



مقایسه افسردگی و افکار خودکشی در دو گروه افراد مبتلا به نارضایتی جنسیتی با و بدون تغییر جنسیت

نسیم نسرکانی: گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه علوم و تحقیقات، تهران، ایران
منصور صالحی: دانشیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات سلامت بهداشت روان، گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (* نویسنده مسئول)
mansour.salehi@gmail.com

چکیده

کلیدواژه‌ها

افسردگی،
افکار خودکشی،
نارضایتی جنسیتی،
به کارگیری جراحی مجدد
جنسی

زمینه و هدف: افسردگی می‌تواند در اختلالات مختلف جسمی یا روانی به مثابه‌ی یک نشانه یا نشانگانی باشد که از نشانه‌ها تشکیل یافته و ثانوی بر یک اختلال زیر بنایی است، یا یک اختلال روانی ویژه باشد. در نشانگان افسردگی می‌تواند شاهد حالاتی همچون کنده تفکر، کاهش احساس علاقه و لذت، کاهش فعالیت جسمی هدفمند، احساس گناه و ناامیدی و مشکلاتی در اشتها و خواب بود. افسردگی اساسی یک بیماری کلاسیک در طبقه اختلالات افسردگی را نشان می‌دهد که با دوره‌های مجزای حداقل دو هفته‌ای مشخص می‌شود و تغییرات واضح در عاطفه، شناخت و کارکردهای عصبی-نباتی و بهبودهای بین دوره‌ای را شامل می‌شود. پژوهش حاضر با هدف مقایسه افسردگی و افکار خودکشی در دو گروه افراد مبتلا به نارضایتی جنسیتی با و بدون تغییر جنسیت، انجام گرفت.

روش کار: در این مطالعه علی-مقایسه‌ای تعداد ۶۶ نفر مرد و زن مبتلا به نارضایتی جنسیتی تغییر جنسیت نداده و تغییر جنسیت داده انتخاب شدند، ۳۳ نفر از افراد مبتلا به نارضایتی جنسیتی تغییر جنسیت یافته و ۳۳ نفر از افراد تغییر جنسیت یافته به روش نمونه‌گیری غیراحتمالی، از نوع نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. کلیه نمونه‌ها به پرسش‌نامه‌های افسردگی بک نسخه دو (BDI-II)، افکار خودکشی بک و جمعیت شناختی اطلاعات پاسخ دادند. داده‌های به دست آمده نیز توسط نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون‌های تی‌تست نمونه و همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میزان افسردگی و افکار خودکشی در افراد مبتلا به نارضایتی جنسیتی که تغییر جنسیت دادند از افراد مبتلا به نارضایتی جنسیتی که تغییر جنسیت نداده‌اند، کمتر است؛ بین میزان افسردگی و افکار خودکشی در افراد مبتلا به نارضایتی جنسیتی که تغییر جنسیت نداده‌اند با افراد مبتلا که تغییر جنسیت داده‌اند تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین میزان افسردگی و افکار خودکشی در افراد مبتلا به نارضایتی جنسیتی که تغییر جنسیت داده‌اند و میزان افسردگی و افکار خودکشی در افراد مبتلا به نارضایتی جنسیتی که تغییر جنسیت نداده‌اند رابطه وجود دارد.

نتیجه‌گیری: افسردگی و افکار خودکشی در گروه مبتلایان به نارضایتی جنسیتی تغییر جنسیت داده از مبتلایان به نارضایتی جنسیتی تغییر جنسیت نداده کمتر است، این نتایج لزوم توجه به تغییر جنسیت در کاهش میزان افسردگی و افکار خودکشی مبتلایان به نارضایتی جنسیتی را خاطر نشان می‌کند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.
منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Nasrkani N, Salehi M. Comparison of Depression and Suicidal Ideation in Individuals with Gender Dysphoria with and without Sex Reassignment Surgical Intervention. Razi J Med Sci. 2024(29 Jan);30.177.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.



Comparison of Depression and Suicidal Ideation in Individuals with Gender Dysphoria with and without Sex Reassignment Surgical Intervention

Nasim Nasrkani: Department of Clinical Psychology, Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences (SLHSS) Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Mansour Salehi: Associate Professor of Psychiatry, Mental Health Research Center, Psychiatric Department, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (* Corresponding author) mansour.salehi@gmail.com

