

המדריך למעוניינים להעמיק בשקרי, הטעיות ומניפולציות תועמלני המגדר

(תומכי אידיאולוגית המגדר)

בנוגע לסטטיסטיקה ומחקרים¹.

ראשית נבהיר את השאלות של הפרק. השאלה על הפרק היא לא האם טרנסיות הם גברים - כמובן שהם גברים, זו המשמעות של בני אדם לא יכולים לשנות מין.

השאלות על הפרק הן האם התועלות בהשחתת הגוף מטעמי מגדר בסירוס כימי וכריתת איברים גוברות על הנזק?

ראשית ישנם נתונים שאין להם נתונים סותרים - תוחלת החיים של מי שעובר את ניתוח הסירוס מצטמצמת דרסטית בעד למעלה מעשרים שנים¹.

בנוסף בניגוד למה ששיקרו לנו הדינמיקה היא לא התאבדויות בשכיחות גבוהה שמצטמצמת אחרי השחתת הגוף מטעמי מגדר, אלא בדיוק ההפך - הנתונים מצביעים על התאבדות נמוכה מאד², דומה ואף נמוכה לשכיחות של בעלי הפרעות פסיכיאטריות אחרות³.

למעשה במחקר מפינלנד, ברגע שעשו בקרה על הרקע הפסיכיאטרי לא נמצא הבדל מובהק בהתאבדויות עם או בלי דיספוריה⁴.

מספר שנים לאחר השחתת הגוף מטעמי מגדר, ההתאבדויות קופצות לפי 19 מהאוכלוסיה הכללית⁵.

אז מה טענות תועמלני המגדר? יש 3 עיקריות שנתקלתי בהן - העדר הצבעה על סיבתיים, טענה לחרטה זניחה של 1% ומחקרים שמצאו תועלות נפשיות.



לפני שנתחיל סקירה קצרה - יש לציין שהמצב ב"רפואת" (סירוס כימי וכריתת איברים) מגדר למבוגרים הוא קטסטרופה. מרפאת המגדר הראשונה בארה"ב הוקמה ונסגרה בשנות השבעים של המאה הקודמת, כי לדברי הפסיכיאטר שפתח וסגר הם רצו לעזור לגברים סובלים ולכן עשו להם ניתוחי סירוס במפשעה בתקווה שזה ישפר את מצבם. אבל מה שהתגלה בבדיקה של מספר השנים בהן המרפאה רצה, היה שהם אמרו שהניתוח סבבה, אבל בפועל מצבם הנפשי והתפקוד שלהם לא השתפר כלל, ולכן המרפאה נסגרה, כי לתהליכים היו מחירים פיזיים קשים ולא היתה הוכחת תועלת.

בהעדר תועלות אצל מבוגרים, עברו לקטינים. התהליך לא היה שהמצב של המבוגרים כל כך השתפר שרצו להעביר את כל הטוב הזה לקטינים, אלא שהמצב של המבוגרים היה לא טוב, והיתה השערה שאולי אם יתחילו כקטינים אז כן תהיה תועלת לבריאות הנפש (מבחינה נזקים פיזים זה לא יותר טוב אלא יותר גרוע להתחיל כקטינים לפני שמערכות מסיימות להבשיל).

בפועל עוד ועוד גופים מקצועיים במדינות שונות שבדקו את הנתונים והמחקר הקיימים הגיעו למסקנה שאין ראיות טובות שזה משפר את בריאות הנפש בפרט בטווח הבינוני והרחוק, ולכן התחילו לאסור על טיפולים אלו לקטינים (בריטניה, שבדיה, פינלנד, נורבגיה, ארה"ב ועוד).

נתיחס כעת לטענות.

1. טענה שהמחקרים על הנזקים וקיצור תוחלת החיים לא מראים סיבתיות!

זו אי הבנה מתודולוגית בסיסית. כדי להראות סיבתיות צריך מערך ניסוי של הקצאה אקראית לקבוצת ניסוי וקבוצת בקרה כשהנבדקים לא יודעים לאיזו קבוצה הם שייכים - גם אתית וגם טכנית לא ניתן לבצע מערכי ניסוי כאלו בנסיבות הנוכחיות, דהיינו שהרמה הכי גבוהה שניתן להגיע אליה הם מחקרים שמראים קורלציות (מתאמים). זה נכון לשורת מצבים בריאותיים, זה לא 'באג' ולא סימן של 'אי אפשר לדעת כלום אם כך'.

