

مقایسه ابعاد مشکلات بین شخصی در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تغییر جنسیت داده، تغییر جنسیت نداده و افراد عادی

محمد علی بشارت*، فهیمه تولائیان**

دریافت مقاله:

91/11/17

پذیرش:

93/3/20

چکیده

هدف: هدف این پژوهش مقایسه ابعاد مشکلات بین شخصی در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تغییر جنسیت داده، تغییر جنسیت نداده و افراد عادی بود.

روش: سی و پنج فرد مبتلا به اختلال هویت جنسی مذکر به مؤنث (بیست فرد تغییر جنسیت نداده و پانزده فرد تغییر جنسیت داده) و بیست فرد مؤنث عادی در این پژوهش شرکت کردند. شرکت‌کنندگان مقیاس مشکلات بین شخصی (IIP-60) را تکمیل کردند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بالاترین نمرات به‌دست آمده در ابعاد مشکلات بین شخصی به ترتیب مربوط به افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تغییر جنسیت نداده، افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تغییر جنسیت داده و افراد عادی بود. تفاوت بین تغییر جنسیتی‌ها و افراد عادی در مشکلات بین شخصی معنادار نبود ($p \leq 0/05$).

نتیجه‌گیری: تغییر جنسیت افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی می‌تواند مشکلات بین شخصی آنها را تا حدی کاهش دهد.

کلیدواژه‌ها: مشکل بین شخصی، اختلال هویت جنسی، تغییر جنسیت.

** استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران (نویسنده مسول¹) besharat@ut.ac.ir

** کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران

TSها و هم FM-TSها خودشان را به عنوان افرادی توصیف می‌کنند که از جامعه منزوی شده‌اند و نیازهای هیجانی اساسی‌شان با مشکل مواجه شده است. این وضعیت ممکن است ناشی از بازداری احساس آنها از «خود»شان باشد که سال‌ها به دلیل محرومیت اجتماعی و درک نشدن نیاز آنها برای پذیرفته شدن به عنوان عضوی از جنس دیگر، به آنها تحمیل شده است (سیمون، زولت، فوگد و چوبور، 2011). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بزرگسالان FM-TS عملکرد روان‌شناختی بهتری نسبت به بزرگسالان MF-TS دارند. یکی از دلایل این قضیه ممکن است این باشد که FM-TSها در مقایسه با MF-TSها، به شکل راحت‌تری در نقش جنسیتی مربوط به جنس مقابل زندگی می‌کنند (راس و نید، 1989). عوامل زمینه‌ساز مشکلات اجتماعی و روانی در MF-TSها همچنین ممکن است برخاسته از احساس طرد بیشتری باشد که آنها تجربه می‌کنند. در مقایسه با گروه کنترل، MF-TSها نگاه منفی‌تری نسبت به خودشان (به عنوان موجودی ناقص و آسیب پذیر) و انتظارات منفی‌تری نسبت به جهان دارند - یک اعتقاد هسته‌ای که ممکن است تا حدودی علتی برای حساسیت افراطی نسبت به طرد باشد. ناتوانی آشکار MF-TSها برای این که 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 سازد و MF-TSها را نسبت به FM-TSها برای دفع

متن تجدید نظر شده چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی¹ (انجمن روانپزشکی، 2000)، ترانس سکسوالیسم² (TS) یا اختلال هویت جنسی³ (GID) را همانندسازی⁴ قوی و پایدار با جنس مخالف تعریف کرده است که با احساس عدم راحتی افراد مبتلا با جنسشان و احساس ناهماهنگی در نقش جنسیتی آن جنس همراه است. تعریفی که یک فرد مبتلا به TS از «خود»⁵ش ارائه می‌دهد یک هویت روان‌شناختی است که با جنسیت شکل‌شناختی⁶ قابل مشاهده او متفاوت است (شروک، بوید و لیف، 2009). TSها بر اساس جنس زیستی اولیه‌ای که با آن به دنیا می‌آیند به دو گروه اصلی تقسیم می‌شوند؛ برخی از آنها جنسیت زیستی مذکر و هویت جنسی مؤنث⁷ (MF-TS) دارند و گروهی دیگر دارای بدن مؤنث و هویت جنسی مذکر⁸ (FM-TS) هستند. میزان شیوع اختلال هویت جنسی بین 1/12900 تا 1/35000 برای MF-TSها و بین 1/33000 تا 1/100000 برای FM-TSها است (گامز-گل، ویدال - هاگمور و سالامرو، 2009). نسبت جنسیتی ذکر شده در گزارش‌های مختلف در حدود 3 به 1 است (سوهن و بوسینسکی، 2007). مطالعات نشان می‌دهند که هم MF-

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)
2. Transsexualism (TS)
3. Gender Identity Disorder (GID)
4. identification
5. self
6. morphological
7. Male-to-Female Transsexuals (MF-TS)
8. Female-to-Male Transsexuals (FM-TS)

کردن تأثیرات طرد اجتماعی ناتوان تر کند (ساندنا و آلبرگ، 1999؛ سیمون و همکاران، 2011).

