

אוניברסיטת תל אביב
בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שאפל

אנשים טרנסג'נדרים בישראל: גורמי לחץ, משאבי תמיכה ובריאות נפשית

חיבור זו הוגש כעבודת גמר
לקראת התואר "מוסמך אוניברסיטה
בעבודה סוציאלית"
באוניברסיטת תל אביב

על-ידי

יונתן מרטון

העבודה הוכנה בהדרכת
פרופ' יעל בנימיני
ד"ר גיא שילה

אוקטובר 2013

תוכן עניינים

עמוד	תקציר
I	מבוא
1	הקדמה
1	סקירת ספרות
1	טרנסג'נדרים
2	זהות טרנסג'נדרית
4	מין, מגדר ומיניות : היבטים תיאורטיים
5	מאפיינים קהילתיים
6	לחץ על מיעוטים
8	גורמי לחץ חיצוניים
8	טרנספוביה במרחבים ציבוריים כלליים
9	טרנספוביה בתעסוקה ובלמודים
10	טרנספוביה בשירותי הבריאות
11	גורמי לחץ פנימיים
11	חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית
13	טרנספוביה מופנמת
14	גורמי תמיכה חברתיים
14	תמיכה משפחתית
15	קשרים חברתיים בין טרנסג'נדרים
15	בריאות נפשית
17	השערות המחקר
19	שיטה
19	אוכלוסיית המחקר והליך הדגימה
25	סוגיות אתיות בהליך הדגימה
26	כלי המחקר
34	ממצאים
34	תיאור המשתתפים
38	בדיקת השערות המחקר
50	ממצאים נוספים
53	דיון
54	חשיפה לטרנספוביה ובריאות נפשית
56	גורמי תמיכה חברתיים
59	הבדלים בין קבוצות
61	תרומת המחקר והשלכות יישומיות
62	מגבלות המחקר
63	המלצות למחקרים עתידיים
65	רשימת מקורות
84	נספחים

עמוד

רשימת לוחות ותשימים

- 20 לוח 1. מאפיינים סוציו-דמוגרפיים כמותיים על פי חלוקה לשאלונים שנכללו ולא נכללו במחקר
- 20 לוח 2. מאפיינים סוציו-דמוגרפיים שמיים על פי חלוקה לשאלונים שנכללו ולא נכללו במחקר
- 21 לוח 3. מאפיינים סוציו-דמוגרפיים כמותיים על פי חלוקה לקבוצות מגדר
- 21 לוח 4. מאפיינים סוציו-דמוגרפיים שמיים על פי חלוקה לקבוצות מגדר
- 24 לוח 5. מאפיינים סוציו-דמוגרפיים שמיים על פי חלוקה לזהות מגדרית M-T-F וג'נדרקוירים
- 25 לוח 6. מאפיינים סוציו-דמוגרפיים שמיים על פי חלוקה לזהות מגדרית F-T-M וג'נדרקוירים
- 33 לוח 7. משתני המחקר, המדדים הבודקים אותם, ומקדמי המהימנות שלהם
- 34 לוח 8. התפלגות מדדי המדגם
- 36 לוח 9. מתאמי פירסון בין משתני המחקר
- 37 לוח 10. השוואה בין שלושת קבוצות המגדר במשתני המחקר
- 38 לוח 11. ממוצעים, סטיות תקן והבדלים בין קבוצת 'עובר' ו'לא עובר' בגורמי הלחץ וממדי הבריאות הנפשית
- 40 לוח 12. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת קשר בין משתני לחץ חיצוניים למשתני לחץ פנימיים
- 41 לוח 13. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין התקלות באירועים טרנספוביים, היבטים חיוביים במערכת הבריאות ותמיכה משפחתית לבריאות הנפשית
- 44 לוח 14. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית וקשרים חברתיים קבוצתיים ואינטרנטיים לבריאות הנפשית
- 46 לוח 15. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין טרנספוביה במרחבים ציבוריים כלליים ותמיכה משפחתית לבריאות הנפשית
- 46 לוח 16. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין טרנספוביה במרחבים ציבוריים כלליים, קשרים חברתיים לבריאות הנפשית
- 47 לוח 17. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין טרנספוביה בתעסוקה/ לימודים ותמיכה משפחתית לבריאות הנפשית
- 47 לוח 18. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין טרנספוביה בתעסוקה/ לימודים וקשרים חברתיים לבריאות הנפשית
- 48 לוח 19. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין טרנספוביה מופנמת ותמיכה משפחתית לבריאות הנפשית
- 48 לוח 20. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין טרנספוביה מופנמת וקשרים חברתיים לבריאות הנפשית
- 49 לוח 21. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין התקלות באירועים טרנספוביים, היבטים חיוביים במערכת הבריאות, הקשרים חברתיים קבוצתיים ואינטרנטיים לבריאות הנפשית
- 50 לוח 22. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית ותמיכה משפחתית לבריאות הנפשית
- 51 לוח 23. השוואה במידת שביעות הרצון מקשרים חברתיים על פי מספר החברים
- 51 לוח 24. השוואה בין קופות החולים בקבלת שירות רפואי במרפאה הגאה בגן מאיר
- 52 לוח 25. טבלת שכיחויות עבור חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית
- 7 תרשים 1. מודל לחץ על מיעוטים
- 18 תרשים 2. מודל המחקר
- 42 תרשים 3. ניתוח שיפועים פשוטים של הקשר בין חשיפה לאירועים טרנספוביים בשירותי הבריאות לבריאות הנפשית ברמות שונות של תמיכה משפחתית

עמוד

- 42 תרשים 4. ניתוח שיפועים פשוטים של הקשר חשיפה לאירועים טרנספוביים בשירותי הבריאות לרווחה נפשית ברמות שונות של תמיכה משפחתית
- 43 תרשים 5. ניתוח שיפועים פשוטים של הקשר חשיפה לאירועים טרנספוביים בשירותי הבריאות למצוקה נפשית ברמות שונות של תמיכה משפחתית.
- 45 תרשים 6. ניתוח שיפועים פשוטים של הקשר בין חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית ורווחה נפשית ברמות שונות של קשרים חברתיים קבוצתיים.

רשימת נספחים

- 84 נספח 1. מאפיינים סוציו-דמוגרפיים שמיים על פי חלוקה לשאלונים שנכללו ולא נכללו במחקר
- 86 נספח 2. שאלון פרטים אישיים
- 90 נספח 3. שאלון קשרים חברתיים בין טרנסג'נדרים
- 91 נספח 4. טרנספוביה במרחבים ציבוריים כלליים
- 92 נספח 5. טרנספוביה בתעסוקה/ לימודים
- 93 נספח 6. שאלון התנסות באפליה בשירותי הבריאות
- 94 נספח 7. שאלון בריאות נפשית
- 95 נספח 8. חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית
- 96 נספח 9. שאלון תמיכה משפחתית
- 97 נספח 10. שאלון טרנספוביה מופנמת
- 98 נספח 11. ניתוח גורמים עם רוטציית ורמקס בפרטי שאלון קשרים חברתיים בין טרנסג'נדרים
- 99 נספח 12. ניתוח גורמים עם רוטציית ורמקס בפרטי שאלון טרנספוביה במרחבים ציבוריים כלליים
- 100 נספח 13. ניתוח גורמים עם רוטציית ורמקס עבור משתנה טרנספוביה בתעסוקה/ לימודים
- 101 נספח 14. ניתוח גורמים עם רוטציית ורימקס בפרטי שאלון טרנספוביה בשירותי הבריאות
- 102 נספח 15. ניתוח גורמים עם רוטציית ורימקס בפרטי שאלון בריאות נפשית מקוצר
- 103 נספח 16. ניתוח גורמים עם רוטציית ורמקס בפרטי שאלון חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית
- 104 נספח 17. ניתוח גורמים עם רוטציית ורימקס בפרטי שאלון תמיכה וחבלה חברתית נתפסת
- 105 נספח 18. ניתוח גורמים עם רוטציית ורימקס בפרטי שאלון טרנספוביה מופנמת
- 106 נספח 19. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין טרנספוביה במרחבים ציבוריים כלליים ותמיכה משפחתית לבריאות הנפשית
- 107 נספח 20. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין טרנספוביה במרחבים ציבוריים כלליים, קשרים חברתיים קבוצתיים ואינטרנטיים לבריאות הנפשית
- 108 נספח 21. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין טרנספוביה בתעסוקה/ לימודים ותמיכה משפחתית לבריאות הנפשית
- 109 נספח 22. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין טרנספוביה בתעסוקה/ לימודים וקשרים חברתיים בין טרנסג'נדרים לבריאות הנפשית
- 110 נספח 23. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין טרנספוביה מופנמת ותמיכה משפחתית לבריאות הנפשית
- 111 נספח 24. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין טרנספוביה מופנמת וקשרים חברתיים לבריאות הנפשית

עמוד

- 112 נספח 25. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין התקלות באירועים טרנספוביים, היבטים חיוביים במערכת הבריאות, הקשרים חברתיים לבריאות הנפשית
- 113 נספח 26. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין התקלות באירועים טרנספוביים, היבטים חיוביים במערכת הבריאות, הקשרים חברתיים לבריאות הנפשית
- 114 נספח 27. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית ותמיכה משפחתית לבריאות הנפשית

תודות

ברצוני להודות לפרופ' יעל בנימיני וד"ר גיא שילה, על ההנחיה המסורה, האוון הקשבת והסבלנות.

תודה לאריקה בוני, אייל ויסר, עו"ס אורי עייק ועו"ס הדס צוקרט על הליווי, התמיכה והייעוץ. תודה לד"ר איריס

רחמימוב, יעל סיני ושיר רייכט, על קבוצת החשיבה המיוחדת.

תודה למשפחתי היקרה ובפרט לאמי, שלא הפסיקה להאמין ותמכה לאורך כל הדרך, גם ברגעים הקשים ביותר.

תודה לדניאל, על האהבה.

תודה מיוחדת לכל משתתפי המחקר, עבודה זו מוקדשת לכסן ולכל מי שמרגישותים שייכימות לקשת הטרנסג'נדרית.

תקציר

בעשור האחרון, נערכו מספר ניסיונות תיאורטיים ואמפיריים להסברת הקשר בין מצבם הנפשי של אנשים טרנסג'נדרים לבין יחסה המפלה של החברה כלפיהם. ניסיונות אלו מצביעים על חשיפתם של טרנסג'נדרים עוד משחר ילדותם ללחצים חברתיים לקונפורמיות מגדרית ולהתמודדות בלתי פוסקת בבגרותם עם סטיגמה, דעות קדומות ואפליה במרחבים ציבוריים שונים. החשש מפני יחס מזלזל, תקיפות אלימות ולעיתים אף רצח, גורם לאוכלוסייה זו להגיע למצבי סיכון המתבטאים בשיעורים גבוהים של ניסיונות אובדניים, פגיעה עצמית, שימוש בחומרים ממכרים, הפרעות אכילה, חרדות ודיכאון.

מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבחון באופן אמפירי את הקשר בין חשיפה ללחצים חיצוניים (טרנספוביה במרחבים ציבוריים כלליים, במקומות התעסוקה ובשירותי הבריאות) וללחצים פנימיים (קונפליקט ההסתרה-חשיפה וטרנספוביה מופנמת) לבין בריאותם הנפשית של טרנסג'נדרים. המחקר אף בוחן את תרומתם של משאבי תמיכה (משפחה וקהילת הטרנסג'נדרים) לקשר זה. מודל המחקר נגזר מתוך מודל ה'לחץ על מיעוטים', המבוסס על ידע אמפירי ותיאורטי אודות מיעוטים מייננים (הומואים, לסביות וביסקסואלים), אשר חשופים אף הם ללחצים הנובעים מסטיגמה ובורות חברתית.

במחקר השתתפו 113 אנשים אשר הגדירו עצמם טרנסג'נדרים וחיים בישראל, בגילאי 16 ומעלה. המשתתפים גויסו באמצעות איתור אינטרנטי ברשימות תפוצה ייעודיות, פורומים, ואתרים קהילתיים מרכזיים. מילוי השאלון נעשה באמצעות גרסה אלקטרונית, אשר בחנה נתונים אישיים, בריאות נפשית, תמיכה משפחתית, חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית, קשרים חברתיים בין טרנסג'נדרים וחשיפה לאירועים טרנספוביים במרחבים ציבוריים כלליים, בשירותי הבריאות ובתעסוקה או לימודים.

הממצאים המרכזיים מצביעים ראשית, על קשר בין אירועים טרנספוביים וטרנספוביה מופנמת לבין בריאותם נפשית של אנשים טרנסג'נדרים. נמצא כי ככל שטרנסג'נדרים חשופים לאירועים טרנספוביים רבים יותר, ומחזיקים בעצמם בדעות קדומות וסטריאוטיפיים כלפי טרנסג'נדרים, כך גוברת מצוקתם הנפשית ופוחתת רווחתם הנפשית. שנית, נמצא כי גורמי התמיכה החברתיים, קרי תמיכה משפחתית וקשרים חברתיים אינטרנטיים, קשורים קשר ישיר הן לבריאות הנפשית והן לאירועים טרנספוביים. ואולם, יכולתם למתן את הקשר בין טרנספוביה לבריאות הנפשית הנמוכה היא מעטה וחלקית.

שלישית, במחקר נמצא כי קיימים מספר הבדלים בין קבוצות המשתתפים. המחקר מצביע על הבדל בחשיפת

הזהות הטרנסג'נדרית, כאשר טרנסג'נדריות M-T-F (מזכר לנקבה) נחשפות יותר מאשר טרנסג'נדרים F-T-M

(מנקבה לזכר). עוד נמצא, כי קיים הבדל בחשיפת הזהות הטרנסג'נדרית ובבריאות הנפשית בין טרנסג'נדרים

ש'עוברים', כלומר מצליחים להיטמע במגדר היעד שלהם, לבין אלו שאינם 'עוברים'. למרות הבדלים אלו, לא

נמצאו הבדלים בדיווח המשתתפים מהקבוצות השונות לגבי שיעורי החשיפה לאירועים טרנספוביים.

רביעית, נמצא כי טרנסג'נדרים הנמצאים תחילת התהליך המגדרי שלהם, שלב בו הם אינם 'עוברים' ועדיין לא חשפו את זהותם המגדרית בפני אחרים, מתמודדים עם קשיים רבים, הכוללים תמיכה משפחתית נמוכה, חשיפה גבוהה לטרנספוביה וקושי בהשתלבות בפעילויות חברתיות קהילתיות. בהתאם לכך, קבוצה זו מדווחת על בריאותם הנפשית נמוכה.

לסיכום, מחקר זה מדגיש את חשיבות האקלים החברתי ברווחתם הנפשית של אנשים טרנסג'נדרים. המחקר מאפשר לאנשי מקצוע, ובמיוחד לעובדים סוציאליים הפועלים מתוך גישת ה'אדם בתוך סביבה', להבין בצורה טובה יותר את הקשיים עמם מתמודדים טרנסג'נדרים. המחקר אף מדגיש את חשיבותה של התערבות רחבה, הן ברמת הפרט, הן ברמת המערכות החברתיות בחייו והן ברמת המדיניות. המחקר מצביע על כך שמערכות התמיכה החברתיות לבדן אינן יכולות לעזור לאדם הטרנסג'נדר להתמודד עם הקשיים בהם הוא נתקל במרחב הציבורי, ועל כן ישנו צורך בשינוי תודעתי חברתי, למען חברה שיוונית וסובלנית.

מבוא

הקדמה

אנשים טרנסג'נדרים חווים קשיים חברתיים ואישיים על רקע זהותם המגדרית. באופן יום יומי, נאלצים טרנסג'נדרים להתמודד עם סטיגמה, בורות, עמדות שליליות ודעות קדומות הרווחות בחברה כלפיהם, כמו גם עם עמדותיהם ותפיסותיהם לגבי עצמם, אשר מושפעות מאותם ערכים חברתיים פוגעניים (Bockting, 2008; Whittle, 2006). כתוצאה מחשיפה ללחצים בלתי פוסקים לקונפורמיות מגדרית, שרויים טרנסג'נדרים במצוקה אישית וחברתית המתבטאת בשיעורי תחלואה גבוהים, מחלות נפשיות, התנהגויות מסכנות ועוד (Lombardi, 2009). בעשור האחרון, חלה התעוררות בתחום המחקר האמפירי והתיאורטי בעולם בנוגע לטרנסג'נדרים, בד בבד עם תחושת ההעצמה ותחילתו של מאבק לשינוי חברתי בקרב אוכלוסייה זו. התעוררות זו מציינת תחילתו של שינוי ביחס לטרנסג'נדרים בעולם, אף כי נראה שתהליך זה מורכב ועודנו בתחילתו. בישראל, נערכו עד כה מספר מחקרים איכותניים בנושא (למשל, סיני, 2012; רייכט, 2012; Leichtentritt, & Davidson-Arad, 2004; 2012) ולפיכך, מחקר זה הוא הראשון מסוגו שיכול לתת אינדיקציה כמותית לתופעת הטרנספוביה ולהשלכותיה על חייהם של אנשים טרנסג'נדרים, ותורם להבנה טובה יותר של קבוצת אוכלוסייה זו. ממצאי המחקר יסייעו לאנשי מקצוע, ובכללם עובדים סוציאליים, בהבנת קשייהם של טרנסג'נדרים ולדרכי הסיוע האפשריות – הן ברמה החברתית והן האישית. המחקר הנוכחי מתמקד בהשפעת אירועי לחץ על בריאותם הנפשית של טרנסג'נדרים. מודל המחקר מתבסס על מודל ה'לחץ על מיעוטים' (Minority stress) שפותח על מנת להסביר את מצבם הנפשי של מיעוטים מיניים (Meyer, 2003, 2007), אך טרם נבחן בקרב אוכלוסיית הטרנסג'נדרים. מתוך המודל, נבחרו אירועי לחץ בעלי מוקדים פנימיים וחיצוניים המנבאים את רמות המצוקה והרווחה הנפשית של טרנסג'נדרים, ותמיכה משפחתית וקהילתית המשפיעים על קשר זה.

סקירת ספרות

טרנסג'נדרים

אוכלוסיית היעד של מחקר זה היא אנשים טרנסג'נדרים בישראל. אוכלוסייה זו היא קבוצה מגוונת המורכבת ממגוון תתי קבוצות וזהויות, אשר המשותף להן הוא תחושת המתח ו/או חוסר ההתאמה במרכיבי הזהות המינית. פרק זה יעסוק בהגדרת הזהות הטרנסג'נדרית, במורכבות התיאורטית שזהות זו מציבה בפנינו, ובתיאור מאפייני הקהילה הטרנסג'נדרית כפי שהם באים לידי ביטוי בישראל.

זהות טרנסג'נדרית.

המונח טרנסג'נדר (Transgender) הוא מונח מורכב המתייחס לקבוצה מגוונת ורחבה של אנשים להם זהויות וביטויים מגדריים שונים, אשר אינם תואמים לעקרונות המגדריות הבינאריות המקובלות בחברה (שילה, 2007; Nagoshi & Brzuzy, 2010; Whittle, 2006). המונח מציין הגדרה אישית של זהות מגדר, ועל כן השימוש במונח טרנסג'נדר בעבודה זו מתייחס לכל אותם אנשים המגדירים עצמם טרנסג'נדרים ורואים עצמם שייכים לקבוצת אוכלוסייה זו.

על מנת להבין את המונח טרנסג'נדר, ראשית עלינו להתעכב על המימדים השונים המרכיבים את הזהות המינית. הזהות המינית מכילה ארבעה מרכיבים (Shively & De Cecco, 1977): **המין הביולוגי**, המתייחס להיות האדם זכר או נקבה, ונקבע על פי כרומוזומי המין, המערכת ההורמונאלית והמערכת הפיזיולוגית; **תפקידי המין**, המתייחסים להתנהגות החברתית המצופה מאדם מעצם השתייכותו למין ביולוגי זכרי או נקבי; **זהות המגדר**, המתייחסת לתחושה האישית של כל אדם לגבי היותו גבר או אישה; ו**משיכה מינית**, המתייחסת לסובייקט אליו נמשך האדם מבחינה ארוטית, רגשית ואינטימית.

בעוד מרבית האנשים חווים הלימה בין המרכיבים השונים של הזהות המינית שלהם, אנשים טרנסג'נדרים חשים כי זהותם המגדרית אינה תואמת את מינם הביולוגי, ולעתים אף אינה עונה להגדרות הדיכוטומיות של "גבר" או "אישה" (שילה, 2007). כיום, נהוג להתייחס למונח טרנסג'נדר כמונח מטרייה, אשר מכיל בתוכו מגוון רב של זהויות מגדריות אשר המשותף להן הוא תחושת המתח בין הממדים השונים של הזהות המינית (שילה, 2007; Bettcher, 2007; Davidson, 2007).

המונח טרנסקסואל (Transsexual) נועד לציין אנשים המעוניינים לחיות בזהות מגדרית שונה מהמין הביולוגי שלהם, ומשתמשים בטכנולוגיות הורמונאליות או כירורגיות על מנת לשנות את גופם בהתאם (Bornstein, 1994; WPATH, 2011). כקטגוריה המאבחנת מצוקה נפשית, הופיע המונח לראשונה ב-DSM-III (1980) וב-ICD-9 (1975), ונכלל אף ב-DSM-IV (2000) וב-ICD-10 (1990) תחת השם הפרעה בזהות המינית (Gender Identity Disorder, GID) (Derscher, Cohen-Kettenis & Winter, 2012; HBGDA, 2001). הקטגוריה מוסיפה להופיע ב-DSM-V (2013) בשם דיספוריה מגדרית (Gender Dysphoria).

כניסתם של המונחים השונים לתדריך, המאפשר זיהוי ואבחון תחושות הגורמות למצוקה על רקע מגדרי, מדגיש את השימוש במודל הרפואי ביחס לאנשים טרנסג'נדרים. תהליך זה של מדיקליזציה, בו מוגדרות בעיות שבעבר לא נחשבו רפואיות במונחים של מחלה או הפרעה נפשית (Conrad, 2005), מעניק מחד לגיטימציה למתן שירותים רפואיים לשינוי מין וכיסוי עלויות הכרוכות בהליך זה (Hide, 2002; Derscher, Cohen-Kettenis & Winter, 2012).

ומאידך חושף טרנסג'נדרים לתווית של חולי נפשי (DSM-IV, 2000). למרות קטלוג פתולוגי זה, מדגיש הארגון

המקצועי העולמי לבריאות טרנסג'נדרים World Professional Organization for Transgender WPATH

(Health) כי אנשים טרנסג'נדרים אינם סובלים מהפרעה נפשית באופן אינהרנטי, אלא עשויים לעיתים לחוות מצוקה

על רקע קושי אישי או חברתי הקשור להיותם טרנסג'נדרים. על כן, מציע הארגון קווים מנחים לאנשי מקצוע

(Standards of care), אשר מטרתם לסייע לרווחה הנפשית, לאיכות החיים ולהגשמה עצמית של אנשים טרנסג'נדרים

(WPATH, 2011).

בין פרסום ה-DSM-III ל-DSM-IV, החל להופיע המונח טרנסג'נדר, המתייחס אף הוא לחוויית המותח בממדי

הזהות המינית. בניגוד לקטגוריה המאבחנת של טרנסקסואל, טרנסג'נדר הוא מונח מעצים, העונה על הצורך של

קהילה זו בהגדרה עצמית (Bettcher, 2007; Winter, 2009). כיום, נכללות תחת המטרייה הטרנסג'נדרית קבוצות

רבות, כגון: טרנסקסואלים מזכר לנקבה (Male to Female, M-T-F)¹ או מנקבה לזכר (Female to Male, F-T-M)²,

דראג קינגס (Drag Kings) ודראג קווינס (Drag Queens)³, ג'נדרקוויירס (Genderqueer), קוויירס (Queer)⁴,

קוקסינלית (Coccinelle)⁵ וכל האנשים אשר חוצים, מערפלים ומגשרים על הגבול שבין מין למגדר, או עומדים על

זכותם להגדרה עצמית ללא קשר לחלוקה המגדרית הבינארית הקיימת בחברה (Bettcher, 2007; Bronstein, 1994;)

(Currah, 2006).

אנשים טרנסג'נדרים שונים זה מזה בהגדרתם העצמית ובמידה בה הם מאתגרים את גבולות המגדר

הנורמטיביים. חלק מרגישים נוח כאשר הם מזוהים על ידי החברה כשייכים לאחת משתי הקטגוריות המקובלות של

'גבר' ו'אישה', ומעוניינים 'לעבור' (to pass)⁶ בחיי היום יום שלהם במגדר המועדף עליהם. אחרים מרגישים שייכים

למקומות שונים על הרצף בין שתי הקטגוריות, ואחרים שוללים לגמרי את הגדרתם העצמית על בסיס חלוקה מגדרית

בינארית, ואינם רואים עצמם שייכים לקטגוריות מגדריות כלשהן (Nagoshi & Brzuzy, 2010; Whittle, 2006).

ניתן לראות כי המונח טרנסג'נדר מהווה מחד בית לכל אותן זהויות אשר אינן מוצאות את מקומן תוך השיח

הנורמטיבי של מגדר, ומאידך מקור למחלוקת בתוך תת קבוצות אלה. נוסף על היותו מונח המגדיר זהויות, טרנסג'נדר

הוא גם חלק משיח תיאורטי חשוב העוסק בקשר שבין מין למגדר ומיניות.

¹ M-T-F - נשים שנולדו במין זכר, אך מזדהות וחיות את חייהן כנשים.

² F-T-M - גברים שנולדו במין נקבה, אך מזדהים וחיים את חייהם כגברים.

³ דראג קווינס וקינגס - גברים או נשים בהתאמה, המתלבשים באירועים מיוחדים כפרודיה בבגדים שאינם תואמים את מינם.

⁴ קוויירס - אנשים אשר מערערים על ההתאמה בין מין למגדר ומיניות, ומעדיפים להזדהות בצורה מינית ומגדרית עמומה.

⁵ קוקסינלית - מונח שנוי במחלוקת, המשמש בדרך כלל עבור נשים טרנסקסואליות, אך עשוי להתפרש ככינוי גנאי בהקשרים מסוימים, כשם שהמילה 'הומו' עשויה להתפרש כקללה.

⁶ 'לעבור' - מונח השאול מהפוליטיקה האפרו אמריקנית, המציין את רצון האדם לעבור מקבוצה אחת לאחרת. בהקשר של טרנסג'נדרים, הכוונה לרצון להיטמע במגדר היעד ולקבל יחס חברתי התואם קבוצה זו.

לקריאה נוספת, ראה Cromwell, 1999, pp. 38-40 ו Renfrow, 2011.

מין, מגדר ומיניות: היבטים תיאורטיים

הזהות הטרנסג'נדרית על שלל גווניה, קוראת תיגר ומציגה שאלות לגבי הקשר שבין מין, מגדר ומיניות, הן בתחום המחקר התיאורטי והן בחיי היום יום. בתת פרק זה אסקור את המורכבות התיאורטית העוסקת בקשר שבין שלושת המרכיבים הללו ואת ההתפתחות ההיסטורית של הבנת קשר זה.

עד לעלייתו של הגל השני של הפמיניזם בשנות השבעים של המאה העשרים, רווחה העמדה האידיאולוגית אותה ייצג פרויד, לפיה "אנטומיה היא גורל". תפיסה זו גורסת כי מקור השוני החברתי-פסיכולוגי בין גברים לנשים נעוץ בהבדלים הביולוגיים בין המינים. עמדה זו, המכונה גם "דטרמיניזם ביולוגי", מדגישה את הקשר הטבעי לכאורה והבלתי ניתן להפרדה בין הקטגוריות זכר-גבר, נקבה-אישה (ברזלי, 2001; Kessler & McKenna, 2000).

הגל השני של הפמיניזם קרא תיגר ואף ערער על תפיסתו של פרויד. התיאוריה הפמיניסטית, המתרכזת במגדר כקטגוריית ניתוח מרכזית, טענה להבחנה ברורה בין קטגוריית המין, עובדה ביולוגית המסמלת את היותו זכר או נקבה, לבין קטגוריית המגדר, זהות חברתית נרכשת כגבר או אישה (ברזלי, 2001). הפמיניזם ערער על החלוקה הטבעית לכאורה שבין גברים לנשים המתבססת על מינם הביולוגי, וקרא תיגר על ההנחות המקובלות הנוגעות לטבע הנשי ולטבע הגברי (גרוס וזיו, 2003). אחת הטענות המרכזיות, אותה מייצגת סימון דה בובואר (2001), הייתה כי אנשים אינם נולדים נשים או גברים, אלא לומדים את התפקיד החברתי של גבר ואישה באמצעות תהליך החברות המגדרי.

התיאוריה הפמיניסטית וכתביו של מישל פוקו (1996) היוו בסיס להגיית התיאוריה הקווירית בסוף שנות ה-80 ותחילת שנות ה-90. תיאוריה זו שמה את המיניות במרכז הניתוח שלה, ומערערת על תפיסת הטבעיות של הקטגוריות מין, מגדר ומיניות והקשר ביניהן. התיאוריה קוראת תיגר על הציפייה החברתית שאדם אשר נולד זכר, יהיה גבר ויימשך לנשים (גרוס וזיו, 2003). התיאוריה הפמיניסטית, אשר ביססה את ההפרדה בין המין הביולוגי למגדר, סללה למעשה את הדרך לטענתה של התיאוריה הקווירית, בדבר הימצאותם של יותר משני מגדרים. התפיסה שמגדר הוא קטגוריה נפרדת ממין, משמעה שהמגדר אינו חייב לייצג את המין, ועל כן לא מתקיים קשר הכרחי בין זכר-גבר ונקבה-אישה. מכאן ניתן להסיק שמכיוון שהמגדר אינו כבול למערכת המין הבינארית ואינו מייצג אותו, יכולים להתקיים יותר משני מגדרים (גרוס, 2005; ברזלי, 2001; באטלר, 2003).

התיאורטיקנית המרכזית המובילה גישה זו, היא גודית באטלר (באטלר, 2001; באטלר, 2003; Buttler, 1993). באטלר הולכת אף צעד נוסף, וטוענת כי קטגוריית המין היא כשלעצמה אינה דבר "טבעי" אלא קטגוריה מובנית חברתית וממוגדרת. ועל כן המגדר אינו ההיבט החברתי של המין הביולוגי, אלא מנגנון המייצג את הפיקציה שהמין הביולוגי הוא מהות טבעית. מתוך ההנחה כי המגדר אינו מייצג את המין הביולוגי, קוראת באטלר לערער על הבינאריות המגדרית. היא טוענת כי מגדר אינו זהות קבועה, אלא נרכשת באמצעות חיקויים של פעולות התנהגותיות

יום יומיות. פעולות פרפורמטיביות-ביצועיות אלו (performance), יוצרות אשליה של זהות מגדרית דיכוטומית וקבועה של "גבר" ו"אישה", אך למעשה אלה אינן אלא תהליך של חיקוי מגדרי. כל ניסיון לרכוש מגדר הוא למעשה ניסיון של חיקוי: גבר המבצע תפקידי מגדר "גבריים", למעשה מבצע תמיד חיקוי של גבריות אשר אינו נובע באופן טבעי מעובדה ביולוגית. מכאן שגם זכר המבצע חיקוי לגבריות, וגם נקבה המבצעת חיקוי לגבריות, מבצעים חיקוי במידה שווה, ולכן אין לראות חיקוי אחד כ'אמיתי' או 'אותנטי' יותר מהשני (באטלר, 2001; גרוס, 2001; גרוס וזיו, 2003). עם זאת, חיקוי המגדר הוא חיקוי כפוי, אשר נתון למשטור מגדרי חמור. משטור זה, מאורגן על ידי עקרון "הפיקציה של קוהרנטיות הטרנסקסואלית", כלומר, הכלל על פיו המיניות (ההטרנסקסואלית) נקבעת בהתאם למגדר, והמגדר נקבע בהתאם למין הביולוגי (באטלר, 2001; גרוס וזיו, 2003; ברזילי, 2001).

התיאוריה הטרנסג'נדרית צמחה במקביל לתיאוריה הקווירית ומסתמכת על עקרונות מרכזיים דומים: ביקורת על תפיסת הבינאריות המגדרית והבנה שמין ומגדר הם תוצאה של הבניה חברתית (Stryker, 2006). החידוש המרכזי של התיאוריה הוא בחיבור בין החוויה הגופנית לבין תחושת המגדר. על פי גישה זו, ראית המגדר כקטגוריה חברתית גרידא ללא קשר לגוף, אינה יכולה להסביר את חוויותיהם של טרנסקסואלים. ראיה כזו מתעלמת מתחושת זהות שמקורה בגוף, אשר ממשיכה להתקיים בתפיסת העצמי בין המופעים המגדריים (Nagoshi & Bruzuzy, 2010).

התיאוריה הטרנסג'נדרית רואה את זהות האדם כמקיימת אינטראקציה דינאמית בין שלושה מרכיבים: הראשון, הוא האספקט הגופני של העצמי שמקורו בחוויות גופניות. השני, הוא האספקט בזהות שאדם בונה לעצמו, תוך נתינת משמעות לנראטיב של חוויות חייו. השלישי, הוא האספקט בזהות שנבנה באופן חברתי, כתוצאה מהאקלים החברתי-תרבותי שכופה על אנשים ציות לנורמות מגדריות מקובלות (Bettcher, 2006; Nagoshi & Bruzuzy, 2010).

לסיכום, נראה כי התיאוריה הקווירית והתיאוריה הטרנסג'נדרית משלימות זו את זו, ומהוות מסגרת חשיבתית להתייחסות לאנשים טרנסג'נדרים וטרנסקסואלים. הפרק הבא ימשיך לעסוק בהבנת חייהם של אנשים טרנסג'נדרים, ויתמקד בהיבטים קהילתיים של אוכלוסייה זו.

מאפיינים קהילתיים

קהילת הטרנסג'נדרים מהווה תת תרבות בעלת היסטוריה קהילתית משותפת, סמלים, אירועים ומאבקים משותפים. בתת פרק זה אסקור את המאפיינים המשותפים לקהילה באופן כללי ולקהילת הטרנסג'נדרים בישראל בפרט.

הקהילה הטרנסג'נדרית היא קבוצת מיעוט הן בקרב האוכלוסייה הכללית והן בקרב קהילת להט"ב (לסביות, הומואים, טרנסג'נדרים וביסקסואלים). שכיחות הטרנסג'נדרים באוכלוסייה אינה ידועה. מידי שנה מתפרסמים מחקרים מארצות שונות המעידים על שיעורים שונים של שכיחות טרנסג'נדרים באוכלוסייה הכללית, אך נתונים אלו מתבססים בעיקר על דיווחים המגיעים ממרפאות מגדר ברחבי העולם המעניקות שירותים לאנשים המעוניינים לעבור

תהליך פיזי של שינוי מגדרי. אולם, טרנסג'נדרים אשר אינם מעוניינים בשינויים פיזיולוגיים עשויים לא לפנות למרפאות אלו ולא להיכלל בסטטיסטיקות (שילה, 2007; WPATH, 2011). בישראל, קיימת ועדה לשינוי מין של משרד הבריאות בבית החולים "שיבא" בתל השומר. על פי נתוני הוועדה, שכיחותן של טרנסקסואליות MTF הינה 1:100,000, ואילו עבור טרנסקסואלים FTM הינה 1:400,000. כאמור, נתונים אלו אינם מדויקים ומציינים רק את מספר האנשים אשר פונים לוועדה זו על מנת לעבור תהליך כירורגי לשינוי מין (קפלן ואחרים, 2004).

נוסף על היותה קבוצת מיעוט, אוכלוסיית הטרנסג'נדרים היא קבוצה חברתית הסובלת מדעות קדומות וסטיגמה (Winter, 2002; Lombardi, 2009). סלידה ואדישות חברתית כלפי טרנסג'נדרים הופכים קבוצה זו לחשופה יותר לאלימות פיזית, אונס ורצח, כמו גם אפליה בתחום הדיור, בתעסוקה וברפואה (Minter, 2000; Stone, 2010). זאת ועוד, בשני העשורים האחרונים החלו ארגוני להט"ב להתמודד עם שאלת הכללתם של אנשים טרנסג'נדרים במאבקייהם הפוליטיים. למרות שאנשים טרנסג'נדרים רואים את הקהילה כבית החברתי והפוליטי שלהם, פעילים ופעילות לה"בים (לסביות, הומואים וביסקסואלים) לעיתים אינם חושבים שטרנסג'נדרים שייכים לקהילה, וטוענים כי הכללתם יכולה לבלבל ואף לעכב את המאבק הפוליטי (Minter, 2000; Stone, 2010). היבט זה מחריף את הקושי של אנשים טרנסג'נדרים, המוצאים עצמם מודרים הן בקרב האוכלוסייה הכללית וגם בקרב מיעוטים מיעוטים.

יחד עם זאת, בשנים האחרונות אנו עדים לשינוי ותחושת העצמה בקרב קהילת הטרנסג'נדרים בישראל. שינוי זה מתבטא במספר רב של פעילויות חברתיות ופוליטיות כאחד, כגון: ציון יום הזיכרון הבינלאומי לטרנסג'נדרים, השקת אתר האינטרנט 'GoTrans' לקהילה הטרנסג'נדרית, ניסיונות להביא לשינוי בנוהל הוועדה לשינוי מין בתל השומר (ראה/י מדינת ישראל, משרד הבריאות, 1986), ועוד.

לסיכום, נראה כי קהילת הטרנסג'נדרים מתמודדת עם חסמים וקשיים חברתיים הן מצד האוכלוסייה הכללית והן מצד קהילת להט"ב. יחד עם זאת, המאבק המשותף באפליה החברתית גורמים לתחושת סולידריות והעצמה. בפרקים הבאים יוצג מודל העשוי להסביר את הקשר בין חשיפה לאפליה חברתית ומצבם הנפשי של טרנסג'נדרים.

