

رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت و راهبردهای مقابله‌ای استرس با علائم اختلال هویت جنسی

تاریخ دریافت: ۹۹/۱/۲۲

تاریخ تأیید: ۹۹/۸/۵

علی خادمی

دانشیار گروه روانشناسی، مرکز تحقیقاتی روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.
dr_ali_khademi@yahoo.com

چکیده

هدف این تحقیق بررسی رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت و راهبردهای مقابله‌ای استرس با علائم اختلال هویت جنسی است. روش این مطالعه، توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری شامل کلیه مراجعین بیمارستان روان‌پزشکی شهر ارومیه بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۱۷۷ نفر انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از چک‌لیست اختلال هویت جنسی، مقیاس شخصیتی نئو و پرسشنامه سبک‌های مقابله استفاده شد. نتایج نشان داد ۳/۳۹ درصد نمونه‌های مورد مطالعه، علائم اختلال هویت جنسی دارند. همچنین میان برون‌گرایی، تجربه‌پذیری، توافق و راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار با علائم اختلال هویت جنسی، رابطه منفی و بین روان‌رنجورخویی و راهبرد اجتنابی با آن رابطه مثبت وجود دارد. به علاوه ویژگی‌های شخصیت و راهبردهای مقابله به طور مشترک ۴۵/۲ درصد واریانس مربوط به علائم اختلال هویت جنسی را تبیین می‌کنند. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد در بررسی‌های بالینی افراد دارای اختلال هویت جنسی می‌توان با در نظر گرفتن ابعاد شخصیتی و آموزش در راستای راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه و منطقی، در راستای تعدیل علائم آنها گام برداشت.

واژگان کلیدی:

اختلال هویت جنسی، پنج عامل بزرگ شخصیت، راهبردهای مقابله‌ای استرس.

مقدمه

هویت جنسی (Gender Identity) که بخش مهمی از هویت هر انسان به شمار می‌رود، بازتاب تصویری است که هر فرد به عنوان یک زن یا مرد از خود دارد. فرد می‌آموزد با توجه به اینکه مرد یا زن آفریده شده است، باید به شیوه خاصی بیندیشید، رفتار و احساس خاصی داشته باشد. هویت جنسی انسان تحت تأثیر دو مؤلفه اکتسابی و غیراکتسابی تدوین می‌شود (علوی، جلالی و افتخار، ۱۳۹۳، ص ۴۶). جنس به عنوان یک عامل غیراکتسابی شامل ویژگی‌های زیستی، کالبدی، جسمانی و کروموزومی است که مرد و زن را از یکدیگر متمایز می‌کند؛ اما جنسیت به عنوان یک عامل غیراکتسابی، زن و مرد را به لحاظ اجتماعی - فرهنگی از یکدیگر جدا می‌کند و بر اساس ویژگی‌هایی که غالباً خصوصیات ویژه دو جنس قلمداد می‌شود، شکل می‌گیرد. به طور معمول مختصات جنسی (Sex) و جنسیتی (Sexuality) مردم با یکدیگر هماهنگ است؛ اما گاهی این مختصات با یکدیگر ناسازگارند (Richardson, 1999, p.13).

فرد دچار اختلال هویت جنسی (Gender Identity Disorder) معتقد است به جنس مقابل آنچه کروموزوم‌هایش نشان می‌دهد، تعلق دارد. او تمایل شدیدی نشان می‌دهد که به صورت عضوی از جنس مخالف زندگی کند و بر این اساس در پی تغییر دادن ظاهر اندام تناسلی خود بر می‌آید تا هرچه بیشتر با جنس مقابل خود مطابقت یابد (کاهانی، ۱۳۸۱، ص ۱۹). اختلال هویت جنسی دو مؤلفه دارد: الف) باید شواهدی مبنی بر اتخاذ پایدار و مستمر هویت جنس مخالفی که مایل به داشتن آن است یا اصرار به اینکه از جنس مخالف است، وجود داشته باشد (ملاک الف) و ب) اتخاذ هویت جنس مخالف نباید فقط به دلیل تمایل به برخورداری از امتیازهای فرهنگی متعلق به جنس دیگر باشد (Zucker & Bradley, 2002, p.122). به علاوه باید شواهدی درباره نارضایتی مستمر از جنسیت تعیین شده و احساس تناسب نداشتن با این نقش جنسی وجود داشته باشد (ملاک ب) (سادوک، سادوک و روئیز، ۱۳۹۶، ص ۳۴۶). شیوع اختلال هویت جنسی در مقایسه با بسیاری از اختلالات محور I و II رقمی بسیار پایین محسوب می‌شود (بیانی، حیدری و بهروان، ۱۳۸۹، ص ۴)؛ به طوری که به گزارش انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۱۳م)، در مردان از هر ۳۰ هزار نفر و در زنان از هر ۲۰۰ هزار نفر، یک نفر خواهان جراحی تغییر جنسیت است (گنجی، ۱۳۹۲، ص ۳۴۶). گاهی این اختلال به اندازه‌ای فراگیر و گسترده می‌شود که تمام

زندگی روانی این افراد فقط حول محور فعالیت‌هایی دور می‌زند که پریشانی آنها را کاهش می‌دهد (Halkitis, Green & Morgues, 2005, p.19). سیمانشناسی در مورد این افراد، قطعیت چندانی ندارد و نمی‌توان آنها را صرفاً از روی ظاهر و چهره‌شان شناسایی کرد. اگرچه ممکن است ظاهر برخی از این افراد نشان‌دهنده صفت خاصی در آنها باشد، هرگونه قضاوت مبتنی بر ظاهر این افراد ممکن است ما را به اشتباه بیندازد و درمان را با مشکل روبه‌رو کند. درمان قطعی این اختلال، جراحی تغییر جنسیت است که البته عملی بسیار پرهزینه و دشوار است و درعین حال چون امکان ایجاد اعضای جنسی داخلی و غدد جنسی وجود ندارد، صرفاً شکل ظاهری اندام‌های تناسلی تغییر می‌کند؛ ولی با همین روش، جسم و روان آنان هم‌خوان خواهد شد و معمولاً در بیشتر موارد با بهبود علائم روانی همراه است (جواهری و کوچکیان، ۱۳۸۵، ص ۲۷۰)؛ اگرچه نباید از نظر دور داشت که درمان قطعی و همیشگی این بیماری کاملاً محرز و آشکار نبوده و نخواهد بود و با وجود درمان از طریق جراحی تغییر جنسیت، درمان رفتاری و تغییر محیط زندگی افراد مبتلا نیز باید مدنظر متخصصان این امر قرار گیرد (Luise, 2011, P.2065).