Abstract

Background & Aims: Gender dissatisfaction refers to a type of discomfort that is associated with a mismatch between a person's experienced or expressed gender and their assigned gender. Although not all people experience discomfort as a result of this mismatch, many people experience discomfort in the absence of appropriate physical therapy interventions using hormones and/or surgery. Gender dysphoria is a condition associated with marked incongruence between the expressed or experienced gender and the assigned gender that is present at birth. The feeling of what gender we are is very important and in transgender people, it causes them to continuously seek to acquire the physical and anatomical characteristics of the opposite sex. These people always consider themselves as another person, who has been captured and arrested in the prison of the body of the opposite sex. They are usually disgusted by the appearance of their genitals. The idea that they have to stay in this body for the rest of their lives makes them feel sad, frustrated, and angry, and finally, the depression of these patients becomes the basis for them to commit suicide as a way to get rid of this dissatisfaction. Major depressive disorder is one of the most common mental disorders, which has the highest lifetime prevalence (about 7%) among mental disorders. Depression can be in various physical or mental disorders as a sign or symptom that consists of symptoms and is secondary to an underlying disorder, or it can be a special mental disorder. In depression symptoms, one can witness states such as slowness of thinking, decrease in interest and pleasure, decrease in purposeful physical activity, feelings of guilt and despair, and problems in appetite and sleep. Major depression represents a classic disease in the class of depressive disorders, characterized by discrete episodes of at least two weeks, and includes clear changes in effect, cognition, neuro-vegetative functions, and inter-episode improvement. During this period, either a depressed mood or a lack of interest or pleasure is seen in almost all activities. Suicidal thoughts include mental preoccupation with nothingness and the desire to die, without having a practical aspect. Negative feelings about the transgender community and a person's fear of being identified as a convert and its impact on life are directly related to depression. Also, research showed that the prevalence rate of mood disorders in this population is 33%, this figure indicates the high prevalence of many mood problems in this group. Various pressures and experiencing behaviors such as ridicule, violence, abuse, and rejection, along with cultural problems, social, economic, and legal obstacles for these people lead to an increase in the risk of depression or suicidal thoughts and finally committing suicide. Based on the statistics available worldwide, between 40 and 60 percent of transgender people commit suicide or suffer from severe depression due to the pressure caused by the

Keywords

Depression,
Suicidal Ideation,
Gender Dysphoria,
Sex Reassignment
Surgical Intervention

Received: 05/08/2023

Published: 29/01/2024

conflict between their physical and mental identities. Adolescents and adults with gender dissatisfaction before gender change are at an increasing risk of suicidal thoughts, suicide attempts, and ultimately successful suicide. But even after gender change, the level of adaptation may be different and the risk of suicide still exists. Our primary goal was to examine the effect of sex reassignment surgery on individuals with Gender Dysphoria. We recruited individuals with Gender Dysphoria who underwent or didn't undergo sex reassignment surgery to achieve our objectives.

Methods: Convenient sampling was used to select 66 individuals with Gender Dysphoria with and without sex reassignment surgical intervention. To assess the impact of sex reassignment intervention on depressive symptoms and suicidal attitude, Beck's depression inventory questionnaire (BDI-II), Beck suicidal attitude questionnaire (BSSI), and socio-demographic questions were used.

Results: The results show that in individuals with gender reassignment surgery, depression score was significantly lower $t(64) = -6.837, P=0.001$. Statistical analysis for variation in demographic characteristics demonstrated that depression score was negatively correlated with the level of education $t(64) = 0.258, P=0.012$. There was a positive correlation between the BDI-II's questionnaire and the BSSI's questionnaire $r=0.572, P=0.001$.

Conclusion: Although this paper can be considered an important starting point for understanding the importance of suicide in the population of people suffering from gender dissatisfaction. But future research in this field is necessary to explain the specific characteristics and indicators related to suicide. In this research, some effective factors in suicidal thoughts and depression in people with gender dissatisfaction were investigated. It is recommended that future researchers investigate all the factors involved with an emphasis on Iranian society and culture. For example, the role of gender function, life in old age, and economic and livelihood function after surgery in Iranian society is still unknown. Research about the factors affecting the increase in the risk of suicide, along with the factors that prevent it, can lead to the creation of a reliable reference that meets the needs of the Iranian society for effective intervention in this issue. Creating a suitable and evidence-based authority can lead to identifying and explaining key ways of intervention to prevent the risk of suicide in this group, increasing resilience, informing families, and creating a successful support and service delivery mechanism. Selecting a suitable candidate for sex reassignment surgery among individuals with Gender Dysphoria reduces the risk of developing depressive symptoms. Furthermore, education positively impacts the attitude toward Gender Dysphoria and reduces depressive symptoms.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Nasrkani N, Salehi M. Comparison of Depression and Suicidal Ideation in Individuals with Gender Dysphoria with and without Sex Reassignment Surgical Intervention. *Razi J Med Sci.* 2024(29 Jan);30.177.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

