

مقایسه سبک‌های دلبستگی و شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده در بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسی و افراد سالم در شهر اصفهان

مهرداد صالحی^۱، هاجر نصوحیان^۲، نگار رئیسی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: گاهی اوقات برخی از افراد به دلیل جنسیت خود به شدت احساس پریشانی می‌کنند و اغلب در عملکرد اجتماعی، شغلی و سایر زمینه‌های شخصی، مشکلات سازگاری دارند که این امر به صورت اختلال ملال جنسی بروز می‌کند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه سبک‌های دلبستگی و شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده در بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسیتی و افراد سالم در شهر اصفهان انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه، بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسی که در سال ۱۳۹۵ برای درمان به روان‌پزشکان شهر اصفهان مراجعه کرده بودند و افراد سالم، مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه‌های پژوهش را ۲۸ بیمار مبتلا به اختلال ملال جنسی و ۳۰ نفر از افراد سالم تشکیل داد که به صورت دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسش‌نامه‌های سبک‌های دلبستگی Read و Collins (Revised Adult Attachment Scale یا RAAS) و شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده Merrell و McClun (Perceived Parenting Style Questionnaire) استفاده گردید. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های پژوهش، تفاوت معنی‌داری بین سبک دلبستگی بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسی و افراد سالم وجود نداشت، اما تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در زمینه فرزندپروری ادراک شده مشاهده شد. در این بین، درصد به کارگیری شیوه مستبدانه در والدین افراد بیمار بیش از والدین افراد سالم بود؛ در حالی که شیوه مقتدرانه توسط والدین افراد سالم (۵۹/۵ درصد) بیشتر از والدین افراد بیمار مبتلا به اختلال ملال جنسی (۴۰/۵ درصد) به کار گرفته شد ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: بر حسب نتایج به دست آمده از پژوهش، ادراک بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسی با افراد سالم متفاوت است و نیازمند برنامه‌ریزی در راستای تلاش برای آگاهی دادن به خانواده‌ها در زمینه‌های مختلف می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: سبک‌های دلبستگی، شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده، اختلال ملال جنسی

ارجاع: صالحی مهرداد، نصوحیان هاجر، رئیسی نگار. مقایسه سبک‌های دلبستگی و شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده در بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسی و افراد سالم در شهر اصفهان. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴: ۱۳۹۵؛ (۲): ۱۹۴-۱۸۹

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۴/۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۰/۷

مقدمه

و شناختی وی برجسته می‌سازد. این نظریه، تنها نظریه تحول کودک نیست، بلکه نظریه تحول در گستره حیات نیز می‌باشد. طبق نظر Bowlby، روابط دلبستگی همیشه موجود و در سراسر چرخه زندگی فعال هستند؛ به این معنی که سوابق روابط عاطفی کودک با مراقب خود، پیامدهای دراز مدتی را ایجاد می‌کند که آثارش تا سنین بزرگسالی نیز مشاهده می‌شود (۳). ویژگی‌های بهنجار و نابهنجار روابط بین فردی و صمیمیت در روابط، با گونه‌های عمیق و سبک دلبستگی اشخاص ارتباط دارد. نتایج مطالعه Read و Collins نشان داد که بزرگسالان با سبک دلبستگی ایمن، با صمیمیت و وابستگی عاطفی احساس راحتی می‌کنند، به پاسخ‌های دیگران اطمینان دارند و دیدگاهشان درباره دوست داشتن، مثبت و واقعی است (۴). افراد با دلبستگی اجتنابی، با صمیمیت و وابستگی عاطفی راحت نیستند،

خانواده به عنوان عمده‌ترین نهاد اجتماعی، اولین نظام مؤثر بر نحوه رشد کودکان و نوجوانان محسوب می‌شود و عوامل مختلف موجود در آن، هر یک به شیوه متفاوتی بر فرایند تحول فرزندان به عنوان محصول خانواده تأثیر می‌گذارند (۱). در میان این عوامل، موضوع دلبستگی توجه بسیاری را به خود معطوف کرده و حجم وسیعی از پژوهش‌های روان‌شناسی را به خود اختصاص داده است. دلبستگی، شیوه‌ای است که برای مفهوم‌سازی و سنجش کیفیت روابط عاطفی بین دو نفر به کار می‌رود و ویژگی بارز آن، پیوندی عاطفی بین دو فرد است که یک حس ایمنی روان‌شناختی را به وجود می‌آورد (۲). نظریه دلبستگی Bowlby، یکی از تحولات بسیار مهم در حوزه روان‌شناختی معاصر به شمار می‌رود که اهمیت تجارب هیجانی اولیه کودک با مراقب خود را در رشد هیجانی

