

مقایسه همجنس‌گرایان و دگرجنس‌گرایان بر اساس ویژگی‌های شخصیتی، پیوندهای والدینی و سطوح سلامت روانی

محمدعلی بشارت^۱، آریا گلستانی پور^۲، مسعود غلامعلی لواسانی^۳

A comparison between homosexuals and heterosexuals based on personality characteristics, parental bonding and levels of mental health

Mohammad Ali Besharat¹, Aria Golestanipour², Masoud Gholmali Lavasani³

چکیده

زمینه: نیاز جنسی به عنوان یکی از پنج نیاز اصلی آدمی است که در گرایش به همجنس، غیر همجنس و یا هر دو جنس متبلور می‌شود. **هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه گرایش‌های جنسی بر اساس ویژگی‌های شخصیتی، پیوندهای والدینی و سلامت روانی نمونه‌ای از مردان ایرانی انجام شد. **روش:** روش پژوهش حاضر همبستگی و طرح پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود. نهمصد و پنجاه و سه مرد (۴۴۵ همجنس‌گرا، ۳۸۱ دگرجنس‌گرا، ۱۲۷ دو جنس‌گرا) به صورت داوطلب در این پژوهش شرکت کردند. شرکت‌کنندگان، مقیاس پنج‌عاملی نئو (NEO-FFI؛ مک‌کرا و کاستا، ۲۰۰۳)، مقیاس پیوند والدینی (PBI؛ پارکر، توپلینگ و براون، ۱۹۷۹) و مقیاس سلامت روانی (MHI-28؛ ویت و ویر، ۱۹۸۳) را تکمیل کردند. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که نوروژگرای، تجربه‌پذیری، همسازی و وظیفه‌شناسی در همجنس‌گرایان بالاتر از دگرجنس‌خواهان و برونگرایی در دگرجنس‌گرایان بالاتر از همجنس‌خواهان است. در متغیر مراقبت پدری، میانگین نمره دگرجنس‌گرایان بالاتر از همجنس‌گرایان بود، اما در متغیر حمایت مادری، میانگین نمره همجنس‌گرایان بالاتر از دگرجنس‌گرایان بود. نتایج نشان داد که سلامت روانی دگرجنس‌خواهان به طور معنادار ($p < 0/01$) فراتر از همجنس‌خواهان است؛ بهزیستی روان‌شناختی دگرجنس‌گراها بالاتر از همجنس‌گرایان بود، در حالی که درماندگی روان‌شناختی در همجنس‌گراها بالاتر بود. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات روان‌شناختی در دو سطح پیش‌گیری و درمان به منظور ارتقاء سطح سلامت روانی و عمومی جامعه از نقطه نظر تمایلات جنسی، یک ضرورت محسوب می‌شود.

واژه کلیدیها: همجنس‌گرایی، دگرجنس‌گرایی، شخصیت، خانواده، سلامت جنسی

Background: Sexual demand is one of the first five essential needs of human, which is categorized into homo, hetero and bisexual orientations. **Aims:** The aim of the present study was to compare sexual orientations based on personality characteristics, parental bonding and mental health in a sample of Iranian males. **Method:** Method of the present descriptive study was correlational, the design of the study was causal comparative. A total of 953 males (445 homosexuals, 381 heterosexuals, and 127 bisexuals) participated in the present study, voluntarily. Participants completed Personality Five Factor Inventory (NEO-FFI; McCrae & Costa, 2003), Parental Bonding Instrument (PBI; Parker, Tupling, & Brown, 1979), and Mental Health Inventory (MHI-28, Veit & Ware, 1983). **Results:** The results revealed that the homosexual group reported higher levels of neuroticism, openness to experience, agreeableness and conscientiousness than the heterosexuals, while the heterosexual group scored extraversion higher than the homosexuals. The heterosexual group reported higher levels of father care than the homosexuals, while the homosexual group scored mother care higher than the heterosexual group. Heterosexuals showed significantly ($p < .01$) higher levels of mental health than the homosexual group. The former group revealed higher degree of psychological well-being whereas the latter showed higher degree of psychological distress. **Conclusions:** Based on the findings of the present study, it can be concluded that improvement of psychological and societal mental health in terms of sexual orientations requires psychological interventions in both levels of prevention and treatment.

Keywords: homosexuality, heterosexuality, personality, family, sexual health

Corresponding Author: besharat2000@gmail.com

۱. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

۱. Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author)

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲. MA in Clinical Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

۳. دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳. Associate Professor, Department of Counselling, University of Tehran, Tehran, Iran

مقدمه

رفتار جنسی^۱ که یکی از نیازهای اصلی و یکی از ابعاد تشکیل دهنده هویت فرد است، بر اساس گرایش جنسی^۲ تعیین می‌شود. گرایش جنسی در مردان و زنان به سه صورت دگرجنس‌گرایی^۳ (گرایش و تمایل به جنس مخالف)، همجنس‌گرایی^۴ (گرایش و تمایل به هم جنس) و دوجنس‌گرایی^۵ (گرایش و تمایل به هر دو جنس) نمود می‌یابد (لوی، ۲۰۱۰). دگرجنس‌گرایی الگویی پایدار از تحریک و برانگیختگی نسبت به جنس مخالف تعریف می‌شود (پرین، ۲۰۰۲). دگرجنس‌گرایی اکثریت جهت‌گیری‌های جنسی را که مشتمل بر جنبه‌های زیستی، روانی و اجتماعی است، در بر می‌گیرد (لوی، ۲۰۱۰). این گرایش‌ها و تمایلات در یک مجموعه متنوع از ویژگی‌های فیزیولوژیک، رفتاری و روانی همچون میل جنسی، رابطه عاشقانه، انگیزتگی فیزیولوژیک، جاذبه‌ها، خیالپردازی‌ها و هویت شخصی آشکار می‌شوند (ساوین-ویلیامز و رانگالووا، ۲۰۱۳). رایج‌ترین روش برای ارزیابی این جهت‌گیری جنسی شناخت و تجربه شخصی افراد از خودشان است (کاس، ۱۹۹۰؛ به نقل از بیولی-پریوستا و فورتین، ۲۰۱۴). گرایش به همجنس‌بیانگر رفتاری است که تمایل جنسی فرد را نسبت به همجنس خود منعکس می‌کند. همجنس‌خواهی تعریف فرد از خود و اولویت و میل ذاتی شخص نسبت به همجنس خود محسوب می‌شود (دی‌رایس، ۲۰۱۴). گرایش به همجنس تنها به روان فرد همجنس‌گرا محدود نمی‌شود و در رشد فیزیکی و توانایی جسمی فرد همجنس‌گرا نیز آشکار می‌گردد. از آنجا که گرایش جنسی در انسان تحت تأثیر سطوح استروئید جنسی پیش از تولد است، در نمو عصبی فرد نقش دارد (رحمان، ۲۰۰۵؛ رحمان و ویلسون، ۲۰۰۳؛ سالیون، ۲۰۰۳؛ فینک، میننگ و نیو، ۲۰۰۴). بدین شکل که تغییرات رفتاری در سطح عصبی همجنس‌گرایان (در هر دو جنس مرد و زن) منوط به قرار گرفتن در معرض آندروژن بیشتر در دوران بارداری است (راینسون و میننگ، ۲۰۰۰). این وضعیت نتایجی همچون توانایی شونده‌گی قویتر، بزرگی اندازه آلت و طول انگشت دوم و چهارم در همجنس‌گرایان مرد را نسبت به دگرجنس‌گرایان نشان می‌دهد (رحمان، ۲۰۰۵؛ رحمان و ویلسون، ۲۰۰۳؛ فینک و همکاران، ۲۰۰۴). در این وضعیت، خلق و

