

Original Article

The Role of The Family in Safeguarding The Life and Ensuring The Highest Level of Health for Transgender Child

Mahrou Ghadiri¹, Hamidreza SaeidArab¹

1. Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

Received: 2025/02/16

Revised: 2025/08/15

Accepted: 2025/08/16

DOI:10.48308/jfr.2025.238802.1927

Extended Abstract

Introduction: Every child has inherent dignity. However, characteristics such as physical vulnerability, lack of knowledge and experience, and an their evolving capacity for self-protection make children a vulnerable people. These inherent traits necessitate effective and efficient legal protection for every child within any legal system. For children at heightened risk due to special circumstances whether mental, physical, or living environment, this protection must take the form of specific measures grounded in the child's best interests. In such cases, in addition to general child protection policies, it is essential to enact specialized laws and regulations that address the unique needs of these particular groups.

Transgender children are one such group who, due to their specific circumstances, require specialized support and protection in the field of the right to health and the fundamental right to life. The situation of transgender children, characterized by social pressures and the challenges of gender dysphoria, put them at serious risk of severe psychological harm and even life-threatening outcomes. This reality demands the implementation of thoughtful policies and wise measures to guarantee their fundamental right to health.

Within this framework, the family serves as the primary and safe environment and plays an undeniable role in a child's growth and development. When a child requires additional care and support due to their unique situation, the family's role becomes even more critical and vital. Consequently, the families of transgender children play a pivotal role in safeguarding their lives and ensuring their physical, mental, and overall well-being, including health related to their gender identity.

Methodology: This research is theoretical and employs a descriptive-analytical method. Data collection was based on library research and relies on content analysis of domestic laws (especially the Protection of Children and Adolescents Act, 2020), international instruments (such as the Convention on the Rights of the Child), as well as specialized articles and books in the fields of law, psychology, and the sociology of gender.

Findings: The family unit is one of the most vital institution to upbringing, support, and flourishing of children at risk. Indeed, the role of the family in the fate of these children

functions as a double-edged sword. A functional family, by virtue of its positive outlook toward its members and their future, adopts a critical, indirect and issue-focused approach when confronted with a child exhibiting atypical conditions. Consequently, such a family performs effectively in addressing this situation, thereby safeguarding the child's physical, psychological, social, and emotional well-being. Conversely, family dysfunction and malperformance cause the child's physical, psychological, and social harms.

In response to a transgender child, a dysfunctional family typically react in one of two ways: either adopting a defensive stance characterized by anger and outcry, attempting to suppress the transgender child's gender identity, or responding with denial, disbelief, and astonishment, which in turn fosters a vicious cycle of behavioral problems. Empirical studies further underscore the prominent role of the family in the outcomes of children experiencing gender dysphoria. To the extent that some researchers identify four pivotal factors influencing gender dysphoria, placing family alongside biological, psychological, and social indices as a critical determinant in the quality and trajectory of gender dysphoria.

Until 2020, Iran's legislature had not had any particular protective measurements for transgender children. For the first time, by the "Protection of Children and Juveniles Act" adopted in 2020, the situation of children suffering from "gender identity disorder" was recognized as endangered and the legal protection of these children was established.

Although the enactment of the Child and Adolescent Protection Law in 2020 has made efforts to protect the lives and rights of at-risk children, including the right to health, some legal measures have acknowledged the family's role in this regard. However, the lawmakers' insufficient understanding of these children's circumstances, lack of attention to tailoring measures to their unique conditions, and neglecting the significant role of families in accessing these rights highlight the necessity for a review and enactment of specific laws for transgender children.

Conclusion and Recommendations: The Iranian legislator took a fundamental step in the 2020 Juvenile Protection Law by classifying those with gender dysphoria among at-risk situations, thereby extending its protective umbrella over these children. While this action has many benefits for safeguarding their lives and ensuring their highest attainable standard of health, it must be acknowledged that its effectiveness is diminished due to insufficient attention to the family institution and its potential capacities.

One manifestation of this neglect is the law's failure to utilize the family in identifying at-risk children. Given their proximity, families can be highly efficient at observing signs of gender dysphoria and could play a vital role in reporting a child's condition to the competent authorities; however, a mechanism to leverage this capacity has not been provided. This shortcoming creates a serious gap in the system designed to protect these children's lives. Furthermore, the provision for only minimal punishment for neglectful parents whose actions lead to a child's death or injury could be interpreted as a failure to fully understand the duty-bound nature of guardianship and custody responsibilities.

The implementation of positive measures is another necessity. Given their cohabitation and emotional bond, educating families through awareness-raising content about their child's condition can alleviate the effects of gender dysphoria and be an effective step towards reducing suicide and murder rates among these children .

Concerning the right to health, a major challenge is negative interventions by families, such as preventing a child from accessing gender-affirming medical care. Since a legal guardian's

actions are conditional upon the child's best interests—a concept defined by the standards of the Committee on the Rights of the Child and supported by research evidence on the positive outcomes of such interventions—it can be inferred that a guardian's obstruction of this essential care violates the child's best interests.

The family's role extends beyond merely refraining from creating obstacles; its unparalleled capacity to fulfill the triple obligations of respect, protection, and fulfillment regarding the child's right to health is significant. For instance, regarding the obligation to respect, legal capacities should be employed to guide families toward accepting their child's gender identity. In the context of the obligation to protect, alongside stricter punishment for sexual abuse by relatives, deterrent measures are necessary against parents who enable "medical abuse". Also, establishing supervisory mechanisms to monitor family conduct during the treatment period is an example of the obligation to fulfill that requires legal consideration.

In conclusion, it seems essential to address the existing legal gaps and prepare executive bylaws, guidelines, and necessary protocols for relevant institutions, while incorporating the irreplaceable role of the family.

Keywords: Transgender Children, At-Risk Situation, the Role of the Family, the Best Interests of Child, The 2020 Child and Adolescent Protection Act

How to cite: Ghadiri, M. and Saeedarab, H. (2025). The Role of the Family in Safeguarding the Life and Ensuring the Highest Level of Health for Transgender Children. *Journal of Family Research*, 21(2), 184-201. doi: 10.48308/ajfr.2025.238802.1927

✉Corresponding Author Email Address: h.saeedarab@mail.sbu.ac.ir



Copyright: © 2025 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the creative commons attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

مقاله پژوهشی

نقش خانواده در صیانت از حیات و بهره‌مندی کودک تراجنسیتی از بالاترین سطح سلامت

ماهرو غدیری^۱، حمیدرضا سعیدعرب[✉]

۱. پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۱۱/۲۸ دریافت نسخه اصلاح شده: ۱۴۰۴/۰۵/۲۴ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۵/۲۵

DOI:10.48308/jfr.2025.238802.1927

چکیده:

وضعیت خاص کودکان تراجنسیتی به دلیل پیامدهای ملال جنسیتی‌شان، حیات و سلامت آنان را با مخاطرات جدی مواجه کرده و اتخاذ تدابیری هوشمندانه برای بهره‌مندی آنان از سلامت جسمی، روانی و جنسی را اقتضاء می‌کند. در این مسیر خانواده به عنوان اولین محیط رشد و پرورش کودک نقش سرنوشت‌سازی را ایفا می‌کند. این پژوهش به روش توصیفی-تحلیلی و با گردآوری اطلاعات به روش کتابخانه‌ای و اسنادی درصدد پاسخ به این پرسش است که خانواده چرا و چگونه می‌تواند نقش خود را در صیانت از حیات و بهره‌مندی کودکان تراجنسیتی از بالاترین سطح سلامت با لحاظ ظرفیت‌های قانونی موجود ایفا کند. با بررسی مخاطرات تهدیدکننده حیات و سلامت کودکان تراجنسیتی مشخص شد که خانواده بسته به میزان آگاهی و توانمندی خود، می‌تواند ناقض یا حامی حقوق یا زمینه‌ساز فعالی در این دوحوزه باشد. قانون حمایت از اطفال و نوجوانان ۱۳۹۹ با شناسایی این کودکان در شمار وضعیت‌های مخاطره‌آمیز، گام موثری برای حمایت از آنان برداشت، لیکن شناخت ناکافی از وضعیت خاص این کودکان، عدم متناسب‌سازی تدابیر با شرایط آنان و توجه ویژه به نقش خانواده و توانمند کردن آنان، مستلزم رفع خلأهای قانونی و تهیه دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های مناسب در این خصوص است.

