

مقایسه میزان حمایت اجتماعی ادراک شده و رضایت از زندگی در افراد مبتلا به بی‌قراری جنسیتی

ریحانه رضاپور فریدیان، دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران

رؤیا رسولی، استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه الزهراء، تهران*

وفا مصطفی، دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران

چکیده

هدف پژوهش حاضر، مقایسه میزان حمایت اجتماعی ادراک شده و رضایت از زندگی در افراد مبتلا به بی‌قراری جنسیتی با توجه به جنسیت و مرحله‌های درمان آنهاست. روش پژوهش از نوع علی - مقایسه‌ای و جامعه آماری شامل همه افراد ایرانی مبتلا به بی‌قراری جنسیتی در سال ۱۳۹۳ است. نمونه شامل ۴۷ نفر مرد به زن و ۴۷ نفر زن به مرد (۹۴ نفر) است که با روش نمونه‌گیری هدفمند و گلوله‌برفی انتخاب شده‌اند. ابزارهای استفاده شده شامل مقیاس رضایت از زندگی داینر و همکاران (SWLS) و مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران (MSPSS) است. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شده است. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند میزان حمایت اجتماعی ادراک شده میان افراد مبتلا به بی‌قراری جنسیتی مرد به زن و زن به مرد متفاوت است؛ اما میزان رضایت از زندگی میان این افراد، تفاوت معناداری ندارد. همچنین میزان حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده و دوستان و نیز رضایت از زندگی در افراد مبتلا به بی‌قراری جنسیتی که دوره درمان تغییر جنسیت را تمام کرده‌اند، بیشتر از سایر آزمودنی‌هاست. براساس این یافته‌ها، عمل جراحی تغییر جنسیت برای این افراد پیشنهاد می‌شود؛ البته با توجه به محدود بودن نمونه، تعمیم دادن نتیجه‌ها باید با احتیاط صورت بگیرد.

واژه‌های کلیدی: بی‌قراری جنسیتی، حمایت اجتماعی ادراک شده، رضایت از زندگی، تغییر جنسیت

مقدمه و بیان مسأله

هویت جنسی^۱، عاملی کلیدی در زندگی انسان است که از آغاز تا پایان عمر همراه اوست (Di Ceglie, 2000). این اصطلاح، نشان‌دهنده تجربه عاطفی و شناختی پایدار فرد از جنس^۲ خود و تظاهرات عینی از یک جنس خاص است (Hess et al. 2014: 795).

گاهی ممکن است فردی ویژگی‌های بیولوژیکی یک جنس خاص را داشته باشد؛ اما از نظر روانی به آن گروه تعلق نداشته باشد و در نقش شخصی از جنس مخالف احساس و رفتار کند (Di Ceglie, 2000: 459) که در اصطلاح علمی به این وضعیت، اختلال هویت جنسی^۳، ملال جنسی^۴ یا ترانس سکسوالیسم^۵ می‌گویند. ترانس سکسوال^۶ فردی است که تشخیص روانی او از جنسیتش^۷، با اندام‌های جنسی زمان تولدش فرق داشته باشد (مول جرنل، به نقل از فلاح تفتی، ۱۳۹۳).

طبق DSM-IV-TR (2000)، اختلال هویت جنسی بر این اساس تشخیص داده می‌شود که فرد به صورت مستمر و شدید، هویت جنسی مخالف را برای خود در نظر بگیرد؛ هویتی که صرفاً به دلیل تمایل به بهره‌مند شدن از امتیازهای فرهنگی متعلق به جنس دیگر نباشد. یا اینکه فرد مدام از جنسیت خود یا احساس تناسب نداشتن با نقش جنسی تعیین شده، ناراحت باشد که این امر، موجب پریشانی یا اختلال عمده بالینی در کارکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم می‌شود. این وضعیت تا زمان انتشار اخیر ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5)، به صورت «اختلال هویت جنسی» در نظر گرفته شده بود. DSM-5 برای تأکید کردن بر این نکته که انطباق نداشتن جنسیتی به تنهایی یک اختلال روانی نیست، نام

این حالت را به «بی‌قراری جنسیتی»^۸ تغییر داد (Strandjord et al. 2015: 942).

طبق DSM-5 بی‌قراری جنسیتی، آشفتگی جنسیتی^۹ یا ملال جنسی، وضعیتی است که در آن فرد، آشفتگی و پریشانی زیادی را به دلیل ناهماهنگی میان جنسیت تخصیص داده شده خود در هنگام تولد با هویت جنسیتی‌اش تجربه می‌کند. این افراد تمایل شدیدی دارند که جنسیتی مخالف با جنسیت خودشان داشته باشند یا با آنها مانند فردی متعلق به جنس مخالف رفتار شود. آنها معتقدند احساس‌ها و واکنش‌های معمول جنس مقابل را دارند. شیوع بی‌قراری جنسیتی میان مردان مادرزاد بزرگسال از ۰/۰۰۵ تا ۰/۰۱۴ و میان زنان مادرزاد، از ۰/۰۰۲ تا ۰/۰۰۳ است. از آنجا که همه این افراد به کلینیک‌های تخصصی مراجعه نمی‌کنند، احتمالاً این آمار از میزان واقعی کمتر است.

خانواده و جامعه همواره از این افراد انتظار دارند نقش‌های متناسب با جنسیت بیولوژیک خود را بپذیرند و آنها را به دلیل داشتن حرکت‌ها و رفتارهای شبیه جنس مخالف سرزنش می‌کنند و زیر فشار قرار می‌دهند. این امر، سبب گوشه‌گیری این افراد و کاهش عزت نفس آنها می‌شود. بیشتر این افراد تضاد بین شخصی زیادی دارند و یکی از پرقربانی‌ترین اقلیت‌ها را تشکیل می‌دهند. در مواردی نیز بی‌قراری جنسیتی با اسکیزوفرنی یا شیدایی و بهم‌خوردن تعادل روانی همراه است (هرزبرگ و داگلی، زوکر و بردلی، به نقل از یزدان‌پناه و صمدیان، ۱۳۹۰: ۱۷۸). از طرف دیگر، پذیرفته نشدن این افراد از سوی خانواده و جامعه و گوشه‌گیری آنها، پیامدهایی نظیر خودکشی، گرایش به انحراف جنسی و ابتلا به بیماری‌های مقاربتی و ایدز را در این گروه افزایش می‌دهد. گوشه‌گیری اجتماعی سبب می‌شود آنها در فعالیت‌های اجتماعی مشارکت نکنند و در یافتن شغل مناسب و فعالیت‌های فرهنگی و اقتصادی ناموفق باشند (یزدان‌پناه و

¹ gender identity

² sex

³ gender identity disorder (GID)

⁴ gender dysphoria

⁵ transsexualism

⁶ transsexual

⁷ sexuality

⁸ gender dysphoria

⁹ gender dysphoria

با وجود این، لوین و همکاران با مطالعه متون مرتبط دریافتند معمولاً بیشتر افراد پس از اجرای عمل جراحی و مصرف هورمون، با مشکل‌هایی در زمینه رابطه‌های بین‌فردی در محیط کار، خانواده و همسالان روبه‌رو می‌شوند و این مشکل‌ها به بیکاری، طلاق و گوشه‌گیری اجتماعی آنان منجر می‌شود (لوین و همکاران، به نقل از مؤمنی‌جاوید و شعاع‌کاظمی، ۱۳۹۰: ۸۷). لوی و کورفمن نیز اعتقاد دارند عمل جراحی تغییر جنسیت ممکن است پیامدهای کوتاه‌مدتی برای افراد مبتلا به بی‌قراری جنسیتی داشته باشد؛ اما این افراد در درازمدت و پس از عمل جراحی به مشکل‌هایی نظیر تمایل به خودکشی، نداشتن کارکرد اجتماعی و بین‌فردی رضایت‌بخش، از دست دادن کار و حمایت‌های خانوادگی، نگرش منفی به شرکت در جلسه‌های درمانی و روان‌درمانی و مقاومت پایدار در برابر تغییر جنسیت دچار می‌شوند (لوی و کورفمن، به نقل از مؤمنی‌جاوید و شعاع‌کاظمی، ۱۳۹۰: ۸۷).

شرایط ویژه‌ای که افراد مبتلا به بی‌قراری جنسیتی در آن قرار دارند، خطر ایجاد مشکل‌ها و مسئله‌های مرتبط با بهداشت روانی را برای آنها افزایش می‌دهد. در این میان حمایت همسالان، خانواده و کمک افراد متخصص از آنها محافظت می‌کند (American Psychological Association, 2006). حمایت اجتماعی، عاملی تأثیرگذار بر بهزیستی و سلامت روانی است (Segrin & Domschke, 2011; Zimet et al., 1988). دانشگاهیان برای سال‌های بی‌درپی رابطه مثبتی را میان حمایت اجتماعی و سلامت جسمی و روانی تشخیص داده‌اند (Emadpoor et al., 2015; Wilks, 2008; قرائت و محمدی، ۱۳۹۳). حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش واسطه‌ای میان عامل‌های تنش‌زای زندگی و بروز مشکل‌های جسمی و تقویت شناخت افراد، سبب کاهش تنش تجربه‌شده، افزایش میزان بقا، بهبود کیفیت زندگی و رضایت از زندگی افراد می‌شود (Suarez et al., 2000). حمایت اجتماعی، حمایتی است که فرد از خانواده، دوستان، سازمان‌ها و سایر افراد دریافت می‌کند (Gülaçtı,

صمدیان، ۱۳۹۰: ۱۷۸). این وضعیت مسیر زندگی فرد را دگرگون می‌کند. از یک سو وجود مشکل‌های مختلف در بعدهای جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی سبب افزایش احساس وابستگی، کاهش اعتماد به نفس، کاهش سرمایه اجتماعی و افزایش احساس آسیب‌پذیری در مبتلایان می‌شود (Meyer, 2012: 572) و از سوی دیگر درمان‌های مختلف، عوارض و هزینه‌های بالای درمان، سبب کاهش کیفیت زندگی آنها می‌شود (موحد و حسین‌زاده‌کاسمانی، ۱۳۹۱: ۱۱۴).

مبتلایان به بی‌قراری جنسیتی، علاقه شدیدی به طی کردن مرحله‌های تغییر و پیوستن به جنس مخالف دارند. این مرحله‌ها شامل هورمون‌درمانی، تغییر در رفتار اجتماعی، پوشش یا جراحی تغییر جنسیت است (American Psychiatric Association, 2000). مطالعه‌های پیگیرانه درباره افراد مبتلا، اهمیت ویژه‌ای دارد. بیشتر پژوهش‌های انجام‌شده نشان داده‌اند عمل جراحی تغییر جنسیت^۱، تأثیری مثبت در کاهش ملال و بی‌قراری جنسیتی (Ruppın & Pfäfflin, 2015) و بر سلامت روانی و عملکرد جنسی فرد دارد (Johansson et al., 2010; Amend et al., 2013). جامع‌ترین مرور از این مطالعه‌ها را ففلین و جانگ انجام داده‌اند که پیشینه‌ها را از سال 1961 تا 1991 بررسی کرده‌اند. بررسی آنها نشان داده است در تمام این پژوهش‌ها تغییرهای مثبت، از اثرهای منفی یا ناخواسته بیشتر است (Ruppın & Pfäfflin, 2015).

یافته‌های پژوهش‌ها نشان می‌دهند هورمون‌درمانی^۲، رفاه و بهزیستی را در بزرگسالان مبتلا به بی‌قراری جنسیتی بهبود می‌بخشد (Colizzi et al., 2015; Colizzi et al., 2014). آنها پس از عمل تغییر جنسیت، مشکل‌های روانی و بین‌فردی کمتر و رضایت از زندگی بیشتری دارند (Ruppın & Pfäfflin, 2015) و شادکامی و سلامت روان بیشتری را تجربه می‌کنند (فلاح‌تفتی، ۱۳۹۳)؛ همچنین عمل تغییر جنسیت و هورمون‌درمانی، کیفیت زندگی بالاتری را برای آنان به ارمغان می‌آورد (Parola et al., 2010).

¹ Sex reassignment surgery (srs)

² cross-sex hormonal treatment (CSHT)

Leeuwen et al., 2010) و با رضایت از زندگی رابطه‌ای مستقیم دارد (Kong & You, 2013; Guilacti, 2010). رضایت از زندگی مؤلفه‌ای شناختی از بهزیستی روانی است که به قضاوت کلی افراد از شرایط زندگی خود و ارزیابی ذهنی آنها از کیفیت کلی زندگی اشاره دارد (Diener et al., 1985: 71); رضایت از زندگی، ارزیابی شناختی است از اینکه فرد تا چه حد در زندگی راضی است. به گفته پات و داینر، این ارزیابی براساس معیارهایی صورت می‌گیرد که خود شخص آنها را مهم می‌داند (Adamczyk & Segrin, 2015).

یکی از مهم‌ترین علت‌هایی که سبب می‌شود مبحث رضایت از زندگی در روان‌شناسی و علوم انسانی مطرح شود، نقش محوری آن در سلامت و بهزیستی افراد بشر است (کشاورز و همکاران، ۱۳۸۸). بر مبنای نظر کریزبرگ، رضایت یا ناراضی‌تی از بخشی از زندگی، به سایر بخش‌های آن تعمیم می‌یابد و بر آنها تأثیر می‌گذارد (صفدری، ۱۳۷۴). کاهش رضایت از زندگی، اثرهای مخرب فراوانی در سطح خرد، میانه و کلان خواهد داشت. افزایش تنش‌ها و مشکل‌های رفتاری، ناامیدی، اضطراب، افسردگی و مانند آن، از اثرهای منفی ناراضی‌تی از زندگی در سطح خرد است. در سطح میانه و کلان نیز پیامدهایی چون کاهش روحیه مشارکت‌جویی، تعاون، اعتمادکنندگی، عام‌گرایی و مانند آن را دارد (عظیمی‌هاشمی، ۱۳۸۳: ۸۸-۸۷).

برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند میان زنان و مردان از لحاظ میزان رضایت از زندگی، تفاوت معناداری وجود دارد؛ اما بیشتر این یافته‌ها، با یکدیگر تناقض دارند. طبق یافته‌های بعضی پژوهش‌ها، زنان رضایت از زندگی بالاتری نسبت به مردان دارند (بخشی‌پور و دوسری و همکاران، ۱۳۸۴؛ Fugal-Meyer et al., 2002)؛ اما از برخی پژوهش‌ها، نتیجه‌های معکوسی به دست آمده است (Hutchinson et al., 2004; Ghosh, 2015). از سوی دیگر برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند میان زنان و مردان، تفاوت معناداری از نظر میزان رضایت از زندگی وجود ندارد (Ng et al., 2009؛ قهرمان، ۱۳۸۹؛ ایمان و کاوه، ۱۳۹۱).

3845 (2010) و حمایت اجتماعی ادراک‌شده^۱، به ادراک افراد از میزان حمایت ارائه‌شده از طریق شبکه‌های اجتماعی اشاره می‌کند (Demaray & Malecki, 2002). درک حمایت، از دریافت آن بسیار مهم‌تر است؛ به عبارت دیگر، درک و نگرش فرد نسبت به حمایت دریافت‌شده، مهم‌تر از میزان حمایت ارائه‌شده به اوست (Helgeston & Cohen, 2004).

کاهش حمایت اجتماعی با افزایش تنهایی و ناامیدی مرتبط است (Pehlivan et al., 2012) و به سطح‌های پایین‌تر کیفیت زندگی (هلگسون)، نشانه‌های افسردگی (وندروهورس و مک لارن)، افکار خودکشی (رو و همکاران) و مرگ‌ومیر (لایرا و هیکینن) منجر می‌شود (به نقل از: Simon et al., 2014: 163). میان حمایت اجتماعی و مشکل‌های روان‌شناختی، رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد (Yasin & Dzulkifli, 2011). حمایت اجتماعی، سپری در برابر استرس است که آن را کاهش می‌دهد و به توانایی فرد برای مقابله با آن کمک می‌کند (Talwar et al., 2013: 43). پژوهش قرائت و محمدی (۱۳۹۳) نشان می‌دهد آن دسته از آزمودنی‌های جویای تغییر جنسیت که حمایت اجتماعی ادراک‌شده بالاتری دارند، از نظر روانی، اختلال‌های کمتر و سلامت روانی بهتری دارند.

جنسیت، تأثیر مهمی بر تعامل‌های اجتماعی مرتبط با حمایت دارد (Matud et al., 2003). دو جنس در نیازها، استفاده و ارائه حمایت اجتماعی با هم متفاوت‌اند. به‌طور معمول زنان نسبت به مردان به حمایت اجتماعی بیشتری نیاز دارند و آن را بیشتر از مردان ارائه می‌دهند (Schwarser et al., 1994). با این حال یافته‌های مطالعه‌های مختلف درباره نقش پیش‌بینی‌کننده تفاوت‌های جنسی بر سطح‌های حمایت اجتماعی، به اندازه کافی صریح و قطعی نیست (شکری و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۴۷).

تاکنون پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند حمایت اجتماعی، نقشی مهم در رضایت از زندگی^۲ افراد دارد (Van

¹ perceived social support

² life satisfaction

زندگی بر بهزیستی و سلامت جسمی - روانی، این پژوهش قصد دارد میزان حمایت اجتماعی ادراک شده و رضایت از زندگی را با توجه به جنسیت و نیز با توجه به اینکه درمان تغییر جنسیت را به پایان رسانده‌اند یا در فرایند تغییر جنسیت‌اند، مقایسه کند؛ بدین منظور و براساس یافته‌ها و شواهد موجود در زمینه متغیرهای پژوهش، فرضیه‌های زیر بررسی شده‌اند:

۱. حمایت اجتماعی ادراک شده میان افراد مبتلا به بی‌قراری جنسیتی مرد به زن (MTF) با زن به مرد (FTM)، برحسب اینکه درمان را به پایان رسانده‌اند یا در فرایند تغییر جنسیت‌اند، متفاوت است.

۲. رضایت از زندگی میان افراد مبتلا به بی‌قراری جنسیتی مرد به زن (MTF) با زن به مرد (FTM)، برحسب اینکه درمان را به پایان رسانده‌اند یا در فرایند تغییر جنسیت‌اند، متفاوت است.

روش‌شناسی پژوهش

طرح این پژوهش، از نوع علی - مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل همه افراد ایرانی مبتلا به بی‌قراری جنسی در سال ۱۳۹۳ است که روان‌شناس متخصص یا روان‌پزشک یا پزشکی قانونی یا دادگاه یا کمیسیون پزشکی، ابتلای آنها را به بی‌قراری جنسیتی تأیید کرده بود. از جامعه مذکور، ۹۴ نفر (۴۷ مرد به زن و ۴۷ زن به مرد) به روش نمونه‌گیری هدفمند و گلوله‌برفی انتخاب شدند. ابتدا از طریق شبکه‌های اینترنتی و سپس مراجعه به کلینیک دی واقع در خیابان میرداماد شهر تهران، تعدادی از افراد موردنظر شناسایی و ارزیابی شدند و هرکدام تعدادی از دوستان و آشنایانشان را - که شرایط موردنظر را داشتند - برای پژوهش معرفی کردند. این روند برای نفرهای بعدی نیز ادامه یافت. نمونه‌ها لزوماً ساکن تهران نبودند؛ بلکه ساکن شهرهای ایران بودند. ۲۸/۷ درصد از پاسخ‌دهندگان ساکن تهران، ۱۷ درصد ساکن البرز، ۱/۱ درصد ساکن قزوین، ۳/۲ درصد ساکن آذربایجان غربی، ۱/۱ درصد

به نظر می‌رسد تاکنون پژوهشی میزان حمایت اجتماعی ادراک شده و رضایت از زندگی را در افراد مبتلا به بی‌قراری جنسیتی مرد به زن با زن به مرد مقایسه نکرده است. نتیجه‌های مطالعاتی که متغیرهایی نسبتاً مرتبط با این پژوهش را در افراد مبتلا به بی‌قراری جنسیتی زن به مرد با مرد به زن مقایسه کرده‌اند، از این قرارند: متمنز و همکاران به این نتیجه رسیده‌اند که کیفیت زندگی زنان مبتلا به بی‌قراری جنسیتی تفاوت چشمگیری با مردان ندارد (Motmans et al., 2012)؛ اما یافته‌های پژوهش لوستین، نشان می‌دهند مبتلایان به بی‌قراری جنسیتی زن به مرد باثبات‌ترند و با تغییر هورمونی و عمل جراحی انطباق و سازگاری بهتری دارند (Parola et al., 2010)؛ همچنین یافته‌های پژوهش قرائت و محمدی (۱۳۹۳)، نشان‌دهنده وجود سلامت روانی بهتر، در افراد جویای تغییر جنسیت زن به مرد در مقایسه با افراد مرد به زن بوده است. در پژوهش پرونز و همکاران نیز مبتلایان به بی‌قراری جنسیتی مرد به زن سطح عملکرد روان‌شناختی نابالغانه‌تری را نسبت به هم‌تایان زن به مرد نشان داده‌اند (Prunas et al., 2014). همچنین نتیجه‌های مطالعه پارولا و همکاران، نشان داده‌اند کیفیت زندگی به‌ویژه با توجه به بهداشت روان، میان آزمودنی‌های مرد به زن در مقایسه با زن به مرد پایین‌تر است. مبتلایان به بی‌قراری جنسیتی زن به مرد زندگی حرفه‌ای و اجتماعی بهتر، رابطه‌ها و دوستان بیشتر و سلامت روان‌شناختی بهتری دارند و خودشان را در وضعیت سلامتی بهتری نسبت به بی‌قراران جنسیتی مرد به زن می‌بینند (Parola et al., 2010). به طور کلی به نظر می‌رسد تغییر جنسیت برای بی‌قراران جنسیتی زن به مرد، سبب عواقب مثبت بیشتری در حوزه‌های اجتماعی، حرفه‌ای، رابطه‌ها و روان‌شناختی می‌شود. به علاوه، آنها عوارض عمل جراحی کمتری دارند و به نظر می‌رسد از جنسیت خود بیشتر راضی‌اند.

با توجه به مشکل‌های متعدد افراد مبتلا به بی‌قراری جنسیتی در بعدها جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی و تأثیر بسزای حمایت اجتماعی و رضایت از

مانند هورمون‌درمانی، عمل تخلیه سینه، رحم، تخمدان و بیضه (۳۱/۹ درصد از آزمودنی‌ها). مرحله چهارم شامل افرادی است که همه مرحله‌های درمان تغییر جنسیت را سپری کرده‌اند و درماتشان تمام شده است و آلت جنسی مطابق با جنسیت روانی‌شان را دارند (۲۶/۶ درصد از آزمودنی‌ها).

در بررسی متغیر وضعیت تأهل افراد نمونه، ۸۹/۴ درصد مجرد و ۶/۴ درصد متأهل و ۳/۴ درصد متارکه کرده بودند. در زمینه شغل، ۳۰ درصد در حال تحصیل و ۲۱/۳ درصد بیکار بودند. ۳۶/۲ درصد نیز شغل آزاد داشتند و ۹/۶ درصد شغل مشخصی نداشتند. در زمینه سطح تحصیلات افراد، ۷/۴ درصد زیر دیپلم، ۳۴ درصد دیپلم، ۱۲/۸ درصد کاردانی، ۳۶/۲ درصد لیسانس، ۷/۴ درصد کارشناسی ارشد و ۱/۲ درصد دکتری بودند.

مدت زمان سپری شده از عمل تغییر جنسیت افرادی که درماتشان تمام شده بود، از این قرار بود: ۴ درصد زیر یک ماه، ۸ درصد یک تا سه ماه، ۴ درصد چهار تا شش ماه، ۲۰ درصد هفت تا دوازده ماه، ۲۴ درصد سیزده ماه تا دو سال و یازده ماه، ۲۰ درصد سه سال تا شش سال و یازده ماه، ۲۰ درصد هفت تا ده سال و یازده ماه.

ابزارهای پژوهش

مقیاس رضایت از زندگی داینر (SWLS)^۱: این مقیاس ۵ سؤال دارد و به طور کلی رضایت فرد از زندگی را بررسی می‌کند (Diener et al. 1985). این مقیاس در ابتدا شامل ۴۸ گویه بود که بعد از تحلیل عاملی به ۱۰ گویه کاهش یافت. به علت شباهت معنایی میان گویه‌ها، نسخه نهایی آن به ۵ گویه کاهش یافت. پاسخ‌گویی به گویه‌ها براساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً موافقم (۷) تا کاملاً مخالفم (۱) انجام شده است؛ از این رو، دامنه نمره‌های این مقیاس از نمره ۵ تا ۳۵ نوسان دارد. نمره‌های بالاتر، نشان‌دهنده رضایت بیشتر از زندگی است. سازندگان اصلی این مقیاس،

ساکن آذربایجان شرقی، ۱/۱ درصد ساکن اردبیل، ۱/۱ درصد ساکن خراسان رضوی، ۱/۱ درصد ساکن خراسان شمالی، ۱/۱ درصد ساکن خراسان جنوبی، ۷/۴ درصد ساکن فارس، ۱/۲ درصد ساکن اصفهان، ۱/۲ درصد ساکن خوزستان، ۵/۳ درصد ساکن گیلان، ۱/۲ درصد ساکن گلستان، ۱/۱ درصد ساکن مازندران، ۳/۴ درصد ساکن کرمان، ۱/۱ درصد ساکن بوشهر، ۱/۱ درصد ساکن هرمزگان، ۱/۱ درصد ساکن ایلام، ۱/۱ درصد ساکن مرکزی، ۱/۱ درصد ساکن لرستان، ۱/۱ درصد ساکن کردستان و ۱/۱ درصد ساکن کرمانشاه بودند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. روند درمان و تغییر جنسیت، به وسیله مصاحبه از آزمودنی‌هایی که درمان را کامل کرده بودند، پرسیده شد. در ایران پس از اینکه متخصصان (روان‌پزشک و روان‌شناس)، ابتلای فرد به بی‌قراری جنسیتی را تأیید کردند، فرد می‌تواند به دادگاه درخواست تغییر جنسیت دهد. بعد از آن پزشکی قانونی باید درخواست او را ارزیابی و تأیید کند و دوره روان‌درمانی دست‌کم شش‌ماهه را بگذرانند. در ادامه براساس تأیید دادگاه و تشخیص متخصصان، مواردی مانند تغییر پوشش، هورمون‌درمانی و عمل جراحی صورت می‌گیرد. در انتها فرد می‌تواند برای تغییر مدرک‌های شناسایی خود، مطابق با جنسیت و نام جدیدش به مرکزهای مربوطه مراجعه کند. بر این اساس، در پژوهش حاضر چهار مرحله در نظر گرفته شده است: در مرحله اول، افراد، با وجود اینکه متخصصان، ابتلای آنها به بی‌قراری جنسیتی را تأیید کرده‌اند، هنوز اقدامی برای تغییر جنسیت انجام نداده و درمانی دریافت نکرده‌اند (۱۴/۹ درصد از آزمودنی‌ها). مرحله دوم شروع درمان است و شامل افرادی می‌شود که دوره روان‌درمانی شش‌ماهه را می‌گذرانند یا گذرانده‌اند، وارد پوشش جدید متناسب با جنسیت دلخواهشان شده‌اند و در حال گرفتن مجوزهای قانونی برای تغییر جنسیت‌اند یا مجوزها را دریافت کرده‌اند (۲۶/۶ درصد از آزمودنی‌ها). مرحله سوم شامل افرادی است که علاوه بر اقدام‌های قبلی، درمان‌های فیزیولوژیک را شروع کرده‌اند؛

¹ Satisfaction with Life Scale (SWLS)

نمره‌ها و آزمون بررسی همگنی واریانس درون‌گروهی در مؤلفه‌ها بررسی شد که فرضیه‌ها برای استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره برقرار بودند (فرض نرمال بودن برقرار بود).

جدول ۱ - شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک جنسیت

شاخص		جنسیت	
انحراف استاندارد	میانگین	گروه	متغیر
۶/۱	۱۶/۱۴	MTF (مرد)	ادراک حمایت اجتماعی از جانب خانواده
۵/۴	۱۸/۸۸	FTM (زن)	خانواده
۶/۱	۱۵/۷۸	MTF (مرد)	ادراک حمایت اجتماعی از جانب دوستان
۴/۴	۱۸/۷۷	FTM (زن)	خانواده
۶/۲	۱۶/۸۰	MTF (مرد)	ادراک حمایت اجتماعی از جانب دیگران مهم
۱۰/۱	۲۰/۷۱	FTM (زن)	خانواده
۱۶/۹	۸۴/۷۴	MTF (مرد)	کل حمایت اجتماعی ادراک شده
۱۵/۷	۵۸/۳۷	FTM (زن)	خانواده
۸/۴	۱۶/۹۱	MTF (مرد)	رضایت از زندگی
۷/۷	۱۶/۹۵	FTM (زن)	خانواده

ضریب‌های پایایی هماهنگی درونی و بازآزمایی این مقیاس را میان دانشجویان، به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. در پژوهش‌های مختلف، آلفای کرونباخ این مقیاس بالای ۰/۸۵ گزارش شده است (شیخی و همکاران، ۱۳۹۰؛ پرپوچی و همکاران، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۶ به دست آمده است.

مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران (MSPSS)^۱:

این مقیاس، ادراک‌های ذهنی از کافی بودن حمایت اجتماعی را در سه منبع «خانواده»، «دوستان» و «دیگران مهم» می‌سنجد و شامل ۱۲ ماده است که هر چهار ماده براساس منبع‌های حمایت اجتماعی، به یکی از گروه‌های عاملی خانواده، دوستان و دیگران مهم، نسبت داده شده است. در این مقیاس، هر ماده بر یک طیف ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) درجه‌بندی می‌شود. با افزایش نمره افراد، نمره آنها در عامل کلی، افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده را نشان می‌دهد. علاوه بر این از حاصل جمع نمره‌ها در ماده‌های هر مقیاس، نمره کلی افراد در هر یک از زیرمقیاس‌های سه‌گانه به دست می‌آید. حداقل نمره آزمودنی‌ها ۱۲ و حداکثر، ۸۴ خواهد بود. کسب نمره بالا نشان‌دهنده ادراک بالای حمایت اجتماعی است. این مقیاس، همسانی درونی مطلوبی دارد. ضریب آلفای کل آزمون برابر با ۰/۹۱ و ضریب آلفای زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای از ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ قرار دارد (Zimet et al., 1988). در پژوهش‌های ایرانی نیز مقدار آلفای کرونباخ، بالای ۰/۸۶ به دست آمده است (جوشن‌لو و همکاران، ۱۳۸۵؛ پرپوچی و همکاران، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این مقیاس، ۰/۷۳ به دست آمده است.

یافته‌ها

قبل از ارائه و بررسی نتیجه‌های آزمون‌های مربوط به تحلیل فرضیه‌های پژوهش، ابتدا آزمون پیش فرض نرمال بودن توزیع

¹ Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

جدول ۲ - خلاصه نتیجه‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره درباره حمایت اجتماعی ادراک شده و رضایت از زندگی

شاخص منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
خانواده	۱۷۲/۸۵	۱	۱۷۲/۵۸	۵/۰۵	۰/۰۲	۰/۰۵۳	۰/۷۰۸
دوستان	۲۰۵/۶۰	۱	۲۰۵/۶۰	۷/۱۱	۰/۰۰۹	۰/۰۷۳	۰/۸۲۲
دیگران مهم	۳۵۰/۱۳	۱	۳۵۰/۱۳	۴/۹۷	۰/۰۲	۰/۰۵۲	۰/۸۹۲
کل	۲۱۳۳/۳۱	۱	۲۱۳۳/۳۱	۷/۹۷	۰/۰۰۶	۰/۰۸۱	۰/۹۰۲
رضایت از زندگی	۰/۵۳	۱	۰/۵۳	۰/۰۰۸	۰/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۲۰۵

نتیجه‌های حاصل از تحلیل واریانس نشان دادند میان ادراک حمایت اجتماعی از جانب خانواده‌های آزمودنی‌های دو گروه، تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۵$). توجه به میانگین‌های دو گروه، نشان می‌دهد ادراک حمایت اجتماعی در مبتلایان به بی‌قراری جنسیتی زن به مرد، بیش از مبتلایان به بی‌قراری جنسیتی مرد به زن است. مجذور اتا هم نشان می‌دهد عضویت گروهی، ۵ درصد از تفاوت در ادراک حمایت از خانواده را تبیین می‌کند. توان آماری (۰/۷۰۸) هم

قدرت تشخیص تفاوت‌های معنی‌دار در این تحلیل را نشان می‌دهد و با توجه به معناداری رابطه، خطای نوع دوم اثری نداشته است و حجم نمونه کافی به نظر می‌رسد؛ به عبارت دیگر، میزان حمایت اجتماعی ادراک شده میان افراد مبتلا به بی‌قراری جنسیتی مرد به زن و زن به مرد متفاوت است. مقایسه میانگین دو گروه نشان داد میزان حمایت اجتماعی در افراد زن به مرد بیشتر از افراد مرد به زن است.

جدول ۳ - خلاصه نتیجه‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره درباره تفاوت حمایت اجتماعی ادراک شده و رضایت از زندگی در مرحله‌های درمان

شاخص منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
خانواده	۶۹۸/۳۱	۳	۲۳۲/۷۷	۸/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۲۱	۰/۹۳۳
دوستان	۲۷۷/۰۲	۳	۹۲/۳۴	۳/۲۱	۰/۰۲	۰/۰۹	۰/۷۰۱
دیگران مهم	۱۹۹/۹۲	۳	۶۶/۶۴	۰/۹۰	۰/۴۴	۰/۰۳	۰/۵۲۲
کل	۳۲۳۷/۲۷	۳	۱۰۷۹/۰۹	۴/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۱۲	۰/۸۹۲
رضایت از زندگی	۱۴۸۴/۸۸	۳	۴۹۴/۹۶	۹/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۹۰۶

نتیجه‌های حاصل از تحلیل واریانس نشان دادند حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده با مقدار ۸/۰۵ از طرف دوستان با مقدار ۳/۲۱ و نیز نمره کل حمایت اجتماعی ادراک شده با مقدار ۴/۱۳ و متغیر رضایت از زندگی با مقدار ۹/۷۷، در سطح $\alpha = ۰/۰۵$ معنادار است؛ به عبارت دیگر، میزان

حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده و دوستان در مؤلفه‌های یاد شده و نیز رضایت از زندگی آزمودنی‌ها با توجه به اینکه در کدام مرحله از فرایند تغییر جنسیت‌اند، متفاوت است. مجذور اتا مقدار این تفاوت‌ها را نشان می‌دهد. همچنین توان آزمون، قدرت تشخیص تفاوت‌های معنی‌دار در این

دیگران مهم، تفاوت معناداری وجود ندارد ($p < 0.05$)؛ بنابراین فرضیه پژوهش تأیید نمی‌شود. به عبارت دیگر میان میزان حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف دیگران مهم، با توجه به اینکه درمان را تمام کرده‌اند یا در فرایند تغییر جنسیت قرار دارند، تفاوتی نیست.

تحلیل را نشان می‌دهد که توان کافی در اختیار است و با توجه به معناداری رابطه، خطای نوع دوم اثری نداشته است و حجم نمونه کافی به نظر می‌رسد؛ بنابراین میزان حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی در افرادی که دوره درمان را تمام کرده‌اند (گروه چهارم)، بیشتر از سایر گروه‌هاست. همچنین درباره مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف

جدول ۴ - نتیجه‌های آزمون تعقیبی شفه درباره مقایسه متغیرها به تفکیک مرحله نهایی و فرایند درمان

معناداری	خطای معیار	اختلاف میانگین		I (میانگین)	J (میانگین)
		میانگین	میانگین		
۰/۰۰۱	۱/۸	۸/۳۵	اول (۱۳/۲۵)	چهارم (۲۱/۶۰)	حمایت اجتماعی از جانب خانواده
۰/۰۳	۱/۵	۴/۵۶	دوم (۱۷/۰۴)		
۰/۰۰	۱/۴	۵/۴۶	سوم (۱۶/۱۳)		
۰/۰۴	۱/۸	۵/۳۸	اول (۱۴/۴۱)	چهارم (۱۹/۸۰)	حمایت اجتماعی از جانب دوستان
۰/۳۱	۱/۵	۲/۸۸	دوم (۱۶/۹۲)		
۰/۱۷	۱/۴	۳/۲۶	سوم (۱۶/۵۳)		
۰/۰۱	۵/۶	۱۸/۳۷	اول (۴۳/۶۶)	چهارم (۶۲/۰۴)	حمایت اجتماعی ادراک شده (نمره کل)
۰/۲۷	۴/۵	۹/۰۸	دوم (۵۲/۹۶)		
۰/۰۸	۴/۳	۱۱/۴	سوم (۵۰/۶۳)		
۰/۰۰۱	۲/۴	۹/۸۱	اول (۱۳/۶۶)	چهارم (۲۳/۴۸)	رضایت از زندگی
۰/۰۰۱	۲/۰	۹/۴۸	دوم (۱۴/۰۰)		
۰/۰۰۱	۱/۹	۸/۰۸	سوم (۱۵/۴۰)		

نتیجه

طبق دیدگاه نظریه پردازان روان تحلیل گر، تفاوت‌های جنسیتی در استفاده از حمایت اجتماعی، در تجربه‌های متفاوت دوره کودکی و روبه‌رو شدن با تکلیف‌های رشدی مختلف ریشه دارد. میان پسران، شکل‌گیری هویت جنسی مردانه مستلزم سرکوب دل‌بستگی هیجانی نسبت به مادر و همانندسازی با پدر است. در مقابل برای دختران شکل‌گیری هویت جنسی زنانه، مستلزم جدایی از مادران نیست. در نتیجه، تجربه رابطه‌های صمیمانه میان دختران در مقایسه با پسران، به دلیل تجربه رابطه‌های ویژه با مادران، آسان‌تر است (Pines & Zaidman, 2003). فیشر که

پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان حمایت اجتماعی ادراک شده و رضایت از زندگی در افراد مبتلا به بی‌قراری جنسیتی با توجه به جنسیت و نیز با توجه به اینکه درمان تغییر جنسیت را به پایان رسانده‌اند یا در فرایند تغییر جنسیت قرار دارند، انجام شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، در افراد مبتلا به بی‌قراری جنسیتی زن به مرد بیشتر از افراد مرد به زن است. این یافته همسو با نتیجه‌های پژوهش پارولا و همکاران (2010) است.

می‌شود که افراد مبتلا به بی‌قراری جنسیتی زن به مرد، نسبت به مرد به زن سختی کمتری در یافتن جایگاه اجتماعی دارند (Parola et al., 2010).

این یافته پژوهش که میزان رضایت از زندگی میان افراد مرد به زن و زن به مرد متفاوت نیست، با نتیجه‌های پژوهش‌های (Ng et al., 2009)، قهرمان (۱۳۸۹) و ایمان و کاوه (۱۳۹۱) همسوست. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند میان زنان و مردان از لحاظ میزان رضایت از زندگی تفاوت معناداری وجود دارد؛ اما بیشتر یافته‌ها با یکدیگر تناقض دارند. وجود تناقض در یافته‌ها نشان‌دهنده تأثیر تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی و نیز تفاوت در سن آزمودنی‌هاست.

یافته دیگر پژوهش این بود که میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سوی خانواده و دوستان و نیز میزان رضایت از زندگی، در افرادی که دوره درمان را تمام کرده‌اند، بیشتر از سایر گروه‌هاست. این یافته، با نتیجه‌های پژوهش (Ruppin & Pfafflin, 2015) همسوست که دریافتند مبتلایان به بی‌قراری جنسیتی پس از عمل تغییر جنسیت، مشکل‌های روانی و بین‌فردی کمتر و رضایت از زندگی بیشتری دارند.

عمل جراحی تغییر جنسیت به افراد مبتلا به بی‌قراری جنسیتی کمک می‌کند جنس فیزیکی خود را با هویت جنسی و فعالیت‌های اجتماعی خود وفق دهند. این عمل، بی‌قراری جنسیتی این افراد را به شدت کاهش می‌دهد و نوعی انطباق میان ذهن آنها و اندام جنسی آنها ایجاد می‌کند. همچنین با عمل تغییر جنسیت، بعد آسایش روانی کیفیت زندگی بهبود می‌یابد و این افراد در وضعیت روانی بسیار بهتری قرار می‌گیرند. فردی که هنوز دست به عمل نزده، از اندام خود به شدت ناراضی است و خواهان تغییر تمام اندام‌هایی است که جنس او را مشخص می‌کنند. این فرد پیش از هورمون‌درمانی و عمل تغییر جنسیت، از صدا، ظاهر، پوشش، نقش جنسیتی و اندام تناسلی خود ناراضی است و خواهان سازگاری این اندام با جنسی است که خود را متعلق به آن می‌داند. هرچه میزان نارضایتی از این اندام بیشتر باشد، سازگاری کمتری با خود و

نظریه‌پردازی تکاملی است تأکید می‌کند که زنان در مقایسه با مردان به دلیل همدردی و حساسیت هیجانی بالاتر، مهارت‌های بیشتر در استفاده از لفظ‌ها، اولویت برای همکاری و اعتقاد به رهبری برابرنگرانه، از شبکه‌های حمایت‌کننده بیشتری استفاده می‌کنند (شکری و همکاران، ۱۳۹۱).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند زنان، به‌ویژه در وضعیت‌های تنش‌زا، بیشتر از مردان به دنبال یافتن حمایت عاطفی‌اند؛ بنابراین عضو شبکه‌های اجتماعی بیشتری نیز می‌شوند (Landman-Peeters et al., 2005). زنان غالباً مشکل‌های عاطفی خود را خارج از بافت خانواده مطرح می‌کنند؛ اما چون جامعه از مردها انتظار دارد رفتارهایی متناسب با نقش جنسیتی‌شان داشته باشند، برای آنها سخت است که اضطراب‌ها، ترس‌ها و افسردگی‌هایی را در خود بپذیرند. ناتوان تصورشدن مردان در مقابله و رویارویی با فشارها، ممکن است نشانه‌ای از ضعف تلقی شود؛ بنابراین آنان احتمالاً نمی‌توانند از مزیت‌های بافت‌های کمک‌کننده استفاده کنند؛ زیرا می‌ترسند موقعیت و منزلت خود را از دست بدهند (کوکرین، ۱۳۷۶).

مطالعه گیمن و همکاران نشان داده است تجربه‌های اولیه خانواده، به‌خصوص تجربه‌های منفی، با حمایت ادراک‌شده پایین‌تر از خانواده و دوستان در بزرگسالان جوان ارتباط دارد (Gayman et al., 2010). شاید افراد مبتلا به بی‌قراری جنسیتی مرد به زن، تجربه‌های منفی بیشتری با خانواده خود داشته باشند. همچنین تفاوت‌های جنسیتی در ساختار حمایت اجتماعی ادراک‌شده، از طریق تجربه‌های اجتماعی شدن و تصورات قالبی نقش جنسیتی توضیح داده می‌شود (Matud et al., 2003). این احتمال وجود دارد که افراد مبتلا به بی‌قراری جنسیتی زن به مرد، نسبت به افراد مرد به زن، برای جستجو و طلبیدن کمک و حمایت اجتماعی از دوستانشان، بهتر اجتماعی شده باشند یا اینکه در فرایند اجتماعی شدن و نقش‌آموزی جنسیتی، رفتارهای پسرانه از سوی دختران نسبت به رفتارهای دخترانه از سوی پسران، بیشتر پذیرفته و تشویق می‌شوند.

همچنین این نتیجه‌ها به‌وسیله این واقعیت نیز تبیین

بی‌قراری جنسیتی مبتلا هستند، عمل جراحی تغییر جنسیت پیشنهاد می‌شود.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی داشت که مهم‌ترین آنها بدین شرح است: این پژوهش از نوع آزمایشی نبود و امکان کنترل متغیرهای تأثیرگذار بر متغیرهای پژوهش مانند سن، شهر، تحصیلات، وضعیت تأهل، مدت زمان گذشته از عمل و مانند آن، وجود نداشت. نمونه این پژوهش ممکن است معرف کامل افراد مبتلا به بی‌قراری جنسیتی نباشد؛ بنابراین با در نظر گرفتن محدود بودن نمونه، لازم است تعمیم‌پذیری با احتیاط صورت گیرد. در زمینه بی‌قراری جنسیتی به‌ویژه در ایران، پیشینه پژوهشی و نظری اندکی برای تبیین وضعیت این افراد در دست است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعه‌های بیشتری در زمینه سبب‌شناسی بی‌قراری جنسیتی، پیامدهای آن، وضعیت افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی از منظر متغیرهای روان‌شناختی، با توجه به عامل فرهنگ انجام شود؛ به‌علاوه این پژوهش‌ها در حجم وسیعی از نمونه‌های مختلف و با روش‌های آزمایشی صورت گیرد. ذکر این نکته ضروری است که پژوهش‌های بسیار اندکی، ویژگی‌ها و شرایط مبتلایان به بی‌قراری جنسیتی مرد به زن یا زن به مرد را مقایسه کرده‌اند و بیشتر پژوهش‌ها، تفاوت‌های جنسیتی را تنها درباره افراد عادی زن و مرد بررسی کرده‌اند؛ از این‌رو، برای تبیین دقیق‌تر و پی‌بردن به تفاوت‌های این دو گروه و نیز سبب‌شناسی این تفاوت‌ها، به انجام مطالعه‌های بیشتر نیاز است. با توجه به اهمیت بسیار رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی به‌ویژه برای افراد مبتلا به بی‌قراری جنسیتی، پیشنهاد می‌شود عامل‌های مؤثر در برخورداری مناسب این افراد از رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی، در پژوهش‌های بعدی بررسی شود تا راهکارهای بهتری برای افزایش رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی این افراد یافته شود. محدودیت دیگر، نبودن امکان انجام پژوهش به‌صورت طولی بود. چنانچه مطالعه‌هایی از نوع طولی، قبل و بعد از عمل جراحی تغییر

آن اندام دارد. این امر موجب می‌شود فرد رفتاری متناسب با انتظار جامعه نداشته باشد و موجب دریافت برچسب، اذیت و آزار و مشکل‌های دیگر می‌شود و ممکن است او را به مرحله خودکشی بکشاند؛ بدین ترتیب هرچه بی‌قراری جنسیتی فرد بیشتر باشد، دغدغه‌های او در سطح ابتدایی زندگی باقی می‌ماند و کیفیت زندگی او در سطح پایین‌تری قرار می‌گیرد؛ اما هرچه سازگاری اندامش با آن جنسی که خود را متعلق به آن می‌داند بیشتر باشد، سطح نیازهای فرد بالاتر می‌رود و کیفیت زندگی‌اش ارتقا می‌یابد. یکی از دلیل‌های عمده کاستن از بی‌قراری جنسیتی و افزایش کیفیت زندگی، تسریع در روند کسب هویت جنسی واقعی فرد است؛ از این طریق با به‌دست آوردن خود واقعی، فرد به آرامش روانی دست می‌یابد و رفتارهای او با جنسیتش هماهنگ می‌شود. کسب هویت جنسی جدید، ارتباط‌های او را با اجتماع و دیگران ترمیم می‌کند و فرد با حضور خود در اجتماع، کسب وجهه و جایگاه اجتماعی و گذر از نیازهای اولیه، به زندگی عادی دست پیدا می‌کند (موحد و حسین‌زاده‌کاسمانی، ۱۳۹۱: ۱۴۰).

در این مطالعه تفاوتی در میزان حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف دیگران مهم، با توجه به اینکه درمان را تمام کرده‌اند یا در فرایند تغییر جنسیت قرار دارند، دیده نشد. احتمالاً این بدان معناست که شخص مهم، در همه شرایط قبل و بعد از عمل تغییر جنسیت و مرحله‌های مختلف درمان، از فرد مبتلا به بی‌قراری جنسیتی به یک میزان حمایت می‌کند. از آنجا که این مطالعه به‌صورت مقطعی انجام شده است، به این نتیجه نمی‌توان اطمینان کرد؛ زیرا میزان حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی افراد مهم، در پژوهشی طولی و طی مرحله‌های مختلف تغییر جنسیت افراد، از همان افراد به دست نیامده است.

به‌طور خلاصه نتیجه‌های این پژوهش نشان دادند رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد مبتلا به بی‌قراری جنسیتی که عمل جراحی تغییر جنسیت را انجام داده‌اند، بیشتر است؛ بنابراین برای افرادی که به‌طور قطعی به

پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی، گروه جامعه‌شناسی.

عظیمی‌هاشمی، م. (۱۳۸۳). «رضایت از زندگی و دین‌داری در بین دانش‌آموزان دوره متوسطه (شهرهای فردوس، درگز و نواحی آموزشی ۷، ۵، ۴ مشهد)»، مجله علوم اجتماعی، د ۱، ش ۳، ص ۱۱۶-۸۳.

فلاح تفتی، الف. (۱۳۹۳). «مقایسه سطح شادکامی و سلامت روان در افراد ترنس سکسوال قبل و بعد از عمل جراحی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی.

قرائت، م. و محمدی، ع. (۱۳۹۳). «رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان افراد جویای تغییر جنسیت»، فصلنامه مددکاری اجتماعی، د ۳، ش ۲، ص ۳۲-۱۹.

قهرمان، آ. (۱۳۸۹). «بررسی مفهوم رضایت از زندگی و سنجش آن در میان دانشجویان دختر و پسر»، دوفصلنامه پژوهش جوانان، فرهنگ و جامعه، ش ۴، ص ۱۰۶-۸۱.

کشاورز، الف؛ مهربانی، ح. و سلطانی‌زاده، م. (۱۳۸۸). «پیش‌بینی‌کننده‌های روان‌شناختی رضایت از زندگی»، فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ش ۶، ص ۲۲-۱۶۸-۱۵۹.

کوکرین، ر. (۱۳۷۶). «مبانی اجتماعی بیماری‌های روانی»، ترجمه: بهمن نجاریان، تهران: رشد.

موحد، م. و حسین‌زاده کاسمانی، م. (۱۳۹۱). «رابطه اختلال هویت جنسیتی با کیفیت زندگی»، رفاه اجتماعی، د ۱۲، ش ۴۴، ص ۱۴۲-۱۱۱.

مؤمنی‌جاوید، م. و شعاع‌کاظمی، م. (۱۳۹۰). «مقایسه ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی و افراد بهنجار»، فصلنامه پژوهش اجتماعی،

جنسیت درباره مبتلایان به بی‌قراری جنسیتی صورت گیرد، می‌توان به‌طور دقیق‌تری اثرهای منفی یا مثبت تغییر جنسیت را پیش‌بینی و بررسی کرد؛ بنابراین انجام مطالعه‌هایی از این قبیل نیز برای پژوهش‌های بعدی پیشنهاد می‌شود.

منابع

ایمان، م. و کاوه، م. (۱۳۹۱). «سنجش میزان رضایت از زندگی در میان ساکنان مسکن مهر فولادشهر اصفهان»، مطالعات جامعه‌شناختی شهری (مطالعات شهری)، د ۲، ش ۵، ص ۳۲-۱.

بخشی‌پور رودسری، ع؛ پیروی، ح. و عابدیان، الف. (۱۳۸۴). «بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان»، اصول بهداشت روانی، د ۷، ش ۸، ص ۱۵۲-۱۴۵.

پریوچی، ب؛ احمدی، م. و سهرابی، ف. (۱۳۹۲). «رابطه دین‌داری و حمایت اجتماعی با رضایت از زندگی دانشجویان دانشگاه»، فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، د ۱۴، ش ۳، ص ۶۸-۶۰.

جوشن‌لو، م؛ رستمی، ر. و نصرت‌آبادی، م. (۱۳۸۵). «تفاوت جنسیتی در پیش‌بینی‌کننده‌های بهزیستی اجتماعی»، مجله علوم روان‌شناختی، ش ۹، ص ۵۱-۳۵.

شکری، الف؛ فراهانی، م؛ کرمی‌نوری، ر. و مرادی، ع. (۱۳۹۱). «حمایت اجتماعی ادراک شده و تنیدگی تحصیلی: نقش تفاوت‌های جنسی و فرهنگی»، روان‌شناسی تحولی (روان‌شناسان ایرانی)، د ۹، ش ۳۴، ص ۱۵۶-۱۴۳.

شیخی، م؛ هومن، ح؛ احمدی، ح. و سپاه‌منصور، م. (۱۳۹۰). «مشخصه‌های روان‌سنجی مقیاس رضایت از زندگی»، اندیشه و رفتار، د ۵، ش ۱۹، ص ۲۶-۱۵.

صفدری، س. (۱۳۷۴). رضایت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن،

- 290.
- Fugl-Meyer, A. R. Melin, R. & Fugl-Meyer, K. S. (2002) "Life Satisfaction in 18-to 64-year-old Swedes: in Relation to Gender, Age, Partner and Immigrant Status." *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34(5): 239-246.
- Gayman, M. D. Turner, R. J. Cislo, A. M. & Eliassen, A. H. (2010) "Early Adolescent Family Experiences and Perceived Social Support in Young Adulthood." *The Journal of Early Adolescence*, 6(31): 880-908.
- Gülaçtı, F. (2010) "The Effect of Perceived Social Support on Subjective Well-Being." *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2(2): 3844-3849.
- Ghosh, D. (2015) "Gender Differences in Emotional Intelligence and Self Concept of the Tribal and Non Tribal Higher School Students." *Iahrw International Journal of Social Sciences Review*, 3(1) 46-52.
- Helgeston, V. S. & Cohen, S. (2004) "Social Support and Adjustment to Cancer: Reconciling Descriptive, Corelational and Intervention Research." *Health Psychology*, 15(2): 135-148.
- Hess, J. Rossi Neto, R. Panic, L. Rubben, H. & Senf, W. (2014). "Satisfaction with Male-to-Female Gender Reassignment Surgery." *Dtsch Arztebl Int*, 111(47): 795-801.
- Hutchinson, G. Simeon, D. T. Bain, B. C. Wyatt, G. E. Tucker, M. B. & LeFranc, E. (2004) "Social and Health Determinants of Well Being and Life Satisfaction Jamaica." *International Journal of Social Psychiatry*, 50(1): 43-53.
- Johansson, A. Sundbom, E. Höjerback, T. & Bodlund, O. (2010) "A Five-Year Follow-up Study of Swedish Adults with Gender Identity Disorder." *Archives of Sexual Behavior*, 39(6): 1429-1437.
- Kong, F. & You, X. (2013) "Loneliness and Self-Esteem as Mediators Between Social Support and Life Satisfaction in Late Adolescence." *Social Indicators Research*, 110(1): 271-279.
- Landman-Peeters, K. M. Hartman, C. A. Van der Pompe, G. den Boer, J. A. Minderaa, R. B. & Ormel, J. (2005) "Gender Differences in the Relation between Social Support, Problems in Parent-Offspring Communication, and Depression and Anxiety." *Social Science & Medicine*, 60(11): 2549-2559.
- Matud, M. P. Ibañez, I. Bethencourt, J. M. Marrero, R. & Carballeira, M. (2003) "Structural Gender Differences in Perceived Social Support." *Personality and Individual Differences*, 35(8): 1919-1929.
- Meyer, W. J. (2012) "Gender Identity Disorder: An
- د ۴، ش ۱۳، ص ۹۴-۸۱
- یزدان‌پناه، ل. و صمدیان، ف. (۱۳۹۰). «بررسی اختلال هویت جنسیتی (دگرجنس‌خواهی) با تأکید بر نقش خانواده: مطالعه تطبیقی مراجعه‌کنندگان به سازمان بهزیستی استان کرمان»، *مطالعات اجتماعی ایران*، د ۵، ش ۸، ص ۲۰۸-۱۷۶.
- Adamczyk, K. & Segrin, C. (2015) "Direct and Indirect Effects of Young Adults' Relationship Status on Life Satisfaction Through Loneliness and Perceived Social Support." *Psychologica Belgica*, 55(4): 196-211.
- American Psychiatric Association. (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (Fourth Edition) Text Revision. (DSM-IVTR). Washington DC: APA.
- American Psychological Association. (2006) "Transgender Individuals and Gender Identity," at: www.apa.org/topics/sexuality/transgender.pdf (4/11/2010).
- Amend, B. Seibold, J. Toomey, P. Stenzl, A. & Sievert, K. D. (2013) "Surgical Reconstruction for Male-to-Female Sex Reassignment." *European Urology*, 64(1): 141-149.
- Colizzi, M. Costa, R. & Todarello, O. (2014) "Transsexual Patients' Psychiatric Comorbidity and Positive Effect of Cross-Sex Hormonal Treatment on Mental Health: Results from a Longitudinal Study." *Psychoneuroendocrinology*, 39: 65-73.
- Colizzi, M. Costa, R. & Todarello, O. (2015) "Dissociative Symptoms in Individuals with Gender Dysphoria: Is the Elevated Prevalence Real?" *Psychiatry Research*, 226(1): 173-180.
- Demaray, M. K. & Malecki, C. K. (2002) "The Relationship between Perceived Social Support and Maladjustment for Students at Risk." *Psychology in the Schools*, 39(3): 305-316.
- Di Ceglie, D. (2000) "Gender Identity Disorder in Young People." *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(6): 458-466.
- Diener, E. D. Emmons, R. A. Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985) "The Satisfaction with Life Scale." *Journal of Personality Assessment*, 49(1): 71-75.
- Emadpoor, L. Lavasani, M. G. & Shahcheraghi, S. M. (2015) "Relationship Between Perceived Social Support and Psychological Well-Being Among Students Based On Mediating Role of Academic Motivation." *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(3): 284-

- Mcalister, A. Talavera, G. A. & Perez-Stable, E. J. (2000) "Social Networks and Cancer Screening in Four U.S. Hispanic groups." *Am J Prev Med*, 19(1): 47-52.
- Talwar, P. & Kumaraswamy, N. & Mohd Fadzil. A. R. (2013) "Perceived Social Support, Stress and Gender Differences among University Students: A Cross Sectional Study." *Malaysian Journal of Psychiatry*, 22(2): 42-49.
- van Leeuwen, C. Post, M. W. Van Asbeck, F. W. Van der Woude, L. H. de Groot, S. & Lindeman, E. (2010) "Social Support and Life Satisfaction in Spinal Cord Injury During and up to one Year after Inpatient Rehabilitation." *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42(3): 265-271.
- Wilks, S. E. (2008) "Resilience Amid Academic Stress: The Moderating Impact of Social Support among Social Work Students." *Advances in Social Work*, 9(2): 106-125.
- Yasin, A. S. M. & Dzulkipli, M. A. (2011) "The Relationship between Social Support and Academic Achievement." *International Journal of Humanities and Social Science*, 1(5): 277-281.
- Zimet, G. D. Dahlem, N. W. Zimet, S. G. & Farley, G. K. (1988) "The Multidimensional Scale of Perceived Social Support." *Journal of Personality Assessment*, 52(1): 130-141
- Emerging Problem for Pediatricians." *Pediatrics*, 129(3): 571-573.
- Motmans, J. Meier, P. Ponnet, K. & T'Sjoen, G. (2012) "Female and Male Transgender Quality of Life: Socioeconomic and Medical Differences." *The Journal of Sexual Medicine*, 9(3): 743-750.
- Ng, K. M. Loy, J. T. C. Gudmunson, C. G. & Cheong, W. (2009) "Gender Differences in Marital and Life Satisfaction among Chinese Malaysians." *Sex Roles*, 60(1-2): 33-43.
- 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.
- Pehlivan, S. Ovayolu, O. Ovayolu, N. Sevinc, A. & Camci, C. (2012) "Relationship between Hopelessness, Loneliness, and Perceived Social Support from Family in Turkish Patients with Cancer." *Supportive Care in Cancer*, 20(4): 733-739.
- Pines, A. M. & Zaidman, N. (2003) "Gender, Culture, and Social Support: A Male-Female, Israeli Jewish-Arab comparison." *Sex Roles*, 49: 571-586.
- Prunas, A. Vitelli, R. Agnello, F. Curti, E. Fazzari, P. Giannini, F. & Bini, M. (2014) "Defensive Functioning in MtF and FtM Transsexuals." *Comprehensive psychiatry*, 55(4): 966-971.
- Ruppin, U. & Pfäfflin, F. (2015). "Long-Term Follow-up of Adults with Gender Identity Disorder." *Archives of Sexual Behavior*, 44(5): 1321-1329.
- Schwarzer, R. Jerusalem, M. & Hahn, A. (1994). "Unemployment, Social Support and Health Complaints: A Longitudinal Study of Stress in East German Refugees." *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 4(1): 31-45.
- Segrin, C. & Domschke, T. (2011). "Social Support, Loneliness, Recuperative Processes, and their Direct and Indirect Effects on Health." *Health communication*, 26(3): 221-232.
- Simon, M. A. Chen, R. & Dong, X. (2014). "Gender Differences in Perceived Social Support in US Chinese Older Adults." *Journal of Gerontological and Geriatric Research*, 3(4): 163-172.
- Strandjord, S. E. Ng, H. & Rome, E. S. (2015). "Effects of Treating Gender Dysphoria and Anorexia Nervosa in a Transgender Adolescent: Lessons Learned." *International Journal of Eating Disorders*, 48(7): 942-945.
- Suarez, L. Ramirez, A. G. Villarreal, R. Marti, J.