۱- استاد، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی عمومی، واحد علوم و تحقیقات تهران (اصفهان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۳- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارسگان (اصفهان)، اصفهان، ایران

نویسنده مسؤول: هاجر نصوحیان

Email: hajar.mer24@yahoo.com

گرایش دارند و رفتارهای دخترانه از خود بروز می‌دهند. همچنین، کودکان دختر دچار این اختلال نیز حرکات و رفتارهای پسرانه نشان می‌دهند و از انجام کارها و بازی‌های دخترانه امتناع می‌کنند (۱۲)؛ در حالی که خانواده و جامعه همواره از این کودکان انتظار دارند تا نقش‌های متناسب با جنسیت خود را بپذیرند و آن‌ها را به دلیل حرکات و رفتارهای جنس مخالف سرزنش می‌کنند و تحت فشار قرار می‌دهند که این امر باعث انزوای این افراد می‌گردد. این انزوا، به عزت نفس پایین می‌انجامد و ممکن است منجر به ترک تحصیل یا شکست تحصیلی شود. این افراد اغلب تضاد بین شخصی زیادی دارند و یکی از پرقربانی‌ترین اقلیت‌ها را تشکیل می‌دهند. در مواردی نیز اختلال جنسیتی، با اسکیزوفرنی یا شیدایی و به هم خوردن تعادل روانی همراه است (۱۳).

گاهی اوقات ویژگی‌های جنسی و جنسیتی افراد با یکدیگر ناسازگار است که به شکل‌های مختلف مانند اختلال هویت جنسی، تبدیل خواهی جنسی و دگرجنس‌پنداری بروز می‌کند. هرچند شمار افراد مبتلا به این وضعیت نسبت به بیماران دیگر اندک است، اما از آن جا که این شرایط بر نظام شخصیتی و رفتاری و در نهایت، بر سازگاری اجتماعی فرد تأثیر می‌گذارد، می‌تواند به منبع بحران هویت تبدیل شود. گزارش‌هایی در مراکز شهری وجود دارد که مردان مبتلا به این اختلال، به روسپیگری می‌پردازند. همچنین، این پریشانی به قدری عمیق است که برخی افراد در چرخه سوء مصرف مواد و اعتیاد می‌افتند تا از این طریق آشوب هیجانی خود را تسکین بخشند و در صورتی که تلاش‌های آن‌ها با شکست مواجه شود، برخی دست به خودکشی می‌زنند. اگرچه میزان افراد مبتلا به اختلال ملال جنسی در ایران و در شهر اصفهان کم است، اما وجود این بیماران و مشکلات آنان و در نهایت، معضلاتی را که برای خانواده و جامعه به همراه دارند، نمی‌توان نادیده گرفت. از این رو، بهتر است که این اختلال از دیدگاه جامعه‌شناسی نیز مورد مطالعه قرار گیرد (۱۴-۱۶). این مطالعه با هدف مقایسه سبک‌های دلبستگی و شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده در بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسی و افراد سالم در شهر اصفهان انجام شد.

مواد و روش‌ها

در مطالعه حاضر، بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسی و افراد سالم شهر اصفهان مورد مطالعه قرار گرفتند. بنابراین، پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود. به منظور انتخاب بیماران، نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام گرفت. نمونه‌ها را ۲۸ بیمار مبتلا به اختلال ملال جنسی که در سال ۱۳۹۵ به روان‌پزشکان شهر اصفهان مراجعه کرده بودند و همچنین، ۳۰ فرد سالم که با گروه اول از لحاظ سن و جنس هم‌سازگی شدند، تشکیل داد (لازم به ذکر است که به دلیل خاص بودن اختلال این بیماران، امکان دسترسی به حجم وسیع‌تری امکان‌پذیر نبود). معیار ورود به مطالعه شامل بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسی (بر اساس تشخیص متخصص اعصاب و روان)، سن کمتر از ۴۰ سال، فقط ابتلا به اختلال ملال جنسی (Transsexualism) و عدم وجود اختلالات تفکر و خلقی شدید و رضایت آگاهانه افراد جهت شرکت در مطالعه بود. علاوه بر این، در صورتی که بیمار تمایل به پاسخگویی نداشت و یا شدت بیماری به نحوی بود که فرد قادر به پاسخگویی نباشد و یا این افراد، بیماری جدی دیگری مانند صرع یا MS (Multiple sclerosis) داشتند، از مطالعه خارج شدند.

درباره نیت دیگران برای نزدیک شدن به آن‌ها احساس عدم امنیت می‌کنند و فاصله در روابط را ترجیح می‌دهند. بزرگسالان با دلبستگی دوسوگرا نیز نسبت به صمیمیت عاطفی اشتغال ذهنی دارند و از جمله ویژگی‌های آنان، ترس از طرد شدن و اعتماد کمتر به دیگران می‌باشد (۵). بر اساس نتایج پژوهش‌ها، سبک دلبستگی ایمن با ویژگی‌های ارتباطی مثبت شامل صمیمیت و خرسندی، سبک دلبستگی اجتنابی با سطوح پایین‌تری از صمیمیت و تعهد و سبک دلبستگی دوسوگرا با شور و هیجان و دل‌مشغولی در روابط بین فردی توأم با خرسندی کم مرتبط است (۶).

از سوی دیگر، تأثیر والدین بر اجتماعی شدن فرزندان، اساس جریان اصلی نظریه روان‌شناختی در نظر گرفته می‌شود. به عبارت دیگر، بیشتر پژوهش‌ها در مورد رفتارهای والدین با توجه به اهمیت آن‌ها در رابطه والد-کودک و نقش فرزندپروری بر اجتماعی نمودن کودکان و روابط اجتماعی آنان در بزرگسالی صورت گرفته است (۷). Baumrind در پژوهش‌های خود، بر روی دو عامل تعیین‌کننده نوع تعامل و ارتباط والدین و کودک (پذیرندگی- پاسخ دهنده‌گی و توقع- کنترل) مطالعه کرد. بعد پذیرندگی- پاسخ دهنده‌گی حاکی از میزان گرمی والدین و حمایت از کودک است که موجب افزایش توان ابراز وجود، حرمت خود و اعتماد به نفس بالا در کودک می‌شود. بعد توقع- کنترل نیز نشان دهنده درجه انتظار والدین از کودک برای تنظیم رفتار و نظارت بر فعالیت‌های کودک می‌باشد (۸). بر اساس دو بعد پذیرندگی- پاسخ دهنده‌گی و توقع- کنترل والدین، Baumrind سه سبک فرزندپروری «مقتدرانه، مستبدانه و سهل‌انگارانه» را مشخص نمود. مطابق با این طبقه‌بندی، والدین مقتدر در هر دو بعد پذیرندگی و توقع، بالا هستند. والدین مستبد در بعد توقع بالا و در بعد پذیرندگی پایین هستند و والدین سهل‌انگار نیز در بعد پذیرندگی بالا و در بعد توقع پایین هستند (۹). وی دریافت که والدین مقتدری که پذیرنده و پاسخ دهنده هستند و کنترل متوسطی را اعمال می‌کنند، در تحول شایستگی اجتماعی فرزندان خود در مقایسه با سبک‌های فرزندپروری سهل‌انگارانه و مستبدانه، به میزان بیشتری تسهیل‌کننده می‌باشند. در مقابل، نظارت و کنترل ضعیف، استفاده نامتناسب از کنترل و ارتباط هیجانی منفی بین والدین و کودک، به طور وسیعی با مشکلات رفتاری آنان در آینده مرتبط است. پژوهش‌ها نشان داده است که سبک فرزندپروری مقتدرانه، واجد پیامدهای رفتاری سازگارانه‌تر در کودکان و نوجوانان می‌شود (۱۰).

مطابق با آنچه گفته شد، سبک‌های فرزندپروری، یکی از عوامل مهم ارزیابی مؤلفه‌های والد-فرزندی محسوب می‌شود و پیش‌بینی‌کننده روابط صمیمانه در بزرگسالی است و بر اساس تجارب اولیه فرد و دلبستگی با والدین و نوع رابطه عاطفی وی با والدین و همسالان شکل می‌گیرد. فقدان دلبستگی ایمن منجر به اختلال سلوک، اضطراب، اختلال شخصیت مرزی، پرخاشگری اجتماعی، شکست تحصیلی و همچنین، نقص در مهارت‌های اجتماعی، خویش‌داری، تحمل ناکامی، توجه، تمرکز، مهارت‌های حل مسأله و سازگاری می‌شود (۱۱).

بسیاری از افراد مبتلا به اختلال ملال جنسی، رفتارها و گرایش‌های جنس مخالف را از خود بروز می‌دهند و با وجودی که هیچ‌گونه اختلالی در جسم آن‌ها مشاهده نمی‌شود، احساس می‌کنند که در کالبد اشتباهی متولد شده‌اند و جنسیت حقیقی آن‌ها با آنچه هستند، متفاوت می‌باشد. بدین ترتیب، کودکان پسری که دچار اختلال ملال جنسی هستند، به بازی‌های دخترانه و لباس‌های دخترانه

یافته‌ها

جهت مقایسه هم‌زمان سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا بین افراد مبتلا به اختلال ملال جنسی و افراد سالم، از آزمون Hotelling's T استفاده گردید. شرط استفاده از این آزمون، برابری میزان پراکندگی هم‌زمان این سه متغیر (ماتریس واریانس - کواریانس) در گروه‌های بیمار و سالم بود که با استفاده از آزمون Box بررسی شد (جدول ۱).

نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری (به طور هم‌زمان) بین انواع سبک دلبستگی در افراد بیمار و سالم وجود نداشت؛ چرا که سطح معنی‌داری بیش از خطای آزمون به دست آمده می‌باشد ($P > 0.05$). به عبارت دیگر، سالم یا بیمار بودن افراد، هیچ تأثیر معنی‌داری بر سبک دلبستگی آن‌ها ندارد. مقدار ضریب اتا نیز این نتیجه را تأیید نمود؛ چرا که بر اساس نتایج، تنها ۱/۶ درصد از تغییرات سبک دلبستگی افراد به دلیل بیمار یا سالم بودن آنان و مقدار بسیار ناچیزی می‌باشد.

برای مقایسه جداگانه هر یک از خرده مقیاس‌های سبک‌های دلبستگی بین افراد مبتلا به اختلال ملال جنسی و افراد سالم، از آزمون t استفاده گردید. شرط استفاده از این روش، نرمال بودن متغیر مورد نظر در هر دو گروه (افراد سالم و بیمار) است که این شرط با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov بررسی شد (جدول ۲).

بر اساس نتایج جدول ۲، کمترین و بیشترین میانگین در بین سبک‌های دلبستگی، به ترتیب مربوط به سبک دلبستگی ایمن و دوسوگرا در هر دو گروه افراد سالم و بیمار بود. البته نتایج نشان داد که هیچ تفاوت معنی‌داری بین افراد سالم و بیمار مبتلا به اختلال ملال جنسی از نظر دلبستگی ایمن، دلبستگی اجتنابی و دلبستگی دوسوگرا وجود نداشت؛ چرا که سطح معنی‌داری آزمون t برای هر یک از این سه متغیر بیشتر از خطای آزمون به دست آمده می‌باشد ($P > 0.05$). به عبارت دیگر، با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان این‌گونه اظهار نمود که میزان وابستگی عاطفی افراد بیمار، ترس افراد بیمار از طرد شدن، اعتماد کمتر آن‌ها به دیگران و همچنین، میزان دلبستگی ایمن افراد بیمار (نزدیک بودن) تفاوت معنی‌داری با افراد سالم نداشت.

برای مقایسه شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده و خرده مقیاس‌های آن در گروه افراد سالم و بیمار مبتلا به اختلال ملال جنسی، از آزمون Cramer's V استفاده شد؛ چرا که متغیرهای شیوه‌های فرزندپروری به همراه خرده مقیاس‌های آن و متغیر گروه (سالم یا بیمار بودن)، متغیرهای اسمی می‌باشند (جدول ۳).

مطابق نتایج جدول ۳، بین سبک والدینی سهل‌گیرانه در بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسی و افراد سالم تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0.05$). به عبارت دیگر، نسبت افراد بیماری که شیوه سهل‌گیرانه را به عنوان شیوه تعامل والدینشان با آن‌ها انتخاب کرده بودند، با نسبت افراد سالمی که همین نوع تعامل (سهل‌گیرانه) را انتخاب نمودند، برابر بود.

پرسش‌نامه‌های سبک‌های دلبستگی Collins و Read (RAAS) یا (Revised Adult Attachment Scale) و شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده Merrell و McClun (Perceived Parenting Style Questionnaire) بین آزمودنی‌ها توزیع شد. برای انجام پژوهش و انجام اقدامات اولیه و به منظور جلب همکاری پژوهشگران، توضیحاتی در مورد موضوع مورد پژوهش ارائه شد و سپس به منظور جلب همکاری مراجعه‌کنندگان (بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسی) به مطب در رابطه با محرمانه بودن اطلاعات به افراد توضیحاتی داده شد. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ (version 20, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

پرسش‌نامه RAAS: این مقیاس در سال ۱۹۹۰ توسط Collins و Read تهیه شد و در سال ۱۹۹۶ مورد بازنگری قرار گرفت. مبنای نظری این آزمون، نظریه دلبستگی است. مقیاس RAAS چگونگی ارزیابی فرد از مهارت‌های ارتباطی و سبک رابطه صمیمانه وی را مورد بررسی قرار می‌دهد و دارای ۱۸ عبارت می‌باشد که پاسخ‌دهندگان، میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از عبارات را در مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای بیان می‌کنند. این پرسش‌نامه سه زیرمقیاس «نزدیکی» که میزان صمیمیت و نزدیکی عاطفی آزمودنی با دیگران را نشان می‌دهد، «اضطراب» که میزان نگرانی فرد از طرد شدن را مورد بررسی قرار می‌دهد و «وابستگی» که میزان وابستگی فرد به افراد مهم زندگی‌اش را می‌سنجد. به هر یک از زیرمقیاس‌ها شش عبارت اختصاص داده شده است. ضریب پایایی بازآزمایی برای هر یک از سه زیرمقیاس نزدیکی، وابستگی و اضطراب به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۶ و ۰/۵۶ گزارش گردید. پژوهشگران ضریب Cronbach's alpha را برای کل آزمون، ۰/۸۷ اعلام نمودند. Collins و Read برای بررسی قابلیت اعتماد پرسش‌نامه، میزان ضریب Cronbach's alpha را برای هر زیرمقیاس آن در دو نمونه ۱۷۳ و ۱۰۰ نفری از دانشجویان، به ترتیب برای زیرمقیاس C، ۸۱ و ۸۲ درصد؛ برای زیرمقیاس D، ۷۸ و ۸۰ درصد و برای زیرمقیاس A، ۸۵ و ۸۳ درصد گزارش کردند (۴).

پرسش‌نامه شیوه‌های فرزندپروری ادراک شده: این پرسش‌نامه توسط Merrell و McClun در سال ۱۹۹۸ بر اساس شاخص‌های سبک‌های والدینی Baumrind ساخته شد. مقیاس مذکور، شکل ساده‌ای از آزمون‌های بسته پاسخ، شامل سه گروه ۶ جمله‌ای برای شناسایی هر یک از سه سبک والدینی مقتدرانه، مستبدانه و سهل‌گیرانه می‌باشد که در سه بخش جداگانه تهیه شده است. مقیاس اندازه‌گیری در این آزمون، مقیاس اسمی است. برای اندازه‌گیری روایی محتوایی، پرسش‌نامه در اختیار ۱۵ نفر از صاحب‌نظران روان‌شناسی قرار گرفت که آن‌ها در تمامی سوالات بیش از ۰/۷۵، نظرات کاملاً موافق و موافق داشتند. همچنین، طبق نظرخواهی پژوهشگران از Baumrind، این ابزار در زمینه سبک‌های فرزندپروری از روایی خوبی برخوردار است (۱۷).

جدول ۱. مقایسه سبک دلبستگی بین گروه‌های سالم و بیمار

متغیر	سطح معنی‌داری آزمون Box	پارامتر	مقدار Hotelling's T	P	ضریب اتا
سبک دلبستگی	۰/۲۸۷	مقدار ثابت	۴۹/۲۸۲	۰/۰۰۱	۰/۹۸۰
		گروه	۰/۰۱۶	۰/۸۶۵	۰/۰۱۶

جدول ۲. مقایسه خرده مقیاس‌های سبک‌های دلبستگی بین گروه‌های سالم و بیمار

متغیر	گروه	میانگین	سطح معنی‌داری آزمون Kolmogorov-Smirnov	آماره آزمون t	سطح معنی‌داری آزمون t
ایمن	بیمار	۱/۶۳	۰/۶۲۹	۰/۸۰۳	۰/۴۲۶
	سالم	۱/۵۲	۰/۵۱۷		
اجتنابی	بیمار	۱/۸۷	۰/۱۷۰	۰/۰۷۵	۰/۹۴۰
	سالم	۱/۸۸	۰/۸۰۰		
دوسوگرا	بیمار	۱/۹۹	۰/۸۵۵	۰/۲۳۱	۰/۸۱۹
	سالم	۱/۹۵	۰/۹۴۲		

همچنین، نتایج حاکی از آن بود که میزان به کارگیری شیوه‌های مقتدرانه و مستبدانه توسط والدین افراد سالم به اندازه میزان به کارگیری این شیوه‌ها توسط والدین افراد بیمار نیست؛ چرا که سطح معنی‌داری آزمون Cramer's V در هر دو شیوه کمتر از خطای آزمون می‌باشد ($P < ۰/۰۵$). نتایج آمار توصیفی نشان داد که درصد به کارگیری شیوه مستبدانه در والدین افراد بیمار بیش از والدین افراد سالم است؛ به طوری که همه افرادی که شیوه مستبدانه (سرد و طرد کننده) را به عنوان شیوه تعامل والدینشان با خود بیان کرده‌اند، بیمار هستند؛ در حالی که درصد به کارگیری شیوه مقتدرانه توسط والدین افراد سالم بیش از والدین افراد بیمار بود.

بحث و نتیجه‌گیری

اختلال ملال جنسی، وضعیت نادری است که نتیجه ناهماهنگی ویژگی‌های فیزیکی فرد با جنسیتش است؛ یعنی نوع شیوه رفتاری که جامعه از او به عنوان زن یا مرد انتظار دارد. خانواده اولین محیطی است که فرد در آن هنجارها و شیوه‌های رفتاری را که از یک زن یا مرد انتظار می‌رود، می‌آموزد. اگر خانواده به عنوان اولین محیطی که فرایند جامعه‌پذیری در آن صورت می‌گیرد، نقش خود را به درستی ایفا نکند، فرزندان دچار مشکلاتی از جمله اختلال ملال جنسی می‌شوند.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، تفاوت معنی‌داری بین سبک دلبستگی بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسی و افراد سالم وجود ندارد، اما در زمینه فرزندپروری ادراک شده، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده شد و در این بین، درصد به کارگیری شیوه مستبدانه در والدین افراد بیمار بیش از والدین افراد سالم می‌باشد؛ در حالی که درصد به کارگیری شیوه مقتدرانه توسط والدین افراد سالم بیش از والدین افراد بیمار مبتلا به اختلال ملال جنسی است.

با توجه به بررسی‌های محققان، پژوهشی که به بررسی این تفاوت‌ها در بین این بیماران و افراد سالم پرداخته باشد، یافت نشد، اما در برخی از پژوهش‌های صورت گرفته از جمله تحقیق محمدی و همکاران (۱۸)،

ویژگی‌های شخصیتی تبدیل‌خواهان جنسی بررسی گردید. یافته‌های مطالعه آنان بیان کرد که نشانه‌های بیشتری از اختلالات هیستریک، اسکیزوفرنی، افسردگی، نگرانی سلامتی و ناراحتی در روابط اجتماعی در بین این بیماران نسبت به افراد سالم مشاهده می‌شود. همچنین، شیوه‌های فرزندپروری مستبدانه، می‌تواند تأثیر منفی بیشتری بر این علائم داشته باشد (۱۸).

در پژوهش Munson و همکاران نیز تفاوت‌های معنی‌داری در زمینه نحوه ارتباط برقرار کردن، در بین پسران مبتلا به اختلالات جنسی و پسران سالم مشاهده شد (۱۹). در پژوهش آنان که در زمینه سبک‌های فرزندپروری و هویت جنسی انجام گرفت، عنوان گردید که فرزندان والدینی که شیوه فرزندپروری مستبدانه و سهل‌گیرانه دارند، بیشتر دارای سبک هویتی سردرگم اجتنابی هستند (۱۹) که می‌تواند تا حدودی با نتایج پژوهش حاضر مشابه باشد. نتایج پژوهش Zucker نشان داد که ارتباط عاطفی والدین و فرزندان، در شکل‌گیری این اختلال نقشی اساسی ایفا می‌کند. همچنین، عوامل ایجاد کننده اضطراب در کودکان و به عبارت دیگر، عدم امنیت در خانواده، با توجه به نتایج آن می‌تواند در این زمینه مؤثر باشد (۱۴) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت.

در پایان، با توجه به نتایج پژوهش حاضر و سایر مطالعاتی که در این زمینه انجام شده است، شاید بتوان این گونه نتیجه‌گیری کرد که اختلال ملال جنسی در افراد مورد بررسی، می‌تواند با مسایل عاطفی و احساسی و هیجانی و نوع رابطه افراد در خانواده و نحوه برخورد و ارتباط عاطفی آن‌ها ارتباط داشته و تحت تأثیر خانواده تشدید می‌شود. بنابراین، کارکرد خانواده تشدید می‌شود. باید در زمینه سبک فرزندپروری مقتدرانه نه مستبدانه به والدین این بیماران آموزش داده شود تا از بار مشکلات روانی این گروه از بیماران کاسته شود. توصیه می‌شود این پژوهش با نمونه‌های وسیع‌تری انجام شده و نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر مقایسه گردد. در مقام پیشنهاد به محققان بعدی، توجه و بررسی موارد ذکر شده توصیه می‌گردد.

جدول ۳. مقایسه شیوه‌های فرزندپروری و خرده مقیاس‌های آن بین گروه‌های سالم و بیمار

متغیر	گروه	درصد فراوانی	آماره آزمون Cramer's V	سطح معنی‌داری آزمون Cramer's V
شیوه سهل‌گیرانه	بیمار	۶۲/۵	۰/۱۲۳	۰/۳۸۴
	سالم	۳۷/۵		
شیوه مقتدرانه	بیمار	۴۰/۵	۰/۳۱۹	۰/۰۲۴*
	سالم	۵۹/۵		
شیوه مستبدانه	بیمار	۱۰۰	۰/۲۸۸	۰/۰۴۲*
	سالم	۰		

$P < ۰/۰۵^*$

یا زن از او انتظار دارد. در غیر این صورت، اگر فرد هویت جنسیتی خود را به درستی نشناسد و یا آن را نپذیرد، در زندگی فردی و اجتماعی دچار مشکل می‌شود. بنابراین، شناخت عوامل ایجاد کننده اختلال هویت جنسیتی و برنامه ریزی برای برطرف کردن این عوامل، می‌تواند میزان افراد مبتلا به این بیماری و مشکلات اجتماعی به وجود آمده به علت این مسأله را کاهش دهد. لازم به ذکر است که جامعه پژوهش به دلیل محدودیت و شرایط مذهبی و سنتی، این محدودیت را برای پژوهشگران ایجاد کرد که نتوانند به نمونه‌ای با حجم وسیع‌تری دسترسی داشته باشند. بنابراین، توصیه می‌شود که پژوهش با نمونه‌های بیشتری نیز انجام گیرد و نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود.

سپاسگزاری

با سپاس و قدردانی از تمام کسانی که ما را در این راه یاری کردند تا بتوانیم گامی در جهت کمک به بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسی برداریم.

کمک به خانواده‌ها جهت اتخاذ شیوه فرزندپروری مناسب که نیازها و خواسته‌های کودکان در آن تأمین شود و از سوی دیگر، آموزش به خانواده‌ها و کسب آگاهی آنان در خصوص فرزندپروری مناسب در زمینه‌های مختلف و با استفاده از منابع متعدد، از جمله آموزش‌های رسمی در مدارس، دانشگاه‌ها، آموزش‌های غیر رسمی در مساجد، رسانه‌ها، برگزاری کارگاه‌های آموزشی در مناطق و محلات توصیه می‌شود. همچنین، باید به والدین این بیماران در زمینه فرزندپروری مقتدرانه (و نه مستبدانه) آموزش داده شود تا از بار مشکلات روانی آنان کاسته شود. در نهایت، می‌توان گفت که هویت جنسیتی بخش قابل ملاحظه‌ای از هویت هر انسانی را تشکیل می‌دهد و دربردارنده تصویری است که هر فرد به عنوان مرد یا زن از خود دارد. فرد می‌آموزد که از این حیث که مرد یا زن آفریده شده است، باید به شیوه خاصی بیندیشد، رفتار کند و احساس نماید. برای برقراری ارتباط اجتماعی موفق با اطرافیان و داشتن زندگی سالم، فرد باید هویت جنسیتی خود را بشناسد و همان گونه رفتار کند که جامعه به عنوان مرد

References

1. Goodwin I. The relevance of attachment theory to the philosophy, organization, and practice of adult mental health care. *Clin Psychol Rev* 2003; 23(1): 35-56.
2. O'Connor E, McCartney K. Attachment and cognitive skills: An investigation of mediating mechanisms. *J Appl Dev Psychol* 2007; 28(5-6): 458-76.
3. Zulla R. Parental attachment, caretaking responsibilities and self-efficacy in the adjustment of Canadian immigrants [Thesis]. Alberta, Canada: University of Alberta; 2008.
4. Collins NL, Read S. Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58(4): 644-63.
5. Gomez R, McLaren S. The inter-relations of mother and father attachment, self-esteem and aggression during late adolescence. *Aggress Behav* 2007; 33(2): 160-9.
6. Feeney JA, Noller P. Attachment style and verbal descriptions of romantic partners. *J Soc Pers Relat* 1991; 8(2): 187-215.
7. Bornstein MH. Handbook of parenting: Volume I: Children and parenting. New York, NY: Taylor and Francis Group LLC; 2002.
8. Pellerin LA. Applying Baumrind's parenting typology to high schools: toward a middle-range theory of authoritative socialization. *Social Science Research* 2005; 34(2): 283-303.
9. Silk J, Morris A, Kanaya T, Steinberg L. Psychological control and autonomy granting: opposite ends of a continuum or distinct constructs? *J. Res. Adolesc* 2003; 13(1): 113-28.
10. Aunola K, Stattin H, Nurmi JE. Parenting styles and adolescents' achievement strategies. *J Adolesc* 2000; 23(2): 205-22.
11. Lorraine B. Other sexual disorders: gender identity disorder [Online]. [cited 2009 Aug 10]; Available from: URL: <https://www.mentalhelp.net/articles/other-sexual-disorders-gender-identity-disorder/>
12. Haraldsen IR, Egeland T, Haug E, Finset A, Opjordsmoen S. Cross-sex hormone treatment does not change sex-sensitive cognitive performance in gender identity disorder patients. *Psychiatry Res* 2005; 137(3): 161-74.
13. Zucker K, Bradley SJ. Gender identity and psychosexual disorders. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry* 2005; 3(4): 598-617.
14. Zucker KJ. Children with gender identity disorder: Is there a best practice? *Enfants avec troubles de l'identité sexuée: y-a-t-il une pratique la meilleure? Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence* 2008; 56(6): 358-64.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
16. Schwartz J, Buboltz WC. The relationship between attachment to parents and psychological separation in college students. *J Coll Stud Dev* 2004; 45(5): 566-77.
17. McClun L, Merrell K. Relationship of perceived parenting styles, locus of control orientation, and self-concept among junior high age students. *Psychol Schs* 1998; 35: 381-90.
18. Mohammadi K, Zamani R, Vaezie SA, Haddadi Kohsar AA. Personality characteristics of transsexuals. *Journal of Psychology* 2010; 5(17): 101-22. [In Persian].
19. Munson B, Crocker L, Pierrehumbert JB, Owen-Anderson A, Zucker KJ. Gender typicality in children's speech: A comparison of boys with and without gender identity disorder. *J Acoust Soc Am* 2015; 137(4): 1995-2003.

Comparison of Perceived Attachment Styles and Parenting Methods among Patients with Gender Dysphonia and Healthy Individuals in Isfahan, Iran

Mehrdad Salehi¹, Hajar Nosouhian², Negar Reisi³

Original Article

Abstract

Aim and Background: Sometimes, some people feel distressed because of their gender, usually in social, occupational or other personal grounds, which would tend to compatibility problems with gender dysphonia disorder. Therefore, the present study investigated the perceived attachment styles and parenting methods among the patients with gender dissatisfaction disorder and healthy individuals in Isfahan city, Iran.

Methods and Materials: In this study, patients gender dysphoria and healthy individuals who had referred to psychiatrists in Isfahan in 2015. The participants consisted of 28 patients with gender dysphoria and 30 healthy individuals, who were selected through convenience sampling. The data collection tools consisted of the Revised Adult Attachment Scale (RAAS) (Reid and Collins) and Perceived Parenting Style Questionnaire (McClun and Merrell). The collected data were analyzed in SPSS Software.

Findings: No significant difference was observed between the mean attachment style score of patients and healthy individuals. However, a significant difference was observed between the two groups in terms of perceived parenting style. Autocratic parenting style was more prevalent among patients, compared to healthy individuals. Nevertheless, authoritarian parenting style was adopted by healthy subjects more (59.5%) than patients with gender dysphonia (40.5%) ($P < 0.05$).

Conclusions: With regard to the findings of the present study, parents of the patients with gender dysphonia disorder should be educated concerning parenting styles to shift their parenting style toward authoritarian style; which tends to lower these individuals' psychological impairments.

Keywords: Attachment styles, Perceived parenting methods, Gender dysphonia disorder

Citation: Salehi M, Nosouhian H, Reisi N. Comparison of Perceived Attachment Styles and Parenting Methods among Patients with Gender Dysphonia and Healthy Individuals in Isfahan, Iran. *J Res Behav Sci* 2016; 14(2): 189-94.

Received: 28.12.2015

Accepted: 23.06.2016

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

1- Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Department of General Psychology, Science and Research Branch of Tehran, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

3- PhD Student, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Hajar Nosouhian, Email: hajar.mer24@yahoo.com