه با ابعاد شخصیتی و

سلامت عمومی در جدول ۱ نشان داده شده است. در مردان نقش‌های جنسیتی مردانه، همبستگی متوسط و معکوسی با بعد شخصیتی روان‌رنجورگرایی و همبستگی متوسط و مستقیمی با ابعاد شخصیتی برون‌گرایی و وجدانی بودن داشت. نقش‌های جنسیتی زنانه نیز همبستگی معکوسی را نسبت به نقش‌های جنسیتی مردانه با همین ابعاد شخصیتی نشان دادند؛ اما در زنان، نقش‌های جنسیتی مردانه همبستگی متوسط و معکوسی با بعد شخصیتی روان‌رنجورگرایی داشتند؛ اما همبستگی آن‌ها با بعد شخصیتی برون‌گرایی، مستقیم و ضعیف؛ اما معناداری بود. شیان ذکر است که در زنان، نقش‌های جنسیتی زنانه تنها با بعد روان‌رنجورگرایی همبستگی مستقیم و متوسطی داشتند.

همچنین در مردان، نقش‌های جنسیتی مردانه با شدت علائم جسمانی، اضطراب، بی‌خوابی و افسردگی، همبستگی معکوس داشت. در این گروه، نقش‌های جنسیتی زنانه همبستگی مستقیمی را با علائم جسمانی و افسردگی نشان داد. نقش‌های جنسیتی مردانه در زنان همبستگی معکوس و معناداری با هر چهار بعد سلامت عمومی داشت. نقش‌های جنسیتی زنانه نیز همبستگی مستقیمی را با اضطراب، بی‌خوابی و انزوای اجتماعی نشان داد.

جدول ۲ نشان می‌دهد که صرف نظر از نقش‌های جنسیتی مردانه و زنانه، مردان در پرسشنامه NEO-FFI نمرات بالاتری را در بعد برون‌گرایی به دست آورده‌اند و زنان نمرات بالاتری را در بعد روان‌رنجورگرایی کسب نموده‌اند. در بین ابعاد چهارگانه سلامت

جدول شماره ۱: ضرایب همبستگی Pearson بین نمرات نقش‌های جنسیتی مردانه و زنانه با ابعاد شخصیتی و سلامت عمومی

	مردان (n=۸۵)		زنان (n=۸۵)		مجموع (n=۱۷۰)	
	نقش‌های جنسیتی مردانه	نقش‌های جنسیتی زنانه	نقش‌های جنسیتی مردانه	نقش‌های جنسیتی زنانه	نقش‌های جنسیتی مردانه	نقش‌های جنسیتی زنانه
ابعاد شخصیتی	روان‌رنجورگرایی	۰/۲۲۵	۰/۲۹۵	۰/۳۳۰	۰/۲۶۹	۰/۳۵۵
	برون‌گرایی	۰/۲۲۴	۰/۲۲۳	۰/۲۰۰	۰/۲۹۴	۰/۲۶۶
	گشودگی	۰/۱۲۸	۰/۰۹۲	۰/۱۱۴	۰/۰۷۲	۰/۱۰۵
	توافق‌پذیری	۰/۰۴۳	۰/۰۹۷	۰/۰۷۰	۰/۰۰۶	۰/۰۰۱
	وجدانی بودن	۰/۲۵۲	۰/۱۲۰	۰/۱۹۳	۰/۱۴۶	۰/۱۶۶
سلامت عمومی	علائم جسمانی	۰/۲۴۳	۰/۱۹۵	۰/۲۷۴	۰/۳۹۸	۰/۳۵۵
	اضطراب و بی‌خوابی	۰/۲۴۸	۰/۲۶۳	۰/۳۸۲	۰/۴۱۱	۰/۳۸۱
	انزوای اجتماعی	۰/۱۲۳	۰/۰۱۴	۰/۲۸۰	۰/۲۰۰	۰/۲۲۴
	افسردگی	۰/۳۵۴	۰/۲۲۲	۰/۲۷۶	۰/۲۱۱	۰/۲۰۳

