

رابطه اختلال هویت جنسیتی با کیفیت زندگی

مجید موحد*، مرتضی حسین زاده کاسمانی**

مقدمه: اکثریت مردم از اوایل دوران کودکی هویت جنسی می‌یابند، اما در این بین افرادی هستند که از دوران کودکی رفتار جنس مقابل را از خود نشان می‌دهند و مسایل و مشکلات زیادی را در طول زندگی تجربه می‌کنند. هدف این مطالعه بررسی رابطه بین میزان اختلال هویت جنسی و کیفیت زندگی تراجنسی‌ها است.

روش: چارچوب نظری پژوهش نظریه سلسله مراتب مزلو می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه تراجنسی‌های ایران بوده که با توجه به مشکلات دسترسی، تعداد ۱۶۸ نفر از آنان حجم نمونه را تشکیل می‌دهند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته است.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش تفاوت معنادار میانگین اختلال هویت جنسی و کیفیت زندگی را در بین افراد عمل‌کرده و عمل‌نکرده نشان می‌دهد. در بین افراد عمل‌نکرده، اختلال هویت جنسی تنها با آسایش روانی و شاخص کل کیفیت زندگی رابطه معنادار دارد. اما در بین پاسخ‌گویان تغییر جنسیت داده، اختلال هویت جنسی با ابعاد کیفیت زندگی به غیر از «کیفیت محیطی» و شاخص کل کیفیت زندگی رابطه معناداری دارد.

بحث: بررسی یافته‌ها نشان می‌دهد تراجنسی‌هایی که نیازهای اولیه خود را تأمین کرده و به دنبال رفع نیازهای بالاتر هستند، از اختلال هویت جنسی‌شان به شدت کاسته شده و کیفیت زندگی‌شان به مراتب افزایش می‌یابد. این مسئله بیان‌گر متفاوت بودن سطوح کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال هویت جنسی با توجه به تفاوت سطح نیازهای آنان متفاوت می‌باشد.

کلید واژه‌ها: هویت جنسی، اختلال هویت جنسی، کیفیت زندگی، تراجنسی.

تاریخ پذیرش: ۹۰/۰۹/۲۷

تاریخ دریافت: ۸۹/۰۵/۲۳

* دکتر جامعه‌شناس، دانشگاه شیراز <mmovahed@rose.shiasu.ac.ir>

** کارشناس ارشد جمعیت‌شناسی

مقدمه

یکی از مهم‌ترین وجوه هویت انسانی، هویت جنسی^۱ است. این‌که انسانی زن نامیده شود یا مرد، پس از هستی و حیات او مهم‌ترین وجه شناسایی و ارزش‌گذاری هر فرد توسط خود و محیط پیرامون آن فرد است. پس این نقش‌ها به کودک آموخته شده و او را در جهت تقویت رفتارهای متناسب با جنسیت او تشویق می‌کنند. اما این فرایند طبیعی که در اکثریت موارد با موفقیت طی می‌گردد، در پاره‌ای موارد مسیر متفاوتی را می‌گذراند، به طوری که کودک در مورد تعلق خود به یکی از دو جنس دچار تردید شده یا کاملاً خود را متعلق به جنس مخالف جنسیت بیولوژیک خود می‌داند که در این وضعیت وی دچار اختلال هویت جنسی^۲ می‌شود. چنین وضعیتی معمولاً با رشد کودک ادامه می‌یابد و در مواردی نیز به قوت ادامه یافته و به حداکثر شدت خود یعنی تقاضای فرد برای تغییر مشخصات آناتومیک خود به صورت جنسیتی که فرد خود را متعلق به آن می‌داند، برسد به این دسته از افراد تراجنسی^۳ گفته می‌شود.

«تجربه افرادی که پیش از آن‌که با قرار گرفتن تحت عمل جراحی به زن تبدیل شوند، بخشی از زندگی خود را به عنوان مرد سپری کرده‌اند، نشان می‌دهد چگونه تصورات ما از دیگران به طور کلی پیرامون هویت جنسی شکل می‌گیرد. برای خانواده، دوستان و همکاران بسیار سخت است که کسی را که همیشه به عنوان مرد شناخته‌اند زن بنامند. این امر متضمن تغییرات عظیمی در رفتار و نگرش‌هاست» (کیدنز، ۱۳۸۶: ۱۹۲).

به عقیده جواهری (۱۳۸۵) پدیده تراجنسی‌گری^۴ و عمل تغییر جنسیت هر چند در ابتدا امری فردی به نظر می‌آید، اما این پدیده هم از نظر زمینه‌های شکل‌گیری و هم از نظر ابعاد اجتماعی - فرهنگی، پیامدهایی دارد. به نظر وی علی‌رغم این‌که شمار افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی نسبت به بیماران و مبتلایان به اختلالات دیگر اندک است، اما از

1- gender identity

2- gender identity disorder

3- transsexual

4- transsexualism

آنجا که این شرایط نظام شخصیتی و رفتاری و در نهایت سازگاری اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و می‌تواند به یک منبع بحران هویت تبدیل شود، بنابراین ضروری است که از دیدگاه جامعه‌شناسی مورد مطالعه قرار گیرد. اهمیت این مطالعه دوچندان می‌شود اگر این واقعیت مورد توجه قرار گیرد که در ایران موضوع نارضایتی از جنس و گرایش به تغییر جنس نه تنها برای مردم عادی بلکه برای دانشجویان و اساتید و مسئولین اجتماعی موضوعی نسبتاً ناشناخته است.

اختلال در پذیرش نقش جنسی یا اختلال هویت جنسیتی از جمله اختلالاتی است که افراد را دچار سردرگمی نموده و آن‌ها را از پذیرش و ارائه مسئولیت‌ها و حقوق و امتیازات اجتماعی محروم می‌دارد، چرا که اغلب افراد از پذیرش مردان زن‌نما یا زنان مردنما پرهیز می‌کنند. اختلال هویت جنسی مسیر زندگی فرد را دگرگون می‌کند، مشکلات فراوانی در تمامی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی ایجاد می‌کند، باعث افزایش احساس وابستگی، کاهش اعتماد به نفس، کاهش سرمایه اجتماعی و افزایش احساس آسیب‌پذیری در مبتلایان می‌شود. عملکردهای روزانه، فعالیت‌های اجتماعی و آرامش فکری را دچار نابسامانی می‌کند و باعث می‌شود مبتلایان به دیگران وابسته و نیازمند حمایت آنان گردند، به علاوه نتوانند در فعالیت‌های اجتماعی معمول شرکت کنند، تمامی این مشکلات به همراه درمان‌های مختلف، عوارض و هزینه‌های بالای درمان، کاهش کیفیت زندگی آن‌ها را در پی دارد.

در طول بیست سال اخیر، علاقه‌مندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش چشمگیری یافته است و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران مبتلا، به صورت یک هدف درآمده است (چایکوفسکی^۱، ۱۹۹۸). مشکلات و مسائل اشاره شده متعددی که افراد تراجنسی با آن دست به گریبان هستند، بررسی کیفیت زندگی آنان را ضروری می‌نماید. با توجه به موارد فوق‌الذکر این مطالعه با اهداف اساسی زیر انجام شده است:

- ۱- سنجش میزان اختلال هویت جنسیتی در میان افراد تراجنسی پاسخ‌گو
- ۲- مطالعه کیفیت زندگی پاسخگویان
- ۳- مطالعه رابطه میزان اختلال هویت جنسیتی با کیفیت زندگی پاسخگویان عمل کرده و عمل نکرده.

مرووری بر پژوهش‌های پیشین

مطالعه بر روی افراد تراجنسی به ویژه مطالعات پژوهشگران ایرانی، اغلب در سال‌های اخیر به انجام رسیده است و تاریخچه مطالعاتی طولانی در این خصوص وجود ندارد. در مطالعات داخلی، روان‌شناسان بیش از متخصصان دیگر رشته‌ها به افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی پرداختند و بیش‌تر تمرکز آنان روی جنبه‌های آسیب‌های روانی و راه‌های درمان بوده است. در پژوهش‌های خارجی صورتی گرفته، کیفیت زندگی تراجنسی‌ها بیش‌تر و دقیق‌تر مورد توجه قرار گرفته است و به خصوص عوامل خرد مرتبط با کیفیت زندگی بررسی شده است، اما تاکنون رابطه اختلال هویت جنسی و کیفیت زندگی مورد سنجش قرار نگرفته است.

تاکنون مطالعه‌ای در ایران در خصوص کیفیت زندگی افراد تراجنسی به انجام نرسیده است و در مطالعات خارجی انجام گرفته در این زمینه، یافته‌های زیر به دست آمد:

نتایج مطالعه پارولا^۱ و همکاران (۲۰۱۰) با عنوان «بررسی کیفیت زندگی تراجنسی‌ها پس از عمل جراحی و هورمونی» نشان داد عمل جراحی تغییر جنسیت، کیفیت زندگی تراجنسی‌ها را در چندین حوزه مهم و متفاوت: رضایت از عمل جراحی تغییر جنسیت، کیفیت زندگی اجتماعی و کیفیت زندگی جنسی بهبود می‌بخشد. همچنین زن به مردها سبک‌های زندگی دوستانه، حرفه‌ای و اجتماعی بهتری نسبت به مرد به زن‌ها دارند. ابعاد اصلی شخصیت هم تأثیری روی کیفیت زندگی عمل کرده‌ها نداشتند.

1- Parola

کوهن^۱ و همکاران (۲۰۰۸) با هدف ارزیابی و مقایسه کیفیت زندگی و رضایت‌مندی بیماران در بین بیماران تراجنسی سوئیسی پس از عمل تغییر جنسیت با سلامتی گروه کنترل، «کیفیت زندگی ۱۵ سال پس از عمل تغییر جنسیت» را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های این مطالعه نشان داد رضایت‌مندی بیماران به طور معناداری در مقایسه با گروه کنترل پایین‌تر بود. کیفیت زندگی در حیطه‌های بهداشت عمومی، محدودیت نقش، محدودیت فیزیکی و شخصی، ۱۵ سال پس از عمل تغییر جنسیت پایین‌تر بود.

نتایج مطالعه نیوفیلد^۲ و همکاران (۲۰۰۶) با عنوان «کیفیت زندگی دوجنس‌گوناگون^۳ زن به مرد^۴» نشان داد که کیفیت زندگی در بین مشارکت‌کنندگان دوجنس‌گونه زن به مرد در مقایسه با جمعیت مرد به زن به ویژه با توجه به بهداشت روان^۵ پایین‌تر بود. مشارکت‌کنندگان دوجنس‌گونه زن به مرد که تستوسترون دریافت کردند، کیفیت زندگی بالاتری نسبت به آن‌هایی که هورمون‌درمانی نکردند، داشتند.

