

گرایش به رفتار جنس مخالف: یک هنجار شکنی اخلاقی- اجتماعی یا اختلال در هورمون های جنسی

نویسندگان:

سعید سبحانیان*، محسن حجت، لیلی مصلی نژاد

۱- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Volume 2, Number 2, Summer 2013

چکیده:

مقدمه: در سالهای اخیر در کشورمان جوانانی دیده می شوند که بطور خاص گرایش به رفتار جنس مخالف دارند. این امر میتواند روابط اجتماعی و اخلاقی جامعه ما را دچار اختلال کند. هدف از این مطالعه، تعیین ارتباط بین گرایش به رفتار جنس مخالف و سطح هورمون های جنسی در جوانان بود.

روش کار: مطالعه حاضر یک پژوهش تحلیلی از نوع موردی- شاهد بود که بر روی ۶۰ نفر مورد و شاهد انجام شده. گروه مورد توسط روش نمونه-گیری آسان در شهر شیراز و با مراجعه به ستاد مرکزی نیروی انتظامی انتخاب شد. ملاک حضور در گروه مورد و شاهد انجام و یا عدم انجام رفتار-هایی مغایر با جنسیت آنان بود. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساز بود که روایی صوری و محتوایی آن توسط ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه کسب شد. پایایی آن نیز به کمک آزمون آلفا کرونباخ (۰/۸۱) محاسبه گردید. از نمونه های دو گروه جهت بررسی هورمونهای جنسی، نمونه خون گرفته شد. در نهایت اختلاف بین میانگین سطوح هورمونی با آزمون تی مستقل با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 15.0 مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: میانگین سطح استروژن مرد ها (۲۴/۶۷±/۴۰ pg/ml) و تستوسترون در زن ها (۳/۸۵±/۴۲mg/ml) بود. بین سطح هورمون های جنسی و گرایش به رفتار جنس مخالف به کمک آزمون تی مستقل اختلاف معنادار آماری یافت نشد. (P=۰/۱۲۳)

نتیجه گیری: با وجود عدم اختلاف معنی دار هورمونی در دو گروه می توان علل رفتار های بیان شده را با عوامل اجتماعی- فرهنگی به عنوان یک چالش اخلاقی در اجتماع مرتبط دانست.

واژگان کلیدی: گرایش به رفتار جنس مخالف، هورمون های جنسی، هویت جنسی

مقدمه:

مرد بودنش به گونه ای خاص بیندیشد، رفتار و احساس کند [۲]. در فرایند رشد جسمی و روانی انسان ها مرحله خیره کننده و طوفانی به نام نوجوانی وجود دارد که اغلب اندیشمندان از آن به عنوان مرحله تولد دوباره نام می برند. در این مرحله بحران هایی چون استقلال طلبی، بلوغ و هویت پدیدار می شوند. نوجوان به اقتضای سن خود در جستجوی هویت خویش است که در مراحل مختلف به ثبت رسیده و شالوده فکری اش را مشخص می کند. بدیهی است کسب متعادل هویت باعث رفتاری متعارف در جامعه می شود [۳].

در روند شکل گیری زندگی جنسی انسان پدیده های مختلفی همراه با رشد و تکامل بیولوژیکی او موثر می باشند که می توان به مواردی از قبیل هویت جنسی، نقش جنسی و سو گیری یا گرایش جنسی اشاره کرد [۱]. این مفاهیم کاملاً وابسته به فرهنگ و اجتماع بوده و کودکان در همان آغاز زندگی این معیارهای فرهنگی را می آموزند. هویت جنسی که بخش قابل ملاحظه ای از هویت هر انسان را تشکیل می دهد در بردارنده تصویری است که هر فرد به عنوان یک مرد یا زن از خود دارد. فرد می آموزد به خاطر زن یا

