

مقاله اصلی

بررسی عوامل زمینه‌ای (جمعیت‌شناختی، زیستی، خانوادگی، روانی اجتماعی) مؤثر در بروز نارضایتی جنسیتی در مبتلایان به نارضایتی جنسیتی ارجاع شده به پزشکی قانونی در سال‌های ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۰۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۲/۱۲

خلاصه

مقدمه: نارضایتی جنسیتی تمایل قوی و مستمر بیمار برای قرار گرفتن در نقش و وضعیت جنس مقابل است. این پژوهش با هدف بررسی عوامل جمعیت‌شناختی، زیستی، خانوادگی، روانی اجتماعی مؤثر در بروز نارضایتی جنسیتی انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی از نوع مقطعی در متقاضیان تغییر جنسیت ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی استان خراسان رضوی طی سال‌های ۱۳۹۴-۱۳۹۸ انجام شد که از میان آنها ۲۳۸ نفر بصورت نمونه‌گیری در دسترس در پژوهش شرکت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه محقق ساخته همراه با مصاحبه بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS 21 و روش‌های آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: بیشتر متقاضیان تغییر جنسیت زن، مجرد، در رده سنی ۲۲-۱۸ سال، با تحصیلات دیپلم، بی‌کار، دست‌غالب راست دست با سابقه خودزنی و مصرف موادمخدر بودند. بیشترین فراوانی در عوامل زیستی مربوط به استرس بارداری، میزان سطح فعالیت در دوران کودکی، سابقه ضربه شدید به جنین و مصرف داروهای هورمونی توسط مادر گزارش شد. در عوامل خانوادگی بیشترین فراوانی مربوط به وضعیت اجتماعی اقتصادی متوسط و ضعیف خانواده، روابط معمولی و سرد والدین با یکدیگر، نقش مشورتی والدین در حوزه تصمیم‌گیری امور زندگی، رابطه معمولی و سرد والدین با افراد نمونه، فرزند آخر بودن، داشتن حداقل یک خواهر و یک برادر و تولد فرزندی از جنس مخالف قبل از تولد افراد نمونه، تحصیلات و شغل بترتیب دیپلم و آزاد برای پدران و دیپلم و خانه‌دار برای مادران و سابقه مشکلات روانپزشکی در والدین بود. در عوامل روانی اجتماعی بیشترین عوامل شامل گوشزد اطرافیان مبنی بر شباهت رفتار و شخصیت به جنسیت مخالف، احساس شبیه بودن به جنس مخالف، رسیدن به هویت واقعی، تقلید رفتارهای جنس مخالف، همبازی و صمیمی شدن با غیرهمجنس، عدم توجه کافی والدین نسبت به انجام بازی‌های جنس مخالف، ارتباط با والد غیرهمجنس در دوران کودکی، اقدام عملی به قصد خودکشی به خاطر ترس بودن و آسیب زدن به اندام جنسی اولیه و سایر موارد بود.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های تحقیق می‌توان امیدوار بود که با آموزش و آگاهی‌رسانی صریح به خانواده‌ها و افراد جامعه در خصوص مشکل نارضایتی جنسیتی این قشر از افراد جامعه و نحوه برخورد صحیح با آنها با هدف حمایت خانواده‌ها از فرزندان مبتلا به نارضایتی جنسیتی و طرد نکردن آنها، حمایت مالی و اجتماعی مناسب سازمان‌های مربوطه از تراجنسی‌ها جهت انجام جراحی تغییر جنسیت و درمان‌های مورد نیاز این قشر از جامعه، در کاهش مشکلات و آسیب‌های اجتماعی آنان اقدام شایسته صورت پذیرد.

کلمات کلیدی: عوامل جمعیت‌شناختی، عوامل زیستی، عوامل خانوادگی، عوامل روانی اجتماعی، نارضایتی جنسیتی

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

سمیه رحیمی احمدآبادی^{۱*}

زهرا رحیمی احمدآبادی^۲

اکرم فتوت^۳

^۱ دکتری تخصصی روانشناسی، کارشناس مددکاری اجتماعی دادگستری استان خراسان رضوی.

^۲ مهندس نرم‌افزار کامپیوتر، کارشناس انفورماتیک دادگستری استان خراسان رضوی.

^۳ کارشناس ارشد علوم اجتماعی، عضو مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، تهران، ایران، سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران.

* مددکاری اجتماعی دادگستری استان خراسان رضوی.

Email: somaye.rahimi1390@yahoo.com

مقدمه

هویت جنسی بخش عمده ای از هویت انسان را تشکیل می دهد که در حدود ۳-۲ سالگی شکل می گیرد (۱) و شامل تصویری است که هر فرد به عنوان مرد یا زن از خود دارد. فرد با آگاهی از هویت جنسی می آموزد که به شیوه خاصی بیندیشد، رفتار کند و احساس نماید (۲). نارضایتی جنسیتی شامل ناراحتی یا رنجی است که معلول ناهمخوانی قابل توجه میان هویت جنسی با جنسیت زیستی فرد می باشد و برای اطلاق به افرادی بکار می رود که از نظر وضعیت ظاهری، جسمی و جنسی، ارگان های داخلی جنسی و سیستم هورمونی و کروموزومی کاملاً سالم هستند، ولی فرد از نظر ذهنی و روحی منکر درستی نوع جنسیت خود می باشد. زیرا معتقد به وجود اشتباه در نوع جنسیت خود و عدم رضایت از آن است به نحوی که باعث آزار شدید روحی او می شود و در نهایت تصمیم قطعی به تغییر در جنسیت می گیرد. براساس آمار بدست آمده در بزرگسالان اروپایی از هر ۳۰ نفر مرد یک نفر و از هر ۱۰۰ نفر زن یک نفر مبتلا به نارضایتی جنسیتی است و نسبت بیماران مذکر ۳ تا ۵ برابر بیماران مونث گزارش شده است (۳). در ایران شیوع نارضایتی جنسیتی ۱/۱ در صد هزار نفر در سال ۱۳۹۵ گزارش شده است و نسبت زن به مرد دو به یک می باشد (۴).

نارضایتی جنسیتی مانند اکثر بیماری های روانپزشکی یک علت شناخته شده ندارد و در اثر تعامل عوامل زیستی- خانوادگی- روانی و اجتماعی بروز می کند (۵). رویکرد زیستی برای ابتلا به نارضایتی جنسیتی عقیده دارد هنگامی که جنین در رحم مادر است اگر مادر دچار استرس روانی شود ممکن است سیستم اعصاب و هورمون های جنین مختل شده و همین مساله باعث شود فرد دچار اختلال نارضایتی جنسیتی شود. چون علت بروز آن در فرد به عملکرد هورمون های بدن برمی گردد.

تغییرات هورمونی در هفته ششم دوره جنینی آغاز شده و تا ماه سوم دوره جنینی پایان می گیرد زیرا جنسیت نوزاد در بدو تولد کاملاً تحت تأثیر ترشح یا عدم ترشح آندروژن ها در دوره جنینی در قبل از تولد است و به تأثیر تستوسترون بر سلول های عصبی مغزی مسئول زنانه یا مردانه شدن مغز در نواحی مانند هیپوتالاموس بستگی دارد (۶-۷).

شواهد مبتنی بر رویکرد زیستی نشان می دهد عوامل هورمونی و عصب شناختی در پیدایش نارضایتی جنسیتی در زنان و مردان تأثیرگذار است (۶،۸). از این دیدگاه هر چند کودک از ۳ الی ۴ سالگی می تواند هویت جنسی خود را تشخیص دهد ولی حالت های افراد مبتلا به نارضایتی جنسیتی از دوران بلوغ به خوبی نمایان می شود و قابل تشخیص است چون تمایل به جنس مقابل در این دوره شروع می شود (۷). رویکرد اجتماعی معتقد است کسب هویت زنانه یا مردانه در انسان بیشتر تابع عوامل پس از تولد است تا قبل از تولد. چون احساس تعلق داشتن به جنس مرد یا زن بیشتر نتیجه تعاملات میان کودک و ارزش ها و نگرش های والدین است. براساس این رویکرد عوامل خانوادگی و اجتماعی در قالب ایفای نقش، الگوسازی و نقش های وابسته به جنسیت موجب پیدایش نارضایتی جنسیتی می شود (۹-۱۱). در مجموع نظریه های فرهنگی و اجتماعی عقیده دارند نارضایتی جنسیتی تحت تأثیر ادراک نقش های جنسیتی، جامعه پذیری جنسی و وجود کلیشه های مربوط به ساختار اجتماعی قدرت در یک فرهنگ قرار می گیرد (۱۲). همچنین این افراد از لحاظ سوگیری اجتماعی، تبعیض و پیشداوری در جامعه دچار مشکلاتی هستند و ممکن است به این دلایل به اختلالات روانی همراه دچار شوند (۱۳-۱۴).

از دیدگاه روانشناختی، نشانگرهای رویانی هویت جنسی ممکن است در ابتدای رشد پدیدار شوند (۱۵). این

دیدگاه معتقد است که فرزندپروری، سرزنش مادر، مداخله بیش از حد مادر و غیبت پدر از جمله عواملی هستند که در پیدایش ناراضی جنسیتی در پسران موثر است (۱۶). زوکر و برادلی (۱۷) عقیده دارند که مهمترین صفت روانشناسی مادران مبتلا به ناراضی جنسیتی آن است که نیاز دارند به مراقبت از یک کودک دختر بپردازند. از طرف دیگر، تأثیر والدینی و تقویت اجتماعی دو عامل اصلی در پیدایش ناراضی جنسیتی می باشد (۱۸). رویکرد روانشناختی عقیده دارد سردرگمی در مورد هویت جنسی می تواند رشد جنسی کودک را مختل سازد (۱۹). در مجموع، رویکرد روانشناختی معتقد است افراد مبتلا به ناراضی جنسیتی از لحاظ یکپارچگی من، قابلیت های شخصیتی، تعامل های اجتماعی و سبک های یادگیری دچار مشکل می باشند (۱۰). از دیدگاه رویکرد روانشناختی عوامل روانی و اجتماعی نقش تسهیل کننده در پیدایش ناراضی جنسیتی دارد (۶). از این دیدگاه یکی از علل ناراضی جنسیتی آن است که والدین یا سایر افراد مهم زندگی، کودک را تشویق به رفتارهای جنس مقابل می کنند، مثلاً "لباس جنس مقابل را به او می پوشانند و او را تشویق به بازی های جنس مقابل می کنند (۲۰).

نظریات یادگیری اجتماعی بطور مشخص بر روی تقویت والدین در مورد رفتار جنسی کودک تمرکز دارند که این تقویت شکل دهنده رفتارهای غیرطبیعی و نامناسب جنسی می باشد (جواهری، ۱۳۸۵). در نظریه رشد شناختی عقیده بر آنست که ابتدا کودک خودش را به عنوان مرد یا زن قلمداد می کند و بعد رفتارهای مناسب برحسب آن انتخاب می کند (۲۱).