*P<۰/۰۵، **P<۰/۰۱، ***P<۰/۰۰۱

جدول شماره ۲: مقایسه نمرات مردان و زنان در ابعاد شخصیتی و سلامت عمومی

آزمون T	t	زنان		مردان		
		میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	
۰/۰۰۴	۲/۹۶۱	۲۱/۸ $\pm$ ۶/۲	۱۹/۲ $\pm$ ۵/۰	روان رنجورگرایی		ابعاد شخصیتی
۰/۰۲۸	۲/۲۱۵	۲۸/۶ $\pm$ ۵/۵	۳۰/۷ $\pm$ ۶/۷	برون‌گرایی		
NS	-۰/۳۶۲	۲۴/۸ $\pm$ ۴/۸	۲۴/۵ $\pm$ ۵/۱	گشودگی		
NS	۰/۲۳۴	۲۹/۷ $\pm$ ۴/۳	۲۹/۸ $\pm$ ۴/۳	توافق‌پذیری		
NS	۰/۲۱۰	۳۵/۶ $\pm$ ۶/۳	۳۵/۸ $\pm$ ۶/۰	وجدانی بودن		
<۰/۰۰۱	۴/۵۰۷	۱۲/۴ $\pm$ ۳/۱	۱۰/۴ $\pm$ ۲/۶	علائم جسمانی		سلامت عمومی
۰/۰۰۱	۳/۳۵۰	۱۱/۹ $\pm$ ۴/۲	۱۰/۱ $\pm$ ۲/۸	اضطراب و بی‌خوابی		
۰/۰۱۵	۲/۴۶۱	۱۵/۲ $\pm$ ۲/۱	۱۴/۴ $\pm$ ۲/۰	انزوای اجتماعی		
NS	۰/۹۲۳	۸/۴ $\pm$ ۲/۵	۸/۰ $\pm$ ۲/۴	افسردگی		

NS: غیر معنادار ($P > ۰/۰۵$)

معکوس و معناداری را با تمام ابعاد سلامت روان نشان داد. شایان ذکر است که بعد توافق‌پذیری با هیچ‌کدام از ابعاد سلامت روان، همبستگی معناداری نداشت. از سوی دیگر، بعد گشودگی همبستگی مستقیم و معنادار؛ اما ضعیفی با ابعاد سلامت عمومی به غیر از افسردگی داشت. بعد وجدانی بودن نیز تنها همبستگی آماری معناداری را با ابعاد انزوای اجتماعی و افسردگی نشان داد (جدول ۳).

عمومی نیز نمرات مردان و زنان تنها در بعد افسردگی اختلاف آماری معناداری نداشت و در سه بعد دیگر، زنان نمرات بالاتری را کسب نمودند. بر مبنای نتایج، نمره افراد صرف نظر از جنسیت آن‌ها در بعد روان‌رنجورگرایی شخصیت، همبستگی مستقیم و معناداری با تمام ابعاد سلامت روان داشت. نمره بعد برون‌گرایی نیز همبستگی

جدول شماره ۳: ضرایب همبستگی Pearson بین نمرات ابعاد شخصیتی و سلامت عمومی در کل افراد

افسردگی	انزوای اجتماعی	اضطراب و بی‌خوابی	علائم جسمانی	روان رنجورگرایی
***۰/۳۵۳	***۰/۲۷۲	***۰/۴۲۴	***۰/۳۲۵	روان رنجورگرایی
°-۰/۱۵۴	°-۰/۲۳۶	°-۰/۱۶۴	°-۰/۱۸۵	برون‌گرایی
۰/۱۵۰	°۰/۱۶۱	°۰/۱۷۷	°۰/۲۱۵	گشودگی
-۰/۰۴۰	-۰/۰۶۴	۰/۰۲۳	۰/۰۳۴	توافق‌پذیری
°-۰/۲۳۱	°-۰/۲۲۶	-۰/۰۶۵	-۰/۰۸۸	وجدانی بودن