قابل تشخیص نیست [۵و ۶]. در مورد سبب شناسی این عارضه هنوز دلیل روشنی ارائه نشده است و این پدیده به صورت امری پیچیده باقی مانده است، اما گمانه‌هایی از جانب پزشکان، روان‌پزشکان و زیست‌شناسان ارائه شده است [۶]. علل متفاوتی از جمله سابقه سردرگمی درباره هویت جنسی در سال‌های نخست زندگی، ترجیح خانواده به داشتن فرزند از جنس مخالف، داشتن مادران یا پدران خود شیفته، برتری جنس مخالف در جامعه، مشکلات سیستم عصبی مرکزی، توارث، استرس پیش از تولد و بالاخره اختلالات هورمونی برای این عارضه بیان شده است [۵]. تلاش‌های زیادی برای شناسایی علل و عوامل تأثیر گذار بر سرعت و شکل‌گیری این بیماری انجام و نظریه‌های متفاوتی برای آن ارائه شده است که یکی از آن‌ها نظریه اختلالات هورمونی است. بر اساس این نظریه، مقدار نامناسب (کم یا زیاد) ترشح هورمون‌های جنسی پس از بلوغ عامل مهمی در بروز اختلال در هویت جنسی است [۱۱].

سؤال اصلی این است که آیا این اختلال یک اشکال در پدیده آفرینش مشابه یک نقص عضو و یا یک اختلال روانی است [۱۲]؟ به بیان دیگر، آیا مبدل پوشان افراد دارای اختلال در مقدار هورمون‌های جنسی یا افراد هنجار شکن ایجاد کننده مشکلات اخلاقی- اجتماعی هستند. پژوهش حاضر برای پاسخ‌گویی به این گونه سؤال‌ها و با هدف تعیین ارتباط بین گرایش به رفتار جنس مخالف و میزان هورمون‌های جنسی انجام شده است.

روش کار:

مطالعه حاضر یک پژوهش تحلیلی از نوع مورد- شاهد بود که روی ۶۰ نفر از جوانان انجام شد. گروه مورد به روش نمونه-گیری آسان با مراجعه به ستاد مرکزی نیروی انتظامی در شهر شیراز انتخاب شدند. برای این کار پس از اطلاع از بازداشت فرد، به کلانتری مورد نظر مراجعه و در محل با جلب موافقت نمونه، داده‌ها جمع‌آوری و هم‌زمان خون‌گیری به عمل می‌آمد. گروه شاهد نیز به روش تصادفی ساده بر اساس شماره ملی در لیست مدون سازمان ثبت احوال شیراز از افراد سالم انتخاب شدند. ملاک حضور در گروه مورد و شاهد انجام دادن و انجام ندادن رفتارهای مغایر با جنسیت از قبیل پوشش و حرف زدن زنانه در مردان و برعکس در زنان بر اساس تشخیص مأموران نیروی انتظامی بود. پس از موافقت کمیته اخلاق در پژوهش، پرسش‌نامه محقق ساخته از طریق مرور منابع متعدد تهیه شد. روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه توسط ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه تأیید شد. پایایی پرسش‌نامه نیز به روش آزمون آلفا کرونباخ برابر با $r=0/81$ محاسبه شد. پرسشنامه

