

رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان افراد جویای تغییر جنسیت

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۸/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۹/۱۰

نویسندگان

مرضیه قرائت*

دکترای علوم اجتماعی، دانشگاه کومیس
مادرید

gharaat@gmail.com

عباس محمدی

کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی،
دانشگاه علامه طباطبائی

a_moh57@yahoo.com

* نویسنده مسئول

چکیده

مقدمه: نتایج مطالعات جامعه شناختی ضمن تاکید بر نقش مهم و محوری حمایت اجتماعی در مواجهه با شرایط بحرانی و استرس آور، وجود آن را در حفظ و تداوم سلامت روانی، تقویت توانایی سازگاری و ایجاد رفتارهای تطابقی موثر و لازم دانسته‌اند. همچنین در این گونه تحقیقات ارتباط بین متغیرهای جمعیت شناختی و اجتماعی هم چون فقر، بیکاری، سن و بخصوص جنسیت با سلامت روانی و فیزیکی به طور مستقل و یا تعاملی به اثبات رسیده است. ابتلاء به اختلال هویت جنسی افراد را در معرض انواع مسائل و مشکلات از جمله بیماری‌های روانی متأثر از وضعیت آن‌ها قرار می‌دهد لذا در چنین شرایطی نقش حمایت اجتماعی در پیشگیری از بیماری‌های روانی و حفظ سلامت روان این گروه برجسته و حیاتی به نظر می‌رسد. در پژوهش حاضر با در نظر گرفتن موارد فوق به بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان در افراد جویای تغییر جنسیت (ترانسکشوال) پرداخته شده است.

روش: نمونه مورد پژوهش را ۹۷ نفر از افراد جویای تغییر جنسیت تشکیل داده‌اند که به مرکز مداخله در بحران نواب صفوی سازمان بهزیستی کشور مراجعه کرده بودند و به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، به صورت داوطلبانه در این پژوهش شرکت نمودند. به منظور جمع آوری داده‌ها، از پرسشنامه‌های ۲۸ سوالی سلامت عمومی گلدبرگ، حمایت ادراک شده چند بعدی و نیز سوالات مرتبط با خصوصیات فردی-اجتماعی استفاده شده است.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد که بین سلامت روانی آزمودنی‌ها و حمایت اجتماعی ادراک شده ارتباط معناداری وجود دارد. افراد مورد مطالعه با کسب نمرات بیشتر در سلامت روانی، در وضعیت نامطلوبی قرار داشته و عدم دریافت حمایت اجتماعی مساوی با کسب نمره بالا در سلامت روانی بوده و ارتباط بین این دو متغیر معکوس و ضریب همبستگی هم منفی است. ($r = -0.532, p < 0.01$)

بحث و نتیجه‌گیری: همانگونه که دیگر متخصصان در حوزه علوم انسانی با مطرح کردن نظریاتی هم چون فشار ساختاری و فشار روانی، بر تاثیرات محیط اجتماعی بر سلامت روانشناختی افراد تاکید کرده‌اند و همچنین ارتباط با دیگران و وجود خانواده حمایت کننده و گروه‌های اجتماعی را متضمن برخورداری از یک زندگی شاد، سالم و مفید می‌دانند، در این پژوهش نیز، آزمودنی‌های جویای تغییر جنسیت که از حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی افراد خاص، دوستان و خانواده برخوردار بوده‌اند، از نظر روانی اختلالات کمتر و در عین حال، بهداشت روانی بهتری داشته‌اند.

مرضیه قرائت، عباس محمدی. رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان افراد جویای تغییر جنسیت. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۳؛ ۳ (۲): ۳۲-۱۹

نحوه استناد به مقاله:

Association Between Perceived Social Support and Mental Health Among Transsexuals

Study Type: Original
Received: 23 Oct 2014
Accepted: 01 Dec 2014

Keywords

Gender Identity

Transsexual

Social Support

Mental Health

Abstract

Interoduction: Sociological studies focuses on the vital role of social support in meeting critical and stressful situations. Social support is essential to mental health, adaptation ability, and behaviors. There are direct or interactional relationships between physical and mental health with demographic and social variables like poverty, unemployment, age and gender. People who suffer from sexual identity disorder are vulnerable to different problems, for instance we can mention mental and psychological disorders that relate to their situations. In this situation social support play a vital role in preventing mental illness and mental health improvements among this vulnerable group. Present study aimed to discuss the influence of social support on the mental health among transsexuals.

Methodology: The statistical population of this study is consisted of people who suffer from sexual identity disorder (transsexuals). The sample was used in this study included 97 patients from the Navab Safavi Crisis Intervention Center from August 2010 until September 2011. They were volunteer and selected through available sampling. We used Goldberg general health questionnaire, perceived multi-dimensional support method and also questions related to social and individual characteristics to collected the data. Data analysis was accomplished by Pearson correlation coefficient test, K-square consonance and analysis of one-way variance through using SPSS-15 statistical software.

Results: Study results showed that there is a significant relationship between mental health and perceived social support among participants. Peoples with higher scores in mental health were in an inappropriate situation and they had lack of social support. The association between these two variables was contrary and the correlation coefficient was also negative ($r=-.532$, $p<0.01$).

Conclusion: The study findings were supported with some theories in human sciences such as Structural Strain Theory and Stress Theory that they emphasize the impact of environment on the individual's mental health. In addition, they recognize that communication with others and social groups and as well as having a protector family can lead to live happily and healthy. The participants who had higher perceived social support from their families and friends were less likely to meet mental disorders and they had a better mental health.

Authors

Gharaat, M. *

PhD in Social Science, Comillas
Pontifical University

Mohammadi, A.

MA of Social Work, Allameh
Tabataba'i University

* Corresponding Author

Please cite this
article as follows:

Gharaat M. Mohammadi A. Association between perceived social support and mental health among transsexuals. Quarterly Journal of Social Work. 2014; 3 (2); 19-32

مقدمه

جنسیت^۱ به عنوان یکی از امتیازات زندگی انسانی، به ویژگی‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در مقطع خاصی از زمان دلالت دارد که جامعه آن را برای مردان و زنان مناسب قلمداد کرده و دارای دو بعد مرتبط هویت^۲ و نقش جنسی^۳ است (WHO, ۲۰۰۱). هویت جنسی، ادراک شخصی از خود به عنوان زن و مرد و متضمن درک و تجربه درونی اشخاص از جنسیت‌شان می‌باشد و نقش جنسی؛ الگوی رفتاری برونی است که منعکس کننده احساس درونی شخص از هویت جنسی خویش است (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۴: ۳۹۱). هویت جنسی تحت تاثیر انواع ساختارهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (گروه‌های قومی - نژادی، شرایط کاری، مذهب و خانواده) قرار گرفته و از فرد انتظار می‌رود، طبق هنجارهای تعریف شده مرتبط با آن‌ها، رفتار کند و معمولاً مطابق با خصائص زیستی افراد شکل گرفته و روند طبیعی را طی می‌نماید اما در گروهی از افراد، این هماهنگی و تطابق دچار اختلال گردیده که در اصطلاح علمی به آن ملال جنسی^۴ یا اختلال هویت جنسی^۵ اطلاق می‌شود (Cohen Kettenis & Gooren, ۱۹۹۹: ۳۱۷). یکی از شدیدترین نوع این اختلال، در افراد جویای تغییر جنسیت^۶ مشاهده می‌شود. آنان به لحاظ زیستی، مردان و زنانی طبیعی می‌باشند که اعتقاد دارند، به جنس مخالف تعلق داشته و یا باید به جنس مخالف تعلق داشته باشند. به عبارت دیگر، جنسیت مغز این بیماران با جنسیت فیزیکی آن‌ها در تضاد است و همواره میل به بودن و عملکرد به عنوان یک فرد با جنس مخالف خود را داشته و برای آنکه ظاهر بدنی آنان تا آنجایی که ممکن است، شبیه جنس مخالف گردد، تمایل به عمل جراحی دارند. آنان هم چنین در زندگی روزمره، نوع پوشش و رفتار و شرکت در فعالیتهای مناسب با جنس مخالف خود را برمی‌گزینند (Walinder, ۱۹۷۶). طبق طبقه‌بندی آماری بین المللی بیماری‌ها و مسائل مرتبط با سلامت^۷ (ICD-۱۰)، ملاکهای تشخیص تغییر جنسیت جویی عبارت است از (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۴: ۴۰۳):

- شخص مایل است به عنوان عضوی از جنس مخالف زندگی کند و پذیرفته شود که معمولاً همراه با میل به تبدیل هر چه هماهنگ‌تر جسم با جنس مقابل از طریق جراحی یا داروئی است.
- هویت ترنس سکشوال حداقل مدت ۲ سال بطور مستمر دوام داشته است.
- اختلال علامتی از یک اختلال روانی دیگر نظیر اسکیزوفرنی نباشد و با نابهنجاری کروموزومی رابطه نداشته باشد.

