

مقایسه استرس، اضطراب، افسردگی و نقش جنسی افراد مبتلا به نارضایتی جنسیتی (دیسفوریای جنسیتی) با افراد عادی

سمیه رحیمی احمدآبادی*، دکتر آریا حجازی**، دکتر حمید عطاران***، ابولفضل رحیمی****، دکتر لاله کوهستانی*****، دکتر حسین کارشکی*****، دکتر حمیدرضا آقامحمدیان شعرفاف*****

*دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، ایران
 **متخصص پزشکی قانونی، عضو هیات علمی مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران
 ***متخصص جراحی عمومی، پزشکی قانونی خراسان رضوی، مشهد، ایران
 ****کارشناس ارشد حسابداری، دانشگاه آزاد اسلامی نیشابور، ایران
 *****متخصص اعصاب و روان، پزشکی قانونی خراسان رضوی، مشهد، ایران
 *****دانشیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، ایران
 *****استاد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: هدف از این مطالعه مقایسه استرس، اضطراب، افسردگی و نقش جنسی افراد مبتلا به دیسفوریای جنسیتی با افراد عادی می‌باشد. بررسی این متغیرها می‌تواند در بالا بردن سطح آگاهی خانواده‌های افراد مبتلا و نگرش اعضای جامعه نسبت به این افراد مفید واقع شود.

روش بررسی: پژوهش حاضر توصیفی و از نوع پس رویدادی است. جامعه پژوهش شامل تمام افراد متقاضی تغییر جنسیت بوده که در سال ۱۳۹۲ به اداره پزشکی قانونی خراسان رضوی مراجعه نموده اند. ۳۵ نفر به شیوه‌ی نمونه‌ی در دسترس انتخاب و پرسش‌نامه DASS-21 و نقش جنسی ساندرایم را تکمیل نمودند. بر روی گروه کنترل نیز این پرسش‌نامه‌ها اجرا شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه نوزدهم و با روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری دو عاملی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بین دو گروه مورد مطالعه و کنترل، از نظر استرس، اضطراب، افسردگی و نقش جنسی تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه گیری: تحقیق حاضر بیانگر آنست که افراد مبتلا به دیسفوریای جنسیتی، در مقیاس‌های استرس، اضطراب، افسردگی و نقش جنسی نمرات بالاتری نسبت به گروه گواه کسب کردند. بنابراین، ضروری است که به بررسی این عوامل پرداخته شود تا با اطلاع در این خصوص، به پدران و مادران و سایر اعضای خانواده افراد مبتلا که به دلایل فرهنگی و اجتماعی و جنبه‌های تعصبی و آبرو، به خود اجازه نمی‌دهند که برای رفع این مشکل بالینی در عضو خانواده اقدامی انجام دهند، آگاهی‌های لازم در خصوص آسیب‌های روحی و روانی و مشکل در سازگاری با نقش جنسی در این زمینه داده شود و همچنین جهت جلوگیری از عواقب و پیامدهای ناشی از طرد اعضای خانواده و سرزنش افراد بی اطلاع جامعه در خصوص افراد مبتلا به نارضایتی جنسیتی، ضرورت استفاده از روان درمانی مناسب (فردی، گروه درمانی، خانواده درمانی و مشاوره‌های اجتماعی) برای این جمعیت بالینی همواره احساس می‌شود.

کلید واژه‌ها: استرس، اضطراب، افسردگی، نقش جنسی، دیسفوریای جنسیتی.

تایید مقاله: ۹۴/۵/۲۸

وصول مقاله: ۹۳/۹/۲۹

نویسنده پاسخگو: دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اداره کل پزشکی قانونی استان خراسان رضوی، مشهد، ایران

شماره تماس: ۰۵۱۳۵۴۵۴۴۰۰ داخلی ۱۲۲

somaye.rahimi1390@yahoo.com

نسخه پنجم^۲ به کار برده شد و اشاره به افرادی دارد که بین جنس تجربه و ابراز شده و جنسیت زیستی (جنین بدو تولد) تمایز و تفاوت آشکاری وجود دارد. لازم به ذکر است که این اصطلاح در راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی نسخه چهارم، با عنوان اختلال هویت

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

مقدمه

اصطلاح دیسفوریای جنسیتی^۱ (دیسفوریای جنسیتی) اولین بار به عنوان یک تشخیص، در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی

1 Gender dysphoric

جنسی^۳ شناخته می‌شود. هویت جنسی بخش قابل ملاحظه ای از هویت هر انسان را تشکیل می‌دهد و دربردارنده تصویری است که هر فرد به عنوان یک مرد یا زن از خود دارد. فرد با آگاهی از آن حیث که مرد یا زن آفریده شده می‌آموزد که باید به شیوه ای خاص بیاندهد، رفتار کند و احساس نماید (۱). علت تغییر این واژه از اختلال هویت جنسی به دیسفوریای جنسیتی اعتراض جامعه ترانس جندرها به انجمن روان پزشکی آمریکا بود. آن‌ها معتقد بودند واژه اختلال هویت جنسی تحقیرآمیز است و مشکل آن‌ها ربطی به بیماری روانی ندارد بلکه صرفاً به ناراضی فرد از ظاهر فیزیکی خود مرتبط است و این واژه سلامت، شخصیت، حرمت و امنیت اعضای گروه را به خطر انداخته است. به همین دلیل اختلال هویت جنسی به ناراضی جنسی تغییر پیدا کرد (۲).

به گزارش راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم، نرخ شیوع برای مردان از پنج هزارم درصد تا چهارده هزارم درصد و برای زنان از دو هزارم درصد تا سه هزارم درصد است. طبق آخرین آمار از هر سی هزار مرد بالغ حدوداً یک نفر و از هر صد هزار زن بالغ حدوداً یک نفر به دنبال عمل جراحی برای تغییر جنسیت هستند به همین دلیل نسبت جنسی به سمت مردان گرایش دارد و فقط در دو کشور نسبت جنسی به سمت زنان است (ژاپن و لهستان) (۲).

