

مقایسه کیفیت زندگی زنان و مردان مبتلا به ملال جنسینغمه هودنه^{۱*}، نرگس باباخانی^۲^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران^۲ گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران**چکیده**

اکثریت مردم از اوایل دوران کودکی هویت جنسی می یابند، اما در این بین افرادی هستند که از دوران کودکی رفتار جنس مقابل را از خود نشان می دهند و مسایل و مشکلات زیادی را در طول زندگی تجربه می کنند. هدف از پژوهش حاضر، مقایسه کیفیت زندگی زنان و مردان مبتلا به ملال جنسی بود. روش تحقیق از نوع علی - مقایسه ای بود. شرکت کنندگان تعداد ۲۰۰ نفر بودند که از میان تمامی افراد مبتلا به ملال جنسیتی واقع در شهر تهران در سال ۹۵-۱۳۹۴ با روش نمونه گیری غیر تصادفی در دسترس و کومه ای با مراجعه به مراکز و معرفی آنان توسط گروه های دوستی انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در پژوهش، پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی بود. یافته ها نشان دادند تفاوت زنان و مردان نمونه پژوهش در متغیر کیفیت زندگی در سطح اطمینان ۹۵ درصد تایید شد. به طوری که مردان دارای ملال جنسیتی از لحاظ کیفیت زندگی وضعیت بهتری نسبت به زنان دارای ملال جنسیتی داشتند. با توجه به یافته های پژوهش می توان گفت با کمک به این بیماران برای شناسایی و قبول کردن هویت جنسی خود، چه از طریق عمل جراحی و چه دیگر راه ها که منجر به ثبات هیجانی خواهد شد می توان نقش به سزایی در بهبود کیفیت زندگی آنان داشت.

کلید واژه ها: کیفیت زندگی؛ مبتلا به ملال جنسی؛ زنان و مردان**مقدمه**

ملال جنسیتی در (DSM-5)، معادل اختلال هویت جنسی در (DSM-IV) است که شامل سه طبقه تشخیصی ملال جنسی کودکان، ملال جنسی در نوجوانان یا بزرگسالان و ملال جنسی نامتمایز است. اختلال در پذیرش نقش جنسی یا اختلال هویت جنسیتی از جمله اختلالاتی است که افراد را دچار سردرگمی نموده و آن ها را از پذیرش و ارائه مسئولیت ها و حقوق و امتیازات اجتماعی محروم می دارد، چرا که اغلب افراد از پذیرش مردان زن نما یا زنان مردنما پرهیز می کنند (هیلنز، وروکان، کوک، تی اسجوئن و دی کایپر، ۲۰۱۴).

اختلال هویت جنسی مسیر زندگی فرد را دگرگون می کند، مشکلات فراوانی در تمامی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی ایجاد می کند. باعث افزایش احساس وابستگی، کاهش اعتماد به نفس، کاهش سرمایه اجتماعی و افزایش احساس آسیب پذیری در مبتلایان می شود. عملکردهای روزانه، فعالیت های اجتماعی و آرامش فکری را دچار نابسامانی می کند و باعث می شود مبتلایان به دیگران وابسته و نیازمند حمایت آنان گردند. به علاوه نتوانند در فعالیت های اجتماعی معمول شرکت کنند، تمامی این مشکلات به همراه درمان های مختلف، عوارض و هزینه های بالای درمان، کاهش کیفیت زندگی آن ها را در پی دارد (موحد و حسین زاده کاسمانی ۱۳۹۱). در رویکردی عملی، کیفیت زندگی مفهوم کلی تعریف می شود که تمام ابعاد زیستی شامل رضایت مادی نیازهای حیاتی به علاوه جنبه های انتقالی زندگی نظیر توسعه فردی، خودشناسی، بهداشت اکوسیستم را پوشش می دهد. کیفیت زندگی، به نوعی بیانگر وضعیت افراد ساکن در یک کشور یا منطقه می باشد. نظریات اولیه مربوط به کیفیت زندگی، بیشتر بر نگرانی ها و اولویت های فردی تاکید داشتند؛ اما در سال های اخیر مباحث نظری، از فرد محوری به سمت نگرانی های اجتماعی نظیر امنیت، آزادی، گستردگی کیفیت زندگی و ساختار و کیفیت روابط اجتماعی افراد در جامعه تغییر یافته است (نیلز، لیبو، لیئو، جیلن و کراسک، ۲۰۱۲). برخورداری از کیفیت زندگی ضعیف می تواند بر روی ارتباطات خانوادگی نیز اثر بگذارد.

