

بررسی فرآیند درک و تجربه‌ی والدین افراد با ملال جنسیتی، یک مطالعه‌ی کیفی در ایران

ملیحه ضیائی^۱، علی طلائی^۲، علی تقی‌پور^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: افراد مبتلا به ملال جنسیتی، بین جنسیتی که برای آن‌ها تعیین شده است و جنسیت تجربه شده/ ابراز شده‌ی خود، ناهمخوانی محسوس دارند. این مطالعه با هدف اطلاع از درک و تجربه‌ی والدین افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی در مورد وضعیت فرزندشان می‌باشد.

روش‌ها: این مطالعه از نوع تحلیل محتوای کیفی است که به روش انجام مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته با ۱۵ نفر از والدین افراد دچار ملال جنسی ارجاع شده به بیمارستان ابن‌سینا مشهد در سال ۱۳۹۹ انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش Strauss و Corbin استفاده شد. از نرم‌افزار MAXQDA نسخه‌ی ۱۰ به منظور سازمان‌دهی و کدگذاری داده‌های کیفی استفاده گردید.

یافته‌ها: در مجموع، ۱۵ مصاحبه و ۱۲۱ کد مفهومی استخراج شد. ۵۸ درصد از فرزندان دچار اختلال هویت جنسی، دختر بودند. میانگین سن این افراد در زمان شرکت در مطالعه، ۲۴ سال، میانگین سن تصمیم‌گیری برای انجام عمل جراحی، ۲۱ سال و میانگین سن شروع علائم در کودکی، ۹ سال بود. یافته‌های به دست آمده در این مطالعه، در شش مقوله‌ی مرکزی با عناوین تجربه‌ی والدین از کودکی فرزند دچار ملال جنسیتی، رفتارهای مشاهده شده نامتعارف در نوجوانی و جوانی فرد مبتلا به اختلالات جنسی از دید والدین، احساسات والدین، سوء رفتار والدین، علل ایجاد این مشکل از دید والدین، تجربه‌ی خود فرد از اختلال هویت جنسی قرار گرفتند.

نتیجه‌گیری: مهم‌ترین نتایج به دست آمده از بررسی فرآیند درک و تجربه‌ی والدین افراد دچار ملال جنسیتی نشان دهنده‌ی بارز بودن انکار و تلاش برای به تاخیر انداختن فرآیند ارزیابی و درمان و وجود سوء رفتار بارز والدین و بی‌توجهی به سرخ‌های اختلال از کودکی و نوجوانی به دلیل عدم آگاهی آن‌ها بود. اغلب والدین فرزندان خود را در مسیر درمان مصمم می‌دانستند.

واژگان کلیدی: ملال جنسیتی؛ تجربه؛ گراند تئوری؛ والدین

ارجاع: ضیائی ملیحه، طلائی علی، تقی‌پور علی. بررسی فرآیند درک و تجربه‌ی والدین افراد با ملال جنسیتی، یک مطالعه‌ی کیفی در ایران. مجله

دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۱؛ ۴۰ (۶۸۷): ۶۹۹-۷۰۹

فرآیند طبیعی شکل‌گیری هویت جنسیتی در بیشتر موارد موفقیت‌آمیز است، اما در برخی افراد مسیر متفاوتی را طی می‌کنند (۵)؛ به طوری که افراد به تعلق داشتن به یکی از جنس‌ها شک دارند یا احساس می‌کنند که به جنسیت کاملاً مخالف جنسیت بیولوژیکی خود تعلق دارند. این وضعیت، اختلال هویت جنسی نامیده می‌شود (۴). در DSM-5 عنوان اختلال از اختلال هویت جنسی حذف شده و ملال جنسیتی برای این اختلال مطرح شده است (۶). ملال جنسی (GD (Gender dysphoria)، به عنوان ناراحتی مداوم یک فرد در رابطه با جنسیت بیولوژیکی بدو تولد یا جنسیت تعیین شده تعریف می‌شود (۷).

مقدمه

هویت جنسیتی معمولاً به تجربه‌ی زن یا مرد بودن اشاره دارد، اما همچنین می‌تواند تجربه‌ای از قرار گرفتن در بین این قطب‌ها یا هیچ‌یک از این قطب‌ها باشد (۱). شکل‌گیری هویت جنسی به عنوان یکی از وجوه مهم هویت انسان، از کودکی آغاز می‌شود و تا نوجوانی ادامه دارد (۲). هویت جنسی یک حالت روانی است که بیانگر احساس مردانگی یا زنانگی فرد است (۳). فرد به دنبال احساس و آگاهی خود از مرد یا زن بودن، دختر یا پسر بودن اشاره دارد، می‌آموزد که به شیوه‌ای خاص فکر و عمل کند (۴).

۱- استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

۲- استاد روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳- استاد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

نویسنده‌ی مسؤؤل: ملیحه ضیائی؛ استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران
Email: ziaee.m@gmu.ac.ir

هدف از مطالعه‌ی حاضر، بررسی تجربه‌ی والدین از داشتن فرزندی مبتلا به ملال جنسیتی با استفاده از رویکرد گزند تئوری بوده است.

روش‌ها

این مطالعه از نوع تحلیل محتوای کیفی می‌باشد که به روش انجام مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته از والدین افراد دچار اختلال هویت جنسی ارجاع شده به بیمارستان ابن سینا مشهد انجام شد (افراد درخواست بررسی تغییر جنسیت داشتند). مشارکت‌کنندگان در پژوهش را ۱۵ نفر از والدین افراد دچار اختلال هویت جنسی ارجاع شده به این بیمارستان تشکیل می‌داد. مرکز اختلالات هویت جنسی در بیمارستان ابن سینا مشهد قرار دارد و تمامی مراجعین با درخواست عمل جراحی تغییر جنسیت به این مرکز (به عنوان مرکز ریفرال) جهت انجام اقدامات و بررسی کمیسیون چند تخصصی (روان‌پزشک، فوق تخصص غدد و غیره) ارجاع می‌شوند. معیار ورود به این مطالعه، پدران یا مادران افرادی بودند که با تشخیص اولیه‌ی ملال جنسی توسط روان‌پزشک، جهت انجام اقدامات بعدی (ارجاع به کمیسیون چند تخصصی و سپس معرفی جهت انجام اعمال جراحی تغییر جنسیت) به این مرکز ارجاع شده بودند و رضایت شرکت در مطالعه را داشتند.

با روش نمونه‌گیری در دسترس، با ۱۵ نفر از والدین افراد دچار ملال جنسیتی ارجاع شده به بیمارستان ابن سینا مشهد، در سال ۱۳۹۹، مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته انجام شد. انجام مصاحبه‌ها به صورت در دسترس تا مرحله‌ی اشیاع داده‌ها ادامه یافت. سؤالات مصاحبه بر اساس مطالعات گذشته و اهداف پژوهش طراحی شد. مصاحبه‌های ضبط شده پس از پیاده کردن و تایپ، با روش تحلیل محتوای استقرایی کدگذاری شدند. از نرم‌افزار MAXQDA به منظور سازمان‌دهی و کدگذاری داده‌های کیفی استفاده گردید.