در مورد سبب شناسی دیسفوریای جنسیتی گمانه‌هایی از جانب پزشکان، روان‌پزشکان و زیست‌شناسان مطرح شده و از مهم‌ترین عوامل موثر در شکل‌گیری آن می‌توان به عوامل زیستی و روانی مانند استرس قبل از تولد، اختلالات ژنتیکی و هورمونی، مشکلات عصبی و سیستم عصبی مرکزی اشاره کرد (۳). درمان قطعی آن، جراحی تغییر جنسیت است که عملی بسیار پرهزینه و مشکل بوده و در عین حال چون امکان ایجاد اعضای جنسی داخلی و غدد جنسی وجود ندارد، صرفاً تغییر ظاهری اندام‌های تناسلی صورت می‌گیرد. البته با همین روش جراحی، جسم و روان آنان هم خوان شده و معمولاً با بهبود علام روانی همراه است، حتی گاهی قرار گرفتن اسم این افراد در لیست انتظار جراحی تغییر جنسیت، باعث بهبودی خلق و ثبات روانی بیشتر در این افراد می‌شود (۴).

دیسفوریای جنسیتی بر نظام شخصیتی و رفتاری و در نهایت بر سازگاری اجتماعی و روانی افراد تاثیر می‌گذارد. اولین مشکل در خانواده به وجود می‌آید که پدران و مادران این افراد حاضر به قبول چنین مسئله ای نیستند. به علت دیدگاه‌های فرهنگی و اجتماعی و جنبه‌های تعصبی و آبرو، به خود اجازه نمی‌دهند که برای رفع این مشکل اقدامی انجام دهند، ترس از زبان زد شدن در فامیل، اجتماع و محل زندگی، باعث می‌شود که در مقابل این خواسته و میل فرزندانشان مقاومت به خرج دهند که در نتیجه منجر به جدال، کشمکش، ضرب و شتم و راندن آن‌ها از خانه و خانواده می‌شود (۵). مطالعات انجام شده بر روی خانواده‌های بیماران اختلال هویت جنسی نشان می‌دهد که بسیاری از

3 Gender Identity Disorder (GID)

آنان پدر و مادری سخت گیر، خشک و طرد کننده داشتند (۶). در ایران نیز ۷۰ درصد والدین این بیماران برخوردی توأم با عصبانیت و سرکوب داشته و یا از شنیدن تقاضای فرزندان‌شان برای تغییر جنسیت متحیر و غمگین می‌شوند (۵).

با توجه به بافت فرهنگی کشور ما، ممکن است مبتلایان به اختلال هویت جنسی نه تنها به عنوان بیمار شناخته نشده، بلکه رفتارهای آن‌ها نوعی اعمال بزه‌کارانه و گمراهی به شمار می‌آید و به علاوه، پذیرش اجتماعی رفتارهای افراد مبتلا به دیسفوریای جنسیتی بسیار سخت می‌باشد، این موضوع برای افراد مبتلا فرایند استرس آوری است که می‌تواند منجر به مشکلات شخصیتی و روان‌شناختی در این افراد شود (۷).

یکی از دلایل مهم اختلالات همراه از جمله افسردگی و خودکشی ناشی از آن در این افراد، فشارهای اجتماعی و سرزنش آن‌ها به دلیل رفتارهای غیرقابل انتظارشان است و زندگی کردن این افراد با احساس گناه و سرکوب کردن آن، بخش مهمی از تصویر خود آن‌هاست (۸). عدم سازگاری از نقش جنسی زیستی در افراد مبتلا به دیسفوریای جنسیتی، می‌تواند پیامدهای منفی ای برای آن‌ها داشته باشد. از جمله، عدم پذیرش اجتماعی و احتمال بالای افسردگی و خودکشی ناشی از آن، فقدان حمایت خانواده و دوستان، وابستگی به خدمات حرفه ای پزشکی (۸). علاوه بر این تعداد زیادی از این مبتلایان ازدواج کرده و برخی از آن‌ها نیز دارای فرزند می‌باشند، تغییر جنسیت در این افراد منبع بزرگی از استرس، اضطراب، خشم یا افسردگی است و در میان این دسته از مبتلایان، تغییر جنسیت به طور عادی منجر به طلاق می‌شود (۹).

آشفستگی در هویت جنسی موجب سردرگمی و اغتشاش در نقش و رفتار جنسی مناسب فرد شده و به دنبال آن روابط اجتماعی و بین فردی نیز تحت تاثیر قرار گرفته که منجر به بروز رفتارهای انحرافی در نقش جنسی و اضطراب و افسردگی می‌گردد (۵).

دیکسون و همکاران (۱۹۸۴) با مطالعه بر روی ۴۷۹ مرد داوطلب تغییر جنسیت، وجود تمایلات خودکشی، بیماری‌های روانی، قطع عضو، اعتیاد، روسپیگری و سابقه جنایی را در این افراد نشان دادند. هینگ و همکاران بر روی روسپیگری در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی پژوهشی انجام دادند که در ۱۶/۹٪ تا ۱۶/۹٪ این بیماران روسپیگری نشان داده شد. در سال ۱۹۷۷، توسی نیز وجود بیش از ۵۰٪ موارد روسپیگری را در این قشر گزارش کرد (۳).

میزان اقدام به خودکشی در بین بیماران هویت جنسی در ایالات متحده از ۱۶٪ تا ۳۷٪ گزارش شده که فقط ۳٪ الی ۴٪ به مرگ منجر می‌شود (۱۰). در ایران میزان اقدام به خودکشی ۶۵٪ گزارش شده است (۵).

در پژوهش دیگری با استفاده از تست رورشاخ بر روی ۲۸ بیمار دچار اختلال هویت جنسی، نقص در توانایی نمادسازی، ناتوانی در کنترل هیجان‌ها (خشم، استرس، اضطراب، غمگینی و...) مشکل در ابراز

متوجه آن‌ها نخواهد بود. هم چنین آن‌ها حق داشتند هر گاه مایل بودند از ادامه همکاری انصراف دهند و با لحاظ کردن تمام شرایط و خواسته‌های آن‌ها، رضایت نامه کتبی مبنی بر موافقت با شرکت در پژوهش از آن‌ها اخذ و سپس ابتدا چک لیست اطلاعات فردی و بعد ابزارهای پژوهش در اختیار آن‌ها قرار گرفت.

