

نیازسنجی و استخراج اولویت‌های پژوهشی حکمرانی زیست جنسی سالم با تمرکز بر «روابط خارج از خانواده» و «ابهام جنسیتی» در ایران: یک پژوهش کیفی

حامد مصلحی^{۱*}، مونا زینالو^۲، محمد شریعتی^۳

چکیده

زمینه و هدف: زیست جنسی سالم یکی از ابعاد مهم سلامت و بخشی از سبک زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی است و آسیب‌های مرتبط با آن نیازمند مداخلات اجتماعی مبتنی بر شواهد است. هدف این پژوهش استخراج اولویت‌های پژوهشی موردنیاز برای حکمرانی زیست جنسی سالم و خانواده‌محور در کشور، در دو حوزه موردتوجه دستگاه‌های اجرایی بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر با یک فرایند پنج‌مرحله‌ای انجام شد که شامل تعیین اهداف و سیاست‌ها، استخراج سرفصل‌ها از طریق جلسات نخبگان و گروه متخصصان، بررسی پیشینه و ادبیات، اعتبارسنجی سرفصل‌ها با شاخص‌های نسبت اعتبار محتوایی (CVR) و شاخص اعتبار محتوایی (CVI) و درنهایت مستندسازی و انتشار داده‌ها بود.

یافته‌ها: از میان ۱۴ عنوان پژوهشی استخراج‌شده، ۱۳ عنوان مرتبط تشخیص داده شد و ۷ عنوان به‌عنوان اولویت‌های «ضروری» تعیین گردید: تدوین راهنمای عمل پیشگیری سطوح چهارگانه ابهام جنسیتی، طراحی پروتکل‌های تشخیص و روان‌درمانی متقاضیان تغییر جنسیت، شیوع‌شناسی ده‌ساله ابهام جنسیتی، پایش اقدامات دستگاهی در کاهش ابهام جنسیتی، تحلیل حقوقی آرای قضایی تغییر جنسیت، علت‌شناسی روابط خارج از خانواده و ارزشیابی اقدامات دستگاهی در کنترل پدیده روسپیگری. همچنین ده سیاست کلیدی شامل تمرکز بر متغیرهای ایجابی سبک زندگی، رویکرد خانواده‌محور و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد به‌عنوان چارچوب حاکم بر اولویت‌ها شناسایی شد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد خلأ اصلی در این حوزه، نبود اولویت‌های پژوهشی منسجم و متناسب با زمینه فرهنگی است. اولویت‌های استخراج‌شده می‌تواند به جهت‌دهی پژوهش‌ها، کاهش پراکندگی مطالعات و حمایت از تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در حوزه زیست جنسی سالم کمک کند.

کلمات کلیدی: اولویت‌های پژوهشی، حکمرانی زیست جنسی خانواده‌محور، زیست جنسی سالم، مفاسد اخلاقی.

۱. نویسنده مسئول استادیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. moslehi95@ut.ac.ir

۲. استادیار پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳. استاد پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، بیمارستان ضیائیان، دانشگاه علوم پزشکی تهران



مقدمه

زیست جنسی سالم یکی از ابعاد مهم سلامت انسانی است که در سلامت جسمی، روانی و اجتماعی نقش دارد و همچنین به عنوان بخشی از سبک زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی شناخته می‌شود. روابط زناشویی سالم با رفاه و رضایت از زندگی مرتبط است (۱). رشد جنسی سالم شامل یادگیری تعامل محترمانه و متناسب با جنسیت‌ها و درک صحیح از موقعیت‌ها و حریم‌های جنسی است (۲).

فرهنگ‌ها دیدگاه‌های متفاوتی درباره رفتار جنسی سالم دارند که به طور مستقیم بر نوع برنامه‌های آموزش جنسی تأثیر می‌گذارد (۳، ۴). در حالی که برخی برنامه‌ها بر «آموزش صریح جنسی برای همه سنین» تأکید دارند، این رویکرد در بسیاری از فرهنگ‌های خانواده‌محور و ارزش‌مدار مورد اعتراض قرار گرفته است؛ از جمله در فرهنگ‌های آسیایی مانند چین، فیلیپین، کره و ویتنام (۵)، فرهنگ هند (۶)، کشورهای جنوب آفریقا (۷) و حتی بخش قابل توجهی از جامعه آمریکا (۸، ۹). همچنین، در اکثر کشورهای مسلمان، فعالیت جنسی خارج از ازدواج به دلیل مبانی قرآنی مورد پذیرش نیست (۱۰).

قرآن رابطه جنسی را به بستر مشروع زناشویی محدود کرده و گستره‌ای از قوانین درباره پوشش، حریم ارتباطی و ممنوعیت شدید روابط جنسی خارج از ازدواج وضع کرده است (۱۱-۱۳). در اسلام هرگونه رابطه جنسی خارج از چارچوب ازدواج حرام و دارای مجازات شرعی است (۱۲). همچنین تربیت جنسی در نگاه مسلمانان امری خانواده‌محور و متناسب با رشد فرد تعریف می‌شود (۱۴، ۱۵).

نیاز جنسی و رابطه زناشویی نقشی اساسی در تشکیل و پایداری خانواده دارد و در طول تاریخ به عنوان موضوعی خصوصی و اخلاق‌محور تلقی شده است (۱۶-۱۹). در این نگاه، رابطه جنسی خارج از خانواده نوعی تخطی از اخلاق و خیانت محسوب می‌شده است. اهمیت اصلی در این حوزه،

حامد مصلحی و همکاران

نه فقط نرخ بروز آسیب‌ها، بلکه نوع مواجهه و طراحی مداخلات صحیح است.

در دهه‌های اخیر، گسترش نگاه فردمحور و مبتنی بر لذت‌گرایی، رابطه جنسی را از بستر خانواده خارج کرده و به موضوعی عمومی و مصرفی تبدیل کرده است. برخی پژوهشگران تأکید می‌کنند که عوامل مدرن مانند شهرنشینی، افزایش تحصیلات رسمی، سرمایه‌داری و فناوری‌های ارتباطی این جابه‌جایی معنایی را تقویت کرده‌اند و تمرکز را از مسئولیت خانوادگی به لذت فردی منتقل نموده‌اند (۲۰). این روند موجب عادی‌سازی تدریجی رفتارهایی شده که در طول تاریخ آسیب‌زا تلقی می‌شدند. با این حال شواهد نشان می‌دهد زیست خانوادگی سالم، به‌ویژه زندگی با والدین بیولوژیک، با سلامت جنسی بیشتر و رفتارهای پرخطر کمتر در نوجوانان مرتبط است (۲۱) و آموزش‌های خانواده‌محور تأثیر مثبت دارد (۲۲). در زمینه «ابهام جنسیتی»، برخی مطالعات کیفی با وجود نقاط ضعف منتشرشده است (۲۳، ۲۴)، اما داده‌های آماری گسترده در ایران موجود نیست (۲۵). در مطالعات فراتحلیلی، شیوع جهانی پدیده ابهام جنسیتی حدود ۴/۶ در ۱۰۰۰۰۰ نفر گزارش شده، در حالی که در ایران بین سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۹ حدود ۱:۱۴۱۰۰۰ نفر ثبت شده است (۲۶) و پژوهشی دیگر عدد مشابهی یعنی ۱ در ۱۴۶ هزار نفر را گزارش کرده است که از کشورهای غربی پایین‌تر است (۲۵). با این حال، روش‌شناسی این مطالعات مورد نقد قرار گرفته است (۲۷). شواهد نشان می‌دهد ابهام جنسیتی در ۵۰ سال اخیر روند افزایشی داشته است (۲۸، ۲۹) و درخواست‌های جراحی تغییر جنسیت در کشورهای مختلف تغییرات معناداری را تجربه کرده است؛ مانند تغییر نسبت ارجاع نوجوانان در آمستردام و تورنتو قبل و بعد از سال ۲۰۱۳ (۳۰). در ایران نیز این تغییرات مشاهده می‌شود، اما داده‌های رسمی منتشر نشده است. پدیده ابهام جنسیتی که در تباین با زندگی متعارف است،

پژوهش حاضر تمرکز خود را بر «احصاء اولویت‌های پژوهشی در این دو حوزه اختصاصی» بنا نهاد تا ضمن صیانت از ساختار خانواده، مسیر سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد و حکمرانی نظام‌مند زیست جنسی در ایران را هموار سازد.