تاکنون توجه کمی به پیامدهای اجتماعی اختلال هویت جنسی شده است، یکی از محدود پژوهش‌های صورت گرفته در ایران، مطالعه جواهری و کوچکیان (۱۳۸۵) بود که نشان داد هر چند نارضایتی جنسی و اقدام برای تغییر جنس در نظام حقوق ایران امری مجاز است، افراد مبتلا به این وضعیت در حوزه خصوصی و عمومی با مشکلات اجتماعی و فرهنگی متعددی مواجه‌اند.

یکی از ضروری‌ترین و کاربردی‌ترین پژوهش‌هایی که اروی تراجنسی‌ها به انجام می‌رسد، مبحث سلامت روان، بهداشت و رضایت از عمل جراحی است. این موضوع با توجه به نیاز مبتلایان به اختلال هویت جنسی از اولویت بسیار بالایی برخوردار است. نتایج چند مطالعه انجام شده در این خصوص به صورت زیر می‌باشد:

عسگری و همکاران (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان «شیوع آسیب‌های روانی در بیماران با اختلال هویت جنسی» به بررسی سلامت روان افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی

1- Kuhn 2- Newfield
4- Female to Male (FTM)

3- transgender
5- mental health

پرداختند. نتایج نشان داد که در این بیماران شیوع انواع متفاوت آسیب‌های روانی در حدود ۲۰ درصد است. بیش‌ترین اختلال همراه، افکار پارانوئیدی با شیوع ۳۸ درصد بوده و اختلالات شایع بعدی به ترتیب شیوع شامل هراس، جسمانی‌سازی و حساسیت در روابط بین فردی است. همچنین مشخص گردید، پسران در کلیه مقیاس‌ها نسبت به دختران اختلالات بیش‌تری دارند، به خصوص در دو مورد حساسیت در روابط بین فردی و افکار پارانوئیدی این اختلاف معنادارتر بود. نتیجه آن که شیوع آسیب‌های روانی در این بیماران چندان بالا نبوده، پسرها نسبت به دخترها آسیب روانی بیش‌تری دارند.

در مطالعه پیتس و همکاران^۱ (۲۰۰۹) با عنوان «افراد دوجنس‌گونه در استرالیا و نیوزیلند: بهداشت، رفاه و دسترسی به خدمات بهداشتی»، پاسخ گویان سلامتی‌شان را در مقیاسی پنج بعدی ارزیابی کردند که اکثریت آن‌ها سلامتی‌شان را خوب یا خیلی خوب ارزیابی کردند. در مقیاس SF36، افراد دوجنس‌گونه سلامتی پایین‌تری نسبت به مردم عادی استرالیا و نیوزیلند داشتند. میزان افسردگی پاسخ گویان نسبت به مردم عادی استرالیا بسیار بالاتر بود، مردهای بیولوژیکی دو برابر زن‌های بیولوژیکی تجربه افسردگی داشتند. پاسخ گویانی که تبعیض بیش‌تری تجربه کردند، افسردگی بیش‌تری نیز داشتند.

نیمروزی (۱۳۸۶) پژوهشی با عنوان «بررسی مقایسه‌ای رضایت‌مندی جنسی در تراجنسی‌های مرد و زن بعد از عمل جراحی»، نشان داد که بیش از نیمی از افراد از عمل جراحی تغییر جنسیت راضی بودند و نیز به اعتقاد آن‌ها عمل جراحی تأثیر مثبتی بر یکپارچگی زندگی جنسی-روانی و اجتماعی آنان داشته است.

نقش و کارکرد خانواده و ارتباط خانواده با فرد مبتلا، از موارد تأثیرگذار بر سطح اختلال هویت جنسی می‌باشد، نتایج پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۸۶)، با عنوان «کارکرد خانواده در بیماران دچار اختلال هویت جنسی» نشان داد که «کارکرد خانواده» و همچنین ابعاد کارکردی «آمیختگی عاطفی»، «کنترل رفتار» و «پاسخ‌گویی عاطفی» در گروه

1- Pitts & et al.

بیماران دچار اختلال هویت جنسی نسبت به گروه عادی دارای اختلال معنادار و از کارایی پایین تری برخوردار بود، در حالی که این تفاوت در مورد ابعاد کارکردی «نقش‌ها»، «حل مسئله» و «ارتباط» به طور معنادار به چشم نمی‌خورد.

رویکردهای نظری پژوهش

راگونسی^۱ (۱۹۹۸) تعریف از کیفیت زندگی را کار دشواری می‌داند، چرا که یک مفهوم وسیع و پیچیده است که با داشتن احساس خوشحالی و رضایت شناسایی می‌شود. در نظر وی شخصیت سالم آمیزه‌ای از تجربیات فردی در طول زندگی و عوامل وراثتی می‌باشد که این دو با هم تصور ذهنی فرد از خوب یا ضعیف بودن کیفیت زندگی را می‌سازند. راگونسی احساس امنیت، تعارضات هیجانی، عقاید شخصی و اهداف و میزان تحمل ناکامی‌ها، را در تعیین نوع درک فرد از خود (احساس خوب بودن یا احساس ناخوشی) مؤثر می‌داند. به باور وی زمانی که فردی در زندگی احساس رضایت و خوشحالی می‌کند و از بیمار بودن خود احساس نارضایتی ندارد، انرژی بیشتری برای مراقبت از خود دارد و زمانی که فرد خود مراقبتی خوبی داشته باشد، سالم‌تر باقی می‌ماند، لذا کیفیت زندگی بهتری نیز خواهد داشت.

در تعریف گرت و ریورا^۲ (۱۹۹۸)، کیفیت زندگی ساختاری پویا و ذهنی است که به مقایسه وضعیت زندگی گذشته یا حوادث اخیر در همه جوانب مثبت و منفی می‌پردازد. آن‌ها معتقدند ماهیت ذهنی بودن کیفیت زندگی به ادراک افراد درباره وضعیت زندگی‌شان به جای گزارشات دیگران می‌پردازد و بر اساس تعریف فرانس^۳ و پورس^۴ خشنودی و یا عدم خشنودی از حیطه‌هایی از زندگی که برای فرد اهمیت دارد، نشأت می‌گیرد، بنابراین، تراجنسی‌ها با مشکلات مشابه ممکن است نظرات متفاوتی در مورد کیفیت زندگی‌شان داشته باشند و آن را به صورت‌های مختلف گزارش دهند.

1- Ragonesi

2- Grant & Rivera

3- Ferrans

4- Powers

سامارکو^۱ (۲۰۰۱) کیفیت زندگی را یک احساس خوب بودن ناشی از رضایت یا عدم رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی که برای شخص مهم هستند، می‌داند. کیفیت زندگی حوزه‌های سلامتی و کار، اقتصادی، اجتماعی، روانی، درجهٔ عدم وابستگی و تکامل اجتماعی شخص می‌باشد.

در خصوص کیفیت زندگی نظریه‌های متعددی مطرح شده‌اند که به اجمال به آن‌ها می‌پردازیم:

نظریهٔ کیفیت زندگی جهانی، یکی از نظریه‌های کیفیت زندگی است که هشت نظریهٔ واقعی در یک طیف ذهنی - اصالت وجود - عینی را در خود دارد (ونتگود و مریک، ۲۰۰۳). این سه طیف شامل:

۱- **کیفیت زندگی ذهنی**^۳: عبارت است از احساسی که فرد از لذت‌بخش بودن زندگی خود دارد. هر فرد شرایط، احساسات و عقایدش را شخصاً ارزیابی می‌کند. رضایت‌مندی از زندگی این جنبه از زندگی را مشخص می‌کند.

۲- **کیفیت اصالت وجودی زندگی**^۴: به معنی لذت‌بخش بودن زندگی فرد در سطح عمیق‌تر می‌باشد. در این دیدگاه، فرض بر این است که فرد دارای ماهیت عمیق‌تری است که شایستهٔ احترام بوده و این که فرد می‌تواند منطبق با ماهیت خود زندگی کند. به عنوان مثال نیازهای بیولوژیکی فرد برطرف شود، رشد به حد کمال برسد و این که جریان زندگی منطبق با شاخص‌های معنوی یا با روح‌های دینی فرد باشد.

۳- **کیفیت زندگی عینی**^۵: به معنی درک چگونگی لذت‌بخش بودن زندگی فرد توسط پیرامون می‌باشد (دنیای پیرامون لذت‌بخش بودن یا وضعیت فرد را درک کند). این دیدگاه تحت تأثیر فرهنگی می‌باشد که مردم در آن زندگی می‌کنند (همان: ۱۰۳۱). این نظریهٔ جامع و یکپارچه از کیفیت زندگی، حاوی انواع نظریات از ذهنی تا عینی

1- sammarco

2- ventegod & merrick

3- subjective quality of life

4- existential quality of life

5- objective quality of life

می باشد که هر کدام در برگرنده جنبه‌هایی از زندگی می باشند. آسایش و عوامل عینی، سطحی ترین جنبه کیفیت زندگی اند که مرتبط با توانایی سازگاری فرد با فرهنگی است که در آن زندگی می کند.

رضایت مندی از زندگی و تحقق نیازها، تا اندازه‌ای با جنبه‌های عمیق‌تر در ارتباط هستند. یعنی آیا بین چیزی که از زندگی می خواهیم و چیزی که زندگی به ما می دهد، هماهنگی وجود دارد؟ تحقق پتانسیل‌های زندگی^۱ و خوشبختی^۲، شامل وجود و اصالت‌مان به عنوان یک فرد می باشد. ارزشمند بودن در زندگی و نظم و هماهنگی در سیستم اطلاعات بیولوژیکی، با درونی ترین هستی انسان سروکار دارد. یک هسته انتزاعی وجود دارد که وصف‌ناپذیر و غیرقابل اندازه‌گیری باقی مانده است. این عامل هستی‌گرایانه، عوامل ذهنی و عینی را به هم پیوند می دهد (همان: ۱۰۳۳).