هر جلسه مصاحبه‌ی فردی در محل بیمارستان ابن سینا مشهد (مرکز تحقیقات بیماری‌های روان‌پزشکی و رفتاری) و توسط محقق اصلی انجام شد. هر جلسه مصاحبه حدود ۴۵ تا ۶۰ دقیقه طول کشید. مصاحبه‌ها با اجازه‌ی شرکت‌کنندگان ضبط شد و سپس به دقت توسط محقق بر روی کاغذ پیاده گردید. روش گردآوری اطلاعات با مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته با پرسش‌های باز مانند «دلیل اصلی تغییر جنسیت فرزند شما چه چیزی هست؟»، «از چه سنی متوجه شدید که فرزندتان رفتارهای متناقض از جنسیت خود را بروز می‌دهد؟»، «رابطه‌اش با اعضای خانواده، پدر، مادر و دوستانش چه شکلی بود و هست؟».

کلیه‌ی ملاحظات اخلاقی نظیر اخذ کد اخلاق به شماره‌ی IR.MUMS.MEDICAL.REC.1397.038 از معاونت پژوهش

شیوع این اختلال در جهان ۴/۶ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است که این عدد برای مردان، ۶/۸ و برای زنان، ۲/۶ است. همچنین، تجزیه و تحلیل گزارش‌های دهه‌های گذشته، حاکی از افزایش چشمگیر این شیوع در ۵۰ سال اخیر بود (۸). آمار دقیقی از تعداد تراجنسیتی‌ها در ایران وجود ندارد، اما بررسی‌ها نشان می‌دهد که شیوع آن در مرد و زن به ترتیب ۱ در ۱۳۵۰۰۰ و ۱ در ۱۴۵۰۰۰ است. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، در ایران حدود ۷۰۰ درخواست تغییر جنسیت وجود دارد، اما طبق آمار مرکز پزشکی قانونی، این تعداد حدود ۳۵۰ مورد می‌باشد (۹).

این افراد یک هویت جنسی متضاد قوی و پایدار را تجربه می‌کنند که باعث می‌شود نسبت به هویت تعیین شده‌ی خود احساس ناراحتی و نارسایی کنند. افراد مبتلا به این اختلال به شدت احساس ناراحتی می‌کنند و معمولاً در سازگاری با زمینه‌های اجتماعی، شغلی و سایر زمینه‌های شخصی مشکل دارند (۴، ۶).

نظریه‌های متعددی در خصوص ملال جنسی وجود دارد. Ehrensaft معتقد است که رفتار جنسی متفاوت، نشانه‌ای از اختلال روانی نیست بلکه بخشی از ابراز خلاقانه‌ی هویت توسط فرد است. وی همچنین دیدگاه جنسی دوگانه را کافی نمی‌داند و معتقد است که رفتار جنسی، یک طیف است (۱۰).

پژوهشگران دیگر، این نظریه را رد می‌کنند و معتقدند که ملال جنسی در دختران و پسران، به دلیل شکست آن‌ها در حل و فصل عقده‌ی ادیپ است و این افراد به عنوان راه‌حلی برای بقای روانی‌شان، همانندسازی با جنس مخالف را انتخاب می‌کنند (۱۰، ۱۱).

ملال جنسی، فراتر از یک مشکل درونی است و بر روابط اجتماعی افراد اثرگذار می‌باشد. والدین، اولین مراقب و برقرار کننده‌ی ارتباط در فرزندان هستند. کودکان و نوجوانان به والدین خود، هم به عنوان مدافع و پشتیبان و هم، به عنوان تصمیم‌گیرنده در مراقبت‌های سلامتی‌شان، وابسته هستند. نحوه‌ی واکنش به این اختلال و مدیریت احساسات‌شان، تأثیر قابل توجه و طولانی‌مدتی بر سلامت روان فرزندان دارد. نگرش و عملکرد والدین و عکس‌العمل‌های آن‌ها در کودکانی که مشکل هویت جنسی دارند، در رشد و نمو و آینده‌ی کودکان اثرگذار خواهد بود. از سوی دیگر، حمایت و پشتیبانی والدین (با وجود فشار اجتماعی که ممکن است با آن مواجه باشند)، سبب بهبود پیامدهای اجتماعی و روانی کودکان می‌شود (۱۲-۱۴).

برای طراحی مداخلات کارآمد در خصوص پذیرش و تطابق خانواده‌ها و همچنین لزوم فرهنگ‌سازی در جامعه‌ی ما در مواجهه با این افراد، نیاز به شناخت نگرش، افکار و احساسات و تجربیات والدین (با استفاده از روش کیفی) وجود داشت. پژوهش‌های معدودی در ایران و سایر کشورها در این خصوص انجام شده است (۱۰، ۱۵). با توجه به خلاء اطلاعاتی در این خصوص، لزوم انجام چنین مطالعه‌ای احساس می‌شد.

شرکت‌کننده‌ای بیان داشت که «... الان که فکر می‌کنم، در کودکی با اینکه پسر بود، تمایلی به بازی با پسرها نداشت، بازی‌های دخترانه می‌کرد، کارهای دخترانه انجام می‌داد. مثلاً برایش ماشین می‌خریدم ولی اون دوست داشت که یک عروسک هم داشته باشه و برایش می‌خریدم، لباس دخترانه می‌پوشید و ... ولی هیچ وقت این رفتاراش برام عجیب نبود می‌گفتم خوب بچه است دیگه دلش می‌خواد... البته پسرهای دیگه‌ای هم تو فامیل مون بودن که بازی‌های دخترانه می‌کردن ولی الان هیچ کدومشون مشکلی ندارند، ازدواج کردن و خودشون بچه دارند.» (شرکت‌کننده‌ی شماره ۳)

- مشکل داشتن در زمان تحصیل

یکی از والدین به مشکلات دوران تحصیل فرزند در کودکی و نوجوانی اشاره داشت. بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان داشت که «... زمانی که دخترم مدرسه می‌رفت، تو ابتدایی و راهنمایی بود، خیلی مشکل داشت. ابتدایی که بود تو مدرسه خیلی از رفتاراش در عذاب بودند چون خیلی تحرک داشت. راهنمایی که شد خیلی بهتر شد، مسئولین ازش راضی بودند اما خود مسئولین مدرسه همیشه می‌گفتند که دخترتون باید به توپ یا به دوچرخه داشته باشه که انرژی‌شو تخلیه کنه. الان هم کار کشاورزی دوست داره ...» (شرکت‌کننده‌ی شماره ۱)

- تمایل به بازی با جنس مخالف در کودکی:

تمایل به بازی کردن با جنس مخالف، از ویژگی‌هایی بود که والدین در کودکی متوجه آن شده بودند. بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان داشت که «... از بچگی هم با دخترهای فامیل رفت و آمد نداشت و سعی می‌کرد با پسرها بازی کنه...» (شرکت‌کننده‌ی شماره ۶)

- تمایل به پوشیدن لباس‌های جنس مخالف در کودکی

تمایل به پوشیدن لباس‌های جنس مخالف در کودکی، از ویژگی‌هایی بود که اکثر والدین به آن اشاره کردند.

بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان داشت که «... بله در زمان کودکی رفتارهایی داشت که من بهش توجه نمی‌کردم، مثلاً با اینکه پسر بود از همون سن چهار پنج سالگی می‌رفت با دخترها بازی می‌کرد، لباس‌های دخترانه می‌پوشید، به سرش گل سر دخترانه می‌زد. وقتی ازش می‌پرسیدم تو پسری چرا این کارا رو می‌کنی میگفت دوست دارم. الان که بزرگ شده هم می‌گه علاقه به جایی که مردها هستن، ندارم.» (شرکت‌کننده‌ی شماره ۴)

۲- رفتارهای مشاهده شده نامتعارف در نوجوانی و جوانی فرد

مبتلا به اختلالات جنسی از دید والدین

- تأثیر اختلال هویت جنسی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا
اکثر والدین شرکت‌کننده در مطالعه به این موضوع که کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تحت‌الشعاع قرار گرفته، اشاره کردند.