در مورد علت ایجاد اختلال هویت جنسی، دو دسته نظریه شامل نظریه بیولوژیکی و روانی اجتماعی وجود دارد. در رویکرد بیولوژیکی، به عواملی همچون الف) استرس پیش از تولد، ب) اختلالات ژنتیکی، ج) اختلالات هورمونی، د) مشکلات مغزی و سیستم عصبی مرکزی اشاره شده و در نظریه‌های روانی - اجتماعی (Cohen & Gooren, 1999, p.317) عواملی مانند الف) وجود تمایلات هم‌جنس‌گرایانه پنهان در والد جنس موافق و القای این تمایلات به فرزندان به صورت غیرمستقیم، ب) نارضایتی برخی والدین از جنسیت کودک خود، ج) نبود والدین هم‌جنس در خانواده یا ظهور کم‌رنگ او در کوچک‌ترین واحد اجتماعی و کم شدن فرصت همانندسازی با جنس موافق و گرایش کودک به جنس مخالف، د) وجود والد هم‌جنس پرخاشگر، ه) نزدیکی بیش از حد والد جنس مخالف با فرزند، و) تجربه صحنه‌های آمیزشی جنسی در دوران کودکی با دیدن، شنیدن صدا یا هر نوع حرکت و بو و... روابط به هم‌خورده پدر و مادر با یکدیگر که سبب همانندسازی نامتعارف می‌شود، مطرح است (خدیوی زند، ۱۳۷۱، ص ۱۹). در میان دلایل روان‌شناختی، یکی از متغیرهایی که درباره این اختلال مطرح است، ویژگی‌های شخصیتی است. آلپورت از پژوهشگران بزرگ در زمینه شخصیت است که «سازمان‌یابی نظام‌های

بدنی و روانی به عنوان ویژگی‌های رفتاری و فکری در فرد را شخصیت می‌نامد» (راس، ۱۳۸۶، به نقل از سیدیان، ۱۳۹۲، ص ۳۳). عوامل ایجادکننده شخصیت دو دسته‌اند: عوامل وراثتی که پدیدآورنده ویژگی‌های جسمی هستند و عوامل محیطی که زمینه‌ساز رشد و توسعه جنبه‌های وراثتی و ایجادکننده بسیاری از خصوصیات اکتسابی شخصیت‌اند (Moss & Frith, 2015, p.26). نخستین تمایز شخصیتی که جنسیت در مرد و زن است، با ترکیب خاص کروموزومی مشخص می‌شود. ژن‌ها که در واقع انتقال‌دهنده صفات هستند، بسیار باثبات‌اند و تنها جهش و تغییرات حاد محیطی می‌توانند در ژن‌ها تغییر ایجاد کنند (ماسن و همکاران، ۱۳۹۰، ص ۲۱۵). نظریه پنج‌عاملی شخصیت بر این فرض بنا شده که تفاوت میان انسان‌ها را می‌توان بر اساس تفاوت در پنج دسته از ویژگی‌ها توصیف کرد. ۱. روان‌رنجورخویی شامل صفاتی مانند زودخشم بودن، آسیب‌پذیری در برابر رفتار دیگران، نداشتن ثبات احساسی، اضطراب داشتن، تجربه پیایی احساسات منفی؛ ۲. برون‌گرایی شامل صفاتی مانند علاقه‌مندی به حضور اجتماعی، صریح بودن، زیاد حرف زدن، هیجان‌خواهی، لذت بردن از همراهی با دیگران، در جست‌وجوی جلب توجه بودن، پرنرزی بودن؛ ۳. تجربه‌پذیری شامل صفاتی مانند کنجکاو بودن، علاقه‌مندی به هنر، ماجراجو بودن، دنبال ایده‌های جدید بودن، تنوع‌طلبی، خلاق بودن، نوآور بودن، تصویرپردازی، فرار از تکرار؛ ۴. توافق شامل صفاتی مانند اعتماد کردن به دیگران، صمیمی بودن، زمینه‌سازی برای همکاری و تعامل، همراه شدن و همراه بودن، رفتار دوستانه، به‌سادگی کوتاه آمدن در بحث‌ها و گفت‌وگوها؛ ۵. مسئولیت‌پذیری شامل صفاتی مانند هدف‌گذاری، وظیفه‌شناسی، داشتن نظم شخصی، منظم بودن، کارایی بالا، جست‌وجوی موفقیت (فیست و فیست، ۱۳۹۸، ص ۳۱۷).

در این راستا پژوهش‌هایی انجام شده‌اند؛ از جمله قاعدی، ثابتی و محمدی جوینده (۱۳۸۶، ص ۱) در بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیت و بدکارکردی‌های جنسی نشان داده‌اند که در زنان حدود ۲۷ درصد بدکارکردی‌های جنسی با توجه به ویژگی‌های شخصیتی پیش‌بینی می‌شوند و در این میان نوروزگرایی پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری برای بدکارکردی‌های جنسی در زنان است. زمانی و همکاران (۱۳۹۹، ص ۳۴) نیز نشان داده‌اند از میان عوامل شخصیتی MMPI، متغیرهای افسردگی، انحراف روانی اجتماعی، پسیکاستی (ضعف روانی) و اسکیزوفرنی با اختلال هویت جنسی رابطه معناداری دارند.

همچنین تحقیقات انجام شده توسط ثابتی، رستمی و محمدی جوینده (۱۳۸۶، ص ۱)، دادفر، دادفر و یزدان دوست (۱۳۸۸، ص ۹۶) و (Hatami & Ayvazi, 2013, p.1474) نشان دهنده وجود مشکلات شخصیتی در افراد دچار اختلال هویت جنسی است؛ با این توضیح که بیشتر این مطالعات بر اختلالات شخصیت متمرکز شده‌اند. در کنار وجود چنین مطالعاتی، الگوی پنج‌عاملی شخصیت با علائم هویت جنسی مطالعه نشده است؛ بنابراین مبنای نظری برای متغیر شخصیت در این تحقیق، مدل پنج‌عاملی شخصیت مک کری و کاستا است.