ابزار پژوهش

- پرسش‌نامه ^۴ DASS-21 پرسش‌نامه فرم کوتاه DASS-21 برای مقایسه استرس، اضطراب و افسردگی استفاده می‌شود که حاوی بیست و یک سوال (هفت سوال برای هر مقیاس) است. در نمره گذاری پرسش‌نامه DASS در مقابل هر عبارت چهار ستون با عناوین (اصلاً، کم، زیاد، خیلی زیاد) قرار دارد که به ترتیب از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند. با جمع نمرات سوالات مربوط به هر بخش، سه نمره مجزا به دست می‌آید که به منظور تفسیر در جدول، داده‌های به دست آمده را در ۲ ضرب می‌کنیم، آن گاه با توجه به جدول زیر تفسیر می‌شود (۱۴).

به منظور بررسی اعتبار این تست در سیدنی استرالیا، ارزش آن‌ها برای ۱۴ سوال در نمونه‌های عادی برای افسردگی ۰/۹۱، اضطراب ۰/۸۴ و فشار روانی ۰/۹۰ به دست آمد و ارزش آن‌ها برای ۷ سوال دیگر در یک نمونه ۷۱۷ نفری از افراد عادی برای افسردگی ۰/۸۱ و اضطراب ۰/۷۳ و فشار روانی ۰/۸۱ محاسبه شد. ارزش آلفا برای مقیاس ۲۱ ماده (در یک نمونه ۴۰۰ نفری از جمعیت عمومی مشهد توسط صاحبی و همکاران) برای افسردگی ۰/۷۷، اضطراب ۰/۶۶ و فشار روانی ۰/۷۶ به دست آمد. هم چنین برای محاسبه روایی از روش ملاکی استفاده شده است. بدین صورت که ضریب هم‌بستگی تست DASS و مقیاس فشار روانی ادراک شده و مقیاس اضطراب زونگ با خرده مقیاس‌های آزمون DASS (بیست و یک سوالی) به ترتیب برای افسردگی ۰/۶۶، اضطراب ۰/۶۷ و فشار روانی ۰/۴۹ گزارش شده است. اعتبار این تست در ایران و در مشهد مورد بررسی قرار گرفت و ارزش آن‌ها به قرار زیر به دست آمد:

افسردگی ۰/۷۷، اضطراب ۰/۷۱ و فشار روانی ۰/۸۰ (۱۴).

-پرسش‌نامه نقش جنسی ساندرابم^۵

پرسش‌نامه نقش جنسیتی بَم در موقعیت‌های فرهنگی گوناگون وسیعاً مورد استفاده قرار گرفته است تا مقیاسی را برای کلیشه سازی نقش جنسیتی فراهم کند. این پرسش‌نامه دارای ۶۰ عنوان صفت دوجنسی است که آزمودنی باید براساس میزان وجود این صفات در خود، آن‌ها را از بین یک تا هفت نمره گذاری نماید.

از ۶۰ صفت موجود، ۲۰ صفت به صورت کلیشه ای زنانه است، ۲۰ صفت به صورت کلیشه ای مردانه و ۲۰ صفت خنثی است، یعنی رفتار وابسته

4 Depression Anxiety Stress Scales (DASS)
5 Bem Sandra Sex Role Inventory

احساسات و عینی بودن فرایند تفکر نشان داده شده است (۱۱). هویت جنسی در تکامل، رشد و عملکرد فرد تأثیر می‌گذارد. از دید فریود بررسی هویت جنسی صرفاً مطالعه دستگاه تناسلی و رفتار اجباری نیست، بلکه نوع تفکرات و عملکرد افراد را نیز تعیین می‌کند (۱۲). بنابراین هر گونه انحراف از مسیر بهنجار شکل گیری هویت جنسی پایه گذار نوعی ناسازگاری می‌شود که شکل مشخص و شدید آن اختلال هویت جنسی است (۱۳). لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه استرس، اضطراب، افسردگی و نقش جنسی افراد مبتلا به دیسفورماید جنسیتی با افراد عادی انجام شده است. از سوی دیگر انجام عمل جراحی برای تغییر جنسیت در کشور ما آسان نیست و درمان دارویی نیز در کاهش تمایلات جنس مقابل موثر نمی‌باشد. این وضعیت سیر تدریجی و وخیم شدن ندارد اما به مرور در شخص به صورت یک نقص و عیب مزمن بروز می‌کند که زندگی او را تماماً تحت الشعاع قرار می‌دهد (۳). بنابراین هدف درمان برای مبتلایانی که خواهان تغییر جنسیت نیستند و یا تغییر جنسیت برایشان پیامدهای نامطلوب زیادی دارد، ترغیب آن‌ها برای پذیرش نقش جنسی زیستی و افزایش توانایی آن‌ها به منظور عملکرد در این نقش است. سازگاری با نقش جنسی زیستی و درمان اختلالات همراه و افزایش احساس امنیت، این مبتلایان را قادر خواهد ساخت تا پیامدهای منفی را پشت سر گذاشته، زندگی لذت بخش‌تری را تجربه کرده، نگاه گسترده‌تری به زندگی و تصمیمات شان داشته و روابط طولانی‌تر و صمیمانه‌تری را تجربه کنند (۸).

روش بررسی

این مطالعه توصیفی و از نوع پس رویدادی است که در آن گروه مورد مطالعه، افراد مبتلا به دیسفورماید جنسیتی بودند که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه شاهد نیز از طریق همسان سازی با گروه مورد در متغیرهایی مانند سن، جنس و سطح تحصیلات همتا و انتخاب شدند. با توجه به موضوع خاص مورد پژوهش و محدودیت در دسترسی به جامعه آماری افراد مبتلا به دیسفورماید جنسیتی، تنها ۳۵ نفر (۲۰ نفر ترنس زن به مرد و ۱۵ نفر ترنس مرد به زن) از جامعه آماری موجود در شهر مشهد شناسایی و حاضر به همکاری شدند که این افراد برای طی مراحل قانونی تغییر جنسیت به پزشکی قانونی خراسان رضوی ارجاع شده بودند. معیارهای پذیرش برای گروه مورد مطالعه شامل ارائه گواهی مستند از سوی روان شناس یا روان پزشک مبنی بر ابتلا به دیسفورماید جنسیتی، داشتن سواد ابتدایی و ۱۸-۵۰ سال سن بوده، البته مشروط به این که هنوز اقدامی برای عمل تغییر جنسیت انجام نداده باشند. به کلیه شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات مربوط به آن‌ها کاملاً محرمانه مانده و هیچ نیازی به نام و نشان آن‌ها در پژوهش نبوده و هیچ تأثیری در بررسی و تصمیم گیری و نتایج اخذ شده نداشته و هیچ پیامدی