בנוסף גם המחקרים שלכאורה מוצאים תועלות בהשחתת הגוף מטעמי מגדר לא מראים סיבתיות. למעשה המחקרים האלו בתחום המגדר באיכות ירודה מאד - לרוב אין בהם קבוצת ביקורת, אין מעקב (פולואפ) כלל או ישנו רק לטווח הקצר מאד כאשר הנזקים שנגרמים בהשחתת הגוף מטעמי מגדר מצטברים על פני הזמן, וכמות הנשירה ממעקב היא חריגה ביותר ועומדת לא פעם על עשרות אחוזים. (אני זוכרת שלפני מספר חודשים קראתי ספר על דיסוננס קוגניטיבי ופשוט התפלאתי איך הם מציגים מחקר שנמשך שנים על גבי שנים ועדין למעלה מתשעים אחוז מהנבדקים המקוריים ענו, בזמן שבמחקרי מגדר עשרות אחוזים נושרים למעקב גם בטווח הקצר, ובחלק מהמחקרים הרוב(!) נשרו למעקב גם בטווח הקצר).



אישית אני סבורה שזה לא מראה על יושרה לחשוב ש'אי אפשר לדעת את הסיבה' מדוע תוחלת החיים מתקצרת אחרי השחתת הגוף מטעמי מגדר, בפרט בניתוחים בהם כורתים את המערכת האנדוקרינית (האשכים), אך גם בסירוס כימי שרעיל מאד לגוף.

אם הרעלת הגוף בטסטוסטרון בקרב נשים, גורמת להכפלה במאות של אחוזים של סיכון לבבי בקרב נשים (מאות אחוזים גם למעלה מגברים), מגדילה סיכוי לקרישי דם ושבצים בשל הסמכת הדם כאשר ורידי הנשים דקים יותר ולא ערוכים לכך, מחמירה פרופיל שומנים, מעלה לחץ הדם, ראיות להגדלת סיכון לסרטן, נזקים נוירולוגים, החמרת מצבים פסיכיאטרים, וזאת בנוסף לפגיעות פנימיות של אטרופיה באיברי רביה וכד', האם זה לא מרמז שיש קשר בין זה לבין פגיעה בתוחלת החיים? לדעתי להתעלם מכך מראה על העדר יושרה. הנזקים שצוינו לקוחים מהרשימה הבאה שמציינת נזקים לצד המחקרים שמצביעים עליהם, זו לא רשימה סופית

<https://www.di-ag.org/testosterone-health-risks>

בקרב גברים נמצא שאסטרוגן לצד פגיעות קוגניטיביות ופסיכיאטריות פוגע במערכת החיסון, מגביר תנגודת אינסולין, שבץ, גידולים, סיכוי מוגבר לסרטן והפרעות לבביות ועוד. האם זה לא מרמז שיש קשר בין לזה לבין פגיעה בתוחלת החיים? לדעתי להתעלם מכך מראה על העדר יושרה. הנזקים שצוינו לקוחים מהרשימה הבאה שמציינת נזקים לצד המחקרים שמצביעים עליהם, זו לא רשימה סופית.

<https://www.rogdboys.org/effects-of-estrogen-on-males>



לכן גם מחקרים שמשווים בין אנשים עם טענות מגדר שעשו ניתוח ואלו שלא עשו ניתוח ומצאו בקרב אלו שעשו ניתוח יותר דכאון, חרדה, שימוש בסמים, מחשבות אובדניות^{vi} זו הרמה הכי גבוהה - שאפשר להשיג בה נתונים במציאות הקיימת גם אם אין אפשרות למערך ניסויי ובכך להציג סיבתיות.

במחקר בו מצאו קפיצה של 100% בהגעה למיון פסיכיאטרי בעקבות נסיון אובדני אחרי ניתוח סירוס, מדובר בקרב אותה אוכלוסיה עצמה - השוואה לפני הניתוח ואחרי הניתוח.^{vii} זו הרמה הכי גבוהה שאפשר להשיג בה נתונים במציאות הקיימת גם אם אין אפשרות למערך ניסויי ובכך להציג סיבתיות.

במחקר בו מצאו שכמה שנים אחרי השחתת הגוף מטעמי מגדר ההתאבדויות הן פי 19 מהאוכלוסיה הכללית.^{viii} זו הרמה הכי גבוהה שאפשר להשיג בה נתונים במציאות הקיימת גם אם אין אפשרות, למערך ניסויי ובכך להציג סיבתיות. כל הנתונים האלו מדליקים נורות אדומות בנוגע לטענות של "שיפור בבריאות הנפש".

טענה על מיעוט החרטה כאילו מדובר ב 1% בלבד -

ראשית, כמות החרטה או העדרה כלל לא קשורה לזה שטרנסיות הם גברים. גם אם אחרי ניתוח המנותחים היו מרקדים ברחובות מעליצות על בסיס יומימי, הם עדין גברים.

שנית, החרטה היא לא 1%.

נתון מטעה זה הגיע ממחקרים שבדקו חרטה בטווח הקצר בלבד (לרוב לא יותר משנתיים), בזמן שהחציון לחרטה עומד על כ- 8 שנים.^{ix} כשעשרות אחוזים נעלמו בכל אחד מהמחקרים לפולו-אפ (העלמות זה לא סימן טוב לשביעות רצון, בלשון המעטה). בחלק מהמחקרים הרוב נעלמו לפולו-אפ.^x

ה-1% רק מראה על הרשלנות והאפטיה שגורמים לכך שיש בתחום רק מחקרי טווח קצר באיכות ירודה (וגם אל תשאלו איך הם המשיגו חרטה. למשל היה מחקר שבדק חרטה לפי בדיקה עם המנתחים, כשרוב המנתחים לא ענו ובכלל רוב המתחרטים לא מעדכנים את המנתחים, או היה מחקר שבדק כמה ענו למודעה בעיתון שהם מתחרטים ועוד).