روش

در حالی که برای استخراج اولویت‌های پژوهشی، روش‌های مختلفی از جمله بحث متخصصین^۱ و بررسی ادبیات و پیشینه^۲ (32)، فن گروه اسمی^۳ (33)، ارزیابی سریع نیازهای پژوهشی^۴ (34)، نظرسنجی از ذی‌نفعان^۵ (35) و فن دلفی^۶ (36) و نیز تجزیه و تحلیل کتابخانه‌ای^۷ و داده‌های کیفی^۸ (37) مورد استفاده قرار می‌گیرد، این پژوهش، یک مسیر ۴ مرحله‌ای را برای استخراج اولویت‌ها و اعتبارسنجی آن در پیش گرفت که به همراه مرحله مستندسازی و انتشار، پنج مرحله را سازمان‌دهی کرده است.

در مرحله اول، سیاست‌ها و حوزه‌های اساسی طرح کاربردی از طریق پنل خبرگان تعیین شد. این مرحله در واقع همان تعریف محدوده و اهداف است که در روش‌شناسی اولویت‌های پژوهشی مورد تأکید و استفاده است (38). خروجی این مرحله چارچوب اولیه دسته‌بندی موضوعات پژوهشی بود. در مرحله دوم جلسات بحث گروهی متمرکز با حضور متخصصان استفاده شده که در بیش از ۸۶ درصد از اولویت‌سنجی پژوهشی در سازمان جهانی بهداشت به‌عنوان روش اصلی مورد استفاده قرار گرفته است (31). نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و مبتنی بر ملاک انجام شد. معیار ورود

1. Expert Consultation
2. Literature Review
3. Nominal Group Technique (NGT)
4. Rapid Research Needs Appraisal (RRNA)
5. Stakeholder Surveys
6. Delphi Technique
7. Bibliometric Analysis
8. Qualitative Data

در سطح فردی با آسیب‌هایی همچون افسردگی، گوشه‌گیری، خودکشی، کم‌رنگ شدن روابط و طرد شدن و در سطح کلان تأثیرات منفی شامل ناسازگاری‌های اجتماعی، کاهش سرمایه اجتماعی، تنزل کیفیت زندگی، کاهش احساس رضایت از زندگی و ایجاد تعارض از آسیب‌های قابل‌توجه در میان افراد دارای ابهام جنسیتی است (۳۱). از منظر حقوقی و سیاستی نیز، ابهام جنسیتی در ایران دارای ویژگی‌های خاصی است؛ زیرا مداخلات پزشکی مرتبط با تغییر جنسیت مستلزم طی مراحل قانونی و اخذ مجوز قضایی است. این امر، موضوع را از یک مسئله صرفاً بالینی به یک مسئله میان‌رشته‌ای با ابعاد فقهی، حقوقی و اداری تبدیل می‌کند. در عین حال، نبود داده‌های ملی نظام‌مند، فقدان نظام پایش مستمر و ناهمگونی رویه‌های اجرایی در دستگاه‌های مختلف، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد را با چالش مواجه ساخته است.

در سال‌های ۱۴۰۳ و ۱۴۰۴، سه آسیب اجتماعی جنسی در اولویت سیاستی کشور قرار گرفت:

- ۱) آسیب‌های مربوط به روابط جنسی خارج از خانواده
- ۲) آسیب‌های مربوط به دختران فرار
- ۳) آسیب‌های مربوط به تشدید ابهام جنسیتی

با توجه به اینکه در اسناد سیاست‌گذاری سال‌های اخیر، مدیریت مفاسد اخلاقی با تأکید بر صیانت از خانواده در اولویت حاکمیتی قرار گرفته است، شناسایی مسیرهای علمی برای مداخله ضروری می‌نماید. با این حال، بررسی‌های اولیه نشان داد که از میان آسیب‌های اولویت‌دار، دو حوزه «روابط جنسی خارج از خانواده» و «تشدید ابهام جنسیتی» به‌رغم حساسیت‌های چندوجهی فقهی، حقوقی و اجتماعی، با بیشترین خلأ در تولید داده‌های متقن و پروتکل‌های بومی مواجه هستند. این شکاف اطلاعاتی منجر به غلبه رویکردهای سلیقه‌ای و واکنشی در برخورد با این پدیده‌ها شده است. بر همین اساس و با هدف پر کردن این خلأ روش‌شناختی،

نیازسنجی و استخراج اولویت‌های پژوهشی حکمرانی زیست جنسی...

شامل داشتن تخصص علمی یا تجربه حرفه‌ای مرتبط با حداقل یکی از حوزه‌های روان‌شناسی، مشاوره، روان‌پزشکی، مطالعات خانواده، فقه و حقوق، سیاست‌گذاری اجتماعی یا آموزش بود. همچنین شرکت‌کنندگان باید سابقه پژوهشی یا اجرایی مستند در حوزه مسائل خانواده یا آسیب‌های اجتماعی جنسی می‌داشتند.

به‌عنوان مرحله سوم و به‌صورت همزمان، بررسی‌هایی در خصوص پیشینه صورت گرفت. بررسی پیشینه که خود روش اساسی برای استخراج بخش مهمی (۵۲٪) از اولویت‌های پژوهشی برای دستگاه‌های اجرایی در سطح بین‌المللی بوده (32, 37) به‌عنوان مرحله دوم و به‌صورت مکمل در تمام مسیر مورداستفاده متخصصان و پژوهشگران بوده است.

در مرحله چهارم، یافته‌های حاصل از جلسات بحث متخصصین، در قالب جدولی برای اعتبارسنجی به متخصصان بیشتری ارسال شد تا نتایج حاصله توسط تعداد بیشتری از اساتید نیز مجدداً اعتبارسنجی شود. اعتبارسنجی اولویت‌های شناسایی شده از طریق دوره‌های اضافی مشاوره یا پانل‌های متخصصین برای اطمینان از اجماع و مرتبط بودن صورت می‌گیرد (32, 34). به این منظور جدول اعتبارسنجی سرفصل‌ها به متخصصان دیگری ارسال شد و سپس نتایج حاصله با شاخص نسبت اعتبار محتوایی^۱ (CVR) لاوشه (۱۹۷۵)، ضروری بودن هر یک از سرفصل‌ها مورد سنجش قرار گرفت (39, 40)؛ که در آن تعداد متخصصانی است که گزینه «ضروری» را انتخاب کرده‌اند و تعداد کل متخصصان است. مقادیر به‌دست‌آمده بر اساس جدول بحرانی لاوشه تفسیر شد و سرفصل‌هایی که مقدار CVR آن‌ها بالاتر از مقدار بحرانی متناسب با تعداد خبرگان بود، به‌عنوان موارد ضروری پذیرفته شدند (۳۹، ۴۰)

$$CVR = \frac{n_e - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

1.Content Validity Ratio

علاوه بر این مرتبط بودن آن با موضوع اساسی مورد انتظار نیز با شاخص اعتبار محتوایی^۲ (CVI) سنجیده شد (41, 42). در این مقیاس نسبت ارزیابی‌های «مرتبط» و «کاملاً مرتبط» به کل ارزیابی‌ها به‌عنوان این شاخص در نظر گرفته شد. سرفصل‌هایی با مقدار بیش از ۰/۷۹ به‌عنوان مرتبط تلقی شدند.

در مرحله پنجم، مقتضی است پژوهشگر فرآیند و نتایج را به‌صورت شفاف مستندسازی و منتشر کند تا ذینفعان مربوطه و نیز تلاش‌های تحقیقاتی آینده را هدایت کند (32, 38). علاوه بر این پس از انتشار داده‌ها انتظار می‌رود در آینده به‌طور منظم تأثیر اولویت‌های تحقیقاتی شناسایی شده بر سیاست‌ها و عملکرد آن ارزیابی شود تا اطمینان حاصل شود که درواقع به نیازها پاسخ می‌دهند و اثربخشی لازم را داشته‌اند (35, 43).

یافته‌ها

ابتدا سیاست‌های ابلاغی و موردتوافق کارفرما و مجری طی ده بند زیر برای استخراج سرفصل‌ها ارائه شد:

۱. در این پژوهش باید از متخصصین رشته‌های مرتبط و مختلف استفاده شود و اولویت‌ها باید به‌صورت «میان‌رشته‌ای» طراحی و اجرا شود.
۲. بر ابعاد مثبت و «متغیرهای ایجابی» مانند تمدن و سبک زندگی ایرانی-اسلامی نیز باید هماهنگ با اشکالات و آسیب‌های اجتماعی نیز تمرکز شود.
۳. طراحی‌های پژوهشی و برنامه‌ریزی باید «مبتنی بر خانواده (در مقابل فردمحور)» طراحی خواهد شد. نقش‌پذیر کردن خانواده‌ها، بخشی از این سیاست است.
۴. کلیه پژوهش‌ها و شاخص‌های استخراجی باید با لحاظ «طبقه‌بندی مخاطبین و گروه‌بندی سنی آنان» طراحی و اجرا شود.

2.Content Validity Index

۵. طراحی پژوهش‌ها و برنامه‌ریزی‌ها باید «بر اساس موازین شرعی و اسلامی»، «سیاست‌های کلی ابلاغی مرتبط» و نیز «بیانات رهبری به‌عنوان سیاست‌گذاری‌های اصلی آسیب‌های اجتماعی» صورت می‌گیرد.
۶. در روش پژوهش و برنامه‌ریزی، به‌جای تمرکز بر متغیرهای کم‌اثر، بر «متغیرهای اساسی و مؤلفه‌های (Factor) بنیادین و مؤثرتر» (مانند فردگرایی) تمرکز کنید که خود عامل اساسی تعداد بیشتری از آسیب‌ها هستند.
۷. تمرکز بر «اصلاح فرآیندها (مکانیسم‌ها)»ی کشور در مواجهه با مسائل و افراد درگیر در این پژوهش‌ها مهم‌تر از تمرکز بر تولید محتوا باید موردنظر طراحان پژوهش‌ها و شاخص‌ها باشد.
۸. در اصلاح فرآیندها و طراحی پژوهش‌ها و
۹. با افزایش شرکت‌کنندگان در کارگروه اصلی پژوهش و استفاده از اعتباریابی پژوهش از «سوگیری تفکر گروهی»، پیشگیری شود.
۱۰. طراحی پژوهش‌ها و برنامه‌ریزی‌ها باید به‌سوی «تصمیم‌گیری و مدیریت مبتنی بر شواهد» باشد. خصوصاً در عرصه اثربخشی اقدامات فعلی دستگاه‌ها، طراحی پژوهش سنجش اثربخشی بر همین اساس قابل طراحی است. این ده سیاست و محدوده، در مرحله اول، توانست چارچوب مشخصی را برای استخراج کار فراهم آورد.
- پس از تعیین سیاست‌ها برای اعضای گروه اول متخصصان، طی جلسات متعدد، سرفصل‌های پژوهشی زیر استخراج شد:

جدول ۱ سرفصل‌های پژوهشی استخراج‌شده

ردیف	عنوان سرفصل‌های پژوهشی	CVI	CVR
1	بررسی چيستی، انواع و علل زمینه‌ساز (عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده) بروز پدیده روابط خارج از چارچوب خانواده و راهکارهای حذف زمینه‌های این پدیده بر اساس تعالیم اسلامی، منابع علمی و نظرات صاحب‌نظران مرتبط و اولویت‌بندی راهکارهای اثربخش به‌روش آمیخته و برقراری نظام مراقبت و دیده‌بانی (پیمایش surveillance) و راهکارهای مواجهه با این مسئله در سطوح مختلف پیشگیری	0/8	1
2	پایش و ارزشیابی روندهای جاری و اقدامات دستگاه‌های مختلف در کاهش عوامل زمینه‌ساز و توسعه عوامل محافظت‌کننده و کاهش پدیده روسپیگری	0/8	0/8
3	مطالعه طولی و پدیدارشناسی رابطه خارج از چارچوب خانواده در نوجوانان و جوانان در شهر و روستا	0/7	-0/2
4	بررسی میزان رابطه خارج از چارچوب خانواده به تفکیک گروه‌های جنسی و سنی و تأهل و ... مختلف به‌صورت سالانه	0/8	0
5	استخراج سیاست‌های مواجهه با روابط خارج از چارچوب خانواده در جامعه اسلامی و حاکمیت اسلام از قرآن و منابع فقهی	0/9	0/4
6	طراحی راهنمای عمل (گایدلاین) و فلوچارت‌های پیشگیری نخستین (primordial)، اولیه (primary)، ثانویه، ثالثیه و با توجه به پیشگیری سطح چهارم در مواجهه با جمعیت عمومی و افراد دارای شکایت ابهام جنسیت و نارضایتی از جنسیت بر اساس فرهنگ و چارچوب سبک زندگی اسلامی-ایرانی	1	1
7	شیوع‌شناسی روند ابهام جنسیت در ده سال اخیر و علل آن	1	0/8
8	عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده شکایت ابهام جنسیت یا نارضایتی از جنسیت و طراحی مداخلات مؤثر بر سطوح مختلف عوامل	0/9	0/4
9	پایش و ارزشیابی روندهای جاری و اقدامات دستگاه‌های مختلف در کاهش عوامل زمینه‌ساز و توسعه عوامل محافظت‌کننده و کاهش ابهام در جنسیت	0/9	0/8
10	بررسی تعامل کشورهای خانواده محور (حداقل ۶۴ کشور مبتنی بر سند جنبش) با مسائل حوزه جنسیت و منهای خانواده	1	0/2

نیازسنجی و استخراج اولویت‌های پژوهشی حکمرانی زیست جنسی...

0/2	0/9	ارزیابی اثربخشی برنامه‌های آموزشی کارگروه مبتنی بر شیوه‌نامه تربیت مربی جنسی خانواده محور.	(11)
0	0/3	مطالعه تطبیقی برنامه پیشنهادی انجمن اتیسم با فرهنگ ایرانی-اسلامی و سیاست‌های کلی مرتبط	(12)
0/6	1	بررسی آراء صادره قضایی در خصوص تغییر جنسیت	(13)
1	1	طراحی و بررسی اثربخشی پروتکل‌های تشخیص و روان‌درمانی متقاضیان تغییر جنسیت	(14)

سرفصل عبارت است از: «طراحی راهنمای عمل (گایدلاین) و فلوچارت‌های پیشگیری نخستین (primordial)، اولیه (primary)، ثانویه، ثالثیه و سطح چهارم برای جمعیت عمومی و افراد دارای ابهام یا نارضایتی جنسیتی، بر اساس فرهنگ و سبک زندگی اسلامی-ایرانی». این اولویت‌دهی نشان می‌دهد که متخصصان وجود خلأ پژوهشی و اجرایی جدی در کشور را تشخیص داده‌اند و معتقدند که این موضوع نمی‌تواند با مداخلات سطحی یا تک‌بعدی پاسخ داده شود، بلکه نیازمند طراحی دوباره در چارچوب فرهنگی بومی است.

ابهام یا نارضایتی جنسیتی یکی از پیچیده‌ترین موضوعات مرتبط با هویت محسوب می‌شود و اگر مداخلات پیشگیرانه آن به‌درستی طراحی نشود، می‌تواند مسئله را پیچیده‌تر کند؛ چراکه افراد در این حوزه، نه تنها با ابهام درباره آموختنی یا ژنتیکی بودن تجربه خود زندگی می‌کنند، بلکه دچار ناهماهنگی شناختی میان بدن و هویت روانی خویش هستند و این امر با استرس شدید همراه است (۴۴). افزون بر این، آنان درباره جایگاه اجتماعی خود نیز پرسش‌های حل‌نشده‌ای دارند؛ مثلاً از کدام حمام یا استخر استفاده کنند، در کدام بخش مسجد نماز بخوانند یا در خوابگاه‌های دانشجویی در کجا مستقر شوند (۴۴).

از طرف دیگر، در جوامع اسلامی، پیچیدگی موضوع افزوده می‌شود، زیرا دیدگاه دینی، جنسیت را در دوگانه مرد/زن و رابطه جنسی سالم را فقط در چارچوب زوجیت شرعی تعریف می‌کند. همین امر ضرورت وجود راهنمای مداخله بومی را بیشتر می‌کند. حتی در برخی کشورهای اسلامی،

در این پژوهش آنچه برای ما اهمیت بیشتری داشت و لازم بود در گزارش از آن استفاده کنیم، میزان ضروری بودن است. با این حال نگاهی به گزارش میزان ارتباط نیز می‌تواند به تصمیم‌گیران در خصوص تعیین اولویت کمک کند. بر همین اساس، چنانچه در جدول ۱ مشاهده می‌شود، در خصوص ارتباط موضوعات و سرفصل‌های پژوهشی ارائه‌شده (CVI)، کلیه سرفصل‌ها به‌جز سرفصل ۱۲ یعنی «مطالعه تطبیقی برنامه پیشنهادی انجمن اتیسم با فرهنگ ایرانی-اسلامی و سیاست‌های کلی مرتبط»، توسط متخصصین مرتبط تشخیص داده شده است.

اما در خصوص ضروری بودن یا نبودن موضوعات و سرفصل‌های پژوهشی ارائه‌شده (CVR)، نظرات پراکندگی بیشتری داشته و متخصصین، تنها ۷ مورد از سرفصل‌های پژوهشی پیشنهادی را ضروری تشخیص داده‌اند. بر این اساس سرفصل‌های ۱، ۲، ۶، ۷، ۹، ۱۳ و ۱۴ ضروری تشخیص داده شده و سرفصل‌های ۳، ۴، ۵، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ غیرضروری تشخیص داده شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

در بخش یافته‌ها، سرفصل‌های پیشنهادی را بر اساس قدرت شاخص‌های ارتباط و ضرورت به بحث می‌گذاریم:

سرفصل شماره (۶)

سرفصل شماره «۶» تنها سرفصلی است که از نظر متخصصان، هم در شاخص ارتباط (CVI=1) و هم در شاخص ضرورت (CVR=1) نمره کامل کسب کرده است. عنوان این

در گروه سنی نوجوانان، نیاز به یک پروتکل استاندارد و شفاف را بیشتر کرده است (۴۸). در تمام رویکردهای پیشنهادی، یک اصل مشترک وجود دارد: هر پروتکل معتبر باید ابتدا شامل ارزیابی روان‌شناختی دقیق برای تشخیص باشد و سپس میزان آمادگی متقاضی را برای تغییرات احتمالی جسمی و روانی بسنجد (۴۹)؛ بنابراین، در هر رویکردی، نقش اصلی تشخیص و مداخله در اختیار متخصصان سلامت روان است.

اما در نحوه نقش‌آفرینی روان‌درمانگران، دو رویکرد متفاوت شکل گرفته است. در یک‌سوی طیف، رویکردی قرار دارد که روان‌درمانگر را «دروازه‌بان» می‌داند؛ یعنی مسئول صدور تأییدیه برای هورمون درمانی یا جراحی، بدون آنکه لزوماً مسئله را نیازمند روان‌درمانی بدانند. در این نگاه، روان‌درمانگر تنها از مسیر نوشتن نامه تأیید، مسیر جراحی و مداخله جسمی را هموار می‌کند، نه اینکه مشکل را به‌صورت بالینی درمان کند (۵۰، ۵۱). برخی پژوهش‌ها حتی روش‌هایی برای نوشتن «مکاتبات مؤثرتر» جهت افزایش رضایت پس از جراحی ارائه کرده‌اند، اما در اصل، این مدل به ناتوانی یا عدم‌تعهد روان‌درمانگر در حل مسئله واقعی فرد اشاره دارد (۵۱).

در امتداد همین روند، برخی روان‌درمانگران و نظریه‌پردازان پا را فراتر گذاشته و با طرح ایده «مدل رضایت آگاهانه به‌جای تشخیص نارضایتی جنسیتی»، تلاش دارند حذف کل بخش تشخیصی را توجیه کنند (۵۲). در این مدل، تصمیم فرد، به‌جای آنکه به‌عنوان یک مشکل بالینی یا هویتی بررسی شود، مشابه جراحی زیبایی در نظر گرفته می‌شود؛ یعنی هر فرد با امضای رضایت آگاهانه، می‌تواند تحت عمل جراحی غیرقابل‌برگشت قرار گیرد. این نگاه بر حق فرد بر بدن استوار است و سلامت را بیشتر یک حق می‌داند تا مسئولیت (۴۸، ۵۴-۵۶). حتی در برخی کشورها، بودجه‌های عمومی برای این جراحی‌ها تخصیص داده می‌شود (۵۳).

اما این الگو، نتیجه مستقیم یک جهان‌بینی فردگرایانه

برخی پژوهشگران موضوع ترنس را با «مخنث» اشتباه گرفته و تلاش کرده‌اند برداشت‌های مبتنی بر سیالیت جنسیتی را بر پایه مفاهیم نادرست پیش ببرند (۴۴).

این ابهامات محدود به جهان اسلام نیست و بررسی‌های بین‌المللی نیز نشان داده‌اند که دستورالعمل‌های درمانی موجود در کشورهای مختلف، همچنان پراکنده و فاقد انسجام کافی‌اند (۴۵). یکی از توصیه‌های مهم پزشکی در این حوزه، محدودسازی جدی جراحی‌های تهاجمی و برگشت‌ناپذیر، به‌ویژه پیش از بلوغ روانی-اجتماعی است (۴۵).

در پژوهش‌های داخلی نیز رویکردهای متفاوتی اتخاذ شده است؛ برخی به بررسی «ترنس‌هراسی» و ارتباط آن با ابعاد پنج‌گانه شخصیت در میان کارکنان نظام سلامت پرداخته‌اند (۴۶) و برخی دیگر کیفیت زندگی افراد در ماه‌های پس از جراحی تغییر جنسیت را بررسی کرده‌اند (۴۷). مجموعه این شواهد نشان می‌دهد که نبود گایدلاین منسجم و بومی، موجب ناهماهنگی در سیاست‌گذاری، آموزش و مداخله شده است؛ بنابراین، ضرورت طراحی ساختارمند این گایدلاین، همان نکته‌ای است که متخصصان با نمره کامل CVI و CVR بر آن اتفاق نظر داشته‌اند.

سرفصل شماره ۱۴

در این بخش، سرفصل «(۱۴) طراحی و بررسی اثربخشی پروتکل‌های تشخیص و روان‌درمانی متقاضیان تغییر جنسیت» یکی از دو سرفصلی است که از نظر متخصصان، هم ارتباط کامل (۱) و هم ضرورت کامل (۱) را کسب کرده است. این اجماع نشان می‌دهد که خلأ موجود در حوزه تدوین پروتکل‌های تشخیص و روان‌درمانی، از نگاه متخصصان هم جدی و هم کاملاً مرتبط با موضوع کارگروه است.

این خلأ، مسئله‌ای جهانی است و سال‌هاست که پژوهشگران و متخصصان سلامت روان، به نبود دستورالعمل‌های هماهنگ و قابل‌اتکا در این حوزه اشاره کرده‌اند. تقاضای روزافزون به‌ویژه

است که فقط بر «حق» تأکید دارد و «مسئولیت سلامت فرد و جامعه» را نادیده می‌گیرد. اگر فرض کنیم این مداخلات نه یک انتخاب زیبایی، بلکه یک مداخله پزشکی هستند؛ اگر بپذیریم که سلامت هم حق است و هم مسئولیت؛ اگر بپذیریم که جنسیت صرفاً یک موضوع جسمی نیست و پیامدهای حقوقی، خانوادگی و اجتماعی گسترده دارد؛ و اگر سطح چهارم پیشگیری را جدی بگیریم، مطابق با یافته‌های علمی نیز جراحی‌های برگشت‌ناپذیر باید آخرین گزینه باشند، نه اولین (۵۳).

این رویکرد، با شواهد فراوانی هماهنگ است که نشان داده‌اند بسیاری از افراد پس از جراحی نیز با آسیب‌پذیری‌های روانی و اجتماعی قابل توجهی روبه‌رو می‌شوند (۴۸)؛ بنابراین، پروتکل‌های بومی و علمی باید به جای حذف روان‌درمانگری، بر تقویت نقش آن تأکید کنند؛ یعنی هدف، کمک به فرد برای پذیرش جنسیت واقعی و طبیعی خود باشد، نه صرفاً صدور تأییدیه برای جراحی. این همان نکته‌ای است که متخصصان با نمره کامل در CVI و CVR بر آن اتفاق نظر داشته‌اند: «ضرورت طراحی پروتکل‌های تشخیصی و روان‌درمانی بومی، دقیق، چندمرحله‌ای و مبتنی بر رویکرد درمانی، نه صرفاً تأییدی».

سرفصل شماره (۷)

سرفصل ۷ با عنوان «شیوع شناسی روند ابهام جنسیت در ده سال اخیر و علل آن» با ضرورت (۰.۸) و ارتباط (۱) معتبر شمرده شده است. به‌واقع متخصصان معتقدند روند و شیوع شناسی در زمینه ابهام جنسیت که طی ده سال اخیر تغییرات قابل توجه داشته که نیازمند مطالعه است. پیش‌ازاین در بیان مسئله تأکید شد که شواهد حاکی از تغییرات بسیار سریع و افزایش ابهام در حوزه جنسیت در ۵۰ سال گذشته در فرا تحلیل‌ها و تحلیل‌های زمانی^۱ است (28, 29) و همچنین شواهد تغییرات جمعیتی متقاضیان عمل جراحی در سال‌های

اخیر در کشورهای مختلف را نشان می‌دهد (30). با این حال با توجه به نظر متخصصان نیاز به پژوهشی است تا روند ده‌ساله گذشته تغییرات را در سطوح مختلف این حوزه از «نارضایتی»، «تغییر پوشش بدون مداخلات پزشکی»، «تغییرات همراه با مداخلات پزشکی (در سطوح هورمون‌ها، سطوح مختلف جراحی‌ها)»، «مداخلات قانونی و غیرقانونی» و در دو سطح «همراه با یا بدون تغییرات سجلی» انجام شود.

هرچند گزارش‌های جدیدتری در بعضی از استان‌های کشور وجود دارد که به‌طور ضمنی افزایش شیوع نارضایتی جنسیتی در دهه گذشته و مطالعات اندک در این زمینه در ایران را تأکید می‌کند. به‌طور نمونه مطالعه توصیفی مقطعی در خراسان رضوی در سال ۲۰۱۸-۲۰۱۹ در سازمان پزشکی قانونی انجام شده و افرادی که به دلیل نارضایتی جنسیتی و درخواست تغییر جنسیت در طول سال‌های ۲۰۱۳-۲۰۱۷ مراجعه کرده بودند را بررسی کرده و نشان داده که فراوانی بیماران مبتلا به نارضایتی جنسیتی از سال ۲۰۱۳ (۲۴/۸ درصد) تا ۲۰۱۵ (۹/۹ درصد) کاهش یافته و از ۲۰۱۷ (۲۹/۷ درصد) افزایش یافته است. نرخ بیکاری قبل از عمل ۱۷/۵ درصد و پس از جراحی ۲۳/۲ درصد بود. از نظر سابقه بیماری سایکوتیک، ۲۰/۶ درصد از تمام افراد تراجنسی دارای سابقه اقدام به خودکشی، ۱۵/۷ درصد خودزنی، ۳/۹ درصد خالکوبی و ۸/۸ درصد سوءمصرف مواد بودند (56). با این حال به گزارش‌هایی دقیق‌تر، جامع‌تر و طولانی‌مدت‌تر در این زمینه و بدون انحصار به مراجعه‌کنندگان به پزشکی قانونی نیاز است.

سرفصل شماره ۱۳

عنوان ۱۳، «بررسی آراء صادره قضایی در خصوص تغییر جنسیت» است که ضرورت و ارتباط آن مورد تأیید قرار گرفته است. از آنجاکه در ایران مجوز قانونی برای مداخلات پزشکی اندام جنسی یا آنچه به اصطلاح تغییر جنسیت نامیده می‌شود، ضروری است، لازم است بررسی و ارزشیابی دقیق حقوقی در

1. Time analysis

خصوص آرای صادره قضات صورت گیرد تا از منظر موازین حقوقی و منابع تشخیصی، صحت سنجی شوند. درواقع بررسی‌های اولیه و مستنبط از مکالمات شفاهی قضات و متخصصین و مشاهده تعدادی از آرای قضات نشان می‌دهد که آرای صادره غالباً به برداشت عمومی از فتوای امام در تحریرالوسیله از یک سو و بند ۱۸ ماده ۴ قانون حمایت خانواده (مصوب ۱۳۹۱) که صرفاً دادگاه صالح را برای این امر تعیین کرده، از سوی دیگر اکتفا کرده و برای تشخیص موضوع، غالباً واگذاری به کمیسیون‌های پزشکی قانونی را نسبت به ارائه به کارشناس مورد اعتماد بیرونی ترجیح می‌دهند. از آنجاکه ابهامات متعددی در خصوص درک درست فتوای امام، معنای دقیق تغییر جنسیت در فتاوا و نیز محدودیت‌های شرعی مانند عوارض طاری موضوع مطرح است، این روند صدور رأی نیازمند بررسی و ارزیابی دقیق بر اساس موازین علمی، حقوقی و فقهی است. خصوصاً که سابقاً سوءاستفاده از فتاواي مراجع و امام (ره) در حوزه‌های حساسی مانند کنترل جمعیت، در موضوعاتی مانند فتوای وازکتومی و یا سقط جنین انجام شده که تبعات بحران‌زای آن تا دهه‌ها بعد کشور ما و دیگر کشورهای مسلمان را درگیر کرده است. درواقع این فتاوا همگی با شرایط ویژه‌ای مطرح می‌شدند که دستگاه‌های جاری آن شرایط را با دقت پیگیری نمی‌کرده و غالباً اهداف و برنامه خود را جاری می‌داشتند؛ مانند شرایط سختی که برای برگشت‌پذیری وازکتومی در فتوای امام مطرح است و یا عسر و حرج که شرایط پیچیده‌ای برای سقط جنین داشت و بعد از مدتی دستگاه‌ها بدون رعایت دقیق این موارد، اندیکاسیون سقط درمانی را دنبال می‌کردند. بر همین اساس لازم است آراء قضایی در این زمینه مورد بررسی قرار گیرد.

سرفصل شماره ۹

سرفصل نهم «پایش و ارزشیابی روندهای جاری و اقدامات دستگاه‌های مختلف در کاهش عوامل زمینه‌ساز و توسعه عوامل

محافظت‌کننده و کاهش ابهام در جنسیت» عنوان مهم دیگری است که متخصصان، ضروری (۰.۸) و مرتبط (۰.۹) دانسته‌اند. درواقع در کشورهای مختلف مواجهه‌های مختلفی با این افراد پیشنهاد شده و در ایران نیز مواجهه‌های اجتماعی متنوعی پیشنهاد شده و در جریان است. از رویه‌های پزشکی قانونی، رویه‌های جزایی، رویه‌های حمایتی فرد محور گرفته تا رویه‌های ساماندهی برای دستگاه‌هایی (مانند زندان یا شهرداری‌ها) که با تعداد بیشتری از این افراد مواجه هستند و این ابهام، ساماندهی را برای آنان دشوار کرده است. بر همین اساس و بر اساس خلأ پژوهشی در این زمینه لازم است پژوهشی جامع صورت پذیرد تا روندهای نوشته و نانوشته جاری دستگاه‌های مختلف در مواجهه با این مسئله را شناسایی کرده و از منظر پیشگیری و کاهش ابهام در جنسیت و نیز تقویت عوامل محافظت‌کننده سلامت در هویت جنسیتی در قالب سالم زوجیت، ارزیابی کند. طبیعتاً از این پژوهش انتظار می‌رود بر اساس شواهد، پیشنهادهایی برای اصلاح این روندهای جاری مطرح کرده و سطح تصویب و تغییر در آن را نیز تعیین نماید.

سرفصل شماره ۱

سرفصل (۱) «بررسی چیستی، انواع و علل زمینه‌ساز (عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده) بروز پدیده روابط خارج از چارچوب خانواده و راهکارهای حذف زمینه‌های این پدیده بر اساس تعالیم اسلامی، منابع علمی و نظرات صاحب‌نظران مرتبط و اولویت‌بندی راهکارهای اثربخش به روش آمیخته و برقراری نظام مراقبت و دیده‌بانی (پیمایش surveillance) و راهکارهای مواجهه با این مسئله در سطوح مختلف پیشگیری» است که مانند سرفصل ۱۴، پژوهشی جامع است. پژوهش‌های داخلی در این زمینه بررسی‌هایی در بخش‌های مختلف و سطوح کمتر انجام داده‌اند. مثلاً ذیل عنوان خیانت، عوامل پیش‌آیند زمینه‌ساز، بسترساز، راهبردها و پیامدهای پدیده خیانت زناشویی با استفاده از رویکردی کیفی و داده بنیاد

نیازسنجی و استخراج اولویت‌های پژوهشی حکمرانی زیست جنسی...

قبلاً در سطح استان یزد شناسایی و گزارش شده است (59)؛ علاوه بر این در کرمانشاه، واکاوی علل زمینه‌ساز و پیامدهای روابط فرازناتسویی (خیانت زناشویی) از دیدگاه جوانان متأهل به صورت مطالعه نظریه زمینه‌ای استخراج شده است (60). بخش دیگری از پدیده روابط خارج از چارچوب خانواده ذیل عنوان روسپی‌گری در کشور با موضوع عوامل زمینه‌ای مرتبط با روسپیگری در مشهد و پژوهش دیگری تهران در میان زنان مراجعه‌کننده به D.I.C. مطالعه شده و قابل استفاده است (61). در مورد فاکتورهای خطر و عوامل زمینه‌ساز فردی روابط ضعف در ایمان، عقیف نبودن، بی‌غیرتی، تجربه روابط نامشروع (قبل از ازدواج یا بعد از ازدواج)، می‌خوارگی (نوشیدن شراب) و مصرف موسیقی گزارش شده است. عوامل زمینه‌ساز خانوادگی بدبینی و غیرت نابه جا، نارضایتی جنسی و نارضایتی عاطفی و عوامل زمینه‌ساز اجتماعی روابط فرازناتسویی عبارت‌اند از: خیانت به دیگران و دوستی یا هم‌نشینی با افراد خیانت‌کار گزارش شده است (62، 63).

پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد زمینه شناسی، علت شناسی و آسیب‌شناسی در این زمینه مورد مطالعه قرار گرفته است که می‌تواند در پژوهش پیشنهادی مورد استفاده قرار گیرد. در واقع بخش اول این پژوهش با عنوان «بررسی چرایی، انواع و علل زمینه‌ساز (عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده) بروز پدیده روابط خارج از چارچوب خانواده» می‌تواند به صورت مطالعه مروری پژوهش‌های سابق انجام شود. با این حال در بخش دوم یعنی «و راهکارهای حذف زمینه‌های این پدیده بر اساس تعالیم اسلامی، منابع علمی و نظرات صاحب‌نظران مرتبط و اولویت‌بندی راهکارهای اثربخش به روش آمیخته و برقراری نظام مراقبت و دیده‌بانی (پیمایش surveillance) و راهکارهای مواجهه با این مسئله در سطوح مختلف پیشگیری» خلأ پژوهشی جدی وجود دارد. خصوصاً که طبیعتاً پژوهش‌های اولیه مقدمه برای کشف راهکارهای مواجهه بوده است. در این

زمینه خصوصاً نمی‌شود از پژوهش‌های خارجی استفاده‌های الهام‌بخش زیادی نمود. چراکه در بسیاری از کشورها اقسامی از این روابط مشروعیت اجتماعی و قانونی یافته و تحت عناوینی مانند «کارگر جنسی» و «خدمات جنسی» قبح زدایی شده است و مسئله آسیب اجتماعی تلقی نمی‌شود.

سرفصل شماره ۲

سرفصل دیگر در این زمینه سرفصل (۲) «پایش و ارزشیابی روندهای جاری و اقدامات دستگاه‌های مختلف در کاهش عوامل زمینه‌ساز و توسعه عوامل محافظت‌کننده و کاهش پدیده روسپیگری» است. در این زمینه نیز دستگاه‌هایی مانند وزارت بهداشت و بهزیستی اقدامات متعددی انجام می‌دهند که عمدتاً با عنوان و هدف‌گذاری کنترل آسیب و پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و تحت برنامه ایدز مطرح و پیگیری می‌شود. به طور نمونه وزارت بهداشت با توسعه «مراکز زنان» و بهزیستی با توسعه شلترهای ویژه به این افراد خدمات بهداشتی و حمایتی ارائه می‌دهند. در این برنامه‌ها، غالباً واژگان و مفاهیم متعددی تغییر می‌کند تا از بیماری قبح زدایی شده و بیماران با راحتی بیشتری مراجعه کنند. UNAIDS به‌دورستی در ابتدای «دستورالعمل واژه‌شناسی^۱» خود که اصطلاحات ترجیحی را به صورت رایگان به کشورها پیشنهاد می‌کند، تصریح می‌کند که «زبان، باورها را شکل می‌دهد و ممکن است بر رفتارها تأثیر بگذارد. استفاده در نظر گرفته شده از زبان مناسب این قدرت را دارد که واکنش جهانی به همه‌گیری را تقویت کند» (۵۸).

با این حال به صورت تکراری در بسیاری از جلسات کارشناسی و تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری در دستگاه‌ها مطرح است که بی‌دقتی در اجرای دقیق دستورالعمل‌ها و بی‌توجهی به ملاحظات فرهنگی در اقدامات دستگاه‌ها، به صورت بالقوه می‌تواند به جای «قبح زدایی از بیماری» موجب «قبح زدایی از رفتار ناهنجار و پرخطر جنسی» شود. این موضوع هر چند یک

1.UNAIDS terminology guidelines

خطر بالقوه است، باین حال به بررسی دقیق عملکرد دستگاه‌ها، بررسی شواهد و مطالعه تأثیر عملکرد دستگاه‌ها و ارزیابی آن در کاهش رفتار پرخطر و ناهنجار داریم. آنچه مسلم است این است که بیماری، نیاز به پیشگیری، درمان و کاهش آسیب داشته و رفتار مجرمانه، نیازمند پیشگیری، اعلام جرم و مجازات است و سیاست‌گذار نمی‌تواند با تمرکز بر یکی، دیگری را به فراموشی بسپرد. در مجموع مهم است که عادی‌سازی انحرافات جنسی به‌طور جدی در این زمینه مورد پایش و ارزشیابی دائمی باشد.

قدردانی

این پژوهش بر اساس طرح پژوهشی مصوب معاونت پژوهشی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران با پشتیبانی بنیاد وتر (وقف تربیت و رشد) صورت گرفته است.

Reference

- Ogallar-Blanco AI, Lara-Moreno R, García-Pérez R, Liñán-González A, Godoy-Izquierdo D. Cracking the code to female sexual satisfaction: the serial mediation of sexual behavior and the perceived importance of healthy sexuality from sexual self-efficacy. *Front Psychol.* 2024;15.
- Latham-Cork H, Porter C, Straw F. Sexual health in young people. *Paediatr Child Health (UK).* 2018;28(2):93-9.
- Myers-Bowman KS. Sexuality education program development and implementation. In: Evidence-based Approaches to Sexuality Education: A Global Perspective. 2015. p.79-97.
- Williams DJ, Thomas JN. Healthy sexuality. In: Encyclopedia of Mental Health. 3rd ed. Vol 1-3. 2023. p.V2-121.
- Lee C, Tran DY, Thoi D, Chang M, Wu L, Trieu SL. Sex education among Asian American college females: Who is teaching them and what is being taught. *J Immigr Minor Health.* 2013;15(2):350-6.
- Bhattacharjee A. Popular media's role in fostering sex education in middle schools: A comparative analysis of Netflix series Sex Education and Bollywood film Oh My God 2. *Int J Educ Dev.* 2024;110.
- Beyers C. Sexuality education in South Africa: A sociocultural perspective. *Acta Acad.* 2011;43(3):192-209.
- Villar ME, Concha M. Sex education and cultural values: Experiences and attitudes of Latina immigrant women. *Sex Educ.* 2012;12(5):545-54.
- Evans GS, McCurdy S, Schultz K, Peskin MF, Tingey L, Markham C. "Trauma sits in your body and makes you shut down": sexual and reproductive health professionals' views of the impact of trauma on the sexual health of Native American older adolescent and young adult women. *Cult Health Sex.* 2025;27(3):338-53.
- Motedayen M, Kalantarkousheh SM, Scheier LM, Komarc M. Psychometric validation of the Sexual Knowledge and Attitudes Test-Adolescents (SKAT-A) in an Iranian sample. *Cogent Psychol.* 2019;6(1).
- Mohaghegh S, Borghaei M. A conceptual analysis of family sexual chastity in Islamic jurisprudence. *Journal of Religious Studies.* 2021;4(8):65-87. {in Persian}
- Deuraseh N. Protection against STDs: An Islamic criminal law approach. *Arab Law Q.* 2008;22(1):88-108.
- Semerdjian E. Off the straight path: Illicit sex, law, and community in Ottoman Aleppo. Syracuse (NY): Syracuse University Press; 2008. p.1-247.
- Asghari-Nekah SM, Samimi Z. Introducing a family-based sexual education model based on developmental stages and evaluating its effectiveness on knowledge, attitude, skills, and parenting styles of child specialists. *Women and Family Socio-Police Research.* 2021;16(9):316-38. {in Persian}
- Nouralizadeh Mianji M, Rahimi A. Health-oriented sexual education patterns in the developmental process. *Islamic Education Quarterly.* 2022;17(41):15-30. {in Persian}
- Garland DR. A process model of family formation and development. *J Fam Soc Work.* 2012;15(3):235-50.
- Waite LJ. Family as Institution. In: International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences. 2nd ed. 2015. p.766-71.
- Strait JG, Sandberg JG, Larson JH, Harper JM. The relationship between family-of-origin experiences and sexual satisfaction in married couples. *J Fam Ther.* 2015;37(3):361-85.
- Feldkötter AL, Thomsen T, Lessing N. The role of partnership, parental behavior, and parenting stress on the problem behavior of preschool children. *Kindheit und Entwicklung.* 2019;28(1):68-76.
- Manago AM, Greenfield PM, Kim JL, Ward LM. Changing cultural pathways through gender role and sexual development: A theoretical framework. *Ethos.* 2014;42(2):198-221.
- Wong WCW, Choi EPH, Holroyd E, Ip P, Fan S, Yip PSF. Impact of household composition and satisfaction with family life on self-reported sexual health outcomes of high-school students in Hong Kong. *J Adolesc Health.* 2019;46(3):184-91.
- Tripathi N. Does family life education influence attitudes towards sexual and reproductive health matters among unmarried young women in India? *PLoS One.* 2021;16(1):e0245883.
- Heidari N, Naji SA, Abdollahzadeh M. Understanding family reactions to transgender children in Iranian culture: A qualitative study. *J*