مطالعات نشان داده‌اند آشفتگی در هویت جنسی موجب سردرگمی و اغتشاش در نقش و رفتار جنسی مناسب فرد می‌شود و به دنبال آن روابط اجتماعی و بین‌فردی نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد که به بروز رفتارهای انحرافی در نقش جنسی و اضطراب و استرس و افسردگی می‌انجامد. در این جریان پرتنش، راهبردهای مقابله و کنار آمدن این افراد با استرس، موضوع مهمی است که می‌تواند در تشدید یا تعدیل علائم مطرح شود (جوهری و کوچکیان، ۱۳۸۵، ص ۲۸۲)؛ بنابراین در ارتباط با علائم این اختلال، از عوامل روان‌شناختی دیگری که می‌توان بدان اشاره کرد، راهبردهای مقابله با استرس است. استرس یا به معنای فشار یا نیرویی است که از انواع عوامل درونی و بیرونی بر فرد وارد می‌شود و بر رفتار او تأثیر می‌گذارد یا به بیان دیگر گونه‌ای ناهنجاری رفتاری است که به هنگام قرار گرفتن شخص در شرایطی ناشناخته یا نامطلوب به وجود می‌آید. در تعریفی دیگر استرس را واکنش بدن ما در برابر هر اتفاقی در محیط پیرامون می‌نامند (مدانلو، ۱۳۸۸، ص ۱۳). سبک مقابله‌ای استرس به تلاش‌های شناختی و رفتاری برای جلوگیری، مدیریت و کاهش تنیدگی اشاره می‌کند. راهبردهای مقابله‌ای شیوه‌هایی را توصیف می‌کند که بر اساس آن، فرد اعمالی را که باید برای کاستن یا ازبین‌بردن یک تنیدگی انجام دهد، محاسبه می‌کند. رفتارهای مسئله‌دار شامل جست‌وجوی اطلاعات بیشتر درباره مسئله، تغییر ساختار مسئله از نظر شناختی و اولویت دادن به گام‌هایی برای مخاطب قرار دادن مسئله می‌شود. برعکس، راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار شیوه‌هایی را توصیف می‌کند که بر اساس آن، فرد بر خود متمرکز می‌شود و تمام تلاش او متوجه کاهش احساسات ناخوشایند خویش است. واکنش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار شامل گریه کردن، عصبی و ناراحت شدن، پرداختن به رفتارهای عیب‌جویانه، اشتغال ذهنی و خیال‌پردازی است و سرانجام راهبرد مقابله‌ای اجتنابی مستلزم فعالیت‌ها و تغییراتی شناختی است که هدف آنها اجتناب از موقعیت تنیدگی‌زا است. رفتارهای مقابله‌ای اجتنابی ممکن است به شکل روی آوردن و درگیر شدن در

یک فعالیت تازه یا به شکل روی آوردن به اجتماع و افراد دیگر ظاهر شود (Riley et al, 2016, P.126). بنابراین چگونگی کنار آمدن فرد با مشکلات بر شرایط روانی او تحت تأثیر می‌گذارد که این عامل می‌تواند در اختلال هویت جنسی نقش داشته باشد؛ به طوری که بررسی‌های صورت گرفته نشان می‌دهد مبتلایان نارضایتی جنسی به خاطر ظاهر جنسی‌شان در جامعه دچار نوعی تبعیض می‌شوند که ترس از تبعیض اغلب با رفتارهای ناسازگارانه، پریشانی و انتخاب راهبردهای نابخردانه همراه است (مهرافسر، ۱۳۹۲، ص ۱۹). جعفرزاده در پژوهشی نشان داد افراد دارای اختلال هویت جنسی بیشتر از افراد بدون اختلال هویت جنسی، از راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند، از حمایت اجتماعی و خانوادگی ضعیف‌تری برخوردارند و سطح سلامت روان ایشان نیز پایین‌تر است. سبک دل‌بستگی ایمن در میان ایشان کمتر و سبک دل‌بستگی اجتنابی فراوان‌تر است و سبک دل‌بستگی دوسوگرا در دو گروه، تفاوت معناداری ندارد (۱۳۹۲، ص ۲۹). همچنین مهرافسر در نتایج مطالعه خود گزارش کرد رابطه معناداری بین سازگاری اجتماعی (مرتبط با راهبردهای مقابله‌ای به کار گرفته شده) با اختلال هویت جنسی وجود دارد (۱۳۹۲، ص ۴).

از این رو - با توجه به مبانی مطرح شده - به نظر می‌رسد پنج عامل بزرگ شخصیت همان گونه که پیش‌بینی‌کننده بسیاری از عملکردها، انتخاب‌ها و ویژگی‌های فرد است، می‌تواند درباره میزان علائم اختلال هویت جنسی نیز عامل درخور مطالعه و مهمی باشد. همچنین بر اساس تجربه‌های تنشی و استرس این بیماران، نوع راهبردهای مقابله‌ای و کنار آمدن آنها با استرس می‌تواند یک عامل قابل طرح درباره میزان علائم اختلال هویت جنسی باشد. تاکنون پژوهش‌های انجام گرفته در این حوزه بیشتر بر سنجش اختلالات شخصیت و میزان استرس این بیماران متمرکز بودند و مدل پنج‌عاملی شخصیت و سبک‌های مقابله‌ای در این افراد مطالعه نشده‌اند؛ بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این پرسش است که آیا ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای استرس با علائم اختلال هویت جنسی رابطه معنادار دارند؟ و سهم هر یک از متغیرهای ویژگی‌های شخصیت و راهبردهای مقابله با استرس در پیش‌بینی اختلال هویت جنسی چقدر است؟

روش‌شناسی تحقیق

تحقیق حاضر از نوع تحقیقات توصیفی - همبستگی است. متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش شامل ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله با استرس به عنوان متغیرهای

پیش‌بین و علائم اختلال هویت جنسی به عنوان متغیر ملاک هستند. جامعه آماری پژوهش شامل همه مراجعہ کنندگان به بیمارستان‌های روان‌پزشکی شهر ارومیه در نیمه اول سال ۱۳۹۸ بودند. روش نمونه‌گیری این پژوهش به صورت در دسترس بود. از تمام پرسشنامه‌های تکمیل شده پس از کنار گذاشتن پرسشنامه‌های ناقص و باطل و حذف ۳ نفر در فرایند غربالگری داده‌ها، ۱۷۷ آزمودنی شامل ۹۱ مرد (۵۱/۴۱ درصد) و ۸۶ زن (۴۸/۵۹ درصد) انتخاب شدند. سپس اهداف پژوهش به آنان توضیح داده و برای پرکردن پرسشنامه‌های پژوهش اقدام شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل اطلاعات با روش‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و آزمون فرضیه‌ها با آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون هم‌زمان با نرم‌افزار SPSS22 انجام شد.

ابزارهای گردآوری اطلاعات

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت‌اند از:

۱. **پرسشنامه علائم اختلال هویت جنسی:** برای سنجش از چک‌لیست ۲۳ سؤالی با ملاک‌های تشخیصی DSM استفاده شد. آزمودنی‌ها به این چک‌لیست به صورت «بلی» یا «خیر» پاسخ دادند. نمره‌گذاری آن به صورت ۱ و ۰ است. افراد دچار این اختلال به بیشتر سؤال‌های این چک‌لیست پاسخ مثبت می‌دهند؛ درحالی‌که افراد بهنجار به ندرت پاسخ مثبت می‌دهند یا هیچ‌گاه به آنها پاسخ مثبت نمی‌دهند. این چک‌لیست ترجمه ملاک‌های تشخیص اختلال هویت جنسی در DSM-IV است. از لحاظ روایی، در تحقیقات قبلی این پرسشنامه استفاده شده و معیار سنجش اختلال هویت جنسی بوده است. پایایی این چک‌لیست در پژوهش مؤمنی جاوید و شعاع کاظمی (۱۳۹۰، ص ۸۱) با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمده است. در پژوهش حاضر، میزان پایایی داده‌های پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۷۱ به دست آمد.

۲. **مقیاس شخصیتی NEOPI-R:** این پرسشنامه که توسط کاستا و مک کری (۱۹۹۲م) ابداع شده است، ۲۴۰ ماده دارد و پنج‌عامل شخصیت (نوروزگرایی، برون‌گرایی، تجربه‌پذیری، توافق و وظیفه‌شناسی) و شش‌وجه را در هر عامل (جمعاً ۳۰ وجه) اندازه‌گیری می‌کند. پژوهش‌های متعدد، پایایی و اعتبار مقیاس شخصیتی را تأیید کرده‌اند (Costa & McCrae, 1992, P.350). در یک پژوهش طولی هفت‌ساله، ضرایب پایایی ۰/۵۱ تا ۰/۸۲ برای هجده زیرمقیاس ابعاد نوروزگرایی، برون‌گرایی و تجربه‌پذیری، و ضرایب

پایایی ۰/۶۳ تا ۰/۸۱ برای پنج عامل اصلی در مردان و زنان به دست آمد (Costa, & Windiger, 2002, P.65). مطالعات انجام شده در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در نمونه‌های ایرانی (حق‌شناس، ۱۳۷۸، ص ۴۴) ضرایب اصلی آزمون پایایی را از ۰/۵۳ تا ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. کیامهر (۱۳۸۱، ص ۵۷) فرم کوتاه این پرسشنامه را بر روی نمونه‌ای با حجم ۳۸۰ نفر از دانشجویان دانشکده علوم انسانی دانشگاه تهران اعتباریابی کرد. همچنین در پژوهش ایشان برای تعیین روایی پرسشنامه پنج‌عاملی از روایی هم‌زمان و تحلیل عاملی استفاده شد. ضریب همبستگی حاصل از روایی هم‌زمان بین فرم کوتاه و بلند این پرسشنامه بین ۰/۴۱ تا ۰/۷۱ به دست آمد. برای بررسی پایایی فرم کوتاه این پرسشنامه از روش بازآزمایی استفاده شده که ضریب همبستگی میان دو اجرای آزمون، بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۶ به دست آمد. ضریب حاصل از همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۵۴ تا ۰/۷۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر، میزان پایایی داده‌های پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ، برای ۵ عامل شخصیت روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، تجربه‌پذیری، توافق و وظیفه‌مداری به ترتیب برابر با ۰/۶۶، ۰/۷۴، ۰/۶۹، ۰/۷۹ و ۰/۸۳ به دست آمد.

۳. پرسشنامه سبک‌های مقابله با استرس: این پرسشنامه توسط اندلر و پارک (۱۹۹۰م، به نقل از محمدخانی و باش قره، ۱۳۸۷، ص ۴۲) تهیه شده است. در این پژوهش، برای سنجش این متغیر از فرم ۴۸سؤالی پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا (CISS) استفاده شده است. این پرسشنامه برای ارزیابی سه راهبرد مقابله‌ای، مقابله عملی یا مسئله‌مدار، مقابله هیجانی و مقابله اجتنابی طراحی شده است. پایایی کل این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴، برای راهبرد عملی یا مسئله‌مدار ۰/۸۳، برای راهبرد هیجانی ۰/۸۱ و برای راهبرد اجتنابی ۰/۸۷ گزارش شده است (محمدخانی و باش قره، ۱۳۸۷، ص ۴۲). در پژوهش حاضر، میزان پایایی داده‌های پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ، برای راهبردهای مسئله‌مدار، هیجانی و اجتنابی به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۸۶ به دست آمد.

یافته‌ها

نتایج توصیفی داده‌ها نشان می‌دهد در میان شرکت‌کنندگان پژوهش، ۹۱ مرد (۵۱/۴۱ درصد) و ۸۶ زن (۴۸/۵۹ درصد) و ۶ نفر (۳/۳۹ درصد) دارای علائم اختلال هویت جنسی بودند. همچنین پیش از تحلیل، غربالگری داده‌ها انجام شد و اندازه‌های از دست رفته با یک

اندازه مبتنی بر الگوریتم حداکثر موردانتظار جایگزین شدند. داده‌های پرت چندمتغیری با روش مهالانویس مشخص و ۳ مورد حذف شدند. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کالموگروف - اسمیرنوف استفاده شد و نتایج نشان داد متغیرها در سطح بحرانی ۰/۰۱ معنادار نیستند و ویژگی نرمال بودن را دارند. مقادیر هم خطی متغیرهای پیش‌بین با استفاده از شاخص VIF و تولرانس محاسبه شد و نتایج نشان داد VIF متغیرها زیر ۱۰ و تولرانس آنها بالای ۰/۰۱ هستند؛ بنابراین هم خطی متغیرها رد می‌شود. شاخص دروبین - واتسون نیز ۱/۷۶ به دست آمد که فرضیه استقلال خطاها را تأیید می‌کند.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار و ماتریس هم‌بستگی متغیرها

