

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال دهم شماره ۴۰ زمستان ۱۳۹۴

## رابطه برافراستگی مقیاس ۵ (مردانگی-زنانگی) در آزمون MMPI-2 با رفتارهای ضداجتماعی و خودبیمارانگاری

سیدعلی کیمیایی<sup>۱</sup>

زینب آزادی<sup>۲</sup>

سکینه عباسی بوردنرق<sup>۳</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه برافراستگی مقیاس ۵ (مردانگی-زنانگی) در آزمون MMPI-2 با رفتارهای ضداجتماعی و خودبیمارانگاری صورت گرفت. این پژوهش از نوع همبستگی بود (۱۱۴ نفر؛ ۴۳٪ مرد و ۵۷٪ زن) مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره خانواده، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پرسشنامه MMPI-2 را تکمیل نمودند. نتایج نشان داد که بین متغیرهای علایق مردانگی - زنانگی با رفتار ضداجتماعی و خودبیمارانگاری روابط معناداری وجود دارد ( $p < 0/01$ ). نتایج دو رگرسیون سلسله‌مراتبی نشان دادند که پس از کنترل اثر جنسیت، سن و تحصیلات، برافراستگی بارز مقیاس ۵ (مردانگی-زنانگی) در آزمون MMPI-2 با افزایش میزان رفتارهای ضداجتماعی و خودبیمارانگاری همراه است. نتایج پیشنهاد می‌کند که همگون‌سازی و همانندسازی افراد با جنسیتشان در زندگی فردی و اجتماعی از اهمیت زیادی برخوردار است.

**واژگان کلیدی:** مردانگی - زنانگی؛ رفتارهای ضداجتماعی؛ خودبیمارانگاری

۱- دانشیار گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد (نویسنده مسئول)

Email:kimiace@um.ac.ir

۲- کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه فردوسی مشهد

۳- کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه فردوسی مشهد

## مقدمه

با پیشرفت علوم و به موازات آن، پیچیده‌تر شدن زندگی فردی و اجتماعی، لزوم توجه به مسائل تنش‌زای روانی و عاطفی انسان‌ها بیش از پیش احساس می‌شود (کاپلان<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). طبق نظر پژوهشگران، بسیاری از این مسائل با آغاز دوران بزرگسالی نمود پیدا کرده که ممکن است عامل ایجاد برخی از بیماری‌ها و اختلالات روانی باشند (هاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). بعضی از این اختلالات، حکایت از اشتغال ذهنی به بدن و ترس از بیماری و مریضی دارند. به طوری که افراد توجه و حواس خود را بر روی این احساسات متمرکز می‌نمایند. پژوهش داوران و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد نمره زنان و مردان چاق بهنجار در مقیاس خودبیمارانگاری آزمون MMPI-2 بیش از ۶۵ است. از این رو، افرادی که زمینه‌ای برای تفسیر غلط این علامت‌ها به عنوان نشانه‌های بیماری در خود دارند، دچار اضطراب و پرخاشگری خواهند شد (براند و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از اتابک و همکاران، ۱۳۸۱). این افراد ممکن است سرکش و متمرد باشند اما آن را به طور مستقیم بروز ندهند. هم‌چنین، به بدخلقی، شکوه‌گری و نارضایتی گرایش دارند (داکورت و آندرسون، ۱۳۷۸).

براساس نظریه یادگیری اجتماعی برای کودک، «جامعه و به‌ویژه والدین»، الگوهای خوبی برای تقلید و یادگرفتن نوع رفتار مورد قبول ارزش‌های جامعه هستند. در بعضی از خانواده‌ها کودک یاد می‌گیرد که با جذاب بودن، دوست داشتنی بودن و توبه کردن می‌تواند از تنبیه کار بد خود معاف شود. چنین الگویی می‌تواند به این یادگیری منجر شود که نوع کردار (رفتار) مهم نیست بلکه توانایی وانمود کردن، توبه کردن و پشیمانی از همه مهم‌تر است (ذکایی و میرزایی، ۱۳۸۴). رفتارهای بزهکارانه و ضداجتماعی در هر جامعه‌ای دامنه وسیعی از رفتارهای آسیب‌رسان را نشان می‌دهند. آسیب‌های وارده ناشی از این رفتارها بر سیستم جامعه، خانواده‌ها، شهروندان و خود این افراد قابل توجه است (بک<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). طبق نظر کاپلان و سادوک<sup>۴</sup> (۱۹۹۸) میزان اختلالات شخصیت