יש עוד סיבות מדוע כשמדובר בדיווח עצמי, מקרים של חרטה לא נספרים. למשל - אדם שמכירה אחרי ניתוח סירוס מפחד לומר לרופאי מרפאת המגדר על החרטה, כי בעקבות הניתוח האדם תלוי בהם לשארית חייו (לניתוחי תיקון, וסיבוכים שאולי עוד יגיעו) והוא מפחד שאם ידעו שהוא מתחרט הם יתנכלו לו וימנעו ממנו טיפול.

הפסיכיאטר אז חאקים סיפר באחת ההרצאות שלו שראיתי על מטופל שלו שהפסיק להעמיד פני אישה וחזר להזדהות כגבר כי הוא הבין שהרצון לחיות כאשה זו פנטזיה, אבל נעים לו שבאיזה מקום במרפאה שהיה בה פעם הוא עדין מתועד כאשה, כאילו גחל קטן של הפנטזיה של פעם. בקיצור יש שפע בעיות בדיווח עצמי בפרט כשמדובר בבדיקות זמן קצר בהן טרם הצטברו מספיק נזקים עבור קבלת פרספקטיבה.

ברגע שעברו למחקרים של רשומות רפואיות, ולא רק לדיווחים עצמיים, וגם הגדילו את פרק הזמן הנבדק מעבר לטווח הקצר מאד של עד שנתיים, ניתן לראות שיש מחקר שמצא ש-30% בממוצע מאלו שהתחילו לקחת הורמונים הפסיקו תוך 4 שנים (תקופת הזמן שנחקרה).^{xi} יש לציין שזה נתון חסר שכן כל מי שעבר הסרת אשכים או שחלות נאלץ מבליט ברירה להמשיך לקחת הורמונים לשארית חייו גם אם מתחרט מרה.



מחקר אחר של רשומות רפואיות מגרמניה שבדק מה קורה עם צעירים עד גיל 24 שהופיעה להם ברשומת הביטוח הרפואי תיעוד פורמלי שיש 'דיספוריה מגדרית', תוך 5 שנים ההגדרה הזו התפייסה מהרשומות עבור הרוב בכל קבוצת גיל, 63.9% בממוצע. בקרב צעירות בגילאי 15-19 האחוז עמד על 72%^{xii}

אבל יש כאן סוגיה נוספת מעבר לכשלים המתודולוגיים - האמנם חרטה היא הקריטריון הרלוונטי בכאלו פרוצדורות השחתת גוף?

אתן דוגמה מתחום אחר. אם למשל אנורקטית עשתה ניתוח שאיבת שומן, ואחרי הניתוח מסתבר שיש יותר דכאון, יותר חרדה, יותר מחשבות אובדניות, יותר הגעה למיון פסיכיאטרי בעקבות נסיון אובדני ויותר התאבדויות שהושלמו, ולא רק שהיא לא מתחרטת היא רוצה עוד ניתוח שאיבת שומן!

האם זה שהיא לא מתחרטת זה סימן טוב? לא זה סימן שיש לה פתולוגיה קשה ועמוקה שגורמת לה לעיוותי חשיבה או דיסוננס קוגניטיבי.

כל מה שהבאתי בדוגמה מתקיים כתופעות לוואי אחרי ניתוח סירוס לגברים:

מחקר מבוסס רשומות רפואיות מצא שלאחר ניתוח סירוס נמצאו אצל המנותחים יותר דכאון, יותר חרדה, יותר שימוש בסמים, יותר מחשבות אובדניות.^{xiii}

מחקר מבוסס רשומות רפואיות מצא שבבדיקת הטווח הקרוב לאחר הניתוח (עד שנתיים) יש קפיצה של כ 100% בהגעה למיון פסיכיאטרי בעקבות נסיון אובדני.^{xiv}

מחקר אורך שבדק את כל אלו שעברו ניתוחים אלו בשבדיה ולא רק מדגם, מצא שמספר שנים לאחר ניתוח זה שכיחות ההתאבדויות שהושלמו קופצת לפי 19 מהאוכלוסיה הכללית.^{xv}



בקרב קטינים יש ממצאים מעורבים בנוגע לטווח הקצר (מחקרים שמצאו שיפור, מחקרים שמצאו החמרה, מחקרים שמצאו העדר שינוי). בטווח הבינוני והארוך אין ראיה לשיפור. כשמדובר בתהליכי השחתת גוף לא הפיכים שישפיעו על אדם לשארית חייו (גם אם המקוצרת) אי אפשר להסתפק בממצאים מעורבים לטווח קצר.

