

## رابطه نقش‌های جنسیتی (مردانگی - زنانگی) با خودبیمارپنداری در دانشجویان دختر دانشگاه کردستان

یوسف فتحی<sup>۱</sup>

محمد قادری<sup>۲</sup>

انور میری<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۷/۲۳

تاریخ دریافت: ۹۸/۱۱/۲۱

### چکیده

پژوهش‌های مختلف نتایج متفاوتی را درباره‌ی ارتباط بین نقش‌های جنسیتی و خودبیمارپنداری افراد بیان کرده‌اند. برخی از پژوهش‌ها خودبیمارپنداری را در میان زنان و برخی هم در میان مردان گزارش کرده‌اند. خودبیمارپندار فردی است که علاوه بر سلامت جسمی، خود را دارای اختلال بدنی می‌داند، همچنین این افراد بیش از حد نگران سلامتی خود هستند. هدف از پژوهش حاضر تعیین میزان رابطه‌ی نقش‌های جنسیتی (مردانگی - زنانگی) و خودبیمارپنداری در دانشجویان دختر دانشگاه کردستان بود. جامعه آماری مورد نظر تمامی دانشجویان دختر دانشگاه کردستان بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد ۵۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان، پرسشنامه‌های نقش جنسیتی ب‌م و خودبیمارپنداری ایوانز را تکمیل کردند. جهت تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون و T تک نمونه‌ای و استفاده شد. نتایج تحقیقات نشان داد که نقش زنانگی در دختران رابطه‌ی مثبت و معناداری با خودبیمارپنداری دارد و همچنین وجود نقش مردانگی در زنان رابطه‌ی منفی معناداری با خودبیمارپنداری داشت.

**واژه‌های کلیدی:** خودبیمارپنداری، نقش زنانگی، نقش مردانگی، نقش‌های جنسیتی.

---

۱. کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، تهران، ایران  
۲. کارشناس آموزش ابتدایی، دانشگاه فرهنگیان کردستان، سنندج، ایران (نویسنده مسئول) پژوهشگر برتر کشوری qaderi1377@gmail.com  
۳. استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان کردستان، سنندج، ایران

## مقدمه

موضوع نقش های جنسیتی<sup>1</sup> (مردانگی\_زنانگی) ، یکی از موضوع هایی است که در دهه های اخیر ذهن عالمان علوم اجتماعی به آن معطوف گردیده است و بی شک، اندیشمندان و نویسندگان فمینیست<sup>2</sup> بیشترین تأثیر را در گسترش تحقیقات راجع به این موضوع داشته اند. طی سال های اخیر در بسیاری از کشورها از جمله ایران، توجه ویژه ای به این موضوع صورت گرفته است. گواه این سخن، رشد فزاینده انتشار کتاب های تخصصی و عمومی و مقالات علمی و ژورنالیستی و تولید فیلم های تلویزیونی و سینمایی است (یستان، ۱۳۸۵). مفهوم نقش در جامعه شناسی به وظایف و انتظاراتی اشاره دارد که برای هر فرد بر حسب پایگاهی که در جامعه احراز نموده، تعیین شده است. بنابراین، نقش جنسیتی (مردانگی\_زنانگی) عبارت است از: «انتظارات غالب در یک جامعه در مورد فعالیت ها و رفتارهایی که مردان و زنان می توانند یا نمی توانند درگیر شوند». این مفهوم با مفهوم تقسیم کار جنسیتی<sup>3</sup> یکسان نیست، زیرا مفهوم نقش ناظر به انتظارات جامعه است که اساساً جنبه ذهنی دارند، در حالی که مفهوم تقسیم کار به تقسیم و توضیح واقعی کارها و فعالیت ها اشاره دارد. به علاوه، مفهوم نقش، رفتارها<sup>4</sup> و طبق برخی تعاریف، نگرش ها<sup>5</sup> را نیز شامل می شود. از این رو مفهوم نقش های جنسیتی را می توان با شاخص های همچون اختصاص پاره ای از وظایف و کارهای خانگی یا اجتماعی به یکی از دو جنس (برای نمونه، اختصاص خانه داری و تربیت فرزندان به زنان و اختصاص نان آوری و رهبری سیاسی به مردان) و نیز انتظار ویژگی های شخصیتی و رفتاری متفاوت از هر یک دو جنس (مانند: انتظار روحیه و رفتار عاطفی از زنان و انتظار سلطه جویی و حسابداری از مردان) تعریف کرد (ساروخانی، ۱۳۸۰). مطالعه ی نقش های جنسیتی و تفاوت های جنسی همواره مورد توجه محققان بوده است، یکی از تفاوت های جنسیتی که مورد مطالعه قرار گرفته بیماری های شایع در هر دو جنس و میزان شیوع آن بوده است. بیماری شایع در میان جامعه ی زنان شامل اضطراب<sup>6</sup>، افسردگی<sup>7</sup>، اسکیزوفرنی<sup>8</sup> و وسواس<sup>9</sup> بوده است که میزان شیوع آنها در میان زنان بیشتر از مردان بوده است. بنیه ی ضعیف زنان باعث شده است که توجه خاصی به خود نشان دهند و در صورت بروز کوچکترین علایم جسمی آن را یک بیماری قلمداد می کنند (حمیدی و همکاران، ۱۳۹۳). افرادی که مبتلا به

- 
1. Gender roles
  2. Feminist
  3. Division of labor by gender
  4. Behaviors
  5. Attitudes
  6. Anxiety
  7. Depression
  8. Schizophrenia
  9. Obsessed

اسکیزوفرنی از نوع پارانوئید<sup>10</sup> آن هستند با اشتغال ذهنی یا هذیان<sup>10</sup> و توهم شنوایی<sup>11</sup> و احساسی فراوان روبه رو هستند. از علایم شایع اسکیزوفرنی ترس از گزند و آسیب است. به گفته ی فروید<sup>12</sup> به دلیل اینکه زنان به صورت بالقوه آمادگی اضطراب را دارند و در مرز اختلال اسکیزوفرنی نسبت به مردان در سطح آمادگی بالاتری هستند، بنابراین این احتمال وجود دارد که وسواس‌ها و اشتغال‌های ذهنی آنها به دلیل ناکامی در همانند سازی‌های کودکی بیشتر از مردان باشد (ویزر، کوک و بوک من، ۲۰۰۱). وسواس یک بیماری شایع در میان زنان و مردان است و یکی از دلایل گرایش افراد به سمت وسواس یادگیری است؛ یعنی افراد این عمل را از نزدیکان خود می‌آموزند. برخلاف تصور جامعه که مردان بیشتر دچار وسواس می‌شوند و شیوع آن در هر دو جنس مساوی است اما رفتارهای وسواسی در میان زنان مشهود تر از مردان است و می‌توان گفت که علایم وسواس فکری<sup>1</sup> نسبت به بیماری در خود، در میان زنان محسوس تر از مردان است. (حبیب پور و همکاران، ۱۳۹۳).

در اوایل سال ۱۹۷۰ بم<sup>2</sup> اسپنس<sup>3</sup> و هلمریچ<sup>4</sup> مطرح کردند که محور زنانگی\_ مردانگی به اشتباه عنوان شده است و باید محور جهت‌گیری مردانه\_ زنانه را عنوان کرد. آن‌ها اعتقاد داشتند که جهت‌گیری مردانه از قبیل پرخاشگری<sup>5</sup>، جسور بودن<sup>6</sup> و جهت‌گیری زنانه از قبیل حامی و تربیت‌کننده مستقل از یکدیگرند. بنابراین دلیلی وجود ندارد که اگر شخصی پرخاشگر یا جسور است دیگر نمی‌تواند تربیت‌کننده باشد. همچنین دلیلی وجود ندارد که مردان به دلیل قوی بودن حساسیت و وسواس کمتری داشته باشند یا زنان چون ضعیف‌اند واجد حساسیت بیشتری باشند. درحالی‌که حساسیت ویژگی خاص زنانه است و جسور بودن ویژگی خاص مردانه است (ویلکینسون، ۱۹۹۶ به نقل از بیگی، ۲۰۰۲). از نظر تفاوت‌های روانشناختی<sup>7</sup> مردان موقعیت‌ها را کلی درک می‌کنند در حالی‌که زنان به جزئیات و نکات ظریف بیشتر توجه می‌کنند. مردان ریسک‌پذیرند و تجربه‌گرا<sup>8</sup>، اما زنان به دنبال برگزیدن بهترین ارزش‌ها و انتقال آن به نسل‌های بعدی می‌باشند. مردان تمایل دارند بعضی مسائل را به تاخیر بیندازند، به عنوان مثال برای مردان پیش‌پزشک رفتن برای بیماری‌های عادی عیب است، اما زنان برای کوچک‌ترین سرما خوردگی به پزشک مراجعه می‌کنند. شاید به این دلیل باشد که رضایتمندی زنان و مردان از نظر سلامت

10. Paranoid

10. Delusions

11. The hallucination of hearing

12. Freud

1. Obsessed Mental

2. bam

3. aspen's

4. helm rich

5. Violence

6. Being bold

7. Psychological differences

8. Experience oriented

با هم متفاوت هستند. مردان سلامت را درگرو حفظ استقلال نسبی بدنی خود می دانند اما زنان سلامت را عاری بودن از هر نوع درد و مرض جزئی می دانند. مردان دو برابر زنان بیمار می شوند اما زنان اهمیت بیشتری به سلامت خودمی دهند (طلایی و همکاران، ۱۳۸۸).

خودبیمارپنداری<sup>۹</sup> اختلالی روانی است که فرد با وجود برخورداری از سلامت بدنی، به وجود یک بیماری جدی در خود معتقد است. این باور اشتباه باید حداقل ۶ ماه دوام داشته باشد تا بیماری تلقی شود. با وجودی که در معاینات بالینی و آزمایشگاهی کامل هیچ مشکل و بیماری مشاهده نمی شود فرد خود بیمارپندار به ابتلا به یک بیماری جدی معتقد است و به تشخیص پزشک مشکوک است (آرلینگتون، ۲۰۱۳). میزان شیوع این اختلال در پنجمین نسخه بازبینی شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (DSM\_IV) حدود ۷-۲ درصد است (بارسکی و همکاران، ۲۰۰۱). خود بیمارپنداری می تواند پس از بیماری جدی یا مرگ یکی از نزدیکان بیمار یا به دلیل یک بیماری جسمانی در کودکی شخص که بهبود یافته ولی شخص را در وضعیت (هیپوکندریا) باقی گذاشته، ایجاد گردد (الینگسن و همکاران، ۲۰۰۲). علت دیگری که در مورد این اختلال مطرح است حساسیت بیش از حد بیمار به احساس های بدنی و آستانه تحمل پایین او نسبت به درد و ناراحتی جسمی است (مارکوس و همکاران، ۲۰۰۷). در نهایت رویکرد روان پریشی<sup>۱۰</sup> از جمله دلایل دیگری است که مطرح می باشد و بر طبق آن رفتار پرخاشگرانه و خصمانه نسبت به دیگران از طریق قسمت خاصی از بدن، به سمت خود بر می گردد (دلاهاوسز و همکاران، ۱۹۸۲). در یک مطالعه که در سال ۲۰۰۱ در کانادا توسط (لوپر و همکاران) انجام شد شیوع خودبیمارپنداری در جمعیت عمومی کانادا بررسی گردید. مشخصاتی از قبیل ویژگی های اجتماعی، پزشکی، روانپزشکی، وضعیت سلامتی و ناتوانی افراد مورد بررسی قرار گرفتند. در این پژوهش شیوع خودبیمارپنداری در جمعیت عمومی کانادا ۲-۱ درصد تخمین زده شد. در مطالعه دیگری (بارسکی و همکاران، ۱۹۹۰) شیوع خود بیمارپنداری را در ۱۳۶ بیمار بررسی کردند، شیوع خود بیمارپنداری بین ۳/۶ تا ۲/۴ درصد تخمین زده شد که تا اندازه ای کمتر از میزان اختلال اضطراب عمومی بود و قابل مقایسه با اختلال سوء مصرف الکل بود. به علاوه میزان این اختلال در زن و مرد و افراد بالای ۶۵ سال و زیر ۶۵ سال نیز تفاوت معنا داری نداشت. در مطالعه ای که در سال ۱۳۸۸ توسط (دکتر طلایی و همکاران) انجام شد شیوع علائم خودبیمارپنداری در حد مرزی ۳۶/۸ درصد و شیوع این اختلال در بین دانشجویان علوم پزشکی مشهود ۱۶ درصد بود. این اختلال به طور چشمگیری در دانشجویان دختر شایع تر بود ولی با وضعیت تأهل رابطه ای نداشت. دانشمندان حوزه ی روان تحلیل گری معتقدند: «افرادی که خودبیمارپنداری یا هیپوکندریا<sup>۱</sup> دارند حساسیت

9. Self illusion

10. Psychodynamic

1. Hypochondriasis

بیشتری نسبت به اندام و بدن خود دارند. این افراد بیشتر به سلامت خود مشکوک اند، بدن خود را مکرر واری می کنند. آنها بیشترین نگرانی را در مورد سلامت بدنی خود دارند. «تحقیقات نشان می دهد زنان به دلیل اینکه وسواس فکری\_عملی<sup>2</sup> بیشتری نسبت به مردان دارند حس خودبیمارپنداری و نگرانی در مورد سلامت بدنی شان هم بیشتر از مردان است (ویزر، کوک و بوک من، ۲۰۰۲). یکی از چالش های پیش رو شیوع زیاد اختلالات روانی<sup>3</sup> در میان زنان است که این امر می تواند دلایل زیادی از جمله خطاهای تشخیصی،<sup>4</sup> علل بیولوژیکی<sup>5</sup> و شناختی<sup>6</sup>، بروز برخی افسردگی ها به دلیل هورمون های زنانه و... داشته باشد. یکی از این اختلال ها خودبیمارپنداری است. مراجعات پزشکی سرپایی آماری از نسبت های ۷۵ درصد زنان نسبت به مردان به دست می دهد، طبق این آمار ها ۳۰ درصد این مراجعات سرپایی ناشی از نگرانی های درمورد سلامت خود می باشند (حبیب پور و همکاران، ۱۳۹۳). با اینکه زنان و مردان نسبت به وجود بیماری در بدن خود یکسان اعلان نظر می کنند اما زنان به دلیل نگرش لطیف تر و ظریفتر به فیزیک و جسم خود، حساسیت خاصی هم نسبت به سلامتی از خودنشان می دهند به همین دلیل رتبه ی خودبیمارپنداری و مراجعات پزشکی و کلینیکی آنها در مورد شکایت از بیماری های جسمی بیشتر از مردان بوده است (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰).

نتایج کم و بیش متفاوتی در تحقیقات در مورد میزان خودبیمارپنداری در جنس زن و مرد وجود داشته است. با توجه به اینکه بیشتر تحقیقات بیانگر درصد بالای شیوع خودبیمارپنداری در میان زنان بوده است، پژوهش حاضر توجه به نقش جنسیتی (مردانه\_زنانه) را در دختران مورد نظر قرار داده است که هدف کلی آن، تعیین رابطه ی نقش های جنسیتی (مردانگی\_زنانگی) و خودبیمارپنداری در دانشجویان دختر می باشد. با توجه به مطالب مذکور پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این مسأله اصلی می باشد که آیا بین نقش های جنسیتی (مردانگی\_زنانگی) و خودبیمارپنداری در دانشجویان دختر رابطه ی معناداری وجود دارد؟

### ابزار و روش

پژوهش حاضر یک مطالعه ی پیمایشی است که با استفاده از روش های پرسشنامه ای (آزمونی) داده ها را جمع آوری نموده است.

### جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه ی آماری کلیه ی دانشجویان دختر دانشگاه کردستان که در محدوده سنی ۱۹ تا ۲۷ سال بوده اند و با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده ۵۰ نفر از آنها به عنوان نمونه هدف انتخاب شدند. روش

2. Obsessed mental\_ practical

3. Psychopathy

4. Diagnostic errors

5. Biological causes

6. Cognitive

گردآوری داده‌ها با استفاده از دو پرسشنامه نقش‌های جنسیتی بم و خودبیمارپنداری ایوانز بوده است. داده‌ها با استفاده از روش همبستگی پیرسون<sup>۱</sup>،  $t$  تک نمونه‌ای و تحلیل رگرسیون تحلیل شده‌اند. پرسشنامه نقش جنسیتی بم، دارای ۶۰ پرسش است که هر پرسش شامل هفت گزینه از کاملاً غلط تا کاملاً درست است و نمره‌ها از یک تا هفت نمره ۱ به گزینه کاملاً غلط و نمره هفت به کاملاً درست اختصاص دارد. در این پرسشنامه ۲۰ سوال نقش مردانگی<sup>۲</sup> را می‌سنجد و ۴۰ سوال هم نقش زنانگی را می‌سنجد که ۲۰ سوالی که مربوط به نقش مردانگی می‌باشد، نمراتشان جمع شده و تقسیم بر بیست می‌شود نمره حاصله نمره مردانگی یا زنانگی است. اگر نمره مردانگی و زنانگی بالاتر از ۹/۴ بود دو جنسیتی<sup>۳</sup> محسوب می‌شود در صورتی که پایین‌تر از این میانگین باشد نمره مردانگی و زنانگی هر فرد را به دست می‌دهد.

ابزار دوم پژوهش، پرسشنامه خودبیمارپنداری ایوانز که برای سنجش میزان دغدغه‌ی افراد نسبت به سلامتی خود یا به عبارتی خودبیمارپنداری افراد است. این پرسشنامه از ۳۶ سوال تشکیل شده است که هر ۳۶ سوال آن بلی-خیر است. این پرسشنامه در کشور ما چندین بار هنجار یابی شده است و نمره‌گذاری آن به صورت رتبه‌ای صورت گرفته است. در نهایت داده‌های به دست آمده با استفاده از روش همبستگی پیرسون، تی تک نمونه‌ای و تحلیل رگرسیون تحلیل شد.

### یافته‌ها

پایایی پرسشنامه‌ی خودبیمارپنداری ایوانز<sup>۴</sup> به روش آزمون کرونباخ آلفا<sup>۵</sup> در تحقیقات طولی و همکاران در سال ۱۳۸۸ برابر با ۸۹ درصد گزارش شده است. نمره‌گذاری پرسشنامه به این صورت است افرادی که بین ۰-۱۰ قرار دارند هیچ اثری از خودبیمارپنداری در آن‌ها وجود ندارد و رتبه آن‌ها بدون خودبیمارپنداری است. افرادی که بین ۱۱-۲۰ قرار دارند نمره متوسط و هنجار را دارند، این افراد نگرانی‌هایی در باره‌ی خودبیمارپنداری دارند یعنی در حد متوسط و میانگین‌اند. افرادی که بین ۲۱-۳۰ قرار دارند نسبتاً خودبیمار پندارند این افراد بیماری‌های خود را بزرگ جلوه داده‌اند اما هنوز زندگی‌شان تحت الشعاع آن قرار نگرفته است. افرادی که بین ۳۱-۴۰ قرار دارند تا حدودی خودبیمارپنداری خود را پذیرفته‌اند و دیگران نیز این ویژگی را در او تشخیص می‌دهند. افرادی که بین ۴۱-۶۰ قرار دارند خودبیمارپندار هستند. آنها باید این واقعیت را بپذیرند که خود را بیمار می‌پندارند و افرادی که نمره آنها بیش از ۶۰ می‌باشد نیاز به مراجعه به پزشک و درمانگری دارند (صمدی و همکاران، ۱۳۸۷).

1. Pearson correlation
2. Meaningful relationship
3. Bisexual
4. Evans
5. Cronbach alpha

جدول ۱ در پاسخ به سوال پژوهشی (میزان شیوع خودبیمارپنداری در دانشجویان دختر دانشگاه کردستان چقدر است؟) ذکر شده است.