دانشگاه علوم پزشکی مشهد، اختیار کامل افراد جهت شرکت در مصاحبه، کسب اجازه و رضایت کتبی برای ضبط صدا، محرمانه بودن مصاحبه‌ها و عدم دخالت نظرات شخصی پژوهشگران رعایت شده است.

پس از انجام مصاحبه‌ها، روایی داده‌ها و مصاحبه‌ها توسط پژوهشگران طرح انجام شد. این بخش مشتمل بر نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده در جریان پژوهش می‌باشد. یافته‌های این پژوهش به صورت توضیحات نوشتاری و یا در قالب جدول در بخش مطالعه‌ی کیفی (نتایج حاصل از مصاحبه با خانواده‌ها)، رویکرد کیفی و گرند تئوری، از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته در صدد بررسی مشکلات افراد مبتلا به ملال جنسیتی قبل از عمل تغییر جنسیت برآمده است و در گام بعد، مصاحبه به متن تبدیل شد و بعد از ورود اطلاعات به نرم‌افزار، متن مصاحبه‌ها به روش تحلیل محتوایی مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به اینکه نظریه زمینه‌ای یک روش پژوهشی استقرایی و اکتشافی است که به پژوهشگران در حوزه‌های موضوعی گوناگون امکان می‌دهد تا به جای اتکا به تئوری‌های موجود، خود به تدوین تئوری اقدام کند، از این رو در این پژوهش، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش گرند تئوری استفاده گردید.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی حاکی از آن بود که ۶۰ درصد از فرزندان که دچار ملال جنسیتی بودند و در مطالعه شرکت کردند دختر (۹ نفر) و ۴۰ درصد (۶ نفر) پسر بودند. میانگین سن این افراد در زمان شرکت در مطالعه، ۲۴ سال، میانگین سن تصمیم‌گیری برای انجام عمل جراحی، ۲۱ سال و میانگین سن شروع علائم در کودکی، ۹ سال بود. دو مورد از مصاحبه‌شوندگان، به سابقه‌ی خانوادگی این اختلال اشاره داشتند.

داشتن فرزندی با ملال جنسیتی (عدم پذیرش هویت جسمی)، موضوعی است که از طرف جامعه به سختی قابل درک است و می‌تواند برای والدین و فرزندان در خانواده تنش‌زا شود و منتج به تصمیماتی گردد که زندگی خانواده را تحت تأثیر قرار دهد.

پس از کدگذاری باز، مقوله‌های حاصل از کدگذاری باز، تدوین شده و سر جای خود قرار گرفت. ارتباط بین مقوله‌ها توسط کدگذاری محوری، شکل گرفت. طبق بررسی مصاحبه‌های انجام شده در این مطالعه، مشکلات افراد شرکت‌کننده در این مطالعه، به ۶ دسته (مقوله) تقسیم می‌شود که در ادامه، این ۶ دسته (مقوله) و زیرمقوله‌های آن آورده شده است (جدول ۱).

۱- تجربه‌ی والدین از کودکی فرزند دچار اختلال هویت جنسی

- شباهت با جنس مخالف فرد مبتلا/ تفاوت با هم‌جنسان
بسیاری از والدین به متفاوت بودن رفتارهای فرد مبتلا به اختلال هویت جنسی در کودکی با جنسیت خودش اشاره داشتند. بطور مثال

جدول ۱. فراوانی مؤلفه‌های شناسایی شده مؤثر بر شدت اختلال جنسی

مقوله	زیرمقوله‌ها	فراوانی (به درصد)
تجربه‌ی والدین از کودکی فرزند دچار اختلال هویت جنسی	شباهت با جنس مخالف فرد مبتلا/ تفاوت با هم‌جنسان	۵۸
	مشکل داشتن در زمان تحصیل	۱۷
رفتارهای مشاهده شده نامتعارف در نوجوانی و جوانی فرد مبتلا به اختلالات جنسی از دید والدین	عدم پذیرش قطعی	۲۵
	تمایل به بازی با جنس مخالف در کودکی	۵۸
	تمایل به پوشیدن لباس‌های جنس مخالف در کودکی	۷۵
	تأثیر این اختلال بر کیفیت زندگی افراد مبتلا	۹۲
	تأثیر دوستان فرد دچار اختلال هویتی	۳۳
	تمایل به همجنس‌گرایی	۵۰
	افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، روان‌پریشی	۷۵
	سر درد	۲۵
	تعارض جسمی و روحی در تناقض جسم و روح فرد مبتلا	۹۲
	اختلال جسمی	۱۷
احساسات والدین	سر خوردگی اجتماعی	۷۵
	تمایل و اقدام به خودکشی	۲۵
	مصرف داروی اعصاب	۱۷
	تمایل به ازدواج با همجنس خود فرد مبتلا	۱۷
	تجاوز به فرد مبتلا توسط همجنسان خودش	۸
	کم صحبت و گوشه‌گیر	۲۵
	نگرانی از آینده‌ی فرزند	۴۲
	احترام والدین به نظر و خواست فرد مبتلا برای عمل جراحی	۴۲
	تسلیم رضای خداوند بودن	۴۲
	عدم پیگیری چرایی رفتار فرد مبتلا به اختلال جنسی در کودکی	۹۲
سوء رفتار والدین	داشتن اطلاعات کامل و اطمینان قلبی و ذهنی فرد بیمار از صحت انتخاب انجام شده	۴۲
	افزایش اطلاعات کامل و جامع والدین	۱۷
	نگرانی از پشیمانی بعد از انجام جراحی تغییر جنسیت	۵۰
	نگرانی والدین از تحقیر شدن فرزند در جامعه پس از انجام عمل جراحی	۶۷
	اهمیت آرامش فرزند برای والدین	۸۳
	کنک زدن فرزند مبتلا توسط والدین به دلیل تمایلات متناقض	۸
	عدم توجه والدین به اختلال قبل از بیان خود فرد مبتلا	۵۸
	آرزوی محقق نشده‌ی والدین از جنسیت فرزند	۱۷
	سابقه‌ی ژنتیکی اختلال در هویت جنسی	۳۳
	فامیل بودن پدر و مادر	۱۷
تأثیرپذیری از محیط، رشد کردن در محیطی مخالف با جنسیت فرد مبتلا	(دخترانه، پسرانه)	۲۵
	همجنس بودن دوستان در دوران بلوغ	۷۵
	مصمم بودن در انتخاب عمل جراحی	۳۳
	داشتن تردید و دودلی در انتخاب عمل جراحی	۱۷
	جدایی بعد از ازدواج	۸
	تأثیرپذیری از محیط، رشد کردن در محیطی مخالف با جنسیت فرد مبتلا	۲۵
تجربه‌ی خود فرد از اختلال هویت جنسی	همجنس بودن دوستان در دوران بلوغ	۷۵
	مصمم بودن در انتخاب عمل جراحی	۳۳
	داشتن تردید و دودلی در انتخاب عمل جراحی	۱۷
جلدایی بعد از ازدواج	۸	

بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان داشت که «...توارتباط برقرار کردن و در زندگی معمولیش دچار مشکل شده، از همه چی گریزون بشه» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۴) - تأثیر دوستان فرد دچار اختلال هویتی