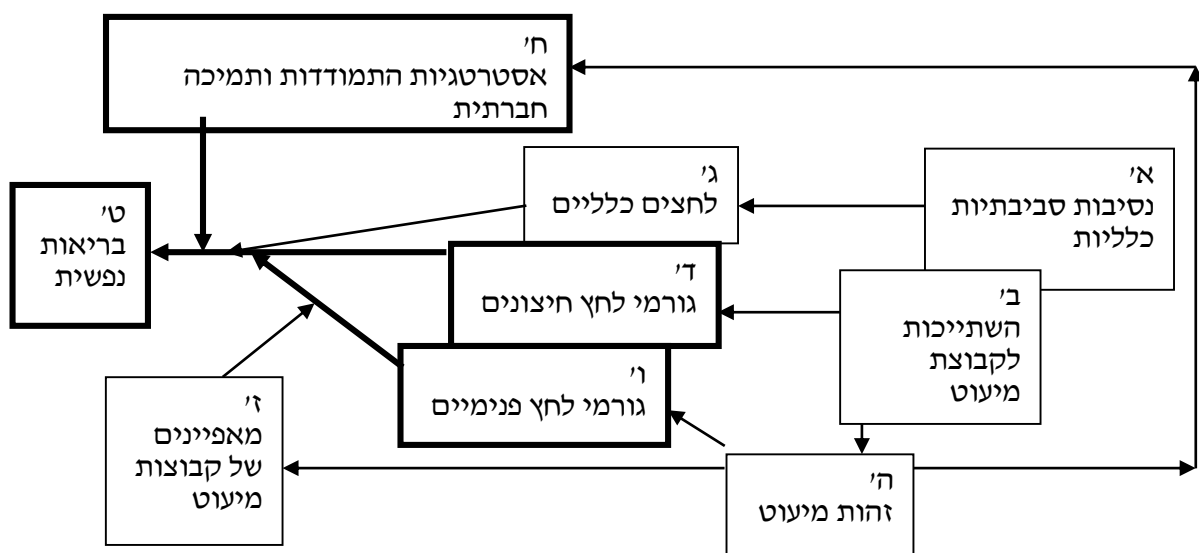
לחץ על מיעוטים

המחקר הנוכחי מתמקד בלחץ על מיעוטים כגורם הקשור לבריאותם הנפשית של טרנסג'נדרים. מחקרים מצביעים על הקשר שבין סטיגמה, דעות קדומות ואפליה על בריאות נפשית של קבוצות מיעוט (Kuyper & 2007, 2003; Meyer, 2011; Fokkema). בתת פרק זה, אציג תחילה את מודל ה'לחץ על מיעוטים' ממנו שאול מודל המחקר הנוכחי, ולאחר מכן אסקור את הלחצים החיצוניים והפנימיים עמם מתמודדים טרנסג'נדרים.

לחץ על מיעוטים שונה מלחצי חיים אחרים, ומוגדר על ידי מספר מאפיינים ייחודיים: ראשית, זהו לחץ **מיוחד**, כלומר הוא מהווה גורם לחץ נוסף על הלחצים הכלליים שחווים אנשים. שנית, הלחץ הוא **כרוני**, כלומר הוא יציב ומבוסס על מבנה חברתי ותרבותי. ושלישית, מדובר ב**לחץ שמקורו בחברה**, כלומר הוא נובע מתהליכים, מוסדות ומבנים חברתיים ולא מאירועים או מצבים אישיים (Meyer, 2007).

גוף הידע התיאורטי הקיים כיום בספרות בנוגע ללחץ על מיעוטים מסתמך בעיקר על המודל אותו פיתח Meyer (2003, 2007) (ראה/י תרשים 1, המחקר הנוכחי מתמקד בתיבות ובקשרים המודגשים). המודל מתבסס על תיאוריות פסיכולוגיות וסוציולוגיות, ומסביר כיצד סטיגמה, דעות קדומות ואפליה יכולים ליצור סביבה חברתית מלחיצה, אשר עלולה להשפיע על מצבם הנפשי של אלה השייכים לקבוצות מיעוט בעלות סטיגמה. המודל מציג לחצים, דרכי התמודדות והשפעתם על הבריאות הנפשית. מקור כל הלחצים המתוארים במודל נעוץ בשתי קטגוריות: **נסיבות סביבתיות כלליות** (א'), וה**שתייכות לקבוצת מיעוט** (ב'). לחצים אלו יכולים להשפיע על האדם בו זמנית, הן כתוצאה מ**לחצים כלליים** (ג') והן כתוצאה מלחצים ייחודיים כלפי קבוצת המיעוט. גורמי הלחץ הייחודיים הללו, מתוארים כנעים על רצף בין **גורמי לחץ חיצוניים** (ד'), המוגדרים כאירועים ומצבים "אובייקטיביים" של אפליה ואללימות, לבין **גורמי לחץ פנימיים** (ו'), קרי תהליכים אישיים סובייקטיביים, המושפעים הן מגורמי הלחץ החיצוניים והן מהמידה בה אדם מרגיש שייך לקבוצת המיעוט ומזדהה עם **זהות המיעוט** (ה'). הקשר בין כל גורמי הלחץ במודל לבין הבריאות הנפשית הוא קשר שלילי: ככל שהלחצים עולים, כך הבריאות הנפשית יורדת. על הקשר בין גורמים אלו לבין הבריאות הנפשית משפיעים בצורה ממתנת שני משתנים: **מאפיינים של קבוצת מיעוט** (ז'), ו**אסטרטגיות התמודדות ותמיכה חברתית** (ח'). השערת המודל היא שזהות מיעוטים עשויה להוות מקור כוח לאדם המקבל עידוד ותמיכה וחברתית, ובכך להשפיע על הקשר שבין הלחצים השונים המופעלים עליו לבין בריאותו הנפשית (Meyer, 2003, 2007).

תרשים 1. מודל לחץ על מיעוטים (Meyer, 2003).



אף כי המודל המוצג מתייחס למיעוטים מיניים בלבד (הומואים, לסביות וביסקסואלים), יש ביכולתו לקדם הבנה טובה יותר למצבם הנפשי של טרנסג'נדרים (Hendricks & Tests, 2012), מאחר ואוכלוסייה זו מהווה קבוצת מיעוט בתוך המיעוט הלהט"בי, וסובלת מדעות קדומות וסטיגמה לעתים אף במידה רבה יותר בהשוואה לקבוצות האחרות (Minter, 2000; Stone, 2010). מאחר והספרות מצביעה על חשיפה לאירועי אפליה כלפי טרנסג'נדרים היוצרים לחצים ומשפיעים על תפקודם (Lombardi, 2009; Sugano, Nemoto, & Operario, 2006), מתמקד המחקר הנוכחי בלחצים חיצוניים ופנימיים בחייהם של טרנסג'נדרים, ובוחן את בריאותם הנפשית, כמו גם את תרומתם של משאבי תמיכה חברתיים ומשפחתיים לבריאות הנפשית.

גורמי לחץ חיצוניים

גורמי לחץ חיצוניים הם אירועים הנובעים מסטריאוטיפים ודעות קדומות, המתבטאים באירועי אפליה ואלימות (Meyer, 2007). במקרה של טרנסג'נדרים, אירועים אלו מכונים אירועים טרנספוביים. בתת פרק זה, אסביר מונחים אלו ואדגים כיצד הם באים לידי ביטוי בחייהם של טרנסג'נדרים בשלושה מרחבים ציבוריים: מרחבים ציבוריים כלליים, תעסוקה ושירותי הבריאות.

טרנספוביה במרחבים ציבוריים כלליים

טרנספוביה הוא מונח המבטא דעות קדומות, סטיגמה ואפליה חברתית כלפי אנשים טרנסג'נדרים (Winter, 2009; Bettcher, 2007). אירועים טרנספוביים מתבטאים ביחס מזלזל, הטרדות מילוליות, תקיפה מינית, אלימות, רצח ועוד (Winter, 2009; Bettcher, 2007). אירועים אלה מלווים ברגשות של שנאה, תיעוב, גועל, אדישות, דחייה, כעס והתמרמרות (Winter, 2009). מחקרים מצביעים על חשיפתם הגבוהה של טרנסג'נדרים לטרנספוביה (Bauer et al., 2009; Lombardi, 2009; Stotzer, 2009; Sugano, Nemoto, & Operario, 2006). בסקר ארצי שנערך בארה"ב, נמצא כי מתוך 402 משתתפים טרנסג'נדרים, כ-50% נפלו קורבן לאלימות ואו הטרדה פיזית (Wilchins, 1997). במחקר שנערך בווינגטון, נמצא כי מתוך 252 משתתפים טרנסג'נדרים, 47% דיווחו על תקיפה פיזית, מתוכם 14% דיווחו כי עברו אונס או ניסיון לאונס (Xavier, 2000). במחקר על טרנסג'נדרים בפילדלפיה, 45% מתוך 80 משתתפים עברו תקיפה מינית, 56% חוו אלימות בביתם, ו-51% עברו תקיפה פיזית (Kenagy, 2005).

הסבר לשיעור אלימות כה גבוה כלפי קבוצה חברתית קטנה זו נעוץ ברמת הנראות החריגה שלה בנוף הציבורי: ככל שאדם אינו מתאים את עצמו לנורמה המקובלת, לדוגמא, הומו נשי או לסבית גברית, כך הוא צפוי להיתקל באירועי אפליה רבים יותר (Meyer, 2007). טרנסג'נדרים אשר סוטים מהנורמות המקובלות של התנהגות מגדרית,

ואז כאלו אשר עוברים תהליכים פיזיים לשינוי מגדרם בצורה גלויה לעין, יתפסו ככאלה המפרים ומאיימים על הסדר החברתי הקיים, ולכן יהיו חשופים יותר לאירועים של אפליה ואלימות שמקורם בטרנספוביה (Minter, 2000; Stone, 2010). הסבר נוסף נעוץ באמונה הרווחת כי מין הוא קטגוריה בלתי ניתנת לשינוי. על כן, אנשים טרנסג'נדרים המעוניינים 'לעבור' ממגדר אחד לאחר, עשויים להיתפס כלא אותנטיים, מתחזים ורמאים (Bettcher, 2007; Lombardi, 2009).

אך גם בקרב אוכלוסיית הטרנסג'נדרים קיימים הבדלים ברמת החשיפה לטרנספוביה. בשל הבדלים ביולוגיים, המעבר מזכר לנקבה (M-T-F) קשה יותר מבחינה פיזית מאשר המעבר מנקבה לזכר (F-T-M). על כן, נראותן של נשים טרנסג'נדריות במרחב הציבורי גבוהה יותר מזו של גברים טרנסג'נדרים, ולכן הן חשופות יותר לאירועים טרנספוביים (Kenagy, 2005). הסבר נוסף להבדל זה נעוץ בציפיות חברתיות נוקשות יותר לקונפורמיות מגדרית מזכרים לעומת נקבות. על כן, אישה טרנסג'נדרית הנתפסת כ"גבר" תהיה חשופה יותר לטרנספוביה שמקורה בתפיסות מגדריות נוקשות וחוסר קבלת זהותה המגדרית כאישה (Stryker, 2008).

החשיפה לטרנספוביה אינה מוגבלת רק למרחבים הציבוריים הכלליים, אלא מהווה מנת חלקם של טרנסג'נדרים במקומות רבים. הפרק הבא יעסוק בהתקלתם של אנשים טרנסג'נדרים בטרנספוביה בתעסוקה ובלימודים.

טרנספוביה בתעסוקה ובלימודים

המרחב התעסוקתי הוא המרכזי בחיי אנשים בכלל, ובחייהם של אנשים טרנסג'נדרים בפרט. ראשית, תעסוקה היא המקור העיקרי לפרנסה של כלל האנשים. שנית, מלבד ההוצאות הכלליות, אנשים טרנסג'נדרים צריכים לממן התערבויות כירורגיות שעלויותיהן גבוהות.

למרות החשיבות המרובה שיש להיבט התעסוקתי, מחקרים מצביעים על מקום העבודה כעל המרחב הציבורי הבעייתי ביותר עבור טרנסג'נדרים (Barclay & Scott, 2005; Couch et al, 2007). מחקרים מעידים על הטרדות מילוליות, פיזיות, פיטורין, שינוי קיצוני בתנאי העסקה וקושי במציאת עבודה כמנת חלקם היומיומית של טרנסג'נדרים בשוק העבודה כיום (Budge, Tebbe, & Howard, 2010; Whittle, Turner & Al-Alami, 2007; Wilchins, Lombardi, Preising, & Malouf, 1997). בישראל, חוק שוויון ההזדמנויות בעבודה (תשמ"ח-1988) אינו אוסר על אפליה מחמת זהות או ביטויי מגדר, וכך אנשים טרנסג'נדרים נותרים ללא הגנה משפטית מפני פיטורין הקשורים לסטאטוס הטרנסג'נדר שלהם.

פיטורין או עזיבה של מקום העבודה על רקע זהות טרנסג'נדרית עלולים להתרחש בכל שלב בתהליך המגדרי של האדם הטרנסג'נדר. שלבי השינוי הפיזי ההתחלתיים הם שלבים בהם הנראות של טרנסג'נדרים הופכת

לגבוהה במיוחד, דבר אשר עשוי לחשוף אותם להטרדות ואפליה (Whittle, Turner, & Al-Alami, 2007). מגד, טרנסג'נדרים שמצליחים 'לעבור' בצורה טובה אך לא שינו את מסמכיהם האישיים בצורה פורמאלית (סעיף המין ושם פרטי), עלולים להיתקל בקושי בקבלה לעבודה גם לאחר השינוי המגדרי. עבור טרנסג'נדרים אשר אינם מעוניינים בשינוי פיזי, הפער בין ביטויי המגדר למינם הביולוגי יתקיים תמיד, ועל כן קבוצה זו תהיה חשופה יותר לטרנספוביה בכל שלב (Broadus, 2006).

דבר דומה מתרחש בבתי ספר ובמוסדות להשכלה גבוהה. בישראל, תוצאות מחקר אשר בחן אקלים בית ספרי (פזמוני-לוי ושילה, 2012) מעידות כי תלמידים להט"בים חשופים אלימות רבה יותר מחבריהם ההטרוסקסואלים. בתוך קהילת להט"ב, מחקרים מעידים על חשיפה גבוהה יותר לאירועי אלימות ואפליה כלפי טרנסג'נדרים (Rankin, 2011; Robinson & Espelage, 2005). בעקבות חשיפה זו, נמצאים טרנסג'נדרים בסיכון רב יותר לנשירה מבית ספר (Robinson & Espelage, 2011; Sausa, 2002). בסקר ארצי שנערך בבתי ספר תיכוניים בארה"ב (Kosciw, 2011; Greytak, Bartkiewicz, Boesen, & Palmer, 2011), נמצא כי בהשוואה למיעוטים מיניים, תלמידים טרנסג'נדרים היו חשופים ברמה הגבוהה ביותר לטרנספוביה. 59% מהתלמידים הטרנסג'נדרים דיווחו כי הטרידו אותם מילולית, ו-80% דיווחו כי הם מרגישים לא בטוחים בבית הספר.

לסיכום, האפליה בלימודים או תעסוקתי עלולה לגרום לתחושה של מצוקה וחרדה מאיבוד מקור הפרנסה. במציאות כיום, מתמודדים טרנסג'נדרים עם אפליה ואבטלה, אשר עלולים להביאם לחשיפה מוגברת לסכנות בריאותיות ממשיות (Lombardi, 2001).

טרנספוביה בשירותי הבריאות

אנשים טרנסג'נדרים נעזרים במערכות הבריאות בשלושה מקרים עיקריים: האחת לשם קבלת טיפול הקשור לתהליך המעבר המגדרי, השנייה עבור נושאים כלליים שאינם קשורים להיותם טרנסג'נדרים (Lombardi, 2001) והשלישית על מנת לקבל טיפול במצבים הקשורים בעקיפין להיות שייכים לקבוצה חברתית מופלית, כגון: דיכאון, פגיעה עצמית, שימוש בחומרים ממכרים ועוד (Couch et al. 2007; Pitts et al, 2009). אנשים טרנסג'נדרים המעוניינים לעבור תהליכים פיזיים לשינוי מגדרי, זקוקים לשירותי הבריאות ותלויים בהם (Whittle, Turner, & Al-Alami, 2007). בישראל, שירותים רפואיים ייעודיים ניתנים דרך הוועדה לשינוי מין בבית החולים תל השומר. מלבד ניתוח לשינוי מין (Sex Reassignment Surgery), המבוצע בישראל רק במסגרת וועדה זו (מדינת ישראל, משרד הבריאות, 1986), ניתן לרכוש טיפולים להתאמה מגדרית בצורה מסובסדת דרך קופות החולים או באופן פרטי. מחקר זה יתמקד בשירותי הבריאות הכלליים, ולא יעסוק בשירותי הוועדה לשינוי מין.

מחקרים מצביעים על כך שלמרות הצורך בקבלת טיפול רפואי, טרנסג'נדרים רבים נוטים להימנע מבדיקות ומעקבים רפואיים, בשל חוויות עבר שליליות במפגש עם מערכת הבריאות (Lombardi & Davis, 2006; Sugano, 2006). חוויות אלו כוללות חוסר רגישות מצד רופאים ואחיות, סירוב לעזור במתן טיפולים הורמונאליים, פניה מכוונת במגדר הלא נכון (Whittle, Turner, & Al-Alami, 2007; Xavier et al., 2013), התמקדות באדם כטרנסג'נדר גם כשסיבת הפניה אינה קשורה לנושא המגדרי (Lombardi & Davis, 2006), אשפוז במחלקה הלא נכונה (כגון: אשפוז F-T-M במחלקת נשים) (Wilkinson, 2006) ועוד.

בעיה נוספת בה נתקלים טרנסג'נדרים במערכת הבריאות, קשורה לבורותם של רופאים בטיפול בטרנסג'נדרים. בשל המחסור בידע מקצועי מוסמך, טרנסג'נדרים עשויים להסתמך על מידע העובר מפה לאוזן (רייכט, 2012; Lombardi & Davis, 2006; Lurie, 2005), ואף לרכוש שירותים בשוק השחור, כגון: קניית הורמונים ברחוב, הזרקה עצמית של סיליקון לחזה ועוד (Kenagy, 2005; Lombardi & Davis, 2006).

התנסויות אלו עלולות לגרום לטרנסג'נדרים שסיימו לעבור את תהליך השינוי הרצוי להם לא לספר לרופאיהם על היותם טרנסג'נדרים (Couch et al., 2007), ובכך להסתכן בקבלת טיפול רפואי לא מותאם. אסטרטגיה נוספת היא פניה לרופאים הידועים כ'טרנס-פרנדלי' (Trans-friendly), כלומר בעלי היכרות וידע בסיסיים לגבי טיפול בטרנסג'נדרים (רייכט, 2012).

בד בבד עם ההתמודדות החברתית, מתמודדים אנשים טרנסג'נדרים עם קשיים אישיים. קשיים אלו קשורים ללחצים החברתיים עמם הם מתמודדים, אשר מביאים להפגמת עמדות חברתיות שליליות כלפיהם ולקושי בחשיפת זהותם לסביבתם. היבטים אלו יידונו בפרק הבא.

גורמי לחץ פנימיים

מוקדי לחץ פנימיים הם תוצאה של הפגמת עמדות חברתיות כלפי קבוצת המיעוט. הפגמה זו מעצימה את תחושת הלחץ ומשפיעה על הבריאות הנפשית של חברים בקבוצת המיעוט (Meyer, 2003). בתת פרק זה אסקור שני לחצים בעלי מוקד פנימי: חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית וטרנספוביה מופגמת.

חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית

שאלת חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית היא שאלה מרכזית העשויה ליצור קונפליקט: מחד, חשיפת הזהות וגאווה בה מהווים מקור לכוח, ומאידך עלולה לחשוף את האדם לטרנספוביה במרחב הציבורי. פרק זה יעמוד על הקושי בחשיפת הזהות הטרנסג'נדרית מחד ועל יתרונותיה מאידך.

הפוליטיקה הטרנסג'נדרית רואה בחשיפה עצמית אסטרטגיה לקידום תהליכים לשינוי חברתי, ועל כן מעודדת

נראות קהילתית (Edelman, 2009). עידוד חשיפה עולה בקנה אחד עם הפוליטיקה הגאה של שנות השבעים של

המאה ה-20, אשר ראתה ביציאה מהארון צעד אישי המביא לשיפור באיכות החיים ושחרור מהדיכוי החברתי

המופנם, וצעד פוליטי בבניית תנועת המונים (ד'אמיליו, 2003).

יחד עם זאת, קיימים חוקרים הקוראים לביטול הקשר הגורדי בין יציאה מהארון לבין תחושת העצמה, דימוי

עצמי וביטחון עצמי (Adams, 2010; McLean, 2007; Rasmussen, 2004). אלו קוראים לביטול את התפיסה

הדיכוטומית המבקשת לחגוג את היציאה מהארון ולתייגה כ'טוב', לעומת אלו שלא יצאו מהארון הנתפסים כפחותים,

לא כנים וכ'רעים'.

Meyer (2003) טוען כי הסתרה של זהות סטיגמטית היא אסטרטגיית התמודדות שמטרתה להימנע מאירועי

אפליה על רקע דעות קדומות. לפיכך, טרנסג'נדרים החוששים מחשיפה בחברה בה הנורמות החברתיות תומכות

ומעודדות דעות קדומות, יעדיפו להימנע משיפוטיות, יחס מפלה, ראייתם כנחותים, לא אותנטיים ורמאים

(Cromwell, 1999; Green, 2004; Hendricks & Testa, 2012). אנשים אלו, עשויים לבחור בחיים של סטילת'

(Stealth), כלומר חיים כגבר או אישה בצורה מוחלטת, הכוללת הסתרה של העבר הטרנסג'נדר. פרקטיקה זו מלווה

בתחושה של נוחות והעצמה עבור טרנסג'נדרים המעוניינים להיטמע בצורה מוחלטת במגדר היעד שלהם (Edelman,

2009), אך עשויה להתלוות לה תחושה של תסכול ופחד מפני מגילוי הסביבה על הסטאטוס הטרנסג'נדר (Bettcher,

2006).

במחקר איכותני שנערך בקרב 6 גברים טרנסג'נדרים (FTM) החיים בסטילת' נמצא כי הסיבה המרכזית

להסתרת הזהות הטרנסג'נדרית היא חשש להיתפס כ"לא-נורמאליים". על כן, הם מעדיפים לחיות את חייהם כגברים

"רגילים", ללא תוויות. היכולת 'לעבור' בצורה טובה מקנה להם אפשרות בחירה האם לספר על עברם הטרנסג'נדר,

מתי ולמי (Edelman, 2009).

עבור טרנסג'נדרים שאין באפשרותם לבחור בין הסתרה לחשיפה, המצב מורכב עוד יותר. טרנסג'נדרים שלא

'עוברים' בצורה טובה או אינם מעוניינים כלל 'לעבור', לא יכולים להשתמש באסטרטגיית ההסתרה, ולכן חשופים

יותר לאפליה. בנוסף, טרנסג'נדרים אשר 'עוברים' בחיי היום יום בצורה טובה אך לא שינו את סעיף המין בצורה

פורמאלית במשרד הפנים, אינם יכולים להסתיר את היותם טרנסג'נדרים במקומות הדורשים אמצעי זיהוי, כגון:

קבלת שירות בבנק, קבלה לעבודה חדשה או שכירת דירה (Green, 2004).

חשוב לציין כי ישנם אף טרנסג'נדרים שעבורם תהליך השינוי נתפס כחלק מעברם, שהם אינם מעוניינים לחלוק עם אחרים, אך עם זאת, הוא אינו מוגדר כ"סוד". עבור אנשים אלו, ייתכן והסתרת העבר הטרנסג'נדראי אינו מהווה מכשול בחייהם ועל כן אינו מוגדר כגורם לחץ.

טרנספוביה מופנמת

המונח טרנספוביה מופנמת מציין מצב בו אנשים טרנסג'נדרים מפגימים עמדות ומסרים חברתיים שליליים אודות טרנסג'נדריות (Morrow, 2004). אותם סטריאוטיפים חברתיים התומכים בהגדרות נוקשות של גבריות ונשיות, ובהתאמה ההכרחית כביכול בין המין הביולוגי לזהות המגדר, עלולים להוות אבן נגף בתהליך הקבלה העצמית של טרנסג'נדרים (Bockting, 2008).

הפנמת עמדות חברתיות שליליות עשויה להיות מקור לבושה, שנאה עצמית, הדחקה (Bockting, 2008), ייאוש, חוסר אונים (Reisner, Perkovich, & Mimiaga, 2010), דיכאון, שימוש בחומרים ממכרים וניסיונות אובדניים (Morrow, 2004). הפנמת עמדות שליליות עשויה אף לעכב טרנסג'נדרים בהתקדמותם בתהליך השינוי מגדרי, מתוך חשש שהתהליך לא יצלח, וכי לעולם לא יוכלו 'לעבור' בצורה טובה (Bockting, 2008). עיכוב זה עלול להקשות ואף להגביר את תחושת הלחץ הפנימי.

במחקר שנערך בארה"ב בו השתתפו 108 טרנסג'נדרים/ות, נמצא קשר שלילי חזק בין טרנספוביה מופנמת לביטחון עצמי. עוד נמצא, כי בקרב טרנסג'נדרים הנוטים להסתיר את היותם טרנסג'נדרים, קיים חשש מתמיד מגילוי זהותם על ידי הסביבה. חשש זה נובע מהפנמת השייכות לקבוצה בעלת סטיגמה, ומצביע על קיומה של טרנספוביה מופנמת (Healy, 2011). מחקר נוסף שנערך בארה"ב בו רואיינו 49 טרנסג'נדרים/ות, מצא כי הפנמה של סטיגמה כלפי טרנסג'נדרים השפיעה על הביטחון העצמי של הנבדקים, דבר אשר הביא לחשיפתם המוגברת למצבי סיכון ולקיום יחסי מין לא מוגנים (Kosenko, 2008).

בשל מיעוט המחקרים האמפיריים בנושא בקרב טרנסג'נדרים (Hendricks & Testa, 2012; Kosenko, 2008), ניתן להתייחס בהשאלה למחקרים שבדקו הומופוביה מופנמת בקרב הומואים. המחקר אודות הומופוביה מופנמת מציין קשר בין מצב לחץ זה לבין בריאות נפשית. הומואים אשר אינם מקבלים את נטייתם המינית, יסבלו יותר מדיכאון, חרדה, שימוש בחומרים ממכרים, אובדנות, פגיעה עצמית, הפרעות אכילה, וימצאו בסיכון גבוה להדבקות ב HIV מאלו המקבלים את נטייתם (Meyer, 2003; Williamson, 2000).

Meyer (2003) מציין כי למרות תוצאותיה ההרסניות של ההומופוביה המופנמת, באפשרותם של גורמי התמיכה החברתיים להקל על מצוקות אלו. בפרקים הבאים, יבחן מקומם של התמיכה המשפחתית והקשרים החברתיים בין טרנסג'נדרים בחייהם של אנשים טרנסג'נדרים.

גורמי תמיכה חברתיים

ההתמודדות האישית עם לחצים חיצוניים ופנימיים היא משימה קשה ומורכבת. מחקרים מעידים על כך שתמיכה רגשית וחומרית מצד אנשים קרובים משפרת את הבריאות הנפשית (Cohen & Wills, 1985). עם זאת, מחקרים מראים כי בהשוואה למיעוטים מיניים, לאנשים טרנסגינדרים יש פחות תמיכה משפחתית ותמיכה מחברים (Bockting et al., 2005). בתת פרק זה, אסקור את משאבי התמיכה החברתיים, קרי תמיכה משפחתית וקשרים חברתיים בין טרנסגינדרים, אשר נבדקים במחקר הנוכחי כמשתנים ממתנים.

תמיכה משפחתית

החוויית הראשונות של קבלה או דחייה שחווים טרנסגינדרים מתרחשות בדרך כלל בתוך המסגרת המשפחתית (Koken, Bimbi & Parsons, 2009). מרבית המחקרים הקיימים בנושא זה מצביעים על בעייתיות במערכת היחסים המשפחתית לאחר תהליך היציאה מהארון (Connolly, 2006; Lev, 2006, 2004; Raj, 2002; Whittle, 2000). טרנסגינדרים רבים מסולקים מבית משפחתם או נדחים על ידי בני המשפחה בגלל הזהות המגדרית שלהם. ללא מערכת תמיכה משפחתית, אנשים טרנסגינדרים חשופים לבעיות הקשורות לבריאותם נפשית, כגון: חרדה ודיכאון, ועלולים להשתמש באסטרטגיות התמודדות שליליות, כגון: שימוש בחומרים ממכרים, התנהגות מינית מסכנת ואובדנות (Connolly, 2006; Kenagy & Bostwick, 2005; Lev, 2006, 2004). חשוב לזכור כי גם המשפחה מושפעת מסטיגמה ודעות קדומות (Tanner & Lyness, 2004). בני משפחה יכולים לחוש תחושות של אבדן, צער, אשמה, בושה, בגידה, הכחשה, חרדה, כעס ודיכאון. לעתים עשוי לקחת למשפחה זמן רב עד לקבלה של בן המשפחה הטרנסגינדר, ולעתים קבלה זו אינה מגיעה. במקרים אלו, חיי המשפחה יכולים להוות מכשול עבור טרנסגינדרים (Lev, 2006).

יחד עם זאת, תגובת בני המשפחה עשויה להשתנות לאורך זמן, ולהשפיע בצורה שונה על בריאותם הנפשית של טרנסגינדרים (Connolly, 2006). יחסים שהתאפיינו בקונפליקט ודחייה עשויים להשתנות ולהביא לקבלה, אינטימיות ותמיכה (Mallon, 1999). ההכרה בזהות המגדר על ידי הורים ואחאים היא בעלת חשיבות רבה עבור תחושת הקבלה העצמית של טרנסגינדרים, ואף מתוארת כתחושת 'לידה מחדש' במגדר היעד (Nuttbrock, Rosenblum, & Blumenstein, 2002).

השפעתה של המשפחה על האדם הטרנסגינדר משתנה בהתאם לשלב בחיים בו נמצא האדם. בעוד שבגיל ההתבגרות תלויים המתבגרים בצורה רגשית וכלכלית בהוריהם (שילה, 2007), בגיל מבוגר יותר ישנה השפעה פחותה לקבלתם או דחייתם של ההורים על בחירותיהם והחלטותיהם של טרנסגינדרים (Connolly, 2006). בהתאם לכך, במחקר שנערך בקרב מתבגרים לה"בים בישראל, נמצא כי התמיכה המשפחתית הייתה בעלת ההשפעה הגבוהה

ביותר על בריאותם הנפשית של בני הנוער, אילו תמיכתם של חברים הטרנסקסואלים וחברים לה"בים הייתה בעלת השפעה נמוכה יותר (Shilo & Savaya, 2011).

קשרים חברתיים בין טרנסגינדרים

קשרים חברתיים בתוך קבוצה מהווים מקור חשוב להון חברתי (Bourdieu, 1986). במקרה של טרנסגינדרים, הון חברתי זה מתבטא כמקור תמיכה ותחושת שייכות (רייכט, 2012). המפגש עם אנשים אחרים הסובלים גם הם מסטיגמה בשל מאפיינים דומים, יכול לעזור בפיתוח זהות קולקטיבית חיובית. זהות זו יכולה לחזק את תחושת ההעצמה, ולעזור בהתמודדות מול הדיכוי החברתי המשותף (Lombardi, 1999; Sa'ñchez & Vilain, 2009). הקהילה מאפשרת לחבריה להתנהל בחופשיות במרחבים השונים, ללא חשש מהשלכות. מרחבים אלו עשויים להתקיים במפגשים חברתיים ומפגשי תמיכה, קהילות וירטואליות באינטרנט, השתתפות בפעילויות של תנועות חברתיות, ושאר פעילויות קבוצתיות בהן לאדם יש מגע עם חברים נוספים בקבוצה אליה הוא משתייך (Broad, 2002; Rosser, Oakes, Bocking, & Miner, 2007).

מחקרים מצאו כי קשרים חברתיים עשוי להשפיע באופן חיובי על הבריאות הנפשית של קבוצות מיעוט (Rosser, Oakes, Bocking, & Miner, 2007; Sa'ñchez & Vilain, 2009). קשרים אלו יכולים לקדם את תפקוד האדם בחיי היום יום, את בריאותו הפיזית והנפשית (Wright & Perry, 2000) ולעודד פיתוח הערכה עצמית ודימוי עצמי חיובי (Healy, 2011).

השתתפות בפעילויות קהילתיות יכולה אף להעניק הזדמנות לקבוצה להעריך מחדש את מצבי החץ בהם היא נתונה. הערכה כזו נותנת תוקף לחוויות ולרגשות המגוונים של אנשים בקבוצת המיעוט, על ידי מציאת המשותף, הזדהות עם מקרים דומים והעלאת מודעות פוליטית לבעיות אישיות. מודעות זו תורמת לתחושת ההעצמה ולרווחה הנפשית של הפרט (Lombardi, 1999; Meyer, 2003).

הפעילות הקבוצתית היא גם מקום בו ניתן לחלוק מידע אודות נושאים רפואיים, חוקיים וחיי היום יום. העברת מידע בנושאים אלו חשובה מאוד עבור טרנסגינדרים המתמודדים מול גורמים במערכת ממשלתית ביורוקרטית (Lombardi, 1999).

בריאות נפשית.

עד העשור האחרון, היה נהוג לקשור בין בריאותם הנפשית של טרנסגינדרים לבין בעיות תוך אישיות, הנובעות מהפער בין המין הביולוגי לתחושת זהות המגדר (Nuttbrock et al, 2010). מקורה של תפיסה זו נעוץ בהגדרת הזהות הטרנסגינדרית כהפרעה נפשית ב DSM (Lajos, Unoka, Dora, & Pál, 2011). אולם לצד גישה הרואה בזהות

הטרנסג'נדרית פתולוגיה, עולים גם הסברים המצביעים על סיבות חברתיות למצוקה הנפשית (WPATH, 2011). הסברים אלו מתמקדים בקונפליקט שבין האדם לסביבה, הנובע מהקשר שבין הזהות המגדרית או הביטויים המגדריים של האדם לבין הציפיות המגדריות הנורמטיביות בחברה (Bockting, 2009; Mathy, 2002).

אנשים טרנסג'נדרים גדלים בחברה רווית סטיגמה ודעות קדומות כלפיהם. עמדות אלו חושפות אותם ללחץ חברתי לקונפורמיות מגדרית ולאירועים טרנספוביים עוד משחר ילדותם (Hendricks & Testo, 2012). מחקרים מצביעים על התעללות מינית (Clements-Nolle, Marx, Guzman, & Katz, 2006), פיזית ורגשית (Nuttbrock et al, 2010) מצד בני משפחה (Mizock & Lewis, 2008), מכרים, חברים לספסל הלימודים, אנשים זרים ושוטרים (Clements-Nolle, Marx, Guzman, & Katz, 2006; Lajos, Unoka, Dora, & Pal, 2011). כל אלה עשויים להקשות על הרווחה הנפשית, המתייחסת לאספקט החיובי של הבריאות הנפשית, ולהעצים את המצוקה הנפשית, כלומר האספקט השלילי של הבריאות הנפשית. היבטים אלו עשויים להוביל לניסיונות אובדניים (Mathy, 2002; Mathy, Lehmann & Kerr, 2004), שימוש בחומרים ממכרים (Clements-Nolle, Marx, Guzman, & Katz, 2006), חרדה ובעיות במערכות יחסים (Shipherd, Green, & Abramovitz, 2010).

חשוב לזכור כי האוכלוסייה הטרנסג'נדרית היא אוכלוסייה הטרוגנית ולכן הבעיות והצרכים הנפשיים אינם אחידים (Bockting, Knudson, & Goldberg, 2007). מחקרים מצאו כי בקרב נשים טרנסג'נדריות קיים אחוז גבוה יותר של טראומה ו PTSD כתוצאה מחשיפה לאירועים טרנספוביים רבים יותר בהשוואה לגברים טרנסג'נדרים ובהשוואה לאוכלוסייה הכללית (Mizock & Lewis, 2008). עוד נמצא, כי נשים טרנסג'נדריות חשופות יותר ל אלימות מינית ופיזית. פער זה קשור לתפיסה נוקשה של גבריות ולציפיות להתנהגות מגדרית גברית מזכרים (Lajos, 2011; Unoka, Dora & Pal, 2011), כמו גם לקושי הפיזי 'לעבור' בצורה טובה, המגדיל את הסיכוי לחשיפה לאירועים טרנספוביים (Nuttbrock et al, 2010).

יש לציין כי לא כל הטרנסג'נדרים סובלים מבעיות נפשיות ומגיעים למצבים קיצוניים של התמכרויות ואובדנות (Mathy, 2002). ארגון ה WPATH (2011) מדגיש כי רק חלק מהאנשים הטרנסג'נדרים עשויים לסבול בחלק מסוים מחייהם ממצוקה על רקע מגדרי אשר אינה קשורה להיבטים סביבתיים. לעיתים, מצוקה זו כה גדולה עד שהיא עומדת בקריטריונים לאבחנה של מצוקה נפשית על פי ה DSM-V.

השערות המחקר

המחקר הנוכחי יבחן קיומו של קשר בין גורמי לחץ לבין בריאותם הנפשית של א/נשים טרנסג'נדרים. על סמך שאלה זו, נסחו מספר השערות מחקר:

א. השערות מתייחסות לקשר בין משתנים:

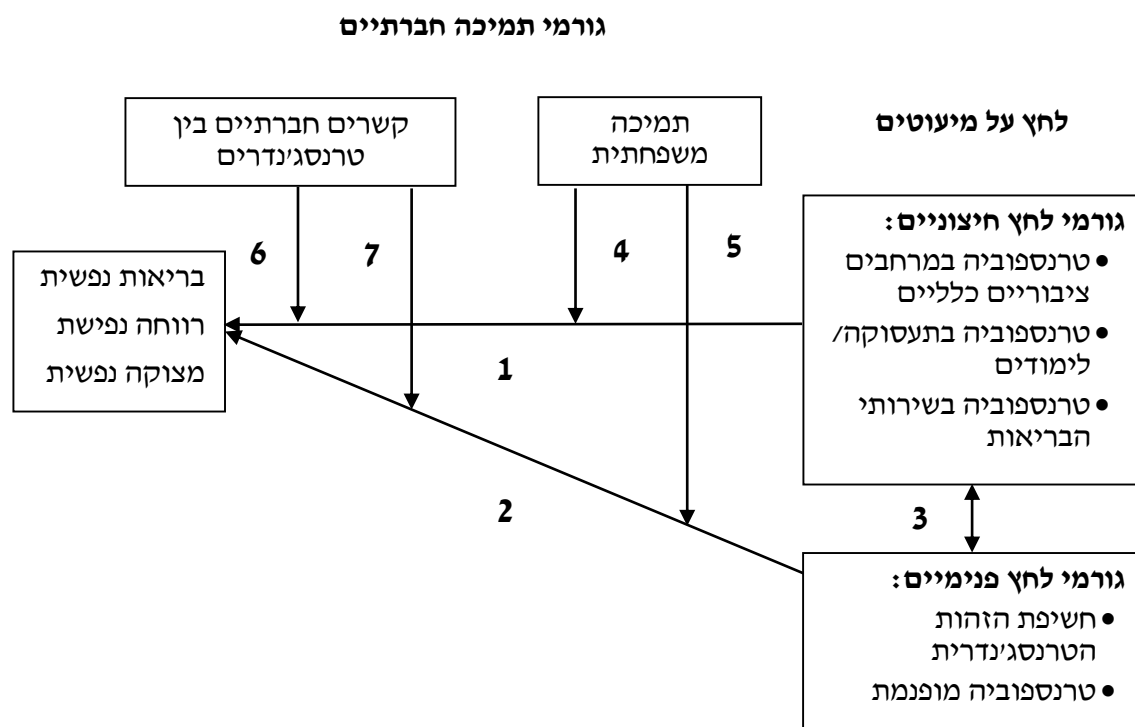
1. ימצא קשר בין חשיפה לגורמי לחץ חיצוניים לבין בריאות נפשית. ככל שטרנסג'נדרים חשופים לגורמי לחץ רבים יותר במרחב ציבורי, כך מידת המצוקה הנפשית גבוהה יותר ומידת הרווחה הנפשית נמוכה יותר.
2. ימצא קשר בין גורמי הלחץ הפנימיים לבין בריאות נפשית. ככל שטרנסג'נדרים סובלים מגורמי לחץ פנימיים רבים יותר, כך מידת המצוקה הנפשית גבוהה יותר ומידת הרווחה הנפשית נמוכה יותר.
3. ימצא קשר בין גורמי הלחץ החיצוניים לבין גורמי הלחץ הפנימיים. ככל שטרנסג'נדרים חשופים לטרנספוביה במרחבים ציבוריים כלליים, בשירותי הבריאות ובתעסוקה/ לימודים, כך מידת חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית נמוכה יותר ומידת הטרנספוביה המופנמת גבוהה יותר.