- Transcult Nurs. 2025;36(1):16-23.
24. Buzani FA, Salimi Z, Bidaki R, Mahdianpour Z. Phenomenology of family support in gender dysphoria. Shiraz E Med J. 2025;26(4).
 25. Talaei A, Hedjazi A, Badiayan Moosavi N, Dadgarmoghaddam M, Lotfinejad N, Khorashad BS. The epidemiology of gender dysphoria in Iran: The first nationwide study. Arch Sex Behav. 2022;51(4):1881-9.
 26. Ahmadzad-Asl M, Jalali AH, Alavi K, Naserbakht M, Taban M, Mohseninia-Omrani K, et al. The epidemiology of transsexualism in Iran. J Gay Lesbian Ment Health. 2010;15(1):83-93.
 27. Safronov VV, Startseva OI, Adamyan RT, Ibragimova MR. World incidence of transsexualism. Plast Surg Aesthet Med. 2021;2021(4):69-76.
 28. 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.
 29. Bouman W, 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.
 30. Aitken M, Steensma TD, Blanchard R, Vanderlaan DP, Wood H, Fuentes A, et al. Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. J Sex Med. 2015;12(3):756-63.
 31. Danafar A, Jahanbakhsh E, Behyan S. Gender identity disorder and its related social factors among transsexual individuals referring to Welfare Organization centers during 1392–1394. Toloo-e Behdasht. 1395;18(2):67-75
 32. Terry RF, Charles E, Purdy B, Sanford A. An analysis of research priority-setting at the World Health Organization: how mapping to a standard template allows for comparison between research priority-setting approaches. Health Res Policy Syst. 2018;16(1).
 33. Rashidian A, Mohamadi E, Yousefinezhadi T, Dadgar E, Salavati S, Beigom Seyed Aghamiri Z. Identification of research priorities in the field of health: necessity and feasibility of implementation. J Payavard Salamat. 2019;12(5):347-58. {in Persian}
 34. Sigfrid L, Moore C, Salam AP, Maayan N, Hamel C, Garritty C, et al. A rapid research needs appraisal methodology to identify evidence gaps to inform clinical research priorities in response to outbreaks: results from the Lassa fever pilot. BMC Med. 2019;17(1).
 35. Bryant J, Sanson-Fisher R, Walsh J, Stewart J. Health research priority setting in selected high-income countries: a narrative review of methods used and recommendations for future practice. CoSt Eff Resour Alloc. 2014;12(1).
 36. Levelink M, Voigt-Barbarowicz M, Brütt AL. Priorities of patients, caregivers and health-care professionals for health research: a systematic review. Health Expect. 2020;23(5):992-1006.
 37. Grupp H, Hinze S, Breitschopf B. Defining regional research priorities: a new approach. Sci Public Policy. 2009;36(7):549-59.
 38. Lunny C, Brennan SE, McDonald S, McKenzie JE. Toward a comprehensive evidence map of overview of systematic review methods: paper 1—purpose, eligibility, search and data extraction. Syst Rev. 2017;6(1).
 39. Bagheštani AR, Ahmadi F, Tanha A, Meshkat M. Bayesian critical values for Lawshe's content validity ratio. Meas Eval Couns Dev. 2019;52(1):69-73.
 40. Divayana DGH, Suyasa PWA, Adiarta A, editors. Content validity determination of the countenance-tri kaya parisudha model evaluation instruments using Lawshe's CVR formula. J Phys Conf Ser. 2020.
 41. Madadzadeh F, Bahariniya S. Tutorial on how to calculate content validity of scales in medical research. Perioper Care Oper Room Manag. 2023;31.
 41. Alias RA. Measuring information security policy compliance: content validity of questionnaire. Indones J Electr Eng Comput Sci. 2021;22(1):469-75.
 42. Fakhri F, Mohammadi M, Eyboosh S, Ahmadi S, Solaymani-Dodaran M. Iran's research prioritization: are we meeting the goals? A study based on clinical trial registry data. PLoS One. 2024;19(4).
 43. Syed Masroor A, Abdul Ghani K. Gender identity disorder is not simply two in one. Int Med J Malays. 2013;12(2):83-5.
 44. Korte A, Goecker D, Krude H, Lehmkuhl U, Grüters-Kieslich A, Beier KM. Gender identity disorders in childhood and adolescence: currently

- debated concepts and treatment strategies. *Dtsch Arztebl Int.* 2008;105(48):834-41.
45. Shafiee-Kandjani AR, Shalchi B, Raeisnia A, Tajlil S, Davtalab-Esmaili E. The association between personality traits and transphobia among university students: a cross-sectional study in northwestern Iran. *BMC Psychiatry.* 2025;25(1).
 46. Naeimi S, Akhlaghdoust M, Chaichian S, Moradi Y, Jesmi F, Zarbati N, et al. Quality of life changes in Iranian patients undergoing female-to-male transsexual surgery: a prospective study. *Arch Iran Med.* 2019;22(2):71-5.
 47. Dettore D, Ristori J, Antonelli P, Bandini E, Fisher AD, Villani S, et al. Gender dysphoria in adolescents: the need for a shared assessment protocol and proposal of the AGIR protocol. *J Psychopathol.* 2015;21(2):152-8.
 48. Moreno-Pérez Ó, Ešteva De Antonio I. Clinical practice guidelines for assessment and treatment of transsexualism: SEEN Identity and Sexual Differentiation Group (GIDSEEN). *Endocrinol Nutr.* 2012;59(6):367-82.
 49. Hadj-Moussa M, Ohl DA, Kuzon WM. Evaluation and treatment of gender dysphoria to prepare for gender confirmation surgery. *Sex Med Rev.* 2018;6(4):607-17.
 50. Budge SL. Psychotherapists as gatekeepers: an evidence-based case study highlighting the role and process of letter writing for transgender clients. *Psychotherapy.* 2015;52(3):287-97.
 51. Schulz SL. The informed consent model of transgender care: an alternative to the diagnosis of gender dysphoria. *J Humanist Psychol.* 2018;58(1):72-92.
 52. Go JJ. Should gender reassignment surgery be publicly funded? *J Bioeth Inq.* 2018;15(4):527-34.
 53. Selvaggi G, Bellringer J. Gender reassignment surgery: an overview. *Nat Rev Urol.* 2011;8(5):274-81.
 54. Jarolím L, Šedý J, Schmidt M, Naňka O, Foltán R, Kawaciuk I. Gender reassignment surgery in male-to-female transsexualism: a retrospective 3-month follow-up study with anatomical remarks. *J Sex Med.* 2009;6(6):1635-44.
 55. Grimstad F, Kremen J, Boskey ER, Wenger H. How should clinicians navigate decision making about genital reconstructive surgeries among intersex and transgender populations? *AMA J Ethics.* 2023;25(6):437-45.
 56. Hedjazi SA, Talaei A, Moosavi NB, Fotovat A, Niroumand S. Epidemiological assessment of people with gender dysphoria referred to forensic medicine in Khorasan Razavi, Iran. *J Fundam Ment Health.* 2021;23(3).
 57. UNAIDS. UNAIDS terminology guidelines. Geneva: UNAIDS; 2011.
 58. Seyed Mohammadreza G, Yaser R, Hamidreza A. Identifying antecedent, contextual, strategies, and consequences factors of marital infidelity in Yazd: a qualitative grounded theory study. 2023. {in Persian}
 59. Sarabi P, Imanizad, Elahyari V, Parvizi et al. Exploring underlying causes and consequences of extramarital relationships (marital infidelity) from the viewpoint of married youth in Kermanshah: a grounded theory study. *Rooyesh Psychol J.* 2022;11(6):33-48. {in Persian}
 60. Movahhed M, Shahbazi M, Moaven M. Exploring contextual factors related to prostitution: a qualitative study on women attending DIC Khane Khorshid, Tehran. *J Cult Soc Res.* 2020;10(4):75-99. {in Persian}
 61. Saeideh M, Majid F. Identifying causes and processes influencing prostitution (case study: Mashhad city). 2019. {in Persian}
 62. Nargesi, Jediri H. Factors underlying extramarital relationships based on Islamic sources. *Islamic Psychol Res J.* 2019;5(10):102-25. {in Persian}.

Abstract

Background and objective: A healthy sexual life is an important dimension of health as well as a key component of individual, family, and social lifestyles. The social harms associated with this domain require targeted social interventions. The present study aimed to identify research priorities needed for evidence-based governance of a healthy and family-oriented sexual life in Iran, focusing on two priority areas identified by executive bodies.

Methods and Materials: This research employed a five-step qualitative approach: defining objectives and policies; extracting research topics through expert panels and specialist groups; reviewing literature and previous studies; validating the proposed topics using CVR and CVI indices; and finally documenting and disseminating the findings.

Results: The findings indicated ten core policies for planning in this field. Experts proposed at least 14 research topics for managing the two focus areas; 13 were deemed “relevant” by the validation group, and seven were emphasized as “essential” by other experts.

Conclusion: The study showed that the identified priorities—particularly in developing preventive guidelines, diagnostic protocols, and psychotherapeutic interventions—can facilitate evidence-based policymaking and decision-making in the governance of a healthy, family-oriented sexual life.

Keywords: governance of family-oriented sexual life, Healthy sexual life, moral corruption, research priorities.

1*. Corresponding author.

2.
3.