فرانس در مدل ادراکی خود برای کیفیت زندگی چهار عامل اصلی خانواده، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، وضعیت روحی و روانی و وضعیت جسمانی را مؤثر می داند. این چهار متغیر اصلی می تواند مستقیماً یا توأم با یکدیگر بر روی کیفیت زندگی تأثیرگذار باشد. البته درک فرد از کیفیت زندگی نیز می تواند به هر یک از متغیرهای نامبرده تأثیر داشته باشد. به طوری که، اگر درک فرد از کیفیت زندگی اش کاهش یابد می تواند بر توانایی وی در محیط کاری و شغلی اش تأثیر گذاشته و موجب نقصان شرایط اقتصادی و اجتماعی وی گردد. برخورداری از کیفیت زندگی ضعیف می تواند بر روی ارتباطات خانوادگی نیز تأثیر بگذارد. کیفیت زندگی ضعیف نیز می تواند موجب به کارگیری مکانیسم‌های مقابله و سازگاری نامؤثر در افراد شده و متعاقباً موجب افزایش تنش در آنان گردد و افزایش تنش خود در ارتباط مستقیم با عوامل فیزیکی و جسمی بوده و می تواند شدت بیماری را در فرد افزایش دهد. لذا مشاهده می شود که کیفیت زندگی یک مفهوم و ساختار چند بعدی و پیچیده می باشد که بایستی از جنبه‌های مختلفی ارزیابی شود (آقا مولایی، ۱۳۸۴).

1- realizing life potentials

2- prosperity

- نظریه ناهمسازی چندگانه یک نظریه آرامش روانی است. این نظریه کاربردهای مختلفی دارد. برای مثال، می‌تواند تبیین کند که چرا مردم نسبت به زندگی، شغل، شریک زندگی، بودجه، مسکن، دوستان و غیره رضایت دارند. این نظریه همچنین اولویت‌ها یا گزینش‌های واقعی افراد را بر حسب سطوح رضایت‌مندی آن‌ها مشخص می‌کند. میکالوس (۱۹۸۵) پیش‌فرض‌های اصلی نظریه ناهمسازی‌های چندگانه را این‌چنین بر می‌شمارد:
- ۱- رضایت‌مندی محض گزارش شده (شادی یا آرامش روانی) تابع خطی مثبتی است از ناهمسازی درک شده بین آن چه که فرد دارد و می‌خواهد، افراد شایسته دارند، بهترین فرد در گذشته داشت.
 - ۲- همه ناهمسازی‌های درک شده، به استثنای ناهمسازی بین آن چه که فرد دارد و آن چه که فرد می‌خواهد، تابع مثبتی هستند از ناهمسازی‌های قابل سنجش از لحاظ عینی، که این‌ها نیز به طور مستقیم بر رضایت‌مندی و کنش‌ها تأثیر می‌گذارد.
 - ۳- ناهمسازی درک شده بین آن چه فرد دارد و آن چه که می‌خواهد، متغیر واسطی است بین دیگر ناهمسازی‌های درک شده و رضایت‌مندی خالص گزارش شده.
 - ۴- تعقیب و بقای رضایت‌مندی خالص، باعث تحریک کنش انسانی به سمت سطوح مورد انتظار رضایت‌مندی خالص می‌شود.
 - ۵- همه ناهمسازی‌ها، رضایت‌مندی و کنش‌ها، از متغیرهای سن، جنس، تحصیلات، قومیت، درآمد، اعتماد به نفس و حمایت اجتماعی، به طور مستقیم و غیرمستقیم تأثیر می‌پذیرد.
 - ۶- ناهمسازی‌های قابل سنجش تابع کنش انسانی و شرایط هستند.
- لی و دیگران (۱۹۷۶)، مدلی در ارتباط با کیفیت زندگی ارائه داده‌اند. طبق این مدل، ساختار مفهومی کیفیت زندگی باید حداقل شامل چهار بعد یا زمینه گسترده زندگی و دو محور عینی و ذهنی باشد. رضایت زندگی ذهنی فرد، توسط شرایط زندگی عینی، نظام سلسله مراتبی نیازهای زندگی و استانداردهای مقایسه شده با زندگی حاضر فرد تعیین

می‌شود. ارزیابی بر اساس شخصیت، تجربه‌های زندگی و منابع شخصی در بافت‌های فرهنگی، اجتماعی و محیطی می‌باشد.

آبراهام هرولد مزلو^۱، انسان‌گرای آمریکایی، نیازهای اساسی انسان را در قالب پنج نیاز عمده دسته‌بندی نموده است. به نظر وی آرایش این نیازها به شکل سلسله مراتبی است که به ترتیب عبارتند از: «نیازهای جسمانی»^۲، «نیازهای ایمنی»^۳، «نیازهای تعلق و عشق»^۴، «نیازهای عزت نفس»^۵ و «نیازهای خود شکوفایی»^۶ (مزلو، ۱۳۷۲). بر اساس این نظریه برای افزایش رضایت‌مندی افراد باید ابتدا سعی کرد نیازهای اولیه افراد مانند خوراک، پوشاک، مسکن و سایر نیازهای فیزیولوژیکی را تأمین نمود، در مراحل بعدی، مسئله امنیت شغلی، نیازهای ارتباطی در کار و نیاز به احترام مطرح می‌باشد. در آخر نیز به گفته مزلو، آنچه فرد می‌تواند باشد، باید بشود که همان خودشکوفایی است (رضاییان، ۱۳۷۰: ۱۷۶). نظریه مزلو، از این حیث که نیازها را پدیداری انگیزشی - روانی تلقی می‌کند، نظریه‌ای روانشناختی است، اما از این حیث که رفع این نیازها را مبتنی بر روابط و پیش‌شرط‌های اجتماعی می‌داند، جامعه‌شناختی است. از نظر مزلو، موقعیت‌ها و شرایط اجتماعی موجب برآورده شدن یا نشدن نیازها می‌شود و مورد اخیر، به نوبه خود، موجب نگرش‌ها و رفتارهای خاصی در فرد می‌گردد. از این رو، می‌توان گفت که برآورده شدن یا نشدن نیازها، حلقه رابط فرد با ساختار اجتماعی است. مزلو خود در این‌باره می‌گوید: «نیازهای ابتدایی بشر فقط می‌تواند به دست سایر افراد بشر یعنی جامعه و از طریق آنان ارضاء گردد» (مزلو، ۱۳۸۱).

بنابراین چنانچه نشان داده شد وی دید خوشبینانه‌ای نسبت به ماهیت انسان دارد. او معتقد است که انسان استعداد فطری برای شادمانی، مهربانی و محبت دارد. با این حال این ویژگی‌ها بایستی توسط محیط و جامعه پرورش یابند. مزلو هدف و آرمان اصلی انسان را

1- maslow

2- physiological needs

3- safty needs

4- belongingness and loved needs

5- esteem needs

6- need for self-actualization

تقلای وی برای خود شکوفایی می‌داند این نیازها در هر مرحله‌ای زمانی تحقق می‌یابند که در مرحله قبل نیازها برآورده شده باشند. پس نیاز عزت نفس به شرطی برآورده می‌شود که نیازهای جسمانی، نیازهای ایمنی، نیازهای تعلق و عشق برآورده شوند (شولتس، ۱۳۶۹).

در این پژوهش با توجه به موضوع تحقیق از نظریه سلسله مراتب نیازهای مزلو به عنوان چارچوب نظری پژوهش استفاده شده است. از آنجا که نیازهایی که مزلو مطرح می‌کند سلسله مراتبی است یعنی این که نیازها از درجات متفاوتی برخوردارند و سطح برخی از نیازها بالاتر از برخی دیگرند، این سطوح را می‌توان با سطوح کیفیت زندگی منطبق کرد، بدین معنی که کیفیت زندگی هر فردی مطابق با سطح نیاز وی است. بدین صورت پاسخ‌گویی که نیازهای اولیه خود همچون هورمون‌درمانی و عمل تغییر جنیست را انجام داده باشند، بیش‌تر از گذشته مورد توجه و احترام دیگران قرار می‌گیرند، اختلال هویت جنسی پایین‌تری را تجربه می‌کنند و نهایتاً کیفیت زندگی‌شان افزایش می‌یابد. جهت دستیابی به اهداف پژوهش، فرضیه‌های زیر مطرح می‌گردد:

- ۱- به نظر می‌رسد میزان اختلال هویت جنسی در بین پاسخ‌گویان عمل کرده و عمل نکرده تفاوت معناداری دارد.
- ۲- به نظر می‌رسد میزان کیفیت زندگی در بین پاسخ‌گویان عمل کرده و عمل نکرده تفاوت معناداری دارد.
- ۳- به نظر می‌رسد بین میزان اختلال هویت جنسی افراد عمل نکرده و ابعاد پنج‌گانه کیفیت زندگی تراجنسی‌ها رابطه معناداری وجود دارد.
- ۴- به نظر می‌رسد بین میزان اختلال هویت جنسی افراد عمل کرده و ابعاد پنج‌گانه کیفیت زندگی تراجنسی‌ها رابطه معناداری وجود دارد.

روش

این پژوهش به روش کمی و با استفاده از تکنیک پیمایش به انجام رسیده است. همچنین با توجه به حجم نمونه آماری از ابزار پرسش نامه برای جمع آوری اطلاعات استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش، کلیه افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی یا تراجنسیتی دارای پرونده در سازمان آسایش کشور می‌باشند. آماری از تعداد واقعی این افراد در ایران وجود ندارد و تنها کسانی که به سازمان بهزیستی و پزشکی قانونی و مراکز دیگر برای حل مشکل خود مراجعه می‌کنند، شناسایی شده‌اند. از سال ۱۳۸۱ که بهزیستی به این افراد خدمات می‌دهد تا نیمه سال ۱۳۸۷، ۵۸۱ نفر از این افراد در ادارات بهزیستی سراسر کشور تشکیل پرونده دادند. به علت پایین بودن تعداد کل افراد دارای پرونده، حجم نمونه برابر با جامعه آماری قرار داده شد و به صورت تمام‌شماری به پرسش‌گری پرداخته شد. استان‌هایی که در زمان تحقیق واجد شرایط بودند، عبارت بودند از: آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، تهران، خراسان رضوی، خوزستان، فارس، کردستان، کرمان، گلستان، گیلان، مازندران و همدان. در این میان برخی از افراد اهل شهرستان‌های مختلف کشور به دلایل مختلف همچون طرد شدن از خانواده و یا انجام مراحل درمان خود، در تهران مستقر بودند. گردآوری اطلاعات در شهرهای شیراز و تهران توسط پژوهش‌گر و از طریق مصاحبه به انجام رسید و جهت دسترسی به نمونه‌های استان‌های دیگر، پرسش‌نامه‌ها متناسب به تعداد افراد تحت پوشش هر استان به آدرس سازمان آسایش هر استان ارسال شد. در هر مرکز، یکی از کارکنان سازمان آسایش پرسش‌نامه‌ی پژوهش را در اختیار افراد تراجنسیتی قرار داد و پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها نماینده‌ی مورد نظر پرسش‌نامه‌های تکمیل شده را برای پژوهش‌گر ارسال کرد. در پایان کار به خاطر خاص بودن نمونه و انواع مشکلاتی که در دسترسی به بسیاری از آن‌ها و تمایل‌شان به همکاری وجود داشت، تعداد ۱۶۸ پرسش‌نامه تکمیل شد. ۷۹ نفر از کل افراد، اقدام به عمل تغییر جنسیت کرده بودند که با توجه به متعدد بودن عمل تغییر جنسیت، یا در ابتدای مراحل بودند و یا عمل جراحی

خود را به طور کامل به پایان رسانده بودند. ۸۹ نفر از حجم نمونه، عمل تغییر جنسیت را انجام نداده بودند و حداکثر در مرحله هورمون‌درمانی قرار داشتند.

پرسش‌نامه تحقیق حاضر علاوه بر سئوالات جمعیت‌شناسی همچون جنس، سن، قومیت، وضعیت تأهل، محل تولد، تحصیلات، تحصیلات پدر و مادر و درآمد، شامل ۲۵ سؤال برای سنجش کیفیت زندگی و ۹ سؤال جهت سنجش اختلال هویت جنسی بود. پرسش‌نامه کیفیت زندگی با کمک پرسش‌نامه‌های موجود در این زمینه و جرح و تعدیل‌های بسیار و افزودن گویه‌های متناسب با وضعیت خاص نمونه تحقیق، در پنج بعد کیفیت تغذیه، سلامت جسمانی، آسایش روانی، دسترسی به خدمات و کیفیت محیطی تنظیم شد. پرسش‌نامه اختلال هویت جنسی نیز پژوهشگر ساخته بود که با توجه به شدت تغییر سطح اختلال هویت جنسی در پیش و پس از عمل، ۹ سؤال مربوط به این بخش با وجود محدودیت سوگیری حافظه‌ای^۱، به دو قسمت پیش از عمل و پس از عمل تقسیم شد تا افراد عمل‌کرده وضعیت اختلال خود را پیش از عمل گزارش کنند. از آن‌جا که تاکنون پژوهشی مشابه مطالعه حاضر به انجام نرسیده است، اندازه‌گیری اعتبار معیار جهت سنجش روایی پرسش‌نامه امکان‌پذیر نبود. همچنین با توجه به محدود بودن حجم نمونه، امکان کنار گذاشتن تعدادی از افراد به خاطر تحقیق مقدماتی میسر نبود. بدین دلیل سنجش اعتبار نظری نیز امکان نداشت، از این رو تنها بر اساس قضاوت و داوری چند نفر از صاحب‌نظران به بررسی اعتبار صوری اکتفا شد. با توجه به محدودیت‌های اشاره شده، امکان به کارگیری «بازآزمایی^۲» جهت تعیین پایایی پرسش‌نامه وجود نداشت و به ناچار تنها از ضریب «آلفای کرونباخ^۳» استفاده شد که این ضریب برای متغیر کیفیت زندگی کل (۰/۹۱)، بعد کیفیت تغذیه (۰/۸۷)، سلامت جسمانی (۰/۷۹)، آسایش روانی (۰/۸۸)، کیفیت دسترسی به خدمات (۰/۹۳) و کیفیت محیطی (۰/۸۵) و برای اختلال هویت جنسی در پیش از عمل و پس از عمل به ترتیب مقدار ۰/۷۲ و ۰/۷۱ به دست آمد.

1- recall bias 2- test-retest reliability 3- cronbach alpha

یافته‌ها

در این بخش به بررسی یافته‌های توصیفی و تحلیلی می‌پردازیم. یافته‌های توصیفی پژوهش شامل میزان اختلال هویت جنسیتی به همراه درصد هر یک از گویه‌های آن و سطوح اختلال هویت جنسیتی و کیفیت زندگی است و یافته‌ی تحلیلی نیز به آزمون رابطه بین میزان اختلال هویت جنسیتی و کیفیت زندگی تراجنسی‌ها می‌پردازد.

یافته‌های پژوهش نشان داد که از کل پاسخ‌گویان ۵۵/۴ درصد افراد مرد به زن^۱ و ۴۴/۶ درصد زن به مرد^۲ بودند. ۸/۹ درصد از پاسخ‌گویان در گروه سنی ۱۹-۱۵ سال، ۳۲/۱ درصد در گروه سنی ۲۴-۲۰ سال، ۳۹/۳ درصد در گروه سنی ۲۹-۲۵ سال، ۱۵/۴ درصد در گروه سنی ۳۴-۳۰ سال و ۴/۲ درصد در گروه بیش از ۳۵ سال قرار داشتند. ۷۰/۸ درصد از پاسخ‌گویان را فارس و مابقی را سایر اقوام تشکیل می‌دادند. همچنین ۹۱/۱ درصد از پاسخ‌گویان مجرد، ۷/۱ درصد از آن‌ها متأهل و ۱/۸ درصد نیز بی‌همسر بر اثر طلاق بوده‌اند. ۳۷/۵ درصد از پاسخ‌گویان متولد تهران، ۳۶/۹ درصد متولد مرکز استان، ۲۰/۸ درصد متولد شهرستان و ۴/۸ درصد نیز متولد روستا بودند. از نظر وضعیت شغلی ۶۲/۵ درصد آن‌ها بیکار بودند. ۱۹/۳ درصد از پاسخ‌گویان تحصیلات زیر دیپلم، ۳۸/۷ درصد دیپلم و حدود ۴۱ درصد بالای دیپلم داشتند. میانگین تحصیلات پاسخ‌گویان ۱۲/۵۴ بود. میانگین تحصیلات پدران پاسخ‌گویان ۹/۳۲ و میانگین تحصیلات مادران آن‌ها ۸/۳۵ بود. ۲۶/۸ درصد از خانواده‌ی پاسخ‌گویان درآمدی کم‌تر از ۲۰۰ هزار تومان داشتند، ۴۵/۸ درصد درآمدی بین ۲۰۰-۵۰۰ هزار تومان و حدود ۲۷ درصد نیز درآمدی بیش از ۵۰۰ هزار تومان داشتند. همچنین ۵۷/۱ درصد از جمعیت نمونه هیچ گونه درآمدی نداشتند، ۱۵/۵ درصد درآمدی بین ۱۰۰-۱۰ هزار تومان، ۱۲/۵ درصد بین ۲۰۰-۱۰۰ هزار تومان ۱۴/۹ درصد درآمدی بیش از ۲۰۰ هزار تومان داشتند.

1- MTF

2- FTM

جدول شماره ۱ بیان‌گر توزیع درصدی نظرات پاسخ‌گویان نسبت به گویه‌های اختلال هویت جنسی می‌باشد. پاسخ‌گویان در این بخش به سه قسمت تقسیم شدند (عمل‌نکرده‌ها، عمل‌کرده‌ها پیش از عمل و عمل‌کرده‌ها پس از عمل). میانگین پاسخ‌گویان عمل‌نکرده در تمامی گویه‌ها بین میانگین‌های افراد عمل‌کرده در پیش و پس از عمل قرار دارد. این یافته بدین معنی است که هرچند افراد عمل‌کرده میانگین اختلال پس از عمل‌شان (۶/۵۵) بسیار پایین‌تر از میانگین اختلال افراد عمل‌نکرده (۱۷/۰۵) است، اما اختلال بیش‌تری (۱۹/۲) را نسبت به افراد عمل‌نکرده در زمان پیش از عمل گزارش کردند. این امر شاید بدین دلیل باشد افرادی که دست به عمل جراحی تغییر جنسیت زده‌اند، تفاوت زیادی را بین شرایط فعلی خود نسبت به زمان پیش از عمل احساس می‌کنند و شرایط پیش از عمل خود را بیش از اندازه اسفناک به تصویر کشیده‌اند. میانگین پاسخ‌گویان عمل‌کرده در پس از عمل نسبت به پیش از عمل و عمل‌نکرده‌ها در گویه‌های مثبت افزایش و در گویه‌های منفی کاهش یافتند. در بین گویه‌های مثبت پایین‌ترین نمره در پیش از عمل مربوط به رضایت از اندام جنسی بود که میانگین آن ۰/۳۳ از ۴ بود که نارضایتی شدید پاسخ‌گویان را نسبت به اندام جنسی خود نشان می‌دهد، این میانگین در بین افرادی که هنوز دست به عمل نزدند ۰/۶۱ و در بین افراد عمل‌کرده پس از عمل به ۲/۵۸ رسید که حاکی از رضایت نسبی پاسخ‌گویان عمل‌کرده است. همچنین بالاترین میانگین گویه‌های مثبت در پیش از عمل مربوط به رضایت از رفتار (زنانه یا مردانه) بود، در حالی که این میانگین در پیش از عمل ۲/۱۳ بود، در بین افراد عمل‌نکرده ۲/۲۷ و پس از عمل ۳/۲۵ را نشان می‌دهد. این میانگین نشان از آن دارد علی‌رغم مشکلات هویتی که این افراد دچار آند، سعی می‌کنند تا رفتارهای‌شان را مطابق آن جنسی که خود را متعلق به آن می‌دانند، تنظیم کنند. در بین ۴ گویه منفی در پیش از عمل، فکر خودکشی و صدمه زدن اندام جنسی به ترتیب با ۱/۸۹ و ۰/۷۸ بالاترین و پایین‌ترین میانگین را داشتند، که میزان آن در بین افراد عمل‌نکرده به ۱/۸۸ و ۰/۴۰ را نشان می‌دهد و در بین افراد عمل‌کرده پس از عمل به ۰/۷۰ و ۰/۱۳ کاهش یافت.

جدول ۱. توزیع درصدی نظرات پاسخ‌گویان نسبت به گویه‌های اختلال هویت جنسیتی

میزان		گویه‌ها					
زمان		اصلا	کمی	تاحدودی	زیاد	بسیارزیاد	میانگین
عمل نکرده		%۳۱/۵	%۱۸	%۱۹/۱	%۲۲/۵	%۹	۱/۶
عمل کرده	پیش از عمل	%۴۰/۵	%۲۱/۵	%۱۳/۹	%۱۱/۴	%۱۲/۷	۱/۳۴
	پس از عمل	%۱۱/۷	%۶/۵	%۱۰/۴	%۳۷/۷	%۳۳/۸	۲/۷۵
عمل نکرده		%۳۴/۸	%۱۶/۹	%۲۵/۸	%۱۲/۴	%۱۰/۱	۱/۴۶
عمل کرده	پیش از عمل	%۴۶/۸	%۱۶/۵	%۱۷/۷	%۱۰/۱	%۸/۹	۱/۱۸
	پس از عمل	%۳/۹	%۳/۹	%۱۶/۹	%۳۹	%۳۶/۴	۳
عمل نکرده		%۳۸/۲	%۱۲/۴	%۲۲/۵	%۱۳/۵	%۱۳/۵	۱/۵۲
عمل کرده	پیش از عمل	%۵۵/۷	%۸/۹	%۱۵/۲	%۱۱/۴	%۸/۹	۱/۰۹
	پس از عمل	%۳/۹	%۱/۳	%۷/۸	%۳۶/۴	%۵۰/۶	۳/۲۹
عمل نکرده		%۱۴/۶	%۱۲/۴	%۲۸/۱	%۲۱/۳	%۲۳/۶	۲/۲۷
عمل کرده	پیش از عمل	%۲۱/۵	%۱۰/۱	%۲۱/۵	%۲۷/۸	%۱۹	۲/۱۳
	پس از عمل	%۲/۶	%۱/۳	%۱۱/۷	%۳۷/۷	%۴۶/۸	۳/۲۵
عمل نکرده		%۷۰/۸	%۷/۹	%۱۴/۶	%۳/۴	%۳/۴	۰/۶۱
عمل کرده	پیش از عمل	%۸۳/۵	%۷/۶	%۲/۵	%۵/۱	%۱/۳	۰/۳۳
	پس از عمل	%۶/۵	%۱۱/۷	%۲۷/۳	%۲۸/۶	%۲۶	۲/۵۶
عمل نکرده		%۳۸/۲	%۲۳/۶	%۱۵/۷	%۹	%۱۳/۵	۱/۳۶
عمل کرده	پیش از عمل	%۴۴/۳	%۶/۳	%۱۳/۹	%۱۶/۵	%۱۹	۱/۵۹
	پس از عمل	%۹۲/۱	%۱/۳	%۲/۶	%۲/۶	%۱/۳	۰/۱۹
عمل نکرده		%۷۸/۷	%۱۰/۱	%۶/۷	%۱/۱	%۳/۴	۰/۴۰

میزان		زمان		اصلا	کمی	تاحدودی	زیاد	بسیارزیاد	میانگین	گویه‌ها
عمل کرده	پیش از عمل	۶۸/۴٪	۸/۹٪	۶/۳٪	۸/۹٪	۷/۶٪	۷/۶٪	۷/۶٪	۰/۷۸	برای صدمه زدن به اندام جنسی خود کنید؟
	پس از عمل	۹۳/۵٪	۲/۶٪	۲/۶٪	۲/۶٪	۰٪	۱/۳٪	۱/۳٪	۰/۱۳	
عمل نکرده		۲۷٪	۱۴/۶٪	۲۰/۲٪	۲۰/۲٪	۲۰/۲٪	۱۸٪	۱۸٪	۱/۸۸	تاکنون پیش آمده که به خاطر T.S بودن به خودکشی فکر کنید؟
عمل کرده	پیش از عمل	۳۵/۴٪	۸/۹٪	۱۲/۷٪	۱۲/۷٪	۱۷/۷٪	۲۵/۳٪	۲۵/۳٪	۱/۸۹	
	پس از عمل	۷۴/۴٪	۶/۵٪	۵/۲٪	۳/۹٪	۱۰/۴٪	۱۰/۴٪	۱۰/۴٪	۰/۷۰	
عمل نکرده		۵۶/۲٪	۱۵/۷٪	۱۶/۹٪	۱۶/۹٪	۱۶/۹٪	۳/۴٪	۳/۴٪	۰/۸۷	تاکنون پیش آمده که به خاطر T.S بودن اقدام عملی برای خودکشی کنید؟
عمل کرده	پیش از عمل	۵۴/۴٪	۱۵/۲٪	۱۱/۴٪	۱۱/۴٪	۱۲/۷٪	۶/۳٪	۶/۳٪	۱/۰۱	
	پس از عمل	۸۱/۸٪	۷/۸٪	۳/۹٪	۳/۹٪	۳/۹٪	۲/۶٪	۲/۶٪	۰/۳۸	

جدول شماره ۲ توزیع فراوانی و درصد اختلال هویت جنسی (در بین افراد عمل کرده و عمل نکرده و در بین افراد عمل کرده در دو زمان پیش از عمل و پس از عمل) را به تصویر کشیده است. یافته‌ها حاکی از آن است که اختلال هویت جنسی ۲۱/۳ درصد افراد عمل نکرده در سطح پایینی قرار دارد، ۶۷/۴ درصد پاسخ‌گویان اختلال متوسط و ۱۱/۲ درصد نیز اختلال هویت جنسی بالایی دارند. طبق گزارش ۷۹ نفر از پاسخ‌گویانی که دست به عمل جراحی تغییر جنسیت زده‌اند، در پیش از عمل اختلال ۱۶/۵ درصد از آن‌ها پایین، ۵۹/۵ درصد متوسط و ۲۴/۱ درصد نیز بالا بوده است اما ۸۶/۱ درصد این اختلال پس از عمل پایین و ۱۳/۹ درصد متوسط بوده است همچنین هیچ یک اختلال بالایی نداشته‌اند. ضریب آلفای کرونباخ گویه‌های سنجش اختلال هویت جنسی افراد عمل نکرده، ۰/۷۲، پیش از عمل ۰/۷۴ و پس از عمل ۰/۷۱ به دست آمد. میانگین کل اختلال هویت جنسیتی پاسخ‌گویان، در بین افراد عمل کرده در زمان پیش از عمل ۱۹/۲ را نشان می‌دهد و

این میانگین در بین افراد عمل نکرده ۱۷/۰۵ است، پس از عمل تغییر جنسیت در بین افراد عمل کرده به ۶/۵۵ کاهش یافت. کم‌ترین و بیش‌ترین حد این اختلال به ترتیب ۰ و ۳۶ می‌باشد.

جدول ۲. توزیع فراوانی و درصد سطح اختلال هویت جنسی

اختلال هویت جنسی	آلفای کرونباخ	تعداد گویه‌ها	پایین	متوسط	بالا	جمع	میانگین کل
عمل نکرده	۰/۷۲	۹	۱۹	۶۰	۱۰	۸۹	۱۷/۰۵
عمل کرده پیش از عمل	۰/۷۴	۹	۱۳	۴۷	۱۹	۷۹	۱۹/۲
عمل کرده پس از عمل	۰/۷۱	۹	۶۸	۱۱	۰	۷۹	۶/۵۵

در این مطالعه کیفیت زندگی در پنج بعد سنجیده شده است. جدول شماره ۳ توزیع فراوانی و درصد کیفیت زندگی (در ابعاد پنج‌گانه) را به تصویر کشیده است. مطابق داده‌های جدول در بعد کیفیت تغذیه، ۲۵/۳ درصد از عمل کرده‌ها و ۲۷ درصد از عمل نکرده‌ها در سطح بالا قرار داشتند. میانگین بعد کیفیت تغذیه در بین عمل کرده‌ها ۲/۰۹ و در بین عمل نکرده‌ها ۲/۱۱ می‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد وضعیت تغذیه افراد نه تنها پس از عمل بهبود نیافته است، بلکه از کیفیت پایین‌تری برخوردار بوده است. در بعد سلامت جسمانی در حالی که ۳۰/۳ درصد افراد عمل نکرده از سطح بالای سلامت جسمانی برخوردار بودند، ۳۵/۴ درصد پاسخ‌گویان عمل کرده در این سطح قرار داشتند و از میانگین سلامت جسمانی آنان (۲/۱۵ به ۲/۰۶) بالاتر بود. داده‌های مربوط به آسایش روانی نشان می‌دهد در مقابل ۲۴/۷ درصد افراد عمل نکرده، ۳۸ درصد افراد عمل کرده از آسایش روانی بالایی برخوردار بودند و میانگین افراد عمل کرده (۲/۲۴) بالاتر از عمل نکرده‌ها (۲/۰۲) بود. در دسترسی به خدمات، عمل نکرده‌ها (۱۶/۹) اندکی بیش از

عمل کرده‌ها (۱۶/۵) در سطح بالا قرار داشتند اما مقایسه میانگین، دسترسی بالاتر افراد عمل کرده (۱/۸۶ به ۱/۸۴) را نشان می‌دهد. همچنین ۲۲/۵ درصد عمل نکرده‌ها و ۳۲/۹ درصد عمل کرده‌ها، کیفیت محل زندگی خود را بالا می‌دانستند. میانگین کیفیت محیطی عمل کرده‌ها (۲/۱۱) بیش از عمل نکرده‌ها (۱/۹۴) بود. در نهایت بررسی شاخص کل کیفیت زندگی نشان داد که ۲۰/۳ درصد افراد عمل کرده و ۱۱/۲ درصد افراد عمل نکرده از سطح بالای کیفیت زندگی برخوردار بودند و میانگین کیفیت زندگی عمل کرده‌ها نیز (۲/۰۱) بیش از عمل نکرده‌ها (۱/۸۹) بود.

جدول ۳. توزیع درصدی سطح کیفیت زندگی و ابعاد آن

ابعاد کیفیت زندگی	عمل تغییر جنسیت	ضریب آلفای کرونباخ	تعداد گویه‌ها	پایین	متوسط	بالا	جمع	میانگین
کیفیت تغذیه	عمل کرده	٪۹۳	۴	۱۶/۵	۵۸/۲	۲۵/۳	۱۰۰	۲/۰۹
	عمل نکرده	٪۸۹	۴	۱۵/۷	۵۷/۳	۲۷	۱۰۰	۲/۱۱
سلامت جسمانی	عمل کرده	٪۸۲	۲	۲۰/۳	۴۴/۳	۳۵/۴	۱۰۰	۲/۱۵
	عمل نکرده	٪۷۳	۲	۲۴/۷	۴۴/۹	۳۰/۳	۱۰۰	۲/۰۶
آسایش روانی	عمل کرده	٪۸۹	۱۳	۱۶/۵	۳۶/۷	۳۸	۱۰۰	۲/۲۴
	عمل نکرده	٪۸۱	۱۳	۲۲/۵	۵۰/۶	۲۴/۷	۱۰۰	۲/۰۲
دسترسی به خدمات	عمل کرده	٪۹۵	۴	۳۰/۴	۵۳/۲	۱۶/۵	۱۰۰	۱/۸۶
	عمل نکرده	٪۸۹	۴	۳۲/۶	۵۰/۶	۱۶/۹	۱۰۰	۱/۸۴
کیفیت محیطی	عمل کرده	٪۸۵	۲	۲۱/۵	۴۵/۶	۳۲/۹	۱۰۰	۲/۱۱
	عمل نکرده	٪۸۳	۲	۲۸/۱	۴۹/۴	۲۲/۵	۱۰۰	۱/۹۴
کیفیت زندگی کل	عمل کرده	٪۹۲	۲۵	۱۹	۶۰/۸	۲۰/۳	۱۰۰	۲/۰۱
	عمل نکرده	٪۹۱	۲۵	۲۲/۵	۶۶/۳	۱۱/۲	۱۰۰	۱/۸۹

جدول شماره ۴ نتایج بررسی تفاوت میانگین اختلال هویت جنسی را بر اساس عمل تغییر جنسیت نشان می‌دهد. تفاوت مشاهده شده بین دو میانگین بر اساس آزمون t مستقل با مقدار $۱۰/۸۸ -$ و $p < ۰/۰۰۱$ نشان‌گر آن است که با ۹۹ درصد اطمینان، تفاوت معناداری در

میزان اختلال هویت جنسی پاسخ‌گویان بر اساس عمل تغییر جنسیت وجود دارد. داده‌های جدول حاکی از آن است که اختلال هویت جنسی ترنس‌ها پس از عمل بهبود یافته است و از میزان اختلال آن‌ها کاسته شده است. میانگین اختلال هویت جنسی در بین پاسخ‌گویان عمل‌نکرده (۱۷/۰۵) است در حالی که این میانگین در بین افرادی که دست به عمل تغییر جنسیت زده‌اند (۶/۵۵) می‌باشد که کاهش شدید اختلال را نشان می‌دهد.

جدول ۴. آزمون تفاوت میانگین اختلال هویت جنسی بر اساس عمل تغییر جنسیت

عمل تغییر جنسیت	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	t	مقدار p
عمل‌کرده	۷۹	۶/۵۵	۵/۲۱	-۱۱/۰۴	p<۰/۰۰۱
عمل‌نکرده	۸۹	۱۷/۰۵	۶/۷۲		

جدول شماره ۵ نتایج بررسی تفاوت میانگین اختلال هویت جنسی افراد عمل‌کرده را در پیش و پس از عمل نشان می‌دهد. تفاوت مشاهده شده بین دو میانگین بر اساس آزمون t جفت‌شده با مقدار ۱۵/۰۵۷ و p<۰/۰۰۱ نشان‌گر آن است که با ۹۹ درصد اطمینان، تفاوت معناداری در میزان اختلال هویت جنسی پاسخ‌گویان عمل‌کرده در پیش و پس از عمل وجود دارد. داده‌های جدول حاکی از آن است که اختلال هویت جنسی ترنس‌های عمل‌کرده، پس از عمل بهبود یافته است و از میزان اختلال آن‌ها کاسته شده است. میانگین اختلال هویت جنسی در بین پاسخ‌گویان عمل‌کرده، پیش از عمل (۱۹/۲۹) است در حالی که این میانگین پس از عمل (۶/۵۶) می‌باشد که کاهش شدید اختلال را نشان می‌دهد.

جدول ۵. آزمون تفاوت میانگین اختلال هویت جنسی افراد عمل‌کرده بر اساس زمان عمل

زمان عمل	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	t	مقدار p
پیش از عمل	۷۹	۱۹/۲۹	۶/۷۶	۱۵/۰۵۷	p<۰/۰۰۱
پس از عمل	۷۹	۶/۵۶	۵/۰۲		

جدول شماره ۶ نتایج بررسی تفاوت میانگین کیفیت زندگی و ابعاد آن را بر اساس عمل تغییر جنسیت نشان می‌دهد. تفاوت مشاهده شده بین دو میانگین کیفیت زندگی کل بر اساس آزمون t مستقل با مقدار ۲/۳۴ و مقدار $p < ۰/۰۵$ نشان‌گر آن است که با ۹۵ درصد اطمینان، تفاوت معناداری در سطح کیفیت زندگی کل پاسخ‌گویان بر اساس عمل تغییر جنسیت وجود دارد. بر اساس داده‌های جدول میانگین کیفیت زندگی در بین پاسخ‌گویان عمل کرده (۵۱/۵۳) است در حالی که این میانگین در بین افرادی که هنوز تغییر جنسیت نداده‌اند (۴۵/۱۱) می‌باشد که نشان می‌دهد افرادی که تغییر جنسیت داده‌اند از کیفیت زندگی بالاتری نسبت به عمل‌نکرده‌ها برخوردارند. در بین ابعاد پنج‌گانه کیفیت زندگی، تنها در بعد آسایش روانی بین دو گروه عمل‌کرده و عمل‌نکرده تفاوت معناداری وجود دارد. تفاوت مشاهده شده بین دو میانگین آسایش روانی با توجه به مقدار t مستقل با مقدار ۳/۲۲۷ و مقدار $p < ۰/۰۱$ حاکی از آن است که با اطمینان ۹۹ درصد اطمینان تفاوت معناداری در سطح آسایش روانی کل پاسخ‌گویان بر اساس عمل تغییر جنسیت وجود دارد. بر اساس داده‌های جدول، میانگین آسایش روانی افراد عمل‌کرده (۲۶/۷۵)، بیش از افراد عمل‌نکرده (۲۱/۳۳) می‌باشد.

جدول ۶. آزمون تفاوت میانگین کیفیت زندگی و ابعاد آن بر اساس عمل تغییر جنسیت

ابعاد	عمل تغییر جنسیت	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	t	مقدار p
کیفیت تغذیه	عمل کرده	۷۹	۸/۶۲	۳/۴۲	-۰/۱۰۴	۰/۹۱۸
	عمل نکرده	۸۹	۸/۶۷	۳/۳۲		
سلامت جسمانی	عمل کرده	۷۹	۴/۵۶	۲/۰۸	۰/۶۵۱	۰/۵۱۶
	عمل نکرده	۸۹	۴/۳۴	۲/۲۷		
آسایش روانی	عمل کرده	۷۹	۲۶/۷۵	۱۱/۲۵	۳/۲۲۷	۰/۰۰۲
	عمل نکرده	۸۹	۲۱/۳۳	۱۰/۵۱		

مقدار p	t	انحراف استاندارد	میانگین	فراوانی	عمل تغییر جنسیت	ابعاد
۰/۵۰۰	۰/۶۷۶	۳/۲۶	۷/۲۵	۷۹	عمل کرده	دسترسی به خدمات
		۳/۵۱	۶/۹۰	۸۹	عمل نکرده	
۰/۱۳۱	۱/۵۱۹	۲/۱۳	۴/۳۵	۷۹	عمل کرده	کیفیت محیطی
		۱/۹۵	۳/۸۸	۸۹	عمل نکرده	
۰/۰۲۰	۲/۳۴	۱۸/۱۳	۵۱/۵۳	۷۹	عمل کرده	کیفیت زندگی کل
		۱۷/۲۷	۴۵/۱۱	۸۹	عمل نکرده	

جدول شماره ۷ معادله رگرسیون تک متغیری رابطه میان اختلال هویت جنسیتی در بین افراد عمل نکرده را با ابعاد کیفیت زندگی نشان می‌دهد. یافته‌های جدول حاکی از آن است که اختلال هویت جنسی با همه ابعاد کیفیت زندگی همبستگی منفی و معکوس دارد اما این همبستگی تنها با بعد آسایش روانی و کیفیت زندگی کل با درجه اطمینان ۹۵ درصد معنادار است و با ابعاد کیفیت تغذیه، سلامت جسمانی، دسترسی به خدمات و کیفیت محیطی رابطه معناداری ندارد. رابطه همبستگی اختلال هویت جنسی با کیفیت زندگی کل ۲۲ درصد است که همبستگی ضعیف و پایینی را بین دو متغیر نشان می‌دهد، ضریب تعیین (R^2) مربوط به کیفیت زندگی کل نشان می‌دهد که ۴/۸ درصد از واریانس کیفیت زندگی کل را اختلال هویت جنسی تبیین می‌کند که این ضریب جهت تعمیم به کل جامعه مورد مطالعه ۳/۷ درصد می‌باشد. ضریب تعیین بسیار پایین اختلال هویت جنسی نشان می‌دهد که عوامل تأثیرگذار مهم‌تری وجود دارند که بیش از ۹۶ درصد واریانس باقیمانده کیفیت زندگی افراد عمل نکرده را تبیین می‌کند. با توجه به مقادیر $(F=۴/۴۶۲)$ و مقدار $p < ۰/۰۵$ ، رابطه اختلال هویت جنسی با کیفیت زندگی کل افراد عمل کرده در سطح بیش از ۹۵ درصد معنادار می‌باشد.