ב. השערות המתייחסות לגורמים ממתנים:

4. ימצא הבדל בבריאות הנפשית של טרנסג'נדרים החשופים לגורמי לחץ חיצוניים או סובלים מגורמים לחץ פנימיים ומקבלים תמיכה ממשפחותיהם, לבין אלו החשופים לאותם לגורמי לחץ ואינם מקבלים תמיכה ממשפחותיהם. קיומה של התמיכה המשפחתית תהווה גורם המתן את הקשר בין גורמי הלחץ החיצוניים וגורמי הלחץ הפנימיים לבין הבריאות הנפשית.
5. ימצא הבדל בבריאות הנפשית של טרנסג'נדרים החשופים לאירועי לחץ חיצוניים או סובלים מגורמי לחץ פנימיים ומקיימים קשרים חברתיים עם טרנסג'נדרים אחרים, לבין אלו החשופים לאירועי לחץ חיצוניים או פנימיים ואין להם קשרים חברתיים כאלו. הקשרים החברתיים בין טרנסג'נדרים יהוו גורם המתן את הקשר בין גורמי הלחץ החיצוניים / גורמי הלחץ הפנימיים לבין הבריאות הנפשית.

ג. השערות המתמקדות בקבוצות בתוך אוכלוסיית היעד:

6. ימצא הבדל בבריאות הנפשית בין טרנסג'נדרים ש'עוברים' בצורה טובה לבין טרנסג'נדרים שאינם 'עוברים'. בריאותם הנפשית של טרנסג'נדרים ש'עוברים' בצורה טובה תהיה גבוהה יותר מזו של טרנסג'נדרים שאינם 'עוברים'.
7. ימצא הבדל בבריאות הנפשית בין טרנסג'נדריות הנמצאות על הרצף מזכר לנקבה (M-T-F) לבין טרנסג'נדרים הנמצאים על הרצף מנקבה לזכר (F-T-M). בריאותם הנפשית של טרנסג'נדרים F-T-M תהיה גבוהה יותר מאשר בריאותם הנפשית של טרנסג'נדריות M-T-F.



הערה: האיור מציין את כיוון הקשרים בין המשתנים על סמך ידע תיאורטי, אך מאחר והמחקר הינו מחקר רוחב, ניתן יהיה לבחון רק את הקשרים בין המשתנים.

שיטה

אוכלוסיית המחקר והליך הדגימה

במחקר השתתפו 113 אנשים אשר הגדירו עצמם טרנסגינדרים וחיים בישראל. טווח הגילאים של משתתפי המחקר נע בין 16-61 ($M = 28.65$; $SD = 9.07$). מתוך משתתפי המחקר, 59 משתתפים, המהווים 52.2% מהמדגם, הגדירו עצמם כנמצאים על רצף F-T-M, כלומר, מנקבה לזכר. 39 משתתפות, המהוות 34.5% מהמדגם, הגדירו עצמן כנמצאות על רצף M-T-F, כלומר, מזכר לנקבה. 15 משתתפים, המהווים 13.3% מהמדגם, לא נכללו באף אחד משני הרצפים הללו באופן מובהק: חלקם בחרו קטגוריות מגדר שהשתייכו לשני הרצפים (למשל, טרנסגינדר וקווירית), וחלקם בחרו בקטגוריות ללא שיוך מגדרי מובהק (למשל, ג'נדר בנדר) ועל כן לא ניתן היה לשייכם לאחד משני הרצפים. קבוצה זו מכונה במחקר הנוכחי ג'נדרקווירים, המשמש כמונח מטרייה לזהויות מגדריות שאינן בינאריות. הדגימה נעשתה בשיטת מדגם נוחות ודגימת כדור שלג, שיטת דגימה לא הסתברותית, מאחר ולא קיימת מסגרת דגימה עבור אוכלוסייה זו. בכדי למנוע הטיית במחקר, ועל מנת להגיע למדגם מגוון ככל האפשר, נעשתה פניה למקורות איסוף שונים בתוך הקהילה.

השאלון הופץ בגרסה אלקטרונית דרך אתר האינטרנט Qualtrix המתמחה בבניית שאלונים אינטרנטיים, ומאפשר כניסה ומילוי השאלון בצורה אנונימית. השאלון פורסם דרך רשימות התפוצה של הקהילה הטרנסגינדרית (trans.il, transim, trans4trans), פורומים באתרים שונים ('טרנסגינדרס וחברים', 'פורום פרטי לג'נדרקווירס' ו'פורום פרטי לטרנסגינדריות' באתר "תפוז", פורום 'טרנסגינדרים' באתר Goay, פורום 'טרנסגינדרים' באתר איג'י, ו'Israeli transsexual' באתר morvital.net), קומונה ייעודית ('קומונה פרטית לגברים טרנסים' באתר תפוז), קבוצות בפייסבוק ('אתר הקהילה הטרנסגינדרית', 'קבוצת F-T-M' ו'אירועי הקהילה הטרנסגינדרית') ואתר הקהילה הטרנסגינדרית (www.Gotans.co.il). המשתתפים התבקשו להעביר את כתובת האינטרנט של השאלון למשתתפים פוטנציאליים אחרים, בשיטת כדור שלג (חבר מביא חבר).

איסוף הנתונים נמשך כשבעה שבועות, בין התאריכים 15.1.2012–4.3.2012. מבין 204 שאלוני האינטרנט

שהתקבלו, 113 נמצאו תקינים. 91 שאלונים נפסלו מאחר והיו חסרים בהם פרטים רבים. יחד עם זאת, ב 43

שאלונים מולאו מספר פרטים דמוגרפיים באופן מלא, ועל כן נערכו מבחנים סטטיסטיים לבחינת ההבדל בין משתתפים אלו למשתתפים שנכללו במחקר. לוח 1 מציג השוואה במשתתפים הסוציו-דמוגרפיים בין משתתפי המחקר לאלו שלא מילאו את השאלון במלואו. מהנתונים עולה כי קיים הבדל מובהק בגיל המשתתפים. משתתפי המחקר נמצאו מבוגרים יותר מאלו שלא נכללו בו. בבחינת המשתתפים הסוציו-דמוגרפיים השמיים המוצגים בלוח 2, נמצא כי קיימים הבדלים מובהקים בשינוי הרשמי של השם וסעיף המין, אשר מצביעים על כך שמשתתפי המחקר הרבו יותר

לשנות את שמם ואת סעיף המין בצורה רשמית מאשר אלו שלא נכללו בו. המשתנים בהם לא נמצא הבדל מובהק מוצגים בנספח 1.

לוח 1. מאפיינים סוציו-דמוגרפיים כמותיים על פי חלוקה לשאלונים שנכללו ולא נכללו במחקר

	שאלונים שלא נכללו במחקר (N = 43)			שאלוני המחקר (N = 113)	
	t	SD	M	SD	M
גיל	2.27*	6.28	24.97	9.07	28.65
הכנסה	1.35	2.41	3.28	2.84	3.92
מספר ילדים	1.50	1.35	1.70	.98	1.45

* $p < .05$

הערה: רמת ההכנסה נמדדה באמצעות סולם אורדינלי בין 1-8 רמות, כאשר רמה גבוה מצביעה על הכנסה גבוהה

לוח 2. מאפיינים סוציו-דמוגרפיים שמיים על פי חלוקה לשאלונים שנכללו ולא נכללו במחקר

משתנה	התפלגות (%)			השוואה	
	שאלוני המחקר (N = 113)	שאלונים שלא נכללו במחקר (N = 43)	df	χ^2	גודל האפקט (Cramer's V)
שינוי שם באופן רשמי					
כן	53.6	13.3	1	15.47***	.33
לא	46.4	86.7			
שינוי סעיף מין באופן רשמי					
כן	29.2	10.3	1	4.34*	.17
לא	70.8	89.7			

* $p < .05$ *** $p < .001$

לוח 3 מציג את ההבדלים בנתונים הסוציו-דמוגרפיים הכמותיים של 113 משתתפי המחקר, בחלוקה לשלוש

קבוצות מגדר. יש לציין כי נבחנו מספר רב של משתנים סוציו-דמוגרפיים, מאחר וקבוצת אוכלוסייה זו לא נבדקה מעולם במחקר כמותי בישראל, ועל כן קיים צורך להכיר ולהבין טוב יותר את מאפייניה.

מהטבלה עולה כי קיים הבדל מובהק ברמת ההכנסה בין קבוצת ה M-T-F לקבוצת הגינדרקווירים. נראה כי

רמת ההכנסה של קבוצת ה M-T-F גבוהה יותר מרמת ההכנסה של קבוצת הגינדרקווירים. ביתר הנתונים לא נמצאו הבדלים מובהקים.

לוח 3. מאפיינים סוציו-דמוגרפיים כמותיים על פי חלוקה לקבוצות מגדר

	כלל המדגם (N=113)			גינדרקווירים (n=15)		M-T-F (n=39)		F-T-M (n=59)		מאפיינים
	F	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	
גיל	1.61	9.07	28.65	10.60	30.77	9.31	30.17	8.41	27.15	
הכנסה	3.33*	2.84	3.92	1.96	^a 2.60	2.78	^a 4.71	2.96	3.75	
מספר ילדים	1.98	.98	1.45	1.04	1.55	1.13	1.69	.85	1.27	

* $p < .05$

^a - הבדלים מובהקים בין קבוצות על פי מבחן Tukey

לוח 4 מציג את המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים השמיים של משתתפי המחקר, על פי חלוקה לשלוש קבוצות המגדר. מן הלוח ניתן לראות כי קיימים הבדלים מובהקים בין הקבוצות בארבעה תחומים: השכלה, נטייה מינית, שינוי שם ושינוי סעיף המין באופן רשמי.

לוח 4. מאפיינים סוציו-דמוגרפיים שמיים על פי חלוקה לקבוצות מגדר

משתנה	התפלגות (%)		השוואה		כלל המדגם (%) (N=113)
	M-T-F (n=38)	F-T-M (n=53)	χ^2	גודל האפקט (Cramer's V)	
מקום לידה					
ישראל	92.3	91.5	73.3	2	6.53
אירופה / אמריקה	7.7	6.8	26.7		.17
אסיה / אפריקה	.0	1.7	.0		
אזור מגורים					
מחוז צפון	2.6	5.1	13.3	4	2.68
מחוז דרום	12.8	11.9	13.3		.11
מחוז מרכז	61.5	62.7	53.3		
ירושלים	15.4	13.6	13.3		
אחר	7.7	6.8	6.7		
דת					
יהודי	78.9	66.1	60.0	2	5.55
לא רלוונטי	18.4	20.3	20.0		.16
אחר	2.6	13.6	20.0		
מידת דתיות					
חילוני	64.1	84.5	80.0	1	5.53
מסורתי-דתי	35.9	15.5	6.7		.22

המשך לוח 4. מאפיינים סוציו-דמוגרפיים שמיים על פי חלוקה לקבוצות מגדר

משתנה	F-T-M (n=53)	M-T-F (n=38)	ג'נדר קווירים (n=15)	df	χ^2	השוואה גודל האפקט (Cramer's V)	כלל המדגם (N=113)
עיסוק							
תלמיד תיכון/לאחר תיכון/חייל/שירות לאומי	10.2	16.7	15.4	2	6.99	.19	11.4
עובד/ת	59.2	55.6	38.5				47.4
סטודנט/ית	18.4	19.4	46.2				19.3
עובד/ת וגם סטודנט/ית	12.2	8.3	.0				7.9
מקום עבודה							
סקטור ציבורי	8.5	5.1	7.1	5	8.06	.19	7.1
סקטור התנדבותי	6.8	2.6	7.1				5.4
סקטור פרטי	37.3	35.9	28.6				35.7
עצמאי	8.5	25.6	14.3				15.2
לא עובד/ת כרגע	28.8	17.9	35.7				25.9
אחר	10.2	12.8	7.1				10.7
השכלה							
יסודית ותיכונית	37.3	31.6	13.3	2	12.75*	.24	32.8
על תיכונית	13.6	36.8	13.3				21.2
אקדמאית	49.2	31.6	73.3				46
נטייה מינית							
לסבית	1.7	10.3	.0	4	23.68**	.32	4.4
הומו	5.1	.0	6.7				3.5
סטרייט/ית	27.1	43.6	13.3				31.0
פנ/ביסקסואל או פוליאמורי	18.6	20.5	60.0				24.8
א-מיני/קוויר/לא מגדיר/אחר	47.5	25.6	20.0				36.3
מצב משפחתי							
רווק/ה	50.8	51.3	40.0	5	20.36*	.42	49.6
במערכת יחסים	27.1	10.3	13.3				19.5
חיה עם בן/ת זוג	18.6	10.3	13.3				15.0
נשוי/אה	1.7	15.4	20.0				8.8
גרשה	1.7	5.1	.0				2.7
אחר	.0	7.7	13.3				4.4

* $p < .05$ ** $p < .01$

המשך לוח 4. מאפיינים סוציו-דמוגרפיים שמיים על פי חלוקה לקבוצות מגדר

משתנה	התפלגות (%)		השוואה		ג'נדר קוויירים (n=15)	M-T-F (n=38)	F-T-M (n=53)	כלל המדגם (N=113)
	χ^2	df	גודל האפקט (Cramer's V)	(%)				
המידה בה המשתתף 'עובר'								
במידה רבה מאוד	39.0	51.3	26.7	41.6	6	13.66	.35	15.9
במידה רבה	15.3	17.9	13.3	17.7				
במידה בינונית	22.0	12.8	13.3	9.7				
במידה מועטה	6.8	10.3	20.0	1.8				
בכלל לא	3.4	.0	.0	9.7				
לא רלוונטי	8.5	5.1	26.7	3.5				
לא רוצה לענות	5.1	2.6	.0		1	12.51**	.33	53.6
שינוי שם באופן רשמי								
כן	55.2	66.7	13.3	46.4				
לא	44.8	33.3	86.7					
שינוי סעיף מין באופן רשמי					1	7.14*	.25	29.2
כן	33.9	33.3	.0	70.8				
לא	66.1	66.7	100.0					
השתתפות בוועדה לשינוי מין בתל השומר					1	3.13	.17	12.5
כן	10.7	18.9	.0	87.5				
לא	89.3	81.1	100.0					

* $p < .05$ ** $p < .01$

עבור כל אחד מחמשת המשתתפים שנמצאו מובהקים, נערך מבחן χ^2 על מנת לקבוע בין אילו קבוצות מתקיימים

הבדלים, כאשר בכל פעם נבחנו שתי קבוצות מגדר. תוצאות הניתוח מוצגות בלוחות 5, 6. לוח 5 מצביע על הבדלים

מובהקים בין קבוצת ה M-T-F לקבוצת הג'נדרקוויירים בהשכלה (כשקבוצת הג'נדרקוויירים היא בעלת השכלה

אקדמית גבוהה יותר), בנטייה המינית (כאשר בקבוצת הג'נדרקוויירים מספר רב יותר של משתתפים הגדירו עצמם

כביסקסואלים, פאנסקסואלים ופוליאמוריים, ואילו בקבוצת ה M-T-F רוב המשתתפות הגדירו עצמן כסטרייטיות),

ובשינוי הפורמאלי של השם וסעיף המין (כאשר בניגוד לקבוצת ה M-T-F, משתתפים מעטים בקבוצת הג'נדרקוויירים

שינו את שמם, ואף משתתף לא שינה את סעיף המין שלו).

לוח 5. מאפיינים סוציו-דמוגרפיים שמיים על פי חלוקה לזוהות מגדרית M-T-F וג'נדרקווירים

משתנה	התפלגות (%)		השוואה		גודל האפקט (Cramer's V)
	M-T-F (n=38)	ג'נדרקווירים (n=15)	χ^2	df	
השכלה					
יסודית ותיכונית	30.8	14.3	6.10*	2	.34
על תיכונית	35.9	14.3			
אקדמאית	33.3	71.4			
נטייה מינית					
לסבית	10.0	.0	13.82**	4	.51
הומו	.0	7.1			
סטרייט/ית	42.5	14.3			
ביסקסואל/ פאנסקסואל/ פוליאמורי	20.0	64.3			
א-מיני/קוויר/ לא מגדיר/	27.5	14.3	7.26**	1	.31
אחר					
שינוי שם באופן רשמי					
כן	85.7	14.3	6.40*	1	.29
לא	45.8	85.7			
שינוי סעיף מין באופן רשמי					
כן	33.3	.0	6.40*	1	.29
לא	66.7	100			

* $p < .05$ ** $p < .01$

לוח 6 מציג את ההבדלים המובהקים בין F-T-M לג'נדרקוויר. מן הלוח עולה כי קיימים הבדלים מובהקים

בנטייה המינית (כאשר קבוצת ה F-T-M בחרה יותר בנטייה מינית א-מינית, קווירית, ללא הגדרה או אחר מאשר

קבוצת הג'נדרקווירים), במצב המשפחתי (כאשר בקבוצת ה F-T-M ישנם יותר רווקים, ואילו בקבוצת הג'נדרקווירים

יותר משתתפים הם נשואים) ובשינוי השם וסעיף המין (כאשר קבוצת FTM שינתה באחוזים גבוהים יותר את שמה

ואת סעיף המין, לעומת קבוצת הג'נדרקווירים שלא שינתה סעיף זה כלל). לא נמצאו הבדלים מובהקים בין קבוצת

F-T-M לקבוצת M-T-F משתנה כלשהו.

לוח 6. מאפיינים סוציו-דמוגרפיים שמייים על פי חלוקה לזהות מגדרית F-T-M גינדרקווירים

משתנה	F-T-M (n=53)	גינדרקווירים (n=15)	התפלגות (%)	df	χ^2	גודל האפקט (Cramer's V)	השוואה
נטייה מינית				4	13.05*	.42	
לסבית	1.7	.0					
הומו	5.0	1.7					
סטרייט/ית	26.7	14.3					
ביסקסואל/ פאנסקסואל/ פוליאמורי	18.3	64.3					
א-מיני/קוויר/ לא מגדיר/ אחר	48.3	14.3					
מצב משפחתי				5	18.42**	.50	
רווק/ה	51.7	35.7					
במערכת יחסים	26.7	14.3					
חיה עם בן/ת זוג	18.3	14.3					
נשואה	1.7	21.4					
גרשה/ה	1.7	.0					
אחר	.0	14.3					
שינוי שם באופן רשמי				1	7.26**	.31	
כן	54.2	14.3					
לא	45.8	85.7					
שינוי סעיף מין באופן רשמי				1	5.99*	.33	
כן	32.5	.0					
לא	67.5	1.7					

* $p < .05$ ** $p < .01$

סוגיות אתיות בהליך הדגימה

הליך המחקר והשאלונים קיבלו את אישור וועדת אתיקה של בית הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטת תל אביב. לאחר קריאת טופס ההסכמה מדעת, היה על המשתתפים לסמן כי הבינו את הכתוב והם מסכימים להשתתף במחקר. ללא סימון זה, לא יכלו המשתתפים להמשיך למלא את השאלון.

בעיות אתיות אשר עלו בעת הפצת שאלוני המחקר, קשורות ראשית לאופי האישי של השאלונים. המשתתפים התבקשו לענות על שאלות שחלקן אישיות (כגון: באיזו מידה את/ה 'עובר' בחיי היום יום) וחלקן מצביעות על מצבים שיתכן וגרמו אי נוחות בעבר (כגון: באיזו תדירות בקשו ממך להשתמש בשירותים שאינם תואמים את זהות המגדר שלך או בשירותי נכים במקום העבודה?). בטופס ההסכמה מדעת, צוין כי אין חובת השתתפות במחקר או חובה לענות על כל השאלות, וכי ניתן להפסיק את מילוי השאלון בכל עת. ניתנה אפשרות ליצור קשר עם החוקר על מנת לעמוד על מהות השאלות. בנוסף, עבור משתתפים אשר חשו כי השאלון עורר בהם תחושות קשות, ניתן היה לערוך שיחת ייעוץ עם עורך המחקר או לקבל הפניה לגורמי תמיכה וייעוץ בקהילה בעת הצורך. בעיה נוספת קשורה להיכרות המוקדמת

של עורך המחקר עם חברים רבים מהאוכלוסייה הטרנסג'נדרית. לפיכך, נבחרה שיטת איסוף נתונים על ידי שאלון אינטרנטי המאפשר סודיות ואנונימיות למשתתפי המחקר.

כלי המחקר

במחקר הנוכחי נעשה שימוש בכלים אשר רובם אינם ייעודיים לאוכלוסייה הטרנסג'נדרית. על כן, נערכו מספר שינויים בחלק מפרטי השאלונים על מנת להתאימם לאוכלוסייה. בנוסף, הכלים שמקורם באנגלית וטרם תורגמו לעברית (התנסות באפליה יום יומית, QI, WHEQ-TF), תורגמו במחקר הנוכחי שלוש פעמים על ידי שלושה אנשים שונים, ולאחר מכן תורגמו בחזרה לאנגלית על ידי שלושה אנשים אחרים. לבסוף, נבחרו השאלונים שתרגומם לשפה האנגלית היה הקרוב ביותר למקור.

שאלון פרטים אישיים. השאלון מספק מידע אודות גיל, ארץ לידת המשתתף והוריו, שנת עליה, אזור מגורים, מצב משפחתי, מספר ילדים, דת, השכלה, תחום עיסוק, רמת הכנסה, נטייה מינית, זהות מגדר, הזמן בו החל המשתתף לחיות במגדר היעד שלו באופן חלקי או מלא, באיזו מידה הוא מרגיש שהוא 'עובר' כשיך למגדר היעד שלו בחיי היום יום, האם שינה מסמכים בצורה פורמאלית (שם וסעיף מין) והאם מעוניין בשינוי סעיף המין (ראה/י נספח 2).

השאלון מספק מידע תיאורי על המשתתפים ומאפשר בדיקת הקשר בין המשתתפים הדמוגרפיים לבין הבדלים בין הקבוצות. עבור פריט זהות המגדר ניתנו 33 אפשרויות בחירה משתי סיבות מרכזיות: הראשונה, מתוך הנחה כי הכרה במספר רב של זהויות מגדריות תגביר את ההיענות למילוי השאלון. השנייה, על מנת לערוך חלוקה לשם בחינת הבדלים סטטיסטיים בין אנשים הנמצאים על הרצף מזכר לנקבה (F-T-M) לבין אלו הנמצאים על הרצף מנקבה לזכר (M-T-F), זאת מבלי לשאול בצורה ישירה מהו מינם הביולוגי של המשתתפים, שאלה פוגענית העשויה לרמוז על ערעור האוטנטיות של זהות המגדר הנבחרת. מטרת השאלות המתייחסות לחיים במגדר היעד, למידה בה המשתתף חש כי הוא 'עובר' ולשינוי מסמכים פורמאליים היא לבחון האם ובאיזה שלב בתהליך המגדרי מתעוררים קשיים רבים יותר במרחב הציבורי או בהיבטים האישיים.

קשרים חברתיים בין טרנסג'נדרים. השאלון חובר עבור האוכלוסייה ההומו-לסבית, אך נמצא מתאים גם לאוכלוסיית מחקר הנוכחית. זאת, מאחר ומדובר בשתי קבוצות מיעוט הסובלות מדיכוי חברתי ואפליה על רקע השונות שלהן מהנורמה המקובלת (אומץ משילה, 2008) (ראה/י נספח 3).

השאלון כלל 11 פריטים שבדקו את מידת ההשתתפות במסגרות חברתיות בהן מתאפשרות יצירת קשרים חברתיים בין חברי הקהילה. תשעת הפריטים הראשונים בשאלון (1-9) נוגעים לשלושה סוגים של מסגרות חברתיות: קבוצה חברתית, פורומים באינטרנט ומסיבות (לדוגמא: אני מכיר/ה חברים/ות טרנסג'נדרים/ות דרך האינטרנט, אני

מכירה/חברים/טרנסגינדרים/דרך קבוצות לטרנסגינדרים/ות). התשובות להיגדים ניתנו על פי סולם ליקרט בן 5 דרגות הנע בין 'אף פעם' (1) לבדרך כלל' (5).

במחקר הנוכחי, נערכו מספר שינויי ניסוח בשאלון על מנת להתאימו לאוכלוסיית היעד: בהיגד הראשון הוספה אפשרות השתתפות בקבוצת תמיכה; בהיגדים 3, 5 ו 7 הוסרה ההערה בסוגריים 'לא לסקס' בשל חוסר הרלוונטיות שלה לאוכלוסייה; בשאלות 2 ו 3 הותוספה המילה 'אירועים' (לדוגמא: אני יוצרת קשרים חברתיים עם טרנסגינדרים/ות אחרים במסיבות ואירועים קהילתיים).

פריט מספר 10 שואל על מספר החברים הטרנסגינדרים שיש למשתתף. התשובות מוצגות על סולם בן 5 דרגות הנע בין: 'אין לי בכלל חברים/טרנסגינדרים/ות' (1) לבין 'מעל 10 חברים/טרנסגינדרים/ות' (5). פריט מספר 11 שואל על מידת שביעות הרצון של המשתתף מקשרים חברתיים עם טרנסגינדרים אחרים. התשובה לשאלה זו ניתנה על פי סולם בן 5 דרגות הנע בין 'מרוצה מאוד' (1) לבין 'לא מרוצה כלל' (5).

בניתוח גורמים גישושי עם רוטציית varimax עבור אחד עשר פריטי השאלון, נמצאו שלושה גורמים: הגורם הראשון, 'פעילות חברתית קבוצתית', מסביר 39.14% מהשונות, וכולל שישה פריטים (1, 3, 5, 8, 10). לגורם זה נמצאה מהימנות של $\alpha = .86$. המצביעה על מהימנות פנימית טובה. הגורם השני, 'פעילות חברתית באינטרנט', מסביר 14.20% מהשונות וכולל שלושה פריטים (4, 6-7). לגורם זה נמצאה מהימנות של $\alpha = .71$. המצביעה על מהימנות פנימית טובה. במחקר זה לא נעשה שימוש בגורם השלישי, 'מידת הקשרים החברתיים', שכלל שני פריטים (9, 11), בגלל מקדם מהימנות נמוך (ראה נספח 11).

לצורך המחקר, נבנו שני סולמות לשני הגורמים שהתקבלו. חישוב הציון לפעילות חברתית קבוצתית' חושב ממוצע התשובות ל 6 הפריטים ונע בין 1 ל 5, וציון 'פעילות חברתית באינטרנט' חושב ממוצע התשובות לשלושת הפריטים ונע בין 1 ל 5.

טרנספוביה במרחבים הציבוריים כלליים. המשתנה נמדד על ידי שאלון התנסויות באפליה יום יומית (Williams, Jackson, & Anderson, 1997) (ראה נספח 4). השאלון המקורי בדק הבדלים באפליה יום יומית בין אנשים לבנים לאפרו-אמריקנים בארה"ב וכלל 8 פריטים הבודקים תדירות של אירועים יום יומיים של אפליה (לדוגמא: באיזו תדירות במהלך חיך התייחסו אליך בפחות אדיבות מאחרים; באיזו תדירות במהלך חיך התייחסו אליך בפחות כבוד מאחרים?). השאלון עובד על ידי מאיר ועמיתיו (Meyer, Schwartz, & Frost, 2008) כך שיתאים לאוכלוסיות מגוונות כולל לסביות, הומואים וביסקסואלים. במחקר הנוכחי הוספנו פריט מספר 9 העוסק באופן ספציפי בתקיפה פיזית ומינית על רקע הזהות המגדרית, ומסתמך על הרקע הספרותי בנושא.

המשיבים התבקשו לבטא את מידת הסכמתם לכל פריט בסולם ליקרט בן 5 דרגות הנע בין 'אף פעם' (1) ולבין 'רוב הזמן' (5). בשאלון המקורי, התבקשו המשתתפים לציין עבור כל פריט האם החוויה הייתה קשורה לנטייתם המינית, מגדרם, דתם, מראה חיצוני, גזע או אחר. מאחר והמחקר הנוכחי בדק אפליה על רקע שונות מגדרית בלבד, שאלה זו לא נשאלה ובמקומה התווסף לכל פריט הסיומת: "בגלל זהותך המגדרית" (לדוגמא: "באיזו תדירות במהלך חיך אנשים התייחסו אליך כאילו הם מפחדים ממך, בגלל זהותך המגדרית?").

על מנת לתקף את מבנה שאלון המחקר, בוצע ניתוח גורמים גישושי עם רוטציית varimax עבור תשעת פריטי השאלון, ונמצא גורם אחד, אפליה בחיי היום יום, המסביר 60.13% מהשונות (ראה נספח 12). במחקר הנוכחי נמצאה מהימנות $\alpha = .91$. המצביעה על מהימנות פנימית גבוהה. חישוב הציונים לטרנספוביה במרחבים ציבוריים כלליים חושב ממוצע התשובות ל 9 הפריטים ונע בין 1 ל 5.

טרנספוביה בתעסוקה/ לימודים. המשתנה נמדד באמצעות שאלון התנסות טרנסגינדרים באפליה הטר-

סקסיסטית בעבודה (WHEQ-TF, Transgender form of the Workplace Heterosexist Experiences Questionnaire) (Brewster, Velez, DeBlaere & Mordi, 2011). השאלון פותח ונמדד בקרב לסביות, הומואים וביסקסואלים (Waldo, 1999) והותאם לטרנסגינדרים במחקרם של Brewster, Velez, DeBlaere & Mordi (2011). השאלון כולל 22 פריטים הבודקים את תדירות האפליה הישירה או העקיפה כלפי טרנסגינדרים במקום עבודתם בשנתיים האחרונות (לדוגמא, "העיר הערה טרנספובית בגלל שאתה/טרנסגינדר/ית?", "סיפר בדיחות פוגעניות על אנשים טרנסגינדרים בגלל שאתה/טרנסגינדר/ית?"). לצורך המחקר הנוכחי, שונו חלק מניסוחי השאלות כך שבדקו אפליה הן בתעסוקה והן בלימודים, עבור תלמידים וסטודנטים שאינם עובדים (למשל, "העיר הערות שליליות עליך לעובדים/ תלמידים אחרים בגלל שאתה/טרנסגינדר/ית?"). המשיבים התבקשו לבטא את המידה בה נתקלו באירועי האפליה המתוארים בכל פריט בסולם ליקרט בן 5 דרגות הנע בין 'אף פעם' (1) לבין 'רוב הזמן' (5) (ראה נספח 5).

בניתוח הגורמים הגישושי עם רוטציית varimax עבור 22 פריטי השאלון נמצאו ארבעה גורמים: טרנספוביה ישירה המסביר 22.39% מהשונות, וכולל 8 פריטים (1-7, 11), טרנספוביה העקיפה, המסביר 17.89% מהשונות, וכולל 5 פריטים (16, 18-19, 21-22), חבלה ביחסים עם אנשים אחרים, המסביר 17.16% מהשונות וכולל 5 פריטים (8, 9, 13, 17, 20) וחדירה לפרטיות, המסביר 12.76% מהשונות וכולל 4 פריטים (11, 12, 14, 15) (ראה נספח 13). בבדיקת מתאמים בין ארבעת הגורמים נמצאו מתאמים מובהקים בינוניים - גבוהים ($p < .01$; $.52 \leq r \leq .77$), ועל כן

נבנה סולם כללי אחד, טרנספוביה בתעסוקה/ לימודים, אשר חושב ממוצע התשובות ל 22 הפריטים. לסולם הכללי נמצאה $\alpha = .95$ המעידה על מהימנות פנימית מצוינת.

טרנספוביה בשירותי הבריאות. המשתנה נמדד על ידי שאלון שחובר לצורך המחקר הנוכחי. השאלון כלל 16

פריטים: 11 פריטים (2,4,8-16) אומצו מתוך סקר שנערך בבריטניה ובדק את מידת חשיפתם של טרנסגינדרים לאפליה בתחום הבריאות (לדוגמא: באיזו תדירות סרבו לעזור לך? באיזו תדירות תקפו אותך באופן מילולי בגלל שאתה/ה טרנסגינדרית?) (Whittle, Turner & Al-Alami, 2007). חמישה פריטים (1,3,5-7) נבנו על סמך אירועי הטרנספוביה בשירותי הבריאות אשר עלו מתוך סקירת הספרות (לדוגמא: באיזו תדירות אתה/ה נמנעת מקבלת טיפול רפואי כלשהו בגלל חשש מיחס מפלה?). המדד מורכב מהתנסויות באפליה ישירה (10 פריטים: 1-2,7-9,12-16, למשל, באיזו תדירות התייחסו אליך בצורה שלילית בגלל שאתה/ה טרנסגינדרית?) ועקיפה (6 פריטים: 3-6,10-11, למשל, באיזו תדירות קיבלת את הרושם שהם אינם מעוניינים לעזור לך?) בשירותי הבריאות (ראה/ינספח 6). המשתתפים ביטאו את המידה בה נתקלו באירועים המתוארים בכל פריט בסולם ליקרט בן 5 דרגות הנע בין 'אף פעם' (1) לבין 'רוב הזמן' (5).

על מנת לתקף את מבנה שאלון המחקר, בוצע ניתוח גורמים גישושי עם רוטציית varimax ונמצאו 4 גורמים (לאחר הוצאת פריט מספר 10 אשר לא נטען באופן מובהק על אף גורם): הגורם הראשון, 'חודרנות והימנעות מטיפול רפואי' (פריטים: 1-3, 5-6), מסביר 21.73% מהשונות; הגורם השני, 'טרנספוביה ישירה' (פריטים: 14-16), מסביר 19.24% מהשונות; הגורם השלישי, 'טרנספוביה עקיפה' (פריטים: 4, 8, 9), מסביר 16.18% מהשונות; והגורם הרביעי, 'היבטים חיוביים במפגש עם מערכת הבריאות' (פריטים 7, 11), מסביר 10.37% מהשונות (ראה/ינספח 14). בבדיקת מתאמים עבור ארבעת הגורמים נמצא כי שלושת הגורמים הראשונים קשורים באופן מובהק אחד לשני (54. $p < .05; r \leq .59$), ועל כן נבנה סולם 'התקלות באירועים טרנספוביים' המורכב ממוצע 13 הפריטים הכלולים בשלושת הגורמים, ונע בין 1-5. לסולם זה נמצאה מהימנות פנימית $\alpha = .89$ המעידה על עקבות פנימית גבוהה. בנוסף, נבנה סולם נפרד עבור הגורם 'היבטים חיוביים במפגש עם מערכת הבריאות', אשר הקשר המתאמי שלו עם הגורמים האחרים היה מובהק חלש ($p < .05; .24 \leq r \leq .28$). הסולם נע בין 1-5, ונמצאה לו מהימנות פנימית $\alpha = .67$.

בריאות נפשית. המשתנה נמדד באמצעות שאלון בריאות נפשית (MHI, Mental Health Inventory, Veit & Ware, 1983)

(Health Inventory). השאלון המקורי כלל 38 פריטים המתייחסים לסולם הבודק הרגשת מצוקה ולסולם הבודק רווחה נפשית במהלך החודש האחרון, אשר במשולב מרכיבים מדד בריאות נפשית. על המשתתף לבטא את מידת הסכמתו לכל פריט בסולם ליקרט בן 6 דרגות, הנע בין 'אף פעם לא' (1) לבין 'תמיד' (6). השאלון תורגם לעברית ובדק

על-ידי פלוריאן ודרורי (1990). במחקר הנוכחי נעשה שימוש בגרסה המקוצרת של השאלון, שפותחה בישראל על-ידי איז'ק (2002), וכוללת 15 פריטים: 9 פריטים הבודקים את המצוקה הנפשית (לדוגמא: מצאתי את עצמי מתקשה להירגע; הרגשתי חרדה ודאגה) ו-6 פריטים הבודקים רוחה נפשית (לדוגמא: הרגשתי נינוחה ושלווה; הרגשתי רגועה ומשוחררת/מתח) (ראה נספח 7).

ניתוח הגורמים האישושי עם רוטציית varimax עבור 15 פריטי השאלון הניב 2 גורמים: רוחה נפשית (פריטים: 1-3, 7, 12, 14) המסביר 33.22% מהשונות, ומצוקה נפשית (פריטים: 4-6, 8-11, 13, 15), המסביר 33.29% מהשונות (ראה/י נספח 15). בדיקת המהימנות עבור סולם רוחה נפשית הניבה $\alpha = .87$, המעידה על מהימנות פנימית גבוהה. בבדיקת מהימנות עבור סולם מצוקה נפשית, לאחר הפיכת פריט מספר 8, נמצאה $\alpha = .92$. המעידה גם היא על מהימנות פנימית גבוהה.

במחקר זה, הוחלט להשתמש בשני הסולמות בנפרד ובמשולב. בחינת הסולמות בנפרד נערכה בהסתמך על דיווחם של Veit & Ware (1983), אשר טענו כי בבניית כלי המחקר נמצא כי בחינת השאלון באופן דו ממדי הניבה מידע רב יותר וייחודי מאשר בחינתו בצורה חד ממדית. נוסף על כך, פלוריאן ודרורי (1990) מציינים כי רוב החוקרים שהשתמשו במדד זה בחרו להשתמש בשני סולמות השאלון בנפרד. בחינת הסולמות במשולב נערכה מאחר ונמצא מתאם שלילי גבוה והמובהק בין שני הסולמות ($r = -.72$; $p < .01$), המעיד על כך שהסולמות בוחנים שתי פנים של אותה התופעה. לאחר הפיכת פריטי סולם מצוקה נפשית, מלבד פריט מספר 8, נמצאה עבור המשתנה בריאות נפשית כללית מהימנות פנימית גבוהה $\alpha = .94$. ציון מידת הבריאות הנפשית התקבל מסיכום ציון כללי למצוקה נפשית וסיכום ציון כללי לרווחה נפשית, בהתאם לחישובו של המדד בשאלון המקורי (Veit & Ware, 1983) ובשאלונים המקוצרים (אטלן, 2010; איז'ק, 2002).

חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית. המשתנה נמדד על ידי שאלון החשיפה (OI, Outness Inventory) (Mohr &

Fassinger, 2000). השאלון המקורי כלל 11 פריטים המעריכים את המידה בה היות המשתתף טרנסג'נדר ידועה לאנשים אחרים ומדוברת (לדוגמא, אבא, אמא, חברים מהעבר, חברים לעבודה). במחקר הנוכחי, הוסרו שתי שאלות הקשורות לחשיפה בפני הקהילה הדתית בשל חוסר הרלוונטיות של פריטים אלו, ולכן שאלון זה מורכב מתשעה פריטים. המשתתפים ביטאו את המידה בה זהותם הטרנסג'נדרית ידועה לאחרים בכל פריט בסולם ליקרט בן 7 דרגות הנע בין 'בטוח שאינם יודעים שאת/ה טרנסג'נדרית' (1) לבין 'בטוח שיודעים שאת/ה טרנסג'נדרית ומדברים על כך בפתיחות' (7) (ראה נספח 8).