خوی و تحریک جنسی (لگاتو، ۲۰۱۱)، چرخش ذهنی، ادراک فضایی، روانی کلامی و عملکرد مغزی مردان همجنس‌گرا به زنان قرابت و شباهت پیدا می‌کند (دوار، ۲۰۰۳؛ راینسون و میننگ، ۲۰۰۰؛ فینک و همکاران، ۲۰۰۴؛ گلدستین، ۲۰۱۱؛ مک‌فدن، ۲۰۱۱) تماس زودرس با استروئیدهای جنسی (استروژن و آندروژن) که تمایزگر جهت‌گیری جنسی در مردان است، در اسکلت‌بندی بدن شخص از کودکی ظاهر می‌شود (مارتین و نگوین، ۲۰۰۴). در روند رشد فرد همجنس‌گرا، از یک سو دوران کودکی و درک متفاوت او از جنس مخالف و همچنین کشف رفتارها و تمایلات ناهمخوان خود (احساس تنگ و شرم از گرایش همجنس‌خواهی)، و از سوی دیگر زمینه‌های محیطی و اجتماعی شامل تلفیقی از ساختار خانواده به عنوان تعیین‌کننده اصلی در هویت‌یابی فرد (اصل دوری پدر و نزدیکی مادر)، آگاهی از روابط ناپایدار و بی‌تعهد همجنس‌گرایان، تجارب ناخوشایند (تجربه طرد و پرخاشگری بین همجنس‌خواهان) و همچنین عوامل فرهنگی، سیاسی و روانی-اجتماعی تأثیرگذار هستند (گاست، شیند، پالس، هاردنت، چن و همکاران، ۲۰۱۳؛ گوتیرز و ماتوران، ۲۰۱۲). این زمینه‌ها موجب تعارض در هویت‌پذیری همجنس‌خواهان و در نهایت ایجاد مشکل در بهداشت روانی و کاهش سلامت روانی آنان می‌شود (آدلسون، ۲۰۱۲؛ آدلسون و آف‌چایلد، ۲۰۱۲؛ باکر، س‌ندفرت، ونوسنییک، لیندردت و وسترت، ۲۰۰۶؛ ساویک، بیرینگر، هینز، بلوم و رسنیک، ۱۹۹۸؛ گاست و همکاران، ۲۰۱۳؛ گوتیرز و ماتوران، ۲۰۱۲). از آنجا که داشتن ارتباط با دیگران برای سلامت روانی فرد حیاتی است (فیشر و آکمن، ۲۰۰۲)، این دیدگاه منفی همراه با تبعیض و تعصب، آنان را در معرض خطر ابتلا به عوارض جانبی، فیزیکی، اجتماعی، و روانی همچون مشکلات عاطفی، آزار و اذیت کلامی و غیر کلامی همسالان، برخوردهای فیزیکی، سوءاستفاده جنسی^۶، درگیری با قانون، مصرف مواد، اختلالات خوردن^۷، اقدام به خودکشی^۸ و انواع احساسات منفی و

5. bisexuality
6. sexual abuse
7. eating disorder
8. suicide attempt

1. sexual behavior
2. sexual orientation
3. heterosexuality
4. homosexuality

اجتماعی آنان انجام گرفت، نتایج نشان داد که برونگرایی با رضایت از زندگی و تعادل عاطفی رابطه دارد (لی، دین و یانگ، ۲۰۰۸). ملکوک (۲۰۱۱) نیز نشان داد که نورزگرایی پیش بینی کننده منفی بهزیستی ذهنی و درونی است و همسازی و برونگرایی پیش‌بینی کننده مثبت بهزیستی ذهنی هستند. نتایج حاصل از هشت مطالعه مقایسه‌ای (ژنگ، گلدبرگ، ژنگ، ژائو، تانگ و همکاران، ۲۰۰۸) نشان داد که مردان همجنس‌گرا در صفات همسازی، وظیفه‌شناسی، نورزگرایی و تجربه‌پذیری از مردان دگرجنس‌گرا نمرات بالاتری کسب کردند.

در کنار ویژگی‌های شخصیتی، پیوندهای والدینی^{۱۱} (پارکر، توپلینگ و براون، ۱۹۷۹) نیز از عوامل تعیین‌کننده شکل‌گیری رفتار محسوب می‌شوند (کرایگ، گری و اسنودن، ۲۰۱۳). یکی دیگر از هدف‌های پژوهش حاضر مقایسه همجنس‌گرایان و دگرجنس‌گرایان بر اساس کیفیت روابط والدین با فرزندان بود. پیوندهای والدینی بیانگر کیفیت روابط والدین با فرزندان است (کرایگ و همکاران، ۲۰۱۳) و به عنوان یک تکلیف رشدی، برای عملکرد مناسب فرد ضروری است (ریکھی، تیرکا، کلی، گانگه، ملو و همکاران، ۲۰۰۸). مراقبت^{۱۳} و محافظت مفرط^{۱۴} دو بعد اصلی پیوند والدینی محسوب می‌شوند (فرودنشتین، زوهر، آیتز، شووال، ویزمن و همکاران، ۲۰۱۱). پارکر و همکاران (۱۹۷۹) نشان دادند که دلبستگی کودک به پدر و مادر اساساً تحت تأثیر این دو متغیر است. کیفیت مراقبت والدین در پیوستاری از سردی، بی‌تفاوتی و بی‌توجهی تا محبت، گرمی، همدلی و رابطه متقابل عاطفی اعمال می‌شود؛ و کیفیت محافظت و حمایت والدین نیز از کمک‌های مالی، استقلال عمل و تشویق به خودکفایی تا کنترل و مراقبت بیش از حد و نفوذ بی‌اندازه والدین متغیر است (پارکر، ۱۹۸۳؛ پارکر و همکاران، ۱۹۷۹؛ به نقل از کرایساتی، مک گلورگ و براون، ۲۰۰۲). اینگرام، اُریبی و فورتیر (۲۰۰۱) پیوند با پدر و مادر را یکی از عوامل مهم در تعیین سبک‌های شناختی و عاطفی آینده فرد می‌دانند. کیفیت روابط پدر و مادر با فرزندان نقشی تعیین‌کننده در پیشرفت زمینه‌های

مشکلات روانی همچون احساس تنهایی^۱، اضطراب^۲ و افسردگی^۳ قرار می‌دهد (آزکورماک، دغان و دغان، ۲۰۰۸؛ سالیون، ۲۰۰۸؛ ساویک و همکاران، ۱۹۹۸؛ فنگ، لوو، گائ، تو، چنگ و همکاران، ۲۰۱۲؛ فیشر و آکمن، ۲۰۰۲؛ وانگ، دی، سولدت، ویس، مل و همکاران، ۲۰۱۴). با توجه به مجموعه عوامل تأثیرگذار بر گرایش جنسی و اهمیت نقش ویژگی‌های شخصیتی در شکل‌گیری رفتار، یکی از هدف‌های پژوهش حاضر مقایسه همجنس‌گرایان و دگرجنس‌گرایان بر اساس این ویژگی‌ها بود. این مقایسه می‌تواند نقش احتمالی این متغیرها را در گرایش جنسی افراد نشان دهد.

صفات شخصیتی، الگوهای پایدار و فراگیر رفتار و تجربه‌های قابل درک درون شخصی^۴ و بین شخصی^۵ هستند که در طیف گسترده‌ای از زمینه‌های اجتماعی و شخصی به نمایش گذاشته می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا^۶، ۲۰۱۳). ویژگی‌های شخصیتی در میان افراد از فرهنگ‌ها و زبان‌های مختلف مشترکند و در طول زمان و در شرایط متفاوت ثابت و پایدار می‌مانند (جورنسدوتیر، جانسون، هسندوتیر، آلمارسدوتیر، هیمیسدوتیر و همکاران، ۲۰۱۴). بر اساس گزارش پژوهش‌های قبلی (آیسنک، ۱۹۷۲ و ۱۹۷۶؛ کاستا و مک‌کرا، ۱۹۸۵؛ به نقل از هون، فیزیاتریک، کرگ، کلی و سبار، ۱۹۹۹)، برونگرایی سطوح بالاتری از رضایت جنسی، هیجان جنسی و کنجکاوی‌های جنسی دارند و نسبت به درون‌گرایان بیشتر در رابطه جنسی درگیر می‌شوند. بر اساس همین یافته‌ها، نورزگرایی^۷ با احساس گناه جنسی و سطوح پایین رضایت جنسی رابطه دارد؛ وظیفه‌شناسی^۸ با کاهش رضایت جنسی و هیجان جنسی همراه است؛ همسازی^۹ با افزایش رضایت جنسی در ارتباط است؛ و تجربه‌پذیری^{۱۰} با سطوح پایین احساس گناه جنسی و عصبانیت جنسی همراه است (به نقل از هون و همکاران، ۱۹۹۹). میرنادری، بشارت، اسدی و شهیاد (۱۳۸۹) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که روان‌آزردگی‌گرایی و برون‌گردی می‌توانند در دو گام حدود ۲۶ درصد از واریانس تمایل جنسی را تبیین کنند. در پژوهشی که در سال ۲۰۰۷ در مورد افراد همجنس‌گرا و میزان رضایت از زندگی و میزان برونگرایی^{۱۱} و ارتباط

8. conscientiousness

9. agreeableness

10. openness to experience

11. extraversion

12. parental bonding

13. care

14. overprotection

1. loneliness

2. anxiety

3. depression

4. interpersonal

5. intrapersonal

6. American Psychological Association (APA)

7. neurotism

خوش بینی، انعطاف‌پذیری، توانایی برای برقراری روابط سالم و تعامل با زندگی است که عملکرد فرد را ارتقا می‌دهد و بهینه می‌سازد (استیوارت- براون، ۲۰۱۵). بهزیستی روان‌شناختی^۴ از ارکان اصلی سلامت روانی است (بشارت، ۱۳۸۸ الف؛ بشارت و رنجبر کلاگری، ۱۳۹۲) و زمینه‌ساز افزایش اعتماد به خود، حفظ باورهای شخصی و ترویج یک دیدگاه خوش بینانه نسبت به آینده در فرد می‌شود (میروسکی و راس، ۲۰۰۳). بهزیستی روان‌شناختی و اعتماد به خود، در مقابل علائم اضطراب و افسردگی، برای سنجش سلامت روانی معرفی شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). وجود علائم بهزیستی روان‌شناختی (معنویت، ظرفیت برای رشد و بالندگی، رضایت از زندگی، شادی، روابط مثبت با دیگران، خویشتن‌پذیری، معناداری، سازگاری و تسلط بر محیط، خود پیروی، خوش بینی، داشتن هدف در زندگی) در کنار فقدان درماندگی روان‌شناختی^۵ (استرس، اضطراب، افسردگی) بیانگر سلامت روانی در فرد است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰؛ بشارت، ۱۳۸۸ الف؛ بشارت و رنجبر کلاگری، ۱۳۹۲).