مبدل پوشی و گرایش به رفتار جنس مخالف جزو اختلالاتی است که امروزه در جمعیت نوجوان و جوان جوامع مختلف ظاهر شده و به دو نوع حاشیه‌ای و اصلی قابل تقسیم است. در اختلال نوع اصلی فرد فقط با پوشیدن لباس ارضاء می‌شود. این گونه افراد در زندگی خود با هدف رسیدن به آرامش اغلب به شکل جنس مخالف ظاهر می‌شوند، لباس آن‌ها را می‌پوشند و رفتار آن‌ها را به نمایش می‌گذارند. این اختلال از اختلال تراجنسی متمایز است و در طیف وسیعی از احساس گناه در پوشیدن لباس جنس مخالف تا احساس رضایت از عضو شدن در یک گروه مبدل پوش قرار دارد [۴-۶]. هر چند که در تقسیم بندی DSM-IV-IR این اختلال به عنوان گروه ناهمگونی از اختلالات جنسی تعریف شده است، اما اطلاع چندانی در خصوص شیوع آن در بین کودکان و بزرگسالان در دست نیست و بیش‌تر برآوردها متکی بر افرادی است که برای تغییر جنسیت اقدام کرده‌اند [۷]. میزان شیوع نارضایتی جنسی یک نفر از هر ۱۰۰۰۰ مرد و یک نفر از هر ۳۰۰۰۰ زن است [۸]. این اختلال که از اوایل قرن نوزدهم و ابتدا در ادبیات آلمانی خود را به جهانیان نشان داد در سال ۱۹۱۰ توانست در طبقه بندی جهانی بیماری‌ها جایی پیدا کرده و امروزه به کمک کتاب، رادیو و تلویزیون، اینترنت و ابزارهای چند رسانه‌ای توانسته است سرعت تعمیم‌پذیری خود را افزایش دهد و به یک مسئله فراگیر در جهان تبدیل شود. به همین دلیل عده‌ای آن را به جای یک مسئله فیزیولوژیک یک مسئله روان‌شناختی می‌دانند. از سوی دیگر، به علت برخورد متفاوت به گرایش به جنس مخالف در فرهنگ‌های مختلف، بعضی آن را یک مسئله فرهنگی و نه یک چالش روانی- اجتماعی می‌دانند [۹]. سازمان‌های متعددی سعی در خارج کردن نام این اختلال از فهرست بیماری‌های سازمان بهداشت جهانی و تصویب آن به عنوان یک حق اجتماعی داشته‌اند. علاوه بر این، در سایت‌ها و وبلاگ‌های مختلف برای پیش‌گیری از تنبیه کودکان مبدل پوش تبلیغات زیادی آغاز شده است. این سازمان‌ها راه کار اصلی را مشاوره ندانسته و دادن حق قانونی به افراد برای مبدل پوشی را در ایالت‌هایی چون ماساچوست (۲۰۰۵) تأیید می‌کنند [۱۰]. افراد مبتلا به این گونه اختلال دارای مشکلات فردی، اجتماعی و خانوادگی عدیده‌ای هستند. این افراد محکوم شدگانی هستند که در دوران زندگی خود علاوه بر رنجی که تحمل می‌کنند، موجب ایجاد اختلال در نظام اجتماعی حاکم بر جامعه خود نیز می‌شوند. پیش‌آگهی این عارضه به دلایل لذت بردن بیمار، آکراه از انصراف از آن و بی میلی در ترک عادت پوششی حتی با استفاده از روش‌های درمانی مانند شوک الکتریکی، انزجار درمانی، هورمون درمانی و جراحی به روشنی

آزمون تی مستقل و با کمک نرم افزار آماری SPSS 15 بررسی شد.

یافته‌ها:

نتایج حاصل از بررسی‌های توصیفی نشان داد که از ۶۰ نفر (۳۰ نفر مورد و ۳۰ نفر شاهد) شرکت کننده در این مطالعه با میانگین سنی 27.17 ± 23.21 سال، تعداد ۲۴ نفر (۴۰٪) مرد و بقیه زن بودند. کم‌ترین سن در کل افراد ۲۰ و بیش‌ترین سن ۳۰ سال بود. تعداد ۴۴ نفر (۷۳٪) مجرد و ۱۶ نفر (۲۶٪) متأهل بودند. در گروه مورد ۱۱ نفر (۳۶٪) و در گروه شاهد ۱۹ نفر (۶۳٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند که در مجموع تحصیلات ۳۰ نفر (۵۰٪) دانشگاهی، ۲۴ نفر (۴۰٪) دیپلم و بقیه زیر دیپلم بود. بیش‌ترین درگیری روزانه افراد در دو گروه، اشتغال به تحصیل بود (۲۸/۳۳٪) (جدول شماره یک).