حال روحیم بهتر می‌شه. می‌دونم که یا دخترم یا پسر ازین حالت بلاتکلیفی بدم میاد. تمایلی به تو اجتماع بودن نداره. ترجیح میده همش خونه باشه.» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۳)

- اختلال جسمی

بعضی از والدین به اختلال جسمی فرد مبتلا اشاره کردند. بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان داشت که «با اینکه فرزند من دختره اما بعضی از ویژگی‌های جسمی مردونه داره، مثلاً در بدنش مثل مردها مو داره...» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۴)

- سرخوردگی اجتماعی

سرخوردگی اجتماعی و فاصله گرفتن از جمع، از مواردی بود که والدین به آن اشاره کردند. بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان داشت که «خودش بمن می‌گفت که من از اجتماع خسته شدم، قبلاً نمی‌دونستم از چی رنج میبرم اما حالا می‌دونم بخاطر چی اذیت میشم. بخاطر این موضوع دو هفته بودن خودم تو اجتماع و تو دوستانم عذاب می‌کشم.» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۴)

- تمایل و اقدام به خودکشی

تمایل به انجام خودکشی از مواردی بود که بعضی از والدین بدان اشاره کردند. بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان داشت که «... یکبار هم پسر رگ دستشو زد و اقدام به خودکشی کرد...» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۶)

همچنین شرکت‌کننده‌ی دیگری بیان داشت که «... خودش یکبار گفت که من بخاطر شماها دارم این شرایط رو تحمل می‌کنم، ولی دیگه تحملش رو ندارم، از آخر خودمو می‌کشم.» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۳)

- مصرف داروی اعصاب

مصرف داروی اعصاب از مواردی بود که مصاحبه‌شوندگان بدان اشاره کردند. بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان داشت که «... سه سال بعد از جدایی از همسرش دیگه اعصابش آرام شد، چون نمیتونست کنار یک مرد بودن رو تحمل کنه و دیگه قرص اعصاب مصرف نکرد.» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱)

- تمایل به ازدواج با همجنس خود فرد مبتلا

تمایل به ازدواج با همجنس خود فرد مبتلا، از مواردی بود که والدین بدان اشاره کردند. بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان داشت که «دخترم به دختر برادرم قول ازدواج داده و اون هم گرچه که خانواده‌اش مخالفن اما شرایطش رو پذیرفته و قبول کرده. میگه نمی‌تونم تنها باشم. باید با یه دختر ارتباط عاشقانه داشته باشم.» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱)

- تجاوز به فرد مبتلا توسط همجنسان خودش

مورد تجاوز قرار گرفتن توسط همجنسان موضوعی بود یکی از

تأثیرپذیری کودک مبتلا به اختلال هویت جنسی از دوستان موضوعی بود که والدین به آن اشاره کردند. بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان داشت که «... من فکر می‌کنم مشکلات ما از زمانی شروع شد که با این پسر بعنوان دوست رفت و آمد کرد.» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۶)

شرکت‌کننده دیگری بیان داشت که «... تا جایی که من می‌دونم از بچگی هیچ گونه رفتارهای پسرانه نداشت. از وقتی با دوستان دختر پسرنا راه رفت این شکلی شد و از وقتی دوستش تمایل به عمل جراحی تغییر جنسیت داشت اینهم علاقمند شد که تغییر جنسیت بده و پسر بشه...» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۵)

- تمایل به همجنس‌گرایی

بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان داشت که «... یک روز که از سرکار برگشتم دیدم که با یکی از دوستان پسرش در خانه بودند و پوشش مناسبی نداشتند و هر دو خیلی رنگ پریده و نگران شدند و من از همان روز به پسر شک کردم و ازش توضیح خواستم ولی ترسیده بود و طفره رفت. البته هنوز هم با اون پسر رفت و آمد داره...» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۶)

بطور مثال شرکت‌کننده دیگری بیان داشت که «... جدیداً مسائل‌ها و تیپ‌های پسرانه می‌زنه و میگه که با این دوستم نگار می‌خوام بعد از عمل جراحی ازدواج کنم...» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۵)

- افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، روان‌پریشی

بعضی از والدین به افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، روان‌پریشی فرد مبتلا به اختلال هویت اشاره کردند. بطور مثال شرکت‌کننده دیگری بیان کرد که «... من یکسالی هست که متوجه شدم این حالت‌ها رو داره، پرخاشگری می‌کنه، اعصابش خورده، رگ دستشو زده و این جور کارا... یکسالی هم هست که آرایش می‌کنه، موهاشو بلند کرده...» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۳)

- سردرد

داشتن سردرد، موردی بود که بعضی از مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره کردند. بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان داشت که «... سردردهای خیلی شدیدی داشت، دکتر می‌گفت میگرن داره. مرتب قرص اعصاب مصرف می‌کرد تا یه روز به من گفت من خیلی خسته شدم من نه دخترم نه پسر باید عمل کنم دارم از این حالت عذاب می‌کشم. من از اجتماع بدم میاد، از دانشگاه هم گریزانم و بزور میره. الان راننده آزانس هم هست» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۳)

- تعارض جسمی و روحی در تناقض جسم و روح فرد مبتلا

تناقض جسم و روح فرد مبتلا، از مواردی بود که مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره کردند. بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان داشت که «... الان احساس افسردگی داره، من نگرانم که اگر عمل نکنه افسردگی و سرخوردگی بیشتر بشه... خودش میگه عمل کنم

چرابی و پیگیری علت رفتارهای متناقض جنسیتی توسط والدین بود. بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان داشت که «... من از کودکی این رفتارها را می‌دیدم اما اصلاً به ذهنم نرسید که این غیرطبیعی و یا بخوام پیگیری کنم چرا این طوری رفتار می‌کنه. می‌گفتم بچه است مهم نیست...» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۳)

- داشتن اطلاعات کامل و اطمینان قلبی و ذهنی فرد بیمار از صحت انتخاب انجام شده

بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان داشت که «... من به تصمیم خودش احترام می‌ذارم، من فقط می‌گم که اونقدر اطلاعات قوی باشه که بعداً بتونی پاسخ همه‌ی کسانی که اظهار نظر غلط و یا درست می‌کنند رو بای، برای من هیچ فرقی نمی‌کنه بعنوان مادر، بچه‌ام سی سال دختر بوده از حالا سی سال پسر باشه...» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱)

- افزایش اطلاعات کامل و جامع والدین
بعضی از والدینی که در مصاحبه شرکت کردند، افزایش اطلاعات والدین را به عنوان عامل مهمی در کمک به فرزند مبتلا به اختلال هویت جنسی می‌دانستند.