* پست الکترونیک نویسنده مسئول: ordii.behesht@gmail.com

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه آزاد واحد رودهن است.

کیفیت زندگی ضعیف می تواند موجب بکارگیری مکانیسم های مقابله و سازگاری ناموتر در افراد شده و متعاقباً موجب افزایش تنش در آنان گردد و افزایش تنش در ارتباط با عوامل جسمی و فیزیکی بوده و می تواند شدت بیماری را در افراد افزایش دهد (کلی، چالونر، ایوانس، متیوس، کوهن و همکاران، ۲۰۱۴). براین اساس افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی علاوه بر مشکلات و محدودیت هایی که اختلال جنسیتی برای آنها ایجاد می کند با نگرانی هایی، مانند مشکلات بدنی، ظاهری، جنسی، شغلی از قبیل درگیری های خانوادگی، درک نشدن توسط دیگران و طرد از سوی خانواده و اجتماع نیز مواجه هستند. در واقع حوزه پیوندهای عاطفی، از مهم ترین زمینه هایی است که افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی در آن دچار مشکلات زیادی هستند (اتیکن، استینسما، بلانچارد، واندرا لان و وود، ۲۰۱۵). درحالی که خانواده و جامعه همواره از این کودکان انتظار دارند نقش های متناسب با جنسیت خود را بپذیرند و آن ها را به دلیل حرکات و رفتارهای جنس مخالف سرزنش می کنند و تحت فشار قرار می دهند که این امر باعث انزوای این افراد می گردد. این انزوا، به عزت نفس پایین می انجامد و ممکن است به منجر ترک تحصیل یا شکست تحصیلی شود این افراد اغلب تضاد بین شخصی زیادی دارند. و یکی از پرقربانی ترین اقلیت ها را تشکیل می دهند در مواردی نیز اختلال با جنسیتی، اسکیزوفرنی یا شیدایی و به هم خوردن تعادل روانی همراه است (گومز، زوبیر الرزا، استوا، گیلان و گوداس، ۲۰۱۲).

پژوهش های متعددی در رابطه با اختلال ملال جنسیتی تاکنون صورت گرفته است، از جمله این پژوهش ها، پژوهشی است که توسط موحد و حسین زاده کاسمانی (۱۳۹۱) صورت گرفته است. یافته های بدست آمده حاکی از این امر بوده است که تراجنسی هایی که نیازهای اولیه خود را تامین کرده و به دنبال رفع نیازهای بالاتر هستند، از اختلال هویت جنسی شان به شدت کاسته شده و کیفیت زندگی شان به مراتب افزایش می یابد. این مسئله بیان گر متفاوت بودن سطوح کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال هویت جنسی با توجه به تفاوت سطح نیازهای آنان متفاوت می باشد. پژوهش جعفرزاده، علی پور، اورکی و قاسم زاده (۱۳۹۳) در مقایسه سبک های دلبستگی و بکارگیری راهبردهای مقابله با استرس افراد دارای اختلال هویت جنسی و افراد بدون اختلال، نشان داد که افراد دارای اختلال هویت جنسی نسبت به افراد بدون اختلال هویت جنسی از سبک دلبستگی ناایمن تری برخوردارند و از راهبردهای مقابله ای هیجان مدار استفاده می کنند. همچنین سیرز و کراس (۲۰۰۸)، در مطالعه خود نشان دادند که تبدیل خواهان جنسی تصویر بدنی و رضایت زندگی پایین تری را نسبت به افراد عادی دارند. مرور ادبیات پژوهش حاکی است که پژوهشگران در سال های گذشته به بررسی ویژگی های روانی اختلال ملال جنسی پرداخته اند که از آن جمله می توان به پژوهش اوسطی عراقی، خسروجاوید و کافی ماسوله (۱۳۹۴)، اشاره نمود که نشان داد بین زنان و مردان مبتلا به ملال جنسیتی در مقیاس هیستری و درونگرایی اجتماعی تفاوت وجود دارد، ولی در بقیه مقیاس ها این تفاوت وجود ندارد. اما تا کنون پژوهشی در ایران به بررسی و مقایسه کیفیت زندگی زنان و مردان مبتلا به ملال جنسیتی نپرداخته است. لذا در پژوهش حاضر فرض می شود که کیفیت زندگی زنان و مردان مبتلا به ملال جنسی متفاوت است.

روش

شرکت کنندگان

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع پس رویدادی (علی - مقایسه اس) هست. جامعه آماری این پژوهش شامل افرادی هست که مبتلا به ملال جنسیتی هستند و در شهر تهران در سال ۹۵-۱۳۹۴ به پزشکی قانونی برای درمان مراجعه کرده اند و یا تشخیص ملال جنسیتی برای آنها توسط مراکز درمانی و روان درمانی معتبر انجام شده است. از این جامعه نمونه ای به تعداد ۲۰۰ نفر و با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند.

ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36): این پرسشنامه برای مصارفی چون کار بالینی، ارزیابی سیاست های بهداشتی و نیز تحقیقات و مطالعات جمعیت عمومی کارایی خود را ثابت کرده است. فرم ۳۶ عبارتی توسط وار و شربون در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شد و اعتبار و روایی آن در گروه های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده می شوند، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند. هدف از طرح این پرسشنامه، ارزیابی سلامت در دو بعد کلی سلامت جسمانی و سلامت روانی است که به وسیله ترکیب نمرات حیطه های هشت گانه تشکیل دهنده به دست می آید. این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است که هشت حیطه مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می دهد. بعد سلامت جسمانی دارای چهار مقیاس عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش ناشی از سلامت جسمانی، درد بدنی و

سلامت عمومی می باشد و چهار مقیاس بعد سلامت روانی شامل عملکرد اجتماعی، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی، انرژی و نشاط و سلامت عاطفی می باشد. پایین ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین ۱۰۰ است. امتیاز هر بعد با امتیاز عنوان ها در آن بعد مشخص می شود. ۳۶ سؤال با پاسخ هایی از ضعیف تا قوی به ارزیابی وضعیت سلامت آزمودنی ها می پردازد. اعتبار و روایی این ابزار در مطالعات متعددی مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. به عنوان مثال در مطالعه منتظری و همکاران که بر روی ۴۰۰ نفر انجام شده است حیطه های مختلف گونه فارسی SF36 از اعتبار بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردار بوده است. همچنین الله بخشیان و همکاران (۱۳۸۹) ضریب آلفای کرونباخ ابزار را پس از ترجمه به فارسی ۰/۸۲ گزارش نموده و روایی این پرسشنامه را از طریق روایی محتوا مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (حاتملوی سعدآبادی، باباپور خیرالدین، ۱۳۹۲).

شیوه/اجر

به منظور اجرای پژوهش، با مراجعه به مراکز درمانی و روان درمانی معتبر و پزشکی قانونی، پس از شناسایی افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی و جلب اعتماد و رضایت آنها جهت همکاری با پژوهشگر و گفتن این مطلب که پرسش نامه ها کاملاً محرمانه است، پرسشنامه ها در جلسات انفرادی در اختیار آنها قرار گرفت و پس از تکمیل شدن پرسشنامه ها و جمع آوری داده ها، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

به منظور آگاهی از شاخص های توصیفی، میانگین، انحراف معیار، کشیدگی و کجی عملکرد شرکت کنندگان در کیفیت زندگی در جدول ۱ آورده می شود.