واژه جویای تغییر جنسیت ابتدا در ادبیات حرفه‌ای در مطالعه هیرسفیلد^۸

(۱۹۲۳) مطرح شد. او تفاوتی ما بین مبدل پوشی^۹، همجنس‌گرایی زن‌نما^{۱۰} و تغییر جنسیت جویی قائل نشده بود. در پایان دهه ۱۹۴۰ این واژه در معنا و مفهوم کنونی‌اش به کار رفت. به عبارت دیگر، نشانگر افرادی شد که میل به زندگی (زندگی حقیقی) به صورت مستمر در نقش‌های اجتماعی جنس مخالف و تمایل به عمل جراحی تغییر جنسیت داشتند. مانی^{۱۱} (۱۹۹۴) در این ارتباط مفهوم دو وجهی با توجه به نقش و هویت جنسی را مطرح نمود. به اعتقاد وی، نقش جنسی ابراز عمومی هویت جنسی است و پدیده تغییر جنسیت جویی، از عدم تطابق بین جنس تعیین شده و این مفهوم دو وجهی نقش و هویت جنسی ناشی می‌شود. در این افراد نقش جنسی حداقل برای دوره کوتاهی، به صورت جدی بازدارنده شده است (Cohen Kettenis & Gooren, ۱۹۹۹: ۳۱۶).

ارزیابی میزان شیوع تغییر جنسیت جویی مشکل و مبتنی بر اطلاعات و داده‌های ارائه شده توسط مراکز درمان اختلالات هویت جنسی در کشورهای مختلف می‌باشد. راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)^{۱۲}، نتایج مطالعات انجام شده در این زمینه را جمع‌بندی و میانگین شیوع این اختلال را یک مورد در هر ۳۰۰۰، در مردان و یک مورد در هر ۱۰۰۰۰۰، نفر برای زنان گزارش کرده است. ذکر این نکته لازم است که تقریباً تمام مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف، میزان شیوع این اختلال را در مردان بیشتر از زنان گزارش نموده‌اند (Michel et al, ۲۰۰۱: ۳۶۷). درباره علل این اختلال، بعضی از محققان معتقد به وجود تضاد در جنسیت مغز این بیماران با جنسیت فیزیکی آن‌ها هستند و به دلیل عدم دسترسی به بخشی از مغز که عامل به وجود آمدن آن در دوران جنینی است، تنها راه نجات این افراد از عواقب

۱ Gender ۲ Gender Identity ۳ Gender Role ۴ Gender Dysphonic
۵ Gender Identity Disorder ۶ Transsexual

۷ The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

۸ Hirschfield

۹ Transvestis ۱۰ Lesbian ۱۱ Money

۱۲ Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4th ed.)

ویرانگر آن را، تطبیق جسم با روح و مغز این اشخاص، توسط عمل جراحی تغییر جنسیت می‌دانند. در مقابل، بسیاری از متخصصین و کارشناسان این نظر را قطعی ندانسته و عوامل محیطی هم چون تاثیر خانواده، دریافت‌های حسی فردی در سنین زیر ۵ سال و سپردن نقش‌های جنس مخالف به فرزندان در صورت عدم رضایت والدین از جنسیت فرزند خود را در به وجود آمدن این پدیده موثر ارزیابی کرده‌اند (مهرنوی، ۱۳۸۸: ۲۵).

از دهه ۱۹۶۰ به بعد پژوهش‌هایی در مورد اثرات اختلال هویت جنسی بر بهزیستی روانی، اجتماعی و اقتصادی افراد جویای تغییر جنسیت انجام شده است که همگی حکایت از تاثیرات منفی این پدیده بر تمامی ابعاد زندگی آنان و خانواده‌هایشان دارد. به دلیل عدم توجه خانواده و جامعه پیرامونی، این افراد در معرض انزوای اجتماعی، کاهش اعتماد به نفس، اخراج از مدرسه، مشکلات خانوادگی، سوء مصرف مواد، اختلالات روانی و رفتاری و انحرافات اجتماعی و اخلاقی قرار می‌گیرند. براساس آمارهای موجود در سطح جهان، بین ۴۰ تا ۶۰ درصد از این بیماران به دلیل فشارهای ناشی از تضاد جسم و روح، خودکشی کرده و بقیه آنان نیز یا در صورت امکان تغییر جنسیت می‌دهند و یا به انواع بیماری‌های روانی از جمله افسردگی‌های شدید مبتلا می‌شوند (مهرنوی، ۱۳۸۸: ۲۵). پاولی (Pauly, ۱۹۶۵) در مطالعه خود پیرامون تاثیرات این نوع از اختلال هویت جنسی به این نتیجه رسید که ۳۵ درصد تمایل به خودکشی داشته و ۱۷ درصد هم اقدام به خودکشی کرده‌اند (Walinder, ۱۹۶۷). پژوهشگران دیگر هم در مطالعات خود به واکنش‌های افسردگی و تلاش برای خودکشی اشاره کرده‌اند؛ در پژوهش جواهری و کوچکیان (۱۳۸۵: ۲۸۵)، ۵۶٪ از آزمودنی‌ها در پاسخ به سوال «آیا تا به حال به خودکشی فکر کرده‌اید؟» پاسخ مثبت داده‌اند. در نتیجه مطالعه تحقیقی

مهرابی (۱۳۷۴) در مورد ۵۷ فرد جویای تغییر جنسیت به وجود افسردگی در ۳۵٪ از آن‌ها و همچنین عدم تفاهم والدین و فقدان والد همجنس به عنوان عوامل روانی-اجتماعی مشکل‌زای شایع در درون خانواده این افراد تاکید شده است (کاهانی، ۱۳۸۱: ۱۱). نوربالا و همکاران (۱۳۷۲) نیز در پژوهشی که بر روی ۴۴ فرد جویای تغییر جنسیت (شامل ۳۶ مرد و ۸ زن) انجام دادند، وجود افکار و گرایش‌های بدبینانه (۲۳ مورد)، مشکلات در روابط اجتماعی (۱۵ مورد)، گوشه‌گیری و مردم‌گریزی (۱۴ مورد)، احساس ناامنی (۱۳ مورد)، واکنش‌های اضطرابی (۱۲ مورد)، اشکال در روابط بین فردی (۱۱ مورد)، رفتارها و هیجانات مهار نشده (۱۱ مورد)، عدم ثبات عاطفی و عدم تعادل در ویژگی‌های شخصیتی (۱۰ مورد)، مشکل در درک و فهم نقش اجتماعی (۹ مورد)، افسردگی (۹ مورد)، اجتماع‌ستیزی (۷ مورد) و شخصیت نابالغ و رشد نیافته (۷ مورد) و ۳۲ مورد مشکلات جنسی به صورت عدم سازگاری جنسی، گرایش به انحراف جنسی و رفتارهای پر خاشگروانه نسبت به جنس مخالف را گزارش نموده‌اند (رئسی و ناصحی، ۱۳۸۳: ۱۴۶).

در تحقیق دیگری که توسط دیکسن و همکاران (۱۹۸۴) بر روی ۴۷۹ مرد داوطلب تغییر جنسیت انجام گردیده است نیز نتایج مشابهی هم چون وجود تمایلات خودکشی، بیماری‌های روانی، قطع عضو، اعتیاد، فاحشگی و سابقه جنایی مشاهده شده است (کاهانی، ۱۳۸۱: ۱۱). در همین ارتباط در پژوهش انجام شده در کره جنوبی در خصوص مقایسه تفاوت‌های روانشناختی مابین پسران جوان جویای تغییر جنسیت ($n=43$) و پسران عادی، افراد جویای تغییر جنسیت به طور معنادار نمره‌های بالاتری در افسردگی، درماندگی و اجتناب اجتماعی و نمره‌های پائین‌تری در عزت نفس و خرده مقیاس‌های انطباق‌پذیری و پیوستگی نسبت به افراد عادی کسب کرده‌اند. همچنین مشخص گردیده که افراد جوان مبتلا به این اختلال با افزایش مشکلات خانوادگی و روانپزشکی خود، بالقوه آسیب‌پذیر می‌باشند (Kim et al, ۲۰۰۶). روت و بال (۱۹۶۴) نیز در پژوهش خود دریافتند که ویژگی‌های وسواسی و افسرده‌خویی در مردان جویای تغییر جنسیت نسبت به گروه کنترل به طور معناداری بیشتر دیده می‌شود (Walinder, ۱۹۶۷). یافته‌های پژوهشی از این نوع (Decuyper et al, ۱۹۹۵: ۱۸۰) که بر روی مردان و زنان جویای تغییر جنسیت در بلژیک و هلند انجام شده است نیز بیانگر آن بود که در هر دو گروه کارکرد روانی دارای نواقصی بوده است اما مردان جویای تغییر جنسیت به زن از لحاظ روانی اختلال بیشتری دارند. فانگ (Fang, ۱۹۹۴) هم گزارش کرده است که ۸۵ درصد از یک نمونه پژوهشی ($n=40$) از افراد جویای تغییر جنسیت در چین، تلاش‌هایی برای خودکشی داشته‌اند. در مطالعه دروگیت و همکاران (۱۹۸۷) هم بر احساس شدید حقارت، تشدید حساسیت بین شخصی و افزایش سطوح افسردگی و اضطراب

Derogates et al ۱۴ Roth & Ball ۱۳

تاکید شده است (Ma, ۱۹۹۷:۷۲).