השאלון פותח ונמדד באוכלוסיית לה"ב (Mohr & Fassinger, 2000), והותאם לבדיקת טרנסגינדרים במחקרם של Brewster, Velez, DeBlaere, & Mordy (2011). השאלון תורגם מאנגלית לעברית שלוש פעמים על ידי שלושה אנשים שונים, ולאחר מכן תורגם בחזרה מעברית לאנגלית על ידי שלושה אנשים אחרים. לבסוף, נבחר השאלון שתרגומו לשפה האנגלית היה הקרוב ביותר למקור.

בניתוח גורמים גישושי עם רוטציה varimax שבוצע על מנת לתקף את מבנה השאלון, נמצאו שני גורמים: חשיפה בפני אנשים קרובים (פריטים: 1-5), המסביר 36.90% מהשונות, וחשיפה בפני אנשים רחוקים (פריטים: 6-9), המסביר 27.14% מהשונות (ראה/י נספח 16). בבדיקת מתאמים בין הגורמים נמצא מתאם מובהק-בינוני ($r = .42; p < .01$), אך לא נמצאו הבדלים מובהקים במתאמים בין שני גורמים אלו עם המשתנים האחרים במחקר, ולכן חושב שולם כללי אחד, המורכב מממוצע התשובות ל 9 הפריטים. בבדיקת מהימנות הכלי, נמצאה במחקר הנוכחי $\alpha = .84$ המעידה על מהימנות פנימית גבוהה.

תמיכה משפחתית. המשתנה נמדד באמצעות שאלון תמיכה וחבלה חברתית נתפסת (Abbey, Abramis & Caplan, 1985). השאלון כולל 16 פריטים הבודקים תמיכה משפחתית נתפסת מאנשים קרובים (8 פריטים, לדוגמא: משפחתי מראה תמיכה ואכפתיות כלפי) וחבלה משפחתית נתפסת (8 פריטים, לדוגמא: משפחתי מתנהגת כלפי בצורה שמראה חוסר חיבה). המשתתפים ביטאו את מידת הסכמתם לכל פריט בסולם ליקרט בן 5 דרגות הנע בין 'בכלל לא' (1) ולבין 'במידה רבה מאוד' (5). (Abbey, Abramis & Caplan, 1985; Vinokur & Van Ryn, 1993). השאלון תורגם לעברית (תפארת, 2005) (ראה/י נספח 9).

ניתוח גורמים אישושי עם רוטציה varimax עבור 16 פריטי השאלון הניב 2 גורמים: חבלה משפחתית, הכוללת שמונה פריטים (2, 5, 7, 9, 10-11, 13, 16) ותמיכה משפחתית, הכוללת 8 פריטים (1, 3-4, 6, 8, 12, 14-15) (ראה/י נספח 17). במחקר זה הוחלט להשתמש בסולם אחד כללי של תמיכה והעדר חבלה משפחתית, מאחר ונמצא כי קיים מתאם שלילי גבוה בין שני הסולמות ($r = -.78, p < .001$) (Abbey, Abramis, & Caplan, 1985; Vinokur & Van Ryn, 1993). בבדיקת מהימנות במחקר הנוכחי עבור תמיכה משפחתית כללית, נמצאה $\alpha = .96$ המעידה על מהימנות פנימית גבוהה. ציון המדד חושב מממוצע התשובות ל 16 הפריטים (לאחר הפיכת 8 הפריטים עבור חבלה משפחתית) ונע בין 1-5.

טרנספוביה מופנמת. המשתנה נמדד באמצעות שאלון קבלה עצמית כטרנסגינדר, מדד שחובר לבדיקת קבלת הומוסקסואליות (Bell & Weinberg, 1978), תורגם לעברית על ידי מינצר (1998) ונבדק בקרב אוכלוסייה בוגרת של

הומואים, ושונה בהתאם לאוכלוסיית היעד של המחקר הנוכחי. המדד כולל 10 פריטים הבודקים את מידת קבלת המשתתף את עצמו כטרנסגינדר (לדוגמא: באיזו מידה את/ה מסכים/ה לטענה שטרנסגינדריות או טרנסקסואליות היא מחלה או הפרעה נפשית?). על המשתתף לבטא את מידת הסכמתו לכל פריט בסולם ליקרט בן 5 דרגות הנע בין 'בכלל לא' (1) לבין 'במידה רבה מאוד' (5) (ראה נספח 10).

בניתוח גורמים גישושי עם רוטציית varimax שנערך על מנת לתקף את מבנה השאלון, נמצאו שלושה גורמים: חרטה (3-4,10) המסביר 20.19% מהשונות, רצון לשינוי (6-7) המסביר 19.76% מהשונות, וקבלה עצמית (1-2,5,8-9) המסביר 19.28% מהשונות (ראה/י נספח 18). בבחינת מתאמים בין הגורמים נמצאו מתאמים מובהקים- בינוניים ($.52 \leq r \leq .54; p < .01$), אך לא נמצאו הבדלים מובהקים במתאמים בין שלושת הגורמים עם המשתתפים האחרים במחקר, ולכן חושב סולם כללי אחד מממוצע התשובות (לאחר היפוך פריטים 1,9), הנע בין 1-5. בבדיקת מהימנות במחקר הנוכחי, נמצאה $\alpha = .70$.

לוח 7 מסכם את משתני המחקר ואת הסולמות ותתי-הסולמות שבדקים אותם.

לוח 7. משתני המחקר, המדדים הבדקים אותם, ומקדמי המהימנות שלהם

משתנה	מדד	מהימנות
טרנספוביה במרחבים הציבוריים כלליים	שאלון התנסויות באפליה יום יומית (Williams, Jackson, & Anderson, 1997).	$\alpha = .91$ (לאחר הוספת פריט 9 למדד)
טרנספוביה בשירותי הבריאות	שאלון שחובר לצורך המחקר הנוכחי.	
	<u>חלוקה לסולמות:</u>	<u>חלוקה לסולמות:</u>
	התקלות באירועים טרנספוביים	$\alpha = .89$
	היבטים חיוביים במערכת הבריאות	$\alpha = .67$
טרנספוביה בתעסוקה/ לימודים	שאלון התנסות טרנסגינדרים באפליה הטר-סקסיסטית בעבודה (WHEQ-TF, Transgender form of the (Workplace Heterosexist Experiences Questionnaire (Brewster, Velez, DeBlaere & Mordi, 2011)	$\alpha = .95$
טרנספוביה מופנמת	קבלת הומוסקסואליות (Bell & Weinberg, 1978)	$\alpha = .70$
חשיפת הזהות הטרנסגינדרית	שאלון חשיפה (OI, Outness Inventory) (Mohr & Fassinger, 2000)	$\alpha = .84$ (לאחר השמטת פריטים 10, 11).
תמיכה משפחתית	שאלון תמיכה וחבלה חברתית נתפסת (Abbey, Abramis & Caplan, 1985).	$\alpha = .96$
קשרים חברתיים בין טרנסגינדרים	קשרים חברתיים בין טרנסגינדרים (אומץ משילה, 2008).	
	<u>חלוקה לסולמות:</u>	
	פעילות חברתית קבוצתית	$\alpha = .86$
	פעילות חברתית באינטרנט	$\alpha = .71$
בריאות נפשית	שאלון בריאות נפשית מקוצר (MHI, Mental Health Inventory) (Veit & Ware, 1983) אשר קוצר על ידי איז'ק (2002).	$\alpha = .94$
	<u>חלוקה לסולמות:</u>	<u>חלוקה לסולמות:</u>
	רווחה נפשית	$\alpha = .87$
	מצוקה נפשית	$\alpha = .92$

ממצאים

בפרק זה יוצגו תחילה משתני המחקר, הקשרים ביניהם והבדלים בין קבוצות. לאחר מכן יבחנו השערות

המחקר וממצאיו. לבסוף, יוצגו מספר ממצאים ייחודיים למדגם זה.

תיאור המשתנים

לוח 8 מציג את התפלגות המדגם במדדי המחקר השונים. מן הלוח עולה כי ביחס לטווח האפשרי (הנע בין 1-5), ממוצע הטרנספוביה שחווים טרנסג'נדרים במרחבים ציבוריים כלליים נמצא הגבוה ביותר מבין המרחבים הציבוריים האחרים. עוד נראה, כי בעוד ממוצעי הטרנספוביה במרחבים הציבוריים אינם גבוהים, טווח התשובות בפועל מתפרש על כל/רוב סולם התשובה, כך שקיימת שונות רבה בין המשיבים, המעידה על כך שישנם משתתפים החווים רמות גבוהות של טרנספוביה.

לוח 8. התפלגות מדדי המדגם

משתנה	N	ממוצע	סטית תקן	טווח בפועל	משמעות ציון גבוה בטווח
טרנספוביה במרחבים ציבוריים כלליים	111	2.34	.91	1.00-5.00	טרנספוביה גבוהה במרחב הציבורי
טרנספוביה בתעסוקה/ לימודים	106	1.53	.68	1.00-3.64	טרנספוביה גבוהה בתעסוקה/ לימודים
טרנספוביה בשירותי הבריאות					
התקלות באירועים טרנספוביים	108	1.75	.72	1.00-5.00	התקלות באירועים טרנספוביים רבים
היבטים חיוביים במערכת הבריאות	106	2.96	1.17	1.00-5.00	היבטים חיוביים רבים יותר במערכת הבריאות
טרנספוביה מופנמת	112	1.75	.58	1.00-3.50	טרנספוביה מופנמת גבוהה
חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית	112	4.23	1.53	1.00-6.33	חשיפה עצמית גבוהה
תמיכה משפחתית	110	2.60	1.08	1.00-5.00	תמיכה משפחתית גבוהה
קשרים חברתיים בין טרנסג'נדרים					
פעילות חברתית קבוצתית	113	2.62	.96	1.00-5.00	פעילות קבוצתית רבה
פעילות חברתית באינטרנט	113	3.12	.88	1.00-5.00	פעילות אינטרנטית רבה
	N	סכום	סטית תקן	טווח בפועל	משמעות ציון גבוה בטווח
רווחה נפשית	111	20.29	5.48	6.00-36.00	רווחה נפשית גבוהה
מצוקה נפשית	111	28.80	9.73	10.00-54.00	מצוקה נפשית גבוהה
בריאות נפשית	111	54.18	14.10	20.00-89.00	בריאות נפשית גבוהה

ב 113 שאלוני המחקר נמצאו מספר ערכים חסרים, אשר מולאו באמצעות ממוצע התשובות לכל מדד. לוח 9 מציג את פירוט הקשרים (מתאמי פירסון) בין המדדים השונים. מן הלוח עולה, כי בהתאם למצופה קיימים קשרים מובהקים בין שלושת גורמי הלחץ החיצוניים (טרנספוביה במרחבים ציבוריים כלליים, טרנספוביה בתעסוקה/ לימודים והתקלות באירועים טרנספוביים בשירותי הבריאות). קשרים אלו מרמזים על כך שמשתתפים אשר דיווחו כי חוו טרנספוביה במרחב אחד, נחשפו לטרנספוביה גם בשני המרחבים האחרים. מנגד, הדיווח על התקלות בהיבטים החיוביים של מערכת הבריאות נמצא קשור קשר שלילי לחשיפה לאירועים טרנספוביים במרחבים השונים. בנוסף, נמצאו קשרים מובהקים בין גורמי הלחץ החיצוניים למשתתפים הממתנים: קשרים חיוביים מובהקים עם פעילות קבוצתית באינטרנט, המלמדים כי ככל שקיימת פעילות אינטרנטית רבה יותר, הדיווח על אירועים טרנספוביים רב יותר, וקשרים שליליים מובהקים עם המשתתפים 'תמיכה משפחתית', המעידים על כך שככל שקיימת תמיכה משפחתית רבה יותר, כך המשתתף מדווח על חשיפה מועטה יותר לטרנספוביה.

בבחינת גורמי הלחץ הפנימיים (חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית וטרנספוביה מופנמת), כמצופה, מתקיים ביניהם קשר שלילי מובהק, כלומר, משתתפים אשר נוטים יותר לחשוף את זהותם הטרנסג'נדרית מדווחים על רמות נמוכות יותר של טרנספוביה מופנמת, ולהפך. נמצאו אף קשרים מובהקים בין משתתפים אלו למשתתפים הממתנים: טרנסג'נדרים שדיווחו על קשרים חברתיים קבוצתיים מרובים ותמיכה משפחתית גבוהה נטו יותר לחשוף את זהותם הטרנסג'נדרית, וחוו פחות טרנספוביה מופנמת.

בבחינת המשתתפים הממתנים, נמצא כי בהתאם למצופה קיימים קשרים מובהקים בינם לבין למשתתפי התוצאה. נמצא כי קיים קשר חיובי מובהק בין טרנסג'נדרים שדיווחו על תמיכה משפחתית לבין בריאות נפשית ורווחה נפשית, וקשר שלילי מובהק בין תמיכה משפחתית לבין מצוקה נפשית. קשרים חברתיים באינטרנט נמצאו קשורים לרווחה ובריאות נפשית נמוכות, ולמצוקה גבוהה, ואילו הקשרים החברתיים הקבוצתיים לא נמצאו קשורים למשתתפי הבריאות הנפשית כלל. כמו כן, נמצא כי הפעילות האינטרנטית קשורה קשר שלילי לתמיכה משפחתית.

עוד עולה מן הלוח, כי קיימים קשרים מובהקים בין שני המשתתפים הסוציו-דמוגרפיים למשתתפי התוצאה. נראה כי קיים קשר מובהק בין גיל המשתתפים והמידה בה כל משתתף 'עובר' (הקשורה לתחושה הסובייקטיבית של כל משתתף עד כמה הוא 'עובר' או לא 'עובר' חברתית במגדר המטרה שלו, כאשר ציון גבוה מעיד על מעבר מגדרי טוב יותר) לבין הבריאות הנפשית: ככל שהמשתתף מבוגר יותר ו'עובר' טוב יותר, כך הבריאות הנפשית גבוהה יותר והמצוקה הנפשית נמוכה יותר. בנוסף קיים קשר חיובי מובהק בין המידה בה המשתתף 'עובר' לבין המידה בה הוא נוטה לחשוף את הזהות הטרנסג'נדרית שלו, וכן קשר שלילי בין תחושת המעבר המגדרי לפעילות החברתית האינטרנטית.

לוח 9. מתאמי פירסון בין משתני המחקר ($N = 113$)

תמיכה משפחתית	קשרים חברתיים		טרנס' מופנמות	חשיפת הזהות הטרנס'	טרנס' בשירותי הבריאות		טרנס' בתעסוקה/ לימודים	טרנס' במרחבים ציבוריים כלליים	תחושת מעבר מגדרי	גיל	מדד
	פעילות חברתית באינטרנט	פעילות חברתית קבוצתית			היבטים חיוביים במערכת הבריאות	התקלות באירועים טרנספוביים					
										1	גיל
									1	-.20	תחושת מעבר מגדרי
								1	-.11	-.08	טרנס' במרחבים ציבוריים כלליים
							1	.64***	-.09	.03	טרנס' בתעסוקה/ לימודים
						1	.55***	.60***	-.04	.03	התקלות באירועים טרנספוביים במ. הבריאות
					1	-.24*	-.22*	-.33***	.29**	.10	היבטים חיוביים במערכת הבריאות
				1	.50***	-.06	.09	-.04	.31**	.16	חשיפת הזהות הטרנס'
			1	-.24*	-.17	-.04	.12	.06	-.15	-.19	טרנס' מופנמות
		1	-.30***	.37***	.06	.20*	.29**	.18	.13	.08	פעילות חברתית קבוצתית
	1	.35***	.07	-.09	-.21*	.26**	.21*	.32**	.24*	-.01	פעילות קבוצתית באינטרנט
1	-.29**	-.06	-.27*	.22*	.27**	-.29**	-.38***	-.41***	-.10	-.11	תמיכה משפחתית
.30**	-.20*	-.06	-.28**	.11	.15	-.18	-.22*	-.25**	.17	.11	רווחה נפשית
-.30**	.33***	.13	.33***	-.09	-.19	.31**	.33***	.36***	-.22*	-.27**	מצוקה נפשית
.33***	-.29**	-.11	-.30**	.14	.13	-.27**	-.27**	-.31**	.24*	-.22*	בריאות נפשית

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

לוח 10 מציג השוואה של משתני המחקר בין שלושת קבוצות המגדר במדגם (M-T-F, F-T-M וג'נדרקווירים). מניתוח השונות (ANOVA) עולה כי אין הבדלים מובהקים בין הקבוצות במשתני המחקר, למעט הבדלים מובהקים במידת חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית ובהיתקלות בהיבטים חיוביים במערכת הבריאות. נמצא כי טרנסג'נדריות M-T-F (מגבר לאישה) נטו יותר להיתקל בהיבטים חיוביים המערכת הבריאות מאשר ג'נדרקווירים, וכי הן דיווחו על חשיפת הזהות המגדרית שלהן במידה גבוהה יותר לעומת שתי הקבוצות האחרות.

לוח 10. השוואה בין שלושת קבוצות המגדר במשתני המחקר ($N = 113$)

המשתנה	F-T-M ($n = 59$)		M-T-F ($n = 39$)		ג'נדרקווירים ($n = 15$)		F
	SD	M	SD	M	SD	M	
טרנספוביה במרחבים הציבוריים כלליים	.83	2.24	1.02	2.40	.88	2.59	1.03
טרנספוביה בתעסוקה/ לימודים	.39	1.39	.85	1.66	.86	1.75	3.04
טרנספוביה בשירותי הבריאות							
התקלות באירועים טרנספוביים	.60	11.7	.63	1.71	.81	1.83	.21
היבטים חיוביים במערכת הבריאות	1.11	2.93	1.05 ^a	3.33	.90 ^b	2.33	4.98 ^{**}
חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית	1.38 ^b	3.98	1.19 ^a	5.05	1.88 ^b	3.14	12.26 ^{***}
טרנספוביה מופנמת	.59	1.76	.51	1.70	.64	1.77	.15
קשרים חברתיים בין טרנסג'נדרים							
פעילות חברתית קבוצתית	.98	2.63	.90	2.60	1.13	2.59	.03
פעילות קבוצתית באינטרנט	1.92	6.18	2.35	6.05	2.87	6.40	.14
תמיכה משפחתית	1.02	2.61	1.12	2.47	1.12	2.84	.66
רווחה נפשית	5.22	19.91	5.49	21.50	6.07	19.62	1.19
מצוקה נפשית	9.40	28.98	9.00	25.61	11.32	29.48	1.71
בריאות נפשית	13.80	52.14	13.57	57.71	18.19	49.91	2.38

*** $p < .001$ ** $p < .01$

הערה: ^a, ^b - ממוצעים בשורה עם סימול שונה נבדלים זה מזה במידת מובהקות. במבחן Tukey.

לוח 11 מציג השוואה של משתני המחקר בין המשתתפים שדיווחו כי הם 'עוברים' בצורה טובה לבין אלו שדיווחו כי הם אינם 'עוברים' בצורה טובה. ניתן לראות כי טרנסג'נדרים אשר העידו שהם 'עוברים' בצורה טובה, דיווחו על בריאות נפשית גבוהה יותר ועל מצוקה נפשית נמוכה יותר בהשוואה לטרנסג'נדרים שאינם 'עוברים'. כמו כן, נראה כי טרנסג'נדרים שאינם 'עוברים' נוטים יותר להשתתף בפעילות אינטרנטית, חושפים פחות את זהותם המגדרית, ונתקלים בפחות היבטים חיוביים במערכת הבריאות מאשר אלו ש'עוברים' בצורה טובה.

לוח 11. ממוצעים, סטיות תקן והבדלים בין קבוצת 'עובר' ו'לא עובר' בגורמי הלחץ וממדי הבריאות הנפשית (N = 98)

מדד	'עובר' (n = 65)		'לא עובר' (n = 33)		t
	SD	M	SD	M	
טרנספוביה במרחבים ציבוריים כלליים	.92	2.32	.97	2.47	.75
טרנספוביה בתעסוקה/ לימודים	.68	1.52	.57	1.94	.65
טרנספוביה בשירותי הבריאות					
היתקלות באירועים טרנספוביים	.67	1.73	.60	1.76	.23
היבטים חיוביים במערכת הבריאות	1.03	3.24	1.08	2.74	2.20*
חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית	1.23	4.72	1.56	3.86	2.98**
טרנספוביה מופנמת	.49	1.67	.59	1.82	1.34
קשרים חברתיים בין טרנסג'נדרים					
פעילות חברתית קבוצתית	.95	2.73	.90	2.52	1.00
פעילות חברתית באינטרנט	2.08	5.80	2.04	6.91	2.53*
תמיכה משפחתית	1.11	2.49	.99	2.81	1.40
רווחה נפשית	5.15	20.73	6.11	19.01	1.47
מצוקה נפשית	9.44	26.93	9.61	30.94	1.97*
בריאות נפשית כללית	13.46	55.55	15.85	47.94	2.49*

* $p < .05$ ** $p < .01$

בדיקת השערות המחקר

לבדיקת ההשערות בדבר הקשר הישיר בין משתני הלחץ החיצוניים והפנימיים לבין משתני הבריאות הנפשית, ואפקט המיתון של התמיכה המשפחתית והקשרים החברתיים בין טרנסג'נדרים על קשרים ישירים אלו, נערכו ניתוחי גרסיה היררכית בארבעה שלבים. בשלב הראשון בכל הניתוחים הוכנסו הגיל ומשתנה המעבר המגדרי, כיוון שמשתנים אלו נמצאו קשורים בצורה מובהקת למשתני הבריאות הנפשית (ראה/י לוח 9). מאחר ולא נמצאו כמעט שינויים במשתנים אלו מצעד לצעד, אלו אינם מצוינים בטקסט ביתר הצעדים. בצעד השני, הוכנס בכל פעם אחד ממשתני הלחץ החיצוניים (טרנספוביה במרחבים ציבוריים כלליים, טרנספוביה בעבודה/ לימודים וטרנספוביה

בשירותי הבריאות) או אחד ממשתני הלחץ הפנימיים (חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית וקשרים חברתיים בין טרנסג'נדרים), ואילו בצעד הרביעי הוכנס משתנה האינטראקציה בין משתנה הלחץ שבאותו ניתוח לבין אחד ממשתני התמיכה (תמיכה משפחתית, קשרים חברתיים). כל ניתוח נערך שלוש פעמים, בהתאם למשתני התוצאה של הבריאות הנפשית (בריאות נפשית כללית, מצוקה נפשית ורווחה נפשית). להלן תוצאות הניתוחים.

השערות המתייחסות לקשר בין משתנים

בקבוצת השערות זו, נבחנו הקשרים בין המשתנים המנבאים, גורמי הלחץ החיצוניים והפנימיים, לבין משתני התוצאה, הבריאות הנפשית כללית, מצוקה נפשית, ורווחה נפשית. כמו כן, נבדק הקשר בין גורמי הלחץ החיצוניים לגורמי הלחץ הפנימיים.

קשר בין חשיפה לגורמי לחץ חיצוניים לבין הבריאות, הרווחה והמצוקה הנפשית

בחשערה זו, נבדקו הקשרים בין טרנספוביה במרחבים ציבוריים כלליים, טרנספוביה בתעסוקה/ לימודים וטרנספוביה בשירותי הבריאות לבין משתני הבריאות הנפשית. הצעד השני בלוחות 17, 15, 13 מצביע על קשרים מובהקים בין שלושת משתני הלחץ האלו לבין שלושת משתני התוצאה, למעט גורמי המשתנה טרנספוביה בשירותי הבריאות, אשר לא נמצאו קשורים לרווחה הנפשית. כל גורמי הלחץ החיצוניים נמצאו קשורים בקשר שלילי לבריאות הנפשית, ובקשר חיובי למצוקה הנפשית, לאחר בקרה על גיל ותחושת מעבר מגדרי. על כן, השערה זו אוששה באופן חלקי.

קשר בין חשיפה לגורמי לחץ פנימיים לבין הבריאות, הרווחה והמצוקה הנפשית

בהתאם להשערה זו, נבדקו הקשרים בין טרנספוביה מופנמת וחשיפת הזהות הטרנסג'נדרית לבין שלושת משתני התוצאה. מהצעד השני בניתוח הרגרסיה בלוחות 14, 19 ניתן לראות כי נמצא קשר שלילי מובהק בין טרנספוביה מופנמת לבין משתני הבריאות הנפשית והרווחה הנפשית, וקשר חיובי מובהק למצוקה הנפשית, לאחר בקרה על גיל ותחושת מעבר מגדרי. קשרים אלו מעידים על כך שככל שקיימת טרנספוביה מופנמת גבוהה יותר, כך הבריאות הנפשית הרווחה הנפשית של המשתתפים נמוכה יותר, ואילו המצוקה הנפשית גבוהה יותר. דבר זה עולה בקנה אחד עם השערת המחקר. מאידך, בניגוד למשוער לא נמצא קשר מובהק בין משתנה חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית למשתני התוצאה (לוח 20).

קשר בין גורמי הלחץ החיצוניים לבין גורמי הלחץ הפנימיים

השערה זו ביקשה לבחון את הקשר בין טרנספוביה במרחבים ציבוריים כלליים, טרנספוביה בתעסוקה/ לימודים וטרנספוביה בשירותי הבריאות לבין טרנספוביה מופנמת וחשיפת הזהות הטרנסג'נדרית. בניגוד למשוער, לא נמצאו קשרים מובהקים בין משתני הלחץ הפנימיים למשתני הלחץ החיצוניים, למעט קשר שלילי מובהק אחד, בין ההיבטים החיוביים במערכת הבריאות לבין חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית. על כן, השערה זו אוששה באופן חלקי (ראה/י לוח 12).

לוח 12. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת קשר בין משתני לחץ חיצוניים למשתני לחץ פנימיים ($N = 113$)

משתנה	חשיפת הזהות הטרנסגינדרית					טרנספוביה מופנמת				
	B	SE	β	R^2	ΔR^2	B	SE	β	R^2	ΔR^2
צעד 1										
גיל	.02	.01	.21*						.04	
תחושת מעבר מגדרי	.19	.08	.24*							
צעד 2										
טרנסי במרחבים ציבוריים כלליים	-.04	.09	-.04	.12	.00	.07	.09	.08	.05	.01
טרנספוביה בשירותי בריאות										
אירועים טרנסי	.02	.09	.02	.14	.01	.06	.10	.07	.05	.00
היבטים חיוביים	.39	.10	.42	.27***	.15	-.01	.10	-.01	.04	.00
טרנספוביה בעבודה/ לימודים	.07	.09	.07	.13	.01	.12	.09	.13	.07	.02

** $p < .01$ *** $p < .001$

הערה: הרגרסיה נערכה שלוש פעמים עבור כל משתנה תוצאה, כאשר בכל פעם הוכנס משתנה אחד בצעד 2.

השערות המתייחסות לקשר ממתן.

בקבוצת השערות אלו, נבדקו בעזרת ניתוחי רגרסיה קיומם של משתנים הממתנים את הקשר עבור הקשרים שנמצאו בין גורמי הלחץ החיצוניים והפנימיים לבין משתני הבריאות הנפשית. המשתנים הממתנים, קשרים חברתיים בין טרנסגינדרים ותמיכה משפחתית, נבדקו בכל פעם בנפרד עבור כל אחד מהקשרים הללו. תוצאות הניתוחים מוצגות בלוחות 13-22. במחקר נמצאו שני קשרים ממתנים: הראשון, של התמיכה המשפחתית על הקשר בין טרנספוביה בשירותי הבריאות למשתני הבריאות הנפשית, והשני, של קשרים חברתיים בין טרנסגינדרים על הקשר בין חשיפת הזהות הטרנסגינדרית לרווחה הנפשית.

טרנספוביה בשירותי הבריאות, תמיכה משפחתית ובריאות נפשית

תוצאות הניתוח המוצגות בלוח 13 מעידות על תוספת מובהקת לאחוז השונות המוסברת עבור הגורם חשיפה לאירועים טרנספוביים, עם הוספת משתנה האינטראקציה תמיכה משפחתית עבור הבריאות הנפשית ($\beta = .10$; $\Delta R^2 = .00$; $p = .38$), המצוקה הנפשית ($\beta = .36$; $\Delta R^2 = .09$; $p = .01$) והרווחה הנפשית ($\beta = -.37$; $\Delta R^2 = .09$; $p = .01$). תוספת זו מעידה קיומו של על אפקט ממתן.

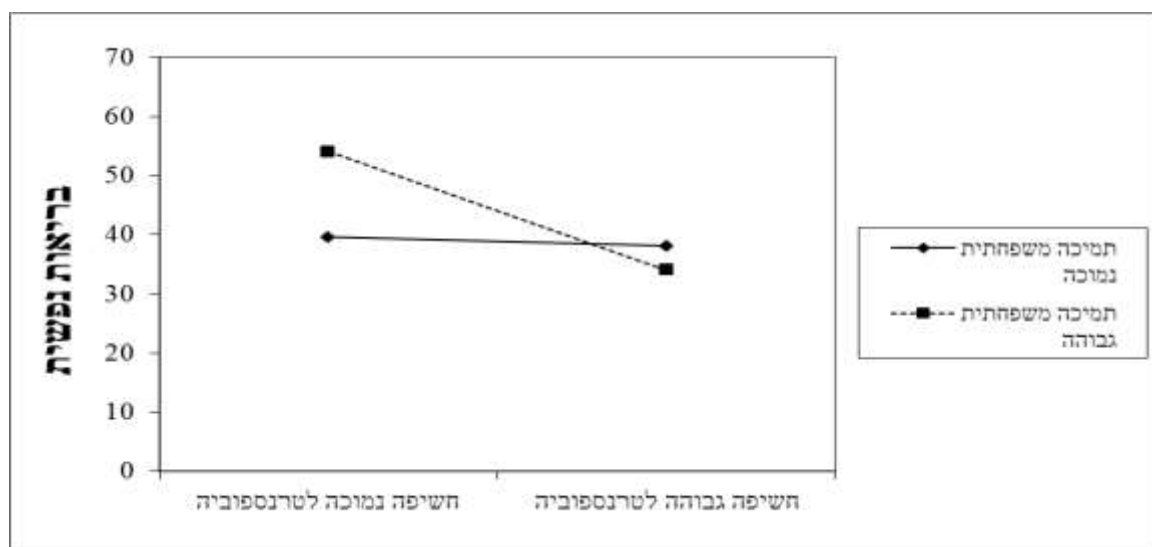
לוח 13. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין התקלות באירועים טרנספוביים, היבטים חיוביים במערכת הבריאות ותמיכה משפחתית לבריאות הנפשית (N = 113)

משתנה	בריאות נפשית כללית					מצוקה נפשית					רווחה נפשית				
	ΔR^2	R^2	β	SE B	B	ΔR^2	R^2	β	SE B	B	ΔR^2	R^2	β	SE B	B
צעד 1															
גיל		.02					.10*								
תחושת מעבר מגדרי			.14	.17	.23			-.19	.11	-.20			.07	.07	.04
			.22*	1.28	2.71			-.21*	.82	-1.66			.12	.50	.56
צעד 2															
אירועים טרנס'		.08					.21					.11**			
היבטים חיוביים		.16	-.29**	1.52	-4.20			.34**	.95	3.16			-.19	.62	-1.02
			.01	1.60	-.22			.04	1.00	.38			.05	.65	.29
צעד 3															
אירועים טרנס'		.03					.22					.01			
היבטים חיוביים		.20	-.24*	1.55	-3.45			.31**	.98	2.86			-.13	.63	-.71
תמיכה משפחתית			-.06	1.62	-.90			.07	1.03	.65			.00	.65	.00
			.20	1.58	2.98			-.13	1.00	-1.19			.22*	.64	1.26
צעד 4															
אירועים טרנס'		.10**					.31					.09**			
היבטים חיוביים		.30	-.39**	1.61	-5.59			.45***	1.03	4.16			-.27*	.66	-1.47
תמיכה משפחתית			-.05	1.53	-.67			.06	.98	.51			.02	.62	.09
אירועים טרנס' X תמיכה משפחתית			.18	1.50	2.60			-.10	.95	-.95			.20	.61	1.12
היבטים חיוביים X תמיכה משפחתית			-.38***	1.36	-4.64			.36**	.86	2.83			-.37**	.55	-1.72
			-.12	1.51	-1.78			.12	.96	1.12			-.15	.62	-.84

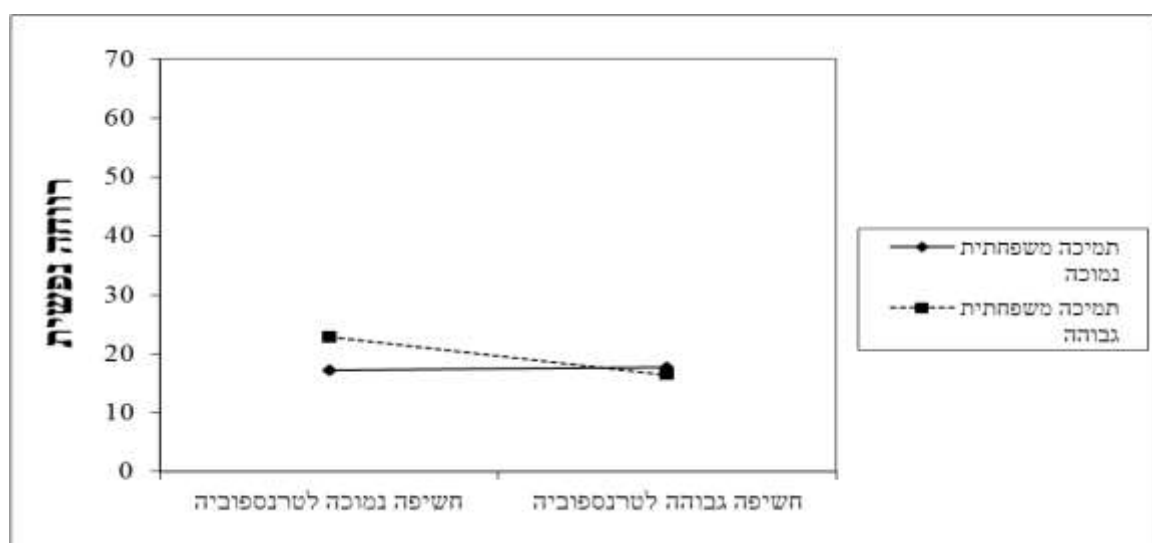
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

תרשימים 3-5 מציגים את ניתוח השיפועים הפשוטים של הקשר בין חשיפה לאירועים טרנספוביים בשירותי הבריאות למשתני המבריאות הנפשית, ברמות גבוהות ונמוכות של תמיכה משפחתית (אשר חושבו כסטיית תקן אחת מתחת לממוצע, וסטיית תקן אחת מעל לממוצע, בהתאמה). התרשימים מצביעים על בריאות נפשית דומה ברמות שונות של טרנספוביה, בקרב משתתפים שדיווחו על תמיכה משפחתית נמוכה. ברמות נמוכות של טרנספוביה, הבריאות הנפשית גבוהה יותר בקרב אלו המדווחים על תמיכה משפחתית גבוהה (הרווחה הנפשית גדלה ואילו המצוקה הנפשית פוחתת).

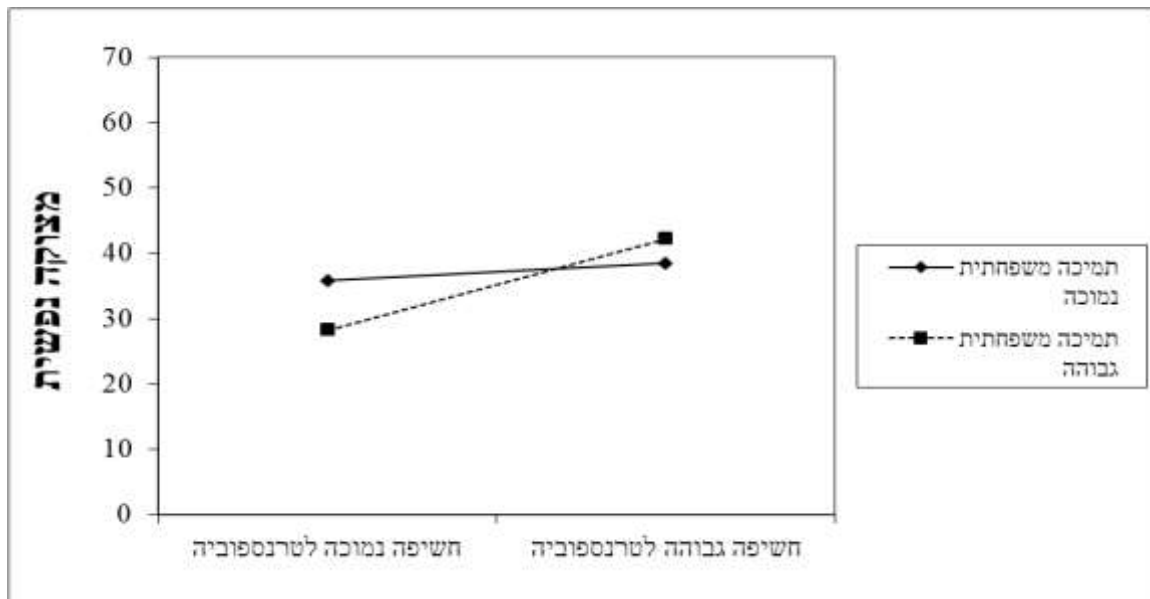
תרשים 3. ניתוח שיפועים פשוטים של הקשר בין חשיפה לאירועים טרנספוביים בשירותי הבריאות לבריאות הנפשית ברמות שונות של תמיכה משפחתית



תרשים 4. ניתוח שיפועים פשוטים של הקשר חשיפה לאירועים טרנספוביים בשירותי הבריאות לרווחה נפשית ברמות שונות של תמיכה משפחתית



תרשים 5. ניתוח שיפועים פשוטים של הקשר חשיפה לאירועים טרנספוביים בשירותי הבריאות למצוקה נפשית ברמות שונות של תמיכה משפחתית.



חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית, קשרים חברתיים ובריאות נפשית.

מניתוח הרגרסיה המוצג בלוח 14, עולה כי קיימות תוספת מובהקת לאחוז השונות המוסברת בשלב הרביעי, עם

הוספת משתנה האינטראקציה בין חשיפת הזהות לבין קשרים חברתיים קבוצתיים, עבור הרווחה הנפשית בלבד

($\Delta R^2 = .09$; $\beta = .35$; $p = .01$). תוספת זו מעידה קיומו של על אפקט ממתן בקשר בין חשיפת הזהות הטרנסגינדרית

לרווחה הנפשית.