1- Kaplan  
3- Beck

2- Haran  
4- Sadock

ضداجتماعی در ۳-۵ درصد از مردان و ۱ درصد از زنان وجود دارد. در بین افراد زندانی میزان شیوع این اختلال ممکن است تا ۷۵ درصد نیز برسد.

جامعه‌شناسان و روان‌شناسان معتقدند که ضعف و نارسایی‌های شخصیتی و اختلالات نوروتیک و سایکوتیک به موازات شرایط خانوادگی، اجتماعی و فقدان روابط صحیح انسانی به تدریج فرد را در مقابله با مشکلات ناتوان می‌سازد که متعاقب آن فرد سعی می‌کند تا از واقعیت فرار نماید (سیپریانو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). از دید سازه‌گرایان، مردانگی-زنانگی سازه‌های اجتماعی-فرهنگی است که در فرایند اجتماعی شدن به صورت فعالانه کسب می‌شود. برخلاف ذات‌گرایان که بر ویژگی‌های بیولوژیکی تأکید می‌نمایند، سازه‌گرایان در حوزه‌های روان‌شناسی، جامعه‌شناسی، انسان‌شناسی، مطالعات فرهنگی و مطالعات جنسیت پرداخته‌اند.

در پژوهشی کارسون<sup>۲</sup> (۱۹۶۹) نشان داد که برافراشتگی در مقیاس ۵ (مردان-زنانگی) و رفتارهای ضداجتماعی با نافرمانی از مقررات اجتماعی، از طریق رفتار و لباس پوشیدن نامناسب، همراه است. پژوهش رحیم نیا و رسولی (۱۳۸۱) در کانون اصلاح و تربیت، حاکی از آن بود که پسران بیش از دختران رفتارهای ضداجتماعی دارند. انعطاف در نقش، یکی از ابعاد زمینه‌ساز مقیاس ۵ در آزمون MMPI-2 است. زنانی که با نمره‌های بالا در مقیاس ۵ مشاهده می‌شوند؛ معمولاً علاقه ندارند که به‌عنوان زن تلقی شوند. آنان ممکن است علایق مردانگی داشته و یا نداشته باشند، اما به‌طور قطع مایل نیستند همانند زنان دیگر ظاهر شوند یا رفتار کنند. آنان معمولاً دوست دارند خود را افرادی بی‌همتا و متفاوت از زنان به‌طور عام تلقی کنند (کانس<sup>۳</sup> و آندرسون<sup>۴</sup>، ۱۹۸۴). به عقیده تریمبولی<sup>۵</sup> و کیل‌گور<sup>۶</sup> (۱۹۸۳) مردانی که دارای برافراشتگی بارز در مقیاس ۵ هستند به استفاده از مکانیسم‌های دفاعی واپس‌رانی گرایش دارند. با افزایش برافراشتگی، احتمال بروز رفتارهای پرخاشگرانه در زنان و مردان افزایش می‌یابد. ممکن است با نقشی که از نظر

1- Cipriano  
3- Kunce  
5- Trimboli

2- Carson  
4- Aderson  
6- Kilgore

فرهنگی برای جنس آن‌ها توصیه شده است همانندسازی نکنند (کارسون، ۱۹۶۹)؛ دچار اضطراب شوند و در هدایت تکانه‌های پرخاشگرانه خود در جهت مناسب با مشکل مواجه باشند (تریمبولی و کیل‌گور، ۱۹۸۳).

تتر (۱۹۹۰)؛ به نقل از داک‌ورث و آندرسون، ۱۳۷۸) در یک مرکز روان‌پزشکی دریافتند افرادی که دارای برافراشتگی در مقیاس ۵ (مردان-زنانگی) و رفتارهای خودبیمارانگاری هستند؛ افرادی منفعل، بی‌تصمیم و وابسته‌اند و به نظر می‌رسید که علایم بدنی را به عنوان روش مقبولی برای فرار از مسئولیت‌های خانوادگی و کاری به کار می‌بستند. و نوجوانانی هم که در این الگو قرار داشتند به انفعالی بودن و داشتن صفات زنانه گرایش داشتند.

با روند جهانی شدن می‌توان طرح این موضوع را در ارتباط با اختلالات رفتاری امری ضروری دانست. با این حال باید اذعان داشت که مردان و زنان نه تنها در رابطه با مردان و زنان دیگر بلکه در مورد خودشان - با توجه به انتظارات اجتماعی و فرهنگی از آن‌ها - نیز مسئله‌ساز شده‌اند. با استناد به مطالب پیش گفته این پژوهش به دنبال طرح موضوع ارتباط اختلالات رفتارهای خودبیمارانگاری و ضداجتماعی با تأکید بر مفهوم مردانگی - زنانگی در یک جامعه ایرانی است. بدین صورت که آیا بروز برافراشتگی در مقیاس ۵ آزمون MMPI-2 منجر به افزایش رفتارهای ضد اجتماعی و خودبیمارانگاری در افراد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره خواهد شد؟

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه مورد نظر این تحقیق، افراد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دکتر کیمیایی بودند که در زندگی فردی و اجتماعی‌شان مشکلات داشتند. از این جامعه براساس شیوه نمونه‌گیری در دسترس، ۱۱۴ نفر (۴۳ درصد مرد و ۵۷ درصد زن) انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند.

## ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه چندوجهی مینه سوتا توسط هاتاوی<sup>۱</sup> و مک کین‌لی<sup>۲</sup> تهیه شد تا به تشخیص بالینی بیماران کمک کند (گراث مارنات<sup>۳</sup>، ۱۳۷۵). آن‌ها نخستین بار این پرسشنامه را در سال ۱۹۴۱ عرضه کردند. هدف آن‌ها این بود که اولاً ابزاری در اختیار روان‌شناسان و روان‌پزشکان قرار دهند که بتوانند جنبه‌های مختلف شخصیت بهنجار و نابهنجار را بررسی نمایند؛ ثانیاً، حتی‌الامکان حاوی همه خصوصیات ممکن جهت بررسی‌های آماری و واریسی اعتبار باشد، و در آخر، بتوان با روش تجربی اعتبار آن را به دست آورد. این پرسشنامه دارای ۵۵۰ عبارت است ابتدا در مورد ۸۰۰ بیمار روانی که به دقت انتخاب شده و تشخیص مرضی آن‌ها از نظر بالینی کامل بوده است، اجرا گردید. سپس همین عبارت در مورد ۷۰۰ نفر از افراد عادی که از همان ناحیه جغرافیایی به‌عنوان گروه شاهد انتخاب شده بودند، اجرا گردید. پاسخ‌های افراد بیمار از گروه‌های تشخیصی مختلف را با پاسخ‌های افراد گروه شاهد مقایسه کرده و سؤالاتی را که از لحاظ تشخیص افتراقی بین دو گروه ارزش خوبی داشتند، برگزیدند. به این ترتیب هشت معیار بالینی به دست آمد. به این هشت معیار مرضی معیار دیگری که عمدتاً از آزمون ترمن مایلز<sup>۴</sup> اقتباس شده بود و بیشتر خصوصیات مردانگی-زنانگی را مورد بررسی قرار می‌داد، افزودند. این ۹ مقیاس را با افزودن چهار مقیاس دیگر که جهت بررسی اعتبار و چگونگی پاسخ‌های آزمودنی است تکمیل کردند. به این ترتیب جمعاً ۱۳ مقیاس به‌وجود آوردند که شامل مقیاس‌های روایی و مقیاس‌های بالینی است.

## یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد بررسی قرار گرفت. دامنه سنی زنان و مردان بین ۱۸-۴۹ سال قرار داشت که اکثریت جمعیت زنان (۴۳ درصد) تحصیلات لیسانس و ۱۷٪ بالای لیسانس و مردان ۴۵٪ لیسانس و ۱۲/۲٪ بالای لیسانس

1- Hathaway  
3- Groth-Marnat

2- Mc Kinley  
4- Terman-Miles

بودند. که این فراوانی نشان‌دهنده همگونی جمعیت مورد بررسی است. اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها (زنان و مردان)، در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول (۱) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها به تفکیک جنسیت

متغیر		جنسیت	
		مرد (n=۴۹)	زن (n=۶۵)
		M	SD
سن		۳۰/۳۱	۶/۳۲
تحصیلات (برحسب سال)		۱۴/۸۲	۲/۹۲
علائق مردانگی-زنانگی		۵۴/۷۸	۱۰/۷۳
رفتارهای ضداجتماعی		۶۱/۶۹	۱۱/۷۱
رفتارهای خودبیمارانگاری		۵۷/۶۳	۱۲/۴۶

برای بررسی هدف پژوهش، درباره رابطه مقیاس ۵ (مردانگی-زنانگی) آزمون MMPI-2، رفتارهای ضداجتماعی و خودبیمارانگاری، از رگرسیون سلسله‌مراتبی<sup>۱</sup> استفاده شد تا بدین سؤال پاسخ داده شود که آیا بعد از کنترل اثرمتغیرهای جنسیت، سن و تحصیلات، برافراستگی بارز مقیاس ۵ (مردانگی-زنانگی) در آزمون MMPI-2 می‌تواند افزایش را در میزان رفتارهای ضداجتماعی و خودبیمارانگاری افراد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره پیش‌بینی کند؟

جدول (۲) ماتریکس همبستگی میان متغیرهای وارد شده در رگرسیون

رفتارهای ضداجتماعی		علائق مردانگی-زنانگی		رفتارهای خودبیمارانگاری		سن		تحصیلات	

\*\* $p < 0.01$ , \* $p < 0.05$ ,  $p < 0.001$

1- Hierarchical regression

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، بین متغیرهای علایق مردانگی-زنانگی با رفتار ضداجتماعی ( $p < 0/001$ ) و خودبیمارانگاری ( $p < 0/01$ )، روابط معناداری وجود دارد. بدین صورت که میزان علایق مردانگی-زنانگی با رفتارهای ضداجتماعی و خودبیمارانگاری همبستگی مثبت دارد، بدین معنا که برافراشتگی بارز در مقیاس ۵ MMPI-2 (مردانگی-زنانگی) افزایش رفتارهای ضداجتماعی و خودبیمارانگاری را به دنبال دارد.

مدل‌های رگرسیون انجام شده برای آزمون فرضیه‌های پژوهش، دو مجموعه از پیش‌بینی‌کننده‌ها را در دو گام شامل شد. جنسیت، سن، تحصیلات، اولین متغیرهایی بودند که در گام اول وارد تحلیل رگرسیون شدند. در گام دوم، نمره علایق مردانگی-زنانگی به‌عنوان متغیر پیش بین افزوده شد. سپس، در دو مدل رگرسیون به‌نوبت نمرات مربوط به رفتارهای ضداجتماعی و خودبیمارانگاری، به‌عنوان متغیرهای ملاک (وابسته)، وارد مدل شدند (جدول ۳ و ۴).

جدول (۳) نتایج تحلیل رگرسیون متغیر علایق مردانگی-زنانگی در پیش‌بینی رفتارهای ضداجتماعی

گام‌ها	B	SE B	$\beta$	t	$\Delta R^2$	p
۱	سن	۰/۱۱	-۰/۰۷	-۰/۶۸	۰/۰۲	۰/۴۸
	جنسیت	۰/۶۴	۲/۳۵	۰/۰۳		
	تحصیلات	-۰/۵۴	۰/۴۲	-۰/۱۲	-۱/۲۸	
۲	علایق مردانگی-زنانگی	۰/۴۱	۰/۱۰	۴/۰۵***	۰/۱۵	۰/۰۰۱