از سوی دیگر، عدم شناخت دقیق و صحیح اختلال هویت جنسی و بویژه پدیده تغییر جنسیت جویی توسط جامعه و خانواده منتج به جدال در محیط خانواده و طرد این افراد، فرار اجباری و رها شدن در اجتماع گردیده و به سوی انزوا طلبی، کناره گیری، ناامیدی، احساس پوچی، افسردگی و نهایتاً خودکشی سوق داده می شوند. (کاهانی، ۱۳۸۱: ۴۲-۳۷). بسیاری از مبتلایان به این اختلال ضمن اجبار به ترک زندگی قبلی، شغل و ارتباطات اجتماعی خود، بسیاری از دوستان و خانواده خود را به دلیل تعصب و عدم تفاهم از دست داده و زندگی تازه ای را در یک منطقه جدید و یابایی شروع می نمایند که تاریخچه جنسیت آن ها شناخته نشود (Looking Glass Society, ۱۹۹۶). همچنین این افراد به دلیل انحراف از هنجارهای اجتماعی و در حاشیه جامعه قرار گرفتن، اغلب مورد تبعیض و محرومیت قرار می گیرند. برچسب، تبعیض و تضاد درونی که بسیاری از آنان تجربه می نمایند، آن ها را در معرض خطر فزاینده مشکلات و مسائل بهداشت روانی قرار می دهد، در حالی که حمایت همسالان، خانواده و کمک افراد متخصص و حرفه ای می تواند به عنوان عوامل محافظت کننده عمل نماید (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۶).

با توجه به نتایج پژوهش های ذکر شده، این افراد در معرض انواع مسائل بهداشت روانی، مشکلات ارتباطی، بیماری های مزمن و حتی به دلیل در اقلیت قرار گرفتن مورد تبعیض قابل توجهی قرار گرفته و بسیاری از آنان، تجربه نوعی از قربانی شدن در نتیجه مستقیم وضعیت جنسی خود را دارا می باشند. ابعاد این قربانی شدن از اشکال ظریف آزار و اذیت و تبعیض آشکار تا حملات کلامی، جسمی و جنسی از جمله ضرب و شتم، تجاوز به عنف و حتی قتل را شامل می شود که معمولاً اکثر این رفتارها به پلیس گزارش نمی شود (Boulder County, ۲۰۱۱).

سازمان بهداشت جهانی (WHO, ۲۰۰۷) در تعریف از سلامت روان تاکید می کند که داشتن سلامت روانی منحصر به فقدان اختلالات روانی نبوده بلکه وضعیتی از بهزیستی و رفاه است که بر اساس آن هر فرد بتواند، توانایی ها و استعداد خود را محقق ساخته، قابلیت سازگاری با فشارهای طبیعی زندگی روزمره را دارا بوده و با فعالیت های سودمند و مفید، توانایی تاثیر در جامعه خود را داشته باشد. مسائل و مشکلات بهداشت و سلامت روان، خصوصاً بیماری های روانی دارای تبعات آشکار و پنهان اقتصادی و اجتماعی برای جوامع است. افراد با اختلالات روانی، عصبی و رفتاری اغلب در معرض انزوای اجتماعی، کیفیت پایین زندگی و مرگ زودرس قرار می گیرند و هزینه های سرسام آور اقتصادی و اجتماعی را موجب می شوند.

برطبق نتایج تحقیقات انجام شده در حوزه علوم اجتماعی (Rudkin et al, ۲۰۰۲) دو مؤلفه ادغام اجتماعی و حمایت اجتماعی برای حفظ سلامت روانی افراد مهم بوده و سطح پایین این دو عامل،

آنان را در معرض ابتلا به افسردگی، اضطراب و روان پریشی قرار داده و جنبه های مختلف یکپارچگی اجتماعی از عوارض ناتوانی های جسمی (دشواری در انجام فعالیت های روزمره) می کاهد.

با عنایت به مطالب مطرح شده پیرامون وضعیت افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی و تأثیراتی که این پدیده بر ابعاد مختلف زندگی آن ها داشته و هزینه هایی که بر جامعه به طور کل و خانواده ها بالاخص تحمیل می شود و همچنین با در نظر گرفتن نتیجه مطالعات انجام گرفته پیرامون تاثیر حمایت اجتماعی در کاهش خطر بیماری های جسمی، روانی، و حتی مرگ و میر، هدف تحقیق حاضر، بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و سلامت روان در این گروه از افراد است. سوالاتی که این پژوهش در پی پاسخ به آن ها می باشد، عبارتند از: آیا حمایت اجتماعی ادراک شده در سلامت روانی افراد جویای تغییر جنسیت تاثیر داشته و ارتباط بین این دو متغیر معنا دار است؟ آیا متغیرهای اجتماعی - جمعیت شناختی مانند جنسیت، سن، وضعیت اشتغال و... ارتباط معناداری با حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روانی این افراد دارند؟ آیا انجام عمل تغییر جنسیت با حمایت اجتماعی ارتباط معنادار داشته و این متغیر در سلامت روانی آنان نیز تاثیر داشته است؟ مهمترین منبع حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد جویای تغییر جنسیت کدام است و آیا در این ارتباط خانواده نقش اساسی دارد؟

چارچوب نظری تحقیق: اخیراً تاثیر شبکه های اجتماعی و حمایت اجتماعی بر وضعیت بهداشت روانی و سلامت در دو بعد جسمانی و روانی به طور گسترده ای مورد مطالعه علمی مختلف قرار گرفته است و اهمیت روابط اجتماعی در درمان بیماری ها و حفظ سلامتی و بهزیستی، توجه بسیاری از محققان این علوم و پژوهش ها را به خود جلب کرده است. نتایج مطالعات انجام شده

در این ارتباط، فقدان ارتباطات اجتماعی با دیگران به عنوان مهمترین عامل مخاطره آمیز بر بهزیستی روانی، ایجاد بیماری و حتی مرگ را مورد تاکید قرار داده است.

این گونه پژوهش ها بدنال توجه به واژه حمایت اجتماعی در دهه ۱۹۶۰ پدیدار شده و نتایج آن ها مبین ارتباط مستقیم حمایت با کیفیت بهزیستی است. وجود شبکه های حمایت اجتماعی، مصونیت در برابر بیماری و رفتارهای مرتبط به بهداشت روان را تقویت کرده و تطابق، درمان و پشت سر گذاشتن بیماری را به حداکثر می رساند. در نتیجه تحقیقات اولیه افرادی چون کاسل و کاب^{۱۵} (۱۹۷۶) اعتقاد به نقش اساسی حمایت اجتماعی در حفاظت از سلامت افراد و تسهیل ایجاد و تقویت رفتارهای تطابقی در شرایط بحرانی (فشار روانی) در کانون توجه متخصصان علوم انسانی قرار گرفت (Vangelisti, ۲۰۰۹:۴۰).

واژه حمایت اجتماعی متضمن مفاهیم متعددی است که بر طبق فرهنگ لغات آکسفورد، نگهداری و حفاظت از کاستی، هدایت و تشویق کردن، اعتمادبخشی یا قدرت استقامت در تامین نیازها... و کمک رسانی یا تایید و پشتیبانی تعریف می شود (Horwitz, ۱۹۹۹:۱۹۸۱).

این مفهوم با توجه به تعاریف و کاربرد آن دارای سه بعد گسترده؛ همگرایی اجتماعی^{۱۶}، حمایت اجتماعی^{۱۷} ادراک شده و حمایت اجتماعی دریافت شده^{۱۸} می باشد. همگرایی اجتماعی به ارتباطات فرد با دیگر اشخاص مهم محیط اجتماعی خود و به میزان تعلق فرد در گروه های اجتماعی اطلاق می شود که اساسا از طریق روابط اجتماعی با همسر، خانواده ها، مشارکت در سازمان ها و تماس با دوستان مورد ارزیابی قرار می گیرد. حمایت اجتماعی ادراک شده بوسیله ارزیابی شناختی از مرتبط بودن به روش مطمئن با دیگران مشخص می گردد. اندازه گیری این نوع از حمایت شامل سوالاتی با این مضامین است که آیا فردی هست که موقع نیاز به او اعتماد کنند، از آنان مراقبت کند و یا آن ها را مورد حمایت عاطفی قرار دهد. در حمایت اجتماعی دریافت شده، افراد به طور مستقیم حمایت را دریافت و مشاهده می کنند و چگونگی سنجش آن بوسیله پرسشی مانند «آیا رفتار حمایتی مشخصی مثل قرض گرفتن پول یا گوش دادن به سخنان او توسط دوستی را دریافت کرده است؟» می باشد (Lunsky et al, ۲۰۰۱:۷۷-۸). برخی از محققان اعتقاد دارند که میزان حمایت دریافت شده در مقایسه با ادراک فرد از اینکه هر زمان نیاز به حمایت و کمک داشت، از طرف دیگران با پاسخ مثبت روبرو خواهد شد، دارای اهمیت کمتری در بهزیستی می باشد و نوع ادراکی آن متضمن نوعی منفعت پایدار و مطمئن برای افراد است (Rudkin et al, ۲۰۰۲).