شامل دو بخش بود. در بخش اول مشخصات جمعیت شناختی نمونه‌ها و بخش دوم اطلاعات مربوط به گرایش به رفتار جنس مخالف بود. مقادیر هورمون‌های جنسی افراد با آزمایش الیزا اندازه‌گیری شد. برای رعایت اصل محرمانه ماندن اطلاعات نمونه‌ها، پرسش نامه بدون نام طراحی شد. موافقت گروه مورد و شاهد برای شرکت در مطالعه اخذ و محرمانه بودن مشخصات اعلامی مورد تاکید واقع شد. پس از تکمیل پرسش نامه‌ها و خون‌گیری از نمونه‌ها، مقدار هورمون جنسی افراد مورد مطالعه مشخص شد. برای اندازه‌گیری مقادیر هورمون‌ها از دستگاه الیزا مدل 3200 over net استفاده شد. بر اساس این آزمایش، مقدار طبیعی هورمون استروژن در مردان ۱۰-۱۵ pg/ml و هورمون تستوسترون در زنان ۱-۳ mg/ml است. این مقادیر به عنوان مبنای مقایسه در خون نمونه‌های مورد مطالعه در نظر گرفته شد. دو گروه مورد و شاهد از نظر سن، جنسیت، وضعیت تأهل و محل زندگی برای حذف تفاوت‌های فرهنگی همسان‌سازی شده بودند. پس از اندازه‌گیری مقادیر هورمون‌های جنسی در دو گروه اختلاف بین میانگین مقادیر با

جدول شماره ۱: میانگین سنی و فراوانی تحصیلات دانشگاهی و وضعیت تأهل در گروه مورد و شاهد

متغیر	گروه مورد	گروه شاهد
سن	27.17 ± 23.21	23.56 ± 1.9
تحصیلات دانشگاهی	۱۱	۱۹
مجرد	۲۲	۸

مطابق هنجارهای جامعه نمی‌دانستند. ۱۳ نفر (۴۳٪) از افراد گروه مورد، راحت‌ترین مکان برای میدل پوشی را جمع دوستان خود می‌دانستند. ۴۰٪ از کل افراد تأثیر محیط را در بروز چنین رفتارهایی بسیار کم ارزیابی می‌نمودند و ۵۳٪ از افراد گروه مورد نیز بر این امر تاکید داشتند. در مجموع ۳۴ نفر (۵۶٪) اعلام داشتند که تابعیت کمی از مد روز دارند. ۱۸ نفر (۶۰٪) از گروه مورد و ۲۶ نفر (۴۳٪) از گروه شاهد اعلام داشتند که تحصیلات تأثیر بسیار کمی در میدل پوشی دارد و ۸۱٪ از افراد گروه مورد عنوان کردند که وضعیت مالی خوبی دارند. گروه مورد بحران خاص در زندگی خود را طلاق و گروه شاهد مرگ عزیزان عنوان کردند (جدول شماره دو).

علت تمایل به پوشیدن لباس جنس مخالف در ۵۳٪ از افراد تحت مطالعه، نارضایتی از جنس خود بود و ماهواره در ۵۶٪ موارد مهم‌ترین عامل تقویت کننده این نوع رفتار اظهار شد. اکثر این افراد شخص خاصی را به عنوان مشوق اصلی خود معرفی نکردند. ۲۶٪ از دوستان و ۱۳٪ از خانواده‌ها این نوع رفتار را پذیرفته و تشویق می‌کردند. ۲۶ نفر (۴۳٪) از افراد مورد مطالعه شامل ۲۲ نفر (۷۳٪) از گروه مورد و ۴ نفر (۱۳٪) از گروه شاهد این گونه پوشش را برای هم‌جنسان خود می‌پسندیدند. ۳۳ نفر (۵۵٪) از کل افراد این پوشش را مطابق هنجارهای جامعه می‌دانستند، در حالی که ۸۳٪ از افراد گروه مورد و ۷۳٪ از افراد گروه شاهد این نوع پوشش را

جدول شماره ۲: فراوانی نسبی بحران خاص زندگی بر حسب گروه مورد و شاهد

فراوانی	مرگ عزیزان	طلاق	مهاجرت	حوادث طبیعی
گروه مورد	۲۱٫۷	۳۰٫۴	۲۶٫۱	۲۱٫۷
گروه شاهد	۶۰	۱۰	۱۰	۲۰

پوشی نیز ارتباط معنادار آماری در دو گروه مشاهده شد ($p=0.00$). در بررسی ارتباط بین گرایش به رفتار جنس مخالف و جنسیت ارتباط معنادار آماری یافت شد ($p=0.001$). همچنین بین گرایش به رفتار جنس مخالف و میزان تحصیلات نیز ارتباط معنادار آماری مشاهده شد ($p=0.02$).

لازم به ذکر است که مقدار میانگین استروژن در خون مردها در گروه مورد 24.67 ± 0.40 و در گروه شاهد 37.97 ± 0.40 و مقدار میانگین تستوسترون خون در زن‌ها در گروه مورد 3.85 ± 0.42 و در گروه شاهد 1.78 ± 0.42 بود (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: مقادیر میانگین هورمون‌های جنسی افراد در گروه‌های مورد و شاهد

میانگین سطح هورمون‌های جنسی در خون	استروژن (در مردان)	تستوسترون (در زنان)
گروه مورد	24.67 ± 0.40	3.85 ± 0.42
گروه شاهد	37.97 ± 0.40	1.78 ± 0.42

شیوع این اختلال در افراد مجرد و یا مجرد ماندن فرد به علت این اختلال می‌باشد [۱۵ و ۱۴ و ۵].

بیش‌ترین (۵۳/۳٪) علت بروز مبدل پوشی در افراد مورد مطالعه احساس نارضایتی از جنسیت خود ابراز شده است که با مطالعات سال ۱۳۸۳ و ۱۳۸۵ میرجلالی و جواهری هم‌خوانی زیادی دارد. آن‌ها نیز مهم‌ترین علت مبدل پوشی را احساس نارضایتی از جنسیت خود (۸۰٪) خود عنوان کرده‌اند. همچنین مطالعات ویلسون و همکاران این نکته را مورد تأکید قرار می‌دهد [۵]. این امر نیز خود نشانه وجود یک زمینه اجتماعی- خانوادگی قوی در بروز چنین اختلالی است که نیاز به مشاوره و روان- درمانی فردی و خانوادگی در بیش از نیمی از این افراد را مورد تأیید قرار می‌دهد و بر گسترش خدمات بهداشت روانی در جامعه تأکید می‌کند [۱۶ و ۶].

در مطالعه حاضر میزان پذیرش رفتارهای جنس مخالف از سوی خانواده کم‌تر از ۱۴٪ بیان شده است که با مطالعه جواهری و کوچکیان که میزان پذیرش والدین را ۳۰٪ عنوان کرده است هم‌خوانی ندارد. وجود چنین نتایجی در مطالعات داخل کشور نشان می‌دهد که واکنش‌های منفی والدین مانند عصبانیت و سرکوب بیش از واکنش‌های مثبت مانند پذیرش رفتار است. این امر ناشی از برداشت نادرست افراد جامعه و والدین در رابطه با بیمار بودن یا نبودن این گونه افراد مبدل پوش است. بدیهی است اعمال رفتارهای منفی بر هویت و عزت نفس این افراد تأثیر منفی خواهد گذاشت [۵ و ۲]. نکته قابل توجه در پژوهش حاضر این است که مطابق انتظار، فرد بهترین و شاید خالص‌ترین رفتارهایش را در جمع جوانان و دوستان در مقایسه

۱۶ نفر (۵۳/۳٪) از افراد گروه مورد اعلام کردند که در کودکی به این میل درونی گرایش داشته‌اند، ۳۶/۷٪ نیز این امر را در نوجوانی و ۱۰٪ نیز آن را در جوانی تجربه کرده بودند. نکته قابل توجه این است که هیچ یک از خانم‌ها در زمان انجام پژوهش در دوره عادت ماهیانه نبودند.

بررسی‌های تحلیلی در این مطالعه نشان داد که تفاوت معنادار آماری بین میزان درآمد خانواده، مدگرایی، میزان تحصیلات والدین، تجربه بحران خاص و وضعیت تأهل در دو گروه یافت نشد. بین شغل فرد و مبدل پوشی در دو گروه ارتباط معنادار آماری مشاهده شد ($p=0.005$). بین محیط زندگی و مبدل

بین مقادیر هورمونی و گرایش به رفتار جنس مخالف اختلاف معنادار نبود ($P>0.05$).

بحث:

نتایج مطالعه حاضر با آمارهای ارائه شده از سوی جواهری و کوچکیان و میرجلالی که شیوع این اختلال را در بین مردان ۳ تا ۴ برابر زنان اعلام کرده‌اند هم‌خوانی ندارد و بیش‌تر با آمارهای ارائه شده از سوی کشورهای اروپای شرقی که آمار این اختلال را در بین زنان برابر یا بیش از مردان بیان می‌کند سازگار است [۱۳-۱۵].

میانگین سنی در این پژوهش ۲۳/۴۵ سال بود که با نتایج دیگر پژوهش‌های ملی و بین‌المللی از جمله بلانچارد و همکاران و همچنین ظهیرالدین و اردستانی که شیوع این اختلال را در بین جوانان با میانگین سنی ۲۳ سال بالاتر از بقیه سنین تخمین زده‌اند هم‌خوانی دارد [۱۳ و ۱۱]. بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵ که ۲۵٪ جمعیت کشور را جوانان ۲۲ تا ۱۹ سال تشکیل می‌دهند [۳] می‌توان پیش‌بینی کرد شیوع این اختلال می‌تواند از این پس رو به گسترش بوده و با توجه به افزایش سن و کسب استقلال مالی و اجتماعی در این گروه سنی شاهد بروز موارد جدید این اختلال در جامعه و نمایان شدن عوارض مستقل و وابسته به کارکردها و نقش‌های اجتماعی و خانوادگی آن بود. همچنین بالاتر بودن فراوانی افراد مجرد (۷۳/۳٪) نسبت به متأهل (۲۶/۷٪) در این مطالعه با مطالعه جواهری و کوچکیان و مطالعه میرجلالی که میزان تجرد این افراد را بالای ۷۰٪ اعلام کرده‌اند و نیز با مطالعه ورن بالو هم‌خوانی دارد. این امر نشان از

خود را سر دمدار حرکت‌های سیاسی، حقوقی، فرهنگی و اجتماعی ویژه می‌دانند. از آن جا که جامعه ایرانی نیز از دایره تحولات جهانی بر کنار نیست، به طور یقین تحت تأثیر گسترش چنین اختلالاتی قرار خواهد گرفت. از این رو توصیه اکید پژوهشگران، انجام تحقیق گسترده تر در خصوص بررسی و شناخت علل و کارایی روش‌های درمانی و پیش‌گیری در مورد افراد مبدل پوش است [۲۳-۲۴]. علاوه بر این، در مطالعات مختلف نیز نشان داده شده است که ۵۰-۸۰ درصد این افراد دچار بیماری‌های کشنده و خطرناکی از جمله هپاتیت ب، ت و ایدز می‌باشند [۲۷-۲۵]. در چنین شرایطی آموزش و پرورش، رسانه‌های جمعی و تشکل‌های دولتی و غیر دولتی می‌توانند نقش مهمی در تغییر نگرش و فرهنگ جامعه داشته باشند. امید است چنین پژوهش‌هایی بتواند در راستای شناسایی مشکلات و بهبود وضعیت این افراد کمک شایانی کند.

نتایج پژوهش حاضر در مورد مقدار استروژن- پروژسترون با تحقیقات گورن، بلوه، هیلمن و اسکات هم خوانی دارد و نشان می‌دهد که نمی‌توان نظریه مطرح شده در زمینه تأثیر هورمون‌های جنسی در تمایل به پوشیدن لباس جنس مخالف را پذیرفت [۲۵-۲۲]. همچنین نتایج مطالعه بر این نکته تأکید دارد که گرایش به رفتارهای جنس مخالف منشأ درونی دارد، ولی از محیط بیرون و محرک‌های خارجی نیز الگو می‌گیرد.

با خانواده بروز می‌دهد. افراد مورد مطالعه پذیرش این نوع رفتار را در بین دوستان ۳/۴۳٪ بیان کرده‌اند و اظهار داشته‌اند که اگر حتی چنین رفتاری را برای خود نپسندند برای دوستان خود می‌پسندند (۵۵٪) و آن را منطبق بر هنجارهای حاکم بر جامعه می‌دانند [۱۸ و ۱۷ و ۱۰].

طبق نتایج این پژوهش، طلاق والدین مهم‌ترین بحران کودکی در افراد مبدل پوش (۳۰/۴٪) عنوان شده است. همچنین بیش‌تر افراد مبدل پوش بروز چنین رفتارهایی را مطابق با سن کودکی (۵۳/۳٪) دانسته‌اند که این یافته‌ها می‌تواند تایید کننده نظرات گارفینگل، کلبگ و پیازه باشد [۲۰ و ۱۹]. این دانشمندان معتقدند رفتارهای جنسی پس از شکل‌گیری هویت جنسی مناسب در کودکی بروز خواهد کرد [۲۱]. این یافته‌ها با یافته‌های محققان دانشگاه جان هاپکینز که زمان بروز اولین علائم مبدل پوشی در فرد دچار اختلال هویت جنسی را در سومین سال زندگی بیان کرده‌اند هم خوانی دارد [۲۲]. بحران طلاق به عنوان یک عامل مهم بروز چنین رفتارهایی در فرد در بسیاری از مطالعات و مقالات در مجلات علمی و پژوهشی معتبر در حوزه اختلالات هویت جنسی بیان شده است [۱۲ و ۱۱]. با توجه به محدودیت‌هایی از جمله حجم نمونه ناکافی و عدم مشاهده اختلاف معنادار آماری در نتایج، پیشنهاد می‌شود این مطالعه در جوامعی با شیوع بالاتر این اختلال ادامه یابد.

نتیجه‌گیری:

امروزه بحث اختلال هویت جنسی در جوامع مختلف رو به گسترش است و این امر می‌تواند نظام‌های سیاسی، اجتماعی و فرهنگ حاکم بر جوامع را تغییر دهد. افراد با چنین ویژگی‌هایی،

References:

- Attar HR, Rasoulilian M. First diagnosis of gender identity disorder: Case report. Iranian J Psychiatry Clin Psychol (Andeesheh Va Raftar) 2004;9(35): 11-6
- Yorburg B. sexual identity-sex role and social change. 4th ed. New York: Wiley Publ; 1974: 146-70.
- Norozazad L. Sexual identity disorder. [dissertation] Saveh: Islam Azad Univ Saveh Branch; 2005: 67-89.
- Buhrich N, Mcconaghy N. Three clinically direct categories of fetishistic transvestitism. Arch Sex Behav 2005; 8(2): 151-7.
- Javaheri F, Kochakian Z. Sexual identity disorder and social effects: survey on sexual dissatisfaction in Iran. Social welfare 2006;5(21):265-292
- Kahani E, Fakhri SH. Sexual identity disorder in heterosexuals. 1 st. Tehran. Tymorzade. 2002:80-86
- Sodack B, Sodack V. Synapsis of psychiatry behavior science, clinical psychiatry .9th Ed. New York: Lippincott; 2003: 274-84
- Sodack B, Sodack V. Synapsis of psychiatry behavior science, clinical psychiatry .10th Ed. New York: Lippincott. 2005:264-80
- Johnson M, Sandra L. The relationship of male transsexual typology to psychosocial adjustment. Arch of Sex Beh 1990 : 19 (4) :34-37
- Roback HB, Howard B. The female mid-life sex change applicant: A comparison with younger female transsexuals and older male sex change applicants. Arch of Sex Beh 1986; 15(5) :78-81
- Mohamadi M, Moemeni F, Mehrabi F. Sexual identity disorder in childhood. rehabilitation 2000;5(3): 77-84
- Kamira M. Transvestitism and transsexuals - all reproduction right reserved. Brit med j 1974;11 (2) : 289-290
- Blanchard R. Early history of concept of auto gynophobia .Arch Sex Behav 2005, 34 (4) : 439-446
- Mirjalali B. Transsexual patients, Shargh Newspaper 2004; 246: 3

15. Vern bullough. Transvestitism reexamination .J Psy & Hum Sex 1991; 3 (2) : 53-67
16. Shah Mohamadi D. Essential of revising in national psychological health plan. Tehran Psychiatry Inst 2002; 4(7):39-40. (Persian)
17. Ehsanmanesh M. Epidemiology of psychological problem in Iran: revising in some study. Tehran Psychiatry Inst 2001; 4(6): 54-61
18. Danielin O. New view in social problem analysis. Trans: Moaied FAR S . 1st Ed. Tehran: Amirkabir; 2004: 130-81.
19. Herman jegliska A, Grabowska A. masculinity feminist and transsexuals. sex beh 2002;31 (6) : 527
20. Heyes Cressida J .Feminist solidarity after queer theory: the case of transgender. j wom in cult and soci 2003;28(4) : 1093-1120
21. Louis gooren. Body politics the physical side of gender identity. J of Psy& Hum Sex 1993; 3 (3) : 50-66
22. Pollard S. Transvestitism, masculinity and Latin American literature: gender shares flesh. Rev Coll Lit 2005; 32(3): 199-203
23. Heilmann A. Neither man nor woman? Female Transvestitism , Object Relations and Mourning in George Moore, Women: A Cultu Rev 2003; 14(3) : 248-263
24. Bullough VL. Transvestitism: a reexamination. J Psy Hum Sex 1991; 4(2): 53-67
25. Gooren L. Body Politics the Physical Side of Gender Identity. J of Psy & Hum Sex 1991;4(2) : 9-17
26. Varella D, Tuason L, Proffitt MR, et al. HIV infection among Brazilian transvestites in a prison population , AIDS Patient Care STDS 1996;10(5) : 299-302
27. Russi JC, Serra M, Viñoles J, et al. Sexual transmission of hepatitis B virus, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus type 1 infections among male transvestite commercial sex workers in Montevideo, Uruguay. Am J Trop Med Hyg 2003; 68(6): 716-20.

Transvestitism: socio-ethical abnormality or hormonal disorder

Sobhanian S^{*1}, Hojat M¹, Mosalanejad L¹

Received: 11/01/2012

Accepted: 02/12/2013

1. Dept. of Nursing, School of Nursing, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

Journal of Education and Ethics in nursing, Volume 2, Number 2, Summer 2013

Abstract

Introduction:

During recent years our country has witnessed youths who specifically tend to act like the opposite sex. It can challenge our social as well as ethical affairs. This study aimed at determining the relation between transvestitism and the level of sexual hormones in youths.

Materials and Methods:

This was a case-control and analytical study performed on 60 people (30 cases and 30 controls). The case group was selected by convenient sampling. The inclusion criteria comprised of undertaking acts which were at odds with the persons' sexualities. The data gathering tool consisted of a researcher-made questionnaire. The questionnaire content and face validities were confirmed by 10 university professors. The questionnaire reliability was then measured by Cronbach's alpha ($r=0.81$). Blood samples were taken from both groups. The difference between the mean hormonal levels and independent T was measured in SPSS 15.0.

Results:

The mean estrogen level in males was 24.67 ± 0.40 pg/ml and the mean testosterone level means was 3.85 ± 0.42 mg/ml in females. No significant relationship was observed between hormonal levels and transvestitism ($p=0.123$).

Conclusion:

Due to the lack of significant hormonal differences between the two groups, it can be concluded that this phenomenon is rooted in a host of sociocultural factors which raise it as an ethical controversy in society.

Keywords: Transvestitism, Sexual Hormones, Sexual Identity

* Corresponding author, Email: sob_mor@yahoo.com