علاوه بر مشکلات متعددی که اختلالات هویت جنسی در زمینه‌های گوناگون زندگی افراد ایجاد می‌کند، درمان این اختلالات نیز بدون مشکل نیست. درمان ترانس سکسوالیسم، به مجموعه‌ای از روش‌های هورمونی و جراحی اطلاق می‌شود که تغییراتی را در ظاهر فیزیکی و عملکرد اولیه و ثانویه ویژگی‌های جنسی ایجاد می‌کند، به این منظور که بدن شخص را تا حد ممکن با جنس مخالف همخوان کند (گامز - گل، زوبیاره - الورزا، استوا، گیلامون، گوداس و همکاران، 2012). کاهش ملال جنسی¹ یعنی پریشانی ناشی از تفاوتی که بین جنسیت زیست‌شناختی فرد و حس بنیادی زن یا مرد بودن او تجربه می‌شود، هدف اصلی جراحی بازگماری جنسی² (SRS) است. مطالعات متعدد گزارش می‌دهند که SRS کیفیت زندگی را در TSها در چندین حیطة مختلف بهبود می‌بخشد و از جمله کیفیت زندگی اجتماعی آنها را افزایش می‌دهد (پارولا، بونیربال، لی‌مایر، آقابابیان، میشل و همکاران، 2010). SRS می‌تواند نتایج مثبت‌تری را در S FM-Tها در مقایسه با MF-Tها، در حوزه‌های اجتماعی، شغلی، ارتباطی و روان‌شناختی ایجاد کند. این نتایج می‌تواند این‌گونه تبیین شود که بعد از تغییر جنسیت، FM-Tها نسبت به MF-Tها مشکلات

کمتری در پیدا کردن جایگاهشان در اجتماع دارند (پارولا و همکاران، 2010). تغییر جنسیت دادن و رسیدن به آرزوی همیشگی، TSها را در فعالیت‌های اجتماعی گوناگون (مانند ورزش‌های تیمی و انفرادی، ارتباط با خانواده و دوستان، رفتن به اماکن عمومی) پذیراتر و فعال‌تر می‌کند (میشل، آنسیو، لگروس، پیچات و مورمونت، 2002). TSها بعد از تغییر جنسیت از روابط اجتماعی مستحکم‌تر، غنی‌تر و گسترده‌تری برخوردار می‌شوند (بلانچارد، 1985؛ راکیک، استارکوچ، ماریک و کلین، 1996)، از انزوای اجتماعی بیرون می‌آیند و جرأت درگیر شدن در فعالیت‌هایی را که همیشه از آنها اجتناب می‌کردند، به دست می‌آورند. این بهبود در روابط اجتماعی به هماهنگ بودن هویت جنسیتی و بدنی منسوب می‌شود. در عین حال، برخی از TSها (به‌ویژه MF-Tها) از محدود و سطحی بودن تماس‌های اجتماعی‌شان رنج می‌برند (کوپر و کوهن - کتنیس، 1988؛ لاتشتین، 1980). مهم‌ترین شکایت‌های TSها پس از SRS شامل فقدان شریک جنسی، کاهش تماس‌های اجتماعی و تغییراتی در ارتباط با برخی از دوستان و اعضای خانواده است (دی کوپر، الیوت، هیلنس، وان‌مایل، سلواگی و همکاران، 2006).

در واقع یکی از مسایلی که علی‌رغم یافته‌های معدود به نظر می‌رسد که از ابعاد مهم زندگی افراد مبتلا به TS باشد، «مشکلات بین

1. gender dysphoria
2. Sex Reassignment Surgery (SRS)

متفاوت‌اند، انواع مختلفی از مشکلات بین شخصی، رفتار ناسازگارانه را برای افراد متفاوت تسریع می‌کند، حتی اگر آن افراد تشخیص‌های روان‌شناختی یکسانی داشته باشند (هرویتز، 2004). با وجود این برخی دیگر از مطالعات اظهار می‌کنند که مشکلات بین شخصی ممکن است مستقیماً به دلیل نارسایی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها و یا توسط نارسایی در سلامت روانی شخص ایجاد شود (هولاهان و موس، 1981).

پژوهشی در مورد TS‌ها نشان داد که تمامی میانگین‌های مقیاس‌های MMPI⁹ به‌جز میانگین میانگین نمره انحراف جامعه ستیزی¹⁰ (PD) در این افراد به‌نحار بود (دی‌رایس، کروکلس، استینسما، دورلیجرس و کوهن - کتنیس، 2011). در مطالعات دیگری هم که در مورد TS‌ها انجام شده بود، نمره این مقیاس بالا و یا در دامنه بالینی بود (فلمینگ، کوهن، سالت، جونز و جنکینس، 1981؛ کول، اُ - بویل، اموری و میر، 1997؛ هانت، کار و همپسون، 1981). چون مقیاس انحراف جامعه‌ستیزی عمدتاً منعکس‌کننده مشکلات بین‌شخصی است، در TS‌ها چنین نمرات بالایی انتظار می‌رود.

ترانس سکشوالیسم پدیده‌ای غیر قابل انتظار است و نگرش منفی محیط به فردی که به دنبال تغییر جنسیت است، ممکن است بسیار شدید باشد (ناتیراک، هوانگ، بوکتینگ، روزنبلوم، ماسون و همکاران، 2009). بر اساس

شخصی¹ آنهاست. محدودیت‌هایی که اختلال ترانس سکشوالیسم به ویژه پیش از تغییر جنسیت در زندگی افراد مبتلا ایجاد می‌کند، و عدم پذیرش خانواده و اجتماع نسبت به این اختلال، افراد مبتلا را در جایگاه آسیب‌پذیری قرار می‌دهد. یافته‌های پژوهشی به طور ضمنی نشان می‌دهند که TS‌ها در زمینه‌های مختلف روابط بین شخصی دارای مشکلات زیادی هستند و این مشکلات در TS‌هایی که فرایند تغییر جنسیت را پشت سر گذاشته‌اند، می‌تواند بیشتر هم باشد.