גם עולה כאן השאלה - מה צריך להיות הדיפולט? נראה שתועמלני המגדר חושבים שצריך לסרס ולכרות עד שיגיעו מחקרים "סיבתיים" שיראו שיש בעיה. אבל הדיפולט של מקצוע הרפואה של 'קודם כל אל תזיק' הוא להמנע מתהליכי השחתת הגוף אלא אם כן יש ראיות חזקות ביותר שהתועלת עולה על הנזק. הראיות האלו לא קיימות.

אני רוצה להתייחס גם ל"מחקרים" שמתבססים על סקרים אינטרנטיים.

לא כל המחקרים נולדו שווים, מקור המידע משפיע על איכותם. מחקרי סקרי אינטרנט אלו מחקרי תחתית החבית מבחינת איכותם, אך בעבר הם אלו ששלטו בכיפה. מאז שהתחילו רק בשנים האחרונות להשתמש במחקרי רשומות רפואיות, הפלא ופלא הנתונים המאומתים שונים לחלוטין מהממצאים של הסקרים האינטרנטיים.

אחת הבעיות בסקרים אינטרנטיים זה שכל אחד עונה מה שבא לו, כמה פעמים שבא לו. כלומר מחקר של 27000 שענו בסקר, יכול להיות בתאוריה גם 270 עונים ממש משועממים או בעלי אינטרס...

כלומר זה נכון שאי אפשר למצוא סיבתיות בתחום כי אין אפשרות אתית וטכנית למערכים ניסויים, אבל גם במחקרי קורלציה יש אפשרויות יותר מהימנות ופחות מהימנות של מקור הנתונים וטיבם.

הסוגיה הראשונה היא מי עונה - בסקרים אינטרנטיים כאמור זה מי שבא לו כמה שבא לו, באופן לא אקראי. זה תחתית החבית מבחינת איכות. ברשומות רפואיות למשל יודעים בדיוק מי עונה וכמה פעמים הנתונים נלקחים בחשבון. ברשומות רפואיות אפשר למשל לקחת את כל האוכלוסיה הנבדקת ולא רק לדגום וכך נמנעות טעויות דגימה (למשל במחקר האורך השבדי שיקללו את כל הרשומה הרלוונטית).

הסוגיה השנייה היא על סמך מה עונה - יש נתוני 'דיווח עצמי' שבמקרה הטוב הם סובייקטיביים אבל במקרה הפחות טוב הם יכולים להיות לא נאמנים למציאות בשל שורת מניעים (דיסוננס קוגניטיבי, תלות בממסד הרפואי, דימוי עצמי, אינטרס זה, אי הבנה של השאלה ועוד). להבדיל מנתונים שמסתמכים על רשומות רפואיות שמסקפות את המציאות באופן יותר קרוב אליה (או שהאדם נוטל הורמונים או שלא, או שהאדם מתועד עם דיספוריה מגדרית או שהגדרה נעלמה, או שמופיע דכאון, חרדה או שימוש בסמים או שלא וכד').

הסוגיה השלישית היא איך ממשיגים את הנתונים וגם איך מפרשים אותם. למשל יש חוקר בריאות שמציג את המניפולציות במחקרי תועמלני מגדר. למשל הטענה של המחקר - שיפור של 60% בדכאון! שיפור של 72% באובדנות! בזמן שבפועל לא נמצא שום הבדל מובהק לא בדכאון ולא באובדנות. איך זה קרה? החוקרים השוו לתרחיש פיקטיבי שמעולם לא קרה שבו הם בטח היו מתדרדרים ללא הסירוס הכימי ואל מול ההתדרדרות הפיקטיבית שכאמור לא התרחשה, המצב בו לא היה שינוי מובהק הוא מבחינתם שיפור של עשרות אחוזים בדכאון ובאובדנות. אני אקשר לתרגום שמקשר גם למקור של ניתוח מחקר כזה. זה למטיבי לכת, אבל למי שמתעניין במתודולוגיה ובמניפולציות במחקרים זו קריאה מעניינת מאד - תרגום לצד קישור למקור באנגלית.

גם לאחרונה פורסם מחקר כזה אחרי שתוצאותיו נקברו במשך כ-9 שנים כי לא הראו את מה שהחוקרים רצו שהוא יראה... גם שם לא נמצאו הבדל מובהק, והם הכריזו על שיפור בהשוואה לתרחיש פיקטיבי בו המצב בטח היה מסלים ללא הסירוס הכימי^{xvi}.

אני רוצה להדגים בשלב זה התיחסות ספציפית ביקורתית למחקר שמתבסס על ניתוח שניוני של נתוני סקר אינטרנטי מ-2015 שהוצג בפני מספר פעמים על ידי תועמלני מגדר כ'הוכחה' לכך שהתהליכים משפרים את בריאות הנפש. אני סבורה שהדגמה זו תוכל לסייע בהבנה של חולשת המחקר שתומך בתועלות.