مرسر (۲۰۱۴) وجود روابط جنسی برای فرد، خانواده و زندگی اجتماعی را در کلیه فرهنگ‌ها اساسی می‌داند و رفتار، عملکرد و درک بهداشت و سلامت جنسی هر فرد را در تعامل نزدیک با سلامت عمومی عنوان می‌کند. همجنس‌گرایی با خطرات و آسیب‌های روان‌شناختی بسیاری مرتبط است (بشارت، کریمی و سعادت، ۱۳۹۴). پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که همجنس‌گرایی با اختلالات بالینی مانند اضطراب، اختلالات خلقی، سوء مصرف مواد (سندفورت، بکر، شلوپس، و ون و سللیک، ۲۰۰۶؛ گیلین، کوچران، میس، هوجز، استرو و همکاران، ۲۰۰۱) و با تفکر و اقدام به خودکشی (راسل و جوینر، ۲۰۰۱؛ کوچران و میس، ۲۰۰۹؛ کوچران، میس، آلگریا، اورتگا و تاکیوچی، ۲۰۰۷) رابطه دارد. میزان تفکرات و اقدام به خودکشی در همجنس‌گراها بیشتر از جمعیت عادی است (هاتزن بوهرلر، ۲۰۱۱؛ هاتزن بوهرلر، بیرکت، ون واگتن و میر، ۲۰۱۴). هم جنس‌گراها برای به دست آوردن احساسات تعلق یا فراموش کردن احساسات منفی مانند شرم، گناه، یا کمبود اعتماد به خود در مورد احساسات عاشقانه و جنسی، بیشتر به سوء مصرف روی می‌آورند

اجتماعی نوجوانان دارد (اسمورتی و گوارنیری، ۲۰۱۴؛ اسمورتی، گوارنیری و اینگوگلیا، ۲۰۱۴). تعامل کودکان با والدین و محیط موجب شکل‌گیری روان‌سازه‌ها^۱ و بازخوردهای آنان نسبت به خود و جهان اطرافشان می‌شود (بک، ۱۹۶۷؛ به نقل از بوچر، لیکورس، فیلیپ و آرسنولت، ۲۰۱۳). کوکس، انس و کلارا (۲۰۰۲) با استناد به پژوهش‌هایی که با استفاده از مقیاس پیوند والدینی^۲ انجام شده بود، فقدان مراقبت والدین و یا حفاظت بیش از حد آنان را عامل مهمی برای اختلالات روانی بزرگسالی عنوان نمودند. پیرو این ادعا، تحقیقات دیگری نیز رابطه پیوندهای والدینی با افسردگی (پاتن، کافی، پسترنو، کارلین و ولف، ۲۰۰۱؛ پارکر، هدزی-پاولوویک، گرینولد و ویسمن، ۱۹۹۵؛ لانکاستر، رولینسون و هیل، ۲۰۰۷)، اختلالات خوردن (ترنر، روز و کوپر، ۲۰۰۵)، افکار خودکشی (فرودنشتین و همکاران، ۲۰۱۱)، اختلال‌های اضطرابی و خلقی (هیدر، مستشینگر، برنز، آلونسو و انگر میر، ۲۰۰۶) ناگویی هیجانی^۳ (توربرگ، یانگ، سالیون و لیورس، ۲۰۱۱) و تجربه سوء استفاده جنسی در دوران کودکی (کاسدن، کورتر-ایسن، ۱۹۹۹) را نشان دادند. در خصوص احتمال رابطه پیوندهای والدینی با گرایش‌های جنسی، گزارشی در دست نیست و تنها پژوهش منتشر شده غیر مستقیم مربوط می‌شود به کار کورلیس، کوچران و میس (۲۰۰۲) که نشان دادند بدرفتاری، غفلت و کمبود بازخوردهای عاطفی و همچنین فقدان روابط کلی فرزندان با پدر و مادر می‌تواند بر گرایش جنسی فرزندان به هم جنس تأثیر بگذارد. از این نقطه نظر، اهمیت و ضرورت مقایسه همجنس‌گرایان و دگرجنس‌گرایان بر حسب کیفیت روابط والدین و فرزندان در پژوهش حاضر بیشتر می‌شود.

یکی دیگر از جنبه‌های مهم زندگی که تا حدودی تحت تأثیر گرایش جنسی تعیین می‌شود، سلامت روانی است (بشارت و تولائیان، ۱۳۹۳؛ بشارت، تولائیان و لواسانی، ۱۳۹۱). آیا همجنس‌گرایان از این نقطه نظر با دگرجنس‌گرایان تفاوت دارند؟ مقایسه این دو گرایش جنسی، که یکی دیگر از هدف‌های پژوهش حاضر بود، پاسخ به این سؤال را مشخص می‌کند؛ پاسخی که می‌تواند در سطوح پیشگیری و درمان این افراد به کار آید. سلامت روانی در برگیرنده مصادیقی همچون استقلال، پویایی، اعتماد به خود، انرژی و نشاط، شادی،

4. psychological well-being

5. Psychological Distress

1. schema

2. Parental Bonding Instrument (PBI)

3. alexithymia

مقیاس پنج عاملی نئو-مقیاس پنج عاملی نئو^۱ (NEO-FFI): فرم کوتاه مقیاس تجدید نظر شده NEO-PI-R^۲ (مک کرا و کاستا، ۲۰۰۳) است. فرم ابتدایی مقیاس شخصیتی^۳ NEO توسط مک کرا و کاستا در سال ۱۹۸۵ ساخته شد، سپس فرم کوتاه این مقیاس در قالب ۶۰ سؤال مورد تجدید نظر قرار گرفت (کاستا و مک کرا، ۱۹۸۹؛ به نقل از مک کرا و کاستا، ۲۰۰۳). این مقیاس پنج عامل اصلی شخصیت شامل نورزگرایی، برون گرایی، تجربه پذیری، همسازی و وظیفه شناسی را می سنجد. هر عامل بر اساس ۱۲ گویه در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت اندازه گیری می شود. ضرایب آلفای کرونباخ برای هر یک از عوامل اصلی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۶۸، ۰/۶۹ و ۰/۷۹ گزارش شده است (بوچارد، لوسیر و سابورین، ۱۹۹۹؛ کاستا و مک کرا، ۱۹۹۲). در اعتبار یابی فرم بلند و کوتاه این آزمون در نمونه های ایرانی، نتایج حاصله مشابه نتایج آزمون در زبان اصلی بود. بدین شکل که ضریب همبستگی ۵ گویه اصلی در نمونه‌ای با حجم ۲۰۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های تبریز، شیراز و علوم پزشکی این دو شهر بین ۰/۵۶ تا ۰/۸۷ به دست آمد. همچنین ضرایب پایایی بازآزمایی^۴ ۲۰۸ دانشجوی ایرانی در فاصله زمانی سه ماه به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۹، ۰/۸۰، ۰/۷۵، ۰/۸۳ برای نورزگرایی، برون گرایی، تجربه پذیری، همسازی و وظیفه شناسی گزارش شد (گروسی فرشی، ۱۳۷۷).

مقیاس پیوند والدینی-مقیاس پیوند والدینی^۵ (PBI)؛ پارکر و همکاران، ۱۹۷۹): یک ابزار ۲۵ گویه‌ای است که ویژگی‌های پیوند والدین-فرزندان را در ۱۶ سال نخست زندگی اندازه گیری می کند. این مقیاس، پیوندهای والدینی را در اندازه‌های چهار درجه‌ای از ۰ (اصلاً) تا ۳ (همیشه) بر حسب دو زیرمقیاس مراقبت^۶ و محافظت^۷ (حمایت) می سنجد. زیرمقیاس مراقبت، گرمی عاطفی، پذیرش و همدلی والدین نسبت به فرزند را از یک سو و سردی عاطفی و طرد آنها را از سوی دیگر در امتداد یک پیوستار می سنجد. زیرمقیاس محافظت، رعایت خودپیروی و استقلال فرزند را از یک سو و بیش مهارگری، بیش حمایتگری، مزاحمت والدین و ممانعت از خودپیروی و استقلال فرزند را از سوی دیگر در امتداد یک پیوستار

(پریدمور، والتر و فریدلند، ۲۰۱۲). سوء استفاده‌های جنسی دوران کودکی در همجنس‌خواهان (زن و مرد) و دوجنس‌گرایان در مقایسه با دگرجنس‌خواهان بیشتر است (بالسما، لهاوت، بیدنل و سیرکو، ۲۰۱۰)؛ تجربه‌های آسیب‌زایی که سلامت روانی این افراد را تحت تأثیر قرار می دهد.