\* $p < 0/01$ , \*\* $p < 0/001$ , \*\*\* $p < 0/05$

همان‌طور که نتایج داده‌ها در جدول ۳ نشان می‌دهد، دومین مجموعه پیش‌بینی‌کننده (یعنی، علایق مردانگی-زنانگی)، میزان معناداری از تغییر را در واریانس رفتارهای ضداجتماعی پیش‌بینی کرد. میزان مجذور R تغییر یافته نشان داد که پس از کنترل اثر متغیرهای وارد شده در گام اول، متغیرهای وارد شده در گام دوم، ۱۵٪ از تغییرات را در میزان رفتارهای ضداجتماعی پیش‌بینی کرد ( $\Delta R^2 = 0/15$ ,  $F_{(4,109)} = 4/80$ ,  $p \leq 0/001$ ).

جدول (۴) نتایج تحلیل رگرسیون متغیر علایق مردانگی-زنانگی در پیش‌بینی رفتارهای خودبیمارانگاری

گام‌ها	B	SE B	$\beta$	t	$\Delta R^2$	p
۱ سن	-.۴۴	۰/۱۶	-.۲۶	-۲/۷۶**	۰/۱۱	۰/۰۱
جنسیت	۱/۰۱	۲/۳۴	۰/۰۴	۰/۴۳		
تحصیلات	-.۸۷	۰/۴۲	-.۱۹	-۲/۰۹*		
۲ علایق مردانگی-زنانگی	۰/۳۵	۰/۱۰	۰/۳۰	۳/۳۶***	۰/۲۰	۰/۰۰۱

\* $p < ۰/۰۱$ , \*\* $p < ۰/۰۰۱$ , \*\*\* $p < ۰/۰۰۵$ 

اولین مجموعه پیش‌بینی‌کننده‌ها (یعنی، جنسیت، سن، تحصیلات)، ۱۱٪ از تغییرات را در واریانس رفتارهای خودبیمارانگاری محاسبه کردند ( $F_{(۳,۱۱۰)} = ۴/۶۲$ ,  $p \leq ۰/۰۱$ )،  $\Delta R^2 = ۰/۱۱$ ، و میزان معناداری از تغییر را در میزان رفتارهای خودبیمارانگاری پیش‌بینی کردند. دومین مجموعه‌ی پیش‌بینی‌کننده (یعنی، علایق مردانگی-زنانگی)، تغییر معناداری را از واریانس رفتارهای خودبیمارانگاری پیش‌بینی کرد. میزان مجذور R تغییر یافته نشان داد که متغیر وارد شده در گام دوم، ۲۰٪ از تغییرات را در میزان رفتارهای خودبیمارانگاری پیش‌بینی کردند ( $F_{(۳,۱۰۹)} = ۶/۶۲$ ,  $p \leq ۰/۰۰۱$ )،  $\Delta R^2 = ۰/۲۰$ ، که پس از کنترل اثر متغیرهای وارد شده در گام پیشین بود (جدول ۴).

بدین ترتیب می‌توان گفت با بروز برافراستگی در میزان علایق زنانگی-مردانگی بر میزان رفتارهای ضداجتماعی و خودبیمارانگاری آزمودنی‌ها افزوده شده است. به عبارتی دیگر، برافراستگی بارز در مقیاس ۵ MMPI-2 (مردانگی-زنانگی) پیش‌بینی‌کننده مثبت در میزان رفتارهای ضداجتماعی و خودبیمارانگاری افراد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره محسوب می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر به بررسی رابطه برافراستگی مقیاس ۵ (مردانگی-زنانگی) در آزمون MMPI-2 با رفتارهای ضداجتماعی و خودبیمارانگاری افراد مراجعه‌کننده به مرکز



مشاوره پرداخت. تحقیقات فراوانی در مورد متغیرهای پژوهش انجام گرفته است، اما از آنجائی که در جامعه ایرانی به طور خاص تحقیقی در مورد مقیاس ۵ آزمون MMPI-2 (مردانگی-زنانگی) در افراد مراجعه کننده به مرکز مشاوره یافت نشد، پژوهشگران به مطالعه این امر پرداختند.

از نوشته‌ها و نظریه‌های روانشناسان اجتماعی چنین برمی آید که برآیند تمامی ویژگی‌های انسان، منش و به عبارتی رفتار و کردار و گفتار اوست. ساختار منش فردی علاوه بر ارتباط با ارگانسیم و ساختار روانی فرد، با نهادهای اجتماعی در ارتباط بوده و رشد می‌یابد و عادات و خلق و خو را متناسب با نیازهای نهادهای اجتماعی و همچنین متناسب با نقش فرد کسب می‌کند. مقایسه نتایج ابتدایی گزارش شده در این پژوهش نشان داد که بین متغیرهای فوق (علائق مردانگی-زنانگی، رفتارهای ضداجتماعی و خودبیمارانگاری) تفاوت معناداری وجود دارد. با بررسی فرضیه‌های تحقیق مشاهده شد که برافراستگی بالا در مقیاس ۵ آزمون MMPI-2 (مردانگی-زنانگی) پیش‌بینی کننده مناسبی برای افزایش رفتارهای ضداجتماعی و خودبیمارانگاری محسوب می‌شود. این پژوهش، نتایج کارسون (۱۹۶۹) تریمبولی و کیل‌گور (۱۹۸۳) و تنر (۱۹۹۰) را تأیید می‌کند.

تقریباً از دهه ۱۹۷۰ مردان به این فکر افتادند که هویت خود را مورد سؤال قرار دهند و به پیروی از فمینیست‌ها که وظایف سنتی زن را مورد اعتراض قرار دادند، برخی از مردان نیز درصدد برآمدند که خویشتن را از زیر بار الزامات «توهم مردی» رها سازند (بادنتر، ۱۳۷۷). دو عامل موجب تغییر این روند شد: نخست آن که تفکر فمینیستی، به ویژه با تأثیرپذیری از اثر کلاسیک سیمون دوبووار (۱۹۷۳) نضج گرفت؛ ثانیاً، نخستین مراحل فروپاشی کاپیتالیسم در دنیای صنعتی شده احساس شد. آن چه تا آن زمان به مثابه امری ایجابی، ثابت و مسلم فهمیده می‌شد - یعنی مردانگی - به سرعت شکل یک معضل را به خود گرفت (وایتهد، ۲۰۰۲).

بر پایه رویکردهای اخیر، جنس بیولوژیکی تنها عامل تعریف زن بودن یا مرد بودن نیست. بلکه ارزش‌ها و انتظارات اجتماعی و تصورات کلیشه‌ای از نقش‌های جنسیتی

حکم مذکور به مردانه بودن و مؤنث به زنانه بودن در یک فرهنگ را تعیین می‌کنند (فرانکلین، ۱۹۸۴؛ لاندین، ۱۹۸۵؛ هاریس، ۱۹۹۴؛ به نقل از سوگیهارا و کاتسورادا، ۱۹۹۹). مردانگی-زنانگی نظامی از الگوهای عادت‌ی پاسخ‌گویی در زندگی روزمره یا مجموعه‌ای از رفتارهای آموخته و پیامدهای آن‌هاست، که عناصر سازنده‌ی آن در میان یک جامعه نمایان است و از راه آموزش به آن‌ها منتقل می‌شود. بدین ترتیب، شامل همه شیوه‌های رفتاری است که از طریق کنش متقابل ارتباطی و با کمک نظم نمادین و نه به صورت موروثی، به دختران و پسران نسل جدید منتقل می‌شود. بنابراین، آن گونه که دوبوا عنوان می‌کند «هیچ کس زن متولد نمی‌شود، بلکه تبدیل به زن می‌شود (سلدن و ویدوسون، ۱۳۷۷). زنانگی و مردانگی امری اجتماعی است، ما می‌توانیم بر همین اساس استدلال نماییم که هیچ جنسیتی از همان آغاز تولد مرد یا زن متولد نمی‌شود، بلکه تبدیل به زن یا مرد می‌شود و این جامعه است که موجودی با مختصات مردانه یا زنانه به وجود می‌آورد. بنابراین، مردانگی-زنانگی محصول کنش متقابل اجتماعی است و پذیرش جنسیت در ذیل رفتارهای فرهنگی بدان معناست که عادات مردان و زنان بر حسب الگوهای فرهنگی خاص که از پیش تعیین شده مشخص می‌شود. و از آن جا که خصایص طبیعی افراد می‌تواند به حکومت‌ها در بسیج نیروها کمک کند، تبلیغات دولت‌ها مفید واقع خواهد شد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:

۱۳۹۳/۰۴/۲۱

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:

۱۳۹۳/۰۹/۳۰

تاریخ پذیرش مقاله:

۱۳۹۴/۰۱/۱۷

## منابع

- اتابک، م.، باقرزاده انصاری، ز.، باوی، س.، بهرامی، م.، تقی‌زاده، ژ.، خیبر، ش.، طباطبایی‌نژاد، م.، طرفی سعیدی‌نژاد، ز.، عسگری فروشانی، م.، علیدوست، ا.، مقامیان، س.، مهری، ل. (۱۳۸۱). بررسی رابطه خودییمارانگاری با پیش آینده‌ای تشکیل‌دهنده آن در بین زنان و مردان شهرستان اهواز. پایان‌نامه کارشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی - واحد اهواز.
- بادنتر، ا. (۱۳۷۷). زن و مرد. ترجمه س. شیوارضوی. تهران: انتشارات دستان و هاشمی (به‌طور مشترک).
- داک ورث، جی. سی. و آندرسون، وی. پی. (۱۳۸۷). راهنمای تفسیر MMPI و MMPI-2 برای مشاوران و متخصصان بالینی، ترجمه نشر سخن، چاپ چهارم.
- مارنات، گ. (۱۳۷۵). راهنمای سنجش روانی. ترجمه ح. پاشا شریفی و م.ر. نیکخو. تهران: رشد.
- ذکایی، م. س. و میرزایی، س. ا. (۱۳۸۴). پسرهای جوان و ارزش‌های مردانگی. مجله جامعه‌شناسی ایران، ۳، ۹۶-۷۰.
- سلدن، آر و ویدوسون، پی. (۱۳۷۷). راهنمای نظریه ادبی معاصر، ترجمه ع. مخیر. تهران: طرح نو.
- Beck, A.T., Freeman, A., & Davis D.D. (2004). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Shams G. 2nd ed. New York, London: Guilford Press.
- Carson, R.C. (1969). Interpretative Manual to the MMPI. In J.N. Butcher (Ed), *MMPI: Research developments and clinical applications* (pp. 279-296). New York, NY: McGraw-Hill.
- Cipriano, L.A. (2003). Psychoanalytic perspectives on substance abuse: Implications for treatment, program planning and social policy. *Soc Work Health Care*, 15(3), 9-46.
- Davaran, M., Kafie Masule, M., Maddah, M., Ebrahimi Fard. S., Davaran, Sh., Soltani Shal, R., & Saghebi Saeidi, K. (2012). Relationship of Body Mass Index with Psychological Characteristics (on MMPI-2) in Obese Patients. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, 82, 15-23.
- Haran, C. (2004). The real world: Recognizing mental illness in young adults. Retrieved November 8, 2006, <http://www.yourhealthfile.com/focus-faculty>

- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Grebb, J.A. (2003). *Contributions of the psychosocial sciences to human behavior in Synopsis of psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins, 157-206.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (1998) *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/Clinical psychiatry*. Trans: Poorafkari, N. Philadelphia: Williams & Wilkins. 545-8.
- Kunce, J.T., & Anderson, W.P. (1984). *Perspectives on uses of the MMPI in nonpsychiatric settings*. In P. McReynolds and G. J. Chelune (Eds.). *Advances in psychological assessment* (pp. 41-76). San Francisco: Jossey-Bass.
- Sugihara, Y. & Katsurada, E. (1999). Masculinity and femininity in Japanese culture: A pilot study. *Sex Roles: A Journal of Research*, 40 (7-8), 635-646.
- Trimboli, F., & Kilgore, R.B. (1983). A psychodynamic approach to MMPI interpretation. *Journal of personality assessment*, 47(6), 614-626.
- Whiehead, S.M. (2002). *Men and Masculinities: Key Them and New Directions*. Cambridge: Polity Press.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی