

تجارب زیسته افراد با اختلال هویت جنسی از واکنش خانواده به اختلال نارضایتی جنسیتی: یک مطالعه پدیدارشناسی

ناهید حیدری^۱، مهرداد عبدالله‌زاده^۲، سیدعلی ناجی^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۲/۱۴ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۰۵/۲۵

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: خانواده به‌عنوان نهادی اجتماعی در شکل‌گیری هویت افراد، می‌تواند نقش تشدیدکننده و یا کاهنده در علائم بسیاری از اختلالات جسمی و روانی را داشته باشد. فهم آنچه افراد با اختلال هویت جنسی از واکنش خانواده به تظاهرات اختلال نارضایتی جنسیتی تجربه می‌کنند، علاوه بر کمک به شناخت بهتر مشکلات این مددجویان، در رفع این مشکلات می‌تواند مؤثر باشد. این پژوهش باهدف تبیین تجارب زیسته افراد با اختلال هویت جنسی از واکنش خانواده به اختلال نارضایتی جنسیتی انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: مشارکت‌کنندگان در این مطالعه کیفی از نوع پدیدارشناسی، ۱۰ فرد با اختلال نارضایتی جنسیتی (۶ نفر مذکر بیولوژیک، ۴ نفر مؤنث بیولوژیک) بودند، که به روش هدفمند و گلوله برفی و با توجه به معیارهای ورود از حوزه پزشکی قانونی جنوب کشور انتخاب شدند و مورد مصاحبه عمیق و نیمه ساختارمند قرار گرفتند. داده‌ها با رویکرد هفت مرحله‌ای کلازیری مورد تحلیل قرار گرفت. برای دستیابی به صحت و پایایی داده‌ها از معیارهای لینکن و گوبا استفاده شد.

یافته‌ها: بعد از تحلیل داده‌ها، دو مضمون اصلی واکنش ناسازگار و واکنش سازگار و شش طبقه کلی انکار واقعیت، آزمون الهی، مجازات به‌جای درمان، حمایت نکردن تا ترک عادت، همراهی از روی ناچاری و سازش با تقدیر نام‌گذاری شد.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج، واکنش خانواده افراد با اختلال هویت جنسی به اختلال نارضایتی جنسیتی طیفی گسترده را شامل می‌شود. آنچه باعث بروز واکنش در خانواده افراد با اختلال هویت جنسی نسبت به این اختلال می‌شود، به تلاش برای دوری کردن از تجربه شرم در جامعه می‌تواند تعبیر گردد.

کلیدواژه‌ها: افراد با اختلال هویت جنسی، پدیدارشناسی، خانواده، نارضایتی جنسیتی

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره هفتم، پی‌در پی ۱۳۲، مهر ۱۳۹۹، ص ۵۱۹-۵۳۱

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران، تلفن: ۰۹۱۶۶۳۱۱۰۱۲

Email: mehرداد11012@gmail.com

مقدمه

جنسیتی به اصرار پیوسته فرد به تعلق داشتن به جنس مخالف و تمایل قوی و مستمر برای قرار گرفتن در نقش و شخصیت جنسیت مخالف گفته می‌شود (۷). چنین رفتاری با ابراز نارضایتی همیشگی از جنسیت بیولوژیکی حاضر همراه است (۸). طبق آمار جهانی، ۶ نفر از هر ۱۰۰ هزار نفر به این اختلال مبتلا هستند و از هر ۱۰۰ هزار مرد یک نفر و از هر ۳۰۰ هزار زن یک نفر به اختلال نارضایتی جنسیتی دچار می‌شود (۹). در ایران شیوع اختلال نارضایتی جنسیتی ۱/۱ در صد هزار نفر و نسبت زن به مرد ۲ به ۱ گزارش شده است (۱۰). بر اساس تعریف انجمن روان‌پزشکی آمریکا افرادی که در هنگام تولد مؤنث تشخیص داده می‌شوند، اما رفتار جنس

مفهوم جنس مربوط به آرایش بیولوژیکی بدن است و شامل اندام‌های تولیدمثلی فرد می‌شود (۱، ۲). جنسیت شامل نقش‌های اجتماعی و رفتارهایی است که فرهنگ و جامعه برای جنس‌ها قائل می‌شود و این نقش‌ها دامنه انتظارات رفتاری از افراد را مشخص می‌کنند (۳، ۴). در واقع جنس افراد در هر فرهنگ و جامعه‌ای ثابت است، اما جنسیت افراد است که نقش جنسی‌شان را در هر جامعه و فرهنگی مشخص می‌سازد (۵).

هویت جنسی حالتی روانی است که بازتاب احساسات درونی شخص از مرد یا زن بودن خویش است (۶). اختلال نارضایتی

^۱ گروه پرستاری و مامایی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

^۲ گروه پرستاری و مامایی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ گروه پرستاری و مامایی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

مذکر را بیشتر دارا هستند، ترانس مذکر و افرادی که در هنگام تولد مذکر تشخیص داده می‌شوند، اما رفتار جنس مؤنث را بیشتر دارا می‌باشند ترانس مؤنث گفته می‌شوند (۱۱، ۱۲). در سال‌های اخیر بیشتر افراد با اختلال نارضایتی جنسیتی استفاده از واژه ترانجنسیتی را برای نشان دادن هویت جنسیتی خود ترجیح می‌دهند (۱۳، ۱۴).

خانواده شبکه‌ای از ارتباطات است که در آن والدین و فرزندان در فرآیندی دوسویه با یکدیگر تعامل دارند (۱۵). خانواده اولین و اساسی‌ترین نهادی است که علاوه بر تأثیر بر رشد جسمی، روانی و اجتماعی افراد، در شکل‌گیری هویت و نقش‌پذیری جنسی و جنسیتی آنان تأثیری مؤثر دارد (۱۶). بروز علائم اختلال نارضایتی جنسیتی در فرد نه تنها برای فرد مبتلا، بلکه برای خانواده می‌تواند بحرانی بزرگ تلقی شود و واکنش‌های خانواده به علائم این اختلال خود می‌تواند به بخشی از مشکل و یا راه‌حل آن تبدیل گردند (۱۷). واکنش‌های معمول شرم، ناامیدی و خشم از سوی خانواده می‌تواند به اخراج از مدرسه، طرد شدن از خانواده و جامعه و در پی آن گسترش رفتارهای پرخطر و یا ناسازگار اجتماعی در افراد با اختلال نارضایتی جنسیتی منجر شود (۱۸). نتایج مطالعه Kidd و همکاران که باهدف بررسی نقش واکنش خانواده در سلامت افراد با اختلال هویت جنسی انجام شده است، نشان داده است که گزارشات بیشتری از خودکشی، افسردگی، سوءمصرف مواد و درگیری با مشکلات مربوط به روابط جنسی محافظت نشده در گروهی از افراد با اختلال هویت جنسی که از سوی خانواده حمایت نشده بودند، نسبت به افراد با اختلال هویت جنسی دریافت‌کننده حمایت خانواده وجود داشته است (۱۹). همچنین در نتایج پژوهشی که در کشور ما انجام شد، نشان داده شد که واکنش موردحمایت قرار نگرفتن افراد با اختلال هویت جنسی از سوی خانواده به صورت‌هایی چون احساسات آزاردهنده تا نفرت و بیزاری به جسم خود در این افراد می‌تواند بروز کند (۲۰). از طرفی پژوهش‌ها نشان داده است که نشان دادن واکنش سازنده از سوی خانواده به فرد با اختلال نارضایتی جنسیتی می‌تواند تسهیل‌کننده مراحل درمان او گردد (۲۱، ۲۲). در این باره نتایج مطالعه Bauer و همکاران نشان داده است که به عقیده افراد با اختلال هویت جنسی واکنش حمایتی خانواده از این افراد می‌تواند باعث افزایش اعتمادبه‌نفس و ارتقا سطح بهداشت روانی آنان گردد (۲۳). نتایج مطالعه محمدباقری و همکاران نیز نشان داده است که نوع واکنش خانواده به نارضایتی جنسیتی نقشی مهم در نگرش افراد با اختلال هویت جنسی به خود را دارد (۲۴).

روش تحقیق کیفی می‌تواند برای فراهم کردن درکی درست از دلایل، عقاید و انگیزه‌های افراد با اختلال نارضایتی جنسیتی توسط

پرستاران به کار گرفته شود. در این نوع از پژوهش محقق با شنیدن توصیفات از زبان خود افراد در مورد دیدگاه فردی و ذهنی‌شان (دنیای درونشان) بدون تفسیر و دخالت پیش‌فرض‌های ذهنی در مورد آن فرد و یا آن پدیده تجربه‌شده نتیجه‌گیری می‌نماید (۲۵). در کشور ما مطالعات اندکی در زمینه درک تجارب افراد با اختلال هویت جنسی به‌عنوان اقلیت جنسی آسیب‌پذیر از واکنش خانواده به این اختلال انجام شده است (۲۶، ۲۷). از این رو با توجه به جایگاه خانواده در جامعه ایرانی، این پژوهش باهدف تبیین تجارب زیسته افراد با اختلال هویت جنسی از واکنش خانواده به اختلال نارضایتی جنسیتی انجام شده است، تا علاوه بر کمک به شناخت بیشتر نیازها و مشکلات این افراد، گامی در راستای کمک به رفع این مشکلات برداشته شود.

مواد و روش کار

این مطالعه به روش کیفی از نوع پدیدارشناسی توصیفی انجام گرفت و تحلیل داده‌ها بر اساس روش هفت مرحله‌ای کلایزی انجام شد (۲۸). جامعه مورد مطالعه این پژوهش افراد با اختلال هویت جنسی شهر شیراز بودند. برای انجام پژوهش، پژوهشگران شرکت‌کنندگان در مطالعه را به‌طور هدفمند و به روش گلوله برفی و بر اساس معیارهای ورود انتخاب کردند (۲۹). معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ۱. مورد تأیید قرار گرفته شدن فرد شرکت‌کننده توسط روان‌پزشک همکار پژوهش مبنی بر مبتلا بودن به اختلال نارضایتی جنسیتی که با توجه به معیارهای انجمن روان‌پزشکی آمریکا انجام پذیرفت. ۲. انجام نگرفتن عمل جراحی تغییر جنسیت برای شرکت‌کننده تا پیش از انجام مصاحبه. ۳. تمایل و توانایی شرکت‌کننده به برقراری ارتباط و بیان تجارب خود با پژوهشگران. همچنین معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: ۱. قطع همکاری شرکت‌کننده حین انجام فرآیند مصاحبه. ۲. عدم تمایل شرکت‌کننده به استفاده از اطلاعات ارائه‌شده توسط ایشان بعد از انجام مصاحبه تا پیش از انتشار نتایج. برای نمونه‌گیری ابتدا پزشکی قانونی فردی را که توسط درمانگران ترانجنسیتی تشخیص داده شده بود به پژوهشگران معرفی کردند. سپس از این فرد خواسته شد تا دیگر افراد با این اختلال را به پژوهشگران معرفی نماید. به همین ترتیب از افراد معرفی‌شده نیز همین درخواست شد (۳۰).

به‌منظور انجام مصاحبه همکار مصاحبه‌گر پژوهش که برای انجام مصاحبه چهره به چهره آموزش دیده بود، در ابتدای هر مصاحبه خود را به شرکت‌کنندگان معرفی کرد و هدف از پژوهش و نوع سؤالات را برای افراد شرکت‌کننده در پژوهش توضیح داد و به سؤالات احتمالی آنان پاسخ داد. کسب اجازه برای ضبط

مصاحبه، محرمانه بودن هویت افراد، داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه و حق کناره‌گیری از پژوهش در هر زمان تا پیش از انتشار نتایج و بی‌تأثیر بودن شرکت کردن یا شرکت نکردن مصاحبه‌شونده در پژوهش در دریافت خدمات بهداشتی و درمانی برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. در صورتی که افراد تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند، از آنان رضایت آگاهانه مکتوب گرفته شد. تمامی مصاحبه‌ها در محیط و زمانی که توسط فرد مصاحبه‌شونده تعیین می‌گردید انجام شد. تمامی مصاحبه‌ها توسط یک همکار ثابت (نویسنده اول مقاله) و با به‌کارگیری روش‌های مصاحبه و به روش مصاحبه نیمه ساختارمند انجام شد (۳۱). در ابتدای مصاحبه از شرکت‌کننده پرسیده شد که مایل است از چه ضمیر و یا نامی برای مورد خطاب قرار گرفته شدن استفاده شود. در تمام مراحل پژوهش با احترام به خواست شرکت‌کننده اسامی گفته‌شده در نظر گرفته شد.

پرسش‌های مصاحبه از کلی و عمومی شروع شد و به تدریج به زمینه‌های عمیق‌تر پرداخته شد. نمونه‌ای از سؤالات راهنمای مصاحبه عبارت بودند از: "اولین واکنش خانواده شما به رفتار تان در ارتباط با اختلال ناراضیتی جنسیتی چگونه بود؟"، "کدام واکنش از سوی خانواده تأثیر بیشتری بر شما داشته است؟". در صورتی که پاسخ‌های پرسش‌شوندگان دچار ابهام بود و یا نیاز به توضیح بیشتری داشت، از شرکت‌کننده سؤالات اکتشافی از قبیل "آیا می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟" و "یا ممکن است با مثال منظور خود را از این مطلب روشن کنید؟" پرسیده می‌شد. هر مصاحبه با این پرسش که "آیا مایلید مطلبی را اضافه کنید؟" خاتمه یافت. در این مرحله با تمام شرکت‌کنندگان ۱ بار مصاحبه و جمعاً ۱۰ مصاحبه انجام شد. زمان مصاحبه‌ها ۴۵ دقیقه تا ۱۰۰ دقیقه بود. تمام مصاحبه‌ها به صورت آشکار و با اجازه شرکت‌کنندگان به صورت صوتی ضبط شد.

بلافاصله بعد از پایان هر مصاحبه، همکار مصاحبه‌کننده برای هر شرکت‌کننده یک کد عددی محرمانه در نظر گرفت و هر مصاحبه را به وسیله کد عددی و سن افراد مشخص کرد. تمام مکالمه‌ها توسط همکاران پژوهش کلمه به کلمه دست‌نویس شد و برای اطمینان از وارد شدن تمامی اطلاعات، دست‌نویس‌ها با مکالمات ضبط‌شده تطبیق داده شد. کلیه حالات، احساسات و حرکات بدن مانند خندیدن، گریه کردن و حرکات دست توسط همکار مصاحبه‌کننده به دست‌نویس‌ها اضافه شد و هرگونه اطلاعاتی که ممکن بود باعث فاش شدن هویت افراد شود توسط ایشان حذف گردید.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، با توجه به نگرش ما به تجزیه و تحلیل کیفی رویکرد هفت مرحله‌ای کلایزی طی مراحل زیر

انجام شد. تمام توصیف‌های ارائه‌شده توسط هر شرکت‌کننده (پروتکل) به‌منظور به دست آوردن یک احساس و مأنوس شدن با او چندین بار با دقت توسط تک‌تک پژوهشگران خط به خط خوانده شد. زیر مفاهیم و نکات کلیدی خط کشیده شد. جملات و عباراتی که مستقیماً به پدیده مورد مطالعه یعنی "تجارب زیسته افراد با اختلال هویت جنسی از واکنش خانواده به اختلال ناراضیتی جنسیتی" مرتبط بود استخراج گردید. پژوهشگران تلاش نمودند تا به معنای هر یک از جملات پی‌ببرند و معانی را فرموله کنند. در صورتی که قسمتی از مصاحبه برای پژوهشگران با ابهام همراه بود، برای روشن شدن منظور مصاحبه‌شونده توسط همکار مصاحبه‌کننده مطلب مورد نظر طی یک نوبت مصاحبه حضوری در محیط و زمان دلخواه مصاحبه‌شونده پرسیده شد. سه شرکت‌کننده در این مرحله مجدداً در مصاحبه شرکت کردند. برای افزایش دقت کدگذاری، هر دست‌نوشته به دیگر همکاران پژوهش داده شد تا مجدداً کدگذاری شود. برای نام‌گذاری کدهای اولیه از کلمات مشارکت‌کنندگان و برداشت پژوهشگران از گفته‌های آنان استفاده گردید. کدگذاری‌های جداگانه با هم تطبیق داده شد. مراحل قبل برای هر پروتکل تکرار شد و معانی فرموله شده و مرتبط با هم و عبارات مشابه توسط پژوهشگران در خوشه‌هایی از تم‌ها و مقوله‌های اولیه قرار گرفت. از طریق مراجعه به پروتکل‌های اصلی، اعتبار خوشه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. سپس زیرطبقات اولیه با توجه به شباهت در معانی توسط همکاران پژوهش با هم تطبیق داده شدند و طبقات کلی را تشکیل دادند. در نهایت برای افزایش مقبولیت داده‌ها کدها و نتایج حاصل‌شده از تحلیل داده‌ها به‌طور تصادفی به برخی از شرکت‌کنندگان داده شد تا مشخص شود تفسیر نتایج مشابه نظر ایشان است (۳۲). تحلیل داده‌ها هم‌زمان و به‌طور مستمر با جمع‌آوری اطلاعات انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها تا زمان اشباع یعنی تا زمانی که داده‌های جمع‌آوری‌شده تکرار داده‌های قبلی بود و کد و طبقه جدیدی به دست نیامد، ادامه یافت.

در این پژوهش جهت استحکام مطالعه از نظر باورپذیری، اعتمادپذیری، تأییدپذیری و انتقال‌پذیری معیارهای لینکلنو گوبا استفاده شد (۳۳). به‌منظور تعیین باورپذیری، درگیری مداوم با موضوع و داده‌ها وجود داشت و از نظرات همکاران تحقیق در ارتباط با روند انجام مصاحبه‌ها و تحلیل داده‌ها استفاده شد. متن مصاحبه‌ها و کدهای استخراج‌شده و زیر طبقات با برخی از افراد با اختلال هویت جنسی شرکت‌کننده در پژوهش و دو نفر دکترای پرستاری آشنا به انجام تحقیقات کیفی در میان گذاشته شد. در راستای تعیین قابلیت اعتماد، داده‌ها در اختیار یک ناظر خارجی متخصص پزشکی قانونی به‌عنوان محقق که هم با محیط بالین و

پرستاری با گرایش داخلی-جراحی با عنوان "تجارب زندگی افراد با اختلال هویت جنسی" مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) منتشر شده و شناسه (کد اخلاقی به شماره ۴۹۲۰۴۳ از معاونت محترم تحقیقات و نوآوری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی اصفهان به آن تعلق گرفته است.

یافته ها

یافته‌های توصیفی:

مشارکت‌کنندگان این پژوهش ۱۰ فرد با اختلال هویت جنسی (۶ نفر مذکر بیولوژیک (ترانس مؤنث)، ۴ نفر مؤنث بیولوژیک (ترانس مذکر) با میانگین سنی ۲۲/۳ سال و سطح تحصیلات از دبیرستان تا لیسانس بودند. ۷ شرکت‌کننده ۱ بار و ۳ شرکت‌کننده ۲ بار در مصاحبه شرکت کردند. در نهایت ۱۳ مصاحبه با ۱۰ شرکت‌کننده انجام شد. هر مصاحبه به‌طور متوسط ۶۶/۶ دقیقه طول کشید. جدول ۱ مشخصات جمعیت‌شناسی افراد شرکت‌کننده در پژوهش را نشان می‌دهد.

هم با تحقیق کیفی آشنایی داشت، ولی عضو گروه تحقیق نبود، قرار گرفت و مواردی که در گذار و شکل‌گیری طبقات ابهام وجود داشت، اصلاح شد. برای تعیین تأیید پذیری، بخش‌های مختلف طبقات در اختیار دو پژوهشگر آشنا به تحقیق کیفی قرار گرفت و نظرات و تفاسیر آن‌ها که توافق زیادی را نشان می‌داد با هم مقایسه شد. به‌منظور تعیین انتقال‌پذیری محققین مراحل و روند تحقیق را به‌طور دقیق ثبت و گزارش نمودند تا امکان پیگیری برای دیگران فراهم شود. به‌علاوه سعی شد تا نقل‌قول شرکت‌کنندگان ارائه شود.

کلیه روش‌های پژوهش در این مطالعه بر اساس معیارهای اخلاقی کمیته تحقیقات ملی و همچنین اعلامیه ۱۹۶۴ هلسینکی و اصلاحات بعد از آن و استانداردهای اخلاقی انجام شده است. همکار روان‌پزشک در تمام مراحل تحقیق برای ارائه مشاوره روان‌پزشکی به شرکت‌کنندگان در دسترس بود. مطالعه حاضر بخشی از پژوهشی است که در حوزه پزشکی قانونی جنوب کشور انجام شده و نتایج آن در قالب پایان‌نامه کارشناسی ارشد در رشته آموزش

جدول (۱): مشخصات جمعیت‌شناسی افراد شرکت‌کننده در پژوهش

شماره	جنسیت بدو تولد	سن	تأهل	تحصیلات	شغل	تعداد مصاحبه	زمان مصاحبه (دقیقه)
۱	مذکر	۲۲	مجرد	فوق‌دیپلم	دانشجو	۱	۴۵
۲	مذکر	۳۸	مجرد	متوسطه	بیکار	۲	۱۰۰
۳	مذکر	۲۲	مجرد	دیپلم	آزاد	۱	۶۰
۴	مذکر	۱۸	مجرد	پیش‌دانشگاهی	دانش‌آموز	۲	۵۰
۵	مذکر	۱۷	مجرد	متوسطه	دانش‌آموز	۱	۵۰
۶	مذکر	۲۱	مجرد	دیپلم	دانشجو	۱	۸۰
۷	مؤنث	۲۱	مجرد	دیپلم	بیکار	۱	۹۰
۸	مؤنث	۲۱	مجرد	دیپلم	دانشجو	۲	۸۵
۹	مؤنث	۲۲	مجرد	لیسانس	بیکار	۱	۴۵
۱۰	مؤنث	۲۱	مجرد	دیپلم	بیکار	۱	۵۰

یافته‌های کیفی:

همراهی از روی ناچاری و سازش با تقدیر نام‌گذاری شدند؛ که برای درک بهتر به‌صورت مدل انتزاعی در شکل ۱ آورده شده است. در ادامه توضیحات در مورد این طبقات و نقل‌قول‌های مستقیم از افراد با اختلال هویت جنسی شرکت‌کننده در پژوهش ارائه شده است.

پس از تحلیل داده‌ها و هم‌پوشانی زیر کدها، دو مضمون اصلی واکنش ناسازگار و واکنش سازگار و شش طبقه انکار واقعیت، آزمون الهی، مجازات به‌جای درمان، حمایت نکردن تا ترک عادت،



شکل (۱): مفاهیم و مقوله‌های استخراج شده از تحلیل کیفی داده‌ها

۱. واکنش ناسازگار

شرکت‌کنندگان در پژوهش برخی از رفتارهای خانواده نسبت به اختلال نارضایتی جنسیتی را به صورت واکنش‌های ناسازگار درک می‌نمودند. در این بخش به توصیف تجربه این نوع واکنش‌ها پرداخته می‌شود.

۱-۱. انکار واقعیت

افراد شرکت‌کننده در پژوهش اظهار می‌کردند که تجربه آنان از واکنش خانواده به اختلال نارضایتی جنسیتی به صورت انکار این اختلال از سوی خانواده و یا نسبت دادن آن به تأثیر اطرافیان بوده است. مواردی چون اهمیت ندادن به وجود اختلال هویت جنسی در فرد و به شوخی گرفتن و یا مسخره کردن تفاوت‌های رفتاری مانند پوشش و نحوه تکلم افراد با اختلال نارضایتی جنسیتی با انتظارات جامعه از جنسیت بیولوژیک تجاربی بود که شرکت‌کنندگان از واکنش خانواده به اختلال نارضایتی جنسیتی در

این مورد درک کرده بودند. به عنوان مثال شرکت‌کننده (۳) در این باره گفت: "مادرم از همون اولش که می‌دید من مثل پسرهای دیگه نیستم و همش دوست دارم لباس دخترونه بپوشم می‌خندید و مسخره‌ام می‌کرد. می‌گفت تو داری شوخی می‌کنی، بزرگش می‌همه چی از سرت می‌پره." شرکت‌کننده (۹) در این باره گفت: "خانواده‌ام می‌گفتن ما باید مدرسه تورو عوض کنیم تا درست بشی، دوست‌های ناباب تورو از راه به در کردند."

۱-۲. آزمون الهی

بر اساس تجارب بازگو شده از سوی افراد با اختلال هویت جنسیبیکی از واکنش‌های خانواده به اختلال نارضایتی جنسیتی به صورت واکنش سوگ و ابراز غم و اندوه در قبال علائم این اختلال بوده است. شرکت‌کنندگان بیان می‌کردند که خانواده اختلال هویت جنسی در فرد را تقدیر و آزمونی غم‌انگیز از سوی خداوند قلمداد می‌کردند. به عنوان مثال شرکت‌کننده (۷) در این باره

تجربه‌اش را این‌گونه بیان کرد: "مادرم مدام داره گریه می‌کنه. می‌گه چرا خدا تو رو اینجوری خواسته، اون که گریه‌هاش تموم می‌شه خواهرام شروع می‌کنند، بگذریم که خودم هم این وسط با اونا گریه می‌کنم که چرا وضع من اینطوره". شرکت‌کننده (۴) این‌گونه بیان کرد: "هیچ‌وقت اشک بابام رو ندیده بود اما از وقتی مشکل من نمایان شده شبی نیست که گریه و دعا نکنه". شرکت‌کننده (۹) این‌گونه اضافه کرد: "به مامانم می‌گم که اینیه آزمونی هست که خدا سر راهمون گذاشته که باید ارزش سربند بیرون بیایم و مادرم می‌گه کاش تو رو نداشتم یا منم توگلی که تو داشتی رو داشتم. من عذاب وجدان می‌گیرم وقتی همش گریه می‌کنه چون به‌خدا توکل دارم".

۳-۱. مجازات به‌جای درمان

طبق تجارب شرکت‌کنندگان، خانواده افراد با اختلال هویت جنسی با ایجاد شرایط تنبیه و مجازات و تجویز درمان‌های غیر اصولیه جای‌درمان‌های تأیید شده و مرسوم برای افراد با اختلال هویت جنسی گاهی به زور و اجبار برای این افراد انجام می‌شده است، سعی در از بین بردن علائم این اختلال در آنان را داشته‌اند. حبس کردن، ایجاد حس گناه در فرد، تنبیه فیزیکی و تهدید و آرزوی مرگ از جمله تجاربی بود که افراد با اختلال هویت جنسی از واکنش خانواده به این اختلال عنوان می‌کردند. به‌عنوان مثال شرکت‌کننده (۶) در این باره گفت: "روزی یکبار توسط برادر بزرگترم به شدت کتک می‌خوردم و پدرم هم تشویقش می‌کرد که تا می‌تونی بزنش تا آدم بشه". شرکت‌کننده (۱۰) در این رابطه گفت: "مادرم به من مدام قرص خواب می‌داد تا همش خواب باشم، می‌گفت نباید بیرون بری، بیدار بودنت مایه عذاب و ننگه". شرکت‌کننده (۲) ادامه داد: "من رو به زور هورمون درمانی می‌کردند اونم توسط کسی که بهش می‌گفتن دکتر که هیچ تخصصی هم تو این کار نداشتم. انگار که می‌خواستند انتقام بگیرند". شرکت‌کننده (۷) اظهار کرد: "هر روز مادرم بهم می‌گفت باعث آبروریزی من هستی، تو مایه ننگی، امیدوارم بمیری که از دستت خلاص شم".

۴-۱. حمایت نکردن تا ترک عادت

به گفته شرکت‌کنندگان در پژوهش، خانواده این افراد با محروم کردن و حمایت نکردن سعی در برطرف کردن رفتارهایی را در آنان داشتند که از نظر خانواده عادات مغایر با عرف و غیر منطبق با جنسیت بیولوژیک تلقی می‌گردیده است. محدود کردن روابط فرد با اختلال نارضایتی جنسی، قطع حمایت مالی و حمایت نکردن از فرایند درمان و جلسات مشاوره از جمله تجاربی

بود که افراد با اختلال هویت جنسی در این باره از واکنش خانواده به نارضایتی جنسی بیان می‌کردند. شرکت‌کننده (۵) در این مورد تجربه خود را این‌گونه بیان کرد: "وقتی توی جلسات مشاوره و درمان شرکت می‌کردم بعد از چند جلسه پدرم دیگه اجازه نداد من برم. می‌گفت اون جلسه بیشتر عادت‌های تورو مریض می‌کنه نه سالم. تو باید تو خونه بمونی تا خوبشی". شرکت‌کننده (۸) چنین اضافه کرد: "...خونام رو جدا کردم بابام تا جایی که آدرس رو داشت دنبالم می‌گشت تا پیدام کنه؛ خیلی به من زور می‌گفت؛ تهدیدم می‌کرد. می‌گفت به من پول نمی‌ده. می‌گفت الان میام خونوات رو به آتیش می‌کشم منم از اونجا رفته بودم تو خوابگاه که هیچکس ندونه. یه اتاق گرفته بودم. می‌گفت باید عادات رو ترک کنی، باعث ننگی".

۲. واکنش سازگار

افراد با اختلال هویت جنسی شرکت‌کننده در پژوهش برخیدگر از رفتارهای خانواده نسبت به اختلال نارضایتی جنسی را به‌صورت واکنش‌های سازگار درک می‌نمودند. در این بخش به توصیف تجربه این نوع واکنش‌ها پرداخته می‌شود.

۳-۲. همراهی از روی ناچاری

بر اساس تجارب بازگو شده توسط شرکت‌کنندگان، برخی از خانواده‌های این مددجویان با حمایت عاطفی، کمک مالی، همکاری در جلسات درمان و مشاوره روانشناسی و همچنین حمایت از فرد با اختلال نارضایتی جنسی در مقابل ناملازمات اجتماعی در تسهیل روند درمان این افراد را داشته‌اند. به تجربه شرکت‌کنندگان در پژوهش خانواده خود را ناچار می‌دید تا از این افراد به‌عنوان عضوی از خانواده حمایت کند. شرکت‌کننده شماره (۸) به‌عنوان مثال در این باره گفت: "مادرم خجالت می‌کشید. باوجود مذهبی بودن منو حمایت می‌کردو همراهیم کرد که بیام برای پزشکی قانونی و جلو همه ازم از روی ناچاری دفاع می‌کرد". شرکت‌کننده (۲) در این مورد تجربه‌اش را این‌گونه بیان کرد: "...وقتی دیدند خوب نمی‌شم، دیگه کم‌کم پدر و مادرم باهام راه اومدن و هرچند ناراضی بودند، ولی بهم پول می‌دادند که برم برای مشاوره... می‌گفتند آگه من خوب شم لااقل دیگه اونا خجالت نمی‌کشند".

۳-۲. سازش با تقدیر

افراد با اختلال هویت جنسی شرکت‌کننده در پژوهش بیان می‌کردند که خانواده با مشاهده بی‌نتیجه بودن اقدامات خود برای ایجاد تغییر رفتار در فرد با اختلال نارضایتی جنسی همچون تداوم یافتن رفتارهایی در فرد مبتلا که از نظر خانواده مغایر با

جنسیت بیولوژیکو نامناسب با عرف اجتماعی قلمداد می‌گردید، در صدد یافتن منابع حمایتی در جهت تسهیل روند بهبودی در آنان برمی‌آمدند. به‌عنوان مثال در این رابطه شرکت‌کننده (۱) در مورد تجربه‌اش گفت: «... پدرم رفته بود با چندتا دکتر صحبت کرده بود و می‌دیدم که داره تواینترنت سرچ می‌کنه که با من چیکار کنه. به خاطر من توی در و همسایه خجالت می‌کشید». شرکت‌کننده (۴) در این باره گفت: «شنیدم که برادرم داشت به پدر و مادرم می‌گفت که توی دانشگاه از استاد روان‌شناسی شون در مورد من پرسیده و اون هم بهمش توضیح داده که باید ببریدش مشاوره و کمکش کنید، همین مساله به نظرم باعث کوتاه اومدن خانواده‌ام شده بود. می‌گفتن دیگه تقدیر آینه».

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش کیفی باهدف تبیین تجارب زیسته افراد با اختلال هویت جنسی از واکنش خانواده به اختلال نارضایتی جنسیتی انجام شد. از تحلیل داده‌ها دو مضمون اصلی واکنش ناسازگار و واکنش سازگار و شش طبقه انکار واقعیت، آزمون الهی، مجازات به‌جای درمان، حمایت نکردن تا ترک عادت، همراهی از روی ناچاری و سازش با تقدیر استخراج گردید.

پژوهش نشان می‌دهد که افراد با اختلال هویت جنسی با نوعی اختلال رفتار جنسیتی متولد می‌شوند، اما در بستر نوع واکنش خانواده و جامعه با آنان است که پیچیدگی و شدت مشکلاتشان تسهیل می‌شود و یا شدت می‌یابد (۳۴). نتایج مطالعات بیانگر آن است که شناخت نوع واکنش خانواده به اختلال نارضایتی جنسیتی خود گامی مهم برای برنامه‌ریزی پرستاری و مراقبتی برای افراد با این اختلال می‌باشد (۳۵، ۳۶). در همین راستا Riggs و Fuller در مطالعه خود بیان می‌دارند که ارائه‌دهندگان مراقبت برای تدوین کردن برنامه پرستاری برای افراد با اختلال هویت جنسی باید درکی درست از نوع واکنش خانواده و همچنین فرد با اختلال نارضایتی جنسیتی به این اختلال را داشته باشند (۳۷). همچنین شناخت ارزش‌های فرهنگی و اجتماعی و واکنش‌های خانواده به اختلال نارضایتی جنسیتی از سوی مراقبت‌دهندگان می‌تواند چگونگی ارائه فرآیند مراقبت و پذیرش آن از سوی خانواده و فرد مبتلا را روشن سازد (۳۸).

افراد با اختلال هویت جنسی شرکت‌کننده در این پژوهش عنوان می‌کردند که یکی از واکنش‌های خانواده به اختلال نارضایتی جنسیتی نادیده گرفتن و یا مربوط دانستن عوامل خارجی در به وجود آمدن رفتار مغایر با جنسیت بیولوژیک در فرد بوده است. افراد شرکت‌کننده در پژوهش Smith و همکاران نیز اعلام می‌کردند که تجربه واکنش پذیرفته نشدن به‌عنوان فرد با اختلال

هویت جنسی و انکار اختلال نارضایتی جنسیتی آنان از سوی خانواده را داشته‌اند (۳۹). به عقیده Logie و همکاران خانواده افراد با اختلال هویت جنسی اغلب به دلیل ترس از مواجه شدن با ننگ و استیغمای اجتماعی سعی می‌کند که وجود اختلال نارضایتی جنسیتی در فرد را نادیده بگیرد و یا انکار کند و یا اینکه عوامل خارجی را برای به وجود آمدن آن متصور شود (۴۰). نتایج مطالعه Brye و همکاران نشان داد که پذیرش وجود اختلال هویت جنسیتی در فرد از سوی خانواده اغلب با دشواری صورت می‌گیرد و خانواده پذیرش این اختلال را معادل پذیرش تجربه شرم احساس می‌کنند (۴۱). به نظر می‌رسد احساس شرم از رفتار مغایر با جنسیت فرد با اختلال هویت جنسی عاملی برای پذیرفته نشدن و یا نسبت دادن رفتار او به تأثیر عوامل خارجی از سوی خانواده می‌باشد.

افراد با اختلال هویت جنسی شرکت‌کننده در پژوهش بیان می‌داشتند که واکنش خانواده به نارضایتی جنسیتی در آنان به‌صورت سوگ در مقابل وقوع تقدیری غم‌انگیز از سوی خداوند بروز می‌کرده است. Testoni و Pinducci در نتایج پژوهش خود بیان می‌دارند که خانواده اغلب پذیرش وجود اختلال نارضایتی جنسیتی در فرد را برابر با از دست دادن وی تعبیر می‌کنند و با ابراز غم و اندوه نسبت به پذیرش این پدیده واکنش نشان می‌دهند (۴۲). نتایج مطالعه Ghazzawi و همکاران نشان داد که بسته به باورهای مذهبی و فرهنگی، وجود اختلال نارضایتی جنسیتی در فرد ممکن است به‌صورت تقدیر و یا آزمونی الهی برای خانواده تعبیر گردد (۴۳). همچنین نتایج مطالعه Abreu و همکاران بیانگر این بود که واکنش خانواده به اختلال هویت جنسی بستگی به باورها و فرهنگ خانواده دارد و ممکن است به صورت‌های مختلفی از سوی آنان بروز کند (۴۴). یافته‌ها بیانگر آن است که در نشان دادن واکنش سوگ و مرتبط دانستن اختلال نارضایتی جنسیتی با معنویات، باورها و ارزش‌های فرهنگی خانواده دارای جایگاهی ویژه است.

بر اساس تجارب شرکت‌کنندگان، یکی دیگر از واکنش‌های خانواده افراد با اختلال هویت جنسی به اختلال نارضایتی جنسیتی ایجاد شرایط تنبیه و مجازات به‌جای پیگیری مراحل درمان جسمی و روانی تأییدشده از سوی درمانگران بوده است. نتایج مطالعه‌ای که توسط Fabbre و Gaveras انجام شد نشان داد که بسیاری از افراد با اختلال هویت جنسی شرکت‌کننده در پژوهش آنان تجربه تنبیه شدن از سوی خانواده به خاطر داشتن رفتار مغایر با عرف و جنسیت بیولوژیک را داشته‌اند (۴۵). به عقیده Gomes de Jesus و همکاران ایجاد شرایط تنبیه از سوی خانواده برای افراد با اختلال هویت جنسی باهدف از بین بردن تظاهرات اختلال نارضایتی

به حمایت از این افراد پردازد (۴۹). به عقیده Golden و Oransky در بعضی از جوامع ساختارها و باورهای اجتماعی خانواده را وامی‌دارد تا علی‌رغم نارضایتی از رفتارهای مغایر با جنسیت بیولوژیک فرد با نارضایتی جنسیتی به حمایت از او پردازد (۵۰). به‌طور کلی می‌توان گفت که باورها و ساختارهای اجتماعی باعث گردیده است تا برخی خانواده‌ها با وجود غیرقابل قبول دانستن رفتارهای افراد با اختلال هویت جنسی به‌عنوان عضوی از اعضای خانواده به حمایت از آنان پردازند.

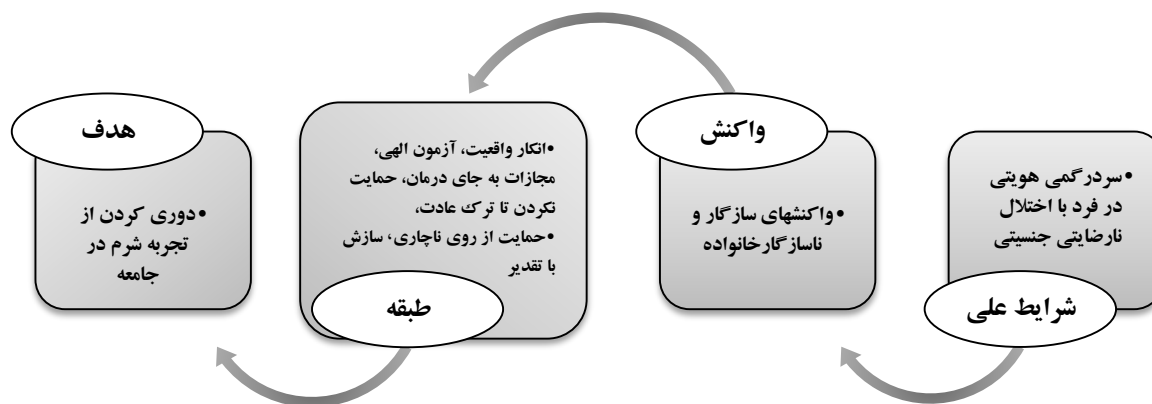
بر اساس تجارب بازگو شده توسط افراد با اختلال هویت جنسی شرکت‌کننده در پژوهش، یکی از واکنش‌های خانواده به اختلال نارضایتی جنسیتی پذیرش این اختلال و جستجوی منابع حمایتی برای کمک به این افراد بوده است. Seibel و همکاران بیان می‌دارند که تداوم یافتن رفتارهایی در فرد با اختلال هویت جنسی که از نظر خانواده مغایر با جنسیت بیولوژیک و نامناسب با عرف جامعه در نظر گرفته می‌شود، خانواده را وامی‌دارد که درصد یافتن منابع حمایتی در جهت تسهیل روند بهبودی این افراد برآیند (۵۱). نتایج پژوهش Hillier و Torg نشان داد که در برخی جوامع خانواده خود را اصلی‌ترین حامی افراد با اختلال هویت جنسی می‌داند و پیگیری درمان تأییدشده برای افراد با این اختلال را راهی برای دوری کردن از تجربه شرم در جامعه در نظر می‌گیرد (۵۲).

به‌طور کلی بر اساس مدل پارادایمی می‌توان گفت که سردرگمی هویتی در افراد با اختلال هویت جنسی شرایط علی برای بروز واکنش در قالب رفتارهای سازگار و ناسازگار در خانواده این افراد را فراهم کرده است. هدف از این واکنش‌ها ایجاد تغییر در رفتار فرد با اختلال نارضایتی جنسیتی و مطابق ساختن آن با انتظارات جامعه از نقش‌های جنسیتی و به‌منظور دوری کردن از تجربه شرم در جامعه می‌باشد (شکل ۲).

جنسیتی در آنان می‌تواند به دلیل آگاهی نداشتن خانواده از ماهیت اختلال نارضایتی جنسیتی و منابع حمایت اجتماعی موجود و بسته به فرهنگ جامعه صورت گیرد (۴۶). در واقع می‌توان گفت که نقش فرهنگی و کمبود آگاهی نسبت به اختلال نارضایتی جنسیتی در ایجاد شرایط تنبیه از سوی خانواده برای افراد با اختلال هویت جنسی مؤثر می‌باشد.

شرکت‌کنندگان در پژوهش عنوان می‌کردند که رفتار ناشی از نارضایتی جنسیتی در آنان اغلب از سوی خانواده تعبیر به عادات مغایر با عرف می‌گردیده است و خانواده با نشان دادن واکنش محدود کردن روابط فرد با اختلال هویت جنسی و قطع حمایت از وی سعی در تغییر رفتارهای مغایر با جنسیت بیولوژیک او را داشته‌اند. Schneider و همکاران در مطالعه خود بیان می‌دارند که برخی از خانواده‌ها رفتار افراد با اختلال هویت جنسی را نه ناشی از یک اختلال روانی بلکه رفتاری از روی عادت تصور می‌کنند و با شیوه‌ها و واکنش‌های مربوط به خود سعی در برطرف کردن آن را دارند (۴۷). همچنین بر اساس یافته‌های پژوهش Dutta و همکاران، محروم کردن فرد با نارضایتی جنسیتی از حمایت خانواده ریشه در فرهنگ جامعه دارد (۴۸). به نظر می‌رسد محروم ساختن فرد با اختلال هویت جنسی از حمایت خانواده واکنشی است که خانواده با توجه به درک خود از اختلال نارضایتی جنسیتی و باور فرهنگی نشان می‌دهد.

به تجربه افراد شرکت‌کننده در پژوهش یکی از واکنش‌های خانواده به اختلال نارضایتی جنسیتی پذیرش این پدیده از روی ناچاری بوده است. افراد با اختلال هویت جنسی شرکت‌کننده در پژوهش Weinhardt و همکاران بیان می‌داشتند که به تجربه آنان خانواده با مشاهده بی‌نتیجه بودن اقدامات خود در جهت ایجاد تغییر رفتار مغایر با جنسیت بیولوژیک فرد، خود را ناچار می‌دید تا



شکل (۲): هدف اصلی پژوهش در قالب مدل انتزاعی

شرکت‌کننده در پژوهش را از طریق سؤالات باز جمع‌آوری کنند. دیگر آنکه به دلیل روش انجام این پژوهش بر طور کیفی، نتایج حاصل قابلیت تعمیم به همه جوامع را ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از همکاری تمامی همکاران طرح، افراد شرکت‌کننده در پژوهش و همچنین جناب آقای دکتر آرش قدوسی که در مراحل انجام مطالعه ما را یاری فرمودند قدردانی می‌نمایند. پژوهش حاضر حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) می‌باشد و شناسه (کد) اخلاقی به شماره ۴۳۰۴۹۲۰ از معاونت محترم تحقیقات و نوآوری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی اصفهان به آن تعلق گرفته است. این پژوهش با هزینه شخصی نویسندگان انجام شده است.

نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در زمینه شناخت بیشتر نیازها و مشکلات افراد با اختلال هویت جنسی در خانواده و رفع این مشکلات توسط تیم مراقبت، ارتقا آگاهی عمومی در مورد اختلال نارضایتی جنسیتی و برنامه‌ریزی پرستاری خانواده محور برای ارتقا سلامت افراد با اختلال هویت جنسی به کار گرفته شود. این پژوهش دارای محدودیت‌هایی نیز بود. نخست آنکه نتایج این مطالعه دربرگیرنده نظرات افراد با اختلال هویت جنسی که به دلایلی چون ترس از روبرو شدن با ننگ اجتماعی و یا اعتقاد به این باور که انجام پژوهش‌هایی از این قبیل از مشکلات افراد با اختلال نارضایتی جنسیتی نمی‌کاهد، تمایل به شرکت در پژوهش را نداشتند و یا امکان دسترسی به پژوهشگران را نیافتند، نمی‌باشد. همچنین به منظور ایجاد شرایط مصاحبه نیمه‌متمرکز و ایجاد شرایطی که شرکت‌کنندگان بتوانند آزادانه به تشریح افکار خود بپردازند، پژوهشگران سعی کردند تا اطلاعات جمعیت‌شناسی افراد

References:

1. Ristori J, Cocchetti C, Romani A, Mazzoli F, Vignozzi L, Maggi M, et al. Brain Sex Differences Related to Gender Identity Development: Genes or Hormones? *Int J Mol Sci* 2020;21(6):2123.
2. Watson RJ, Fish JN, McKay T, Allen SH, Eaton L, Rebecca M. Substance Use Among a National Sample of Sexual and Gender Minority Adolescents: Intersections of Sex Assigned at Birth and Gender Identity. *LGBT Health* 2020;7(1) 37-46.
3. Montejo AL. Sexuality and Mental Health: The Need for Mutual Development and Research. *J Clin Med* 2019;8(11):1794.
4. Gul P, Schuster I. Judgments of marital rape as a function of honor culture, masculine reputation threat, and observer gender: A cross-cultural comparison between Turkey, Germany, and the UK. *Aggress Behav* 2020;46: 341– 53. <https://doi.org/10.1002/ab.21893>.
5. Padiar-Ruz R, Pérez-Turpin JA, Cepero-González M, Zurita-Ortega F. Effects of Physical Self-Concept, Emotional Isolation, and Family Functioning on Attitudes towards Physical Education in Adolescents: Structural Equation Analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2019;17(1):94.
6. Povedano-Diaz A, Muñoz-Rivas M, Vera-Perea M. Adolescents' Life Satisfaction: The Role of Classroom, Family, Self-Concept, and Gender. *Int J Environ Res Public Health* 2019;17(1):19.
7. Tateno M, Ueno C, Park TW, Nakayama H. A Preliminary Survey on Clinical Practice for Children and Adolescents with Gender Dysphoria in Japan: Current Situation and Challenges. *Psychiatry Investig* 2019;16(7):554-7.
8. Brandelli Costa A. Formal comment on Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS One* 2019;14(3):e0212578.
9. Coutin A, Wright S, Li C, Fung R. Missed opportunities: are residents prepared to care for transgender patients? A study of family medicine, psychiatry, endocrinology, and urology residents. *Can Med Educ J* 2018;9(3):e41-e55.
10. Rahimi SA, Kalantari M, Abedi M, ModarresGharavi SM. Investigating Parent-Child Relationship in Predicting Gender Dysphoria in

- Transsexual Women and Men. *J Psychol* 2020; (24): 200-14. (Persian)
11. Aljayyousi GF, Abu Munshar M, Al-Salim F. Addressing context to understand physical activity among Muslim university students: the role of gender, family, and culture. *BMC Public Health* 2019; 19(1):1-2.
 12. Watson RJ, Fish JN, McKay T, Allen SH, Eaton L, Puhl RM. Substance Use Among a National Sample of Sexual and Gender Minority Adolescents: Intersections of Sex Assigned at Birth and Gender Identity. *LGBT Health* 2020;7(1):37-46.
 13. Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, Dolezal C, Robinson BB, Rosser BS, et al. The Transgender Identity Survey: A measure of internalized transphobia. *LGBT health* 2020;7(1):15-27.
 14. Golriz G. 'I am Enough': Why LGBTQ Muslim Groups Resist Mainstreaming. *Sex Cult* 2020; 15:1-22.
 15. Day DS, Saunders JJ, Matorin A. Gender Dysphoria and Suicidal Ideation: Clinical Observations from a Psychiatric Emergency Service. *Cureus* 2019;11(11):e6132.
 16. Karia S, Alure A, Dave T, Shah N, De Sousa A. Paranoia in patients with gender dysphoria: A clinical exploration. *Indian J Psychiatry* 2019;61(5):529-31.
 17. Rahimi S, Kalantari M, Abedi M R, Modares Gharavi S M. The role of early maladaptive schemas and difficulties in emotion regulation in the prediction of Gender Dysphoria in Transsexual men. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2019;6(3): 144-55. (Persian)
 18. Restar A, Jin H, Breslow AS, Surace A, Antebi-Gruszka N, Kuhns L, et al. Developmental Milestones in Young Transgender Women in Two American Cities: Results from a Racially and Ethnically Diverse Sample. *Int J Transgender Health* 2019;4(1):162-7.
 19. Kidd K, Hill A, Sequeira G, McMillan C, Rofey D, Switzer G, et al. Development of the Transgender Family Acceptance to Empowerment (Transfate) Scale. *J Adolesc Health* 2020;66(2): S87.
 20. Farahmand M, Danafar F. Analysis of Individual-Social Problems of transsexuals. *Quarterly of Social Studies and Research in Iran* 2017;6(4): 735-65. (Persian).
 21. Clemens B, Derntl B, Smith E, Junger J, Neulen J, Mingoia G, et al. Predictive pattern classification can distinguish gender identity subtypes from behavior and brain imaging. *Cerebral Cortex* 2020;30(5):2755-65.
 22. Coutin A, Wright S, Li C, Fung R. Missed opportunities: are residents prepared to care for transgender patients? A study of family medicine, psychiatry, endocrinology, and urology residents. *Can Med Ed J* 2018;9(3):e41-55.
 23. Bauer GR, Zong X, Scheim AI, Hammond R, Thind A. Factors Impacting Transgender Patients' Discomfort with Their Family Physicians: A Respondent-Driven Sampling Survey. *PLoS One* 2015;10(12):e0145046.
 24. Mohammadbaqeri F, Mahmoodi H, Sofy S. Comparison of Social Anxiety, Suicidal Ideation and Social Support in People with Transsexual Has Done Gender Reassignment and Has Not to Do Gender Reassignment. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2020;26(6): 771-8. (Persian)
 25. Canoy N, Thapa S, Hannes K. Transgender persons' HIV care (dis)engagement: a qualitative evidence synthesis protocol from an ecological systems theory perspective. *BMJ Open* 2019;9(1):e025475.
 26. Abedini S, Sepehrnia H. Relationship between socio-cultural and family dimensions with the perception of sexual identity before and after surgery in patients with gender identity disorder

- studied in Ardabil. *Journal of sociology studies* 2016;8(29): 21-38. (Persian)
27. Farahmand M, Danafar F. A Qualitative Study of Bigenders Lived Experience Through Family and Social Interactions. *Journal of Social Problems of Iran* 2018;9(1): 191-212. (Persian)
 28. Luvuno ZPB, Ncama B, Mchunu G. Transgender population's experiences with regard to accessing reproductive health care in Kwazulu-Natal, South Africa: A qualitative study. *Afr J Prim Health Care Fam Med* 2019;11(1): e1-e9.
 29. Harry-Hernandez S, Reisner SL, Schrimshaw EW, Radix A, Mallick R, Callander D, et al. Gender Dysphoria, Mental Health, and Poor Sleep Health Among Transgender and Gender Nonbinary Individuals: A Qualitative Study in New York City. *Transgend Health* 2020;5(1):59-68.
 30. Kota KK, Salazar LF, Culbreth RE, Crosby RA, Jones J. Psychosocial mediators of perceived stigma and suicidal ideation among transgender women. *BMC Public Health* 2020;20(1):125.
 31. Galupo MP, Pulice-Farrow L. Subjective ratings of gender dysphoria scales by transgender individuals. *Archives of Sexual Behavior* 2020;49(2):479-88.
 32. Johnson M, Wakefield C, Garthe K. Qualitative socioecological factors of cervical cancer screening use among transgender men. *Prev Med Rep* 2020;17:101052.
 33. Wang YY, Liang DD, Lu C, Shi YX, Zhang J, Cao Y, et al. An exploration of how developers use qualitative evidence: content analysis and critical appraisal of guidelines. *BMC Med Res Methodol* 2020;20(1):1-28.
 34. Heidari N, Abdollahzadeh M, Naji SA. Lived Religious and Spiritual Experiences of Transgender People: A Qualitative Research in Iran. *Sex Cult* 2020:1-13. <https://doi.org/10.1007/s12119-020-09776-8>
 35. Katz-Wise SL, Budge SL, Fugate E, Flanagan K, Touloumtzis C, Rood B, et al. Transactional Pathways of Transgender Identity Development in Transgender and Gender Nonconforming Youth and Caregivers from the Trans Youth Family Study. *Int J Transgend* 2017;18(3):243-63.
 36. Schmitz RM, Tyler KA. The Complexity of Family Reactions to Identity among Homeless and College Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Young Adults. *Arch Sex Behav* 2018;47: 1195–1207. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1014-5>
 37. Fuller KA, Riggs DW. Family support and discrimination and their relationship to psychological distress and resilience amongst transgender people. *Int J Transgend* 2018;19(4):379-88.
 38. Ward MH. *Transitional Perspectives on Family: Impact of Coming Out on the Personal Meaning of Family for Transgender Individuals*. (Dissertation). University of Cincinnati; 2019
 39. Smith, ER, Perrin PB, Sutter ME. Factor analysis of the heterosexist harassment, rejection, and discrimination scale in lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer people of color. *Int J Psychol* 2020; (55): 405-12. [doi:10.1002/ijop.12585](https://doi.org/10.1002/ijop.12585)
 40. Logie CH, Dias LV, Jenkinson J, Newman PA, MacKenzie RK, Mothopeng T, et al. Exploring the Potential of Participatory Theatre to Reduce Stigma and Promote Health Equity for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) People in Swaziland and Lesotho. *Health Educ Behav* 2019;46(1):146-56.
 41. Bry LJ, Mustanski B, Garofalo R, Nicole M. Burns MN. Resilience to Discrimination and Rejection Among Young Sexual Minority Males and Transgender Females: A Qualitative Study on Coping With Minority Stress. *J Homosex* 2018;65(11): 1435-56, DOI: 10.1080/00918369.2017.1375367.

42. Testoni I, Pinducciu M. Grieving those Who Still Live: Loss Experienced by Parents of Transgender Children. *J Gend Stud* 2019; (18) 1: 142-62.
43. Ghazzawi A, Suhail-Sindhu S, Casoy F, Libby N, McIntosh CA, Stewart Adelson, et al. Religious faith and transgender identities: The Dear Abby project. *J Gay Lesbian Ment Health* 2020; 2(24), 190-204.
44. Abreu RL, Rosenkrantz DE, Ryser-Oatman JT, Rostosky SS, Riggle ED. Parental reactions to transgender and gender diverse children: A literature review. *Journal of GLBT Family Studies* 2019;5(15): 461-85.
45. Fabbre, VD, Gaveras E. The manifestation of multilevel stigma in the lived experiences of transgender and gender nonconforming older adults. *Am J Orthopsychiatry* 2020;90(3): 350-60.
46. Gomes de Jesus J, Belden CM, Huynh HV, Malta M, LeGrand S, Kaza VG, et al. Mental health and challenges of transgender women: a qualitative study in Brazil and India. *International Journal of Transgender Health* 2020;27:1-3.
47. Schneider J, Page J, Nes FV. "Now I feel much better than in my previous life": Narratives of occupational transitions in young transgender adults. *J Occup Sci* 2019;2(26): 219-32.
48. Dutta S, Khan S, Lorway R. Following the divine: an ethnographic study of structural violence among transgender jogappas in South India. *Cult Health Sex* 2019;21(11): 1240-56.
49. Weinhardt LS, Xie H, Wesp LM, Murray JR, Apchemengich I, Kioko D, et al. The Role of Family, Friend, and Significant Other Support in Well-Being Among Transgender and Non-Binary Youth. *Journal of GLBT Family Studies* 2019;15(4): 311-25.
50. Golden RL, Oransky M. An Intersectional Approach to Therapy with Transgender Adolescents and Their Families. *Arch Sex Behav* 2019;48: 2011-25.
51. Seibel BL, de Brito Silva B, Fontanari AMV, Catelan RF, Bercht AM, Stucky JL, et al. The Impact of the Parental Support on Risk Factors in the Process of Gender Affirmation of Transgender and Gender Diverse People. *Front Psychol* 2018;9:399.
52. Hillier A, Torg E. Parent participation in a support group for families with transgender and gender-nonconforming children: "Being in the company of others who do not question the reality of our experience". *Transgend health* 2019;4(1):168-75.

LIVED EXPERIENCES OF TRANSGENDER INDIVIDUALS REGARDING THE FAMILY'S REACTION TO GENDER DYSPHORIA: A PHENOMENOLOGICAL STUDY

Nahid Heidari¹, Mehrdad Abdullahzadeh^{*2}, Sayed Ali Naji³

Received: 03 May, 2020; Accepted: 15 August, 2020

Abstract

Background & Aims: The family as a social institution of shaping identity for individuals can play an exacerbating or reducing role in symptoms of many physical and mental disorders. Understanding how transgender people experience the reaction of the family to Gender Dysphoria demonstrations can be beneficial for a better understanding of the problems of these clients, and that addressing these issues. This study aimed to explain the lived experiences of transgender people regarding the family's reaction to Gender Dysphoria.

Materials & Methods: Participants in this qualitative study with the phenomenological approach were ten transgender individuals (six biological males, four biological females). They were selected by the targeted and snowballing method according to the inclusion criteria from the field of forensic medicine in the south of Iran. Semi-structured in-depth interviews were used. Data were analyzed using the seven-step approach of Colaizzi. Lincoln and Guba's criteria were used to assess the reliability and validity of data.

Results: After analyzing the data, the two main themes of maladaptive reaction and adaptive reaction and six general categories of denial of reality, destiny test, punishment instead of treatment, disparaging until breaking the habit, accompanying with desperation, and coping with fate were classified.

Conclusion: According to the results, the reaction of transgender individuals' families to gender dysphoria includes a significantly different pattern of behavior. The reaction in the family of transgender people to the person with this disorder can be interpreted as an attempt to avoid the experience of shame in society.

Keywords: Family, Gender dysphoria, Phenomenology, Transgender people

Address: Department of Nursing and Midwifery, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Tel: +989166311012

Email: Mehrdad11012@gmail.com

¹ Department of Nursing and Midwifery, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran

² Department of Nursing and Midwifery, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran
(Corresponding Author)

³ Department of Nursing and Midwifery, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran