

## همبستگی حمایت اجتماعی با عملکرد جنسی در مردان دچار اختلال هویت جنسی بعد از عمل جراحی تغییر جنسیت

سمیه فلاح<sup>۱</sup>، ماهرخ دولتیان<sup>۲\*</sup>، سید مهدی صابری<sup>۳</sup>، حمید علوی مجد<sup>۴</sup>، علیرضا جباری<sup>۵</sup>، زهره محمودی<sup>۶</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

<sup>۲</sup> استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

<sup>۳</sup> استادیار، مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی، تهران، ایران

<sup>۴</sup> استاد، گروه آمارزیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

ایران

<sup>۵</sup> رزیدنت روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

<sup>۶</sup> استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

\* نویسنده مسئول: ماهرخ دولتیان، استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، ایران. ایمیل:

m.dolatian@sbm.ac.ir

DOI: 10.21859/jhpm-05042

### چکیده

**مقدمه:** تبدیل خواهی جنسی (Conversion of Sex) در ایران نیز همانند سایر نقاط جهان به عنوان یک مشکل بزرگ پزشکی-اجتماعی مطرح است. اغلب فرهنگ‌ها فرآیند تغییر جنسیت به عنوان موضوعی در حوزه مطالعات جنسیت را کمتر مورد توجه قرار گرفته است. پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی حمایت اجتماعی با عملکرد جنسی در مردان دچار اختلال هویت جنسی بعد از عمل جراحی تغییر جنسیت در استان تهران انجام گردید.

**روش کار:** در این مطالعه توصیفی-همبستگی، جمعیت مورد مطالعه شامل ۸۵ نفر از مردان تراجنسیتی واجد شرایط مراجعه کننده به دی کلینیک میرداماد تهران سال ۹۲ به روش نمونه گیری از نوع در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل سه پرسشنامه جمعیت شناختی، "شاخص عملکرد جنسی زنان" (Female Sexual Function Index) و "مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی درک شده" (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) بود. روایی محتوا توسط ۱۰ تن از اعضاء هیئت علمی و پایایی از طریق آزمون مجدد تأیید شد. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری اس پی اس اس نسخه ۱۷ مورد تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** شیوع کلی اختلال عملکرد جنسی ۸۴ درصد و بیشترین فراوانی در حیطه‌ها مربوط به حیطه درد ۷۷ درصد و ارگاسم ۵۳ درصد مردمانی که تغییر جنسیت داده‌اند، می‌باشد. همچنین ۵۱/۸ درصد افراد از حمایت اجتماعی پایینی برخوردار بودند و در بین ابعاد میانگین حمایت اجتماعی از سوی خانواده بیشتر بوده است (۵۲/۳).

**نتیجه‌گیری:** مردان تراجنسیتی از حمایت اجتماعی و عملکرد جنسی پایینی بعد از جراحی برخوردار بودند. لذا آگاهی از امکان اختلال عملکرد جنسی قبل از عمل به بیماران توصیه می‌شود.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۶/۰۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۳/۲۵

### واژگان کلیدی:

اختلال هویت جنسی

اختلال عملکرد جنسی

حمایت اجتماعی

جراحی تغییر جنسیت

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

### مقدمه

آن‌ها در مجموع در واکنش به اعضای تناسلی نوزاد پدیدار می‌شوند.

نقش جنسی (Gender Role)، الگوی رفتار ظاهری است که بازتاب احساس درونی فرد می‌باشد، مبنی بر اینکه من مذکر یا مؤنث هستم [۱]. افراد تراجنسیتی (Transgendered People) از بدو شناخت خود از سنین زیر سه سال رفتارها و گرایشات جنس مخالف خود را از خود بروز می‌دهند و

هویت جنسی (Gender identity) یک حالت روانشناختی است که نمایانگر احساس فرد از مذکر یا مؤنث بودن خود می‌باشد و در حالت طبیعی با جنسیت تشریحی (آناتومیک) فرد منطبق است. هویت جنسی اکثر افراد تا سن ۲-۳ سالگی خود را نشان می‌دهد. پیدایش هویت جنسی حاصل تعداد بیشماری از عوامل برگرفته از والدین و فرهنگ است که خود

شده است، اما رفتار حمایتگرانه خانواده در میزان سلامت و امنیت روانی آنان مؤثر است [۷].

در اغلب موارد رفتار والدین با افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی در ایران در ۳۰ درصد موارد حمایتگرانه است. اما در ۱۰ درصد موارد والدین اهمیت به موضوع نمی‌دهند و یا به راحتی آن را نادیده می‌گیرند. اما در ۷۰ درصد موارد، والدین برخوردی توأم با عصبانیت و سرکوب دارند یا از شنیدن تقاضای فرزندشان برای تغییر جنسیت غمگین می‌شوند [۸]. از این رو عدم حمایت اجتماعی در این افراد در حیطه عاطفی (درک کردن، محبت ورزیدن، طرد نشدن از طرف خانواده)؛ حیطه ارزیابی (کمک به فرد به منظور درک و مقابله بهتر این رویداد تنش‌زا)؛ حیطه مادی (کمک مالی یا کالایی)؛ حیطه اطلاعاتی (اطلاعاتی که در زمینه بیماری به فرد داده می‌شود) و حیطه هیجانی (اطمینان بخشی و یا دلگرمی دادن به فرد)، آن‌ها را با مسائل و مشکلات متعدد اجتماعی، خانوادگی و فردی مواجه می‌کند [۹].

