

# کارکرد خانواده در بیماران دچار اختلال هویت جنسی

\*دکتر امید رضائی<sup>۱</sup>، دکتر سید مهدی صابری<sup>۲</sup>، حسین شاهمرادی<sup>۳</sup>، غفار ملک خسروی<sup>۴</sup>

## چکیده

**هدف:** اختلال هویت جنسی یک وضعیت نسبتاً نادر است که در آن افراد، هویت جنسی خود را با آنچه ظاهر آنها نشان می‌دهد نامتجانس احساس می‌کنند. از عوامل مهم مرتبط با آن خانواده بوده که احتمالاً در سبب شناسی و در عین حال نگهداری آن مؤثر است. به این ترتیب بررسی رابطه کارکرد خانواده با این اختلال به خصوص در کشور ایران که هدف این مطالعه نیز می‌باشد، می‌تواند در بالا بردن کیفیت کمک به بیماران مبتلا مفید واقع شود.

**روش بررسی:** این پژوهش به روش مقطعی مقایسه‌ای و از نوع مورد - شاهدی و با نمونه‌گیری در دسترس انجام شد که در آن تعداد ۳۷ نفر از مراجعه‌کنندگان به سازمان پزشکی قانونی که تشخیص اختلال هویت جنسی، توسط کمیسیون روانپزشکی در آنها محرز شده بود، پرسش‌نامه‌های اطلاعات فردی و ابزار سنجش خانواده که ابزاری برای بررسی کارکرد خانواده است را تکمیل نمودند (گروه نمونه) و با روش همسان سازی ۳۷ نفر از افراد در دسترس که با ارزیابی روانپزشک فاقد هرگونه اختلال روانپزشکی بودند نیز به عنوان گروه مقایسه پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از آزمون تی برای گروه‌های مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که «کارکرد خانواده» ( $P=0/034$ ) و همچنین ابعاد کارکردی «آمیختگی عاطفی» ( $P=0/03$ )، «کنترل رفتار» ( $P=0/021$ ) و «پاسخگویی عاطفی» ( $P=0/009$ ) در گروه نمونه نسبت به گروه مقایسه دارای اختلاف معنادار و از کارایی پایین‌تری برخوردار بود، در حالی که این تفاوت در مورد ابعاد کارکردی «نقش‌ها» ( $P=0/15$ )، «حل مسئله» ( $P=0/16$ ) و «ارتباط» ( $P=0/066$ ) به طور معنادار به چشم نمی‌خورد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش وجود اختلال هویت جنسی در افرادی که دچار مسائل و مشکلات عاطفی، احساسی و هیجانی بیشتری در خانواده هستند محتمل‌تر و کمک‌گسترده‌تر به این افراد از طریق مداخلات خانوادگی می‌تواند مؤثر واقع شود. همچنین آگاهی دادن به خانواده‌ها در مورد نیازهای عاطفی و تربیتی فرزندان، احتمال بروز این اختلال را کاهش می‌دهد.

**کلید واژه‌ها:** اختلال هویت جنسی / کارکرد خانواده / آمیختگی عاطفی / کنترل رفتار / پاسخگویی عاطفی / نقش‌ها / حل مسئله / ارتباط

- ۱- روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۲- روانپزشک، عضو هیئت علمی سازمان پزشکی قانونی
- ۳- کارشناس روانشناسی بخش روانپزشکی سازمان پزشکی قانونی
- ۴- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، خانواده درمانگر بیمارستان رفیده

تاریخ دریافت مقاله: ۸۶/۱/۲۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۶/۴/۱۰

\*آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن‌بست کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه روان پزشکی  
تلفن: ۲۲۱۸۰۱۴۰

\*E-mail: dr.rezaei@uswr.ac.ir



## مقدمه

هویت جنسی<sup>۱</sup> یک حالت روانشناختی است که بازتاب احساس درونی شخص از مرد یا زن بودن خویش است. هویت جنسی به یک رشته نگرش‌ها، الگوهای رفتاری و سایر صفاتی که معمولاً با مردانگی و زنانگی مربوطند و توسط فرهنگ خاص افراد تعیین می‌شوند متکی است. کسی که از نظر هویت جنسی سالم است با اطمینان می‌تواند بگوید من یک مرد هستم یا من یک زن هستم (۱).

