

بررسی کیفی مشکلات خانوادگی افراد ترانس قبل و بعد از عمل جراحینبی مرادی^۱، صفورا عرب^۲، علی حیدرنیا^۳، مونا مهدی نسب^۴، فرشاد صمدی^{۵*}**چکیده**

مقدمه: جنسیت هر فرد بخش مهمی از هویت‌اش را تشکیل می‌دهد و در بردارنده‌ی تصویری است که هر فرد به عنوان یک مرد یا زن از خود دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی کیفی مشکلات خانوادگی افراد ترانس قبل و بعد از عمل جراحی بود.

روش پژوهش: روش پژوهش حاضر از نوع کیفی و توسط روانشناس و با ابزارمصاحبه‌ای نیم‌ساختارمند بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان و مردانی بود که از طریق نهادهای تحت نظر مثل دانشگاه‌های علوم پزشکی، بهزیستی و هلال احمر به عنوان ترانس تشخیص داده شد. نمونه آماری به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد و پرسشنامه‌ها بین آن‌ها توزیع شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی و استخراج مقوله‌های مورد نظر از آن، از روش کلایزی بهره گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که مشکلات خانوادگی افراد ترانس قبل از عمل جراحی شامل مخالفت خانواده همراه با آسیب جسمی و روانی، طرد از خانواده، محرومیت از حقوق، تفکر منفی خانواده نسبت به عمل بود و مشکلات خانوادگی آن‌ها پس از عمل جراحی شامل عدم پذیرش هویت جدید از سوی خانواده و ترک خانه بود.

نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که دیدگاه‌های فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی حاکم در خانواده و عدم شناخت درست اختلال هویت جنسی باعث ایجاد مشکلات فراوانی برای افراد دارای این اختلال می‌شود.

کلیدواژه‌ها: ترانس، سلامت روان، عمل جراحی، پذیرش هویت

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۶/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۳/۱۱

استناد: مرادی ن، عرب ص، حیدرنیا ع، مهدی نسب م، صمدی ف. بررسی کیفی مشکلات خانوادگی افراد ترانس قبل و بعد از عمل جراحی، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۰؛ ۱۱۲(۴): ۱۳۲-۱۴۳

^۱ - کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قشم، قشم، ایران.

^۲ - کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

^۳ - دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه غیر انتفاعی قشم، قشم، ایران

^۴ - کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران.

^۵ - دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران.

farshadsamdi.com@gmail.com, ORCID: 000000025997485x

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه:

دیسفوریای جنسیتی^۱ در DSM-IV جزو «اختلالات جنسی و اختلالات هویت جنسی» قرار داشت، اما در DSM-5، یک طبقه‌بندی مجزا محسوب می‌شود (۱). دیسفوریای جنسیتی به کسانی اشاره می‌کند که بین جندر تجربه شده^۲ (جنسیتی که تجربه می‌کنند) یا جندر بیان شده^۳ (جنسیتی که نشان می‌دهند) با جنسیتی که در بدو تولد به آن‌ها داده شده است، ناهمخوانی شدیدی وجود دارد (۲). باید توجه داشت که سکس (جنس) با جندر (جنسیت) تفاوت دارد. وقتی بچه به دنیا می‌آید بلافاصله معلوم است که جنسش چیست، پسر یا دختر. اما جنسیت او را جامعه و بعدها خود فرد به همراه جامعه تعریف می‌کند (۳). اولین قدم برای ایجاد هویت جنسیتی این است که به پسران نام پسرانه و به دختران نام دخترانه می‌دهند و لباس‌های مخصوص یکی از این دو جنس را تن‌شان می‌کنند. وقتی آلت جنسی فرد با هویت جنسی او هم‌خوانی ندارد، ممکن است دیسفوریای جنسیتی ایجاد شود (۱). دیسفوریا یک لغت یونانی است: دیس به معنای بد، و فوریا به معنای حمل کردن، بردن، آوردن است. دیسفوریا یعنی تحمل (حمل کردن) رنج زیاد، به همراه داشتن ناراحتی، یا به‌طور خلاصه ناراحتی شدید (۱).

برای اکثر انسان‌ها هویت جنسی^۴ یک حقیقت عادی و جاافتاده است. آن‌ها جنسی را که با آن به دنیا آمده‌اند زیر سؤال نمی‌برند و رفتار به شیوه جنس مذکر یا مؤنث را طبیعی و آسان می‌یابند. به نظر می‌رسد که هویت جنسیتی^۵ تا آخر عمر تعیین شده است البته تا وقتی که انسان‌ها مطابق با آن می‌اندیشند، عمل می‌کنند و لباس می‌پوشند؛ اما بعضی افراد به دیسفوریای جنسیتی (جندر دیسفوریا یا نارضایتی از جنسیت خود) دچار می‌شوند و احساس می‌کنند که هویت جنسی آن‌ها خلاف جنس بیولوژیک‌شان است، جنسی که با آن به دنیا آمده‌اند. در چنین شرایطی افراد متوجه می‌شوند که از لحاظ فیزیکی به شکل مرد یا زن رشد می‌کنند (مثلاً ریش در می‌آورند یا سینه‌هایشان بزرگ می‌شود) اما نمی‌توانند این باور را کنار بگذارند که در ورای این ظاهر فیزیکی به جنس مخالف تعلق دارند. وقتی این نوع نارضایتی از جنسیت خود مشکل ساز می‌شود و در عملکرد اجتماعی و شغلی فرد اختلال ایجاد می‌کند، ممکن است فرد رسماً مبتلا به دیسفوریای جنسیتی اعلام شود (۴). اصطلاح ترانس‌جندر (ترا - جنسیت) یک اصطلاح کلی است که از آن برای اشاره به کسانی استفاده می‌شود که با جنسیت مخالف جنسیتی که با آن به دنیا آمده‌اند، همانندسازی می‌کنند. جنسیتی که در بدو تولد به افراد داده می‌شود گاهی جنسیت اختصاص یافته یا اختصاص داده شده^۶ نامیده می‌شود. افراد ترانس‌جندر یک گروه متنوع هستند:

- ۱) ترانس‌سکشوآل‌ها، تراجنسی‌ها: تمایل دارند بدن جنس مخالف را داشته باشند.
- ۲) عجیب - جنسیتی‌ها، نامشخص جنسی: کسانی هستند که احساس می‌کنند بین دو جنس قرار دارند، هر دو جنس هستند یا هیچ‌یک از دو جنس نیستند.
- ۳) کراس‌درسرها: کسانی هستند که لباس جنس مخالف را می‌پوشند و از اکسسوری‌های آن‌ها (مانند، کیف، کفش، کلاه، انگو، گردنبند، عطر و اودکلن، کمر بند، ماتیک، ساعت مردانه) استفاده می‌کنند اما همان هویت جنسیتی را که در بدو تولد به آن‌ها اختصاص داده شده است حفظ می‌کنند (۲).

¹ Gender dysphoria

² Experienced gender

³ Expressed gender

⁴ Sexual identity

⁵ Gender identity

⁶ Assigned gender

مشخصه‌های جنسی اولیه^۱ عبارتند از اندام‌های جنسی که برای تولید مثل به آن‌ها نیاز مستقیم وجود دارد. مشخصه‌های جنسی ثانویه^۲ خصوصیتی هستند که دو جنس یک نوع جاندار (نرها و ماده‌ها) را از هم مشخص می‌کنند اما به طور مستقیم عضو سیستم تولید مثل نیستند. مثلاً یال شیر نر، پره‌های بلند طاووس نر، شاخ‌های بز نر، مشخصه‌های جنسی ثانویه هستند. در انسان‌ها، مشخصه‌های جنسی ثانویه عبارتند از سینه‌های رشد یافته در زنان، ریش و سبیل و سبک گلو در مردان (۵).

افراد مبتلا به دیسفوریای جنسیتی به شدت علاقه دارند که به صورت عضوی از جنس مخالف زندگی کنند تا بتوانند لباس‌های جنس مخالف را بپوشند یا طرز رفتار آن‌ها را اقتباس کنند و بدین وسیله ظاهر فیزیکی افراد جنس مخالف را به دست آورند؛ برای مثال مردان ممکن است الکترولیز کنند تا موی بدن خود را از بین ببرند یا از هورمون‌هایی استفاده کنند که اندام‌های زنانه به دست آورند، مثلاً سینه‌هایشان رشد کند. کسانی که به شدت از جنسیت خود ناراضی هستند، ممکن است زندگی جنسی مختل داشته باشند؛ برای مثال مردان متأهل مبتلا به دیسفوریای جنسیتی وقتی با همسر خود می‌ک‌لاو می‌کنند ممکن است خودشان را یک لزبین تصور کنند که مشغول این کار با لاور خود است. افرادی که لاورهای همجنس دارند ممکن است اجازه ندهند آن‌ها به جنیتال‌هایشان نگاه یا آن‌ها را لمس کنند. در بسیاری از موارد دیسفوریای جنسیتی، احساس ناراضی از جنسیت آنقدر قوی است که فرد به سوی جراحی تغییر جنسیت^۳ سوق داده می‌شود و در نتیجه از نظر فیزیکی به حالت جنس مخالف در می‌آید. می‌توان در کودکان نیز دیسفوریای جنسیتی را تشخیص داد (۶). در پسر بچه‌ها این مورد به صورت گرفتن نقش زنانه (مثل بازی با عروسک، ایفای نقش مادر در بازی‌های ایفای نقش، اجتناب از شرکت در بازی‌های خشن پسرانه)، نشان دادن انزجار از آلت تناسلی خود و اقتباس رفتارهای دخترانه دیده می‌شود. دختران نیز از انتظاراتی که والدین از نقش جنسیتی آن‌ها دارند انزجار نشان می‌دهند، از پوشیدن لباس‌های دخترانه اجتناب می‌ورزند، موهای خود را کوتاه نگه می‌دارند، هم‌بازی‌های پسر را ترجیح می‌دهند و به ورزش‌های بیشتر مردانه، مثل فوتبال روی می‌آورند. در کودکی حدود ۳ درصد دختران و ۱ درصد پسران آشکارا اعلام می‌کنند دوست دارند از جنس مخالف باشند، اما اکثر آن‌ها وقتی بزرگ می‌شوند به بزرگسالانی مبتلا به دیسفوریای جنسیتی تبدیل نمی‌شوند. با این حال تشخیص رسمی دیسفوریای جنسیتی در کودکی ممکن است مشکلات جنسی آینده را پیش‌بینی کند، زیرا بسیاری از کسانی که در کودکی مبتلا به دیسفوریای جنسیتی تشخیص داده می‌شوند، به تمایلات هموسکشوآل دچار می‌شوند؛ بنابراین دیسفوریای جنسیتی در کودکی پیش‌بینی‌کننده خوبی برای ابتلا به دیسفوریای جنسیتی در بزرگسالی نیست، اما پیش‌بینی‌کننده خوبی برای هموسکشوآل شدن در بزرگسالی به‌ویژه در مردان است (۷).

این پدیده در DSM-IV اختلال هویت جنسی^۴ (GID) نام داشت اما بعد از سال‌ها اعتراض از سوی افراد متعلق به جامعه ترانس‌جندرها^۵ (دگرجنس‌گونه‌ها، تراجنسیتی‌ها)، انجمن روان‌پزشکی آمریکا تصمیم گرفت در DSM-5 نام آن‌را به دیسفوریای جنسیتی تغییر دهد. اعضای این جامعه معتقدند اصطلاح «اختلال هویت جنسی» تحقیرآمیز است. در عوض، بهتر است یک دیاگنوز پزشکی دیگر که لیبل (استیگمای) کمتری می‌زند انتخاب شود. گذاشتن یک «لیبل پزشکی» به شرکت‌های بیمه و سایر اشخاص و نهادهای ثالث اجازه می‌دهد تا هزینه درمان و جراحی تغییر جنسیت را متقبل شوند و این لیبل پزشکی به مردم نشان می‌دهد که مشکلات روانی - اجتماعی همراه

¹ Primary sex characteristics

² secondary sex characteristics

³ Gender reassignment surgery

⁴ Gender Identity Disorder

⁵ transgender

این اختلال ربطی به بیماری روانی ندارند، بلکه صرفاً به نارضایتی فرد از ظاهر فیزیکی خود مرتبط هستند. افراد متعلق به جامعه ترانس چندرها سال‌ها به این بحث پرداختند که DSM-IV و ویراست‌های قبلی آن، بی‌دلیل و بی‌مناسبت، نارضایتی از اندام فیزیکی را نوعی «اختلال» طبقه‌بندی کرده‌اند و این نام‌گذاری اشتباه، سلامت، شخصیت، حرمت، کرامت و امنیت اعضای این گروه را به خطر انداخته است (۸).

چند دلیل دیگر نیز وجود دارد که چرا این عارضه نمی‌تواند یک اختلال روانی باشد. تحقیقات پزشکی جدید درباره ساختارهای مغزی افراد ترانس جندر نشان داده‌اند که بعضی از آن‌ها در مغز خود ساختارهای فیزیکی شبیه به ساختارهای فیزیکی مغز افراد جنس مخالف دارند (حتی قبل از هورمون درمانی). علاوه بر آن اخیراً معلوم شده است که دیسفوریای جنسیتی ممکن است علل دیگری هم داشته باشد، مثلاً علل ژنتیک و قرار گرفتن جنین در معرض برخی هورمون‌ها (از همه مهم‌تر آندروژن) یا قرار نگرفتن جنین در معرض برخی هورمون‌ها (باز هم از همه مهم‌تر آندروژن) و همچنین ممکن است بعضی دلایل پسیکولوژیک و رفتارگرایی (مثلاً شرطی‌سازی کلاسیک یا شکل‌دهی) نیز در آن نقش داشته باشند. به همین دلیل و دلایل دیگر، این عارضه در DSM-5 به دیسفوریای جنسیتی (نارضایتی جنسیتی) تغییر نام یافته است (۹).

در DSM-5 برای اصطلاح مهم و دیاگنوستیک دیسفوریای جنسیتی به عنوان تابعی از سن هیچ تمایزی ارائه نشده است. با این حال معیارهای لازم برای تشخیص این اختلال در کودکان و نوجوانان تا اندازه‌ای متفاوت هستند. در کودکان، دیسفوریای جنسیتی ممکن است از حرف‌ها یا کارهای بچه‌ها حدس زده شود. بعضی بچه‌ها ممکن است که بگویند دوست دارند از جنس مخالف باشند یا ممکن است تعداد زیادی از رفتارهایی را آن‌جا دهند که به طور سنتی در کودکان جنس مخالف مشاهده می‌شوند (۱۰). در ایران یکی از راه‌های پیش روی این افراد جراحی است که بنا به تشخیص و تأیید آن صورت می‌گیرد و مبتلایان به این اختلال در این مسیر با مشکلات عدیده‌ای روبه‌رو می‌شوند. افراد ترانس جنسی در ایران مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی مختلفی تجربه می‌کنند و باتوجه به این‌که در ایران کمتر به مسائل خانوادگی آن‌ها پرداخته شده، هدف پژوهش حاضر بررسی کیفی مشکلات افراد ترانس قبل و بعد از عمل جراحی است.

۲. روش تحقیق

پژوهش حاضر، به شیوه‌ی پژوهش کیفی و از نوع پدیدارشناسی توصیفی است که توسط روانشناس و با ابزار مصاحبه‌ای نیم‌ساختارمند انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان و مردانی بود که از طریق نهادهای تحت نظر مثل دانشگاه‌های علوم پزشکی، بهزیستی و هلال احمر به عنوان ترانس تشخیص داده شد. نمونه آماری به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد و با توجه به کفایت و اشباع اطلاعاتی حجم نمونه تعیین شد که پس از مصاحبه با ۱۰ نفر اشباع اطلاعاتی توسط محقق حاصل شد. با توجه به کفایت حجم نمونه و اشباع اطلاعاتی حجم نمونه بین ۱۵ تا ۲۰ نفر به صورت هدفمند تعیین شد. شیوه رایج در این نمونه‌گیری این است که محقق تا رسیدن به اشباع که پس از آن اطلاعات جدیدی به دست نمی‌آید به انتخاب ادامه دهد سپس پرسشنامه‌ها بین آن‌ها توزیع شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی و استخراج مقوله‌های مورد نظر از آن، از روش کلایزی بهره گرفته شد.

ابزار پژوهش: داده‌ها و اطلاعات مربوط به این پژوهش از طریق کتابخانه‌ای- میدانی بود. ابزار گردآوری اطلاعات روش مصاحبه نیمه ساختارمند بود که در ادامه مراحل تدوین آن ارائه شده است:

۱- تدوین سؤالات اولیه:

محقق ابتدا به طراحی سؤالات اولیه مشغول شد. در این مرحله سعی شد که هر سؤال مصاحبه تنها یک محور را در بر گیرد و تقریباً از تمام محورهای فردی، خانوادگی، بین فردی و اجتماعی سؤالاتی با رعایت نکات طراحی سؤالات، سؤالاتی طراحی شد و از بین سؤالات طرح شده انتخاب صورت گرفت.

۲- اجرای آزمایشی و گرفتن بازخورد از درک مشارکت‌کننده:

پس از تأیید نهایی سؤالات برای سنجش میزان درک سؤالات توسط مشارکت‌کنندگان، سؤالات در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و از ایشان در مورد پاسخ‌های احتمالی‌شان سؤال گردید. همچنین یک مصاحبه آزمایشی اجرا شد تا محقق متوجه همسویی برداشت مشارکت‌کننده و آنچه هدف محقق از پرسش سؤال بوده است، بشود و اگر نیاز بود، سؤالات اصلاح شود و در نهایت، محقق سؤالاتی را که کلی بود برای درک بیشتر مصاحبه شونده به سؤالات جزئی‌تر تغییر داد.

۳- تدوین پرسشنامه مصاحبه نیمه ساختارمند:

آنچه در مراحل پیشین از آن‌ها سخن گفتیم، تمام گام‌هایی بود که پژوهشگر برای کسب آمادگی لازم در راستای تدوین ابزار پژوهش و شروع برداشت. حال که سؤالات قطعی شدند تدوین یک پرسشنامه برای شروع اجرا ضرورت داشت. در این مرحله فرم مصاحبه و سؤالات در اختیار سه نفر متخصص قرار گرفت و در نهایت فرم نهایی سؤالات تدوین شد.

۴- انجام مصاحبه:

در جریان مصاحبه پس از برقراری ارتباط و گفت و گوهای اولیه و عمومی بر اساس پاسخ شرکت‌کنندگان به سؤال اصلی پژوهش از دیدگاه شرکت‌کننده به‌طور دقیق و روشن پرداخته شد. مصاحبه‌ها با دستگاه ضبط صوت، ضبط شدند و پس از اتمام مصاحبه به‌طور دقیق پیاده‌سازی شده و متن مصاحبه‌ها جهت کدگذاری و تحلیل مورد استفاده قرار گرفت.

۳. یافته‌ها

پس از رونویسی کردن مصاحبه‌ها، شرح حال‌ها، نظرات، دلنوشته‌ها و... متن‌های حاصل چندین بار خوانده شدند تا مفهومی از کل متن فهمیده شود. در مرحله دوم، عبارات و جملات مهم مرتبط با تجربه پدیده مورد نظر استخراج می‌گردد. در جدول ۱ نمونه‌هایی از عبارات مهم ذکر شده‌اند.

جدول ۱. نمونه‌هایی از عبارات مهم

کد مصاحبه شونده	جملات مهم
مصاحبه شونده شماره ۱	با خودم درگیر بودم. دائما خودم رو مقایسه می‌کردم که من اگر جای اونا بودم فلان می‌کردم، کاش از اول یک دختر بودم، کاش بشه زود عمل کنم، اگر عروسی می‌رفتم همیشه وسط بودم و می‌رقصیدم. بعد عمل جراحی، خواهرم کلا نقل مکان کرد رفت تهران، احساس می‌کنم برای بابام سنگینه هنوز. خواهر کوچک ترم اسمم رو صدا نمی‌زنه و در مورد هویتم حرف نمی‌زنه.
مصاحبه شونده شماره ۲	هر جا بود عمل می‌کردم حتی اگر ی سال از عمرم مونده بود عمل می‌کردم. دعوی لفظی خیلی داشتم، یبار کتک خوردم، از خونه بیرونم کردبابام، گفت انگار من همچنین بچه‌ای ندارم، حق ورود به خونه‌ام رو نداره، کلا تأیید نمی‌شدم، مجبور بودم کار کنم چون پول نداشتم، مادرم می‌گفت جواب درو همسایه‌ها رو چی بدم، داماد بزرگمون قبول نمی‌کرد، می‌گفت راحت اشتباه، چون مذهبی بود می‌گفت تو جسمت همینه.

<p>خیلی دوست داشتم لباسم رو در روابط جنسی در بیمارم ولی جلو خودمو می‌گرفتم و بدم می‌ومد کسی ببینه، با گاز استریل برای خودم آلت تناسلی درست می‌کردم که بدن خودمو لمس نکنم.</p> <p>زمانی که با لباس دخترانه بیرون می‌رفتم دعوا می‌شد که می‌پرسیدند ک تو دختری یا پسری، می‌گفتن تو عمداً روسری سرت می‌کنی و ازم شکایت می‌کردن و مأمور منو می‌گرفت می‌برد کلانتری اونجا باید کارت ملی رو نشون می‌دادم و بهشون توضیح می‌دادم قضیه چیه تا ولم کنند بعضی‌ها که باور نمی‌کردند باید زنگ می‌زدم خانواده بیاد.</p>	<p>مصاحبه شونده شماره ۳</p>
<p>بعد عمل جراحی یکی از خواهرام رگش روزده که مانع بشه من برم خونه، از اینکه شوهرش بفهمه و آبروش بره می‌ترسه، هر شش ماه یکبار دیدن پدر و مادرم می‌رم</p> <p>اصلاً عمل خوبی نداشتم، دارم اذیت میشم، نه بالا تنه نه پایین تنه خوبی دارم، دیسک کمر شدید گرفتم مدام باید استراحت کنم و نمی‌تونم سر کار برم</p>	<p>مصاحبه شونده شماره ۴</p>
<p>گوشه گیر بودم، دوست داشتم شب بخوابم و صبح دختر بشم، ی بار تیغ برداشتم آلت‌م رو ببرم، همش بچه‌ها بهم می‌گفتن تو دختری پسر نیستی، زمینه ارثی اختلال هویت جنسی داشتم و مادر بزرگ و خالم هم شبیه ترنس بودند</p> <p>فکر می‌کردن عمل کردنم به خاطر رابطه داشتم، می‌گفتن مثل هرزه‌هاست</p>	<p>مصاحبه شونده شماره ۵</p>
<p>بعد عمل جراحی بازم به یک دید دیگه بهم نگاه می‌کنن، هر جا رفتم کار کنم به یک ماه نکشید بیرون اومدم ازش</p>	<p>مصاحبه شونده شماره ۶</p>
<p>با پسرا رابطه صمیمی داشتم. حموم که می‌رفتم با لباس می‌رفتم، دوس نداشتم کسی ببینه بالا دخترانه و پایین پسرونه هست.</p>	<p>مصاحبه شونده شماره ۷</p>

در مرحله سوم فرموله کردن معانی از عبارات و جملات مهم انجام می‌شود. معنی فرموله شده، همان معنایی است که پژوهشگر از محتوای یک عبارت استنباط می‌کند. سپس معانی فرموله شده، به عباراتی کوتاه‌تر که همان مفاهیم هستند، تبدیل می‌شدند. جدول ۲ نمونه‌هایی از تبدیل جملات و عبارات مهم را به معانی فرموله شده و تبدیل معانی فرموله شده به مفاهیم را نشان می‌دهد.

جدول ۲. نمونه‌هایی از تبدیل عبارات مهم به معانی فرموله‌شده

عبارات مهم	معانی فرموله‌شده	مفاهیم
کاش به شه زود عمل کنم	جنسیت زیستی فرد برای وی خوشایند نیست.	نارضایتی جنسیتی
بعد عمل جراحی، خواهرم کلاً نقل مکان کرد رفت تهران	اعضای خانواده پذیرای هویت جدید فرد نیستند	عدم حمایت خانواده در حین فرایند عمل جراحی

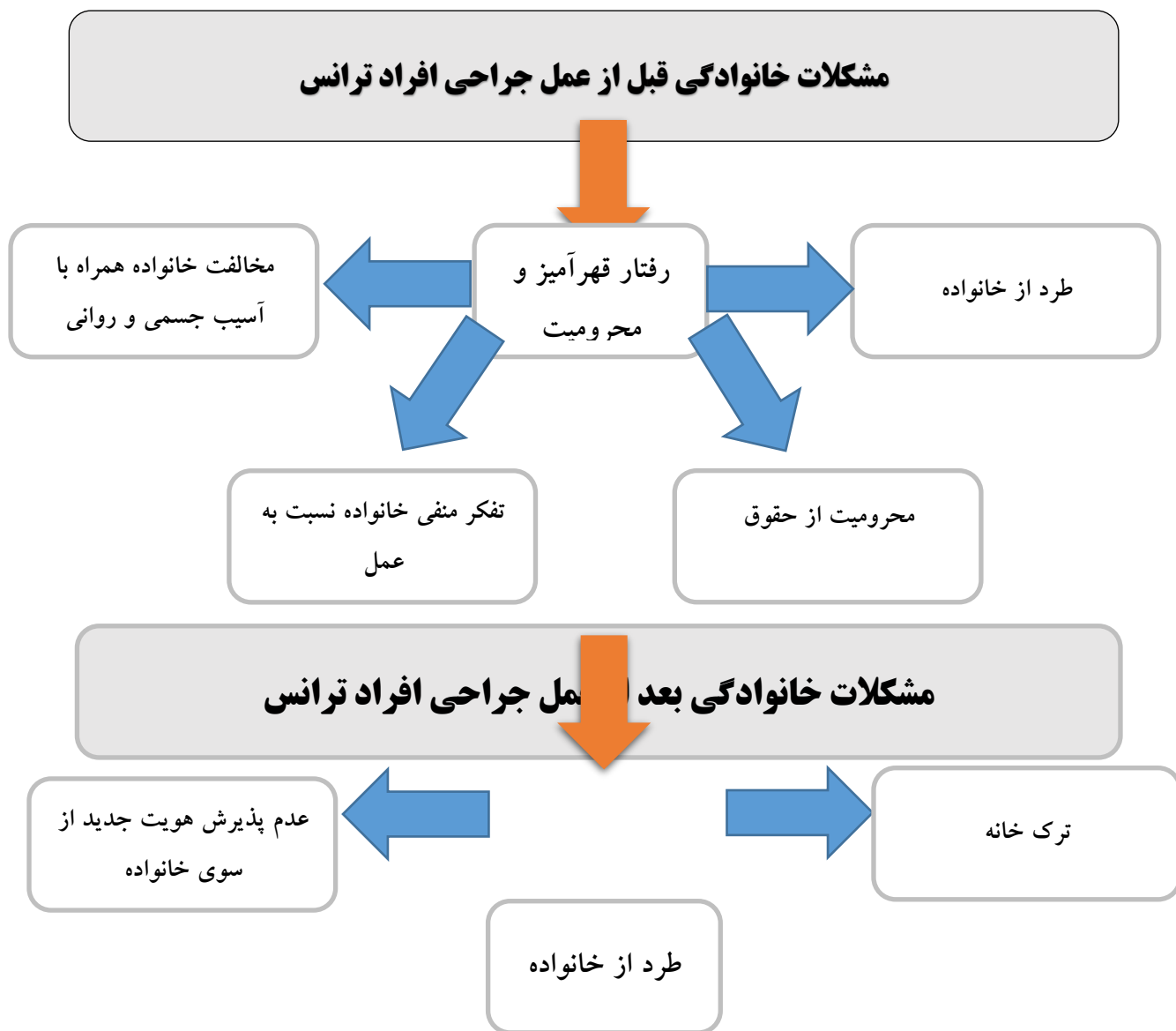
در مرحله چهارم تمام معانی فرموله‌شده در مقوله‌های فرعی گروه‌بندی می‌شوند. یعنی هر مقوله فرعی به گونه‌ای کدبندی خواهد شد که تمام معانی فرموله‌شده آن گروه معنایی را در بر می‌گرفت. سپس این گروه‌های مقوله‌های فرعی که هر یک تصور خاصی را منعکس

می‌کردند با هم ادغام شدند تا یک مقوله مجزا را تشکیل بدهند. بنابراین در این مرحله معانی فرموله شده در قالب مفاهیم، مقوله‌های فرعی و مقوله‌های اصلی قرار گرفتند. این فرایند به یکباره انجام نگرفت. یعنی به این صورت نبود که از ابتدا مشخص باشد که کدام مفاهیم در کدام مقوله‌های فرعی قرار می‌گیرد، یا کدام یک از مقوله‌های فرعی در یک مقوله اصلی جای می‌گیرند. فرایند جابه‌جایی مفاهیم میان مقوله‌های فرعی و جابه‌جایی مقوله‌های فرعی میان مقوله‌های اصلی بارها تکرار شدند.

جدول ۳. مقوله فرعی و اصلی استخراج شده پیرامون مشکلات خانوادگی

نوع مشکلات و موقعیت آن	سؤال	مقوله فرعی	مقوله اصلی
مشکلات خانوادگی - پیش از عمل جراحی	پیش از عمل جراحی با چه مشکلاتی در خانواده مواجه بودید؟	<ul style="list-style-type: none"> • مخالفت خانواده همراه با رفتار قهرآمیز و آسیب جسمی و روانی • طرد از خانواده • محرومیت از حقوق • تفکر منفی خانواده نسبت به عمل 	محرومیت
مشکلات خانوادگی - پس از عمل جراحی	پس از عمل جراحی با چه مشکلاتی در خانواده مواجه بودید؟	<ul style="list-style-type: none"> • عدم پذیرش هویت جدید از سوی خانواده • ترک خانه 	طرد از خانواده

همانطور که در جدول بالا گزارش شده است، از مصاحبه‌های انجام شده در رابطه مشکلات خانوادگی، پیش و پس از انجام عمل جراحی، شش مقوله فرعی و دو مقوله اصلی شامل رفتار قهرآمیز و محرومیت و طرد از خانواده حاصل شد.



شکل ۱. ساختار ذاتی پدیده حاصل از کدگذاری یافته‌ها

همانطور که در شکل بالا دیده می‌شود، مشکلات خانوادگی افراد دارای اختلال هویت جنسیتی قبل از عمل شامل رفتار قهرآمیز و محرومیت و بعد از عمل شامل طرد از خانواده است. در مرحله هفتم و آخر پژوهشگر به دنبال اعتباریابی نتایج بود. بدین جهت از طریق تماس تلفنی یا گفتگوی نوشتاری با مشارکت‌کنندگان آن‌ها را از یافته‌های پژوهش آگاه نمود و آنچه را که از صحبت‌های آنان استخراج کرده بود، به اطلاعشان رساند. در نهایت آن‌ها صحت نتایج را تأیید کرده و مشخص شد که نتایج این پژوهش احساسات و تجربیات آنان را به طور کامل منعکس نموده است. همچنین در راستای سنجش پایایی یا قابلیت اعتماد نتایج پژوهش حاضر، از مرور و بازخورد همکاران پژوهشی استفاده استفاده گردید.

بحث و نتیجه‌گیری:

در پژوهش حاضر، پژوهشگر با هدف پدیدارشناسی تجربه زیسته افراد دارای اختلال هویت جنسی به مصاحبه با افراد دارای این اختلال پرداخت و در این راستا، سوالاتی برای واکاوی تجربیات این افراد در رابطه با مشکلات خانوادگی از افراد پرسیده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که در بخش مشکلات خانوادگی این افراد قبل از عمل جراحی رفتار قهرآمیز و محرومیت را تجربه می‌کنند زیرا مبهم بودن اختلال جنسیتی موجب عدم پذیرش این افراد و دغدغه‌های آنان در خانواده می‌شود. عدم شناخت درست اختلال جنسیتی توسط خانواده افراد دارای این اختلال گاهی باعث می‌شود تا خانواده‌ها این افراد را طرد کرده و یا انگ بی‌حیثی به این افراد بزنند. گاهی مقاومت خانواده در پذیرش وجود این نوع اختلال در فرزندشان و نیز پذیرش آن‌جام عمل جراحی به قدری شدت پیدا می‌کند که فرد دارای اختلال را مورد آسیب جدی روانی و حتی ضرب و شتم قرار می‌دهند. در این راستا، مؤمنی جاوید و شعاع کاظمی (۱۱) بیان می‌کنند که اولین مشکل در خانواده این است که به علت دیدگاه‌های فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی حاضر به قبول چنین مسأله‌ای نیستند. ترس از زبازد شدن، بی‌آبرو شدن درفامیل و محله، از دست دادن حس اعتماد و مورد قبول واقع شدن باعث می‌شود. خانواده در مقابل خواسته فرزندان مقاومت نشان می‌دهند و نتیجه آن در برخی از موارد جدال، کشمکش، ضرب و شتم و راندن آن‌ها از خانه و خانواده است. در اغلب موارد برخورد والدین با این افراد متفاوت است. طبق گزارشی برخورد والدین با این فرزندان در ایران در ۳۰ درصد موارد حمایت‌گرانه است. یعنی والدین از فرزندان خود حمایت می‌کنند و می‌کوشند در سایه این حمایت، مشکلات فرزندان خود را تا حدی بهبود بخشند. در ۱۰ درصد موارد والدین بی‌توجه هستند اما در ۷۰ درصد موارد والدین برخوردی توأم با عصبانیت و سرکوب دارند یا از شنیدن تقاضای فرزندشان برای تغییر جنسیت غمگین می‌شوند (۱۱). بعد از عمل جراحی نیز عدم پذیرش هویت جدید از سوی خانواده جزو مهم‌ترین مشکلات این افراد است. در این رابطه می‌توان گفت، عدم پذیرش افراد دارای اختلال جنسیتی در خانواده تنها مربوط به پیش از انجام عمل نیست بلکه پس از آن نیز افراد در خانواده مورد پذیرش قرار نمی‌گیرند. گاهی شدت این عدم پذیرش به حدی است که فرد مجبور به ترک خانه می‌شود (۱۲). در این راستا، مؤمنی جاوید و شعاع کاظمی (۱۱) بیان می‌کنند که نارضایتی جنسی و اقدام به تغییر جنسیت، وضعیت پیچیده‌ای است که بر سلامت و عملکرد اجتماعی افراد تأثیر قابل ملاحظه‌ای دارد یکی از پیامدهای این اختلال تأثیرگذاری در کیفیت تعامل والدین - فرزندان است. دشواری متقاعد کردن خانواده‌ها به انجام دادن عمل جراحی است. تغییر جنسیت بر هویت افراد نیز اثر می‌گذارد. انجام عمل جراحی برای ورود به جنس مخالف کافی نیست بلکه لازم است فرد رفتارهای خاص آن جنسیت را نیز بیاموزد و دیگران نیز او را با هویت جدیدش بپذیرند. نارضایتی جنسی بر ابعاد مختلف سلامت فرد در عرصه زندگی شخصی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد و در مجموع از ظرفیت سرمایه اجتماعی افراد میکاهد (۱۳). نتایج پژوهش عابدینی و سپهری‌نیا (۱۴) نشان داد که میزان حمایت خانواده از فرد پس از عمل افزایش نمی‌یابد. در همین راستا لوی و کورفمن^۱ نیز به این نتیجه رسیده بودند که احتمال کاهش حمایت‌های خانوادگی در بین این افراد بیشتر است (۱۴).

قدردانی:

برخورد لازم می‌دانم از تمامی مددجویان دارای اختلال هویت جنسی و مددکاران بخش مداخله در بحران سازمان بهزیستی که در انجام این پژوهش مشارکت کردند صمیمانه تشکر کنم.

¹ Levey & Curfman

Reference

1. Ganji M. Psychopathology based on DSM-5. Tehran: Savalan, 2020.
2. Sadock B.J., Sadock V.A., Rulz P., Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
3. Nikkelen S.W., Kreukels B.P.. Sexual experiences in transgender people: the role of desire for gender-confirming interventions, psychological well-being, and body satisfaction. *J sex & marital therapy*, 2018; 44(4): 370-381.
4. Weiselberg E., Shadianloo S.. Overview of care for transgender children and youth. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 2019; 12(10): 15
5. Sirin S., Polat A., Firdevs A.. Psychometric Evaluation of Adapted Transsexual Voice Questionnaire for Turkish Trans Male Individuals, *J Voice* In press, 2020
6. Valentine S.E., Shepherd J.C.. A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *Clinical Psychology Review*, 2018; 66: 24-38.
7. Kerchkov M.A. et al. Prevalence of sexual dysfunction in transgender person. *journal of sexual medicine*, 2019: 1-12.
8. Dowers E., White C., Kingsley J., Swenson R.. Transgender experiences of occupation and the environment: A scoping review. *J Occupational Science*, 2019; 26(4): 496-510.
9. McFadden C.. Discrimination Against Transgender Employees and Jobseekers. *Handbook of Labor, Human Resources and Population Economics*, 2020: 1-14.
10. Cussino M.C., Crespicd V., Minecciacd M., Moloce G., Mottad F., Vegliaa.. State of mind of attachment and reflective function in an Italian transsexual sample. 2020; *European Journal of Trauma Dissociation*, 2021; 5(4):100-108. doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.05.001
11. Shoa Kazemi M, Momeni Javid M.. Investigating the relationship between mental health and poor sexual performance in infertile women with breast cancer in Tehran. *Quarterly J Breast Diseases of Iran*. 2011; 4(1 and 2): 56-48.
12. Schneider J., Page J., Van Nes F.. Now I feel much better than in my previous life: Narratives of occupational transitions in young transgender adults. *J Occupational Science*, 2019; 26(2): 219-232.
13. Johns M.M., Lowry R., Andrzejewski J., Barrios L.C., Demissie Z., McManus T., Underwood J.M.. Transgender identity and experiences of violence victimization, substance use, suicide risk, and

sexual risk behaviors among high school students-19 states and large urban school districts. 2017. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2019; 68(3): 67.

14. Abedini S., Sepehrinia H.. Relationship between socio-cultural and family dimensions with perception of sexual identity before and after surgery in patients with gender identity disorder studied in Ardabil. Sociological studies, 2016; 8(29): 21-38.