P<۰/۰۰۱***, P<۰/۰۱**, P<۰/۰۵*

بحث

چندان آشکار نبود. در مطالعه حاضر زنان نمره روان‌رنجورگرایی بالاتری داشتند؛ اما بر خلاف مطالعات مذکور، نمره مردان در بعد برون‌گرایی به طور معناداری بالاتر از زنان بود. شایان ذکر است که در سه بعد دیگر، اختلاف معناداری بین مردان و زنان وجود نداشت. احتمالاً بخشی از اختلاف موجود بین یافته‌های مطالعه حاضر و دیگر مطالعات ناشی از حجم نمونه پایین در مطالعه حاضر بوده است؛ به طوری که اختلاف آماری معناداری در سه بعد از پنج بعد به دست نیامد. از سوی دیگر، تفاوت‌های فرهنگی

مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه نقش‌های جنسیتی مردانه و زنانه با ابعاد شخصیتی و سلامت روان در افراد فاقد اختلالات شخصیت انجام شد. تفاوت‌های مردان و زنان در ابعاد شخصیتی، پیش‌تر نیز مورد توجه بوده است (۷-۵). براساس نتایج این مطالعات، تقریباً همواره نمره زنان در مقیاس‌های روان‌رنجورگرایی، توافق‌پذیری و وجدانی بودن بالاتر از مردان بوده است؛ اما در بعد برون‌گرایی، تفاوت دو گروه اندک بود. این اختلاف در مورد بعد گشودگی

نیز ممکن است این اختلاف را توجیه کنند؛ به گونه‌ای که این احتمال وجود دارد که در جامعه سنی ایران، برون‌گرایی که شامل: ویژگی‌هایی نظیر اجتماع‌پذیری، قاطعیت و هیجان‌پذیری مثبت است (۳۱، ۳۲)، برای مردان پسندیده‌تر باشد و در نتیجه، مردان نمرات بالاتری را در آن کسب کنند. در مطالعه روشن‌چسلی و همکاران، زنان و مردان تنها در بعد روان‌رنجورگرایی نمرات متفاوتی را کسب نمودند. در این بعد، زنان میانگین نمره بالاتری داشتند (۳۳). تفاوت در نمرات زنان و مردان ممکن است ناشی از Slop bias باشد؛ به این معنا که زنان و مردان با نمرات یکسان، همبسته‌های بالینی متفاوتی را نشان می‌دهند (۵).

در بعد سلامت عمومی نیز زنان علائم جسمانی، اضطراب و انزوای اجتماعی بالاتری نسبت به مردان داشتند و تنها در نمره افسردگی تفاوتی بین دو گروه وجود نداشت. از آنجایی که میانگین نمره زنان در این بعد بالاتر از مردان بود، به نظر می‌رسد محدودیت تعداد نمونه باعث معنادار نشدن اختلاف دو گروه باشد. شیوع بیشتر افسردگی در زنان نسبت به مردان شناخته شده است (۳۴). مطالعات متعدد نشان داده‌اند که مردان تحت تأثیر ویژگی‌های مردانه، افسردگی را کمتر بروز می‌دهند و کمتر از زنان در صدد درمان آن برمی‌آیند (۳۵-۳۷). در مطالعه حاضر هم در مردان و هم در زنان، همبستگی منفی و معناداری بین نمرات نقش جنسیتی مردانه و افسرده مشاهده شد (در مردان $r = -0.35$ ، در زنان $r = -0.28$ در کل نمونه $r = -0.28$). به طور معکوس، همبستگی مثبت و معنادار؛ اما ضعیفی بین نمرات نقش جنسیتی زنانه در مردان (و نه در زنان) با نمره افسردگی مشاهده شد (در مردان $r = 0.22$). به این ترتیب، داشتن ویژگی‌های جنسیتی مردانه در زنان با پایین‌تر بودن نمرات افسردگی همراه بود و در مردان، داشتن ویژگی‌های جنسیتی زنانه با نمرات بالاتر افسردگی همبستگی داشت. شایان ذکر است که زنانگی در زنان، همبستگی معناداری با افسردگی نداشت.

