

Quarterly Journal of Health Psychology

Open
Access

ORIGINAL ARTICLE

Comparative Study of the Psychological Distress and Suicidal Behaviors among Gender Dysphoria with Applicant for Surgery, Surgery with Normal People

Ali Afshari^{1*} 

¹ Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Human Science, University of Maragheh, Maragheh.

Correspondence

Ali Afshari

Email: a-afshari@maragheh.ac.ir

ABSTRACT

Objective: Sexual dissatisfaction is a group of disorders whose main symptom is a persistent preference for playing the role of the opposite sex and having the feeling that the patient was born with the wrong sex, and this wrongness is very anxiety-provoking and a cause of depression for these people. In most cases, these people try to change their sex, which is unacceptable by society and family and can cause many problems for the individual. The aim of the present study was to compare psychological distress and suicidal behaviors among gender dissatisfied patients who applied for surgery, underwent surgery, and normal individuals. **Method:** The present study was a causal comparative study. The statistical population included all surgical candidates, those who underwent surgery, and 90 normal subjects (30 subjects for each group). In order to collect research data, the Depression, Anxiety, and Stress Scale (Lavibond and Lavibond, 1995), the Suicidality Questionnaire (Beck, 1961), and the Revised Suicide Questionnaire (Osman et al., 2001) were used. Multivariate analysis of variance was used to analyze the data using SPSS version 22 software. **Results:** Based on the results obtained, there is a significant difference between the surgical candidate and normal subjects in all three variables of anxiety, stress, and depression. There is also a significant difference between suicidal thoughts and attempts during life between the applicant and normal groups and between the normal and surgical groups ($P < 0.05$). There is a significant difference between the applicant

How to cite

Afshari, A. (2025). Comparative Study of the Psychological Distress and Suicidal Behaviors among Gender Dysphoria with Applicant for Surgery, Surgery with Normal People. Quarterly Journal Of Health Psychology, 14(3). 27-40.

and surgical groups and between the normal and surgical groups in the frequency of suicide attempts in the past year ($P < 0.05$). There is a significant difference between the applicant and surgical groups and between the normal and surgical groups in the threat of suicide ($P < 0.05$). There is a significant difference between the applicant and surgical groups in the probability of attempting suicide in the future ($P < 0.05$). Finally, there is a significant difference between the applicant and surgical groups and between the normal and surgical groups in suicidal thoughts ($P < 0.05$). **Conclusion:** The results indicate that correct diagnosis and gender reassignment among gender dysphoric individuals can have a positive effect on mental health and reduce suicidal behaviors .

KEYWORDS

Psychological Distress, Suicidal Behaviors, Gender Dysphoria.

نشریه علمی

روان‌شناسی سلامت

«مقاله پژوهشی»

مقایسه آشفتگی روان‌شناختی و رفتارهای خودکشی در بین افراد دارای ملال جنسیتی: متقاضی جراحی، جراحی‌شده و افراد عادی

علی افشاری^{*۱}

چکیده

مقدمه: ناراضایتی جنسی، گروهی از اختلالات را تشکیل می‌دهند که علامت اصلی آن‌ها ترجیح مداوم ایفای نقش جنس مخالف و داشتن این احساس است که بیمار با جنسیت اشتباهی به دنیا آمده است و همین اشتباه بودن بسیار اضطراب‌زا و عامل افسردگی برای این افراد می‌باشد. در اغلب موارد این افراد اقدام به تغییر جنسیت خود می‌کنند که امری نا پذیرفتنی از سوی جامعه و خانواده می‌باشد و می‌تواند مشکلات بسیاری برای فرد به بار آورد. هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای آشفتگی روان‌شناختی و رفتارهای خودکشی در بین افراد دارای ملال جنسیتی متقاضی جراحی، جراحی‌شده و افراد عادی بود.

روش: روش پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد متقاضی جراحی، جراحی‌شده و افراد عادی به تعداد ۹۰ نفر (برای هر گروه ۳۰ نفر) بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌های پژوهش از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (لاویبوند و لاویبوند، ۱۹۹۵)، پرسشنامه افکار خودکشی (بک، ۱۹۶۱) و پرسشنامه تجدیدنظر شده خودکشی (عثمان و همکاران، ۲۰۰۱) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چند متغیره با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج به‌دست‌آمده بین گروه‌های متقاضی جراحی و عادی در هر سه متغیر اضطراب، استرس و افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین افکار و اقدام به خودکشی طی زندگی گروه متقاضی با عادی و بین گروه عادی و جراحی کرده تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$)، بین گروه متقاضی و جراحی کرده و بین گروه عادی و جراحی کرده در فراوانی اقدام به خودکشی در یک سال گذشته تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$)، بین گروه متقاضی و جراحی کرده و بین گروه عادی و جراحی کرده در تهدید به خودکشی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$)، بین گروه متقاضی و جراحی کرده و بین گروه عادی و جراحی کرده در آینده تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$) و در نهایت، بین گروه متقاضی و جراحی کرده و بین گروه عادی و جراحی کرده در افکار خودکشی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از آن است که تشخیص درست و تغییر جنسیت در بین ناراضیان جنسیتی می‌تواند در سلامت روان و کاهش رفتارهای خودکشی تأثیر مثبتی داشته باشد.

واژه‌های کلیدی

آشفتگی روان‌شناختی، رفتارهای خودکشی، افراد دارای ملال جنسیتی.

^۱ دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه مراغه، مراغه، ایران.

نویسنده مسئول:

محمدباقر کجیاف

رایانامه:

a-afshari@maragheh.ac.ir

استناد به این مقاله:

افشاری، علی، (۱۴۰۴). مقایسه آشفتگی روان‌شناختی و رفتارهای خودکشی در بین افراد دارای ملال جنسیتی: متقاضی جراحی، جراحی‌شده و افراد عادی. نشریه علمی روان‌شناسی سلامت، ۱۴ (۳)، ۲۷-۴۰.