کلیدواژه‌ها: کودکان تراجنسیتی، وضعیت مخاطره‌آمیز، نقش خانواده، مصالح عالیۀ کودک، قانون حمایت از اطفال و نوجوانان ۱۳۹۹

استناد به این مقاله: غدیری، م. و سعیدعرب، ح. (۱۴۰۴). نقش خانواده در صیانت از حیات و بهره‌مندی کودک تراجنسیتی از بالاترین سطح سلامت. خانواده پژوهی، ۲۱(۲)، ۱۸۴-۲۰۱. DOI:10.48308/jfr.2025.238802.1927

مقدمه

هنگامی که کودکی متولد می‌شود، مردم با نگاه به ساختار جسمانی این کودک (به‌ویژه دستگاه تناسلی) جنس^۱ و جنسیت^۲ این کودک را تشخیص داده (امامی^۳، ۱۳۹۷) و از او انتظار بروز رفتار، گفتار، حالات و پوشش مطابق با جنسیتش دارند. به عبارت دیگر، عرف به همسانی مفاهیم جنس و جنسیت و وجود رابطه علت و معلولی میان جنسیت با رفتار، گفتار، حالات و پوشش باورمند است. به وارونه این برداشت، متخصصان حوزه جنسیت، در مواجهه با کودکی که با ساختار بدنی مردانه متولد شده، جنسیت خود را مردانه دانسته و رفتار، گفتار، حالات و پوشش مردانه دارد از همسویی هویت جنسی^۴، هویت جنسیتی^۵ و نمودهای جنسیتی^۶ در او سخن گفته و وضعیت او را با واژه همسوجنسیتی^۷ بیان می‌کنند (آلتمن^۸، ۲۰۱۴).

از تعریف بالا، آشکار است که متخصصان حوزه جنسیت، به وارونه تصویری که عرف از همسانی جنس، جنسیت و رابطه علت و معلولی میان این مفاهیم با بروز نمودهای جنسیتی دارد، هنگام بحث از وضعیت روان-جنسی^۹ انسان، از ضرورت جداسازی مفاهیمی چون هویت جنسی، هویت جنسیتی و نمودهای جنسیتی سخن می‌گویند (غدیری^{۱۰} و همکاران، ۱۴۰۲). براین پایه، کروموزم‌ها، غدد جنسی، دستگاه تناسلی، خصوصیات جنسی اولیه و ثانویه را سنجۀ شناسایی هویت جنسی فرد، باورش از جنسیت خود یا به تعبیر دیگر هویت مردانه یا زنانه‌اش را سنجۀ شناسایی هویت جنسیتی و رفتار، گفتار، حالات و پوشش او را سنجۀ شناسایی نمودهای جنسیتی می‌دانند (سادوک^{۱۱} و همکاران، ۱۳۹۶).

درک چپستی وضعیت تراجنسیتی^{۱۲} در گرو فهم همین مفاهیمی است که متخصصان درباره وضعیت روان-جنسی انسان بیان می‌کنند. در واقع وضعیت تراجنسیتی، وضعیتی است که فرد گرفتار به آن، از ناهمسویی میان هویت جنسی با هویت جنسیتی یا از ناهمسویی این دو با نمودهای جنسیتی مورد انتظار از جنسیت منتسب به او در رنج است و این رنج که در ادبیات تخصصی متخصصان با عنوان ملال جنسیتی^{۱۳} شناخته می‌شود، وجه مشترک تمامی افرادی است که ذیل چتر واژه تراجنسیتی قرار می‌گیرند.

عدم پذیرش و سردرگمی در هویت، رفتار، پوشش و پذیرش نقش‌های جنسیتی^{۱۴} از جمله پیامدهایی است که به سبب پریشانی برآمده از عدم تطابق بین جنسیت تجربه شده و جنسیت انتسابی در تراجنسیتی‌ها بروز می‌یابد. کودکان تراجنسیتی^{۱۵} افزون بر پیامدهای ملال جنسیتی، به دلیل ویژگی‌های سنین کودکی همچون، ناتوانی جسمی، ناآگاهی، ناکارآمدی و ناتوانی در خودکنترلی (حاجی تبار فیروز جایی^{۱۶}، ۱۳۸۹) بسیار در معرض خطرند؛ بنابراین افزون بر بهره‌مندی از حمایت‌های ضروری برای عموم کودکان، نیازمند حمایت‌های ویژه متناسب با وضعیت‌شان می‌باشند.

همان‌طور که از عنوان پژوهش مشخص است، نقش خانواده کودکان تراجنسیتی در صیانت از حیات و بهره‌مندی از بالاترین سطح سلامت^{۱۷}، موضوع کلیدی این پژوهش است. لازمه پرداختن به این موضوع، پاسخ به سه پرسش کلیدی است. نخست آنکه چرا توجهی ویژه به خانواده این کودکان، لازمه حمایت از آنان است؟ دوم آنکه چرا وجود تدابیر حمایتی در صیانت از حیات و بهره‌مندی از بالاترین سطح سلامت ضرورت ویژه‌ای دارد؟ و سوم

آنکه چرا نقش خانواده این کودکان برای صیانت از حیات‌شان و بهره‌مندی آنان از بالاترین سطح سلامت برجسته است؟

پژوهش حاضر تلاش می‌کند تا ضمن نگاهی نقادانه به اسناد حقوقی، در جهت تدارک سازوکاری که با استفاده از ظرفیت‌های قانونی بتوان تدابیر حمایتی و مراقبتی لازم را از کودکان تراجنسیتی به عمل آورد، نکاتی را یادآور شود. به این منظور، در بخش نخست نقشی را که نهاد خانواده در حفظ و حمایت از حقوق کودکان تراجنسیتی دارد، مورد بررسی قرار داده و سپس در بخش دوم و سوم، به صورت ویژه به نقش خانواده در صیانت از حیات و بهره‌مندی کودک تراجنسیتی از بالاترین سطح سلامت می‌پردازد.

۱. نقش خانواده در حفظ و حمایت از حقوق کودک تراجنسیتی

خانواده اولین محیط برای رشد و شکوفایی کودک است و والدین که مسئولیت کودک را بر عهده داشته و مصالح عالیۀ کودک اصلی‌ترین دغدغه آنان است؛ نقش برجسته‌ای در پرورش، پشتیبانی و شکوفایی کودکان و به‌ویژه کودکان در معرض خطر دارند. البته خانواده خود می‌تواند کانون خطر برای کودکان بوده و خود عامل خطر برای آنان باشد.

در واقع نقش خانواده در سرنوشت کودکان به یک تیغ دولبه می‌ماند. خانواده به‌هنگار از این‌روی که نگاهی مثبت به اعضا و آینده دارد، در مواجهه با کودک دارای شرایط نامتعارف، شیوۀ انتقادی، غیرمستقیم، موردی و مسئله‌محور در پیش گرفته و به همین دلیل در کنار آمدن با چنین وضعیتی، کارکرد مفید داشته، پاسدار سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و هیجانی کودک است (شولتز^{۱۸}، ۱۹۷۷). به‌وارونه، نابسامانی و کژکارکردی خانواده، زمینه‌ساز یا تشدیدکننده آسیب‌های جسمی، روانی و اجتماعی کودک است. خانواده کژکارکرد در مواجهه با کودک تراجنسیتی، دو گونه واکنش را در پیش می‌گیرد، یا با خشم و هیاهو، سازوکار دفاعی گرفته و در سرکوب گرایش‌های فرزند تراجنسیتی می‌کوشد یا در برابر این گرایش‌ها، با انکار، ناباوری و شگفتی، به ایجاد چرخه‌ای از مشکلات رفتاری دامن می‌زند (رحیمی احمد آبادی^{۱۹} و همکاران، ۱۴۰۰). پژوهش‌ها نیز از نقش برجسته خانواده در سرنوشت کودک گرفتار به ملال جنسیتی حکایت دارند؛ تا آنجا که برخی پژوهشگران از چهار عامل کارساز در ملال جنسیتی سخن گفته و هم‌ردیف شاخص‌های زیستی، روانی و اجتماعی، خانواده را شاخصی موثر در کیفیات ملال جنسیتی می‌دانند (لوپز^{۲۰} و همکاران، ۲۰۱۶).

جامعه‌شناسان نیز از اهمیت جایگاه خانواده در کیفیت زندگی کودک چشم‌پوشی نکرده‌اند. پارسونز^{۲۱} که جامعه‌شناسی کارکردگرا بود و به اقتضاء رویکرد خود بر مفاهیم همچون فرآیند جامعه‌پذیری و رشد و ثبات شخصیت تأکید ویژه داشت، خانواده را بهترین مکان برای اجتماعی کردن و ایجاد اعتماد به نفس در کودک از طریق برقراری ارتباط او با دیگران، مدرسه و گروه‌های هم‌سالان می‌دانست (پیکار^{۲۲} و محمدی، ۱۳۹۶). از این منظر می‌توان به جایگاه منحصر به فرد خانواده کودکان تراجنسیتی و ضرورت آمادگی بیشتر آنان در راستای همدلی با کودک و آموزش و پرورش او جهت حضور در اجتماع و عادی دیده شدن، اشاره داشت.

نقش خانواده و حق کودک بر زندگی خانوادگی در اسناد حقوقی نیز جایگاه برجسته‌ای دارد. برای نمونه، کنوانسیون حقوق کودک در ۲۲ بند از جمله مقدمه، به اهمیت و جایگاه خانواده و والدین در تحقق حقوق

کودک اشاره کرده است. از جمله در مواد ۹، ۱۰ و ۱۱ به اهمیت و تقدم نهاد خانواده به‌عنوان مناسب‌ترین محیط برای نگهداری و پرورش کودک پرداخته است (میرمحمدی^{۲۳}، ۱۳۹۳). در اسناد قانونی داخلی نیز، بهره‌وری از ظرفیت‌های خانواده مورد توجه بوده است. ماده ۵ سند ملی حقوق کودک و نوجوان مصوب ۱۳۹۷ اتخاذ تدابیر قانونی برای بهره‌مندی کودک از خانواده، حمایت از خانواده در برابر ضعف، نابه‌سامانی و از هم پاشیدگی و استفاده از ظرفیت‌ها به‌منظور پرورش کودک در بستر خانواده را مورد تاکید قرار می‌دهد. همچنین قانون حمایت از اطفال و نوجوانان در ماده ۴۶ از میان همه تدابیر مجاز برای کودک، تدبیری را برتری می‌دهد که به نگهداری کودک در محیط خانواده می‌انجامد. این قانون در بند پ ماده ۵ نیز، پدیداری شرایط مناسب در خانواده را یکی از وظایف تشکیلات زیر نظر دادستان می‌داند.

در ادامه مباحث با در نظر گرفتن مخاطراتی که حیات و سلامت این کودکان را تهدید می‌کند، بر مبنای ظرفیت‌های قانونی موجود به‌ویژه قانون حمایت از اطفال و نوجوانان ۱۳۹۹، به نقش خانواده و تدابیر قانون‌گذار در این زمینه پرداخته می‌شود.

۲. نقش خانواده در صیانت از حیات کودک تراجنسیتی

تقدم حق حیات بیولوژیکی انسان بر سایر حقوق، ضرورت پرداختن به بحث صیانت از حیات را نمایان می‌سازد. در بنیادی بودن حیات انسانی و تقدم جایگاه آن بر سایر حقوق، اشاره به این نکته راهگشا است که به لحاظ ارزش‌شناسی، اساساً دیگر حقوق به مثابه خادمی برای صیانت و پاسداری از حق حیات به کار گرفته می‌شوند (راسخ^{۲۴}، ۱۳۵۶). لزوم صیانت از حیات انسانی و محترم بودن نفس بدان حد است که هر انسانی در برابر حیات خودش، به‌رغم محق بودن، مکلف نیز بوده تا افزون‌بر ناروایی قتل، انتحار نیز ناروا باشد (قربان‌نیا^{۲۵}، ۱۳۸۸).

جایگاه ارزشی حیات و ناروایی انتحار، اهمیت توجه به حیات کودکان تراجنسیتی و اتخاذ تدابیر پیشگیرانه و بازدارنده برای حراست از حیات آنان را دوچندان می‌کند. زیرا علاوه بر خصوصیات سنین کودکی که توجهی مضاعف را برای صیانت از حق حیات می‌طلبد، این کودکان به سبب وضعیت ویژه‌ای که دارند، بیش از دیگر کودکان در معرض خطراتی هستند که حیات آنان را به مخاطره می‌اندازد. آمار بالای انتحار در میان تراجنسیتی‌ها، گواهی بر این مدعا است که اتخاذ تدابیر پیشگیرانه و بازدارنده تا چه میزان در صیانت از حیات آنان ضرورت دارد (حنیفی یارعزیز^{۲۶} و همکاران، ۱۴۰۲).

۲-۱. شناسایی وضعیت مخاطره‌آمیز کودک تراجنسیتی

قانون حمایت از اطفال و نوجوانان ۱۳۹۹ نخستین تلاش مقنن برای به رسمیت شناختن قانونی وضعیت کودکان تراجنسیتی و حمایت از آنان است. ماده ۳ این قانون، کودکانی را که در معرض بزه‌دیدگی یا آسیب‌های جسمی، روانی، اجتماعی، اخلاقی، امنیتی و یا آموزشی قرار دارند، دارای وضعیت مخاطره‌آمیز توصیف کرد؛ تا به این وسیله، قوانینی را برای صیانت و حمایت از آنان وضع کند. در بند (د) این ماده، قانون‌گذار ابتلا به اختلال هویت جنسی را یکی از مصادیق وضعیت مخاطره‌آمیز دانست. تا پیش تصویب این قانون، تنها تراجنسیتی‌ها که یک دسته از افراد تراجنسیتی‌اند، آن‌هم به‌صورت مشروط و به‌شرط گذراندن جراحی بازآرایی جنسی^{۲۷}، مورد شناسایی قانونی قرار می‌گرفتند. روشن است که اگر معیار برای شناسایی قانونی وضعیت تراجنسیتی‌ها، انجام

جراحی بوده و حمایت‌های قانونی تنها منوط به پشت سر گذراندن جراحی باشد، تدابیر مراقبتی و حمایتی پیش از جراحی موضوعیت نمی‌یابد. یکی از پیامد این رویکرد در خصوص حیات تراجنسیتی‌ها، افزایش آمار قتل و خودکشی آنان است. آمار خودکشی در تراجنسیتی‌ها به طرز معنا داری بالا است تا آنجا که برخی از پژوهش‌ها از میزان حدوداً ۴۰ درصدی آمار اقدام به خودکشی در آنان حکایت دارد (کلمنتر^{۲۸}، ۲۰۰۶). با این توضیحات، آشکار می‌گردد که درک نادرستی رویکرد پیشین درباره تراجنسیتی‌ها (به ویژه کودکان تراجنسیتی) و پیامدهای منفی آن، دلیل تدابیر حمایتی مقنن در قانون حمایت از اطفال و نوجوانان ۱۳۹۹ است. با تصویب این قانون زمینه مراقبت و حمایت قانونی از این کودکان که به دلیل ناهم‌سویی جنسیت تجربه شده با جنسیت منتسب در زمان تولد، در معرض پیش داوری‌ها و نگرش منفی جامعه قرار گرفته و مخاطراتی نظیر: سوءاستفاده‌های جنسی، خشونت‌های کلامی و جسمی، رانده شدن از خانواده و خودکشی را تجربه می‌کنند، فراهم آمد.

روشن است که ثمرات به رسمیت شناختن وضعیت کودکان تراجنسیتی توسط قانون‌گذار مترتب به رصد این کودکان است. به بیان دیگر، اتخاذ تدابیر قانونی حمایتی و مراقبتی برای این کودکان که از ثمرات شناسایی وضعیت آنان به وسیله قانون‌گذار است هنگامی موضوعیت می‌یابد که نخست با بهره‌گیری از راه‌های تشخیصی، خود این کودکان مورد شناسایی قرار گرفته باشند. قانون‌گذار با عنایت بر ضرورت مولفه شناسایی، در مواد متعددی از قانون حمایت از اطفال و نوجوانان، نهادهای حکومتی را به شناسایی و اعلام وضعیت این کودکان، به مراجع صالح، مکلف کرده است. در این قانون، سازمان بهزیستی^{۲۹}، نیروی انتظامی^{۳۰}، سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی^{۳۱}، وزارت کشور^{۳۲}، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی^{۳۳}، وزارت آموزش و پرورش^{۳۴}، نهادهای قضائی^{۳۵} و تشکیلات قضائی موضوع ماده ۵ که باید زیر نظر دادستان تشکیل گردند^{۳۶}، نهادهای حکومتی هستند که شناسایی کودکان دارای وضعیت مخاطره‌آمیز در شمار وظایف آنان برشمرده شده است.

خانواده، به‌عنوان نزدیک‌ترین نهاد به کودک، در شناسایی وضعیت کودکان تراجنسیتی، نقش برجسته‌ای دارد؛ به‌ویژه این‌که، نشانه‌های ملال جنسیتی، از سال‌های کودکی آشکار می‌شود و بدیهی است که کودک، ناراضیتی برخاسته از آن را، نخست با خانواده‌اش در میان می‌گذارد. اما به‌رغم سرآمدی این نهاد در شناسایی، تکلیف خانواده به شناسایی و اعلام وضعیت کودک در معرض خطر، به‌صورت شفاف و صریح، مورد توجه قانون‌گذار قرار نگرفته است.

کودک تراجنسیتی به دلیل وضعیت خاصی که دارد، بسیار در معرض وقوع جرم یا شروع به آن یا خطر شدید و قریب‌الوقوع است. گزارش نکردن این خطر شدید یا قریب‌الوقوع می‌تواند پیامدهای ناگواری برای کودک داشته باشد. دلیل این‌که بر لزوم مکلف کردن خانواده این کودکان در شناسایی و اعلام وضعیت آنان به مراجع صالح تاکید می‌شود، احتمال بالای در معرض خطر بودن آنان است. سیره عقلا از جداسازی خطرات احتمالی با درصدهایی گوناگون حکایت دارد. عقلا اگر احتمال وقوع خطری بسیار بالا باشد، با آن به‌مثابه خطری قطعی و محقق‌الوقوع برخورد می‌کنند. درنتیجه، با علم به اینکه حالات برخاسته از ملال جنسیتی، بروز آسیب را چنان محتمل می‌کند که کودک دچارش را می‌توان همواره در معرض خطر شدید یا قریب‌الوقوع دانست و اینکه، مشاهده نشانه‌های برخاسته از درجات بالای ملال جنسیتی به‌وسیله نزدیکان، به دلیل هویدا بودن این نشانه‌ها،

مفروض است، شایسته بود تا قانون‌گذار به وظیفه خانواده در اعلام وضعیت فرزند تراجنسیتی‌شان به نهادهای مربوطه تصریح می‌کرد تا با پشتیبانی‌های قانونی و اجتماعی، احتمال در معرض قتل قرار گرفتن یا انتحار آنان، به کمترین حد ممکن برسد.