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی و طرح پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش، کل افراد جنس مذکر بودند که در شبکه‌های اجتماعی فضای مجازی همچون فیس‌بوک، تویتر، وایبر، واتس‌آپ، بدوو و انواع دیگری از سایت‌های دوست‌یابی حضور داشتند و به صورت داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند. تعداد نمونه اولیه پژوهش ۱۳۰۴ مرد (۴۵۹ همجنس‌گرا، ۷۱۸ دگرجنس‌گرا، ۱۲۷ دوجنس‌گرا) بود که پس از حذف مواردی که تا انتها به پرسشنامه‌ها پاسخ نداده بودند به ۹۵۳ نفر (۴۴۵ همجنس‌گرا، ۳۸۱ دگرجنس‌گرا، ۱۲۷ دوجنس‌گرا) تقلیل یافت. برای کنترل اثر ترتیب پرسشنامه‌ها، آشنایی پیشین پاسخ‌دهندگان و اثر خستگی، ترتیب ارائه پرسشنامه‌ها به شرکت‌کنندگان متفاوت بود. لینک پرسشنامه‌ها با ذکر توضیحاتی در مورد پژوهش و زمان تقریبی پاسخ-دهی به همراه پرسشنامه دموگرافیک در ابتدای هر پرسشنامه برای افراد در شبکه‌های اجتماعی و شبکه‌های دوست‌یابی ارسال شد. همچنین برای کسب نمونه بیشتر همجنس‌گرای مرد، کاهش میزان اشتباهات در نتیجه‌گیری و افزایش سطح بالاتری از اطمینان، پیام‌های خصوصی با مضمون دعوت و تشویق در همکاری و شرکت در پژوهش برای تعداد زیادی از همجنس‌گرایان ایرانی فرستاده شد. در پژوهش حاضر نمونه مورد مطالعه همجنس‌گرایان و دگرجنس‌گرایان در محدوده سنی ۱۸ الی ۴۵ ساله بودند که به صورت داوطلبانه حاضر به شرکت در پژوهش اینترنتی شدند. روش نمونه‌گیری برای هر دو گروه، هدفمند بود.

ابزار

پرسشنامه‌های پژوهش به شرح زیر در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت.

4. test-retest reliability

5. Parental Bonding Instrument

6. care

7. protection

1. Personality Five-Factor Inventory (NEO-FFI)

2. Bibliography for the Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R)

3. NEO Personality Inventory Revised

والدینی از طریق اجرای همزمان پرسشنامه اقتدار والدین^{۱۰} (بوری، ۱۹۹۱) و مقیاس مشکلات بین شخصی^{۱۱} (هرویتز، روزنبرگ، بایر، اورنو و ویلاسور، ۱۹۸۸) در مورد آزمودنی‌های دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. ضرایب همبستگی زیر مقیاس‌های مراقبت و محافظت به ترتیب با سبک والدگری اقتداری^{۱۲} ۰/۴۷ و ۰/۵۱-، با سبک والدگری آمرانه^{۱۳} ۰/۴۴- و ۰/۴۲، با سبک والدگری سهل‌گیر^{۱۴} ۰/۵۱- و ۰/۴۹، و با مشکلات بین شخصی ۰/۵۳- و ۰/۴۹ به دست آمد. این ضرایب در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز با تعیین دو عامل مراقبت و محافظت، روایی سازه نسخه فارسی مقیاس پیوند والدینی را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۸ ب).

مقیاس سلامت روانی - این مقیاس، فرم کوتاه مقیاس ۳۴ سؤالی سلامت روانی^{۱۵} (بشارت، ۱۳۸۵؛ ویت و ویر، ۱۹۸۳)، یک آزمون ۲۸ سؤالی است و دو وضعیت بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد (MHI-28؛ بشارت، ۱۳۸۸ الف). حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب ۱۴ و ۷۰ خواهد بود. ویژگی‌های روانسنجی فرم ۲۸ سؤالی این مقیاس، در نمونه‌ای متشکل از هفتصد و شصت آزمودنی در دو گروه بیمار (۲۷۷؛ $n = ۱۷۳$ ، زن، ۱۰۴ مرد) و بهنجار (۴۸۳؛ $n = ۲۶۷$ ، زن، ۲۱۶ مرد) مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی برای نمره آزمودنی‌های بهنجار به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۱ و برای نمره آزمودنی‌های بیمار به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۰ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس هستند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بهنجار ($n = ۹۲$) در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب $r = ۰/۹۰$ و $r = ۰/۸۹$ و در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنادار بودند که نشانه پایایی

می‌سنجد. ویژگی‌های پیوند والدینی برای هر یک از والدین، علاوه بر این که در دو زیر مقیاس مراقبت و محافظت با دو نمره مشخص می‌شود، ممکن است به یکی از چهار وضعیت زیر نیز ترسیم شوند: والدگری بهینه^۱ با مراقبت زیاد و محافظت کم؛ دلسوزی تحمیلی^۲ با مراقبت و محافظت زیاد؛ مهارگری بی‌عاطفه^۳ با مراقبت کم و محافظت زیاد؛ والدگری سهل‌انگاران^۴ با مراقبت و محافظت کم. برای تعیین مقوله‌های مراقبت و محافظت (بالا و پایین) از این نقاط برش استفاده می‌شود: نمره مراقبت ۲۷ و نمره محافظت ۱۳/۵ برای مادران و نمره مراقبت ۲۴ و نمره محافظت ۱۲/۵ برای پدران. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس پیوند والدینی در پژوهش‌های خارجی (پارکر ۱۹۸۳، ۱۹۹۰؛ پارکر و همکاران، ۱۹۷۹، ۱۹۸۷) در نمونه‌های بالینی و جمعیت عمومی برای دو حالت والدگری واقعی^۵ و ادراک شده^۶ مورد تأیید قرار گرفته است. ویژگی‌های روانسنجی فرم فارسی مقیاس پیوند والدینی در نمونه‌ای متشکل از ششصد و بیست و سه آزمودنی در دو گروه بیمار ($n = ۲۳۲$ ؛ ۱۳۵ زن، ۹۷ مرد) و بهنجار ($n = ۳۹۱$ ؛ ۲۱۱ زن، ۱۸۰ مرد) مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های مراقبت و محافظت برای نمره آزمودنی‌های بیمار به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۹۰ و برای نمره آزمودنی‌های بهنجار به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۹۱ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی^۷ خوب مقیاس هستند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بیمار ($n = ۶۶$) در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای مراقبت و محافظت به ترتیب $r = ۰/۷۷$ و $r = ۰/۷۹$ و در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بهنجار ($n = ۷۸$) نیز در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای ارزیابی پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای مراقبت و محافظت به ترتیب $r = ۰/۷۹$ و $r = ۰/۸۳$ و در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار بودند (بشارت، ۱۳۸۸ ب). روایی همگرا^۸ و تشخیصی (افتراقی)^۹ نسخه فارسی مقیاس پیوند

9. discriminant

10. Parental Authority Questionnaire (PAQ)

11. Inventory of Interpersonal Problems

12. authoritative

13. authoritarian

14. permissive

15. Mental Health Inventory-28 (MHI-28)

1. optimal parenting

2. affectionate constraint

3. affectionless control

4. neglectful parenting

5. actual

6. perceived

7. internal consistency

8. convergent

شناختی دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز دو زیرمقیاس بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۸الف).

داده‌ها و یافته‌ها

مشخصات توصیفی برای شرکت‌کنندگان در پژوهش نشان می‌دهد که از نمونه انتخاب شده ۴۶/۷ درصد همجنس‌گرا و ۴۰ درصد دگرجنس‌گرا بودند و ۱۳/۳ درصد گرایش به هر دو جنس داشته‌اند. در ابتدا خلاصه‌ای از نتایج توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و سپس با آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری مبنی بر نرمال بودن نمونه مورد نظر از لحاظ متغیر مورد سنجش و همگنی واریانس دو گروه گرایش جنسی از آزمون Z کالموگروف اسمیرنوف و برای یکسانی واریانس از آزمون لوین استفاده شد. همچنین از آزمون ام باکس ۲ جهت بررسی فرض همسانی ماتریس‌های کواریانس استفاده شد و نتایج آزمون، بیانگر پذیرش فرضیه صفر مبنی بر همسانی ماتریس‌های کواریانس بود.

بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بیمار ($n=76$) نیز در دو نوبت با فاصله یک تا دو هفته برای ارزیابی پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب $r=0.83$ و $r=0.88$ و در سطح $P<0.001$ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. روایی همزمان مقیاس سلامت روانی-۲۸ از طریق اجرای همزمان پرسشنامه سلامت عمومی^۱ (گلدبرگ، ۱۹۷۲، ۱۹۸۸) در مورد همه آزمودنی‌های دو گروه محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی آزمودنی‌ها در پرسشنامه سلامت عمومی با زیر مقیاس بهزیستی روان‌شناختی همبستگی منفی معنادار ($r=-0.87, P<0.001$) و با زیر مقیاس درماندگی روان‌شناختی همبستگی مثبت معنادار ($r=0.89, P<0.001$) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس سلامت روانی را تأیید می‌کنند. روایی تفکیکی مقیاس سلامت روانی از طریق مقایسه نمره‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد ویژگی‌های شخصیتی، پیوندهای والدینی و سلامت روانی شرکت‌کنندگان

متغیر	گروه	Min	Max	M	SD
نورزگرایی	دگرجنس‌گرا	۱۳	۵۷	۳۳/۸۹	۷/۵۸
	همجنس‌گرا	۱۳	۵۸	۳۵/۶۷	۸/۳۷
برون‌گرایی	دگرجنس‌گرا	۱۷	۵۸	۴۰/۶۹	۶/۸۸
	همجنس‌گرا	۱۳	۵۴	۳۸/۴۲	۷/۲۲
تجربه‌پذیری	دگرجنس‌گرا	۲۵	۵۹	۴۰/۷۲	۵/۶۰
	همجنس‌گرا	۲۶	۵۷	۴۲/۸۳	۵/۱۹
همسازی	دگرجنس‌گرا	۲۱	۵۷	۴۱/۱۹	۶/۵۱
	همجنس‌گرا	۲۰	۵۸	۴۲/۷۷	۶/۲۱
وظیفه‌شناسی	دگرجنس‌گرا	۲۰	۶۰	۴۳/۵۰	۷/۸۲
	همجنس‌گرا	۱۹	۶۰	۴۵/۰۱	۷/۳۳
مراقبت پدر	دگرجنس‌گرا	۳	۳۴	۲۲/۸۰	۵/۸۵
	همجنس‌گرا	۳	۳۳	۱۸/۲۰	۶/۹۹
حمایت پدر	دگرجنس‌گرا	۱	۳۳	۱۵/۶۲	۶/۳۴
	همجنس‌گرا	۰	۳۶	۱۵/۴۳	۷/۳۰
مراقبت مادر	دگرجنس‌گرا	۷	۳۴	۲۵/۲۱	۵/۰۱
	همجنس‌گرا	۷	۳۴	۲۴/۶۲	۵/۱۴
حمایت مادر	دگرجنس‌گرا	۲	۳۴	۱۷/۲۱	۶/۱۸
	همجنس‌گرا	۲	۳۷	۱۸/۳۰	۶/۸۹
بهزیستی روان‌شناختی	دگرجنس‌گرا	۱۴	۷۰	۴۸/۶۱	۱۰/۴۹
	همجنس‌گرا	۱۵	۷۰	۴۵/۵۲	۱۱/۰۸
درماندگی روان‌شناختی	دگرجنس‌گرا	۱۴	۷۰	۳۸/۵۱	۱۱/۳۶
	همجنس‌گرا	۱۴	۷۰	۴۱/۹۰	۱۳/۵۸

2. Box Test of Equality of Covariance Matrices

1. General Health Questionnaire

متغیری برای هر یک از متغیرها گزارش می شود. نتایج تحلیل های واریانس تک متغیری ویژگی های شخصیتی (جدول ۳) نشان می دهد که تفاوت دو گروه در ویژگی های شخصیتی معنادار است.

با توجه به معناداری تفاوت دو گروه در تحلیل واریانس چندمتغیری، با مشخص شدن منشاء تفاوت جزئیات بیشتر در جدول ۴ بر مبنای تحلیل واریانس تک متغیری، نشان دهنده معنادار بودن مراقبت پدر و حمایت مادر است.

نتایج تحلیل های واریانس تک متغیری برای سلامت روانی (جدول ۵)، نشان می دهد که تفاوت دو گروه در بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی معنادار است.

مشخصات توصیفی جدول ۱ نشان دهنده تفاوت دو گروه همجنس گرایان و دگرجنس گرایان در ویژگی های شخصیتی است. به منظور آزمون این تفاوت، با توجه به وجود متغیر با سطح اندازه گیری حداقل فاصله ای دو گروه برای آزمون فرضیه های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. مطابق آنچه در جدول ۲ مشاهده می شود، آزمون های چند متغیره نشان می دهند بین گروه همجنس گرا و دگرجنس گرا حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد.

با توجه به معناداری تفاوت دو گروه در تحلیل واریانس چندمتغیری برای نشان دادن جزئیات بیشتر در ادامه نتایج تحلیل های واریانس تک

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری ویژگی های شخصیتی، پیوندهای والدینی و سلامت روانی همجنس گرایان و دگرجنس گرایان

متغیر	Value	F	df1	df2	Sig
ویژگی های شخصیتی	اثر پیلای	۲۰/۲۷	۵	۸۲۰	۰/۰۱
	لانداى ويلكز	۲۰/۲۷	۵	۸۲۰	۰/۰۱
	اثر هتلینگ	۲۰/۲۷	۵	۸۲۰	۰/۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۲۰/۲۷	۵	۸۲۰	۰/۰۱
پیوند والدینی	اثر پیلای	۳۴/۶۰	۴	۸۲۱	۰/۰۱
	لانداى ويلكز	۳۴/۶۰	۴	۸۲۱	۰/۰۱
	اثر هتلینگ	۳۴/۶۰	۴	۸۲۱	۰/۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۳۴/۶۰	۴	۸۲۱	۰/۰۱
سلامت روانی	اثر پیلای	۸/۳۰	۲	۹۲۳	۰/۰۱
	لانداى ويلكز	۸/۳۰	۲	۹۲۳	۰/۰۱
	اثر هتلینگ	۸/۳۰	۲	۹۲۳	۰/۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۸/۳۰	۲	۹۲۳	۰/۰۱

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری برای ویژگی های شخصیتی

متغیر	SS	df	MS	F	Sig
نوروزگرایی	۶۴۷/۷۰	۱	۶۴۷/۷۰	۱۰/۲۴	۰/۰۱
برونگرایی	۱۰۵۲/۸۲	۱	۱۰۵۲/۸۲	۲۱/۲۴	۰/۰۱
تجربه پذیری	۹۱۴/۸۷	۱	۹۱۴/۸۷	۳۱/۱۶	۰/۰۱
همسازی	۵۰۹/۴۹	۱	۵۰۹/۴۹	۱۲/۵۴	۰/۰۱
وظیفه شناسی	۴۶۸/۱۹	۱	۴۶۸/۱۹	۸/۱۲	۰/۰۱

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری برای پیوندهای والدینی

متغیر	SS	df	MS	F	Sig
مراقبت پدر	۴۳۵۴/۴۳	۱	۴۳۵۴/۴۳	۱۰۶/۲۵	۰/۰۱
حمایت پدر	۰/۰۴	۱	۰/۰۴	۰/۰۱	۰/۹۸
مراقبت مادر	۷۳/۴۷	۱	۷۳/۴۷	۲/۸۶	۰/۰۹
حمایت مادر	۲۴۵/۷۵	۱	۲۴۵/۷۵	۵/۷۹	۰/۰۱

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری برای سلامت روانی					
Sig	F	MS	df	SS	متغیر
۰/۰۱	۱۳/۲۸	۱۵۳۹/۰۳	۱	۱۵۳۹/۰۳	بهزیستی روان شناختی
۰/۰۱	۱۵/۲۸	۲۳۶۱/۴۳	۱	۲۳۶۱/۴۳	درماندگی روان شناختی

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که نوروگرای، تجربه پذیری، همسازی و وظیفه شناسی در همجنس گرایان بالاتر از دگر جنس گرایان؛ و برونگرایی در دگر جنس گرایان بالاتر از همجنس گرایان است. این یافته ها با نتایج پژوهش های قبلی (پیکسوتو و نوبر، ۲۰۱۴؛ ژنگ و همکاران، ۲۰۰۸؛ لیا، ۲۰۰۵، ۲۰۰۸) که نشان دادند مردان همجنس گرا در ویژگی های نوروگرای، تجربه پذیری، همسازی و وظیفه شناسی نمرات بالاتری از مردان دگر جنس گرا کسب نمودند، همسو است. این تفاوت ها را می توان بر حسب چند احتمال به این شرح تبیین کرد. از آنجا که درصد بیشتر مشارکت کنندگان در این پژوهش از مراکز استان ها و بالاخص شهر تهران بودند، می توان این احتمال را مطرح کرد که نمره تجربه پذیری و همسازی در افراد هم جنس گرا، تحت تأثیر مکان و شرایط زندگی اجتماعی آنها بیشتر شده است. بر اساس گزارش میلر و واشنگتن (۲۰۰۹)؛ به نقل از پینهو، لوریرو و کاستنهورز، (۲۰۱۲) تعداد اعضای فعال زوج های همجنس گرا در مناطق شهری بزرگ تر بسیار بیشتر از شهرهای کوچک تر است. شرایط زندگی در شهرهای بزرگ با فراهم سازی و تسهیل ارتباطات جهانی در فضاهای اجتماعی و مجازی و متعاقب آن آگاهی های عمومی متعارف و غیر متعارف از زندگی، رفتار و نقش های جنسیتی، زمینه بروز و ظهور و آشکار سازی ویژگی های شخصیتی و جنسیتی را بیشتر از شهرهای کوچک فراهم می سازند.

یافته های این پژوهش در زمینه نوروگرای با نتایج مطالعه پیکسوتو و نوبر (۲۰۱۴) که نشان دادند همجنس گرایان نمره بالاتری در نوروگرای نسبت به دگر جنس گرایان داشتند، مطابقت می کند. نوروگرای بالاتر همجنس گرایان را شاید بتوان بر حسب متغیرهای تاریخی و فرهنگی مربوط به جامعه ایران تبیین کرد. تاریخ و فرهنگ ایران همواره مرام و ویژگی های مردی و مردانگی را ارج نهاده و ارزشمند شمرده، و به تبع آن جنس مرد را با این ویژگی ها عین دانسته است. مذهب و اعتقادات مذهبی نیز با ریشه های عمیق تاریخی و فرهنگی خود در جامعه ایرانی، جنسیت و رفتارهای جنسی را برای مرد و زن به گونه ای متفاوت ارزش گذاری کرده است. بر

این اساس، رفتار جنسی مفعولی برای مردان تقبیح شده است! در مصاحبه با اکثر همجنس خواهان، تمایل به نقش فاعلی در روابط عاطفی و مخصوصاً در روابط جنسی غالب بود. برآیند شواهد عینی مبتنی بر نظرات همجنس گرایان (برای مثال؛ همه آدم ها تمایل به حمایت شدن و مورد سلطه قرار گرفتن را دارند؛ این تمایل در دگر جنس گرایان هم وجود دارد؛ به خاطر شریک جنسی این کار را کردم؛ یا همجنس گرای که مفعول بودن را حتی کمی هم دوست نداشته باشد اصلاً همجنس گرا نیست)، بیانگر این بود که گویی نقش مفعولی از مردانگی و اعتبار آنها می کاهد و یا آنان را مستحق عذابی دردناک می سازد. این یافته، که با نتایج پژوهش های سایر کشورها مغایرت دارد، تأیید کننده تفاوت نگاه تاریخی، فرهنگی و مذهبی همجنس گرایان ایرانی است. در بافتار چنین باورهایی، می توان تصور کرد که همجنس خواهان بیشتر از دگر جنس خواهان در این جامعه اسیر هیجان های منفی، اضطراب و استرس شوند؛ ویژگی هایی که با نوروگرای بیشتر آنان در این پژوهش مطابقت می کند. این تفسیر با یافته های پژوهش های قبلی (آیسنک، ۱۹۷۲، ۱۹۷۶؛ کاستا و مک کرا، ۱۹۸۵؛ به نقل از مک کرا و کاستا، ۲۰۰۳) نیز همخوانی دارد.

نتایج این پژوهش در مورد وظیفه شناسی با یافته های حاصل از پژوهش پیکسوتو و نوبر (۲۰۱۴) که نشان دادند وظیفه شناسی زنان همجنس گرا در مقایسه با دگر جنس گرایان بیشتر است، مطابقت می کند. در همین راستا، پیکسوتو و نوبر (۲۰۱۴) نه تنها در همسویی این پژوهش سطوح بالاتری از وظیفه شناسی همجنس گرایان را نسبت به دگر جنس گرایان نتیجه گیری نمود، که روان سازه شناختی فعال بیشتری در زمینه جنسی و همچنین سطوح بالاتری از عاطفه مثبت در طول فعالیت جنسی، در مقایسه با دگر جنس گرایان زن را نیز گزارش نمود. این یافته می تواند نشانه وظیفه شناسی بیشتر همجنس گرایان نسبت به دگر جنس گرایان باشد. افکار وابسته به عشق شهوانی در طول فعالیت جنسی مردان همجنس گرا، در مقایسه با مردان دگر جنس گرا کمتر گزارش شد (پیکسوتو و نوبر، ۲۰۱۴).

نتایج پژوهش در زمینه پیوندهای والدینی نشان داد که میانگین

قرار داده است. بر اساس این اصول، اولاً لازمه داشتن قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، پذیرش خویشتن است؛ در حالی که شخص همجنس‌گرا با گرایش و باوری متفاوت، ابتدا هویت خود را گسسته و متفاوت از دیگران می‌بیند و سپس این تفاوت را مغایر با فرهنگ و مذهبی که دائماً برای او تکرار شده است ادراک می‌کند. بنابراین، دچار تعارض در باورها و حقانیت در ست و غلط می‌گردد. در نتیجه یا معنویت را فدای رضایت و لذت و شادکامی در زندگی می‌کند و یا برعکس همه نیازها و لذا ید طبیعی زندگی را وقف معنویت می‌سازد. ثانیاً تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی در گرو پذیرش و روابط مثبت با دیگران و در عین حال سازگاری و تسلط بر محیط، همراه با آگاهی از توانمندی‌ها و باور خویشتن است. چگونه می‌توان انتظار داشت شخص همجنس‌گرای که به اجبار هویت خود را انکار می‌کند در یک تقابل همسان و برابر با یک اکثریت دگرجنس‌خواه به روابط سالم حمایت‌گر دست پیدا کند و قادر به حل تضادها و تمایلات شخصی خود شود. هیل و گاندرسون (۲۰۱۵) معتقدند تبعیض، تعصب و تنزل ارزش‌ها نسبت به اقلیت‌های جنسی، انعطاف‌پذیری و سازگاری‌های مثبت آنها را در شرایط خطیر و دشواری قرار می‌دهد. هیل و گاندرسون (۲۰۱۵) معتقدند که سلامت و بهزیستی روان‌شناختی اقلیت‌های جنسی مستلزم راهبردهای تنظیم هیجان، پذیرش عشق و عاطفه، امید و خوش‌بینی، بهره‌مندی از انواع سبک‌های مقابله‌ای و نهایتاً درک و پذیرش مثبت هویت خویش به عنوان شخصی که گرایش متفاوتی دارد، است؛ این در حالی است که گرایش متفاوت جنسی در ایران چه به صورت عاطفی و عاشقانه و چه به صورت تمایل جنسی به هم‌جنس امری قبیح و نابخشدنی است.

همجنس‌گرایی، بهنجار باشد با نابهنجار، مستلزم مطالعات و پژوهش‌های علمی بسیار است؛ پژوهش‌هایی که فرهنگ وابسته بودن آن، ضرورتش را دوچندان می‌کند. از جمله دستاوردهای پژوهش حاضر، می‌توان به آسیب‌پذیر بودن این افراد اشاره کرد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که این آسیب‌پذیری به ویژگی‌های شخصی و شخصیتی افراد همجنس‌گرا محدود نمی‌شود. نابهنجاری اجتماعی و فرهنگی و مذهبی، چه تأثیری بر سلامت روان‌شناختی همجنس‌گرایان دارد؟ پاسخ نظری به این پرسش دشوار نیست، اما پاسخ عملی و تجربی، نیازمند پژوهش‌های بیشتر در این زمینه است. ماهیت همبستگی روش پژوهش حاضر، از محدودیت‌های اصلی آن

مراقبت پدری در دگرجنس‌گرایان بیشتر از مراقبت پدری در همجنس‌گرایان است، در حالی که میانگین حمایت مادری در همجنس‌گرایان بیش‌تر از حمایت مادری در دگرجنس‌گرایان بود. البته نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش لانگ و شو (۲۰۰۷) مطابقت نداشت که می‌توان دلایلی همچون تفاوت فرهنگی ایران و تایوان و از آن مهم‌تر میزان پذیرش اجتماعی و نگرش جامعه، دولت و خانواده را چه از لحاظ پیشینه فرهنگی و چه از لحاظ باورهای مذهبی و همچنین در هم‌تنیدگی خانواده به معنای سنتی آن از دلایل اصلی این تفاوت دانست. پدری که با باورها، تابوها و پیشینه فرهنگی-مذهبی ایرانی، عمری را سپری کرده است؛ از فرزند پسر خود انتظار همان مردانگی و باورهای معمول جامعه خویش را دارد و چون این باور و فکر او با واقعیت و هنجارهای فرد همجنس‌خواه فاصله بسیار دارد، شاید علتی بر کمی میانگین مراقبت پدری در مقایسه با نمونه خارجی باشد. ناهمانندی ویژگی‌های جنسیتی فرزند پسر با ویژگی‌ها و انتظارات مردانه پدر از پسر از یک سو، و همانندی این ویژگی‌ها با ویژگی‌های زنانه مادر از سوی دیگر، یافته این پژوهش را توجیه می‌کند؛ ویژگی‌هایی که بر اساس آنها مراقبت پدری از پسر کاهش و حمایت مادری از پسر افزایش می‌یابد. البته این مراقبت و حمایت، ممکن است تحت تأثیر متغیرهای متعدد دیگر باشد که در این پژوهش مورد بررسی قرار نگرفته و کنترل نشده‌اند.

نتایج این پژوهش نشان داد که سطح بهزیستی روان‌شناختی در هم‌جنس‌گرایان کمتر از بهزیستی روان‌شناختی دگرجنس‌گرایان بود، و سطح در ماندگی روان‌شناختی در دگرجنس‌گرایان از درماندگی روان‌شناختی همجنس‌گرایان بیشتر بود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های قبلی (کوچران و همکاران، ۲۰۰۷؛ گیلمن و همکاران، ۲۰۰۱؛ مرسر، ۲۰۱۴؛ هاتزن بوهلر و همکاران، ۲۰۱۴) مطابقت می‌کند و بر اساس چند احتمال به شرح زیر تبیین می‌شوند. شاید بتوان یکی از دلایل سطح پایین‌تر سلامت روان‌شناختی هم‌جنس‌گراها را در فرهنگ و ناسازگاری‌های اجتماعی دانست. عدم پذیرش از سوی جامعه و خانواده، زندگی و گرایش مخفیانه، همجنس‌خواهان را در خطر بی‌هویتی و عدم پذیرش خویشتن قرار می‌دهد. تفاوت‌های هم‌جنس‌گرایان با هم‌نوعان دگرجنس‌گرایان، همراه با فرهنگ و مذهب غالب در ایران، سه اصل تعیین‌شده سلامت‌روانی سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۸) را در مخاطره

میری، میرنادر؛ بشارت، محمدعلی؛ اسدی، مسعود و شهیاد، شیمیا (۱۳۸۹). رابطه ابعاد شخصیت و تمایل جنسی در زنان و

مردان. *مجله علوم روانشناختی*، ۹(۳۶)، ۱-۱۰

Adelson, S. L. (2012). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 957-974.

Adelson, S. L., & of Child, T. A. A. (2012). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 957-974.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Bakker, F. C., Sandfort, T. G., Vanwesenbeeck, I., Lindert, H. van, & Westert, G. P. (2006). Do homosexual persons use health care services more frequently than heterosexual persons: Findings from a dutch population survey. *Social Science and Medicine*, 63, 2022-2030.

Balsam, K. F., Lehavot, K., Beadnell, B., & Circo, E. (2010). Childhood abuse and mental health indicators among ethnically diverse lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 490-497.

Beaulieu-Prévost, D., & Fortin, M. (2014). The measurement of sexual orientation: Historical background and current practices. *Sexologies*, 24, e15-e19.

Bjornsdottir, G., Jonsson, F. H., Hansdottir, I., Almarsdottir, A. B., Heimisdottir, M., Tyrfinngsson, T., et al. (2014). Psychometric properties of the Icelandic NEO-FFI in a general population sample compared to a sample recruited for a study on the genetics of addiction. *Personality and Individual Differences*, 58, 71-75.

Bouchard, G., Lussier, Y., & Sabourin, S. (1999). Personality and marital adjustment: Utility of the five-factor model of personality. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 651-660.

Boucher, M. E., Lecours, S., Philippe, F. L., & Arseneault, S. (2013). Parental socialization of emotion and depression in adulthood: The role of attitudes toward sadness. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 63, 15-23.

Buri, J. R. (1991). Parental Authority Questionnaire. *Journal of Personality and Social Assessment*, 57, 110-119.

Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2009). Burden of psychiatric morbidity among lesbian, gay, and bisexual individuals in the California Quality of Life Survey. *Journal of abnormal psychology*, 118, 647-658.

محسوب می شود. بر این اساس، نمی توان از این رابطه ها، تفسیرهای علت شناختی کرد. مقطعی بودن طرح پژوهش نیز محدودیت دیگری است و ابعاد تحولی و طولی گرایشات جنسی مورد بررسی قرار نگرفته است. نسبت شرکت کنندگان در پژوهش در مقایسه با کسانی که مشارکت نکردند، موضوع سوگیری مثبت و منفی را مطرح می کند که تعمیم پذیری نتایج را با محدودیت مواجه می سازد. پژوهش های طولی و روش های اجرای ایمن تر به منظور مشارکت بیشتر و پاسخگویی مناسب تر شرکت کنندگان، پیشنهاد می شود. بررسی متغیرهای تأثیرگذار مربوط به سنین بعد از ۱۶ سالگی؛ مثل تجربه شکست های عاطفی، فرهنگ جامعه و خانواده و شاید از همه مهمتر باورها و اعتقادات دینی و مذهبی همجنس گرایان از پیشنهاد های دیگر محسوب می شود.

منابع

بشارت، محمد علی (۱۳۸۵). پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روان (MHI-28)، *فصلنامه دانشور رفتار*، ۱۳(۱۶)، ۱۱-۱۶.

بشارت، محمد علی (۱۳۸۸ الف). پایایی و روایی فرم ۲۸ سؤالی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی. *مجله علمی پزشکی قانونی*، ۱۵(۲)، ۸۷-۹۱.

بشارت، محمد علی (۱۳۸۸ ب). بررسی ویژگی های روانسنجی مقیاس پیوند والدینی. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.

بشارت، محمد علی و تولاییان، فهیمه (۱۳۹۳). مقایسه ابعاد مشکلات بین شخصی در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تغییر جنسیت داده، تغییر جنسیت نداده و افراد عادی. *روانشناسی سلامت*، ۳(۱۰)، ۱۷-۴.

بشارت، محمد علی؛ تولاییان، فهیمه و غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۱). مقایسه سبک های دلبستگی در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی و افراد غیرمبتلا. *پزشکی قانونی*، ۱۸(۳ و ۲)، ۸۹-۹۷.

بشارت، محمدعلی و رنجبر کلاگری، الهه (۱۳۹۲). ساخت و اعتباریابی مقیاس دانش و نگرش جنسی، *روانشناسی معاصر*، ۱۸(۱)، ۲۱-۳۲.

بشارت، محمد علی؛ کریمی، سعید و سعادت، مهسا (۱۳۹۴). مقایسه مردان همجنس گرا و دگرجنس گرا از نظر ناهمنوایی جنسیتی در دوران کودکی و نرخ باروری در شجره خانوادگی. *روانشناسی معاصر*، ۱۰(۲)، ۳-۱۴.

گروسی فرشی، محمدتقی (۱۳۷۷). *هنجاریابی آزمون جدید شخصیت NEO و بررسی تحلیل ویژگی ها و ساختار آن در بین دانشجویان دانشگاه ایران*. رساله دکتری روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس.

- Gilman, S. E., Cochran, S. D., Mays, V. M., Hughes, M., Ostrow, D., & Kessler, R. C. (2001). Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health, 91*, 933-939.
- Goldberg, D. P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. *Maudsley Monograph, 21*, Oxford: Oxford University Press.
- Goldberg, D. P., & Williams, P. (1988). *A users' guide to the Genral Health Questionnaire*. UK: NFER, Nelson.
- Goldstein, J. (2011). The neurobiology of sexual orientation: The gay brain. *Journal of sexual medicine, 8*, 117-127.
- Gust, D. A., Shinde, S., Pals, S. L., Hardnett, F., Chen, R. T., & Sanchez, T. (2013). Correlates of health attitudes among homosexual and bisexual men. *Journal of Epidemiology and Global Health, 3*, 31-39.
- Gutiérrez, M., & Maturana, A. (2012). Being gay in Chile: The perception of the process of homosexual identity development in young Chilean people. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 60*, S145.
- Hatzenbuehler, M. L. (2011). The social environment and suicide attempts in lesbian, gay, and bisexual youth. *Pediatrics, 127*, 896-903.
- Hatzenbuehler, M. L., Birkett, M., Van Wagenen, A., & Meyer, I. H. (2014). Protective school climates and reduced risk for suicide ideation in sexual minority youths. *American Journal of Public Health, 104*, 279-286.
- Heaven, P. C., Fitzpatrick, J., Craig, F. L., Kelly, P., & Sebar, G. (2000). Five personality factors and sex: Preliminary findings. *Personality and Individual Differences, 28*, 1133-1141.
- Heider, D., Matschinger, H., Bernert, S., Alonso, J., & Angermeyer, M. C. (2006). Relationship between parental bonding and mood disorder in six European countries. *Psychiatry Research, 143*, 89-98.
- Hill, C. A., & Gunderson, C. J. (2015). Resilience of lesbian, gay, and bisexual individuals in relation to social environment, personal characteristics, and emotion regulation strategies. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2*, 232-252.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G., & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 885-892.
- Ingram, R. E., Overbey, T., & Fortier, M. (2001). Individual differences in dysfunctional automatic thinking and parental bonding: Specificity of maternal care. *Personality and Individual Differences, 30*, 401-412.
- Lancaster, G., Rollinson, L., & Hill, J. (2007). The measurement of a major childhood risk for depression: comparison of the Parental Bonding Instrument (PBI) 'Parental Care' and the Childhood
- Cochran, S. D., Mays, V. M., Alegria, M., Ortega, A. N., & Takeuchi, D. (2007). Mental health and substance use disorders among Latino and Asian American lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of consulting and clinical psychology, 75*, 785-794.
- Corliss, H. L., Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2002). Reports of parental maltreatment during childhood in a United States population-based survey of homosexual, bisexual, and heterosexual adults. *Child Abuse and Neglect, 26*, 1165-1178.
- Cosden, M., & Cortez-Ison, E. (1999). Sexual abuse, parental bonding, social support, and program retention for women in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 16*, 149-155.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Clara, I. P. (2000). The Parental Bonding Instrument: confirmatory evidence for a three-factor model in a psychiatric clinical sample and in the National Comorbidity Survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35*, 353-357.
- Craig, R. L., Gray, N. S., & Snowden, R. J. (2013). Recalled parental bonding, current attachment, and the triarchic conceptualisation of psychopathy. *Personality and Individual Differences, 55*, 345-350.
- Craissati, J., McClurg, G., & Browne, K. (2002). The parental bonding experiences of sex offenders: a comparison between child molesters and rapists. *Child Abuse and Neglect, 26*, 909-921.
- de Vries, H. J. (2014). Sexually transmitted infections in men who have sex with men. *Clinics in Dermatology, 32*, 181-188.
- Dewar, C. S. (2003). An association between male homosexuality and reproductive success. *Medical Hypotheses, 60*, 225-232.
- Feng, Y., Lou, C., Gao, E., Tu, X., Cheng, Y., Emerson, M. R., et al. (2012). Adolescents' and young adults' perception of homosexuality and related factors in three Asian cities. *Journal of Adolescent Health, 50* (Supplement), 52-60.
- Fink, B., Manning, J. T., & Neave, N. (2004). Second to fourth digit ratio and the big five personality factors. *Personality and Individual Differences, 37*, 495-503.
- Fisher, B., & Akman, J. S. (2002). Normal Development in Sexual Minority Youth. In B. Jones and M. Hill (Eds.), *Mental health issues in lesbian, gay, bisexual, and transgender communities* (pp. 1-13). Washington, DC: American Psychiatric Press, Incorporated.
- Freudenstein, O., Zohar, A., Apter, A., Shoval, G., Weizman, A., & Zalsman, G. (2011). Parental bonding in severely suicidal adolescent inpatients. *European Psychiatry, 26*, 504-507.

- adolescent depressive disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 475-480.
- Peixoto, M. M., & Nobre, P. (2014). Personality traits, sexual problems, and sexual orientation: An empirical study. *Journal of sex & Marital Therapy*, 42, 1-15.
- Perrin, E. C. (2002). *Sexual orientation in child and adolescent health care*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Pinho, A., Loureiro, S., & Kastenholz, E. (2012). The effects on heterosexuals of advertising targeting homosexuality: The moderate effects of gender, culture and personality traits. *American Academy of Advertising*, 81-92.
- Pridmore, S., Walter, G., & Friedland, P. (2012). Tinnitus and suicide recent cases on the public record give cause for reconsideration. *Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 147, 193-195.
- Rahman, Q. (2005). Fluctuating asymmetry, second to fourth finger length ratios and human sexual orientation. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 382-391.
- Rahman, Q., & Wilson, G. D. (2003). Sexual orientation and the 2nd to 4th finger length ratio: evidence for organizing effects of sex hormones or developmental instability? *Psychoneuroendocrinology*, 28, 288-303.
- Rikhye, K., Tyrka, A. R., Kelly, M. M., Gagne Jr, G. G., Mello, A. F., Mello, M. F., ... & Carpenter, L. L. (2008). Interplay between childhood maltreatment, parental bonding, and gender effects: Impact on quality of life. *Child Abuse & Neglect*, 32, 19-34.
- Robinson, S., & Manning, J. (2000). The ratio of 2nd to 4th digit length and male homosexuality. *Evolution and Human Behavior*, 21, 333-345.
- Russell, S. T., & Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 91, 1276-1281.
- Saewyc, E., Bearinger, L., Heinz, P., Blum, R., & Resnick, M. (1998). Gender differences in health and risk behaviors among bisexual and homosexual adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 23, 181-188.
- Sandfort, T. G., Bakker, F., Schellevis, F. G., & Vanwesenbeeck, I. (2006). Sexual orientation and mental and physical health status: Findings from a Dutch population survey. *American Journal of Public Health*, 96, 1119-1125.
- Savin-Williams, R. C., & Vrangalova, Z. (2013). Mostly heterosexual as a distinct sexual orientation group: A systematic review of the empirical evidence. *Developmental Review*, 33, 58-88.
- Smorti, M., & Guarnieri, S. (2014). Sensation seeking, parental bond, and risky driving in adolescence: some relationships, matter more to girls than boys. *Safety Science*, 70, 172-179.
- Smorti, M., Guarnieri, S., & Ingoglia, S. (2014). The parental bond, resistance to peer influence, and risky Experience of Care and Abuse (CECA) 'Parental Neglect'. *Journal of affective disorders*, 101, 263-267.
- Lee, R. M., Dean, B. L., & Jung, K.-R. (2008). Social connectedness, extraversion, and subjective well-being: Testing a mediation model. *Personality and Individual Differences*, 45, 414-419.
- Legato, M. J. (2011). The homosexual and transgendered individual: Deviant or part of the normal human continuum? *Gender and Medicine*, 8, 280-282.
- LeVay, S. (2010). *Gay, straight, and the reason why: The science of sexual orientation*. Oxford University Press.
- Lippa, R. A. (2005). Sexual orientation and personality. *Annual Review of Sex Research*, 16, 119-153.
- Lippa, R. A. (2008). Sex differences and sexual orientation differences in personality: Findings from the BBC internet survey. *Archives of sexual behavior*, 37, 173-187.
- Lung, F.-W., & Shu, B.-C. (2007). Father-son attachment and sexual partner orientation in Taiwan. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 20-26.
- Malkoc, A. (2011). Big five personality traits and coping styles predict subjective well-being: A study with a Turkish sample. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 12, 577-581.
- Martin, J. T., & Nguyen, D. H. (2004). Anthropometric analysis of homosexuals and heterosexuals: implications for early hormone exposure. *Hormones and Behavior*, 45, 31-39.
- McCrae, R., & Costa, P. (2003). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective*. Guilford Press.
- McFadden, D. (2011). Sexual orientation and the auditory system. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 32, 201-213.
- Mercer, C. H. (2014). Sexual behaviour. *Medicine*, 42, 291-293.
- Mirowsky, J., & Ross, C. (2003). *Social causes of psychological distress*. Transaction Publishers.
- Ozkorumak, E., Dogan, S., & Dogan, M. (2008). T11-P-06 A lesbian couple presenting with depression. *Sexologies*, 17, S160.
- Parker, G. (1983). Parental overprotection: A risk factor in psychosocial development. New York: Grune and Startton.
- Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D., Greenwald, S., & Weissman, M. (1995). Low parental care as a risk factor to lifetime depression in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 33, 173-180.
- Parker, G., Kiloh, L., & Hay ward, L. (1987). Parental representations of neurotic and endogenous depressives. *Journal of Affective Disorders*, 13, 75-82.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). Parental bonding instrument (PBI). *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Patton, G. C., Coffey, C., Posterino, M., Carlin, J. B., & Wolfe, R. (2001). Parental 'affectionless control' in

- driving in adolescence. *Transportation research part F. Traffic Psychology and Behaviour*, 22, 184-195.
- Stewart-Brown, S. (2015). Measuring wellbeing: What does the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale have to offer integrated care? *European Journal of Integrative Medicine*, 7, 384-388.
- Sullivan, M. K. (2003). Homophobia, history, and homosexuality trends for sexual minorities. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 8, 1-13.
- Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., & Lyvers, M. (2011). Parental bonding and alexithymia: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 26, 187-193.
- Turner, H. M., Rose, K. S., & Cooper, M. J. (2005). Parental bonding and eating disorder symptoms in adolescents: The mediating role of core beliefs. *Eating Behaviors*, 6, 113-118.
- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 730-742.
- Wang, J., Dey, M., Soldati, L., Weiss, M., Gmel, G., & Mohler-Kuo, M. (2014). Psychiatric disorders, suicidality, and personality among young men by sexual orientation. *European Psychiatry*, 29, 514-522.
- World Health Organization (2008). *The global burden of disease*: Geneva: WHO. Available from: <http://www.who.int/evidence/bod>
- Zheng, L., Goldberg, L. R., Zheng, Y., Zhao, Y., Tang, Y., & Liu, L. (2008). Reliability and concurrent validation of the IPIP big-five factor markers in china: Consistencies in factor structure between internet-obtained heterosexual and homosexual samples. *Personality and Individual Differences*, 45, 649-654.