مقدمه

اختلال نارضایتی جنسی گروهی از اختلالات را تشکیل می‌دهند که علامت اصلی آن‌ها ترجیح مداوم ایفای نقش جنس مخالف و داشتن این احساس است که بیمار با جنسیت اشتباهی به دنیا آمده است (ایزندراث^۱، ۲۰۱۲). طبق تعریف پنجمین مجموعه آماری و تشخیصی اختلالات روانی^۲، اختلال در هویت جنسیتی یا به نام‌گذاری جدیدتر، دیسفوریا یا آشفتگی جنسیتی از دسته اختلال‌های بسیار رنج‌آور است زیرا فرد خود را در هماهنگی با جنسیت بیولوژیکی خود نمی‌داند (سادوک، سادوک و رویز^۳، ۲۰۱۴). تخمین‌های موجود درباره نرخ شیوع دیسفورای جنسیتی در بزرگسالان از کلینیک‌های جراحی یا درمان هورمونی در اروپا به‌دست‌آمده‌اند و نرخ شیوع را یک در یازده هزار مرد (کسانی که نقش جنسیتی مردانه به آن‌ها اختصاص داده‌شده است)، یک در سی هزار زن (کسانی که نقش جنسیتی زنانه به آن‌ها اختصاص داده‌شده است) گزارش می‌دهد. نسخه پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی (DSM-5) نوع شیوع را ۵٪ تا ۱۴٪ در مردان (افرادی با نقش جنسیتی اختصاص داده شد مردانه) و ۲٪ تا ۳٪ در زنان (افرادی با نقش جنسیتی اختصاص داده شده زنانه) اعلام می‌کند. اکثر مراکز بالینی نسبت جنسی را ۳ تا ۵ بیمار مرد در مقابل یک بیمار زن گزارش می‌دهد (سادوک، سادوک و رویز، ۲۰۱۷). پزشکی قانونی کشور در گزارش خود اعلام کرده است که آمار رسمی افراد دارای اختلال هویت جنسی در ایران حدود ۴۵۰۰ نفر می‌باشد (بیانی، بهروان حیدری بیگوند، ۱۳۹۱). افراد با مشکل نارضایتی جنسیتی احساس می‌کنند که با جنسیت اشتباهی به دنیا آمده‌اند و این احساس نارضایتی و عدم پذیرش ویژگی‌های جنسیتی اولیه و ثانویه و نیز احساس طردشدگی و ناامیدی آن‌ها را به سمت درمان دارویی و جراحی برای تغییر جنسیت خود می‌کشاند (دابای و ماهاپاترا، ۲۰۲۴). از بدو تولد هویت ذهنی آن‌ها با فنوتیپ مربوط به اندام‌های تناسلی آن‌ها متفاوت است یعنی زنانی هستند که احساس می‌کنند به اشتباه در کالبد مرد قرار گرفته‌اند^۴ و مردانی هستند که احساس می‌کنند به اشتباه در کالبد زن قرار گرفته‌اند^۵ (دابای و ماهاپاترا، ۲۰۲۵). آن‌ها هیچ‌گونه اختلال روانی جدی ندارند که درک آن‌ها

را از واقعیت دچار تحریف کند و فقط نیاز به پذیرش جامعه و قانون برای جنسیت انتخابی آن‌ها وجود دارد (فرناندز رودریگز و گارسیا وگا^۶، ۲۰۱۲).

آشفتگی روان‌شناختی، یک سندرم یا الگوی رفتاری یا روان‌شناختی است که فرد مبتلا به آن با نشانه‌ای دردناک یا نوعی ناتوانی روبه‌رو می‌شود (سنگ سفیدی و همکاران، ۲۰۲۳). آشفتگی روان‌شناختی در موارد کنترل نشده و حاد با افزایش قابل ملاحظه درد، ناتوانی، از دست رفتن آزادی بیمار و حتی مرگ همراه است (افشاری و همکاران، ۱۴۰۲). درافراد مبتلا به آشفتگی روان‌شناختی، علائمی مانند افسردگی، بی‌خوابی، خستگی و افزایش حساسیت بیش از اندازه دیده می‌شود. این افراد در اثر کوچکترین موضوع آشفته و عصبانی می‌شوند و در برابر ناملایمات سخت شکننده و نامقاوم هستند (بالای و همکاران، ۲۰۲۱). معمولاً افراد از تنهایی می‌ترسند بطوریکه این افکار زمینه دائمی در فکر آنان ایجاد می‌کند و یک نوع وحشت هم بصورت استرس دومی چهره خود را نشان می‌دهد که باعث بروز تشنجهای عصبی و حرکات غیر ارادی در صورت و گردن و دستها و پرش عضلات می‌گردد (بووی و همکاران، ۲۰۲۵). آشفتگی در هویت جنسی موجب سردرگمی و اغتشاش در نقش و رفتار جنسیتی مناسب فرد شده و به دنبال آن روابط اجتماعی و بین فردی نیز تحت تأثیر قرار گرفته که منجر به بروز اضطراب و افسردگی می‌گردد (رحیمی احمدآبادی و همکاران، ۱۳۹۵). از طرفی، ناراضیان جنسی با ناکامی‌های بی‌شمار و موقعیت‌ها و تجارب متناقضی مواجهند، به همین دلیل افسردگی در آن‌ها شایع است (ساچدوا و همکاران، ۲۰۲۲). تفکرات و اقدام به خودکشی، با افسردگی عمیق و مداوم همراه است، اقدام به خودکشی در ترنس‌ها نسبت به جمعیت کلی بیشتر است (کوک^۷، ۲۰۰۴). اطلاعات محدودی در مورد رفتارهای خودکشی افراد با مشکل نارضایتی جنسیتی وجود دارد، با این حال پژوهش‌ها حاکی از آن هستند که این افراد با احتمال ریسک بالایی در معرض مرگ از طریق خودکشی هستند هرچند که اطلاعات متفاوت هستند (سانچز و همکاران، ۲۰۱۴؛ آسچمن و همکاران، ۲۰۱۱). در مورد گرایش به خودکشی نتایج تحقیقات بین ۳۷ تا ۷۴ درصد را گزارش می‌کنند (گوزمان-پارا و همکاران، ۲۰۱۶؛ هولت و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین گارسیا-وگا، کامرا، فرناندز و ویلاورد^۸

1. Eisendrath,

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5 (DSM-5)

3. Sadock, Sadock, Virginia, Ruiz

4. female transgender (FT)

5. Male transgender (MT)

6. Fernández Rodríguez, & García-Vega

7. Cook

8. García-Vega, Camero, Fernandez, Villaverde

بودند و گذشت حداقل یک سال از عمل جراحی فرد. معیارهای خروج از پژوهش عبارت بود از عدم رضایت جهت شرکت و ادامه حضور در پژوهش و سابقه قبلی بستری بودن در مراکز روان پزشکی. نمونه آماری با مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس، پرسشنامه افکار خودکشی بک و پرسشنامه تجدیدنظر شده خودکشی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایویوند و لایویوند (۱۹۹۵): این مقیاس دارای ۲۱ سؤال چهارگزینه‌ای است که به هریک از گزینه‌ها به ترتیب نمرات صفرتا سه تعلق می‌گیرد و سه زیرمقیاس استرس، اضطراب و افسردگی را با هفت سؤال مجزا برای هر کدام موردسنجش قرار می‌دهد. این مقیاس توسط صاحبی و همکاران برای جمعیت ایرانی اعتبار یابی شده و همبستگی زیرمقیاس افسردگی این آزمون با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰، زیرمقیاس اضطراب با آزمون اضطراب زانگ ۰/۶۷ و زیرمقیاس استرس با استرس ادراک شده ۰/۴۹ گزارش شده است، همچنین در بررسی روایی این مقیاس شیوه‌ی آماری تحلیل عاملی از نوع تأییدی و به روش مؤلفه‌های اصلی مورد استفاده قرار گرفته که مقدار عددی شاخص KMO برابر با ۰/۱۲ و نیز شاخص X2 در آزمون کرویت بارتلت برابر با ۳۰۹۲/۹۳ بود که در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی‌دار بود و حکایت از کفایت نمونه و متغیرهای انتخاب شده برای انجام تحلیل عاملی داشت و در کل گزارش حاکی از مطلوب بودن روایی مقیاس حاضر بود (افضلی و همکاران، ۱۳۸۴). در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش گردید.