متغیرهای پیش‌بین	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
روان‌رنجورخوبی	۳۲/۷۹	۷/۵۴	-								
برون‌گرایی	۲۵/۱۹	۴/۲۳	-۰/۳۲	-							
تجربه‌پذیری	۲۸/۳۴	۴/۱۹	-۰/۴۴	۰/۵۶	-						
توافق	۲۷/۸۹	۵/۳۷	-۰/۲۹	۰/۴۷	۰/۴۸	-					
وظیفه‌شناسی	۲۴/۱۱	۳/۰۵	-۰/۱۱	۰/۱۷	۰/۲۳	۰/۳۷	-				
راهبرد مسئله‌مدار	۳۶/۳۴	۹/۱۱	-۰/۴۹	۰/۳۵	۰/۳۴	۰/۳۳	۰/۱۷	-			
راهبرد هیجان‌مدار	۴۹/۵۴	۱۰/۸۸	۰/۳۴	-۰/۰۹	-۰/۲۱	-۰/۲۴	۰/۱۲	-۰/۴۳	-		
راهبرد اجتنابی	۵۱/۹۷	۸/۰۱	۰/۲۲	-۰/۰۷	-۰/۱۴	-۰/۱۱	-۰/۰۸	-۰/۴۵	۰/۲۲	-	
علائم هویت جنسی	۱۱/۳۲	۲/۸۷	۰/۵۸	-۰/۴۷	-۰/۴۴	-۰/۵۳	-۰/۰۹	-۰/۴۳	۰/۱۰	۰/۳۷	-

* ضرابی که زیر آنها خط کشیده شده است، معناداری آزمون برای سطح خطای ۰/۰۱ را نشان می‌دهد. نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد میان ویژگی شخصیتی روان‌رنجورخوبی با علائم اختلال هویت جنسی، رابطه مثبت معناداری وجود دارد و میان برون‌گرایی، گشودگی به تجربه و توافق با علائم اختلال هویت جنسی، رابطه منفی معناداری وجود دارد. همچنین بین راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار با علائم اختلال هویت جنسی، رابطه منفی معنادار و بین راهبرد مقابله‌ای اجتنابی با علائم اختلال هویت جنسی، رابطه مثبت معنادار وجود دارد.

جدول ۲: آزمون رگرسیون هم‌زمان پیش‌بینی علائم اختلال هویت جنسی از طریق ویژگی‌های شخصیت و

راهبردهای مقابله

متغیر ملاک	R	R ²	تعدیل شده R ²	خطای استاندارد	F	سطح معنادار
علائم اختلال هویت جنسی	۰/۶۸	۰/۴۶	۰/۴۵	۴/۲۷	۳۵/۰۵	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد مدل پیش‌بینی علائم اختلال هویت جنسی بر اساس ویژگی‌های شخصیت و راهبردهای مقابله معنادار است. به‌علاوه پنج عامل بزرگ شخصیت و راهبردهای مقابله‌ای به‌طور مشترک ۴۵ درصد از واریانس مربوط به علائم اختلال هویت جنسی را تبیین می‌کنند.

جدول ۳: نتایج ضریب رگرسیون هم‌زمان

P	ضرایب استاندارد		متغیر پیش‌بین
	BETA	SE	
۰/۰۱		۱/۰۹	مقدار ثابت
۰/۰۱	۰/۲۶	۰/۰۳	روان‌رنجورخویی
۰/۰۱	-۰/۲۳	۰/۰۱	برون‌گرایی
۰/۰۱	-۰/۲۱	۰/۰۲	تجربه‌پذیری
۰/۰۱	-۰/۲۵	۰/۰۲	توافق
۰/۸۸	۰/۰۱	۰/۰۲	وظیفه‌شناسی
۰/۰۱	-۰/۲۱	۰/۰۱	راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار
۰/۷۵	۰/۰۱	۰/۰۱	راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار
۰/۰۱	۰/۲۰	۰/۰۱	راهبرد مقابله‌ای اجتنابی

اطلاعات جدول ۳ برای بررسی اندازه اثر هر کدام از متغیرها نشان می‌دهد از میان پنج عامل بزرگ شخصیت، روان‌رنجورخویی و از میان سبک‌های مقابله‌ای، مقابله مسئله‌مدار بیشترین سهم معنادار را در پیش‌بینی علائم هویت جنسی دارند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت و راهبردهای مقابله‌ای استرس اختلال هویت جنسی صورت گرفته است. نتایج به‌دست آمده نشان داد میان روان‌رنجورخویی با اختلال هویت جنسی، رابطه مثبت معناداری وجود دارد؛ درحالی‌که میان برون‌گرایی، تجربه‌پذیری و توافق با اختلال هویت جنسی، رابطه منفی معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های قاعدی، ثابتی و محمدی جوینده (۱۳۸۶)، ثابتی، رستمی و محمدی جوینده (۱۳۸۶)، دادفر، دادفر و یزدان‌دوست (۱۳۸۸)، مؤمنی جاوید و شعاع کاظمی (۱۳۹۰)، Hatami & Ayvazi (2013) و Zucker & Bradley (2002) و Duisin et al (2008) همسویی داشت. در تبیین این یافته می‌توان گفت هویت جنسی بخش