۲-۲. رویکرد قانون به خودکشی کودک و سهل‌انگاری والدین

آشکار است که فقدان سازوکار قانونی به منظور بازداشتن افراد از تعرض به حق حیات دیگری، به معنی نقض این حق بنیادین است و بر همین اساس است که میثاق حقوق مدنی و سیاسی تدارک تمهیداتی در جهت پاسداری از حق حیات شهروندان را در شمار تکالیف دولت‌ها آورده است (قاری سید فاطمی^{۳۷}، ۱۳۹۶). قانون حمایت از اطفال و نوجوانان برای تدارک چنین سازوکاری در ماده ۱۴ با اقدامی مؤثر در جهت بازدارندگی، ضمن جرم‌انگاری رفتار تسهیل‌گرانه یا فراهم‌ساز موجبات خودکشی کودک، مرتکب این رفتار را چنانچه مشمول مقررات حد یا قصاص نباشد، مستحق مجازات می‌داند. مجازات مرتکب تسهیل‌گر یا فراهم‌ساز در فرض فوت کودک، حبس درجه پنج بوده و حتی در فرض نافرجام بودن خودکشی هم، اقدام مرتکب، جرم‌انگاری شده و قانون‌گذار او را مستحق مجازات می‌داند. این تدابیر بازدارنده را می‌توان تدبیری در جهت جلوگیری از رفتار تسهیل‌گرانه یا فراهم‌ساز خانواده کودک تراجنسیتی در جهت فراهم‌سازی موجبات خودکشی کودک به شمار آورد. شرح حال زندگی تراجنسیتی‌ها حکایت از آن دارد که تا چه میزان رفتارهای خانواده تسهیل‌گر یا فراهم‌ساز موجبات خودکشی بوده است. (شاه حسینی^{۳۸} و شاه حسینی، ۱۴۰۰)

ماده ۹ قانون حمایت از اطفال و نوجوانان نیز به جرم‌انگاری و مجازات بی‌توجهی و سهل‌انگاری منجر به فوت، جراحات، فقدان یا نقصان حواس می‌پردازد. بی‌توجهی و سهل‌انگاری، در بند پ ماده نخست این قانون، چنین تعریف شده است:

«کوتاهی در انجام تکالیفی از قبیل: تأمین نیازهای اساسی و ضروری طفل و نوجوان یا وظایف مربوط به حضانت، ولایت، قیمومت، وصایت، سرپرستی، تربیت، نظارت یا مراقبت از آنان توسط والدین، اولیا یا سرپرست قانونی یا هر شخصی که مکلف به آن است.»

بی‌توجهی و سهل‌انگاری در ماده ۹ در صورتیکه به فوت کودک منجر شود، با حبس درجه پنج، در صورتیکه به جراحات یا فقدان حواس یا منافع و قطع، نقص یا ازکارافتادگی عضو منجر شود، با حبس درجه شش، در صورتیکه به نقصان حس یا منفعت، شکستگی یا بروز بیماری منجر شود، با حبس درجه هفت و در نهایت در صورتیکه به جراحات سر و صورت و گردن کودک بیانجامد، با حبس درجه هشت، مجازات خواهد شد.

گفتنی است که بر اساس تبصره ماده ۹ و ماده ۴۱ این قانون، مرجع قضایی، می‌تواند والدین بی‌توجه و سهل‌انگار را، به مجازات‌های حداقلی محکوم کند. این مواد، از حسن‌ظن قانون‌گذار نسبت به والدین حکایت دارد؛ چراکه سهل‌انگاری و بی‌توجهی آنان را، با دیده اغماض نگریسته و به مجازات حداقلی حکم می‌کند. ولی به نظر می‌آید که این دیدگاه، با ماهیت تکلیفی اقدامات والدین هم‌خوانی ندارد. دقیق‌تر آنکه، ولایت و حضانت، پاسخ‌گویی در مقام تدبیر امور و پاسداری از تمامیت جسمانی و روانی فرزند را به دنبال دارد. همچنین قید جراحات شدید در ماده ۹ و همچنین قید شدید و مستمر در بند ث، با جنبه حمایتی قانون هم‌راستا نیست. بر این اساس، شایسته

بود قانون‌گذار، با فراستی بیشتر، به سهل‌انگاری و بی‌توجهی والدین توجه می‌کرد، تا افزون‌بر امکان حکم به کمینۀ کیفر، آنجا که شواهد و قرائن، پیامد ویرانگر سهل‌انگاری والدین را هشدار می‌دهد، یا مصالح عالیۀ کودک، سخت‌گیری بیشتری بر والدین روا می‌دارد، کیفر بیشتری هم در نظر گرفته می‌شد.

برای صیانت از حیات کودکان تراجنسیتی، اکتفا کردن به جرم‌انگاری رفتار تسهیل‌گرانه یا فراهم‌ساز موجبات خودکشی یا وقوع قتل به مثابه تدابیر بازدارنده، کفایت نمی‌کند. در واقع دایره حق بر حیات، تنها در بازداشتن از تعرض به حیات دیگری محدود نمیشود بلکه لازم است تا تدابیر و اقداماتی مثبت در جهت صیانت از حیات انسانی صورت گیرد. به همین دلیل است که حقوق‌دانان، حق بر حیات را دارای ماهیت دوگانه یعنی هم حقی منفی و هم حقی مثبت می‌دانند که گستره آن تنها در جلوگیری از وقوع قتل نیست. (قاری سید فاطمی، ۱۳۹۶). یکی از این تدابیر و اقدامات مثبت در جهت صیانت از حیات کودکان تراجنسیتی، آموزش، آگاهی‌بخشی و پرورش کادر کارآموده است. پیچیدگی ملال‌جنسیتی و بایستگی مهارت در برخورد با تراجنسیتی‌ها، آموزش را گام ضروری برای صیانت از حیات کودک تراجنسیتی می‌کند. آشکار است که آسیب‌پذیری کودک تراجنسیتی، هنگامیکه با فهم نادرست از وضعیت او و رفتارهای ناشایستی همچون ریشخندکردن، کوچک‌شماری، ناسزاگویی، آسیب‌زدن و راندن همراه شود یا خود موجبات خودکشی کودک را فراهم کرده یا تسهیل‌گر خودکشی به سبب قرار دادن او در موقعیتی است که احتمال به کارگیری خشونت‌های جسمی، عاطفی، روانی و به‌طور ویژه، سوءاستفاده‌های جنسی را افزایش می‌دهد.

یکی از اهداف حق بر آموزش در ارتباط با کودکان در معرض خطر، آگاه‌سازی افراد جامعه برای پذیرش نحوه زیست، تفکر و ارزش‌های گوناگون است تا شرایط برای زندگی مسالمت‌آمیز این کودکان در محیط اجتماعی فراهم شود. ماده ۲۹ عهدنامه حقوق کودک، در این راستا، بر آماده‌سازی کودک در پاسداری از ارزش‌های دیگران و زیست مسالمت‌آمیز با آنان تأکید کرده است (مرندی و قربانی^{۳۹}، ۱۴۰۰). پس رساندن جامعه به فهمی درست از وضعیت کودکان تراجنسیتی، باید یکی از اهداف حق بر آموزش باشد. آگاه بودن اجتماع از وضعیت این کودکان، رنج برآمده از ملال‌جنسیتی‌شان را کاهش داده و از پیامدهای ناگوار همچون خودکشی جلوگیری می‌کند. این موضوع از دید قانون‌گذار نیز پنهان نماند، بر همین مبنا در موادی از قانون حمایت از اطفال و نوجوانان دستگاه‌های حکومتی ملتزم به آگاه‌سازی و به کارگیری کادری مجرب برای ارتباط با این کودکان شده‌اند. در راستای آگاهی‌بخشی، شماره ۴ بند چ ماده ۶ وزارت آموزش و پرورش را به آگاه ساختن مدیران و کارکنان نسبت به حقوق کودکان ملزم کرده است. همچنین در شماره ۱ بند ح ماده ۶ سازمان صدا و سیما مکلف شده تا در این باره، محتوای آگاهی‌بخش، تولید و پخش کند. در راستای لزوم به کارگیری افراد کارآموده نیز، به موجب ماده ۳۹ اقدامات و تحقیقات درباره کودکان دارای وضعیت مخاطره آمیز، به افراد کارآموده سپرده شده است.

ولی برجسته‌ترین بعد آگاهی‌بخشی که ارائه محتوای آگاهی بخش به خانواده کودکان تراجنسیتی است در قانون حمایت از اطفال و نوجوانان، چندان مورد توجه قرار نگرفته است. برابر ماده ۴۳ این قانون، دادرس می‌تواند والدین را به گذراندن دوره‌های آموزشی وادارد؛ تدبیری که به‌رغم مفید بودن، کافی نیست، زیرا انحصار آموزش والدین به اختیار دادرس در چنین وضعیت پیچیده‌ای که پیامدهای منفی آن حتی ممکن است به از دست

رفتن حیات کودک منجر شود، ناموجه است. توضیح بیشتر این‌که، پذیرش تراجنسیتی‌ها از سوی خانواده تاثیر قابل توجهی در کاهش افکار خودکشی و احتمال اقدام به خودکشی دارد. نتایج پژوهش‌ها حکایت از آن دارد که تراجنسیتی‌هایی که در دوران کودکی از پذیرش خانوادگی کمتری برخوردار بودند، بیش از سه برابر، افکار و اقدام به خودکشی داشتند (رایان^{۴۰} و همکاران، ۲۰۱۰).

سند ملی حقوق کودک و نوجوان رهنمودهایی در راستای ضرورت آگاهی بخشی به والدین ارائه داده است. از یک‌سو، بند ۴ ماده ۶ با علم به محتمل بودن ارتکاب رفتارهای خطرناکی از سوی والدین که سلامت کودک را به مخاطره می‌اندازد، بر ضرورت آگاه‌سازی والدین نسبت به این رفتارهای خطرناک تأکید کرده است. از سوی دیگر، بند ۹ ماده ۵ یکی از شاخص‌ها برای تربیت کودک را توجه به هویت‌جنسیتی دانسته است؛ به نظر می‌رسد خلأی که در قانون حمایت از اطفال و نوجوان درباره لزوم ارائه محتوی آگاهی بخش به خانواده کودکان تراجنسیتی وجود دارد، با جمع ظرفیت‌های این قانون در راستای ضرورت آگاه‌سازی والدین و شناسایی هویت جنسیتی به مثابه عاملی برای پرورش و تربیت کودک، قابل رفع باشد. با این حال، همچنان تهیه سندی جامع که در آن به لزوم آموزش خانواده کودک تراجنسیتی تصریح شده باشد، ضرورت دارد.

۳. نقش خانواده در بهره‌مندی کودک تراجنسیتی از بالاترین سطح سلامت

حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی پرشماری مورد تأکید قرار گرفته است که نشان از جایگاه ویژه این حق دارد. پیش از ورود به بررسی نقش خانواده در بهره‌مندی از این حق، لازم است تا نکاتی برای شناسایی مختصات این حق بیان گردد. نخست اینکه، اسناد بین‌المللی در توضیح دایره شمول این حق از عبارت همه افراد یاری جستند تا نشان دهند که همگان بی‌هیچ تبعیضی محق به استیفا از این حق‌اند. دیگر آنکه در اسناد بین‌المللی از این حق با عنوان حق بر بهره‌مندی از بالاترین سطح سلامت یاد شده تا شبهه در نظر داشتن شاخص‌های حداقلی برای بهره‌وری از آن رفع گردد. بنابراین نه‌تنها تراجنسیتی‌ها نسبت به بهره‌مندی از حق بر سلامت محق‌اند و ایجاد هر گونه مانع نامشروعی در راستای اعمال این حق برای آنان ناپذیرفتنی است، بلکه دامنه برخورداری آنان از این حق به شاخص‌های حداقلی نیز محدود نمی‌شود.

بهره‌مندی کودکان تراجنسیتی از بالاترین سطح سلامت در گرو تدارک سازوکاری است که در آن تدابیر حمایتی و مراقبتی متناسب با وضعیت خاص این کودکان اتخاذ گردد. سازوکاری که از این کودکان جهت بهره‌مندی از مراقبت‌های بهداشتی جنسیت^{۴۱}، شامل مراقبت‌های جسمی، روانی و اجتماعی و اقدامات درمانی متناسب در راستای هویت‌جنسیتی‌شان حمایت کرده و از رفتارهایی که سلامت جسمی و روانی کودک را به مخاطره می‌اندازند، جلوگیری نماید.

۳-۱. نقش خانواده و رویکردهای موجود به مداخلات درمانی

یکی از چالش‌های اساسی در راستای بهره‌مندی کودک تراجنسیتی از بالاترین سطح سلامت، چگونگی اعمال این حق است. در نظام حقوقی ایران که منبعث از فقه امامیه است، بلوغ و رشد شرط پذیرش اراده برای استیفاء حقوق است و تصمیم‌گیری در خصوص امور مربوط به کودک به ولی قهری او سپرده شده است. توضیح بیشتر

این‌که، اصل ولایت ولی قهری بر کودک در فقه امامیه، امری مسلم بوده و این ولایت نه‌تنها در امور مالی، بلکه در امور غیرمالی نیز جریان داشته و در اعمال آن، اختیارات ولی عام دانسته شده است. در مواردی استثنایی اما، فقها محدودیتهایی را در راستای اعمال این اختیار عام ایجاد کرده‌اند. عدم رعایت مصلحت کودک از جمله این استثنائات است. (روشن^{۴۲}، ۱۳۹۶). مواد متعددی از قانون نیز به ضرورت رعایت مصلحت کودک پرداخته‌اند. برای نمونه میتوان به اهمیت مصلحت کودک در ماده ۴۱ قانون حمایت خانواده یا ایجاد محدودیت در اعمال ولایت در بند (ب) ماده ۴۲ قانون حمایت از اطفال و نوجوانان و لزوم توجه به مصلحت کودک در معرض خطر در ماده ۳۶ قانون حمایت از اطفال و نوجوانان اشاره کرد.

پرسشی که در اینجا مطرح میگردد این است که آیا در خصوص مداخلات درمانی کودک تراجنسیتی ولی قهری اختیار عام دارد یا این‌که این موضوع از جمله استثنائاتی است که در نظر گرفتن مصلحت کودک دامنه اعمال ولایت ولی قهری را محدود به حیطه مشخصی میکند؟ برای رسیدن به پاسخ این پرسش، لازم است از مداخلات درمانی مربوط به کودکان تراجنسیتی شناخت حاصل کرده و سپس با درک مفهوم مصالح عالیۀ کودک به ارزیابی اختیار ولی قهری در این باره بپردازیم.

مداخلات درمانی یکی از چالشهای اساسی در راستای بهره‌مندی کودک تراجنسیتی از بالاترین سطح سلامت است. ویژگیهای سنین کودکی، از یکسو و پیچیدگی مداخلات درمانی برای تراجنسیتیه‌ها، از سوی دیگر، دلیلی بر چالش برانگیز بودن این موضوع است. به طور کلی چهار رویکرد درمانی در این باره مطرح است:

یک: گروهی بر این باورند که اگر کودکی از جنسیت خود ناراضی باشد، جامعه، خانواده و همه متولیان از جمله روانشناسان، روان‌پزشکان و حقوقدانان باید تلاش کنند تا او را به همان قالبی که به آن متعلق است که در واقع نمایانگر جنس او است، برگردانند. این نوع از مواجهه به مدل ترمیمی^{۴۳} مشهور است. متخصصان باورمند بر این رویکرد، مداخله درمانی صحیح را شامل اقداماتی همچون تشویق، ترغیب، مجازات یا هر نوع مواجهه دیگری با کودک میدانستند که او را به پذیرش جنسیتی همسو با جنسیت منتسب در زمان تولدش سوق دهد (گرین^{۴۴}، ۱۹۸۷).

دو: گروهی دیگر راهکار صوری کردن و بیعملی را مفید میدانند. در واقع معتقدند بهترین واکنش به چنین پدیده‌ای، انتظار کشیدن تا رسیدن کودک به بزرگسالی است، تا پس از آن، خود تصمیم بگیرد که چگونه میخواهد با چنین مشکلی مواجه شود. این رویکرد به مدل وقت‌گذرانی^{۴۵} شهرت یافته است (بردلی^{۴۶}، ۱۹۹۰).

سه: گروه دیگر انجام مداخلات درمانی از همان سنین کودکی را به مصلحت کودک میدانند، به بیان گویاتر بر این باورند که از همان روزی که مشخص میگردد که کودک به جنسیتی ناهمسو با جنس خود تعلق دارد، باید فرآیند انتقال جنسی را که شامل روان‌درمانی^{۴۷}، هورمون‌درمانی^{۴۸} و تغییر وضعیت اجتماعی است، برای کودک انجام داد (ارنسافت^{۴۹}، ۲۰۱۷). این رویکرد به مدل تأیید جنسیت^{۵۰} مشهور است.

چهار: رویکرد آخر که به مدل انتظار مراقبتی^{۵۱} شهرت دارد، اعتبار خود را از پژوهشی موسوم به مطالعه آمستردام^{۵۲} اخذ کرده است. در این پژوهش ۱۲۷ کودک ناراضی از قالب جنسی که با آن متولد شده بودند را شناسایی کرده و تا رسیدن به سنی بالاتر از ۱۶ سالگی مورد مطالعه قرار دادند. نتایج این پژوهش گواه آن بود

که نارضایتی در ۸۰ نفر از این کودکان، پس از رسیدن به سنین بزرگسالی برطرف شد و تنها ۴۷ نفر از این کودکان همچنان از قالب جنسی خود اظهار نارضایتی داشتند (استینزما^{۵۳} و همکاران، ۲۰۱۱). بر این مبنای پگی کوهن کنتیس، نه مدل تأیید جنسی را که بر انجام زود هنگام فرآیند انتقال جنسی تأکید مینمود و نه مدل وقت‌گذرانی را که به سیاست صبر کردن تا بزرگسالی اشاره داشت، صحیح نمیدانست. در واقع مواجهه صحیح از منظر او به تأخیر انداختن بلوغ با تجویز داروهای کنترل‌کننده، به منظور جلوگیری از بروز صفات ثانویه جنسی در این کودکان بود. تا این‌که کودک پس از رسیدن به سنین بزرگسالی با کمک متخصصان به این نتیجه برسد که به واقع به انجام کامل پروسه بازآرایی جنسی نیازمند است یا خیر (کوهن کنتیس^{۵۴}، ۲۰۰۳). همانطور که آمد متخصصان رویکردهای درمانی متفاوتی را برای کودکان ترانجسیتی پیشنهاد میکنند، اما پرسش این است که نسبت این رویکردها با مصالح عالیۀ کودک چیست؟

به جهت درک مفهوم مصالح عالیۀ کودک به بیان تعریفی که کمیته حقوق کودک ارائه داده است، پرداخته می‌شود. کمیته سه خصیصه را برای درک مصالح عالیۀ کودک بیان کرده است. نخست آنکه، مصالح عالیۀ کودک، فرای دیگر ملاحظات است. ماده ۳ عهدنامه حقوق کودک با به‌کارگیری عبارت ملاحظۀ نخستین^{۵۵} برای مصالح عالیۀ کودک، در پی بیان همین مضمون بود که در فرض تعارض یا تراحم قوانین و حقوق، جایی که مصلحت کودک مطرح باشد، آن قانون یا حقی برتری می‌یابد که با مصالح عالیۀ او سازگاری بیشتری دارد (غدیری^{۵۶}، ۱۳۹۲). به‌نظر می‌رسد که این تفسیر مبنای مقنن برای تدوین بسیاری از مواد قانونی داخلی نیز بوده است. دوم آنکه، کمیته در تفسیر مقررات، تفسیری را برتری می‌دهد که در برآوردن مصالح عالیۀ کودک، کارا تر باشد. سوم آنکه، کمیته برآورد تأثیرات مثبت و منفی را سنگ محک ارزیابی مصلحت برای تصمیم‌سازی می‌داند (غنی‌زاده^{۵۷}، ۱۳۹۷). بنابراین، ارزیابی رویکردهای درمانی بر اساس مصالح عالیۀ کودک، مترتب به داوری درباره پیامدها مثبت یا منفی این رویکردها در راستای وضعیت او است و هر رویکردی که در این ارزیابی پیامدهای مثبت بیشتر و منفی کمتری را برای کودک داشته باشد، بنابر مصالح عالیۀ او ارجحیت می‌یابد.

رویکرد ترمیمی و رویکرد وقت‌گذرانی به جهت پیامدهای مخربی که برای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی کودک دارند، با خصیصه‌های برشمرده توسط کمیته حقوق کودک همخوانی ندارند. توضیح این‌که، رویکرد ترمیمی، مبتنی بر مدل سنتی رشد است و بر این مبنای نقش هویت‌جنسیتی در شناسایی جنسیت کودک را نادیده می‌گیرد و رویکرد وقت‌گذرانی بر عدم انجام مداخلات درمانی تا سنین بالا تأکید دارد. حال آنکه، پژوهش‌های صورت گرفته، نشانگر تأثیرات مثبت شناسایی جنسیت کودک بر مبنای هویت‌جنسیتی و کاهش پیامدهای مخرب نارضایتی‌جنسی بر اثر انجام مداخلات درمانی تخصصی پزشکی، روانپزشکی و روان‌شناسی است. برای نمونه، دگرگونی‌های دوران بلوغ به این علت که متعارض با هویت مطلوب این کودکان است، آنان را به‌شدت مضطرب کرده و پیامدهای ناگواری بر ساحت روانی‌شان برجای می‌گذارد. این اضطراب را می‌توان با مداخلات درمانی همچون سرکوب اولیه بلوغ با گونادترپین، به‌شدت کاهش داد (کروکلز^{۵۸}، ۱۳۹۷). همچنین، اختلال‌های همراه همچون افسردگی که برآمده از ملال جنسیتی فرد هستند را می‌توان به یاری روان‌درمانگر، درمان یا مهار کرد (انجمن روان پزشکی آمریکا^{۵۹}، ۱۳۹۳).

به نظر می‌رسد رویکردهای تائید جنسیت و انتظار مراقبتی که رویکردهای مورد تائید متخصصان حوزه جنسیت در دوران معاصر هستند، بیشترین میزان همخوانی را با معیارهای ارائه شده توسط کمیته حقوق کودک در خصوص مصالح عالیۀ دارند. این دو رویکرد، برخلاف رویکرد ترمیمی و رویکرد وقت‌گذرانی از تأثیرات فراوان مداخلات تخصصی چشمپوشی نمیکنند. همچنین بهرغم تاکید بر تأثیرات مثبت مداخلات درمانی، در تجویز این مداخلات افراط نمیکنند. برای مثال، این دو رویکرد با علم بر برگشت ناپذیر بودن دگرگونیهای برآمده از انجام کامل پروسه بازآرایی جنسی و این که انجام کامل این پروسه، فراتر از توان جسمی و روانی کودک است، انجام آن را به دوران بزرگسالی موکول میکنند.

اکنون بر مبنای مطالب گفته شده میتوان به این پرسش پاسخ داد که آیا ولی می‌تواند از باب ولایت، مانع از مداخلات درمانی کودک تراجنسیتی شود؟

از آنجاکه آشکار شد فرآیند مذکور در رویکردهای ترمیمی و وقت‌گذرانی در خصوص ممانعت از مداخلات درمانی همسو با هویت جنسیتی کودک منطبق با سنجههای کمیته برای ارزیابی مصلحت کودک نیست و اینکه پذیرش اقدامات ولی مشروط به رعایت مصالح عالیۀ کودک است، می‌توان چنین گفت که ولی نمیتواند بر مبنای اختیارات خود از انجام مداخلات تخصصی همسو با هویت جنسیتی کودک، ممانعت به عمل آورده یا تصمیماتی را برخلاف آن اتخاذ کند.

۳-۲- نقش خانواده در تحقق حق کودک تراجنسیتی بر سلامت

پرسش دیگر در خصوص حق بهره‌مندی کودک تراجنسیتی از بالاترین سطح سلامت این است که خانواده چه نقشی در راستای تضمین برخورداری کودکان تراجنسیتی از حق بر سلامت دارد؟

این پرسش را با الهام از نظر کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، در خصوص معیارهای لازم برای تضمین برخورداری از حق بر سلامت، پاسخ میدهم. این کمیته تضمین برخورداری از حق بر سلامت را در گرو تعهد به احترام^{۶۰}، تعهد به حمایت^{۶۱} و تعهد به اجرا^{۶۲} می‌داند.

اقدام قانونگذار در شناسایی قانونی وضعیت کودکان تراجنسیتی و سنجه قرار دادن اختلال هویت‌جنسی به‌مثابه مصداقی از وضعیت‌های در معرض خطر را می‌توان بستر قانونی مؤثری در راستای تعهد به احترام دانست، اما نهاد خانواده بارزترین نقش را در راستای تعهد به احترام دارد. گواه این مطلب نقش برجسته‌ای است که خانواده در شکل‌گیری هویت‌جنسیتی کودک و احترام به این هویت دارد. می‌دانیم که نقطۀ عطف در هویت‌جویی افراد، دوران کودکی است؛ پس خانواده بستر نخستین در شکل‌گیری هویت کودک تراجنسیتی است که با عملکرد صحیح در این دوران تأثیر بسیاری در پذیرش کودک از هویت منحصر به فرد او دارد. اهمیت این موضوع در دوران بلوغ و هنگام مواجهه با بحران‌ها و فشارهای اجتماعی بر تراجنسیتی‌ها دوچندان نمود می‌یابد (شرفی^{۶۳}، ۱۳۸۱). از این منظر میتوان به جایگاه منحصر به فرد خانواده کودکان تراجنسیتی در راستای هویتیابی کودک و همدلی با او و تأثیری که این همدلی بر سلامت روان او دارد، اشاره کرده و بر لزوم بهکارگیری تدابیر قانونی در این راستا تاکید نمود.

گام بعدی، تعهد به حمایت است، سند یوگیاکارتای ۲۰۱۷ در بند (k) وضع قوانین حمایتی برای برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی جنسیت^{۶۴}، شامل مراقبت‌های جسمی، روانی و اجتماعی را لازمه تحقق تعهد به حمایت می‌داند. قانون‌گذار در قانون حمایت از اطفال و نوجوانان ۱۳۹۹ دستگاه‌های حکومتی را متعهد به انجام اقداماتی برای حمایت از این کودکان نموده است. آشکار است که این تعهدات، پس از شناسایی آثار ملال‌جنسیتی کودک و گزارش وضعیت او به مراجع صالح موضوعیت می‌یابد. با توجه به نقش خانواده در شناسایی، بایستی این نهاد را بازیگری مؤثر در این مرحله دانست.

اقدام مؤثر دیگر در زمینه تعهد به حمایت، وضع قوانین بازدارنده برای جلوگیری از رفتارهایی است که سلامت جسمی و روانی کودک را به مخاطره می‌اندازند. تراجنسیتی‌ها به دلیل نوع پوشش و رفتار ویژه‌شان، بسیار در معرض سوءاستفاده‌های جنسیند؛ بنابراین تدابیر بازدارنده در این خصوص، تأثیر بسیاری در صیانت از سلامت جسمی و روانی آنان دارد. قانون حمایت از اطفال و نوجوانان ظرفیتهایی برای پیشگیری، گزارش، تعقیب قضائی و مجازات مرتکبان سوءاستفاده‌های جنسی فراهم کرده است. ماده ۱۰ قانون حمایت از اطفال و نوجوانان به جرم‌انگاری و بیان مجازات سوءاستفاده جنسی از کودکان پرداخته است. بند الف ماده ۲۲ این قانون، تشدید مجازات کسانی را که تکلیف تدبیر امور و پاسداری از کودک را بر عهده دارند، در صورتی که مرتکب جرائمی از جمله سوءاستفاده جنسی شوند، امکان‌پذیر می‌داند. همچنین بند ث ماده ۹، وقوع آزار جنسی را اگر از بی‌توجهی و سهلانگاری شدید و مستمر باشد، جرم دانسته و مجرم سهلانگار را، به یکی از مجازات‌های درجه هشت محکوم می‌کند. تدبیر منطقی قانونگذار، تعیین مجازات شدیدتر برای محارم مرتکب آزار جنسی در بندهای ۱ و ۳ ماده ۱۰ است؛ چراکه آزار جنسی توسط اعضای خانواده، بیگمان پیامدهای مخرب‌تری دارد (سیاوشی^{۶۵} و همکاران، ۱۴۰۱).

وجه دیگر تعهد به حمایت از کودکان تراجنسیتی، جلوگیری از مداخلات درمانی معارض^{۶۶} با هویت جنسیتی‌شان است. ماده ۱۸ سند یوگیاکارتای با علم به زمینه سوءاستفاده‌های پزشکی از این کودکان، وضعیت آنان را از شمول وضعیت‌های پزشکی خارج کرده و واداشتن این کودکان به اقدامات، فرآیندها یا آزمایش‌های پزشکی/روانشناسی به‌منظور سرکوب هویت جنسیتی‌شان را نهی می‌کند. ممنوعیت سوءاستفاده‌های پزشکی از کودک، در بند ۳ ماده ۶ سند ملی حقوق کودک و نوجوان نیز، مورد توجه قرار گرفته، اما به‌نظر شایسته بود تا در قانون حمایت از اطفال و نوجوانان، تدابیر بازدارنده برای مرتکبان سوءاستفاده پزشکی از وضعیت مخاطره‌آمیز کودک لحاظ شده و در صورتی که والدین زمینه‌ساز یا تسهیل‌گر آن بودند، به پیگرد، محاکمه و مجازات آنان تصریح می‌شد.

موضوع دیگر برای تضمین بهره‌مندی از حق بر سلامت، تعهد به اجرا است. تدابیر مربوط به نظارت و پیگیری قوانین در این راستا تعریف می‌گردد. از آنجاکه، نظارت بر رفتار خانواده با کودک تراجنسیتی در طول دوره درمان و بازیابی سلامت جسمی یا روانی، تأثیری انکارناشدنی در تضمین بهره‌مندی کودک از حق بر سلامت دارد، شایسته است تا تدابیری برای بهره‌گیری از ظرفیتهای قانونی در این خصوص اندیشه شود.

باید افزود که کمیته حقوق کودک در نظریه شماره ۱۴ به سه ویژگی بنیادین حق بر سلامت یعنی در اختیار بودن، در دسترس بودن و نیز قابل پذیرش بودن اشاره میکند و مراد از دسترسی را مفهوم گسترده آن، یعنی دسترسی فیزیکی، اقتصادی و اطلاعات در پیوند با سلامتی میداند. آشکار است که خانواده با فراهم سازی امکان و پیگیری حق بر بهره‌مندی از بالاترین سطح سلامت برای انجام مداخلات درمانی و مراجعه این کودکان به مراکز بهداشتی- درمانی، بیمه آنان و گرفتن هزینه‌های درمانی‌شان و همچنین ارائه محتوای آگاهیبخش در خصوص هویت‌جنسیتی و وضعیت ویژه آنان، نقش برجسته‌ای در دسترسی کودکان تراجنسیتی به حق بر سلامت دارد.

فرجام این‌که، نه تنها اقدامات سلبی معارض خانواده در خصوص ممانعت کودک تراجنسیتی در بهره‌مندی از بالاترین سطح سلامت، پذیرفتنی نیست، بلکه خانواده این کودکان موظفند که با اقدامات ایجابی خود در راستای تعهد به احترام، تعهد به حمایت و تعهد به اجرا، بهره‌مندی کودک تراجنسیتی‌شان را از حق بر سلامت، تضمین کنند.

نتیجه‌گیری

مقنن در قانون اطفال و نوجوانان ۱۳۹۹ با قرار دادن مبتلایان به اختلال هویت‌جنسی در شمار وضعیت‌های مخاطره‌آمیز گامی اساسی در شناسایی وضعیت کودکان تراجنسیتی برداشت و با در نظر گرفتن تدابیر حمایتی و مراقبتی از این کودکان، آنان را ذیل چتر حمایتی خود قرار داد. گرچه این اقدام حمایتی مقنن، ثمرات بسیاری برای صیانت از حیات و بهره‌مندی این کودکان از بالاترین سطح سلامت را دارد، اما بایستی اذعان داشت که عدم توجه لازم نسبت به نهاد خانواده و استفاده از ظرفیتهای این نهاد، از اثر بخشی تدابیر در نظر گرفته شده در این قانون میکاهد.

یکی از نمودهای بیتوجهی نسبت به استفاده از ظرفیتهای نهاد خانواده، عدم بهکارگیری این نهاد در شناسایی کودک دارای وضعیت مخاطره‌آمیز است. گرچه کارآمدی نهاد خانواده به دلیل نزدیکی به کودک در مشاهده نشانه‌های برآمده از ملال‌جنسیتی مشهود است و به این دلیل میتواند سهم به‌سزایی در شناسایی و اعلام وضعیت این کودکان به مراجع صالح داشته باشد، اما باید سازوکاری را که بر مبنای آن بتوان از این ظرفیت در جهت شناسایی این کودکان بهره برد، تدارک دید. این بیتوجهی سبب نقصان در سازوکار صیانت از حیات این کودکان می‌شود. زیرا کودکان تراجنسیتی به دلیل وضعیت ویژه‌شان، همواره در معرض مخاطراتی هستند که میتواند به از دست رفتن حیاتشان منجر گردد. همچنین امکان‌پذیری مجازات حداقلی برای والدین سهل‌انگاری که غفلت آنان به فوت، جراحت، فقدان یا نقصان حواس کودک منجر شده، می‌تواند به منزله غفلت از ماهیت تکلیفی اقدامات والدین در راستای حضانت و ولایت بر کودک تلقی گردد.

یکی دیگر از ضرورت‌ها بهکارگیری اقدامات مثبت در صیانت از حیات این کودکان است. به‌دلیل زیست مشترک و ارتباط عاطفی کودک با خانواده، آموزش خانواده این کودکان با ارائه محتوای آگاهی بخش به آنان در خصوص وضعیت ویژه فرزندشان، میتواند آثار ملال‌جنسیتی کودکان تراجنسیتی را کاهش داده و گام موثری در راستای کاهش میزان خودکشی و در معرض قتل قرار گرفتن آنان باشد.

در حق کودک تراجنسیتی بر بهره‌مندی از بالاترین سطح سلامت نیز توجه به نقش خانواده ضرورت دارد. یکی از چالشهای اساسی کودک تراجنسیتی در بهره‌مندی از بالاترین سطح سلامت، اقدامات سلبی معارض خانواده

در خصوص اعمال ممانعت برای کودک تراجنسیتی در بهرهمندی از مداخلات درمانی همسو با هویتجنسیتی او است. از آنجایی که پذیرش اقدامات ولی، مشروط به رعایت مصالح عالیۀ کودک است و با توجه به سنجشهای کمیتۀ برای ارزیابی این مفهوم و همچنین نتایج پژوهشهای صورت گرفته که نشانگر تأثیرات مثبت مداخلات درمانی است، می‌توان چنین گفت که ممانعت ولی قهری از انجام مداخلات درمانی تخصصی همسو با هویت جنسیتی کودک خلاف مصالح عالیۀ وی است.

لزوم توجه به نقش خانواده در بهرهمندی از بالاترین سطح سلامت تنها به ممانعت از مداخلات درمانی محدود نمیشود، بلکه نقش بیدیل خانواده در راستای تعهد به احترام، تعهد به حمایت و تعهد به اجرا برای بهرهمندی کودک تراجنسیتی از حق بر سلامت شایان توجهی درخور است. برای نمونه، در راستای تعهد به احترام باتوجه به جایگاهی که خانواده با بهرسمیت شناختن هویت جنسیتی کودک تراجنسیتی بر سلامت روان او دارد، بهکارگیری ظرفیتهای قانونی برای سوق دادن خانواده این کودکان به پذیرش هویتجنسیتی فرزندشان ضرورت دارد. در راستای تعهد به حمایت، بهرغم اقدام منطقی قانونگذار در تعیین مجازات شدیدتر برای محارمی که مرتکب سوءاستفاده جنسی میشوند، در عمل باید از ضرورت در نظر گرفتن تدابیر بازدارندۀ برای والدینی که زمینه‌ساز یا تسهیلگر سوءاستفادهای پزشکی از کودک تراجنسیتیاند، غفلت نوزید. ایجاد سازوکار نظارتی بر رفتار خانواده با کودک تراجنسیتی در طول دورۀ درمان و بازیابی سلامت جسمی و روانی نیز نمونه‌های از ضرورت بهکارگیری ظرفیتهای قانونی در راستای تعهد به اجراست که لازم است تدابیر قانونی در این باره اندیشیده شود.

فراجم اینکه، اقدام به رفع خلأهای قانونی و همچنین تهیه آیین‌نامه اجرایی، دستورالعمل و پروتکل‌های لازم برای افراد یا نهادهایی که با این کودکان سروکار دارند همراه با در نظر گرفتن نقش بی‌بدیل خانواده در حفظ و حمایت از حقوق این کودکان ضروری به نظر می‌رسد.

پی‌نوشت‌ها

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. Sex | 34. شماره ۲ بند چ ماده ۶ |
| 2. Gender | 35. ماده ۴۷ |
| 3. Emami, Masoud | 36. بند ت ماده ۵ |
| 4. Sexual Identity | 37. Ghari seyed fatemi, seyed Mohammad |
| 5. Gender Identity | 38. Shahhosseini, mehri and Mahmoud Shahhosseini |
| 6. Gender Expression | 39. Marandi, Elahe and Azam Gorbani |
| 7. Cisgender | 40. Ryan, Caitlin |
| 8. Aultman, B | 41. Gender Affirming Healthcare |
| 9. Sexuality | 42. Roshan Mohammad |
| 10. Ghadiri, Mahrou | 43. Reparative Model |
| 11. Sadock, Benjamin James. | 44. Green, Richard |
| 12. Transgender | 45. Live Your Skin Model |
| 13. Gender Dysphoria | 46. Bradley, Susan |
| 14. Gender Role Behavior | 47. Psychotherapy |
| 15. Transgender Children | 48. Hormone Therapy |
| 16. Hajitabai Firoozjaei, Hasan | 49. Ehrensaft, Diane |

- | | |
|--|---|
| 17 The Highest Attainable Standard of Health | 50. The Gender Affirmative Model |
| 18 Schultz, Duane | 51. Watchful Waiting Model |
| 19 Rahimi Ahmabadadi, Somayeh | 52. Amsterdam Center of Expertise on Gender Dysphoria |
| 20 Lopez, Ximena | 53. Steensma, Thomas |
| 21 Talcott Parsons | 54. Cohen-Kettenis, Peggy |
| 22 Peykar, Zeynab | 55. Primary Consideration |
| 23 Mirmohammadi, Seysed Mostafa | 56. Ghadiri, Mahrou |
| 24 Rasekh, Mohammad | 57. Ghanizade Bafghi, Maryam, and Zahra Ghanizade |
| 25 Ghorban Nia, Nasser | 58. Kreukels, Baudewijntje |
| 26 Hanifi Yarezizi Soraya | 59. American Psychiatric Association |
| 27 Sex Reassignment Surgery | 60. The Obligations to Respect |
| 28 Clements-Nolle, K | 61. The Obligations to Protect |
| 29 شماره ۱ بند الف ماده ۶ | 62. The Obligations to Fulfil |
| 30 شماره ۱ بند ب ماده ۶ | 63. Sharafi, Mohammad Reza |
| 31 شماره ۲ بند پ ماده ۶ | 64. Gender Affirming Healthcare |
| 32 شماره ۱ بند ت ماده ۶ | 65. Siavashi Saman |
| 33 شماره ۲ بند ث ماده ۶ | 66. Protection from Medical Abuses |

منابع

- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). (Y. S. Mohammadi, Trans.). Ravan Publication. (Original work published 2013) [in Persian]
- Aultman, B. (2014). Cisgender. *Transgender Studies Quarterly*, 1 (1–2), 61–62.
- Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (1990). Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 35(6), 477-486.
- Clements-Nolle, K. M. (2006). Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *Journal of homosexuality*, 51(3), 53-69.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices* (Vol. 46). Sage.
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment no ۱۴ (۲۰۰۰). The Right to The Highest Attainable Standard of Health
- Committee on the Rights of the Child, General Comment no ۱۴ (۲۰۱۳). on the Rights of the Child to Have His or Her Best Interests Taken as a Primary Consideration
- Ehrensaft, D. (2017). Gender nonconforming youth: Current perspectives. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 57-67.
- Emami, M. (2018). *Legal-jurisprudential researches in the field of legislation* (1st ed.). Islamic Parliament Research Center. [in Persian]
- Ghadiri, M., & Roshan, M. (2013). Adoption and the right to family in the light of the best interests of the child. *Legal Research Quarterly*, *14*(Special Issue), 87. [in Persian]
- Ghadiri, M., Roshan, M., & Saeed Arab, H. (2018). Jurisprudential-legal inquiry into the gender identification of transgender people. *Journal of Medical Law*, *17*(58), 347–349. [in Persian]
- Ghani Zadeh Bafghi, M., & Ghani Zadeh Bafghi, Z. (2018). Determining the components of custody in the context of the best interests of the child. *Legal Research Journal*, *21*(84), 299–324. [in Persian]

- Ghariseid Fathami, S. M. (2017). *Contemporary human rights: Analytical essays on rights and freedoms* (Vol. 2). Negah-e Moaser. [in Persian]
- Ghorban Nia, N. (2009). Manifestations of supporting children's life. *Comparative Law Review*, *0*(17), 91–110. [in Persian]
- Green, R. (1987). The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality. Yale University Press.
- Haji Tabar Firuzjaee, H. (2010). Situational prevention of child victimization of children at risk in Iran with an emphasis on the laws and regulations of England. *Crime Prevention Studies*, *5*(17), 129–166. [in Persian]
- Hanifiyar Aziz, S., Ebrahimzadeh Mousavian, B. S., Firoozabadi, M. S., Akbari, M., & Khalili, M. (2023). Investigating self-harm thoughts and behaviors in people with gender dysphoria (A systematic review study). *Razi Journal of Medical Sciences*, *6*(30), 162–175. [in Persian]
- Kreukels, B., Steensma, T. D., & de Vries, A. (2018). *Gender identity and sexual development disorders*. (M. A. Ramezani et al., Trans.). Tazkieh Publications. [in Persian]
- Lopez, X., Stewart, S., & Jacobson-Dickman, E. (2016). Approach to children and adolescents with gender dysphoria. *Pediatrics in review*, 37(3), 89-98.
- Marendi, E., & Ghorbani, A. (2021). Principles and support mechanisms of the right to education in the Iranian constitution and human rights documents. *Quarterly Journal of Islamic Human Rights Studies*, *10*(21), 91–122. [in Persian]
- MirMohammadi, S. M. (2014). *Children's rights: A comparative study in Islam and international documents* (1st ed.). Mofid University Publications. [in Persian]
- Paykar, Z., & Mohammadi, A. (2017). A comparative study of the family from the perspective of Shahid Motahari and Talcott Parsons. *Islamic Social Research*, *23*(4), 99–126. [in Persian]
- Rahimi Ahmadvand Abadi, S., Kalantari, M., Abedi, M., & Modarres Gharavi, M. (2021). The role of family functioning in predicting gender dysphoria in transgender women and men. *Journal of Psychology and Psychiatry of Cognition*, *8*(1), 57–65. [in Persian]
- Rasekh, M. (1963). *Right and expediency: Essays in philosophy of law, philosophy of right and philosophy of value* (2nd ed.). Nashr-e Ney. [in Persian]
- Roshan, M. (2017). *Family law* (2nd ed.). Jungle Javidane. [in Persian]
- Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 23(4), 205–213.
- Sadock, B.J., V.A. Sadock, and P. Ruiz. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Wolters Kluwer,(2015), p565.
- Shafi'i, M. (2017). *Youth and identity crisis* (8th ed.). Soroush Press. [in Persian]
- Shah Hosseini, M., & Shah Hosseini, M. (2021). *A review of the life of transgender people* (1st ed.). Roshangaran & Women's Studies Publications. [in Persian]
- Shultz, D. (1977). *Psychology of perfection: Patterns of healthy personality*. (G. Khoshdel, Trans.). Alborz-Peykan Publishing. [in Persian]
- Siavoshi, S., Farajiha, M., & Mir Khalili, M. (2022). Psychological, physical and emotional consequences of incestuous sexual abuse. *Social Welfare Quarterly*, *22*(85), 175–228. [in Persian]
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clinical child psychology and psychiatry*, 16(4), 499-516.