پرسشنامه افکار خودکشی بک (۱۹۶۱): یکی از ابزارهای مورد استفاده در مطالعات مربوط به افکار خودکشی می‌باشد که به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی تهیه شده است. این مقیاس یک ابزار خود سنجی ۱۹ سؤالی است و بر اساس سه درجه‌ای از صفرتا دو تنظیم شده است. نمره کلی فرد بر اساس جمع نمره‌ها محاسبه می‌شود که از صفرتا ۳۸ است. همبستگی درونی این آزمون ۰/۸۹ و پایایی این آزماینده ۰/۸۳ گزارش شده است (حیدری شرف، پروانه، دبیرسان، نادری و کریمی، ۱۳۹۴). در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش گردید.

پرسشنامه تجدیدنظر شده خودکشی: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱ توسط عثمان و همکارانش ساخته شده است. پرکاربردترین مقیاس خودکشی است که از ۴ سؤال تشکیل شده است که هر گویه ابعاد مختلفی از قابلیت فرد برای خودکشی را موردسنجش قرار

(۲۰۱۸) نیز میزان افکار خودکشی را ۴۸/۳ درصد و ۲۸/۸ اقدام به خودکشی را گزارش کردند. این در حالی است که به نظر می‌رسد بعد از تغییر جنسیت و رسیدن به جنسیت مورد علاقه خودشان میزان رفتارهای خودکشی و آشفتگی روان‌شناختی کاهش پیدا کند، به طوریکه مک نیل و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی دریافتند افکار خودکشی و اقدام واقعی بعد از تغییر جنسیت کاهش می‌یابد در مقابل دجنه^۱ و همکاران (۲۰۱۱) گزارش کردند که تغییر جنسیتی گرچه می‌تواند درمانی برای مشکلات جنسیتی باشد ولی باعث افزایش ریسک احتمال مرگ، اقدام به خودکشی، افکار خودکشی و همچنین اختلالات روان‌شناختی همچون افسردگی می‌شود. لوی و کورفمن (۲۰۰۴) نیز اعتقاد دارند اگرچه عمل جراحی برای تغییر جنسیت ممکن است پیامدهای کوتاه‌مدتی در افراد مبتلا به نارضایتی جنسیتی داشته باشد، اما این افراد در طولانی‌مدت و پس از عمل جراحی دچار مشکلاتی نظیر افکار و تمایلات خودکشی، عدم کارکرد اجتماعی و بین فردی رضایت‌بخش، از دست دادن کار و حمایت‌های خانوادگی، نگرش منفی به شرکت در جلسات درمانی و روان‌درمانی و مقاومت پایدار در برابر تغییر جنسیت می‌شوند. با توجه به آنچه گفته شد، جهت پر کردن خلاء پژوهشی در کشور و روشن‌سازی تناقضات موجود در پژوهش‌های انجام شده، پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال می‌باشد که آیا آشفتگی روان‌شناختی و رفتارهای خودکشی در بین افراد دارای ملال جنسیتی متقاضی جراحی، جراحی شده و افراد عادی تفاوت دارد؟

روش‌شناسی پژوهش

طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش شامل ناراضیان جنسیتی متقاضی جراحی و جراحی شده مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهرستان تبریز بود. نمونه آماری ۹۰ نفر (برای هر گروه ۳۰ نفر) بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. نمونه پژوهش شامل دو گروه از افراد دچار اختلال هویت جنسی می‌شد. گروه اول شامل افرادی می‌شد که جراحی تغییر جنسیت را انجام داده بودند و گروه دوم شامل افرادی بود که منتظر اخذ مجوز برای تغییر جنسیت بودند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از داشتن رضایت جهت شرکت در پژوهش، تشخیص اختلال در بیماران توسط کمیسیون روان پزشکی و تایید پزشک قانونی برای افرادی که عمل تغییر جنسیت را انجام داده

این ابزار در جامعه ایرانی در بین دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی ۰/۸۰ گزارش‌شده است. در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش گردید.

برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۴۲ پسر و ۴۸ دختر مورد مطالعه قرار گرفتند و این افراد در بین سه گروه قرار گرفتند که مشخصات تحصیلی آن‌ها در جدول ۱ آورده شده است.

می‌دهد. گویه اول افکار و اقدام به خودکشی، گویه دوم فراوانی افکار خودکشی طی سال گذشته، گویه سوم دربردارنده بیان نیت و گویه چهارم احتمال اقدام به خودکشی را در آینده موردسجش قرار می‌دهد. نقطه برش نمره کلی این آزمون، نمره ۷ برای جمعیت عادی و نمره ۸ برای بیماران بالینی هست. همین‌طور نقطه برش سؤال اول ۲ است. طراحان این مقیاس گزارش کرده‌اند که این ابزار دارای اعتبار درونی، پایایی خوب و همین‌طور توانایی تمیز گروه دارای تمایلات خودکشی از گروه فاقد گرایش به خودکشی است (عثمان و همکاران، ۲۰۰۱) این آزمون از پایایی درونی، روایی بالا و حساسیت عالی در تمیز آزمودنی‌های خودکشی‌گرا از غیر خودکشی‌گرا برخوردار است (عثمان و همکاران، ۲۰۰۱) در مطالعه رشید و کیانی، خرم‌دل، غلامی و صنوبر (۲۰۱۶) آلفای کرونباخ بر

جدول ۱. توزیع فراوانی تحصیلات افراد مورد مطالعه به تفکیک گروه

گروه	تحصیلات						مقدار کل خی دو
	پیش دکتر	دکتر	کارشناسی ارشد	لیسانس	دانشجو	پیش دکتر	
متقاضی جراحی	۱	۸	۴	۶	۵	۶	۳۰
افراد عادی	۱	۴	۴	۲	۱۴	۴	۳۰ ۰/۰۷۱
جراحی کرده	۱	۳	۰	۲	۱۱	۱۰	۳۰

جدول ۲. میانگین، انحراف استاندارد آشفتگی روان‌شناختی در سه گروه

متغیرها	متقاضی جراحی		عادی		جراحی کرده	
	M	SD	M	SD	M	SD
اضطراب	۶/۳۰	۲/۴۸	۲/۹۷	۱/۰۳	۴/۳۷	۳/۴۶
استرس	۹/۱۰	۲/۶۵	۵/۸۷	۲/۴۶	۳/۳۷	۳/۲۸
افسردگی	۹/۱۷	۳/۷۷	۴/۷۷	۳/۳۹	۳/۹۰	۲/۷۹

عادی) تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$).