مشکلات بین شخصی به مشکلات و دشواری‌هایی اطلاق می‌شود که افراد در ارتباط با دیگران دارند و به پریشانی قابل ملاحظه منجر می‌شود یا با آن در ارتباط است (هرویتز، روزنبرگ، بایر، اورنو و ویلاسنور،² 1988؛ به نقل از بشارت، 2010). در زمینه روابط بین شخصی شش بعد اساسی مطرح می‌شود: قاطعیت³، مردم‌آمیزی⁴، اطاعت‌پذیری⁵، صمیمیت⁶، مسؤولیت‌پذیری⁷ و مهارگری⁸ (بشارت، 1388؛ بشارت، محمدمهر، پوربهلول و غزیزی، 1391). برخی پژوهشگران بر این عقیده‌اند که پریشانی روان‌شناختی و نارسایی رفتاری وقتی اتفاق می‌افتد که اهداف بین شخصی ناکام می‌مانند. چون افراد در اهداف بین شخصی‌شان

1. interpersonal problems
2. Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G., & Villasenor, V. S.
3. assertiveness
4. sociability
5. submissiveness
6. intimacy
7. responsibility
8. controlling

9. Minnesota Multiphasic Personality Inventory
10. psychopathic deviate

پژوهش‌های انجام شده در مورد هر دو گروه TSها، تنها MF-TSها در مقایسه با گروه کنترل، برافراستگی‌هایی را در مقیاس حساسیت بین شخصی در آزمون SCL-90 نشان می‌دهند (سیمون و همکاران، 2011). MF-TSها نارضایتی بیشتری از زندگی‌شان دارند و قبل از عمل، نسبت به TSهای بعد از عمل با نتایج مثبت ناسازگارترند (لاتشتین، 1984). برخی اختلالات هیجانی و پریشانی‌های اجتماعی در TSها، ممکن است واکنش واقع بینانه‌ای به تصویر بدنی ناهماهنگ‌شان و برچسب اجتماعی که با آن مواجه‌اند، باشد و درمان هورمونی¹ به‌عنوان مرحله آغازین فرایند تغییر جنسیت می‌تواند تغییرات سودمندی را در شکل و ویژگی‌های بدنی آنها ایجاد کند (کرامر، دلسیگنور، اشنایدر و هپ، 2008). مطالعات متعدد عملکرد روان-شناختی و اجتماعی بهتر را بعد از عمل، به-علاوه بروز پایین‌تر تلاش برای خودکشی، گزارش کرده‌اند (دی کوپپر و همکاران، 2006؛ میشل و همکاران، 2002). هرچند SRS کیفیت زندگی را در افراد مبتلا به TS تا حدودی بهبود می‌بخشد، با این حال گستردگی حیطه مشکلات اجتماعی و بین شخصی در میان افراد مبتلا به TS بسیار بیشتر از افراد عادی است. علی‌رغم یافته‌های اولیه در خصوص مشکلات بین شخصی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی که در قالب جامعه‌ستیزی، حساسیت بین شخصی و پریشانی‌های اجتماعی گزارش شد، مجموعه اصلی مشکلات بین

شخصی شامل مشکلات قاطعیت، مردم‌آمیزی، اطاعت‌پذیری، صمیمیت، مسؤولیت‌پذیری و مهارگری هنوز مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. این دسته از مشکلات می‌توانند زندگی روزمره افراد مبتلا را به مخاطره بیاندازند. به‌علاوه هنوز مشخص نیست که آیا عمل جراحی تغییر جنسیت، مخصوصاً در نمونه‌های ایرانی تأثیری بر کاهش این مشکلات و سازگاری اجتماعی بیشتر این افراد دارد یا نه، این دلایل ضرورت انجام پژوهش ویژه در زمینه مشکلات بین شخصی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی را توجیه می‌کند. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف مقایسه ابعاد مشکلات بین شخصی در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تغییر جنسیت داده، تغییر جنسیت نداده و افراد عادی صورت گرفت. بر اساس این هدف کلی، فرضیه زیر مورد آزمون قرار گرفت: مشکلات بین شخصی در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تغییر جنسیت نداده، بیشتر از افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تغییر جنسیت داده است. همچنین علی‌رغم شواهد اولیه در زمینه بهبود روابط بین شخصی TSها پس از SRS، بر حسب این احتمال که ممکن است این اتفاق در شرکت کنندگان ایرانی به دلایل فرهنگی رخ ندهد، در این مورد سؤال زیر مطرح شد و مورد بررسی قرار گرفت: آیا مشکلات بین شخصی در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تغییر جنسیت داده بیشتر از افراد عادی است؟

روش

این پژوهش یک مطالعه همبستگی از نوع طرح های علی - مقایسه ای است. این پژوهش شامل سه جامعه آماری بود: (1) کلیه افراد MF-TS که در سال 1390 توسط پزشکی قانونی و با تشخیص قطعی اختلال هویت جنسی، جهت گذراندن مراحل تغییر جنسیت به کلینیک دی میرداماد ارجاع داده شده بودند؛ (2) کلیه افراد MF-TS که در محدوده زمانی دو تا ده سال گذشته، در کلینیک دی میرداماد، تحت عمل جراحی تغییر جنسیت قرار گرفته بودند؛ (3) افراد عادی که از لحاظ سن، جنس، سطح تحصیلات، سطح اجتماعی و وضعیت اشتغال با نمونه بالینی پژوهش همتا بودند. انتخاب نمونه بالینی به روش هدفمند - در جامعه در دسترس، از طریق مراجعه به کلینیک دی و از میان افراد واجد شرایطی که تمایل به همکاری داشتند صورت گرفت و انتخاب نمونه عادی بر اساس همتاسازی با نمونه بالینی، به روش هدفمند از میان افرادی که واجد شرایط مذکور و قابل دسترسی بودند و تمایل به همکاری داشتند، انجام شد. بر اساس معیارهای مذکور پنجاه و پنج نفر در این پژوهش شرکت کردند شامل بیست فرد MF-TS تغییر جنسیت نداده، پانزده فرد MF-TS تغییر جنسیت داده و بیست فرد مؤنث عادی. میانگین و انحراف استاندارد سن افراد به ترتیب 23/6 و 2/98 برای TSهای تغییر جنسیت نداده، 29/2 و 4/75 برای TSهای تغییر جنسیت داده و