طبق DSM-IV-TR<sup>۲</sup>، خصوصیت اساسی اختلال هویت جنسی<sup>۳</sup> وجود ناراحتی شدید و مستمر در کودک در مورد جنس معین شده خود و میل شدید یا اصرار بر متعلق بودن به جنس مقابل است. دخترها و پسرها از لباس پوشیدن کلیشه‌ای طبیعی دخترانه یا پسرانه منحرف شده و خصوصیات تشریحی خاص خود را رد می‌کنند (۱). در DSM-IV-TR این اختلال به سه گروه ۱- اختلال هویت جنسی در کودکان، ۲- اختلال هویت جنسی در نوجوانان و بزرگسالان و ۳- اختلال هویت جنسی که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده، دسته بندی شده است (۱، ۲). اکثر تخمین‌های شیوع، بر تعداد کسانی که در جستجوی جراحی برای تغییر جنس بر می‌آیند متکی است (۲) و در بزرگسالان به نظر می‌رسد که یک مورد در یازده هزار مرد و یک مورد از هر سی هزار نفر زن باشد (۳).

در سبب شناسی عوامل زیست‌شناختی<sup>۴</sup> و عوامل روانی - اجتماعی<sup>۵</sup> از مهمترین نظریه‌ها هستند. در مورد عوامل روانی - اجتماعی باید گفت که کودکان هماهنگ با جنسی که با آن پرورش می‌یابند<sup>۶</sup> که جنس تعیین شده<sup>۷</sup> نیز نامیده می‌شود و بر پایه مزاج کودک، کیفیات والدین و تعامل بین آنها متکی است هویت جنسی پیدا می‌کنند. از نظر جنسی نقشهای جنسی مقبولی وجود دارد که این نقشها آموخته می‌شوند. هر چند برخی از محققین معتقدند که بعضی از دخترها مزاجاً ظریف و حساس هستند و برخی از پسرها پرخاشگرتر و پرانرژی‌تر، صفاتی که به طور کلیشه‌ای در هر فرهنگی به ترتیب به زنانگی و مردانگی تعبیر می‌شوند (۲). خانواده شبکه‌ای از ارتباطات است که در آن والدین و فرزندان در فرایندی دو سویه با همدیگر تعامل دارند. در این مجموعه طرفین تأثیرات بسیار شگرفی بر یکدیگر می‌گذارند. در دیدگاه رشدنگر آسیب‌شناسی روانی می‌توان پیشگویی کرد که چگونه عوامل چندگانه زمینه‌ساز و حمایت کننده، شامل عوامل زیست‌شناسی و محیط خانوادگی برای تأثیرگذاری بر سیر بیماری باهم ارتباط متقابل دارند. از طرفی هرگاه فرزند خانواده به بیماری مزمن مبتلا گردد، استرسی بر خانواده وارد خواهد نمود و از بین این بیماریهای مزمن می‌توان از اختلال هویت جنسی نام برد.

اختلال هویت جنسی در کودکان، درگیر شدن و مشارکت خانواده را فراخوانی می‌کند. آشکار شدن راز سردرگمی هویت جنسی در کودکان بزرگتر، نوجوانان و بالغین پیچیده‌تر است، به خاطر اینکه واکنش‌های خانواده، خود می‌تواند بخشی از مشکل شود. واکنش‌های معمول شرم، ناامیدی، خشم نسبت به توقف روند طبیعی و ترس مرضی نسبت به همجنس‌بخشی از بار مسئولیت فرزند می‌شود (۴).

لوکیانویک (۱۹۵۹) نقش معکوس والدین را در همین رابطه نشان داده است (مثلاً مادر خشن و پدر تسلیم شونده) که می‌تواند سبب همانندسازی با والد معکوس شود. بال (۸-۱۹۶۷) در یک مطالعه مقایسه‌ای بر روی ۳۰ نفر دگر جنس باور<sup>۸</sup>، ۳۰ نفر هم‌جنس‌گرا<sup>۹</sup>، ۳۰ نفر نمایشگر<sup>۱۰</sup> و ۹۰ نفر روان‌نژند<sup>۱۱</sup>، نمای پدری نالایق و بی‌کفایت را مشخص کرده است و نتیجه می‌گیرد که شکست واضح در همانندسازی مردانه، همراه با تداوم همانندسازی زنانه در مبتلایان مرد دگر جنس باور وجود دارد. او به این نکته اشاره می‌کند که هر چند غیبت والدین و رابطه پدر فرزندی مختل در سایر اختلالات روانپزشکی نیز ممکن است وجود داشته باشد، اما به نظر می‌رسد که تعداد و شدت آن به طور قابل ملاحظه‌ای کمتر از اختلال هویت جنسی باشد (۵).

موکانافی و باربیچ (۱۹۷۲) در مطالعه‌ای بر روی ۲۹ نفر مرد همجنس‌گرا، ۳۴ نفر مرد دگر جامه پوش<sup>۱۲</sup>، ۲۱ نفر مرد دگر جنس باور و ۳۰ نفر مرد گروه گواه که نیمی از آنان روان‌نژند بودند، چنین گزارش کرده‌اند: افرادی که تمایل به همجنس‌گرایی، دگر جامه پوشی و دگر جنس باوری از خود نشان می‌دهند در دوران کودکی پدرانشان یا فاقد علاقه به آنها بوده و یا از منزل غایب بوده‌اند (۵).