در جدول ۲ میانگین، انحراف استاندارد آشفتگی روان‌شناختی در سه گروه (متقاضی جراحی، جراحی کرده و افراد عادی) آورده شده است.

در جدول ۱ توزیع فراوانی تحصیلات افراد مورد مطالعه آورده شده است. با توجه به اینکه تحصیلات یکی از معیارهای همسانی گروه‌ها بود لذا از طریق آزمون خی دو سطح تحصیلات گروه‌های مورد مقایسه قرار گرفت که نتایج نشان داد، تفاوت معناداری بین سطح تحصیلات سه گروه (متقاضی جراحی، جراحی‌شده و افراد

جدول ۳. میانگین، انحراف استاندارد رفتارهای خودکشی در سه گروه

متغیرها		مقایسه جراحی		عادی		جراحی کرده	
		SD		M		SD	
افکار و اقدام به خودکشی طی زندگی		۲/۸۰		۱/۴۰		۰/۷۵۰	
فراوانی اقدام به خودکشی یک سال گذشته		۳/۷۰		۲/۱۳		۰/۸۴۵	
تهدید به خودکشی		۲/۵۳		۱/۱۷		۰/۴۷۹	
احتمال اقدام به خودکشی در آینده		۲/۹۳		۰/۷۰		۰/۸۳۷	
افکار خودکشی		۴/۶۳		۰/۹۳		۰/۶۰	

در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد رفتارهای خودکشی و افکار خودکشی آورده شده است.

به منظور انتخاب آزمون‌های آماری مناسب جهت تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده لازم است تا نوع توزیع متغیرها به لحاظ نرمال بودن پراکندگی آنان ارزیابی شود که در این مورد از آزمون اسمیرنوف کولموگروف استفاده شد که در نهایت سطح معنی‌داری آزمون فوق در مورد متغیرهای تحقیق، از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است. بنابراین توزیع پراکندگی نمرات آن متغیر نرمال می‌باشد. بررسی‌ها نشان داد که مفروضه توزیع طبیعی داده‌ها فرض همسانی واریانس‌ها برقرار است. نتیجه آزمون M باکس نشان

داد که مفروضه یکسانی ماتریس واریانس-کواریانس متغیرهای وابسته برقرار است ($P > 0.01$; $F(12, 36668/538) = 2/93$) و می‌توان از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده نمود. تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد آزمون‌های چند متغیری پیلایی، لامبدای ویلکز، هتینگ و بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی معنادار است یعنی، حداقل در یکی از ابعاد آشفتگی روان‌شناختی بین سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به معنادار بودن اثرات گروهی به منظور اینکه مشخص شود این تفاوت در کدام گروه‌ها و کدام سطح از متغیرها قرار دارد از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شد (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس بین آزمودنی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	sig
گروه	اضطراب	۱۶۸/۰۸۹	۲	۸۴/۰۴۴	۹/۲۰۶	۰/۰۰۱
	استرس	۱۵۷/۰۸۹	۲	۷۸/۵۴۴	۹/۸۵۹	۰/۰۰۱
	افسردگی	۴۷۸/۴۸۹	۲	۲۳۹/۲۴۴	۲۱/۳۶۵	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تفاوت معنی‌داری

بین سه گروه از لحاظ متغیرهای اضطراب، استرس و افسردگی وجود دارد و جزییات این تفاوت‌ها در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون مقایسه زوجی با آزمون بونفرونی

متغیر وابسته	تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	sig
اضطراب	مقایسه عادی - جراحی کرده	۳/۳۳*	۰/۰۰۱
استرس	مقایسه عادی - جراحی کرده	۱/۹۳۳*	۰/۰۴۵
	مقایسه عادی - جراحی کرده	-۱/۴۰۰	۰/۲۳۹
	مقایسه عادی - جراحی کرده	۳/۲۳۳*	۰/۰۰۱
	مقایسه عادی - جراحی کرده	۱/۷۳۳	۰/۰۵۹

افشاری: مقایسه آشفتگی روان‌شناختی و رفتارهای خودکشی در بین افراد دارای ملال جنسیتی: متقاضی جراحی، جراحی‌شده و افراد عادی

عادی - جراحی کرده	۱/۵۰۰	۰/۱۲۸
متقاضی - عادی	۴/۴۰۰*	۰/۰۰۱
متقاضی - جراحی کرده	۵/۲۶۷*	۰/۰۰۱
عادی - جراحی کرده	۰/۱۸۶۷	۰/۹۵۶

افسردگی

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس بین آزمودنی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	Sig.
گروه	افکار و اقدام به خودکشی طی زندگی	۳۶/۶۰۰	۲	۱۸/۳۰۰	۴۱/۵۶۹	۰/۰۰۱
	فراوانی اقدام به خودکشی یک سال گذشته	۳۷/۴۸۹	۲	۱۸/۷۴۴	۲۶/۹۷۰	۰/۰۰۱
	تهدید به خودکشی	۲۸/۶۸۹	۲	۱۴/۳۴۴	۶۱/۴۷۶	۰/۰۰۱
	احتمال اقدام به خودکشی در آینده	۸۰/۱۵۶	۲	۴۰/۰۷۸	۳۱/۰۰۳	۰/۰۰۱
	افکار خودکشی	۲۳۴/۹۵۶	۲	۱۱۷/۴۷۸	۹/۵۸۶	۰/۰۰۱

جدول ۷. نتایج آزمون مقایسه زوجی با آزمون بونفرونی

متغیر وابسته	تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
افکار و اقدام به خودکشی طی زندگی	متقاضی - عادی	۱/۴۰۰*	۰/۰۰۱
	متقاضی - جراحی کرده	۰/۱۰۰	۱/۰۰۰
	عادی - جراحی کرده	-۱/۳۰۰*	۰/۰۰۱
فراوانی اقدام به خودکشی یک سال گذشته	متقاضی - عادی	۱/۵۶۷*	۰/۰۰۱
	متقاضی - جراحی کرده	۰/۵۰۰	۰/۰۷۰
	عادی - جراحی کرده	-۰/۹۶*	۰/۰۰۱
تهدید به خودکشی	متقاضی - عادی	۱/۳۶۷*	۰/۰۰۱
	متقاضی - جراحی کرده	۰/۱۸۶۷*	۰/۰۰۱
	عادی - جراحی کرده	-۰/۵۰*	۰/۰۰۱
احتمال اقدام به خودکشی در آینده	متقاضی - عادی	۲/۲۳۳*	۰/۰۰۱
	متقاضی - جراحی کرده	۱/۶۳۳*	۰/۰۰۱
	عادی - جراحی کرده	-۰/۶۰۰	۰/۱۳۲
افکار خودکشی	متقاضی - عادی	۳/۷۰۰*	۰/۰۰۱
	متقاضی - جراحی کرده	۳/۰۶۷*	۰/۰۰۳
	عادی - جراحی کرده	-۰/۶۳۳	۱/۰۰۰

پراکندگی نمرات آن متغیر نرمال می‌باشد.