نظریه های جامعه شناختی و سلامت روان: نوع نگرش رویکردهای جامعه شناختی به پدیده سلامت روان و اختلالات روانی از

۱۵ Cassel & Cobb ۱۶ Social integration ۱۷ Perceived social support
۱۸ Received social support

سایر رشته های علمی متمایز بوده و تمرکز اصلی بر عوامل خارجی هم چون محیط زیست، سازمان های موجود در جامعه و شرایط اجتماعی فرد می باشد. به عبارتی دیگر در این گونه مطالعات، هدف تعیین موقعیت ساختار اجتماعی جامعه ای است که افراد در معرض اختلالات روانی در آن قرار دارند و منحصرأ به مشخص ساختن خصوصیات جنبه های مختلف جامعه، چگونگی روابط بین فردی و فعالیت های هنجاری مؤثر بر بهزیستی پرداخته می شود (Horwitz, ۱۹۹۹:۱۶۱). در ادامه به سه رویکرد اساسی در این ارتباط پرداخته می شود.

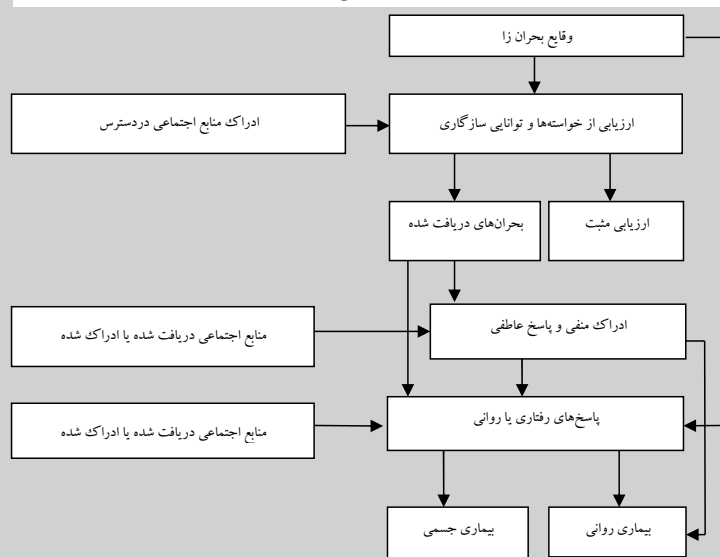
۱- تئوری فشار روانی: در تحقیقات جامعه شناختی پیرامون سلامت روان، بیماری روانی را به عنوان نتیجه مواجهه با فشارهای روانی محیطی شدید در نظر می گیرد. محققانی که در زمینه فشار روانی مطالعه و تحقیق می نمایند، بر روابط مابین فشار روانی و روش های سازگاری و همچنین بر توزیع نابرابر فشارهای مزمن و انواع منابع سازگاری در جمعیت تمرکز داشته و درمان بیماری های روانی را منوط به حذف یا کاهش عوامل بحرانزا، آموزش راهکارهای گوناگون سازگاری و هم چنین حفظ منابع شخصی افراد مبتلایان دانند. در این ارتباط نتایج مطالعه اولیه هولمز و راهه^{۲۰} (۱۹۷۶) پیرامون نقش عوامل بوجود آورنده فشار روانی در پدیدار شدن بیماری ها مؤید آن بود که شرکت کنندگانی که به سوال «آیا حوادث بحرانی متنوعی از قبیل مرگ یک خویشاوند نزدیک، طلاق، بیکاری و غیره را تجربه کرده اند؟» پاسخ مثبت داده و نمرات بالایی در زمینه تغییر در زندگی خود کسب نموده بودند، در دوره دو ساله بعدی، به یک بیماری ناشی از فشار روانی مبتلای شدند.

طبق دیدگاه نظریه جامعه شناختی، حمایت اجتماعی به پیوندهای اجتماعی، شبکه های

۱۹ Stress theory ۲۰ Holmes & Rahe

بیماری‌های جسمی نیز نقش ایفاء می‌کند. محققان در تبیین شرایطی که انواع مختلف حمایت اجتماعی بر سلامت جسمی و روانی تأثیر می‌گذارند، دو نمونه مختلف ارائه کرده‌اند: الف- نمونه میانجی فشار روانی^{۲۲} که بر طبق آن حمایت اجتماعی به عنوان یک متغیر میانجی با فشار روانی در تعامل بوده و تأثیرات آن بوسیله سطوح بالای حمایت اجتماعی متعادل می‌شود (Ivancevich & Ganster, ۱۹۸۶:۸۷).

شکل ۱- الگوهایی که تأثیر حمایت اجتماعی بر پاسخ‌ها به حوادث بحران را نشان می‌دهند.



شکل شماره ۱، تأثیر حمایت اجتماعی در پاسخ‌های معین فرد به شرایط بالقوه بحران‌زا را نشان می‌دهد. طبق این الگو، حمایت اجتماعی از پاسخ‌های نامناسب به شرایط بحرانی که موجب بیماری می‌شود، جلوگیری می‌کند.

حمایت به صورت مختلف در زنجیره علت و معلولی عواملی که باعث بوجود آمدن فشار روانی و بیماری می‌شوند، تأثیر گذاشته و با فراهم کردن منابع لازم برای تعریف مجدد از یک وضعیت بالقوه آسیب‌زا، موجب تقویت توانایی سازگاری فرد با خواسته‌های تحمیلی می‌گردد که در نتیجه آن، از اینکه او شرایط خاص را پرتنش تخمین زند، جلوگیری می‌شود.

از سوی دیگر در دسترس بودن افراد جهت گفتگو و تعاملات در مورد مشکلات و مسائل باعث کاهش افکار ناخوانده ای خواهد شد که موجب ماندگاری پاسخ‌های ناسازگارانه به وقایع بحران‌زا می‌گردد. (Cohen et al, ۲۰۰۰: ۱۳-۴).

ب- نمونه تأثیر اساسی یا مستقیم^{۲۳} بیان می‌دارد، منابع اجتماعی اثر مفید غیرقابل انتظاری بر افراد تحت فشار روانی دارند. به عبارتی دیگر، افراد عضو در یک شبکه اجتماعی مشمول کنترل اجتماعی و فشار از طرف همسالان خود بوده که این وضعیت رفتارهای بهنجار سلامتی را به

۲۲ Stress-Buffering Model ۲۳ Main Effect Model

اجتماعی، تماس اجتماعی هدفمند و در دسترس بودن افراد مطمئن و همراه دلالت داشته و اینگونه تعلقات و ارتباطات اجتماعی با دیگران برای برخورداری از سلامت روانی لازم و ضروری است. زیربنای منطقی این رویکرد بیان می‌دارد که شبکه‌های ارتباطی فرصت‌هایی را بوجود می‌آورند که به واسطه آن حمایت اجتماعی در دسترس و قابل استفاده می‌گردد. دوستان و خانواده حمایت کننده، افراد را هم در سازگاری با فشار روانی و هم در اجتناب از در معرض عوامل فشارزای بیشتر قرار گرفتن محافظت می‌نمایند (Balaji et al, ۲۰۰۷: ۱۳۸۹).

تبیین رایج در مورد حمایت اجتماعی، تأکید بر آن به عنوان عاملی در جهت کاهش اثرات حوادث ناگوار زندگی بر بهداشت و سلامت روانی است که فقدان آن اثرات منفی چنین تجاربی را افزایش می‌دهد. براون^{۲۱} از جمله کسانی است که نظریه دسترسی به حمایت اجتماعی را به عنوان یک متغیر مداخله‌ای بین فشار روانی و بیماری روانی دنبال کرد و نتایج تحقیقات او حاکی از تعامل فشار روانی، حمایت اجتماعی و بیماری می‌باشد. بدین صورت که حمایت اجتماعی می‌تواند، آثار فشار روانی را کم کند و اخیراً بحث می‌شود که چه فشار روانی باشد چه نباشد، شاید حمایت اجتماعی پیش‌بینی کننده خوبی برای سلامت روانی خوب و نبود آن نشانه سلامت و بهداشت روانی ضعیف باشد (کوکرین، ۱۳۷۶: ۱۴۱-۱۳۹).

۱-۱ چگونگی تأثیر روابط اجتماعی

بر سلامتی: به طور کلی حمایت اجتماعی از طریق نفوذ بر احساسات، ادراکات و رفتارها و هم چنین با تنظیم پاسخ‌ها به این سیستم‌ها و جلوگیری از واکنش‌های شدید در ارتباط با اختلال عملکرد بر سلامت روانی تأثیر می‌گذارد. حمایت اجتماعی در موارد پیشگیری از خطر، پیشرفت و بهبودی

۲۱ Brown

دنبال خواهد داشت. همچنین مشارکت در یک شبکه اجتماعی منبعی از تأثیرات مثبت مانند احساس توانایی، پیش بینی موقعیت‌ها، عزم و اراده، تعلق خاطر و امنیت برای فرد فراهم می‌کند که با تأثیر بر رفتارهای مرتبط با سلامتی، به فرد کمک می‌کند تا از شرایط بحران‌زا و خطرناک دوری یا آن‌ها را به حداقل برساند (کوهن و همکاران، ۲۰۰۰: ۱۱-۱۰).

۲- نظریه برچسب یا واکنش اجتماعی^{۲۴}: منطقی‌ترین و متفاوت‌ترین رویکردی که نسبت به الگوی طبیی اختلالات روانی ارائه شده است، توسط جامعه‌شناسان و با استفاده از یکی از نظریه‌های روان شناختی اجتماعی تحت عنوان نظریه تعامل گرایی نمادین بوده است که بر طبق آن جوهره آدمی، ذهنیت و خویشتن او مفروضاتی زیستی نیستند بلکه ناشی از فرآیندهای تعامل انسانی می‌باشند. بر طبق این نظریه برچسب تعریفی است که برای تعیین شخصیت فرد بکار برده می‌شود و نتیجه آن انگي است که به موجب آن شخص به عنوان عنصری نامطلوب مشخص گردیده، از او دوری گزیده و یا طرد می‌گردد و پیامدهای جدی برای هویت شخصی دارد (Horwitz, ۱۹۹۹: ۱۳۹). در بطن نظریه برچسب این فرض وجود دارد که به محض برچسب خوردن یک فرد واکنش‌های دیگران نسبت به او و نهایتاً ادراک او از خودش به گونه‌ای ثابت و دائمی تغییر می‌کند (کوکرین، ۱۳۷۶: ۱۸۲).

۳- نظریه فشار ساختاری^{۲۵}: این نظریه ساختارهای کلان در نظام اجتماعی و اقتصادی را باعث پیدایش اختلالات روانی یا بستری شدن در بیمارستان روانی برای گروه‌هایی خاص در نظر می‌گیرد. برای مثال شرایط سخت اقتصادی می‌تواند، موجب تجربه بیشتر عوامل بحران‌زاد زندگی افراد شود و به دنبال آن بیماری روانی ظاهر گردد. لیگتن^{۲۶} (۱۹۵۹) در مطالعه خود

۲۴ Labeling or Social Reaction Theory ۲۵ Structural Strain Theory ۲۶ Leighton

در مورد جوامع سواحل کانادا که در میزان عدم الحاق اجتماعی تفاوت داشتند، بر فقدان الحاق در روابط اجتماعی در درون اجتماع یا در روابط خصوصی‌تر و صمیمی‌تری از قبیل خانواده به عنوان پیش‌بینی کننده‌های اصلی بیماری روانی تأکید کرده است (Horwitz, ۱۹۹۹: ۲۴۲). بر طبق نظر شولارز^{۲۷} نیز همبستگی اجتماعی، نوعی از حمایت اجتماعی را برای افراد فراهم می‌کند که امکان پیشگیری از شرایط بحرانی را قبل از وقوع آن میسر می‌سازد (Vange- ۲۰۰۹: ۴۶). از سوی دیگر در یکصد سال پیش دور کیم با ارائه نظریه خودکشی، تأثیر الحاق اجتماعی بر بهزیستی را مورد بررسی قرار داد و دریافت که میزان خودکشی در افرادی که روابط اجتماعی کمتری داشته‌اند، از فراوانی بیشتری برخوردار بوده است. وی همچنین نتیجه گرفت که روابط اجتماعی از قبیل ازدواج، روابط والدینی، اعتقادات مذهبی و اشتغال سلامت را بهبود می‌بخشد و از میزان خودکشی می‌کاهد و با ایجاد حس هدفمند بودن در زندگی، مجموعه‌ای از موانع و قیود یا کنترل‌هایی را بر رفتار افراد ایجاد می‌نماید (Horwitz, ۱۹۹۹: ۲۴۲).

۲۷ Shoulars

روش

افراد نمونه در این پژوهش توصیفی، ۹۷ نفر از مبتلایان به اختلال هویت جنسی (جوای تغییر جنسیت) مراجعه کننده به مرکز مداخله در بحران نواب صفوی از تاریخ ۱۱ مرداد ماه سال ۱۳۸۹ تا شهریور ماه ۱۳۹۰ می‌باشند که به شیوه نمونه گیری در دسترس از داوطلبان شرکت در این مطالعه انتخاب شده‌اند. ترکیب سنی آنان از ۱۸ تا ۵۷ سال با میانگین ۲۸/۹۱ و انحراف معیار ۷/۷۳ می‌باشد و بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۲۶-۲۱ با ۳۲ درصد است.

ابزار جمع آوری داده‌ها شامل سه بخش: پرسشنامه ۲۸ سئوالی سلامت عمومی^۱ استاندارد شده، حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی استاندارد شده و سئوال‌ات مرتبط با خصوصیات فردی-اجتماعی افراد شرکت کننده می‌باشد. پرسشنامه سلامت عمومی وضعیت روانی فرد را یک ماه اخیرسنجیده و به منظور تشخیص نشانه‌های خفیف روانی از قبیل افسردگی، اضطراب، علائم جسمانی (خودبیمارانگاری) و کارکرد اجتماعی در موقعیت‌های مختلف به کار برده شده است که دارای چهار مقیاس فرعی با هفت پرسش می‌باشد. در هر مقیاس کسب نمره ۶ به بالا وجود اختلال و در مجموع کل مقیاس‌ها اخذ نمره ۲۲ به بالا بیانگر علائم مرضی و نمره کمتر بیانگر سلامت روانی بهتر است. ضمناً در این پژوهش از روش نمره گذاری لیکرت استفاده شده است. میزان اعتبار درونی این پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ می‌باشد. مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی (MSPSS)^۲ نیز یک ابزار ۱۲ عبارتی است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی تهیه شده است.

۱ Goldberg & Hillier, 1979 ۲ Multidimensional Scale of Perceived Social Support

این مقیاس میزان حمایت اجتماعی ادراک شده توسط آزمودنی را در هر یک از ۳ حیطه ذکر شده می‌سنجد و دارای ۳ زیر مقیاس خانواده، دوستان و افراد مهم است. دامنه نمره کلی در این آزمون از ۱ تا ۸۴ و در زیر مقیاس‌ها از ۱ تا ۲۸ می‌باشد. نمره بالا در این مقیاس و هر کدام از زیر مقیاس‌ها بیانگر سطح بالای حمایت اجتماعی است. به بیان دیگر، کسب نمره ۴۳ و بیشتر در مقیاس حمایت اجتماعی حاکی از برخورداری و کمتر از آن عدم برخورداری از حمایت اجتماعی می‌باشد. در زیر مقیاس‌ها نیز بدست آوردن نمره بیشتر از ۱۶ توسط آزمودنی بیانگر برخورداری و کمتر از آن عدم برخورداری از حمایت می‌باشد. میزان اعتبار درونی هم از طریق الفای کرونباخ ۰/۸۹ می‌باشد. جهت تجزیه تحلیل داده‌ها از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون،

هم‌خوانی مجذور کای و آنالیز واریانس یک طرفه توسط نرم افزار آماری SPSS-۱۵ استفاده شده است.

لازم به ذکر است که این پژوهش با مجوز صادره از سوی سازمان بهزیستی تهران به شماره ۱۵/۸۹۰/ح/۲۵۶۹۰، مورخ ۱۳۸۹/۰۵/۰۹ و با رضایت آگاهانه و داوطلبانه افراد نمونه اجرا گردیده است و هیچگونه اجباری از جانب پژوهشگران بر افراد شرکت کننده در این مطالعه وجود نداشته و این حق برای آنان لحاظ گردیده بود که در صورت عدم علاقه، از ادامه کار انصراف دهند. هم چنین ضمن در نظر داشتن اصل رازداری، به آنان این اطمینان خاطر داده شد که هیچگونه نام و یا اطلاعات شخصی از ایشان منتشر نخواهد گردید. رعایت صداقت در تمام مراحل پژوهش نیز به عنوان یک اصل مورد عنایت کامل بوده و در استفاده از منابع، تجزیه و تحلیل داده‌ها، ارائه اطلاعات و داده‌ها هم این مهم لحاظ گردیده است. احترام به شخصیت، رفتار و باور افراد جویای تغییر جنسیت بدون توجه به وضعیت و مشکلات آنان از دیگر مواردی است که پژوهشگران آن را مورد توجه قرار داده‌اند. از سوی دیگر، محققان در تمام مراحل کار سعی نموده‌اند که هیچگونه ضرر و زیانی متوجه آزمودنی‌ها نگردد و نتایج پژوهش بتواند، برای آنان سودمند بوده و به ارتقاء کیفی زندگی آن‌ها و شناخت هر چه بهتر مشکلات آن‌ها کمک نماید.

یافته‌ها

با توجه به داده‌های مندرج در جدول شماره یک (مشخصات فردی-اجتماعی آزمودنی‌ها)، جنسیت ۵۸/۸ درصد از افراد نمونه مرد به زن و ۴۱/۲ درصد زن به مرد بوده است، اکثر آن‌ها دارای دیپلم (۴۲/۳) و ۳۳ درصد هم بالاتر از دیپلم و همچنین از این تعداد ۹۳/۸ درصد مجرد می‌باشند. ۷۶/۳ درصد از آنان بیکار بوده و از این تعداد ۴۷/۴ درصد منبع تامین در آمدشان توسط خانواده و سایرین توسط اقوام و دوستان و همچنین افراد دیگر بوده است. ۶۰/۸ درصد هم دارای منزل استیجاری هستند. از بین افراد نمونه، ۲۳/۷ درصد عمل تغییر جنسیت انجام داده و ۵/۲ درصدی که ازدواج کرده‌اند نیز بعد از عمل زندگی مشترک خود را آغاز کرده‌اند که جنسیت آنان ۲ نفر مرد به زن و ۳ نفر زن به مرد بوده است و دو نفر هم دارای فرزند می‌باشند. همچنین بررسی یافته‌ها در زمینه سلامت روان حاکی از آن است که آزمودنی‌ها در مقیاس‌های فرعی خود بیمار انگاری ۵۱/۵ درصد، در مقیاس اختلال اضطرابی ۵۲/۶ درصد، در مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی ۶۱/۹ درصد و در مقیاس افسردگی ۳۹/۲ درصد دارای اختلال ≥ 7 و ۴۷ درصد دارای نمره مساوی ۷ و بالاتر بوده‌اند. این میزان از نمرات در هریک از این مقیاس‌های فرعی نشان دهنده وجود اختلال در آنان می‌باشد (جدول شماره ۲).

جدول (۱) توزیع فراوانی مشخصات فردی-اجتماعی آزمودنی‌ها

متغیر	فراوانی	درصد	متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	زن به مرد	۴۰	وضعیت	مجرد	۹۱
	مرد به زن	۵۷	تاهل	متاهل	۵
گروه سنی	۱۵-۲۰	۱۰	وضعیت اشتغال	مطلقه	۱
	۲۱-۲۶	۳۱		شاغل	۲۲
	۲۷-۳۲	۲۹	نوع مسکن	بیکار	۷۴
	۳۳-۳۸	۱۵		بدون پاسخ	۱
سطح تحصیلات	۳۹ به بالا	۱۰	عمل تغییر جنسیت	شخصی	۱۶
	بدون پاسخ	۲		استیجاری	۵۹
	ابتدایی	۱		منزل پدری	۴
	سیکل	۱۲		سایر موارد	۱۱
	دیپلم	۴۱	تأمین درآمد افراد بیکار	بدون پاسخ	۷
	فوق دیپلم	۹	اختلال	افسردگی	۳۸
تأمین درآمد افراد بیکار	خانواده	۴۶		اختلال در عملکرد اجتماعی	۶۰
	اقوام و دوستان	۱۴		اضطراب	۵۱
	سایر موارد	۱۴		خود بیمار انگاری	۵۱
	بدون پاسخ	۲۵		اختلال	۴۷

جدول (۲) فراوانی نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس‌های فرعی سلامت روان

نمرات کسب شده	فراوانی	درصد	نمرات کسب شده	فراوانی	درصد
دارای اختلال ≥ 7	۵۰	۵۱/۵	دارای اختلال ≥ 7	۵۰	۵۱/۵
سالم < 7	۴۷	۴۸/۵	سالم < 7	۴۷	۴۸/۵
جمع کل	۹۷	۱۰۰	جمع کل	۹۷	۱۰۰
میانگین	۷/۱۵	۸/۰۰	میانگین	۷/۱۵	۸/۰۰
انحراف معیار	۴/۶۱۳	۵/۲۷۴	انحراف معیار	۴/۶۱۳	۵/۲۷۴

در ارتباط با کسب نمره کل در آزمون سلامت روانی توسط آزمودنی‌ها، ۴۵/۴ درصد نمره کلی کمتر از ۲۲ و ۵۴/۶ درصد دیگر از این افراد نمره مساوی با ۲۲ و بالاتر را کسب کرده‌اند که نشانگر وجود اختلال مرضی در آنان است (جدول شماره ۳).

از سوی دیگر، در ارتباط با متغیر حمایت اجتماعی، ۲۴/۷ درصد از افراد نمره کل کمتر از ۴۳ و ۷۵/۳ درصد هم نمره مساوی با ۴۳ و بیشتر را کسب کرده‌اند (جدول شماره ۳). به عبارتی دیگر ۲۴/۷ درصد از آنان از حمایت اجتماعی ادراک شده برخوردار نبوده‌اند.

همچنین افراد نمونه در زیر مقیاس‌های حمایت خانواده با ۴۸/۵ درصد، در زیر مقیاس حمایت دوستان با ۶۷ درصد و در زیر مقیاس حمایت افراد مهم با ۷۴/۲ درصد نمره بالاتر از ۱۶ بدست آورده‌اند (جدول شماره ۴).

میانگین نمرات کسب شده در زیر مقیاس حمایت خانواده ۱۶/۰۲، حمایت دوستان ۱۸/۶ و حمایت افراد مهم ۱۹/۷۷ می‌باشد. بدین ترتیب از کل افراد نمونه ۲۴/۷ درصد از هیچگونه حمایتی برخوردار نبوده‌اند و در بین ۷۵/۳ درصد دیگر، به ترتیب حمایت افراد مهم و خاص، دوستان و در نهایت خانواده نقش داشته است. برای تعیین معنادار بودن تفاوت مشاهده شده در میانگین‌های سه زیرمقیاس حمایت اجتماعی، از آزمون تحلیل واریانس (ANOVA) درون موردی تک فاکتوری استفاده شده و نتیجه $(F(1/96)=7/011, p<0/009)$ بیانگر معنادار بودن تفاوت بین میانگین‌های حمایت خانواده، دوستان و افراد مهم و نیز تأکیدی بر نقش حمایتی افراد مهم یا خاص در زندگی افراد جویای تغییر جنسیت می‌باشد.

داده‌های موجود در جدول شماره ۵ نیز بیانگر نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین متغیر سلامت روان و ۴ مقیاس فرعی آن با حمایت اجتماعی می‌باشد. بر این اساس،

جدول (۳) فراوانی نمرات کل کسب شده توسط آزمودنی‌ها در دو متغیر سلامت روانی و حمایت اجتماعی							
نمرات کل	سالم >۲۲	دارای اختلال ≥ 22	عدم برخورداری >۴۳	≥ 43 برخورداری	متغیر	فراوانی	درصد
سلامت روانی	۴۴	۴۵/۴	۵۳	۵۴/۶	فراوانی	درصد	درصد
حمایت اجتماعی	-	-	-	-	فراوانی	درصد	درصد
میانگین	۲۹/۲۱	۵۳/۵۶	۲۴	۲۴/۷	۷۵/۳	۷۳	
انحراف معیار	۱۷/۸۹	۱۵/۷۳					

جدول (۴) فراوانی نمرات کسب شده توسط آزمودنی‌ها در زیر مقیاس‌های حمایت اجتماعی							
حمایت اجتماعی	خانواده	دوستان	فرد مهم و خاص	نمرات کسب شده	فراوانی	درصد	درصد
برخورداری: >16	۴۷	۴۸/۵	۶۵	۶۷	۷۲	۷۴/۲	
عدم برخورداری: ≤ 16	۵۰	۵۱/۵	۳۲	۳۳	۲۵	۲۵/۸	
جمع کل	۹۷	۱۰۰	۹۷	۱۰۰	۹۷	۱۰۰	
میانگین	۱۶/۰۲	۱۸/۲۶	۱۹/۷۷				
انحراف معیار	۷/۱۸۶	۶/۷۳۵	۶/۲۷۲				

جدول (۵) نتایج آزمون‌های ضریب همبستگی بین متغیرهای حمایت اجتماعی و سلامت روانی		
حمایت اجتماعی	آزمون ضریب همبستگی پیرسون	متغیرها
سلامت روانی	$P<0/01$	سطح معنا داری P-value
علائم جسمانی	$P<0/01$	میزان ضریب همبستگی
علائم اضطرابی و اختلال خواب	$P<0/01$	
علائم کارکرد جسمانی	$P<0/01$	
علائم افسردگی	$P<0/01$	

جدول (۶) نتایج آزمون همخوانی مجذور کای بین سلامت روانی و متغیرهای فردی-اجتماعی				
سلامت روانی	آزمون همخوانی مجذور کای	میزان مجذور کای	سطح معنا داری	درجه آزادی
گروه سنی	۱۳/۶۶۶	$P<0/379$	۴	۰/۳۷۹
جنسیت	۱۰/۵۹۳	$P<0/001$	۱	۰/۳۳۰
تحصیلات	۹/۱۶۰	$P<0/027$	۳	۰/۳۰۷
نوع مسکن	۱۰/۷۵۱	$P<0/030$	۴	۰/۳۳۳
وضعیت اشتغال	۴/۰۹۹	$P<0/043$	۱	۰/۲۰۷
عمل تغییر جنسیت	۸/۲۰۲	$P<0/017$	۲	۰/۲۹۱

جدول (۷) نتایج آزمون همخوانی مجذور کای بین متغیر حمایت اجتماعی و متغیرهای فردی-اجتماعی				
حمایت اجتماعی	آزمون همخوانی مجذور کای	میزان مجذور کای	سطح معنا داری	درجه آزادی
جنسیت	۷/۹۴۵	$P<0/005$	۱	۰/۲۸۶
عمل تغییر جنسیت	۸/۲۰۲	$P<0/011$	۲	۰/۲۱۳

بین سلامت روانی آزمودنی‌ها و حمایت اجتماعی ادراک شده ارتباط معناداری ($r = -0.532$, $p < 0.01$) وجود دارد.

افراد مورد مطالعه با کسب نمرات بیشتر در سلامت روانی، در وضعیت بحرانی قرار داشته و به این دلیل، عدم دریافت حمایت اجتماعی مساوی با کسب نمره بالا در سلامت روانی بوده و عمل ارتباط بین این دو متغیر معکوس و ضریب همبستگی هم منفی است. ارتباط بین نمرات افراد در مقیاس‌های خود بیمار انگاری ($r = -0.406$)، اختلال اضطراب ($r = -0.398$)، اختلال در عملکرد اجتماعی ($r = -0.442$) و افسردگی ($r = -0.576$) با حمایت اجتماعی نیز معنادار می‌باشد.

نتایج آزمون مجذور کای بین متغیر سلامت روانی و مشخصات فردی- اجتماعی افراد جویای تغییر جنسیت (جدول شماره ۶) نیز حاکی از ارتباط معنادار بین این متغیر با متغیرهای گروه سنی، جنسیت، تحصیلات، نوع مسکن، وضعیت اشتغال و عمل تغییر جنسیت در سطح ۰/۰۵ درصد می‌باشد. بدین ترتیب ۶۸ درصد از گروه دارای جنسیت مرد به زن و ۳۵ درصد از گروه جنسیت زن به مرد دارای اختلالات مرضی بوده (در مقیاس‌های فرعی نیز میزان اختلال مرد به زن‌ها بیشتر بوده است). همچنین ۱۰۰ درصد از آنانی که با خانواده خود زندگی می‌کنند و از افرادی هم که زندگی مستقل دارند؛ ۴۷/۵ درصد مستاجران و ۵۶ درصد صاحبان منازل شخصی، دچار اختلال مرضی می‌باشند. افراد بیکار نیز ۶۰/۸ درصد فراوانی بیشتری نسبت به شاغلین (۳۶/۴ درصد) از نظر اختلال مرضی دارند. در زمینه تحصیلات و گروه سنی نیز دیپلمه‌ها و آنانی که دارای مدرک فوق دیپلم هستند با ۶۸ درصد و گروه سنی ۲۰-۱۵ سال با میزان ۱۰۰ درصد، بیشترین فراوانی را از نظر ابتلاء به

اختلالات روانی در گروه خود دارا می‌باشند و با افزایش سن از میزان این اختلالات کاسته شده است. در این ارتباط افراد با تحصیلات ابتدایی و سیکل با ۵۳/۸ درصد، لیسانس و بالاتر با ۳۹/۱ درصد در مراتب بعدی قرار می‌گیرند. ضمناً کسانی که عمل تغییر جنسیت انجام داده‌اند با ۳۹/۱ درصد کمترین میزان اختلال را در مقایسه با دیگر آزمودنی‌ها داشته‌اند.

در نهایت متغیر حمایت اجتماعی از بین متغیرهای فردی- اجتماعی منحصر با دو متغیر جنسیت و عمل تغییر جنسیت ارتباط معنادار دارد و در افراد دارای جنسیت مرد به زن میزان عدم بهره مندی از حمایت اجتماعی ۳۵/۱ درصد است در حالی‌که در گروه زن به مرد این رقم به ۱۰ درصد می‌رسد. در زیر مقیاس‌های حمایت اجتماعی هم مردان نسبت به زنان از حمایت بیشتری از طرف افراد مهم (۸۰ درصد)، دوستان (۷۷/۵) و خانواده (۶۵) برخوردار هستند. افرادی که عمل کرده‌اند نیز به میزان ۸۷ درصد از حمایت اجتماعی برخوردار بوده‌اند که فقط با زیر مقیاس حمایت دوستان دارای ارتباط معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر تأکیدی بر مطالعات انجام شده در حوزه سلامت و بهداشت روان و تأثیرات اساسی است که حمایت اجتماعی در حفاظت از سلامت افراد و ایجاد رفتارهای تطابقی در شرایط بحرانی دارد. در این تحقیق، آزمودنی‌های جویای تغییر جنسیت که از حمایت اجتماعی ادراک شده برخوردار بودند، از نظر روانی اختلالات کمتر و سلامت روانی بهتری داشته‌اند. در این ارتباط هورویتز (۱۹۹۹) معتقد است، حمایت دوستان و خانواده، افراد را هم در سازگاری با فشار روانی و هم در اجتناب از در معرض عوامل فشارزای بیشتر قرار گرفتن محافظت می‌نماید. از طرفی بالاجی و همکاران (۲۰۰۷) هم در نتایج پژوهش خود بر نیاز انسان به تعلق به گروه‌های اجتماعی، برقراری ارتباط با خانواده، دوستان و دیگران برای داشتن یک زندگی شاد و هدفمند تأکید کرده‌اند. جکسون (۱۹۹۲) نیز حمایت اجتماعی را به عنوان عاملی در جهت کاهش اثرات حوادث ناگوار زندگی بر بهداشت روانی مطرح کرده و اظهار می‌دارد، فقدان حمایت اجتماعی اثرات منفی چنین تجاربی را افزایش می‌دهد. در این مطالعه، حمایت اجتماعی در اختلالاتی هم چون خود بیمار انگاری، اختلال اضطرابی و خواب، افسردگی و عملکرد اجتماعی نقش محافظتی قابل توجهی داشته است. در این زمینه، متغیرهای فردی- اجتماعی همچون جنسیت، سن، تحصیلات و وضعیت اشتغال شایان توجه بوده و با برخورداری از سلامت روانی ارتباطی معنادار داشته‌اند که با یافته‌های دورنوند و دورنوند (۱۹۶۹) در زمینه تأثیر بعضی از جنبه‌های محیط اجتماعی از قبیل تغییرات اقتصادی و بیکاری بر سلامت روانشناختی افراد همخوانی داشته است.

یافته‌ها همچنین گویای وجود سلامت روانی بهتر در افراد جویای تغییر جنسیت زن به مرد در مقایسه با وضعیت سلامت روانی افراد مرد به زن بوده است. بر طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۱) از جنسیت، اگر نقش‌های اجتماعی، رفتار، فعالیت‌ها و ویژگی‌هایی که یک جامعه برای زنان و مردان مناسب در نظر می‌گیرد، به نابرابری‌های جنسیتی منجر شده و به طور سیستماتیک

با جنسیت مرد به زن (دی کوپر، ۱۹۹۵) و جوانان (کیم و همکاران، ۲۰۰۶) جویای تغییر جنسیت اشاره کرده‌اند.

همچنین افراد بیکار در این مطالعه از سطح سلامت روانی مناسب برخوردار نبوده و کسانی که در زمان انجام این تحقیق با خانواده خود زندگی می‌کرده‌اند، بیشترین میزان اختلالات (۱۰۰ درصد) را گزارش کرده‌اند. این یافته مهم بیانگر عدم ارتباط صحیح و موثر خانواده‌ها با این افراد است. در این ارتباط، در نظریه فشار ساختاری بر تأثیرات محیط اجتماعی از جمله بیکاری بر سلامت روانشناختی افراد تأکید شده و نظریه فشار روانی نیز بر خورداری از یک زندگی شاد و هدفمند را متضمن وجود خانواده، گروه‌های اجتماعی و ارتباط با دیگران در نظر می‌گیرد. همانگونه که مطالعات دیگر (کوکرین، ۱۳۷۶) در این مورد تأکید کرده‌اند، عدم بهره‌مندی از آثار مفید و ارزشمند روابط والدینی در مهمترین مراحل زندگی که افراد معمولاً با بحران‌های بلوغ و هویت مواجه می‌گردند، فشارهای روانی مضاعفی را بر افراد جویای تغییر جنسیت تحمیل می‌کند. در نتیجه به دلیل فقدان روابط منسجم و موثر، آنان از روش‌های سازگاری با موقعیت خود و کاهش جوانب بحران‌های موجود برای داشتن سلامت روانی مناسب بی‌نصیب می‌مانند.

نکته برجسته دیگر در این پژوهش، زنان جویای تغییر جنسیت به مرد از حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتری در مقایسه با مردان جویای تغییر جنسیت به زن برخوردار بوده و آنانی که موفق به انجام عمل تغییر جنسیت شده‌اند نیز حمایت بیشتری را نسبت به بقیه داشته‌اند. مهمترین منبع حمایت برای افراد جویای تغییر جنسیت افراد مهم و خاص بوده، سپس دوستان و در مرتبه سوم خانواده قرار داشته است. در نهایت مسئله حائز اهمیت و قابل توجه، شرایط فردی-اجتماعی و روانی نامناسب افراد جویای تغییر جنسیت است به طوری که درصد قابل توجهی از آنان از سطح سلامت روانی مناسبی برخوردار نبوده و اکثراً بیکار، مجرد و مستاجر می‌باشند. گرچه اکثراً از حمایت اجتماعی ادراک شده برخوردار بوده‌اند که به نظر می‌رسد، مراجعه به بهزیستی برای دریافت خدمات اجتماعی هم به دلیل این حمایت‌ها باشد اما شرایط مردان جویای تغییر جنسیت به زن وخیم‌تر از گروه دیگر است و تعداد شاغلین آنان کمتر، مجردان بیشتر و تعداد افرادی که موفق به انجام عمل تغییر جنسیت شده‌اند نیز نسبت به افراد با جنسیت زن به مرد کمتر است. در عین حال، آنان کمترین میزان بهره‌مندی از حمایت اجتماعی ادراک شده را هم داشته‌اند، مسأله‌ای که لازم است در زمان تصمیم‌گیری‌ها، طرح‌ریزی برنامه‌ها و سیاست‌گذاری‌های کلان مد نظر بوده و برای تصحیح و محو نابرابری‌های جنسیتی تلاش شود.