استالر (۱۹۷۲) در مطالعه‌ای روی ۱۳ نفر زن دگر جنس باور نشان داد که مادرها اغلب از نظر روان‌شناختی از خانواده خود جدا بوده‌اند. دختر کوچولو از طرف مادرش همانند یک نوزاد دختر احساس نشده و مادر احساسی نسبت به نوزاد نداشته یا اینکه کودک از احساسات مادرانه بعلت بیماری هیجانی مادر (معمولاً افسردگی) محروم بوده است و پدر نیز همسرش را در این رنج کمک نکرده است. بنابراین رفتارهای مردانه کودک تشویق شده و رفتارهای زنانه او تشویق نمی‌شود (۶).

تسویی در مورد تأثیر والدین در دگر جنس باوری، طی پژوهشی ۶۲ نفر مرد و ۳۱ نفر زن مبتلا به GID را با گروه گواه از نظر فردی و اجتماعی مقایسه نمود و گزارش کرد که بررسی ارتباط هیجانی والدین با بیمار

1- gender identity  
2- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) (Text Revision)  
3- gender identity disorder  
4- biologic  
5- psycho-social  
6- sex of rearing  
7- assigned sex  
8- Transsexual  
9- Hosexual  
10- Exhibitionism  
11- Neurotic  
12- Transvestite



نشان می‌دهد که مادران در تربیت افراد مورد مطالعه نسبت به پدران نقش بیشتری دارند و پدرها ارتباط کمتری با بیماران مبتلا به GID دارند (۷). زاگر و برادلی (۱۹۹۵) ارتباط عاطفی والدین و فرزندان را در شکل‌گیری اختلال هویت جنسی مؤثر دانسته و در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آزاد گذاشتن فرزندان از نظر بروز رفتارها در طولانی مدت باعث تثبیت آن رفتارها و شکل‌گیری هویت جنسی خواهد شد. همچنین عواملی که در کودکان اضطراب ایجاد کند نیز می‌تواند منجر به اختلال هویت جنسی گردد (۸). شرمین (۱۹۸۵) نیز در مورد ارتباط به همین نتیجه رسیده بود (۹)، اما گرین (۱۹۸۷) دریافته بود که پسران مبتلا به این اختلال از طرف والدین بیشتر تحت کنترل قرار می‌گرفتند (۱۰). همینطور کوتیس (۱۹۹۲) نیز عدم امنیت در خانواده را با بروز اختلال هویت جنسی فرزندان مربوط دانسته بود (۱۱). با توجه به اینکه هیچکدام از پژوهش‌های یاد شده کارکرد خانواده را به طور مدون ارزیابی نکرده‌اند و از طرفی این ارزیابی به طور کلی در ایران صورت نگرفته تا با توجه به فرهنگ خاص کشورمان بتواند راهکارهایی را برای تصمیم‌گیری بهتر در اختیار دست‌اندرکاران بهداشت روانی کشور قرارداد و برنامه‌های مؤثرتری را برای کمک بیشتر به مبتلایان به این اختلال مطرح سازد، این پژوهش به منظور نیل به این اهداف به بررسی رابطه بین کارکرد خانواده و بروز اختلال هویت جنسی پرداخته تا مشخص شود چگونه خانواده می‌تواند بر بروز این بیماری تأثیر داشته باشد.

#### روش بررسی

این مطالعه به روش مقطعی مقایسه‌ای و از نوع مورد - شاهدی انجام شد که در آن گروه مورد، بیماران دچار اختلال هویت جنسی بودند که با انتخاب هدفمند از نمونه‌های در دسترس انتخاب شدند. گروه شاهد نیز از طریق همسان‌سازی با گروه مورد در متغیرهایی مانند سن، جنس و سطح تحصیلات، از بین دانشجویان و کارمندان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی که عدم هرگونه اختلال هویت جنسی و روانپزشکی در آنها از طریق مصاحبه و معاینه روانپزشک مسجل شده بود، انتخاب شدند. جامعه پژوهش جهت انتخاب گروه مورد، بیماران دچار اختلال هویت جنسی مراجعه‌کننده به سازمان پزشکی قانونی بودند که تشخیص اختلال هویت جنسی نوع نوجوانی و بزرگسالی توسط کمیسیون روانپزشکی سازمان مزبور در مورد آنها محرز شده و تقاضای تغییر جنسیت آنها مورد موافقت قرار گرفته بود. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران ۴۹ نفر محاسبه شد، اما به علت در دسترس نبودن این تعداد، مواردی که لحاظ نمودن ملاکهای شمول و خروج و عوامل مخدوش‌کننده نمونه‌ها، منجر به حذف آنها شد و نیز ازمان پژوهش، به

۳۷ نفر کاهش یافت. این افراد طبق بررسیهای انجام شده توسط سازمان پزشکی قانونی، هیچگونه اختلال کروموزومی و هورمونی یا اختلالاتی نظیر هیپرپلازی آدرنال، عدم حساسیت آندروژنی یا ... نداشتند و معاینه جنسی ایشان کاملاً مطابق با جنسیت بیولوژیک آنها بود و تشخیص اختلال هویت جنسی و گرایش و میل جنسی به جنس موافق در آنها قطعی بود.