جدول ۱: فراوانی توصیفی درصد شیوع خودبیمارپنداری

فراوانی درصدی	فراوانی	سطوح خود بیمار پنداری
۰/۴	۲	بدون خود بیمار پنداری
۰/۳۲	۱۶	متوسط (میانگین)
۰/۴۴	۲۲	نسبتاً خود بیمار پندار
۰/۶	۳	تا حدودی خود بیمار پندار
۰/۱۲	۶	خود بیمار پندار
۰/۹۸	۴۹	کل
۰/۲	۱	داده از دست رفته
۰/۱۰۰	۵۰	کل

جدول ۱ نشان می‌دهد که شیوع خودبیمارپنداری در میان دانشجویان دختر دانشگاه کردستان ۱۲ درصد بوده است. کم‌ترین درصد فراوانی مربوط به سطح بدون خود بیمارپنداری یعنی ۴ درصد بوده است، بیشترین درصد فراوانی مربوط به سطح نسبتاً خودبیمارپندار ۴۴ درصد بوده است، حد متوسط و مرزی درصد فراوانی برای میانگین خودبیمارپنداری یعنی ۳۲ درصد بوده است و ۶ درصد آن مربوط به سطح تا حدودی خودبیمارپندار است. طبق یافته‌های جدول، ۶ نفر از ۵۰ نفر مورد مطالعه خود را بیمار می‌دانند و بقیه‌ی افراد خود را در حد متوسط یا نسبتاً و یا تا حدودی خودبیمارپندار قلمداد می‌کنند.

جدول ۲: ماتریس همبستگی

خودبیمارپنداری	زنانگی	مردانگی	متعییر
		۱	مردانگی
	۱	۰/۲۳۸	زنانگی
۱	۰/۲۸۸	۰/۱۷۷	خود بیمار پنداری

جدول ۳: ضریب همبستگی پیرسون خودبیماری‌پنداری و نقش‌های جنسیتی

خودبیماری‌پنداری	زنانگی	مردانگی	
۱۱۷٪	۲۳۸٪	۱	همبستگی پیرسون
۴۱۹٪	۰۹۵٪	۰۹۵٪	سطح معناداری
۵۰	۵۰	۵۰	تعداد
۲۸۸٪*	۱	۲۳۸٪	همبستگی پیرسون
۰۴۲٪	۰۹۵٪	۰۹۵٪	سطح معناداری
۵۰	۵۰	۵۰	تعداد
۱	۲۸۸٪*	۱۷۷٪	همبستگی پیرسون
۰۹۵٪	۰۴۲٪	۴۱۹٪	سطح معناداری
۵۰	۵۰	۵۰	تعداد

\* علامت یک ستاره به صورت توان بر روی ضریب همبستگی زنانه یعنی ۲۸۸ درصد به معنی این است که معنی داری رابطه بین دو متغیر در سطح خطای کوچک تر از ۵ درصد و اطمینان ۹۵ درصد قابل تفسیر است. به این معنا که در سطح معنا داری ۹۵ درصد بین متغیر زنانگی با خودبیماری‌پنداری ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد.

جدول ۴: میانگین خطای استاندارد، خطای برآورد میانگین

خطای برآورد میانگین	خطای بر آورد	میانگین	تعداد	
۱/۴۴	۱۰/۲۳	۲۴/۰۴	۵۰	خودبیماری‌پنداری
۰۹۸۴	۶۹۶	۴/۸۱	۵۰	مردانگی
۰۹۴۸	۶۷۰	۴/۹۴	۵۰	زنانگی

در جدول ۳ میانگین نمرات خودبیماری‌پنداری ۲۴/۰۴ است، برای هر کدام از موارد مردانگی و زنانگی حدود میانگین ۵ بوده است.

جدول ۵: تحلیل رگرسیون

P	T	Beta	SE	B	متغیر
۰/۷۶۶	۰/۲۸	-	۰/۷۲۵	۰/۲۰۶	مقدار ثابت
۰/۲۴	۲/۲۹۹	۰/۲۸۴	۰/۰۲۲	۰/۰۵۱	مردانگی
۰/۰۱۲	۳/۱۶۵	۰/۳۵۵	۰/۰۴۰	۰/۷۱	زنانگی
$ADJ. R^2 = ۰/۱۵۷$			$R^2 = ۰/۱۹۶$		$R = ۰/۴۴۳$



در تفسیر جدول فوق، در گام اول به میزان  $ADJ.R^2$  توجه می‌شود. این میزان نشان می‌دهد که مدل مذکور چند درصد از واریانس خودبیمارپنداری را پیش‌بینی می‌کند. به این معنی که مردانگی - زنانگی ۱۵ درصد از واریانس خودبیمارپنداری را پیش‌بینی می‌کند. زیرا میزان  $ADJ.R^2$  برابر با ۱۵ درصد می‌باشد در صورتی که این مقدار در ۱۰۰ ضرب شود برابر با ۱۵ خواهد شد. شاخص بعدی میزان بتای (Beta) هر متغیر است. همانگونه که از مقادیر P-Value هر یک از متغیرها دیده می‌شود مردانگی و زنانگی هستند که به صورت معناداری خودبیمار پنداری را پیش‌بینی می‌کنند. در تفسیر این یافته‌ها اینگونه مطرح می‌شود که با افزایش یک انحراف استاندارد در نمره مردانگی، نمره خودبیمارپنداری ۲۸ درصد انحراف استاندارد افزایش خواهد یافت. همچنین با افزایش یک انحراف استاندارد در نمره زنانگی، نمره خودبیمارپنداری ۳۵ درصد انحراف استاندارد بالاتر خواهد رفت.

