

رابطه نقش جنسیتی با سلامت روانی و مؤلفه‌های آن در زنان شاغل

نویسندگان: دکتر مهناز علی اکبری دهکردی^{۱*}، دکتر حسین شکرکن^۲
و طیبه محتشمی^۳

۱. استادیار دانشگاه پیام نور مرکز تهران

۲. استاد دانشگاه شهید چمران اهواز

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور مرکز تهران

* E-mail: aliakbaridehkordi@yahoo.com

چکیده

از آنجاکه زنان در اجتماع امروزی نقش‌هایی چندگانه و گاه متضاد دارند، بررسی سلامت روانی آنان اهمیتی ویژه دارد. یکی از عوامل مؤثر در سلامت روانی نقش جنسیتی است. در پژوهش حاضر، رابطه نقش جنسیتی مردانگی و زنانگی با یکدیگر و با سلامت روانی و مؤلفه‌های آن در زنان شاغل شهر تهران مورد بررسی قرار گرفته است؛ به این منظور، نمونه‌ای متشکل از ۵۰۰ زن شاغل در ادارات، سازمان‌ها و شرکت‌های دولتی شهر تهران با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند. همه آزمودنی‌ها به کلیه گویه‌های پرسش‌نامه سلامت روانی گلدبرگ (۱۹۷۲) و مقیاس نقش جنسی بـم فرم کوتاه (۱۹۸۱) پاسخ دادند. برای تحلیل آماری داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که زنانگی و مردانگی با یکدیگر همبستگی مثبت معنی‌دار دارند؛ همچنین، زنانگی با سلامت روانی، مؤلفه اضطراب، مؤلفه اختلال در عملکرد اجتماعی و مؤلفه افسردگی همبستگی ساده معنی‌دار دارد؛ اما با مؤلفه نشانه‌های بدنی، همبستگی معنی‌داری ندارد. مردانگی با سلامت روانی و مؤلفه اختلال در عملکرد اجتماعی همبستگی ساده معنی‌دار دارد؛ اما با مؤلفه‌های نشانه‌های بدنی، اضطراب و افسردگی، همبستگی معنی‌داری ندارد؛ علاوه بر آن، نتایج تحلیل رگرسیون نشان دادند که وقتی متغیرهای زنانگی و مردانگی با هم در تحلیل رگرسیون وارد می‌شوند، تنها متغیر زنانگی توان پیش‌بینی سلامت روانی و برخی از مؤلفه‌های آن را دارد و متغیر مردانگی در این پیش‌بینی نقش‌ی ندارد؛ در کل نتایج این پژوهش نشان داد که زنان شاغل از لحاظ سلامت روانی در وضعیتی مناسب قرار دارند، لذا، می‌توان نتیجه گرفت که اشتغال زنان در بیرون از خانه مفید است و برای آنان سلامت روانی، احساس رضایت و عزت نفس فراهم می‌کند.

کلیدواژه‌ها: زنان شاغل، سلامت روانی و نقش جنسیتی (مردانگی و زنانگی).

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
روانشناس

• دریافت مقاله: ۸۸/۷/۲۵

• پذیرش مقاله: ۸۹/۷/۲۰

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Third Year, No.5
Autumn & Winter
2011- 2012

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال سوم - شماره ۵

پاییز و زمستان ۱۳۹۰

مقدمه

درباره تعریف مفهوم سلامت روانی، هر فرهنگی براساس معیارهای خود به دنبال تعریفی از آن است؛ این تعریف نه تنها در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است بلکه در زمان‌های مختلف نیز فرق دارد (۱). امروزه سلامت روانی را جنبه‌ای از مفهوم کلی سلامت می‌دانند. حال تعریف سلامت روانی چیست؟ آیا سلامتی، فقط نبود بیماری است؟ طبق نظر جورج/ستون (۱۹۷۸) تعاریف سلامتی در دو گروه جای می‌گیرند: گروه یک، آنهایی هستند که سلامتی را نبود بیماری می‌دانند و همه تلاش می‌کنند تا به این حالت ایده‌آل برسند؛ گروه دیگر آنهایی هستند که سلامتی را تنها نبود بیماری نمی‌دانند بلکه حرکت به طرف سلامتی بیشتر را بهتر از حرکت در جهت متضاد می‌دانند. آنها معتقدند سلامتی یعنی بهزیستی، یعنی استفاده خوب از توانمندی‌ها؛ این گروه، سلامتی را در همه جنبه‌های زندگی زیستی، روانی و اجتماعی جستجو می‌کنند (۱)؛ برای نمونه تعریف سازمان بهداشت جهانی از مقوله سلامت روانی (۱۹۷۴) چنین است: سلامت روانی در مفهوم کلی بهداشت جای می‌گیرد و بهداشت یعنی داشتن توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی و درواقع، بهداشت تنها نداشتن بیماری یا عقب‌ماندگی نیست (۱). یکی از عوامل مؤثر در سلامت روانی نقش جنسیتی است. از نظر لغت‌شناسی و دیدگاه حرفه‌ای «جنس» به جنبه‌های زیستی زن یا مرد بودن و «جنسیت» به خصوصیات رفتاری، اجتماعی و روانی مردان و زنان با عنوان زنانه‌بودن یا مردانه‌بودن اشاره می‌کند (۲)؛ همچنین اصطلاح تفاوت‌های جنسیتی برای تفاوت‌های ناشی از یادگیری و نقش‌های اجتماعی زنان و مردان استفاده می‌شود و اصطلاح تفاوت‌های جنسی برای اشاره کردن به تفاوت‌های فطری یا زیست‌شناختی ایجاد شده میان زنان و مردان کاربرد دارد. درحالی‌که بیشتر صاحب‌نظران نظریه‌های جنسیت اصطلاح نقش جنسی را معادل همان اصطلاح نقش جنسیتی

استفاده می‌کنند (۳و۲). به زعم رویکرد اجتماعی، اساس ویژگی‌ها و رفتارهای افراد در اجتماع، بر مبنای جنسیت (یعنی خصوصیات روانی و اجتماعی) آنان، نه جنس زیستی تعیین می‌شود و هیچ‌یک از صفات رفتاری به‌طور ذاتی، مردانه یا زنانه نیستند، بلکه این جامعه و فرهنگ حاکم بر آن است که صفات مربوط به یک جنس را مشخص می‌کند (۴).