بررسی‌ها نشان داد که مفروضه توزیع طبیعی داده‌ها فرض همسانی واریانس‌ها برقرار است. نتیجه آزمون M باکس نشان داد که مفروضه یکسانی ماتریس واریانس-کواریانس متغیرهای وابسته برقرار است ($P > 0.01$; $F(30, 239883/922) = 4/69$) و می‌توان از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده نمود. تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد آزمون‌های چند متغیری پیلایی، لامبدای ویلکز، هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی معنادار است یعنی، حداقل در یکی از رفتارهای خودکشی بین سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به معنادار بودن اثرات گروهی به‌منظور اینکه مشخص شود این تفاوت در کدام گروه‌ها و کدام سطح از متغیرها قرار دارد از

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود بین گروه‌های متقاضی جراحی و عادی در هر سه متغیر اضطراب، استرس و افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین گروه‌های متقاضی جراحی و جراحی کرده نیز از لحاظ اضطراب، استرس و افسردگی تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود. در نهایت بین گروه جراحی کرده و عادی از لحاظ متغیرهای مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود.

در رابطه با رفتارهای خودکشی نیز متغیرها به لحاظ نرمال بودن پراکندگی آنان ارزیابی گردید که در این مورد از آزمون اسمیرنوف کولموگروف استفاده شد که در نهایت سطح معنی‌داری آزمون فوق در مورد متغیرهای تحقیق، از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است. بنابراین توزیع

(۱۳۹۵)؛ هی لنس و همکاران^۱ (۲۰۱۴)؛ ورمیلن و باونز (۲۰۰۵) همسو می‌باشد.

پژوهش‌هایی که پارولا و همکاران (۲۰۱۰)؛ نیو فیلد (۲۰۰۶) در خصوص کیفیت زندگی افراد ناراضی جنسیتی به عمل آوردند، نشان داد که افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی مبتلا به اختلال افسردگی بوده و از سطح پایین کیفیت زندگی برخوردار می‌باشند که با عمل تغییر جنسیت از میزان افسردگی آنان کاسته و از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند. در پژوهش حاضر نیز میزان استرس، اضطراب و افسردگی افراد جراحی کرده پایین‌تر از افراد متقاضی جراحی بود که با نتایج پژوهش‌های فوق‌الذکر همسو می‌باشد. در تبیین تفاوت معنادار بین گروه متقاضی جراحی و جراحی کرده می‌توان گفت، نارضایتی جنسیتی موجب سردرگمی در نقش و رفتار جنسیتی مناسب فرد شده و به دنبال آن روابط اجتماعی و بین فردی نیز تحت تأثیر قرار گرفته که منجر به بروز اضطراب و افسردگی می‌گردد؛ بنابراین پس از عمل جراحی بین جنسیت تجربه و ابراز شده و جنسیت زیستی تفاوت از بین رفته و موجب هماهنگی جنسیت زیستی و جنسیت ابراز شده در فرد می‌گردد و این مسئله باعث سازگاری بیشتر فرد و کاهش استرس، اضطراب و افسردگی می‌گردد. همچنین می‌توان گفت، با توجه به بافت فرهنگی کشور، ممکن است مبتلایان به اختلال ناراضی جنسیتی نه تنها به عنوان بیمار شناخته نشده، بلکه رفتارهای آن‌ها نوعی بزهکارانه و گمراهی به شمار می‌رود. به علاوه پذیرش اجتماعی رفتارهای افراد مبتلا بسیار سخت می‌باشد، این موضوع برای افراد مبتلا فرآیند استرس‌آوری است که می‌تواند منجر به مشکلات شخصیتی و آشفتگی‌های روان‌شناختی در این افراد گردد؛ و اینکه با انجام جراحی جسم و روان آنان هم‌خوان شده و با بهبود سلامت روانی در افراد همراه است. بر اساس نتایج پژوهش میشل و آنسئو^۲ (۲۰۰۲) حتی گاهی قرار گرفتن افراد در لیست انتظار جراحی باعث بهبودی خلق و ثبات روانی بیشتر در ناراضیان جنسیتی می‌گردد.

حس مداوم تفاوت بین جنسیت تعیین شده و جنسیت دلخواه و احساس شده در افراد ناراضی جنسیتی دلیل ادامه نارضایتی آن‌ها از وضعیت موجود و همچنین نارضایتی از صفات اولیه و ثانویه جنسی در آن‌ها می‌باشد که می‌تواند عامل خطری برای افزایش ریسک اقدام به خودکشی و افکار خودکشی باشد که پژوهش‌ها گزارش کردند که در بین افراد ناراضی جنسیتی نسبت به جمعیت عادی بیشتر می‌باشد (جیمز زارچوعا و همکاران، ۲۰۱۵؛ گارسیا وگا و

آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شد (جدول ۶). همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود نتیجه آزمون تحلیل واریانس تک متغیری برای افکار و اقدام به خودکشی طی زندگی، فراوانی اقدام به خودکشی در یک سال گذشته، احتمال اقدام به خودکشی در آینده، افکار خودکشی این گروه‌ها در سطح $P < 0.001$ معنادار است. جزئیات این تفاوت‌ها در جدول ۷ نشان داده شده است.