جدول ۱- تفسیر نمرات مقیاس DASS-۲۱

استرس	اضطراب	افسردگی	درصد	Z نمره
۰-۱۴	۰-۷	۰،۹	۰،۸۷	<۰،۵ طبیعی
۸-۱۵	۸-۹	۱۰-۱۳	۷۸-۸۷	۰،۵-۱ خفیف
۱۹-۲۵	۱۰-۱۴	۱۴-۲۰	۸۷-۹۵	۱-۲ متوسط
۲۶-۳۳	۱۵-۱۹	۲۱-۲۷	۹۵-۹۸	۲-۳ شدید
+۳۴	+۲۰	+۲۸	۹۸-۱۰۰	>۳ بی نهایت شدید

خانه دار و ۱۳ نفر بیکار بودند. هم چنین میانگین سنی اعضای این گروه ۲۵/۲۲ می باشد.

شاخص های آماری شامل میانگین و انحراف معیار نمرات برای مولفه های مقیاس DASS و پرسش نامه نقش جنسی برای آزمودنی های دو گروه مبتلا به دیسفوریای جنسیتی و افراد با هویت جنسی عادی، در جدول ۲ ارائه شده است. اطلاعات مندرج در جدول فوق نشان می دهد که برای زنان گروه مبتلا به دیسفوریای جنسیتی از بین سه مولفه مقیاس DASS مولفه استرس (۱۷/۱۰) و برای مردان این گروه مولفه افسردگی (۱۴/۸۰) بالاترین میانگین نمرات را داشتند. هم چنین

جدول ۲- شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و جنسیت

متغیر	گروه مبتلا به دیسفوریای جنسیتی		گروه با هویت جنسی عادی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مقیاس DAS	زن	۱۷/۱۰	۵/۰۷	۸/۶۰
	مرد	۱۴/۷۳	۴/۴۶	۸/۶۶
اضطراب	زن	۱۳/۵۵	۶/۴۹	۷/۷۵
	مرد	۱۱/۷۳	۳/۷۶	۷/۸۰
افسردگی	زن	۱۶/۱۰	۶/۴۴	۷/۶۵
	مرد	۱۴/۸۰	۵/۵۹	۷/۹۳
پرسش نامه نقش جنسی	زن	۱۰۵/۰۵	۱۶/۹۵	۹۳/۳۰
	مرد	۸۰/۱۳	۱۳/۴۶	۱۱۱/۳۳
زنانگی	زن	۸۰/۸۵	۱۵/۷۰	۱۱۰/۳۵
	مرد	۱۱۰/۶۰	۹/۴۰	۸۴/۵۳

به جنسیت نیست. افراد هرگاه آزمون را انجام دهند، دو نمره به دست می آورند، یک نمره مردانگی و یک نمره زنانگی. نمره مردانگی، نمره متوسط خودسنجی های آن ها در مورد مردانگی است و نمره زنانگی آن ها، نمره متوسط خود سنجی های آنان در مورد زنانگی است. بم بالا بودن را بالاتر از میانه توصیف می کند. بنابراین افراد در صورتی دو جنسیتی هستند که نمرات آن ها در مقیاس مردانگی و نیز در مقیاس زنانگی بالاتر از میانه باشد (میانه در هر یک از این مقیاس ها حدود ۴/۹ است). ماده های خرده مقیاس مردانگی عبارتند از:

۱۶-۱۹-۲۲-۲۵-۲۸-۳۱-۳۴-۳۷-۴۰-۴۳-۴۶-۴۹-۵۲-۵۵-۵۸-۱۳-۱۰-۷-۴

ماده های خرده مقیاس زنانگی عبارتند از:

۱۷-۲۰-۲۳-۲۶-۲۹-۳۲-۳۵-۳۸-۴۱-۴۴-۴۷-۵۰-۵۳-۵۶-۵۹-۲-۵-۸-۱۱-۱۴

این پرسش نامه هم بستگی بالایی با مقیاس MF و MMPI-2 دارد (۱۵). به نقل از مهرابی زاده و همکاران (۱۳۸۵)، بم (۱۹۸۱) جهت محاسبه اعتبار فرم کوتاه پرسش نامه نقش جنسی، هم بستگی آن را با فرم بلند بررسی کرد و ضریب هم بستگی بین این دو را ۰/۹۶ به دست آورد. اعتبار آزمون فرم کوتاه نقش جنسی بم به گزارش مهرابی زاده و همکاران (۱۳۸۵) با استفاده از ضریب هم بستگی پیرسون محاسبه شد. تمام ضرایب هم بستگی مولفه های این آزمون در سطح $p > 0/001$ معنی دارند. ضریب هم بستگی کلی آزمون برای زنان ۰/۹۹ و مردان ۰/۷۵ به دست آمده است. بم همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۰ به دست آورد. مهرابی زاده و همکاران به منظور برآورد پایایی آزمون فرم کوتاه نقش جنسی بم و مولفه های آن، ضرایب آلفای کرونباخ آن ها را محاسبه نمودند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ۰/۸۰ به دست آمد که نشانگر سطح بالای هماهنگی درونی آزمون می باشد (۱۶).

یافته ها

بر اساس داده های حاصل از پرسش نامه اطلاعات جمعیت شناختی، از بین ۷۰ نفری که به عنوان نمونه در این پژوهش شرکت داشتند، ۳۵ نفر مبتلا به دیسفوریای جنسیتی بوده و ۳۵ نفر هویت جنسی عادی داشتند. از بین ۳۵ نفر مبتلا به دیسفوریای جنسیتی، ۲۰ نفر زن به مرد و ۱۵ نفر مرد به زن بودند. هم چنین اعضای این گروه از نظر تحصیلات؛ ۱ نفر تحصیلات ابتدایی، ۲ نفر راهنمایی، ۷ نفر دبیرستان، ۱۱ نفر دیپلم، ۵ نفر فوق دیپلم و ۹ نفر لیسانس داشتند. از جهت وضعیت اشتغال؛ ۱۰ نفر شغل آزاد، ۳ نفر کارمند و ۲۲ نفر بیکار بودند. هم چنین میانگین سنی اعضای این گروه ۲۵/۴۸ می باشد. اعضای گروه عادی؛ شامل ۲۰ نفر زن و ۱۵ نفر مرد می باشند. از جهت تحصیلات؛ ۱ نفر تحصیلات ابتدایی، ۹ نفر دبیرستان، ۱۱ نفر دیپلم، ۵ نفر فوق دیپلم و ۹ نفر مدرک لیسانس داشتند. وضعیت اشتغال این گروه نیز به گونه ای بود که ۱۲ نفر شغل آزاد، ۶ نفر کارمند، ۳ نفر

از تحلیل کوواریانس چندمتغیری دو عاملی برای آزمون این فرضیه منطقی به نظر رسید. نتایج این تحلیل در جدول ۳ نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین دو گروه مبتلا به اختلال هویت جنسی و گروه دارای هویت عادی در نمرات مولفه‌های مقیاس DASS وجود دارد ($F(۶۴,۳)=۲۱/۹۲$, $p < ۰/۰۰۱$). این نتایج هم چنین نشان می‌دهد اثر جنسیت ($F(۶۴,۳)=۰/۰۳$) پیلائی تریس، $p > ۰/۰۵$ ، $F(۶۴,۳)=۰/۷۳$ و اثر تعاملی گروه*جنسیت ($F(۶۴,۳)=۰/۰۲$) پیلائی تریس، $p > ۰/۰۵$ معنادار نمی‌باشد. به دلیل معناداری اثر گروه؛ نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها جهت مقایسه میانگین نمرات تک تک مولفه‌های مقیاس DASS بین آزمودنی‌های دو گروه بررسی شد. این نتایج نشان داد بین دو گروه مبتلا به دیسفورمای جنسیتی و گروه دارای هویت عادی، در میانگین نمرات هر سه مولفه مقیاس DASS یعنی استرس ($F=۵۹/۸۴$, $p < ۰/۰۰۱$)، اضطراب ($p < ۰/۰۰۱$)، $F=۲۳/۷۵$) و افسردگی ($F=۵۱/۲۱$, $p < ۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری وجود دارد. این تفاوت‌ها به گونه‌ای می‌باشد که برای هر سه مولفه، میانگین نمرات آزمودنی‌های مبتلا به دیسفورمای جنسیتی به طور معناداری از نمرات گروه دارای هویت جنسی عادی بالاتر بود.

جهت مقایسه آزمودنی‌های دو گروه مبتلا به دیسفورمای جنسیتی و گروه عادی با توجه به اثر جنسیت، در مولفه‌های پرسش‌نامه نقش جنسی از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری دو عاملی استفاده شد. قبل از ارائه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری دو عاملی باید یادآور شد نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس - کوواریانس از لحاظ آماری معنادار نبود ($p > ۰/۰۵$) و این به معنای برقراری مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس می‌باشد. بنابراین از آزمون لامبدای ویلکز برای معناداری اثرهای چندمتغیری استفاده می‌شود. نتایج این تحلیل در جدول ۴ نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین دو گروه مبتلا به دیسفورمای جنسیتی و گروه دارای هویت عادی در نمرات مولفه‌های پرسش‌نامه نقش جنسی وجود دارد ($F(۶۴,۳)=۰/۸۷$) لامبدای ویلکز، $p < ۰/۰۱$ ($F(۶۵,۲)=۴/۶۱$)، این نتایج هم چنین نشان می‌دهد اثر تعاملی گروه*جنسیت ($F(۶۵,۲)=۰/۲۹$) لامبدای ویلکز، $p < ۰/۰۰۱$ نیز معنادار می‌باشد. در حالی که اثر جنسیت معنادار نمی‌باشد ($p > ۰/۰۵$).

به دلیل معناداری اثر گروه؛ نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها جهت مقایسه میانگین نمرات تک تک مولفه‌های پرسش‌نامه نقش جنسی بین آزمودنی‌های دو گروه بررسی شد. این نتایج نشان داد بین دو گروه مبتلا به دیسفورمای جنسیتی و گروه دارای هویت عادی، در میانگین نمرات مولفه مردانگی ($F=۹/۲۲$, $p < ۰/۰۱$) تفاوت معناداری وجود دارد. این تفاوت‌ها به گونه‌ای می‌باشد که میانگین نمرات مولفه مردانگی آزمودنی‌های مبتلا به دیسفورمای جنسیتی به طور معناداری از نمرات گروه دارای هویت جنسی عادی کمتر بوده است. اما از لحاظ مولفه زنانگی تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشته است. هم چنین به دلیل معناداری اثر تعاملی گروه*جنسیت؛ نتایج آزمون

جدول ۳- نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری دو عاملی برای مقیاس DASS

منبع تغییرات	مقدار پیلائی تریس	df فرضیه	df خطا	F مقدار	مقدار معناداری
گروه	۰/۵۰	۳	۶۴	۲۱/۹۲	۰/۰۰۱
جنسیت	۰/۰۳	۳	۶۴	۰/۷۳	۰/۵۳
تعامل گروه*جنسیت	۰/۰۲	۳	۶۴	۰/۶۲	۰/۶۰

جدول ۴- نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری دو عاملی برای پرسش‌نامه نقش جنسی

منبع تغییرات	مقدار لامبدای ویلکز	df فرضیه	df خطا	F مقدار	مقدار معناداری
گروه	۰/۸۷	۲	۶۵	۴/۶۱	۰/۰۱
جنسیت	۰/۹۷	۲	۶۵	۰/۸۷	۰/۴۲
تعامل گروه*جنسیت	۰/۲۹	۲	۶۵	۷۶/۳۵	۰/۰۰۱

برای پرسش‌نامه نقش جنسی، زنان این گروه بیشترین میانگین نمره را در مولفه مردانگی (۱۰۵/۰۵) و مردان این گروه در مولفه زنانگی (۱۱۰/۶۰) داشتند. برای زنان و مردان گروه دارای هویت جنسی عادی بالاترین میانگین نمره در مقیاس DASS مربوط به مولفه استرس بود. هم چنین در پرسش‌نامه نقش جنسی زنان این گروه بیشترین میانگین نمره را در مولفه زنانگی (۱۱۰/۳۵) و مردان در مولفه مردانگی (۱۱۱/۳۳) دارا می‌باشند.

جهت مقایسه آزمودنی‌های دو گروه مبتلا به دیسفورمای جنسیتی و گروه هویت جنسی عادی با توجه به اثر جنسیت، در مولفه‌های مقیاس DASS از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری دو عاملی استفاده شد. قبل از ارائه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری دو عاملی باید یادآور شد نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس - کوواریانس از لحاظ آماری معنادار بود ($p < ۰/۰۵$) و این به معنای تخطی از مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس می‌باشد. با این حال در صورت برابری نمونه‌ها، مدل آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری نسبت به تفاوت ماتریس‌های کوواریانس مقاوم است. به علاوه در مواردی که رعایت مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس امکان پذیر نباشد، توصیه شده است از آزمون پیلائی تریس برای معناداری اثرهای چندمتغیری استفاده شود. بنابراین استفاده

افسرده خوبی در مردهای جوان مجرد و کسانی که درآمد پایین دارند بیشتر است. به علاوه افسرده خوبی غالباً با اختلالات روانی دیگر به خصوص اختلال افسردگی اساسی، اضطراب، استرس، سوء مصرف مواد و احتمالاً اختلال شخصیت مرزی توأم وجود دارد (۲۰). در بعضی از پژوهش‌ها ارتباط زیادی بین شخصیت نمایشی و اختلال شبه جسمی و اختلال سوء مصرف الکل دیده می‌شود (۲۱).

پژوهش‌هایی که پارولا و همکاران (۲۰۱۰)، نیوفیلد (۲۰۰۶) در خصوص کیفیت زندگی افراد تراجنسیتی به عمل آوردند، نشان داد که افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی مبتلا به اختلال افسردگی بوده و از سطح پایین کیفیت زندگی برخوردار می‌باشند که با عمل تغییر جنسیت و هورمون درمانی از میزان افسردگی آنان کاسته و کیفیت زندگی بالاتری برخوردار شدند (۲۲، ۲۳). پژوهش حاضر نیز دربردارنده نمرات بالا افراد مورد مطالعه (دیسفوریای جنسیتی) در مقیاس‌های استرس، اضطراب و افسردگی بود.

عسگری و همکاران (۱۳۸۶) در تحقیقی با عنوان شیوع آسیب‌های روانی در ۵۵ نفر از بیماران دارای اختلال هویت جنسی، به این نتیجه رسیدند که در این بیماران شیوع انواع متفاوت آسیب‌های روانی در حدود ۲۰ درصد است. بیشترین اختلال مربوط به افکار پارانوئیدی با شیوع ۳۸ درصد بوده و اختلالات شایع بعدی به ترتیب شامل هراس، جسمانی‌سازی و حساسیت در روابط بین فردی، اضطراب، افسردگی و پرخاشگری است (۲۴). کاتز و همکاران (۱۹۸۵) با بررسی مراجعه‌کنندگان به مرکز خدمات درمانی هویت جنسیتی، به این نتیجه رسیدند که بچه‌های دارای اختلال هویت جنسی، دچار اختلال اضطرابی، نگرانی، افسردگی و مشکلات عاطفی و رفتاری هستند، تعدادی از بچه‌ها نیز مشکلات یادگیری و مردود شدن در مدرسه را تجربه کرده‌اند و تلاش برای خودکشی در سن بلوغ در بین آن‌ها زیاد بوده است (۲۵).

بم در نظریه طرح‌واره ساختاری-شناختی، که شبکه‌ای ارتباطی است و ادراکات فرد را سازماندهی و هدایت می‌کند، معتقد است که علت بسط رفتارهای جنسی در کودکان، به شکل‌گیری طرح‌واره مربوط می‌شود که آن‌ها را به سوی چنین رفتارهایی سوق می‌دهد. در این جا کودک خود را با طرح‌واره‌های خاص مربوط به جنسیت تطبیق می‌دهد. بر اساس این نظریه، فرهنگ نقش مهمی در رشد جنسیت دارد. بم معتقد است که این نقش از طریق فراهم آوردن مرجعی برای شکل دادن طرح‌واره‌های جنسی انجام می‌شود. در پژوهشی، نرخ اقدام به خودکشی ۱۹،۴٪ مصرف موادمخدر و سیگار ۱۱،۶٪ و ابتلا به اختلالات روان‌شناختی دیگر ۴۱،۱٪ در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی بررسی شد که شایع‌ترین این اختلالات روان‌شناختی، افسردگی می‌باشد (۲۶-۳۰). این یافته‌ها هم‌سو با یافته‌های پژوهش حاضر بوده و اهمیت درمان‌های روان‌شناختی و حمایتی را در کنار سایر درمان‌های موجود برای این اختلال نشان می‌دهد.

اثرات بین آزمودنی‌ها جهت مقایسه میانگین نمرات تک تک مولفه‌های پرسش‌نامه نقش جنسی بین آزمودنی‌های دو گروه با جنسیت متفاوت نیز بررسی شد. این نتایج نشان داد اثر تعاملی بر میانگین نمرات مولفه مردانگی ($F=44/95, p<0/001$) و مولفه زنانگی ($p<0/001$)، اثر معناداری داشته است. بدین معنا که میانگین نمرات مولفه مردانگی زنان مبتلا به دیسفوریای جنسیتی به طور معناداری از نمرات زنان دارای هویت جنسی عادی بیشتر و نمرات مردان مبتلا به دیسفوریای جنسیتی در این مولفه به طور معناداری از نمرات مردان دارای هویت جنسی عادی کمتر است. هم‌چنین این وضعیت برای مولفه زنانگی کاملاً برعکس می‌باشد.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که بین میزان استرس، اضطراب، افسردگی و نقش جنسی در افراد مبتلا به دیسفوریای جنسیتی با افراد عادی تفاوت معنی داری وجود دارد. یعنی گروه مورد مطالعه نمرات بیشتری در این مقیاس‌ها گرفته‌اند. این یافته‌ها با نتایج به دست آمده از تحقیقات زیر هم‌خوان می‌باشد.