نظریات روانکاوی درباره ناراضی جنسیتی عقیده دارند دگرجنس باوری در مردها ناشی از حل نشدن و از بین رفتن اضطراب جدایی در طی دوره جدایی تفرد کودک می باشد. چون کودک برای انطباق با این اضطراب، یک تخیل جبرانی در مورد یکی شدن با مادرش را تثبیت می

کند. زیرا فرد دگرجنس باور تخیل ناخودآگاه خود را برون ریزی می کند و بطور نمادین مادر می شود. بر طبق این نظریه، مرد دگر جنس باور جهت گیری اش به گونه ای است که سبب اضطراب جدایی در خودش می شود (جواهری، ۱۳۸۵). در مطالعات استالر (۲۲) دینامیک خانوادگی یک زن دگرجنس باور به شرح زیر می باشد: مادر در ماه ها یا سال های اول زندگی دخترش ناتوان از انجام عملکرد خود به عنوان یک مادر است و این ناتوانی مادر ممکن است به دلیل افسردگی مادر، بیماری جسمی یا به علت نگرش های بدبینانه مادر درباره رابطه مادر فرزندی از هم گسیخته شده باشد. این غیاب مادر از نقش مورد قبول او به عنوان مادر در حالی است که کودک می داند مادرش نمرده و یا به جایی نرفته است بلکه به او رسیدگی نمی کند. این وضعیت متضاد با حالتی است که در مرد دگرجنس باور وجود دارد. آنچه در این مرحله اتفاق می افتد آن است که پدر برای ساده تر شدن دوری همسرش از دختر خود برای پر کردن خلأ همسر استفاده می کند ولی آنچه در مورد زنان دگرجنس باور گزارش شده است ظاهر زشت و قوی آنها در دوره نوباوگی است. بنابراین، نوزاد دختر با همانندسازی با پدر سعی در جبران حالتی دارد که مادرش را به غیبت مجبور کرده است. پدر نیز یک ارتباط محکم و رضایت بخش با دخترش ایجاد می کند، دخترش را در فعالیت های مورد علاقه خود شرکت داده و رفتار مردانه را در دخترش ایجاد می کند. بنابراین، دختر تمایل به فعالیت های خشن و مردانه دارد که بتدریج در او پیشرفت می کند. در واقع مردانگی دختر زحمت بی پایان کودک برای رسیدن به مادری غیرقابل دسترس و برای جلب رضایت او می باشد. در اینجا حالت همانندسازی با پدر، آرزوها و علائق او ایجاد می شود. در واقع وضعیت خانوادگی از این دختر یک شوهر کوچک ایجاد می کند و تا سنین ۵-۴ سالگی او اغلب در آرزوی به دست آوردن و داشتن علامت و نشانه مردانه است. زن دگرجنس باور بطور دایمی در تلاش است که به مادری

فراسوی خود برسد و این کار را در مردانگی خویش می بیند چون تلاش می کند با تغییر جنسیت مشابه پدر شود. اما او هرگز قادر به انجام آن نخواهد بود (۲۲). بنابراین با توجه به ماهیت رشدی نارضایتی جنسیتی، پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این پرسش است که چه عوامل زمینه ای می تواند در بروز نارضایتی جنسیتی موثر باشد؟

روش کار

پژوهش حاضر به لحاظ شیوه گردآوری و تحلیل داده ها به طرح های توصیفی-مقطعی تعلق دارد. جامعه آماری پژوهش شامل تمام افراد تراجنسی بودند که برای طی مراحل قانونی تغییرجنسیت در سال ۹۸-۹۴ به اداره پزشکی قانونی خراسان رضوی مراجعه کردند. که از این فرد مبتلا به نارضایتی جنسیتی بصورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و پس از اخذ رضایت نامه آگاهانه مبنی بر موافقت با شرکت در پژوهش شرکت نمودند.

ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از تشخیص نارضایتی جنسیتی براساس ملاک های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم، محدوده سنی حداقل ۱۸ سال، گذشت حداقل ۶ ماه از زمان شروع علائم و رضایتمندی از شرکت در مطالعه و ملاک های خروج در پژوهش عبارت بودند از داشتن اختلالات سایکوتیک و یا دیگر اختلالات شدید روانشناختی، عقب ماندگی ذهنی و آلزایمر و مشکلات

شناختی دیگر که مانع از پاسخگویی صحیح به سوالات شود و عدم تمایل به شرکت در پژوهش بود. در این مطالعه از پرسشنامه محقق ساخته همراه با مصاحبه که روایی و پایایی آن به کمک آزمون های مربوطه و توسط متخصصین تأیید شده بود، استفاده شد. اطلاعات جمعیت شناختی در این پرسشنامه شامل ۱۳ آیتم، اطلاعات زیستی شامل ۶ آیتم، اطلاعات خانوادگی شامل ۲۲ آیتم و اطلاعات روانی اجتماعی ۳۱ آیتم بود. این اطلاعات توسط یک روانشناس باتجربه در این زمینه از آزمودنی ها اخذ شد. جهت سنجش اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار صوری و جهت سنجش پایایی نیز از روش آلفای کرونباخ که براساس پایداری درون آزمون می باشد، استفاده شد که میزان پایایی ۷۸٪ بود. داده های جمع آوری شده از طریق شاخص های آمار توصیفی (درصد و فراوانی) و با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. لازم بذکر است که به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، به شرکت کنندگان اطمینان خاطر داده شد که پذیرش پرسشنامه ها بدون نیاز به درج نام است و رازداری و محرمانه بودن اطلاعات لحاظ شد.

نتایج

توزیع فراوانی مطلق و نسبی اطلاعات جمعیت شناختی موثر در نارضایتی جنسیتی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی اطلاعات جمعیت شناختی موثر در نارضایتی جنسیتی (۲۳۸ نفر)

متغیر	فراوانی					
	زن	مرد	کل	زن	مرد	کل
جنسیت	۱۴۰	۹۸	۲۳۸	۵۸/۸	۴۱/۲	۱۰۰
۱۸-۲۲	۷۳	۵۱	۱۲۴	۵۲/۱	۵۲/۰	۵۲/۱
۲۳-۲۶	۳۲	۲۴	۵۶	۲۲/۹	۲۴/۵	۲۳/۵
۲۷-۳۰	۱۸	۱۳	۳۱	۱۲/۹	۱۳/۳	۱۳/۰
۳۱-۳۴	۸	۴	۱۲	۵/۷	۴/۱	۵/۰
۳۵-۳۸	۲	۳	۵	۱/۴	۳/۱	۲/۱
۳۹-۴۲	۴	۱	۵	۲/۹	۱/۰	۲/۱
۴۳-۴۷	۳	۲	۵	۲/۱	۲/۰	۲/۱
سن						

۱/۷	۲/۰	۱/۴	۴	۲	۲	ابتدایی	
۱۱/۳	۱۶/۳	۷/۹	۲۷	۱۶	۱۱	سیکل	
۵۴/۶	۵۸/۲	۵۲/۱	۱۳۰	۵۷	۷۳	دیپلم	تحصیلات
۱۰/۵	۱۰/۲	۱۰/۷	۲۵	۱۰	۱۵	کاردانی	
۱۸/۵	۹/۲	۲۵/۰	۴۴	۹	۳۵	کارشناسی	
۳/۴	۴/۱	۲/۹	۸	۴	۴	کارشناسی ارشد	
۹۳/۳	۹۵/۹	۹۱/۴	۲۲۲	۹۴	۱۲۸	مجرد	وضعیت تاهل
۲/۹	۲/۰	۳/۶	۷	۲	۵	متاهل	
۳/۸	۲/۰	۵/۰	۹	۲	۷	مطلقه	
۵۱/۷	۵۰/۰	۵۲/۹	۱۲۳	۴۹	۷۴	بیکار	شغل
۵/۰	۶/۱	۴/۳	۱۲	۶	۶	کارگر	
۵/۰	۲/۰	۷/۱	۱۲	۲	۱۰	کارمند	
۳۸/۲	۴۱/۸	۳۵/۷	۹۱	۴۱	۵۰	آزاد	
۹۱/۲	۸۹/۸	۹۲/۱	۲۱۷	۸۸	۱۲۹	شهر	ساکن
۸/۸	۱۰/۲	۷/۹	۲۱	۱۰	۱۱	روستا	
۸۸/۷	۸۶/۷	۹۰/۰	۲۱۱	۸۵	۱۲۶	دست راست	دست غالب
۱۱/۳	۱۳/۳	۱۰/۰	۲۷	۱۳	۱۴	دست چپ	
۵/۵	۶/۱	۵/۰	۱۳	۶	۷	بله	وجود بیماری
۹۴/۵	۳۹/۹	۹۵/۰	۲۲۵	۹۲	۱۳۳	خیر	جسمانی
۸/۴	۱۲/۲	۵/۷	۲۰	۱۲	۸	بله	وجود بیماری
۹۱/۶	۸۷/۸	۹۴/۳	۲۱۸	۸۶	۱۳۲	خیر	روانی
۱۱/۸	۱۵/۳	۹/۳	۲۸	۱۵	۱۳	بله	سابقه مصرف
۸۸/۲	۸۴/۷	۹۰/۷	۲۱۰	۸۳	۱۲۷	خیر	هورمون
۲۲/۷	۱۳/۳	۲۹/۳	۵۴	۱۳	۴۱	بله	سابقه مصرف
۷۷/۳	۸۶/۷	۷۰/۷	۱۸۴	۸۵	۹۹	خیر	موادمخدر
۶۱/۳	۶۲/۲	۶۰/۷	۱۴۶	۶۱	۸۵	بله	خودزنی
۳۸/۷	۳۷/۸	۹۳/۳	۹۲	۳۷	۵۵	خیر	
۱۶/۸	۱۰/۲	۲۱/۴	۴۰	۱۰	۳۰	بله	خالکوبی
۸۳/۲	۸۹/۸	۷۸/۶	۱۹۸	۸۸	۱۱۰	خیر	

ساکن شهر (۹۱/۲ درصد)، با دست غالب راست دست (۸۸/۷ درصد)، سابقه خودزنی (۶۳/۳ درصد) و مصرف موادمخدر (۲۲/۷ درصد)، سابقه مصرف هورمون (۱۱/۸ درصد) و اقدام به خالکوبی (۱۶/۸ درصد) بود (جدول ۱).