از سوی دیگر نمرات بالاتر مردانگی در زمینه اضطراب، هم در مردان و هم در زنان با نمرات پایین‌تر اضطراب همبستگی داشت (در مردان $r = -0.25$ ، در زنان $r = -0.38$ ، در کل نمونه $r = -0.41$) و نمرات بالاتر زنانگی، همبستگی مثبت و معناداری را با نمرات

اضطراب نشان داد (در مردان $r = 0.26$ ، در زنان $r = 0.32$ در کل نمونه $r = 0.38$). همبستگی مثبت و معنادار بعد شخصیتی روان‌رنجورگرایی و اضطراب ($r = 0.42$) ممکن است دلیل این یافته باشد. روان‌رنجورگرایی، تمایل به تجربه هیجانات منفی و فرایندهای مرتبط با پاسخ به تنبیه یا تهدید ادراک شده را نشان می‌دهد و نشانه‌هایی چون اضطراب، افسردگی، خشم، ناپایداری هیجانی و خودآگاهی را شامل می‌شود (۲۷). در مطالعه حاضر ضمن بررسی همبستگی بین ابعاد شخصیتی و ابعاد سلامت عمومی، تنها در همین مورد (نشانه‌های اضطراب، افسردگی، خشم، ناپایداری هیجانی و خودآگاهی) ضریب همبستگی از 0.4 فراتر رفته بود. باید توجه کرد که مقیاس GM از MMPI-2 شامل: انکار ترس، اضطراب و نشانه‌های جسمانی است (۳۸). پیترسون و دالستروم نشان داده‌اند که نمرات بالاتر در مقیاس GM در مردان و زنان با اعتماد به نفس بالاتر و فقدان نگرانی و ترس همراه می‌باشد (۱۷) که با یافته‌های مطالعه حاضر همسو است.

بر مبنای نتایج، نمرات مقیاس GM در هر دو جنس با کمتر بودن نمرات علائم جسمانی در پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) همراه بود (در مردان $r = -0.24$ ، در زنان $r = -0.27$ در کل نمونه $r = -0.40$)؛ اما نمرات مقیاس GF در هیچ‌کدام از دو جنس، همبستگی معناداری با شدت علائم جسمانی نداشت؛ اگرچه این همبستگی در کل نمونه از نظر آماری معنادار بود ($r = 0.36$). گراهام نیز نمرات بالا در مقیاس GM را با انکار نشانه‌های جسمانی همراه دانست (۳۸). در مطالعات پیشین نیز رابطه معناداری بین مقیاس GF و علائم جسمی گزارش نشده است.

در بخش ویژگی‌های شخصیتی نشان داده شد که نمرات مقیاس GM، همبستگی مثبت و معناداری با بعد شخصیتی برون‌گرایی دارد؛ اگرچه این همبستگی کمیت بالایی نداشت (در مردان $r = 0.28$ ، در زنان $r = 0.22$ ، در کل نمونه $r = 0.36$). گذشته از آنکه وجدانی بودن تنها در مردان (و نه در زنان) همبستگی معناداری با نمره مقیاس GM داشت ($r = 0.25$)، همبستگی نقش جنسیتی مردانه با هیچ‌کدام از ویژگی‌های شخصیتی معنادار نبود. از میان ویژگی‌های شخصیتی، ویژگی‌های مردانه تنها با اعتماد به نفس بالا همبستگی مثبتی داشت (۱۷). در مقابل، روان‌رنجورگرایی همبستگی مثبتی را با نمرات مقیاس GF (در مردان $r = 0.23$ در