منافعی را برای یک جنس خاص در بر داشته باشد، این گونه تبعیض‌ها منجر به بیماری‌هایی اعم از جسمی و روانی و عدم دسترسی مناسب به مراقبت‌های بهداشتی برای جنس دیگر خواهد شد. با در نظر گرفتن این موارد و وجود پیشداوری‌های منفی فرهنگی در جامعه ایرانی نسبت به زنان، به همراه مشکلات و مسائلی که این بیماران با توجه به وضعیت ویژه خود با آن مواجه هستند، وخیم‌تر بودن وضعیت بهداشت روانی گروه مرد به زن نسبت به جنسیت زن به مرد قابل توجه می‌باشد.

یکی دیگر از نتایج مهم این پژوهش، بیشتر بودن میزان اختلال در افراد دارای سنین بین ۱۵ تا ۲۰ سال (۱۰۰ درصد) می‌باشد که با افزایش سن، به تدریج از میزان آن کاسته شده است. دوره نوجوانی، یکی از بحرانی‌ترین مراحل زندگی افراد از نظر جنسی محسوب شده و از ویژگی‌های مهم این دوره شکل‌گیری هویت و نقش جنسی به عنوان بخشی از فرایند عمومی رشد جنسی نوجوان است. این تغییرات به طور طبیعی، نوجوان را در معرض تنش، اضطراب و ناپایداری در رفتارها قرار می‌دهد (لطف آبادی، ۱۳۸۰: ۸۵). در چنین شرایطی نوجوانان با اختلالات هویت جنسی، بحران و فشارهای مضاعفی را تجربه می‌کنند. از این روی نوجوانان جویای تغییر جنسیت در این مطالعه در مقایسه با سایر گروه‌های سنی، دارای بیشترین میزان اختلال بوده‌اند که برای گذر با سلامت از این دوران، نیازمند توجه ویژه عوامل گوناگون به خصوص ارتباط موثر و مفید با والدین، گروه همسالان و هم کلاسی‌ها، محیط آموزشی و فرهنگ و جامعه‌ای دارند که آنان متعلق به آن هستند. محققان دیگر هم در نتایج مطالعات مشابه خود، به میزان بیشتر اختلالات مرضی در افراد

پیشنهادهای

از آنجا که حمایت اجتماعی فراگیر و جامع در تمامی مراحل زندگی افراد جویای تغییر جنسیت و خانواده‌های آنان موجب کاهش بسیاری از عواقب جبران‌ناپذیر این پدیده، حفظ و صیانت از سرمایه اجتماعی کشور و هم چنین تسهیل

۴- پیش بینی و تامین بودجه، امکانات، مهارت‌ها و آموزش نیروهای مورد نیاز برای ارائه خدمات پیشگیری و تشخیص به موقع این پدیده.

۵- گسترش، توسعه و تقویت مراکز مداخله در بحران ارائه دهنده خدمات ویژه به افراد جویای تغییر جنسیت در مناطق و شهرها.

۶- ایجاد سیستم‌های حمایتی و شبکه‌های کمک رسانی، توسعه خدمات مشاوره‌ای و کمک به تشکیل گروه‌های خودیار.

در دسترسی به حقوق اساسی و بنیادین آنان به عنوان عضوی از جامعه خواهد شد، راهبردهای ذیل می‌تواند در قالب مداخله اجتماعی جامع و سازمان یافته موثر واقع شود:

۱- ارتقاء آگاهی‌های عمومی، شناخت دقیق و علمی پدیده تغییر جنسیت جویی و اطلاع رسانی صحیح و کافی به جامعه، خانواده‌ها، افراد و سازمان‌های ذیربط که به نوعی با این افراد در ارتباط هستند از طریق برگزاری نشست‌ها و گردهمایی علمی و کارگاه‌های آموزشی.

۲- آموزش تخصصی مربیان و معلمان در مهد کودک‌ها و مدارس در شناسایی به موقع و زود هنگام کودکان با این نوع اختلال و ارجاع آن‌ها به مراجع ذیربط برای دریافت خدمات تخصصی مورد نیاز.

۳- تصویب قوانین ویژه در جهت حمایت جامع از آنان.

منابع

1. American Psychological Association. (2006), Transgender Individuals and Gender Identity, The first edition, at: www.apa.org/topics/sexuality/transgender.pdf (4/11/2010).
2. Aron, Raymond. (1364), Main Currents in Sociological Thought, trans. Baqer Parham, Tehran: Entesharat va Amuzesh Publications.
3. Balaji, A.B. Claussen, A.H. Camille, Smith, D. Visser, S.N. & Johnson, Morales, M. (2007), Social Support Networks and Maternal Mental Health and Well-being, Journal of Women's Health, 16(10), 1386-96.
4. Boulder County. (2011), Mental Health Concerns for Transgendered People, at: www.bouldercounty.org/health/gbtig/pages/mentalhealthoftrans.aspx (14/05/2012).
5. Cochrane, Raymond. (1997), The Social Creation of Mental Illness, trans. Najarian B. & Barati Sede, Roshd publication, Tehran.
6. Cohen Kettenis, P.T. & Gooren, L.J. (1999), Transsexualism: A Review of Etiology, Diagnosis and Treatment, Journal of Psychosomatic Research, 46(4), 315-33.
7. Cohen, Sh. Underwood, Lynn, G. Gottlieb, Benjamin, H. (2000), Social Support Measurement an Intervention: A Guide for health and social scientists, Oxford University Press.
8. Decuypere, G. Janes, C. & Rubens, R. (1995), Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium, Journal of Acta Psychiatrica Scandinavica, 91(3), 180-4.
9. Horwitz, Allan, V & Scheid, Teresa, L. (1999), A Handbook for the Study of Mental Health Social Contexts, Theories, and Systems, Cambridge University press.
10. Ivancevich, J.M. Ganster, D.C. (1986), Job stress: From theory to suggestion, Haworth press, Amercia.
11. Javaheri, F. & Kochakian, Z. (2006), Gender Identity Disorders and its Social Aspects: The Case Study on Transsexuality in Iran, Journal of social welfare, 5(21), 265-92.
12. Kahani, A., Fakhri Shojae, P. (2001), Gender Identity Disorders of Transsexuals, Tayeb publications, Tehran.
13. Keyes, CL. Michalec, B. Emory, Univ. Kobau, R. Zahran, H. (2000), Social Support and Health Relate Quality of Life among older adults, Centers for disease control and prevention, Missouri.
14. Kim, T.S. Cheon, Y.H. Pae, C.U. Kim, J.J. Paik, I.H. & Lee, C. (2006), Psychological burdens are associated with young male transsexuals in Korea, Journal of Psychiatry and Clinical Neurosciences, 60 (4), 417-426.
15. Lotf Abadi H. (2001), Developmental Psychology2, Samt publications, Tehran.
16. Lunsy, Y & Benson Betsey, A. (2001), Perceived Social Support and Mental Retardation: A Social-Cognitive Approach, Journal of Cognitive Therapy and Research, 25 (1), 77-90.
17. Ma, J.C. (1997), A System Approach to the Social Difficulties of Transsexuals in Hong Kong, Journal of

Family Therapy. 19, 71-88.

18. Mehre No (2009), Gender Identity Disorders, Professional Journal of Welfare Organization, N°4, December, Tehran.

19. Michel, A. Mormont, C. & Legros, J. (2001), A psycho-endocrinological overview of transsexualism, European Journal of Endocrinology, 143, 365-367.

20. Nuttbrock, L. Rosenblum, A. & Blumenstein, R. (2002), Transgender Identity Affirmation and Mental Health, The International Journal of Transgenderness, at: <https://www.iiav.nl/eazines/web/ijt/97-03/numbers/sympoison/ijtvo06no0403.html> (15/08/2010).

21. Reisi, F. & Nasehi, A. (2004), Gender Identity Disorders, Nashr e Seda publications.

22. Rudkin, L. & Indrikovs, Ivonne-Marie. (2002), Social Support, Encyclopedia of Aging Encyclopedia.com, at: <http://www.encyclopedia.com/doc/1G2-3402200381.html>, 417-426 (13/02/2012).

23. Sadock, Benjamin J. & Kaplan, Harold J. (2005), Synopsis of Psychiatry, trans. Nosratolla Porafkari, Tehran, Shahr e Ab publications.

24. The Looking Glass Society. (1996), Transsexualism: a Primer, Second Edition, at: <http://www.looking-glass.greenend.org.uk/primer>.

25. Vangelisti A. L. (2009), Challenges in conceptualizing social support, Journal of social and Personal Relationships, 26, 39-51.

26. Walinder, J. (1967), Transsexualism: A study of forty-three cases, Goteborg: Scandinavian University Books, at: <http://tgmeds.org.uk/downs/transsexualism.pdf>.

27. World Health Organization. (2001), Gender, at: <http://www.who.int/topics/gender/en/index.html> (02/01/2010).

28. World Health Organization. (2001), Mental health problems: the undefined and hidden burden, at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs218> (13/11/2010).

29. World Health Organization. (2007), What is mental health, at: <http://www.who.int/features/qa/62> (13/11/2010).