جدول ۷. آزمون رگرسیون رابطه میان اختلال هویت جنسی افراد عمل نکرده با ابعاد کیفیت زندگی

مقدار p	F	Beta	B	اشتباه استاندارد	$Adj.R^2$	R^2	R	نام متغیر
۰/۳۶	۰/۸۴۷	-۰/۰۹۸	-۰/۰۵۱	۳/۳۳	-۰/۰۰۲	۰/۰۱	۰/۰۹۸	کیفیت تغذیه
۰/۲۶۷	۱/۲۴۵	-۰/۱۱۸	-۰/۰۴۲	۲/۲۹	۰/۰۰۳	۰/۰۱۴	۰/۱۱۸	سلامت جسمانی
۰/۰۲۹	۴/۹۰۹	-۰/۲۳	-۰/۳۷۱	۱۰/۱۷	۰/۰۴۲	۰/۰۵۳	۰/۲۳	آسایش روانی
۰/۰۷۹	۳/۴۱	-۰/۱۸۶	-۰/۱	۳/۴۱	۰/۰۲۴	۰/۰۳۵	۰/۱۸۶	دسترسی به خدمات
۰/۵۹۵	۰/۲۸۴	-۰/۰۵۷	-۰/۰۱۸	۱/۹۹	-۰/۰۰۸	۰/۰۰۳	۰/۰۵۷	کیفیت محیطی
۰/۰۳۷	۴/۴۶۲	-۰/۵۸۱	-۰/۸۲۷	۱۶/۷۱۶	۰/۰۳۷	۰/۰۴۸	۰/۲۲	کیفیت زندگی کل

جدول شماره ۸، معادله رگرسیونی تک متغیری رابطه اختلال هویت جنسی در بین افراد عمل کرده را با ابعاد کیفیت زندگی نشان می‌دهد. داده‌های جدول نشان‌گر آن است که اختلال هویت جنسی با کلیه ابعاد کیفیت زندگی همبستگی منفی و معکوسی دارد. در بین ابعاد کیفیت زندگی، رابطه اختلال هویت جنسی با کیفیت محیطی با توجه به مقادیر ($F=۳/۱۹۳$) و مقدار $p=۰/۰۷۸$ ، معنادار نمی‌باشد. اما رابطه متغیر مستقل با ابعاد دیگر متغیر وابسته در سطح ۹۹ درصد معنادار می‌باشد. بیش‌ترین همبستگی اختلال هویت جنسی افراد عمل کرده با بعد آسایش روانی (۰/۵۰) و کم‌ترین همبستگی آن با بعد کیفیت محیطی (۰/۲۰۱) می‌باشد. همچنین داده‌های جدول حاکی از آن است که اختلال هویت جنسی ۵۰/۴ درصد با کیفیت زندگی کل همبستگی دارد. ضریب تعیین (R^2) نشان می‌دهد که ۲۵/۴ درصد از واریانس کیفیت زندگی کل افراد عمل کرده توسط اختلال هویت جنسی قابل تبیین است که این ضریب جهت تعمیم به کل جامعه مورد مطالعه ۲۴/۴ درصد می‌باشد. با توجه به مقادیر ($F=۲۵/۸۵$) و مقدار $p<۰/۰۰۱$ ، رابطه‌ی اختلال هویت جنسی با کیفیت زندگی کل افراد عمل کرده در سطح بیش از ۹۹ درصد معنادار می‌باشد.

جدول ۸. آزمون رگرسیون رابطه میان اختلال هویت جنسی افراد عمل کرده با ابعاد کیفیت زندگی

مقدار p	F	Beta	B	اشتباه استاندارد	$Adj.R^2$	R^2	R	نام متغیر
۰/۰۰۱	۱۹/۸۹	-۰/۳۵۴	-۰/۲۳۹	۳/۲۰۲	۰/۱۱۴	۰/۱۲۵	۰/۳۵۴	کیفیت تغذیه
۰/۰۰۱	۱۳/۱۲	-۰/۳۸۴	-۰/۱۵۴	۱/۸۸	۰/۱۳۶	۰/۱۴۷	۰/۳۸۴	سلامت جسمانی
۰/۰۰۰	۲۵/۳۸	-۰/۵۰	-۱/۱۲	۹/۸۳	۰/۲۴۱	۰/۲۵	۰/۵۰	آسایش روانی
۰/۰۰۱	۱۰/۸۸	-۰/۳۵۴	-۰/۲۳۳	۳/۱۲	۰/۱۱۴	۰/۱۲۵	۰/۳۵۴	دسترسی به خدمات
۰/۰۷۸	۳/۱۹۳	-۰/۲۰۱	-۰/۰۸۴	۳/۱۹۳	۰/۰۲۸	۰/۰۴	۰/۲۰۱	کیفیت محیطی
۰/۰۰۰	۲۵/۸۵	-۰/۵۰۴	-۱/۸۳	۱۵/۹۱	۰/۲۴۴	۰/۲۵۴	۰/۵۰۴	کیفیت زندگی کل

مقایسه نتایج جدول‌های شماره ۷ و ۸ نشان می‌دهد که در بین تراجنسی‌های عمل نکرده، شدت اختلال هویت جنسی تنها بر بعد آسایش روانی و شاخص کل کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد و روی ابعاد دیگر کیفیت زندگی اثری ندارد. اما در افراد عمل کرده، شدت اختلال هویت جنسی با شاخص کل کیفیت زندگی و ابعاد آن به غیر از کیفیت محیطی رابطه معناداری دارد که این رابطه اثر منفی اختلال هویت با کیفیت زندگی را نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

تراجنسی‌ها با وجود این که می‌دانند به جنس موافق خود تعلق دارند اما تفاوت‌های محسوسی بین خود و آنان حس می‌کنند. بیش‌تر آنان پیش از سن بلوغ از وضعیت جنسیت خود متنفرند و آرزوی اصلی آنان تغییر جنسیت و قرار گرفتن در گروه جنس مخالف است، این آرزوی همیشگی، کلیه فعالیت‌های آنان را تحت‌الشعاع خود قرار داده و محور اصلی جهان‌بینی آنان را تشکیل می‌دهد (مهرابی، ۱۳۷۴).

این وضعیت مبتلایان به اختلال را دچار تنش‌ها و آسیب‌های روانی کرده و ارتباطات با دیگران را با چالش جدی مواجه می‌کند. طرد و منزوی شدن از طرف خانواده، دوستان و بستگان، آواره شدن و فقر از جمله مواردی است که اغلب افراد تراجنسی با آن مواجه

می‌شوند. این شرایط به همراه اقدام نکردن جهت هورمون‌درمانی و عمل تغییرجنسیت، اختلال هویت جنسی آنان را افزایش داده و این امر موجب کاهش کیفیت زندگی این دسته از افراد می‌شود.

یافته‌های تحلیلی تحقیق حاکی از آن است که میانگین اختلال هویت جنسی در بین افراد عمل‌کرده بسیار کم‌تر از افراد عمل‌نکرده است. مقایسه اختلال هویت جنسی افراد عمل‌کرده در پیش از عمل و پس از عمل نشان داد که پس از عمل جراحی تغییر جنسیت از مقدار اختلال افراد عمل‌کرده به شدت کاسته شده است. همچنین مقایسه میانگین شاخص کل کیفیت زندگی و بعد آسایش روانی در بین افراد عمل‌کرده و عمل‌نکرده تفاوت معناداری را نشان می‌دهد. افراد عمل‌کرده کیفیت زندگی و آسایش روانی بالاتری نسبت به پاسخ‌گویانی که دست به عمل تغییر جنسیت نزدند، داشتند. اما تفاوت معناداری در دیگر ابعاد کیفیت زندگی بین افراد عمل‌کرده و عمل‌نکرده مشاهده نشد.

بررسی رابطه اختلال هویت جنسی و کیفیت زندگی، همبستگی منفی و معکوسی دو متغیر را نشان می‌دهند. در بین تراجنسی‌های عمل‌نکرده، اختلال هویت جنسی تنها با بعد آسایش روانی و شاخص کل کیفیت زندگی رابطه معنادار داشته است و رابطه آن با ابعاد دیگر کیفیت زندگی معنادار نبوده است. اما در بین افراد عمل‌کرده، اختلال هویت جنسی با همه ابعاد کیفیت زندگی به غیر از کیفیت محیطی رابطه معناداری دارد.

مرتبط‌ترین مطالعاتی که تاکنون در خصوص تراجنسی‌ها به انجام رسیده است و قابل مقایسه با تحقیق حاضر است، پژوهش‌هایی است که پارولا و همکاران (۲۰۱۰)، نیوفیلد (۲۰۰۶) و راکیچ و همکاران (۲۰۰۶) در خصوص کیفیت زندگی افراد تراجنسی به عمل آوردند. نتایج مطالعات آنان نشان داد که عمل تغییر جنسیت و هورمون‌درمانی از میزان افسردگی و اختلال هویت آنان می‌کاهد و کیفیت زندگی بالاتری را برای آنان به ارمغان می‌آورد. یافته‌های مطالعه‌ی حاضر با نتایج مطالعات مورد اشاره، همسو می‌باشد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که عمل تغییر جنسیت، اختلال هویت جنسی تراجنسی‌ها را به

شدت کاهش می‌دهد و انطباق جدی بین ذهن آن‌ها و اندام جنسی آن‌ها ایجاد می‌کند. همچنین با عمل تغییر جنسیت، بعد آسایش روانی کیفیت زندگی بهبود یافته و تراجنسی‌ها از وضعیت روحی و روانی بسیار بهتری برخوردار خواهند بود اما ابعاد دیگر کیفیت زندگی تغییر نمی‌یابد. این یافته نشان می‌دهد عمل تغییر جنسیت تنها بر ذهن و روان تراجنسی‌ها اثرگذار است و ابعاد دیگر کیفیت زندگی تحت تأثیر عوامل دیگری چون ارتباط با والدین، پایگاه اجتماعی و اقتصادی و... است.

با توجه به یافته‌هایی که از رابطه بین اختلال هویت جنسی و کیفیت زندگی حاصل شد، می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که در بین عمل‌نکرده‌ها، اختلال هویت جنسی تنها جنبه‌ی ذهنی و روانی کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد که این تأثیر منفی می‌باشد و جنبه‌های دیگر کیفیت زندگی تحت تأثیر اختلال هویت جنسی افراد عمل‌نکرده نمی‌باشد. این نتایج گویای این مطلب است که پاسخ‌گویان تغییر جنسیت نداده، به علت ترس از برخورد جامعه، سعی می‌کنند هویت خود را پنهان کرده و مطابق انتظار جامعه رفتار می‌کنند و اختلال هویت‌شان را کم‌تر در رفتارشان بروز دهند. در واقع بیش از آن‌که نارضایتی از جنس زیستی خود را با رفتاری که از نظر جامعه ناپه‌نجا ترسیم می‌شود، بروز دهند، یا در بین دوستان و بستگان بسیار نزدیک خود بروز می‌دهند و یا این نارضایتی را نزد خود نگه می‌دارند. بنابراین با این شیوه، آن‌ها می‌توانند کم‌تر موجب بروز حساسیت جامعه نسبت به اختلال هویت و رفتارشان شوند و هنوز بتوانند در کنار خانواده زندگی کنند و طرد نشوند. البته برخی از تراجنسی‌های عمل‌نکرده با وجود این‌که رفتارشان در جامعه مطابق با جنس زیستی آن‌ها نمی‌باشد، به علت این‌که هنوز دست به عمل جراحی تغییر جنسیت نزدند می‌توانند همراه با خانواده زندگی کنند. به دلیل ندادن پایگاه حمایتی خانواده، جنبه‌های عینی زندگی آن‌ها کم‌تر دستخوش شرایط نامناسب می‌شود. بدین خاطر اختلال هویت جنسی تنها روی ذهن و روان خود فرد تأثیر منفی می‌گذارد و تغذیه، محیط، جسم و دسترسی به خدمات‌شان از آن متأثر نمی‌شود.

اما افراد عمل کرده، با توجه به این که جنس خود را تغییر داده‌اند و خود را در قالب جنس جدید در جامعه نمایان کرده‌اند و اغلب از طرف خانواده طرد شده‌اند، شدت اختلال هویت جنسی آن‌ها جنبه‌های ذهنی و عینی زندگی‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. معنادار نبودن رابطه اختلال هویت جنسی با کیفیت محیطی می‌تواند ناشی از تغییر محل زندگی پس از عمل تغییر جنسیت و گام نهادن به محیطی غریبه و ناآشنا با هویتی ناشناس و شباهت محیط زندگی آن‌ها باشد. مقایسه رابطه اختلال هویت جنسی و کیفیت زندگی در بین افراد عمل کرده و عمل نکرده نشان می‌دهد در حالی که همبستگی ضعیفی (۲۲ درصد) بین اختلال هویت جنسی و کیفیت زندگی در بین افراد عمل نکرده وجود دارد، این همبستگی در بین افراد عمل کرده در حد متوسط (۵۰/۴ درصد) است. در واقع همبستگی قوی‌تری بین اختلال هویت جنسی و کیفیت زندگی در بین افراد عمل کرده وجود دارد. همچنین در حالی که ۴/۸ درصد از واریانس کیفیت زندگی افراد عمل نکرده را اختلال هویت جنسی‌شان تبیین می‌کند، اختلال هویت جنسی افراد عمل کرده ۲۵/۴ درصد از واریانس کیفیت زندگی‌شان را تبیین می‌کند.

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، میزان اختلال هویت جنسی ابعاد جسمی و روحی فرد پاسخ‌گو را تحت تأثیر قرار می‌دهد، فردی که هنوز دست به عمل نزده است از اندام خود به شدت ناراضی بوده و خواهان تغییر تمام اندامی است که جنس وی را مشخص می‌کنند، این فرد پیش از هورمون‌درمانی و عمل تغییر جنسیت از صدا، ظاهر، پوشش، نقش جنسی و اندام تناسلی خود ناراضی است و خواهان سازگاری این اندام با جنسی که خود را متعلق به آن می‌داند، است. هرچه میزان نارضایتی از این اندام بیش‌تر باشد، سازگاری کم‌تری با خود و آن اندام دارد که موجب می‌شود فرد رفتاری متناسب با انتظار جامعه نداشته باشد و موجب دریافت برچسب، اذیت و آزار و مشکلات دیگر شده و وی را به مرحله خودکشی بکشاند. بدین ترتیب هرچه فرد اختلال هویت جنسی‌اش بیش‌تر باشد، دغدغه‌های وی در سطح ابتدایی زندگی باقی مانده و کیفیت زندگی پایینی خواهد داشت

و هرچه سازگاری اندامش با آن جنسی که خود را متعلق به آن می‌داند، بیش‌تر باشد، سطح نیازهای فرد بالاتر رفته و کیفیت زندگی‌اش ارتقا می‌یابد.

با توجه به نتایج به دست آمده، یکی از عمده دلایل کاستن از اختلال هویت جنسی و افزایش کیفیت زندگی، تسریع در روند کسب هویت جنسی واقعی فرد تراجنسی می‌باشد. از این طریق با به دست آوردن خود واقعی، فرد مبتلا به اختلال هویت جنسی به آرامش روانی دست یافته، رفتارهای وی با جنس‌اش هماهنگ می‌گردد. کسب هویت جنسی جدید، ارتباطات وی را با اجتماع و دیگران ترمیم می‌کند و فرد مبتلا به اختلال هویت جنسی با حضور خود در اجتماع و کسب وجهه و جایگاه اجتماعی و گذر از نیازهای اولیه به زندگی عادی دست پیدا می‌کند.

در انجام این پژوهش علاوه بر مشکلات در اجرای آن، محدودیت‌های زیر وجود داشت:

- با توجه به انجام نشدن تحقیقی مشابه و همچنین خاص بودن نمونه پژوهش، تنها از اعتبار صوری جهت سنجش روایی پرسش‌نامه استفاده شد که این امر می‌تواند از اطمینان نسبت به دقت نتایج بکاهد. لذا توجه جدی‌تر به این محدودیت در پژوهش‌های آتی ضروری است.
 - پژوهش‌گران قصد داشتند در این مطالعه، از کلیه افراد تراجنسی دارای پرونده در سازمان بهزیستی تمام‌شماری کنند. اما در نهایت به علت مشکلات بسیار در اجرا، این امر میسر نشد و امکان دسترسی به تعداد زیادی از افراد نمونه ممکن نشد. این مشکل موجب شده است تا از قدرت تعمیم یافته‌ها کاسته شود. برای انجام مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود با توجه به خاص بودن نمونه، جامعه آماری محدود به شهری خاص گردد و یا این‌که از روش‌های تحقیق کیفی جهت بررسی تراجنسی‌ها استفاده شود.
- با توجه به یافته‌های به دست آمده در این پژوهش، مواردی جهت بهبود شرایط تراجنسی‌ها پیشنهاد می‌گردد:

- آموزش و آگاهی‌رسانی به خانواده‌ها در خصوص مشکل اختلال هویت جنسی و نحوه‌ی برخورد با آن با هدف حمایت خانواده‌ها از فرزندان مبتلایان و طرد نکردن آنان.
- حمایت مالی مناسب سازمان‌های مربوطه از تراجنسی‌ها جهت انجام عمل جراحی تغییر جنسیت و درمان‌های مورد نیاز.
- ایجاد اشتغال متناسب برای تراجنسی‌ها جهت دوری از فقر و انحرافات اجتماعی.

Archive of SID

- آقامولایی، تیمور (۱۳۸۴). *اصول و کلیات خدمات بهداشتی*. چاپ اول، تهران: انتشارات اندیشه.
- جواهری، فاطمه، کوچکیان، زینب (۱۳۸۵). «اختلال هویت جنسیتی و ابعاد اجتماعی آن: بررسی پدیده نارضایتی جنسی در ایران». *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال پنجم، شماره ۲۱.
- رضایی، امید، صابری، سیدمهدی، شاه مرادی، حسین، ملک خسروی، غفار (۱۳۸۶). «کارکرد خانواده در بیماران دچار اختلال هویت جنسی». *فصلنامه توانبخشی ویژه نامه توانبخشی در بیماری‌ها و اختلالات روانی*، شماره ۸.
- رضائیان، علی (۱۳۷۰). *اصول مدیریت*. تهران: انتشارات سمت.
- شولتس، دوآن (۱۳۶۹). *روانشناسی کمال*. ترجمه گیتی خوشدل، تهران: نشر نو.
- عسگری محمد، صابری، سیدمهدی، رضایی، امید، دولت شاهی، بهروز (۱۳۸۶). «شیوع آسیب‌های روانی در بیماران با اختلال هویت جنسی». *مجله علمی پزشکی قانونی*، شماره ۳، مسلسل ۴۷.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۵). *جامعه‌شناسی*، ترجمه منوچهر صبوری، تهران، نشر نی.
- مازلو، آبراهام هرولد (۱۳۷۲)، «انگیزش و شخصیت»، (احمد رضوانی)، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی.
- مازلو، آبراهام هرولد (۱۳۸۱). *زندگی در اینجا و اکنون: هنر زندگی متعالی*. ترجمه مهین میلانی، تهران: انتشارات فراروان.
- مهرابی، فریدون (۱۳۷۴). «بررسی برخی از ویژگیهای تبدل خواهی جنسی در بیماران ایرانی». *فصلنامه اندیشه و رفتار*، شماره ۳، صص ۱۲-۶.
- نیمروزی، فاطمه (۱۳۸۶). «بررسی مقایسه‌ای رضایتمندی جنسی در ترنس سکسوال‌های مرد و زن بعد از عمل جراحی». *مقاله رایبه شده در سومین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنسی*، تهران، دانشگاه شاهد.
- Czajkowski, S.M. (1998). "Health-related quality of life outcomes in clinical research: NHLBI policy and perspectives". *Ann Thorac Surg.*, Vol. 66(4), pp. 1486-7.
- Kuhn, A., Bodmer, C, Stadlmayr, W, Kuhn, P, Mueller. M.D, Birkhauser. M. (2008). "Quality of life 15 years after sex

- reassignment surgery for transsexualism”**., *Fertility and Sterility*.
- Grant, M.M., Rivera, L.M. (1998). "Evaluation of quality of life in oncology and oncology nursing. In: King CR, Hinds P, editors. **Quality of Life from Nursing and Patient Perspective Theory**", *Research Practice*., 1st ed Philadelphia: Jones and Bartlett publishers Sudbury Massachusetts.
 - Li, L. Young, D. Wei, H. Zhang, Y. Xiao, Sh, Wang, X and Chan, X. (1976). "The Relationship **between objective life status and subjective life satisfaction with Quality of Life.**" *Behavioral medicine*, Vol. 23, No. 4, pp. 149-160.
 - Michalos, A.C. (1985) Multiple discrepancies theory (MDT), *Social Indicators Research* 16, pp. 347-413.
 - Newfield, E. (2006). "Female-to-male transgender quality of life". *Journal of Quality of Life Research*., Vol 15. pp. 1447-1457.
 - Parola, N., Bonierbale, M., Lemaire, A., Aghababian, V., Michel, A., Lançon, C. (2010). Study of quality of life for transsexuals after hormonal and surgical, *Sexologies*, Volume 19, Issue 1, January-March 2010, Pages 58-63.
 - Pitts, M. K., Couch, M., Mulcare, H., Croy, S., Mitchell, A. (2009). Transgender People in Australia and New Zealand: Health, Well-being and Access to Health Services, *Feminism & Psychology*, Vol. 19, No. 4, 475-495.
 - Rakic. Z. (2006). "The outcome of sex reassignment surgery in belgrade: 32 patients of both sexes". *Journal of Archive of Sexual Behavior*., Vol 25. pp. 515-525.
 - Ragonesi, P.D., Ragonesi, G., Merati, L. (1998). "The impact of diabetes mellitus on quality of life in elderly patients". *Arch Gerontol Geriatrics*., Vol .6(6). pp. 417-22.
 - Sammarco, A. (2001). "Perceived social support uncertainty and quality of life of younger breast cancer survivors". *Cancer Nursing*., Vol 24(3). pp. 212-9.
 - Ventegod, S., & Merrick, J. (2003). Long-term effects of maternal smoking on quality of life. *The Scientific World Journal*, 3, 714-720.