جدول ۱

شاخص های توصیفی متغیر کیفیت زندگی

میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
۹۹/۴۱	۶/۹۴	-۰/۱۸	-۰/۰۷

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود، میزان کجی و کشیدگی متغیرها بین $+۱/۵$ و $-۱/۵$ است بنابراین به نظر می رسد توزیع نمرات طبیعی است. اما برای اطمینان بیشتر برای بکارگیری آزمون پارامتریک با آزمون کولموگروف - اسمیرنوف طبیعی بودن توزیع نمرات و با آزمون لوین همگنی واریانس آزمون شد که نتایج نشان داد تمام سطوح معناداری در آزمون کولموگروف - اسمیرنوف و آزمون لوین بزرگتر از $۰/۰۵$ است بنابراین توزیع نمرات در متغیر کیفیت زندگی تفاوت معناداری با توزیع نرمال ندارند. همچنین واریانس ها در دو گروه زنان و مردان با ملال جنسیتی تقریباً همگن هستند.

جدول ۲

شاخص های توصیفی متغیر پژوهش به تفکیک جنسیت و نتایج آزمون t در بررسی تفاوت گروه ها

جنس	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد	سطح معناداری	t
زنان	۹۸/۱۹	۶	۰/۶۴	۰/۰۲۵	-۲/۲۶
مردان	۱۰۰/۴۱	۷/۵	۰/۷۲		

بنابراین با توجه به فاصله ای بودن همه مقیاس ها و نرمال بودن توزیع نمرات، از آزمون t دو گروه مستقل استفاده شد. زنان و مردان دارای ملال جنسیتی در کیفیت زندگی با هم تفاوت معنادار دارند. به طوری که مردان دارای ملال جنسیتی از لحاظ کیفیت زندگی وضعیت بهتری نسبت به زنان دارای ملال جنسیتی دارند. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر تفاوت زنان و مردان دارای ملال جنسی در کیفیت زندگی با اطمینان ۹۵ درصد تأیید می شود.

بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه کیفیت زندگی زنان و مردان مبتلا به ملال جنسی بود. نتایج بدست آمده از تحلیل‌ها نشان داد بین نمره کیفیت زندگی زنان و مردان مبتلا به ملال جنسی تفاوت معنادار وجود دارد. به طوری که کیفیت زندگی مردان دارای ملال جنسی بالاتر از زنان دارای ملال جنسی است. مردان نسبت به زنان با نگرانی‌ها و محدودیت‌های کمتری در سطح جامعه مواجه هستند. همچنین آنان به دلیل ویژگی‌های مثبت از قبیل تحمل، انعطاف‌پذیری، حالات عاطفی مثبت، امید و خوش‌بینی و ظرفیت پذیرش تغییر، کیفیت زندگی بالاتری نسبت به زنان دارند. پژوهش‌های زیادی وجود داشت که تاکید می‌کند بیمارانی که عمل کرده‌اند کیفیت زندگی بالاتری نسبت به کسانی که جراحی نکرده‌اند، دارند و این در مورد هر دو جنس مرد و زن صادق است. همچنین بیمارانی که تستسترون دریافت می‌کنند نیز کیفیت زندگی بالاتری داشتند (موحد و حسین‌زاده کاسمانی، ۱۳۹۴). اما در زمینه مقایسه نیم‌رخ روانی زنان و مردان مبتلا به اختلال ملال جنسی، پژوهش اوسطی عراقی و همکارانش (۱۳۹۴) نشان داد بین زنان و مردان مبتلا به ملال جنسی تفاوت اجتماعی وجود دارد. به نظر می‌رسد مردان مبتلا به ملال جنسی از طریق شبکه‌های اجتماعی صمیمی که با افراد مشابه خود دارند در مقابل شرایط و جو اجتماعی تاب آورترند. همچنین، ناتوانی در شناخت و ابراز هیجانات و درک آنها می‌تواند منجر به سردی افراد در روابطشان شود و این به نوبه خود کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن را تحت تاثیر قرار دهد. در مورد نمونه پژوهش حاضر از آنجا که افراد مبتلا به ملال جنسی معمولاً روابط محدودی دارند در صورت داشتن سطحی از الکسیتامیا (Elecseitaleia) ممکن است همین محدودیت روابطشان نیز تحت تاثیر قرار گیرد. در پایان و با توجه به یافته پژوهش حاضر و همچنین پژوهش‌های مشابه می‌توان گفت با کمک به این بیماران برای شناسایی و قبول کردن هویت جنسی خود، چه از طریق عمل جراحی و چه دیگر راه‌ها، که منجر به ثبات هیجانی خواهد شد و نقش به سزای در بهبود کیفیت زندگی آنان داشت و لازم است کیفیت زندگی در ارزیابی و درمان زنان و مردان مبتلا به ملال جنسی در نظر گرفته شود.

منابع

- اوسطی عراقی، کتابون؛ خسروجاوید، مهناز و کافی ماسوله، موسی. (۱۳۹۴). بررسی نیم‌رخ روانی زنان و مردان مبتلا به اختلال ملال جنسی در مقیاس‌های MMPI-2. نخستین کنگره بین‌المللی جامع روانشناسی ایران. تهران: مرکز همایش‌های توسعه ایران.
- جعفرزاده، مهشید؛ علی پور، احمد؛ اورکی، محمد و قاسم زاده، عزیزرضا. (۱۳۹۳). مقایسه راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های دلبستگی افراد دارای اختلال هویت جنسی با افراد بدون اختلال. *روانشناسی سلامت*، ۱۰ (۲)، ۹۷-۱۱۵.
- حاتملوی سعآبادی، منیژه و باباپور خیرالدین، جلیل. (۱۳۹۱). مقایسه کیفیت زندگی و روش‌های مقابله‌ای در افراد دیابتی و غیردیابتی. *ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۵ (۲۰)، صفحات ۵۹۳۲-۵۸۱.
- موحد، مجید و حسین زاده کاسمانی، مرتضی (۱۳۹۴). رابطه اختلال هویت جنسی با کیفیت زندگی. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۴۴ (۱۲)، ۱۱۱-۱۴۲.
- Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., & Leef, J. H. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The journal of sexual medicine*, 12(3), 756-763.
- Gómez-Gil, E., Zubiaurre-Elorza, L., Esteva, I., Guillamon, A., Godás, T., Almaraz, M.C., & et al. (2012). Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psycho neuro endocrinology*, 37 (5), 662-670.
- Heylens, G., Verroken, C., De Cock, S., T'Sjoen, G., & De Cuypere, G. (2014). Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: a prospective study of persons with a gender identity disorder. *The journal of sexual medicine*, 11(1), 119-126.
- Kelly, D. F., Chaloner, C., Evans, D., Mathews, A., Cohan, P., Wang, C., & Kernan, C. (2014). Prevalence of pituitary hormone dysfunction, metabolic syndrome, and impaired quality of life in retired professional football players: a prospective study. *Journal of neurotrauma*, 31(13), 1161-1171.
- Niles, A. N., Lebeau, R. T., Liao, B., Glenn, D. E., & Craske, M. G. (2012). Dimensional indicators of generalized anxiety disorder severity for DSM-V. *Journal of Anxiety Disorders*, 26 (2), 279-286.
- Sears, S., & Kraus, S. (2009). I think therefore I am: cognitive distortion and coping style as mediator, for the effect, of mindfulness meditation on anxiety, positive and negative affect and Hope. *Journal of clinical psychology*, 65 (6), 561-573.