جدول ۴ در پاسخ به سوال پژوهشی (کدام یک از نقش‌های مردانگی\_زنانگی دانشجویان دختر با خودبیمارپنداری ارتباط بیشتری دارد؟) ذکر شده است.

جدول ۶: مقادیر مرتبط با t تک نمونه‌ای برای مقایسه دو گروه جنسیتی (مردانگی\_زنانگی) در رابطه با خودبیمارپنداری

تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	درجه آزادی	t	
۲۴/۰۴	۰۹۵٪	۴۹	۱۶/۶۱	خودبیمارپنداری
۴/۸۱	۰۹۵٪	۴۹	۴۸/۸۴	مردانگی
۴/۹۴	۰۹۵٪	۴۹	۵۲/۱۸	زنانگی

مقدار آزمون t تک نمونه‌ای برای مردانگی ۴۸/۸۴ و زنانگی ۵۲/۱۸ بوده است. در جدول نتایج t نشان می‌دهد که با اطمینان ۹۵ درصد و سطح خطای کوچک‌تر از ۱ درصد تفاوت آماری معناداری بین دو میانگین واقعی وجود دارد. ضمن آنکه در این جدول میانگین واقعی برای مردان ۴/۸۱ و برای زنان ۴/۹۴ از مقدار میانگین زنان بالاتر از مردان است و این خود نشانه‌ی تفاوت معنی‌دار بین دو نقش جنسی در خودبیمارپنداری دانشجویان دختر می‌باشد. بنابراین از آنجایی که t محاسبه شده‌ی ما با درجه‌ی آزادی ۴۹ بزرگ‌تر از t جدول است به معنای تفاوت معنی‌دار بین میانگین نقش‌های جنسیتی دانشجویان دختر در زمینه خودبیمارپنداری شان می‌باشد.

در پاسخ به سوال پژوهشی (کدام یک از نقش‌های مردانگی\_زنانگی دانشجویان دختر با خودبیمارپنداری ارتباط بیشتری دارد؟) می‌توان گفت که با توجه به نتایج جدول ۴ میانگین نمرات خودبیمارپنداری زنان بیشتر از مردان بوده است، بنابراین نقش جنسیتی زنانگی با خودبیمارپنداری ارتباط بیشتری دارد.

### بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه ی پیمایشی خودبیمارپنداری دانشجویان دختر مورد مطالعه قرار گرفته و مشکلات خود بیمارپنداری آن ها در پنج سطح طبقه بندی شد که به ترتیب عبارتند از: ۱- بدون خودبیمارپنداری ۲- خودبیمارپنداری متوسط ( میانگین ) ۳- نسبتاً خودبیمارپنداری ۴- تا حدودی خودبیمارپنداری ۵- خودبیمارپنداری.

در این مقاله ۵۰ نفر از دانشجویان دختر دانشگاه کردستان مورد بررسی قرار گرفتند. ابتدا با بررسی شیوع خودبیمارپنداری دانشجویان تنها ۴ درصد خودشان را کاملاً بیمار می دانستند و بیشتر آنها تا حدودی خود را بیمار می پندارند. در مجموع با تفسیر آزمون های انجام شده، ارتباط نقش های جنسیتی با خودبیمارپنداری مثبت بوده و نشان دهنده ارتباط معنا دار به ویژه نقش زنانگی با خودبیمارپنداری می باشد. همچنین تحلیل رگرسیون نشان می دهد که نقش زنانگی پیش بینی کننده ی خوبی برای خود بیمارپنداری دختران می باشد. تفسیر یافته ها هم در همبستگی و هم در رگرسیون حاکی از ارتباط نقش زنانگی دختران و خود بیمارپنداری آنها می باشد. با وجود اینکه تا به امروز بیشتر مطالعات انجام شده تأکید بر شیوع این بیماری در میان دو جنس (زن و مرد بوده) بوده، بنابراین نمی توان گفت خودبیمارپنداری دانشجویان دختر را صرفاً ناشی از نقش های جنسیتی پذیرش شده ی آنها دانست، اما آنچه در پژوهش حاضر برجسته است این است که ارتباط معناداری بین نقش جنسیتی زنانگی با خودبیمارپنداری دختران وجود دارد به این معنا که دختران سطح بالایی از خودبیمارپنداری را از خود نشان می دهند. تفاوت شیوع خودبیمارپنداری در مطالعات مختلف و عوامل وابسته به آن ممکن است ناشی از ابزارهای متفاوت مورد استفاده و ابزارهای سنجش متفاوت باشد. همچنین سطح بالای خود بیمارپنداری دختران در کشور ما ممکن است ناشی از عقاید و باورهای خانوادگی و اجتماعی جامعه باشد یا حتی برجسته کردن علایم جنسی در جنسیت دختران و حساسیت بیش از حد والدین نسبت به دختران می تواند دلیل دیگری برای این تفاوت ها باشد. در مطالعات طلایی و همکاران (۱۳۸۸) با توجه به اینکه جامعه ی آماری زنان بیشتر از مردان بوده به همان میزان شیوع خودبیمار پنداری در میان آنها زیاد بوده و این هم از دلایلی است که جنس زن آمار بیشتری از خودبیمارپنداری را دارد