***This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.**

مقدمه

نارضایتی جنسیتی به نوعی ناراحتی اطلاق می‌شود که با ناهمخوانی میان جنسیت تجربه شده یا ابراز شده ی فرد و جنسیت تخصیص یافته‌ی او همراه است. گرچه همه‌ی افراد در اثر این ناهمخوانی، ناراحتی تجربه نمی‌کنند، اما بسیاری از افراد در صورت فقدان مداخله‌های درمانی جسمانی مطلوب با استفاده از هورمون‌ها و یا جراحی دچار ناراحتی می‌شوند (۱). نارضایتی جنسیتی وضعیتی است که با ناهماهنگی بارز بین جنسیت ابراز شده یا تجربه شده و جنسیت تخصیص داده شده که از بدو تولد وجود دارد همراه است (۲). این احساس که ما از چه جنسیتی هستیم اهمیت زیادی دارد و در افراد تراجنسیتی باعث می‌شود تا پیوسته درصد کسب خصوصیات ظاهری و آناتومیک جنس مخالف خود باشند. این افراد دائم خود را فرد دیگری می‌دانند که در زندان تن جنس مخالف خود اسیر و گرفتار شده‌اند. آن‌ها معمولاً از ظاهر دستگاه تناسلی خود منزجرند. تصور این که تمام عمر خود را مجبورند در این بدن بمانند باعث غمگینی ناراحتی ناامیدی و خشمگینی آنان می‌شود و در نهایت افسردگی این بیماران زمینه ساز اقدام آن‌ها به خودکشی به عنوان راه‌هایی از این نارضایتی می‌شود (۳). اختلال افسردگی اساسی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که بالاترین شیوع تمام عمر (حدود ۷ درصد) را در بین اختلالات روانی دارد (۴). افسردگی می‌تواند در اختلالات مختلف جسمی یا روانی به مثابه‌ی یک نشانه یا نشانگانی باشد که از نشانه‌ها تشکیل یافته و ثانوی بر یک اختلال زیربنایی است، یا یک اختلال روانی ویژه باشد. در نشانگان افسردگی می‌تواند شاهد حالاتی همچون کندی تفکر، کاهش احساس علاقه و لذت، کاهش فعالیت جسمی هدفمند، احساس گناه و ناامیدی و مشکلاتی در اشتها و خواب بود. افسردگی اساسی یک بیماری کلاسیک در طبقه اختلالات افسردگی را نشان می‌دهد که با دوره‌های مجزای حداقل دو هفته‌ای مشخص می‌شود و تغییرات واضح در عاطفه، شناخت و کارکردهای عصبی-نباتی و بهبودهای بین دوره‌ای را شامل می‌شود. در طی این مدت یا خلق افسرده یا فقدان علایق یا لذات در تقریباً تمام فعالیت‌ها دیده می‌شود (۵). فشارهای مختلف و

تجربه رفتارهایی مثل تمسخر، خشونت، آزار و طرد، در کنار مشکلات فرهنگی، موانع اجتماعی، اقتصادی و قانونی برای این افراد منجر به افزایش خطر ابتلا به اختلال افسردگی و یا بروز افکار خودکشی و در نهایت اقدام به خودکشی می‌شود. بر پایه‌ی آمارهای موجود در سطح جهان، بین ۴۰ تا ۶۰ درصد از افراد ترنسجندر به دلیل فشار ناشی از تضاد هویت جسمی و روانی خود، اقدام به خودکشی می‌کنند و یا به افسردگی‌های شدید مبتلا می‌شوند. نوجوانان و بزرگسالان دچار نارضایتی جنسیتی پیش از تغییر جنسیت در خطر فزاینده‌ی افکار خودکشی، اقدام به خودکشی و در نهایت خودکشی موفق قرار دارند. اما پس از تغییر جنسیت نیز ممکن است میزان سازگاری متفاوت باشد و خطر خودکشی همچنان وجود داشته باشد (۶). انجام چنین مطالعاتی در کشوری نظیر ایران باعث شناسایی مشکلات فردی و اجتماعی این افراد می‌شود، همچنین می‌تواند نقش بسزایی در تدوین قانون‌های حمایت کننده داشته باشد. و در نهایت بستری برای گسترش فرهنگ برخورد جامعه با این افراد را فراهم کند (۷). عمل جراحی تغییر جنسیت، کیفیت زندگی ترنسجندرها را در چندین حوزه مهم و متفاوت کیفیت زندگی و اجتماعی ارتقا می‌بخشد. همچنین افراد ترنسجندر زن به مرد سبک‌های زندگی دوستانه، حرفه‌ای و اجتماعی بهتری نسبت به افراد ترنسجندر مرد به زن دارند. ابعاد اصلی شخصیت تأثیری بر کیفیت زندگی افراد ترنسجندر که عمل کرده بودند، نداشت (۸). در مطالعه‌ای که به بررسی وضعیت دسترسی به بهداشت، رفاه و دسترسی به خدمات بهداشتی افراد ترنسجندر می‌پرداخت، شرکت کنندگان سلامتی شان را در مقیاسی پنج بعدی گزارش کردند. اکثر آن‌ها وضعیت سلامتی خود را خوب تا خیلی خوب ارزیابی کردند. اگرچه در مقیاس SF36، افراد همراه با اختلال هویت جنسیتی، وضعیت سلامتی ضعیف‌تری نسبت به گروه گواه استرالیا و نیوزیلند داشتند. شیوع افسردگی شرکت‌کنندگان ترنسجندر نسبت به گروه گواه استرالیا بسیار بیشتر بود، ترنسجندرها مرد به زن دو برابر ترنسجندرها زن به مرد تجربه‌ی افسردگی داشتند. شرکت‌کنندگانی که تبعیض بیشتری تجربه کردند، افسردگی بیشتری نیز داشتند (۹). در مطالعه‌ای