در جدول ۷ نتایج مقایسه زوجی گروه‌ها با آزمون تعقیبی بونفرونی آورده شده است. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده بین افکار و اقدام به خودکشی طی زندگی گروه متقاضی با عادی و بین گروه عادی و جراحی کرده تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). با توجه نتایج، بین گروه متقاضی جراحی و عادی؛ بین گروه متقاضی و جراحی کرده و بین گروه عادی و جراحی کرده در فراوانی اقدام به خودکشی در یک سال گذشته تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). همچنین بر اساس نتایج، بین گروه متقاضی جراحی و عادی؛ بین گروه متقاضی و جراحی کرده و بین گروه عادی و جراحی کرده در تهدید به خودکشی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$) و نیز، بین گروه متقاضی جراحی و عادی؛ بین گروه متقاضی و جراحی کرده در مؤلفه احتمال اقدام به خودکشی در آینده تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$) و در نهایت، بین گروه متقاضی جراحی و عادی؛ بین گروه متقاضی و جراحی کرده در افکار خودکشی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری و بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای آشفتگی روان‌شناختی و رفتارهای خودکشی در بین ناراضیان جنسیتی متقاضی جراحی، جراحی‌شده و افراد عادی بود. نتایج پژوهش، نشان داد که بین ناراضیان جنسیتی متقاضی جراحی، جراحی‌شده و افراد عادی از لحاظ آشفتگی روان‌شناختی (اضطراب، استرس و افسردگی) تفاوت وجود دارد. به‌طوری‌که نتایج نشان داد بین گروه‌های متقاضی جراحی و عادی در هر سه متغیر اضطراب، استرس و افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین گروه‌های متقاضی جراحی و جراحی کرده نیز از لحاظ اضطراب، استرس و افسردگی تفاوت معنی‌داری مشاهده شد و بین گروه جراحی کرده و عادی از لحاظ متغیرهای مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. نتیجه به‌دست‌آمده با یافته‌های رحیمی احمدآبادی و همکاران

1. Heylens

2. Michel, & Ansseau

در خانواده به آن‌ها به‌صورت فرد متخطی نگاه می‌شود. پس از عدم درک خانواده و طرد این بیماران، این افراد به اجتماع پناه می‌برند و معمولاً از سمت افراد جامعه نیز دچار طردشدگی می‌شوند یا در دام افراد نااهل قرار می‌گیرند. با توجه به گزارش‌ها ارائه‌شده به نظر می‌رسد به نظر می‌رسد تشخیص درست در زمان مناسب و تغییر جنسیت در بین ناراضیان جنسیتی می‌تواند در سلامت روان و کاهش رفتارهای خودکشی تأثیر مثبتی داشته باشد.

در مجموع، می‌توان تبیین کرد که میزان آشفتگی روان‌شناختی و رفتارهای خودکشی در ایران در بین افراد دارای ملال جنسیتی متقاضی جراحی، بالاترین میزان را نشان می‌دهد. این امر ناشی از فشار ملال جنسیتی ذاتی، انگ اجتماعی شدید، تبعیض، موانع بوروکراتیک و مالی، و عدم حمایت کافی است. پس از جراحی تطبیق جنسیت، انتظار می‌رود شاهد کاهش چشمگیر این آشفتگی‌ها باشیم، زیرا تطابق بدنی نقش مهمی در کاهش ملال جنسیتی ایفا می‌کند. با این حال، چالش‌های پس از جراحی از جمله ظاهر فیزیکی، ترس از فاش شدن گذشته و تبعیض اجتماعی، و نیاز به مراقبت‌های پس از جراحی می‌تواند همچنان سلامت روان این افراد را تحت تأثیر قرار دهد. گروه افراد عادی به دلیل عدم تجربه ملال جنسیتی و قرار گرفتن در چارچوب هنجارهای اجتماعی، کمترین میزان آشفتگی روان‌شناختی و رفتارهای خودکشی را خواهند داشت.

این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی می‌باشد که از آن جمله عبارتند از: دسترسی به جامعه هدف به دلیل انگ اجتماعی بالا و ترس از فاش شدن هویت، بسیاری از افراد دارای ملال جنسیتی تمایلی به شرکت در پژوهش‌ها ندارند یا دسترسی به آن‌ها دشوار است. این امر جمع‌آوری نمونه‌های کافی و نماینده را چالش‌برانگیز می‌کند. دسترسی به این افراد عمدتاً از طریق مراکز روانپزشکی و بیمارستان‌های محدودی که خدمات مربوط به تطبیق جنسیت را ارائه می‌دهند، امکان‌پذیر است که این خود می‌تواند یک سوگیری در نمونه‌گیری ایجاد کند. نیاز به ابزارهای سنجش معتبر و بومی‌سازی‌شده برای آشفتگی روان‌شناختی و رفتارهای خودکشی در فرهنگ ایرانی وجود دارد. ترجمه صرف پرسشنامه‌های خارجی ممکن است کافی نباشد. به دلیل حساسیت موضوع، افراد ممکن است تمایلی به گزارش دقیق افکار و رفتارهای خودکشی نداشته باشند که می‌تواند منجر به دست‌کم گرفتن شیوع واقعی شود. اگر پژوهش به صورت مقطعی انجام شود، نمی‌توان روابط علی و معلولی را به درستی تبیین کرد. برای مثال، نمی‌توان با قاطعیت گفت که جراحی باعث کاهش

همکاران، ۲۰۱۸) که پژوهش حاضر نیز مؤید همین نتایج گزارش‌شده می‌باشد. همان‌طور که فرض شده بود بین افراد متقاضی و افراد جراحی کرده از لحاظ داشتن افکار و اقدام به خودکشی در گذشته و در طول زندگی تفاوت معنی‌داری وجود گزارش نشد ولی در زیر مؤلفه احتمال اقدام به خودکشی در آینده تفاوت معنی‌داری بین دو گروه گزارش گردید همچنین در بین دو گروه عادی و جراحی کرده از لحاظ احتمال اقدام به خودکشی و افکار خودکشی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

روشن و واضح است که اقدام به خودکشی در افراد با تشخیص انواع مشکلات روان‌شناختی با احتمال بیشتری نسبت به جمعیت عادی اتفاق می‌افتد و بر اساس نتایج افسردگی عامل اصلی تلاش برای اقدام به خودکشی و مرگ بر اساس خودکشی می‌باشد (هاوتون و همکاران، ۲۰۱۳). منطقی به نظر می‌رسد که در بین بیمارانی که تشخیص یکی از اختلالات روان‌شناختی را دریافت کرده‌اند یا همبودی بین دو اختلال وجود دارد اقدام به خودکشی را محتمل‌تر بدانیم. با توجه به توضیحات ارائه‌شده و همچنین گزارش افسردگی بالا در بین افراد ناراضی جنسیتی احتمال وجود یکی از رفتارهای خودکشی بالا می‌باشد و محتمل‌تر است (گارسیا-وگا و همکاران، ۲۰۱۸) که پژوهش حاضر نیز مؤید همین نکته می‌باشد. در تبیین نتایج حاضر می‌توان گفت، ناراضی‌تبی جنسیتی در افراد عمل‌نکرده سبب می‌شود که ابعاد جسمی و روانی فرد تحت تأثیر قرار گیرد. فردی که هنوز دست به عمل نزده است از اندام خود به‌شدت ناراضی بوده و خواهان تغییر تمام‌اندامی است که جنس وی را مشخص می‌کند. این فرد پیش از هورمون درمانی و عمل تغییر جنسیت از صدا، ظاهر، پوشش، نقش جنسی و اندام تناسلی خود ناراضی است و خواهان سازگاری این اندام با جنسی است که خود را متعلق به آن می‌داند. هر چه میزان ناراضی‌تبی از این اندام بیشتر باشد، سازگاری کمتری با خود و آن اندام دارد که موجب می‌شود فرد رفتاری متناسب با انتظار جامعه نداشته باشد و موجب دریافت برچسب، اذیت و آزار و مشکلات دیگر شود. آزار و اذیت‌های خانواده (در نتیجه ناآگاهی اجتماعی از پدیده دگر جنس خواهی)، آزار و اذیت‌های جامعه (به دلیل خروج دگر جنس خواهان از الگوهای جنسیتی جامعه)، ناراضی‌تبی جنسی (در مرحله خودتشخیصی)، نبود حمایت‌های اجتماعی (در مرحله گرفتن مجوز) و طرد از خانواده و دوستان که معمولاً تا پس از جراحی ادامه دارد، باعث ایجاد افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی می‌شود. درواقع بیماران عمل‌نکرده‌ای به خاطر داشتن اختلال تعریف‌شده اما ناشناخته‌ای که دارند معمولاً از سمت خانواده‌های خود طردشده و

عوامل محافظت‌کننده (مانند حمایت اجتماعی، تاب‌آوری) در این جمعیت نیز پیردازد. نتایج این پژوهش می‌تواند به افزایش آگاهی عمومی در مورد ملال جنسیتی و چالش‌های این افراد در ایران کمک کند و منجر به کاهش انگ اجتماعی شود. با در نظر گرفتن این محدودیت‌ها و پیشنهادها، می‌توان پژوهش‌های دقیق‌تر و کاربردی‌تری در حوزه سلامت روان افراد دارای ملال جنسیتی در ایران انجام داد که در نهایت به بهبود کیفیت زندگی این جمعیت آسیب‌پذیر کمک خواهد کرد.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش ملاحظه اخلاقی خاصی نداشت و شرکت‌کنندگان با رضایت کامل در پژوهش شرکت کردند.

سپاسگزاری

بدینوسیله از کلیه افرادی که در این پژوهش شرکت کردند کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

- Afshari, A., & Esmali Koraneh, A. (2022). Comparison of negative mood regulation, personal behavior and lifestyle in cancer and heart patients and normal people. *Health Psychology*, 10(40), 31-46. (IN Persian)
doi.org/10.30473/hpj.2022.59415.5251
- Afshari, A., Ismaili, A., & Asadnia, S. (2024). Investigating the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on reducing the levels of anxiety and pathological worry in female patients with multiple sclerosis diagnosed with generalized anxiety disorder. *Health Psychology*, 12(48), 49-60. (IN Persian)
doi.org/10.30473/hpj.2024.66450.5704
- Afzali A, DelavarA, Borjali A, Mirzamani. (2008). Psychometric Properties of DASS-42 as Assessed in a Sample of Kermanshah High School Students, *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 5(2):

آشفتگی شده یا افراد با آشفتگی کمتر، بیشتر به سمت جراحی می‌روند. برای انجام پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود: با توجه به دشواری دسترسی، استفاده از روش نمونه‌گیری گلوله برفی (معرفی شرکت‌کنندگان توسط خود شرکت‌کنندگان) می‌تواند مؤثر باشد، با تأکید بر ملاحظات اخلاقی. پژوهشگران باید وقت کافی برای ایجاد اعتماد با جامعه هدف صرف کنند و اطمینان خاطر از حفظ کامل محرمانگی بدهند. توسعه یا بومی‌سازی و اعتباریابی دقیق پرسشنامه‌های روان‌شناختی برای جمعیت دارای ملال جنسی در ایران با در نظر گرفتن ظرایف فرهنگی و زبانی. استفاده از ترکیبی از روش‌های کمی (پرسشنامه‌ها) و کیفی (مصاحبه‌های عمیق) می‌تواند درک جامع‌تری از تجربیات زیسته افراد و عوامل مؤثر بر سلامت روان آن‌ها ارائه دهد. مصاحبه‌های عمیق می‌تواند به کشف علل پنهان افکار خودکشی کمک کنند. در زمینه پیشنهادات کاربردی موارد زیر پیشنهاد می‌شود: ارائه لیستی از منابع حمایتی روان‌شناختی و اجتماعی موجود (مانند خطوط کمک‌رسانی، مراکز مشاوره) به شرکت‌کنندگان، به ویژه در پایان مصاحبه‌ها، ضروری است. علاوه بر تمرکز بر آسیب‌شناسی، پژوهش می‌تواند به بررسی

81-9. (IN Persian)

[Doi.20.1001.1.17352029.1386.5.2.3.4](https://doi.org/10.17352029.1386.5.2.3.4)

- Asgarian, F. S., Keyhani, A., Moghadasi, A. N., Sahraian, M. A., & Etesam, F. (2020). Predictors of suicidal ideation among Iranian patients with multiple sclerosis. *Current Journal of Neurology*, 19(4), 154. [doi:10.18502/cjn.v19i4.5541](https://doi.org/10.18502/cjn.v19i4.5541)
- Asscheman, H., Giltay, E.J., Megens, J.A., de Ronde, W.P., van Trotsenburg, M.A., & Gooren, L.J. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *Eur J Endocrinol*, 164(4), 635-642. DOI:[10.1530/EJE-10-1038](https://doi.org/10.1530/EJE-10-1038).
- Bayani, F., Behravan, H., Heydari Begund, D. (2012). Social Factors Affecting the Severity of Sexual Identity Disorder, *Journal of Social Sciences*, 8(1), 19-45. (IN Persian) doi.org/10.22067/jss.v0i0.15753