ملاکهای دیگری که باعث خروج از مطالعه در هر دو گروه مورد و شاهد بود شامل: نداشتن خانواده مشخص، دوری بیش از ۲ سال از خانواده، حادثه خانوادگی در یک سال اخیر مانند مرگ یا جدایی و نیز بیماری صعب‌العلاج یکی از اعضای خانواده که همه این موارد می‌توانند اثر مخدوش‌کنندگی بر کارکرد خانواده داشته باشند. با توجه به محدود بودن تعداد مراجعه‌کنندگان و لزوم لحاظ کردن تمامی شرایط فوق، زمان نمونه‌گیری و جمع‌آوری اطلاعات بیش از ۲۱ ماه به طول انجامید. به کلیه شرکت‌کنندگان 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 تصمیم‌گیری و نتایج اخذ شده نداشته و هیچ پیامدی متوجه آنها نخواهد بود. همچنین آنها حق داشتند هرگاه مایل بودند از ادامه همکاری انصراف دهند و با لحاظ کردن تمامی شرایط و خواسته‌های آنها، رضایت نامه کتبی مبنی بر موافقت با شرکت در پژوهش از آنها اخذ و سپس ابتدا پرسشنامه اطلاعات فردی و خانوادگی و بعد ابزار پژوهش یعنی پرسشنامه سنجش خانواده در اختیار آنها قرار گرفت. لازم بذکر است که ابتدا ۴۹ نفر پرسشنامه اطلاعات فردی و خانوادگی را تکمیل نمودند که با بررسی این اطلاعات و وجود متغیرهایی که به صورت مزاحم در متغیر وابسته (کارکرد خانواده) تأثیر می‌گذاشتند و لحاظ کردن ملاکهای خروج ذکر شده، تعدادی از نمونه‌ها حذف و نهایتاً ۳۷ نفر به مرحله اصلی و نهایی پژوهش راه یافتند. توضیح اینکه مردان این گروه به لحاظ هویت جنسی خود رازن می‌دانستند و تماماً آبراز تمایل به برقراری رابطه جنسی با مردان داشتند و زنان این گروه هم به لحاظ هویت جنسی خود را مرد می‌دانستند و تمایل به رابطه جنسی با زنان داشتند.

بدین ترتیب کار جمع‌آوری اطلاعات در هر دو گروه به پایان رسید و این اطلاعات با استفاده از آزمون تی برای گروه‌های مستقل در بسته نرم‌افزاری اس.پی.اس.اس.اس وارد رایانه گردید و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش شامل پرسش نامه اطلاعات فردی و خانوادگی و ابزار سنجش خانواده<sup>۱</sup> FAD بوده است:



پرسش‌نامه با افراد بهنجار مقایسه شده است. لازم به ذکر است که هرچه نمرات بالاتر باشد کارایی پایین‌تر است.

### یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۳۷ نفر از افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی به عنوان گروه مورد و ۳۷ نفر از افراد سالم به عنوان گروه مقایسه شرکت کردند. در هر گروه تعداد ۱۳ نفر مرد و ۲۴ نفر زن بودند. حداقل سن شرکت‌کنندگان ۱۸ و حداکثر آن ۳۰ سال و حداقل تحصیلات ابتدایی و حداکثر آن لیسانس بوده است. مقایسه میانگین‌های به دست آمده در مورد متغیرهای بالا با استفاده از آزمون مجذور خی برای جنس و آزمون تی برای سن و تحصیلات تفاوت معناداری نشان نداد و به این ترتیب دو گروه همسان فرض شدند. سپس میانگین نمرات ابعاد کارکرد خانواده در دو گروه آزمون و کنترل نیز با استفاده از آزمون تی برای گروه‌های مستقل با هم مقایسه شدند که نتایج در جدول مشاهده می‌شود.

مقایسه میانگین نمرات ابعاد مختلف کارکرد خانواده در دو گروه افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی و افراد سالم						
بعد کارکردی	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار آزادی	درجات p
خرده مقیاس کارکرد خانواده	GID	۳۷	۲/۱۹	۰/۶۸	۲/۱۶	۰/۰۳۴
	گواه	۳۷	۱/۸۹	۰/۵۱	۷۲	
ارتباط	GID	۳۷	۲/۲۱	۰/۵۳	۱/۸۶	۰/۰۶۶
	گواه	۳۷	۱/۹۹	۰/۵۱	۷۲	
پاسخ‌گویی عاطفی	GID	۳۷	۲/۳۴	۰/۶۸	۲/۶۷	۰/۰۰۹
	گواه	۳۷	۱/۹۷	۰/۴۸	۷۲	
حل مسئله	GID	۳۷	۲/۰۹	۰/۶۰	۱/۴۲	۰/۱۶
	گواه	۳۷	۱/۹۱	۰/۴۳	۷۲	
کنترل رفتار	GID	۳۷	۲/۱۵	۰/۴۸	۲/۳۶	۰/۰۲۱
	گواه	۳۷	۱/۹۲	۰/۳۳	۷۲	
نقش‌ها	GID	۳۷	۲/۲۶	۰/۴۳	۱/۴۶	۰/۱۵
	گواه	۳۷	۲/۱۲	۰/۳۸	۷۲	
آمیختگی عاطفی	GID	۳۷	۲/۱۶	۰/۵۲	۲/۲۱	۰/۰۳
	گواه	۳۷	۱/۹۳	۰/۳۷	۷۲	
نمرات کل پرسش‌نامه	GID	۳۷	۲/۲۰	۰/۴۷	۲/۴۱	۰/۰۳۴
	گواه	۳۷	۲/۱۹	۰/۶۸	۷۲	

- 1 - McMaster Model of Family Functioning (MMFF)
- 2 - Instrumental
- 3 - affective
- 4 - Problem Solving
- 5 - Communication
- 6 - Roles
- 7 - Affective responsibility
- 8 - Affective involvement
- 9 - Control of behavior

ابزار سنجش خانواده یک پرسشنامه ۶۰ سئوالی است که برای سنجش کارکرد خانواده، توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاپ در سال ۱۹۸۳ بنا بر الگوی مک مستر، تدوین شده است (۱۲). مدل مک مستر از کارکرد خانواده یک مدل سیستمی با جهت‌گیری بالینی از کارکرد خانواده است که خصوصیات رفتاری و ساختاری گروه خانواده و الگوهای تبدلی مهم موجود میان اعضای خانواده را معین می‌کند (۱۳). هر بعد بر روی پیوستاری از کارایی تا ناکارایی اندازه‌گیری می‌شود و به دو طبقه مجزا تقسیم می‌گردد: ابزاری<sup>۱</sup> و عاطفی<sup>۲</sup>. هدف از درمان آن است که خانواده را قادر سازد تا از یک دامنه ناکارآ به سوی دامنه‌ای کارآتر حرکت کند.

این پرسش‌نامه شش بعد یعنی «حل مسئله»<sup>۴</sup>، «ارتباط»<sup>۵</sup>، «نقش‌ها»<sup>۶</sup>، «پاسخ‌دهی عاطفی»<sup>۷</sup>، «آمیختگی عاطفی»<sup>۸</sup> و «کنترل رفتار»<sup>۹</sup> را ارزیابی می‌کند و یک ارزیابی از کارکرد کلی خانواده نیز به دست می‌دهد که بصورت یک بعد جداگانه و جامع تحت عنوان خرده‌مقیاس کارکرد کلی خانواده عنوان می‌شود. به‌طور خلاصه «حل مسئله» نشان‌دهنده توانایی خانواده برای حل مشکلات و نیز مرحله‌ای که برای این کار طی می‌کنند، می‌باشد. «ارتباط» به تبادل مؤثر، گسترده، روشن و مستقیم اطلاعات در خانواده اشاره می‌کند. «نقش‌ها»، کارایی شیوه خانواده در توزیع و انجام وظایف را اشاره می‌کند. نقش‌ها شامل اموری می‌شود که بر فراهم کردن منابع (خوراک، پوشاک، سرپناه)، پرورش و حمایت، رشد مهارت‌های زندگی و حفظ و اداره سیستم خانواده مثلاً اداره خانه، کارهای مربوط به حیات، صورت حسابها، مسائل بهداشتی، قدرت و تصمیم‌گیری مربوط می‌گردد. «پاسخ‌دهی عاطفی» آمادگی اعضای خانواده برای دادن پاسخ هیجانی متناسب، چه احساسات مثبت (لذت، عشق، توجه، مهربانی، محبت) و چه منفی (غمگینی، افسردگی، خشم، ترس) را می‌سنجد. «آمیختگی عاطفی» به کیفیت علاقه، توجه و سرمایه‌گذاری اعضای خانواده در برابر یکدیگر اشاره می‌کند و کنترل رفتار، استانداردها و آزادی‌های رفتاری را توصیف می‌کند که شامل چهار شیوه اقتدار منطقی، آشفته، خشک، و سهل‌انگارانه است (۱۳).

FAD دارای اعتبار و روایی نسبتاً خوبی در ایران و جهان بوده است (۱۵). به‌طور مثال در پژوهش سالاری (آلفای بین ۰/۵۸ تا ۰/۸۵) و اعتبار با آزمایشی آن بین ۰/۴۲ تا ۰/۷۸ (۱۴) و همچنین در پژوهش ملک‌خسروی (۱۳۸۲) بین خرده‌مقیاس‌های FAD آلفای ۰/۵۱ تا ۰/۹۴ به دست آمد. همچنین بین تمام خرده‌مقیاسها و کارکرد کلی خانواده همبستگی ۰/۴۷ تا ۰/۹۷ بدست آمد (۱۶). در این پژوهش کارکرد خانواده در افراد دچار اختلالات هویت جنسی در ابعاد شش‌گانه آن و یک خرده‌مقیاس تحت عنوان کارکرد خانواده و نیز نمرات کلی





### بحث

با توجه به جدول، کارکرد خانواده در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی در مقایسه با کارکرد خانواده در افراد بهنجار کارایی کمتری دارد ( $P = 0/034$ ). تحقیقات لوکیانویک (۱۹۵۹)، بال (۱۹۶۷) استالر (۱۹۷۲) و تسویی (۱۹۹۰) نیز هر یک به گونه‌ای ارتباط والدین و خانواده با بروز اختلال هویت جنسی را بررسی نموده‌اند و یافته‌های این پژوهش نیز یافته‌های آنها را حمایت می‌نماید (۷-۵). با نگرش به ارتباط متقابل بین فرد و خانواده که مهم‌ترین سیستم ارتباطی اوست، کارکرد پایین خانواده با بروز و یا تشدید اختلالات روانی رابطه دارد. این مسئله همسو با بسیاری از نظریات روان شناختی است و جایگاه بسیار محکمی در میان پژوهشهای انجام شده دارد.

همینطور در مورد ابعاد کارکردی خانواده مشاهده شد که «ارتباط» تفاوت معنی داری در گروه GID و گروه مقایسه ندارد ( $P = 0/066$ ). یعنی ارتباط غیر صریح و غیر مستقیم و فریبده‌تر نیست. البته بر اساس فرضیات انتظار می‌رفت که ارتباط در این خانواده‌ها بیشتر مختل باشد، که خود سبب سردرگمی بیشتر اعضا گشته و زمینه را برای سردرگمی نقش‌های جنسی بیشتر می‌نماید. برحسب این نتیجه‌گیری می‌توان این طور فرض کرد که در این خانواده‌ها تبادل اطلاعات به صورت نسبتاً مطلوب صورت می‌گیرد. این یافته با یافته‌های زاگر و برادلی (۱۹۹۵) و شرمن (۱۹۸۵) که ارتباط را از عوامل مرتبط با GID دانسته‌اند، همخوانی ندارد (۸، ۹). البته همانطور که ذکر شد ارتباط در کارکرد خانواده بیشتر بر تبادل اطلاعات تأکید دارد، در حالی که در پژوهش‌های یاد شده به رابطه و ارتباط بیشتر از جنبه‌های دیگر مثل رابطه عاطفی نگاه می‌شود، به همین جهت قابل مقایسه با ابعاد دیگر کارکردی مثل آمیختگی عاطفی و پاسخگویی عاطفی می‌باشد که با توجه به یافته‌های جدول هر دو مورد در خانواده‌های گروه GID نسبت به گروه کنترل کارایی پایین تری دارد (در پاسخگویی عاطفی  $P = 0/009$  و در آمیختگی عاطفی  $P = 0/030$ ). یعنی احتمالاً در این خانواده‌ها یا فقدان آمیختگی هست یا آمیختگی عاری از احساس بیشتر مشاهده می‌شود و یا می‌تواند آمیختگی بیش از حد وجود داشته و یا آمیختگی همدلانه کمتر به چشم برسد. همچنین در بعد پاسخگویی عاطفی می‌توان به این نتیجه احتمالی رسید که در این خانواده‌ها افراد نمی‌توانند هیجانهای مختلف را ابراز کنند و پاسخهای عاطفی خانواده هم از نظر کیفی و هم از نظر کمی با موقعیت تناسب ندارد و احساسات مثبت و منفی متناسب با موقعیت ابراز نمی‌شود. این نتیجه‌گیری با پژوهش استالر (۱۹۸۵) نیز همخوانی دارد که بیان می‌کند محرومیت از احساسات مادرانه و جدایی عاطفی والدین از همدیگر از عوامل

زمینه‌ساز اختلالات هویت جنسی می‌باشد (۶).

تسویی (۱۹۹۰) نیز از ارتباط هیجانی والدین با بیمار صحبت می‌کند و آن را در بروز این بیماری مؤثر می‌داند (۷). از طرفی با توجه به اینکه بعد کارکردی «کنترل رفتار» در گروه GID نسبت به گروه مقایسه کارایی کمتری نشان می‌دهد ( $P = 0/021$ )، بدین ترتیب شاید بتوان گفت این خانواده‌ها از بین چهار شیوه کنترل رفتار کمتر از شیوه اقتدار منطقی و بیشتر از شیوه‌های آشفته یا خشک استفاده می‌کنند و همین بی‌ثباتی و بی‌سامانی این خانواده‌ها به ایجاد مشکل در سایر ابعاد کارایی شان هم می‌انجامد. این یافته را می‌توان با یافته لوکیانویک (۱۹۵۹) همسو خواند که نشان داد مادران افراد بیمار، خشن و پدران آنها تسلیم شونده بوده‌اند و این نشان دهنده بی‌ثباتی کنترل و عدم هماهنگی والدین می‌باشد (۵). همچنین زاگر و برادلی (۱۹۹۵) به این نتیجه رسیدند که آزاد گذاشتن فرزندان از نظر بروز رفتارها در طی مدت طولانی، باعث تثبیت آن رفتارها و شکل‌گیری هویت جنسی خواهد شد (۸). همینطور گرین (۱۹۸۷) به این نتیجه رسید که پسران مبتلا به این اختلالات از طرف والدین بیشتر تحت کنترل قرار می‌گیرند (۱۰).

بعد کارکردی «حل مسئله» در گروه نمونه نسبت به گروه کنترل دچار کارایی پایین تری نبوده است ( $P = 0/16$ ) و می‌توان گفت که رسیدگی به مسائل عملی و روزمره در خانواده‌های افراد دچار اختلال هویت جنسی دچار اختلال چندانی نیست. البته براساس تحقیقات زاگر و برادلی (۱۹۹۵) و کوایتس (۱۹۹۲) عواملی که باعث عدم امنیت کودک می‌شود، می‌تواند منجر به اختلال هویت جنسی گردد (۸، ۱۱).

و بالاخره بعد نقش‌ها نیز در گروه نمونه نسبت به گروه مقایسه دچار کارایی پایین تری نبوده است ( $P = 0/15$ ). یعنی شاید در این خانواده‌ها نقش‌های ضروری نسبتاً بیشتر ایفا می‌شوند و برای انجام آن‌ها پی‌گیری مستمر انجام می‌شود. همچنین نقش‌های ابزاری و عاطفی ایفا می‌گردد. ناهمخوانی با این یافته در پژوهش زاگر و برادلی (۱۹۹۵) نیز مشاهده می‌شود که ارتباط بسیار قوی بین پیشرفت رفتارهای جنسی مخالف در کودکان و سوگیری جنسی آنها را گزارش کرده‌اند (۸). دلیل این ناهمخوانی می‌تواند محدودیت پرسش نامه باشد.

### نتیجه‌گیری

با یک نتیجه‌گیری کلی شاید بتوان این طور بیان کرد که وجود اختلال هویت جنسی در افراد، با مسائل عاطفی و احساسی و هیجان‌ها در خانواده رابطه قوی تری دارد. همچنین نوع رابطه و شیوه‌های تربیتی که به کنترل رفتار بر می‌گردد نیز حائز اهمیت می‌باشد. البته ذکر این نکته لازم است که تقدم و تأخر این رابطه به درستی معلوم نیست و با دیدی



نتیجه‌گیری به عنوان عامل پیشگیری کننده برای بروز احتمالی این اختلال استفاده نمود. بدین ترتیب که با آگاهی دادن به خانواده‌ها در مورد نیازهای عاطفی و تربیتی فرزندان، احتمال بروز این اختلال را کاهش داد. این مسئله می‌تواند هم به صورت آگاهی‌های عمومی و هم در موارد بالینی در مراکز مشاوره و روان‌درمانی و روانپزشکی به اجرا درآید.

#### محدودیتها و مشکلات:

لازم به ذکر است که این پژوهش محدودیت‌هایی دارد که توان تعمیم‌پذیری آن را کاهش می‌دهد. از این موارد می‌توان حجم کم نمونه، تصادفی نبودن نمونه‌گیری و محدود به یک مکان بودن نمونه‌ها را نام برد که به خاطر محدودیت‌های مالی، انسانی، زمانی و غیره به وجود آمده‌اند و لزوم انجام پژوهش‌های گسترده‌تر بعدی را نشان می‌دهد.

#### تشکر و قدردانی

این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی که به تصویب سازمان پزشکی قانونی رسیده بود انجام گردید. لذا در پایان از حمایت مالی این سازمان و مسئولین آن، روانشناسان بخش روان پزشکی بخصوص سرکار خانم آرمیندخت احمدی، جناب آقای عطاء... محمدی و جناب آقای علیرضا اشرفی اصفهانی، مراجعین محترم که حاضر به همکاری صمیمانه گردیدند و کارمندان و دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی که در انجام این پژوهش ما را یاری دادند سپاسگزاریم.

سیستماتیک به آن باید این رابطه را بصورت یک ارتباط متقابل نگریست که حتی اگر بنیاد هر کدام از این دو متغیر بر دیگری پیشی داشته باشد، باز هم نمی‌توان منکر اثرات زمینه ساز در جهت نگهداری و تشدید خود مشکل اولیه شد. بدین ترتیب اگر کارکرد خانواده بر بروز اختلال هویت جنسی یا هر اختلال روانی دیگر پیشی داشته و این مشکل را ایجاد کرده باشد، خود اختلالات هویت جنسی نیز می‌تواند در جهت نگهداری کارایی پایین خانواده و یا تشدید آن مؤثر واقع شود. پس همانطور که در بیشتر پژوهش‌های انسانی مشهود است، شاید یک رابطه دوسره بهتر بیانگر کیفیت رابطه باشد تا رابطه‌های علت و معلولی و برای این سؤال که در نهایت «طبیعت حرف اول را می‌زند یا تربیت؟» باز هم جواب مشخصی وجود ندارد و بهتر است که مثل همیشه بر اهمیت هر دوی آنها تأکید گردد.

با توجه به این مطالب کار بر روی خانواده شاید بتواند بعضی عوامل نگهدارنده و تشدید کننده اختلالات هویت جنسی را تعدیل نموده و در درمان آنها کمک نماید. از طرف دیگر با توجه به اینکه افراد دچار این اختلالات که به پزشکی قانونی مراجعه می‌کنند خواستار تغییر جنسیت هستند، ولی خانواده معمولاً به صورت سد مهمی در این مورد عمل می‌کند و خود این مسئله ممکن است سبب بروز مشکلات دیگری همراه این اختلال گردد، کمک به این افراد می‌تواند حداقل تصمیم‌گیری و رسیدن به راه حل درست و مناسب را به دور از دغدغه‌های خانوادگی به وجود آورد. همچنین شاید بتوان از این

#### منابع:

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) Text Revision Washington, DC: Author. 2000. P: 579.
- ۲- کاپلان، ه. سادوک، ب. خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی ترجمه: رفیعی، ح. رضایی، ف. تهران: نشر سالمی و انتشارات سخن (۱۳۸۰)
- 3- Kaplan H, Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry; Lippincott. Williams & Wilkins 2005. p: 1981.
- 4- Perlmutter R.A. A Family Approach to psychiatric Disorders. American psychiatric press, Inc Washington.DC, 1996. pp: 235-57.
- 5- Bradford R. Children, families & chronic disease, Rowlledge, London & Newyork, 1997. pp: 38,141
- 6- Stoller RJ. Presentations of Gender. New Haven. CT.yale university press, 1985. pp:10-24
- 7- Tsoi WF. Parental influence in Transsexualism. Singapore M edicine-ji 1990; 13: 443-6
- 8 - Zucker K J, Bradley S. J. Gender Indentity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents. New York: Plenum Press 1995. pp: 231-2
- 9- Sherman RF. Separation conflict as a component of severe gender identity confusion in schoolage boys. Doctoral dissertation, Adelphi University, 1985. p:19.
- 10 - Green R. The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality. New Haven, CT: Yale University Press. 1987.
- 11- Coates S. The etiology of boyhood gender identity disorder: An integrative model. In: Interface of Psychoanalysis and Psychology, 1992, pp: 245-265.
- 12 - Epstein NB, Bishop DS, Baldwin LM. Mc Master Model of family functioning: A view of the normal family. In F.Walsh(Ed.) Normal family processes. NewYork: Guilford. 1982, pp: 115-141.
- 13 -Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, keller MB. Family functioning and chronic depression 149<sup>th</sup> Annual Meeting of the American psychiatric Association; Newyork, Ny.1996, p: 316.
- ۱۴- سالاری، ر. مقایسه کارکرد خانواده در نوجوانان افسرده و بهنجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۸۰، ص ۵۷
- ۱۵- ثنایی، ب. مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت، ۱۳۷۹، صص: ۱۸ تا ۱۲.
- ۱۶- ملک خسروی، غ. کارکرد خانواده در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/کمبودتوجه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۸۲، ص: ۸۲.