برای تبیین نقش جنسی یا همان زنانگی و مردانگی، الگوهای بسیاری وجود دارد که مطابق نظر کرابیک و مک کریری (۵) می‌توان آنها را به سه گروه عمده تقسیم کرد:

۱- مدل‌های پیوستاری و تک‌بعدی: گروهی از روان‌شناسان به‌طور سنتی، زنانگی و مردانگی را در دو نقش متضاد جنسیتی در دو کرانه یک بُعد منفرد می‌دانند به‌طوری‌که مردانگی بالا موجب فقدان زنانگی است و برعکس آن، مانند نظریه یونگ.

۲- مدل‌های دوبعدی: پژوهشگرانی مانند بـم، این مدل‌ها را از سال ۱۹۷۰ (۶) پیشنهاد دادند؛ براساس این نظریه‌ها، مردانگی و زنانگی دو بعد جداگانه هستند به‌طوری‌که فرد می‌تواند در هر دوی این ابعاد بالا باشد.

۳- مدل‌های چندبعدی: پژوهشگرانی نظیر کرابیک و مک کریری (۵) و وودهیل و ساموئلز (۴)، این مدل‌ها را پیشنهاد کرده‌اند و براساس نظریات این گروه، ابعاد هویت و نقش‌های جنسی بیشتر از دو بعد هستند؛ برای نمونه، وودهیل و ساموئلز چهار نقش جنسیتی زنانگی مثبت، زنانگی منفی، مردانگی مثبت و مردانگی منفی را به‌عنوان چهار بُعد و عامل جداگانه پیشنهاد کردند (۴). مرور عناوین پژوهش‌ها در کشورها و فرهنگ‌های مختلف نشان می‌دهد که مدل دوبعدی یا نظریه‌هایی که زنانگی و مردانگی را دو بُعد جداگانه می‌دانند، بیشتر مورد توجه و تأیید قرار گرفته‌اند (۳، ۷، ۸، ۹ و ۱۰)؛ طبق این مدل و با توجه به تعریف سلامت روانی، افرادی که در رویارویی با وقایع زندگی دارای توانمندی‌های رفتاری هر دو سنخ جنسیتی زنانه و مردانه (آندروژنی) هستند، از سلامت

روانی بهتری بهره‌مندند (۱۱). بدین ترتیب براساس نظریه بهم، وجود سطوح بالایی از صفات هر دو جنس در یک فرد، انطباقی‌ترین و سازگارانه‌ترین ویژگی جنسیتی را به وجود می‌آورد. اشخاصی که به موقع می‌توانند مهربانی زیادی داشته باشند و در وقت مناسب دیگر افرادی هستند که به راحتی و بدون تردید و دودلی تصمیم‌گیری می‌کنند، از بهزیستی روانی بهتری بهره‌مندند و به نحوی شایسته‌تر می‌توانند با فشارهای روانی زندگی مقابله کنند (۱۲).

بهم (۱۹۷۸) معتقد است که سلامت روانی و مؤلفه‌های مربوط به آن از جمله موضوع‌های مهمی است که باید در سنخ‌های جنسیتی مورد بررسی قرار بگیرند (۴). به دنبال نظریه پردازی بهم، تحقیق‌هایی در این زمینه انجام گرفت که نشان‌داد، افراد دارای ویژگی دو جنسیتی در روابط زناشویی و روابط بین فردی خشنودترند و سلامت روانی بالاتری دارند (۱۳). شیموناکا و همکاران (۱۰) در ژاپن پژوهشی انجام دادند که نتایج این پژوهش نشان‌داد، سنخ دو جنسیتی در زن و مرد از لحاظ سلامت روانی در بهترین وضعیت هستند و سنخ تک‌بعدی در پایین‌ترین یا بدترین سطح سلامت روانی قرار دارند. سیاستین و والسه (۱۴) در اسپانیا رابطه سنخ‌های دو جنسیتی، زنانه و مردانه را با فشار روانی، اضطراب، افسردگی و روش‌های مقابله با فشارها بررسی کردند؛ نتایج این پژوهش، بیانگر موفقیت و سلامتی روانی بیشتری در افراد سنخ دو جنسیتی بود. طی پژوهشی که عسگری (۱۵) انجام داد و به بررسی رابطه شادکامی، خودشکوفایی و سلامت روانی و عملکرد تحصیلی با سنخ دو جنسیتی پرداخت، به این نتیجه رسید که بین سنخ دو جنسیتی و سلامت روانی دانشجویان رابطه‌ای مثبت و معنی‌دار وجود دارد؛ ابولقاسمی و کیامرثی (۱۶) نیز پژوهشی انجام دادند که یافته‌های این پژوهش نشان‌داد، زنان دارای سنخ دو جنسیتی افسردگی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و دردهای بدنی کمتری دارند و سازگاری زناشویی در آنان بیشتر است. به‌طور کلی، پیشینه تحقیقاتی نشان می‌دهد که میان میزان زنانگی و مردانگی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد و یافته‌های پژوهشی از

آن حاکی است که سطوح بالای مردانگی و زنانگی با سطوح سلامت روانی مطلوب، همبستگی مثبت دارند (۳). ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۷، ۱۸ و ۱۹). از آنجاکه زنان علاوه بر ایفای نقش‌های شغلی به ایفای سایر نقش‌ها مانند حفظ شبکه خانواده، دوستان و فرزندان نیز مجبورند؛ بنابراین تلاش بیشتر برای ایجاد هماهنگی میان نقش‌های حرفه‌ای و خانوادگی می‌تواند رضایت شغلی سلامت روانی آنان را تحت تأثیر قرار دهد؛ از طرفی، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که زنان استرس بیشتری در تعارض نقش‌های خانوادگی و شغلی به سبب مسئولیت بیشترشان نسبت به مردان دارند، چراکه زنان شاغل سعی دارند، سبک زندگی خود را با نقش مادری و همسری سازگار کنند (۲۰)؛ لذا، با توجه به اینکه زنان به‌ویژه، زنان شاغل متأهل و سلامت روانی آنان از جمله مسائل مهم و اساسی در خانواده و اجتماع به‌شمار می‌روند، باید به‌طور علمی به آن توجه ویژه کرد؛ لذا موضوع این پژوهش بررسی رابطه نقش جنسیتی و سلامت روانی در زنان شاغل بوده است.