- Beck, A.T. & Clark, M. (1997). An information processing model of anxiety: automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 49-58. DOI: [10.1016/s0005-7967\(96\)00069-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(96)00069-1)
- Belay, A. S., Guangul, M. M., Asmare, W. N., & Mesafint, G. (2021). Prevalence and associated factors of psychological distress among nurses in public hospitals, Southwest, Ethiopia: A cross-sectional study. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 31(6). doi: [10.4314/ejhs.v31i6.21](https://doi.org/10.4314/ejhs.v31i6.21)
- Bovey, M., Hosny, N., Dutray, F., & Heim, E. (2025). Trauma-related cultural concepts of distress: A systematic review of qualitative literature from the Middle East and North Africa, and Sub-Saharan Africa. *SSM-Mental Health*, 100402. doi.org/10.1016/j.ssmmh.2025.100402
- Cook, K.J (2004). *Gender Identity Disorder: A misunderstood diagnosis*. In partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts sociology. Marshall University. UMI number 1430314. <https://mds.marshall.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=&httpsredir=1&article=1054&context=etd&ei=8>
- Dhejne, C., Lichtenstei, P., Boman, M., Johansson, A., La°ngstro°m, N., Lande´n, M. (2011). Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. *PLoS ONE* 6(2):e16885. doi:10.1371/journal.pone.0016885.
- Dubey, N., & Mahapatra, M. (2024). Effects of medical and social transition on health and well-being: a sociological study among transgender females in Odisha. *SSRG Int J Humanit Social Sci*, 11(3), 1-7. doi.org/10.14445/23942703/IJHSS-V11I3P101
- Dubey, N., & Mahapatra, M. (2025). Power Inequality and Conflict: Cases of Abuse and Violence Within the Transgender Community in India. *Journal of Psychosexual Health*, 7(3). <https://doi.org/10.1177/26318318241306267>
- Fernández Rodríguez, M., & García-Vega, E. (2012). Variables clínicas en el trastorno de identidad de género. [Clinical variables in gender identity disorders]. *Psicothema*, 24(4), 555-560. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23079351/>
- García-Vega, E., Camero, A., Fernández, M., Villaverde, A. (2018). Suicidal ideation and suicide attempts in persons with gender dysphoria. *Psicothema*, 30(3), 283-288. doi:10.7334/psicothema2017.438.
- Guzmán-Parra, J., Sánchez-Álvarez, N., de Diego-Otero, Y., Pérez- Costillas, L., Esteva de Antonio, I., Navais-Barranco, M., Castro Zamudio, S., & Bergero-Miguel, T. (2016). Sociodemographic characteristics and psychological adjustment among transsexuals in Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 45(3), 587-596. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0557-6>
- Hawton, K., Casañas, I., Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013) Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 147, 17-28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.004>
- Heylens, G. MD, & Verroken, CH, & Sanne De Cock, & T'Sjoen, G, MD, and De Cuypere, G., MD. (2014). Effects of Different Steps in Gender Reassignment Therapy on Psychopathology: A

- Prospective Study of Persons with a Gender Identity Disorder. International Society for Sexual Medicine. *J Sex Med*; 11:119-126. DOI: [10.1111/jsm.12363](https://doi.org/10.1111/jsm.12363).
- Hidarisharaf, P., Dabirian, M., Parvaneh, A., Naderi, GH. Karimi, P. (2016). Related quality of life, spirituality and resilience with suicidal ideation in students. *IHJ*. 2015; 2 (2):23-29. (IN Persian) <https://www.magiran.com/p1667880>
- Holt, V. Skagerberg, E., & Dunsford, M. (2014). Young people with features of gender dysphoria: demographics and associated difficulties. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 21(1), 108-118. doi: 10.1177/1359104514558431
- Jiménez Zarazúa, C., Rodríguez Salinas, M., Motilla, K., & Mascareñas, J. (2015). The multidisciplinary evaluation on gender dysphoria: a case report and review of the literature. *Biomedicine*, 1(1), 1-11.: <https://doi.org/10.3823/1800>
- Lovibond, P. F. & Lovibond, SH. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior research and therapy*, 33, 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-u.
- MacNeil J, Bailey L, Ellis S, Morton J, Regan M. (2012). Tran's mental health study 2012. Sheffield: Sheffield Hallam University; P.91-2
- Michel, A., & Ansseau, M. (2002). The transsexual. What about the future. *Medical Elsevier*, 17(11): 130-67. DOI: [10.1016/S0924-9338\(02\)00703-4](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(02)00703-4)
- Newfield E. (2006). Female-to-male transgender quality of life". *Journal of Quality of Life Research*. 15: 1447-1457. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-0002-3>.
- Osman A, Bagge C.L, Gutierrez P.M, Konick L.C, Kopper B.A., Barrios F.X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical sample. *Assessment*, 8. 443-451. [https://doi: 10.1177/107319110100800409](https://doi.org/10.1177/107319110100800409).
- Parola N, Bonierbale, M., Lemaire, A., Aghababian, V., Michel, A., Lançon, C. (2010). Study of quality of life for transsexuals after hormonal and surgical. *Sexologies*. 19(1): 58-63. Doi : [10.1016/j.sexol.2009.05.004](https://doi.org/10.1016/j.sexol.2009.05.004)
- Rahimi Ahmadabadi S, Hejazi A, Attaran H, Rahimi A, Kohestani L, Karashki H et al. (2016). Comparison of Stress, Anxiety, Depression & Sexual Role in Subjects Involved Gender Dysphoria with Normal Subjects. , 22 (1), 67-75. (IN Persian) <http://sjfm.ir/article-1-783-en.html>
- Rashid S, kiani A, Khorramdel K, Gholami F, Senobar L. (2016). The Relationship between Interpersonal Psychological Theory of Suicide Constructs (Loneliness, Perceived Social Support, Thwarted Belongingness and Burdensomeness) and Suicidal Behavior among Iranian Students. *Health Educ Health Promot*, 4(2), 35-48 (IN Persian) <http://hehp.modares.ac.ir/article-5-5037-en.html>
- Sachdeva, N., Suresh, V., Zeeshan, M., Kamaraj, B., & Mehdi, A. (2022). A case report of postcoital dysphoria: a paradoxical melancholy. *Cureus*, 14(10). <https://doi.org/10.7759/cureus.30746>.
- Sadock, BJ., Sadock, VA., & Ruiz, P. (2017). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Lippincott Williams & Wilkins (LWW).

Comprehensive-Textbook-of-Psychiatry
/p/9781975175733

Sánchez, S., Casquero, J., Chávez, S., & Liendo, G.
(2014). Characteristics and effects of female
hormones used by male transsexuals in Lima, Peru.
Anales de la Facultad de Medicina, 75(4), 313-317.
<https://doi.org/10.15381/anales.v75i4.10844>.

Sangsefidi, N., Jamali, J., Rahimi, Z., & Kazemi, A.
(2023). Examination of behavioural patterns of
psychological distress and evaluation of related
factors: a latent class regression. *Sultan Qaboos
University Medical Journal*, 23(3), 311. [https://doi:
10.18295/squmj.12.2022.067](https://doi.org/10.18295/squmj.12.2022.067).

Vermeulen, N., Bauwens, F. (2005). Rorschach study
in transsexual patients. *Annals Medico
Psychologiques*. 163, 93-387.
[https://doi:10.1016/j.amp.2005.04.001](https://doi.org/10.1016/j.amp.2005.04.001)