Imazan AN, Keuroghlian AS. Association Between Gender-Affirming Surgeries and Mental HealthOutcomes. JAMA Surg. 2021 Jul 618-611:(7)156;1

כשנכנסים למחקר רואים שהנתונים הם ניתוח שניוני של סקר אינטרנטי מ-2015. זה כבר אומר שאיכות הנתונים היא מהסוג הירוד ביותר, כי מה שמאפיין סקר אינטרנטי זה מדגם לא מייצג, ומצב בו כל אחד עונה מה שבא לו, כמה שבא לו, לפי מה שמתחשק לו וכד'.



בסדר נמשיך. הם מציינים שמתוך 27715 שלכאורה השתתפו בסקר האינטרנטי (27715 במצב כזה של נתונים ירודים זה יכול להיות גם 270 ממש משועממים, או 2700 מעט משועממים וכד') מסתבר ש 3559 טוענים שהם עברו ניתוח מטעמי מגדר (מה שנקרא או שכן או שלא כי זה סקר אינטרנטי). אך אויה, הם לא מציינים את חלוקת הניתוחים. ברור שמצבו של מי שעשה ניתוח אף ומצח במסגרת ניתוח נישוי פנים, הוא לא כמו מי שהשתיל סיליקון להנאתו, ואלו הם לא כמו ניתוח סירוס וכריתה. אז באיזה ניתוחים מדובר ומה ההתפלגות ביניהם בתוצאות? את הניתוחים שהם איגמו ביחד הם ציינו אבל את החלוקה ביניהם והאם יש הבדל בתוצאות ביניהם הם לא.

הניתוחים שנכללו הם ניתוח נישוי קול, הגדלת חזה, ניתוח הקטנת גרוגרת, ניתוח נישוי פנים, כריתת אשכים וניתוח יצירת פתח כירורגי. מתוך הטבלאות כנראה כללו גם כריתת חזה לנשים, כריתת רחם, וניתוחי איבר מין לנשים. ודאי שהניתוחים האלו לא דומים אחד לשני במידת היקפם והשפעתם. זה לא סימן טוב לאיכות נתונים גבוהה לאגם ניתוחים שונים כל כך ביחד.

הנתונים שלהם השוו ל 16,401 שרוצים לעשות ניתוח וטרם ביצעו. בעולם בו מאט וולש שלח תחקירן שלו והתחקירן תיזמן באופן מוקלט 17 דקות במפגש בודד בין הגעה לראשונה ללא הכרות מוקדמת עד קבלת אישור לביטוח למימון ניתוח כריתת אשכים, הם צריכים ממש להדליק נורות אדומות כדי שלא יאשרו להם אם הם רוצים. האם יש להם מצב פסיכיאטרי קשה שבגינו טרם אושר להם? נסיבות סוציאקונומיות קשות יוצאות דופן? אולי אלו קשורים למצב פחות טוב של בריאות הנפש שמשפיע על ההשוואה? מי יודע? לא אנחנו הקוראים על סמך קריאת המחקר.

אוקי נמשיך הלאה. מן הסתם המחקר בדק הרבה פרמטרים שקשורים לבריאות הנפש בתור סקר ענק. האם החוקרים מציגים משתנים קריטיים לבריאות הנפש כמו דכאון? חרדה? שימוש בסמים? נסיון התאבדות? לא ולא, הם הצליחו לחלץ בניתוח השניוני רק 3 משתנים בהם הם הצליחו למצוא הבדל מובהק בין הקבוצות - עישון טבק במהלך השנה האחרונה, מצוקה פסיכולוגית בחודש האחרון, ומחשבה אובדנית בשנה האחרונה.

זה אומר שבאף אחד מהמשתנים האחרים שנבדקו של בריאות הנפש לא נמצא הבדל מובהק. למשל הם בדקו גם משתנה של שתיית ביג' של אלכוהול בחודש האחרון שבו לא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות, וגם משתנה של נסיון התאבדות בשנה האחרונה בו גם לא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות. ממה שהבנתי מקריאת המחקר חוץ מ-5 המשתנים האלו לא היו עוד משתנים של בריאות הנפש במחקר הראשוני? זה מוזר מאד.

למה לבדוק רק טבק ואלכוהול ולא סמים?

למה לבדוק רק מצוקה בחודש האחרון ולא דכאון וחרדה?

למה לא נבדק אם יש הבדל בין הקבוצות למשל בלקיחת תרופות פסיכיאטריות או בקיום אבחנה פסיכיאטרית? לי כאשת מקצוע בתחום בריאות הנפש זה נשמע לי בדיקה מאד חלקית וחסרה של משתנים לבריאות הנפש בלשון המעטה.