با توجه به مطالب عنوان شده در بالا، به‌طور کلی پژوهش حاضر علاوه بر اینکه درصدد پاسخگویی به این پرسش بود که «آیا میان دو نقش جنسیتی زنانگی و مردانگی در زنان شاغل رابطه وجود دارد یا نه؟»، به دنبال بررسی چگونگی رابطه میان نقش جنسیتی با سلامت روانی و مؤلفه‌های آن در زنان شاغل نیز بود (۴).

که در پاسخگویی به این پرسش سه فرضیه اصلی مطرح شود.

۱. میان زنانگی و سلامت روانی در زنان شاغل رابطه وجود دارد.

۲. میان مردانگی و سلامت روانی در زنان شاغل رابطه وجود دارد.

۳. میان زنانگی و مردانگی با سلامت روانی در زنان شاغل رابطه چندگانه وجود دارد.

لازم به ذکر است که هریک از این فرضیه‌های اصلی، خود دارای یکسری فرضیه‌های فرعی بودند.

روش پژوهش

طرح پژوهش، نمونه، روش نمونه‌گیری و ویژگی‌های نمونه

پژوهش حاضر از نوع همبستگی است که در آن تعداد ۵۰۰ زن شاغل متأهل در ادارات، سازمان‌ها و شرکت‌های دولتی شهر تهران با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند. میانگین سنی آنان ۳۴/۳۱ سال با انحراف استاندارد ۷/۷۸ و دامنه سنی آنان ۲۰ تا ۶۴ سال بود؛ همچنین، میانگین و انحراف استاندارد طول مدت ازدواج آنها برابر با ۱۲ و ۶ و کمترین و بیشترین طول مدت ازدواج آنان برابر با ۱ و ۴۴ سال بود. بیشتر زنان مورد بررسی در این مرحله دارای یک یا دو فرزند بوده‌اند. زنان یادشده، دیپلم و لیسانس (به ترتیب ۳۵/۷ درصد و ۴۵/۵ درصد) بیشتر نمونه مورد بررسی را تشکیل دادند.

ابزار پژوهش

در این پژوهش از دو پرسش‌نامه به شرح زیر استفاده شد.

• پرسش‌نامه سلامت روانی GHQ گلدبرگ (۱۹۷۲)

گلدبرگ (۱۹۷۲) آزمون GHQ را برای سرنند بیماران روانی در مراکز درمانی طراحی کرد. در این پژوهش از برگه ۲۸ ماده‌ای استفاده شده است. گلدبرگ و همکاران (۱۹۷۲) برای محاسبه اعتبار این پرسش‌نامه همبستگی آن را با SCL-90-R بررسی کردند که ضریب همبستگی میان داده‌های حاصل از اجرای این دو پرسش‌نامه GHQ-28 و SCL-90-R روی ۲۴۴ آزمودنی به میزان ۰/۷۸ گزارش شده است (۲۱). چان و چان (۲۲) به منظور محاسبه پایایی این پرسش‌نامه ضرایب آلفای کرونباخ آن را با استفاده از یک نمونه ۲۲۴ نفری در کشور چین ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. در ایران علی/کبری دهکردی (۱۹) برای برآورد اعتبار پرسش‌نامه GHQ از پرسش‌نامه SCL-25 (تجاریان و دودی، ۱۳۷۵) استفاده کرد و ضرایب همبستگی GHQ و مؤلفه‌های آن را با آزمون SCL-25، به تفکیک جنس محاسبه کرد (۲۳)؛ تمامی ضرایب در سطح $p < 0/001$ معنی‌دار

بودند. همچنین وی به منظور بررسی پایایی GHQ، ضرایب آلفای کرونباخ GHQ و هریک از مؤلفه‌های آن را محاسبه کرد ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۲ بود و ضرایب مؤلفه‌های GHQ، ۰/۸۰، ۰/۹۰، ۰/۷۵ و ۰/۸۹ در کل آزمودنی‌ها گزارش شدند.

• مقیاس نقش جنسی بـم فرم کوتاه

فرم کوتاه مقیاس نقش جنسی بـم براساس فرم بلند آن ساخته شده است. بـم (۲۴) به منظور برآورد پایایی فرم کوتاه مقیاس نقش جنسی، همسانی درونی این پرسش‌نامه را بررسی کرد. همسانی درونی به دست آمده ۰/۹۰ بود که بیان می‌کنند که این مقیاس از لحاظ خصوصیات روان‌سنجی از فرم بلند، پایاتر است. بـم (۲۴) برای محاسبه اعتبار فرم کوتاه پرسش‌نامه نقش جنسی، همبستگی آن را با فرم بلند بررسی کرد و ضریب همبستگی میان این دو را ۰/۹۹ محاسبه کرده است. در ایران برای اولین بار علی/کبری دهکردی (۱۹)، مقیاس فرم کوتاه نقش جنسی بـم را به طور گسترده مورد استفاده قرار داد؛ وی به منظور برآورد پایایی مقیاس فرم کوتاه نقش جنسی بـم و مؤلفه‌های آن، ضرایب آلفای کرونباخ آنها را برای زنان شاغل و مردان، به تفکیک، محاسبه کرد. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۸۰ بوده است و ضرایب مؤلفه‌های آن برابر با ۰/۸۲ (زنانگی) و ۰/۷۸ (مردانگی) گزارش شده‌اند؛ همه این ضرایب نشان‌دهنده پایایی رضایت‌بخش این مقیاس هستند.

نتایج

الف- یافته‌های توصیفی

در این قسمت، ویژگی‌های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و حداقل و حداکثر نمره) متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۱ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف استاندارد زنانگی به ترتیب برابر با ۵/۷۹ و ۰/۶۸ و میانگین و انحراف استاندارد مردانگی به ترتیب برابر با ۴/۵۵ و ۰/۷۵ هستند.