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت سه بعد جسمانی، روانی و اجتماعی دارد و تغییر در هر یک از این ابعاد موجب تأثیر بر سایر ابعاد می‌شود [۱۰]. یکی از جنبه‌های مهم مفهوم سلامت، سلامت روان است [۱۱] و در این میان سلامت جنسی نه تنها نشانه‌ای از سلامت روانی است، بلکه اختلال در آن سلامت بدنی را نیز به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. سازمان بهداشت جهانی، بهداشت جنسی را یکپارچگی و هماهنگی میان ذهن، احساس و جسم می‌داند که منجر به ایجاد ارتقاء شخصیت در زمینه‌های اجتماعی و عقلانی انسان شده و سبب بروز عشق می‌شود. لذا هرگونه اختلال که منجر به ناهماهنگی و در نتیجه عدم رضایت از رابطه جنسی شود، می‌تواند اختلال عملکرد جنسی را به همراه داشته باشد [۱۲]. عوامل فیزیکی، فیزیولوژیکی، فرهنگی، مذهبی، عوامل بین فردی و عوامل فردی نظیر پذیرش هویت جنسی و سن بر روی عملکرد جنسی و رضایتمندی جنسی مؤثر است. فقدان سلامت ذهنی از جنسیت یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی دیسترس جنسی در نمونه آماری جامعه آمریکای شمالی بود. یکی از مطالعات نشان داده است که بین کاهش علاقه جنسی و گزارش احساسات روانی و عاطفی منفی توسط خود بیمار (شامل اعتماد به نفس کم، احساس ناامنی و عدم پذیرش نقش جنسیتی) ارتباط وجود دارد [۱۳]. در زمینه شیوع این بیماری آمار دقیقی در دست نیست، اما به نظر می‌رسد در میان مردان شایعتر است، بطوریکه نسبت بیماران مرد به زن ۳ تا ۵ به ۱ گزارش شده است. آخرین آمارها نشانگر شیوع ۱ در ۳۰ هزار نفر مردان و ۱ در ۱۰۰ هزار نفر زنان در اروپا

با وجودی که هیچ‌گونه اختلالی در جسم آن‌ها مشاهده نمی‌شود. عمیقاً احساس می‌کنند که در کالبدی اشتباه متولد شده‌اند و جنسیت حقیقی آن‌ها با آنچه که هستند متفاوت است [۲]. بدین ترتیب، پسر بچه‌هایی که دچار اختلال هویت جنسی هستند، گرایش به بازی‌های دخترانه و لباس‌های دخترانه دارند و رفتارهای دخترانه از خود نشان می‌دهند. همچنین دختر بچه‌های دچار این اختلال نیز حرکات و رفتارهای پسرانه دارند و از انجام کارها و بازی‌های دخترانه امتناع می‌کنند [۳].

پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (5th Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) اختلال هویت جنسی را ملال جنسی (Gender Dysphoria) تعریف می‌کند. اما نه به عنوان یک اختلال روانی بلکه به عنوان یکی از حالت‌های غیر معمول روان انسان که نیازمند به مداخلات جدی روانپزشکی به منظور تطبیق بهتر فرد با محیط است [۱]. هویت جنسی، به طور کلی، از طریق فرآیند یادگیری شکل می‌گیرد. این یادگیری در مرحله اول در خانه رخ می‌دهد و بعد از ورود فرد به محیط بیرون از خانه، مثل مدرسه و سایر نهادها ادامه می‌یابد. بنابراین، طی این فرآیند، هر فرد نقش‌های جنسیتی متناسب با جنس خود را یاد می‌گیرد و از این رو در بیشتر موارد جنس فرد، یعنی ویژگی‌های جسمی، با جنسیت او، یعنی شیوه رفتاری که جامعه از او به عنوان زن یا مرد انتظار دارد، هماهنگ است. اما در موارد نادری این تناسب به هم می‌خورد و فرد دچار اختلال هویت جنسی می‌شود [۳]. مطالعه Pierce و همکاران حاکی از این است که حمایت ارتباطی و اجتماعی والدین، با هویت پیش‌رس بالاتر رابطه مثبت دارد [۴]. نتایج پژوهش Sartor نیز موید این است که حمایت اجتماعی والدین، سبب جستجوی هویت در نوجوانان می‌شود [۵]. نجاریپور استادی در مطالعه‌ای که به بررسی رابطه جو عاطفی خانواده و حمایت اقتصادی اجتماعی بر شکل‌گیری هویت جوانان انجام داد، نشان داد بین متغیرهای جو عاطفی خانواده، حمایت اقتصادی-اجتماعی و شکل‌گیری هویت، همبستگی معنی‌داری وجود دارد [۶]. از طرفی، نتایج مطالعه Tavassoli و همکاران نشان داد خانواده تنها می‌تواند تأثیر موقت بر هویت جوانان داشته باشد و حضور خانواده‌ها، عمدتاً تغییری در وضعیت موجود ایجاد نمی‌کند. در جریان پژوهش با تعدادی از افراد تراجنسیتی (کسانی که تغییر جنسیت داده‌اند) که خانواده‌های خوبی داشتند مصاحبه گردید و آن‌ها بیان نمودند که از حمایت خانواده برخوردارند، ولی به تعویق انداختن تغییر جنسیت، سبب فشار عصبی و روانی

تراجنسیتی که حداقل ۱ سال از عمل جراحی تغییر جنسیت آن‌ها گذشته بوده و متأهل بودند و جهت معاینات دوره‌ای یا سایر خدمات، به دی کلینیک میرداماد تهران مراجعه نمودند، به روش در دسترس انتخاب شدند. برای جمع آوری داده‌ها از سه ابزار استفاده شد.

ابزار اول پرسشنامه جمعیت شناختی بود که سوالاتی در زمینه مشخصات فردی جمعیت مورد مطالعه، از قبیل سن، جنس، سطح تحصیلات، میزان درآمد و... را شامل می‌شد. جهت تعیین روایی پرسشنامه جمعیت شناختی از روایی محتوی استفاده شد بدین صورت که نظر ۱۰ تن از مدرسین دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز پزشکی قانونی تهران و مرکز روانشناسان بالینی بیمارستان طالقانی استفاده گردید و بر اساس پیشنهادات پرسشنامه اصلاح گردید. برای تعیین پایایی از روش باز آزمون استفاده شد پرسشنامه به ده نفر از نمونه‌ها داده شد و بعد از یک هفته مجدد پرسشنامه‌ها تکمیل گردید. ضریب همبستگی بین دو مورد سنجش ۰/۹۵ به دست آمد.