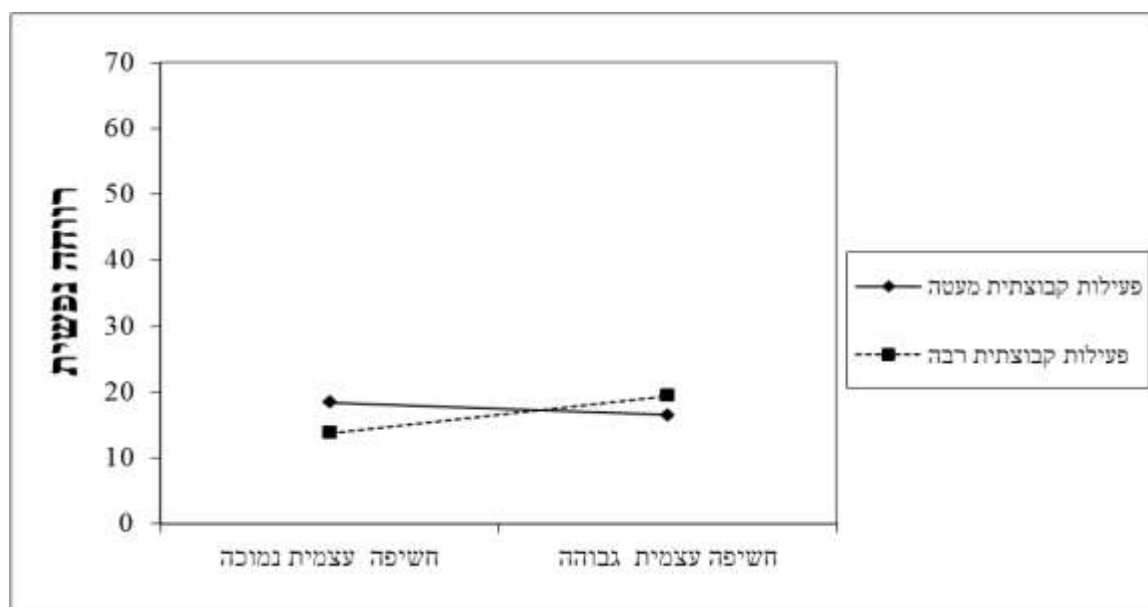
לוח 14. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית וקשרים חברתיים קבוצתיים ואינטרנטיים לבריאות הנפשית ($N = 113$)

משתנה	בריאות נפשית כללית					מצוקה נפשית					רווחה נפשית				
	ΔR^2	R^2	β	SE	B	ΔR^2	R^2	β	SE	B	ΔR^2	R^2	β	SE	B
צעד 1 גיל															
		.08*					.10*					.02			
			.14	.17	.23			-.19	.11	-.20			.07	.07	.04
צעד 2 חשיפת זהות טרנס'															
		.09					.10					.03			
			.10	1.68	1.61			-.03	1.07	-.25			.09	.66	.54
צעד 3 חשיפת זהות טרנס' קשרים קבוצתיים															
		.15					.18					.06			
			.11	1.73	1.69			-.02	1.09	-.24			.10	.69	.56
צעד 4 קשרים באינטרנט															
		.17					.18					.09**			
			-.08	1.65	-1.16			.07	1.04	.65			-.06	.66	-.32
חשיפה X קשרים קבוצתיים															
			-.21	1.62	-2.98			.26*	1.02	2.42			-.15	.65	-.84
							.18					.00			
חשיפה X אינטרנט															
			.14	1.76	2.18			-.03	1.12	-.35			.16	.68	.92
			-.09	1.71	-1.29			.07	1.09	.66			-.08	.66	-.42
חשיפה X קשרים קבוצתיים															
			-.24*	1.67	-3.43			.27**	1.06	2.53			-.22	.64	-1.22
			.16	1.81	2.23			-.07	1.15	-.61			.35**	.70	1.87
חשיפה X אינטרנט															
			-.03	1.95	-.41			.02	1.24	.19			-.06	.75	-.36

* $p < .05$ ** $p < .01$

תרשים 6 מציג את גרף ניתוח השיפועים הפשוטים של הקשר בין חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית לרווחה הנפשית, ברמות שונות של פעילות חברתית קבוצתית (אשר חושבו כסטיית תקן אחת מתחת לממוצע, וסטיית תקן אחת מעל לממוצע, בהתאמה). התרשים מצביע על רמת רווחה נפשית גבוהה עבור אלו המשתתפים בקבוצות חברתיות וחשפו את זהותם, וכן רמת רווחה גבוהה עבור אלו שלא חשפו את זהותם, והם אינם משתתפים בקבוצות חברתיות. נראה כי הפעילות הקבוצתית תורמת לרווחה נפשית טובה יותר עבור אלו שחשפו את זהותם המגדרית, ותורמת פחות עבור משתתפים שטרם נחשפו.

תרשים 6. ניתוח שיפועים פשוטים של הקשר בין חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית ורווחה נפשית ברמות שונות של קשרים חברתיים קבוצתיים.



ממצאי השערות מיתון שלא אוששו.

בבחינת השערות המיתון אשר התייחסו לקיומה של התמיכה המשפחתית כגורם ממתן בין טרנספוביה במרחבים ציבוריים כלליים, טרנספוביה בעבודה (גורמי לחץ חיצוניים), טרנספוביה ומופנמות וחשיפת הזהות הטרנסג'נדרית (גורמי לחץ פנימיים) למשתני הבריאות הנפשית, לא נמצאה עדות לקשר ממתן. כמו כן, לא נמצא כי הקשרים החברתיים הקבוצתיים והאינטרנטיים מהווים גורם ממתן עבור הקשר בין הבריאות הנפשית לגורמי הלחץ החיצוניים ולחשיפת הזהות הטרנסג'נדרית. מאחר לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין הממצאים לגבי שלושת מדדי התוצאה, מוצגים להלן ניתוחי הרגרסיה עבור משתנה התוצאה בריאות נפשית בלבד (לוחות 15-22). ללוחות הרגרסיה המלאים עבור כל משתני התוצאה ראה/י נספחים (19-27).

לוח 15. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין טרנסטוביה במרחבים ציבוריים כלליים ותמיכה משפחתית לבריאות הנפשית ($N = 113$)

בריאות נפשית כללית					משתנה
ΔR^2	R^2	β	SE B	B	
צעד 1					
	.08*				גיל
		.14	.17	.23	תחושת מעבר מגדרי
		.22*	1.28	2.71	
צעד 2					
	.08**				טרנס' במרחבים ציבוריים כלליים
		-.28**	1.39	-3.86	
צעד 3					
	.02				טרנס' במרחבים ציבוריים כלליים
		-.22*	1.46	-3.11	
		-.02	1.55	-.30	קשרים קבוצתיים
		-.16	1.62	-2.44	קשרים באינטרנט
צעד 4					
	.02				טרנס' במרחבים ציבוריים כלליים
		-.23*	1.48	-3.21	
		.00	1.57	.01	קשרים קבוצתיים
		-.18	1.62	-2.56	קשרים באינטרנט
		-.14	1.41	-1.85	טרנס' X קשרים קבוצתיים
		.14	1.58	1.97	טרנס' X אינטרנט

* $p < .05$ ** $p < .01$

לוח 16. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין טרנסטוביה במרחבים ציבוריים כלליים, קשרים חברתיים לבריאות הנפשית ($N = 113$)

בריאות נפשית כללית					משתנה
ΔR^2	R^2	β	SE B	B	
צעד 1					
	.08*				גיל
		.14	.17	.23	תחושת מעבר מגדרי
		.22*	1.28	2.71	
צעד 2					
	.08**				טרנס' במרחבים ציבוריים כלליים
		-.28**	1.39	-3.86	
צעד 3					
	.02				טרנס' במרחבים ציבוריים כלליים
		-.22*	1.46	-3.11	
		-.02	1.55	-.30	קשרים קבוצתיים
		-.16	1.62	-2.44	קשרים באינטרנט
צעד 4					
	.02				טרנס' במרחבים ציבוריים כלליים
		-.23*	1.48	-3.21	
		.00	1.57	.01	קשרים קבוצתיים
		-.18	1.62	-2.56	קשרים באינטרנט
		-.14	1.41	-1.85	טרנס' X קשרים קבוצתיים
		.14	1.58	1.97	טרנס' X אינטרנט

* $p < .05$ ** $p < .01$

לוח 18. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין טרנספוביה בתעסוקה/ לימודים וקשרים חברתיים לבריאות הנפשית ($N = 113$)

בריאות נפשית כללית					משתנה
ΔR^2	R^2	B	SE B	B	
	.08*				צעד 1
		.14	.17	.23	גיל
		.22*	1.28	2.71	תחושת מעבר מגדרי
.07*	.15				צעד 2
		-.26*	1.40	-3.65	טרנס' בתעסוקה/ לימודים
.03	.18				צעד 3
		-.22*	1.48	-3.09	טרנס' בתעסוקה/ לימודים
		.01	1.60	.19	קשרים קבוצתיים
		-.19	1.58	-2.82	קשרים באינטרנט
.01	.19				צעד 4
		-.30*	1.92	-4.13	טרנס' בתעסוקה/ לימודים
		.03	1.65	.49	קשרים קבוצתיים
		-.20	1.60	-2.87	קשרים באינטרנט
		.04	1.65	.54	טרנס' X קשרים קבוצתיים
		.09	1.76	1.21	טרנס' X אינטרנט

* $p < .05$

לוח 17. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין טרנספוביה בתעסוקה/ לימודים ותמיכה משפחתית לבריאות הנפשית ($N = 113$)

בריאות נפשית כללית					משתנה
ΔR^2	R^2	β	SE B	B	
	.08*				צעד 1
		.14	.17	.23	גיל
		.22*	1.28	2.71	תחושת מעבר מגדרי
.07*	.15				צעד 2
		-.26*	1.40	-3.65	טרנס' בתעסוקה/ לימודים
.03	.18				צעד 3
		-.18	1.51	-2.58	טרנס' בתעסוקה/ לימודים
		.19	1.59	2.83	תמיכה משפחתית
.01	.19				צעד 4
		-.27	2.01	-3.77	טרנס' בתעסוקה/ לימודים
		.16	1.66	2.42	תמיכה משפחתית
		-.12	1.94	-1.75	טרנס' X תמיכה משפחתית

* $p < .05$

לוח 20. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין טרנספוביה מופנמת וקשרים חברתיים לבריאות הנפשית ($N = 113$)

בריאות נפשית כללית					משתנה
ΔR^2	R^2	β	SE B	B	
	.08*				צעד 1
		.14	.17	.23	גיל
		.22*	1.28	2.71	תחושת מעבר מגדרי
.06*	.14				צעד 2
		-.25*	1.59	-3.95	טרנספוביה מופנמת
.07*	.21				צעד 3
		-.30**	1.62	-4.60	טרנספוביה מופנמת
		-.14	1.59	-2.06	קשרים קבוצתיים
		-.19	1.54	-2.79	קשרים באינטרנט
.01	.22				צעד 4
		-.32**	1.71	-5.06	טרנספוביה מופנמת
		-.15	1.65	-2.17	קשרים קבוצתיים
		-.21	1.60	-3.10	קשרים באינטרנט
		-.11	1.75	-1.66	טרנס' מופנמת X קבוצתיים
		.05	1.72	.82	טרנס' מופנמת X אינטרנט

* $p < .05$ ** $p < .01$

לוח 19. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין טרנספוביה מופנמת ותמיכה משפחתית לבריאות הנפשית ($N = 113$)

בריאות נפשית כללית					משתנה
ΔR^2	R^2	β	SE B	B	
	.08*				צעד 1
		.14	.17	.23	גיל
		.22*	1.28	2.71	תחושת מעבר מגדרי
.06*	.14				צעד 2
		-.25*	1.59	-3.95	טרנספוביה מופנמת
.05*	.19				צעד 3
		-.21*	1.58	-3.29	טרנספוביה מופנמת
		.23*	1.47	3.35	תמיכה משפחתית
.0	.19				צעד 4
		-.21*	1.59	-3.28	טרנספוביה מופנמת
		.23*	1.48	3.34	תמיכה משפחתית
		-.01	1.85	-.22	טרנספוביה מופנמת X תמיכה משפחתית

* $p < .05$

לוח 21. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין התקלות באירועים טרנסמוביים, היבטים חיוביים במערכת הבריאות, הקשרים חברתיים קבוצתיים ואינטרנטיים לבריאות הנפשית (N = 113)

בריאות נפשית כללית					משתנה
ΔR^2	R^2	β	SE B	B	
					צעד 1
	.08*				גיל
		.14	.17	.23	
		.22*	1.28	2.71	תחושת מעבר מגדרי
					צעד 2
.08*	.16				אירועים טרנסי
		-.29**	1.53	-4.20	
		-.01	1.60	-.22	היבטים חיוביים
					צעד 3
.03	.20				אירועים טרנסי
		-.26**	1.53	-3.77	
		-.05	1.62	-.74	היבטים חיוביים
		-.02	1.55	-.34	קשרים קבוצתיים
		-.19	1.61	-2.72	קשרים באינטרנט
					צעד 4
.06	.26				אירועים טרנסי
		-.30	1.58	-4.28	
		-.01	1.64	-.22	היבטים חיוביים
		-.03	1.54	-.46	קשרים קבוצתיים
		-.17	1.61	-2.43	קשרים באינטרנט
		-.04	1.29	-.40	אירועים טרנסי X קשרים קבוצתיים
		.17	1.53	2.30	היבטים חיוביים X קשרים קבוצתיים
		.26*	1.80	3.89	אירועים טרנסי X אינטרנט
		-.04	1.47	-.48	היבטים חיוביים X אינטרנט

* $p < .05$ ** $p < .01$

לוח 22. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין חשיפת הזהות הטרנסגינדרית ותמיכה משפחתית לבריאות הנפשית ($N = 113$)

בריאות נפשית כללית					משתנה
ΔR^2	R^2	β	SE	B	
B					
	.08*				צעד 1
		.14	.17	.23	גיל
		-.22*	1.28	-2.71	תחושת מעבר מגדרי
.01	.09				צעד 2
		.11	1.68	1.61	חשיפת הזהות הטרנסגינדרית
.06*	.15				צעד 3
		.06	1.65	.88	חשיפת הזהות הטרנסגינדרית
		.26*	1.50	3.78	תמיכה משפחתית
.00	.16				צעד 4
		.05	1.67	.81	חשיפת הזהות הטרנסגינדרית
		.25*	1.53	3.67	תמיכה משפחתית
		.05	1.69	.78	חשיפת הזהות הטרנסגינדרית X תמיכה משפחתית

* $p < .05$

ממצאים נוספים

בשל מיעוט המחקרים המתייחסים לאנשים טרנסגינדרים בישראל, נאספו במחקר זה מספר רב של נתונים העשויים לעזור בהיכרות ובהבנת הצרכים הייחודיים של קבוצה זו. לשם כך, מוצגים להלן ממצאים אשר אינם נכללים בהשערות המחקר אך עשויים לשפוך אור על מאפייני המדגם.

לוח 23 מציג את הגיוון במספר הקשרים החברתיים שמקיימים משתתפי המחקר. 39.3% דיווחו כי יש להם מספר רב של חברים טרנסגינדרים (שישה ומעלה), ל 25.0% יש בין 3-5 חברים טרנסגינדרים, ל 25.9% יש חבר אחד לשני חברים טרנסגינדרים, ואילו ל 9.8% אין אף חבר טרנסגינדר. לעומת גיוון זה, קיים הבדל מובהק ברמת שביעות הרצון של המשתתפים מהקשרים החברתיים שלהם. לוח 24 מציג השוואה של רמות שביעות הרצון של המשתתפים על פי מספר החברים הטרנסגינדרים שלהם. מן הלוח עולה כי קיים הבדל מובהק בשביעות הרצון בין אלו שמקיימים קשרים חברתיים מרובים (שישה חברים ומעלה), לבין אשר אינם מקיימים קשרים חברתיים כלל. משתתפים בעלי קשרים חברתיים מרובים נמצאו יותר שבעי רצון מאשר אלו ללא קשרים חברתיים.

לוח 23. השוואה במידת שביעות הרצון מקשרים חברתיים על פי מספר החברים ($N = 113$)

אין חברים טרנסג'נדרים ($n = 7$)		חבר אחד או שני חברים טרנסג'נדרים ($n = 28$)		בין שלושה לחמישה חברים טרנסג'נדרים ($n = 28$)		שישה חברים טרנסג'נדרים ומעלה ($n = 44$)		F	מידת שביעות הרצון מקשרים חברתיים
SD	M	SD	M	SD	M	SD	M		
1.27	2.87	.98	3.60	.99	3.78	.96	4.04	4.30**	

** $p < .01$

בבחינת שיעור התמיכה המשפחתית של משתתפי המחקר, נמצא כי 53.1% דיווחו כי הם נהנים תמיכה

משפחתית 'במידה רבה' ו'במידה רבה מאוד'. כך, 46% דיווחו כי משפחתם מקשיבה להם, ו-54% ציינו כי משפחתם

מגישה להם עזרה ישירה בדברים שהם צריכים.

באשר לטרנספוביה בשירותי הבריאות, כאשר נשאלו המשתתפים האם הם חוששים מיחס מפלה בשל היותם

טרנסג'נדרים, 55.8% מהמשתתפים דיווחו כי הם חוששים להיתקל ביחס מפלה מצד רופא/ה שאינם מכירים 'לעיתים

קרובות' או 'רוב הזמן'. זאת, לעומת 64.6% אשר דיווחו כי נתקלו הלכה למעשה ביחס מפלה מאיש צוות רפואי

'לעיתים נדירות' או 'אף פעם'. בנוסף, חשוב לציין כי מרבית המשתתפים (58.4%) ציינו כי קיבלו את הרושם שהרופא

רצה לעזור להם, אך לא היה ברשותו המידע הרלוונטי.

בהתאם לכך, לוח 24 מראה כי אחוז גבוה מחברי קופת חולים כללית בוחרים לקבל שירות במרפאה הגאה בגן

מאיר (34.88%). זאת, לעומת 7.27% מהפניות שנעשו על ידי משתתפים מקופות חולים אחרות, אף כי המרפאה מציעה

חלק משירותיה גם לפונים שאינם שייכים לקופת חולים כללית. לפיכך, נמצא הבדל מובהק בפניה למרפאה הגאה בין

משתתפים השייכים לקופות החולים כללית לבין אלו השייכים לקופות חולים אחרות.

לוח 24. השוואה בין קופות החולים בקבלת שירות רפואי במרפאה הגאה בגן מאיר ($N = 98$).

השוואה	χ^2	df	התפלגות (%)		משתנה
			קופת חולים כללית מאוחדת ולאומית ($n=43$)	קופת חולים כללית ($n=55$)	
גודל האפקט (Cramer's V)	.35	11.77***	1		
			7.27%	34.88%	קבלת שירות רפואי בגן מאיר
			92.73%	65.12%	נעשתה פניה לגן מאיר
					לא נעשתה פניה לגן מאיר

*** $p < .001$

לוח 25 מציג את שכיחות החשיפה העצמית של טרנסג'נדרים בפני אנשים שונים בחייהם. מן הלוח עולה כי אחוז גבוה מהמשתתפים בוחרים לצאת מהארון, ואף עושים זאת באופן אקטיבי. כך למשל, 73.5% מהמדגם ציינו כי אמנם יודעת שהם טרנסג'נדרים, כאשר ברוב המקרים חשיפה זו נעשתה באופן אקטיבי: 73.1% מהמשתתפים ציינו כי הם אלו שסיפרו על זהותם המגדרית לאמם. יוצא דופן לכך הוא היציאה מהארון מפני המשפחה המורחבת וקרובי משפחה, כאשר 46.7% מהמשתתפים דיווחו כי חשיפתם נעשתה בעיקר באמצעות אנשים אחרים.

לוח 25. טבלת שכיחויות עבור משתנה חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית ($N = 113$)

הפריט	1		2-4		5-7		סיפורתי בעצמי		מישהו אחר סיפר		לא רלוונטי	
	בטוח שאינם יודעים שאני טרנסג'נדר	יתכן/ סביר שיודעים שאני טרנסג'נדר	בטוח שאינם יודעים שאני טרנסג'נדר	יתכן/ סביר שיודעים שאני טרנסג'נדר	בטוח שאינם יודעים שאני טרנסג'נדר	יתכן/ סביר שיודעים שאני טרנסג'נדר						
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
אמא	11.5	13	9.7	11	73.5	83	73.1	79	11.1	12	15.7	17
אבא	13.3	15	9.7	11	58.4	66	50.9	55	16.7	18	32.4	35
אחים/יות	11.5	13	12.4	14	69.0	78	66.4	71	13.1	14	20.6	22
משפחה מורחבת	26.5	30	23.1	26	46.9	53	21.5	23	46.7	50	31.8	34
אנשים זרים	19.5	22	40.8	46	37.2	42	22.9	24	14.3	15	62.9	66
חברים מהעבר	15.9	18	20.4	23	72.5	82	48.1	51	23.6	25	28.3	30
חברים חדשים	47.8	54	45.8	47	8.9	10	71	76	3.7	4	25.2	27
חברים לעבודה או ללימודים	32.7	37	28.4	32	31.9	36	43.7	45	8.7	9	47.6	49
ממונים בעבודה/ מרצים	31	35	21.3	24	36.3	41	37.5	39	11.5	12	51	53

דיון

מחקר זה בדק את תרומתם של היבטים חברתיים ואישיים לבריאותם הנפשית של אנשים טרנסג'נדרים, תוך התייחסות לגורמי תמיכה חברתיים. ממצאי המחקר מצביעים על תפקידו המרכזי של הפן החברתי בחייהם של אנשים טרנסג'נדרים. לא זו בלבד שטרנסג'נדרים חשופים לאירועים טרנספוביים, טרנספוביה חברתית זו מחלחלת לתוכם ומהווה אבן נגף בהתמודדותם האישית עם זהותם המגדרית. אוזלת ידם של גורמי התמיכה נוכח כוחם של המנגנונים החברתיים מדגישה את חשיבות ההתערבות ברמה החברתית, תוך חיזוק מערכות התמיכה הקיימות ויצירת מענים מותאמים הולמים.

ייחודו של המחקר, טמון ראשית בהיותו המחקר הכמותי הראשון שבחן את חוויותיהם של אנשים טרנסג'נדרים בישראל. שנית, המחקר מסתמך על מודל לחץ על מיעוטים, מודל רווח בתחום בריאות הציבור, הפונה למיעוטים מייניים אך נבדק עד עתה בקרב הומואים, לסביות וביסקסואלים, ובמחקר זה נבדקה התאמתו לאוכלוסייה הטרנסג'נדרית.

במחקר נמצאו מספר ממצאים מרכזיים. ראשית, המחקר מצביע על קשר בין אירועים טרנספוביים וטרנספוביה מופנמת לבין בריאותם הנפשית של אנשים טרנסג'נדרים. נמצא כי ככל שטרנסג'נדרים חשופים לאירועים טרנספוביים רבים יותר, ומחזיקים בעצמם בדעות קדומות ובסטריאוטיפיים כלפי טרנסג'נדרים, כך גוברת מצוקתם הנפשית ובריאותם הנפשית פוחתת.

שנית, נמצא כי גורמי התמיכה החברתיים, קרי תמיכה משפחתית וקשרים חברתיים אינטרנטיים, קשורים קשר ישיר הן לבריאות הנפשית והן לאירועים טרנספוביים. ואולם, יכולתם למתן את הקשר בין טרנספוביה לבריאות הנפשית הנמוכה היא מעטה וחלקית.

שלישית, במחקר נמצא כי קיימים מספר הבדלים בין קבוצות המשתתפים. המחקר מצביע על הבדל בחשיפת הזהות הטרנסג'נדרית, כאשר טרנסג'נדריות M-T-F נחשפות יותר מאשר טרנסג'נדרים F-T-M. בנוסף נמצא כי קיים הבדל בחשיפת הזהות הטרנסג'נדרית ובבריאות הנפשית בין טרנסג'נדרים ש'עוברים' לבין אלו שאינם 'עוברים'. רביעית, נמצא כי טרנסג'נדרים הנמצאים תחילת התהליך המגדרי שלהם, מתקשים להשתלב בפעילויות חברתיות קהילתיות, והתמיכה המשפחתית בהם נמוכה. קבוצה זו חשופה יותר לאירועים טרנספוביים, ובהתאם לכך, בריאותם הנפשית בשלב זה נמוכה.

בפרק זה אבחן את ממצאי המחקר ואתייחס להשערותיו. לאחר מכן אדון בתרומתו המרכזית והשלכות יישומיות לפרקטיקה, מגבלות המחקר והמלצות למחקרים עתידיים.

חשיפה לטרנספוביה ובריאות נפשית.

מחקר זה מצא כי החשיפה לטרנספוביה במרחבים הציבוריים השונים וקיומה של טרנספוביה מופנמת, עשויים לבוא את בריאותם הנפשית של אנשים טרנסגינדרים. ככל שטרנסגינדרים חשופים לאירועים טרנספוביים רבים יותר, ומפגימים עמדות חברתיות שליליות כלפיהם, כך בריאותם הנפשית נמוכה יותר, והם עשויים לסבול ממצוקה נפשית גבוהה יותר.

ממצאים אלו תואמים ממצאי מחקרים שונים אשר בחנו קשרים דומים הן בקרב מיעוטים מיניים (Feinstein, Goldfried & Davila, 2012; Hatzenbuehler, McLaughlin, Keyes & Hasin, 2010; Lehavoyt & Simoni, 2011) והן בקרב טרנסגינדרים (Budge & Adelson, 2013; Grossman & D'Augelli, 2007). הממצאים אף מחזקים את מודל הלחץ על מיעוטים (Meyer, 2003) המהווה בסיס למודל המחקר הנוכחי.

קיומה של טרנספוביה כגורם הקשור לבריאות נפשית נמוכה, משקף את הגישה הרווחת כיום ביחס לטרנסגינדרים. על פי גישה זו, מקור מצוקתם של אנשים טרנסגינדרים נעוץ באקלים חברתי ופוליטי אשר מעודד דעות קדומות, סטיגמה ואפליה כלפיהם (WPATH, 2011), ואינו טמון באופן אינהרנטי באדם הטרנסגינדר (Gail, De Cuypere, & Bockting, 2010; WPATH, 2011).

גם הקשיים התוך אישיים שנמצאו במחקר, המתייחסים לטרנספוביה מופנמת, תואמים השקפה זו. קיומה של טרנספוביה מופנמת, הנובעת מהפנמת עמדות חברתיות שליליות כלפי טרנסגינדרים, עשויה להוות מקור לבושה ולשנאה עצמית, ולעכב את האדם הטרנסגינדר בתהליך המורכב של הקבלה העצמית (Bockting, 2008; Spicer, 2010). ממצא זה תואם ממצאי מחקרים אחרים, אשר מדגישים קשר בין קיומה של טרנספוביה מופנמת למצוקה נפשית (Bockting, 2008; Morrow, 2004), ואת תרומתה של טרנספוביה מופנמת נמוכה לרווחה הנפשית (Singh, Hays, & Watson, 2011).

במחקר אף נמצא כי משתתפים בעלי רמה גבוהה של טרנספוביה מופנמת נטו פחות לחשוף את זהותם הטרנסגינדרית בפני אחרים. אין זה מפליא כי קיים קושי עבור אלו שאינם שלמים עם זהותם המגדרית לצאת מהארון בפני אנשים אחרים. אך בניגוד למשתתפים אשר בחרו לחשוף את זהותם, ממצאי המחקר מצביעים על קושי ביצירת קשרים חברתיים במסגרות קבוצתיות עם טרנסגינדרים אחרים ותמיכה משפחתית נמוכה יותר, שני גורמים אשר יש בידם לסייע לאדם בהתמודדותו עם קשיים. כך, לא רק שאנשים בעלי טרנספוביה מופנמת מתמודדים עם קשייהם האישיים, הקשורים להתמודדות עם הדעות הקדומות שלהם עצמם, הם גם מתקשים להיעזר באנשים אחרים, דבר אשר עשוי להחרیف את מצבם הנפשי.

בניגוד למשוער, לא נמצאה עדות לכך שגורמי הלחץ הפנימיים, וביניהם טרנספוביה מופנמת, קשורים לאירועים טרנספוביים המתרחשים במרחב הציבורי. נראה שהפנמת עמדות חברתיות שליליות אינה קשורה לאירועים טרנספוביים המתרחשים בפועל. אין זה אומר כי אנשים בעלי טרנספוביה מופנמת אינם נתקלים באירועים טרנספוביים. אנשים החווים טרנספוביה מופנמת חשים כי הם עצמם אינם בסדר, ולכן עשויים לקבל בהבנה אירועי אפליה כלפיהם, תוך הצדקת אירועים אלו (Reisner, Perkovich, & Mimiaga, 2010). על כן, ניתן לשער כי מתוך תחושה כי האשמה היא בהם ולא בחברה, משתתפים בעלי טרנספוביה מופנמת לא נטו להגדיר אירועים טרנספוביים ככאלה, גם אם התקיימו, ולכן לא דיווחו עליהם כאירועים טרנספוביים.

עמדות שליליות המופנמות על ידי טרנסג'נדרים, אינן אלא תוצר של הבניות חברתיות, המייחסות קשר הכרחי ובלתי ניתן לשינוי בין המין הביולוגי לזהות המגדר. בהתאם לתפיסה זו, אלו המשנים את מינם ומצליחים להשתלב במגדר היעד שלהם, נתפסים כרמאים ומתחזים המנסים להציג עצמם כגברים או נשים "אמיתיים", כאשר הם אינם כאלה. רוב מקרי האלימות הטרנספובית המוכרים לנו בעולם מתרחשים כאשר נחשפת הזהות האמיתית, כביכול, של האדם הטרנסג'נדר. מנגד, אלו אשר אינם מנסים להשתלב בסדר המגדרי הקיים, ומציגים פרפורמנס מגדרי החוצה את הגבולות הבינאריים המקובלים, עשויים להיענש על הפרת הסדר החברתי (Bettcher, 2006b).

העובדה כי המצוקה הנפשית של טרנסג'נדרים קשורה אף היא לטרנספוביה מופנמת, טרנספוביה אשר מקורה נעוץ בעמדות חברתיות שליליות כלפי טרנסג'נדרים, ממחישה את חשיבותו ומרכזיותו של הפן החברתי בהבנת מצוקתם של טרנסג'נדרים. מכיוון שכך, ניתן לראות כי הטרנספוביה מתבטאת בכל שלושת המרחבים הציבוריים שנבחרו במחקר, ואינה מוגבלת לזירה אחת בלבד. כלומר, משתתפים אשר דיווחו על טרנספוביה במרחב אחד, סביר שדיווחו על טרנספוביה גם במרחבים האחרים. העובדה שטרנספוביה נחווית על ידי אנשים טרנסג'נדרים במרחבים השונים במקביל, מעצימה את מידת הלחץ הנחוזה על ידם, ויוצרת סט של לחצים חברתיים המשפיעים בצורה שלילית על בריאותם הנפשית.

קשר הדוק זה בין קיומה של טרנספוביה לבריאות נפשית ירודה, מקבל תמיכה נוספת בבחינת מידת החשיפה לטרנספוביה במדגם. במחקר נמצא כי רמת החשיפה לטרנספוביה הייתה נמוכה – בינונית, בהשוואה בין שלושת סולמות המדידה. ממצא זה עשוי לשקף מספר קטן של משתתפים אשר חווים אירועים טרנספוביים רבים, ומדווחים על בריאות נפשית ירודה. אין זה מפתיע כי רוב המשתתפים אינם חשופים לרמות גבוהות של טרנספוביה, שכן המחקר נערך בקרב קבוצה ייחודית וחזקה יחסית בתוך אוכלוסיית היעד, בעלת נגישות לאינטרנט, אשר חבריה יהודים-חילוניים המתגוררים באזור המרכז, משכילים, לומדים, עובדים ו'עוברים' בצורה טובה. למרות הרמות הנמוכות, יחסית, של טרנספוביה עליהן דיווחה קבוצה זו, העובדה כי עדיין נמצא קשר מובהק בין רמות אלו לבין הבריאות הנפשית מדגישה את מידת ההשפעה השלילית שיש לאירועי טרנספוביה במרחבים השונים על בריאותם של טרנסג'נדרים.

הסבר אפשרי לקשר הדוק זה בין חשיפה נמוכה לטרנספוביה לבין בריאות נפשית נמוכה, נעוץ בקיומה של הציפייה לדחייה. אף כי היבט זה לא נבדק במחקר בצורה מקיפה, יתכן ויש לו תפקיד מרכזי גם בקרב אלו שלא נחשפים לאירועים טרנספוביים רבים. כך למשל, במחקר אשר בדק חשיפה לאירועי אפליה ובריאות נפשית בקרב הומואים ולסביות, נמצא כי החשש מפני התקלות ביחס מפלה היה אחד הגורמים המנבאים בריאות נפשית נמוכה (Feinstein et al., 2011). במחקרו של Ross (1985) בקרב גברים הומואים, נמצא כי הציפייה לדחייה הסבירה טוב יותר בריאות נפשית נמוכה מאשר החשיפה לאירועים מפלים עצמה. גם במחקר הנוכחי, ניתן לראות עדות לתופעה דומה: בפריט מתוך שאלון שבדק טרנספוביה בשירותי הבריאות, נשאלו המשתתפים באיזו תדירות הם חוששים להיתקל ביחס מפלה מרופא שלא מכיר אותם. מרבית המשתתפים ציינו כי הם חוששים 'רוב הזמן' או 'לעיתים קרובות'. זאת, בניגוד לדיווח נמוך על התקלות ביחס מפלה בפועל במרחב זה. ואכן, ייחודו של מודל לחץ המיעוטים הוא בהדגשת ההשפעות הסביבתיות והחברתיות השליליות, אשר אינן חייבות להיות חלק מהחוויה או ההתנסות האישית של מיעוטים מיניים, על מנת להשפיע על בריאותם הנפשית (Meyer, 2003). מנגנון לחץ המיעוטים מסביר כי כאשר האדם יודע כי קיימים אירועים טרנספוביים בחברה בה הוא חי, וחושש מקיומם, אלו משפיעים על בריאותו הנפשית לעיתים ללא קשר לחוויות הקונקרטיות שחווה.

בעוד הציפייה לדחייה עצמה עשויה לגרום ללחץ נפשי (Meyer, 2003), היא עשויה אף להביא לאסטרטגיות התמודדות מועילות ומקדמות. למשל, טרנסג'נדרים החוששים מפני יחס מפלה בשירותי הבריאות, עשויים לפנות לרופאים הידועים כ'טרנס-פרנדלי' (German & Kerrigan, 2012). אסטרטגיה זו נידונה מעט בספרות המחקרית, לדוגמה, במחקרה של רייכט (2012), אשר בחנה את חוויותיהם של טרנסג'נדרים במערכת הבריאות בישראל. רייכט מצאה כי טרנסג'נדרים הנתקלים במחסור בידע בקרב גורמי הטיפול, משתדלים לקבל שירות מרופאים הידועים כ'טרנס-פרנדלי'. אסטרטגיה זו מקבלת אישוש נוסף במחקר הנוכחי, אשר מצא כי 35% מהמבוטחים בקופת חולים כללית פונים לקבלת שירות רפואי במרפאה הגאה בגן מאיר. מרפאה זו ידידותית לקהילת הלהט"ב ובעלת ידע וניסיון בטיפול בבעיות האופייניות קהל זה (גופן ווגנר-קולסקו, 2012). בניגוד לכך, רק 12.5% פונים לקבלת שירות בוועדה לשינוי מין בתל השומר, אשר מואשמת ב'התנהגות שאינה אתית ו...]. חוסר מקצועיות - לפעמים על גבול העבירה על החוק' (אדרת, 2012), ובקיומו של נוהל מיושן ופוגעני, אשר אינו עומד בסטנדרטים בינלאומיים (סיני, 2012).

גורמי תמיכה חברתיים

הפניה למקורות סיוע ידידותיים לטרנסג'נדרים מדגישה את חשיבותם של קשרים חברתיים בין טרנסג'נדרים. בקשרים אלו מועבר מידע בין חברי הקבוצה, אשר עשוי לסייע ולהקל על ההתמודדות החברתית המשותפת הרוויה גורמי לחץ. קשרים אלו, כמו גם תמיכתה של המשפחה באדם הטרנסג'נדר, מהווים גורמי תמיכה חברתיים. שוער כי גורמים אלו ימתנו את הקשר בין חשיפה לאירועים טרנספוביים לבין הבריאות הנפשית. הממצאים מעידים על כך כי

בניגוד למשוער, לא נמצא הבדל משמעותי בבריאות הנפשית של משתתפים אשר היו חשופים לטרנספוביה והיו להם גורמי תמיכה חברתיים מרובים, לבין אלו שהייתה להם תמיכה חברתית מועטה או משתתפים ללא תמיכה משפחתית.

מחקרים על טרנסג'נדרים מדגישים את חשיבותם של קשרים חברתיים (Clements-Nodlle et al., 2001) ותמיכה משפחתית לבריאות הנפשית (Chavez & Peggy, 2007; Nuttbrock et al., 2002), אולם אינם טוענים לקשר ממתן. מאמרם של Grant et al (2006), סוקר מחקרים שבחנו אפקט ממתן של תמיכה משפחתית וקשרים חברתיים על הקשר בין לחצים והשפעה פסיכולוגית בקרב מתבגרים לה"בים והטרנסקסואלים. מהסקירה עולה כי קיימות מחלוקת וחוסר עקביות בספרות המחקרית לגבי יכולת המיתון של משתתפים אלה. בנוסף, מחקרים שנערכו בשנים האחרונות נמצאו אף הם חלוקים: בעוד שבמחקרים מסוימים נמצאה השפעה ממתנת של תמיכה חברתית ומשפחתית על לחצים ומצוקה נפשית בקרב נוער לה"ב (Doty, Willoughby, Lindahl & Malik, 2010; Hershberger, & D'Augell, 2005) ובוגרים לה"ב (Maton, 2002; Yoshikawa, Wilson, Chae, & Cheng, 2004), ובאחרים, אשר התמקדו באוכלוסייה הומוסקסואלית בוגרת, לא נמצא אפקט ממתן (Szymanski, 2009).

Cohen & Wills (1985) מציגים שני מודלים תיאורטיים, המסתמכים על מחקרים אמפיריים, להבנת האופן בו יחסים חברתיים משפיעים על הבריאות הנפשית. המודל הראשון מתייחס לקשרים חברתיים כגורם הממתן את הקשר בין אירועי לחץ לבריאות הנפשית. קשר ממתן זה, מתרחש רק עבור אלו החשופים למצבי לחץ מרובים. במצב זה, התפיסה שאחרים יכולים לספק תמיכה, עשויה לעזור בהערכת הסיטואציה המלחיצה מחדש, ובהגברת תחושת יכולת ההתמודדות של האדם עם המצב. המודל השני מציג קשר ישיר בין קשרים חברתיים מיטיבים לבריאות הנפשית, ללא קשר לחשיפה למצבי לחץ. תמיכה מסוג זה קשורה לרווחה נפשית טובה יותר, מאחר והיא תורמת לתחושת היציבות וההערכה העצמית, ועשויה לעזור בהימנעות מחוויות שליליות העלולות ליצור מתח נפשי. עדות לסוג קשר זה נמצא במחקר שנערך בישראל בקרב בני נוער לה"ב (Shilo & Savaya, 2012).

בניגוד למודל השני של Cohen & Wills (1985), נראה כי הקשרים החברתיים בקרב טרנסג'נדרים אינם עוזרים במניעת היתקלויות באירועים טרנספוביים. ממצאי המחקר הנוכחי מראים כי ככל שהמשתתפים מקיימים קשרים חברתיים רבים יותר, כך הם מדווחים על חשיפה גבוהה לאירועים טרנספוביים. יתכן והמוטיבציה לקשירת קשרים חברתיים עם טרנסג'נדרים אחרים קשורה בטרנספוביה אותה חווה המשתתף. ככל שמתקיימים יותר אירועים טרנספוביים, כך יחפשו אנשים טרנסג'נדרים את חברתם של אנשים אחרים אשר מתמודדים עם לחצים דומים, אשר יוכלו לספק להם מרחב בטוח ותחושת קהילתיות (Meyer, 2003). לחלופין, ניתן לומר כי יתכן ובעקבות הפעילות

החברתית עם טרנסג'נדרים אחרים, עולה מודעותם של המשתתפים לטרנספוביה, וכך קל להם יותר לזהות אירועים טרנספוביים כאשר אלו מתרחשים ולדווח עליהם.

בנוסף, נראה כי הפעילות הקבוצתית האינטרנטית נמצאה קשורה באופן שלילי לבריאות נפשית. ממצא זה נמצא בניגוד להנחה העומדת בבסיס השערת המיתון של הקשרים החברתיים, על פיה קשרים חברתיים עשויים להקל על קשיים נפשיים העלולים להתעורר בעקבות אפליה במרחב הציבורי (Meyer, 2003).

ממצא זה מפתיע, מאחר וידוע ממחקרים קודמים שנערכו בקרב מיעוטים מיניים כי בשל הנגישות והאנונימיות שמציע האינטרנט, יש בכוחו לעזור לאנשים בעלי ריחוק גיאוגרפי לקבל ולשתף במידע, וליצור קשר עם אנשים אחרים ללא צורך בחשיפה (Finlon, 2008). ממצאים דומים נמצאו במחקרים שבדקו שימוש באינטרנט בקרב טרנסג'נדרים, אשר הדגישו כי השימוש באינטרנט מהווה מקום לאקטיביזם חברתי והתארגנויות פוליטיות, ודרך ליצירת זהות קולקטיבית (Shapiro, 2004). יחד עם זאת, מחקרם של שילה וסויה (2012) מצא אף הוא עדות לפגיעתם של קשרים אינטרנטיים בבריאות הנפשית בקרב נוער לה"ב.

הסבר אפשרי לממצא זה, טמון בקשר השלילי שנמצא בין משתתפים שדיווחו על יצירת קשרים חברתיים דרך האינטרנט לבין יכולת נמוכה 'לעבור', מצביע על כך שמשתתפים המשתמשים באינטרנט ככלי ליצירת קשרים חברתיים נמצאים בתחילת התהליך המגדרי שלהם. על כן, יתכן וההמצאות בשלב התחלתי של התהליך המגדרי והחשיפה למידע רב באינטרנט עשויים להביא לתחושה של הצפה רגשית, העלולה לגרום לבריאות נפשית נמוכה. בנוסף, ייתכן ובריאות נפשית נמוכה בתחילת התהליך וקשרים חברתיים אינטרנטיים קשורים לחשיפה עקיפה לאירועים טרנספוביים. ממצאי המחקר מעידים על חשיפה גבוהה יותר לטרנספוביה עבור משתתפים שדיווחו כי הם אינם 'עוברים'. על כן, יתכן וטרנסג'נדרים בתחילת דרכם המגדרית המקיימים קשרים חברתיים אינטרנטיים עם טרנסג'נדרים אחרים, נחשפים לדיווחים על אירועים טרנספוביים שהם עצמם לא לקחו בהם חלק, אך טרנסג'נדרים אחרים נתקלו בהם. עצם החשיפה המשנית לטרנספוביה בשלב התחלתי רגיש זה, עשויה להביא לבריאות נפשית נמוכה יותר. קשר זה, בין חשיפה משנית ללחצים לבין בריאות נפשית נמוכה, ידוע ממחקרים שבדקו בריאות נפשית בקרב נשים (Kawachi & Berkman, 2001). מחקרים אלו טוענים כי לעומת גברים, נשים נוטות יותר לעזור לאנשים אחרים בעת משבר, ועל כן חשופות ללחצים עקיפים, המשפיעים על בריאותן הנפשית. כמו כן, חשיפה משנית זו עשויה להביא לציפייה לדחייה גבוהה יותר, וכאמור צפייה זו עשויה להשפיע בצורה שלילית על הבריאות הנפשית.

על הקושי עמו מתמודדים טרנסג'נדרים בתחילת דרכם ניתן אף ללמוד מהשתתפותם בקבוצות חברתיות לטרנסג'נדרים. במחקר הנוכחי נמצא כי קשרים חברתיים קבוצתיים עם טרנסג'נדרים היוו גורם הממתן את הקשר בין חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית לרווחה הנפשית. הממצאים מעידים כי ברמות נמוכות של חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית, ככל שקיימים קשרים חברתיים קבוצתיים רבים יותר כך הרווחה הנפשית נמוכה. כלומר, אנשים

המשתייכים לקבוצת מיעוט אך טרם יצאו מהארון בפני אנשים משמעותיים בחייהם, עשויים לחשוש מתיוגם לקבוצת מיעוט זאת. יתכן וכחלק מתהליך הבירור העצמי, אותם משתתפים חיפשו מידע ראשוני במפגשים חברתיים בתוך הקהילה, אך אינם מרגישים שייכים אליה מבחינה חברתית. על כן, קיים מתח בין הפניה לעזרה בתוך הקהילה לבין החשש מפני תיוגם כמשתייכים לקבוצת מיעוט זו.

גורם התמיכה השני שהוגדר במחקר, התמיכה המשפחתית, נמצא קשור חיובי לבריאות הנפשית וקשר שלילי לאירועים טרנספוביים, אך כמעט ללא אינדיקציה ליכולת מיתון בין השניים. ממצא זה עשוי לרמוז לאישוש המודל הראשון של Cohen & Wills (1985), אשר טוען לאפשרות של מיתון רק כאשר מתקיימים אירועי לחץ רבים. על סמך מודל זה, ניתן לומר כי לא נמצאה כמעט עדות ליכולתה של התמיכה המשפחתית למתן את הקשר בין חשיפה לאירועים טרנספוביים לבין הבריאות הנפשית, מאחר ונמצאה במחקר טרנספוביה במידה נמוכה- בינונית. ואולם, בקשר המיתון החלקי שנמצא במחקר, ניתן לראות כי המיתון מתרחש רק ברמות נמוכות של טרנספוביה, ואילו ברמות גבוהות לא מתקיים קשר ממתן. אפקט ממתן באופן חלקי של התמיכה המשפחתית נמצא גם במחקרם של Hershberger, & D'Augelli (2005), אשר בדקו אפליה על רקע הומופובי בקרב נוער לה"ב. במחקרם, נמצא כי התמיכה המשפחתית כגורם ממתן בין אפליה לבריאות נפשית, רק עבור רמות נמוכות של אפליה. ממצאים אלו, מעידים על קיומו של קשר חזק בין חשיפה לטרנספוביה לבין הבריאות הנפשית. למרות חשיבותם ומרכזיותם של הגורמים החברתיים התומכים בחייהם של אנשים טרנסג'נדרים, נראה כי ישנה עדות מועטה ליכולתם להקל על המצוקה הנפשית הנגרמת כתוצאה מחשיפה לאירועים טרנספוביים.

הבדלים בין קבוצות

קבוצת השערות זו, דנה בהבדלים בין קבוצות באוכלוסיית היעד. שוער כי ימצא הבדל בבריאות הנפשית בין קבוצת F-T-M לבין קבוצת M-T-F. מחקרים קודמים בעולם מצאו מספר הבדלים בפרמטרים שונים בין שתי קבוצות אלו, למשל, בתחלואה (Kenagy, 2005), גיל היציאה מהארון (Vujovic, 2008; Factoe & Rothblum, 2009), צורך במיומנויות חוריות ותכנון משפחתי (Kenagy & Hsieh, 2005) ודימוי הגוף (Kremer, Delsignore, Schyder & Hepp, 2008).

בבחינת ההבדלים בין הקבוצות במחקר הנוכחי, לא נמצאו הבדלים מובהקים ברמות החשיפה לטרנספוביה ובטרנספוביה מופנמת, במידת התמיכה המשפחתית והקשרים החברתיים בין טרנסג'נדרים ואף בבריאות הנפשית בין שתי קבוצות המגדר. על כן, ממצאים אלו אינם תומכים בהשערת המחקר. נראה כי הספרות המחקרית אינה חד משמעית בנוגע להבדל זה: מחד, ניתן לראות ממצאים המעידים על קשיים נפשיים רבים יותר עבור קבוצת M-T-F

(Mizock & Lewis, 2008), ומאידך מחקרים אשר לא מצאו הבדל בין הקבוצות (Bockting, Knudson, &

Goldberg, 2006).

השערה זו, התבססה על ההנחה כי היכולת 'לעבור' בצורה טובה מקדמת בריאות נפשית טובה יותר, וכי טרנסג'נדרים F-T-M 'עוברים' בצורה טובה יותר מטרנסג'נדריות M-T-F. אף כי ממצאי המחקר הנוכחי מעידים, כמצופה, כי קיים הבדל בבריאותם הנפשית של טרנסג'נדרים ש'עוברים' בהשוואה לטרנסג'נדרים שאינם 'עוברים', לא נמצא הבדל בין היכולת 'לעבור' לבין זהות המגדר.

מחקרים מציינים את היכולת 'לעבור' כחשובה לאיכות החיים ולבריאות הנפשית של אנשים טרנסג'נדרים המעוניינים בכך (Chen-Hayes, 2011; Green, 2004). ראשית, קיומו של פער בין זהות המגדר לבין המראה המגדרי עשוי ליצור מצוקה רבה בקרב טרנסג'נדרים (שילה, 2007). שנית, מחקרים מצביעים על קשר בין הקושי 'לעבור' לבין חשיפה לאלימות ואפליה על רקע טרנספובי (Chen-Hayes, 2011; Minter, 2000; Stone, 2010).. אף כי במחקר זה לא נמצא הבדל בחשיפה לטרנספוביה על פי היכולת 'לעבור', יתכן והחשש והציפייה להיתקל באירועים טרנספוביים בקרב טרנסג'נדרים שאינם 'עוברים' הם ההיבטים המשמעותיים היוצרים את ההבדל בבריאות הנפשית בין הקבוצות. במחקר הנוכחי נמצא כי קיים הבדל בין הקבוצות השונות במידת חשיפתן לזהות הטרנסג'נדרית. נמצא כי מידת החשיפה של טרנסג'נדריות M-T-F גבוהה יותר לעומת F-T-M, וכי משתתפים שדיווחו כי הם 'עוברים' בצורה טובה יותר, נטו לחשוף יותר את זהותם הטרנסג'נדרית. לכאורה, נראה כי קיימת סתירה בממצא זה, שכן היכולת לעבור מאפשרת לאדם הטרנסג'נדר לא לחשוף את זהותו המגדרית במרחבים שונים (Bockting, Robinson, Forberg & Scheltema, 2005). יחד עם זאת, עבור טרנסג'נדרים ה'עוברים' בצורה טובה קיימת אפשרות להחליט מתי להיחשף ובפני מי (Bauer et al., 2009), כך שחשיפתם האישית מתבצעת בצורה מבוקרת ומתוך בחירה. יתר על כן, יתכן ואלו ש'עוברים' מרגישים בטוחים יותר במעמדם החברתי במגדר המטרה שלהם, ולכן אינם חוששים מפני ניסיונות לערער זהותם המגדרית (Cromwell, 1999; Green, 2004).

קשה להסביר מדוע נמצא כי טרנסג'נדריות M-T-F בוחרות לחשוף את זהותן הטרנסג'נדרית יותר מאשר טרנסג'נדרים F-T-M. מחקרים שבדקו הבדלים ביציאה מהארון עבור מיעוטים מיניים מצאו כי ההבדל נעוץ דווקא במשפחה (Gorman-Murray, 2008; Ryan, Pearlmuter, & Groza, 2004; Valentine et al., 2003). מחקרים אלה מדווחים על כך שככל שרמת התמיכה של המשפחה הייתה גבוהה יותר, כך מידת חשיפת הזהות המינית גבוהה יותר. אף כי המחקר הנוכחי מצא קשר בין חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית לתמיכה משפחתית, לא נמצאו הבדלים בתמיכה המשפחתית בין קבוצות.

נראה כי ככלל, ממצאי המחקר בנושא חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית אינם תואמים מחקרים אחרים בספרות הלהט"בית. למשל, בניגוד למשוער ולממצאי מחקרים אחרים, לא נמצא קשר בין חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית לבריאות הנפשית (Biblarz & Savci, 2010; Ullrich, Lutgendorf & Stapleton, 2003; Vaughan & Weahler, 2010). חשיפה זו, נתפסת בספרות כאירוע מכונן וחיוני, המביא לרווחה אישית גבוהה (שילה, 2007; Biblarz & Savci, 2010) ולהקלה במצוקה הנפשית (Morris, Waldo & Rothblum, 2001). יתכן כי ממצאים אלו מצביעים על שוני בין יציאה מהארון הקשורה לנטייה מינית לבין זו הקשורה לזהות מגדר. ממצא זה דורש התייחסות והמשך בירור במחקרים עתידיים.

תרומת המחקר והשלכות יישומיות

למחקר זה מספר תרומות והשלכות יישומיות. התרומה המרכזית של מחקר זה, היא העלאת המודעות להיבט חברתי כגורם מרכזי לקשיים שחווים אנשים טרנסג'נדרים. המחקר מחזק את המגמה העולמית למעבר פרדיגמטי, מהפרדיגמה המתקנת, המתייחסת לשוני מגדרי כתחלואה, לפרדיגמה תומכת, הרואה במגוון רחב של זהויות מגדריות חלק אינטגרלי מהשונות הטבעית המתקיימת בטבע (סיני, 2012).

היבט זה חשוב במיוחד עבור העובדים הסוציאליים האמונים על רווחתם של פונים טרנסג'נדרים. נקודת המבט הייחודית של העבודה הסוציאלית, המדגישה את חשיבות ראיית האדם בתוך סביבה, מחייבת התייחסות לפונה הטרנסג'נדר ולמערכות בחייו. כך, מחקר זה מחזק את חשיבות ההתערבות המערכתית ברמה החברתית, הקהילתית והאישית.

ברמה החברתית, חשוב לפעול למען עיצוב מדיניות חברתית התואמת את ערכי המקצוע לצדק חברתי, שוויון, הכללה ושותפות, חירות ממחסור ומצוקה ועקרונות דמוקרטיים (איגוד העובדים הסוציאליים, 1994; וייס-גל וגל, 2011). ברמת המיקרו, יש לפעול למען הנגשת השירותים השונים בהם מעורבים עובדים סוציאליים לאנשים טרנסג'נדרים. המחקר מצא כי משתתפים רבים חוששים לפנות לשירותי הבריאות, ויש להניח כי חשש זה קיים גם לגבי שירותים אחרים. לכן חשוב כי עובדים סוציאליים בארגונים כגון הביטוח הלאומי, שירותי הבריאות, קופות החולים ובתי החולים, יקדמו התאמתם של שירותים אלו לאנשים טרנסג'נדרים. בנוסף, חשוב לפעול למען הכללתם של אנשים טרנסג'נדרים בארגוני סיוע הניתנים על פי מגדר, אשר לרוב אינם נגישים לאנשים טרנסג'נדרים, כגון ארגוני סיוע לנפגעות/י תקיפה מינית, קהילות טיפוליות, מרכזי גמילה, דיור שיקומי ועוד.

ברמת המקרו, מאחר והמחקר הוכיח כי אפליה חברתית כלפי טרנסג'נדרים קשורה לבריאות נפשית נמוכה, ישנו צורך בשינוי עמדות חברתיות, הפחתת הסטיגמה ופעולה למען חברה צודקת, שיוונית ומכילה. על כן, יש לפעול למען הפניית משאבים לחינוך לסובלנות וקבלת האחר. כמו כן, חשוב לפעול למען חקיקה שוויונית יותר, הכוללת הגנה על אנשים בעלי זהויות מגדריות מגוונות. בעבר נעשו מספר ניסיונות לעגן בכל החוקים הנוגעים לאפליה איסור גם על

אפליה על רקע נטייה מינית או זהות מגדרית. ניסיונות אלו נקטעו בעודם באיבם, אך חשוב לקדם שינוי זה, אשר בכוחו להשפיע גם מבחינה חינוכית וחברתית.

ברמה הקהילתית, כאוכלוסייה מודרת בעלת יכולות הסברה וסגור מוגבלים, יש מקום לעבודה הסוציאלית לעזור ביצירת סביבה המעודדת העצמה ברמה האישית והקהילתית, ולסייע בתכנון התארגנות, תיאום פעילויות והשפעה על עיצוב מדיניות (סדן, 2007). בנוסף, חשוב לפתח מענים תוך קהילתיים עבור אנשים טרנסג'נדרים אשר נמצאים בתחילת תהליך השינוי המגדרי שלהם, ומאחר ואלה מקבלים פחות תמיכה ממשפחותיהם ומתקשים להשתלב בפעילות החברתית הקהילתית.

ברמה הפרטנית, מחקר זה מעיד על חשיבות ההתייחסות המקצועית לקושי האישי שחווים טרנסג'נדרים. בהסתמך על ממצאי המחקר, להלן מספר דגשים מרכזיים בהתערבות עם אנשים טרנסג'נדרים. הראשון, קשור לנושא הטרנספוביה המופנמת. מאחר והוכח כי הפנמת עמדות חברתיות שליליות קשורה לבריאות נפשית נמוכה, יש לתת מקום בהתערבות לבדיקת עמדות אישיות ביחס לטרנסג'נדריות ובחינתן. שנית, מאחר ונמצא כי גם טרנספוביה ברמה נמוכה במרחבים ציבוריים עשויה להביא לבריאות נפשית נמוכה, חשוב לעזור בתכנון תהליך השינוי והיציאה מהארון במרחבים הציבוריים השונים. שלישית, יש לתת מקום לבחינת הציפייה מדחייה. רביעית, מאחר והוכח כי תמיכה משפחתית חשובה לבריאות הנפשית, יש לתת מקום להתערבות משפחתית, לקידום הקבלה והתמיכה המשפחתית והקשר בין בני המשפחה.

ייחודיות המחקר טמונה בהיותו מחקר כמותי - חלוצי בקרב טרנסג'נדרים בישראל. ככל הידוע לנו, נערכו בישראל מחקרים איכותניים בלבד בקרב אוכלוסייה זו. על כן, המחקר שופך אור אודות הקשיים עמם מתמודדים טרנסג'נדרים בישראל, כמו גם גורמים המסייעים להתמודדות זו. בנוסף, המחקר בחן באמצעות מודל ה'לחץ על מיעוטים', אשר מתייחס למיעוטים מיניים בלבד. המחקר הוכיח כי חלקים נכבדים מהמודל מתאימים גם לאנשים טרנסג'נדרים, ובכך עשוי לעודד חוקרים נוספים לעשות בו שימוש.

מגבלות המחקר

למחקר זה מספר מגבלות. המגבלה העיקרית של מחקר זה נעוצה באופן הדגימה. מאחר ולא קיימת מסגרת דגימה עבור אוכלוסייה זו, נערך המחקר בשיטת בדגימה לא הסתברותית. הפצת השאלון נעשה באמצעות האינטרנט בלבד, שיטה מקובלת במחקר עם אוכלוסייה מודרת כטרנסג'נדרים (Kuper, Nussbaum & Mustanski, 2012; Miner, Bockting, Swimburne, & Raman, 2012) ומיעוטים מיניים (Shilo & Savaya, 2011), אך יש לה מספר חסרונות.

ראשית, ידוע ממחקרים קודמים כי מאפייני האוכלוסייה המשתתפת במחקר אינטרנטי שונים ממאפייני האוכלוסייה הכללית (Kuper et al., 2012). כך למשל, אחוז המשתתפים בעלי השכלה אקדמית במחקר זה גבוה (46%), דבר שאינו בהכרח מאפיין את אוכלוסיית הטרנסג'נדרים הכללית בישראל.

שנית, תוצאות המחקר עשויות לייצג תת קבוצה ייחודית בתוך אוכלוסיית היעד, כזו שחבריה רשומים ברשימות תפוצה ייעודיות ופורומים שונים בהם הופץ השאלון. סביר כי טרנסג'נדרים שאינם בעלי אמצעים כלכליים או מחוסרי גישה לאינטרנט מסיבות אחרות (למשל, משתתף שגר עם הוריו או שותפים ולכן חושש לגלוש באתרים לטרנסג'נדרים), אלו אשר פגיעים יותר ללחצים (Kuper et al., 2012), ואלו הנמצאים בשלבים ראשוניים יותר בתהליך העשייה להירתע ממילוי השאלון בשל חשש מתיוג, לא יכללו במחקר אינטרנטי. לדוגמא, ניתן לראות כי אלו אשר התחילו למלא את שאלון המחקר אך לא סיימו ולכן לא נכללו במחקר, היו באופן מובהק צעירים יותר ממשתתפי המחקר, וטרם שינו את שמם ואת סעיף המין בתעודת הזהות, פעולות אשר עשויות להעיד על קיומו של תהליך אישי וחברתי לשינוי מגדרי. יתכן וקבוצה זו של טרנסג'נדרים הנמצאים בתחילת התהליך המגדרי שלהם פגיעה יותר, ומתמודדת עם קשיים רבים יותר. על כן, לא ניתן לקבוע עד כמה ממצאי המחקר מייצגים את כלל אוכלוסיית הטרנסג'נדרים בישראל, ולכן יכולת הכללה של המחקר מוגבלת.

מגבלה נוספת קשורה לסוג המחקר. המחקר הנוכחי הינו מחקר מתאמי ועל כן אינו יכול לטעון לסיבתיות. אף כי מודל המחקר מציג כיוונים של קשרים בין המשתתפים השונים, המחקר הנוכחי אינו יכול להוכיח קדימות בזמנים. קיימות אף מגבלות הקשורות לכלי המחקר. ככלל, מלבד שאלון הבדק טרנספוביה בתעסוקה, שחובר במיוחד עבור טרנסג'נדרים, ושאלון הטרנספוביה בשירותי הבריאות, שחובר עבור המחקר הנוכחי, שאר כלי המחקר אינם כלים שנבנו במקורם עבור האוכלוסייה הטרנסג'נדרית. הכלים הללו פותחו עבור האוכלוסייה הכללית, כמו שאלון התמיכה המשפחתית ושאלון הבריאות הנפשית, או עבור מיעוטים מייניים, כגון מדד הומופוביה מופנמת. אף כי השאלונים שונו כך שיתאימו לאוכלוסיית המחקר, דרושים כלים אשר יהיו מיועדים לאוכלוסייה הטרנסג'נדרית, ויבדקו היבטים ייחודיים לקבוצה זו, כגון: פנייה בלשון מגדר נכונה, חשיפת הנטייה המינית ושימוש באסטרטגית 'טרנס- פרנדלי' במרחבים השונים. כחלק מהניסיון להתגבר על כך, נערכו מספר שינויים במדדים המקוריים, אך יש צורך בבניית כלים ייחודיים עבור אוכלוסייה זו.

המלצות למחקרים עתידיים

כאמור, המחקר הנוכחי התבצע באמצעות האינטרנט, ולכן משתתפיו אינם מייצגים את כלל קהילת הטרנסג'נדרים בישראל. רצוי אם כן, לערוך מחקרים נוספים, אשר יקדמו את הבנתנו לצרכים הייחודיים של אוכלוסייה זו. כאמור, רוב משתתפי המחקר 'עוברים' בצורה טובה ואף שינו את שמם. רצוי, אם כן, לבחון במחקרים נוספים אנשים/טרנסג'נדרים הנמצאים בתחילת דרכם, ולהתמקד בקשיים הייחודיים הפוקדים אותם. כמו כן, רוב

משתתפי המחקר הם אנשים בוגרים, ועל כן מחקר בקרב בני נוער טרנסג'נדרים עשוי ללמד על הקשיים הייחודיים להם.

המחקר הנוכחי לא בדק גורמים ממתנים הקשורים למאפיינים אישיים. מודל ה'לחץ על מיעוטים' מציין כי אסטרטגיות התמודדות אישיות עשוי להוות גורם ממתן לקשר בין הלחצים החיצוניים והפנימיים לבריאות הנפשית. לכן, יתכן ומחקר עתידי יוכל להוכיח קיומו של אפקט ממתן הטמון ביכולות ההתמודדות של הפרט, כגון חוסן נפשי וגמישות, התמודדות מכוונת רגש, התמודדות פעילה ומכוונת מטרה (למשל, מאבק אקטיבי בטרנספוביה), התמודדות מכוונת הימנעות, ועוד.

היבט נוסף אשר לקוח מהמודל של Meyer (2003), קשור לציפייה לדחייה. כאמור, משתתפים במחקר הנוכחי דיווחו כי הם חוששים מפני יחס מפלה בשירותי הבריאות, אך בפועל דיווחו כי נתקלו ביחס מן הסוג הזה לעיתים בודדות בלבד או כלל לא. על כן, מחקר עתידי עשוי לשפוך אור על סוגיית החשש והציפייה לדחייה, והקשר שלו הן לאירועים הטרנספוביים הממשיים שמתרחשים במרחב הציבורי והן לבריאות הנפשית הכללית.

בנוגע לממצא שהתקבל, המעיד על הבדל בחשיפת הזהות הטרנסג'נדרית בין M-T-F לבין F-T-M, ראוי לבחון היבטים הקשורים לחשיפה עצמית במחקרים עתידיים. לא נמצא אישוש במחקר הנוכחי להסבר המופיע בספרות הטוען כי קיים קשר בין תמיכה משפחתית לחשיפת הזהות הטרנסג'נדרית. כמו כן, רצוי לבחון את סוגיית חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית אל מול חשיפת הנטייה המינית. לא נמצאו הבדלים נוספים בין הקבוצות במשתני המחקר, דבר המרמז על כך שמודל המחקר כפי שאושש מתאים גם ל M-T-F וגם ל F-T-M.

לבסוף, אין להתעלם מן העובדה כי המחקר הנוכחי הוא מתאמי, ועל כן אינו יכול לטעון לסיבתיות. מומלץ אם כן, לבצע מחקר אורך, העשוי ללמד על מקור מצוקתם של אנשים טרנסג'נדרים בישראל ועל שינויים לאורך תהליך השינוי המגדרי.

רשימת מקורות

- אדרת, ע. (2012). *הצצה לוועדה לשינוי מין*. נדלה מאתר עיתון הארץ, בתאריך 19.4.2013 מתוך <http://www.haaretz.co.il/magazine/1.1731968>
- איגוד העובדים הסוציאליים. (1994). *קוד האתיקה של העובדים הסוציאליים*. תל אביב, ישראל.
- איז'ק, ר. (2002). *הסתגלות נער למסגרת הצבאית, תפקוד המפקד בבסיס בטוח ותורמותו לבריאותו הנפשית ולתפקודו הצבאי של החייל*. (עבודת דוקטורט שלא פורסמה). אוניברסיטת בר-אילן, רמת גן, ישראל.
- אטלן, מ. (2010). *התמודדות והסתגלות נפשית של נשים בהיריון בסיכון: הקשר בין הערכה קוגניטיבית ובין הסתגלות נפשית, התקשרות לעובר והכנה לשלב ההורות בהיריון בסיכון גבוה*. (עבודת תזה שלא פורסמה). אוניברסיטת תל אביב, תל אביב, ישראל.
- באטלר, ג. (2001). *קוויר באופן ביקורתי*. תל אביב, ישראל: רסלינג.
- בטלר, ג. (2003). *חיקוי ומרי מגדרי*. בתוך י. קידר, ע. זיו וא. קנר (עורכים). *מעבר למיניות: מבחר מאמרים בלימודים הומו-לסביים ותיאוריה קווירית* (עמ' 246-329). תל אביב, ישראל: הוצאת הקיבוץ המאוחד.
- בירנבוים, מ. (1993). *מי מפחד משיטות מחקר? תכנון וכתיבה של הצעת מחקר ודו"ח מחקר במדעי ההתנהגות*. תל אביב, ישראל: מפעלים אוניברסיטאיים להוצאה לאור בע"מ.
- ברזלי, ש. (2001). *להגדיר את הגוף: תהפוכות בפדגוגיה של מין/מגדר*. בתוך י. עצמון (עורכת). *התשמע קולי! ייצוגים של נשים בתרבות הישראלית* (עמ' 69-52). ירושלים: הוצאת הקיבוץ המאוחד.
- ברשטינג, א. (2012). *"בכול יש מגדר": על תפקיד העברית בכינון הגוף והזהות הטרנסג'נדרים. סוציולוגיה ישראלית: כתב עת לחקר החברה הישראלית*, 14(1), 135-156.
- גופן, ר. ווגנר-קולסקו, ג. (2012). *המרפאה הגאה בגן מאיר בתל אביב: מקבלים גם סטרייטים... נדלה ב 19 באפריל, 2013 מתוך*
- http://www.clalit20plus.co.il/Clalit/Young/Lifestyle/Articles/clalit_gay_clinic_tel_aviv.htm
- גרוס, א. וזיו, ע. (2003). *בין תיאוריה לפוליטיקה: לימודים הומו-לסביים ותיאוריה קווירית*. בתוך י. קדר, ע. זיו וא. קנר (עורכים). *מעבר למיניות: מבחר מאמרים בלימודים הומו-לסביים ותיאוריה קווירית* (עמ' 44-9). תל אביב, ישראל: הוצאת הקיבוץ המאוחד.
- גרינברג, נ. (2001). *נפש אישה הומייה- פרק הטרנסג'נדרים. הדו"ח השנתי לזכויות ההומואים, הלסביות והטרנסג'נדרים בישראל לשנת 2000-2001*. המועצה הפוליטית לזכויות הגייז בישראל.
- דה בובואר, ס. ד. (2001). (1949). *המין השני*. תל אביב, ישראל: בבל.

דיאמיליו, ג'. (2003). הקהילה הגיית והפוליטיקה הגיית בסן פרנסיסקו ממלחמת העולם השנייה עד שנות השמונים של המאה העשרים. בתוך י. קדר, ע. זיו וא. קנר (עורכים). מעבר למיניות: מהבחן מאמרים בלימודים הומו-לסביים ותיאוריה קווירית (עמ' 216-196). תל אביב, ישראל: הוצאת הקיבוץ המאוחד.

הלפרין, י. (2008). "חשוב שהקול הטרנסג'נדר ישמע". נדלה מאתר GoGay בתאריך 12.4.11 מתוך:

<http://www.gogay.co.il/content/article.asp?id=6734>

וייס-גל, ע. וגל, ג'. (2011). פרקטיקת מדיניות בעבודה סוציאלית. ירושלים, ישראל: הוצאת ספרים ע"ש מאגנס, האוניברסיטה העברית.

חוק שוויון ההזדמנויות בעבודה, ספר החוקים (תשמ"ח-1998).

טיאנו, ש. (2010). הפרעות מיניות. בתוך ח. מוניץ (עורך). פרקים נבחרים בפסיכיאטריה (מהדורה חמישית) (עמ' 375-390). תל אביב, ישראל: דיונון.

מדינת ישראל, משרד הבריאות. (1986). שירותי אשפוז. חוזר מס', 39/86. נדלה בתאריך 2.2.2011 מתוך:

http://www.kolzhut.org.il/w/he/images/f/fc/%D7%A0%D7%95%D7%94%D7%9C_%D7%A9%D7%99%D7%A0%D7%95%D7%99_%D7%9E%D7%99%D7%9F.pdf

מינצר, א. (1998). הקשר בין יציבות וסיפוק בקשרים קרובים לבין סגנון קרבה, זהות הומוסקסואלית ותמיכה חברתית אצל גברים הומוסקסואלים בישראל (עבודת דוקטורט שלא פורסמה). האוניברסיטה העברית, ירושלים, ישראל.

סדן, א. (2009). עבודה קהילתית: שיטות לשינוי חברתי. תל אביב, ישראל: הוצאת הקיבוץ המאוחד.

סיני, י. (2012). ועדה תקבע אם אני גבר או אישה? מדיניות כלפי חצייה מגדרית וסובייקטיביות טרנסג'נדרית בוועדה לשינוי מין בתל השומר (עבודת תזה שלא פורסמה). אוניברסיטת תל אביב, רמת אביב, תל אביב.

פוקו, מ. (1996). תולדות המיניות - הרצון לדעת. תל אביב, ישראל: הוצאת הקיבוץ המאוחד.

פזמוני-לוי, א. ושילה, ג. (2012). מחקר אקלים בית ספר 2012 – תקציר מנהלים. איגי – ארגון נוער גאה. נדלה בתאריך

15.5.2013 מתוך: [d7%aa%a7%a6%a9%a8-%d7%9e%a0%a4%a9%a9%a9%a9-%d7%91%a9%aa-](http://www.mhi.gov.il/Portals/0/Files/2012/2012%20-%20%D7%A0%D7%95%D7%94%D7%9C_%D7%A9%D7%99%D7%A0%D7%95%D7%99_%D7%9E%D7%99%D7%9F.pdf)

[%d7%a1%a7%a8-%d7%90%a7%a9%a9%a9%a9-%d7%91%a9%aa-](http://www.mhi.gov.il/Portals/0/Files/2012/2012%20-%20%D7%A0%D7%95%D7%94%D7%9C_%D7%A9%D7%99%D7%A0%D7%95%D7%99_%D7%9E%D7%99%D7%9F.pdf)

[%d7%94%a1%a4%a8-2012](http://www.mhi.gov.il/Portals/0/Files/2012/2012%20-%20%D7%A0%D7%95%D7%94%D7%9C_%D7%A9%D7%99%D7%A0%D7%95%D7%99_%D7%9E%D7%99%D7%9F.pdf)

פלוריאן, ו. ודרורי, י. (1990). שאלון הבריאות הנפשית (MHI) תכונות פסיכומטריות ונתונים נורמאטיביים

באוכלוסייה הישראלית. פסיכולוגיה, ב(1), 26-35.

קפלן, ח., בר-מאיר, ע., גלבע, ד., יפה, ב., רבינוביץ, א., קרסיק, א., ויזר, מ., מדג'ר, י., רמון, י., שיף, א., צור, ח.,

ובורנשטיין, א. (2004). ניתוחים לשינוי מין. הרמאה, 143, 500-504.

- רייכט, ש. (2012). *חוויותיהם של טרנסג'נדרים מהמפגש עם המערכת הרפואית* (עבודת תזה שלא פורסמה). המכללה האקדמית תל אביב יפו, תל אביב, ישראל.
- שילה, ג. (2008). גיבוש נטייה מינית בקרב נוער הומו-לסבי : בחינת המימדים הסביבתיים המשפיעים על גיבוש הנטייה המינית והשפעתם על בריאותם הנפשית של בני הנוער. (עבודת דוקטורט). אוניברסיטת תל אביב, תל אביב, ישראל.
- תפארת, ס. (2005). *הסתגלות אמהות להתערבות נזירי כירורגית בילד – מחקר ארוך* (עבודת דוקטורט שלא פורסמה). האוניברסיטה העברית ירושלים, ישראל.
- Abbey, A., Abramis, D. J., & Caplan, R. D. (1985). Effects of different sources of social support and social conflict on emotional well-being. *Basic and Applied Social Psychology*, 6(2), 111-129.
- Adams, T. A. (2010). Paradoxes of sexuality, gay identity, and the closet. *Symbolic Interaction*, 33(2), 234–256. doi: 10.1525/si.2010.33.2.234.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.) Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) Washington, DC. Retrieved from <http://dsm.psychiatryonline.org/book.aspx?bookid=556>
- Arizona State Legislator. (2013). *Proposed house of representatives amendments to S.B. 1045*. Retrieved April 24th from http://www.azleg.gov/FormatDocument.asp?inDoc=%2Flegtext%2F51leg%2F1R%2Fproposed%2FH.1045JK.DOC.htm&Session_ID=110
- Baltieri, D. A., Cortez, F. C. P., & de Andrade, A. G. (2009). Ethical conflicts over the management of transsexual adolescents - report of two cases. *International Society for Sexual Medicine*, 6, 3214–3220. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01409.x
- Barclay, J. M., & Scott, L. J. (2005). Transsexuals and workplace diversity: A case of “change” management. *Personnel Review*, 35(4), 487-502. doi: 10.1108/00483480610670625

- Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). "I don't think this is theoretical; this is our lives": How erasure impacts health care for transgender people. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(5), 348-361.
- Bell, A. P. & Weinberg, M. S. (1978). *Homosexualities: A study of diversity among men & women*. New York, N.Y.: Simon and Schuster.
- Bettcher, T. M. (2007). Evil deceivers and make-believers: On transphobic violence and the politics of illusion. *Hypatia*, 22(3), 43-65. doi: 10.1111/j.1527-2001.2007.tb01090.x
- Bettcher, T. M. (2006a). Appearance, reality, and gender deception: Reflections on transphobic violence and the politics of pretence. In F. Ó. Murchadha (Ed). *Violence, victims, justifications: Philosophical approaches*. Oxford, U.K.: Peter Lang.
- Bettcher, T. M. (2006b). Understanding transphobia: Authenticity and sexual violence. In K. Scott-Dixon (Ed.), *Trans/forming feminisms: Transfeminist voices speak out* (pp. 203–210). Toronto: Sumach Press.
- Biblarz, T. J., & Davci, E. (2010). Lesbian, gay, bisexual and transgender families. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 480-497. doi: 10.1111/j.1741-3737.2010.00714.x
- Bornstein, K. (1994). *Gender outlaw: On men, women and the rest of us*. New York, N.Y. and London, U.K.: Routledge.
- Bockting, W. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17, 211-224.
- Bockting, W. (2009). Are gender identity disorders mental disorders? Recommendations for revision of the world professional association for transgender health's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 53-62. doi: 10.1080/15532730902799987
- Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2007). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International journal of transgenderism*, 9(3), 35-82. doi: 10.1300/J485v09n03_03

- Bockting, W. O., Robinson, B. E., Forberg, J., & Scheltema, K. (2005). Evaluation of a sexual health approach to reducing HIV/STD risk in the transgender community. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 17(3), 289-303. doi: 10.1080/09540120412331299825
- Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*, 9(3-4), 35-82. doi: 10.1300/J485v09n03_03
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J. G. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241-258). New York, N.Y.: Greenwood.
- Brewster, M. E., Velez, B., DeBlaere, C., & Moradi, B. (2011). Transgender individuals' workplace experiences: The applicability of sexual minority measures and models. *Journal of Counseling Psychology*. Advanced online publication. doi: 10.1037/a0025206
- Brill, S., & Pepper, R. (2008). *The transgender child: A handbook for families and professionals*. San Francisco, C.A.: Cleis Press Inc.
- Broadus, K. W. (2006). The evaluation of employment discrimination protections for transgender people. In P. Currah, R. M. Juang & S. P. Minter (Eds.), *Transgender rights* (pp. 93-101). Minneapolis, M.A.: University of Minnesota Press.
- Broad, K. L. (2002). Glb+??: Gender/sexuality movements and transgender collective identity (e)constructions. *International Journal of Sexuality and Gender Studies*, 7(4), 241-264.
- Budge, S. L., Tebbe, E. N., & Howard, K. A. S. (2010). The work experiences of transgender individuals: Negotiating the transition and career decision-making processes. *Journal of Counseling Psychology*, 57(4), 377-393. doi: 10.1037/a0020472
- Budge, S. L., Adelson, J. L., & Howard, K. A. S. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 8(3), 545-557. doi: 10.1037/a0031774

Butler, J. (1993). *Bodies that matter: On the discursive limits of "sex"*. New York, N.Y.:

Routledge.

Browne, K. (2004). Genderism and the bathroom problem: (Re)materializing sexed sites, (re)creating sexed bodies. *Gender, Place and Culture*, 11(3), 331-346. doi: 10.1080/0966369042000258668

Cass, V. C. (1996). Sexual orientation identity formation: A western phenomenon. In R. P. Cabaj & T. S. Stein (Eds.), *Textbook of homosexuality and mental health* (pp. 227-251). Washington, D.C.: American Psychiatric press.

Chavez, K. S., & , Peggy, L. (2007). An overview of affirmative psychotherapy and counseling with transgender clients. K. J. Bieschke, P. M. Ruperto, K. A. DeBord (Eds.). *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (pp. 271-288). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Chen-Hayes, S. (2011). Counseling and advocacy with transgendered and gender-variant persons in schools and families. *The Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 40(1), 34-48. doi: 10.1002/j.2164-490X.2001.tb00100.x

Clements-Nodlle, K., Marx, R., Guzman, R., & Katz, M. (2001). HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: Implications for public health intervention. *American Journal of Public Health*, 91(6), 915-921.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310-157.

Collins, R. (2001). Social movements and the focus of emotional attention. In J. Goodwin, J. M. Jasper & F. Polletta (Eds). *Passionate politics*. (pp. 27-44). Chicago, I.L. and London, U.K.: The University of Chicago Press.

Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(3), 3-14. doi: 10.1177/002214650504600102

- Connolly, C. M. (2006). A process of change: The intersection of the GLBT individual and his or her family of origin. In J. J. Bigner (Ed.) *An introduction to GLBT family studies* (pp. 5-21). New York, N.Y.: Haworth Press.
- Couch, M., Pitts, M., Mulcare, M., Croy, S., Michelle, A., & Patel, S. (2007). *Tranznation: A report on the health and wellbeing of transgendered people in Australia and New Zealand*. Melbourne, Australia: Australian Research Centre in Sex, Health & Society.
- Cromwell, J. (1999). *Transmen & FTMs: Identities, bodies, genders & sexualities*. Urbana and Chicago, I.L.: University of Illinois Press.
- Currah, P. (2006). Gender pluralisms under the transgender umbrella. In P. Currah, R. M. Juany & S. P. Minter, (Eds.). *Transgender rights* (pp. 3-31). Minneapolis, M.A.: University of Minnesota Press.
- Cutrona, C. E., Russell, D. W., Hessling, R. M., Brown, P. A., & Murry, V. (2000). Direct and moderating effects of community context on the psychological well-being of African American women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 1088-1101. doi: 10.1037/0022-3514.79.6.1088
- Davidson, M. (2007). Seeking refuge under the umbrella: Inclusion, exclusion, and organizing within the category transgender. *Sexuality Research & Social Policy: Journal of NSRC*, 4(4), 60-80. doi: 10.1525/srsp.2007.4.4.60
- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., & Starks, A. T. (2006). Childhood gender atypicality, victimization, and PTSD among lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 1462-1482. doi: 10.1177/0886260506293482
- D'Augelli, A. R., & Grossman, A. H. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 527-537. doi: 10.1521/suli.2007.37.5.527
- Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model of transsexual identity formation. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 8(1/2), 41-67.

- Doty, N. D., Willoughby, B. L. B., Lindahl, K. M., & Malik, N. M. (2010). Sexuality related social support among lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 1134-1147. doi: 10.1007/s10964-010-9566-x
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 568-577.
- Ehrensaft, D. (2009). One pill makes you boy, one pill makes you girl. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 6(1), 12-24. doi: 10.1002/aps.185
- Factor, R. J., & Rothblum, E. (2008). Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MTFs, FTMs, and genderqueers. *Health Sociology Review*, 17, 235-253. doi: 10.5172/hesr.451.17.3.235
- Feinstein, B. A., Goldfried, M. R., & Davila, J. (2012). The relationship between experiences of discrimination and mental health among lesbians and gay men: An examination of internalized homonegativity and rejection sensitivity as potential mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 917-927.
- Finlon, C. (2002). Internet resources. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 14(1), 99-107. doi: 10.1300/J041v14n01_07
- Gilbert, M. (2000). *The transgender philosopher. The Official Journal of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*, 4(3), Retrieved September 15th, 2012 from: <http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/gilbert.htm>
- Goldfried, M. R. (2001). Integrating gay, lesbian, and bisexual issues into mainstream psychology. *American Psychologist*, 11, 977-988.
- Gorman-Murray, A. (2008). Queering the family home: Narratives from gay, lesbian and bisexual youth coming out in supportive family homes in Australia. *Gender, Place & Culture: A Journal of Feminist Geography*, 15(1), 31-44. doi: 10.1080/09663690701817501

- Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E., McMahon, S. D., Gipson, P. Y., Campbell, A. J., Krochok , K., & Westerholm, R. I. (2006). Stressors and child and adolescent psychopathology: Evidence of moderating and mediating effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 257– 283.
- Gross, A. (2009). Gender outlaws before the law: The courts of the borderland. *Harvard Journal of Law & Gender*, 32, 165-231.
- Halberstam, J. (1998). *Female masculinity*. Durham and London, U.K.: Duke University Press.
- Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2010). The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: A prospective study. *American Journal of Public Health*, 100(3), 452-459. doi: 10.2105/AJPH.2009.168815
- Healy, K. Z. (2011). *Internalized Transphobia, Minority Stress, and Collective Self-Esteem*. (Unpublished master's thesis). The Ohio State University, Ohio.
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation for the minority stress model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460-467.
- Hershberger, S. L., & D'Augelli, A. R. (1995). The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay, and bisexual youths. *Developmental Psychology*, 31(1), 65-74.
- Hird, M. J. (2002). For a sociology of transsexualism. *Sociology*, 36(3), 577-595. doi: 10.1177/0038038502036003005
- Kenagy, G. P. (2005). Transgender health: Findings from two needs assessment studies in Philadelphia. *Health and Social Work*, 30(1), 19-29.
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78(3), 458-467.
- Kenagy, G. P., & Bostwick, W. B. (2005). Health and social service needs of transgender people in Chicago. *International Journal of Transgenderism*, 8(2-3), 57-66.

- Kenagy, G. P., & Hsieh, C. M. (2005). Gender differences in social service needs of transgender people. *Journal of Social Service Research*, 31(3), 1-21. doi: 10.1300/J079v31n03_01
- Kessler, S., & McKenna, W. (2000). Who put the "trans" in transgender? - gender theory and everyday life. *The Official Journal of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*, 4(3), Retrieved from <http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/kessler.htm>
- King, M. E., Winter, S., & Webster, B. (2008). Contact reduces transprejudice: A study on attitudes towards transgenderism and transgender civil rights in Hong Kong. *International Journal of Sexual Health*, 21, 17–34. doi: 10.1080/19317610802434609
- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of the world professional association for transgender health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 115-118. doi: 10.1080/15532739.2010.509215
- Koken, J. A., Bimbi, D. S., & Parsons, J. T. (2009). Experiences of familial acceptance–rejection among transwomen of color. *Journal of Family Psychology*, 23(6), 853–860. doi: 10.1037/a0017198
- Kosciw, J. G., Greytak, E. A., Bartkiewicz, M. J., Boesen, M. J., & Palmer, N. A. (2011). *The 2011 national school climate survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual and transgender youth in our nation's schools*. New York: N.Y.: Gay, Lesbian and Straight Education Network (GLSEN).
- Kraemer, B., Delsignore, A., Schnyder, U., & Hepp, U. (2008). Body image and transsexualism. *Psychopathology*, 41(2), 96–100. doi: 10.1159/000111554
- Kuper, L. E., Nussbaum, R., & Mustanki, B. (2012). Exploring the diversity of gender and sexual orientation identities in an online sample of transgender individuals. *Journal of Sex Research*, 49(2-3), 244-254.
- Lane, R. (2009). Trans as bodily becoming: Rethinking the biological as diversity, not dichotomy. *Hypatia*, 24(3), 136-157. doi: 10.1111/j.1527-2001.2009.01049.x

- Lajos, S., Unoka, Z., Dora, F., & Pál, C. (2011). Dysfunctional core beliefs, perceived parenting behavior and psychopathology in gender identity disorder: A comparison of male-to-female, female-to-male transsexual and nontranssexual control subjects. *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry*, 42, 38-45. doi: 10.1016/j.jbtep.2010.08.004
- Lehavot, K., & Simoni, J. M. (2011). The impact of minority stress on mental health and substance use among sexual minority women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2), 159-170. doi: 10.1037/a0022839.
- Lev, A. I. (2006). Transgender emergence within families. In D. F. Morrow & L. Messinger (Eds.). *Sexual orientation and gender expression in social work practice: Working with gay, lesbian, bisexual and transgenders* (pp. 263-277). New York, N.Y.: Columbia University Press.
- Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. New York, N.Y.: The Haworth Clinical Practice Press.
- Leichtentritt, R. D., & Davidson-Arad, B. (2004). Adolescent and young adult male-to-female transsexuals: Pathways to prostitution. *British Journal of Social Work*, 34, 349-374. doi: 10.1093/bjsw/bch042
- Lombardi, E. L. (2009). Varieties of transgender/transsexual lives and their relationship with transphobia. *Journal of Homosexuality*, 56, 977-992. doi: 10.1080/00918360903275393
- Lombardi, E., & Davis, M. (2006). Transgender health issues. In D. F. Morrow & L. Messinger (Eds.). *Sexual orientation and gender expression in social work practice: Working with gay, lesbian, bisexual and transgenders* (pp. 343-363). New York, N.Y.: Columbia University Press.
- Lombardi, E. L. (1999). Integration within a transgender social network and its effect upon members' social and political activity, *Journal of Homosexuality*, 37(1), 109-126. doi: 10.1300/J082v37n01_08
- Lombardi, E. L. (2001). Enhancing transgender health care. *American Journal of Public Health*, 91(6), 869-872.

- Lombardi, E. L., Wilchins, R. A., Priesing, D., & Malouf, D. (2002). Gender violence. *Journal of Homosexuality*, 42(1), 89-101. doi: 10.1300/J082v42n01_05
- Lurie, S. (2005). Identifying training needs of health-care providers related to treatment and care of transgendered patients: A qualitative needs assessment conducted in New England. *International Journal of Transgenderism*, 8(2/3), 93-111. doi: 10.1300/J485v08n02_09
- Mallon, G. P. (1999). Gay and lesbian adolescents and their families. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 2, 69-88.
- Marx, R., & Katz, M. (2006). Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *Journal of Homosexuality*, 5(3), 53-69. doi: 10.1300/J082v51n03_04
- Mathy, R. M. (2002). Transgender identity and suicidality in a nonclinical sample: Sexual orientation, psychiatric history, and compulsive behaviors. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 14(4), 47-65. doi: 10.1300/J056v14n04_03
- Mathy, R. M., Lehmann, B. A., & Kerr, D. L. (2004). Bisexual and transgender identities in a nonclinical sample of north Americans. *Journal of Bisexuality*, 3(3), 93-109. doi: 10.1300/J159v03n03_07
- McLean, K. (2007). Hiding in the closet?: Bisexuals, coming out and the disclosure imperative. *Journal of Sociology*, 43, 151-166. doi: 10.1177/1440783307076893
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674
- Meyer, I. H. (2007). Prejudice and discrimination as social stressors. In I. H. Meyer & M. E. Northridge (pp. 242-267). *The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations*. New York, N.Y.: Springer.

- Meyer, I. H., Schwartz, S., & Frost, D. M. (2008). Social patterning of stress and coping: Does disadvantaged social statuses confer excess exposure and fewer coping resources? *Social Science & Medicine*, 67, 368–379. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.03.012
- Meyerowitz, J. (2002). *How sex changed: A history of transsexuality in the United States*. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.
- Miner, M. H., Bocking, W. O., Romine, R. S., & Raman, S. (2012). Conducting internet research with the transgender population: Researching broad sample and collecting valid data. *Social Science Computer Review*, 30(2), 202-211. doi: 10.1177/0894439311404795
- Minter, S. P. (2006). Do transsexuals dream of gay rights? Getting real about transgender inclusion. . In P. Currah., R. M. Juang., & S. P. Minter. (Eds). *Transgender rights*. (pp. 141-170). Minneapolis, M.A.: University of Minnesota Press.
- Mizocka, L., & Lewisb, T. K. (2008). Trauma in transgender populations: Risk, resilience, and clinical care. *Journal of Emotional Abuse*, 8(3), 335-354. doi: 10.1080/10926790802262523
- Mohr, J., & Fassinger, R. (2000). Measuring dimensions of lesbian and gay male experience. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 33, 66-90.
- Moran, L. J., & Sharpe, A. N. (2004). Violence, identity and policing : The case of violence against transgender people. *Criminal Justice*, 4, 395-417. doi: 10.1177/1466802504048656
- Maton, K. I. (2002). Community setting as buffers of life stress? Highly supportive churches, mutual help groups, and senior centers. In T. A. Revenson, A. D'Augelli, S. E. French, D. Hughes, D. Livert, E, Seidman, M. Shinn & H, Yoshkawa (Eds.). *A quarter century of community psychology* (pp. 203-235). New York, N.Y.: Kluwer Academic/ Plenum.
- Morrow, D. F. (2004). Social work practice with gay, lesbian, bisexual, and transgender adolescents. *Families in Society*, 85(1), 91-99.
- Nagoshi, J. L., & Brzuzy, S. (2010). Transgender theory: Embodying research and practice. *Affilia: Journal of Women and Social Work*, 25(4), 431-443. doi: 10.1177/0886109910384068

- Narrowa, W. E., & Cohen-Kettenis, P. (2010). The revision of gender identity disorder: DSM-5 principles and progress. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 14, 123–129. doi: 10.1080/19359701003600954
- Neely, L. C. (2006). Trait and social processes in the link between social support and affect: An experimental laboratory investigation. *Journal of Personality*, 74, 1015–1045.
- Nokes, K. M., Chew, L., & Altman, C. (2003). Using a telephone support group for HIV-positive persons aged 50+ to increase social support and health-related knowledge. *AIDS Patients Care and STDs*, 17(7), 345–351.
- Nuttbrock, L., Hwahnga, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macria, M., & Beckera, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47(1), 12–23. doi: 10.1080/00224490903062258
- Nuttbrock, L., Rosenblum, A., & Blumenstein, R. (2002). Transgender identity affirmation and mental health. *The International Journal for Transgender Health*, 6(4). Retrieved May 15th, 2013 from: http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtv06no04_03.htm
- Pitts, M. K., Couch, M. C., Cory, S., & Mitchell, A. (2009). Transgender people in Australia and New Zealand: health, well-being and access to health services. *Feminism Psychology*, 4, 475–495.
- Poteat, T. A., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, 84, 22–29. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.02.019
- Raj, R. (2002). Towards a transpositive therapeutic model: Developing clinical sensitivity and cultural competence in the effective support of transsexual and transgendered clients. *International Journal of Transgenderism*, 6(2). Retrieved April 28th, 2011 from: http://www.symposion.com/ijt/ijtv06no02_04.htm.

- Rankin, S. R. (2005). Campus climates for sexual minorities. *New Directions for Student Services*, 111, 17-23. doi: 66.195.66.208
- Rasmussen, M. L. (2004). The problem of coming out. *Theory Into Practice*, 43(2), 144-150. doi: 10.1207/s15430421tip4302_8
- Reisner, S. L., Perkovich, B., & Mimiaga, M. J. (2010). A mixed methods study of the sexual health needs of New England transmen who have sex with nontransgender men. *AIDS patient care and STDs*, 24(8), 501-513. doi: 10.1089/apc.2010.0059
- Renfrow, D. G. (2011). A cartography of passing in everyday life. *Symbolic Interaction*, 27(4), 485-506. doi: 10.1525/si.2004.27.4.485
- Robinson, J. P., & Espelage, D. L. (2011). Inequities in educational and psychological outcomes between LGBTQ and straight students in middle and high school. *Educational Researcher*, 40, 315-330. doi: 10.3102/0013189X11422112
- Ross, M. W. (1985). Actual and anticipated societal reaction to homosexuality and adjustment in two societies. *Journal of Sex Research*, 21, 40-55.
- Rosser, B. R. S., Oakes, J. M., Bockting, W. O., & Miner, M. (2007). Capturing the social demographics of hidden sexual minorities: An internet study of the transgender population in the United States. *Sexuality Research & Social Policy*, 4(2), 50-64.
- Ryan, S. D., Pearlmutter, S., & Groza, V. (2004). Coming out of the closet: Opening agencies to gay and lesbian adoption parents. *Social Work*, 49(1), 85-95. doi: 10.1093/sw/49.1.85
- Sa'nchez, F. J. & Vilain, E. (2009). Collective self-esteem as a coping resource for male-to-female transsexuals. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 202-209. doi: 10.1037/a0014573
- Sausa, L. A. (2002). Updating college and university campus policies. *Journal of Lesbian Studies*, 6(3-4), 43-55. doi: 10.1300/J155v06n03_05

- Sheets, R. L., & Mohr, J. J. (2009). Perceived social support from friends and family and psychosocial functioning in bisexual young adult college students. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 152–163. doi: 10.1037/0022-0167.56.1.152
- Singh, A. A., Hays, D. G., & Watson, L. S. (2011). Strength in the face of adversity: Resilience strategies of transgender individuals. *Journal of Counseling & Development*, 89(1), 20-27.
- Schilt, K. & Connell, C. (2007). Do workplace gender transitions make gender trouble? *Gender, Work and Organization*, 14(6), 596-618. doi: 10.1111/j.1468-0432.2007.00373.x
- Shipherd, J. C., Green, K. E., and Abramovitz, S. (2010). Transgender clients: Identifying and minimizing barriers to mental health treatment. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 14(2), 94-108. doi:10.1080/19359701003622875
- Shively, M. G. & De Cecco, J. P. (1977). Components of sexual identity. *Journal of Homosexuality*, 3(1), 41-48.
- Shilo, G., & Savaya, R. (2011). Effects of family and friend support on LGB youths' mental health and sexual orientation milestones. *Family Relations*, 60, 318-330. doi:10.1111/j.1741-3729.2011.00648.x
- Shapiro, E. (2004). 'Trans' cending barriers. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 16(3-4), 165-179. doi: 10.1300/J041v16n03_11
- Spicer, S. S. (2010). Healthcare needs of the transgender homeless. *Population, Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 14(4), 320-339. doi: 10.1080/19359705.2010.505844
- Stotzer, R. L. (2009). Violence against transgender people: A review of United States data. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 170-179.
- Sugano, E., Nemoto, T., & Operario, D. (2006). The impact of exposure to transphobia on HIV risk behavior in a sample of transgendered women of color in San Francisco. *AIDS and Behavior*, 10(2), 217-225.

- Stryker, S. (2006). (De)subjugated knowledges: An introduction to transgender studies. In S. Stryker & S. Whittle (Eds), *The transgender studies reader* (pp. xi-xvi). New York, N.Y.: Routledge.
- Stryker, S. (2008). *Transgender history*. Berkley, C.A.: Seal Press.
- Szymanski, D. (2009). Examining potential moderators of the link between heterosexist events and gay and bisexual men's psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 142–151.
- Tanner, L. R. & Lyness, K. P. (2004). Out of the closet, still in the home. *Journal of Feminist Family Therapy*, 15(1), 21-35. doi: 10.1300/J086v15n01_02
- The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. (2001). *Standards of care for gender identity disorders, sixth version*. Minneapolis, M.A.: The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association.
- The World Professional Organization for Transgender Health. (2011). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people. *International Journal of Transgenderism*, 13, 165–232. doi: 10.1080/15532739.2011.700873
- Ullricha, P. M., Lutgendorfa, S. K., & Stapleton, J. T. (2003). Concealment of homosexual identity, social support and CD4 cell count among HIV-seropositive gay men. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(3), 205–212. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00481-6
- Vaughan, M. D., & Waehler, C. A. (2010). Coming out growth: Conceptualizing and measuring stress-related growth associated with coming out to others as a sexual minority. *Journal of Adult Development*, 17, 94–109. doi: 10.1007/s10804-009-9084-9
- Valentine, G., Skelton, T., & Butler, R. (2003). Coming out and outcomes: Negotiating lesbian and gay identities with, and in, the family. *Environment and Planning D: Society and Space* 21(5), 479–99.
- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general population. *Journal of Consultation Clinical Psychology*, 51, 730-742.

- Vinokur, A. D., & Van Ryn, M. (1993). Social support and undermining in close relationships: Their independent effects on the mental health of unemployed persons. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 350-359.
- Vujovic, S., Popovic, S., Sbutega, G., Djordjevic, M., & Gooren, L. (2009). Transsexualism in Serbia: A twenty-year follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(4), 1018–1023.
doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00799.x
- Waldo, C. R. (1999). Working in the majority context: A structural model of heterosexism as minority stress in the workplace. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 218-232. doi: 10.1037/0022-0167.46.2.218
- Wilkinson, W. (2006). Public health gains of the transgender community in San Francisco. In P. Currah, R. M. Juang & S. P. Minter (Eds.), *Transgender rights*. (pp. 192-216). Minneapolis, M.A.: University of Minnesota Press.
- Williams, D. R., Yu, Y., Jackson, J., & Anderson, N. (1997). Racial differences in physical and mental health. *Journal of Health Psychology*, 2, 335–351.
- Winter, S. (2009a). Transacceptance and transprejudice: A seven-society study. *International Journal of Sexual Health*, 21(2), 96–118.
- Winter, S. (2009b). Lost in transition: Transpeople, transprejudice and pathology in Asia. *The International Journal of Human Rights*, 13(2-3), 365-390. doi: 0.1080/136429809027518200
- Winter, S., Webster, B., & Cheung, P. K. E. (2008). Measuring Hong Kong undergraduate students' attitudes towards transpeople. *Sex Roles*, 59(9-10), 670-683, doi: 10.1007/s11199-008-9462-y
- Wilchins, R. A., Lombardi, E., Priesing, D., & Malouf, D. (1997). *First national survey of transgender violence*. New York, N.Y.: GenderPAC.
- Williamson, I. R. (2000). Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Education Research*, 15(1), 97-107. doi: 10.1093/her/15.1.97

- Whittle, S., Turner, L., & Al-Alami, M. (2007). Engendered penalties: Transgender and transsexual people's experiences of inequality and discrimination. *The Equalities Review* (Publication No. LD 04440/o). Retrieved from: <http://www.its-services.org.uk/silo/files/the-equalities-review.pdf>
- Whittle, S. (2000). Employment discrimination and transsexual people. *The gender identity research and education society*. Retrieved April 28th, 2011, from: www.pfc.org.uk/files/Employment_Discrimination_and_Transsexual_People.pdf.
- World Health Organization. (1968). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (8th rev.). Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (1979). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (9th rev.). Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (1992). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems,(10th rev.). Geneva, Switzerland.
- Wright, E. R., & Perry, B. L. (2006). Sexual identity distress, social support, and the health of gay, lesbian, and bisexual youth, *Journal of Homosexuality*, 51(1), 81-110. doi: 10.1300/J082v51n01_05
- Xavier, J. M., Bradford, J., Hendrick, M., Safford, L., Mckee, R., Marton, E., & Honnold, J. A. (2013). Transgender health care access in Virginia: A qualitative study. *International Journal of Transgenderism*, 14(1), 3-17.
- Xavier, J. M., Hitchcock, D., Hollinshead, S., Keisling, M., Lewis, Y., & Lombardi, E. (2004). *An overview of U.S. Trans health priorities: A report by the eliminating disparities working group*. Retrieved July 15th, 2011, from www.lgbthealth.net.
- Yoshikawa, H., Wilson, P. A. D., Chae, D. H., & Cheng, J. F. (2004). Do family and friendship networks protect against the influence of discrimination on mental health and HIV risk among Asian and Pacific Islander gay men? *AIDS Education Prevention*, 16(1), 84-100.

נספחים

נספח 1. מאפיינים סוציו-דמוגרפיים שמיים על פי חלוקה לשאלונים שנכללו ולא נכללו במחקר

השוואה		התפלגות (%)		משתנה
גודל האפקט (Cramer's V)	χ^2	df	שאלונים שלא נכללו במחקר (N = 43)	שאלוני המחקר (N = 113)
.06	.65	2		
			86.0	89.4
			11.6	9.7
			2.3	.9
.23	8.25	4		
			16.3	5.3
			11.6	12.4
			65.1	61.1
			4.7	14.2
			2.3	7.1
.13	2.52	2		
			81.4	69.6
			14.0	19.6
			4.7	10.7
.05	.47	1		
			71.4	76.8
			28.6	23.2
.13	2.68	5		
			12.8	7.1
			10.3	5.4
			30.8	35.7
			15.4	15.2
			20.5	25.9
			10.3	10.7
.19	5.85	2		
			48.8	32.7
			7.0	21.2
			44.2	46.0
.18	4.81	4		
			2.6	4.4
			7.7	3.5
			15.4	31.0
			28.2	24.8
			46.2	36.3

המשך - נספח 1. מאפיינים סוציו-דמוגרפיים שמיים על פי חלוקה לשאלונים שנכללו ולא נכללו במחקר					
השוואה			התפלגות (%)		משתנה
גודל האפקט (Cramer's V)	χ^2	df	שאלונים שלא נכללו במחקר (N = 43)	שאלוני המחקר (N = 113)	
.28	11.23	6			המידה בה המשתתף 'עובר'
			20.7	41.6	במידה רבה מאוד
			17.2	15.9	במידה רבה
			13.8	17.7	במידה בינונית
			6.9	9.7	במידה מועטה
			6.9	1.8	בכלל לא
			24.1	9.7	לא רלוונטי
			10.3	3.5	לא רוצה לענות
.06	.43	1			משתף בוועדה לשינוי מין בתל השומר
			.0	12.5	כן
			100.0	87.5	לא

נספח 2: שאלון פרטים אישיים

גיל: _____

שנת עליה: _____

מקום לידה:

מקום לידת האב:

1. ישראל
2. אירופה או אמריקה
3. אסיה או אפריקה
4. אחר: _____

1. ישראל
2. אירופה או אמריקה
3. אסיה או אפריקה
4. אחר: _____

מקום לידת האם:

אזור מגורים:

1. ישראל
2. אירופה או אמריקה
3. אסיה או אפריקה
4. אחר: _____

1. מחוז צפון
2. מחוז דרום
3. מחוז מרכז
4. מחוז ירושלים
- אחר: _____

סוג הישוב:

מספר ילדים: _____

5. עיר
6. מטרופולין
7. כפר
8. מושב
9. קיבוץ

אני גר/ה בבית עם משפחת המוצא שלי:

1. כן
- לא

דת:

מידת דתיות:

1. יהודיה
2. ערב/יה – נוצרית
3. נוצרית
4. ערב/יה – מוסלמית
5. אחר: _____

1. חלונית
2. מסורתית
3. דתית
4. חרדית

השכלה:

אני עובד/ת כיום ב

1. יסודית
2. תיכונית
3. על תיכונית (קורס)
4. סטודנט/ית או בעל/ת תואר ראשון
5. סטודנט/ית או בעל/ת תואר שני ומעלה

1. סקטור ציבורי (למשל בית חולים או משרד, ממשלתי)
2. סקטור התנדבותי (למשל, עמותה או מלכ"ר)
3. סקטור פרטי (למשל, חברה בע"מ)
4. עצמאי
5. לא עובד/ת כרגע
6. אחר: _____

מהי רמת ההכנסה החודשית שלך נטו ממקום עבודתך?

מה הסטאטוס המתאים לך ביותר כיום? (ניתן לסמן יותר ממשובה אחת. לדוגמא: אם את/ה גם סטודנט/ית וגם עובד/ת, אנא סמך/י את שתי התשובות).

- | | | | |
|----|---------------------------------------|----|---|
| 1. | 0-2500 ₪, | 1. | תלמיד/ת תיכון |
| 2. | 2,500-5000 ש"ח | 2. | לאחר תיכון ובהמתנה לשירות לאומי או צבאי |
| 3. | 5000-75000 ש"ח | 3. | חייל/ת או בשירות לאומי |
| 4. | 75000-10,000 ש"ח | 4. | עובד/ת |
| 5. | 10,000-12,000 ש"ח | 5. | סטודנט/ית |
| 6. | 12,000-15,000 ש"ח | | |
| 7. | 15,000 ₪ ומעלה | | |
| 8. | אין לי הכנסה חודשית קבועה מקום עבודה. | | |
| 9. | לא מעוניין/ת לענות | | |

כיצד את/ה מגדיר/ה את נטייתך המינית (ניתן לסמן יותר ממשובה אחת):

- | | | | |
|----|-------------|-----|------------|
| 1. | לסבית | 6. | פוליאמורית |
| 2. | הומו | 7. | א-מינית |
| 3. | סטרייט/ית | 8. | קוויר |
| 4. | ביסקסואל/ית | 9. | לא מגדיר/ה |
| 5. | פנסקסואל/ית | 10. | אחר: _____ |

זהות המגדר שלי היא (ניתן לסמן יותר ממשובה אחת):

- | | | | |
|-----|--------------|-----|--------------------|
| 1. | טרנסג'נדרית | 17. | קוקסינלית |
| 2. | טרנסג'נדר | 18. | קוקסינל |
| 3. | טרנסקסואלית | 19. | דראג קווין |
| 4. | טרנסקסואל | 20. | דראג קינג |
| 5. | אף טו אמ FTM | 21. | בי-ג'נדר |
| 6. | א מטו אף MTF | 22. | ג'נדר בנדר |
| 7. | אישה טרנסית | 23. | ג'נדר בלנדר |
| 8. | גבר טרנס | 24. | פם |
| 9. | גבר | 25. | בוץ' |
| 10. | אישה | 26. | טום בוי |
| 11. | ג'נדרקוויר | 27. | גבר נשי |
| 12. | ג'נדרקווירית | 28. | אוחצ'ה |
| 13. | קרוס-דרסר | 29. | MTM |
| 14. | קרוס-דרסרית | 30. | FTF |
| 15. | קווירית | 31. | לא החלטתי/בהתלבטות |
| 16. | קוויר | 32. | לא רוצה לענות |
| | | 33. | אחר: _____ |

מצב משפחתי :	האם את/ה נמצא/ת בזוגיות :
1. רווק/ה	1. כן
2. במערכת יחסים	2. לא
3. חיה עם בן/ת זוג	ענה/י על שתי השאלות הבאות במידה וסימנת "כן"
4. נשוי/ה	בשאלה הקודמת. אני נמצא/ת בזוגיות :
5. גרושה	1. עד חצי שנה 3. בין שנה לשלוש
6. אלמנה	2. בין חצי שנה לשנה 4. מעל שלוש שנים
7. אחר : _____	

1. זהות המגדר של בן/ת זוגי (ניתן לסמן יותר ממשוובה אחת) :	18. קוקסינלית
2. טרנסגינדרית	19. קוקסינל
3. טרנסגינדר	20. דראג קווין
4. טרנסקסואלית	21. דראג קינג
5. טרנסקסואל	22. בי-גינדר
6. אף טו אמ FTM	23. גינדר בנדר
7. אמ טו אף MTF	24. גינדר בלנדר
8. אישה טרנסית	25. פם
9. גבר טרנס	26. בוך'
10. גבר	27. טום בוי
11. אישה	28. גבר נשי
12. גינדרקוויר	29. אוחצ'ה
13. גינדרקווירית	30. MTM
14. קרוס-דרסר	31. FTF
15. קרוס-דרסרית	32. לא החלטתי/בהתלבטות
16. קווירית	33. לא רוצה לענות
17. קוויר	34. אחר : _____

אני חי בזהות המגדר המועדפת עלי :	התחלתי לחיות חלק מהזמן/ באופן קבוע במגדר המועדף עלי :
1. חלק מהזמן	1. פחות משנה
2. באופן קבוע	2. בין שנה לשנתיים
3. אינני חיה בזהותה מגדר המועדפת עלי	3. בין שנתיים לשלוש
4. אין לי זהות מגדר מועדפת	4. בין שלוש לחמש שנים
	5. בין חמש לשבע שנים
	6. בין שבע לעשר שנים
	7. מעל עשר שנים

אני חושב/ת שאני עובר/ת באופן כללי בחיי היום יום שלי :

1. במידה רבה מאוד
2. במידה רבה
3. במידה בינונית
4. במידה מועטה
5. בכלל לא
6. לא רלוונטי
7. לא רוצה לענות.

שיניתי את שמי במשרד הפנים :

1. כן
2. לא

שיניתי את סעיף המין במשרד הפנים :

1. כן
2. לא

במידה וסימנת לא, הסיבה לכך היא :

1. משרד הפנים לא אישר את בקשתי
2. לא ניסיתי להגיש בקשה
3. אינני מעוניין/ת בשינוי סעיף המין
4. אני חושש/ת לגשת למשרד הפנים
5. אחר : _____

נספח 3: שאלון קשרים חברתיים בין טרנסג'נדרים

המשפטים הבאים מתייחסים לפעילויות ולקשרים חברתיים שיש לך עם חברים/ות טרנסג'נדרים/ות. אנא סמך/י את התשובה המתאימה לך ביותר. אם את/ה מוצא/ת שהשאלה אינה רלוונטית (כיוון שאינך מצבעת את הפעילויות המצוינות במשפט), סמך/י "אף פעם".

רוב הזמן	לעיתים קרובות	לפעמים	לעיתים נדירות	אף פעם	
5	4	3	2	1	אני משתתף/ת או השתתפתי בקבוצה חברתית או קבוצת תמיכה לטרנסג'נדרים/ות
5	4	3	2	1	אני הולך למסיבות או אירועים המיועדים לקהילה הטרנסג'נדרית
5	4	3	2	1	אני יוצר קשרים חברתיים עם טרנסג'נדרים אחרים/ות במסיבות א אירועים קהילתיים
5	4	3	2	1	אני גולש/ת בפורמים, בקומונות או רשום/ה לרשימת תפוצה באינטרנט המיועדים לטרנסג'נדרים/ות
5	4	3	2	1	אני מכיר/ה חברים/ות טרנסג'נדרים דרך קבוצות לטרנסג'נדרים/ות
5	4	3	2	1	אני משתתף בצורה פעילה (כתיבת הודעות, לא רק קריאה) בפורמים, בקומונות וברשימות התפוצה באינטרנט המיועדים לטרנסג'נדרים/ות.
5	4	3	2	1	אני מכיר חברים/ות טרנסג'נדרים/ות דרך האינטרנט
5	4	3	2	1	אני משתתף פעילה (מדבר בפגישות, יוצר קשר) בקבוצה/ות לטרנסג'נדרים/ות
5	4	3	2	1	במסיבות ואירועים של טרנסג'נדרים/ות אני עומד/ת בצד ולא לוקח/ת חלק בריקודים ובשיחות

מהי מידת שביעות הרצון שלך מקשרים חברתיים עם טרנסג'נדרים/ות:

1. מרוצה מאוד
2. מרוצה
3. מרוצה במידה בינונית
4. מרוצה במידה מועטה
5. לא מרוצה

מספר החברים/ות הטרנסג'נדרים/ות שלי:

1. אין לי בכלל חברים/ות טרנסג'נדרים/ות
2. יש לי 1-2 חברים/ות טרנסג'נדרים/ות
3. יש לי 3-5 חברים/ות טרנסג'נדרים/ות
4. יש לי 6-10 חברים/ות טרנסג'נדרים/ות
5. יש לי מעל 10 חברים/ות טרנסג'נדרים/ות

נספח 4: טרנספוביה במרחבים ציבוריים כלליים

השאלות הבאות מתייחסות להתנסויות שייתכן וחווית לאורך חיך בגלל זהותך המגדרית. עבור כל אחת מההתנסויות המתוארות, אנא ענה/י עד כמה חווית אותן לאורך חיך

רוב הזמן	לעיתים קרובות	לפעמים	לעיתים נדירות	אף פעם	
5	4	3	2	1	באיזו תדירות במהלך חיך קיבלת יחס פחת אדיב מאחרים בגלל זהותך המגדרית?
5	4	3	2	1	באיזו תדירות במהלך חיך קיבלת יחס פחות מכבד מאחרים בגלל זהותך המגדרית?
5	4	3	2	1	באיזו תדירות במהלך חיך קיבלת שירות גרוע יותר מאחרים במסעדות או חנויות בגלל זהותך המגדרית?
5	4	3	2	1	באיזו תדירות במהלך חיך חווית שאנשים התייחסו אליך כאילו אינך חכם/ה בגלל זהותך המגדרית?
5	4	3	2	1	באיזו תדירות במהלך חיך חווית שאנשים מתנהגים כאילו שהם טובים ממך בגלל זהותך המגדרית?
5	4	3	2	1	באיזו תדירות במהלך חיך חווית שאנשים מתנהגים כאילו הם פוחדים/נגעלים/סולדים ממך בגלל זהותך המגדרית?
5	4	3	2	1	באיזו תדירות במהלך חיך חווית שאנשים מתנהגים כאילו שהם חושבים שאת/ה רמאית בגלל זהותך המגדרית?
5	4	3	2	1	באיזו תדירות במהלך חיך קראו לך בשמות גנאי או העליבו אותך בגלל זהותך המגדרית?
5	4	3	2	1	באיזו תדירות במהלך חיך איימו עליך או תקפו אותך פיזית או מינית בגלל זהותך המגדרית?