چشمگیری از هویت هر انسان را شکل می‌دهد و دربردارنده تصویری است که هر فرد به عنوان زن یا مرد از خود دارد. بنابراین وجود هرگونه مشکل و انحراف در برداشت هویت از سوی افراد به ناسازگاری منجر می‌شود؛ چراکه بر اساس عقیده فروید، بررسی هویت جنسی تنها مربوط به دستگاه تناسلی و رفتار اجباری نیست؛ بلکه نوع عملکرد و تفکرات افراد بیشتر مورد توجه و تغییر است (see: Vermeulen et al, 2005). با توجه به اینکه شخصیت انسان تعیین‌کننده انتخاب‌ها، سلیقه‌ها و سبک زندگی است، می‌توان انتظار داشت در کنار تأثیر عوامل زیستی و تجربه‌های کودکی در اختلال هویت جنسی، ابعاد شخصیت نیز می‌توانند بر اساس گستردگی و تعیین‌کنندگی مهم خود، زمینه‌تشدید یا تعدیل علائم ناشی از آن عوامل زیستی و تجربه‌های کودکی را فراهم کنند و بر چگونگی مقابله‌ها و روش کنار آمدن بیمار تأثیر بگذارند. حتی مطابق رویکردهای شخصیت، علائم اختلال هویت جنسی ممکن است در مراحل ابتدایی رشد به خاطر فرزندپروری، سرزنش مادر، مداخله بیش از حد مادر و کمبودهای عاطفی از جانب پدر پدیدار شوند. بدیهی است این مسائل رشدی با شخصیت ارتباط تنگاتنگ دارند؛ بنابراین می‌توان بیان کرد ابعاد شخصیت می‌تواند در نحوه و میزان بروز علائم اختلال هویت جنسی مطرح باشد. دراین میان روان‌رنجوری شخصیت می‌تواند گستره تنش‌ها و آشفتگی‌های درونی فرد را نشان دهد که در یک چرخه معیوب با علائم اختلال هویت جنسی قرار می‌گیرد. در این فرایند، نشانگان روان‌رنجوری آنها موجب تجربه‌های اضطرابی و افسردگی می‌شود و سرانجام بدون اینکه به شناخت درستی از مشکل خود دست یابند، سال‌های عمر خود را با تشویش و تنش سپری می‌کنند که این تنش‌ها و تشویش‌های روان‌رنجورانه تشدید علائم اختلال و نارضایتی شدید هویتی را به دنبال دارند. همچنین روان‌رنجوری شخصیت در آنها هیجان‌های منفی همچون خشم را تشدید می‌کند و موجب واکنش‌های شتاب‌زده برای تغییر اوضاع می‌شود که در این فرایند حتی با برخی سوءاستفاده‌ها روبه‌رو می‌شوند که به دنبال خود تشدید علائم اختلال را موجب می‌شود (Chapman et al, 2007, p.1596). لذا تلاش‌های حرفه‌ای در راستای تعدیل روان‌رنجوری می‌تواند بخشی از برنامه‌های حمایتی این افراد قلمداد شود.

در تبیین رابطه منفی برون‌گرایی علائم اختلال هویت جنسی می‌توان گفت به خاطر پایین بودن برون‌گرایی، افراد دارای اختلال هویت جنسی از بیشتر فعالیت‌های جمعی

کناره گیری می کنند و در فعالیت های اجتماعی مشارکت نمی کنند و عمدتاً در یافتن شغل مناسب و همچنین فعالیت های فرهنگی و اقتصادی ناکام اند. آنها معاشرت های اجتماعی و گروه گرایی مفید را دنبال نمی کنند و هیجان های مثبت را کمتر تجربه می کنند (Miyajima et al, 2014, P.496). این ابعاد برون گرایانه شخصیت بخش مهمی از کاهش تنش های زندگی هر انسانی است که کمبود و کاستی آنها در افراد دارای اختلال هویت جنسی، موجب در خود فرورفتگی و احساس تنهایی و درنهایت تشدید علائم اختلال می شود.

در تبیین رابطه منفی تجربه پذیری با علائم اختلال هویت جنسی می توان گفت به خاطر اینکه میزان انعطاف پذیری و گشودگی به تجربه های جدید زندگی در این افراد پایین است، آنها عمدتاً در نظام شناختی محدود و نشخوارهای ذهنی مربوط به تغییر جنسیت، گرفتار می مانند و فرصت های رشد و تحول زندگی را از دست می دهند. چون آنها تمایل دارند ویژگی های جنسی جنس مقابل را کسب کنند و ممکن است معتقد باشند با جنسیت دیگری به دنیا آمده اند؛ بنابراین در یک فرایند غیرمنعطف از لحاظ شناختی، اجتماعی و عاطفی صرفاً در مورد عضو جنس مخالف بودن، تخیلات و رؤیاپردازی های همیشگی دارند و به سایر تجربه های عاطفی درونی خود بی توجه می شوند (Chapman et al, 2007, p.1597). چنین کاستی ها و نقص هایی در تجربه پذیری شخصیت افراد دارای اختلال هویت جنسی، موجب از دست دادن فرصت های زندگی، کاهش خلاقیت، تلاش های یک جانبه تغییر جنسیت عمدتاً بی نتیجه و درنهایت تشدید علائم اختلال می شود.

در تبیین رابطه منفی توافق شخصیت با علائم اختلال هویت جنسی می توان گفت این افراد موافقت و سازگاری کمتری با اطرافیان دارند. بخشی از این جریان ناشی از مهارت های ارتباطی آنها و بخشی دیگر ناشی از درک نشدن مشکل آنها از سوی اطرافیان است. مشکل بسیار بزرگ این افراد نوع برخورد نزدیکان و صاحبان مشاغلی است که به هر ترتیب با آنها تماس پیدا می کنند. نوع کنش ها و واکنش های اطرافیان گاهی آن چنان شدید و پرتنش است که به نتایج بسیار غم انگیز و فاجعه باری منتهی می شود. افراد دچار این اختلال به شدت مورد تمسخر و طرد هم سالان خود قرار می گیرند و این مشکل به زیستی روانی و توافق آنان را به مخاطره می اندازد و به کاهش عزت نفس و اعتماد به نفس منجر می شود. همچنین روابط آنان با خانواده و اطرافیان به شدت مختل می شود (Levey & Curfman, 2004, p.1036). چنین کاستی ها و نقص هایی در توافق و خوشایندی شخصیت

افراد دارای اختلال هویت جنسی موجب طرد اجتماعی و انزوای آنها، فاصله‌گیری اجتماعی از خانواده، کاهش روابط پخته‌دوستانه و صمیمانه، کاهش عزت‌نفس اجتماعی و درنهایت تشدید علائم اختلال می‌شود.

همچنین نتایج به‌دست آمده نشان داد بین راهبرد مقابله‌ای عملی یا مسئله‌مدار با اختلال هویت جنسی، رابطه منفی و بین راهبرد اجتنابی با آن رابطه مثبت معناداری وجود دارد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش جعفرزاده (۱۳۹۲)، مهرافسر (۱۳۹۲)، (Blosnich et al, 2013, p.30) و Maria & Hassan (2014, P.48) و John, Brush & Mait (2014, p.430) همسویی داشت. در خصوص تبیین این نتیجه می‌توان گفت وجود اختلال هویت جنسی همواره تنش و استرس برای فرد به همراه دارد. این افراد به سبب درک نشدن از سوی خانواده و دیگران همواره تنش بالایی را تجربه می‌کنند. در این میان هدف و نقش راهبردهای مقابله‌ای، تعدیل کردن شرایط استرس‌زاست و سبک‌های سازگارانه و منطقی همچون راهبرد مسئله‌مدار، اغلب اثرات منفی این تنیدگی‌ها را بر سلامت جسمانی و روانی فرد مبتلا کاهش می‌دهد (Feldman & Spencer, 2014, p.49). در افراد دارای اختلال هویت جنسی، بر اساس عواملی چون انعطاف‌ناپذیری شناختی، یاد نگرفتن مهارت‌های اجتماعی و حل مسئله، نشخوار فکری بیمارگونه با مسئله هویت جنسی، تفکر خلاقانه پایین و بی‌توجهی حاکم بر ابعاد زندگی‌شان، راهبردهای مسئله‌مدار ضعیف است و لذا در موقعیت‌های زندگی به‌موقع استفاده نمی‌شود و به کارنگرفتن چنین مقابله‌های مؤثر، تشدید تنش و استرس را به دنبال دارد و موجب آشفتگی بیشتر و ناکارآمدی در مسائل زندگی روزمره می‌شود که به نوبه خود تشدید علائم اختلال را نیز به دنبال خواهد داشت.