ابزار دوم، "مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی درک شده" (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) بود. این پرسشنامه را Zimet و همکاران در سال ۱۹۸۸ به منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی فرد طراحی کردند. این مقیاس، شامل ۱۲ گویه است که سه بعد حمایت ادراک شده از سوی خانواده (۴ گویه)، حمایت ادراک شده از سوی افراد مهم یا آشنایان (۴ گویه)، و حمایت ادراک شده از سوی دوستان (۴ گویه) می‌باشد. همه گویه‌های این مقیاس، بر اساس یک طیف ۷ درجه‌ای (کاملاً موافق، موافق، تا حدودی موافق، نظری ندارم، کاملاً مخالف، مخالف و تا حدودی مخالف) درجه بندی شدند [۱۹]. دامنه نمرات این مقیاس، ۱۲ الی ۸۴ بوده است. سلیمی و همکاران در سال ۲۰۰۹ در جمعیت دانشجویی به تعداد ۴۳۶ نفر در ایران، ضریب پایایی این ابزار را به روش آلفای کرونباخ در هر یک از سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ ذکر نموده‌اند [۲۰].

در مطالعه حاضر، جهت تعیین روایی "مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده" از روایی محتوی استفاده شد. بدین صورت که نظر ۱۰ تن از مدرسین دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز پزشکی قانونی تهران و مرکز روانشناسان بالینی بیمارستان طالقانی استفاده گردید و بر اساس پیشنهادات مقیاس اصلاح گردید. برای تعیین پایایی از روش باز آزمون استفاده شد. مقیاس به ۱۰ تن از نمونه‌ها داده شد و بعد از

می‌باشد [۱]. اکثر تخمین‌های شیوع، بر پایه تعداد کسانی که در جستجوی جراحی برای تغییر جنسیت می‌آیند متکی است. در ایران نیز همانند سایر نقاط جهان آمار دقیقی در مورد بیماری تراجنسیتی وجود ندارد، چون روش دقیقی برای شمارش این بیماران طراحی نشده است و همه این بیماران به مراکز درمانی جهت معالجه مراجعه نمی‌کنند [۸].

با اینکه بررسی‌ها نشان دهنده وجود نقش عوامل زیست شناختی و روانشناختی در اختلال هویت جنسی هستند، هیچ نوع دارویی برای درمان این اختلال در دسترس نیست و درمان به کمک تجویز هورمون و انجام عمل برای جراحی تغییر جنسیت تنها درمان‌های روانپزشکی شناخته شده برای این اختلال هستند. مطالعات در مورد نتایج درمان جراحی، برحسب تعریف موفقیت و نحوه ارزیابی آن بسیار متغیر است (موفقیت در رابطه جنسی و رضایت از تصویر بدنی). نتایج مطالعه‌ای بر روی ۱۲۷ بیمار تغییر جنسیت یافته مرد به زن در زمینه بررسی حساسیت تناسلی بعد از جراحی تغییر جنسیت، نشان داد که ۸۵ درصد بیماران ارگاسم را تجربه کرده‌اند [۱۴]. نتایج مطالعه دیگری که به بررسی کیفیت زندگی و عملکرد جنسی بعد از جراحی روی ۱۰۹۳ بیمار تراجنسیتی مرد به زن پرداخت، به ترتیب ۷۸،۸۰، ۷۲ درصد بهبود علائم روانی، کیفیت زندگی و عملکرد جنسی را نشان داد [۱۵]. نتایج بررسی که روی ۱۸ مرد به زن تغییر جنسیت یافته به منظور بررسی تأثیر عمل جراحی انجام شده بود، ۸۳ درصد تجربه جنسی بهبود یافته را نشان داد. در حالیکه ۷۳/۷ درصد افراد هیچ تفاوتی در زمینه بهبود روابط و حمایت اجتماعی، خانوادگی ذکر نکردند [۱۶]. در حالیکه در مطالعه دیگری که بر روی ۱۴۸ بیمار تراجنسیتی انجام گرفته بود، کیفیت زندگی و عملکرد جنسی بطور معنا داری پایین گزارش شده بود [۱۷]. در مطالعه دیگری بر روی ۱۶۳ تراجنسیتی Transsexual که ۲/۵ سال از عمل جراحی آن‌ها گذشته بود، بطور متوسط احساس عدم تناسب بین جنسیت آناتومیکی و هویت جنسی بیماران از بین رفته و از نظر خلقی تا ۶۴ درصد افراد بسیار راضی ارزیابی شدند. شکایت عمده اکثر آنان مربوط به برخوردهای اجتماعی و عدم حمایت بود [۱۸]. پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی عملکرد جنسی با حمایت اجتماعی در زنان دچار اختلال هویت جنسی، بعد از عمل جراحی تغییر جنسیت در استان تهران انجام گردید.

## روش کار

در این پژوهش توصیفی-همبستگی با توجه محدودیت در دسترسی به جامعه آماری بیماران تراجنسیتی، ۸۵ نفر از مردان

مرکز پزشکی قانونی تهران و مرکز روانشناسان بالینی بیمارستان طالقانی استفاده گردید و بر اساس پیشنهادات پرسشنامه اصلاح گردید. برای تعیین پایایی از روش باز آزمون استفاده شد. پرسشنامه به ۱۰ نفر از نمونه‌ها داده شد و بعد از یک هفته مجدد پرسشنامه‌ها تکمیل گردید. ضریب همبستگی بین دو مورد سنجش ۰/۹۷ به دست آمد. در این مطالعه، نمونه پژوهش شامل ۸۵ نفر از مردان تراجنسیتی مراجعه‌کننده به کلینیک جراحی واحد میرداماد تهران (دی کلینیک) بود که مشخصات واحدهای مورد پژوهش را دارا بودند. تعداد نمونه با استفاده از فرمول زیر ۸۵ نفر تعیین شد.

$$n \geq \left[ \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})}{[1+r] \quad [1-r]} \right]$$

$$0.30 = r$$

$$1.96 = z_{\frac{\alpha}{2}} \quad z_{\leq 0.05} = \alpha$$

$$0.84 = z_{\beta-1} \quad z_{\leq 0.80} = \beta - 1$$

برای جمع آوری داده‌ها، پژوهشگر پس از دریافت معرفی‌نامه از مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی و اخذ مجوز از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و کسب اجازه از سازمان پزشکی قانونی به دی کلینیک میرداماد تهران مراجعه نمود. پس از معرفی خود و پژوهش و اهمیت آن برای مسئول مرکز، جهت انجام پژوهش از بین بیماران تراجنسیتی مراجعه‌کننده دریافت خدمات و معاینات دوره‌ای که افرادی که سواد خواندن و نوشتن داشته و دارای ملیت ایرانی بوده و حداقل یک سال از عمل جراحی، آنان گذشته باشد، را انتخاب نمود. به کلیه نمونه‌ها توضیحات کافی پیرامون پژوهش و ذکر هدف از اجرای آن داده شد و از آنان رضایت کتبی گرفته شد و به نمونه‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد بود و نیازی به نوشتن نام آن‌ها نیست. سپس در محیطی امن و کم صدا، پرسشنامه‌ها در اختیار نمونه مورد پژوهش قرار داده شد و در حضور پژوهشگر تکمیل گردید.

جهت محاسبه میانگین، انحراف معیار، توزیع فراوانی مطلق و نسبی از آمار توصیفی استفاده شد و نتایج به صورت جدول تنظیم شد. برای آنالیز داده‌ها، از آزمون‌های کای-دو و دقیق فیشر برای مقایسه داده‌های اسمی دو حالت، برای مقایسه داده‌های کمی پیوسته از آزمون تی مستقل و متغیرهای رتبه‌ای از آزمون من-ویتنی و برای تعیین اثر همزمان متغیرهای مورد نظر بر متغیر پاسخ از رگرسیون لوجستیک و رگرسیون خطی استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری اس پی اس نسخه 17 استفاده شد.

یک هفته مجدد مقیاس‌ها تکمیل گردید. ضریب همبستگی بین دو مورد سنجش ۰/۹۳ به دست آمد.

ابزار سوم، "شاخص عملکرد جنسی زنان" (Female Sexual Function Index) با ۱۹ سؤال ۵ گزینه‌ای بود که وضعیت میل جنسی، برانگیختگی، اوج لذت جنسی (ارگاسم)، درد جنسی، نرم شدن دستگاه تناسلی و رضایتمندی جنسی آنان را می‌سنجد. پاسخ نمونه‌ها به هر یک از پرسش‌ها در یک طیف پنج درجه‌ای جهت ۸ پرسش با گزینه‌های (همیشه یا تقریباً همیشه، تا صفر به معنی بدون فعالیت جنسی) و جهت سه سؤال با گزینه‌های (خیلی بالا، تا صفر به معنی بدون فعالیت جنسی) و جهت سه سؤال با گزینه‌های (به شدت دشوار و غیرممکن، تا صفر به معنی بدون فعالیت جنسی) و جهت چهار سؤال با گزینه‌های (خیلی راضی، تا صفر به معنی بدون فعالیت جنسی) و جهت یک سؤال با گزینه‌های (اطمینان خیلی بالا، تا تقریباً هیچ) مشخص شد. سؤالات حیطة میل، انگیزش جنسی، رطوبت جنسی، ارگاسم، درد جنسی و رضایتمندی جنسی را می‌سنجید. نمره سؤالات در حیطة میل بین (۵-۱) می‌باشد که در ضریب ۰/۶ ضرب می‌شود و حداقل آن ۱/۲ و حداکثر ۶ می‌باشد. نمره سؤالات در حیطة انگیزش و رطوبت (۵-۰) می‌باشد که در ضریب ۰/۳ ضرب می‌شود و حداقل آن صفر و حداکثر ۶ می‌باشد و نمره سؤالات در حیطة رضایتمندی جنسی درد و ارگاسم (۵-۰) بوده که در ضریب ۰/۴ ضرب می‌شود و حداقل آن صفر و حداکثر ۶ می‌باشد. با جمع کردن نمره شش حیطة، نمره کل بدست برای هر یک از آزمودنی‌ها بین (۳۶-۰) قرار می‌گیرد، افرادی که نمره کمتر از ۲۸ را کسب کردند به عنوان افراد دچار اختلال عملکرد جنسی محسوب شدند. لازم به یادآوری است به جای واژه لوبریکاسیون از واژه نرم شدن دستگاه تناسلی و به جای واژه ارگاسم از عبارت اوج لذت جنسی و به جای واژه تهییج جنسی، از واژه سرحال آمدن در پرسشنامه استفاده گردید تا نمونه‌ها از نظر برداشت معانی دچار اشکال نگردند.

محمدی و حیدری در مطالعه خود "شاخص عملکرد جنسی زنان" را ترجمه و ترجمه مجدد از زبان مبدأ (انگلیسی) به زبان فارسی انجام دادند. نتایج نشان داد که "شاخص عملکرد جنسی زنان" ابزاری روا می‌باشد. بعلاوه، همبستگی درونی سؤالات کل مقیاس ۰/۸۵ بود که حاکی از پایایی خوب این ابزار است. بنابراین، نسخه فارسی "شاخص عملکرد جنسی زنان" یک ابزار روا و پایا جهت ارزیابی عملکرد جنسی زنان است. در مطالعه حاضر، جهت تعیین روایی "شاخص عملکرد جنسی زنان" از روایی محتوا استفاده شد. بدین صورت که نظر ۱۰ تن از مدرسین دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی،

**یافته‌ها**

۵ سال و زمان احساس مشکل یا بیماری (۴۷/۱ درصد)، بین ۵-۱۰ سالگی بوده است. ۴۰ درصد نمونه‌ها رتبه دوم تولد را در خانواده داشتند و میانگین تعداد فرزندان خانواده نمونه‌ها  $2/9 \pm 1/4$  بود. وضعیت شغلی آزمودنی‌ها بعد از عمل در  $50/6$  درصد موارد بدتر شده بود. بر اساس نتایج  $84/7$  درصد نمونه‌ها دارای اختلال عملکرد جنسی بودند. جدول ۱ میزان اختلال در هر یک از حیطه‌های عملکرد جنسی نمونه‌ها را نشان می‌دهد.

تصویر ۱ وضعیت حمایت اجتماعی را در نمونه‌های مورد بررسی نشان می‌دهد. نمودار نشان دهنده این است که بیشتر افراد ( $51/8$  درصد)، از حمایت اجتماعی پایینی برخوردار بوده‌اند و فقط  $3/5$  درصد از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار بودند.

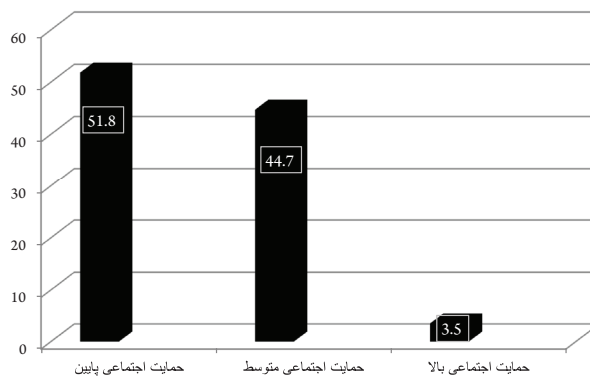
نتایج نشان داد که میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش  $34/5 \pm 7/78$  بود. بیشترین سطح تحصیلات نمونه‌ها ( $36/5$  درصد) دیپلم و والدین آن‌ها، پدر ( $42/4$  درصد) دیپلم و مادر ( $41/8$  درصد) دیپلم بودند. بیشترین شغل آزمودنی‌ها ( $29/5$  درصد) آزاد و شغل والدین آن‌ها، پدر ( $34/1$  درصد) کارگر و مادر ( $63/5$  درصد) خانه دار بود. درآمد ماهیانه اکثر نمونه‌ها ( $54/2$  درصد) کمتر از ۷ میلیون ریال بود. اکثر نمونه‌ها ( $71/8$  درصد) در شهر زندگی می‌کردند. اکثر آزمودنی‌ها ( $55/3$  درصد) دارای منزل شخصی بودند و بیشترین متراژ منزل آن‌ها ( $49/4$  درصد) بین ۷۰ تا ۱۰۰ متر مربع بود. فاصله مدت زمان گذشته از عمل بیشتر نمونه‌ها ( $49/5$  درصد)، کمتر از

جدول ۱: توزیع فراوانی و برآورد فاصله‌های شیوع اختلال در هر یک از حیطه های عملکرد جنسی در واحدهای پژوهش			
اختلال عملکرد جنسی	فراوانی	درصد	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای شیوع اختلال
<b>حیطه میل</b>			
اختلال دارد	۲۵	۲۹/۴	(۰/۱۹ - ۰/۳۹)
اختلال ندارد	۶۰	۷۰/۶	
<b>حیطه انگیزش</b>			
اختلال دارد	۲۶	۳۰/۶	(۰/۲۰ - ۰/۴۰)
اختلال ندارد	۵۹	۶۹/۴	
<b>حیطه رطوبت</b>			
اختلال دارد	۲۷	۳۱/۸	(۰/۲۱ - ۰/۴۲)
اختلال ندارد	۵۸	۶۸/۲	
<b>حیطه ارگاسم</b>			
اختلال دارد	۴۶	۵۴/۱	(۰/۴۳ - ۰/۶۴)
اختلال ندارد	۳۹	۴۵/۹	
<b>حیطه رضایتمندی</b>			
اختلال دارد	۲۲	۲۵/۹	(۰/۱۶ - ۰/۳۵)
اختلال ندارد	۶۳	۷۴/۱	
<b>حیطه درد</b>			
اختلال دارد	۶۶	۷۷/۶	(۰/۶۸ - ۰/۸۶)
اختلال ندارد	۱۹	۲۲/۴	
<b>اختلال عملکرد جنسی کل</b>			
اختلال دارد	۷۲	۸۴/۷	(۰/۷۷ - ۰/۹۲)
اختلال ندارد	۱۳	۱۵/۳	

سوی خانواده از بیشتر از حمایت اجتماعی از سوی دوستان و آشنایان بود (۵۳/۳). جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین نمره حمایت اجتماعی در هیچ یک از حیطه‌ها در دو گروه از مردان با اختلال عملکرد و بدون اختلال تفاوت معنی‌داری ندارد.

**جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد حمایت اجتماعی واحدهای پژوهش در مردان تراجنسی**

میانگین (+۱۰۰-)	انحراف معیار	
۵۳/۳	۲۸/۸	حمایت اجتماعی از سوی خانواده
۴۶/۱	۱۸/۷	حمایت اجتماعی از سوی دوستان
۴۷/۶	۲۸/۲	حمایت اجتماعی از سوی آشنایان
۴۹	۱۵/۶	حمایت اجتماعی کل



تصویر ۱: وضعیت حمایت اجتماعی واحدهای پژوهش در مردان تراجنسی

جدول ۲ میزان حمایت اجتماعی در مردان تراجنسی در ابعاد مختلف را نشان می‌دهد. میانگین حمایت اجتماعی از

**جدول ۳: توزیع فراوانی و مقایسه میانگین حمایت اجتماعی در دو گروه دارا و بدون اختلال در هر یک از حوزه‌های عملکرد جنسی در مردان تراجنسی**

نتیجه آزمون تی	میانگین	انحراف معیار	بالا		متوسط		پایین		حیطه میل
			فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد			
۰/۲۷	۱۷/۱	۴۶/۲	۸	۲	۳۲	۸	۶۰	۱۵	اختلال دارد
			۱/۷	۱	۵۰	۳۰	۴۸/۳	۲۹	اختلال ندارد
			<b>حیطه انگیزش</b>						
۰/۶۶	۱۶/۲	۴۷/۹	۷/۷	۲	۳۴/۶	۹	۵۷/۷	۱۵	اختلال دارد
			۱/۶	۱	۴۹/۲	۲۹	۴۹/۲	۲۹	اختلال ندارد
			<b>حیطه رطوبت</b>						
۰/۲۸	۱۶	۴۶/۴	۷/۴	۲	۲۹/۶	۸	۶۳	۱۷	اختلال دارد
			۱/۴	۱	۵۱/۷	۳۰	۴۶/۶	۲۷	اختلال ندارد
			<b>حیطه ارگاسم</b>						
۰/۲	۱۵/۹	۴۴/۳	۶/۵	۳	۲۳/۹	۱۱	۶۹/۶	۳۲	اختلال دارد
			۰	۰	۶۹/۲	۲۷	۳۰/۸	۱۲	اختلال ندارد
			<b>حیطه رضایتمندی</b>						
۰/۰۹	۱۴/۷	۴۴/۴	۴/۵	۱	۲۷/۳	۶	۶۸/۲	۱۵	اختلال دارد
			۳/۲	۲	۵۰/۸	۳۲	۴۶	۲۹	اختلال ندارد
			<b>حیطه درد</b>						
۰/۴۲	۱۴/۵	۴۸/۳	۳	۲	۴۴	۲۹	۵۳	۳۵	اختلال دارد
			۵/۲	۱	۴۴/۷	۹	۴۷/۴	۹	اختلال ندارد
			<b>اختلال عملکرد کلی</b>						
۰/۱	۱۵	۴۷/۳	۴/۲	۳	۳۸/۹	۲۸	۵۶/۹	۴۱	اختلال دارد
			۰	۰	۷۶/۹	۱۰	۲۳/۱	۳	اختلال ندارد

جدول ۴: نتیجه مدل رگرسیون خطی اثر متغیرهای جمعیت شناختی و اختلال عملکرد جنسی بر حمایت اجتماعی در مردان تراجنسیتی					
متغیر	ضریب رگرسیون استاندارد نشده	انحراف معیار	ضریب استاندارد	P value	فاصله اطمینان ۹۵ درصد
سن	-۰/۳۲	۰/۱۵	۰/۲۳	۰/۰۳	-۰/۶۳، -۰/۰۱
وضعیت شغلی	- ۱/۷	۲/۳	۰/۰۷	۰/۰۰۱	-۳/۰۱ - ۶/۴
درآمد	-۳/۷۶	۱/۴۱	-۰/۲۶	۰/۰۰۹	-۶/۵۸، -۰/۹۵
اختلال عملکرد جنسی	۰/۱۹	۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۱۵	-۰/۰۷ - ۰/۴۶

گفت احتمالاً مسائل فرهنگی، تربیتی و اجتماعی زنان ایرانی مانع از این باشد که به راحتی نارضایتی جنسی خود را مطرح نمایند و حتی ممکن است معنی رضایتمندی جنسی را درک نکرده باشند و اینکه چه موقع رضایتمندی جنسی حاصل می‌شود بطوریکه رضایتمندی از تصویر ذهنی بدنی بعد از انتقال جنسیت و قرار گرفتن در جنسیت دلخواه و ایفای نقش به عنوان زن و بطور خلاصه انطباق پیدا کردن تصویر ذهنی با جنسیت موجب رضایتمندی شده باشد. همین مسئله می‌تواند دلایل اختلاف آمار میزان رضایتمندی در مطالعات ایران و سایر کشورها باشد.

براساس یافته‌های پژوهش اکثر واحدهای پژوهش از حمایت اجتماعی پایینی برخوردار بوده‌اند (۵۱/۸ درصد) و میانگین حمایت اجتماعی از سوی خانواده در بین ابعاد بیشتر بوده است (۵۳/۳±۲۸/۸) و بیشتر افراد تنها (۳۸/۸ درصد) یا با خانواده (۳۴/۲ درصد) زندگی می‌کردند. Davey و همکاران در مطالعه مورد-شاهدی خود نشان دادند اکثر نمونه‌ها از حمایت اجتماعی پایینی برخوردار بودند و تنها با دوستان زندگی می‌کردند و نمرات در بعد خانواده از گروه شاهد کمتر بود [۲۶]. در پژوهش Jokić-Begić و همکاران، ۶۸ درصد نمونه‌ها همراه خانواده زندگی می‌کردند و از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار بودند [۲۷]. Klineberg و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که حمایت اجتماعی به طور مستقل می‌تواند در ارتقای سلامت روان مؤثر باشد [۲۸]. Stice و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که حمایت از سوی والدین در مقایسه با حمایت از سوی همسالان اثربخشی بیشتری دارد، هر چند که حمایت همسالان نیز در کاهش افسردگی مؤثر بوده است [۲۹].

در مطالعه حاضر مشخص شد که با افزایش میزان حمایت اجتماعی ادراک شده به ویژه از سوی خانواده، میزان رضایت از زندگی نیز افزایش می‌یابد که این یافته با مطالعه Karademas همخوانی دارد. نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی بارضایت از زندگی همبستگی مستقیم دارد [۳۰]. نتایج رگرسیون لجستیک نیز شانس رخداد اختلال عملکرد

جدول ۴ نشان می‌دهد به ازای هر یکسال افزایش سن، نمره حمایت اجتماعی بطور متوسط به اندازه ۰/۳۲ کاهش می‌یابد ( $P = ۰/۰۳$ ). نمره حمایت اجتماعی افرادی که درآمد بالای ۷۰۰ هزار تومان داشتند، بطور متوسط حدود ۴ نمره کمتر بود ( $P = ۰/۰۰۹$ ). از طرفی نمره حمایت اجتماعی افرادی که وضعیت شغلی بدتر داشتند به طور متوسط حدود ۲ نمره پایین‌تر از افرادی بود که وضعیت شغلی بهتری داشتند ( $P = ۰/۰۰۰۱$ ). بین اختلال عملکرد جنسی با حمایت اجتماعی همبستگی وجود نداشت.

#### بحث

بر اساس یافته‌های این پژوهش بیش از نیمی از نمونه‌ها دارای اختلال عملکرد جنسی بودند و حیطة درد و ارگاسم شایعترین و حیطة رضایتمندی کمترین شیوع را داشت. در مطالعه Johansson و همکاران رضایت جنسی در حد ۸۶ درصد و بهبود عملکرد جنسی در حد ۷۰ درصد ارزیابی شده بود [۲۱]. در مطالعه Wierckx و همکاران بیشترین شیوع اختلال در حیطة تمایل بدست آمد [۲۲]. نتایج پژوهش Salvador و همکاران ۸۸ درصد بهبود کیفیت تجربه جنسی رانشان داد [۲۳]. نتایج پژوهش Lief & Hubschman اختلال ارگاسم و درد، به ترتیب در ۷۷ درصد و ۶۴ درصد از نمونه‌ها ارزیابی شد، رضایت جنسی ۸۸ درصد بهبود یافته بود و در مجموع ۷۷ درصد نمونه‌ها دچار اختلال عملکرد جنسی بودند که با پژوهش حاضر همسو می‌باشد [۲۴]. پژوهش Amidu و همکاران در مورد ارتباط قوی بین میزان بالای عملکرد جنسی با رضایتمندی جنسی و تصویر ذهنی از خود در زنان نشان داد، عملکرد جنسی به رضایتمندی بیشتر منجر می‌شود و این رابطه معنی دار است [۲۵]. اما این یافته پژوهش حاضر راثابید نمی‌کند، زیرا در پژوهش حاضر علیرغم وجود اختلال عملکرد جنسی در اکثریت واحدهای پژوهش و وجود مقابرت دردناک و آنورگاسمی از درصد بالایی از رضایتمندی جنسی برخوردارند که با میزان رضایتمندی در پژوهش Lief & Hubschman همخوانی دارد [۲۴]. می‌توان

معنا داری یافت نشد.

### نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که میزان اختلال عملکرد جنسی ۸۴ درصد و بیشترین فراوانی در حیطه‌ها مربوط به حیطه درد ۷۷ درصد و ارگاسم ۵۳ درصد بود. ۵۱/۸ درصد افراد از حمایت اجتماعی پایینی برخوردار بوده‌اند و در بین ابعاد میانگین حمایت اجتماعی از سوی خانواده بیشتر بوده است (۵۳/۳). شانس رخداد اختلال عملکرد جنسی با درآمد و تحصیلات همبستگی داشت. بین اختلال عملکرد جنسی با حمایت اجتماعی همبستگی وجود نداشت. مردان تراجنسیتی جزو جمعیت پنهانی جامعه محسوب می‌شوند و مطالعه بر روی این افراد به دلیل شرم، ترس و احساس گناه شدید، نیاز به جلب اعتماد و رضایت آنان می‌باشد. لذا انجام پژوهش حاضر با صرف زمان طولانی انجام شد. از آن جایی که مردان تراجنسیتی از حمایت اجتماعی و عملکرد جنسی پایینی بعد از جراحی برخوردار بودند، لذا حمایت اجتماعی از سوی خانواده و جامعه می‌تواند در بهبود سلامت مبتلایان نقش بسزایی داشته باشد.

### سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد سمیه فلاح به راهنمایی خانم دکتر ماهرخ دولتیان بوده است. پژوهش حاضر در کمیته سازمانی مشترک اخلاق دانشکده پرستاری و مامایی و دارو سازی مطرح و تأیید گردید (1394.S.REC.SBMU2). پژوهشگران لازم می‌دانند از واحدهای مورد پژوهش و مسئولین و مدیران محترم که در اجرای پژوهش با پژوهشگر همکاری نمودند و همچنین از جناب آقای دکتر علیرضا جباری همکار بسیار ارجمند به سبب کمک‌ها و حمایت‌های بی دریغشان در تمام مراحل پایان نامه، کمال تشکر و قدردانی شود.

### REFERENCES

- Sadock BJ, Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.
- Wierckx K, Van Caenegem E, Elaut E, Dedekerckx D, Van de Peer F, Toye K, et al. Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *J Sex Med.* 2011;8(12):3379-88. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2011.02348.x PMID: 21699661
- Haraldsen IR, Egeland T, Haug E, Finset A, Opjordsmoen S. Cross-sex hormone treatment does not change sex-sensitive cognitive performance in gender identity disorder patients. *Psychiatry Res.* 2005;137(3):161-74. DOI: 10.1016/j.psychres.2005.05.014 PMID: 16297984
- Pierce GR, Sarason BR, Sarason IG, Joseph HJ, Henderson CA. Conceptualizing and Assessing Social Support in the Context of the Family. *Handbook of Social Support and the Family*; Springer; 1996. p. 3-23.
- Sartor CE. The influence of parental monitoring and support on adolescent identity development: University of Illinois at Champaign; 1999.
- Najarpour Ostidi S. [The relation between family affective environment, self concept, self esteem and socioeconomic status on the establishment of young individuals' identity]. *Applied Psychol.* 2008;3(9):49-58.
- Tavassoli A, Hassanian A, Saberi SM. Social Factors Expediting Sex Change Surgery in Patients with Gender Identity Disorder. *Sci J Forensic Med.* 2014;20(2):19-26.
- Momenjavid M, Shoakazemi M. Comparing personality traits of people with gender identity disorder and normal individuals. *J Soc Res.* 2010;4(13):81-94.
- Munoz-Plaza C, Quinn SC, Rounds KA. Lesbian, gay, bisexual and transgender students: Perceived social support in the high school environment. *High School J.* 2002;85(4):52-63.
- Rezaei R, Hejazi S, Shahnazarian J, Mahmodi M, Seyedi SJ. To compare the patient's body imaging under hemodialysis treatment with patients renal transplantation. *Payesh.* 2009;8(3):279-87.
- Babanazari L, Kafi SM. [Comparative study of mental health and its relative demographic factors in different periods of pregnancy]. *Res Psychol Health.* 2007;1(2):44-52.
- Jahanfar S, Molaenezhad M. [Textbook of Sexual Disorders]: Nashre Jamanegar; 2015.