یافته های پژوهش حاکی از آن است که مشکلات مربوط به دغدغه ی سلامتی با عنوان خودبیمارپنداری در دانشجویان دختر ناشی از غلبه ی نقش جنسیتی زنانگی در این دانشجویان است و ارتباط معنادار نقش جنسیتی با خودبیمارپنداری در این دانشجویان معلوم می نماید که دختران در جامعه ی مورد نظر از نظر جنسیتی مورد کم توجهی و تبعیض قرار گرفته اند. علاوه براین، ارتباط مثبت و معنی دار نقش جنسیتی زنانگی با خودبیمارپنداری و ارتباط معنی دار منفی و معکوس نقش جنسیتی مردانگی با خودبیمارپنداری دانشجویان دختر نشان می دهد که نقش جنسیتی زنانه مورد تحقیر واقع شده و نیازمند دوباره سازی جایگاه های زنانه و مردانه در جامعه ی ماست .

یافته‌های این پژوهش با تحقیقات طلایی و همکاران (۱۳۸۸) که نشان داده‌اند همبستگی مثبت بین جنسیت زنانه و خودبیمارپنداری وجود دارد، هماهنگ است. مشکلات خودبیمارپنداری در ارتباط با نقش جنسیتی که مورد مطالعه قرار گرفت نه تنها بر ناسازگاری شخصیتی اثر گذار است بلکه موجب تحریف نقش‌های جنسیتی مانند دو جنسی شدن، گرایش به دگر جنسی شدن و... می‌شود. در ارتباط با خودبیمارپنداری‌های گزارش شده می‌توان احتمال برخی مشکلات روانی نظیر آنچه ذکر شد و مشکلات دیگر همچون اسکیزوفرنی، شخصیت تجزیه‌ای و دوجنسیتی شدن را پیش‌بینی کرد.

خودبیمارپنداری می‌تواند زمینه‌ی بسیاری از مشکلات دیگری همچون افسردگی، خودکشی، بزهکاری و رفتارهای نابهنجار دیگری را هم فراهم آورد از این رو علاوه بر اینکه نیازمند پژوهش‌های گسترده‌تر و جامع‌تری در این زمینه هستیم نیاز به متخصصین حوز‌های مختلف علوم انسانی مانند روانشناسی، جامعه‌شناسی و جامعه‌ی پزشکان است تا تعمیم یافته‌ها بهتر صورت گیرد و همچنین گستره‌ی عملی پژوهش برای ارائه خدمات بهتر شود. همان‌طور که از یافته‌های پژوهش بر می‌آید دختران نسبت به نقش جنسیتی خود نگرانی‌های زیادی دارند این نگرانی‌ها می‌تواند گفت‌ناشی از نوع شکل‌گیری هویت جنسیتی آنها یا ناشی از برخورد جامعه با نقش زنان در امورات اجتماعی می‌باشد. زمانی که یک زن در ارتباط با هویت و نقش خود تردید داشته باشد می‌تواند برای نقش جنس مقابل خود رقابت کند و این در هم‌ریختگی نقش‌ها را بوجود می‌آورد که می‌تواند زمینه‌ی شکل‌گیری هویت ناقص آنها شود. با توجه به نتایج این تحقیق و پژوهش‌های مرتبط می‌توان به این نتیجه رسید که در مجموع دانشجویان دختر مورد مطالعه‌ی این پژوهش با برخی مسائل و مشکلات مربوط به نقش جنسیتی روبرو هستند که بر خودبیمارپنداری آن‌ها اثر گذار است و دیگر جنبه‌های زندگی آنها را تحت تاثیر قرار داده لذا جا دارد که برنامه‌ریزان آموزشی و مشاوران دانشگاهی ما در جهت رفع این مشکلات اقدامات اساسی به عمل آورند. در پایان پیشنهاد می‌گردد صاحب‌نظران و متخصصان جهت کمک به بیماری (خودبیمارپنداری) خدمات مشاوره‌ای و راهنمایی دانشجویان دختر در زمینه‌ی پذیرش نقش‌های جنسیتی زنانگی مربوط به هویت و نقش زنانگی را توسعه دهند و همچنین بر اساس یافته‌های تحقیق، دانشجویان دختر دغدغه‌هایی در مورد سلامت خود دارند، معلوم است این دانشجویان خود را بر اساس نقش جنسیتی زنانگی، خود را ضعیف و شکننده می‌بینند. بهتر است در رابطه با این مسئله نقش‌ها را تقویت کرد تا تحریف‌های جنسیتی کاهش پیدا کند. اصلاح باورهای عمومی جامعه در مورد نقش‌های زنانگی و مردانگی به ویژه در زمینه‌های شغلی و اجتماعی و اصلاح نگرش والدین در برجسته‌نمایی علایم جنسیتی دختران یکی دیگر از پیشنهادات این پژوهش می‌باشد.