زنان $r=0/33$ ، در کل نمونه $r=0/36$ نشان داد؛ اما همبستگی آن با نمرات مقیاس GM (در مردان $r=0/31$ ، در زنان $r=0/30$ ، در کل نمونه $r=0/27$) منفی بود. روان‌رنجورگرایی تمایل به تجربه کردن هیجانات منفی یا ناپایداری هیجانی، اضطراب و افسردگی را نشان می‌دهد که در زنان بیشتر از مردان مشاهده می‌شود.

محدودیت‌ها

یکی از بزرگ‌ترین محدودیت‌های این مطالعه، کمبود حجم نمونه بود. علاوه بر این، اگرچه شرکت‌کنندگان در مطالعه فاقد اختلالات شخصیتی تعریف شده در پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) بودند، از نظر اختلالات روان‌پزشکی دیگر به شکل ساختاریافته بررسی نشدند. نشان داده شده است که روایی پرسشنامه NEO-FFI ممکن است در بیماران دارای اختلالات روانی چندان مورد قبول نباشد (۲۵). در پژوهش حاضر برای سنجش نقش‌های جنسیتی از مقیاس‌های GM و GF مشتق از MMPI-2 استفاده گردید که روایی و پایایی آن در جمعیت ایرانی نشان داده شده است (۲۰). جانسون و همکاران در روایی این مقیاس‌ها تردید کرده و بیان نموده‌اند که ممکن است این مقیاس‌ها به جای نقش‌ها، ویژگی‌های شخصیتی و حساسیت‌های بین فردی را اندازه‌گیری کنند (۳۸). با این وجود، در پژوهش حاضر همبستگی معناداری بین سه بعد شخصیتی (گشودگی، وجدانی بودن و توافقی‌پذیری) با هیچ‌کدام از نقش‌های جنسیتی مردانه و زنانه مشاهده نگردید. در نهایت باید خاطرنشان ساخت که نگرش نسبت به شخصیت از راه تئوری پنج عامل بزرگ، تنها یکی از دیدگاه‌های رایج در تبیین شخصیت است؛ از این رو نمی‌توان یافته‌های مطالعه حاضر را به کل ابعاد

شخصیتی تعمیم داد.

پیشنهادهات

در مطالعه حاضر به بررسی ارتباط بین نقش‌های جنسیتی و ویژگی‌های شخصیتی و سلامت عمومی در جمعیت فاقد اختلالات شخصیت پرداخته شد. اگرچه یافته‌های این مطالعه نگرش جدیدی را نسبت به اهمیت نقش‌های جنسیتی در سلامت عمومی و شخصیت به دست می‌دهند، همبسته‌های بالینی آن به ویژه در بیماران با اختلالات روانی و اهمیت احتمال آسیب‌پذیری روانی و درمان آن‌ها نیاز به بررسی بیشتری دارد.

نتیجه‌گیری

براساس نتایج مطالعه حاضر، نقش‌های جنسیتی مردانه در هر دو جنسیت با برون‌گرایی بیشتر و روان‌رنجورگرایی کمتر همراه بود؛ اما نقش‌های جنسیتی زنانه در مردان با برون‌گرایی کمتر و روان‌رنجورگرایی بیشتر و در زنان تنها با روان‌رنجورگرایی بیشتر همبسته بود. همچنین مردانگی بیشتر با بالاتر بودن تقریباً تمام ابعاد سلامت عمومی هم در مردان و هم در زنان همراهی داشت. شایان ذکر است که اهمیت نقش‌های جنسیتی زنانه در این مورد محدودتر می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه پایان‌نامه دستیاری روان‌پزشکی می‌باشد. پژوهشگران از تمامی کسانی که در اجرای مطالعه یاری‌رسان بوده‌اند، کمال تشکر را دارند.