میانگین و انحراف معیار سنی افراد مورد مطالعه 23 ± 5 بود. بیشترین درصد فراوانی مربوط به تراجنسی زن به مرد (۵۸/۸ درصد)، وضعیت تاهل مجرد (۹۳/۳ درصد)، محدوده سنی ۱۸-۲۲ سال (۵۲/۱ درصد)، مدرک تحصیلی دیپلم (۵۴/۶ درصد)، بیکار (۵۱/۷ درصد)،

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی اطلاعات عوامل زیستی موثر در نارضایتی جنسیتی (۲۳۸ نفر)

درصد			فراوانی			متغیر
کل	مرد	زن	کل	مرد	زن	
۴۵/۰	۵۱/۰	۴۰/۷	۱۰۷	۵۰	۵۷	بله
۵۵/۰	۴۹/۰	۵۹/۳	۱۳۱	۴۸	۸۳	خیر
۱۳/۴	۱۷/۳	۱۰/۷	۳۲	۱۷	۱۵	بله
۸۶/۶	۸۲/۷	۸۹/۳	۲۰۶	۸۱	۱۲۵	خیر
۴/۲	۵/۱	۳/۶	۱۰	۵	۵	بله
۹۵/۸	۹۴/۹	۹۶/۴	۲۲۸	۹۳	۱۳۵	خیر
۵۷/۶	۴/۱	۹۵/۰	۱۳۷	۴	۱۳۳	تحریک پذیر و خشن
۴۲/۴	۹۵/۹	۵/۰	۱۰۱	۹۴	۷	کم تحرک و آرام
۷۹/۸	۸۲/۷	۷۷/۹	۱۹۰	۸۱	۱۰۹	۳-۱۲
۱۹/۳	۱۶/۳	۲۱/۴	۴۶	۱۶	۳۰	۱۳-۱۸
۰/۸	۱/۰	۰/۷	۲	۱	۱	۱۹-۲۵
۸/۸	۴/۱	۱۲/۱	۲۱	۴	۱۷	۵-۱۰
۲۴/۴	۴۳/۹	۴۱/۴	۱۰۱	۴۳	۵۸	۱۱-۱۵
۴۴/۱	۴۹/۰	۴۰/۷	۱۰۵	۴۸	۵۷	۱۶-۲۰
۱/۷	۱/۰	۲/۱	۴	۱	۳	۲۱-۲۵
۲/۵	۱/۰	۳/۶	۶	۱	۵	۲۶-۳۰

در زمینه اطلاعات عوامل زیستی، ۴۵ درصد از افراد نمونه استرس بارداری، ۱۳/۴ درصد سابقه ضربه شدید به جنین در زمان بارداری، ۴/۲ درصد مصرف داروهای هورمونی در هنگام بارداری توسط مادر را گزارش کردند. از طرف دیگر، در تراجنسی های زن به مرد سطح فعالیت در دوران کودکی با فراوانی ۹۵ درصد در محدوده تحریک پذیر و خشن و در تراجنسی های مرد به زن سطح فعالیت در دوران کودکی با فراوانی ۵۹/۹ درصد در محدوده کم تحرک و آرام گزارش شد. سن شروع علائم مرتبط با مشکل در هویت جنسی با فراوانی ۷۹/۸ درصد در محدوده سنی ۱۲-۳ سال گزارش شد. همچنین احساس عدم تحمل جنسیت اولیه بترتیب در محدوده سنی ۱۶-۲۰ سال با فراوانی ۴۴/۱ درصد و سپس محدوده سنی ۱۱-۱۵ سال با فراوانی ۲۴/۴ درصد گزارش شد (جدول ۲).

جدول ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی اطلاعات عوامل خانودگی موثر در نارضایتی جنسیتی (۲۳۸ نفر)

درصد			فراوانی			متغیر
کل	مرد	زن	کل	مرد	زن	
۱۵/۱	۱۶/۳	۱۴/۳	۳۶	۱۶	۲۰	ضعیف
۶۸/۱	۶۹/۴	۶۷/۱	۱۶۲	۶۸	۹۴	متوسط
۱۴/۷	۱۲/۲	۱۶/۴	۳۵	۱۲	۲۳	متوسط بالا
۲/۱	۲/۰	۲/۱	۵	۲	۳	عالی
۲۳/۵	۳۰/۶	۱۸/۶	۵۶	۳۰	۲۶	۰
۳۴/۹	۴۰/۸	۳۰/۷	۸۳	۴۰	۴۳	۱
۲۱/۰	۱۴/۳	۲۵/۷	۵۰	۱۴	۳۶	۲

۱۰/۹	۸/۲	۱۲/۹	۲۶	۸	۱۸	۳	چند نفر خواهر دارید	
۷/۱	۳/۱	۱۰/۰	۱۷	۳	۱۴	۴		
۰/۸	۰	۱/۴	۲	۰	۲	۵		
۱/۷	۳/۱	۰/۷	۴	۳	۱	۶		
۲۲/۳	۲۱/۴	۲۲/۹	۵۳	۲۱	۳۲	۰	چند نفر برادر دارید	
۳۵/۷	۳۶/۷	۳۵/۰	۸۵	۳۶	۴۹	۱		
۱۸/۹	۱۹/۴	۱۸/۶	۴۵	۱۹	۲۶	۲		
۱۳/۰	۱۱/۲	۱۴/۳	۳۱	۱۱	۲۰	۳		
۶/۷	۶/۱	۷/۱	۱۶	۶	۱۰	۴		
۱/۳	۰	۲/۱	۳	۰	۳	۵		
۱/۳	۳/۱	۰	۳	۳	۰	۶		
۰/۴	۱/۰	۰	۱	۱	۰	۷		
۰/۴	۱/۰	۰	۱	۱	۰	۱۱		
۲۴/۸	۲۷/۶	۲۲/۹	۵۹	۲۷	۳۲	اول		شما فرزند چندم خانواده هستید
۳۲/۴	۲۹/۶	۳۴/۳	۷۷	۲۹	۴۸	وسط		
۴۱/۶	۴۱/۸	۴۱/۴	۹۹	۴۱	۵۸	آخر		
۱/۳	۱/۰	۱/۴	۳	۱	۲	تک فرزند		
۴۴/۵	۳۶/۷	۵۰/۰	۱۰۶	۳۶	۷۰	بله	آیا قبل از شما فرزندی (برادر یا خواهر) با جنس مخالف بدنیا آمده است؟	
۵۵/۵	۶۳/۳	۵۰/۰	۱۳۲	۶۲	۷۰	خیر		
۵/۹	۸/۲	۴/۳	۱۴	۸	۶	بیسواد	مدرک تحصیلی پدر	
۲۳/۵	۲۶/۵	۲۱/۴	۵۶	۲۶	۳۰	ابتدایی		
۲۱/۸	۱۹/۴	۲۳/۳	۵۲	۱۹	۳۳	سیکل		
۲۵/۲	۱۹/۴	۲۹/۳	۶۰	۱۹	۴۱	دیپلم		
۴/۲	۱/۰	۶/۴	۱۰	۱	۹	فوق دیپلم		
۱۲/۲	۱۴/۳	۱۰/۷	۲۹	۱۴	۱۵	کارشناسی		
۲/۱	۵/۱	۰	۵	۵	۰	کارشناسی ارشد		
۲/۱	۲/۰	۲/۱	۵	۲	۳	دکتری		
۳/۴	۴/۱	۲/۹	۸	۴	۴	بیکار	شغل پدر	
۵۰/۰	۴۲/۹	۵۵/۰	۱۱۹	۴۲	۷۷	آزاد		
۷/۶	۱۲/۲	۳/۴	۱۸	۱۲	۶	کارگر		
۳۷/۰	۳۷/۸	۳۶/۴	۸۸	۳۷	۵۱	کارمند		
۱۰/۹	۱۴/۳	۸/۶	۲۶	۱۴	۱۲	بیسواد	مدرک تحصیلی مادر	
۲۳/۵	۲۳/۵	۲۳/۶	۵۶	۲۳	۳۳	ابتدایی		
۲۳/۹	۱۸/۴	۲۷/۹	۵۷	۱۸	۳۹	سیکل		
۲۶/۵	۲۳/۵	۲۸/۶	۶۳	۲۳	۴۰	دیپلم		
۱/۷	۲/۰	۱/۴	۲۴	۲	۲	کاردانی		
۱۰/۱	۱۳/۳	۷/۹	۶	۱۳	۱۱	کارشناسی		
۲/۵	۴/۱	۱/۴	۴	۴	۲	کارشناسی ارشد		
۰/۴	۰	۰/۷	۱	۰	۱	دکتری		

۸۰/۷	۸۲/۷	۷۹/۳	۱۹۲	۸۱	۱۱۱	خانه دار	
۵/۹	۳/۱	۷/۹	۱۴	۳	۱۱	آزاد	
۳/۸	۴/۱	۳/۶	۹	۴	۵	کارگر	شغل مادر
۹/۲	۹/۲	۹/۳	۲۲	۹	۱۳	کارمند	
۵۵/۹	۵۲/۰	۵۸/۶	۱۳۳	۵۱	۸۲	۰-۵	
۲۷/۷	۳۰/۶	۲۵/۷	۶۶	۳۰	۳۶	۶-۱۰	
۸/۴	۸/۲	۸/۶	۲۰	۸	۱۲	۱۱-۱۵	فاصله سنی والدین چقدر است
۲/۵	۲/۰	۲/۹	۶	۲	۴	۱۶-۲۰	
۳/۸	۴/۱	۳/۶	۹	۴	۵	۲۱ به بالا	
۶/۷	۱۰/۲	۴/۳	۱۶	۱۰	۶	بله	
۲/۹	۸۹/۸	۹۵/۷	۲۲۲	۸۸	۱۳۴	خیر	آیا در والدین مشکل روانپزشکی وجود دارد.
۳/۴	۵/۱	۲/۱	۸	۵	۳	مادر	
۲/۹	۳/۱	۲/۹	۷	۳	۴	پدر	در کدام والد مشکل روانپزشکی وجود دارد
۸۱/۹	۸۲/۷	۸۱/۴	۱۹۵	۸۱	۱۱۴	بله	
۱۷/۶	۱۶/۳	۱۸/۶	۴۲	۱۶	۲۶	خیر	آیا والدین در قید حیات هستند.
۷/۱	۸/۲	۶/۴	۱۷	۸	۹	بله	
۸۰/۳	۸۰/۶	۸۰/۰	۱۹۱	۷۹	۱۱۲	خیر	مادر فوت شده است
۱۳/۰	۱۱/۲	۱۳/۶	۳۰	۱۱	۱۹	بله	
۱۲/۶	۷۷/۶	۷۲/۱	۱۷۷	۷۶	۱۰۱	خیر	پدر فوت شده است
۱/۷	۲/۰	۱/۴	۴	۲	۲	خود شخص	
۱۰/۹	۹/۲	۱۲/۱	۲۶	۹	۱۷	مادر	
۲/۵	۴/۱	۱/۴	۶	۴	۲	پدر	
۰/۴	۰	۰/۷	۱	۰	۱	مادر بزرگ	بعد از فوت والدین، سرپرستی شما با چه کسی بوده است
۰/۴	۱/۰	۰	۱	۱	۰	دوستان خانوادگی	
۰/۸	۱/۰	۰/۷	۲	۱	۱	سایر افراد	
۱۲/۶	۱۶/۳	۱۰/۰	۳۰	۱۶	۱۴	بله	
۸۷/۴	۸۳/۷	۹۰/۰	۲۰۸	۸۲	۱۲۶	خیر	آیا والدین سابقه جدایی و طلاق دارند
۱۹/۳	۲۰/۴	۱۸/۶	۴۶	۲۰	۲۶	سرد و طردکننده	
۵۱/۷	۵۰/۰	۵۲/۹	۱۲۳	۴۹	۷۴	معمولی	
۱۸/۵	۱۷/۳	۱۹/۳	۴۴	۱۷	۲۷	گرم و صمیمی	روابط والدین با یکدیگر چگونه است
۱۰/۵	۱۲/۲	۹/۳	۲۵	۱۲	۱۳	طلاق گرفته اند	
۳۱/۹	۳۱/۶	۳۲/۱	۷۶	۳۱	۴۵	بله	
۶۸/۱	۶۸/۴	۶۷/۹	۱۶۲	۶۷	۹۵	خیر	در خانواده من بیشتر تصمیم گیری ها توسط پدر صورت می گرفت و مادر نقش کمرنگ تری داشت
۳۱/۵	۳۰/۶	۳۲/۱	۷۵	۳۰	۴۵	بله	
۶۸/۵	۶۹/۴	۶۷/۹	۱۶۳	۶۸	۹۵	خیر	در خانواده من بیشتر تصمیم گیری ها توسط مادر صورت می گرفت و پدر نقش کمرنگ تری داشت
۶۲/۶	۵۶/۱	۶۷/۱	۱۴۹	۵۵	۹۴	بله	
۳۷/۴	۴۳/۹	۳۲/۹	۸۹	۴۳	۴۶	خیر	در خانواده من، والدین با مشورت با یکدیگر تصمیم گیری می کنند
۱۸/۵	۱۸/۴	۱۸/۶	۴۴	۱۸	۲۶	گرم و صمیمی	
۴/۶	۱/۰	۷/۱	۱۱	۱	۱۰	منفعل و بی تأثیر	در حال حاضر، روابط والدین در خانواده با شما چگونه است

معمولی	۶۴	۴۴	۱۰۸	۴۵/۷	۴۴/۹	۴۵/۴
سرد و طردکننده	۳۶	۲۵	۶۱	۲۵/۷	۲۵/۵	۲۵/۶
بیش از حد مراقبت کننده	۴	۹	۱۳	۲/۹	۹/۲	۵/۵

بودند. از مجموع ۱۷/۶ درصد از والدین فوت شده، ۷/۱ درصد مادر و ۱۳ درصد پدر، فوت شده بود. سرپرست افراد نمونه بعد از فوت یکی از والدین به ترتیب فراوانی شامل مادر ۱۰/۹ درصد، پدر ۲/۵ درصد، خود شخص ۱/۷ درصد، سایر افراد ۰/۸ درصد، مادر بزرگ و دوستان خانوادگی با فراوانی برابر ۰/۴ درصد گزارش شد. در ۱۲/۶ درصد از افراد نمونه، والدین از یکدیگر طلاق گرفته بودند.

بیشترین فراوانی در خصوص روابط والدین با یکدیگر به ترتیب رابطه معمولی ۵۱/۷ درصد، رابطه سرد و طردکننده ۱۹/۳ درصد و رابطه گرم و صمیمی ۱۸/۵ درصد بود. در حوزه تصمیم‌گیری در امور زندگی و خانواده ۳۱/۹ درصد نقش پدر، ۳۱/۵ درصد نقش مادر و ۶۲/۶ درصد نقش مشورتی والدین با یکدیگر را مسلط گزارش کردند. روابط والدین در خانواده با افراد نمونه به ترتیب فراوانی بصورت رابطه معمولی ۴۵/۴ درصد، رابطه سرد و طردکننده ۲۵/۶ درصد، رابطه بیش از حد مراقبت کننده ۵/۵ درصد و رابطه منفعل و بی تأثیر ۴/۶ درصد گزارش شد.

در خصوص عوامل خانوادگی مؤثر در بروز ناراضی جنسیتی بیشترین فراوانی مربوط به وضعیت اجتماعی اقتصادی خانواده مربوط به قشر متوسط خانواده ۶۸/۱ درصد بود، در نمونه کل حداقل یک خواهر با فراوانی ۳۴/۹ درصد و حداقل یک برادر با فراوانی ۳۵/۷ درصد در خانواده وجود داشت. بیشترین فراوانی رتبه تولد در متقاضیان تغییر جنسیت به ترتیب با رتبه فرزند آخر ۴۱/۶ درصد، فرزند وسط ۳۲/۴ درصد، فرزند اول ۲۴/۸ درصد و تک فرزندان ۱/۳ درصد بود و ۴۴/۵ درصد نیز گزارش کردند که قبل از آنها فرزندی با جنسیت مخالف بدنیا آمده است.

بیشترین فراوانی مدرک تحصیلی در پدران افراد نمونه مدرک دیپلم و شغل آزاد بود. بیشترین فراوانی مدرک تحصیلی در مادران افراد نمونه مدرک دیپلم و شغل خانه دار بود. بیشترین فراوانی فاصله سنی والدین در محدوده ۰-۵ سال گزارش شد. مشکل روانپزشکی در والدین افراد نمونه ۶/۷ درصد گزارش شد که ۳/۴ درصد از مادران و ۲/۹ درصد از پدران مشکل روانپزشکی داشتند. ۸۱/۹ درصد از افراد نمونه، والدین شان در قید حیات

جدول ۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی اطلاعات عوامل روانی اجتماعی مؤثر در ناراضی جنسیتی (۲۳۸ نفر)

متغیر	فراوانی			درصد		
	زن	مرد	کل	زن	مرد	کل
خیلی زیاد	۱۵	۴۱	۵۶	۱۰/۷	۴۱/۸	۲۳/۵
زیاد	۳۳	۳۲	۶۵	۲۳/۶	۳۲/۷	۲۷/۳
تاحدودی	۴۲	۲۰	۶۲	۳۰/۰	۲۰/۴	۲۶/۱
کم	۲۶	۵	۳۱	۱۸/۶	۵/۱	۱۳/۰
خیلی کم	۲۴	۰	۲۴	۱۷/۱	۰	۱۰/۱
بله	۲۶	۴۳	۶۹	۱۸/۶	۴۳/۹	۲۹/۰
خیر	۱۱۴	۵۵	۱۶۹	۸۱/۴	۵۶/۱	۷۱/۰
پدر	۱	۰	۱	۰/۷	۰	۰/۴
مادر	۱	۰	۱	۰/۷	۰	۰/۴

در کودکی ارتباط بیشتری با والد یا سرپرست غیرهمجنس خود داشتم (بطور مثال اگر پسر هستی ارتباط بیشتری با مادر داشتید):

تجربه رابطه جنسی به زور یا تهدید به آن در دوران کودکی دارم

۰/۴	۱/۰	۰/۷	۱	۱	۱	برادر	در صورت پاسخ مثبت به سوال بالا، توسط چه کسی مورد
۱/۳	۱/۰	۱/۴	۳	۱	۲	عمو	سوءاستفاده جنسی قرار گرفتید
۱/۳	۰	۰	۳	۰	۰	خواهر	
۳/۴	۳/۱	۳/۶	۸	۳	۵	دوست	
۹/۲	۲۶/۵	۶/۴	۲۲	۲۶	۹	غریبه	
۱۴/۷	۱۱/۲	۷/۹	۳۵	۱۱	۱۱	سایر افراد	
۲۸/۶	۳۸/۸	۲۱/۴	۶۸	۳۸	۳۰	بله	آیا در کودکی والد همجنس (مثلاً "اگر دختر هستید، مادرتان)
۷۱/۴	۶۱/۲	۷۸/۶	۷۱/۴	۶۰	۱۱۰	خیر	بیشتر اوقات در منزل نبود
۳۹/۹	۵۲/۰	۳۱/۴	۹۵	۵۱	۴۴	بله	آیا در کودکی کمتر پیش می آمد که با والد همجنس به
۶۰/۱	۴۸/۰	۶۸/۶	۱۴۳	۴۷	۹۶	خیر	گردش و یا بیرون از منزل بروید
۲۹/۴	۳۷/۸	۲۳/۶	۷۰	۳۷	۳۳	بله	آیا والدین نسبت به همبازی های شما در کودکی توجه کافی
۷۰/۶	۶۲/۲	۷۶/۴	۱۶۸	۶۱	۱۰۷	خیر	نداشتند
۶۳/۴	۷۲/۴	۵۷/۱	۱۵۱	۷۱	۸۰	بله	اگر با غیرهمجنس در کودکی همبازی و صمیمی می شدید
۳۶/۶	۲۷/۶	۴۲/۹	۸۷	۲۷	۶۰	خیر	برای والدین مهم نبود و شما را منع نمی کردند
۶۰/۵	۵۷/۱	۶۲/۹	۱۴۴	۵۶	۸۸	بله	والدین نسبت به انجام بازی هایی که مربوط به جنس مخالف
۳۹/۵	۴۲/۹	۳۷/۱	۹۴	۴۲	۵۲	خیر	بود واکنش نشان نمی دادند
۱۵/۱	۲۰/۴	۱۱/۴	۳۶	۲۰	۱۶	بله	در کودکی حس می کردید والدین به همسالان غیرهمجنس
۸۴/۹	۷۹/۶	۸۸/۶	۲۰۲	۷۸	۱۲۴	خیر	شما با علاقه بیشتری توجه می کنند
۴۰/۳	۵۰/۰	۳۳/۶	۹۶	۴۹	۴۷	بله	در منزل گاهی کارهایی را به شما می سپردند که مناسب
۷۰/۶	۵۰/۰	۶۶/۴	۱۴۲	۴۹	۹۳	خیر	جنسیت تان نبود
۲۹/۴	۳۹/۸	۲۲/۱	۷۰	۳۹	۳۱	بله	دوست داشتید توجه اطرافیان را با کارهای غیرعادی مثل رفتار
۷۰/۶	۶۰/۲	۷۷/۹	۱۶۸	۵۹	۱۰۹	خیر	جنس مخالف، به خود جلب کنید
۲۰/۶	۲۱/۴	۲۰/۰	۴۹	۲۱	۲۸	بله	در خانواده بارها بیان می شد که ای کاش شما فرزندی با
۷۹/۴	۷۸/۶	۸۰/۰	۱۸۹	۷۷	۱۱۲	خیر	جنسیت دیگر بودید
۷۳/۱	۷۹/۶	۶۸/۶	۱۷۴	۷۸	۹۶	بله	در کودکی دوست داشتید رفتارهای بزرگترهای جنس
۲۶/۹	۲۰/۴	۳۱/۴	۶۴	۲۰	۴۴	خیر	مخالف را تقلید کنید
۵۰/۴	۶۲/۲	۴۲/۱	۱۲۰	۶۱	۵۹	بله	در کودکی ارتباط صمیمی و کافی با افراد همجنس بزرگتر از
۴۹/۶	۳۷/۸	۵۷/۹	۱۱۸	۳۷	۸۱	خیر	خود در خانواده نداشتید
۹۳/۷	۹۴/۹	۲۹/۹	۲۲۳	۹۳	۱۳۰	بله	در کودکی و یا نوجوانی بارها از سوی دوستان و خانواده شنیده
۶/۳	۵/۱	۷/۱	۱۵	۵	۱۰	خیر	اید که رفتارها و شخصیت تان به جنس مخالف شباهت دارد
۴۰/۳	۴۳/۹	۳۷/۹	۹۶	۴۳	۵۳	بله	در کودکی دریافت برچسب انجام رفتار جنس مخالف باعث
۵۹/۷	۵۶/۱	۶۲/۱	۱۴۲	۵۵	۸۷	خیر	تشویق و تکرار آن رفتار توسط شما می شد
۵۵/۵	۶۱/۲	۵۱/۴	۱۳۲	۶۰	۷۲	بله	خانواده به دلیل رفتارهای مربوط به جنس مخالف از حضور
۴۴/۵	۳۸/۸	۴۸/۶	۱۰۶	۳۸	۶۸	خیر	شما در مهمانی ها خجالت می کشیدند
۳۵/۵	۴۲/۹	۳۰/۰	۸۴	۴۲	۴۲	بله	در کودکی والدین تان رفتارهای درست و مناسب جنسیتی را
۶۴/۷	۵۷/۱	۷۰/۰	۱۵۴	۵۶	۹۸	خیر	به شما گوشزد نمی کردند
۷۳/۵	۸۳/۷	۶۶/۴	۱۷۵	۱۴۰	۹۳	بله	در جنسیت حاضر نمی توانید مشغول به کار و درآمدی مناسبی
۲۶/۵	۱۶/۳	۳۳/۶	۶۳	۸۲	۴۷	خیر	شوید
۷۶/۹	۷۰/۴	۸۱/۴	۱۸۳	۶۹	۱۱۴	خیلی زیاد	احساس شیبه بودن به جنسیت مخالف در شما چقدر است

۱۸/۹	۲۳/۵	۱۵/۷	۴۵	۲۳	۲۲	زیاد	
۲/۹	۴/۱	۲/۱	۷	۴	۳	تاحدودی	
۰/۸	۱/۰	۰/۷	۲	۱	۱	کم	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	خیلی کم	
۰/۴	۱/۰	۰	۱	۱	۰	اصلا	
۳۸/۲	۴۵/۹	۳۲/۹	۹۱	۴۵	۴۶	بله	آیا اقدامی عملی برای خودکشی به خاطر ترس بودن انجام داده اید
۶۱/۸	۵۴/۱	۶۷/۱	۱۴۷	۵۳	۹۴	خیر	
۲۳/۵	۲۷/۶	۲۰/۷	۵۶	۲۷	۲۹	بله	آیا اقدامی عملی برای آسیب زدن به اندام جنسی زیستی (اولیه) خود انجام داده اید
۷۶/۱	۷۱/۴	۹۳/۳	۱۸۱	۷۰	۱۱۱	خیر	
۴۴/۱	۶۲/۲	۳۱/۴	۱۰۵	۶۱	۴۴	تمسخر آمیز	
۷/۱	۶/۱	۷/۹	۱۷	۶	۱۱	سرد و طردکننده	
۱۹/۳	۱۰/۲	۲۵/۷	۴۶	۱۰	۳۶	بی تفاوت	در حال حاضر، برخورد افراد جامعه با شما چگونه است
۲۳/۵	۱۷/۳	۲۷/۹	۵۶	۱۷	۳۹	محترم	
۵/۹	۴/۱	۷/۱	۱۴	۴	۱۰	دلسوزی و ترحم بیش از اندازه	
۱۰/۹	۸/۲	۱۲/۹	۲۶	۸	۱۸	خیلی خوب	
۲۴/۴	۲۱/۴	۲۶/۴	۵۸	۲۱	۳۷	خوب	در حال حاضر، روابط بین فردی با دوستان و اعضای خانواده چگونه است
۴۱/۶	۳۱/۶	۴۸/۶	۹۹	۳۱	۶۸	تاحدودی خوب	
۱۳/۴	۲۳/۵	۶/۴	۳۲	۲۳	۹	بد	
۹/۷	۱۵/۳	۵/۷	۲۳	۱۵	۸	خیلی بد	
۲/۱	۴/۱	۰/۷	۵	۴	۱	برخوردهای مردم با ظاهر و رفتارم	مهمترین دلیل شما برای انجام عمل تغییر جنسیت کدامیک از موارد است
۸۹/۱	۸۲/۷	۹۳/۶	۲۱۲	۸۱	۱۳۱	رسیدن به هویت واقعی	
۴/۶	۷/۱	۲/۹	۱۱	۷	۴	ازدواج با فردی از جنسیت اولیه	
۴/۲	۶/۱	۲/۹	۱۰	۶	۴	سایر موارد	
۳۱/۱	۳۲/۷	۳۰/۰	۷۴	۳۲	۴۲	عدم استقبال و پذیرش والدین برای جراحی	
۲۱/۴	۲۴/۵	۱۹/۳	۵۱	۲۴	۲۷	امکان طرد شدن از سوی خانواده	
۲۴/۸	۲۰/۴	۲۷/۹	۵۹	۲۰	۳۹	عدم استطاعت مالی	
۱۱/۳	۱۰/۲	۱۲/۱	۲۷	۱۰	۱۷	مشکلات پزشکی و عدم تأیید متخصصان	مهمترین مشکل شما برای عمل تغییر جنسیت چیست
۲/۱	۵/۱	۰	۵	۵	۰	نبود قانون و مکان مناسب در ایران برای زندگی به شیوه همجنس گرایی	
۹/۲	۷/۱	۱۰/۷	۲۲	۷	۱۵	سایر موارد	
۱۰/۵	۱۳/۳	۸/۶	۲۵	۱۳	۱۲	۹-۱۴	
۶۸/۵	۶۸/۴	۶۸/۶	۱۶۳	۶۷	۹۶	۱۵-۲۰	
۱۳/۴	۱۱/۲	۱۵/۰	۳۲	۱۱	۲۱	۲۱-۲۶	در چه سنی متوجه شدید مشکل هویتی شما قابل درمان است
۴/۶	۷/۱	۲/۹	۱۱	۷	۴	۲۷-۳۱	
۱/۳	۰	۲/۱	۳	۰	۳	۳۲-۳۷	

۳۸ به بالا							
۱۶/۸	۲۱/۴	۱۳/۶	۴۰	۲۱	۱۹	دوستان ترنس	
۰/۸	۱/۰	۰/۷	۲	۱	۱	دوستان ترنس و روانپزشک	
۴۷/۱	۵۱/۰	۴۴/۳	۱۱۲	۵۰	۶۲	اینترنت	
۹/۷	۸/۲	۱۰/۷	۲۳	۸	۱۵	روانشناس و روانپزشک	از چه طریقی به حل مسأله رسیدید.
۰/۸	۰	۱/۴	۲	۰	۲	معلم	
۷/۱	۳/۱	۱۰/۰	۱۷	۳	۱۴	اینترنت و دوستان	
۲/۹	۴/۱	۲/۱	۷	۴	۳	رسانه های جمعی	
۹/۲	۳/۱	۱۳/۶	۲۲	۳	۱۹	آشنایان و دوستان	
۱۹/۷	۱۸/۴	۲۰/۷	۴۷	۱۸	۲۹	عدم استقبال	
۲۰/۶	۳۳/۷	۱۱/۴	۴۹	۳۳	۱۶	طرد کردن	
۱۹/۳	۲۰/۴	۱۸/۶	۴۶	۲۰	۲۶	بی تفاوت	فکر می کنید عکس العمل خانواده شما پس از جراحی
۳۲/۸	۲۵/۵	۳۷/۹	۷۸	۲۵	۵۳	حمایت عاطفی و خشنودی خانواده از وضعیت جدید	تغییر جنسیت چگونه باشد
۷/۱	۱/۰	۱۱/۴	۱۷	۱	۱۶	سایر موارد	
۳/۸	۲/۰	۵/۰	۹	۲	۷	غیرهمجنس	
۹۶/۲	۹۸/۰	۹۵/۰	۲۲۹	۹۶	۱۳۳	همجنس	دوست دارید شریک جنسی شما (منظور جنسیت زیستی)
۰	۰	۰	۰	۰	۰	هر دو جنس (زن و مرد)	کدامیک از موارد باشد
۲/۱	۴/۱	۰/۷	۵	۴	۱	بد	
۶۰/۵	۵۸/۲	۶۲/۱	۱۴۴	۵۷	۸۷	خوب	
۲/۱	۱/۰	۲/۹	۵	۱	۴	بسیار خوب	فکر می کنید وضعیت شما پس از تغییر جنسیت چگونه باشد
۳۲/۴	۳۰/۶	۳۳/۶	۷۷	۳۰	۴۷	عالی	
۲/۵	۵/۱	۰/۷	۶	۵	۱	نمی داند	

توسط والدین ۴۰/۳ درصد، جلب کردن توجه اطرافیان با انجام رفتارهای جنس مخالف ۲۹/۴ درصد، آرزوی والدین برای داشتن فرزندی با جنسیت دیگر ۲۰/۶ درصد، تقلید رفتارهای جنس مخالف ۷۳/۱ درصد، عدم ارتباط صمیمی و کافی با افراد همجنس ۵۰/۴ درصد، گوشزد اطرافیان مبنی بر شباهت رفتار و شخصیت به جنسیت مخالف ۹۳/۷ درصد، تشویق و تکرار رفتار جنس مخالف بدنبال دریافت برچسب جنس مخالف ۴۰/۳ درصد، احساس شرم و خجالت والدین بدنبال انجام رفتارهای جنس مخالف در مهمانی ها ۵۵/۵ درصد، عدم آموزش صحیح رفتارهای مناسب جنسیتی توسط والدین ۳۵/۵ درصد، عدم اشتغال به کار مناسب بدلیل جنسیت

در زمینه اطلاعات عوامل زیستی موثر در نارضایتی جنسیتی بیشترین فراوانی مربوط به ارتباط با والد غیرهمجنس در دوران کودکی تقریباً ۶۰ درصد، سابقه سوء استفاده جنسی ۲۹ درصد که بیشتر توسط سایر افراد با فراوانی ۱۴/۷ درصد، افراد غریبه ۹/۲ درصد و دوستان ۳/۴ درصد گزارش شد. فراوانی غیبت والد همجنس در دوران کودکی ۳۹/۹ درصد، عدم توجه والدین نسبت به همبازی ها ۲۹/۴ درصد، همبازی و صمیمی شدن با غیرهمجنس ۶۳/۴، عدم توجه کافی والدین نسبت به انجام بازی های جنس مخالف ۶۰/۵ درصد، علاقه و تمایل والدین به همسالان غیرهمجنس فرزندشان ۱۵/۱ درصد، سپردن کارهای نامتناسب با جنسیت به فرزند

اولیه ۷۳/۵ درصد و فراوانی احساس شبیه بودن به جنس مخالف تقریباً "بیشتر از ۹۵/۸ درصد، اقدام عملی به قصد خودکشی به خاطر ترنس بودن ۳۸/۲ درصد و آسیب زدن به اندام جنسی اولیه ۲۳/۵ درصد گزارش شد. روابط بین فردی افراد نمونه با دوستان و اعضای خانواده بصورت خوب و بسیار خوب با فراوانی تقریبی ۳۵/۳ درصد گزارش شد. مهمترین دلیل آزمودنی برای جراحی تغییر جنسیت به ترتیب فراوانی رسیدن به هویت واقعی ۸۹/۱ درصد، ازدواج با فردی از جنسیت اولیه ۴/۶ درصد، سایر موارد ۴/۲ درصد و برخوردهای نامناسب افراد جامعه با ظاهر و رفتار فرد ۲/۱ گزارش شد. مهمترین مشکل آزمودنی ها برای عمل تغییر جنسیت به ترتیب فراوانی عدم استطاعت مالی ۲۴/۸ درصد، امکان طرد شدن از سوی خانواده ۲۱/۴ درصد، مشکلات پزشکی و عدم تأیید متخصصان ۱۱/۳ گزارش شد. محدوده سنی که مراجعان متوجه شدند که مشکل هویتی آنها دارای حل مساله و درمان می باشد به ترتیب فراوانی در محدوده سنی ۲۰-۱۵ سال ۶۸/۵ درصد، محدوده سنی ۲۱-۲۶ سال ۱۳/۴ درصد و محدوده سنی ۱۴-۹ سال ۱۰/۵ درصد گزارش شد. همچنین نحوه بدست آوردن اطلاعات در خصوص حل مشکل هویتی و درمان به ترتیب فراوانی از طریق اینترنت ۴۷/۱ درصد، دوستان ترنس ۱۶/۸ درصد، روانشناس و روانپزشک ۹/۷ درصد و آشنایان و دوستان ۹/۲ درصد گزارش شد. درخصوص واکنش والدین پس از جراحی تغییر جنسیت به ترتیب فراوانی ۳۲/۸ درصد حمایت عاطفی و اظهار خشنودی، ۲۰/۶ درصد رفتار همراه با طرد از سوی خانواده، ۱۹/۷ درصد عدم استقبال و ۷/۱ درصد سایر موارد را مطرح کردند. در مورد انتخاب شریک جنسی، ۹۶/۲ درصد شریک جنسی از نوع همجنس را گزارش کردند چون هنوز موفق به جراحی نشده بودند و خودشان را متعلق به جنسیت مخالف می دیدند و در پایان وضعیت خود را پس از تغییر جنسیت به ترتیب فراوانی خوب ۶۰/۵

درصد، عالی ۳۲/۴ درصد، بی اطلاعی از وضعیت خود ۲/۵ درصد و خوب و بد با فراوانی برابر ۲/۱ درصد گزارش کردند.

بحث

این پژوهش از طریق اجرای چک لیست و مصاحبه با متقاضیان تغییر جنسیت ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۴ با هدف بررسی عوامل جمعیت شناختی، زیستی، خانوادگی و روانی اجتماعی در ناراضی جنسیتی انجام شد.

اطلاعات جمعیت شناختی در افراد متقاضی تغییر جنسیت نشان داد که بیشترین درصد فراوانی مربوط به تراجنسی های زن به مرد، وضعیت تأهل مجرد، محدوده سنی ۲۲-۱۸ سال، تحصیلات دیپلم، بدون شغل و بیکار، ساکن شهر، دست غالب آنها دست راست و با سابقه خودزنی، خالکوبی، مصرف هورمون و مواد مخدر بود. نتایج حاصل از این پژوهش همسو با نتایج پژوهش های عابدینی و سپهری نیا (۲۳) و دانافر، جهان بخش و بهیان (۲۴) می باشد. از طرف دیگر، یافته های این پژوهش احتمال این فرضیه که چپ دستی در افراد تراجنسیتی بیشتر است (۱) را رد می کند.

نتایج مربوط به اطلاعات عوامل زیستی در بروز ناراضی جنسیتی نشان داد که استرس بارداری، سابقه ضربه شدید به جنین در دوران بارداری و مصرف داروهای هورمونی در هنگام بارداری با درصدی کمتر از میانگین در بروز ناراضی جنسیتی موثر بوده است. از طرف دیگر، سطح فعالیت در تراجنسی های زن به مرد بالاتر از تراجنسی های مرد به زن گزارش شد. سن شروع علائم در محدوده سنی ۱۲-۳ سال و احساس عدم تحمل جنسیت اولیه در محدوده سنی ۲۰-۱۶ سال بود. نتایج حاصل از این پژوهش همسو با نتایج پژوهش واحدی، رایجیان اصلی، علمردانی و بهروزی (۲۵)؛ زوکر و همکاران (۶)؛ کمپل و ایتون (۲۶)؛ ایتون و اینز (۲۷)؛ زوکر و

نارضایتی جنسیتی در مقایسه با افراد عادی بطور معکوس است. پسرهای مبتلا به نارضایتی جنسیتی سطح تحریک کمتری نسبت به پسرهای عادی دارند و دخترهای مبتلا به نارضایتی جنسیتی سطح تحریک بالاتری نسبت به دخترهای عادی نشان می دهند. در واقع سطح تحریک در دختران مبتلا به نارضایتی جنسیتی بطور معنی داری بالاتر از پسرهای مبتلا به نارضایتی جنسیتی است. که نتایج پژوهش حاضر نیز موید این مطلب بود.

نتایج مربوط به اطلاعات عوامل خانوادگی در بروز نارضایتی جنسیتی نشان داد که وضعیت اجتماعی اقتصادی خانواده این افراد در طبقه متوسط و ضعیف افراد جامعه و روابط والدین در خانواده با آنها برترتیب به شکل رابطه معمولی و سپس رابطه سرد و طردکننده بوده است. هر یک از اعضای نمونه حداقل یک خواهر و یک برادر داشتند و رتبه تولد آنان بیشتر رتبه فرزند آخر خانواده بود و درصد قابل توجهی نیز تولد فرزندی با جنس مخالف را قبل از خودشان تأیید کردند. مدرک تحصیلی پدر آنان بیشتر دیپلم با شغل آزاد بود. مادران آنها مدرک دیپلم و شغل آنها برترتیب خانه دار بود و فاصله سنی والدین بیشتر در محدوده ۵-۰ سال قرار داشت. کمتر از ۷٪ درصد والدین مشکلات روانپزشکی داشتند و ۱۸ درصد از آنها والدین شان فوت شده بود و ۱۳ درصد از آنها والدین شان طلاق گرفته بودند. روابط والدین آنها با یکدیگر برترتیب رابطه معمولی و سپس سرد و طردکننده بود. در حوزه تصمیم گیری در امور زندگی و خانواده بیشتر والدین با یکدیگر مشورت داشتند. پژوهش حاضر، یافته های منحصر به فردی را در زمینه عوامل خانوادگی در بروز نارضایتی جنسیتی نشان داد که تحقیقات در این موارد بسیار محدود بود با این حال نتایج حاصل از این پژوهش همسو با نتایج پژوهش باریولا، لیونز، لونارد، پیتس و همکاران (۳۱)؛ کریسمن، برگر، گراهام و والتون (۳۲)؛ لیمک، بل و مورفی (۳۳)؛ انجمن

همکاران (۷)؛ انجمن روانپزشکی آمریکا (۳)؛ کاهانی (۲۸) می باشد. در تبیین این نتایج می توان گفت هویت جنسی می تواند تحت تأثیر عوامل ژنتیکی و هورمونی نیز قرار بگیرد. مثلاً اگر مادران در طول دوران بارداری هورمون های جنسی مصرف کنند، رفتار فرزندان شان تحت تأثیر آن نوع هورمون قرار می گیرد یا زمانی که مادران حامله از داروهایی که شامل هورمون های مردانه مثل آندروژن است، استفاده کنند ممکن است در فرزندان دختر آنها بیشتر از دختران مادرانی که در دوران حاملگی هیچ هورمونی مصرف نکرده اند، رفتارهای پسرانه دیده شود. بنابراین می توان در نارضایتی جنسیتی یک عنصر ژنتیک را در نظر گرفت (۳). پیش آگهی نارضایتی جنسیتی بستگی به سن شروع و شدت علائم دارد. شروع نارضایتی جنسیتی در کودکان معمولاً بین ۲ تا ۴ سالگی است و تقریباً زمانی که کودک وارد مدرسه می شود، خودش را نشان می دهد. در پسر بچه ها قبل از ۴ سالگی شروع شده و تعارض های همتایی در اوایل ورود به مدرسه یعنی ۷ تا ۸ سالگی آغاز می شود و در دختر بچه ها سن شروع پایین تر است (۳۰، ۲۹). اقلیت کوچکی از کودکان از اندام جنسی خود ابراز ناراحتی کرده یا میل به داشتن اندام جنسی مطابق با جنسیت تجربه شده را بیان خواهند کرد. ابراز ملال جنسی با نزدیک شدن کودکان دچار نارضایتی جنسیتی به دوران بلوغ و انتظار بلوغ شایع تر است (۷، ۳).

یکی از ابعاد خلق و خو سطح فعالیت^۲ است که به نظر می رسد یک عامل زمینه ساز در نارضایتی جنسیتی باشد. سطح فعالیت، تمایل زیاد برای صرف انرژی جسمی و انجام بازی های خشن و پرتحرک است. یک صفت دو جنسیتی است که هورمون های قبل از تولد و ژنتیک بر آن موثر است. زوکر و همکاران (۷) در بررسی خود گزارش کردند که میزان تحریک در کودکان مبتلا به

1 Enns, L. R.

2 Activity level (AL)

3 Lamke, L. K., Bell, N. J., & Murphy, C.

روانپزشکی آمریکا (۳)؛ ولف (۳۴)؛ زاگر و برادلی (۳۵)؛ بلانچارد و شیردن (۳۶) می باشد.

در تبیین نتایج این پژوهش می توان گفت که تفاوت‌هایی در الگوی تربیتی والدین افراد مبتلا به ناراضی جنسیتی و گروه طبیعی وجود دارد. در ترانس‌های مرد به زن پدران از نظر عاطفی سردتر، طردکننده‌تر و کنترل‌گراتر بوده‌اند و در ترانس‌های زن به مرد هر دو والد طردکننده و از نظر عاطفی سرد بودند و تنها مادران آنها بیش از رفتار حمایتگرانه، کنترل‌گر بودند (۳۷-۳۸). از طرف دیگر، در مطالعه کریسمن، برگر، گراهام و والتون (۳۲) نتایج نشان داد که وضعیت اجتماعی و اقتصادی خانواده افراد تراجنسی زیر خط فقر می باشد که همسو با نتایج پژوهش حاضر است.

خواهران و برادران بزرگتر نیز در رشد و شکل‌گیری نقش جنسیتی موثرند. نتایج پژوهش لیمک، بل و مورفی (۳۳) بر روی ۴۵۴ دختر و پسر دانشجو نشان داد که برادران بزرگتر در رشد نقش جنسیتی در خواهران کوچکتر از خود و خواهران بزرگتر در رشد نقش جنسیتی در برادران کوچکتر از خود تأثیر گذارند. به عبارتی جنس مقابل بزرگتر در ایجاد نقش جنسیتی غیرکلیشه‌ای در خواهر و برادر کوچکتر از خود نقش دارد. از طرف دیگر، پسران دچار ناراضی جنسیتی در مقایسه با پسران عادی برادران بزرگ‌تر دارند (۳). بلانچارد و شیردن (۳۶) نیز در پژوهش خود گزارش کردند که معمولاً "کودکان ترنس از لحاظ ترتیب تولد فرزند چندم خانواده هستند که در پژوهش حاضر، بیشتر افراد تراجنسی در رتبه فرزند آخر خانواده قرار داشتند. از طرف دیگر، ولف (۳۴) گزارش کرد که والدین دارای فرزندان ترنس در سطح بالاتری از مشکلات روانشناختی نسبت به والدین گروه کنترل قرار دارند و همچنین مادران آنها از لحاظ روانی افسرده و فاقد اراده لازم در تربیت کودک می باشند. (۳۵).

نتایج مربوط به اطلاعات عوامل روانی اجتماعی در این پژوهش نشان داد که ارتباط با والد غیرهمجنس در دوران کودکی، سابقه سوء استفاده جنسی، همبازی و صمیمی شدن با غیرهمجنس، عدم توجه کافی والدین نسبت به انجام بازی‌های جنس مخالف، سپردن کارهای نامتناسب با جنسیت توسط والدین به کودک، تقلید رفتارهای جنس مخالف، عدم ارتباط صمیمی و کافی با افراد همجنس، گوشزد اطرافیان مبنی بر شباهت رفتار و شخصیت به جنسیت مخالف، تشویق و تکرار رفتار جنس مخالف بدنبال دریافت برجسب جنس مخالف از سوی اطرافیان، احساس شرم و خجالت والدین بدنبال انجام رفتارهای جنس مخالف در مهمانی‌ها، عدم اشتغال به کار مناسب بدلیل جنسیت اولیه، احساس شیبه بودن به جنس مخالف، اقدام عملی به قصد خودکشی به خاطر ترنس بودن در بروز ناراضی جنسیتی موثر است.

در خصوص رفتار افراد جامعه با آنها بیشتر رفتارها بصورت رفتار تمسخرآمیز و رفتار محترمانه گزارش شد. روابط بین فردی با دوستان و اعضای خانواده بصورت خوب و بسیار خوب گزارش شد. مهمترین دلیل اعضای نمونه برای جراحی تغییرجنسیت به ترتیب رسیدن به هویت واقعی، ازدواج با فردی از جنسیت اولیه و برخوردهای نامناسب افراد جامعه با ظاهر و رفتارشان گزارش شد. مهمترین مشکل اعضای نمونه برای عمل تغییرجنسیت به ترتیب عدم استطاعت مالی، امکان طرد شدن از سوی خانواده و مشکلات پزشکی و عدم تأیید متخصصان بود. محدوده سنی که اعضای نمونه متوجه شدند که مشکل هویتی آنها دارای حل مساله و درمان می باشد به ترتیب در محدوده سنی ۲۰-۱۵ سال و محدوده ۲۶-۲۱ سال قرار داشت. نحوه دستیابی به اطلاعات بیشتر از طریق اینترنت، دوستان ترنس، روانشناس و روانپزشک، آشنایان و دوستان بیان شد. درخصوص واکنش والدین شان پس از جراحی تغییرجنسیت به ترتیب حمایت عاطفی و اظهار خشنودی،

شروع ابراز نارضایتی جنسیتی را در فرزندان خود دسترسی به رسانه های جمعی چون اینترنت و سپس دوستان ترنس و یا هر دو مورد می دانند. که در تایید یافته های حاصل از این پژوهش می باشد.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر یافته های منحصر بفردی را در زمینه عوامل موثر در بروز نارضایتی جنسیتی نشان داد که تحقیقات در این موارد بسیار محدود بود. یافته های این پژوهش در دو حیطه نظری و عملی حائز اهمیت و پیشنهاد است. از جنبه نظری توجه به نقش عوامل زمینه ای موثر در بروز نارضایتی جنسیتی می تواند در راستای نظریه های رواندرمانی قابل تأمل باشد و مسیر را برای شناخت چندجانبه نارضایتی جنسیتی هموار سازد. از حیطه کاربردی نیز می توان با آموزش و آگاهی رسانی صریح به خانواده ها و افراد جامعه در خصوص مشکل نارضایتی جنسیتی این قشر از افراد جامعه و نحوه برخورد صحیح با آنها با هدف حمایت خانواده ها از فرزندان مبتلا به نارضایتی جنسیتی و طرد نکردن آنها، حمایت مالی و اجتماعی مناسب سازمان های مربوطه از تراجنسی ها جهت انجام جراحی تغییرجنسیت و درمان های مورد نیاز این قشر از جامعه، ایجاد اشتغال مناسب برای تراجنسی ها جهت دوری از فقر و فحشا، کسب تأیید اجتماعی از سوی افراد جامعه، تهیه برنامه های رسانه ای جهت تغییر نگرش و جایگزین کردن افکاری انسانی تر و منعطف تر درباره هویت تراجنسی ها در کاهش مشکلات و آسیب های اجتماعی آنان اقدام شایسته صورت پذیرد. از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به عدم دسترسی به نمونه بالینی بیشتر به علت خاص بودن جامعه مورد مطالعه، روش نمونه گیری و محدود بودن جامعه آماری به تغییرجنسیت های مراجعه کننده به پزشکی قانونی خراسان رضوی اشاره کرد که در تعمیم نتایج به سایر افراد دارای نارضایتی جنسیتی بایستی با احتیاط عمل نمود؛ بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش

رفتار همراه با طرد از سوی خانواده، عدم استقبال و سایر موارد را مطرح کردند. در مورد انتخاب شریک جنسی، شریک جنسی از نوع همجنس را انتخاب کردند چون هنوز موفق به جراحی نشده بودند و خودشان را متعلق به جنسیت مخالف می دیدند و در پایان وضعیت خود را پس از تغییر جنسیت به صورت خوب، عالی و بی اطلاعی از وضعیت خود ارزیابی کردند. نتایج حاصل از این پژوهش همسو با نتایج پژوهش جواهری (۲۱)؛ رضایی (۲۰)؛ استالر (۱۶، ۲۲)؛ دادفر (۲)، انجمن روانپزشکی آمریکا (۴۰)؛ انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳)؛ مید و راکرز (۴۱)؛ گرین (۴۲)؛ پارکر و بار (۳۷)؛ سیمون، زولت، فوگد و چوبر (۳۸)؛ سادوک، سادوک و روئیز، (۱)؛ زوکر، وود، سینگ و برادلی و همکاران (۷)؛ کوهن کتنیس و گورن (۴۳)؛ توسلی، حسینیان و صابری (۴۴)؛ کتابی و بشردوست (۴۵)؛ بهروان و بیانی (۴۶)؛ زمانی، زمانی، رجائیان و برزگر محمدی (۴۷)؛ هاسلبچر (۴۸)؛ مینبرگ، کورت، مولر و رومر (۴۹)؛ لیتمن (۵۰-۵۱) می باشد. در تبیین این یافته ها می توان گفت که افراد مبتلا به این اختلال سعی می کنند تا رفتار و زندگی شان شبیه جنس مخالف باشد، فقدان الگوهای دارای نقش جنسی مشابه و تشویق های آشکار و غیر آشکار مراقبین برای رفتار مشابه جنس مخالف در ایجاد اختلال هویت جنسی در دوران کودکی نقش دارند (۵۲).

عدم سازگاری با نقش جنسی زیستی در افراد مبتلا به نارضایتی جنسیتی می تواند 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 و کاهش کیفیت زندگی و سلامت روان. (۵۳-۵۵). از سوی دیگر، لیتمن (۵۰-۵۱) گزارش می دهد که والدین

¹ Simon, L., Zsolt, U., Fogd, D., & Czobor, P.

² Cohen- Kettenis, P. T., & Gooren, J. G.

های بعدی بر طیف گسترده‌ای از افراد مبتلا به ناراضی جنسیتی، این پژوهش اجرا شود تا تعمیم پذیری یافته‌ها امکانپذیر گردد.

تقدیر و تشکر

این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی مصوب در مرکز تحقیقات پزشکی قانونی با کد اخلاق IR.UI.REC.1398.044 به ثبت رسیده است، بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان و همکاران سازمان پزشکی قانونی خراسان رضوی که ما را در انجام این طرح پژوهشی یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تأییدیه اخلاقی: در این پژوهش تمامی موارد اخلاقی از جمله محرمانه بودن اطلاعات و مشخصات فردی رعایت شده و نیز رضایت شرکت کنندگان در این پژوهش اخذ شده است.

تعارض منافع: بین نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

منابع مالی: مرکز تحقیقات پزشکی قانونی حامی مالی این پژوهش بوده است.

References

1. Sadock B, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences. Walters Kluwer. 2015.
2. Dadfar M, yekeyzandost R, Dadfar F. Evaluation of personality patterns of patients with sexual identity disorder. Scientific Journal of Forensic Medicine. 2009; 15(2): 96-99. [Persian]
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub. 2013.
4. Badiyan Muosavi N. A survey of the frequency of patients with gender dysphoria referred to forensic medicine centers across the country over a five-year period. PhD Thesis in Psychiatry, Mashhad University of Medical Sciences. 2019. [Persian]
5. Lopez X, Stewart S, Jacobson-Dickman E. Approach to children and adolescents with gender dysphoria. Pediatrics in review. 2016; 37(3): 89-98.
6. Zucker KJ, Lawrence AA, Kreukels BP. Gender dysphoria in adults. Annual Review of Clinical Psychology. 2016; 12: 217-247.
7. Zucker KJ, Wood H, Singh D, Bradley SJ. A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with gender identity disorder. Journal of homosexuality. 2012; 59(3): 369-397.
8. Hines M, Constantinescu M, Spencer D. Early androgen exposure and human gender development. Biology of sex differences. 2015; 6(1): 3.
9. Haldeman DC. Gender atypical youth: Clinical and social issues. School Psychology Review. 2000; 29(2): 192-200.
10. Rosqvist HB, Nordlund L, Kaiser N. Developing an authentic sex: Deconstructing developmental-psychological discourses of transgenderism in a clinical setting. Feminism & Psychology. 2014; 24(1): 20-36.
11. Yost MR, Smith TE. Transfeminist psychology. Feminism & Psychology. 2014; 24(2): 145-156.
12. Schmitt DP, Long AE, McPhearson A, O'brien K, Remmert B, Shah SH. (2017). Personality and gender differences in global perspective. International Journal of Psychology. 2017; 52: 45-56.
13. Lev AI. Gender dysphoria: Two steps forward, one step back. Clinical social work journal. 2013; 41(3): 288-296.
14. Winters K. Gender madness in American psychiatry: Essays from the struggle for dignity. Booksurge: Lic. 2008.

15. Martin W, Rouble J, Szkrybalo M. Afterward: On androgyny. *Women s Studies*. 2002; 2: 265-268.
16. Stoller RJ. The mother's contribution to infantile transvestic behaviour. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1966; 47: 384-395.
17. Zucker KJ, Bradley SJ. *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. Guilford Press. 1995.
18. CORBETT K. Homosexual boyhood: notes on girleyboys, in: M. ROTTNEK (Ed.) *Sissies and Tomboys: gender nonconformity and homosexual childhood*. New York: New York University Press. 1999.
19. McBee C. Towards a more affirming perspective: Contemporary psychodynamic practice with trans* and gender non-conforming individuals. *In AdvocatesV Forum*. 2013; 12: 37-52.
20. Rezaei A, Saberi M, Shah Moradi H, Malik Khosravi Gh. Family functioning in patients with sexual identity disorder. *Journal of Rehabilitation*. 2007; 8 (29): 58-63. [Persian]
21. Javaheri F, Hosseinzadeh, M. Social Consequences of Sexual Identity Disorder: Social Capital and the Quality of Life of Transgender People in Iran. *Journal of Iranian Social Studies*. 2012; 5 (3), 3-22. [Persian]
22. Stoller RJ. *Pain & Passion. A Psychoanalyst Explores the World of S & M*, Plenum Press, New York. 1991.
23. Abedini S, Sepehrinia H. Study of socio-cultural and family dimensions with perception of sexual identity before and after surgery in people with sexual identity disorder studied in Ardabil province. *Sociological Studies*. 2015; 8 (29): 38-21. [Persian]
24. Danafar A, Behian S. Gender Identity Disorder and Social Factors Affecting it Among Transsexualists, Who Referred to the Social Welfare Organization in 2013-2015. *TB*. 2017; 16 (2) :75-87. [Persian]
25. Vahedi M, Rajjian Asli M, Alimardani A, Behroozi MR. The role of genetic factors in sexual identity disorder with an approach to legal and jurisprudential views about it. *Journal of Medical Law*. 2016; 10 (38): 167-189. [Persian]
26. Campbell D W, Eaton WO. Sex differences in the activity level of infants 1. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*. 1999. 8(1): 1-17.
27. Eaton WO, Enns LR. Sex differences in human motor activity level. *Psychological bulletin*. 1986; 100(1): 19.
28. Kahani AR. *Sexual identity disorder (transgender gender)*. Tehran: Teymourzadeh Publications. 2002. [Persian]
29. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins. 2011.
30. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2003.
31. Bariola E, Lyons A, Leonard W, Pitts M, Badcock P, Couch M. Demographic and psychosocial factors associated with psychological distress and resilience among transgender individuals. *American journal of public health*. 2015; 105(10): 2108-2116.
32. Crissman HP, Berger MB, Graham LF, Dalton VK. (2017). Transgender demographics: a household probability sample of US adults, 2014. *American journal of public health*. 2017; 107(2): 213-215.
33. Lamke LK, Bell NJ, Murphy C. Sibling constellation and androgynous sex role development. *The Journal of Psychology*. 1980; 105(1): 139-144.
34. Wolfe SM. *Psychopathology and psychodynamics of parents of boys with a gender identity disorder of childhood (Doctoral dissertation, City University of New York)*. 1990.

35. Zucker KJ, Bradley SJ. Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents. Guilford Press. 1995.
36. Blanchard R, Sheridan P M. Proportion of unmarried siblings of homosexual and non homosexual gender-dysphoric patients. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1992; 37(3): 163-167.
37. Parker G, Barr R. Parental representations of transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*. 1982; 11(3): 221-230.
38. 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. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2011; 42(1): 38-45.
39. Yost MR, Smith TE. Transfeminist psychology. *Feminism & Psychology*. 2014; 24(2): 145-156.
40. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association. 1980.
41. Mead SL, Rekers GA. Role of the father in normal psychosexual development. *Psychological reports*. 1979; 45(3): 923-931.
42. Green R. Gender Identity Disorder. In: B. J., Sadock, V. A. Sadock comprehensive textbook of psychiatry, (8th ed), Williams & Wilkins. Philadelphia, USA. 2005.
43. Cohen- Kettenis PT, Gooren JG. "Transsexualism: A review of Etiology, Diagnosis and Treatment, *Journal of Psychosomatic Research*. 1999; 46: 315-333.
44. Tavassoli A, Hosseinian A, Saberi M. Evaluation of effective factors in accelerating gender reassignment surgery in people with sexual identity disorder. *Journal of Forensic Medicine*. 2014; 20 (2), 19-45. [Persian]
45. Ketabi Y, Bashardost S. Gender Disorder or Dissatisfaction: A Case Report. *Psychological Research*. 2015; 18 (1): 1-8. [Persian]
46. Behravan H, Bayani F. Social factors affecting the severity of sexual identity disorder. *Journal of Social Sciences, Faculty of Literature and Humanities, Ferdowsi University of Mashhad*. 2011; 2: 19-45. [Persian]
47. Zamani N, Zamani S, Rajaieyan E, Barzegar Mohammadi R. Gender dysphoria and personality, psychological and social factors affecting it among patients with sexual identity disorder awaiting gender reassignment. *Pajouhan Scientific Journal*. 2020; 18 (3): 34-45. [Persian]
48. Haselbacher G. Escape from the wrong gender. *MMW Fortschritte der Medizin*. 2014; 156(12): 38-39.
49. Meyenburg B, Korte A, Möller B, Romer G. Gender identity disorders in childhood and adolescence (F64). *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 2014; 63(6): 542.
50. Littman L. Correction: Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PloS one*. 2019; 14(3): e0214157
51. Littman L. Peer group and social media influences in adolescent and young-adult rapid-onset gender dysphoria. *Child & Adolescent Psychiatry*. 2018; 57(10): 73-74.
52. Sadock BJ, Sadock Virginia A, Kaplan & Sadock *Compêndio de*. 1933.
53. Cook K J. Gender Identity disorder: A misunderstood diagnosis, In partial fulfillment of the requirements for the degree of master of arts sociology, Marshall university, UMI number 1430314. 2004.
54. 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.
55. Khademi A. Relationship between five major personality factors and stress coping strategies with symptoms of sexual identity disorder. *Journal of Gender and Family Studies*. 2020; 8 (1): 71-88. [Persian]

*Original Article***Study of contextual factors (demographic, biological, familial, psychosocial) affecting the incidence of gender dysphoria in patients with gender dyphoria referring to legal medicine center of Khorasane razavi from 2015 to 2019**

Received: 27/06/2021 - Accepted: 02/05/2022

Somayeh Rahimi Ahmadabadi^{1*}
Zahra Rahimi Ahmadabadi²
Akram Fotovat³¹ PhD in Psychology, Social work expert of Khorasan Razavi Justice, Mashhad, Iran.² BSc in Computer software engineering, informatics expert Razavi Khorasan Justice, Mashhad, Iran.³ MSc in Social Sciences, Member of Forensic Medicine Research Center, Tehran, Iran, Forensic Medicine Organization, Tehran, Iran.

* Social work expert of Khorasan Razavi Justice, Mashhad, Iran.

Email:

somaye.rahimi1390@yahoo.com

Abstract**Introduction:** Gender dysphoria is a strong and persistent desire of the patient to be in the role and position of the opposite sex. Therefore, this study was conducted to investigate the demographic, biological, familial, and psychosocial factors affecting the incidence of gender dysphoria.**Materials and Methods:** This descriptive cross-sectional study was performed among transgender applicants referred to the Forensic Medicine Organization of Khorasan Razavi Province during 2015-2019, of which 238 people participated in the study by available sampling. The data collection tool was a researcher-made questionnaire with an interview. Data were analyzed using SPSS 21 software and descriptive statistics methods (frequency and percentage).**Results:** Most of the female transgender applicants were single, aged 18-22, with a diploma, unemployed, with the predominant right hand with a history of self-harm and drug use. The highest frequency was reported in biological factors related to pregnancy stress, level of activity in childhood, history of severe trauma to the fetus and use of hormonal drugs by the mother. In family factors, the highest frequency is related to the average and poor socio-economic status of the family, normal and cold relations of parents with each other, parents' advisory role in life decisions, normal and cold relationship of parents with role models, being the last child, having at least one sister And a brother and the birth of a child of the opposite sex before the birth of the sample, education and occupation were respectively diploma and free for fathers and diploma and housewife for mothers and a history of psychiatric problems in parents. In psychosocial factors, most of the factors include reminding others about the similarity of behavior and personality to the opposite sex, feeling similar to the opposite sex, achieving real identity, imitating the opposite sex behaviors, playing and intimacy with heterosexuals, parents' lack of attention to doing Games of the opposite sex, contact with a heterosexual parent as a child, practical suicide attempts for being trans and damaging the primary genitals, and other cases.**Conclusion:** Based on the research findings, it can be hoped that by educating and informing families and individuals in the community about the problem of gender dysphoria of this group of people and how to deal with them properly with the aim of supporting families with children with gender dysphoria and rejection Failure to do so, appropriate financial and social support of transgender organizations to perform gender reassignment surgery and the treatments needed by this segment of society, to take appropriate action to reduce their social problems and harms.**Key words:** Demographic factors, Biological factors, Family factors, Psychosocial factors, Gender dysphoria**Acknowledgement:** There is no conflict of interest.