مقایسه سبک‌های مقابله‌ای، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عزت نفس در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی و افراد عادی

سینا مددی [1]، شهربانو قهاری [2] و حسین زندی‌فر [3]

۱-کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه ازاد اسلامی تنکابن، تنکابن، ایران. ۲- گروه سلامت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، انستیتو روان‌پزشکی تهران. دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. نویسنده مسئول.۳- دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله

پژوهشی

تاریخچه مقاله

دریافت :

پذیرش :

کلید واژگان

سبک‌های مقابله‌ای، طرحواره ناسازگارانه اولیه، عزت‌نفس، اختلال هویت جنسی.

نویسنده مسئول

Email:
ghahhari.sh@iums.ac.ir

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر، مقایسه سبک‌های مقابله‌ای، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عزت نفس در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی و افراد عادی بود.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع پژوهش‌های از نوع علی- مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی شهر تهران بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت نمونه‌گیری هدفمند بود. حجم نمونه با توجه به نوع مطالعه، در هر دو گروه افراد دارای اختلال هویت جنسی و عادی ۳۰ نفر انتخاب شدند. افراد عادی بر اساس سن، تحصیلات و شغل با گروه افراد دارای اختلال هویت جنسی همتا شدند. کلیه افراد جهت شرکت در مطالعه رضایت خود را اعلام کردند و فرم رضایت‌نامه را تکمیل نمودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سبک‌های مقابله ایاندلروپارکر (CISS)، پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ فرم کوتاه(YSQ-sf2) و پرسشنامه عزت‌نفس کوپراسمیت(CSSEI) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که عزت‌نفس افراد عادی(۲۰.۶) بالاتر از افراد دارای اختلال جنسی (۱۹.۱) بود و افراد با اختلال هویت جنسی در مقایسه با افراد عادی در تمام طرحواره‌های ناسازگار اولیه به استثنای ایثار نمرات بالاتری به دست آوردند. یعنی تنها در طرحواره‌های ناسازگار اولیه ایثار نمرات افراد عادی در مقایسه با افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی بالاتر بود، همچنین بین دو گروه در راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار با توجه به مقدار F و سطح معناداری به ترتیب (F=۱۶/۳۴، P< ۰/۰۰۰۱، و F= ۵/۶۲، P< ۰/۰۲) تفاوت معناداری وجود داشت اما در سبک مقابله مسئله‌مدار بین دو گروه تفاوت معنا داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: افرادی که دارای اختلال جنسی می‌باشند در مقایسه با افراد عادی دارای عزت‌نفس پایین و طرحواره های ناسازگار اولیه بیشتری بوده و در مقابله با تنش‌ها بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌نمایند.

مقدمه

اختلال هویت جنسی عبارت است از تمایل پایدار به تعلق به جنس مقابل یا اصرار بر تعلق داشتن به جنس مقابل و ناراحتی مفرط از جنسیت تعیین شده و نقش جنسی نسبت داده شده به فرد[۱]. هویت جنسی، یعنی تصور ادراک و تصویر شخص نسبت به زن یا مرد بودن خود زن یا مرد بودن چگونه است. .هویت جنسی معمولاً از سه عامل اساسی تشکیل می‌شود: ۱- هویت اصلی؛ ۲- رفتار جنسی و ۳- درک موقعیت خانواده در شکل‌دهی متعادل و پایدار هویت جنسی. نقش جنسی، الگوی رفتاری بیرونی است که منعکس‌کننده احساس درونی و ادراک جنسیتی است که فرد به آن تعلق دارد .یعنی انتقال تصویر مرد بودن در مقابل زن بودن به دیگران. از همین رو در شرایط طبیعی، هویت جنسی و نقش جنسی هماهنگی دارند، یعنی اگر زنی احساس زن بودن می‌کند، با رفتارش این احساس را به دنیای بیرونی انتقال می‌دهد، همچنین مردی که خود را به عنوان یک مرد قبول دارد، مردانه عمل کرده و با گفتار و رفتارش مرد بودن خود را ابراز می‌کند[۲]. اختلال هویت جنسی به معنای احساس عدم رضایت مستمر فرد از جنسیت خود و احساس تعلق به جنسیت مخالف و دگرجنس‌خواهی و یا به معنای تمایل فرد دارای اختلال هویت جنسی به تغییر جنسیت خود می‌باشد که از سال‌های گذشته جزء اختلالات روان‌پزشکی محسوب شده است. این اختلال بر یکی از محوری‌ترین مفاهیم وجودی انسان یعنی جنسیت وی؛ دست می‌گذارد و رنج بی‌پایانی بر مبتلایان وارد می‌سازد. انسانی که

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

در بهت و گیجی ناشی از ابهام جنسی دست و پا می‌زنند و احساس و تفکر خود را مغایر با وضعیت جسمانی خود می‌بینند؛ با محیط پیرامون خود نیز تعارض دارد [۳].

افراد مبتلا به هویت جنسی استرس فراوانی در روابط بین‌فردی دارند و از سبک‌های مقابله‌ای[۱] متفاوتی برای کاهش استرس خود استفاده می‌کنند که روی سلامت روان آنها تاثیرگذار است[۴]. منظور از مقابله، »تلاش‌های رفتاری، شناختی متغیر و مداومی است که فرد برای مدیریت تقاضاهای بیرونی یا درونی که به عنوان تقاضای بسیار دشوار یا فراتر از توان شخص ارزیابی می‌شوند، به کار می‌گیرد[۵]. اندلر[۲] و پارکر[۳] [۶] سه نوع سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار[۴]، هیجان‌مدار[۵] و اجتنابی[۶]را مطرح کردند. در سبک مسئله‌مدار فرد بر مسئله متمرکز می‌شود و سعی در حل آن دارد و به جمع‌آوری اطلاعات در مورد حادثه فشارزا می‌پردازد. در سبک هیجان‌مدار فرد هیجانی برخورد می‌کند و در سبک اجتنابی فرد از رویارویی با موقعیت استرس زا اجتناب می‌کند.