נספח 5: טרנספוביה בתעסוקה/ לימודים

במהלך 24 החודשים האחרונים במקום עבודתך או בלימודים, האם היית במצב בו אחד מחבריך לעבודה/לימודים או מהממונים/מרצים/מורים אליך:

רוב הזמן	לעיתים קרובות	לפעמים	לעיתים נדירות	אף פעם	
5	4	3	2	1	ספר בדיחות פוגעניות על א/נשים טרנסג'נדרים בגלל שאת/ה טרנסג'נדר/ית?
5	4	3	2	1	העיר הערה טרנספובית בגלל שאת/ה טרנסג'נדר/ית?
5	4	3	2	1	התעלם ממך בגלל שאת/ה טרנסג'נדר/ית?
5	4	3	2	1	העיר הערות מיניות גסות או מעליבות בגלל שאת/ה טרנסג'נדר/ית?
5	4	3	2	1	כינה אותך "קוקסינל/ית" או מילת גנאי אחרת בגלל שאת/ה טרנסג'נדר/ית?
5	4	3	2	1	נמנע מלגעת בך בגלל שאת/ה טרנסג'נדר/ית?
5	4	3	2	1	מנע ממך העלאה בדרגה, העלאה בשכר או כל סוג אחר של קידום בעבודה או בלימודים בגלל שאת/ה טרנסג'נדר/ית?
5	4	3	2	1	העיר הערות שליליות עליך לעובדים/תלמידים אחרים בגלל שאת/ה טרנסג'נדר/ית?
5	4	3	2	1	חיבל בדברים שלך בגלל שאת/ה טרנסג'נדר/ית?
5	4	3	2	1	פגע בך פיזית בגלל שאת/ה טרנסג'נדר/ית?
5	4	3	2	1	סידר לך דייט עם מישהו/י כשהוא יודע שאת/ה טרנסג'נדר/ית?
5	4	3	2	1	לא הזמין אותך לאירוע חברתי בגלל שאת/ה טרנסג'נדר/ית?
5	4	3	2	1	שאל אותך שאלות על חיך האישיים או חיי האהבה שלך כשהוא יודע שאת/ה טרנסג'נדר/ית?
5	4	3	2	1	הראה או הפיץ חומרים טרנספוביים בגלל שאת/ה טרנסג'נדר/ית?
5	4	3	2	1	הפחיד אותך שלא יתנהגו אליך באופן הולם אם תצאי מהארון כטרנסג'נדר/ית?
5	4	3	2	1	הציע לך קידום מהיר בגלל שאת/ה טרנסג'נדר/ית במידה ותשמורי זאת בסוד?
5	4	3	2	1	גרם לך לחשוב שאת/ה צריך/ה לעמוד בסטנדרטים נוקשים של גבריות/נשיות בגלל שאת/ה טרנסג'נדר/ית?
5	4	3	2	1	גרם לך לחשוב שאת/ה חייב/ת לשקר לגבי זהותך המגדרית בגלל שאת/ה טרנסג'נדר/ית?
5	4	3	2	1	עודד את הממונים עליך שלא לקדם אותך בגלל שאת/ה טרנסג'נדר/ית?
5	4	3	2	1	הוביל לכך שהיית חייב/ת לחקות התנהגות "תואמת מגדר" בגלל שאת/ה טרנסג'נדר/ית?
5	4	3	2	1	גרם לך לחשוב שאסור לך לדבר על חיי האהבה שלך בגלל שאת/ה טרנסג'נדר/ית?

נספח 6: שאלון התנסות באפליה בשירותי הבריאות.

אנא דרגי באיזו תדירות חווית את האירועים המתוארים לעיל במהלך חיך בשירותי הבריאות:

רוב הזמן	לעיתים קרובות	לפעמים	לעיתים נדירות	אף פעם	
5	4	3	2	1	באיזו תדירות חשבת שקיבלת יחס מפלה מאיש צוות רפואי בגלל שאת/ה טרנסגינדר/ית?
5	4	3	2	1	באיזו תדירות איש צוות רפואי סירב לתת לך טיפול רפואי בגלל שאת/ה טרנסגינדר/ית?
5	4	3	2	1	באיזו תדירות פנית לקבל טיפול רפואי שאינו קשור לזהותך המגדרית או לתהליך השינוי המגדרי שלך, והרופא/ה שאלה אותך שאלות הנוגעות לזהות המגדר שלך או לתהליך השינוי המגדרי שלך, שלדעתך לא היו קשורות לטיפול?
5	4	3	2	1	באיזו תדירות שיבצו אותך במחלקה הלא נכונה בבית חולים בגלל המראה המגדרי שלך או המסמכים הפורמאליים שלך (למשל, מחלקת נשים עבור FTM)?
5	4	3	2	1	באיזו תדירות את/ה חושש/ת להיתקל ביחס מפלה מרופא/ה שלא מכיר/ה אותך?
5	4	3	2	1	באיזו תדירות את/ה נמנע/ת מקבלת טיפול רפואי כלשהו בגלל חשש מיחס מפלה?

כשהתייעצת עם רופא/ה או אחרות בנוגע לזהותך המגדרית או לתהליך השינוי המגדרי שלך, באיזו תדירות נתקלת באחד מהאירועים הבאים:

רוב הזמן	לעיתים קרובות	לפעמים	לעיתים נדירות	אף פעם	
5	4	3	2	1	באיזו תדירות סרבו לעזור לך?
5	4	3	2	1	באיזו תדירות קיבלת את הרושם שהם אינם מעוניינים לעזור?
5	4	3	2	1	באיזו תדירות באיזו תדירות קיבלת את הרושם שהם רצו לעזור אך לא היה ברשותם מידע רלוונטי?
5	4	3	2	1	באיזו תדירות קיבלת מידע עדכני וחשת כי עזרו לך מאוד?

באיזו תדירות חווית אחד או יותר מהמצבים הבאים במפגש שם צוות רפואי:

רוב הזמן	לעיתים קרובות	לפעמים	לעיתים נדירות	אף פעם	
5	4	3	2	1	באיזו תדירות התייחסו אליך בצורה שלילית בגלל שאת/ה טרנסגינדר/ית?
5	4	3	2	1	באיזו תדירות העירו לך הערות שליליות בגלל שאת/ה טרנסגינדר/ית?
5	4	3	2	1	באיזו תדירות תקפו אותך באופן מילולי בגלל שאת/ה טרנסגינדר/ית?
5	4	3	2	1	באיזו תדירות תקפו אותך פיסית בגלל שאת/ה טרנסגינדר/ית?
5	4	3	2	1	באיזו תדירות תקפו אותך מינית בגלל שאת/ה טרנסגינדר/ית?

נספח 7: שאלון בריאות נפשית

המשפטים הבאים מתייחסים להרגשתך בחודש האחרון. אנא קרא/י על משפט בעיון וסמך/י את התשובה המתאימה לך ביותר:

תמיד	לעיתים קרובות מאוד	לעיתים די קרובות	לפעמים	כמעט אף פעם	אף פעם	
6	5	4	3	2	1	חיי היום יום שלי היו מלאים באירועים מעניינים
6	5	4	3	2	1	הרגשתי רגועה ומשוחררת/ממתח
6	5	4	3	2	1	נהניתי באופן כללי מדברים שעשיתי
6	5	4	3	2	1	הרגשתי מדוכא/ת
6	5	4	3	2	1	הייתי אדם עצבני מאוד
6	5	4	3	2	1	הרגשתי מתוח/ה ונוח/ה לנעוץ
6	5	4	3	2	1	הרגשתי נינוח/ה ושלוח/ה
6	5	4	3	2	1	הרגשתי יציבה/מבחינה רגשית
6	5	4	3	2	1	הרגשתי עצובה/ועגום/ה
6	5	4	3	2	1	הייתי מוטרד ע"י עצבנות או "עצבים"
6	5	4	3	2	1	הרגשתי חסר/ת מנוחה, חסר/ת שלווה או חסר/ת סבלנות
6	5	4	3	2	1	הרגשתי מעודד/ת ועליזה
6	5	4	3	2	1	הרגשתי חרדה ודאגה
6	5	4	3	2	1	הרגשתי שאני אדם מאושר
6	5	4	3	2	1	מצאתי את עצמי מתקשה להירגע

נספח 8: חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית

אנא ציין/י לגבי כל אחד מהאנשים באיזו מידה ידועה להם זהו המגדר שלך. במידה והשאלה אינה רלוונטית (למשל, אין לך אחרים ואחריות), סמן/י לא רלוונטי:

ממונים בעבודה/ מרצים/ מורים	חברים מהעבודה או ללימודים	חברים חדשים	חברים מהעבר	אנשים זרים	משפחה מורחבת וקרובי משפחה	אחים/ אחיות	אבא	אמא	
9	8	7	6	5	4	3	2	1	בטוח שאינם יודעים שאני טרנסג'נדר/ית
9	8	7	6	5	4	3	2	1	יתכן שיודעים שאני טרנסג'נדר/ית
9	8	7	6	5	4	3	2	1	סביר שיודעים שאני טרנסג'נדר/ית
9	8	7	6	5	4	3	2	1	סביר שיודעים שאני טרנסג'נדר/ית אבל מדברים על כך לעיתים נדירות בלבד
9	8	7	6	5	4	3	2	1	בטוח שיודעים שאני טרנסג'נדר/ית אבל מדברים על כך לעיתים נדירות בלבד
9	8	7	6	5	4	3	2	1	בטוח שיודעים שאני טרנסג'נדר/ית ומדברים על כך לפעמים
9	8	7	6	5	4	3	2	1	בטוח שיודעים שאני טרנסג'נדר/ית ומדברים על כך בפתירות
9	8	7	6	5	4	3	2	1	לא רלוונטי

נספח 9: שאלון תמיכה משפחתית

המשפטים הבאים מתייחסים לרגשות ולהתנסויות שלך עם משפחת המוצא שלך (אבא, אמא, אחים, אחיות) כיום או בעבר. אנא סמן/י את התשובה המתאימה לך ביותר:

בכלל לא	במידה מועטה מאוד	במידה מסוימת	במידה רבה	במידה רבה מאוד	
1	2	3	4	5	משפחתי מראה דאגה ואכפתיות כלפי
1	2	3	4	5	משפחתי מתנהגת כלפי בצורה שמראה חוסר חיבה
1	2	3	4	5	משפחתי נותנת לי מידע או עצמות מועילות כשאני זקוק/ה לכך
1	2	3	4	5	באיזו מידה את/ה משוחחת עם המשפחה שלך כשאת/ה מוטרד/ת, עצבנית או מדוכא/ת ממש?
1	2	3	4	5	משפחתי מתנהגת אלי לפעמים באופן שמראה עוינות
1	2	3	4	5	משפחי מקשיבה לי כשאני צריך לדבר על דברים שחשובים לי
1	2	3	4	5	משפחתי גורמת לי להרגיש לא רצויה
1	2	3	4	5	משפחתי נותנת לי עזרה ישירה, כלומר עושה דברים עבורי או נותנת לי דברים כשאני צריך
1	2	3	4	5	משפחתי מתנהגת בצורה לא נעימה או כועסת כלפי
1	2	3	4	5	משפחתי עושה לי חיים קשים
1	2	3	4	5	משפחתי מעבירה עלי ביקורת
1	2	3	4	5	משפחתי רגישה לחיי האישיים
1	2	3	4	5	משפחתי עולה לי על העצבים
1	2	3	4	5	משפחי מעודדת ומחזקת אותי כשאני זקוק/ה לכך
1	2	3	4	5	משפחתי אומרת דברים שמעלים את הביטחון העצמי שלי
1	2	3	4	5	משפחתי מעליבה אותי גם אם אינה מתכוונת לכך

נספח 10: שאלון טרנספוביה מופנמת

השאלות הבאות מתייחסות לעמדותיך. סמני את התשובה המתאימה לדעותיך ביותר:

במידה רבה מאוד	במידה רבה	במידה בינונית	במידה מועטה	בכלל לא	
5	4	3	2	1	באיזו מידה את/ה מסכים/ה לטענה שטרנסגינדריות או טרנסקסואליות היא נורמאלית?
5	4	3	2	1	באיזו מידה היית מוטרד/ת אילו היה לך בן/ת טרנסגינדר/ית?
5	4	3	2	1	האם היית רוצה "גלולת קסם" בלידתך, שהייתה גורמת לך לא להיות טרנסגינדר/ית?
5	4	3	2	1	האם היית רוצה "גלולת קסם" כיום, שהייתה גורמת לך לא להיות טרנסגינדר/ית?
5	4	3	2	1	באיזו מידה את/ה מסכים/ה לטענה שטרנסגינדריות או טרנסקסואליות היא הפרעה נפשית?
5	4	3	2	1	האם אי פעם חשבת "להפסיק" להיות טרנסגינדר/ית?
5	4	3	2	1	אם חשבת "להפסיק" להיות טרנסגינדר/ית באיזו מידה ניסית?
5	4	3	2	1	באיזו מידה להיות טרנסגינדר/ית נראה לך מוטעה או בלתי מוסרי?
5	4	3	2	1	באיזו מידה את/ה מקבל את זהותך המגדרית?
5	4	3	2	1	באיזו מידה את/ה מתחרטת על כך שאת/ה טרנסגינדר/ית?

נספח 11. ניתוח גורמים עם רוטציה ורמקס בפרטי שאלון קשרים חברתיים בין טרנסג'נדרים (N=113).

טעינות גורמים			פריט	מספר
מדת הקשרים החברתיים	פעילות חברתית באינטרנט	פעילות חברתית קבוצתית		
		.85	הולך למסיבות או אירועים	2
		.78	יוצר קשרים חברתיים במסיבות או אירועים קהילתיים	3
		.78	מספר החברים הטרנסג'נדרים שלי	10
		.71	משתתף פעיל בקבוצה/ות לטרנסג'נדרים	8
		.60	משתתף בקבוצה חברתית לטרנסג'נדרים	1
		.66	מכיר חברים דרך קבוצות	5
	.86		משתתף/ת בפורומים, בקומונות וברשימות התפוצה	6
	.78		גולש/ת בפורומים, בקומונות או רשום/ה לרשימות תפוצה	4
	.62		מכיר/ה חברים/ות טרנסג'נדרים/ות דרך האינטרנט	7
.71			מידת שביעות רצון מקשרים חברתיים	11
.65			במסיבות ואירועים עומד בצד ולא לוקח חלק	9
1.36	2.25	3.30	eigenvalue	
13.36	22.55	32.98	אחוז השונות	

הערה: מוצגות טעינות גבוהות מ 50. בלבד.

נספח 12. ניתוח גורמים עם רוטציית ורמקס בפרטי שאלון טרנספוביה במרחבים ציבוריים כלליים (N=113).

מספר	פריט	טעינות גורמים
2	קיבלת יחס פחות מכבד מאחרים	.88
5	חוות שאנשים מתנהגים כאילו שהם טובים ממך	.82
1	קיבלת יחס פחות אדיב מאחרים	.81
8	קראו לך בשמות גנאי או העליבו אותך	.78
6	חוות שאנשים מתנהגים כאילו הם פוחדים/נגעלים/סולדים ממך	.78
4	חוות שאנשים מתנהגים כאילו אינך חכם/ה	.76
9	איימו עליך או תקפו אותך פיזית או מינית	.74
3	קיבלת שירות גרוע במסעדות או חנויות	.71
7	חוות שאנשים מתנהגים כאלו שהם חושבים שאת/ה רמאית	.68
Eigenvalue		5.41
אחוז השונות		60.13

הערה: מוצגות טעינות גבוהות מ 60. בלבד.

נספח 13. ניתוח גורמים עם רוטציה ורמקס עבור משתנה טרנספוביה בתעסוקה/ לימודים (N=113).

מספר	פריט	טעינות גורמים			
		טרנספוביה ישירה	טרנספוביה עקיפה	חבלה ביחסים עם אנשים אחרים	חדירה לפרטיות
4	העיר הערות מיניות, גסות או מעליבות	.79			
2	העיר הערה טרנספובית	.79			
5	העיר הערות טרנספוביות לגביך אישית	.76			
1	סיפר בדיחות פוגעניות	.76			
6	כינה אותך "קוקסינל/ית"	.68			
3	התעלם ממך	.63			
10	חיבל בדברים שלך	.54			
7	נמנע מלגעת בך	.47			
21	לחקות התנהגות "תואמת מגדר"		.83		
18	סטנדרטים נוקשים של גבריות/נשיות		.80		
16	הפחיד אותך שלא יתנהגו אליך באופן הולם		.73		
19	לשקר לגבי זהותך המגדרית		.66		
22	אסור לך לדבר על חיי האהבה שלך		.63		
17	הציע לך קידום מהיר מידה ותשמור/י זאת בסוד?			.84	
20	עודד את הממונים עליך שלא לקדם אותך			.81	
8	מנע ממך [...] קידום בעבודה או לימודים			.64	
9	העיר הערות שליליות עליך			.61	
13	לא הזמין אותך לאירוע חברתי			.44	
12	סידר לך דייט				.75
15	הראה או הפיץ חומרים טרנספוביים				.62
11	פגע בך פיזית				.51
14	שאל אותך שאלות על חייך האישיים				.41
Eigenvalue		4.93	3.93	3.78	2.81
אחוז השונות		22.39	17.89	17.16	12.76

הערה: מוצגות טעינות גבוהות מ 40. בלבד.

נספח 14. ניתוח גורמים עם רוטציה ורימקס בפריטי שאלון טרנספוניה בשירותי הבריאות (N=113).

טעינות גורמים					
מספר	פריט	חודרנות, הימנעות ויחס מפלה	טרנספוניה ישירה	טרנספוניה עקיפה	היבטים חיוביים
5	חושש להיתקל ביחס מפלה	.80			
1	חשבת שקיבלת יחס מפלה	.78			
6	נמנע מקבלת טיפול רפואי בשל חשש מיחס מפלה	.76			
3	שאל אותך שאלות הנוגעות לזהות המגדר שלך שלא היו קשורות לטיפול	.75			
2	איש צוות רפואי סירב לתת לך טיפול	.57			
14	תקפו אותך באופן מילולי		.85		
15	תקפו אותך באופן פיזי		.76		
13	העירו לך הערות שליליות		.71		
12	התייחסו אליך בצורה שלילית		.59		
16	תקפו אותך מינית		.59		
9	קיבלת רושם שהם אינם מעוניינים לעזור לך			.80	
8	סירבו לעזור לך			.73	
4	שיבצו אותך במחלקה לא נכונה בגלל מראה או מסמכים פורמאליים			.54	
11	קיבלת מידע עדכני				.86
7	כיבדו את זהות המגדר				.80
	eigenvalue	3.48	3.08	2.59	1.66
	אחוז השונות	21.73	19.24	16.18	10.37

הערה: מוצגות טעינות גבוהות מ 50. בלבד.

נספח 15. ניתוח גורמים עם רוטציית ורימקס בפריטי שאלון בריאות נפשית מקוצר ($N=113$).

טעינות גורמים			
מספר	פריט	מצוקה נפשית	רווחה נפשית
10	הייתי מוטרד מעצבנות או עצבים	.91	
5	הייתי אדם עצבני מאוד	.85	
6	הרגשתי מתוח ונוח לכעוס	.83	
11	הרגשתי חסר מנוחה, שלווה או סבלנות	.81	
15	מצאתי את עצמי מתקשה להירגע	.77	
13	הרגשתי חרדה ודאגה	.63	
9	הרגשתי עצוב ועגום	.45	
4	הרגשתי מדוכא	.40	
8	הרגשתי יציב מבחינה רגשית	-.40	
12	הרגשתי מעודד ועליז		.82
14	הרגשתי שאני אדם מאושר		.80
3	נהניתי מדברים שעשיתי		.74
7	הרגשתי נינוח ושלו		.67
2	רגוע ומשוחרר ממתח		.66
1	מלאים באירועים מעניינים		.53
Eigenvalue		4.99	4.98
אחוז שונות		33.29%	33.22%

הערה: מוצגות טעינות גבוהות מ 40. בלבד.

נספח 16. ניתוח גורמים עם רוטציית ורמקס בפרטי שאלון חשיפת הזהות הטרנסגינדרית ($N=113$).

טעינות גורמים			
מספר	פריט	קשרים עם אנשים קרובים	קשרים עם אנשים רחוקים
1	אמא	.88	
4	משפחה מורחבת וקרובי משפחה	.85	
3	אחים/יות	.82	
2	אבא	.76	
5	חברים מהעבר	.57	
8	חברים לעבודה/לימודים		.84
9	ממונים בעבודה/מרצים/ מורים		.77
6	חברים חדשים		.72
7	אנשים זרים		.70
Eigenvalue		3.32	2.44
אחוז השונות		26.90	27.14

הערה: מוצגות טעינות גבוהות מ 50. בלבד.

נספח 17. ניתוח גורמים עם רוטציית ורימקס בפרטי שאלון תמיכה וחבלה חברתית נתפסת ($N=113$).

מספר	פריט	טעינות גורמים	
		חבלה משפחתית	תמיכה משפחתית
9	בצורה לא נעימה או כועסת כלפי	.86	
10	חיים קשים	.85	
11	מעבירה עלי ביקורת	.82	
16	מעליבה אותי גם אם אינה מתכוונת לכך	.79	
5	עוינות	.79	
13	עולה לי על העצבים	.73	
7	להרגיש לא רצויה	.69	
2	חוסר חיבה	.61	
14	מעודדת ומחזקת אותי		.81
15	אומרת דברים שמעלים את הביטחון העצמי שלי		.80
12	רגישה לצרכי האישיים		.78
8	נותנת לי עזרה ישירה, כלומר עושה דברים עבורי או נותנת לי דברים		.77
3	נותנת לי מידע או עצות מועילות		.74
4	משוחח/ת עם המשפחה שלך כשאת/ה מוטרד/ת, עצבנית או מדוכא/ת		.73
1	דאגה ואכפתיות כלפי		.72
6	מקשיבה לי כשאני צריך לדבר על דברים		.71
	eigenvalue	5.85	5.76
	אחוז השונות	36.56	36.00

הערה: מוצגות טעינות גבוהות מ 40. בלבד.

נספח 18. ניתוח גורמים עם רוטציית ורימקס בפריטי שאלון טרנספוניה מופגמת ($N=113$).

טעינות גורמים			פריט	מספר
קבלה עצמית	רצון לשינוי	חרטה		
		.85	גלולת קסם כיום	4
		.80	גלולת קסם בילדותך	3
		.70	מתחרט שאני טרנסגינדר	10
	.91		חשבת להפסיק להיות טרנסגינדר	6
	.88		באיזו מידה ניסית להפסיק	7
-.74			טרנסקסואליות היא נורמלית	1
.70			מוטרד אם היה לי בן	2
			טרנסגינדר	
.65			טרנסקסואליות היא מחלה או הפרעה נפשית	5
.49			להיות טרנסגינדר זה בלתי מוסרי	8
-.42			מקבל את זהות המגדר	9
1.93	1.98	2.02		Eigenvalue
19.28	19.76	20.21		אחוז השונות

הערה: מוצגות טעינות גבוהות מ 40. בלבד.

נספח 19. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין טרנספוביה במרחבים ציבוריים כלליים ותמיכה משפחתית לבריאות הנפשית ($N = 113$)

משתנה	בריאות נפשית כללית					מצוקה נפשית					רווחה נפשית				
	ΔR^2	R^2	β	SE B	B	ΔR^2	R^2	β	SE B	B	ΔR^2	R^2	β	SE B	B
צעד 1		.08*					.10*					.02			
גיל			.14	.17	.23			-.19	.11	-.20			.07	.07	.04
תחושת מעבר מגדרי			.22*	1.28	2.71			-.21*	.82	-1.66			.12	.50	.56
צעד 2		.16					.21					.08			
טרנספוביה במרחבים ציבוריים כלליים			-.28**	1.39	-3.86		.18***	.34***	.86	3.03		.05*	-.23*	.55	-1.25
צעד 3		.18					.21					.11			
טרנספוביה במרחבים ציבוריים כלליים			-.20	1.56	-2.75			.31**	.98	2.75		.03	-.14	.62	-.75
תמיכה משפחתית			.17	1.65	2.56			-.06	1.04	-.61			.20	.66	1.13
צעד 4		.20					.23					.12			
טרנספוביה במרחבים ציבוריים כלליים			-.26*	1.63	-3.57		.02	.36**	1.03	3.26		.02	-.07	.49	-.33
תמיכה משפחתית			.16	1.64	2.39			-.05	1.03	-.51			-.19	.66	-1.02
טרנספוביה X תמיכה משפחתית			-.17	1.48	-2.36			.15	.93	1.41			.19	.66	1.08

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

נספח 20. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין טרנספוביה במרחבים ציבוריים כלליים, קשרים חברתיים קבוצתיים ואינטרנטיים לבריאות הנפשית ($N = 113$)

משתנה	בריאות נפשית כללית					מצוקה נפשית					רווחה נפשית				
	ΔR^2	R^2	β	SE	B	ΔR^2	R^2	β	SE	B	ΔR^2	R^2	β	SE	B
				B					B					B	
צעד 1		.08*				.10*						.02			
גיל			.14	.17	.23			-.19	.11	-.20			.07	.07	.04
תחושת מעבר מגדרי			.22*	1.28	2.71			-.21*	.82	-1.66			.12	.50	.56
צעד 2		.16				.11***		.21				.08			
טרנס' במרחבים ציבוריים כלליים			-.28**	1.39	-3.86			.34***	.86	3.03			-.23*	.555	-1.25
צעד 3		.18				.03		.24				.09			
טרנס' במרחבים ציבוריים כלליים			-.22*	1.46	-3.11			.27**	.90	2.46			-.20	.59	-1.06
קשרים קבוצתיים			-.02	1.55	-.30			.03	.96	.28			-.01	.63	-.03
קשרים באינטרנט			-.16	1.62	-2.44			.19	1.00	1.75			-.11	.65	-.63
צעד 4		.21				.03		.27				.09			
טרנס' במרחבים ציבוריים כלליים			-.23*	1.48	-3.21			.29**	.91	2.57			-.21	.60	-1.09
קשרים קבוצתיים			.00	1.57	.01			.00	.96	.04			.00	.64	.02
קשרים באינטרנט			-.18	1.62	-2.56			.20	.99	1.88			-.12	.66	-.66
טרנס' X קשרים קבוצתיים			-.14	1.41	-1.85			.14	.86	1.17			-.04	.57	-.20
טרנס' X אינטרנט			.14	1.58	1.97			-.17	.97	-1.53			.07	.65	.36

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

נספח 21. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין טרנספוביה בתעסוקה/ לימודים ותמיכה משפחתית לבריאות הנפשית ($N = 113$)

משתנה	בריאות נפשית כללית					מצוקה נפשית					רווחה נפשית				
	ΔR^2	R^2	β	SE B	B	ΔR^2	R^2	β	SE B	B	ΔR^2	R^2	β	SE B	B
צעד 1															
גיל			.14	.17	.23			-.19	.11	-.20			.07	.07	.04
תחושת מעבר מגדרי			.22*	1.28	2.71			-.21*	.82	-1.66			.12	.50	.56
צעד 2															
טרנספוביה בתעסוקה/ לימודים			-.26*	1.40	-3.65			.32***	.87	2.88			-.23*	.56	-1.22
צעד 3															
טרנספוביה בתעסוקה/ לימודים			-.18	1.51	-2.58			.28**	.95	2.52			-.14	.60	-.77
תמיכה משפחתית			.19	1.59	2.83			-.10	1.00	-.93			.21	.63	1.18
צעד 4															
טרנספוביה בתעסוקה/ לימודים			-.27	2.01	-3.77			.38**	1.27	3.38			-.21	.80	-1.12
תמיכה משפחתית			.16	1.66	2.42			-.07	1.04	-.63			.19	.66	1.06
טרנספוביה X תמיכה משפחתית			-.12	1.94	-1.75			.13	1.22	1.25			-.09	.77	-.51

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

נספח 22. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין טרנסמוביה בתעסוקה/ לימודים וקשרים חברתיים בין טרנסג'נדרים לבריאות הנפשית ($N = 113$)

משתנה	בריאות נפשית כללית					מצוקה נפשית					רווחה נפשית				
	ΔR^2	R^2	β	SE	B	ΔR^2	R^2	β	SE	B	ΔR^2	R^2	β	SE	B
צעד 1		.02					.10*								
גיל			.14	.17	.23			-.19	.11	-.20			.07	.07	.04
תחושת מעבר מגדרי			.22*	1.28	2.71			-.21*	.82	-1.66			.12	.50	.56
צעד 2		.08*					.10**					.07			
							.20								
טרנס' בתעסוקה/ לימודים			-.26*	1.40	-3.65			.32**	.87	2.88		.05*			
צעד 3		.15					.24					.09			
טרנס' בתעסוקה/ לימודים			-.22*	1.48	-3.09			.27**	.92	2.45		.02			
קשרים קבוצתיים			.01	1.60	.19			-.01	.99	-.11					
קשרים באינטרנט			-.19	1.58	-2.82			.23	.98	2.10					
צעד 4		.18					.25					.11			
טרנס' בתעסוקה/ לימודים			-.30*	1.92	-4.13			.34*	1.18	3.08		.02			
קשרים קבוצתיים			.03	1.65	.49			-.03	1.02	-.30					
קשרים באינטרנט			-.20	1.60	-2.87			.23	.98	2.13					
טרנס' X קשרים קבוצתיים			.04	1.65	.54			-.01	1.01	-.11					
טרנס' X אינטרנט			.09	1.76	1.21			-.11	1.09	-.96					

* $p < .05$

נספח 23. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין טרנספוניה מופנמת ותמיכה משפחתית לבריאות הנפשית ($N = 113$)

משתנה	בריאות נפשית כללית					מצוקה נפשית					רווחה נפשית				
	ΔR^2	R^2	β	SE	B	ΔR^2	R^2	β	SE	B	ΔR^2	R^2	β	SE	B
צעד 1		.08*					.10*					.02			
גיל			.14	.17	.23			-.19	.11	-.20			.07	.07	.04
תחושת מעבר מגדרי			.22*	1.28	2.71			-.21*	.82	-1.66			.12	.50	.56
צעד 2		.14					.17					.08*			
טרנספוניה מופנמת			-.25*	1.59	-3.95			.28**	1.00	2.84			-.25*	.63	-1.51
צעד 3		.19					.20					.13			
טרנספוניה מופנמת			-.21*	1.58	-3.29			.25*	1.01	2.53			-.21*	.63	-1.26
תמיכה משפחתית			.23*	1.47	3.35			-.16	.94	-1.55			.23*	.58	1.29
צעד 4		.19					.20					.14			
טרנספוניה מופנמת			-.21*	1.59	-3.28			.25*	1.02	2.53			-.21*	.63	-1.27
תמיכה משפחתית			.23*	1.48	3.34			-.16	.95	-1.54			.23*	.58	1.33
טרנספוניה מופנמת			-.01	1.85	-.22			.02	1.18	.18			.09	.73	.64
X תמיכה משפחתית															

* $p < .05$ ** $p < .01$

נספח 24. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין טרנספוביה מופנמת וקשרים חברתיים לבריאות הנפשית ($N = 113$)

משתנה	בריאות נפשית כללית					מצוקה נפשית					רווחה נפשית				
	ΔR^2	R^2	β	SE	B	ΔR^2	R^2	β	SE	B	ΔR^2	R^2	β	SE	B
צעד 1		.08*					.10*					.02			
גיל			.14	.17	.23			-.19	.11	-.20			.07	.07	.04
תחושת מעבר מגדרי			.22*	1.28	2.71			-.21*	.82	-1.66			.12	.50	.56
צעד 2	.06*	.14				.08**	.17				.06*	.08			
טרנספוביה מופנמת			-.25*	1.59	-3.95			.28**	1.00	2.84			-.25*	.63	-1.51
צעד 3	.07*	.21				.10**	.27				.07	.13			
טרנספוביה מופנמת			-.30**	1.62	-4.60			.33**	1.00	3.34			-.29*	.65	-1.73
קשרים קבוצתיים			-.14	1.59	-2.06			.17	.98	1.58			-.12	.64	-.68
קשרים באינטרנט			-.19	1.54	-2.79			.23*	.95	2.11			-.14	.62	-.76
צעד 4	.01	.22				.01	.29				.00	.13			
טרנספוביה מופנמת			-.32**	1.71	-5.06			.37**	1.05	3.73			-.30*	.69	-1.81
קשרים קבוצתיים			-.15	1.65	-2.17			.18	1.01	1.69			-.13	.67	-.70
קשרים באינטרנט			-.21	1.60	-3.10			.25*	.98	2.35			-.15	.65	-.82
טרנס' מופנמת X קבוצתיים			-.11	1.75	-1.66			.14	1.07	1.36			-.05	.71	-.30
טרנס' מופנמת X אינטרנט			.05	1.72	.82			-.05	1.05	-.55			.02	.69	.15

* $p < .05$ ** $p < .01$

נספח 25. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין התקלות באירועים טרנספוביים, היבטים חיוביים במערכת הבריאות, הקשרים חברתיים לבריאות הנפשית ($N = 113$)

משתנה	בריאות נפשית כללית					מצוקה נפשית					רווחה נפשית				
	ΔR^2	R^2	β	SE	B	ΔR^2	R^2	β	SE	B	ΔR^2	R^2	β	SE	B
צעד 1		.08*					.10*					.02			
גיל			.14	.17	.23			-.19	.11	-.20			.07	.07	.04
תחושת מעבר מגדרי			.22*	1.28	2.71			-.21*	.82	-1.66			.12	.50	.56
צעד 2		.16					.21					.07			
אירועים טרנספוביים			-.29**	1.53	-4.20		.11**	.34**	.95	3.16		.04	-.19	.62	-1.02
היבטים חיוביים			-.01	1.60	-.22			.04	1.00	.38			.05	.65	.29
צעד 3		.20					.26					.08			
אירועים טרנספוביים			-.26**	1.53	-3.77		.05	.31**	.95	2.81		.02	-.17	.63	-.91
היבטים חיוביים			-.05	1.62	-.74			.08	1.00	.79			.03	.66	.15
קשרים קבוצתיים			-.02	1.55	-.34			.03	.95	.32			-.02	.63	-.01
קשרים באינטרנט			-.19	1.61	-2.72			.23*	.10	2.11			-.13	.66	-.73

* $p < .05$ ** $p < .01$

המשך נספח 26. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין התקלות באירועים טרנספוביים, היבטים חיוביים במערכת הבריאות, הקשרים חברתיים קבוצתיים ואינטרנטיים לבריאות הנפשית ($N = 113$)

משתנה	בריאות נפשית כללית					מצוקה נפשית					רווחה נפשית				
	ΔR^2	R^2	β	SE	B	ΔR^2	R^2	β	SE	B	ΔR^2	R^2	β	SE	B
צעד 4	.06	.26				.08	.34				.06	.14			
אירועים טרנספוביים			-.30	1.58	-4.28			.36**	.96	3.28			-.18	.65	-.10
היבטים חיוביים			-.01	1.64	-.22			.05	.10	.44			.05	.68	.29
קשרים קבוצתיים			-.03	1.54	-.46			.04	.94	.37			-.03	.64	-.17
קשרים באינטרנט			-.17	1.61	-2.43			.19	.98	1.81			-.13	.67	-.70
אירועים טרנס' X קבוצתיים			-.04	1.29	-.40			.10	.79	.74			.06	.53	.24
היבטים חיוביים X קבוצתיים			.17	1.53	2.30			-.12	.93	-1.08			.20	.63	1.03
אירועים טרנס' X אינטרנט			.26*	1.80	3.89			-.31*	1.10	-2.90			.19	.74	1.09
היבטים חיוביים X אינטרנט			-.04	1.47	-.48			.09	.89	.74			.06	.61	.33

* $p < .05$ ** $p < .01$

נספח 27. ניתוחי רגרסיה לינארית לבדיקת הקשר בין חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית ותמיכה משפחתית לבריאות הנפשית (N = 113)

משתנה	בריאות נפשית כללית					מצוקה נפשית					רווחה נפשית				
	ΔR^2	R^2	β	SE	B	ΔR^2	R^2	β	SE	B	ΔR^2	R^2	β	SE	B
צעד 1		.08*					.10					.02			
גיל			.14	.17	.23			-.19	.11	-.20			.07	.07	.04
תחושת מעבר מגדרי			-.22*	1.28	-2.71			.21*	.82	1.66			-.12	.50	-.56
צעד 2	.01	.09				.00	.10				.01	.03			
חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית			.11	1.68	1.61			-.03	1.07	-.25			.09	.66	.54
צעד 3	.06*	.15				.04*	.14				.06*	.09			
חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית			.06	1.65	.88			.01	1.07	.13			.04	.65	.25
תמיכה משפחתית			.26*	1.50	3.78			-.21*	.97	-2.01			.26*	.59	1.46
צעד 4	.00	.16				.01	.15				.00	.09			
חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית			.05	1.67	.81			.02	1.08	.20			.04	.66	.24
תמיכה משפחתית			.25*	1.53	3.67			-.20*	.99	-1.90			.26*	.60	1.44
חשיפת הזהות			.05	1.69	.78			-.08	1.09	-.84			.02	.67	.15
חשיפת הזהות הטרנסג'נדרית X תמיכה משפחתית															

* $p < .05$

Abstract

During the last decade, there were several theoretical and empirical attempts to explain the link between the mental state of transgender individuals and discriminatory attitudes towards them. These attempts have shown the difficulties that transgender individuals encounter in their personal and social life. They have highlighted the social pressure for gender conformity perceived by transgender people from childhood onwards, and the constant struggle with stigma, prejudice and discrimination in various public spaces. Fear of dismissive attitude, violent attacks and in some cases even murder, causes this population to be at high risk for suicide, self-harm, substance abuse, eating disorders, anxiety and depression.

The purpose of this study was to empirically examine the link between exposure to distal stressors (transphobia in public spaces such as: employment and health care services) and proximal stressors (transgender identity disclosure and internalized transphobia), and transgender people's mental health. The study also examined whether social support (family and community) loosen this link. The current research is based on Meyer's (2003) minority stress model. This model is based on empirical and theoretical knowledge about sexual minorities (gay, lesbian, and bisexual), who are also exposed to pressures stemming from social stigma and ignorance.

113 transgender people filled in questionnaires in an online survey. The questionnaire was published on transgender targeted mailing lists, forums, and major community sites. All participants were Israelis, 16 years of age or older. Information regarding personal data, mental health, family support, social ties between transgender individuals, transgender identity disclosure, internalized transphobia and exposure to transphobia in various spaces was gathered.

The findings of this study indicate that transphobic events and internalized transphobia were linked to low mental health. The central finding is that the more transgender people

were exposed to both distal and proximal stressors, the greater the psychological distress and the lower their well-being.

The study also found that social support factors, i.e. family support and web-based social ties, were directly related to mental health status and transphobic events. However, these were hardly able to moderate the link between exposure to transphobia and low mental health.

A significant difference between groups was found as well. The study indicates a difference in disclosure of one's transgender identity, where M-T-Fs were more likely to disclose their transgender identity than F-T-Ms. The study also found that transgender people who 'pass' were also more likely to disclose their transgender identity than those who did not 'pass'. Despite the differences found, there was no significant difference in exposure to transphobia between these groups.

The study also found that transgender people at the first steps in their transition, face various difficulties, including low family support, high rates of transphobia and failure to integrate into transgender community activities. Respectively, this group reports high rates of mental distress.

In conclusion, this study highlights the importance of social environment for transgender people's mental health. It allows for a better understanding of the obstacles faced by transgender people, through social workers' person-in-environment perspective. The study also highlights the importance of a broad intervention, directed at the individual level, the community level and social policy. The research suggests that the social support systems in transgender people's lives cannot in themselves alleviate the hardship encountered in public spaces. Therefore, there is a need for a social change of consciousness, for a more equal and tolerant society.

TEL AVIV UNIVERSITY
BOB SHAPELL SCHOOL OF SOCIAL WORK

**Transgender people in Israel:
Stressors, social support and mental health**

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of
the Requirements for the Degree of
Master of Social Work**

**At
Tel-Aviv University**

**By
Yonatan Marton**

This Study was Supervised by

Prof. Yael Benyamini

Dr. Guy Shilo

October 2013