גם בנוגע למציאות הבדלים מובהקים במעט שבו נמצא הבדלים מובהקים, צריך לקחת בחשבון שכשמדובר במדגמים גדולים של אלפים, גם שינויים מינורים בעלי חשיבות קלינית דלה אם בכלל הם עשויים להמצא מובהקים. לא מוצג למשל הסולם של המצוקה בחודש האחרון שלא ברור מדוע נבחר דוקא השאלון הזה למחקר אבל נניח, לפי בדיקה הוא סולם בין 10-50. מה ההבדל בין הקבוצות? האם לגודל ההבדל שנמצא יש משמעות קלינית? רשום גם שזה כלי לסינון ולא כלי דיאגנוסטי.



אני זוכרת שפעם קראתי מחקר שטען שהוא מצא הבדל מובהק לשיפור! השיפור היה בפועל של כ- 4 נקודות בסולם 00-100. כך שזה באמת הבדל שנמצא מובהק לאור גודל המדגם, אבל זה חסר משמעות קלינית אמיתית. תאכלס כשיש מדגמים של אלפים כל הבדל זניח ימצא מובהק.

ומשתנה המחשבות האובדניות, על איזה סולם הוא? הרי היתה לי נראה לי מחשבה אחת בשנה האחרונה, זה לא כמו אני חושב על זה כל כמה ימים בשנה האחרונה, או אני חושב על זה יום יום ללא הפסקה בשנה האחרונה.

עם כל הכבוד המשתנים האלו בפרט בהשוואה לאוכלוסיה אליה משווים שצריך להבין האם יש משהו לא בסדר איתה (מדוע רוצים דבר שהוא כיום נגיש ולא יוצא לפועל), הם לא איזו תועלת שגוברת על הנזקים הפיזיים האדירים שנוצרים כתוצאה מניתוחי סירוס אברי מין. עם כל הכבוד לזה שאכן יותר בריא לא לעשן טבק בשנה האחרונה, אין מה להשוות את זה לנזקי השחתת המערכת האנדוקרינולוגית של כריתת האשכים.

בנוסף יש לציין שהטווח שנמדד מלכתחילה היה קצר של החל משנתיים אחרי הניתוח שזה טווח קצר מדי מכדי לחוש את כל הנזקים הפיזיים והנפשיים כולל הנפשיים בעקבות הנזקים הפיזיים. אם נסכם: בחינה ביקורתית רואה נתונים מרקע ירוד ביותר (סקר אינטרנטי), בעיות מתודולוגיות של איגום נתונים בעלי מדרג שונה (למשל ניתוח נישוי קול וסירוס וכריתה לא אותו דבר), בדיקה החל מטווח קצר (החל משנתיים מביצוע הניתוח) ומשתנים מעוררי שאלות בנוגע לבדיקת בריאות הנפש בפרט בהעדר משתני מפתח כמו חרדה, דכאון, שימוש בסמים ועוד.

לאור כך להתרשמותי זה לא מחקר שצריך לתת לו משקל רב בהצדקת ניתוחים כגון סירוס וכריתה הן בשל האיכות המתודולוגית הירודה, והן בשל מיעוט המשתנים ורמת חשיבותם הקלינית של חלקם בתחום בריאות הנפש עם כל הכבוד, צימצום בעישון טבק זה לא סיבה לסרס ולכרות איברי מין. פחות מחשבות אובדניות באופן מובהק זה טוב, אבל כשנסיונות התאבדות הם לא פחותים באופן מובהק צריכה להדלק נורה בנוגע לטיב בדיקת המשתנים הללו. מצב בו פחות חושבים על התאבדות, אבל עדין מנסים להתאבד באותה מידה דהיינו ללא הבדל מובהק, הוא תמוה ויכול להצביע על בעיה נוספת באיכות הנתונים.

למיטיבי לכת, במאמר הבא יש עוד סקירה של כשלים והטיות של המדגם הספציפי הזה מ2015 שחורשים עליו ועד כמה הוא לא מייצג (הרבה אנשים סימנו 18 את הגיל באופן לא סביר סטטיסטית, יצוג יתר לגיל צעיר, ועוד הטיות דמוגרפיות):

אסיים בטענה של 'אבל המאמר עבר ביקורת עמיתים'!

למרבה הצער עם חדירת טרנסאקטיביסטים למערכות כתבי עת, מתקבלים שלל תוצאות ביזאריות. אפילו יצא ספר בנושא שתורגם לעברית 'תיאוריות ציניות' שמראה איך קבוצת חוקרים הטרילו כתבי עת במחקרים מונפצים בנושאים ביזארים והמחקרים התקבלו כי אידיאולוגית הם מצאו חן על ידי ה'עמיתים'. מי שמציג מדי פעם חשיפה של מחקרים מונפצים במיוחד הוא ד"ר קולין רייט, למשל אחד המחקרים האחרונים שהציג שעבר ביקורת עמיתים!

עסק ב

arosz, E. Loving the Brine Shrimp: Exploring Queer Feminist Blue Posthumanities to Reimagine the 'America's Dead Sea'. *J Agric Environ Ethics* **38**, 1 (2025).

Boross, B. Queering babies: (Auto)ethnographic reflections from a gay parent through surrogacy. *Psychoanal Cult Soc* (2024)

Stevens, N., & Doğan, A. L. (2025). Trans data epistemologies: Transgender ways of knowing with data. *Big Data & Society*, 12(4).

ולסיכום מחקר שעבר ביקורת עמיתים על גברים שנדמה להם לא רק שהם נשים, אלא שהם כלבות. למה לא. זה רמת ה'ביקורת עמיתים' כיום אחרי השחתה של טרנסאקטיביסטים של כתבתי עת.

Szpilka, J. (2025). What Puppygirls Know? The (in)Human Pedagogy of a Trans Feminine Style. *Australian Feminist Studies*, 1–24.

אם הטרילול הזה לא שכנע אתכם שביקורת עמיתים זה לא מה שהיה פעם קשה לי להאמין מה עוד נדרש...

בקיצור ממש כדאי להשתמש ביכולת ביקורת עצמאית על נתונים, כי חדירת טרנסאקטיביסטים למערכות כתבי העת המקצועיים השחיתה את היכולת לסמוך על התכנים.

כאמירה כללית, אני סבורה שצריך בפרט בתחום נתון למניפולציה פוליטית זה, ואדרבא כשמדובר בתעשיית "שינוי מין" שהתנפחה והתנפחה תוך מספר שנים לגלגל ביליוני דולרים בשנה, להתעמק בעיקר במחקרי רשומות רפואיות. אדרבא עם אוכלוסיה זו.

ככל שהתחילו להופיע רק בשנים האחרונות ממש יותר ויותר מחקרי רשומות רפואיות, רואים את הפער העצום בין הסקרים האינטרנטים לבין נתוני אמת מהרשומות.





לדעתי יש לחקור את הפערים הללו בפני עצמם, כי יש כאן פערים לא סבירים. למשל סקרים אינטרנטיים מצאו ש 41% ניסו חו"ח להתאבד, בזמן שבפועל מחקר שבדק התאבדויות בקרב כל הפונים למרפאת המגדר לנוער בבריטניה בין השנים 2010-2020 מצא 4 התאבדויות מכל הסיבות מתוך 15,000 פונים לאורך 11 שנים. זה 0.0003 מאוכלוסיה זו.^{xvii}

עכשיו ברור שנסיין התאבדות והתאבדות הם ממש לא אותו משתנה, אבל משתמשים בזה כדי להוות סוג של קירוב, כשנמצא פער של יותר מ 100,000 % (!!!!!) בין משתנים שאמורים להיות קירוב, זה מעלה שאלות בנוגע לדיווח העצמי בסקר האינטרנטי (כי את הדיווח על סמך רשומות רפואיות לא ניתן להטות באותה צורה).

או הדיווח העצמי על חשיפה לאלימות שהוא מאד גבוה, אבל כשבודקים את מה שאפשר לבדוק בפועל כמו רצח, רואים שזו אוכלוסיה שנרצחת משמעותית פחות לא רק כמותית אלא גם יחסית בהשוואה לקבוצות אחרות של גברים ולקבוצות של נשים. בנובמבר 2025 התפרסם^{xviii} שבמהלך השנה החולפת נרצחו סה"כ 281 אנשים עם טענות מגדר מכל הסיבות, רבים מהם נרצחו בזנות הומוסקסואלית בדרום אמריקה, שכן במערב הרצח נדיר ביותר. במקביל נרצחים כל שנה כ-470,000 איש. אם הם היו אחוז באוכלוסיה היה ניתן. לצפות ל-4700 רציחות בשנה. עשירית האחוז 470.

למעשה מחקר מפינלנד מצא שילדים מבולבלי מגדר נוטים להתברין יותר על הזולת באופן מובהק.^{xix} ואתר שאוסף נתוני פשיעה מבריטניה מצא אנומליה בה יש יותר רוצחים עם טענות מגדר מאשר נרצחים.^{xx}

אולי דיווחי היתר על אלימות קשורים גם לזה שאישיית נתקלתי בגברים טרנסיות מישראל שממשיגים את הפניה אליהם כגברים, מטעמי היותם גברים, כ"אלימות" "התעללות מתמשכת" ואפילו "ג'נוסייד".

בפועל אפשר למשל להשוות כמה גברים טרנסיות ו/או נשים טרנס נרצחו בישראל מאז קום המדינה לעומת כמה נשים, ועל אחת כמה וכמה כמה גברים. גם במדינות אחרות במערב ניתן לראות פערים דומים.