طرحواره[۷] به طورکلی به عنوان ساختار یا چارچوبی است که در سال‌های اولیه زندگی بر اساس تجربه شکل می‌گیرد و به تبیین تجارب و پردازش رویدادها کمک می‌کند. در واقع می‌توان گفت که طرحواره‌ها به عنوان ساختارهای شناختی برای درک تجارب زندگی افراد لازم و ضروری هستند. طرحواره‌ها که در سال‌های اولیه زندگی شکل می‌گیرند، تا پایان عمر با فرد همراه هستند و خود را در تجارب بعدی زندگی فرد نشان می‌دهند حتی اگر کاربردی نداشته باشند[۷]. از دیدگاه یانگ [۸] طرحواره‌های ناسازگار عمدتاً در سال‌های اولیه زندگی و در نتیجه رویدادهای تلخ و ناگوار زندگی شکل و عدم ارضاء نیازهای اساسی می‌گیرند و هسته اصلی اختلالات شخصیت، مشکلات کاراکتری و بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی و عودکننده را تشکیل می‌دهند. از دیدگاه وی محتوای شناختی طرحواره‌های شخصی عبارتند از: وابستگی، آسیب‌پذیری به تهدید و بیماری، ترس از دست دادن کنترل خویشتن، محرومیت عاطفی، ترک شدن، بی‌اعتمادی، انقیاد، نقص داشتن، عدم محبوبیت اجتماعی، بی‌کفایتی، احساس گناه و شرم، استحقاق و استانداردهای بالا. طرحواره‌های ناسازگار اولیه خصوصیات زیر را دارند: به شدت ناکارآمدند، هیجانات منفی ایجاد می‌کنند و باعث سوگیری در پردازش اطلاعات می‌شوند[۹].

مطالعات نشان می‌دهد که مبتلایان به اختلال هویت جنسی خودشان را به عنوان افرادی منزوی توصیف می‌کنند و اینکه در ارضای نیازهای هیجانی اساسی شان با مشکل مواجه هستند که ناشی از این است که سال‌ها به دلیل محرومیت اجتماعی و درک نشدن نیاز برای پذیرفته شدن به عنوان عضوی از جنس دیگر، به آنها تحمیل شده است[۱۰]. در این میان، مردها نگاه منفی‌تری نسبت به خودشان (به عنوان موجودی ناقص و آسیب‌پذیر) و انتظارات منفی‌تری نسبت به جهان دارند. ناتوانی آشکار مردها برای اینکه خودشان را از بازخوردهای بیرونی رها کنند، ممکن است به احساس آسیب‌پذیری و نقص در آنها منجر شود. انتظار می‌رود که این عوامل سازگاری آنها را مشکل‌تر می‌کند و مردها را نسبت به زن‌ها برای دفع کردن تاثیرات طرد اجتماعی ناتوان‌تر کند[۱۱]. عزت‌نفس[۸] برآمده از ارزیابی کلی فرد در مورد ارزش خود است که باورها (مانند من باارزش هستم) و احساس‌های (مانند احساس ناامیدی و خجالت) او را در برمی‌گیرد. محققان از عزت‌نفس بالا به عنوان یک منبع حمایتی مهمی یاد کرده‌اند که افراد می‌توانند در مقابل وقایع و اتفاقات منفی زندگی خود از آن استفاده کنند[۱۲] و یکی از عوامل مهم رشد فردی و اجتماعی محسوب می‌شود که از یک سو با رفتارهای شکل گرفته در نظام خانواده و از سوی دیگر با باورها و هیجان‌های مربوط به فرد در ارتباط است[۱۳]. همان طور که بیان شد، گاهی اوقات ویژگی‌های جنسی و جنسیتی افراد با یکدیگر ناسازگار است که به شکل‌های مختلف نارضایتی جنسی، تغییر جنس‌خواهی و دگرجنس‌خواهی بروز می‌کند، هر چند تعداد این افراد بسیار اندک می‌باشد. با توجه به اهمیت موضوع و اینکه طرحواره‌ها، راهبردهای مقابله‌ای و عزت‌نفس در این افراد بررسی نشده است، مطالعه حاضر به مقایسه طرحواره‌ها، راهبردهای مقابله‌ای و عزت‌نفس افراد مبتلا به هویت جنسی و افراد عادی می‌پردازد.

روش کار

این پژوهش یک طرح توصیفی از نوع علی- مقایسه‌ای بود که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۵ انجام شد. پژوهش علی- مقایسه‌ای نوعی تحقیق پس‌رویدادی است. در این نوع مطالعات، روابط علت و معلولی از طریق جستجوی آن در گذشته مورد پژوهش قرار می‌گیرند. در طرح علی- مقایسه‌ای، مطالعه یک ویژگی در یک گروه و مقایسه آن با گروهی که دارای آن ویژگی نیست به کشف علت مسئله مورد مطالعه می‌انجامد[۱۴]. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی (زن به مرد و مرد به زن) بودند که در سال ۱۳۹۵ به مرکز پزشکی قانونی و انیستیتو روان‌پزشکی تهران دانشگاه علوم پزشکی ایران مراجعه کرده بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی بودند که براساس

۱– Coping
۲– Endler
۳– Parker
۴– Task-oriented
۵– Emotion-oriented
۶– Avoidance-oriented
۷– Schema

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

ملاک‌های ورود و خروج به صورت هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش؛ ابتلا به اختلال هویت جنسی، قرار داشتن در گروه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، دارا بودن تحصیلات حداقل دیپلم و تمایل به شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج از پژوهش؛ اعتیاد به مواد مخدر، اختلال شخصیت مرزی، اختلال سایکوتیک و عدم تمایل به شرکت در پژوهش بود. در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای ذیل استفاده شد:

۱-پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای اندلر و پارکر (CISS)[۱]: این پرسشنامه، شامل ۴۸ گویه است که بر مبنای شیوه لیکرت پنج درجه‌ای به هر عبارت از ۱ (هرگز) تا ۵ (خیلی زیاد) نمره داده می‌شود. که سه زمینه اصلی رفتارهای مقابله‌ای را در بر می‌گیرد: مقابله مسئله‌مدار یا برخورد فعال با مسئله در جهت مدیریت و حل آن، مقابله هیجان‌مدار یا تمرکز بر پاسخ‌های هیجانی به مسئله و مقابله اجتنابی یا فرار از مسئله. اندلر و پارکر پایایی سبک‌های مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی را به ترتیب برای نمونه پسران ۰/۹۲، ۰/۸۲، ۰/۸۵ و برای نمونه دختران ۰/۹۰، ۰/۸۵، ۰/۸۲، به دست آوردند [۱۵]. در ایران نیز شکری و همکاران [۱۶] ضریب الفای زیر مقیاس مساله‌مدار را ۰/۷۵، زیرمقیاس مقابله هیجان‌مدار را ۰/۸۲ و زیر مقیاس مقابله اجتنابی را ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند. جعفری‌نژاد [۱۷] نیز ضریب پایایی برای سبک‌های مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی را به ترتیب، ۰/۸۳، ۰/۸۰ و ۰/۷۲ به دست آورد.

۲-پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ فرم کوتاه (YSQ-sf2)[۲]: این پرسشنامه توسط یانگ ساخته شده است و دارای دو فرم کوتاه و بلند است. فرم بلند آن در سال ۱۹۹۰ ساخته شد و دارای ۲۰۵ گویه بود که ۱۸ طرحواره ناسازگار را می‌سنجید و سپس در سال ۱۹۹۸ فرم کوتاه آن ساخته شد. این فرم که در این پژوهش مرور استفاده قرار گرفته است، دارای ۷۵ گویه است که ۱۵ طرحواره ناسازگار را اندازه‌گیری می‌کند و دارای ۵ زیرمقیاس شامل بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت‌مندی و گوش به زنگی بیش از حدو بازداری است. ۱۵ طرحواره‌ها عبارتند از: محرومیت هیجانی، طرد/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوا اجتماعی/بیگانگی، نقص/شرم، شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری، خود تحول‌نایافته/گرفتار، اطاعت، فداکاری، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/بیش‌انتقادی، استحقاق/بزرگ‌منشی و خودکنترلی ناکافی. هر پرسش بر یک مقیاس درجه ای نمره‌گذاری می‌شود (یک برای کاملاً نادرست و ۶ برای کاملاً درست). در این پرسشنامه هر ۵ پرسش یک طرحواره را می‌سنجد. چنانچه میانگین هر خرده‌مقیاس بالاتر از ۲/۵ باشد آن طرحواره ناکارآمد است. اعتبار مقیاس YSQ-SFبه وسیله آلفای کرونباخ برای کل ازمون ۰/۹۶ و برای تمام خرده‌مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۸۰ بود(۱۸). اسمیت[۳] و همکاران [۱۹] برای هر طرحواره ناسازگار اولیه ضریب آلفایی از ۸۳٪ تا ۹۶٪ به دست آوردند و ضریب بازآزمایی در جمعیت غیربالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ بود. هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط آهی [۲۰] در دانشگاه‌های تهران انجام گرفته است. همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مونث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ به دست آمده است.

۳-پرسشنامه عزت نفس کوپراسمیت (CSSEI)[۴]: این پرسشنامه یکی از معروف‌ترین و پراستفاده‌ترین ابزارهای برای سنجش عزت‌نفس است. پرسشنامه عزت‌نفس کوپر اسمیت (SEI)در سال ۱۹۶۷ توسط کوپر اسمیت ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۵۸ ماده به صورت بلی و خیر است. ۸ ماده از این پرسشنامه دروغ‌گویی را می‌سنجند و ۵۰ ماده باقی مانده به سنجش چهار زیر مقیاس این پرسشنامه اختصاص دارد. خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه عزت‌نفس کوپر اسمیت (SEI) عبارتند از: عزت‌نفس کلی، عزت‌نفس خانوادگی، عزت‌نفس تحصیلی و عزت‌نفس اجتماعی. یادآور می‌شود که هرچه فرد در این پرسشنامه نمره بالاتری بگیرد عزت نفس‌اش بیشتر است [۲۱].

نیسی (۱۳۶۳) این پرسشنامه را نخست ترجمه و سپس برای آن ضرایب پایایی و روایی را محاسبه کرد. میزان روایی آزمون که از طریق همبستگی میان نمره‌های این آزمون با معدل سال آخر ۲۳۰ دانش‌آموز دختر و پسر به دست آمده بود، برای پسران ۰/۹۶ و برای دختران ۰/۷۱ به دست آمد[۲۱]. همچنین میزان پایایی نیز با روش آزمون- بازآزمون برای پسران ۰/۹۰ و برای دختران ۰/۹۲ بود. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس عزت‌نفس کوپر اسمیت همچنین در پژوهش‌های ثابت[۲۲]، نجابی[۲۳]و کوپراسمیت[۵][۲۴] موردتأیید قرارگرفته است.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی مانند فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و برای تحلیل استنباطی داده‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیره[۶] استفاده شده است.

یافته‌ها

به منظور ارائه‌ی تصویر روشن‌تر از یافته‌های پژوهش، یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

۱– Coping Style for stressful Situations

۲– Young Schema Questionnaire- Short Form

۳– Schmidt

۴– Coopersmith Self-Esteem Inventory

۵– Cooper Smith

۶– Multivariate Analysis Of The Variance

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

جدول ۱-ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بر حسب جنسیت

متغیر		فراوانی	درصد
جنسیت(بدون تفکیک گروه)	زن	۲۶	٪۴۳/۳
	مرد	۳۴	٪۵۶/۷
جنسیت(گروه اختلال هویت جنسی)	زن	۱۲	٪۴۰
	مرد	۱۸	٪۶۰
جنسیت(گروه عادی)	زن	۱۴	٪۴۶/۷
	مرد	۱۶	٪۵۳/۳

جدول ۱، نشان‌دهنده‌ی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، سن، تحصیلات و جنسیت مشارکت‌کنندگان در این پژوهش می‌باشد. همانطور که مشاهده می‌شود فراوانی مردان در دو گروه و در مجموع دو گروه از زنان بیشتر است.