جدول ۱. ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در آزمودنی‌های پژوهش (N=۴۴۶)

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمره	حداکثر نمره
زنانگی	۵/۷۹	۰/۶۸	۲/۴۲	۷
مردانگی	۴/۵۵	۰/۷۵	۲	۶/۷
نشانه‌های بدنی	۶/۲۳	۳/۶۷	۰	۲۱
اضطراب	۶/۱۲	۳/۷۵	۰	۱۹
اختلال در عملکرد	۷/۱۳	۲/۶۹	۰	۱۹
افسردگی	۷/۲۱	۳/۱۹	۰	۲۱
سلامت روانی	۲۱/۶۹	۱۰/۹۶	۰	۷۶

ب- یافته‌های مربوط به فرضیه‌ها

و مؤلفه افسردگی ($p < ۰/۰۱$ و $r = -۰/۱۸$)

همبستگی معنی‌دار منفی دارد؛ اما با مؤلفه نشانه‌های بدنی همبستگی معنی‌دار ندارد.

ازطرف دیگر، مردانگی با سلامت روانی ($r = ۰/۰۹۸$)

و مؤلفه اختلال در عملکرد اجتماعی ($p < ۰/۰۱$ و $r = -۰/۱۱۲$) همبستگی معنی‌دار منفی دارد؛

اما با مؤلفه نشانه‌های بدنی، مؤلفه اضطراب و مؤلفه افسردگی همبستگی معنی‌دار ندارد.

به‌منظور بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی ترکیب خطی

متغیرهای زنانگی و مردانگی در تبیین متغیر سلامت

روانی از رگرسیون چندگانه استفاده شد که خلاصه نتایج

آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

به‌منظور بررسی رابطه میان میزان زنانگی و مردانگی در زنان شاغل و همچنین رابطه میان این دو میزان نقش جنسیتی با سلامت روانی و مؤلفه‌های آن از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است که خلاصه نتایج آن در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

براساس نتایج جدول شماره ۲، زنانگی و مردانگی با یکدیگر همبستگی معنی‌دار مثبت ($r = ۰/۱۷$ و $p < ۰/۰۱$) دارند.

همچنین، زنانگی با سلامت روانی ($r = -۰/۱۸۶$ و $p < ۰/۰۱$)، مؤلفه اضطراب ($r = -۰/۱۵۹$ و $p < ۰/۰۱$)، مؤلفه اختلال در عملکرد اجتماعی ($r = -۰/۱۹۷$ و

جدول ۲. ضرایب همبستگی زنانگی و مردانگی با یکدیگر و با سلامت روانی و مؤلفه‌های آن در آزمودنی‌های پژوهش (N=۴۴۶)

متغیر	زنانگی	مردانگی	سلامت روان	نشانه‌های بدنی	اضطراب	اختلال در عملکرد اجتماعی	افسردگی
زنانگی	همبستگی پیرسون	۱	۰/۱۷**	-۰/۱۸۶**	-۰/۰۹۱	-۰/۱۵۹**	-۰/۱۸**
	سطح معنی‌داری	-	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
مردانگی	همبستگی پیرسون	۰/۱۷**	۱	-۰/۰۹۸*	-۰/۰۴۷	-۰/۰۸۵	-۰/۰۸۶
	سطح معنی‌داری	۰/۰۰۰۱	-	۰/۰۳۹	۰/۳۱۹	۰/۰۷۲	۰/۰۷

** همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است؛ * همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است

جدول ۳. خلاصه نتایج رگرسیون چندگانه زنانگی و مردانگی در سلامت روانی

سطح معنی‌داری	t	بتا	B	سطح معنی‌داری	F	R (مربع R)	
۰/۰۰۰۱	-۳/۶۸۸	-۰/۱۷۴	-۲/۸۰۵	۰/۰۰۰۱	۸/۹۹	۰/۱۹۸ (۰/۰۳۹)	زنانگی
۰/۱۴۹	-۱/۴۴۷	-۰/۰۶۸	-۰/۹۹۳				مردانگی

جدول ۴. خلاصه نتایج رگرسیون چندگانه زنانگی و مردانگی در نشانه‌های بدنی

سطح معنی‌داری	t	بتا	B	سطح معنی‌داری	F	R (مربع R)	
۰/۰۷۵	-۱/۷۸۲	-۰/۰۸۵	-۰/۴۶۱	۰/۱۲۵	۲/۰۸	۰/۰۹۷ (۰/۰۰۹)	زنانگی
۰/۴۹۲	-۰/۶۸۸	-۰/۰۳۳	-۰/۱۶				مردانگی

می‌شود که تنها حدود ۱ درصد از واریانس نشانه‌های بدنی را تبیین می‌کند و F مربوط به نقش این متغیرها نیز معنی‌دار نیست.

همچنین برای بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی متغیرهای زنانگی و مردانگی در تبیین متغیر اضطراب از رگرسیون چندگانه استفاده شد که خلاصه نتایج آن در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود، متغیر نقش جنسیتی (زنانگی و مردانگی) به تحلیل وارد می‌شود که ۳ درصد از واریانس اضطراب را تبیین می‌کند. علاوه بر آن، ستون ضریب استاندارد بتا نشان می‌دهد که از میان متغیرهای زنانگی و مردانگی، زنانگی به‌طور معنی‌داری قادر به پیش‌بینی اضطراب است.

همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، متغیر نقش جنسیتی (زنانگی و مردانگی) به تحلیل وارد می‌شود که حدود ۴ درصد از واریانس سلامت روانی را پیش‌بینی می‌کند؛ علاوه بر آن، ستون ضریب استاندارد بتا نشان می‌دهد که از میان متغیرهای زنانگی و مردانگی، زنانگی به‌طور معنی‌داری قادر به پیش‌بینی سلامت روانی است.

همچنین به منظور بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی متغیرهای زنانگی و مردانگی در تبیین متغیر نشانه‌های بدنی از رگرسیون چندگانه استفاده شد که خلاصه نتایج آن در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود، متغیر نقش جنسیتی (زنانگی و مردانگی) به تحلیل وارد

جدول ۵. خلاصه نتایج رگرسیون چندگانه زنانگی و مردانگی در اضطراب

سطح معنی‌داری	t	بتا	B	سطح معنی‌داری	F	R (مربع R)	
۰/۰۰۲	-۳/۱۳۴	-۰/۱۴۹	-۰/۸۲	۰/۰۰۲	۶/۵۶	۰/۱۷ (۰/۰۲۹)	زنانگی
۰/۲۰۵	-۱/۲۷	-۰/۰۶	-۰/۳				مردانگی

جدول ۶. خلاصه نتایج رگرسیون چندگانه زنانگی و مردانگی در اختلال در عملکرد اجتماعی

سطح معنی‌داری	t	بتا	B	سطح معنی‌داری	F	R (مربع R)	
۰/۰۰۰۱	-۳/۹۰۲	-۰/۱۸۴	-۰/۷۲۶	۰/۰۰۰۱	۱۰/۵۲	۰/۲۱۳	زنانگی
۰/۰۸۵	-۱/۷۲۴	-۰/۰۸۱	-۰/۲۸۹			(۰/۰۴۵)	مردانگی

جدول ۷. خلاصه نتایج رگرسیون چندگانه زنانگی و مردانگی در افسردگی

سطح معنی‌داری	t	بتا	B	سطح معنی‌داری	F	R (مربع R)	
۰/۰۰۰۱	-۳/۵۹۳	-۰/۱۷	-۰/۷۹۸	۰/۰۰۰۱	۸/۱۵	۰/۱۸۸	زنانگی
۰/۲۲۵	-۱/۲۱۴	-۰/۰۵۷	-۰/۲۴۳			(۰/۰۳۵)	مردانگی

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که بیان شد، این پژوهش با هدف بررسی رابطه میان نقش جنسیتی زنانگی و مردانگی با یکدیگر و با سلامت روانی و مؤلفه‌های آن در زنان شاغل صورت گرفت. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که زنانگی و مردانگی با یکدیگر همبستگی معنی‌دار مثبت ($r = ۰/۱۶۷$ و $p < ۰/۰۵$) دارند. درباره وجود همبستگی مثبت و معنی‌دار میان میزان زنانگی و مردانگی در زنان شاغل در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۱ می‌توان گفت که نتیجه این پژوهش توسط یافته‌های برخی از پژوهش‌های خارج از کشور (۳، ۷، ۸، ۹ و ۱۰) و داخل کشور (۱۹) و نظریه‌های جدید درباره جنسیت (۶ و ۱۲) درخصوص زنانگی و مردانگی حمایت می‌شود.

با پیشرفت جوامع و گسترش نقش زنان در امور اقتصادی، فرهنگی و سیاسی جامعه و انجام برخی از وظایف خانه‌داری و بچه‌داری توسط مردها، تغییرهایی در نقش‌های جنسیتی و به دنبال آن، سنخ‌های جنسیتی که زن‌ها و مردها دارند، به وجود آمده‌است. به‌طوری‌که وجود زنانگی و مردانگی به‌طور هم‌زمان که مطابق مدل دو بعدی بم (۶ و ۲۴) همان سنخ جنسیتی آندروژنی است، در زن‌ها و مردها زیاده‌تر از پیش وجود دارد و

همچنین به‌منظور بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی متغیرهای زنانگی و مردانگی در تبیین متغیر اختلال در عملکرد اجتماعی از رگرسیون چندگانه استفاده شد که خلاصه نتایج آن در جدول شماره ۶ ارائه شده‌است. همان‌طور که در جدول شماره ۶ مشاهده می‌شود، متغیر نقش جنسیتی (زنانگی و مردانگی) به تحلیل وارد می‌شود که حدود ۵ درصد از واریانس اختلال در عملکرد اجتماعی را تبیین می‌کند؛ علاوه بر آن، ستون ضریب استاندارد بتا نشان می‌دهد که از میان متغیرهای زنانگی و مردانگی، زنانگی به‌طور معنی‌داری قادر به پیش‌بینی اختلال در عملکرد اجتماعی است.

همچنین به‌منظور بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی متغیرهای زنانگی و مردانگی در تبیین متغیر افسردگی از رگرسیون چندگانه استفاده شد که خلاصه نتایج آن در جدول شماره ۷ ارائه شده‌است.

همان‌طور که در جدول شماره ۷ مشاهده می‌شود، متغیر نقش جنسیتی (زنانگی و مردانگی) به تحلیل وارد می‌شود که ۳ درصد از واریانس افسردگی را تبیین می‌کند؛ علاوه بر آن، ستون ضریب استاندارد بتا نشان می‌دهد که از میان متغیرهای زنانگی و مردانگی، زنانگی به‌طور معنی‌داری قادر به پیش‌بینی افسردگی است.

از آنجا که جامعه مورد بررسی این پژوهش نیز زنان شاغل هستند که در بسیاری از اوقات مجبورند، نقش‌های مربوط به سنخ جنسیتی ناهماهنگ با جنس خود را اجرا کنند (۲۵) میزان زنانگی و مردانگی در آنها در یک جهت است و نمایانگر رابطه مثبت میان این دو سنخ جنسیتی است. دامجی و لی (۲۶) معتقدند در دهه‌های اخیر حضور زنان به‌ویژه زنان متأهل و حتی زنان متأهل با بچه در محیط کار بیشتر شده است؛ برای نمونه، در سال ۱۹۷۰ ۴۰ درصد زنان بیرون از خانه کار می‌کردند در حالی که در سال ۱۹۹۰ بیشتر از ۷۰ درصد آنان بیرون از خانه کار می‌کنند (۹). هم‌زمان با سایر کشورها در نقش‌هایی که زنان ایرانی به‌عهده دارند، نیز تغییر و تحول بسیاری رخ داده است؛ برای نمونه، براساس آمارهای سرشماری در سال ۱۳۶۵، مشارکت زنان در جامعه ۸/۲ درصد بوده است در حالی که این آمار در سال ۱۳۸۳ به ۱۴/۲ رسیده است (۲۷)؛ با وجود این، بم (۲۴) و دامجی و لی (۲۶) معتقدند که زنان درخصوص نقش‌های جنسیتی لیبرال هستند و به همین دلیل آنان نمره‌های بالاتری روی زنانگی نسبت به مردانگی به‌دست می‌آورند، همان‌طوری که نتایج این پژوهش نشان داده است در زنان شاغل میانگین زنانگی ۵/۷۹ و میانگین مردانگی ۴/۵۵ است.

براساس بسیاری از نظریه‌های ارائه‌شده (نظریه یادگیری اجتماعی، نظریه شناختی- اجتماعی و نظریه طرح‌واره جنسیتی) درخصوص جنس و جنسیت، با اینکه جنس یعنی مرد بودن و زن بودن تحت تأثیر عوامل زیستی است ولی روی شکل‌گیری جنسیت، یعنی زنانگی و مردانگی عوامل دیگری نیز مؤثرند؛ از جمله این عوامل که در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است، تغییر در باورها و کلیشه‌های جنسیتی است (۲۴، ۲۸، ۲۹ و ۳۰). ساندرا بم (۲۴) معتقد است که والدین می‌توانند نقش اساسی در تغییر باورهای کلیشه‌ای جنسیتی داشته باشند؛ بر همین اساس، پژوهش گواستلو و گواستلو (۳) نشان داد که فراوانی سنخ جنسیتی آندروژنی یعنی بالا بودن میزان زنانگی و میزان

مردانگی در نسل جدید پسران به‌طور معنی‌دار بیشتر از نسل پدران است. ریس (۴) معتقد است علاوه بر تأثیر خانواده و والدین، رسانه‌های گروهی از جمله عواملی هستند که به شکل‌گیری کلیشه‌های جنسی اشخاص کمک می‌کنند؛ از جمله این رسانه‌ها، کتاب‌های داستان، بازی‌های ویدیویی و برنامه‌های تلویزیونی هستند؛ همچنین، باسی و بندورا (۳۱) معتقدند واکنش‌های مدرسه به‌عنوان یکی دیگر از عوامل جهت‌یابی رشد جنسیتی شناخته شده است و گروه همسالان، برنامه درسی، برنامه‌های تفریحی و ورزشی نگرش‌ها و کنش‌های معلمان در انتظاراتی که از کودکان و خودشان به‌عنوان یک مرد یا زن دارند، تأثیری گذارند.

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که نقش جنسیتی با سلامت روانی همبستگی معنی‌دار دارد. بدین ترتیب که زنانگی با سلامت روانی، مؤلفه اضطراب، مؤلفه اختلال در عملکرد اجتماعی و مؤلفه افسردگی همبستگی معنی‌دار منفی دارد؛ اما با مؤلفه نشانه‌های بدنی همبستگی معنی‌دار ندارد؛ از طرف دیگر، مردانگی با سلامت روان و مؤلفه اختلال در عملکرد اجتماعی همبستگی معنی‌دار منفی دارد؛ اما با مؤلفه نشانه‌های بدنی، مؤلفه اضطراب و مؤلفه افسردگی همبستگی معنی‌دار ندارد؛ این یافته با پژوهش‌های پیشین همسو و هماهنگ است (۳، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۸ و ۱۹). درخصوص نقش مردانگی و زنانگی در سلامت روانی علاوه بر نظریه‌ها و پژوهش‌های انجام‌شده قدیمی که می‌توان به جدیدترین آنها که در سال‌های ۲۰۰۶ و ۲۰۰۷ انجام شده است، اشاره کرد. یافته‌های پژوهش ماهالیک و همکاران در سال ۲۰۰۷ درخصوص مردانگی همچنین در پژوهش دیگری لفسکوویتز و زلندو (۱۷) درباره مردانگی و زنانگی (هر دو) نشان دادند که سطوح بالای آنها با سطوح بالاتر سلامت روانی مطلوب همبستگی مثبت دارند.

برای تبیین نقش جنسیتی یا همان زنانگی و مردانگی همان‌طوری که در مقدمه گفته شد الگوهای بسیاری وجود دارند که مطابق نظر کرابیک و مک کریری (۵)

آنها به سه گروه عمده تقسیم می‌شوند که این پژوهش مطابق مدل دو بعدی انجام شده است.

با توجه به مدل جدید سلامت روانی، افرادی که در رویارویی با وقایع زندگی دارای توانمندی‌های رفتاری هر دو سنخ جنسیتی زنانه و مردانه هستند از سلامت روانی بهتری بهره‌مندند (۱۱). اشخاصی که به موقع می‌توانند مهربانی زیادی داشته باشند و در وقت مناسب، دیگر افرادی هستند که به راحتی و بدون تردید و دودلی تصمیم‌گیری می‌کنند، بهزیستی بهتری دارند و به نحوی شایسته‌تر می‌توانند با فشارهای روانی زندگی مقابله کنند (۱۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهند، افرادی که دارای هر دو سنخ جنسیتی هستند، دارای حرمت خود بیشتر و منبع مهار درونی هستند؛ از طرفی، این افراد خشنودترند و انگیزه پیشرفت بالایی داشته، دارای استقلال و انعطاف‌پذیری بالایی هستند و در نتیجه از سلامت روانی بالایی بهره‌مندند (۱۵). سلامت روانی و مؤلفه‌های مربوط به آن، مانند افسردگی، اضطراب، نروتسم، اختلال‌های روان تنی، فشار روانی و روش‌های مقابله با فشار روانی از جمله موضوع‌های مهم بوده‌اند که بسم (۴ و ۶) و سایر پژوهشگران در سنخ‌های جنسیتی مورد بررسی قرار داده‌اند و فرض اساسی آنها حمایت از این اصل بوده است که افرادی که هم از لحاظ زنانگی و هم از لحاظ مردانگی بالا هستند (دو جنسیتی) نسبت به جنسیت‌های دیگر از سلامت روانی بیشتری بهره‌مندند.

امروزه به جامعه‌پذیری دو جنسیتی توجه می‌شود؛ یعنی تفکیک سنخ‌های جنسیتی وجود نداشته، هر فردی چه زن و چه مرد می‌توانند دارای نقش‌های مردانه یا زنانه باشد و هر دو جنس اجازه دارند که بدون توجه به سنخ‌های جنسیتی و براساس شخصیت ویژه خود و نه براساس جنس خود، هر نوع رفتاری را انتخاب کنند و رفتار مناسب را پیدا کنند (۱۵). از نظر بسم (۶) نقش دو جنسیتی، یک سنخ جنسیتی است که در آن فرد، صفات زیادی از هر اسنادهای زنانه و مردانه را در شخصیت خویش یکپارچه می‌سازد. تحقیق‌های انجام شده نشان می‌دهند، افرادی که هر دو سنخ جنسیتی را دارند،

نسبت به افرادی که دارای سنخ جنسیتی سنتی هستند (۱۵) دوست‌داشتنی‌ترند و سازگاری بیشتری دارند.

نتایج این پژوهش درباره نقش متغیر مردانگی در کنار متغیر زنانگی در تبیین سلامت روانی و مؤلفه‌های آن (نشانه‌های بدنی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی) در زنان با برخی یافته‌های پژوهشی ناهماهنگ بوده است (۴، ۶، ۱۴، ۳۲، ۳۳، ۳۴ و ۳۵).

برای تبیین تفاوت میان نتایج این پژوهش با برخی یافته‌های پیشین می‌توان به بالا بودن میزان سلامت روانی در نمونه مورد پژوهش اشاره کرد؛ همچنین در تبیین این ناهماهنگی می‌توان به نظریه وودهیل و ساموئلز (۴) اشاره کرد. وودهیل و ساموئلز (۴) با بیان نظریه‌ای جدید درباره نقش جنسیتی بر این عقیده‌اند که به رغم وجود بسیاری از پژوهش‌ها که بیانگر ویژگی‌های مثبت در افرادی است که در هر دو میزان مردانگی و زنانگی بالا هستند، پژوهش‌هایی دیگر نیز وجود دارند که نتایج نامتناقضی ارائه داده‌اند (۴ و ۳۶)؛ بر همین اساس، این نظریه پردازان، نظریه دو جنسیتی مطرح شده بسم (۶) را «نظریه سنتی» نامیده‌اند و در مقابل آن نظریه‌ای جدید درباره دو جنسیتی بودن، با عنوان دو جنسیتی مثبت و منفی بیان می‌کنند که این نظریه متناسب با مدل چند بعدی از مدل‌های سه گانه کرایبیک و مک کریری (۵) در خصوص ابعاد جنسیت است؛ براساس این مدل، ابعاد هویت و نقش‌های جنسیتی، بیش از دو بعد مطرح شده توسط بسم (۶) هستند. وودهیل و ساموئلز (۴) چهار بعد یا چهار سنخ جنسیتی زنانگی مثبت، زنانگی منفی، مردانگی مثبت و مردانگی منفی را به عنوان چهار بعد و عامل جداگانه جنسیتی پیشنهاد می‌کنند. به نظر این پژوهشگران همان گونه که برخی از صفات مردانگی و زنانگی مثبت هستند مانند مهربان بودن یا قاطع بودن، برخی از آنها مانند حساس بودن بیش از حد یا پرخاشگری می‌توانند صفات منفی محسوب شوند؛ لذا شاید بتوان یکی از دلایل عدم هماهنگی نتیجه مربوط به عدم نقش تعیین کننده میزان مردانگی در سلامت روانی و مؤلفه‌های آن را با استفاده

- intelligence among college students and their parents. *Sex Roles*, VOL 49, No(11/12)pp: 663-673.
4. Woodhill, B. M., & Samuels, C. A. (2003). Positive and negative androgyny and their relationship with psychological health and well- being. *Sex Roles*, VOL48, No(11/12), pp: 555-565.
 5. Korabik, K., & McCreary, D. (2000). Testing a model of socially desirable and undesirable gender-role attributes. *Sex Roles*, VOL 43, No(9/10), pp: 665-685.
 6. Bem, Sandra Lipsitz. (1974). The Measurement of Psychological Androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, VOL 42, No2, pp:155-162.
 7. Ward, C. (2000). Models and measurements of psychological androgyny: A cross-cultural extension of theory and research. *Sex Roles*, VOL 43, No(7/8), pp: 529-552.
 8. Zhang, J., Norvilitis, J., & Jin, S. (2001). Measuring gender orientation with the Bem Sex Role Inventory in Chinese culture. *Sex Roles*, VOL 44, No(3/4), pp: 237-251.
 9. Auster, C., & Ohm, S. (2000). Masculinity and femininity in contemporary American society: A reevaluation using the Bem Sex- Role Inventory. *Sex Roles*, VOL43, No(7/8), pp: 499-528.
 10. Shimonaka, Y., Nakazato, K., Kawaai, C., & Sato, S. (1997). Androgyny and successful adaptation across the life span among Japanes adults. *Journal of Genetic Psychology*, VOL158, Vo4, pp: 390- 400.
 11. Baren, A.L. (2002). Mental health in young females: A gender perspective. www.cwds.ac.in/library/collection/elib/status/st_mental_health_issues.pdf.
 12. Woodhill, B. M., & Samuels, C. A. (2005). Desirable and undesirable androgyny: A prescription for the twenty- first century. *Journal of Gender Studies* VOL13, No1, pp: 15-28.
۱۳. احتشامزاده، پروین (۱۳۸۹): «تحول نقش‌های جنسیتی زنان و سلامت روانی خانواده»، *زن و فرهنگ*، سال ۱، شماره ۲، صص ۱۵-۶۵

از این نظر دانست به‌خصوص که با مقیاس نقش جنسی بم (۲۴) نمی‌توان مثبت یا منفی بودن سنخ جنسیتی را تعیین کرد.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی هم بوده‌است؛ جامعه آماری این پژوهش، زنان شاغل شهر تهران بوده‌است که امکان تعمیم این پژوهش را به سایر زنان شاغل در کشور وجود ندارد؛ همچنین از آن جهت که جامعه آماری این پژوهش، فقط زنان شاغل بوده‌اند، امکان تعمیم نتایج این پژوهش به سایر زنان غیرشاغل وجود ندارد؛ از طرف دیگر، به دلیل وسعت کار هرچند که نمونه‌گیری به صورت تصادفی انجام شده اما امکان کنترل برخی متغیرهای مداخله‌گر از جمله حقوق ماهانه، تعداد ساعت کاری و سن وجود نداشته‌است؛ لذا به پژوهشگران بعدی پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، علاوه بر نظریه آندورژنی بم (۶)، نظریه آندورژنی مثبت و منفی وودهیل و سامونلز (۴) را مورد بررسی قرار دهند؛ همچنین سعی کنند که در جامعه پژوهش خود از زنان غیرشاغل و شهرهای دیگر کشور ایران استفاده کنند؛ در کل، نتایج این پژوهش نشان داد که زنان شاغل از لحاظ سلامت روانی در وضعیتی مناسب قرار دارند؛ لذا می‌توان نتیجه گرفت که اشتغال زنان در بیرون از خانه مفید است و می‌توان گفت که ایفای نقش‌های چندگانه و حتی متضاد برای زنان بیشتر حالت پاداش‌دهنده دارد و برای آنها احساس رضایت و عزت نفس فراهم می‌کند؛ بنابراین، از مسئولان انتظامی رود که در زمینه ایجاد موقعیت‌های اشتغال برای زنان، بیشتر تلاش کنند.

منابع

1. Brannon, L., & Feist, J. (1996). *Health psychology: An introduction to behavior and health*. Brook/ Cole Publishing Company.
2. Pryzgoda, J., & Chrisler, J.C. (2000). Definitions of gender and sex: The subtleties of meaning. *Sex Roles*, 43(7/8): 553-569.
3. Guastello, D. D., & Guastello, S. J. (2003). Androgyny, gender role behavior, and emotional

24. Bem, S. L. (1981). Bem Sex Role Inventory: Professional Manual. Palo Alto, CA, USA: Consulting Psychologists Press.
25. Welch, R.L. (1999). Androgyny and derived identity in married women with varying degrees of von-traditional role involvement. *Psychology of Women Quarterly*, VOL3, No3, pp: 308-315.
26. Damji, T., & Lee, C. M. (2001). Gender role identity and perceptions of Ismaili Muslim men and women. *The Journal of Social Psychology*, VOL135, No2, pp: 215- 223.
۲۷. علافر، صدیقه (۱۳۸۳)؛ «اشتغال زنان و چالش‌های آن. پیام زن»، *ویژه‌نامه زن در جمهوری اسلامی ایران*، دفتر چهارم، *ماهنامه فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و هنری*، سال ۱۳، شماره ۱۳، صص ۱۳۴.
28. Sedney, M. A. (1987). Development of Androgyny: Parental Influences. *Psychology of Women Quarterly*, VOL11, No 3, pp: 311-326.
29. Roberts, A. (1995). An Empirical Study to Examine for Androgynous Mentoring Behaviour in the Field of Education. *Mentoring & Tutoring: Partnership in Learning*, VOL7, No 3, pp: 203-222.
30. Vaughan, J. E., & Fisher, V. L. (1998). The effect of traditional and cross-sex modeling on children's sex- role attitudes and behaviors. *The Journal of Psychology*, No107, pp: 253-260.
31. Bussey, K., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of gender development and functioning. In A.H.Eagly, A.E. Beall & R.J. Sternberg (Eds), *The psychology of gender* (pp.92-120). The Guilford Press.
32. Pei-Hui RA, Ward C. (1994). A cross-cultural perspective on models of psychological androgyny. *Journal of Social Psychology*, VOL134, No3, pp: 391-3.
33. Harris, T., & Schwab, R. (1979). Personality characteristics of androgynous and sex-typed females. *Journal of Personality Assessment*, VOL43, No6, pp: 614-6.
34. Ray, J.J., & Lovejoy, F.H. (1986). The great androgyny MYTH: Sex roles and mental health in the community at large. *Journal of Social Psychology*, Vol 124, pp: 237-246.
14. Sebastian, H., & Valle, V. (1988). Implications of psychological androgyny in the field of adjustment and mental health. *Psiquis Revista-De-Psiquiatria-Psicosomatico*. Abstract.
۱۵. عسگری، پرویز، پروین احتشام زاده و سهیلا پیرزمان (۱۳۸۹)؛ «رابطه سازگاری معنوی و آندروژنی با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان»، *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، سال ۴، شماره ۱۱، صص ۳۳-۲۲.
۱۶. ابولقاسمی، عباس و آذر کیامرثی (۱۳۸۵)؛ «بررسی رابطه آندروژنی و سلامت روانی با سازگاری زناشویی در زنان»، *مطالعات زنان*، سال ۴، شماره ۱، صص ۵۵-۶۶.
17. Lefkowitz, E. S. & Zeldow, P. B. (2006). Masculinity and femininity predict optimal mental health: A belated test of the Androgyny Hypothesis. *Journal of Personality Assessment*, VOL87, No1, pp: 95-101.
18. Mahalik, J. R., Burns, S. M. & Syzdek, M. (2007). Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Journal of Social Science & Medicine*, VOL 64, pp: 2201-2209.
19. Aliakbari, D. M., & Hemmati, F. (2008). The theory of androgyny and employed women. In E. Avram. *Psychology in modern organizations*: pp. 169-196.
۲۰. خسروی، زهره و میترا خاقانی فرد (۱۳۸۶)؛ «بررسی عوامل مرتبط با سلامت روانی زنان شغل در بخش‌های مدیریتی، کارشناسی و خدماتی مراکز غیر دولتی شهر تهران»، *مطالعات زنان*، سال ۵، شماره ۱، صص ۴۴-۲۷.
۲۱. نور بالا، احمد، عباس باقری یزدی و محمد کاظم (۱۳۸۷)؛ «اعتباریابی پرسش‌نامه ۲۸ سوال سلامت عمومی به‌عنوان ابزار غربالگری اختلال‌های روان‌پزشکی در شهر تهران- ۱۳۸۰»، *مجله پژوهش حکیم*، سال ۱۱، شماره ۴، صص ۵۳-۴۹.
22. Chan, D.W. & Chan, T.S.C. (1983). Reliability, validity and the structure of the General Health Questionnaire in an Chinese version. *Psychological Medicine*, No13: 363-372.
۲۳. نجاریان، بهمن و ایران داودی (۱۳۷۵)؛ «ساخت و اعتباریابی SCL-25 (فرم کوتاه شده SCL-90-R)»، *مجله روان‌شناسی*، شماره ۱۸، صص ۱۳۶-۱۵۰.

36. Burchardt, C., & Serbin, L. (1982). Psychological androgyny and personality adjustment in college and psychiatric populations. *Journal of Sex Roles*, VOL8, No(9\8), pp: 835-851.
35. Shimonaka, Y., Nakazato, K., & Homan, A. (1990). Personality longevity and successful aging among Tokyo metropolitan centenarians. *International-Journal of Aging and Human Development*, VOL42, No3, pp: 173-187.