روش کار

در این مطالعه مقطعی تحلیلی، افسردگی و افکار خودکشی در دو گروه افراد با نارضایتی جنسی با و بدون عمل تغییر جنسیتی مقایسه شد. جامعه آماری این پژوهش شامل افراد همراه با نارضایتی جنسیتی بود که در سال ۱۳۹۶ در فاصله ماه‌های فرودین تا مهر به سازمان بهزیستی تهران مراجعه کرده بودند. از این جامعه، ۳۳ نفر (۵۰ درصد آزمودنی‌ها) با عمل تغییر جنسیت به طوری که حداقل شش ماه از عمل تغییر جنسیت آن‌ها گذشته باشد و ۳۳ نفر (۵۰ درصد آزمودنی‌ها) بدون عمل تغییر جنسیت به شیوه نمونه-گیری در دسترس انتخاب و در آزمایش گمارش شدند. **معیارهای ورود به مطالعه:** تشخیص نارضایتی جنسیتی توسط روانپزشک و داشتن حداقل سن ۱۸ سال بود.

معیارهای خروج از مطالعه: عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش بود. تمامی روند دریافت اطلاعات از آزمودنی‌ها بر اساس استاندارد اخلاق هیلنسکی سال ۱۹۶۴ انجام گرفته است. قبل از انجام پژوهش، به افراد شرکت کننده اطمینان داده شد که اطلاعات ایشان محرمانه خواهد بود و شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری است و در روند درمان ایشان تغییری ایجاد نمی‌کند. آزمودنی‌ها پس از توجیه پژوهش و قبول شرایط پژوهش و شرکت در آن به طور کتبی رضایت خود را اعلام کردند، به پرسش نامه افسردگی بک دو و مقیاس افکار خودکشی بک پاسخ دادند.

در این بازه زمانی، ۶۶ نفر از افراد واجد شرایط پرسشنامه‌های افسردگی و افکار خودکشی را تکمیل کردند. ۳۳ نفر از آن‌ها در مرحله بعد عمل جراحی و ۳۳ نفر از آن‌ها در مرحله قبل از عمل جراحی بودند. در میان آن‌ها بیشترین مداخله جراحی به واژینوپلاستی (۱۵ نفر، ۴۵٫۵ درصد) و اورپلاستی (۱۵ نفر، ۴۵٫۵ درصد) منجر شده بود.

پرسش نامه افسردگی بک نسخه دو (BDI-II):

این پرسش نامه شامل ۲۱ گویه است. نسخه بازنگری شده‌ی این پرسش نامه (BDI-II) بیشتر با DSM-IV همخوان است و تمام شاخص‌های افسردگی بر اساس نظریه‌ی شناختی را پوشش می‌دهد. آزمودنی باید گزینه‌ای را که بهتر از همه گویای احساسش طی ۲

کیفیت زندگی و رضایت‌مندی افراد ترنسجندر سوییسی که ۱۵ سال از عمل تغییر جنسیت آن‌ها می‌گذشت را مورد مقایسه و بررسی قرار دادند. یافته‌ها نشان داد رضایت عمومی 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 (۱۰). در پژوهشی که انجام گرفت پیشنهاد دادند که عمل جراحی برای تغییر جنسیت ممکن است به پیامدهای کوتاه مدت مثبتی در نوجوانان مبتلا به اختلال هویت جنسی منجر شود، اما این نوجوانان در طولانی مدت و پس از عمل جراحی ممکن است دچار مشکلاتی نظیر افکار و تمایلات خودکشی، عدم کارکرد اجتماعی و بین فردی رضایت-بخش، از دست‌دادن کار و حمایت‌های خانوادگی را تجربه کنند علاوه بر آن افزایش نگرش منفی نسبت به شرکت در جلسات درمان و یا روان‌درمانی و مقاومت پایدار نسبت به تغییر جنسیت در آن‌ها دیده می‌شد. آن‌ها پیشنهاد کرده‌اند که نوجوانان خواهان تغییر جنسیت لازم است قبل از عمل جراحی در جلسات روان‌درمانی شناختی-رفتاری، خانوادگی و انفرادی شرکت کنند و از این طریق نگرش خود را نسبت به جنسیت بیولوژیکی خود افزایش دهند (۱۱). در پژوهشی با عنوان "فراتر از افسردگی و خودکشی: سلامت روانی دانشجویان تغییر جنسیت یافته" انجام دادند، ۱۱۴۳ نفر از دانشجویان ترنسجندر در دانشکده را به عنوان گروه نمونه در نظر گرفتند، تجزیه و تحلیل‌های کای دو و رگرسیون نشان داد که دانشجویان تراجنسیتی در مقایسه با دانشجویان دختر همسو جنسیتی تقریباً دو برابر بیشتر در خطر افت وضعیت سلامت روانی قرار دارند. البته یک استثنا در مورد افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا است. در این مطالعه مشخص شد که افراد ترنسجندر در مقایسه با دختران همسو جنسیتی حدود هفت برابر ریسک بیشتری دارند (۱۲). تجزیه و تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که افراد غیر دگرجنس‌گرایی non-heterosexual پیش‌بینی‌کننده-های خیلی بهتری در مورد مسایل مربوط به سلامت روانی هستند (۱۳).

جمعیت شناختی شامل سن، تحصیلات، وضعیت تاهل، شرایط زندگی و روابط جنسی، شغل، متوسط درآمد ماهیانه، سابقه بیماری جسمی و روانی، تاریخ شروع بیماری، مصرف دارو و تاریخ عمل جراحی نیز به طور جداگانه توسط یک روان‌شناس بالینی جمع‌آوری شد (۱۵).

حجم نمونه این مطالعه ۳۳ نفر با عمل جراحی و ۳۳ نفر بدون عمل جراحی قرار داده شد. در این پژوهش، پس از جمع‌آوری نتایج پرسش‌نامه افسردگی بک، افکار خودکشی بک و اطلاعات جمعیت شناختی توسط برنامه آماری SPSS 18.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) تحلیل شد. تست آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی توزیع نرمال داده‌ها استفاده شد. آزمون تی استیودنت برای مقایسه دو گروه نمونه قبل و بعد از عمل تغییر جنسیت استفاده شد. با استفاده از آزمون تی استیودنت، تفاوت افکار خودکشی و افسردگی بک در دو گروه محاسبه شد. برای تحلیل داده‌های آماری، تمام نتایج با تغییرات در متغیرهای جمعیت شناختی نیز کنترل شد. ضریب همبستگی پیرسون برای محاسبه رابطه بین افسردگی و افکار خودکشی استفاده شد. همچنین آزمون‌های غیرپارامتریک آزمون یومان-ویتنی و کروسکال-والیس استفاده شدند.

یافته‌ها

حجم نمونه این پژوهش شامل ۶۶ نفر با اختلال نارضایتی جنسیتی بود. میانگین سنی آن‌ها در زمان ورود به مطالعه (SD=4/79 years, median age=26 year) بود. ۷۸/۸ درصد (۵۲ نفر) آن‌ها مجرد و ۲۱/۲ درصد (۱۴ نفر) آن‌ها در یک رابطه عاطفی پایدار بودند. برای متغیر تحصیلات، ۴/۵ درصد (۳ نفر) تحصیلات کمتر از دیپلم، ۴۳/۹ درصد (۲۹ نفر) دیپلم، ۵۱/۵ درصد (۳۴ نفر) تحصیلات دانشگاهی داشتند. همگی ساکن تهران بودند. جدول شماره ۱ شاخص‌های جمعیت شناختی را در دو گروه نشان می‌دهد. ۲۱/۸ درصد (۱۲ نفر) سابقه بیماری جسمی و روانی داشتند. سن، وضعیت تاهل، محل سکونت یا درمان هورمونی رابطه معناداری با شاخص‌های افسردگی و افکار خودکشی نداشت. افکار خودکشی و افسردگی بعد از عمل جراحی تغییر جنسیت به طور

هفته گذشته است انتخاب کند. یک ساختار دو عاملی شامل عامل شناختی-عاطفی و عامل جسمی برای این پرسش‌نامه و هم‌چنین روایی و پایایی قابل قبولی برای آزمون گزارش کرده‌اند. پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای این پرسش‌نامه ۰/۹۱ می‌باشد، همسانی درونی این پرسش‌نامه نیز ۰/۹۱ گزارش شده است. هر ۲۱ گروه جمله دارای یک لیکرت چهارتایی بین صفر تا ۳ است. نمره کسب شده در این پرسش‌نامه بین صفر تا ۶۳ متغیر می‌باشد. ضریب همبستگی درون طبقه‌ای ۰/۸۱ محاسبه شد. ثبات داخلی آزمون نیز از روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۶۴ به دست آمد. در بررسی روایی همگرا پرسش‌نامه، بک نیز از طریق سنجش همبستگی آن با نمره کل GHQ-۲۸ و نیز با چهار سازه آن تعیین شد که همبستگی اسپیرمن پرسش‌نامه بک با کل نمره GHQ-۲۸ ۰/۸ به دست آمد. این ابزار افسردگی را به چهار نوع جزئی (از نمره ۰ تا ۱۳)، خفیف (از نمره ۱۴ تا ۱۹)، متوسط (از نمره ۲۰ تا ۲۸) و شدید (از نمره ۲۹ تا ۶۳) دارد. نسخه ترجمه شده این پرسش‌نامه از زبان انگلیسی به زبان فارسی برای گروه نمونه استفاده شد (۱۴).

پرسش‌نامه افکار خودکشی بک (BSSI): یک ابزار خودسنجی ۱۹ سؤالی است که به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری نگرش، رفتار و طرح‌ریزی برای اقدام به خودکشی تهیه شده است. مقیاس آن بر اساس سه درجه نقطه‌ای از ۰-۲ تنظیم شده است. نمره کل فرد بر اساس جمع نمره‌ها محاسبه می‌شود که از ۰-۳۸ متغیر می‌باشد. گویه‌ها افکاری مانند آرزوی مرگ، تمایل غیرفعال یا فعال برای خودکشی، زمان و تعداد دفعات افکار خودکشی، و میزان آمادگی فرد برای خودکشی را بررسی می‌کند. این مقیاس از پایایی بالایی برخوردار بوده که با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۹ و با استفاده از روش آزمون-بازآزمایی پایایی آن ۰/۷۴ به دست آمد. همچنین روایی این ابزار در مقالات مشابه بین‌المللی تأیید شده است. شواهد حاکی از آن است که مقیاس افکار خودکشی می‌تواند گزینه معتبری برای اندازه‌گیری افکار خودکشی در قالب خودسنجی باشد. پرسش‌نامه افسردگی بک و افکار خودکشی بک برای پیش ۶۶ نفر از افراد دچار اختلال نارضایتی جنسیتی استفاده شد. افزون بر آن، اطلاعات

جدول ۱- خلاصه نتایج آنالیزهای دو متغیر نمرات افسردگی و افکار خودکشی با استفاده از آزمون یو-مان-ویتنی

گروه	M	SD	T	Df	P
افسردگی	۲۰/۷۶	۷/۵	-۶/۸۳۷	۶۴	<۰/۰۰۱
	۱۰	۷/۳۹			
افکار خودکشی	۱۵/۰۹	۸/۳۷	-۷/۱۶۷	۶۴	<۰/۰۰۱
	۴/۳۹	۴/۷۶			
افسردگی	۱۸	۸/۱۹	-۲/۵۸۲	۶۴	۰/۰۱۲
	۱۲/۹۱	۷/۸۲			

معناداری کاهش پیدا کرده است. افزون بر آن تحصیلات دانشگاهی با افسردگی رابطه معنادار معکوس دارد (جدول شماره ۱). جدول شماره ۱ نتایج تحلیل آزمون t-student آزمون‌های افسردگی بک و افکار خودکشی را در دو گروه نشان می‌دهد. نتایج تحلیل همبستگی پیرسون نشان می‌دهد رابطه معنادار مثبتی بین افکار خودکشی و افسردگی وجود دارد به طوری که $r=0/572, P=0/01$ بررسی مقدماتی و به روش غیرپارامتریک و کروسکال‌والیس در مورد نمره افکار خودکشی بک و تاهل افراد، نشان داد که نمره افکار خودکشی در افراد متاهل کمتر است ($P=0/04$). همچنین، آزمون غیرپارامتریک یومان-ویتنی بین نمره افسردگی و درآمد نیز نشان داد که افرادی که درآمد دارند در مقایسه با افرادی که درآمد ندارند نمره افسردگی کمتری دارند ($P=0/02$).

معناداری کاهش پیدا کرده است. افزون بر آن تحصیلات دانشگاهی با افسردگی رابطه معنادار معکوس دارد (جدول شماره ۱). جدول شماره ۱ نتایج تحلیل آزمون t-student آزمون‌های افسردگی بک و افکار خودکشی را در دو گروه نشان می‌دهد. نتایج تحلیل همبستگی پیرسون نشان می‌دهد رابطه معنادار مثبتی بین افکار خودکشی و افسردگی وجود دارد به طوری که $r=0/572, P=0/01$ بررسی مقدماتی و به روش غیرپارامتریک و کروسکال‌والیس در مورد نمره افکار خودکشی بک و تاهل افراد، نشان داد که نمره افکار خودکشی در افراد متاهل کمتر است ($P=0/04$). همچنین، آزمون غیرپارامتریک یومان-ویتنی بین نمره افسردگی و درآمد نیز نشان داد که افرادی که درآمد دارند در مقایسه با افرادی که درآمد ندارند نمره افسردگی کمتری دارند ($P=0/02$).

بحث

ترنسکشوالیتی یکی از انواع مشکلات هویت جنسی است، که با ناهمخوانی روان شناختی بین هویت روانی، مورفولوژی، اندام جنسی و صفات ثانویه جنسی همراه است. ناهمخوانی در جنسیت تعیین و تجربه شده در افراد همراه با ناراضی جنسیتی غالباً توأم با احساس پریشانی و درماندگی است. ناراضی از بدن و آرزوی زندگی در جنس دیگر از مهم ترین انگیزه‌های انجام درمان‌های تغییر جنسیت است (مثل هورمون‌تراپی، و تغییر اندام جنسی به کمک جراحی). از طرف دیگر، شیوع اقدام به خودکشی در این اقلیت جنسی بین ۱۲ تا ۱۹ درصد گزارش شده است (۷) و در نوجوانانی که دچار اختلال ناراضی جنسیتی بوده‌اند نرخ شیوع

یک برنامه درسی مدون در دوره دستیاری گروه‌های داخلی، جراحی و روان پزشکی با همکاری گروه‌های آموزشی جامعه شناسی و مددکاری می‌تواند به افزایش نگاه چند جانبه به این موضوع کمک می‌کند (۹). آنچه مسلم است عمل تغییر جنسیت برای اکثر افرادی که دچار نارضایتی جنسیتی هستند با رضایت همراه است. در کنار تمام نکات مثبت و مزایایی که عمل تغییر جنسیت برای افراد دچار اختلال نارضایتی جنسیتی دارد، این درمان با محدودیت‌هایی نیز همراه است. تحقیقات هم گروهی در سوئد نشان داده که هم چنان نرخ خودکشی در افرادی که عمل تغییر جنسیت انجام داده‌اند در مقایسه با سایر افراد جامعه به طور معناداری بیشتر است (۱۵). پژوهش‌هایی که بتواند تغییرات رضایت از عمل جراحی و افکار خودکشی را در گذر زمان و در طولانی مدت بررسی کند توصیه می‌شود. به عنوان مثال، در تغییر جنسیت از زن به مرد احتمال کمتری از پشیمانی از عمل تغییر جنسیت گزارش شده است. احتمالاً عواملی چون مقبولیت اجتماعی و مشکلات دیگری که برای فرزند آوری و یا ازدواج برای افرادی که از مرد به زن تغییر جنسیت داده‌اند می‌تواند از دلایل پشیمانی تغییر جنسیت به زن هستند. لذا انتخاب کاندید برای تغییر جنسیت به زن باید با دقت بیشتری انجام شود. از دیگر عواملی که با پشیمانی از عمل تغییر جنسیت رابطه مستقیم داشتند می‌توان به خودانگاره منفی (negative self image)، سابقه ابتلا به اختلالات افسردگی شدید (overactive temprament) اشاره کرد. در نتیجه برای کاهش اقدام به خودکشی در این گروه، شناسایی عوامل فوق قبل از انجام عمل جراحی و اقدامات روان‌شناختی مناسب درمانی برای کاهش ایجاد افکار خودکشی توصیه می‌شود.

نتیجه گیری

اگرچه این پژوهش را می‌توان نقطه شروع مهمی برای درک اهمیت موضوع خودکشی در جمعیت افراد مبتلا به نارضایتی جنسیتی تلقی کرد. اما تحقیقات آتی در این زمینه برای تبیین ویژگی‌ها و شاخص‌های اختصاصی مرتبط با خودکشی ضروری است. در این پژوهش به بررسی برخی از عوامل موثر در افکار خودکشی و افسردگی در افراد با نارضایتی جنسیتی

کافی را به دست بیاوردند. توجه به تاثیر این عوامل و مداخله روان‌شناختی موثر در آن، باعث افزایش اعتماد به نفس، پذیرش خود و بهبود وضعیت ادراک از خود خواهد شد. عکس‌العمل خانواده‌ها نسبت به پدیده اختلال نارضایتی جنسی و عمل تغییر جنسیت، تابعی از عواملی مختلفی مانند سن، تحصیلات، نوع جهان بینی، باورهای مذهبی و فرهنگ جنسی است. احتمال افزایش احساس شرم، سرزنش از خود و خطر خودکشی در خانواده‌هایی که باورهای مذهبی و فرهنگی منوط به پذیرش هویت جنسی سنتی زن یا مرد را دارد وجود دارد. بنابراین شاید ریشه افزایش خطر اقدام به خودکشی و افکار خودآسیب رسان در افراد دچار نارضایتی جنسیتی را نه تنها در خواستگاه زیستی این پدیده، بلکه باید در مجموعه‌ای از عوامل محیطی، فرهنگی و اجتماعی و مذهبی آن جامعه و اطرافیان فرد جستجو کرد. نظریه پردازانی چون دورکیم با نتایج تحقیقات خود به نقش بازدارنده مذهب در پدیده خودکشی پرداخته‌اند (۷). با توجه به محدود بودن نمونه و زمان محدود سپری شده بعد از عمل جراحی، تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. در اکثر موارد تغییر جنسیت باعث افزایش سلامت روانی و بهزیستی فرد (well being) می‌شود. اکثر افرادی که تغییر جنسیت داده‌اند، از اینکه بدن‌شان همسو با نقش هویتی‌شان شده است احساس رضایت بیشتری می‌کنند. عمل تغییر جنسیت باعث می‌شود افراد خودشان را در جنسیتی که نسبت به آن احساس تعلق می‌کنند، پیدا کنند. و همین امر، باعث کاهش افکار خودکشی و رفتارهای خود آسیب رسان مانند اقدام به خودکشی می‌شود. افزون بر آن، سایر درمان‌ها همچون هورمون درمانی می‌تواند تاثیرات به سزایی در افزایش پذیرش جامعه در نقش و جنسیت جدیدشان داشته باشد (۱۲). گذار از جنسیت تعیین شده به جنسیت دلخواه، حتی زمانی که فرد بسیار مصمم است و انگیزه بسیار بالایی دارد، بسیار چالش برانگیز است. دوره درمان تغییر جنسیت بدون حمایت چند جانبه و جامع از سوی خانواده، جامعه و کادر درمان امکان پذیر نیست. بنابراین طراحی یک الگوی جامع، هدفمند و منطبق با نیازهای جامعه و فرهنگ ایران باید از الویت‌های پژوهشی در این حوزه قرار بگیرد. بازنگری و طراحی

Management in Cancer Patients. *Cancer J*. 2019;25(5):343-348.

9. Giannitrapani KF, Holliday JR, Miake-Lye IM, Hempel S, Taylor SL. Synthesizing the Strength of the Evidence of Complementary and Integrative Health Therapies for Pain. *Pain Med*. 2019;20(9):1831-1840.

10. Running A, Seright T. Integrative oncology: managing cancer pain with complementary and alternative therapies. *Curr Pain Headache Rep*. 2012;16(4):325-31.

11. Snyder M, Wieland J. Complementary and alternative therapies: what is their place in the management of chronic pain? *Nurs Clin North Am*. 2003;38(3):495-508.

12. Wright J, Adams D, Vohra S. Complementary, holistic, and integrative medicine: music for procedural pain. *Pediatr Rev*. 2013;34(11):e42-6.

13. Aydin D, Sahiner NC. Effects of music therapy and distraction cards on pain relief during phlebotomy in children. *Appl Nurs Res*. 2017;33:164-168.

14. Nguyen TN, Nilsson S, Hellström AL, Bengtson A. Music therapy to reduce pain and anxiety in children with cancer undergoing lumbar puncture: a randomized clinical trial. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2010;27(3):146-55.

15. Caprilli S, Anastasi F, Grotto RP, Scollo Abeti M, Messeri A. Interactive music as a treatment for pain and stress in children during venipuncture: a randomized prospective study. *J Dev Behav Pediatr*. 2007;28(5):399-403.

پرداخته شد. توصیه می‌شود، پژوهش‌های آتی به بررسی همه‌ی عوامل دخیل با تاکید بر جامعه و فرهنگ ایرانی بپردازند. به عنوان مثال، هم چنان نقش عملکرد جنسیتی، زندگی در دوره سالمندی، عملکرد اقتصادی و معیشتی بعد از عمل جراحی در جامعه ایران ناشناخته است. پژوهش‌ها درباره عوامل موثر بر افزایش خطر خودکشی در کنار عوامل بازدارنده آن می‌تواند به ایجاد یک مرجع معتبر و منطبق بر نیاز جامعه ایران برای مداخله موثر در این مساله منجر شود. ایجاد یک مرجع مناسب و متکی بر شواهد می‌تواند به شناسایی و تبیین راه‌های کلیدی در خصوص مداخله برای جلوگیری از خطر خودکشی در این گروه، افزایش تاب‌آوری، آگاهی بخشی به خانواده‌ها و ایجاد یک ساز و کار حمایتی و خدمات‌رسانی موفق منجر شود.

References

1. Hu C, Hart SN, Gnanaolivu R, Huang H, Lee KY, Na J, et al. A Population-Based Study of Genes Previously Implicated in Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2021;384(5):440-451.

2. Foulkes WD. The ten genes for breast (and ovarian) cancer susceptibility. *Nat Rev Clin Oncol*. 2021;18(5):259-260.

3. Arts-de Jong M, de Bock GH, van Asperen CJ, Mourits MJ, de Hullu JA, Kets CM. Germline BRCA1/2 mutation testing is indicated in every patient with epithelial ovarian cancer: A systematic review. *Eur J Cancer*. 2016;61:137-45.

4. Speight B, Tischkowitz M. When to Consider Risk-Reducing Mastectomy in BRCA1/BRCA2 Mutation Carriers with Advanced Stage Ovarian Cancer: a Case Study Illustrating the Genetic Counseling Challenges. *J Genet Couns*. 2017;26(6):1173-1178.

5. Shi H, You Z, Guo Y. (Mutation of breast cancer susceptibility gene in ovarian cancer and its clinical significance). *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 1998;33(11):676-8.

6. Konstantinopoulos PA, Norquist B, Lacchetti C, Armstrong D, Grisham RN, Goodfellow PJ, et al. Germline and Somatic Tumor Testing in Epithelial Ovarian Cancer: ASCO Guideline. *J Clin Oncol*. 2020;38(11):1222-1245.

7. Maindet C, Burnod A, Minello C, George B, Allano G, Lemaire A. Strategies of complementary and integrative therapies in cancer-related pain-attaining exhaustive cancer pain management. *Support Care Cancer*. 2019;27(8):3119-3132.

8. Deng G. Integrative Medicine Therapies for Pain