13. Berek JS, Novak E. Berek and Novak's Gynecology: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
14. Selvaggi G, Monstrey S, Ceulemans P, T'Sjoen G, De Cuypere G, Hoebeke P. Genital sensitivity after sex reassignment surgery in transsexual patients. *Ann Plast Surg.* 2007;58(4):427-33. DOI: [10.1097/01.sap.0000238428.91834.be](https://doi.org/10.1097/01.sap.0000238428.91834.be) PMID: [17413887](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17413887/)
15. Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, et al. Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2010;72(2):214-31. DOI: [10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x) PMID: [19473181](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19473181/)
16. Lobato MI, Koff WJ, Manenti C, da Fonseca Seger D, Salvador J, da Graca Borges Fortes M, et al. Follow-up of sex reassignment surgery in transsexuals: a Brazilian cohort. *Arch Sex Behav.* 2006;35(6):711-5. DOI: [10.1007/s10508-006-9074-y](https://doi.org/10.1007/s10508-006-9074-y) PMID: [17075731](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17075731/)
17. Motmans J, Meier P, Ponnet K, T'Sjoen G. Female and male transgender quality of life: socioeconomic and medical differences. *J Sex Med.* 2012;9(3):743-50. DOI: [10.1111/j.1743-6109.2011.02569.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02569.x) PMID: [22188877](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22188877/)
18. Cohen-Kettenis PT, Gooren LJ. Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *J Psychosom Res.* 1999;46(4):315-33. PMID: [10340231](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10340231/)
19. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess.* 1990;55(3-4):610-7. DOI: [10.1080/00223891.1990.9674095](https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674095) PMID: [2280326](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2280326/)
20. Salimi A, Joukar B, Nikpour R. Internet and communication: Perceived social support and loneliness as antecedent variables. *Psychol Stud.* 2009;5(3):81-102.
21. Johansson A, Sundbom E, Hojerback T, Bodlund O. A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Arch Sex Behav.* 2010;39(6):1429-37. DOI: [10.1007/s10508-009-9551-1](https://doi.org/10.1007/s10508-009-9551-1) PMID: [19816764](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19816764/)
22. Wierckx K, Elaut E, Van Hoorde B, Heylens G, De Cuypere G, Monstrey S, et al. Sexual desire in trans persons: associations with sex reassignment treatment. *J Sex Med.* 2014;11(1):107-18. DOI: [10.1111/jsm.12365](https://doi.org/10.1111/jsm.12365) PMID: [24165564](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24165564/)
23. Salvador J, Massuda R, Andrezza T, Koff WJ, Silveira E, Kreisliche F, et al. Minimum 2-year follow up of sex reassignment surgery in Brazilian male-to-female transsexuals. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2012;66(4):371-2. DOI: [10.1111/j.1440-1819.2012.02342.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02342.x) PMID: [22624747](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22624747/)
24. Lief HI, Hubschman L. Orgasm in the postoperative transsexual. *Arch Sex Behav.* 1993;22(2):145-55. PMID: [8476334](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8476334/)
25. Amidu N, Owiredu WK, Woode E, Addai-Mensah O, Quaye L, Alhassan A, et al. Incidence of sexual dysfunction: a prospective survey in Ghanaian females. *Reprod Biol Endocrinol.* 2010;8:106. DOI: [10.1186/1477-7827-8-106](https://doi.org/10.1186/1477-7827-8-106) PMID: [20809943](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20809943/)
26. Davey A, Bouman WP, Arcelus J, Meyer C. Social support and psychological well-being in gender dysphoria: a comparison of patients with matched controls. *J Sex Med.* 2014;11(12):2976-85. DOI: [10.1111/jsm.12681](https://doi.org/10.1111/jsm.12681) PMID: [25155247](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25155247/)
27. Jokic-Begic N, Lauri Korajlija A, Jurin T. Psychosocial adjustment to sex reassignment surgery: a qualitative examination and personal experiences of six transsexual persons in Croatia. *ScientificWorldJournal.* 2014;2014:960745. DOI: [10.1155/2014/960745](https://doi.org/10.1155/2014/960745) PMID: [24790589](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24790589/)
28. Klineberg E, Clark C, Bhui KS, Haines MM, Viner RM, Head J, et al. Social support, ethnicity and mental health in adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41(9):755-60. DOI: [10.1007/s00127-006-0093-8](https://doi.org/10.1007/s00127-006-0093-8) PMID: [16838091](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16838091/)
29. Stice E, Ragan J, Randall P. Prospective relations between social support and depression: differential direction of effects for parent and peer support? *J Abnorm Psychol.* 2004;113(1):155-9. DOI: [10.1037/0021-843X.113.1.155](https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.1.155) PMID: [14992668](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14992668/)
30. Karademas EC. Self-efficacy, social support and well-being. *Personal Individ Diff.* 2006;40(6):1281-90. DOI: [10.1016/j.paid.2005.10.019](https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.10.019)
31. Bacooi F, Sh O, Nasiri F. [Femal sexual dysfunction in married female & some related factors in Babol]. *J Babol Uni Med Sci.* 2007;9(4):59-64.
32. Mohammadi KH, Heydari M, Faghihzadeh S. [The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version]. *Payesh.* 2008;7(3):269-78.
33. Gates EA, Galask RP. Psychological and sexual functioning in women with vulvar vestibulitis. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2001;22(4):221-8. PMID: [11840576](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11840576/)
34. Palacios S, Castano R, Grazziotin A. Epidemiology of female sexual dysfunction. *Maturitas.* 2009;63(2):119-23. DOI: [10.1016/j.maturitas.2009.04.002](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.04.002) PMID: [19482447](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19482447/)
35. Ibrahim E, Mardani Hamoleh M, Heidari H, Mahboobi M. Assessment of perceived social support among selected hospital personnel in Isfahan. *Iran J Med Ethic Hist Med.* 2011;5(1):82-8.

## The Correlation of Social Support and Sexual Function of Men with Gender Identity Disorder after Sex Reassignment Surgery

Somayeh Fallah <sup>1</sup>, Mahrokh Dolatian <sup>2,\*</sup>, Seyyed Mahdi Saberi <sup>3</sup>,  
Hamid Alavi-Majd <sup>4</sup>, Alireza Jabbari <sup>5</sup>, Zohreh Mahmoodi <sup>6</sup>

<sup>1</sup> MSc of Midwifery, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Forensic Psychiatry, Legal Medicine Organization of Iran, Tehran, Iran

<sup>4</sup> Professor, Department of Biostatistics, School of Para Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>5</sup> Resident of Psychiatry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>6</sup> Assistant Professor, Department of Nursing and Midwifery, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

\* Corresponding author: Mahrokh Dolatian, Assistant Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: m.dolatian@sbmu.ac.ir

DOI: 10.21859/jhpm-05042

Received: 25/08/2015

Accepted: 14/06/2016

### Keywords:

Gender Identity Disorder  
Sexual Dysfunction,  
Physiological  
Social Support  
Transgender Persons  
Surgery

© 2016 Iranian Nursing Scientific Association

### Abstract

**Introduction:** Sex conversion in Iran, similar to any other countries around the world raises some socio-medical problems. In most countries, the process of sex change in gender studies has been less explored. This study aims to determine the correlation of social support and sexual function of men with gender identity disorder after sex reassignment surgery in Tehran, Iran.

**Methods:** In this descriptive-correlation study, 85 transgendered men that admitted to Mirdamad Day Clinic in Tehran were selected through convenience sampling. Data was collected by demographic questionnaires, "Female Sexual Function" and Multidimensional Scale of Perceived Social Support". Validity and reliability were assessed by 10 experts and data was analyzed using SPSS version 17.

**Results:** The overall prevalence of sexual dysfunction was %84. The highest frequency was related to scope of pain (%77) and the scope of orgasms (%53). Further, %51.8 of the patients had lower social support. The mean of family support had the highest value (%53.3) among scopes.

**Conclusions:** This study showed that gender identity disorders had low social support and sexual functionality after surgery. Therefore, patients should be advised of the possible sexual dysfunction consequences before the surgeries.