**Reference**

- American Psychiatric Association, (2000), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition, text revised. Washington, DC: American Psychiatric Association, 218-225.
- Arlington, R. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association; Fifth Edition (DSM\_5), 24-30.
- Barsky, A. J., Ahern, D. K., Bailey, E. D., Saintfort, R., Liu, E. B., Peekna, H. M. (2001). Hypochondriasis patients' appraisal of health and physical risks, *American Journal of Psychiatry* 158(5), 783-787.
- Barsky, A. J., Wyshak, G., Klerman, G. L., Latham, K. S. (1990). The prevalence of hypochondriasis in medical outpatients. *Association Psychiatry Epidemiological*, 25(2), 89-94.
- Bostan (Najafi), H. (2006). Review of Gender-Role Theories. *Women in Development and Politics*, (4) 14, 5-31, {In Persian}.
- Delahousse, J., Hitter-Spinelli, B., Pedinielli, J. L. (1982). What does the painful «organ» represent in hypochondriasis? *Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr*, 131(1), 41-54.
- Ellingsen, A. E., Wilhelmsen, I. (2002). Disease anxiety among medical students and law students. *Tidsskr nor Laegeforen*, 122(8), 785-787.
- Habibpour, Z., Taebi, M., Akbarbeglo, A., (2003). Comparison of body image satisfaction in boy & girl teenagers of Isfahan high schools during year 20002-2003, *journal Community Health*, 3(4), 38-43 {In Persian}.
- Hamidi, L., Bakhtiarpour, S., (2014), Investigating the Relationship of Age with Feeling alone, Body image and general health General Surgery Applicants and non-Applicants of Ahvaz city per year 2015, The second National Conference on Research and Treatment in clinical Psychology, 1-7 {In Persian}.
- Marcus, D. K., Gurley, J. R., Marchi, M. M., Bauer, C. (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: a systematic review, *Clinic Psychology Reward*, 27(2), 127-139.
- Looper, K. J., Kirmayer, L. J. (2001). Hypochondriasis concerns in a community population. *Psychological Medicine*, 31(4), 577-584.
- Samadi, H., Rajabi, R., SHahi, Y. (2008). Investigating the relationship between the degree of kyphosis and psychological factors in male students

- of Tehran University, Journal of Fundamentals of Mental Health, 10(1), 55-62 {In Persian}.
- Sarukani, B. (2001). Encyclopedia of Social Sciences. Third Print, Tehran: Kayhan Publications, Volume 1, 43-48, {In Persian}.
- Talaei, A., Fayyazi, Bordbar, M. R., Nasiraei, A., Samary, A. A., Mirshojaeian, M., Rezaei Ardani, A. (2009). Hypochondriasis in Resident Students of Mashhad University of Medical Sciences. journal of Elam university of medical sciences, 17(1), 1-17 {In Persian}.
- Visser, K., Boukman, S. (2001). The treatment of hypochondriasis: Exposure plus response prevention vs cognitive therapy, Journal Behavior Research and Therapy, 39, 423-442.

---

**The relation of the sexual role of masculine \_feminine and Self illusion  
in female Students university of Kurdistan**

*Uosef Fathi*<sup>1</sup>  
*MOHAMMAD GHADERI*<sup>2</sup>  
*Anvar Miri*<sup>3</sup>

**Abstract:**

Various studies have shown different results about the relationship between gender roles and self illusion of people. Some Researches have reported that Self illusion is more found in men and-according to others it is more found in women in women. Self-patient is the thought of someone who, despite his or her physical health, considers him/her as having physical impairments. They are also concerned about their health. the aim of the present study was to determine the relationship between the gender roles (masculine-feminine) and self-illusion of the female university students. the aim of the present study was to determine the relationship between the gender roles (masculine-feminine) and self-illusion of the female university students. For this purpose 50 female students were selected as the sample based on random sampling. For this purpose 50 female students were selected as the sample based on random sampling For this purpose 50 female students were selected as the sample based on random sampling They answered the questionnaires of the gender role of (Bam, ....) and self-illusion of( Evans, .....) They answered the questionnaires of the gender role of (Bam, ....) and self-illusion of( Evans, .....) They answered the questionnaires of the gender role of (Bam, ....) and self-illusion of( Evans, .....) Collected data were analyzed data has been analyzed by Pearson correlation method, Regression analysis and one sample (T) test. The results showed that feminine role in girls has positive and meaningful correlation with Self illusion and masculine role in girls has negative meaningful correlation with Self illusion.

**Key words:** Self illusion, Role masculinity, Role femininity, Gender roles.

---

1 . Master of Educational Psychology, Shahid Beheshti University, Faculty of Educational Science and Psychology, Tehran, Iran

2 . Bachelor of Primary Education, Farhangian University of Kurdistan, Sanandaj, Iran (Top Researcher)

3 . Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Farhangian University, Kurdistan, Iran