در مطالعه‌ای که توسط هپ و همکارانش (۲۰۰۵) بر روی ۳۱ بیمار که تحت درمان اختلال هویت جنسی بودند انجام شد، از طریق مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور یک و دو DSM-IV و نیز مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS^۶) به ارزیابی اختلالات همراه فعلی و دائمی در مبتلایان به اختلال هویت جنسی پرداخته شد. نتایج نشان داد که ۷۱ درصد بیماران، معیارهای اختلالات محور یک فعلی و دائمی را داشتند، ۴۲ درصد از آن‌ها یک یا چند اختلال شخصیت را نشان دادند، ۳۹ درصد معیارهایی برای اختلالات فعلی داشتند و ۲۹ درصد از آن‌ها، اختلالات محور یک فعلی و دائمی همراه را نشان ندادند (۱۷). بر اساس این نتایج، اختلالات روان‌پزشکی همراه در بیماران مبتلا به دیسفوریای جنسیتی زیاد است که نتایج پژوهش حاضر نیز این یافته‌ها را تأیید می‌کند. بنابراین بایستی در ارزیابی و نیز طرح درمان این بیماران در نظر گرفته شود.

در مطالعه طولی که کوپر و همکاران (۲۰۰۱-۱۹۸۶) بر روی ۶۰ نفر بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی انجام دادند، مشخص شد که این افراد در مقیاس‌های افسردگی، اضطراب، پارانوئید و شبه جسمی آزمون SCL-90^۷ نمرات بالایی داشتند (۱۸). در پژوهش‌های انجام شده در ارتباط با هم‌بودی اختلال هویت جنسی با دیگر اختلالات روانی، بالاترین هم‌بودی با اختلالات اضطرابی و اختلالات خلقی گزارش شده است (۱۷). هم‌چنین تحقیقی دیگر همراه بودن اختلال هویت جنسی را با اختلال شخصیت مرزی در ۷۹٪ موارد و با اختلالات خلقی در ۲۶٪ موارد گزارش نموده است (۱۹). میزان شیوع اختلال

6 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

7 Symptom Checklist-90

نتیجه گیری

نقش جنسی در این زمینه داده شود و آنچه مسلم است این است که در جامعه ما با وجود نگرش‌های منفی در خصوص افراد دیسفورماید جنسیتی و عدم وجود بسترسازی مناسب فرهنگی و اجتماعی، اغلب این بیماران دارای وضعیت نابسامانی هستند لذا جهت جلوگیری از عواقب و پیامدهای ناشی از طرد اعضای خانواده و سرزنش افراد بی اطلاع جامعه در خصوص افراد مبتلا به دیسفورماید جنسیتی لزوم استفاده از درمان‌های روان‌شناختی مناسب (فردی، گروه درمانی، خانواده درمانی و مشاوره‌های اجتماعی) برای این جمعیت بالینی همواره احساس می‌شود.

البته این پژوهش محدودیت‌هایی نیز دارد که تا حدی تعمیم پذیری نتایج آن را کاهش می‌دهد. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به محدود بودن نمونه به یک مکان و حجم کم نمونه اشاره کرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی مصوب در مرکز تحقیقات پزشکی قانونی می باشد لذا از همکاران محترم در این مرکز که هزینه این تحقیق را فراهم آوردند، تقدیر و تشکر می‌شود.

هویت جنسی در تکامل، رشد و عملکرد فرد تاثیر می‌گذارد. از دید فروید بررسی هویت جنسی صرفاً مطالعه دستگاه تناسلی و رفتار اجباری نیست، بلکه نوع تفکرات و عملکرد افراد را نیز تعیین می‌کند. بنابراین هرگونه انحراف از مسیر بهنجار شکل گیری هویت جنسی پایه گذار نوعی ناسازگاری می‌شود که شکل مشخص و شدید آن دیسفورماید جنسیتی است. بنابراین، از آن جایی که بین استرس، اضطراب، افسردگی و نقش جنسی در افراد مبتلا به دیسفورماید جنسیتی با افراد عادی در این مطالعه تفاوت وجود دارد، ضروری است که به بررسی این عوامل پرداخته شود تا با اطلاع در این خصوص، به پدران و مادران و سایر اعضای خانواده افراد مبتلا که به دلایل فرهنگی و اجتماعی و جنبه‌های تعصبی و آبرو، به خود اجازه نمی‌دهند که برای رفع این مشکل بالینی در عضو خانواده اقدامی انجام دهند و حاضر به قبول چنین مسئله ای نیستند و هم چنین در مقابل خواسته آنان (تغییر جنسیت) مقاومت به خرج می‌دهند، آگاهی‌های لازم در خصوص آسیب‌های روحی و روانی و مشکل در سازگاری با

References

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5 American Psychiatric Association; 2013. 451-460.
2. Ganji M. Psychopathology according to DSM-5. Volume II, Tehran: Savalan; 2013. 216-225. (Persian)
3. Kahani A, Fakhri Shojaie P. Gender Identity Disorder (heterosexual queries). Tehran: Tymourzadh; 2002. 30-40. (Persian)
4. Michel A, Anseau M. The transsexual. What about the future. Medical Elsevier 2002. 17(11): 67-130.
5. Kvchakyan Z. Gender Identity Disorder and its dimensions. Journal of Social Welfare. 2006; 265-292. (Persian)
6. Cohen PT, Gooren J.G. Transsexualism. Journal of Psychosomatic Research. 1999; 46(4): 315-33.
7. Dolatshahi B, Nourian N, Rezaei O. Personality disorders and personality features in men with Gender Identity Disorder. Journal of Rehabilitation. 2007; 9(33): 55-60. (Persian)
8. Cook KJ. Gender Identity disorder: A misunderstood diagnosis. In partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts sociology. Marshall university, 2004; UMI number 1430314.
9. Mohr J. Attachment in Adolescence and Adulthood. In Handbook of attachment. Second addition, edited by Cassidy J, Shaver P. The gulford press New York Londen; 2008.
10. Jessica A.N. Overview of U.S Trans health priorities. Washington DC; 1999. www.1cd.gov.uk
11. Vermeylen N, Bauwens F. Rorschach study in transsexual patients. Annals Medico Psychologiques. 2005; 163:93-387.
12. Hall SK. Psychological Principles of Freud. Nike Aeean A. Tehran: Ghazali; 1993. 158-166. (Persian)
13. Talebiyan sharif J. Analytical study of the etiology and treatment of gender identity disorder. Congress on Family Health and Sexual Disorders. Tehran Psychiatric Institute. 2005; 1-29. (Persian)
14. Modares Ghravi M, Hagi Alizadeh K, Bahrinian AM Naziri Gh. 2008 Compare dysfunctional attitudes in people with substance abuse and psychological consequences of normal people. Journal of Substance Abuse (Atyadpzhvhy). 2008; 2(7): 67-78. (Persian)
15. Sharifi Nekkho, M. MMPI interpretation. Tehran:

- Sokhan; 1999. 17-142. (Persian)
16. Mehrabi Zade M, Ali Akbari Dehkordi M, Najarian B, Shahnoo yeilagh M, Shokrkon H. Identify and Comparison the nine Gender Type of ahvaz women and their Husbands in psychological health and intelligence. *Journal of Chamran University*. 1385; 53-80. (Persian)
 17. Hepp U, Kraemer B. Psychiatric Co morbidity in Gender Identity Disorder. *Journal of Psychosomatic Research*. 2005; 58: 61-259.
 18. Cuypere G, Elout E. Long-term follows up of Belgian transsexuals. *Journal Sexologist*. 2006; 24:450-465.
 19. Campo J, Nijman H. Psychiatric Co morbidity of Gender Identity Disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 2003; 160:1332-36.
 20. Kaplan H. Psychiatr Summary, behavioral science and clinical psychiatry. Rafiee H, Sobhanian KH. Tehran: Arjemand; 2003. 151-157. (Persian)
 21. Azar M, Nouhi S. Highlights Textbook of Psychiatry. Tehran: Arjmand; 2000. 91-97. (Persian)
 22. Parola N, Bonierbale, M., Lemaire, A., Aghababian, V., Michel, A., Lançon, C. Study of quality of life for transsexuals after hormonal and surgical. *Sexologies*. 2010; 19(1): 58-63.
 23. Newfield E. (2006). "Female-to-male transgender quality of life". *Journal of Quality of Life Research*. 2006; 15: 1447-1457.
 24. Asgari M, Saberi M, Rezaei O, Dolatshahi B. The prevalence of trauma in patients with gender identity disorder. *Journal of Forensic Medicine*. 2007; 13(3): 181-186. (Persian)
 25. Diceglie D. Gender Identity Disorder in Young People, *Advances in Psychiatric Treatment*; 2000. 6: 458-466.
 26. Hejazi A, Edalati Z, Mostafavi S, Hoseini Z, Razzaghiyan M. A preliminary analysis of the 12 transsexual patients with regards to their adaptation in means of role and gender identity after a sexual reassignment surgery. *Medical science journal of Kordestan University*. 2008; 13 (4): 78-87. (Persian)
 27. Mohamadi Kh. The investigation of personality characters of cases requesting Sex Reassignment Surgery in legal Medicine Center based on MMPI-2, Represented in tired national congress of family and sexual health, Tehran Shahed university. 2007; 6:1 (Persian)
 28. Dadfar F, Dadfar M, Vafa F. The Investigation of clinical criteria in gender identity disorder patients, represented in tired national congress of family and sexual health, Tehran shahed university. 2007; 15(2): 96-99. (Persian)
 29. Afshar, S. the comparison ability of social problem solving in youngster with and without gender identity disorder, Represented in second national congress of family and sexual health, Tehran shahed university. 2005; 1-11. (Persian)
 30. Amarloo V. the prediction of gender identity disorder (sex reassignment) among boys based on patients family characters, Represented in tired national congress of family and sexual health, Tehran Shahed university; 2007. (Persian)

Comparison of Stress, Anxiety, Depression & Sexual Role in Subjects Involved Gender Dysphoria with Normal Subjects

Somayeh Rahimi Ahmadabadi*†- Arya Hejazi** - Hamid Attaran***- Abolfazl Rahimi****
-Laleh Kohestani***** - Hosein Karashki ***** - Aghamohammadian Sharbaf *****

* PhD Candidate in Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran

** MD, Forensic Medicine Specialist, Member of Legal Medicine Research Center, Tehran, Iran

*** MD, Specialist in General Surgery, Khorasan Razavi Legal Medicine Center, Mashhad, Iran

**** MSC in Accounting, Islamic Azad University, Neyshaboor Branch, Neyshaboor, Iran

*****MD, Psychiatrist, Khorasan Razavi, Legal Medicine Organization, Mashhad, Iran

***** Associate Professor Educational Sciences and Psychology Faculty & Operations Management Professor, Mashhad Ferdowsi University, Mashhad, Iran

***** Professor Educational Sciences and Psychology Faculty & Operations Management Professor, Mashhad Ferdowsi University, Mashhad, Iran

Abstract

Background: The purpose of this study is to compare the stress, anxiety, depression and sexual role subjects involved gender dysphoria with normal subjects. These variables can be examined in raising awareness for people with families and community attitudes towards these subjects will be useful.

Methods: The study design is descriptive. The study population included all patients who had a sex change candidate in 2013, which have been referred to Khorasan Razavi Legal Medicine Center. 35 cases selected in simple ways and completed DASS-21 questionnaire and sex role Sandrabem. The questionnaires were administered to the control group. Data using SPSS-nineteenth-and two-factor analysis of variance, multivariate analysis was performed.

Findings: Between the study and control groups in terms of stress, anxiety, depression and sexual function, there are significant difference. ($p < 0.05$)

Conclusion: This study shows that people with gender dysphoria, the scale of stress, anxiety, depression and sexual function gained higher scores than that of control group. Therefore, it is necessary to examine the factors to be addressed to parents and other family members who are suffering from this problem, and more information to be given in this regard for those who for cultural and social reasons and aspects of prejudice do not allow themselves to take action to address these clinical problems. The use of appropriate psychotherapy (individual, group therapy, family therapy and social counseling) for this clinical population (subjects involved gender dysphoria) has always felt.

Keywords Stress, Anxiety, Depression, Gender Role, Gender Dysphoria.

Received: 20 Dec 2014

Accepted: 19 Aug 2015

†Correspondence: Legal Medicine Organization, Khorasan Razavi, Mashhad, Iran

Tel: 0513845440

Email: somaye.rahimi1390@yahoo.com