در مورد رابطه مثبت راهبرد اجتنابی با علائم اختلال هویت جنسی می‌توان اظهار داشت این افراد به دلیل مشکلات اجتماعی و نگرش منفی به خود، همواره کناره‌گیری از موقعیت‌ها و فعالیت‌ها را انتخاب می‌کنند و به جای فعال‌سازی رفتاری، از گزینه اجتناب در راستای تسکین موقت خود استفاده می‌کنند. همچنین افراد دارای اختلال هویت جنسی تصویر بدن منفی مربوط به خود دارند و این فرایند شناختی معیوب موجب می‌شود در رویارویی با تنش‌ها از اجتناب بیشتر استفاده کنند. اجتناب ترجیحی آنها موجب حل موقت تنش‌ها می‌شود؛ ولی در طولانی‌مدت بر تنش‌های اساسی زندگی افزوده می‌شود و به دنبال آن دچار کشمکش‌های روانی-اجتماعی می‌شوند و تشدید علائم را تجربه می‌کنند

(Bockting & Pathy, 2013, p.447).

گفتنی است که در این تحقیق، محدود بودن جمعیت مورد بررسی به مراجعان بیمارستان روان پزشکی ارومیه و محدود بودن پاسخ‌ها به خود گزارشی بودن ابزارها می‌تواند نتایج را تحت تأثیر قرار دهد.

با توجه به نتایج تحقیق، پیشنهاد می‌شود پژوهشی در همین راستا در مناطق دیگر و جامعه‌های آماری دیگر صورت گیرد تا در تعمیم کلی نتایج، اطمینان بیشتری به دست آید. همچنین پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های روان‌شناختی بیماران هویت جنسی به ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای استرس آنها توجه شود؛ به طوری که در بررسی‌های بالینی افراد دارای اختلال هویت جنسی می‌توان با در نظر گرفتن ابعاد شخصیتی و آموزش در راستای راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه و منطقی، در راستای تعدیل علائم آنها گام برداشت.

منابع و مآخذ

۱. بیانی، فرهان و داریوش حیدری و حسین بهروان؛ «بررسی میزان اختلال هویت جنسی و عوامل اجتماعی مؤثر»؛ مجله دانشگاه فردوسی مشهد، شماره ۸ (۲)، ۱۳۸۹، ص ۱-۲۷.
۲. ثابتی، آزاد و رضا رستمی و سمیه محمدی جوینده؛ «بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیت با باورهای جنسی»؛ خلاصه مقالات سومین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنسی، دانشگاه شاهد، ۱۳۸۶.
۳. جعفرزاده، مهشید؛ «مقایسه راهبردهای مقابله‌ای، سلامت روانی، حمایت اجتماعی و سبک‌های دل‌بستگی افراد دارای اختلال هویت جنسی با افراد بدون اختلال هویت جنسی»؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام‌نور استان تهران، ۱۳۹۲.
۴. جواهری، فاطمه و زینب کوچکیان؛ «اختلال هویت جنسی و ابعاد اجتماعی آن: بررسی پدیده نارضایتی جنسی در ایران»؛ مجله رفاه اجتماعی، شماره ۵ (۲)، ۱۳۸۵، ص ۲۶۹-۲۹۱.
۵. خدیوی زند، محمدمهدی؛ مشکلات روان‌جنسی کودکان و نوجوانان؛ تهران: نشر تربیت، ۱۳۷۱.
۶. حق‌شناس، حسن؛ «هنجاریابی آزمون شخصیتی نئو، فرم تجدیدنظرشده»؛ مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، شماره ۴ (۴)، ۱۳۷۸، ص ۳۸-۴۸.
۷. دادفر، فرشته و محبوبه دادفر و رخساره یزدان‌دوست؛ «بررسی الگوهای شخصیتی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی»؛ مجله پزشکی قانونی، شماره ۱۵ (۲)، ۱۳۸۸، ص ۹۶-۹۹.
۸. زمانی، نرگس و سعید زمانی و ابراهیم رجائیان و رضا برزگر محمدی؛ «دیسفوریای جنسیتی و عوامل شخصیتی، روانی و اجتماعی مؤثر بر آن در بین مبتلایان به اختلال هویت جنسی در انتظار تغییر جنسیت»؛ مجله علمی پژوهان، شماره ۱۸ (۳)، ۱۳۹۹، ص ۳۴-۴۵.
۹. سادوک، بنجامین جیمز و ویرجینیا آلکوت سادوک و پدرو روئیز؛ خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری / روان‌پزشکی بالینی؛ ترجمه فرزین رضاعی؛ تهران: انتشارات ارجمند، ۱۳۹۶.

۱۰. سیدیان، مرضیه؛ «مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و هوش هیجانی در زنان قربانی خشونت‌های خانگی و زنان عادی»؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد؛ دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، ۱۳۹۲.
۱۱. فیست، جس و گرگوری فیست؛ نظریه‌های شخصیت؛ ویراست هشتم، ترجمه یحیی سیدمحمدی؛ تهران: نشر روان، ۱۳۹۸.
۱۲. قاعدی، غلامحسین و آزاد ثابتی و سمیه محمدی جوینده؛ «بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیت و بدکارکردی‌های جنسی»؛ خلاصه مقالات سومین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنسی، دانشگاه شاهد، ۱۳۸۶.
۱۳. علوی، کاوه و امیرحسین جلالی و مهرداد افتخار؛ «گرایش جنسی در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی»؛ مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران. شماره ۲۰ (۱)، ۱۳۹۳، ص ۴۳-۴۹.
۱۴. کاهانی، علیرضا؛ اختلال هویت جنسی، دگرجنسیت‌جوها؛ تهران: انتشارات تیمورزاده، ۱۳۸۱.
۱۵. کیامهر، جواد؛ «هنجاریابی فرم کوتاه پرسشنامه پنج عاملی نوین (NEO-FFI) و بررسی ساختار عاملی آن (تحلیل تأییدی) در بین دانشجویان علوم انسانی دانشگاه های تهران»؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، ۱۳۸۱.
۱۶. گنجی، مهدی؛ آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5؛ تهران: انتشارات ساوالان، ۱۳۹۲.
۱۷. ماسن، پاول هنری و جروم کیگان و آلتا کارول هوستون و جان جین وی کانجر؛ رشد و شخصیت کودک؛ تهران: نشر مرکز، ۱۳۹۰.
۱۸. محمدخانی، شهرام و رقیه باش قره؛ «رابطه هوش هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای با سلامت عمومی دانشجویان»؛ پژوهش در سلامت روان‌شناختی، دوره ۲، شماره ۲ (۱)، ۱۳۸۷، ص ۳۷-۴۷.
۱۹. مدانلو، فاطمه؛ «بررسی رابطه تاب‌آوری، روش‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با آسیب‌های روانی در زنان داغ‌دیده»؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی، ۱۳۸۸.
۲۰. مهرافسر، حمیدرضا؛ «مقایسه سازگاری اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به

اختلال هویت جنسی تحت عمل جراحی قرار گرفته با افراد در انتظار عمل جراحی در استان فارس؛ طرح پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استان فارس، ۱۳۹۲.

۲۱. مؤمنی جاوید، مهرآور و مهرانگیز شعاع کاظمی؛ «مقایسه ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی و افراد بهنجار»؛ فصلنامه پژوهش اجتماعی، شماره ۱۳ (۴)، ۱۳۹۰، ص ۸۱-۹۴.

22. Blosnich, J., George, R., Brown, MD., Jillian, C., Shipherd, M., Kauth, R. & Piegari, I; "Prevalence of Gender Identity Disorder and Suicide Risk among Transgender Veterans Utilizing Veterans Health Administration Care"; *American Journal Public Health*, 2013, V.103 (9), pp. 27-32.
23. Bockting, M. & Pathy, A; "Gender Disorder Transgenderism and Transsexuality"; *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*, 2013, V.21 (3), pp.445-452.
24. Chapman, Benjamin P., Duberstein, Paul R., Sörensen, Silvia, M. & Lyness, Jeffrey; "Gender differences in Five Factor Model personality traits in an elderly cohort"; *Personality and Individual Differences*, 2007, V.43, pp.1594-1603.
25. Cohen, Kettenis, PT & Gooren, JG; "Transsexualism: Areview of Etiology, Disgnisn and Treatment"; *Journal of Psychosomatic Research*, 1999, V.46 (4), pp.315-333.
26. Costa, P. T., & McCrae, R. R; "The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders"; *Journal of Personality Disorders*, 1992, V.6(4), pp.343-359.
27. Costa, P.T. & Windiger, T.A; "Five Factor model personality disorder reaserch"; In P. T. Costa, Jr. & T. A. Widiger (Eds.); *Personality disorder and the Wve-factor model of personalit*. Washington DC: American Psychological Association. 2002, pp.59-87.
28. Duisin, Z., Rakić, J., Barisić, G. & Balkoski, N; "A transsexual patient searching for adjustment"; *Sebian Archive of Medicine*, 2008, V.136 (7-8), pp.406-409.
29. Feldman, J. MD. & Spencer, K; "Gender dysphoria in a 39- year-old man"; *Canadian Medical Association Journal*, 2014, V.186 (1), pp.49-50.
30. John V, Brush C, Mait H; "Conversational Topics Intranssexual Persons"; *Clinical Linguistics & Phonetics*, 2014, V.28, pp.428-436.
31. Halkitis, P. N., Green, K. A., & Morgues, J; "Drug-use patterns among men who have sex with men presenting for alcohol treatment differences in ethnic and sexual identity"; *Journal of Urban Health*, 2005, V.82, pp.18-25.
32. Hatami, M. & Ayvazi, S; "Investigation of Peronality Characteristics (Extroversion- introversion) and Early Maladaptive Schemas (EMS) in

- Males and Females with Gender Identity Disorder (GID)"; *Procardia – Social and Behavioral Sciences*, 2013, V.84 (9), pp.1474-1480.
33. Levey, R., & Curfman, W.C; "Sexual and Gender Identity Disorder"; *Science*, 2004, V.30 (6), pp.1034- 1037.
 34. Luise, T; "Gender Identity Disorder in Greater Manchester, Lancaster, and Sheffield"; *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 2011, V.30 (2), pp.2064-2067.
 35. Maria, H. & Hassan, H; "Compare of Coping Strategies in Gender Identity Disorder Patients and Normal Subjects"; *Journal of social Issues & Humanities*, 2014, V.3 (2), pp.46-51.
 36. Miyajima, E., Taira, N., Koda, M. & Kondo, T; "Differences in personality traits between male-to-female and female-to-male gender identity disorder subjects"; *Psychiatry Research*, 2014, V.220, (1-2), pp.496-499.
 37. Moss, R.Cahill, &Frith, CD; "Personality characteristics of individuals with chronic rheumatoid arthritis"; *Perceptual and motor skills*, 2015, V.58 (5), pp.25-32.
 38. Richardson, J; "Response: Finding the disorder in gender identity disorder"; *Harvard Review of Psychiatry*, 1999, V.7(1), pp.43-50.
 39. Riley, T.J., Kirsch, A.C., Shapiro, J.B. & Conley, C.S; "Examining stress and coping as a mediator for internalizing symptomatology: A comparison between sexual minority and majority first-year college students"; *Journal of Adolescence*, 2016, V.49, pp.124-133.
 40. Vermeulen, N., Bauwens, F., Lefebvre, A. & Linkowski, P; "Le test de Rorschach et la pensée opératoire dans l'approche théorique du transsexualisme"; *Annals Medico Psychologiques*, 2005, V.163, pp.387-393.
 41. Zucker, K. J., & Bradley, S; "Gender Identity and psychosexual problem in children and Adolescents"; *Clinical Issues*, 2002, V.32 (12), pp.115-125.