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دو گروه عادی و اختلال هویت جنسی

گروه‌ها متغیر	اختلال هویت جنسی		افراد عادی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
محرومیت هیجانی	۲۰	۶/۰۱	۱۰/۱۷	۴/۲۲
رهاشدگی	۲۰/۸	۹/۳۴	۱۴/۱۷	۷/۴۸
بی‌اعتمادی/بدرفتاری	۲/۱۳۲	۸/۷۲	۱۲/۷۷	۶/۵۶
انزوای اجتماعی	۲۲/۱۳	۷/۹۱	۷/۹۷	۴/۵۸
نقص/ شرم	۱۹/۱۳	۴/۱۷	۷/۰۷	۳/۷
شکست	۱۱/۱	۴/۱۳	۸/۴۳	۵/۶۱
وابستگی/ بی‌کفایتی	۱۲/۴۳	۷/۹۱	۷/۱۷	۲/۸۲
آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری	۱۲/۳۳	۶/۳۵	۹/۱۷	۴/۶۹
گرفتار	۱۹/۱۳	۸/۴۴	۱۰/۰۳	۶/۱۱
اطاعت	۱۷/۷	۶/۱۴	۹/۸	۳/۹۴
ایثار	۱۷/۵۳	۲/۲۸	۱۹/۸۳	۶/۳۷
بازداری هیجانی	۱۷/۷	۶/۴۱	۱۱/۱۷	۵/۶۳
معیارهای سرسختانه	۲۱/۶	۶/۱۸	۱۶/۷	۶/۳۷
استحقاق	۲۴	۳/۷۸	۱۴/۹۳	۶/۰۹
خویشتنداری/ خودانظباطی ناکافی	۲۱/۸	۶/۱۹	۱۱/۶۳	۵/۴۹

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۳؛ مشاهده می‌شود که بین دو گروه در متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه با توجه به F و سطح معناداری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین با در نظر گرفتن ضریب اتا ۰/۴۸، ۰/۱۴، ۰/۲۸ ... و ۰/۴۴می‌توان استنباط کرد که تفاوت‌های موجود در دو گروه است قادر است به ترتیب ۴۸، ۱۴، ۲۷ و ... ۰/۴۴ درصد از واریانس متغیرهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه را به طور معنادار و با توان ۱، ۰/۸۵، ۰/۹۹ و... ۱ تبیین کند. بنابراین اختلال هویت جنسی در تمام طرحواره‌های ناسازگار اولیه به استثنای ایثار نمرات بالاتری در مقایسه با افراد عادی به دست آوردند. یعنی تنها در طرحواره‌های ناسازگار اولیه ایثار نمرات افراد عادی در مقایسه با افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی بالاتر بود. از سوی دیگر افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی در عزت‌نفس شغلی / تحصیلی در مقایسه با افراد عادی نمرات بالاتری به دست آوردند و در متغیر عزت‌نفس اجتماعی در دو گروه تفاوت معناداری به دست نیامد.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

جدول ۳-نتایج تحلیل واریانس چند متغیره با هدف مقایسه‌ی متغیرهای پژوهش بر حسب عضویت گروهی

متغیر وابسته		مجموع مجذورها	Df	میانگین مجذورها	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
گروه	محرومیت هیجانی	۱۴۵۰/۴۲	۱	۱۴۵۰/۴۲	۵۳/۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱
	رهاشدگی	۶۶۰/۰۲	۱	۶۶۰/۰۲	۹/۲	۰/۰۰۴	۰/۱۴	۰/۸۵
	بی‌اعتمادی/بدرفتاری	۱۳۱۶/۰۲	۱	۱۳۱۶/۰۲	۲۲/۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۲۷	۰/۹۹
	انزوای اجتماعی	۱۸۷۰/۴۲	۱	۱۸۷۰/۴۲	۴۴/۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳	۱
	نقص/ شرم	۲۴۴/۰۲	۱	۲۴۴/۰۲	۱۵/۶۸	۰/۰۰۰۱	۰/۲۱	۰/۹۷
	شکست	۲۴۰	۱	۲۴۰	۹/۸۶	۰/۰۰۳	۰/۱۴	۰/۸۷
	وابستگی/ بی‌کفایتی	۵۶۳/۲۷	۱	۵۶۳/۲۷	۱۵/۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۲۲	۰/۹۷
	آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری	۱۴۹۰/۰۲	۱	۱۴۹۰/۰۲	۴۶/۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱
	گرفتار	۸۸۱/۶۷	۱	۸۸۱/۶۷	۱۶/۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۲۲	۰/۹۸
	اطاعت	۸۹۷/۰۷	۱	۸۹۷/۰۷	۳۳/۶۹	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷	۱
	ایثار	۴۱۰/۸۲	۱	۴۱۰/۸۲	۱۷/۹۳	۰/۰۰۰۱	۰/۲۴	۰/۹۸
	بازداری هیجانی	۶۴۰/۲۷	۱	۶۴۰/۲۷	۱۷/۵۶	۰/۰۰۰۱	۰/۲۳	۰/۹۸
	معیارهای سرسختانه	۳۶۰/۱۵	۱	۳۶۰/۱۵	۹/۱۹	۰/۰۰۴	۰/۱۴	۰/۸۴
	استحقاق	۱۲۳۳/۰۷	۱	۱۲۳۳/۰۷	۴۷/۹۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۱
	خویشتنداری/ خودانظباطی ناکافی	۱۵۵۰/۴۲	۱	۱۵۵۰/۴۲	۴۵/۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱
$p<۰/۰۵$								

برای بررسی این موضوع که افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی در مقایسه با افراد عادی عزت‌نفس پایین‌تری دارند، ابتدا به بررسی پیش‌فرض‌های همگنی واریانس‌های خطای متغیر وابسته در گروه‌های مورد مطالعه از طریق آزمون لوین پرداخته شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است. پس از بررسی پیش‌فرض‌ها، در ادامه برای بررسی فرضیه حاضر از آزمون واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده که نتایج آن در ادامه می‌آید.

جدول ۴- M باکس و لوین برای همگنی کواریانس و واریانس

آزمون	ارزش	F	سطح معنی‌داری
اثر پیلایی	۰/۳۹	۸/۷۸	۰/۵۷
لامبدا ویکر	۰/۶۱	۸/۷۸	۰/۵۲
اثر هوتلینگ	۰/۶۴	۸/۷۸	۰/۰۰۰۱
بزرگترین ریشه ری	۰/۶۴	۸/۷۸	۰/۸۱

جدول ۵- شاخص‌های توصیفی عزت‌نفس در دو گروه عادی و اختلال هویت جنسی

گروه‌ها / متغیر	اختلال هویت جنسی		افراد عادی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
عزت‌نفس عمومی	۱۹/۱	۱/۵۳	۲۰/۰۶	۱/۳۸
عزت‌نفس خانوادگی	۵/۶۳	۰/۷۶	۶/۲۶	۰/۸۳
عزت‌نفس اجتماعی	۴/۴	۰/۶۷	۴/۱۳	۰/۳۴
عزت‌نفس شغلی / تحصیلی	۵/۶۵	۱/۰۴	۴/۸۶	۰/۹۴

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

جدول ۶- نتایج تحلیل واریانس چند متغیره با هدف مقایسه‌ی متغیرهای پژوهش بر حسب عضویت گروهی

متغیر وابسته		مجموع مجذورها	Df	میانگین مجذورها	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
گروه	عزت نفس عمومی	۱۴/۰۲	۱	۱۴/۰۲	۶/۵۳	۱/۰۱	۰/۱۰	۰/۷۱
	عزت نفس خانوادگی	۶/۰۲	۱	۶/۰۲	۹/۴۷	۰/۰۰۳	۰/۱۴	۰/۸۵
	عزت نفس اجتماعی	۱/۰۲	۱	۱/۰۲	۳/۷۱	۰/۰۵	۰/۰۶	۰/۴۷
	عزت نفس شغلی / تحصیلی	۷/۳۵	۱	۷/۳۵	۷/۵	۰/۰۰۸	۰/۱۲	۰/۷۷
p<۰/۰۵								

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۶ ، مشاهده می‌شود که بین دو گروه در متغیرهای عزت‌نفس عمومی، عزت‌نفس خانوادگی، عزت‌نفس اجتماعی، و عزت‌نفس شغلی / تحصیلی با توجه به F و سطح معناداری به ترتیب (F=۱۴/۰۲، P< ۰/۰۱، F=۶/۰۲، P< ۰/۰۰۳، F=۱/۰۲، P> ۰/۰۵ و F=۷/۵، P<۰/۰۰۸) تفاوت معناداری وجود دارد. تنها متغیر عزت‌نفس اجتماعی تفاوت معناداری نداشت. همچنین با در نظر گرفتن ضریب اتا ۰/۱۰، ۰/۱۴، ۰/۰۶، ۰/۱۲ می‌توان استنباط کرد که تفاوت‌های موجود در دو گروه قادر است ۱۰، ۱۴، ۰۶، و ۱۲ درصد از واریانس متغیرهای عزت‌نفس عمومی، عزت‌نفس خانوادگی، عزت‌نفس اجتماعی و عزت‌نفس شغلی / تحصیلی را به طور معنادار و با توان ۱، ۸۵، ۴۷، و ۷۷ تبیین کند. بنابراین افراد عادی در عزت‌نفس عمومی، عزت‌نفس خانوادگی بالاتری در مقایسه با افراد اختلال هویت جنسی به دست آوردند و از سوی دیگر افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی در عزت‌نفس شغلی / تحصیلی در مقایسه با افراد عادی نمرات بالاتری به دست آوردند و در متغیر عزت‌نفس اجتماعی در دو گروه تفاوت معناداری به دست نیامد.

در ادامه نتایج تحلیل داده‌ها در این زمینه که افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی در مقایسه با افراد عادی سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمدی (اجتنابی و هیجان‌مدار) دارند، ارائه شده است.

جدول ۷- شاخص‌های توصیفی راهبرد های مقابله با استرس در دو گروه عادی و اختلال هویت جنسی

گروه‌ها / متغیر	اختلال هویت جنسی		افراد عادی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
مسئله‌مدار	۵۲/۵	۱۲/۷	۵۳/۱۷	۱۰/۸۸
هیجان‌مدار	۴۸/۸۷	۱۴	۳۶/۴۷	۹/۲۶
اجتناب‌مدار	۴۹/۱۷	۱۹/۷	۴۲/۹	۱۰/۷۲

جدول ۸- نتایج تحلیل واریانس چند متغیره با هدف مقایسه‌ی متغیرهای پژوهش بر حسب عضویت گروهی

متغیر وابسته		مجموع مجذورها	Df	میانگین مجذورها	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
گروه	مسئله‌مدار	۶/۶۶	۱	۶/۶۷	۰/۰۵	۰/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۰۶
	هیجان‌مدار	۲۳۰۶/۴	۱	۲۳۰۶/۴	۱۶/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۲۲	۰/۹۷
	اجتناب‌مدار	۵۸۹/۰۷	۱	۵۸۹/۰۷	۵/۶۲	۰/۰۲	۰/۰۹	۰/۶۵
p<۰/۰۵								

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول۸، مشاهده می‌شود که بین دو گروه در متغیرهای هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار با توجه به F و سطح معناداری به ترتیب (F=۱۶/۳۴، P<۰/۰۰۰۱، و F=۵/۶۲، P< ۰/۰۲) تفاوت معناداری وجود دارد و متغیر مسئله‌مدار در دو گروه تفاوت معناداری نداشت. همچنین با در نظر گرفتن ضریب اتا ۰/۲۲ و ۰/۰۹ می‌توان استنباط کرد که تفاوت‌های موجود در دو گروه قادر است ۲۲ و ۰/۰۹ درصد از واریانس متغیرهای هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار را به طور معنادار و با توان ۰/۹۷ و ۰/۶۵ تبیین کند. یعنی افراد عادی در مقایسه با افراد با هویت جنسی از راهبردهای هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار کمتری برخوردار هستند اما در مسئله‌مدار در دو گروه تفاوت معناداری نداشت.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

بحث و نتیجه گیری

اختلال هویت جنسی وضعیت نادری است که نتیجه ناهماهنگی ویژگی‌های فیزیکی فرد با جنسیتش می‌باشد. به عبارت دیگر شیوه‌ی رفتاری که از او در جامعه و گروه‌های اجتماعی به عنوان زن یا مرد بودن از وی انتظار می‌رود. در صورتی که فرد در انجام مسئولیت جنسی خود آن چنان که از او انتظار می‌رود دچار نقص گردد، می‌توان گفت فرد دچار اختلال جنسیتی می‌باشد. با توجه به اینکه زن یا مرد آفریده شده است باید به شیوه خاصی بیندیشد، رفتار و احساس خاصی داشته باشد، هویت جنسی بخش مهمی از زندگی انسانی را تشکیل می‌دهد، بازتاب تصویری است که هر فرد به عنوان یک زن یا مرد از خود دارد[۲۵]. هویت جنسی انسان تحت تاثیر دو مولفه اکتسابی و غیراکتسابی تدوین می‌شود. جنس به عنوان یک عامل غیراکتسابی شامل ویژگی‌های جسمانی، کروموزومی، زیستی و کالبدی است که مرد و زن را از یکدیگر متمایز می‌سازد. اما جنسیت به عنوان یک ویژگی غیراکتسابی زن و مرد را از نظر ویژگی‌های اجتماعی – فرهنگی از هم جدا می‌سازد و براساس ویژگی‌هایی که غالباً که خصوصیات ویژه دو جنس است متمایز می‌گردند. به طور معمول خصوصیات جنسی و جنسیتی مردم با یکدیگر هماهنگ است، اما گاهی این مختصات با یکدیگر ناسازگارند[۲۶]. هویت جنسیتی، به طورکلی، از طریق فرآیند یادگیری شکل می‌گیرد. این یادگیری در وهلهٔ اول در خانه رخ می‌دهد و بعد از ورود فرد به محیط بیرون از خانه، مثل مدرسه و سایر نهادها ادامه می‌یابد. بنابراین، طی این فرآیند، هر فرد نقش‌های جنسیتی متناسب با جنس خود را یاد می‌گیرد و از این رو در بیشتر موارد جنس فرد، یعنی ویژگی‌های فیزیکی، با جنسیت او، یعنی شیوهٔ رفتاری که جامعه از او به عنوان زن یا مرد انتظار دارد، هماهنگ است اما در موارد نادری این تناسب به هم می‌خورد و فرد دچار اختلال هویت جنسیتی می‌شود. افراد مبتلا به اختلال جنسیتی (ترانس سکسوالیته) از بدو شناخت خود از سنین زیر ۳ سالگی، رفتارها و گرایش‌های جنس مخالف را از خود بروز می‌دهند و با وجودی که هیچ گونه اختلالی در جسم آنها مشاهده نمی‌شود، عمیقاً احساس می‌کنند که در کالبدی اشتباه متولد شده‌اند و جنسیت حقیقی آنها با آنچه هستند متفاوت است. بدین ترتیب، پسربچه‌هایی که دچار اختلال هویت جنسیتی هستند، گرایش به بازی‌های دخترانه دارند و رفتارهای دخترانه از خود بروز می‌دهند. همچنین دختر بچه‌های دچار این اختلال نیز حرکات و رفتارهای پسرانه دارند و از انجام کارها و بازی‌های دخترانه امتناع می‌کنند.[۲۷]. این در حالی است که خانواده و جامعه همواره از این کودکان انتظار دارند نقش‌های متناسب با جنسیت خود را بپذیرند و آنها را به دلیل حرکات و رفتارهای جنس مخالف سرزنش کرده و تحت فشار قرار می‌دهند که این باعث انزوای این افراد میشود. این انزوا، به عزت‌نفس پایین می‌انجامد و ممکن است باعث ترک تحصیل یا شکست تحصیلی شود. این افراد اغلب تضاد بین شخصی زیادی دارند و یکی از پرقربانی‌ترین اقلیت‌ها را تشکیل می‌دهند. در مواردی نیز اختلال جنسیتی همراه با اسکیزوفرنی یا شیدایی و بهم خوردن تعادل روانی است[۲۸]. گرچه هر تغییری چه بزرگ و چه کوچک، فشارزا به شمار می‌رود و فرد را وادار به مقابله می‌کند، اما این فشارها همیشه بد و ناخوشایند نیستند. چگونگی رویارویی با این شرایط و راهبردهایی که فرد برای رویارویی با آنها بر می‌گزیند، بخشی از نیمرخ آسیب‌پذیری وی شمرده می‌شوند. در حالی‌که بهره‌گیری از راهبرد نامناسب در رویارویی با عوامل فشارزا می‌تواند موجب افزایش مشکلات گردد، به کارگیری راهبردهای درست مقابله می‌تواند دستاوردهای مثبتی در پی داشته باشد.[۲۹].

فریمن اظهارکرده است طرحواره‌ها و رفتارهای منتج از آنها با رشد فردی از زمان تولد آغاز می‌شوند. فریمن توضیح می‌دهد که تحول طرحواره‌های هسته‌ای بر پنج پایه می‌باشد. علاوه بر باور بنیادی کودکی باور مرتبط با اینکه او نمی‌تواند تغییرکند را حفظ می‌کند. سازمان باور، قویاً توسط والدین یا چهره‌های با اهمیت تقویت می‌شود. تلاش برای باورهای مخالف ممکن است تقویت نشود بلکه مجازات شود. کودک به وضوح درمی‌یابد که فاقد ارزش است اما هر تلاش برای تصریح ارزش نادیده گرفته می‌شود. والدین ممکن است مستقیماً آموزش متضاد را برای ایجاد تصویر مثبت ارائه دهند. ریشه‌های والدینی شناسایی ریشه‌های دوران کودکی طرحواره‌های ناسازگار اولیه فرد است که در اثر تعامل با والدین در دوران کودکی موجب شکل‌گیری طرحواره‌های فرد میشود[۳۰].

یافته‌های این پژوهش نشان داد که یکی از تفاوت مهم افراد دارای اختلال هویت جنسی از افراد سالم در نوع راهبردهای مقابله‌ای (مسئله‌مدارو هیجان‌مدار) می‌باشد. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار نیز در افراد دچار این اختلال مشهود می‌باشد. یافته‌های این پژوهش با مطالعات انجام شده کولیزی و همکاران[۳۱]، وبتللی و ریکاردی[۳۲]، ماتسوموتو و همکاران[۳۳]، مولر[۳۴] که به بررسی سبک‌های دلبستگی و راهبردهای مقابله‌ای در افراد با اختلال هویت جنسی پرداخته بودند، همخوانی دارد.

تابو بودن مسائل جنسی، دسترسی دشوار به مشارکت‌کنندگان موجب شد که روش نمونه‌گیری در دسترس و محدود به گروه کوچکی از مشارکت‌کنندگان باشد که موجب محدودیت در تعمیم نتایج می‌گردد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده ویژگی‌های بیشتری از این اختلال در گروه وسیع‌تری از مشارکت‌کنندگان مورد بررسی قرار گیرند. همچنین با توجه به خلاء تحقیقاتی موجود در این زمینه و با توجه به تأثیر فرهنگ بر عوامل روان‌شناختی نظیر سبک‌های دلبستگی و مسائل

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

جنسی لزوم انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه در ایران احساس می‌شود. نتایج این پژوهش لزوم توجه به سبک‌های مقابله‌ای، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عزت‌نفس در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی و افراد عادی می‌باشد از این رو پیشنهاد می‌گردد در محورهای مختلف و حیطه‌های دیگر روان‌شناسی از جمله دلبستگی انجام گردد، بلکه بتوان کمکی به چنین افرادی کرد تا هویت خود را بازیابند.

در آخر می‌توان گفت هویت جنسیتی بخش قابل‌ملاحظه‌ای از هویت هر انسان را تشکیل می‌دهد و دربردارندهٔ تصویری است که هر فرد به عنوان مرد یا زن از خود دارد فرد می‌آموزد که از این حیث که مرد یا زن آفریده شده، باید به شیوه‌های خاص بیندیشد، رفتار کند و احساس نماید. بنابراین، برای برقراری ارتباط اجتماعی موفق با اطرافیان و داشتن زندگی سالم، فرد باید هویت جنسیتی خود را بشناسد و همانگونه رفتار کند که جامعه به عنوان مرد یا زن از او انتظار دارد. در غیر این صورت، یعنی اگر فرد هویت جنسیتی خود را به درستی نشناسد یا آن را نپذیرد، در زندگی فردی و اجتماعی دچار مشکل می‌شود. بنابراین، شناخت عواملی که باعث ایجاد اختلال هویت جنسیتی می‌شود و برنامه‌ریزی برای برطرف کردن این عوامل، می‌تواند میزان افراد مبتلا به این بیماری را کاهش دهد و نهایتاً مشکلات اجتماعی را که به علت این مسئله به وجود آمده از بین ببرد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از مدیریت و کارکنان مرکز پزشکی قانونی و انیستیتو روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران و کلیه مشارکت‌کنندگان که در این پژوهش همکاری داشته‌اند، سپاسگزاری نمایند.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

References

1-Kaplan S. Psychoanalysis, Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry, Rafiei and Rezaei. Tehran: Salem Publication and Publications.2001.

2-Tayrani O. Tobalal Sexual Identity. Jerusalem Quarterly. 2009; 12: 47-54.

3-Esfandiari M. Fashion reality and moderation, Payzan Journal. .79-169- :3 ;2008

4-Jafarzadeh M., AliPour A., Orki M., Ghasemzadeh A. Comparison of Coping Strategies and Attachment Styles of People with Sexual Dysfunction with Individuals Without Sexual Identity Disorder, Psychology of Health. .98-10:109 ;2014

5-Lazarus R.S, Folkman S. Stress, Appraisal and Coping, Springer, NY.1984.

6-Endler N.D, Parker, J. D. A. Multidimensional assessment of coping:A critical evaluation. Journal of Personality and Social Psychology.1990; 58(5):844-854.

7-Yang J, kolosco, J, Vishar, M. Schema Therapy, A Practical Guide for Clinical Specialists. Translation by Hassan Hamidpour and Zahra Endouz, Tehran: Arjmand Publication. 2007

8-Young J.E, Klasko J.S. Reinventing your life. New York: Dutton. 1993.

9-Enzab-Dashti, Asgharnejad Farid A., Reissi Z. Comparison of maladaptive schemas and parental roles in patients with sexual identity disorder with normal group, clinical psychology. 2013; 7 (2): 60-49.

10-Simon L, Zsolt U, Fogd D, Czobor P. "Disfunctional core beliefs, perceived parenting behavior and psychopathology in gender identity disorder: A comparison of male-tofemale, female-to-male transsexual and non-transsexual control subjects". Behavior Therapy and Experimental psychiatry.2011; 42: 38-45.

11-Sandnabba N.K, Ahlberg C. "Parents` Attitudes and expectations about children`s crossgender behavior". Sex Roles.1999; 40: 249- 263

12-Dumont M, Provost M.A. "Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression". Journal of Youth and Adolescence.1999; 28: 343-363.

13-Amato PR, Fowler F. Parenting practices, child adjustment, and family diversity. J Marriage Fam. 2002; 64(3):703-16.

14-Delavare A. Theoretical Foundations and Research Activities in Human and Social Sciences, Tehran: Growth Publications. 2010.

15-Mohammad Khani Sh, Bash Qarr. The relationship between emotional intelligence and coping styles with general health of students. Quarterly journal of research in psychological health., 2008; 2 (1): 47-37.

16-Shokri O, Taghilou S, Geravand F, Paeizi M, Moulaei M, Abdelah Pour M, et al. [Factor structure and psychometric properties of the Farsi version of the coping inventory for stressful situations (CISS)]. Advances in Cognitive Science. .33-22 :(3)10 ;2008[In Persian]

17-Jafar Nejad p. The study of the relationship between the five major factors, coping styles and psychological health in undergraduate students at Tarbiat Moallem University. Master's Thesis. Tehran: Tarbiat Moallem University. 2003.

18-Waller, G., Meyer, C., & Hanian, V. Psychometric properties of the long & short versions of the Young Schema Questionnative. Cognitive Therapy and Research. 2001; 147-25:137

19-Schmidt N.B, Joiner T.E, Young E, Telch, M.J. The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. Cognitive Therapy and Research.1995; 19 (3) : 295-321.

20-Ahi Gh . Standardization of a short form of Yang's Schedule Questionnaire (SQ-SF) among university students in Tehran. Master's thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaei University. 2005.

21-Hojjatkhah, M. Anxiety and Self-esteem Levels in Anxious and Normal Individuals. Senior Lecturer, Ferdowsi University of Mashhad. 1996.

22-Thabet M. Confirmation of Coopersmith Self-Esteem Test in Teacher Training Courses in 19th District of Tehran. End of Master's Degree, Allameh Tabataba'i University.1996.

23-Najibei S. Self-esteem co-optimization softwares in middle schools of Mazandaran province. Master's dissertation, Islamic Azad University. 1995.

24-Cooper Smith, S. Manual of SEI. Conrulhing psychologist Press, IncCrocker J. Memory for Information about others effect of Self-esteemand performance feedback.Journal of Research In Personality.-199:(1)27;1990 .203

25-Yorburg B .Sexual Identity, Sex Roles and Social Change, New York, London, Sydney, Toronto: A Wiley- Interscience Publication.1974.

26-Richardson J. Introduction to the Study of Gender Differences in Cognition. Gender Differences in Human Cogniton, Caplan Paula J, Crawford, Mary, Hyde Janet Shibley, New York: Oxford University press..1997

27-Zucker, K.J, Susan, J. Gender Identity and

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

Psychosexual Disorder. American Psychiatric Association. 2005.
28-Zucker K. J, Spitzer R.L. Was the gender identity disorder of childhood diagnosis introduced into DSM-III as a backdoor maneuver to replace homosexuality? : A historical note. Journal of Sex and Marital Therapy.2005; 31:31-42.
29-Daei Pour P. Preliminary survey of coping scale in adolescents in Tehran. Tehran: Tehran Psychiatric Institute, Master's thesis, Clinical Psychology. 2008.
30-Yang J, Klasco, and Vyshar n, m. Schematic Therapy: A Practical Guide for Clinical Specialists. Translation by Hassan Hamidpour and Zahra Endouz. Tehran: Arjomand Publications. 2007.
31-Colizzi M, Costa R, Pace V. Todarello O. Hormonal Treatment Reduces Psychobiological Distress in Gender Identity Disorder, Independently of the Attachment Style. The Journal of Sexual Medicine. 2013; 10:1111-12155. [Epub ahead of print].
32-Vitelli R. Riccardi E. (Gender Identity Disorder and Attachment Theory: The Influence of the Patient's Internal Working Models on Psychotherapeutic Engagement and Objective. A Study Undertaken Using the Adult Attachment Interview). International Journal of Transgender –ism. 2010; 12:241-253.
33-Matsumoto Y, Sato T, Ohnishi M, Kishimoto Y, Terada S. Kuroda S. (gender identity disorder). Psychiatry Clin Neurosci.2009: 63(6):715.20-
34-Muller R.T, Sicoli L.A, Lemieux K. (Relationship between attachment style and posttraumatic stress symptomatology among adults who report the experience of childhood abuse). Journal of Traumatic Stress.2000; 13: 321-332.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

Comparison between Individuals with and without Gender Identity Disorder Considering Coping Styles, Early Maladaptive Schemas, and Self-Esteem

Madadi S (MA), Ghahari S (Ph.D), Zandifar H (Ph.D candidate)

Abstract

Introduction: this study was conducted to compare individuals with and without gender identity disorder considering copying styles, early maladaptive schemas, and self-esteem.

Method: this is a causal-comparative study. Statistical population consisted of individuals with gender identity disorder in Tehran, Iran during 2016. Purposeful sampling was used as sampling method. Sample size obtained to 30 members based on causal-comparative plan; in this case, 30 members were assigned to two groups of individuals with and without gender identity disorder. Ordinary individuals were matched with individuals with identity disorder based on age, gender, education, and job. All individuals signed the consent to participate in study. Endler & Parker Coping Inventory for Stressful Situations (CISS), Young Schema Questionnaire- Short Form (YSQ-sf2), and Coopersmith Self-Esteem Inventory employed as research instruments.

Results: statistical findings showed that self-esteem of ordinary individuals (20.6) was higher than individuals with gender disorder (19.1) and individuals with gender identity disorder obtained higher scores in all early maladaptive schemas expect for sacrifice compared to ordinary individuals. Also. There was a significant difference between two groups in terms of emotion-oriented and avoidance-oriented coping strategy considering F value and Significance level ($P<0.0001$, $F=16.34$; $P<0.02$, $F=5.62$) while there was not any significant difference between groups in terms of task-oriented style.

Conclusion: individuals with gender identity disorder have low self-esteem, higher emotion-oriented coping styles, and higher early maladaptive schemas.

Keywords: Coping Style, Early Maladaptive Schema, Self-Esteem, Gender Identity Disorder.

---

*Corresponding author, 1- Department of Mental Health , School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Psychiatry of Institute), Iran University of Medical Sciences (IUMS). Tehran, Iran. Email: ghahhari.sh@iums.ac.ir.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]