23/15 و 2/3 برای نمونه عادی بود. برای جمع آوری داده ها از ابزار زیر استفاده شد: مقیاس مشکلات بین شخصی¹ (IIP-60) - فرم 127 گویه ای مقیاس مشکلات بین شخصی توسط هرویتز و همکاران (1988) ساخته شده است. فرم 60 گویه ای این مقیاس برای استفاده در نمونه های ایرانی توسط بشارت و همکاران اعتباریابی شده است (بشارت، 1388؛ بشارت و همکاران، 1391). این مقیاس مشکلات بین شخصی را در شش زمینه قاطعیت، مردم آمیزی، اطاعت پذیری، صمیمیت، مسوولیت پذیری و مهارگری در مقیاس 5 درجه ای لیکرت از نمره 0 تا 4 (خیلی کم=0، کم=1، متوسط=2، زیاد=3، خیلی زیاد=4) می سنجد. علاوه بر شش زیر مقیاس فوق، میانگین کل افراد در زمینه مشکلات بین شخصی نیز بر اساس نمره وی در مجموع 60 گویه آزمون محاسبه می - شود. در اعتباریابی فرم فارسی این مقیاس برای نمونه های دانشجویی (159 دختر، 112 پسر) و جمعیت عمومی (490 زن، 434 مرد)، ضرایب آلفای کرونباخ ماده های هر یک از زیرمقیاس ها از 0/86 تا 0/89 برای قاطعیت، از 0/90 تا 0/91 برای مردم آمیزی، از 0/82 تا 0/84 برای اطاعت پذیری، از 0/83 تا 0/87 برای صمیمیت، از 0/91 تا 0/93 برای مسوولیت پذیری، از 0/91 تا 0/92 برای مهارگری و از 0/93 تا 0/95 برای نمره کل مشکلات بین شخصی محاسبه شد که نشانه همسانی درونی بالای مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره های

1. Inventory of Interpersonal Problems (IIP-60)

دو نمونه 112 و 123 نفری در دو نوبت با فاصله دو تا شش هفته برای قاطعیت از 0/71 تا 0/80، برای مردم‌آمیزی از 0/65 تا 0/75، برای اطاعت‌پذیری از 0/76 تا 0/79، برای صمیمیت از 0/74 تا 0/75، برای مسئولیت‌پذیری از 0/77 تا 0/78، برای مهارگری از 0/70 تا 0/78 و برای مشکلات بین شخصی (نمره کل) از 0/81 تا 0/84 به دست آمد و در سطح $p < 0/001$ معنادار بودند. این ضرایب نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش فرم 60 گویه‌ای مقیاس مشکلات بین شخصی هستند (بشارت، 1388؛ بشارت و همکاران، 1991). به منظور بررسی روایی سازه مقیاس مشکلات بین شخصی، از تحلیل عاملی اکتشافی¹ با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی² برای کل شرکت‌کنندگان در دو گروه استفاده شد. در تحلیل چرخش نایافته، بار عاملی اکثر گویه‌های مقیاس روی یک عامل کلی (مشکلات بین شخصی کلی) قرار گرفت. آزمون اسکری، که تعداد تقریبی عامل‌ها را پیشنهاد می‌کند، نشان داد که شش عامل قاطعیت، مردم‌آمیزی، اطاعت‌پذیری، صمیمیت، مسؤلیت‌پذیری و مهارگری وجود دارند و 59 درصد (در نمونه دانشجویی) تا 63 درصد (در نمونه جمعیت عمومی) از واریانس کل را تبیین می‌کنند (بشارت، 1388؛ بشارت و همکاران، 1991). روایی همگرا³ و تشخیصی (افتراقی)⁴ مقیاس مشکلات بین شخصی از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت روانی، مقیاس درجه

بندی حرمت خود و مقیاس هوش هیجانی محاسبه و تأیید شد.

یافته‌ها

برای آزمون تفاوت میان سه گروه در ابعاد مشکلات بین شخصی از تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده شد. در آزمون M باکس برای بررسی برابری ماتریس-های کوواریانس متغیر مشکلات بین شخصی، مقدار M باکس معنادار شد (معناداری=0/01) که حاکی از عدم رعایت مفروضه ماتریس‌های واریانس - کوواریانس است. برای اجرای MANOVA آزمون لوین اجرا شد و تاکید بیشتری بر آزمون F تک متغیری صورت گرفت. نتایج آزمون لوین نشان داد که مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در مورد متغیر مشکلات بین شخصی برقرار است. آزمون اثر هتلینگ، لاندای ویلکز، اثر پیلای و بزرگترین ریشه ری برای تحلیل واریانس چندمتغیری در متغیر مشکلات بین شخصی اجرا شد و نتایج نشان داد که تفاوت گروه‌ها در ترکیب متغیرها معنادار است (لاندای ویلکز: $p < 0/001$ و $F= 4/69$).

با توجه به معناداری آزمون‌های چندمتغیری و برای بررسی این‌که معناداری گروه‌ها در ابعاد مشکلات بین شخصی حاصل کدام بعد است از آزمون‌های F تک متغیری استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس سه گروه در متغیر ابعاد مشکلات بین شخصی در جدول 1 ارائه شده است.