- نگرانی از پشیمانی بعد از انجام جراحی تغییر جنسیت
تعدادی از والدین از پشیمان شدن فرزند پس از تغییر جنسیت ابراز نگرانی کردند. بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان داشت که «... من می‌ترسم که بعد از انجام عمل جراحی پشیمون بشه و بعد بگه چرا شما بعنوان پدر مادر من با این کار من مخالفت نکردید و دیگه اگر پشیمون بشه راه چاره‌ای نداریم...» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۰)

- نگرانی والدین از تحقیر شدن فرزند در جامعه پس از انجام عمل جراحی

بسیاری از والدین از تحقیر شدن فرزند در جامعه پس از انجام عمل جراحی ابراز نگرانی جدی داشتند. بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان داشت که «... حالا که این مشکل پیش اومده برای پسر، من شب و روز ندارم. نگرانم، چون با سختی بچه هامو بزرگ کردم، دوست ندارم بین دوست و آشنایان تحقیر بشم یا برای خودم یا بچه هام حرفی پیش بیاد. من حتی حاضریم اگر مشکلی پیش بیاد از فامیل‌مون دور بشم چون برام هیچ اهمیتی ندارند. من اصلاً دوست ندارم احترام خودم و بچه‌هام از بین بره...» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۶)

- اهمیت آرامش فرزند مبتلا برای والدین
داشتن آرامش از مهم‌ترین موضوعاتی بود که تمامی والدین به آن اشاره کردند. به طور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان کرد که «مهم‌ترین موضوع برای من بعنوان مادرش اینه که تو زندگیش عذاب نکشه، احساس آرامش داشته باشه. عصبی و ناراحت نباشه. البته من هیچ راهی جز پذیرش ندارم.» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۳)

والدین بدان اشاره کرد. بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان کرد که «کارهایی مثل جلوبندی، سیم‌کشی، الکتریکی انجام می‌داد. ۵، ۶ ماه پیش تو کارخونه بستنی‌سازی کار می‌کرد، اما ماه پیش همکاراش می‌خواستن بهش تجاوز کنن، برای همین فرار کرد و دیگه نرفت سرکار.» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۶)

- کم صحبت و گوشه‌گیر
انزوا، گوشه‌گیری و فاصله گرفتن از جمع از خصوصیات بود که اکثر والدین به آن اشاره کردند. بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان کرد که «متأسفانه با من حرف نمیزنه از مشکلاتش نمی‌گه، کلاً خیلی کم صحبت و گوشه‌گیر شده، البته این چند وقت اخیر من باهاش صحبت کردم می‌گه که مشکل من ذهنیه. البته الان از دوران بلوغش آرومتر شده اون موقع‌ها خیلی عصبانی می‌شد.» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۷)

۳- احساسات والدین

- نگرانی از آینده‌ی فرزند (آینده‌ی جنسی، جسمی، اجتماعی، عاطفی و روانی)

نگران بودن از آینده‌ی فرزند مبتلا (پسر یا دختر) از عواملی بود که تمام والدین به آن اشاره کردند. بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان داشت که «... من فقط نگرانم که بعد از عمل جراحی، چه به سر دخترم میاد، اگر تو جامعه مورد تمسخر قرار بگیره یا دچار مشکلات دیگه‌ای بشه چی میشه؟...» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۵)

- احترام والدین به نظر و خواست فرد مبتلا برای عمل جراحی پذیرش والدین یکی از مفاهیم اصلی در تغییر جنسیت است، اما به نظر می‌رسد این پذیرش تقریباً هیچگاه به صورت کامل اتفاق نمی‌افتد و در بهترین شکل، والدین به دنبال برطرف کردن رنج و عذاب فرزند از جنسیتش و ارزش قائل شدن برای افکار و احساسات فرزند می‌باشند. گرچه گاهی این پذیرش با رضایت قلبی همراه نبوده است.

بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان داشت که «... اگر پزشکان تأیید کنن که پسر واقعاً مشکل داره و تأیید کنن، من به نظرش احترام می‌گذارم و تا حل کردن این مشکل همیشه کنارش هستم...» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۶)

- تسلیم رضای خداوند بودن
بعضی از والدین به خواست خداوند، رضایت داشتند. بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان داشت که «... اگر پزشکان تأیید کنند که این واقعاً مشکل داره و پزشکی قانونی معاینه کنه و تأیید کنه و چیزی هست که خدا خواسته من مشکلی ندارم ولی اگر بدونم مشکلی نداره و خودش می‌خواد اینکارو انجام بده، من اصلاً و ابداً راضی نمیشم...» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۶)

- عدم پیگیری چرابی رفتار فرد مبتلا به اختلال جنسی در کودکی
موضوعی که اکثر مصاحبه‌شوندگان بدان اشاره کردند، عدم

۴- سوء رفتار والدین

هویت جنسی از جمله مواردی بود که مصاحبه‌شوندگان بدان اشاره کردند. شرکت‌کننده‌ای بیان داشت که «... تنها مسئله‌ای که من بهش مشکوکم که میتونه تأثیرگذار باشه اینه که من و پدرش فامیل بودیم و ازدواج کردیم. البته خیلی‌ها هم تو بستگان ما فامیلی ازدواج کردن و دچار مشکل نشدن» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۳)

- تأثیرپذیری از محیط، رشد کردن در محیطی مخالف با جنسیت فرد مبتلا (دخترانه، پسرانه)

تأثیرپذیری از محیط، از موارد بیان شده توسط مصاحبه‌شوندگان بود. شرکت‌کننده‌ای بیان داشت که «... با پدرش از بچگی خیلی بیرون میرفت، مثلاً پدرش می‌بردش آرایشگاه مردونه. بهش می‌گفتم که نیر اینو این دختره صلاح نیست ولی پدرش گوش نمی‌کرد و با خودش همه جا می‌بردش، خدا بیامرز پدرم همیشه دخترمو بعنوان پسر می‌دید و بعنوان یک پسر قبول داشت. البته این دختر دوم من هست دختر اول و سوم این مشکل رو ندارن...» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۱)

شرکت‌کننده‌ی دیگری بیان داشت که «... من چهار پنج سال اول زندگیم با خانواده شوهرم زندگی می‌کردم، تو خانواده شوهرم هم همه پسر بودن، همبازی‌هاش پسر بودن، محیطش خیلی پسرگونه بود تا راهنمایی با عموهاش و پسرعموهاش بازی می‌کرد...» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۰)

شرکت‌کننده‌ی دیگری بیان داشت که «... مثلاً وقتی مهمون داشتیم، برادرهاش دخترم رو همیشه صداش می‌کردن مجید، من قبلاً اعتیاد داشتم و بخاطر شغلم که رانندگی با ماشین سنگین بود، هیچ وقت نخونه نبودم.» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۰)

۶- تجربه‌ی خود فرد از ملال جنسیتی (که توسط والدین بیان شده است)

- همجنس بودن دوستان در دوران بلوغ
بعضی از مصاحبه‌شوندگان، به همجنس بودن دوستان فرد مبتلا به اختلال در دوران بلوغ اشاره کردند. شرکت‌کننده‌ای بیان کرد «... دوستاش تماماً پسر بودن، دوستی که دختر باشه نداشت. هیچ تمایلی به جنس مخالف خودش که دختر باشه نداشت. هیچ تمایلی به تشکیل خانواده و یا ازدواج نداره» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۳)

- مصمم بودن در انتخاب عمل جراحی
اطمینان یا شک و تردید از عواملی بود که والدین به آن اشاره کردند. بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان کرد که «... همیشه از دختر بودن خودش ابراز ناراحتی می‌کرد. الان یکساله هست که مصمم هست برای انجام عمل تغییر جنسیت و خیلی تو اینترنت سرچ کرده و با چند نفر که قبلاً این عمل رو انجام دادن پیدا کرده و صحبت کرده.» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۰)

- داشتن تردید و دودلی در انتخاب عمل جراحی

- کتک زدن فرزند مبتلا توسط والدین بدلیل تمایلات متناقض بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان داشت: «... یک سال قبل من و پدرش فکر می‌کردیم که اگر بهش سخت بگیریم بهتره. یک روز پدرش خیلی پسر رو کتک زد، منم فکر می‌کردم با کتک ممکنه خوب بشه و از این رفتارهای عجیب و غریب نداشته باشه، ولی فهمیدیم اشتباه کردیم چون دکتر گفت بهش سخت نگیرین. و از اون روز بدتر هم شد...» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۷)

- عدم توجه والدین به اختلال قبل از بیان خود فرد مبتلا
عدم توجه به رنج بردن فرزند مبتلا توسط والدین از مهم‌ترین موضوعاتی بود که والدین در مصاحبه‌ها به آن اشاره کردند. بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان داشت: «... من تا وقتی که خودش بیان کرد که من مشکل دارم من متوجه این موضوع که پسر دارم رنج میبره نشدم...» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۷)

۵- علل ایجاد این مشکل از دید والدین

- آرزوی محقق نشده‌ی والدین درباره‌ی جنسیت فرزند
بر اساس گفته‌های مصاحبه‌شوندگان، آرزوی محقق نشده‌ی والدین درباره‌ی جنسیت فرزند از عوامل مؤثر بر ایجاد اختلال هویت جنسی در فرد مبتلا می‌باشد. بطور مثال شرکت‌کننده‌ی دیگری بیان داشت: «... با اینکه دختر بود ولی پدرش صداش می‌کرد طاهر بجای طاهره، البته بعضی وقتا هم صداش می‌کرد علی، من خیلی بهش می‌گفتم چرا با اسم پسرگونه صداش می‌کنی اما فایده‌ای نداشت. چون پسر دوست داشت...» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱)

- سابقه‌ی ژنتیکی اختلال در هویت جنسی
وجود سابقه‌ی ژنتیکی و وجود اختلال در اطرافیان فرد مبتلا از موضوعاتی بود که مصاحبه‌شوندگان بدان اشاره کردند. شرکت‌کننده‌ای بیان داشت که «... پسرعموی من هم گرایش زنونه داشت و کاملاً مشخص بود اما عمل نکرده و باهاش کنار اومده. سن بالایی داره ولی ازدواج نکرده هنوز. الان دختر من هم می‌فهمم که از احساساتش داره عذاب می‌کشه.» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۳)
شرکت‌کننده‌ی دیگری بیان کرد که «... مادر همسر من هم همیشه نشانه‌هایی مثل دخترم داشت، رفتارهای مرد نما یا مردونه داشت. من همیشه تعجب می‌کردم که چرا این مادرشوهر من مثل مردها برخورد می‌کنه و اصلاً رفتار زنانه نداشت. حالا حس می‌کنم این ویژگیش به دخترم هم انتقال پیدا کرده. البته کل خانواده‌ی همسر من همین مشکل رو داشتن. مثلاً عمه‌هاش رفتارهای پسرگونه داشتن. اما هیچکدوم عمل تغییر جنسیت انجام ندادند.» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۵)

- فامیل بودن پدر و مادر، به عنوان علل ایجاد شده در اختلال

مقعه)، مشکلاتی برای تطابق با این قانون در این کودکان وجود دارد و لزوم توجه به شناسایی هرچه سریع‌تر این کودکان، احساس می‌گردد.

مقاله‌ی رفتارهای مشاهده شده‌ی نامتعارف در نوجوانی و جوانی فرد مبتلا به اختلالات جنسی از دید والدین: در زیرمقاله‌های این مقوله، کیفیت پایین زندگی افراد و تجربه‌ی افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، روان‌پریشی مطرح شده است. همچنین در این زیرمقاله، تمایل به خودکشی در این افراد و تعارضات جسمی و روحی آن‌ها توسط والدین، گزارش گردیده است. اختلالات روانی مشابه به ویژه اضطراب، افسردگی، عزت نفس پایین، آسیب به خود، اختلالات غذا خوردن و تمایل به خودکشی در مطالعات دیگر نیز اشاره شده است (۶، ۱۶-۱۸).

مقاله‌ی احساسات والدین: در این زیرمقاله، والدین به عدم پیگیری چرایی فرزند خود پرداخته‌اند. مطالعات نشان داده که در حال حاضر، مطمئن نیستیم که آیا ملال جنسی با شروع در نوجوانی، گذرا، موقت یا طولانی‌مدت هستند. ممکن است که گذار اجتماعی، سرکوب بلوغ و هورمون‌های جنسی، باعث تداوم اختلال در افرادی شود که مشکل‌شان خودبه‌خود برطرف شود (۱۵). علت عدم پیگیری چرایی این اختلال توسط والدین در مطالعه‌ی ما و همچنین عدم توجه به وجود آن در بعضی از والدین، می‌تواند همین دلیل باشد، که چرا آن‌ها تصور کرده بودند به تأخیر انداختن یا انکار این وضعیت، سبب برطرف شدن خودبه‌خودی آن می‌شود.

در یکی از زیرمقاله‌ها، نگرانی از آینده‌ی فرزند و اهمیت آرامش فرزند توسط والدین و نگرانی از تحقیر شدن فرزند توسط جامعه ذکر شده است. این والدین گرچه عشق بی‌قید و شرط به فرزندان خود داشته‌اند ولی ممکن است از اینکه فرزندشان مورد آزار و اذیت قرار بگیرد، بترسند و نگران آینده‌ی فرزندشان باشند. مطالعات نشان داده که انگ و فشار اجتماعی، ممکن است والدین را دچار این احساس کند که در صورت پذیرش فرزندشان، مورد سرزنش و قضاوت جامعه قرار خواهند گرفت (۱۳، ۱۹).

والدین معمولاً انتظار دارند که جنسیت تعیین شده‌ی فرزندان‌شان در بدو تولد و هویت جنسی باهم مطابقت داشته باشد و پس از اطلاع از این مشکل فرزندشان، ممکن است دچار سردرگمی شوند یا مطمئن نباشند که چگونه رفتار جنسیتی فرزندشان را تفسیر کنند (۱۳). به دنبال آن، بسیاری از والدین به دلیل رویارویی با این تعارض، احساس استرس، افسردگی و اضطراب خواهند کرد. حمایت اجتماعی از این افراد و جلب اعتماد آن‌ها جهت پذیرش و تأیید رفتارهای فرزندشان و آموزش در سطح جامعه، از این پیامدهای مخرب پیشگیری خواهد نمود.

مقاله‌ی سوء رفتار والدین: بعضی از والدین در این مقوله، به کمک زدن فرزندشان برای پذیرش جنسیت خود و عدم پیگیری اختلال‌شان اشاره کرده‌اند. همچنین والدین بیان کردند که تا قبل از

عدم اطمینان و شک و تردید در انجام تغییر جنسیت از موضوعاتی بود که هم فرد مبتلا و هم خانواده‌ی وی با آن مواجه بودند. بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان کرد که «... البته خودش کمی هم شک دارد که آیا واقعاً بعد از عمل خوب میشه یا نه ولی می‌گه از وضعیت الانم خسته شدم.» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۴)

- جلب رضایت والدین علی‌رغم رنج بردن فرد مبتلا از وضعیت متناقض فرد مبتلا
بعضی از مصاحبه‌شوندگان به این موضوع اشاره کردند که فرد مبتلا به اختلال هویت جنسی؛ با وجود احساسات متناقض و رنج بردن اما در صدد جلب رضایت پدر و مادر خویش بودند. بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان کرد که «... پسرم وقتی نوجوان بود ریش می‌داشت و بعداً خودش میگفت من اینکارها رو فقط برای اینکه شما راضی باشین، انجام می‌دادم و گرنه هیچ تمایلی به انجام اینکارا نداشتم و ندارم. به قول خودش میگفت من خیلی سعی کردم که اون مسالی باشم ولی نمی‌تونم، عذاب می‌کشم.» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۳)

مصاحبه‌شونده‌ی دیگری بیان کرد که «...تا قبل از اینکه بمن بگه من هیچ کدوم از این حالت‌هایی که داره عذاب میکشه رو متوجه نمی‌شدم. خودش به من که مادرش هستم یک بار گفت من بخاطر شماها سعی کردم چیزی بروز ندم ولی من خیلی داغون شدم و تحت فشارم. دیگه نمی‌تونم تحمل کنم، گاهی به خودکشی فکر می‌کنم...» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۴)

جدایی بعد از ازدواج

عدم تمایل به ازدواج و وجود طلاق، مواردی بود که بعضی والدین به آن اشاره کردند. بطور مثال شرکت‌کننده‌ای بیان کرد که «... سه سال بعد از عقد دخترم از همسرش توافقی جدا شد و می‌گفت که من از مردها خوشم نمی‌اد و نمیتونم با مردها ارتباط برقرار کنم.» (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱).

بحث

پژوهش حال حاضر با هدف بررسی فرایند درک و تجربه‌ی والدین از داشتن فرزندی با ملال جنسیتی انجام شده است. در این مطالعه به بررسی تجربه‌ی ۱۵ والد پرداخته شد و ۶ زیرمقاله به دست آمد.

مقاله‌ی تجربه‌ی والدین از کودکی فرزند دچار ملال جنسیتی: در مطالعه‌ی ما، زیرمقاله‌ی مشکلات مدرسه در این مقوله قرار گرفت. مطالعات دیگر نیز نشان داد که این افراد، میزان بالایی از عدم حضور در مدرسه به دلیل اذیت و آزار از سوی همسالانشان را تجربه می‌کنند. این افراد حس تعلق کمی به جامعه و مدرسه دارند و افسردگی را تجربه خواهند کرد (۱۶).

همچنین به دلیل پوشش خاص دختران در مدارس ایران (مانتو و

آینده، اثرگذار خواهد بود.

محدودیت‌های آشکاری برای تکیه بر گزارش والدین وجود دارد. ممکن است برخی از والدین شرکت‌کننده، قبل از افشای هویت تراجنسیتی توسط فرزندان‌شان، متوجه علائم ملال جنسیتی نشده باشند. ممکن است شوک، اندوه یا مشکل در کنار آمدن با افشای اطلاعات را تجربه کرده باشد.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد طرح‌ریزی برنامه‌های چند بعدی که در آن‌ها به ضرورت شناخت هر چه بیشتر ملال جنسی پرداخته شود تا ضمن افزایش ارتقای دانش عمومی و تخصصی در تشخیص و درمان افراد مبتلا به این اختلال، از درد و رنج افراد و خانواده‌های‌شان و نیز انگ اجتماعی ایجاد شده برای آنان بکاهد. این برنامه‌ها بایستی در جهت ارتقای آگاهی علمی، اجتماعی و فرهنگی برنامه‌ریزی شود و شامل آموزش عمومی (جهت آشنایی خانواده‌ها با این اختلال و حساس شدن آن‌ها به علائم و نشانه‌های این اختلال و جای دادن این آموزش‌ها در آموزش‌های پیش از ازدواج)، آموزش معلمان، مدیران و مربیان مهد کودک (جهت کمک به شناسایی صحیح و زودرس اختلال در همان ابتدای کودکی) و آموزش تخصصی برای پزشکان (جهت شناسایی موارد و راهنمایی صحیح افراد) باشد. همچنین طراحی سیستم‌های حمایتی از این خانواده‌ها و فرزندان‌شان (به عنوان قشر خاصی از جامعه که مغفول مانده‌اند) می‌تواند از پیامدهای مخرب اجتماعی و محیطی این اختلال بکاهد.

همچنین لزوم پژوهش‌های تکمیلی و گسترده در این حوزه‌ی نسبتاً نوپا، جهت طراحی مداخلات کارآمد احساس می‌شود. تحقیقات بیشتر که شامل جمع‌آوری داده‌ها از والدین و فرزند باشد، برای درک کامل این شرایط و حل تعارضات و مکانیسم‌های مقابله‌ای ناسازگار بین آن‌ها و درک بهتر نحوه‌ی رفتار با جوانان مبتلا به ملال جنسیتی مورد نیاز است.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرحی با عنوان «بررسی فرایند درک و تجربه والدین افراد با ملال جنسیتی در مورد فرزندان‌شان با استفاده از رویکرد گرنند تئوری» بود که با نظارت دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. نویسندگان مقاله لازم می‌دانند از همکاری کلیه‌ی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی کنند. از همکاری خانم‌ها: دکتر مهدیه برهانی، آزاده شوشتری، راحله نجاتی و فاطمه فاطمی‌فر، سپاسگزاری می‌شود.

بیان خود فرد، به این اختلال فرزندشان توجهی نداشته‌اند. در یک پژوهش نشان داده شده است که بالغ بر دو سوم افراد دارای اختلال هویت جنسی، احساس و تمایل خود را تا ۱۸ سالگی مطرح نمی‌کنند و الزاماً پس از ۱۸ سالگی نیز موضوع را با والدین خود در میان نمی‌گذارند (۲۰، ۲۱).

در ملاک‌های تشخیصی ملال جنسیتی جدید، عبارت «کودک تمایل خود برای تعلق به جنس مخالف را مکرراً ابراز کند»، حذف شده است، چرا که کودکی که در محیط بی‌توجه یا سرکوبگر حضور دارد، نمی‌تواند تمایلات خود را بیان کند (۲۲). عدم امکان ابراز احساسات در این افراد و انجام رفتارهای خشونت‌آمیزی مانند کتک زدن که در مطالعه‌ی حاضر مطرح شده، نشانگر لزوم توجه و فرهنگ‌سازی جهت از بین بردن انگ اجتماعی موجود و کاهش فشار به والدین و فرزندان‌شان در جامعه‌ی ما می‌باشد.

مقاله‌ی علل ایجاد این مشکل از دید والدین: در این مقاله، به زیرمقاله‌ی سابقه‌ی ژنتیکی از سوی والدین اشاره شد. مطالعه‌ی نشان داد که مادر بعضی از این افراد به سابقه در خودشان اشاره کرده‌اند و معتقد بوده‌اند که به برطرف شدن خودبه خودی در فرزندشان امیدوار بوده‌اند و از این‌رو توجهی به ابراز احساسات آن‌ها نداشته‌اند (۱۰).

همچنین در این زیرمقاله، والدین به تأثیر محیط و همسالان اشاره کرده‌اند. این دلایل و دیدگاه ضرورت هر چه بیشتر آموزش به افراد و خانواده‌ها، پیش از ازدواج را خاطر نشان می‌سازد.

مقاله‌ی تجربه‌ی خود فرد از ملال جنسیتی: این تجربیات فرزندان که توسط والدین مطرح شده، نشان‌دهنده‌ی مصمم بودن و در بعضی موارد، تردید فرزندان در انتخاب یا عدم انتخاب جراحی است. برای کمک به تصمیم‌گیری افراد در این دوره‌ی که فشار روانی زیادی را به آن‌ها وارد می‌کند، نیازمند وجود شبکه‌ی حمایتی قوی و ایجاد اعتماد بین والدین، جامعه و این افراد می‌باشد تا این افراد برای اتخاذ تصمیم درست که بعدها پشتیبانی و تردید در پی نداشته باشد، مورد حمایت قرار گیرند.

محدودیت‌های مطالعه: شرکت‌کنندگان در این پژوهش از میان والدین افراد مبتلا به ملال جنسیتی مراجعه‌کننده به بیمارستان ابن‌سینا مشهد که مایل به همکاری با پژوهشگران جهت اشتراک تجربیات‌شان در این خصوص بوده‌اند، انتخاب شدند. از آن‌جا که تعداد زیادی از والدین پس از برقراری تماس ما، مایل به شرکت در مطالعه و اشتراک تجربیات‌شان نبودند، احتمال تفاوت در تجربیات زندگی و خصوصی این افراد باهم وجود دارد که امکان ثبت و بررسی احساسات، باورها و تجربیات متفاوت این دسته از والدین برای ما وجود نداشت. مطالعات وسیع‌تر با تعداد نمونه‌ی بزرگتر در

References

1. Kuyper L, Wijzen C. Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Arch Sex Behav* 2014; 43(2): 377-85.
2. Yazdani S, Sohrabi Shegefti A. The effectiveness of gender education on the gender identity of 7-11-year-old children in Shiraz. *JAC* 2018; 8(2): 93-108.
3. Mohammadi N, Dianati M, Omidi A, Eftekhari M. Lived experience of male-to-female transsexual people after sex reassignment surgery. *IJMRHS* 2018; 5(10): 101-10.
4. Yazdanpanah L, Samadian F. Gender identity disorder (heterosexual) with emphasis on the role of family, comparative study referred to Kerman Welfare Organization. *Social Studies* 2011; 5(1): 176-208.
5. Vasegh Rahimparvar F, Mousavi MS, Rayisi F, Khodabandeh F, Bahrani N. Comparison of quality of life in gender identity disorders after sex reassignment surgery with normal women in Tehran, Iran, 2012 [in Persian]. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(74): 10-9.
6. Asadi M, Tabari F, Haghani S, Heidari ME. The impact of empowerment model-based education on quality of life of transgender people under hormone therapy: A randomized clinical trial. *J Family Med Prim Care* 2020; 9(6): 2794-800.
7. Zucker KJ, Lawrence AA, Kreukels BP. Gender dysphoria in adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2016; 12(1): 217-47.
8. Arcelus J, Bouman WP, van Den Noortgate W, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry* 2015; 30(6): 807-15.
9. Roshandel Arbatani T, Aqili SV, Labafi S, Omidi A. Social representations of Iranian transsexual people in the media: a thematic analysis. *Int J Acad Res Bus Soc Sci* 2016; 6(5): 273-84.
10. Ehrensaft D. *Gender born, gender made: Raising healthy gender non-conforming children*. New York, NY: The Experiment; 2011.
11. Tyson P. A developmental line of gender identity, gender role, and choice of love object. *J Am Psychoanal Assoc* 1982; 30(1): 61-86.
12. Kavalanka KA, Weiner JL, Mahan D. *Child, family, and community transformations: Findings from interviews with mothers of transgender girls*. *J GLBT Fam Stu* 2014; 10(4): 354-79.
13. Schlehofer MM, Cortez-Regan L, Harbaugh J. "If extended family can't deal..." Disclosing trans and gender non-conforming children's identity. *Child Adolesc Social Work J* 2020; 39: 29-43.
14. Drescher J, Byne W. Gender dysphoric/gender variant (GD/GV) children and adolescents: Summarizing what we know and what we have yet to learn. *J Homosex* 2012; 59(3): 501-10.
15. Littman L. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS One* 2018; 13(8): e0202330.
16. Witcomb GL, Claes L, Bouman WP, Nixon E, Motmans J, Arcelus J. Experiences and psychological wellbeing outcomes associated with bullying in treatment-seeking transgender and gender-diverse youth. *LGBT Health* 2019; 6(5): 216-26.
17. Reisner SL, Veters R, Leclerc M, Zaslow S, Wolfrum S, Shumer D, et al. Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: a matched retrospective cohort study. *J Adolesc Health* 2015; 56(3): 274-9.
18. Veale JF, Watson RJ, Peter T, Saewyc EM. Mental health disparities among Canadian transgender youth. *J Adolesc Health* 2017; 60(1): 44-9.
19. Aramburu Alegria C. Supporting families of transgender children/youth: Parents speak on their experiences, identity, and views. *Int J Transgend* 2018; 19(2): 132-43.
20. Kennedy N, Hellen M. Transgender children: More than a theoretical challenge. *Grad J Soc Sci* 2010; 7(2): 25-43.
21. Grossman AH, D'Augelli AR, Howell TJ, Hubbard S. Parent reactions to transgender youth gender nonconforming expression and identity. *J Gay Lesbian Soc Serv* 2005; 18(1): 3-16.
22. Lev AI. Disordering gender identity: Gender identity disorder in the DSM-IV-TR. In: Karasic D, Drescher J, editors. *Sexual and gender diagnoses of the diagnostic and statistical manual (DSM)*. Oxfordshire, UK: Routledge; 2014. p. 35-69.

Understanding the Process and Experience of Parents of Gender Dysphoria Clients in Iran, A Qualitative Study

Maliheh Ziaee¹, Ali Talaei², Ali Taghipoor³

Original Article

Abstract

Background: People with gender dysphoria have a noticeable discrepancy between their assigned gender and their experienced/expressed gender. This study aims to know the understanding and experience of parents of people with gender dysphoria about their child's condition.

Methods: With the available sampling method, interviews were conducted with 15 parents of gender dysphoria referred to Ibn Sina Hospital in Mashhad in 2019. Strauss and Corbin method was used for data analysis. A semi-structured interview was conducted. MAXQDA software was used to organize and code qualitative data.

Findings: In total, 15 interviews and 121 conceptual codes were extracted. About 58% of children with gender identity disorder were girls. The average age of these people at the time of participation in the study was 24 years, the mean age since deciding to perform surgery was 21 years, and the average age of onset of symptoms in childhood was 9 years. The findings obtained in this study, in six central categories with the titles as follows: parents' experience since the childhood of a child suffering from gender dysphoria, unusual behaviors observed in adolescence of a person with gender dysphoria from the perspective of parents, parents' feelings, parents' misbehavior, the causes of this from the parents' point of view, the problem with the individual's own experience of gender identity disorder.

Conclusion: The results showed the obvious denial and attempt to delay the evaluation and treatment process and the presence of obvious parental misconduct and neglecting the clues of GD from childhood and adolescence due to the lack of awareness about GD. Most of the parents considered the clients resolute in the path of treatment.

Keywords: Gender dysphoria; Experience; Grounded theory; Parents

Citation: Ziaee M, Talaei A, Taghipoor A. Understanding the Process and Experience of Parents of Gender Dysphoria Clients in Iran, A Qualitative Study. J Isfahan Med Sch 2022; 40(687): 699-709.

1- Assistant Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Social Determinants of Health Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

2- Professor, Department of Psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Centre, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3- Professor of Epidemiology, Social Determinants of Health Research Center, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Corresponding Author: Maliheh Ziaee, Assistant Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Social Determinants of Health Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran Email: ziaee.m@gmu.ac.ir