דוגמה נוספת לפערים זו הנטיה שנמצאה גם במחקר ליחס לעצמם מצבי "אינטרסקס" (מצב רפואי עובדתי נדיר של הפרעות במערכת המין, שבפועל מתחלקות להפרעות של זכרים והפרעות של נקבות) גם כשאין להם כלל מצבים אלו.^{xxi}

על פניו לאור הפער בין הדיווחים העצמיים לדיווחי הרשומות שבמקרים אלו עומדים על פערים חריגים ביותר באוכלוסיה זו, להתרשמותי זו אוכלוסיה שצריך לבדוק האם יש כאן נטיה לגוזמנות בדיווח העצמי שכדאי לתת עליה את הדעת ולבדוק היטב ובאופן שוטף רשומות רפואיות ופורמליות ללא הסתפקות רק בדיווח עצמי.

- ⁱ Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PloS one*, 6(2), e16885
- de Blok, C.J.M., Wiepjes, C.M., van Velzen, D.M., Staphorsius, A.S., Nota, N.M., Gooren, L.J.G., Kreukels, B.P.C. & den Heijer, M. (2021). Mortality trends over five decades in adult transgender people receiving hormone treatment: a report from the Amsterdam cohort of gender dysphoria. *The Lancet Diabetes & Endocrinology* 9
- ⁱⁱ Biggs, M. (2022) Suicide by Clinic-Referred Transgender Adolescents in the United Kingdom. *Arch Sex Behav* 51, 685–690
- ⁱⁱⁱ Swedish National Board of Health and Welfare (2020). Utvecklingen av diagnosen könsdysfori: Förekomst, samtidiga psykiatriska diagnoser och dödlighet i suicid. Socialstyrelsen.
- ^{iv} Ruuska, S. M., Tuisku, K., Holttinen, T., & Kaltiala, R. (2024). All-cause and suicide mortalities among adolescents and young adults who contacted specialised gender identity services in Finland in 1996–2019: a register study. *BMJ Ment Health*, 27(1)
- ^v Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PloS one*, 6(2), e16885
- ^{vi} Lewis, J. E., Patterson, A. R., Effrim, M. A., Patel, M. M., Lim, S. E., Cuello, V. A., ... & Lee, W. C. (2025). Examining gender-specific mental health risks after gender-affirming surgery: a national database study. *The Journal of Sexual Medicine*, 22(4), 645–651
- ^{vii} Dallas K, Kuhlman P, Eilber K, Scott V, Anger J, Reyblat P. MP04-20 RATES OF PSYCHIATRIC EMERGENCIES BEFORE AND AFTER GENDER AFFIRMING SURGERY. *Journal of Urology* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2025 Nov 19];206(Supplement 3):e74–5
- ^{viii} Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PloS one*, 6(2), e16885.
- ^{ix} Cohn, J. The Detransition Rate Is Unknown. *Archives of Sexual Behaviour* 52, 1937–1952
- ^x Bustos VP, Bustos SS, Mascaro A, Del Corral G, Forte AJ, Ciudad P, Kim EA, Langstein HN, Manrique OJ. Regret after Gender-affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence. *Plastic and Reconstruction Surgery Global Open*. 2021 Mar 19;9(3):e3477
- ^{xi} Christina M Roberts, David A Klein, Terry A Adirim, Natasha A Schvey, Elizabeth Hisle-Gorman, Continuation of Gender-affirming Hormones Among Transgender Adolescents and Adults, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Volume 107, Issue 9, September 2022, Pages e3937–e3943,
- ^{xii} Bachmann, C.J. et al. (2024). Gender identity disorders among young people in Germany: prevalence and trends, 2013–2022. An analysis of nationwide routine insurance data. *Dtsch Arzteb Int* (121), 370
- ^{xiii} Lewis, J. E., Patterson, A. R., Effrim, M. A., Patel, M. M., Lim, S. E., Cuello, V. A., ... & Lee, W. C. (2025). Examining gender-specific mental health risks after gender-affirming surgery: a national database study. *The Journal of Sexual Medicine*, 22(4), 645–651
- ^{xiv} Dallas K, Kuhlman P, Eilber K, Scott V, Anger J, Reyblat P. MP04-20 RATES OF PSYCHIATRIC EMERGENCIES BEFORE AND AFTER GENDER AFFIRMING SURGERY. *Journal of Urology* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2025 Nov 19];206(Supplement 3):e74–5
- ^{xv} Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PloS one*, 6(2), e16885.
- ^{xvi} Olsen Kennedy et al. (2025). Mental and Emotional Health of Youth after 24 months of Gender-Affirming Medical Care Initiated with Pubertal Suppression. medRxiv 2025.05.14.25327614
- ^{xvii} Biggs, M. (2022) Suicide by Clinic-Referred Transgender Adolescents in the United Kingdom. *Arch Sex Behav* 51, 685–690
- ^{xviii} <https://www.tgeu.org/trans-murder-monitoring/>
- ^{xix} Heino, E., Ellonen, N., & Kaltiala, R. (2021). Transgender identity is associated with bullying involvement among Finnish adolescents. *Frontiers in psychology*, 11, 612
- ^{xx} <https://transcrimeuk.com/>
- ^{xxi} Cadet P. Intersex Pretenders. *Arch Sex Behav*. 2024 May;53(5):1667–1679