References:

1. Bailey JM. Gender identity. In: Savin-Williams RC, Cohen KM, editors. The lives of lesbians, gays, and bisexuals: children to adults. California: Harcourt Brace College Publishers; 1996. [Link](#)
2. Bem SL. The measurement of psychological androgyny. J Consult Clin Psychol 1974;42(2):165-72. [DOI: 10.1037/h0036215](#)
3. Bem SL. On the utility of alternate procedures for assessing psychological androgyny. J Consult Clin Psychol 1977;45(2):196-205. [DOI: 10.1037//0022-006x.45.2.196](#)
4. Bem SL. Bem sex-role inventory: a professional manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1981. [Link](#)

5. Samuel DB, Widiger TA. A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: a facet level analysis. Clin Psychol Rev 2008;28(8):1326-42. [DOI: 10.1016/j.cpr.2008.07.002](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.07.002)
6. Feingold A. Gender differences in personality: a meta-analysis. Psychol Bull 1994;116(3):429-56. [DOI: 10.1037/0033-2909.116.3.429](https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.3.429)
7. Costa PT, Terracciano A, McCrae RR. Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. J Pers Soc Psychol 2001;81(2):322-31. [DOI: 10.1037/0022-3514.81.2.322](https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.2.322)
8. Schmitt DP, Realo A, Voracek M, Allik J. Why can't a man be more like a woman? Sex differences in big five personality traits across 55 cultures. J Pers Soc Psychol 2008;94(1):168-82. [DOI: 10.1037/0022-3514.94.1.168](https://doi.org/10.1037/0022-3514.94.1.168)
9. Weisberg Y, Deyoung CG, Hirsh JB. Gender differences in personality across the ten aspects of the big five. Front Psychol 2011;2:178. [DOI: 10.3389/fpsyg.2011.00178](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00178)
10. Bozkurt V, Tartanoglu S, Dawes G. Masculinity and violence: sex roles and violence endorsement among university students. Proc Soc Behav Sci 2015;205:254-60. [DOI: 10.1016/j.sbspro.2015.09.072](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.09.072)
11. Matud MR, Bethencourt JM, Ibanez I. Relevance of gender roles in life satisfaction in adult people. Pers Individ Diff 2014;70:206-11. [DOI: 10.1016/j.paid.2014.06.046](https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.06.046)
12. Aliakbari Dehkordi M, Shokrkan H. The relationship between gender role and mental health and its components in working women. Clin Psychol Person 2011;9(2):37-48. [Link](#)
13. Mondal H, Mondal S. Sample size calculation to data analysis of a correlation study in Microsoft Excel®: A hands-on guide with example. Int J Clin Exp Physiol 2016;3(4):180-9. [Link](#)
14. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders, clinician version (SCID-CV). New York: Biometrics Research; 2002. [Link](#)
15. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders, (SCID-II). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1997. [Link](#)
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV-TR. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013. [Link](#)
17. Peterson CD, Dahlstrom WG. The derivation of the gender-role scales GM and GF for MMPI-2 and their relationship to scale 5 (Mf). J Pers Assess 1992;59(3):486-99. [DOI: 10.1207/s15327752jpa5903_5](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5903_5)
18. Lawrence AA. Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. Arch Sex Behav 2003;32(4):299-315. [DOI: 10.1023/a:1024086814364](https://doi.org/10.1023/a:1024086814364)
19. Smith YLS, van Goozen SH, Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adults transsexuals. Psychol Med 2005;35(1):89-99. [DOI: 10.1080/10437797.2014.885363](https://doi.org/10.1080/10437797.2014.885363)
20. Alavi K, Jalali Nadoushan AH, Eftekhari M. Masculine and feminine gender roles in healthy Iranian population according to two different constructs: bem sex role inventory vs. GM and GF Scales of MMPI-2. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2014;20(2):121-33. [Link](#)
21. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Oxford: Oxford University Press; 1972. [Link](#)
22. Fathi Ashtiani A. Psychological tests: personality and mental health. Tehran: Besat; 2012. [Link](#)
23. Palahang H, Nasr M, Braheni MT. Epidemiological study of mental disorders in Kashan city. Andisheh Raftar J 1996;8:19-27. [Link](#)
24. Yaqubi N, Nasr M, Shah Mohammadi D. Epidemiological study of mental disorders in urban and rural areas of Gilan Monastery. Thoughts Behav 1994;1(4):55-65. [Link](#)
25. Costa PT, McCrae RR. Revised NEO Personality inventory (NEO PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI) professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1992. [Link](#)

