مقایسه عملکرد خانواده از دید افراد دچار مبتلا به ملال جنسیتی و افراد غیرمبتلا در اصفهان

سالار گشتاسبی اصل [۱]، سام گشتاسبی اصل [۲]، مهرداد صالحی [۳]، میترا ملایی نژاد [۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: ملال جنسیتی پدیده‌ای است که علت اصلی به وجود آمدنش هنوز کشف نشده و با مشکلات متعددی از جمله درگیری با خانواده همراه است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه بررسی عملکرد خانواده افراد مبتلا و غیر مبتلا به ملال جنسیتی در کلینیک نوید بخش شهرستان اصفهان انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی و پس‌رویدادی بود. نمونه‌گیری به دلیل عدم دسترسی کافی به افراد ملال جنسیتی به شیوه در دسترس انجام شد و با در نظر گرفتن ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی ویرایش پنجم، ۳۰ نفرمبتلا به ملال جنسیتی و ۳۰ فرد غیر مبتلا، با پرسش‌نامه فارسی عملکرد خانواده ۵۳ سؤالی، از نظر دیدگاهشان در مورد عملکرد خانواده مورد بررسی قرار گرفتند. بررسی ویژگی‌های روان سنجی این پرسش‌نامه رضایت‌بخش و ضریب همسانی درونی برای کل مقیاس از طریق آلفای کرونباخ، ۰/۹۶ و برای زیر مقیاس ها بین ۰/۶۰ و ۰/۷۵ ($p<0/001$)، برآورد شده است. داده‌های به دست آمده با روش آماری مقایسه میانگین‌ها و آزمون t نمونه‌های مستقل با استفاده از نرم‌افزار SPSS 19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها مشخص کرد در عملکرد خانواده از دیدگاه افراد مبتلا و غیر مبتلا، در مؤلفه‌های ارتباط ($p=0/000$)، آمیزش عاطفی ($p=0/001$)، ، ایفای نقش ($p=0/000$)، و حل مشکل ($p=0/049$) بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد و با توجه به میانگین خانواده‌های افراد ملال جنسیتی در این مؤلفه‌ها کارکرد پایین‌تری دارند.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافت‌های پژوهش افراد ملال جنسیتی درک متفاوتی از عملکرد خانواده شان در زمینه مسائل ارتباطی، عاطفی، ایفای نقش و حل مسأله دارند و کمک به این افراد از طریق مداخلات خانوادگی می‌تواند در توانایی سازگاری آن‌ها و خانواده و پذیرش آسان‌تر این اختلال، مؤثر واقع شود. هم‌چنین با آگاه‌سازی خانواده‌ها در رابطه با نیازهای عاطفی و تربیتی فرزندان می‌توان در جهت کاهش بروز واکنش‌های آسیب‌زای ناشی از رویارویی خانواده‌ها با تشخیص ملال جنسیتی و رفتارهای ناسازگارانه آن‌ها اقدام کرد.

واژه‌های کلیدی: مؤلفه‌های ارتباط، آمیزش عاطفی، ملال جنسیتی، عملکرد خانواده

ارجاع: گشتاسبی اصل سالار، گشتاسبی اصل سام، صالحی مهرداد ، ملایی نژاد میترا. **مقایسه عملکرد خانواده از دید افراد دچار مبتلا به ملال جنسیتی و افراد غیرمبتلا در اصفهان**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۴؛ ۱۳(۲): ۳۳۰-۳۲۲

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۳/۲۷ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۵/۲۱

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه پیام نور تهران جنوب، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: salar.goshtasbi.asl@gmail.com

۲. کارشناسی روان‌شناسی عمومی، کارشناس کلینیک نویدبخش اصفهان، اصفهان، ایران

۳. دانشیار، مرکز تحقیقات روان‌تنی، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴. استادیار پژوهشی مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.12.9]

مقدمه

جنسیت به مثابه بنیادی‌ترین عنصر هویتی از آغاز تا پایان زندگی همراه انسان است. در خلال فرایند جامعه‌پذیری، اعضای جامعه الگوهای ادراکی، عاطفی و رفتاری مربوط به جنس خود را فرا گرفته و درونی می‌سازند. آن‌ها می‌آموزند که در موقعیت‌های اجتماعی مختلف آن‌طورکه از اعضای یک گروه جنسی خاص انتظار می‌رود رفتار کنند. طی کردن موفقیت‌آمیز این فرایند موجب شکل‌گیری یک هویت جنسی سازگار با جنسیت بیولوژیک می‌گردد. اما گاه در این مسیر اختلالاتی به وجود می‌آید. به این معنی که ممکن است فرد از نظر زیستی ویژگی‌های بیولوژیک یک جنسیت خاص را دارا باشد اما از جهت روانی خود را به آن گروه متعلق نداند. چنین فردی مانند یک نفر از اعضای جنس مخالف احساس و رفتار می‌کند. بدیهی است این وضعیت دوگانه به طور معنی‌داری موجب اختلال روانی و تضعیف عملکرد فرد می‌شود (۱). به چنین حالتی ملال جنسیتی (Gender Dysphoria)، می‌گویند. مشخصه اصلی ملال جنسیتی عبارت است از ناهمخوانی شدید بین تجربه فرد از جنسیت خود (یا نحوه ابراز آن) و جنسیتی که جامعه به فرد اختصاص داده است، به همراه تمایل قوی به مطابقت داشتن با جنسیتی که آن را تجربه می‌کند نه جنسیت اختصاص داده شده، که باعث رنج یا نقص از لحاظ بالینی معنی‌دار می‌شود (۲).

فرد مبتلا با جنسیت مخالف خود هویت‌سازی کرده و از زندگی سازگار با کالبدی که با آن متولد شده است، احساس ناراحتی می‌کند. تظاهرات این حالت عبارت هستند از: آرزوی دایم برای تبدیل شدن به جنس مخالف، طرد کالبدی که طبیعت برای وی مقرر داشته است، پوشیدن لباس‌های جنس مخالف، و ایفای نقش جنسیتی مخالف. در فرد نوجوان یا بزرگسال ممکن است تلاش برای تغییر کالبد بیرونی به روش طبی یا جراحی و سازگار کردن آن با حس درونی فرد از خویشتن نیز دیده شود (۳).

علت‌های این وضعیت کاملا روشن نیستند، اما به نظر می‌رسد عوامل زیستی، روان‌شناختی، و اجتماعی– فرهنگی نقش مهمی داشته باشند (۴).

گمان می‌شود که بخش اعظم هویت جنسی– هم بهنجار و هم ترانس سکسوال– از یک فرایند هورمونی مفروض ناشی می‌شود که در جریان ماه‌های دوم تا چهارم بارداری روی می‌دهد. در این نظریه میزان زیادی از هورمون مذکرکننده در جنینی که به لحاظ کروموزومی مذکر (XY) است، هم باعث شکل‌گیری اندام‌های جنسی مردانه می‌شود و میزان ناکافی این هورمون باعث شکل‌گیری اندام‌های جنسی مردانه اما هویت جنسی زنانه– ترانس سکسوال مرد به زن (Transsexual M to F)– می‌گردد و بر عکس، در جنینی که به لحاظ کروموزومی مؤنث (XX) است، ترشح ناکافی هورمون مردانه باعث شکل‌گیری اندام‌های جنسی زنانه و هویت جنسی مؤنث می‌گردد اما چنان‌چه ترشح هورمون مذکرکننده زیاد باشد، اندام‌های جنسی زنان تشکیل می‌شود اما هویت جنسی مردانه– ترانس سکسوال زن به مرد - (Transsexual F to M) ایجاد می‌گردد (۵). یکی از مطالعات نشان داده که ملال جنسیتی با اختلال در قسمت‌هایی از مغز که رفتار جنسی را کنترل می‌کنند ارتباط دارد. (BSTc یا bed nucleus of the stria terminalis) ، قسمتی از مغز است که در رفتار جنسی اهمیت دارد و اندازه آن در مردان بزرگ‌تر از زنان است. اما کالبد شکافی مغز ۶ مرد که در طول حیات خود برای زن شدن تحت عمل جراحی تغییر جنسیت (Sex Reassignment Surgery)، قرار گرفته بودند، نشان می‌دهد که این منطقه مغز همه آن‌ها اندازه زنانه داشته است. در سال ۲۰۰۰ ، یک تحقیق بسیار کنترل شده نشان داد که امکان به ارث رسیدن ملال جنسیتی خیلی زیاد است (۶).

ولی همان‌طور که اشاره شد دلیل قطعی این عارضه (ملال جنسیتی) کاملا مشخص نیست و در سبب‌شناسی (Etiology)، علاوه بر عوامل زیستی، عوامل روانی – اجتماعی نیز دخیل هستند. در مورد عوامل روانی – اجتماعی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.12.9]

می توان به نقش خانواده اشاره کرد (۴). انجمن روان‌شناسی آمریکا (APA)، خانواده را چنین تعریف می‌کند: ((به گروهی متشکل از دو یا چند شخص که به واسطه‌ی ازدواج، فرزندخواندگی، همخانگی و تولد به یکدیگر مرتبط می‌گردند و به عنوان اهالی یک خانه در کنار هم سکنی می‌گزینند، خانواده می‌گوییم)) (۷).

در خانواده اعضا به صورت گروه سازمان‌دهی شده‌اند و یک کل ساخته‌اند که از مجموع یکایک اجزای آن، فراتر است. درک و آگاهی از روابط پویای مؤلفه‌ها (اعضای خانواده) به مراتب روشنگرتر از جمع‌بندی این مؤلفه‌ها است. روابط اعضای خانواده پیچیده است و در آن تفرقه، اتحاد، تبانی، و تنش وجود دارد. علیت موجود در درون نظام خانوادگی از نوع حلقوی و چندسویه است (۸).

در سه دهه گذشته مدل استرس- استعداد ابتلا (Stress Diathesis model)، به آسیب‌شناسی روانی در این زمینه مسلط بوده است. این مدل بیانگر دیدگاه تعاملی است و فرض می‌کند که مواجهه با یک محیط استرس‌زا (از جمله شرایط حاکم بر روابط اعضای خانواده) می‌تواند در فرد آسیب‌پذیر منجر به اختلال رفتاری می‌شود. به عبارت دیگر با درگیری بیشتر احساسی و هیجانی افراد و استفاده از مکانیسم‌های ناپخته سازگاری، شرایط تنش درون خانواده افزایش یافته و در نهایت می‌تواند زمینه بروز استرس را در افراد خانواده فراهم کند.روی دیگر این سکه مسأله محیط‌های حائل است، یعنی محیط‌هایی که با فراهم کردن تجاربی برای فرد او را در برابر استرس مقاوم می‌سازند (۵).

از طرفی وقتی فردی از خانواده به بیماری مزمنی مبتلا شود استرسی بر کل خانواده وارد خواهد شد و به طبع بر نحوه تعاملات و روابط تأثیر خواهد گذاشت و در این بین می‌توان از ملال جنسیتی نام برد. خانواده، همسالان و سایر بزرگسالان بر تحول هویت جنسی در کودکان نقش دارند. رجحان‌های مربوط به جنسیت خود، یا رفتارهای نقش جنسیتی (برای مثال انتخاب اسباب‌بازی‌ها، بازی‌ها و لباس پوشیدن) در حدود دو سالگی آغاز می‌شود و این رفتارهای مبتنی بر تصورات قالبی تا چهار و نیم سالگی رشد زیادی می‌یابند. اما به درستی معلوم نیست که آیا اول هویت جنسی (Gender identity)، شکل می گیرد یا رفتارهای مربوط به نقش جنسیتی (Gender role)، (برای مثال من یک دختر هستم، پس چیزهای دخترانه را می خواهم و یا برعکس (۹).

پژوهشگران در یک تحقیق، به اهمیت ترجیح والدین برای فرزندی از جنس مخالف پرداختند. اطلاعاتی که تأیید کند آرزوی والدین برای داشتن دختر می تواند باعث شود پسر به ملال جنسیتی مبتلا گردد یا بالعکس، وجود ندارد؛ اما یافته‌هایی وجود دارند حاکی از آن‌که، در برخی مادران پسرهای مبتلا به اختلال هویت جنسی، ناخشنودی از به دنیا آوردن پسری دیگر به جای دختر، می‌تواند به صورت منفی بر رابطه او با پسرش تأثیر گذاشته باشد (۴).

این‌طور گزارش شده است که اغلب کودکان مبتلا به اختلال هویت جنسی، دلبستگی ناایمن دارند و این مسأله بر تنظیم عاطفی و ارزش خود آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۱۱-۱۰).

مطالعات بیانگر آن است که بین اختلال هویت جنسی و غفلت هیجانی والدین (۱۳-۱۲) و طرد والدین در آزمودنی‌های مذکر رابطه وجود دارد (۱۴).

Stoller ، به صورت خاص، عوامل خانوادگی مؤثر در ایجاد اختلال هویت جنسی در دختران و پسران را توصیف کرد. در مورد پسران، به وجود رابطهٔ بیش از حد نزدیک به مادر و فاصله با پدر اشاره می‌کند و در مورد دختران، به وجود مادر افسرده در طی ماه‌های اولیهٔ زندگی و پدرانی که غایب هستند و حمایتگر مادران نیستند اشاره می‌کند. Marantz & Coates، بر نقش اولیه و مهم مادر و اختلالات مربوط به سازگاری و سبک‌های دلبستگی بین مادر و کودک تأکید می‌کنند و معتقد هستند سبک‌های دلبستگی ناایمن می‌تواند بر رشد اولیه کودکان تأثیر منفی بگذارد. Bleiberg et al بروز ملال جنسیتی را به ناتوانی کودکان در سازگاری با از دست دادن یک والد یا به اهمیت وابستگی آن‌ها در سنین کودکی مربوط می‌داند (۱).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.12.9]

نتایج پژوهش رضائی و همکاران نشان داد که کارکرد خانواده، آمیختگی عاطفی، کنترل رفتار، و پاسخگویی عاطفی در گروه با اختلال هویت جنسی نسبت به گروه مقایسه دارای اختلاف معنادار و از کارائی پایین‌تری برخوردار بود، در حالی که این تفاوت در مورد ابعاد کارکردی (نقش‌ها، حل مسأله و ارتباط) به طور معنی‌دار به چشم نمی‌خورد (۱۵).

یافته‌های پژوهش یزدان پناه و صمدیان، نشان داد که در متغیرهای مختلف فردی و خانوادگی، نظیر نوع رفتار والدین در دوران کودکی، برخورد با کودک در زمینهٔ یادگیری الگوهای رفتاری مناسب جامعه، همراهی عاطفی اعضای خانواده، آمیختگی عاطفی، ارتباط مؤثر اعضا در درون خانواده، تجربهٔ سوءاستفاده جنسی و استفاده از لباس‌ها، آرایش و رفتار جنس مخالف در کودکی، بین گروه با اختلال هویت جنسی و گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۱۶) .

بهروان و بیانی، در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که متغیرهای «احساس رضایت از کنش اجتماعی با همسالان همجنس» و «کسب تأیید اجتماعی از سوی همسالان همجنس» رابطه معنی‌دار و معکوسی بر اختلال هویت جنسی دارند و متغیرهای «اختلال در جامعه‌پذیری» ، «اختلال در همانندسازی» ، «میزان تأثیرپذیری از الگوی رفتاری غیرهمجنس» ، و «دریافت برچسب اجتماعی جنس مخالف از سوی دیگران» به صورت معنی‌دار و مستقیم با اختلال هویت جنسی دارای رابطه‌ی معنی‌دار هستند، نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که عوامل اجتماعی با تأکید بر یادگیری اجتماعی و عوامل خانوادگی با بروز و رشد اختلال هویت جنسی رابطه معنی‌داری دارد (۱۷).

بررسی یافته‌های پژوهش موحد و حسین زاده کاسمانی معتقد هستند که براساس هرم نیازهای مازلو، افراد دچار ملال جنسیتی که نیازهای پایه و اولیه خود را تأمین کرده و به دنبال رفع نیازهای انسانی در سطوح بالاتر هستند، از ناسازگاری و نارضایتی از جنسیت شان کاسته شده و کیفیت زندگی شان به مراتب افزایش می یابد .این مسأله بیانگر متفاوت بودن سطوح کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال هویت جنسی با توجه به تفاوت سطح نیازهای آنان می‌باشد (۱۸).

با توجه به توضیحات فوق و این‌که هنوز دلیل قطعی به وجود آمدن ملال جنسیتی معلوم نمی باشد، و با در نظر گرفتن مدل استرس– استعداد ابتلا که بیان می دارد بوجود آمدن اختلال و پیشگیری از آن از تعامل محیط و ارث حاصل می شود و با در نظر گرفتن این مهم که مهم‌ترین محیط مستقیم مرتبط با هر شخص خانواده وی می باشد که بخش عمده هویت هر شخص در آن شکل می‌گیرد، در این پژوهش محور اصلی بررسی عملکرد خانواده؛ یکی از طبقات راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویراست پنجم) (DSM-5)، یعنی ملال جنسیتی می‌باشد ، به بیان دیگر، مسأله اصلی بررسی این موضوع است که عملکرد خانواده در افراد دچار ملال جنسیتی از دید افراد مبتلا چگونه می‌باشد و آیا تفاوت معنی‌داری در عملکرد خانواده از دید افراد مبتلا و غیر مبتلا وجود دارد یا خیر.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهشی حاضر از نوع تحقیقات توصیفی می‌باشد، که هدف آن به طور کلی تبیین روابط بین پدیده‌ها و افزودن به مجموعه دانش موجود در زمینه نقش عملکرد خانواده در ملال جنسیتی است.

جامعه آماری این پژوهش عبارت است از کلیه افراد مراجعه‌کننده به کلینیک نویدبخش شهرستان اصفهان که بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی واجد ملاک‌های تشخیصی ملال جنسیتی بوده و از طرف پزشکی قانونی شهرستان اصفهان این تشخیص را گرفته‌اند. این افراد شامل اشخاصی از هر دو گروه (زن به مرد – مرد به زن) و در محدوده سنی ۱۹ تا ۴۰ سال با محدوده تحصیلی دیپلم تا کارشناسی بوده‌اند که قبل از عمل تغییر جنسیت قرار داشته‌اند. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش شامل دو گروه مورد مقایسه است که حجم هر گروه ۳۰ نفر می‌باشد که با توجه به نوع طرح پژوهشی (پس رویدادی) کافی است. به دلیل محدودیت در نمونه‌گیری و دسترسی محدود به افراد دچار ملال جنسیتی با شرایط ورود به مطالعه، روش نمونه گیری در دسترس و آسان استفاده شد. گروه بالینی شامل (۲۵ نفر زن به مرد و ۵ نفر مرد به زن)، از بین

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.12.9]

مبتلایان به ملال جنسیتی قبل از عمل تغییر جنسیت انتخاب شدند که تشخیص ملال جنسیتی را سازمان پزشکی قانونی شهرستان اصفهان بر آن‌ها گذاشته بود، و گروه غیربالینی (۱۵ مرد و ۱۵ زن) نیز شامل افرادی بدون هیچ‌گونه سابقه اختلال روانی و با وضع مشابه اقتصادی، تحصیلی و سنی با مبتلایان به ملال جنسیتی بودند که از میان مراجعه‌کنندگان برای تزریقات و پانسمان به مرکز بهداشتی شهرستان اصفهان، که جمعیت وسیع و پراکنده‌ای به آن مراجعه می‌کردند، به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. هر دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شامل سن، تحصیلات و تأهل همتا شدند.

ملاک‌های ورودی به پژوهش:

۱- داشتن تأییدیه پزشکی قانونی شهرستان برای گروه مورد

۲- افرادی که عمل تغییر جنسیت نکرده باشند

۳- سکونت در یک منزل به همراه خانواده مبدأ

۴-نداشتن دوری بیش از یک سال از خانواده

۵-نداشتن حادثه خانوادگی در یک سال اخیر مانند مرگ، جدایی یا بیماری صعب‌العلاج یکی از اعضای خانواده

۶-نداشتن سابقه کیفری، زندان و طلاق

۷-زندگی کردن فقط در شهرستان اصفهان (شهرک‌های اطراف شهرستان اصفهان هم محسوب می‌شود).

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه عملکرد خانواده (Family assessment device)، دارای ۵۳ پرسش است و برای سنجیدن عملکرد خانواده از دیدگاه فرد بر اساس نظریه الوی مک مستر، تدوین شده است. مدل مک مستر برای عملکرد (کارایی) خانواده، شش بعد را در نظر دارد: حل مسأله، ارتباط، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار، و یک بعد عمومی به نام کارکرد کلی. این ابزار در سال ۱۹۸۳ توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاب با هدف توصیف ویژگی‌های سازمانی و ساختاری خانواده تهیه گردیده است و توانایی خانواده را در سازش با خود، وظایف خانوادگی و با یک مقیاس خود گزارش‌دهی مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسش‌نامه شامل ۵۳ سؤال است که به هر یک نمره‌ای بین ۱ ـ ۴ تعلق می‌گیرد. نحوهٔ نمره گذاری طبق پاسخ به گزینه‌های: کاملاً موافقم (۴)، موافقم (۳)، مخالفم (۲)، کاملاً مخالفم (۱)، می‌باشد. مورد اول برای جمله‌های منفی و بالعکس برای جمله‌های مثبت، نشان‌دهنده ناکارامدی خانواده است.در ایران بخاریان، در پژوهشی تحت عنوان بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی FAD اعتبار این آزمون را ۰/۹۳ برآورد کرد. نوروزی نیز در مطالعه‌ای بر روی ۲۸۶ خانواده پایایی همسانی درونی کل مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ، ۰/۹۶ و زیرمقیاس‌ها را بین ۰/۶۰ و ۰/۷۵ برآورد نمود که همگی در سطح ۰/۹۹ معنی‌دار بودند. این پرسش‌نامه نقطه برش نداشته و نمرات بالاتر نشان‌دهنده عملکرد سالم و نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده عملکرد مختل خانواده در هرکدام از حیطه‌ها است (۱۹).

یافته‌ها

برای بررسی عملکرد خانواده افراد دچار ملال جنسیتی و مقایسه آن‌ها با افراد غیر مبتلا، نمره‌های مربوط به عملکرد خانواده به دست آمده از پرسش‌نامه (FAD-53) با استفاده از آزمون آماری t برای گروه‌های مستقل، معنی‌داری تفاوت میانگین‌ها در نرم‌افزار SPSS 19 مورد بررسی قرار گرفت.

در روش‌های پارامتری، فرض می‌کنند که جامعه‌هایی که نمونه‌ها از آن‌ها انتخاب می‌شوند، به صورت بهنجار توزیع شده‌اند. در بسیاری از پژوهش‌ها (به ویژه در علوم اجتماعی)، نمره‌های متغییر وابسته توزیع بهنجار ندارند، خوشبختانه با اندازه نمونه نسبتا بزرگ (برای مثال ۳۰+) تخطی از این مفروضه مشکل جدی ایجاد نمی‌کند. یکی دیگر از مفروضه‌های روش‌های پارامتری این است که نمونه‌ها از جامعه‌هایی با واریانس یکسان به دست آمده باشند. این بدین معنی است که تغییرپذیری نمره‌ها برای هر یک از گروه‌ها یکسان می‌باشد. برای آزمون این مفروضه، SPSS آزمون لون برای یکسانی واریانس را به عنوان بخشی از آزمون t و تحلیل واریانس انجام می‌دهد. مواردی که درجه آزادی‌ها یکسان نمی‌باشد به دلیل این است که در تحلیل داده‌ها سطح معنی‌داری آزمون لون (p=۰/۰۵) یا کمتر بوده و این حاکی از آن بود که واریانس‌های دو گروه یکسان نبوده‌اند، خوشبختانه نرم‌افزار SPSS از قبل برای این وضعیت چاره اندیشیده است و در این حالت از برونداد SPSS اطلاعات ردیف دوم جدول که به Equal variance not assumed اشاره دارد، استفاده می‌شود.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.12.9]

با توجه به جدول و t محاسبه شده برای عملکرد کلی خانواده (t=۱/۴۰۶ ،p=۰/۱۶۷)، از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری بین عملکرد کلی خانواده در افراد دچار ملال جنسیتی و افراد غیر مبتلا وجود ندارد. با توجه به جدول و میانگین‌های حاصله برای دو گروه، ابعاد خانواده که افراد دچار ملال جنسیتی نسبت به افراد غیر مبتلا در آن‌ها از عملکرد پایین‌تری برخوردار هستند، به ترتیب عبارت هستند از: ارتباط (p=۰/۰۰۰)، آمیزش عاطفی (p=۰/۰۰۱)، ایفای نقش (p=۰/۰۰۰)، و حل مشکل (p=۰/۰۴۹).

جدول ۱. نتایج مقایسه ابعاد عملکرد خانواده بین دو گروه افراد دچار ملال جنسیتی و افراد غیر مبتلا

ابعاد	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	درجات آزادی	p
ارتباط	بالینی	۳۰	۱۵/۵۳۳۳	۴/۹۰۴۱۴	۴/۹۷۰	۴۲,۴۴۸	۰/۰۰۰
	غیر بالینی	۳۰	۲۰/۵۰۰۰	۲/۴۳۱۸۳			
آمیزش عاطفی	بالینی	۳۰	۱۷/۲۶۶۷	۲/۹۷۰۳۵	۳/۵۵۱	۵۸	۰/۰۰۱
	غیر بالینی	۳۰	۱۹/۷۳۳۳	۲/۳۷۷۰۹			
ایفای نقش	بالینی	۳۰	۱۸/۹۰۰۰	۶/۰۵۹۱۹	۴/۷۸۵	۴۸,۵۰۲	۰/۰۰۰
	غیر بالینی	۳۰	۲۵/۱۳۳۳	۳/۷۶۶۷۶			
حل مشکل	بالینی	۳۰	۱۵/۸۳۳۳	۲/۶۲۷۲۲	۲/۰۱۱	۵۸	۰/۰۴۹
	غیر بالینی	۳۰	۱۷/۱۶۶۷	۲/۵۰۶۳۱			
همراهی عاطفی	بالینی	۳۰	۱۸/۲۳۳۳	۳/۷۵۷۱۴	۱/۸۸۸	۵۸	۰/۰۶۴
	غیر بالینی	۳۰	۱۹/۸۶۶۷	۲/۸۸۵۵۶			
کنترل رفتار	بالینی	۳۰	۲۶/۰۶۶۷	۴/۶۰۰۸۵	۱/۹۶۸	۵۸	۰/۰۵۴
	غیر بالینی	۳۰	۲۸/۲۰۰۰	۳/۷۵۴۵۴			
عملکرد کلی	بالینی	۳۰	۳۴/۶۳۳۳	۷/۸۸۰۵۰	۱/۴۰۶	۴۴/۶۵۵	۰/۱۶۷
	غیر بالینی	۳۰	۳۶/۹۳۳۳	۴/۲۶۶۴۲			

بحث و نتیجه‌گیری

با با توجه به جدول، عملکرد کلی خانواده افراد دچار ملال جنسیتی تفاوت معنی‌داری با افراد غیر مبتلا ندارد، البته بر اساس فرضیات انتظار می‌رفت که عملکرد کلی خانواده مختل باشد ولی یافته‌ها چنین نمی‌باشد، بر حسب این نتیجه‌گیری می توان این‌طور فرض کرد که عملکرد کلی خانواده افراد دچار ملال جنسیتی به صورت نسبتا مطلوب می‌باشد که این یافته بر خلاف یافته‌های پژوهش رضائی و همکاران، یزدان پناه و صمدیان می‌باشد (۱۶–۱۵). یک دلیل می‌تواند محافظه کاری این افراد در پاسخ‌دهی باشد و از سوی دیگر ساختار متفاوت فرهنگی در شهر اصفهان که در نتیجه آن افراد محافظه کارتر بود و از سوی دیگر به رسوم سنتی و حفظ روابط با خانواده بیشتر اهمیت می‌دهند. هم‌چنین در مؤلفه ارتباط تفاوت معنی‌داری بین دو گروه یافت شد، می‌توان چنین استنباط کرد که ارتباط مختل در خانواده این افراد خود سبب سردرگمی بیشتر اعضا گشته و زمینه را برای سردرگمی نقش‌های جنسیتی بیشتر می‌کند، که این مسأله با یافته‌های پژوهش Stoller ، یزدان پناه و صمدیان همسو (۱۶–۱) و با پژوهش رضائی و همکاران ناهمسو می‌باشد (۱۵). تفاوت معنی‌داری نیز بین دو گروه در مؤلفه‌های آمیزش عاطفی، ایفای نقش و حل مشکل وجود دارد که عملکرد خانواده‌های

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.12.9]

دچار ملال جنسیتی پایین‌تر از افراد سالم است. تفاوت معنی‌دار در آمیزش عاطفی بدان معنی است که در این خانواده‌ها فقدان آمیزش عاطفی، آمیزش عاطفی عاری از احساس یا آمیزش عاطفی بیش از حد وجود دارد، این یافته با پژوهش Zuker & Bradley ، Coates et al ، رضائی و همکاران، یزدان پناه و صمدیان همسو می‌باشد (۱۶-۱۵، ۱۱-۱۰). هم‌چنین در مؤلفه ایفای نقش تفاوت معنی‌دار یافت شد، که می‌توان چنین برداشت کرد که ممکن است در خانواده‌های افراد دچار ملال جنسیتی نقش‌ها به وضوح و درستی تعریف نشده باشند یا حتی نقش‌ها به شیوه بسیار خشک و متعصبانه می‌باشند، این یافته ناهمسو با پژوهش رضائی و همکاران (۱۵) و همسو با پژوهش بهروان و بیانی (۱۷) می‌باشد. آخرین مؤلفه که بین دو گروه تفاوتش معنی‌دار به دست آمد حل مشکل می‌باشد و می‌توان گفت رسیدگی به مسائل روزمره در این خانواده‌ها با مشکل همراه می‌باشد و این خانواده‌ها ناتوان در حل مشکلات اساسی هستند و یا شیوه حل مسأله را به کار نمی‌برند یا حتی می‌توان پایین بودن کیفیت زندگی این افراد را مانعی بر سر حل مشکلات دانست، این یافته نیز ناهمسو با نتیجه پژوهش رضائی و همکاران (۱۵) و همسو با پژوهش موحد و حسین‌زاده کاسمانی (۱۸) می‌باشد. در این پژوهش در مؤلفه‌های همراهی عاطفی و کنترل رفتار تفاوت معنی‌دار یافت نشد، یعنی خانواده افراد دچار ملال جنسیتی در این دو مؤلفه کارکرد نسبتا مناسبی دارند، این نتیجه خلاف یافته‌های، Stoller ، Parker & Barr ، Rekerz et al ، رضائی و همکاران، یزدان پناه و صمدیان می‌باشد (۱۶-۱۵، ۱۳-۱۲، ۱).

با یک جمع‌بندی کلی می‌توان این‌طور نتیجه گرفت که وجود فردی با ملال جنسیتی در خانواده با، ارتباط، مسائل احساسی و عاطفی، ایفای نقش‌ها و حل مسأله ارتباط قوی‌تری دارد. البته ذکر این نکته لازم است که تقدم و تأخر این رابطه به درستی معلوم نیست و حتی اگر بنیان این دو متغیر بر دیگری پیشی داشته باشد نمی‌توان منکر اثرات زمینه‌ساز در جهت نگهداری و تشدید خود مشکل اولیه شد. در واقع چه عملکرد خانواده و مؤلفه‌های آن باعث این حالت شود و چه ملال جنسیتی باعث اختلال در مؤلفه‌های عملکرد خانواده، در هر دو حالت تأثیر و تأثر به صورت حلقوی یا سیکل معیوب می‌باشد یعنی مثلا اگر حتی عملکرد خانواده در بروز ملال جنسیتی پیشی داشته باشد، خود ملال جنسیتی نیز می‌تواند در جهت پایین بودن عملکرد خانواده یا تشدید آن مؤثر واقع شود. با توجه به این مطالب شاید با طراحی برنامه‌هایی برای آموزش مهارت به خانواده این افراد چه به صورت آگاه‌سازی و چه به صورت خانواده درمانی بتوان بعضی عوامل نگهدارنده و تشدید کننده ملال جنسیتی را تعدیل نموده و در درمان آن‌ها کمک کرد. از طرف دیگر افراد ملال جنسیتی که به پزشکی قانونی مراجعه می‌کنند عموما خواهان تغییر جنسیت هستند و در این بین، خانواده می‌تواند با مکانیسم‌های سازگاری ناپخته و هیجان محور، سد بزرگی پیش روی این افراد باشد و خود این مسأله می‌تواند باعث بروز مشکلات دیگری می‌شود که وضع این افراد را چه برای تشخیص و چه درمان مشکل‌تر کند، کمک به این افراد می‌تواند در برداشتن موانع احتمالی موثر واقع شود. حتی شاید بتوان از این نتایج به عنوان عامل پیشگیری‌کننده استفاده کرد، بدین ترتیب که با آگاهی دادن به خانواده‌ها در مورد این افراد و نیازهای عاطفی و تربیتی فرزندان احتمال بروز ملال جنسیتی را کاهش داد، این مسأله هم می‌تواند به صورت آگاهی دادن عمومی (چه در رسانه، چه با بروشورهای مکتوب و...)، و هم در موارد بالینی در کلینیک‌های مشاوره و روان درمانی و مطب‌های روان‌پزشکی به اجرا در آید.

در پایان مثل هر پژوهش دیگری این پژوهش نیز عاری از محدودیت نیست. محدودیت‌های این پژوهش عدم دسترسی به تعداد زیاد افراد دچار ملال جنسیتی و محدود بودن این پژوهش فقط به شهرستان اصفهان می‌باشد بنابراین پژوهشگران معتقد هستند برای تعمیم نتایج این مطالعه به سایر افراد دچار ملال جنسیتی در ایران باید احتیاط کرد.

از آنجایی که این پدیده هنوز برای خیلی افراد در کشور ناشناخته یا تابو محسوب می‌شود، و به طبع برای مداخله و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.12.9]

درمان بهتر به اطلاعات به روزتری نیاز است پیشنهاد می‌شود متخصصین مربوطه (روان‌پزشک، روان‌شناس بالینی، جراحان متخصص در اعمال بازسازی مربوط به دستگاه تناسلی، و...)با همکاری یکدیگر پژوهش‌های متعددی در زمینه این اختلال انجام داده و با اتخاذ رویکردهای چندوجهی و ترکیبی از تخصص‌های مختلف، به این بیماران کمک نمایند. پژوهشگران معتقد هستند که استفاده از تجربیات و نیازسنجی از افراد دچار ملال جنسیتی می‌تواند علاوه بر شناخت بهتر این اختلال و جنبه‌های مختلف آن در جهت طراحی روش‌های مداخله مبتنی بر فرهنگ ایرانی و در جهت محافظت افراد از آسیب‌های احتمالی به دلیل کارکردهای مختل خانواده سودمند باشد.

تشکر و قدردانی

از کلیه کارکنان کلینیک نوید بخش شهرستان اصفهان که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند، تشکر می‌نماییم.

References

1. Ceglie D D. Gender Identity Disorder in Young People. Journal of Advances in Psychiatric Treatment 2000; 6: 458-66.
2. First M. DSM-5 Handbook of Differential Diagnosis. Trans. Ganji M. Tehran: Savalane; 2014. P: 298.
3. Frances A. Essentials of psychiatric diagnosis: responding to the challenge of DSM-5 . Trans. Mansouri Rad A. Tehran: Arjmand; 2013. P. 158.
4. Halgin R P, Whitbourne S K. Abnormal Psychology: Clinical Perspectives on Psychological Disorders. 4 th ed. Trans. Sayed Mohammadi Y. Tehran: Ravan; 2013. P: 31.
5. Seligman M E P, Rosenhan D L, Walker E F. Abnormal Psychology 4th ed. Trans. Rostami R, Nadeali H, Niloofari A. Tehran: Arjmand; 2012. P: 185-86 & 138-9.
6. Ganji M. Abnormal Psychology DSM-5. Volume II. Published: Fourth. Tehtan: Savalane, 2014 . P. 222. [In Persian].
7. Hosseini B. Field of couple therapy. Tehran: Jungle; 2010. P: 5. [In Persian].
8. Goldenberg I, Goldenberg H. Family Therapy: An Overview. Trans. Shahi Baravati H R, Naghshbandi S, Arhmand E. Tehran: Ravan; 2014. P: 61.
9. Zucker K J, Green R. psychosexual disorders in child and adolescent. Journal of psychology and psychiatry 1992; 33: 107-51.
10. Coates S, Friedman RC, Wolfe S. The etiology of boyhood gender identity disorder: A model for integrating temperament, development, and psychodynamics. Psychoanalytic Dialogues 1991; 1: 481-523.
11. Zucker K J, Bradley S J. Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents. New York: Guilford Press; 1995.
12. Parker G, Barr R. Parental representations of transsexuals. Archive of Sexual Behavior 1982; 11: 221-230.
13. Rekers G A, Mead S L, Rosen A C, Brigham, S L. Family correlations of male childhood gender disturbance. Journal of Genetetic Psychology 1983; 142: 31-42.
14. Simon L, Zsolt U, Fogd D, Czobor P. Dysfunctional core beliefs, perceived parenting behavior and psychopathology in gender identity disorder; A comparison of male-to-female, female-to-male transsexual and nontranssexual control subjects. Behavior Therapy and Experimental psychiatry 2011; 42: 38-45.
15. Rezaei O, Saberi S M, Shahmoradi H, Malek Khosravi Gh. Family function in patients with gender identity disorder .Journal of Rehabilitation 2007; 8: 58-63. [In Persian].
16. Yazdanpanah L, Samadian F. Gender identity disorders with an emphasis on the role of family: Comparative studies of patients referred to Kerman Welfare Organization. Social Studies Iran 2011; 1. [In Persian].
17. Behravan H, Bayani F. Social factors affecting the intensity of Gender Identity Disorder. Journal of Social Sciences Faculty of Literature and Humanities University of Mashhad 2011; 1: 19-45. [In Persian].
18. Movahed M, Hosseinzadeh Kasmani M. The relationship between gender identity disorder and quality of life. Quarterly Journal of Social Welfare 2011; 44: 111-142. [In Persian].
19. Saatchi M, Kamkari K, Asgarian M. Psychological tests. Tehran: Virayesh; 2012. P: 201-5. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.12.9]

Perception of people with and without Gender dysphoria regarding Family function in Isfahan

Salar Goshtasbi Asl [1], Sam Goshtasbi Asl [2], Mehrdad Salehi [3], Mitra Molaeinezhad [4]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Gender Dysphoric disorder is a phenomenon with unclear cause and has a strong impact on affected person and his/her family. We designed a study to compare perception of people with and without Gender dysphoria regarding Family function.

Methods and Materials: During a correlatioal study and through easy sampling we included 30 Gender dysphonic people and 30 non Tran's participants from people who were referring to Navid bakhsh clinic in Isfahan. All participants completed Farsi version of FAD-53 questionnaire and additional questions regarding their demographic data. Data was analyzed using SPSS version 19 with compare means by independent-samples T test.

Findings: The analysis of data indicated a significant differences between two groups about their perception regarding Relationship components (p=0.000), Emotional involvement (p=0.001), Role Playing (p=0.000), Problem solving (p=0.049). The person's with Gender Dysphonic disorder had a low Performance in these components.

Conclusions: Our results show that Gender Dysphoric people have more difficulties in relationship and emotional issues, role playing and problem solving in their families. Our findings might be helpful in planning for intervention in this type of families. Further studies are warranted with greater sample size to compare family functioning and attachment style of gender dysphonic people.

Keywords: Components communication, Emotional involvement, Gender Dysphasia, Family functioning

Citation: Goshtasbi Asl S, Goshtasbi Asl S, Salehi M, Molaeinezhad M. **Perception of people with and without Gender dysphoria regarding family function in Isfahan**. J Res Behave Sci 2015; 13(2): 322-330

Received: 17.06.2015 Accepted: 12.08.2015

1. Master of Sciences in Clinical Psychology,Department of Psychology and Education, South Tehran PNU University, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: salar.goshtasbi.asl@gmail.com
2. Psychologist, Navidbakhsh Clinic, Isfahan, Iran
3. MD,Associate Professor of psychiatry, Behaviorial Sciences Research Centre, Department of Psychiatry, Medical school, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
4. Research Assitant Professr, Behaviorial Sciences Research Centre, Medical school, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.12.9]