1. exploratory factor analysis
2. principal components analysis
3. convergent
4. discriminant

جدول 1. تحلیل واریانس سه گروه در ابعاد مشکلات بین شخصی

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات نوع III	df	میانگین مجذورات	F	معناداری
گروه‌ها	فاطعیت	4/29	2	2/14	5/26	0/008
	مردم‌آمیزی	6/23	2	3/11	7/93	0/001
	اطاعت‌پذیری	9/16	2	4/58	15/59	0/001
	صمیمیت	3/11	2	1/55	3/71	0/031
	مسئولیت‌پذیری	6/11	2	3/05	6/59	0/003
	مهارگری	4/57	2	2/28	5/92	0/005

نتایج نشان می‌دهد که گروه‌ها در ابعاد مختلف مشکلات بین شخصی حداقل در سطح $p < 0/05$ تفاوت معنادار دارند. با توجه به معناداری تفاوت گروه‌ها در ترکیب متغیرها به منظور تعیین سطح معناداری از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول 2 اریه شده است.

جدول 2. نتایج آزمون توکی برای انجام مقایسه‌های چندگانه گروه‌ها در ابعاد مشکلات بین شخصی

متغیر وابسته	گروه‌های 1	گروه‌های 2	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	معناداری
فاطعیت	های تغییر جنسیت نداده TS	های تغییر جنسیت داده TS	0/565	0/218	0/033
	نمونه عادی	نمونه عادی	0/591*	0/201	0/014
مردم‌آمیزی	های تغییر جنسیت نداده TS	های تغییر جنسیت داده TS	-0/591	0/201	0/014
	نمونه عادی	نمونه عادی	-0/026	0/218	0/992
اطاعت‌پذیری	های تغییر جنسیت نداده TS	های تغییر جنسیت داده TS	0/498	0/214	0/061
	نمونه عادی	نمونه عادی	0/781*	0/198	0/001
صمیمیت	های تغییر جنسیت نداده TS	های تغییر جنسیت داده TS	-0/781	0/198	0/001
	نمونه عادی	نمونه عادی	-0/283	0/214	0/389
مسئولیت‌پذیری	های تغییر جنسیت نداده TS	های تغییر جنسیت داده TS	0/839	0/185	0/001
	نمونه عادی	نمونه عادی	0/855*	0/171	0/001
مهارگری	های تغییر جنسیت نداده TS	های تغییر جنسیت داده TS	-0/855	0/171	0/001
	نمونه عادی	نمونه عادی	-0/015	0/185	0/996
مسئولیت‌پذیری	های تغییر جنسیت نداده TS	های تغییر جنسیت داده TS	0/413	0/221	0/158
	نمونه عادی	نمونه عادی	0/537*	0/204	0/030
صمیمیت	های تغییر جنسیت نداده TS	های تغییر جنسیت داده TS	-0/537	0/204	0/030
	نمونه عادی	نمونه عادی	-0/124	0/221	0/841
اطاعت‌پذیری	های تغییر جنسیت نداده TS	های تغییر جنسیت داده TS	0/691	0/234	0/013
	نمونه عادی	نمونه عادی	0/694*	0/217	0/007
مهارگری	های تغییر جنسیت نداده TS	های تغییر جنسیت داده TS	-0/694	0/217	0/007
	نمونه عادی	نمونه عادی	-0/002	0/234	1/000
فاطعیت	های تغییر جنسیت نداده TS	های تغییر جنسیت داده TS	0/574	0/212	0/025
	نمونه عادی	نمونه عادی	0/616*	0/196	0/008
مردم‌آمیزی	های تغییر جنسیت نداده TS	های تغییر جنسیت داده TS	-0/616	0/196	0/008
	نمونه عادی	نمونه عادی	-0/042	0/212	0/978

* معناداری در سطح 0/05

بنابر نتایج آزمون توکی، در زیرمقیاس قاطعیت، اطاعت‌پذیری، مسئولیت‌پذیری و مهارگری، تفاوت افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تغییر جنسیت نداده با افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تغییر جنسیت داده و نمونه عادی معنادار است، اما این تفاوت بین افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تغییر جنسیت داده و افراد عادی معنادار نیست. در زیرمقیاس‌های مردم‌آمیزی و صمیمیت، تنها تفاوت افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تغییر جنسیت نداده با نمونه عادی معنادار است و تفاوت بین افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تغییر جنسیت نداده با افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تغییر جنسیت داده، و تفاوت افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تغییر جنسیت داده با نمونه عادی معنادار نیست.

نتیجه‌گیری و بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه مشکلات بین شخصی در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تغییر جنسیت داده، تغییر جنسیت نداده و افراد عادی بود. یافته‌های حاصل از تحلیل‌های آماری، فرضیه پژوهش را تأیید کردند. بر اساس این یافته‌ها بالاترین نمرات در ابعاد مشکلات بین شخصی به ترتیب مربوط به TS‌های تغییر جنسیت نداده، TS‌های تغییر جنسیت داده و افراد عادی بود. همچنین در پاسخ به سؤال پژوهش یافته‌ها نشان دادند که تفاوت نمرات افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تغییر جنسیت داده با افراد عادی در مشکلات بین شخصی معنادار نیست. یافته‌های این پژوهش همسو با نتایج مطالعات پیشین است (پارولا و

همکاران، 2010؛ دی‌رایس و همکاران، 2010؛ دی‌کوپر و همکاران، 2006؛ ساندنابا و آلبرگ، 1999؛ سیمون و همکاران، 2011؛ کرامر و همکاران، 2008؛ کول و همکاران، 1997؛ میشل و همکاران، 2002؛ ناتبراک و همکاران، 2009) و می‌تواند به شکل زیر تبیین شود:

ترانس سکشوال‌ها اغلب با عدم پذیرش از سوی والدین، خانواده و اجتماع مواجهند و این عدم پذیرش و طرد از سوی محیط در جامعه ایران به دلایل فرهنگی و اجتماعی می‌تواند بیشتر نیز باشد. متخصصان برای تشخیص قطعی و آغاز درمان ترانس سکشوالیسم معمولاً تا رسیدن این افراد به سنین نوجوانی اقدام نمی‌کنند. زمانی که فرد مبتلا به TS به بلوغ می‌رسد، علایم جسمانی مربوط به جنس زیستی و نامطلوب وی در او تشدید می‌شود. در این زمان بیش از هر زمان دیگری فرد مبتلا به اختلال خود حساس می‌شود و با نقش‌های جنس مقابل همانندسازی می‌کند. بروز رفتارهای جنس مقابل در کنار علایم جسمانی واضح مربوط به جنس زیستی اولیه، TS‌ها را در اجتماع انگشت‌نماتر می‌کند. همچنین جهت‌گیری جنسی این افراد پیش از تغییر جنسیت، آنها را در گروه افراد هم‌جنس‌گرا جای می‌دهد و متأسفانه با انتساب این برچسب، دیدگاه منفی و انتقادی محیط نسبت به آنها افزایش می‌یابد. در مورد مشکلات ناشی از اختلال ترانس سکشوالیسم، تفاوت جنسیتی مطرح است. از آنجایی که قدرت، قاطعیت و محکم بودن - ویژگی‌هایی که به جنس مذکر نسبت داده می‌شود - مورد پذیرش

طور که یک مطالعه زمینه‌یابی (دوان، 2007) از 149 فرد MF-TS شهرنشین، نشان داد که در 12 ماه اخیر، 32/9 درصد آنها به طرز خصمانه-ای مورد خیره نگاه کردن (زل زدن) قرار گرفتند، 25 درصد آماج اظهارات خصمانه و آزار کلامی قرار داشتند و 17/7 درصد آنها به شکل فیزیکی مورد آزار و اذیت قرار گرفتند.

عدم پذیرش و دید انتقادی مداوم اجتماع نسبت به TSها، احساس درک نشدن و عدم امنیت جسمانی و روانی، و فقدان همدلی و همدردی محیط، عوامل تأثیرگذاری هستند که منجر به ایجاد احساس‌های منفی، خصومت، ناامیدی، خشم، نارضایتی و قطع امید از اطرافیان، در فرد مبتلا به TS می‌شود. ابتلا به اختلال هویت جنسی خود باعث محدودیت‌ها، ناکامی‌ها و پریشانی‌های بسیاری در فرد مبتلا به TS است که ممکن است وی را از حالت تعادل خارج کرده و بر رفتار اجتماعی و روابط بین شخصی او تأثیر مخرب بگذارد. با وجود این، محیط تهدیدکننده و انتقادی که TSها در آن زندگی می‌کنند، به انزوای اجتماعی و بروز مشکلات بین شخصی شدید در زندگی آنها دامن می‌زند. واقعیت این است که TSها عموماً در نزدیک‌ترین روابط زندگی خود - با والدین خود - نیز ناراحت و دچار مشکل هستند؛ و این در حالی است که اگر محیط TSها همراه و یاری‌رسان باشد و نیازها و مشکلات آنها به شکل تخصصی و با نگاه مثبت مورد بررسی قرار گیرد و رفع شود، آنها فرایند تغییر جنسیت را بهتر سپری می‌کنند و سازگاری بهتری

جامعه است، بروز این ویژگی‌ها در فرد FM-TS حتی پیش از تغییر جنسیت، از او چهره نامطلوبی نمی‌سازد. یک فرد FM-TS که هنوز بدن دخترانه دارد حتی اگر پوشش و رفتارهای مربوط به جنس مذکر را داشته باشد، ممکن است به‌عنوان یک دختر قوی و جسور شناخته شود و این خصلت‌ها حتی گاهی وی را قابل اعتمادتر و مثبت‌تر جلوه می‌دهد. اما اگر فرد MF-TS پیش از تغییر جنسیت پوشش و رفتارهای خاص زنان را داشته باشد به شدت مورد طرد اجتماع قرار می‌گیرد و به‌عنوان پسر ضعیف و زن‌صفت شناخته می‌شود. این افراد به دلیل انگشت‌نما بودن در اماکن عمومی به شدت مورد آزار و اذیت قرار می‌گیرند. پس از جراحی تغییر جنسیت نیز فرد MF-TS با قرار گرفتن در جایگاه یک زن به شکل رسمی و قانونی، تقریباً به شکل غیر قابل برگشتی با محدودیت‌ها، تبعیض‌ها و اجحاف‌های ویژه زنان مواجه می‌شود. در کنار فشارهای محیطی، حساسیت افراطی MF-TSها نسبت به طرد، و تأکید زیاد آنها بر بازخوردهای بیرونی آنها را در روابط بین شخصی آسیب‌پذیرتر می‌کند. چنان که مطالعه‌ای در زمینه مشکلات بین شخصی نشان داده است که از آنجایی که زنان معمولاً در مقایسه با مردان، در مورد کیفیت روابط حساس‌ترند، مشکلات بین شخصی در آنها بیش از مردان است (فالكوم و واگلوم، 2005). در واقع انتظار می‌رود که مشکلات و آسیب‌های بین شخصی در MF-TSها بیش از FM-TSها و شرایط اجتماعی برای آنها دشوارتر و فرساینده‌تر باشد. همان

خواهند داشت. بر این اساس، یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر این که MF-TS های تغییر جنسیت نداده، بیشترین مشکلات بین شخصی را نسبت به MF-TS های تغییر جنسیت داده و افراد عادی دارند توجیه می‌شود.

تبیین دیگری برای نمرات بالای مشکلات بین شخصی در TS های تغییر جنسیت نداده این است که مطابق با پژوهش‌های ذکر شده (فینکلور و براون 1985؛ کیم و همکاران، 2009)، عدم پذیرش محیط نسبت به اختلال هویت جنسی و بدنام‌سازی TS ها، هیجان شرم را در این افراد ایجاد می‌کند و به آنها اجازه شکل‌دهی تعاملات سازنده را نمی‌دهد. شکل‌گیری هیجان مخرب شرم در TS ها، به مهارت‌های بین شخصی آنها آسیب می‌رساند، پاسخ‌های بین شخصی خصمانه‌ای را تولید می‌کند و مانع رشد مهارت‌های حل مسایل بین شخصی می‌شود. نکته قابل توجه در یافته‌های این پژوهش این است که حتی نمرات TS های تغییر جنسیت داده نیز در مشکلات صمیمیت و مردم‌آمیزی بالاتر از سایر ابعاد مشکلات بین شخصی در آنهاست. هرچند TS های تغییر جنسیت داده در این ابعاد نمرات پایین‌تری نسبت به تغییر جنسیت نداده‌ها کسب کردند، اما این یافته می‌تواند نمایانگر احساس خشم و خصومت بین شخصی در این افراد باشد که حتی بعد از گذراندن حداقل 2 سال از جراحی تغییر جنسیت در آنها باقی مانده است و آنها را در ابعاد صمیمیت و مردم‌آمیزی دچار مشکل کرده است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که هرچند TS های تغییر جنسیت داده مشکلات بین شخصی بیشتری نسبت به افراد عادی دارند، اما تفاوت این دو گروه در ابعاد مشکلات بین شخصی معنادار نیست. مطالعات متعدد گزارش کرده‌اند که کیفیت زندگی شخصی و اجتماعی TS ها پس از گذراندن فرایند تغییر جنسیت بهبود می‌یابد. هورمون درمانی و SRS منجر به ایجاد هماهنگی بین جنس زیستی و هویت فرد می‌شود و این مساله نه تنها رضایت و اعتماد به خود شخص را بهبود می‌بخشد، بلکه پذیرش اجتماع را نسبت به وی افزایش می‌دهد. پس از تغییر قطعی جنسیت، محیط اغلب مجبور به پذیرش و باور فرد در جنس جدید می‌شود و مقاومت‌ها و تنش‌ها کاهش می‌یابد. کاهش بدنام‌سازی‌ها از سوی محیط منجر به تخفیف هیجان شرم شده و می‌تواند به رشد مهارت‌های حل مشکلات بین شخصی کمک کند. به تدریج احساسات منفی فرد مبتلا به TS تعدیل می‌شود و معمولاً تجربیات مثبت‌تر در زندگی شخصی، احساسی، خانوادگی و اجتماعی، احساس امنیت و پذیرفته‌شدن را برای وی به همراه می‌آورد و به میزانی که سلامت روانی فرد ارتقا می‌یابد، مشکلات بین شخصی او کمتر می‌شود. این رابطه می‌تواند دوسویه باشد به این معنی که هرچه مشکلات بین شخصی در TS ها کمتر می‌شود، مشکلات رفتاری آنها کاهش و سلامت روانی‌شان افزایش می‌یابد. این مسأله می‌تواند تبیینی برای سلامت روانی بالاتر در TS های تغییر جنسیت داده باشد. چنان که هرویتز

محدودیت مواجه می‌سازد. همچنین با توجه به محدودیت پیشینه پژوهش در حیطه بررسی مشکلات بین شخصی در TSها، پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی امکان مقایسه این متغیر در دو گروه FM-TSها و MF-TSها فراهم شود. پژوهش حاضر به شناخت بیشتر حوزه روابط بین شخصی در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی منجر می‌شود و تفاوت MF-TSها را قبل و بعد از SRS و در مقایسه با افراد مؤنث عادی، از این منظر تبیین می‌کند. همچنین بر بهبودی که تغییر جنسیت در حوزه‌های بین شخصی زندگی افراد مبتلا به TS ایجاد می‌کند، تأکید کرده و به افزایش میزان آگاهی از این اختلال، محدودیت‌ها و فرایند درمانی آن منجر می‌شود. اطلاع‌رسانی مناسب و افزایش آگاهی عمومی در مورد اختلال هویت جنسی، می‌تواند شرایط زندگی اجتماعی را برای TSها تسهیل کند.

سپاسگزاری

با تشکر صمیمانه از شرکت‌کنندگان پژوهش و پرسنل کلینیک دی میرداماد که در این امر همکاری کردند صمیمانه قدردانی می‌گردد.

(2004) معتقد است زمانی که اهداف بین شخصی ناکام می‌مانند، پریشانی روان‌شناختی و نارسایی رفتاری اتفاق می‌افتد. با ادامه یافتن هورمون درمانی بعد از SRS، تطابق ظاهری فرد با جنس جدید بیشتر می‌شود و هرچه زمان بیشتر می‌گذرد آشنایی با نقش‌های مربوط به جنس جدید بیشتر می‌شود و فرد با شرایط جدید زندگی‌اش سازگارتر می‌شود. بر این اساس، مشکلات بین شخصی افراد مبتلا به TS تغییر جنسیت داده نزدیک به نمونه عادی، و کمتر از TSهای تغییر جنسیت نداده است و هرچه زمان بیشتری از آغاز فرایند تغییر جنسیت بگذرد، سازگاری بین شخصی این افراد بیشتر خواهد شد.

پژوهش حاضر از نوع مقطعی بود و امکان بررسی طولی مشکلات بین شخصی در TSها وجود نداشت. بررسی مداوم افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی در یک دوره زمانی طولانی، میزان تأثیر عامل زمان را در افزایش سازگاری بین شخصی پس از SRS روشن‌تر خواهد کرد. یکی از محدودیت‌های این پژوهش محدود بودن جامعه آماری پژوهش به یک کلینیک در تهران بود که تعمیم نتایج را با

منابع

بشارت، محمدعلی (1388). «بررسی پایایی، روایی و تحلیل عاملی فرم 60 سوالی مقیاس مشکلات بین شخصی در جمعیت ایرانی». *روانشناسی معاصر*، 8، 25-36.

بشارت، محمدعلی؛ محمدمهر، رضا؛ پوربهلول، سمانه و عزیزی، لیلا (1391). «بررسی ویژگی‌های روانسنجی فرم 60 سوالی مقیاس مشکلات بین شخصی». *نشریه دانشکده پرستاری و مامایی*، 76، 10-19.

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington DC: Author.
- Besharat, M.A.(2010). "Relationship of alexithymia with coping styles and interpersonal problems". *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 614-618.
- Blanchard, R. (1985). "Typology of male-to-female transsexualism". *Archive of Sexual Behavior*, 14, 247-61.
- Cole, C.M.; O'Boyle, M.; Emory, L.E. & Meyer, W.J. (1997). "Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses". *Archive of Sexual Behavior*, 26, 13-26.
- De Cuyper, G.; Elaut, E.; Heylens, G.; Van Maele, G.; Selvaggi, G.; T'Sjoen, G. & et al. (2006). "Long-term follow up: Psychological outcome of Belgian transsexuals after sex reassignment surgery". *Sexologies*, 15, 126-133.
- De Vries, A.L.C.; Kreukels, B.P.C.; Steensma, T.D.; Doreleijers, T.A.H. & Cohen-Kettenis, P.T. (2011). "Comparing adult and adolescent transsexuals: An MMPI-2 and MMPI-A study". *Psychiatry Research*, 186, 414-418.
- Doan, P.L. (2007). "Queers in the American city: Transgendered perceptions of urban space". *Gender, Place, and Culture*, 14, 57-74.
- Falkum, E. & Vaglum, P. (2005). "The relationship between interpersonal problems and occupational stress in physicians". *General Hospital Psychiatry*, 27, 285-291.
- Finkelhor, D. & Brown, A. (1985). "The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization". *American Journal of Ortho psychiatry*, 66, 530-41.
- Fleming, M.; Cohen, D.; Salt, P.; Jones, D. & Jenkins, S. (1981). "A study of pre and postsurgical transsexuals: MMPI characteristics". *Archive of Sexual Behavior*, 10, 161-70.
- Gómez-Gil, E.; Vidal-Hagemeuer, A. & Salamero, M. (2009). "MMPI-2 characteristics of transsexual requesting sex reassignment: comparison of patient in pre-hormonal and pre-surgical phases". *Journal of Personality Assessment*, 90, 368-374.
- Gómez-Gil, E.; Zubiaurre-Elorza, L.; Esteva, I.; Guillamon, A.; Godás, T.; Almaraz, M.C. & et al. (2012). "Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression". *Psycho neuro endocrinology*, 37, 662-670.
- Holahan, C.J. & Moos, R.H. (1981). "Social support and psychological distress: a longitudinal analysis". *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 365-70.
- Horowitz, L.M. (2004). *Interpersonal foundations of psychopathology*. Washington DC: American Psychological Association.
- Hunt, D.D.; Carr, J.E. & Hampson, J.L. (1981). "Cognitive correlates of biologic sex and gender identity in transsexualism". *Archive of Sexual Behavior*, 10, 65-77.
- Kim, J.; Talbot, N.L. & Cicchetti, D. (2009). "Childhood abuse and current interpersonal conflict: The

role of shame". *Child Abuse and Neglect*, 33, 362-371.

Kraemer, B.; Delsignore, A.; Schnyder, U. & Hepp, U. (2008). "Body image and transsexualism". *Psychopathology*, 41, 96-100.

Kuiper, A.J. & Cohen-Kettenis, P.T. (1988). "Sex reassignment surgery: a study of 141 Dutch transsexuals". *Archive of Sexual Behavior*, 17, 439-57.

Lothstein, L.M. (1980). "The postsurgical transsexual: empirical and theoretical considerations". *Archive of Sexual Behavior*, 9, 547-64.

Lothstein, L.M. (1984). "Psychological testing with transsexuals: A 30-year review". *Journal of Personality Assessment*, 48, 500-7.

Michel, A.; Anseau, M.; Legros, J.J.; Pitchot, W. & Mormont, C. (2002). "The transsexual: what about the future?". *European Psychiatry*, 17, 353-62.

Nuttbrock, L.; Hwahng, S.; Bockting, W.; Rosenblum, A.; Mason, M.; Macri, M. & et al. (2009). "Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons". *Journal of Sex Research*, 1-12.

Parola, N.; Bonierbale, M.; Lemaire, A.; Aghababian, V.; Michel, A. & Lancon, C. (2010). "Study of quality of life for transsexuals after hormonal and surgical reassignment". *Sexologies*, 19, 24-28.

Rakic, Z.; Starcevice, V.; Maric, J. & Kelin, K. (1996). "The outcome of

sex reassignment surgery in Belgrade: 32 patients of both sexes". *Archive of Sexual Behavior*, 25, 515-525.

Ross, M.W. & Need, J.A. (1989). "Effects of adequacy of gender reassignment surgery on psychological adjustment: a follow-up of fourteen male-to-female patients". *Archive of Sexual Behavior*, 18, 145-153.

Sandnabba, N.K. & Ahlberg, C. (1999). "Parents` Attitudes and expectations about children`s cross-gender behavior". *Sex Roles*, 40, 249-263.

Schrock, D.P.; Boyd, E.M. & Leaf, M. (2009). "Emotion work in the public performances of Male-to-Female Transsexuals". *Sexual Behavior*, 38, 702-712.

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

Sohn, M. & Bosinski, H. (2007). "Gender identity disorders: diagnostic and surgical aspects". *Journal of Sexual Medicine*, 4, 1193-1208.

Wojdowski, P. & Tebor, I.B. (1976). "Social and emotional tensions during transsexual passing". *Journal of Sex Research*, 12, 193-205.