26. Weisberg Y, DeYoung CG, Hirsh JB. Gender differences in personality across the ten aspects of the big five. *Front Psychol* 2011;2:178. [DOI: 10.3389/fpsyg.2011.00178](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00178)
27. Mooradian TA, Nezlek JB. Comparing the NEO-FFI and Saucier's mini markers as measures of the big five. *Pers Individ Diff* 1995;21(2):213-5. [DOI: 10.1016/0191-8869\(96\)00057-8](https://doi.org/10.1016/0191-8869(96)00057-8)
28. Grossi Farshi MR. Standardization of the new NEO personality test and analytical study of its characteristics and factor structure among students of Iranian universities. [PhD Thesis]. Tehran: Shahid Rajaee Teacher Training University; 1999. [Link](#)
29. Malazadeh J. Relationship between marital adjustment and personality factors and coping styles in control children. [PhD Thesis]. Tehran: Shahid Rajaee Teacher Training University; 2003.
30. Depue RA, Collins PF. Neurobiology of the structure of personality: dopamine, facilitation of incentive motivation, and extraversion. *Behav Brain Sci* 1999;22(3):491-517. [DOI: 10.1017/s0140525x99002046](https://doi.org/10.1017/s0140525x99002046)
31. DeYoung CG, Gray JR. Personality neuroscience: explaining individual differences in affect, behavior, and cognition. In: Corr PJ, Matthews G, editors. *The cambridge handbook of personality psychology*. New York: Cambridge University Press; 2009. [Link](#)
32. Roshan Chesly R, Shaeeri MR, Atrifard M, Nikkhah A, Ghaem Maghami B, Rahimierad A. Investigating psychometric properties of â NEO-five factor inventoryâ (NEO-FFI). *Clin Psychol Personal* 2006;4(1):27-36. [Link](#)
33. Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences clinical psychiatry*. Philadelphia: Williams & Wilkins Co; 2015. [Link](#)
34. Seidler ZE, Dawes AJ, Rice SM, Oliffe JL, Dhillon HM. The role of masculinity in men's help-seeking for depression: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 2016;49:106-18. [DOI: 10.1016/j.cpr.2016.09.002](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.002)
35. Sullivan L, Camic PM, Brown JS. Masculinity, alexithymia, and fear of intimacy as predictors of UK men's attitude towards seeking professional psychological help. *Br J Health Psychol* 2015;20(11):194-211. [DOI: 10.1111/bjhp.12089](https://doi.org/10.1111/bjhp.12089)
36. Levant RF, Stefanov DG, Rankin TJ, Halter MJ, Mellinger C, Williams CM. Moderated path analysis of the relationships between masculinity and men's attitudes toward seeking psychological help. *J Couns Psychol* 2013;60(3):392-406. [DOI: 10.1037/a0033014](https://doi.org/10.1037/a0033014)
37. Graham JR. *MMPI-2: assessing personality & psychopathology*. Oxford: Oxford University Press; 2011. [Link](#)
38. Johnston ME, Jones G, Brems C. Concurrent validity of the MMPI-2 female gender role (GF) and men gender role (GM) scales. *J Pers Assess* 1996;66(1):153-68. [DOI: 10.1207/s15327752jpa6601_12](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_12)