مقایسه سازگاری اجتماعی مادران دارای فرزند با اختلال هویت جنسی (ترنسکشوال یا TS) با مادران دارای فرزند عادی

مهناز مظفری‌پور[۱]
دکتر عزت اله کردمیرزا نیکوزاده [۲]
دکتر مستوره صداقت[۳]

چکیده

در این پژوهش سازگاری اجتماعی مادران دارای فرزند ترنسکشوال یا TS با سازگاری اجتماعی مادران دارای فرزند عادی مقایسه شده است. هدف از این مطالعه این بود که آیا حضور فرزند ترنسکشوال بر سازگاری اجتماعی مادران تأثیر منفی می‌گذارد یا خیر؟ این پژوهش، مطالعه ای علّی – مقایسه ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل مادران دارای فرزند TS مراجعه کننده به انستیتو روانپزشکی تهران و مادران دارای فرزند عادی مشغول به تحصیل در مجتمع آموزشی سینای شهر تهران بود. نمونه‌های آماری پژوهش شامل ۴۰ مادر دارای فرزند TS مراجعه‌کننده به انستیتو روانپزشکی تهران و ۴۰ مادر دارای فرزند عادی بود که در مجتمع آموزشی راهنمایی و دبیرستان ابن‌سینا مشغول به تحصیل بودند که به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. در این مطالعه از مقیاس سازگاری اجتماعی ویزمن و پیکل (۱۹۹۴) استفاده شده است. این مقیاس یک مصاحبه نیمه ساختاریافته است که سازگاری اجتماعی را در هفت حوزه یا نقش اصلی بررسی می‌کند. این نقشها شامل سازگاری در وظائف روزمره، فعالیتهای اجتماعی و فوق‌برنامه، روابط خویشاوندی، روابط زناشویی، نقش والدینی، روابط خانوادگی و وضعیت اقتصادی بودند. نتایج نشان داد که میان سازگاری اجتماعی مادران دارای فرزند TS با سازگاری اجتماعی مادران دارای فرزند عادی تفاوت معنادار وجود دارد(P=۰/۰۰۱). تحلیل واریانس یک طرفه و مقایسه نتایج آن نشان داد که میان سازگاری اجتماعی مادران دارای فرزند TS با متغیرهای دموگرافیک، سن فرزند، سن مادر، میزان تحصیلات مادر، طول مدت ازدواج، تعداد فرزندان و ترتیب تولد فرزند TS دخالتی وجود ندارد. با توجه به نتایج حاصل به نظر می‌رسد در مجموع مادران دارای فرزند TS نسبت به مادران با فرزند عادی سازگاری اجتماعی کمتری دارند.

کلید واژگان: سازگاری اجتماعی، ترنسکشوال یا TS، خانواده، مادر

تاریخ دریافت: ۹۷/۲/۶ تاریخ پذیرش: ۹۸/۱/۳۱

۱. کارشناسی ارشدروانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سمنان، ایران mahnazmozaffari2194@yahoo.com
۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران (نویسنده مسئول)
knikoozaheh@yahoo.com
۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران mastoorehsedaghat@yahoo.com

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.8.4]

مقدمه

موضوع جنسیت از گذشته‌های دور موضوعی ناشناخته در ذهن انسان بوده است. چنانچه در ایام پیش از تاریخ این عقیده وجود داشته که موجود ازلی هم نر است و هم ماده و این نیروی ازلی که در اصل به قول کیمیاگران آندروژن یعنی دو جنسیتی بود به نیروی مخالف مذکر و مونث تقسیم می‌شد. به طور کلی می‌توان گفت انسان از نظر فیزیولوژیک هورمونهای هر دو جنس را در بدن خود دارد و از لحاظ روانی نیز ردپای ویژگیهای دو جنس را می‌توان در هر دو جنس یافت. چنانچه به اعتقاد برخی از دانشمندان بر اثر همزیستی مرد با زن ویژگیهای زنانه در مرد و به سبب زندگی زن با مرد، صفات مردانه در زن شکل گرفته است و این صفات سبب می‌شود یک جنس ویژگیهای جنس دیگر را نشان دهد(جزینی،۱۳۸۹).

برای آشنایی بیشتر با افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی توضیحاتی دربارۀ اصطلاحات مربوط به آنها ضروری می‌رسد.

هویت جنسیتی حالتی روانشناختی است که بیانگر برداشت و احساس فرد از مونث یا مذکر بودن خود است. این هویت به طور معمول با وضعیت آناتومیک جنسیتی فرد همخوان است(همان منبع).

رشد هویت جنسیتی برای بیشتر افراد در بردارندۀ معنای زن بودن یا مرد بودن است. این فرایند شامل تعبیر و پذیرش (و یا عدم پذیرش) آنچه خانواده، فرهنگ و جامعه دربارۀ نقشها، وظایف و رفتارهای مناسب زنها و مردها می‌گویند، است(سازمان بهداشت جهانی،۲۰۰۶).

اختلال هویت جنسی در ویرایشهای اولیه DSM اختلال هویت جنسی بزرگسالان «تبدیل‌خواهی جنسی» نامیده می‌شد. انجمن روانپزشکی آمریکا نخستین بار اختلال هویت جنسی[1] را در DSM-III ودر طبقه اختلالات روانی جنسی در کنار پارافیلیا و کژکارکردیهای جنسیتی مطرح کرده است. در نسخه تجدیدنظر شدۀ چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)، اختلالات هویت جنسی به گروهی از اختلالات گفته می‌شود که ویژگیهای مشترک آنها ترجیح پایدار برای اتخاذ وضعیت و نقش جنس مخالف است(انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰؛ ترجمه نیکخو و یانس، ۱۳۸۱). در پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی(DSM-V)، این عنوان با حذف کلمۀ «اختلال جنسیتی»، به «ملال جنسیتی» تغییر نام یافته است(انجمن روانپزشکی آمریکا،۲۰۱۴؛ ترجمه رضایی و همکاران، ۱۳۹۳).

1. Gender identity disorder (GID)

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.8.4]

تبدیل‌خواهی جنسی به معنای اشتیاق به زیستن و پذیرفته شدن به عنوان عضوی از جنس مخالف است که معمولاً همراه با احساس ناراحتی در مورد جنس آناتومیک خود یا عدم تناسب با جنس آناتومیک خود و تمایل به جراحی و درمان هورمونی برای ایجاد بدنی است که تا حد امکان با جنسیت دلخواه همخوان است (انجمن روانپزشکی آمریکا،۲۰۱۴؛ ترجمه رضایی و همکاران، ۱۳۹۳).

ملال جنسیتی عبارت است از ناراحتی فرد از جنسیت یا نقش جنسی خود (انجمن روانشناسی کانادا، ۲۰۱۲).

نقش جنسیتی به رفتارها، نگرشها و صفات شخصیتی گفته می‌شود که یک جامعه، در یک دوره زمانی خاص، مردانه و زنانه در نظر می‌گیرد و نمونهٔ نوعی نقش اجتماعی زنانه و مردانه است(ریل[1]،۲۰۱۱).

عوامل ایجاد بیماری اختلال هویت جنسی و سبب‌شناسی این اختلال به طور کامل شناخته نشده است. در این زمینه عوامل گوناگون ارثی، اثرات هورمونی و درگیری مغز به عنوان عوامل دخیل بررسی شده اند. یافته های اخیر تفاوتهایی را در مغز افراد دچار اختلال هویت جنسی نشان داده است و مناطقی از مغز که مسئول تفاوتهای جنسیتی هستند در این افراد با افراد طبیعی تفاوت دارد(گرین و یانگ[2]، ۲۰۰۱).

شیوع اختلال هویت جنسی در کودکان: راه برآورد شیوع اختلال هویت جنسی در کودکان، تعیین شیوع اختلال هویت جنسی در بزرگسالان سپس تخمین در کودکان است که این تخمین با توجه به مطالعات گذشته فرد از سه سالگی به بعد و وجود رفتار جنس مخالف در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی صورت می‌پذیرد. برآورد شده است که این اختلال در ۴٪ مردها و ۲٪-۱/۵ زنها دیده می‌شود و در میان مردهای این گروه ۶۵-۵۰٪ و در میان زنهای این گروه تا ۵۰٪ رفتار جنس مخالف را گزارش کرده اند. این مطالعات مشکلات روش‌شناسی دارند و نهایتاً تمایل برای بودن در جنس مخالف، در حدود ۳٪ در پسر بچه‌ها و کمتر از ۱٪ در دختر بچه‌ها برآورد شده است(انجمن روانپزشکی آمریکا،۲۰۱۴؛ ترجمه رضایی و همکاران، ۱۳۹۳). نسبت جنسی در میان کودکان ارجاع شده در حدود ۵ به ۱ در جنس پسر به دختر است (رئیسی،۱۳۶۲).

سن شروع در کودکان: بیشترین ارجاع برای ارزیابی بالینی در کودکان مبتلا به اختلال هویت جنسی در کلاسهای اول مدرسه بوده است، هر چند والدین به طور مشخص وجود رفتارهای جنس

1. Rayle
2. Green & Young

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.8.4]

مخالف را از سه سالگی گزارش کرده اند. مطالعات اخیر شیوع ۱ نفر از ۱۰۰۰۰۰ تا ۲۴۰۰۰۰ از مذکر به مونث و ۱ نفر از ۴۰۰۰۰۰ مونث به مذکر را گزارش کرده است(همان منبع).

شیوع در بزرگسالان: میزان شیوع اختلال هویت جنسی میان ۱/۱۲۹۰۰۰تا۱/۳۵۰۰۰ برای مذکر به مونث و میان ۱/۳۳۰۰۰۰ تا۱۰۰۰۰۰ برای مونث به مذکر است و نسبت جنسیتی ذکر شده در حدود ۳ به ۱ است (بشارت و تولائیان، ۱۳۹۳).

پیشینه پژوهش

بر اساس تحقیقی که موحد و حسین‌زاده کاسمانی(۱۳۹۱) با عنوان «رابطه اختلال هویت جنسی با کیفیت زندگی» انجام داده اند در میان کسانی که به دلیل ترس از برخورد جامعه عمل جراحی نداشته‌اند، سعی بر این بوده که هویت خود را پنهان کنند و مطابق انتظار جامعه رفتار کنند و اختلال هویتشان را کمتر در رفتارشان بروز دهند که نتیجه آن با یافته‌های پژوهش پارولا[1] و همکاران (۲۰۱۰)، همخوانی دارد.

بر اساس پژوهشی که نظری (۱۳۸۸) به منظور بررسی نظر والدین کودکان دچار اختلال نسبت به عوامل تنش‌زا و میزان سازگاری آنان و خانواده‌هایشان با این عوامل در مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی منتخب شهر تهران انجام داده است در حیطه عوامل تنش‌زا مادران ۸۰/۴ درصد و پدران ۶۲/۸ درصد و در حیطه سازگاری مادران ۷۰/۴ درصد و پدران۷۳/۶ درصد رفتار سازگارانه داشته اند.

بر اساس تحقیقی که اوحدی (۱۳۸۶) با عنوان «ویژگیهای تصویربرداری مغز افراد دچار اختلال هویت جنسی در مقایسه با افراد سالم» انجام داده است، میانگین حجم هسته قرمز دو طرف افراد مبتلا کوچک‌تر از افراد سالم است. این مشاهدات با پژوهشهای گرین و یانگ (۲۰۰۱)، سواب[2](۲۰۰۴) و کرایور[3] و همکاران (۲۰۰۰) همخوان است.

در پژوهشی که جواهری و کوچکیان (۱۳۸۵) در مورد ۴۰ نفر از ناراضیان جنسی انجام داده اند، چنین نتیجه گرفته اند که نظام فقهی و حقوقی ایران (طبق فتوای امام خمینی) با پدیده تغییر جنسیت مخالفتی ندارد و ناراضیان جنسی که به تغییر جنسیت می‌پردازند برای ادامه تحصیل، ازدواج و اشتغال با مانع قانونی خاصی مواجه نیستند، اما مشکلاتی که با آن مواجه اند، بیشتر جنبه فرهنگی– اجتماعی دارد. فقدان ارتباط رضایت‌بخش با خانواده، اطرافیان و مردم و عدم

1. Parola
2. Swaab
3. Kruijver

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.8.4]

برخورداری از یک نظام حمایتی، طی کردن مراحل قانونی اداری، مشکلات زیستی خانوادگی و اجتماعی حاصل از عمل جراحی همگی نشانه ضعف در پایگاه سلامتی و سرمایه اجتماعی ناراضیان جنسی است.

پارولا و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی با عنوان «بررسی کیفیت TSها پس از عمل جراحی و مداخلات هورمونی» دریافتند که SRS[1] یا جراحی تغییر جنسیت می‌تواند نتایجی مثبت‌تر در آنها ایجاد کند، به طوری که مشکلات کمتری را در پیدا کردن جایگاهشان در اجتماع و خانواده داشته باشند. به طور کلی به این نتیجه رسیدند که عمل جراحی، کیفیت زندگی جنسی و کیفیت زندگی اجتماعی آنها را بهبود می‌بخشد.

ورماس[2] و همکاران (۲۰۰۵) در تحقیقی به بررسی سازگاری روانی والدین در خانواده‌هایی پرداخت که کودک دچار اختلال داشتند. نتایج نشان داد که این کودکان در درازمدت بر سازگاری روانی والدین‌شان تأثیر می‌گذارند و پسرانی که دچار اختلال‌اند بیشتر روی مادران خود تأثیرگذارند تا پدران‌شان.

تروت و هیبرت- مورفی[3](۲۰۰۲) در پژوهشی به بررسی سازگاری خانواده‌هایی پرداختند که دارای کودک دچار اختلال بودند. آنها به ارزیابی مثبت و منفی والدین در درازمدت پرداختند و دریافتند حتی وقتی که متغیرهایی مانند سازگاری زناشویی کنترل می‌شوند، والدین باز هم نسبت به آینده نگرانی دارند.

یکی از مهم‌ترین شرایط سلامت روانی، وجود محیط خانوادگی سالم است. محیط زندگی را می‌توان به گونه ای تنظیم کرد که هر چند در بهبود وضع افراد موثر نباشد، دستکم موجب تخریب آنها نشود. در جامعهٔ ما اعتقاد براین است که حمایت از نظام خانوادگی و اجتماعی حمایت از همه اعضای آن است، بنابراین در جامعه ایرانی تعداد قابل‌توجهی از خانواده‌ها از اثرات منفی داشتن یک فرزند بیمار یا دارای اختلال همچنین بار مراقبتی زیاد، فشارهای روانی، اجتماعی و مالی ناشی از داشتن این نوع فرزند رنج می‌برند که این عوامل می‌توانند ثبات خانوادگی را به هم بزنند و سبب از هم‌گسیختگی سازمان خانواده شوند. همچنین بسیاری از متخصصان به اهمیت توجه به این خانواده‌ها آگاه‌اند و اثرات حضور چنین فرزندی را بر پویایی یک خانواده درک می‌کنند و از تأثیر منفی آنها بر خانواده با خبرند(محمدی، ۱۳۹۰).

1. Sex reassignment surgery
2. Vermaes
3. Trute & Hiebert-Murphy

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.8.4]

مطالعاتی که در مورد تأثیر چنین فرزندانی بر خانواده انجام گرفته است، نشان می دهد که اگر چه بر خودِ فرزند، فشار روحی زیادی وارد می آید، اما مادران نیز دارای سطوح بالایی از فشار روانی، افسردگی و از هم‌گسیختگی خانوادگی هستند و فرصت کمتری برای خود و همچنین سلامت جسمی خود دارند و نیز از خلقیات سطح پایینی برخوردارند. بر اساس یافته‌های مطالعه ای که در مورد مشکلات روانی و اجتماعی خانوادهٔ این افراد انجام گرفته است، این‌گونه والدین روان‌رنجوری و سازگاری زناشویی کمتری نسبت به خانواده‌های عادی داشتند(سینگهای[1]، گویال[2]، پرشاد[3] و والیا[4]، ۲۰۰۰).

تعریف عملیاتی سازگاری اجتماعی

نمره‌ای که فرد در مقیاس سازگاری اجتماعی ویزمن و پیکل[5] به دست می‌آورد و خرده‌مقیاسهای این آزمون عبارت اند از:

- انجام دادن وظایف روزمره. منظور انجام دادن امور منزل و محل کار، پرورش و رسیدگی به فرزندان است که شامل سؤال ۱ تا۱۸ پرسشنامه است.
- شرکت در فعالیتهای اجتماعی و فوق‌برنامه که منظور روابط و ارتباطات اجتماعی مانند شرکت در کلاسهای آموزشی زبان، شنا، خطاطی، نقاشی، پر کردن اوقات فراغت با تفریح و اختصاص دادن زمانی برای خود مانند رفتن به عروسی، سینما و مسجد است که شامل سؤال ۱۹ تا ۲۷ پرسشنامه است.
- روابط خویشاوندی که منظور روابط با اعضای خانواده، دوستان، همسایگان وخویشاوندان مانند شرکت در میهمانیها، جشن تولدها، عروسیها و مجالس ختم و غیره است که شامل سؤال ۲۸ تا ۳۶ پرسشنامه است.
- روابط زناشویی که منظور امنیت عاطفی میان زوجین، تفاهم و رضایت جنسی و زناشویی، تعدیل و سازگاری و آرامش و همکاری میان زوجین است که شامل سؤال ۳۷ تا ۴۶ پرسشنامه است.

1. Singhi
2. Goyal
3. Pershad
4. Walia
5. Weissman & Paykel

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.8.4]

• نقش والدینی که منظور فراهم آوردن محیط مناسب برای رشد و پرورش فرزند و سازگار کردن خود با نقش والد بودن و برنامه‌ریزی در جهت تأمین نیازهای فرزند مانند امنیت و مراقبت و رشد هوشی اوست که شامل سؤال۴۷ تا۵۰ پرسشنامه است.

• روابط خانوادگی که منظور توافق یا همرایی، یکپارچگی و انطباق‌پذیری و ابراز احساسات و مقاومت، سازگاری و انطباق در برابر بحرانهای زندگی و فشارهای روانی است که شامل سؤال ۵۱ تا۵۳ پرسشنامه است.

• موقعیت اقتصادی که منظور امنیت اقتصادی خانواده است که به همراه تعاملات مناسب والدین و فرزندان شرایطی را فراهم می‌کند که تحت این شرایط نیازهای مادی و روانی فرزندان به بهترین شکل برآورده می‌شوند و در نتیجه سازگاری بیشتر می‌شود که شامل سؤال ۵۴ به بعد پرسشنامه است (محمدی،۱۳۹۰).

حال به بررسی چند نظریه و دیدگاه در مورد سازگاری اجتماعی می‌پردازیم:

۱. دیدگاه مراجع‌محوری: به اعتقاد راجرز خویشتن‌پنداری فرد مضطرب و روان‌نژند با تجربه ارگانیسمی او ناهماهنگ و در تضاد است. هرگاه ادراک فرد از تجربه خودش تحریف یا انکار شود، تا حدودی حالت ناهماهنگی میان خود و تجربیات فردی‌اش با حالت ناسازگاری روانی و آسیب پذیری به وجود می‌آید و موجب بروز سازوکارهای دفاعی می‌شود. انسان روان‌نژند و ناسازگار با مشکل مواجه است زیرا ارتباطش را با خود و دیگران از دست داده و روابطش نامطلوب است.

۲. دیدگاه علوم رفتاری: سازگاری از نظر علوم رفتاری عبارت اند از:

الف) عمل برقراری رابطه رضایت‌بخش میان خود و محیط پیرامون خود،

ب) عمل‌پذیری و کردار مناسب و موافق محیط و تغییرات فیزیکی،

ج) سازگاری موجود زنده با تغییرات درونی و بیرونی.

۳. دیدگاه روان‌شناسی شناختی: در دیدگاه روان‌شناسی شناختی، انسان سازگار به کسی گفته می‌شود که توانایی و قدرت پردازش صحیح اطلاعات را دارد و چون قادر به چنین کاری است لذا یک نظام ارزشی واقع‌بینانه برای خود تنظیم می‌کند تا تحت تأثیر نوسانات روانی دردناک و اختلاف با دیگران دچار آسیب نشود. این روند به او کمک می‌کند تا به احساس بهتری دست یابد(محمدی، ۱۳۹۰).

مادر نقشی اساسی در حفظ تعادل روانی- اجتماعی خانواده دارد و ایجاد تنش و فشار روانی در مادر بر سایر اعضای خانواده اثر می‌گذارد و با توجه به اینکه مادر نقشی مؤثر و مهم در سلامت

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.8.4]

روان اعضای خانواده دارد، پرداختن به وضعیت مادران اهمیت بسیار دارد. همچنین در مورد سازگاری مادران دارای فرزند TS تحقیقی صورت نگرفته است، از این رو بررسی در این زمینه ضروری به نظر می رسد. در این پژوهش سازگاری اجتماعی مادران فرزندان ترنسکشوال یا TS با سازگاری اجتماعی مادران با فرزند عادی مقایسه شده است. هدف از این مطالعه این است که آیا حضور یک فرزند TS بر سازگاری اجتماعی مادران تأثیر منفی می‌گذارد یا خیر؟

روش پژوهش

این پژوهش، مطالعه ای علّی – مقایسه ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل مادران دارای فرزند TS مراجعه کننده به انستیتو روانپزشکی تهران و مادران دارای فرزند عادی مشغول به تحصیل در مجتمع آموزشی سینا در شهر تهران بودند. ۸۰ آزمودنی در دو گروه ۴۰ نفری در این پژوهش شرکت داشتند. گروه اول شامل ۴۰ نفر از مادرانی بود که دارای فرزندان TS بودند و گروه دوم ۴۰ نفر از مادرانی که دارای فرزند عادی بودند و فرزند آنها در مجتمع آموزشی سینای تهران مشغول به تحصیل بودند که به روش تصادفی ساده انتخاب شدند.

نمونه‌ها شامل مادرانی بودند که مادر اصلی نوجوان بودند و دانش آموز فرزند خوانده آنها نبود. ابتدا لیست همهٔ مراجعان مبتلا به اختلال هویت جنسی به انستیتو روانپزشکی تهران با هماهنگی مسئول مربوطه تهیه شد، سپس براساس معیارهای پذیرش و حذف نمونه ۴۰ نفر از دانش آموزانی انتخاب شدند که در رده سنی ۱۱ تا ۱۹ سال بودند. بعد از انتخاب نمونه‌ها مشاور مربوطه با مادران تماس گرفت و برای انجام مصاحبه در انستیتو از آنها دعوت به عمل آورد. حضور یافتن مادران در انستیتو و مصاحبه با آنها منوط به رضایت آنها برای شرکت در پژوهش بود . از آنجا که دامنه سنی ۷۰ درصد مراجعان به انستیتو ۱۱ تا ۱۹ سال بود، از این رو برای گروه مقایسه نیز نمونه‌ها از مادران دانش آموزانی انتخاب شدند که در مدارس راهنمایی و دبیرستان و در رده سنی ۱۱ تا ۱۹ساله بودند. دانش آموزان عادی نیز از مجتمع آموزشی سینای تهران از همان منطقه ای که انستیتو روانپزشکی بود، به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. نحوه گزینش به این صورت بود که پس از حضور در مجتمع آموزشی عادی، لیست همهٔ دانش آموزان بر اساس معیارهای پذیرش و حذف نمونه تهیه شد، سپس اسامی دانش آموزان هر کلاس نوشته شد و از میان آنها به صورت تصادفی ساده ۴۰ نفر انتخاب شدند. شایان ذکر است که در این تحقیق والدینی شرکت داده شدند که ظاهراً از لحاظ جسمی و روحی سالم بودند و اعتیاد به مواد مخدر نداشتند.

معیارهای انتخاب(معیارهای ورودی) شرکت‌کنندگان عبارت بودند از:

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.8.4]

۱. مادرانی که فرزند آنها در دامنه سنی ۱۱تا ۱۹ سال بودند.

۲. مادرانی که دارای فرزند TS مراجعه کننده به انستیتو روانپزشکی تهران بودند.

۳. مادرانی که فرزندان آنها عادی و نرمال بودند و در مدارس عادی در مقطع راهنمایی و دبیرستان مشغول به تحصیل بودند.

معیارهای حذف (معیارهای خروجی) شرکت‌کنندگان عبارت بودند از:

۱. مادرانی که فرزند آنها در ردهٔ سنی بیشتر یا کمتر از ۱۱ تا ۱۹ سال بودند.

۲. فرزندانی که مادر نداشتند یا با مادر خود زندگی نمی‌کردند.

۳. مادرانی که فرزند آنها، فرزند خوانده‌شان بود.

مادران دو گروه از نظر متغیرهای مطرح شده در معیارهای پذیرش و خروج نمونه همتاسازی شدند ولی امکان همتاسازی ویژگیهای فردی فراهم نشد. پس از انتخاب نمونه مشاور مدرسه مادران دانش آموزان را با هماهنگی برای انجام مصاحبه به مدرسه دعوت کرد. شایان ذکر است که پیش از انجام مصاحبه توضیح مختصری در مورد پژوهش حاضر به هر یک از آزمودنیها داده شد و مصاحبه با آنها منوط به رضایت کامل آنها برای شرکت در پژوهش بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سازگاری اجتماعی: این مقیاس را ویزمن و پیکل در سال ۱۹۹۴ و در سال ۱۳۸۰ میرزمانی طی پژوهشی در ایران مورد استفاده قرار داده اند. این مقیاس یک مصاحبه نیمه ساختاریافته[۱] است که سازگاری اجتماعی را در هفت حوزه یا نقش اصلی بررسی می‌کند که عبارت‌اند از: انجام وظایف روزمره، شرکت در فعالیتهای اجتماعی و فوق‌برنامه، روابط خویشاوندی، روابط زناشویی، نقش والدینی، روابط خانوادگی و موقعیت اقتصادی.

ویزمن و پیکل پایایی مقیاس را بر روی ۱۸ زن افسرده گزارش دادند. آنها دو شاخص توافق به کار بردند:

۱. تعداد نمره‌گذاریهایی که توافق را نشان می‌دهد.

۲. ضریب همبستگی پیرسون میان نمره گذاران. در ۶۷ درصد از سؤالات توافق کامل به‌دست آمد و در ۲۹ درصد دیگر یک نمره اختلاف دیده شد. میانگین همبستگی تمام سؤالات ۸۳ درصد بود که حاکی از این است که نمره‌گذاری دارای پایایی قابل قبولی است. در این پژوهش برای تعیین روایی آن، مصاحبه با ۱۰ نفر از مادران هر دو گروه که همان مشخصات اصلی افراد نمونه را

۱. در این نوع مصاحبه سؤالها از قبل طراحی شده و هدف کسب اطلاعات عمیق از مصاحبه شونده است.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.8.4]

دارا بودند، با فاصله دو هفته انجام شد. یافته‌های پژوهش مبین همبستگی قوی میان پاسخهای داده شده در دو مرحله بود و میزان همبستگی تقریباً حدود ۹۵ درصد به‌دست آمد.

روش گردآوری داده‌ها

ابتدا از مسئولان مربوطه در انستیتو روانپزشکی تهران واقع در شهر تهران معرفی‌نامه دریافت شد و پس از دریافت مجوز به محل پژوهش مراجعه شد و به کارشناسان مربوط به امر روان‌درمانی نوجوانان TS معرفی انجام گرفت. پس از آن انجام هماهنگیهای لازم، دربارهٔ هدف و شیوهٔ انجام تحقیق توضیحاتی داده شد و پروپوزال در اختیار آنها قرار گرفت. سپس نخست انستیتو و بعد مجتمع آموزشی ابن سینا در همان منطقه انتخاب شد. ابتدا فهرست اسامی همهٔ دانش آموزان مراجعه کننده به انستیتو و دانش آموزان مجتمع آموزشی تهیه شد. سپس نمونه‌گیری به صورت سرشماری در انستیتو و به صورت تصادفی بر اساس معیارهای پذیرش و حذف نمونه در مجتمع آموزشی صورت گرفت. پس از انتخاب نمونه، مشاور مدرسه با مادران دانش آموزان هماهنگی به عمل آورد و با کسب رضایت از آنها، برای انجام دادن مصاحبه به مدرسه دعوت شدند. برای هر فرد روز و ساعت خاصی در نظر گرفته شد، مثلاً برای هر روز پنج نفر دعوت می‌شدند و مصاحبه در اتاق مشاور صورت می‌گرفت. ابتدا پژوهشگر خود را معرفی و هدف از اجرای پژوهش و لزوم آن را برای آنها توضیح می‌داد، سپس در مورد محرمانه بودن پاسخها به مادران اطمینان می‌داد.

هنگام مصاحبه اگر آزمودنیها متوجه سؤالی نمی‌شدند برای آنها توضیح داده می‌شد. برای هر آزمودنی برگه پاسخنامه جداگانه تهیه شد که پس از پرسیدن مشخصات دموگرافیک و تعیین کد برای هر آزمودنی پاسخها در آن یادداشت شد. پس از مصاحبه با توجه به اطلاعات به دست آمده و قضاوت شخصی پژوهشگر ارزیابی کلی صورت می‌گرفت. از هر گروه ده نفر برای اجرای مجدد مصاحبه انتخاب شدند و در پایان مصاحبه از آنها درخواست شد که پس از دو هفته برای تکرار مصاحبه به مدرسه مراجعه کنند.

روش تجزیه وتحلیل داده‌ها

اطلاعات گردآوری شده به کمک روشهای آماری در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد بررسی قرار گرفت. در بخش آمار توصیفی به شاخصهای فراوانی و درصد فراوانی و میانگین و انحراف استاندارد پرداخته شد و در بخش استنباطی فرضیه‌ها به کمک روشهای آماری استنباطی از جمله آزمون کولموگروف اسمیرنف (K-S)، t مستقل و تحلیل واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.8.4]

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سازگاری اجتماعی مادران دارای فرزند TS و مادران با فرزند عادی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: شاخصهای توصیفی مؤلفه‌های سازگاری اجتماعی در دو گروه مادران با فرزند TS و مادران دارای فرزند عادی

شاخصهای آماری / متغیر	مادران دارای فرزند TS		مادران دارای فرزند عادی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
فعالیتهای روزمره	۱۱/۵۰	۳/۸۰	۹/۱۰	۳/۰۱
فعالیتهای اجتماعی و فوق‌برنامه	۲۶/۵۰	۶/۱۸	۲۲/۷۰	۶/۰۱
روابط با خویشاوندان	۱۵/۰۱	۳/۶۰	۱۰/۵۰	۳/۰۲
روابط زناشویی	۲۱/۷۰	۶/۵۰	۱۶/۳۰	۳/۵۰
روابط والدینی	۸/۳۰	۳/۲۳	۷/۱۰	۱/۳۰
روابط خانوادگی	۴/۹۰	۲/۰۳	۳/۵۰	۱/۵۲۸
وضعیت اقتصادی	۲/۵۰	۰/۹۷	۲/۶۰	۰/۶۶
سازگاری اجتماعی	۸۹/۹۸	۱۹/۴۸	۶۸/۹۰	۱۲/۰۱

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده میانگین نمرات مادران دارای فرزند TS در همه مؤلفه‌ها بیشتر از میانگین نمرات مادران دارای فرزند عادی است و مادران دارای فرزند عادی نسبت به مادران دارای فرزند TS سازگاری بهتری داشتند. البته در مورد روابط والدینی میان هر دو گروه مادر اختلاف کمی وجود داشت. با توجه به مقایسه میانگین نمرات سازگاری اجتماعی در دو گروه مادران می‌توان این گونه توجیه کرد که همبستگی میان سازگاری اجتماعی با متغیرهای سن فرزند، سن مادر، طول مدت ازدواج و تعداد فرزندان در مادران دارای فرزند TS محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۲ نشان داده شده است.

ضریب همبستگی سن فرزند و سازگاری اجتماعی مادران ۰/۱۰۰ در سطح معناداری (p=۰/۵۲۰) محاسبه شد. این بدین معناست که سن کودک با سازگاری اجتماعی مادران با فرزند TS رابطه ندارد.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.8.4]

جدول ۲: ماتریس همبستگی میان سازگاری اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک

متغیر	سن کودک	سن مادر	طول مدت ازدواج	تعداد فرزندان
سازگاری اجتماعی	۰/۱۰۰	۰/۰۹	۰/۲۳	-۰/۰۸
سطح معناداری	۰/۵۲۰	۰/۶۲۰	۰/۱۱۵	۰/۵۵۰

جدول۳: جدول چهارحالتی سطح تحصیلات مادران با فرزند TS

سطح تحصیلات مادران با فرزند TS	تعداد	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
بیسواد	۱	۷۰/۶۵	۱۲/۵۰	۰/۷۵۰
ابتدایی	۴	۶۹/۱۰	۱۱/۱۷	
سیکل	۱۰	۶۵/۱۸	۳/۱۱	
دیپلم وبالاتر	۲۵	۶۹/۰۱	۱۲/۱۲	

جدول ۴:تحلیل واریانس یک طرفه میان سازگاری اجتماعی با متغیرهای سه حالتی ترتیب تولد فرزند TS

ترتیب تولد فرزند TS	تعداد	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
اول	۱۳	۷۳/۱۱	۱۲/۵۰	۰/۳۰۷
دوم	۱۷	۷۳/۱۰	۱۹/۱۲	
سوم و بالاتر	۱۰	۶۶/۵۲	۱۰/۶۰	
جمع	۴۰	۶۹/۱۲	۱۲/۱۱	

همینطور ضریب همبستگی ۰/۰۹ میان سن مادر و سازگاری اجتماعی او نشان داد که سن مادر رابطه ای با سازگاری اجتماعی او ندارد (p= ۰/۶۲۰).

همینطور ضریب همبستگی ۰/۲۳ میان طول مدت ازدواج و سازگاری اجتماعی نشان داد که میان طول مدت ازدواج و سازگاری مادران همبستگی وجود ندارد(P=۰/۱۱۵).

با محاسبه ضریب همبستگی پیرسون میان تعداد فرزندان و سازگاری اجتماعی مادران مقدار ۰/۰۸- نشان داد که میان این دو متغیر همبستگی وجود ندارد(P=۰/۵۵۰).

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.8.4]

به منظور بررسی رابطه سازگاری اجتماعی مادران دارای فرزند TS و میزان تحصیلات آنها، مادران براساس سطح تحصیلات به چهار گروه بیسواد، ابتدایی، سیکل، دیپلم و بالاتر تقسیم شدند و میانگین و انحراف معیار نمرات سازگاری اجتماعی براساس سطح تحصیلات آنها محاسبه شد. به منظور بررسی معناداری تفاوت میان میانگینهای چهار گروه، از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد. نتایج نشان داد که میان سازگاری اجتماعی مادران دارای فرزند TS و سطح تحصیلات آنها رابطه معناداری وجود ندارد، یعنی سطوح تحصیلات مادران (بیسواد، ابتدایی، سیکل و دیپلم) تأثیری در سازگاری اجتماعی مادران نداشت و در هر سطح تحصیلات مادران سازگار یا مادرانی که دارای سازگاری کمتری بودند، وجود داشتند.

همچنین به منظور بررسی رابطه سازگاری اجتماعی مادران با فرزند TS و ترتیب تولد فرزند TS، آنها به سه گروه اول، دوم، سوم و بالاتر تقسیم شدند و میانگین و انحراف معیار نمرات سازگاری اجتماعی براساس ترتیب تولد فرزند آنها محاسبه شد. به منظور بررسی معناداری تفاوت میان میانگینهای سه گروه، از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد. نتیجه این آزمون نشان داد که میان سازگاری اجتماعی مادران با فرزند TS با ترتیب تولد فرزند آنها رابطه ای وجود ندارد. در مادرانی که فرزند اولشان TS بود و مادرانی که فرزند دوم، سوم یا آخرشان TS بود، سازگاری بالا یا سازگاری پایین ملاحظه شد، به عبارت دیگر سازگاری اجتماعی مادران با فرزند TS تحت تأثیر ترتیب تولد فرزند TS نبود.

بحث و نتیجه‌گیری

اکثر پژوهشها در مورد تأثیرات اختلالات فرزند بر تعاملات روانی – اجتماعی والدین، سازگاری والدین و سازگاری زناشویی آنها انجام شده است. پژوهشها که در زمینه سازگاری والدین انجام شده نشان داده است که سازگاری مادران کمتر از پدران است و مادران دارای سطوح تنش بیشتری نسبت به پدران هستند(ایلالی و نظری، ۱۳۷۶).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میان سازگاری اجتماعی مادران با فرزند TS با سازگاری اجتماعی مادران با فرزند عادی تفاوت معناداری وجود دارد($P<۰/۰۰۱$).

نتایج نشان داد که میان سازگاری اجتماعی مادران با فرزند TS با متغیرهای دموگرافیک سن مادر، میزان تحصیلات مادر، طول مدت ازدواج والدین، تعداد فرزندان و ترتیب تولد فرزند TS ارتباط وجود ندارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش ایلالی و نظری (۱۳۷۶) و پوگتا و سینگهال[1]

1. Gupta & Singhal

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.8.4]

(۲۰۰۴) همخوانی دارند. برای مقایسه میانگین نمرات سازگاری اجتماعی مادران با فرزند TS با میانگین نمرات ارزیابی کلی آنها از آزمون t استفاده شده و نتایج نشان داده که میان نمرات سازگاری اجتماعی مادران با فرزند TS و ارزیابی کلی تفاوتی وجود ندارد، بنابراین می‌توان گفت که میان میانگین نمراتی که مادران با فرزند TS از سازگاری اجتماعی به‌دست آورده بودند با میانگین نمراتی که در ارزیابی کلی به دست آمد همخوانی وجود دارد.

نتایج به‌دست آمده در این مطالعه با یافته‌های پژوهشگرانی چون ورماس(۲۰۰۵)، سالوویتا[1] و همکاران (۲۰۰۳)، سینگهای[2] و همکاران (۱۹۹۰) و نظری (۱۳۸۸) همخوانی دارد.

خاطرنشان می‌شود که این آمار و نتایج شامل حال خانواده‌هایی است که به مراکز درمانی مراجعه کرده اند، چرا که عدهٔ کثیری از مبتلایان و والدینشان از روی کم آگاهی و ترس و خجالت مخفی‌کاری می‌کنند و عمری را با زجر و ناراحتی می‌گذرانند یا برای رهایی از این مشکل به خارج از کشور رهسپار می‌شوند.

وقتی که اختلال فرزند تشخیص داده شد به خانواده شوک وارد می‌شود و این مسئله کل خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نگرش منفی که خویشاوندان، دوستان و جامعه در مورد فرزند دارای اختلال دارند نه تنها روی خود فرد بلکه بر سیستم خانواده نیز تأثیرگذار است. فقدان آگاهی عمومی دربارهٔ افراد دچار اختلال به عنوان مانعی در جهت مشارکت و پذیرش آنها در جامعه محسوب می‌شود. این مطلب را نمی‌توان انکار کرد که والدین فرزندان دچار اختلال با استرس و فشار روانی زیادی مواجه اند، اما مهم این است که در پی راهکارهایی باشیم که چنین خانواده‌هایی چگونه با این مسئله سازش و سازگاری پیدا می‌کنند. ارزشی که دیگران برای تلاش والدین در برخورد با مشکلات فرزند مبتلا به اختلال از خود نشان می‌دهند، توجه آنان به والدین و نیز احترام آنان به والدین و نگرش مثبت آنان نسبت به اختلال فرزند به عنوان عواملی است که عملاً ذخایر و نیروی والدین را برای مقابله با مشکلات اختلال فرزند و در نتیجه افزایش سازگاری آنان افزایش می‌دهند. باید از این فرزندان و خانواده‌هایشان حمایت اجتماعی همه جانبه به عمل بیاید. منظور از حمایتهای اجتماعی ادامهٔ خدمات و امکانات آموزشی و افزایش بینش و آگاهی از طرف ارگانهای اجتماعی است. هنگامی که این نوع حمایتها در جامعه وجود داشته باشد، از یک سو فرد مبتلا در جنبه‌های مختلف زندگی رشد می‌کند و از سوی دیگر به دلیل کم شدن وابستگی یا فشار فرزندِ مبتلا به خانواده، میزان استرس خانواده کمتر می‌شود که این امر موجب سازگاری بیشتر در آنان

1. Saloviita
2. Singhi

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.8.4]

می‌شود. یکی از دلایل مشکل سازگاری والدین در جامعه، ناکافی بودن این نوع خدمات از سوی جامعه می‌باشد.

محدودیتهای پژوهش

- محدود بودن نمونه به شهر تهران
- محدود بودن دامنه سنی
- طولانی بودن زمان مصاحبه
- عدم تمایل برخی از نمونه‌ها برای اجرای مصاحبه
- به دلیل کمبود پژوهش در زمینه اختلالات هویت جنسی پیشینه تحقیق به سختی تهیه شد.
- با توجه به نبودن پژوهش مشابه در این زمینه و همچنین خاص بودن نمونه پژوهش، تنها از اعتبار صوری برای سنجش روایی پرسشنامه استفاده شده است که این امر می‌تواند از اطمینان نسبت به دقت نتایج بکاهد، از این رو توجه جدی به این محدودیت در پژوهشهای آتی ضروری است.
- در این پژوهش قصد داشتیم از همهٔ افراد دارای اختلال هویت جنسی دارای پرونده در سازمان بهزیستی تمام‌شماری کنیم، اما در نهایت به دلیل مشکلات بسیار امکان دسترسی به تعداد اصلی افراد مبتلا فراهم نشد. این مشکل موجب شده است تا از قدرت تعمیم یافته‌ها کاسته شود.

پیشنهادهای پژوهشی

- آموزش و آگاهی‌رسانی به خانواده‌ها در زمینهٔ مشکل اختلال هویت جنسی و نحوهٔ برخورد با آن با هدف حمایت خانواده‌ها از فرزندان مبتلا و طرد نکردن آنها.
- حمایت مالی مناسب سازمانهای مربوطه از مبتلایان برای انجام دادن عمل جراحی تغییر جنسیت یا به عبارت صحیح‌تر تطبیق جنسیت و درمانهای مورد نیاز .
- ایجاد اشتغال متناسب برای مبتلایان برای دوری از فقر و انحرافات اجتماعی.
- هدف اساسی بهداشت روانی، پیشگیری از ابتلا به بیماریهای روانی در سه سطح اولیه، ثانویه و ثالثیه است. به عبارت دیگر سیستم بهداشتی روانی، در صدد سلامت جامعه است. سلامت روانی رابطه ای تنگاتنگ و نزدیک با سازگاری دارد. بهداشت روانی خوب حاصل پیشگیری مناسب و هزینه پیشگیری،کمتر از درمان است .

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.8.4]

- یکی از روشهای کاهش استرس، آموزش ادراکات مثبت است. تجربیات استرس‌زا و حوادث منفی با ادراکات مثبت در مورد آن تعدیل می‌شود.
- وزارتخانه‌های متولی تعلیم وتربیت برای سازش و تطابق با حوادث استرس زا در خانواده‌های افراد مبتلا برنامه‌های آموزشی تهیه کنند.
- از روانشناسان به منظور برگزاری کلاسهای توجیهی و کارگاههای کاربردی مورد نیاز خانواده‌ها استفاده شود. روانشناسان مهارتهایی مانند مدیریت مشکل، برنامه‌ریزی در حل تضادها، تلاش در جهت کسب منابع، اهداف و تجارب مؤثر در کنترل حوادث و موقعیتهای استرس‌زا و شیوه‌های چشمپوشی از مشکل و تبدیل آن به اهداف واقع‌بینانه و تمرکز روی ارزشهای خود فرد را به والدین به‌ویژه به فرد مبتلا آموزش دهند.
- پس از مشخص شدن مادران سازگار و مادرانی که سازگاری کمتری دارند، ضرورت دارد که برای مادرانی که سازگاری کمتری دارند روانشناسان کارگاههای آموزشی و کاربردی برگزار کنند و شیوه‌ها و اصول سازگاری را آموزش دهند تا میزان سازگاری آنها را افزایش دهند.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.8.4]

منابع

انجمن روانپزشکی آمریکا. (۱۳۸۱). *متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*، ترجمه محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس. تهران: انتشارات سخن. (سال انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۰).

_____. (۱۳۹۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5*، ترجمه فرزین رضایی، علی فخرایی، آتوسا فرمند، علی نیلوفری، ژانت هاشمی‌آذر و فرهاد شاملو. تهران: انتشارات ارجمند.(سال انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۱۴).

اوحدی، بهنام. (۱۳۸۶). *تمایلات و رفتارهای جنسی انسان*. تهران: انتشارات صادق هدایت.

ایلالی، احترام السادات. (۱۳۷۶). *بررسی نسبت سازگاری والدین کودکان عقب مانده ذهنی در رابطه با عوامل تنش زا در مدارس استثنایی شهر ساری*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده مامایی و پرستاری، دانشگاه تهران.

بشارت، محمدعلی و تولائیان، فهیمه. (۱۳۹۳). مقایسه ابعاد مشکلات بین شخصی در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تغییر جنسیت داده، تغییر جنسیت نداده و افراد عادی. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۳ (۲)، ۱۷-۴.

جزینی، نرگس. (۱۳۸۹). *بررسی مبانی فقهی و حقوقی فتوای امام خمینی (س) مبنی بر جواز تغییر جنسیت*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد فقه و مبانی حقوق اسلامی، پژوهشکده امام خمینی و انقلاب اسلامی وابسته به مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی.

جواهری، فاطمه و کوچکیان، زینب. (۱۳۸۵). اختلال هویت جنسی و ابعاد اجتماعی آن: بررسی پدیده نارضایتی جنسی در ایران. *فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۵ (۲۱)، ۲۶۵-۲۹۲.

رئیسی، فیروزه. (۱۳۶۲). *بررسی خصوصیات شخصیتی و هوشی عده ای از مبتلایان به دگرجنس باوری در ایران*. رساله دکتری تخصصی روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه تهران.

محمدی، هادی. (۱۳۹۰). *کودکان عقب مانده استثنایی و مسائل سازگاری خانواده آنها*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی و روانشناسی، دانشگاه کاشان.

موحد، مجید و حسین‌زاده کاسمانی، مرتضی. (۱۳۹۱). رابطه اختلال هویت جنسی با کیفیت زندگی. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۱۲ (۴۴)، ۱۱۱-۱۴۲.

نظری، شیما. (۱۳۸۸). *بررسی نظر والدین کودکان مصروع نسبت به عوامل تنش زا و میزان سازگاری آنان با این عوامل در مراجعه کنندگان به مراکز درمانی منتخب شهر تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده مامایی و پرستاری، دانشگاه تهران.

Green, R., & Young, R. (2001). Hand Preference, sexual preference, and transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, *30*(6), 565-574.

Gupta, A., & Singhal, N. (2004). Positive perceptions in parents of children with disabilities. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, *15*(1), 22-35.

Kruijver, F. P., Zhou, J. N., Pool, C.W., Hofman, M. A., Gooren, L. J., & Swaab, D. F. (2000). Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, *85*(5), 2034-2041.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.8.4]

Parola, N., Bonierbale, M., Lemaire, A., Aghababian, V., Michel, A., & Lançon, C. (2010). Study of quality of life for transsexuals after hormonal and surgical reassignment. *Sexologies*, *19*(1), 24-28.

Rayle, R. R. (2011). *Questioning gender: A sociological exploration*. Sage Publications.

Saloviita, T., Itälinna, M., & Leinonen, E. (2003). Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability: A Double ABCX Model. *Journal of Intellectual Disability Research,* 47(4-5), 300-120.

Singhi, P. D., Goyal, L., Pershad, D., Singhi, S., & Walia, B. N. (1990). Psychosocial problems in families of disabled children. *British Journal of Medical Psychology, 63*(Pt 2), 173-182.

Swaab, D. F. (2004). Sexual differentiation of the human brain: Relevance for gender identity, transsexualism and sexual orientation. *Gynecological Endocrinology*, *19*(6), 301-312.

Trute, B., & Hiebert-Murphy, D. (2002). Family adjustment to childhood development disability: A measure of parent appraisal of family impacts. *Journal of Pediatric Psychology*, *27*(3), 271-280.

Vermaes, I. P., Janssens, J. M., Bosman, A. M., & Gerris, J. R. (2005). Parents' psychological adjustment in families of children with Spina Bifida: A meta-analysis. *BMC Pediatrics, 5*, Article 32.

Weissman, M. M., & Paykel, E. S. (1974). *The depressed woman: A study of social relationships*. Chicago: University of Chicago Press.

World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. 28-31 January 2002, Geneva.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.8.4]