مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ دوره سیزدهم/ زمستان ۸۷/ ۸۷-۷۸

بررسی میزان تطابق نقش و هویت جنسی ۱۲ بیمار ترنس سکسوال با جنسیت جدیدشان پس ازعمل جراحی تغییر جنسیت

دکتر آریا حجازی[۱]، زهره عدالتی شاطری[۲]، سعیده سادات مصطفوی[۳]، زهرا سادات حسینی[۴]، منیره رزاقیان[۵]، دکتر مرضیه مقدم[۶]

۱- متخصص پزشکی قانونی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران، (مؤلف مسؤول) تلفن: ۲۶-۶۶۶۰۰۲۵- ۰۸۷۱ arya_hedjazi@yahoo.com

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی، شیراز، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی گرایش کودک و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۵- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۶- روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

چکیده

زمینه و هدف: اختلال هویت جنسی تمایل قوی و مستمر بیمار برای قرار گرفتن در نقش و وضعیت جنس مقابل است که اصرار بر تعلق به جنس مقابل در این اختلال همراه با نارضایتی شدید از جنسیت بیولوژیکی می‌باشد. در موارد مقاوم به درمان (روان درمانی فردی، سایکوآنالیز ...) عمل جراحی تغییر جنسیت از درمانهای شناخته شده این اختلال است که در ایران با فتوای امام خمینی در سال ۱۳۴۳ شمسی جایز شمرده شده. با توجه به تحقیقات انجام شده در زمینهٔ بهبود اختلال بعد از عمل تغییر جنسیت غالباً بر نتایج مثبت جراحی تأکید شده است.

روش بررسی: روش تحقیق در این پژوهش پیمایشی مقطعی در مقیاس کوچک بوده است. نمونهٔ مورد بررسی شامل ۱۲ نفر (۹ نفر ترنس مرد به زن و ۳ نفر دیگر ترنس زن به مرد) بوده که به طور متوسط ۶ سال از عمل جراحی شان سپری شده بود. پرسشنامه‌های MMPI-1 (فرم کوتاه)، مقیاس MMPI-2(MF)، نقش جنسی بم و صفات جنسی بم با نظارت یک روانشناس بالینی و توسط بیماران تکمیل شد. یافته‌ها با استفاده از روشهای آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان می‌دهد که این بیماران بعد از عمل جراحی از نظر روانی- اجتماعی در وضعیت مناسبی قرار داشته و نمره کسب شدهٔ آنان در MMPI- 1 در دامنهٔ نرمال بود. میانگین سنی آزمودنی‌ها ۲۵ سال و میانگین وضعیت مالی خانوادگی آنان در حد متوسط بود. همچنین افراد مذکور در تستهای بم و مقیاس MF تطابق خوبی را با نقش و هویت جدید خود نشان دادند. مصاحبهٔ بالینی نیمه سازمان یافته نشان داد که تمامی افراد مورد مطالعه از تصمیم خود رضایت داشته موردی از پشیمانی نیز مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد عوامل متعدد از جمله وضعیت اقتصادی، رضایت از روابط بین فردی، وجود سیستم حمایتی فعلی، شریک جنسی و رضایتمندی از زندگی جنسی، عکس‌العمل مناسب خانواده و امکان انجام عمل‌های جراحی اضافه، نقش عمده‌ای در تطابق بیماران با وضعیت جدید داشته است.

کلید واژه‌ها: اختلال هویت جنسی، ترنس سکسوالیسم، نقش و هویت جنسی، عمل جراحی تغییر جنسیت، رضایت بعد از عمل

وصول مقاله: ۸۷/۳/۸ اصلاح نهایی: ۸۷/۶/۲۰ پذیرش مقاله: ۸۷/۶/۲۴

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

مقدمه

هویت جنسی شامل احساس و ادراک فرد در مورد زن یا مرد بودن خود و تمامی افکار و احساسات و رفتارهای مرتبط با رضایتمندی جنسی است (۱).

جزء عاطفی اختلال هویت جنسی، ملال جنسی نامیده می‌شود که می‌توان آن را نارضایتی مربوط به جنس بیولوژیکی؛ میل به داشتن بدن جنس مقابل و آرزوی شمرده شدن بعنوان عضوی از جنس مقابل تعریف کرد (۲).

اختلال هویت جنسی در DSM-III-R در اختلالاتی که معمولاً در شیرخوارگی یا نوجوانی آشکار می‌شوند گنجانده شده و در DSM-IV با عنوانی مستقل مطرح گردید (۳).

در شدیدترین نوع اختلال هویت جنسی که در DSM-III و DSM-III-R مجموعاً ترنس سکسوالسیم نامیده می‌شد، شخص آرزو می‌کند آلت جنسی جنس مخالف را داشته باشد (۴).

ترنس سکسوالیسم که شیوع آن در مردان ۱ در ۳۰۰۰۰ نفر ودر زنان ۱ در ۱۰۰۰۰۰ نفر است اختلالی نومیدکننده است که فرد را به مرز درماندگی می‌کشاند (۵).

در تحقیقی که توسط دپارتمان روانپزشکی دانشگاه تگزاس با هدف بررسی اینکه "آیا اختلال هویت جنسی زیر مجموعهٔ یک اختلال روانی عمومی است؟" بر روی ۵۳۵ بیمار ترنس سکسوال انجام شده نتایج زیر به دست آمد:

پروفایل‌های MMPI این افراد نشان داد که اکثریت آنها اختلال روانشناختی خاصی نداشتند کمتر از ۱۰٪ آنان ناراحتی و اختلال روانی و یا اقدام برای خودکشی داشتند. نتایج این تحقیق نشان داد که اختلال هویت جنسی یکی از اختلالات آسیب شناسی روانی عمومی نیست و این اختلال تشخیصی مجزا دارد (۶).

بسیاری از پزشکان در دهه‌های ۵۰ و ۶۰ قرن بیستم بر این عقیده بودند که جراحی تغییر جنسیت پیامدی جز خودکشی و روان پریشی ندارد (۱).

مطالعهٔ می یرو رتر در سال 1979 به این نتیجه رسید که عمل جراحی هیچ سودی برای بیمار از نظر توان بخشی اجتماعی نداشته و منجر به قطع برنامه عمل جراحی در دانشگاه جان هابکینز که بزرگترین مرکز این نوع از جراحی در ایالات متحده بود شد. آنها همچنین نتیجه گرفتند گرچه جراحی تغییر جنسیت محدودیتهای مشخصی دارد ولی برای برخی بیماران بهترین درمان است (۶). بعدها گروهی از روانشناسان، روان پزشکان و دیگر متخصصین انجمن بین‌المللی ملال جنسی هری بنجامین برای درمان جراحی تغییر جنسیت، استانداردهایی را قرار دادند که در انتخاب افرادی که بهترین و مناسبترین کاندیدها برای عمل جراحی تغییر جنسیت هستند، بسیار سودمند است (۷).

فارنر وکاکوست در مطالعهٔ پیگیری خود به این نتیجه رسید که بیماران جراحی شده بهبودی معناداری در باب علایم افسردگی، ثبات روانشناختی و زندگی اجتماعی و جنسی پیدا کرده‌اند (۸).

بلنچارد و همکارانش (۶) مطالعه‌ای بر روی عده‌ای از ترنس سکسوال‌های مرد پس از جراحی انجام دادند و در این مطالعه مشخص شد که تأسف و اندوه پس از جراحی با کاهش درآمد در نقش زنانه و شکست در به دست آوردن بدنی با جذابیت کافی ارتباط دارد.

مطالعه‌ای دیگر که بر روی ۴۷۹ نفر داوطلب مرد خواهان عمل جراحی صورت گرفت، نشان داد از این مجموعه تنها ۲۲٪ آنها ترنس سکسوال واقعی بودند. لذا

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

گرچه عمل جراحی مؤثرترین شیوهٔ درمانی برای بیماران با تشخیص اولیهٔ اختلال هویت جنسی است اما پذیرش درخواست تغییر جنسیت باید بر پایهٔ بازنگری شرح حال این مراجعین و دقت نظر در خصوص معیارهای تشخیصی باشد (۹).

پائولی و لاندستروم در دو مطالعه به این نتیجه رسیدند که بترتیب ۶۳٪ و ۸۸٪ افراد از عمل جراحی راضی هستند (۱). آبراوتیز با مطالعه تحقیقات پائولی و لانداستروم به این نتیجه رسیده است که میزان بهبودی پس از جراحی در دو سوم موارد است وعوارض شامل درخواست برای برگشت به وضعیت قبل از جراحی، دوره‌ای روان پریشی، بستری شدن در بیمارستان و خودکشی است که ۷٪ محاسبه شده است (۱).

در مطالعهٔ دیگری بر روی ۱۶۳ ترنس سکسوال که بطور متوسط ۲/۵ سال از عمل جراحیشان گذشته بود احساس عدم تناسب بین جنسیت آناتومیکی و هویت جنسی بیماران از بین رفته و از نظر خلقی تا ۶۴٪ افراد بسیار راضی ارزیابی شدند. شکایت عمده اکثر آنان مربوط به برخوردهای اجتماعی بود (۹).

در مطالعه‌ای که توسط کوهن-کتینس و همکاران روی سه گروه ترنس سکسوال‌های عمل شده، عمل نشده و در انتظار عمل جراحی انجام گرفت، مشخص شد که گروه ترنسهای عمل شده دیگر از ملال جنسی رنج نبرده از اقدام به عمل تغییر جنسیت احساس پشیمانی نداشتند. در گروههای دیگر ویژگیهای ناکارآمدی بطور یکسانی بارز بوده است (۱۰).

در تحقیق پگی وهمکاران نیز نتایج قبلی تائید وتأکید شد تقریباً همه افراد مورد بررسی (۲۲ ترنس سکسوال) از زندگی بعد از عمل تغییر جنسیت خود رضایت داشته و احساس پشیمانی نداشتند (۱۱).

در یک بررسی موردی، خدایاری فرد و همکاران از روش درمان شناختی رفتاری، حل مسئله، مثبت نگری (فردی- خانوادگی) و همچنین آموزش خود ارزیابی (Self Assessment) بر پایه اصول معنوی-اخلاقی استفاده کرده است. جلسات درمانی، هفته‌ای یکبار و بمدت ۳۰ جلسه ادامه داشته است. یافته‌های این بررسی نشان دادکه در اتمام درمان تمایل مراجع به ارتباط با جنس موافق کاسته شده، شرکت در فعالیتهای مربوط به جنس خود را پذیرفته و از کوشش برای عمل جراحی تغییر جنسیت دست برداشته است. نتایج پیش آزمون و پس آزمون و همچنین پیگیری یک ساله پس از درمان، کارآیی این روش را در درمان اختلال یاد شده نشان داد (۱۲).

یک بررسی موردی، اهمیت تشخیص دقیق اختلال هویت جنسی را بیان می‌کند، بیمار خانمی چهل ساله، مطلقه و دارای دو فرزند بوده که برای تغییر جنسیت شش عمل جراحی را پشت سر گذاشته بود. پس از یک ماه زندگی در قالب نقش مردانه مجدداً با درخواست جراحی جهت بازگشت به وضعیت نخستین و ازدواج با همسر قبلی و به عهده گرفتن سرپرستی فرزندانش به کلینیک مراجعه می‌کند.

آزمونهای رورشاخ، MMPI، MCMI –II در این فرد گویای ویژگیهای شخصیتی وابسته، نیاز به وابستگی و جلب توجه، دودلی، شک و تردید نسبت به خود و خود انتقادی بوده است (۱۳).

در مرجع جامع روانپزشکی میزان رضایت بعد از عمل جراحی در مردان ترنس ۸۷٪ و در زنان ترنس ۹۷٪ ذکر شده است. در ترنس سکسوال‌های مرد به زن کفایت اجتماعی و زیبایی بعد از عمل نقش عمده‌ای در احساس کفایت فردی و تصویر از خویشتن دارد (۳).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

اگرچه تحقیقات عمدتاً نشانگر رضایت پس از عمل هستند لیکن عوامل متعددی در میزان رضایتمندی دخیل‌اند که لزوم تحقیقات مبتنی بر فرهنگ را آشکار می‌سازد. مطالعه حاضر در پی بررسی شرایط بیماران پس از اقدام به تغییر جنسیت در ایران است.

روش بررسی

نمونه:

با توجه به موضوع خاص مورد پژوهش و محدودیت در دسترسی به جامعهٔ آماری بیماران ترنس سکسوال، تنها ۱۲ نفر (۹ نفر ترنس مرد به زن و ۳ نفر ترنس زن به مرد) از جامعه آماری موجود در شهر تهران شناسایی و حاضر به همکاری شدند، که بطور متوسط ۶ سال از عمل جراحیشان گذشته بود. گروه مورد نظر محققین متولد تهران یا ساکن تهران بودند.

ابزار:

بررسی وضعیت روانی- اجتماعی:

برای بررسی وضعیت روانی- اجتماعی این افراد از پرسشنامه چند وجهی شخصیت دانشگاه مینه سوتا MMPI-1 فرم کوتاه، استفاده شد. این پرسشنامه که توسط هثوی ومک کین لی در سال ۱۹۴۳ ارائه شده است؛ از معتبرترین آزمونهای عینی است و در بسیاری مطالعات داخلی روایی و پایایی آن محاسبه و تایید شده است و در حال حاضر در روانپزشکی و روان شناسی کاربرد فراوان دارد. پایایی این مقیاس در دامنهٔ ۷۱ (Ma) تا ۸۴ (pt) صدم و اعتبار آن در جامعهٔ بیماران ۸۰ و در جامعهٔ بهنجار ۷۰ درصد می‌باشد (۱۵).

بررسی ویژگی‌های زنانه و مردانه:

برای بررسی ویژگیهای زنانگی و مردانگی از مقیاس MMPI-II-MF استفاده شد. علاوه بر آن از پرسشنامهٔ صفات جنسی ساندرا بم نیز استفاده شده است.

بررسی نقش جنسی:

برای بررسی این ویژگی پرسشنامهٔ ساندرا بم، مبتکر نظریهٔ "طرحوارهٔ جنسیتی"، مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامهٔ نقش جنسی بم همبستگی بالایی با مقیاس MF و MMPI -II دارد (۱۴).

به نقل از مهرابی زاده و همکاران (۱۳۸۵)، بم (۱۹۸۱) جهت محاسبه اعتبار فرم کوتاه پرسشنامه نقش جنسی، همبستگی آن را با فرم بلند بررسی کرد و ضریب همبستگی بین این دو را، ۹۹٪ به دست آورد. اعتبار آزمون فرم کوتاه نقش جنسی بم به گزارش مهرایی زاده و همکاران (۱۳۸۵) با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد. تمام ضرایب همبستگی مؤلفه‌های این آزمون در سطح p<۰/۰۰۱ معنی‌دارند. ضریب همبستگی کل آزمون برای زنان ۹۹٪ و مردان ۷۵٪ بدست آمده است.

بم همسانی درونی این مقیاس را ۹۰٪ به دست آورد. مهرایی زاده و همکاران به منظور برآورد پایایی آزمون فرم کوتاه نقش جنسی بم و مؤلفه‌های آن، ضرایب آلفای کرونباخ آنها را محاسبه نمودند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ۸۰٪ به دست آمد که نشانگر سطح بالای هماهنگی درونی آزمون می‌باشد (۱۵).

به منظور بررسی تطابق نقش و هویت جنسی از یک مصاحبه بالینی نیمه سازمان یافته استفاده شد. سؤالات این مصاحبه پس از بررسی‌های مقدماتی در خصوص فاکتورهای تأثیرگذار در ایجاد رضایتمندی از نقش جنسی جدید و تطابق با آن، توسط محققین ساخته شده و روایی صوری و محتوای آن مورد تایید قرار گرفته است.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

روش تحقیق و تحلیل نتایج:

روش تحقیق پیمایشی مقطعی در مقیاس کوچک بوده است. ابتدا بیماران توسط یک روان شناس بالینی، مورد مصاحبهٔ بالینی به مدت دوتا سه ساعت قرار گرفتند و به دنبال آن پرسشنامه‌های مربوطه در زمینه اعمال روانی- اجتماعی و نقش و ویژگیهای جنسی شان تکمیل شده است.

داده‌ها نیز از طریق روشهای آمار توصیفی مورد تحلیل و تجزیه قرارگرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی این افراد ۲۵ سال بود. همچنین وضعیت مالی و خانوادگی آنها در حد متوسط قرار داشت. میانگین وضعیت تحصیلی در آنها دیپلم و اکثر آنها مجرد بودند.

بررسی اعمال روانی- اجتماعی:

با توجه به نیمرخ‌های آزمون MMPI-I همه افراد نمونه در تمام مقیاس‌ها در محدودهٔ نرمال بودند.

برافراشتگی‌های دیده شدهٔ فراتر از نرمال:

یک نفر در مقیاس هیپوکندریا (Hs)؛

یک نفر در مقیاس مانیا (Ma)؛

یک نفر در مقیاس سایکوپاتی (Pd).

بررسی نقش جنسیتی:

برای بررسی نقش جنسیتی از تست نقش جنسیتی بم استفاده نمودیم. هر ۹ نفر بیمار مرد به زن نقش جنسیتی زنانه و ۲ نفر ترنس زن به مرد نیز نقش جنسیتی مردانه کسب کرده بودند و بیمار ترنس زن به مرد سوم نقش دوگانه (زنانگی- مردانگی توأم) داشت.

بررسی ویژگیهای زنانگی- مردانگی:

برای بررسی این ویژگی‌ها از مقیاس MF- MMPI-II و تست صفات جنسیتی بم استفاده شد. بر اساس تست MF تمام ترنس‌های مرد به زن با هویت جدید زنانهٔ خود کنار آمده بودند بی‌آنکه لزوماً کنش پذیر باشند، همچنین به حرفه و کارهای زنانه علاقه نشان می‌دادند. البته این بدان معنا نیست که آنها علاقه‌ای به مشاغل بیرون خانه نداشته باشند. در ضمن ۳ نفر از آنان نیمرخ روانی "اسکارلت اهارا" را نشان دادند مبنی بر اینکه علاوه بر تطابق با هویت جدید زنانهٔ خود حالات اغراق آمیز زنانه و حساسیت افراطی از خود نشان دادند.

تمام ترنس‌های زن به مرد بر اساس تست MF همانند سازی قوی با نقشهای مردانه نشان دادند، سعی نموده‌اند خود را بسیار مردانه نشان دهند، در مورد مردانگی خود وسواسی و انعطاف ناپذیر بوده‌اند؛ اشتغال ذهنی در مورد کلیشه‌های مردانه داشتند اما در عین حال علی‌رغم ظاهر مردانه شان گرایشات زیبایی شناختی زنانه نیز از خود بروز دادند.

نتایج تست بم نشان می‌دهد که تمامی ترنس‌های زن به مرد صفات مردانگی- زنانگی را توأما نشان داده‌اند.

در ترنس‌های مرد به زن نتایج تست بم به قرار زیر است :

۳ نفر گرایشات و صفات زنانگی مردانگی توأم؛

۳ نفر گرایشات و صفات زنانهٔ نرمال؛

۳ نفر گرایشات و صفات زنانگی افراطی - نیمرخ اسکارلت اهارا .

نکتهٔ قابل توجه این است که ۳ بیماری که در تست MF نیمرخ اسکارلت اهارا نشان دادند در این تست نیز گرایشات و صفات زنانگی افراطی از خود بروز دادند.

بررسی رضایتمندی و تطابق نقش و هویت جنسی:

برای بررسی این دو آیتم از مصاحبهٔ بالینی نیمه

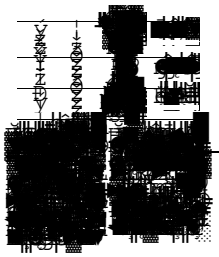
[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

سازمان یافته استفاده شد. نتایج به ما نشان داد که تمامی گروه مورد نظر از تصمیم خود رضایت داشته موردی از پشیمانی مشاهده نشد. نتایج حاصل از مصاحبه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: نتایج حاصل از مصاحبه بالینی

	وضعیت موجود	تعداد (زن به مرد)	تعداد (مرد به زن)
پیشینه ی شغلی (از زمان تغییر جنسیت تا اکنون)	با ثبات	۲	۲
	تقریبا با ثبات	۱	۱
	تقربا بی ثبات	۰	۰
	بی ثبات	۰	۶
توانایی حمایت مالی از خود	مستقل از خانواده	۲	۲
	وابسته اما واجد مهارت شغلی	۱	۷
	وابسته و بدون مهارت شغلی	۰	۰
	کاملا وابسته	۰	۰
روابط بین فردی با دوستان و اعضای خانواده	از ابتدا تا اکنون با ثبات	۲	۲
	قبل از عمل مختل اخیرا با ثبات	۰	۳
	بعد از عمل مختل اخیرا رو به بهبود	۱	۴
	از ابتدا تا کنون مختل	۰	۱
رضایت از روابط بین فردی	رضایت کامل	۳	۶
	رضایت تقریبی	۰	۱
	رضایت بسیار کم	۰	۱
	عدم رضایت	۰	۱
دسترسی به سیستم حمایتی (اعم از خانواده، دوستان، نهادهای اجتماعی و ...)	قابل ملاحظه	۲	۶
	متوسط	۱	۲
	بسیارکم	۰	۱
	به هیچ وجه	۰	۰
عکس العمل متداول خانواده	پذیرش همه ی اعضا	۳	۴
	پذیرش اغلب اعضا	۰	۲
	عدم پذیرش اغلب اعضا	۰	۱
	عدم پذیرش همه ی اعضا	۰	۲
قاطعیت در تصمیم به عمل جراحی قبل از تغییر جنسیت	عدم وجود شک و تردید	۱	۸
	شک های موقت ولی پنهان	۱	۱
	شک های موقت ولی آشکار	۰	۰
	تردید های طولانی و آشکار	۱	۰
احساس شبیه بودن به جنسیت مخالف	احساس زن / مرد بودن در تمام مواقع	۲	۶
	احساس زن / مرد بودن در بیشتر اوقات	۱	۲

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]



	احساس زن / مرد بودن در نیمی اوقات	۰
	احساس زن / مرد بودن گاهی اوقات	۰
	تنها غیر هم جنس	۳
	هر دو جنس به طور غالب غیر هم جنس	۰
جنسیت شریک جنسی	هر دو جنس به طور غالب هم جنس	۰
	عدم وجود شریک جنسی	۰

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

اول درمان است و چه بسا بعد از عمل مشکلات بیشتری برای فرد به وجود آید، لذا مراقبتهای روانی اجتماعی بعد عمل جراحی برای این بیماران ضروری خواهد بود تا اثر بخشی عمل جراحی را هر چه بیشتر نمایان سازد، ۳) عمل جراحی موفقیت‌آمیز از نظر عملکرد طبیعی اندام تناسلی؛ ۴) نبود بیماریهای روانی همراه، ۵) داشتن شریک جنسی، رضایتمندی از زندگی جنسی و روابط بین فردی (داشتن شریک جنسی از این جهت دارای اهمیت است که هویت جنسی جدید بیمار توسط فرد دیگری - شریک جنسی- تائید وکاملاً پذیرفته می‌شود و به او در داشتن نقش جدید کمک می‌کند)، ۶) وضعیت اقتصادی مناسب و درآمد کافی، ۷) پذیرش اعضاء خانواده و سیستم حمایتی مناسب.

بر اساس مصاحبه صورت گرفته با افراد مورد بررسی مشخص شد که عوامل فوق در تطابق آنها با هویت جنسی جدیدشان نقش مهمی داشته و روند بهبود آنها را سرعت بخشیده است. (اطلاعات دقیق‌تر در جدول ۱ مندرج شده است).

از سوی دیگر نتایج حاصل از این تحقیق تاییدگر نتایج بدست آمده از تحقیقات اخیر گروه ملال جنسی هری بنجامین است (۱۶) که منجر به طراحی یک سری استانداردهای بین‌المللی شده و در آن به لزوم گذراندن مرحله زندگی در نقش مقابل و روان درمانی تاکید شده است. این استانداردها اولین بار در سال۱۹۷۹ تهیه شد. و بعدها چندین بار در سالهای ۱۹۸۰/۱۹۸۱/۱۹۹۰/ ۱۹۹۸ مورد تجدید نظر قرار گرفت. ششمین و آخرین نسخه آن مربوط به سال ۲۰۰۱ است که در این مقاله به آن اشاره شد.

بعد از انجام اولین عمل جراحی در دنیا تحقیقات زیادی در باب بررسی اثربخشی این شیوه صورت گرفت. در یک فراتحلیل که بر روی مطالعات سالهای ۱۹۶۱ تا ۱۹۹۱ انجام شد، مشکل عمده این مطالعات نمونه کم و متدولوژی متفاوت در اجرا و بررسی نتایج بود. اما در اغلب آنها بررسی رضایت بعد از عمل بر اساس ملاکهای عینی از قبیل: شغل و درآمد بود که از نظر ما چنین بهبودهایی می‌تواند ثانویه بر اهداف عمده درمانی یعنی کاهش یا حل مشکل نارضایتی جنسی، باشد (۱۷).

در عین حال تحقیقات با درصدهای متفاوتی، اثربخشی این شیوه را نشان می‌دهند و در مواردی که پشیمانی و بازگشتی دیده می‌شود، با دقت در تشخیص‌های افتراقی، زندگی واقعی بطور کامل در قالب نقش مقابل و انجام عمل جراحی با کیفیت می‌توان این مشکلات را بر طرف کرد.

نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق ما نیز همسان با نتایج سایر تحقیقات تا حدودی اثر بخشی این شیوه را نشان می‌دهد.آنچه مسلم است این است که درجامعه ما با وجود نگرشهای منفی در باب افراد مبتلا به اختلالات جنسی، خصوصاً افراد ترنس سکسوال و عدم وجود بستر سازی مناسب فرهنگی و اجتماعی، اغلب این بیماران دارای وضعیت نابسامانی هستند و نبود مراقبتهای روانی - اجتماعی و حمایتهای خانوادگی، شانس بهبود فرد را بعد عمل جراحی تغییر جنسیت بسیارکم می‌کند. بر این اساس عمل جراحی تغییرجنسیت، به تنهایی کافی نبوده و لزوم روان درمانی و مشاوره‌های اجتماعی، برای درمان قطعی این بیماران، همواره احساس می‌شود.

از آنجا که منطقاً و عملاً امکان انجام یک آزمایش و پژوهش کنترل شده به صورت انتساب تصادفی عده‌ای

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

بیمار به گروه روان درمانی و عده‌ای به گروه تحت عمل همراه با پیگیری بعدی امکان‌پذیر نیست، تنها می‌توان به میزان سازگاری افراد با نقش جدید اکتفا کرد. اما در روان سنجی ابزار خاصی جهت سنجش ترنسسکسوالیسم وجود ندارد و داده‌ها عمدتاً مبتنی بر اظهارات خود مراجع بوده (اغلب سوگیرانه می‌باشد) و روند تشخیصی بسیار سخت و زمان بر است.

به دلیل اینگونه محدودیتها که در تمامی تحقیقات انجام شده بر روی بیماران ترنس سکسوال وجود دارد و شرایط خاص فرهنگی ایران که در همکاری بیماران تغییر جنسیت داده تأثیرگذار بوده است، نتایج حاصل از این مطالعه قابلیت تعمیم بالایی برای نمونه‌های مشابه نخواهد داشت.

به هر حال این شیوه نوش دارو و شفادهنده هر دردی نیست و روان درمانی گاهی در جهت سازگاری با نقش مقابل و یا آمادگی فرد قبل از عمل لازم است.

آنچه مسلم است اینکه امروزه نگاه تک بعدی (زیستی) به بیماری جایگاه چندانی ندارد. اساساً مفهوم بیماری در ارتباط با موجودی به نام انسان که دارای ابعاد مختلف روانی، اجتماعی، بیولوژیکی و روحانی است و در یک نظام سیستمیک زندگی می‌کند، نمود متفاوتی پیدا می‌یابد و در این میان فرهنگ بر آسیب شناسی روانی اثر می‌گذارد.

با شناخت اثر متمایزی که فرهنگ در حیطه‌های تعریف نابهنجاری و بیماری روان پزشکی، طبقه‌بندی بیماری‌ها، اپیدمیولوژی و سبب شناسی، تظاهر بالینی و سیر بیماری، ارزیابی، درمان و خدمات سلامت روانی می‌گذارد، می‌توانیم تصمیم‌گیریهای بهتری در حیطه اختلال هویت جنسی و ترنس سکسوالیسم داشته باشیم که با شرایط کنونی جامعه ما سازگاری و انطباق بیشتری دارد.

محدودیت عمدهٔ این تحقیق حجم کم نمونه است که عمدتاً بدلیل عدم همکاری این بیماران است. مطالعه بر روی ۱۲ بیمار ترنس که چندین سال از تغییر جنسیت آنها گذشته و اغلب آنها زندگی جدید با هویت و نام جدید شروع نموده‌اند در بافت جامعهٔ ما کاری بس دشوار بود که به دلیل ارتباط مؤلفین مقاله با یکی از جراحان تغییر جنسیت و سابقهٔ این گروه در برگزاری همایش علمی دانشجویی در این رابطه میسر شد.

سایر مطالعات موجود در کشور نیز اغلب به صورت موردی بوده و تحقیقی با حجم مشابه وجود ندارد.

مسلماً این محدودیت تعمیم نتایج را با مشکل مواجه می‌کند اما از اهمیت مطالعات موردی و سری نمی‌کاهد.

همچنین شرایط مساعد آزمودنی‌ها پس از عمل خود، یکی از عوامل مهم همکاری آنها بوده است که در سوگیری نتایج مؤثر خواهد بود. بسیاری از افراد تغییر جنسیت داده که شرایط نامساعد اجتماعی و اقتصادی و یا جسمی و روانی داشتند حاضر به همکاری با ما نبودند.

تشکر و قدردانی

در انتها از همکاری صمیمانه پروفسور بهرام میر جلالی و سایر افراد شاغل در دی کلینیک میرداماد تهران و همچنین بیماران شرکت‌کننده در طرح تشکر و قدردانی می‌کنیم.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

References

1. Raeesi F, Nasehi A. Gender Identity Disorder. Seda public, 1383:15. pp. 129-134.
2. Kaplan H, Sadock B. Synopsis of Psychiatry and Behavioral Sciences Clinical Psychiatry. Shahr Ab, 2003. p. 391.
3. Sadock B, Sadock V. Comprehensive Textbook of Psychiatry, (8th ed): 1979-1991.
4. Castello T. Abnormal psychology. Madavi, 1373: pp. 389- 397
5. Khodayari Fard M, Reza Monamadi M, Abedini Y. Cognitive Behavioral Therapy with emphasis on Spiritual Therapy in Treatment of Transsexualism: case study. Andishe va rafter, 1382; 9: 12-20.
6. Talebian Sarif J , Noie Z, Amirpoor L, Mostafavi S, Razaghian M. A Survay of Gender Identity Disorder. Thesis of Graduate, Ferdowsi uni, 1385: 113. 114. 115.
7. Meyer W, Bockting O. the standards of care (SOC) for gender identity disorders (6th ed). Harry Benjamin international Gender Dysphoria Association**:** 1989: pp.1-27
8. Moshtagh N. Are there only two Genders?. Baztab Danesh a journal of Cognition, Brain and Behavior, 2007; 1: pp. 32-34.
9. Gooren L, Cohen-kettenis P. Transsexualism: A Review of etiology, diagnosis and treatment. Psychosomatic Research, 1999; 46: pp. 315-333, 328.
10. Cohen-kettenis P, Yolundal M, Stephanie H, Peggy T. Adolescent With gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery-A prospective follow up study. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2001; 40: pp. 472-481.
11. Peggy T, Cohen-kettenis P, Stephanie H, VanGoozen M. Sex Reassignment of Adolescent Transsexuals a Follow up study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1997; 36: pp. 263-271.
12. Hashemian K. Abnormal Psychology and Modern Life. Alzahra. 1376; p: 12.
13. Attar H. Rasoulian M. First Diagnosis of Gender Identity Disorder: case report. Andishe va rafter, 1382; 9: pp. 6-11.
14. Sharefi, Nekkho M. MMPI interpretation. Sokhan (2 ed. 1378: p. 17. 142.
15. 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; 13: 61.
16. Stephen B. Levine S, Brown G, Coleman E, Cohen-Kettenis P, Hage J. et al. the standards of care (soc) for gender identity disorders (6ed). International Journal of Transgenderisms, 2001: 5: pp. 1-47. 2- 4.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]