

The Effectiveness of Mindfulness-Based Therapy on Depression, Anxiety and Stress in Patients with Gender Dysphoria Disorder

Osaty-Araghi, *K., Salehi, M.

Abstract

Introduction: Recently mindfulness-based treatment approach is one of the behavioral therapy method that can affect the mental health of people with gender dysphoria. The aim of study was to evaluate the effectiveness of a mindfulness therapy on the symptoms of depression, anxiety and stress in patients with Gender Dysphoria Disorder.

Method: A randomized controlled trial design was administered. Among the statistical population including female patients with gender dysphoria diagnosis, referred to Tehran Psychiatric Institute in 2017, a sample of 30 patients were selected by available sampling method. Subjects were randomly divided to experimental and control groups and were asked to fill the DASS-42 scales in a pretest stage. The experimental group undergone mindfulness treatment, while control group remained in the waiting list. Both group were completed same scales in the post-test stage as well.

Results: Results of a MNCOVA test showed significant difference for two groups due to reduced depression, anxiety and stress scores at post-test stage of the research

Conclusion: We concluded that mindfulness-based therapy could reduce the depression, anxiety and stress symptoms in gender dysphoria patients, and treatment centers are recommended to use mindfulness-based treatment programs in work with these patients.

Keywords: Behavioral therapy, Mindfulness-Based Therapy, Depression, Anxiety, Stress.

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسیتی

کتایون اوسطی عراقی^۱، مهدیه صالحی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۹/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۵/۱۳

چکیده

مقدمه: امروزه رویکرد درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از جمله روش‌های درمان رفتاری است که می‌تواند بر سلامت روان افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی مؤثر باشد. هدف از مطالعه اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسیتی ارزیابی شد.

روش: یک پژوهش از نوع مطالعات نیمه‌آزمایشی با گروه آزمایشی و کنترل بود، جامعه آماری زنان مبتلا به ملال جنسیتی زن که در سال ۱۳۹۶ به مرکز انسیتو روان‌پزشکی تهران مراجعه نموده که تعداد ۳۰ نفر از آنها به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل گماشته شدند و از آنها خواسته شد مقیاس های DASS-42 را در مرحله پیش‌آزمون پر کنند. گروه آزمایشی تحت درمان ذهن آگاهی قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند. و پس از مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی پاسخ دادند.

یافته‌ها: نتایج آزمایش کوواریانس به دلیل کاهش نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در مرحله پس‌آزمون تحقیق، اختلاف معنی‌داری را برای دو گروه نشان داد.

نتیجه‌گیری: که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به ملال جنسیتی می‌شود و مراکز درمانی از برنامه‌های درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به ملال جنسیتی بهره ببرند.

واژه‌های کلیدی: درمان رفتاری، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، استرس، افسردگی و اضطراب.

مقدمه

نشان داد که عدم وجود حمایت اجتماعی و احتمال سوءاستفاده جنسی از علل اساسی شیوع افسردگی و استرس در بین زنان دارای اختلال هویت جنسیتی است.

ویژگی‌های اصلی اختلال ملال جنسیتی عبارتند از: علاقه شدید و مستمر به همانندسازی با جنس مخالف، بدون آنکه علت آن بهره بردن از امتیازات اجتماعی و فرهنگی مختص آن جنس باشد، وجود شواهد آشکار از ناراحتی مستمر، به علت نقش جنسیتی مختص آن جنس، به وجود آمدن احساس رنج و یا نابسامانی شدید در عملکرد شغلی و اجتماعی (۴). تلاش‌های زیادی برای درمان این اختلال صورت گرفته است، از جمله درمان‌های مؤثر این اختلال درمان‌های هورمونی و جراحی است، ولی این درمان‌های هورمونی و جراحی در برخی جوامع حساس و خصوصاً جوامع دینی با محدودیت همراه است، لذا می‌توان از درمان‌های شناختی - رفتاری جهت کاهش علائم خلقی این افراد، از قبیل افسردگی، استرس و اضطراب بهره برد. درمان‌های شناختی - رفتاری از جمله درمان‌های مؤثر در درمان اختلالات افسردگی و اضطراب می‌باشند، و اثربخشی آن بر درمان استرس، افسردگی، اضطراب، کاهش گرایش به خودکشی و افزایش سلامت روانی در میان بیماران دارای ملال جنسیتی نشان داده شده است (۶ و ۷).

رویکردهای درمانی مختلفی برای درمان افسردگی، اضطراب و استرس بیماران دارای ملال جنسیتی اتخاذ شده است، که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی از جمله رویکردهای جدید درمانی است، که می‌تواند بر سلامت روان شناختی مؤثر واقع شود، ذهن‌آگاهی به عنوان سبکی برای زندگی، با استفاده از تمرین‌های مراقبه‌ای که در زندگی روزمره ادغام می‌شود به افراد کمک می‌کند تا با وضعیت‌های دو گانه ذهن آشنا شوند و از آنها آگاهانه به صورت یک ذهن انسجام یافته استفاده کنند. با این روش افراد متوجه می‌شوند که آنها تنها فکر نمی‌کنند، بلکه می‌توانند فکر کردن خود را مشاهده کنند. ذهن‌آگاهی روشی مؤثر و قوی برای خاموش کردن و توقف فشارهای بیرونی و یا فشارهای ذهنی کمک می‌کند (۹، ۱۰)، در این راستا، بادن و همکاران (۱۱)، بیان می‌کنند آگاهی از ویژگی‌های جنسیتی و قالب‌های فرهنگی فراروی بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسیتی می‌تواند باعث کاهش علائم افسردگی و استرس در بین این بیماران شود؛ از طریق

اختلال ملال جنسیتی، تعارضی بین جنسیت واقعی فرد و جنسیتی است که فرد خود را با آن تعریف می‌کند، هنگامی که بین هویت جنسیتی فرد و اندام‌های جنسی هماهنگی وجود نداشته باشد، به آن ملال جنسیتی گفته می‌شود. ملال جنسیتی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست پنجم^۱ به ناراحتی اشاره دارد که ممکن است با نا همخوانی بین جنسیت تجربه شده یا ابراز شده فرد و جنسیت تعیین شده او همراه باشد، که باعث رنج، افسردگی و اضطراب، ناراحتی عاطفی، احساس تنهایی و استرس بالینی می‌شود (۱).

اضطراب و افسردگی به خودی خود مرضی‌اند و نمی‌توانند هیچ شکل بهنجاری داشته باشند، استرس در اندازه‌ی کم می‌تواند اثر مثبت داشته باشد و باعث افزایش انگیزه شود و محرکی برای مقابله با موقعیت‌های مشکل‌زا باشد. اگر استرس زیاد باشد، باعث احساس خشم، ترس و ناکامی می‌شود و سلامت جسمی و روانی فرد را به خطر می‌اندازد (۲)، مدل‌های مختلفی سعی در تبیین پدیده‌های اضطراب، استرس و افسردگی داشته‌اند و موضع‌گیری‌های نظری مختلفی درباره‌ی آن ارائه شده است از جمله تبیین‌های مبتنی بر عوامل فرهنگی - اجتماعی، تبیین‌های روان‌پویشی، دیدگاه رفتارشناسی طبیعی^۲، تبیین‌های زیستی - رفتاری، موضع‌گیری‌های انسانی‌نگر و هستی‌نگر و در نهایت مدل‌های رفتاری و شناختی اضطراب، استرس و افسردگی. رفتارگرایان عقیده دارند که افراد مبتلا به هراس، اضطراب و استرس نخست از راه شرطی شدن، ترس را می‌آموزند و سپس آن را تعمیم می‌دهند، افسردگی را نیز می‌توان بر مبنای این نظریه‌ها تبیین کرد، افسردگی می‌تواند در اثر شرطی شدن و یا همایندی رویدادهای ناراحت کننده حادث شود، یا از طریق مشاهده‌ی رفتارهای افسرده‌ی دیگران ممکن است افسردگی یاد گرفته شود، شناخت گرایان نیز افکار را مسبب اختلالات خلقی می‌دانند (۳)، در مورد افراد دارای اختلال ملال جنسیتی نیز باج، آدلسون و هوارد (۴)، دیدگاه‌های اجتماعی را از عوامل شیوع افسردگی و اضطراب در بین این بیماران می‌دانند، همچنین هافمن (۵)،

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)

2. ethology

دو روش درمانی شناختی - رفتاری و روش ذهن‌آگاهی در سلامت‌روان، افسردگی و اضطراب، روش درمانی ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلا به ملال جنسیتی مؤثر است. فیروزی (۱۷) نیز بر این باور است که درمان از طریق هورمون و عمل جراحی برای تغییر جنسیت نمی‌تواند درمان مؤثری برای کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال هویت جنسی باشد. او پیشنهاد می‌کند که درمان‌های روانشناختی انفرادی و خانوادگی مؤثرترین درمان برای کمک به این نوجوانان جهت پذیرش و سازگاری با جنسیت زیست شناختی خودشان است. لوی و کورفمن (۱۸) ضمن مروری بر اختلال هویت جنسی در نوجوانان، شیوع، علل و درمان آن را پیشنهاد می‌کنند که درمان ترجیحی برای این نوجوانان در وهله اول و قبل از عمل جراحی شامل شرکت در جلسات روان‌درمانگری و دریافت آموزش و توجه به سایر ابعاد تحول اجتماعی، شناختی، ذهنی، شغلی و بین فردی خود و تغییر نگرش در مورد جنسیتشان است. این محققان دریافتند که بیماران مبتلا به اختلال دچار مشکلاتی در زمینه روابط بین فردی خود در محیط کار، خانواده و همسالان می‌باشند و این مشکلات به افسردگی و انزوای اجتماعی در آنان می‌انجامد. براین اساس مطالعه حاضر درصدد است تا به این سؤال پاسخ دهد که آیا درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسیتی مؤثر است؟

روش

طرح پژوهش: روش پژوهش حاضر از نظر هدف جزء روش‌های پژوهش کاربردی است و از نظر نحوه گردآوری داده‌ها، پژوهش حاضر از نوع طرح کاربردی کنترل شده بر اساس طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه آزمایشی و کنترل است.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری مطالعه حاضر را کلیه بیماران دارای ملال جنسیتی زن تشکیل می‌دهد که در نیمه دوم سال ۱۳۹۶ به مرکز انسیتو روان‌پزشکی شهر تهران مراجعه نموده و بر اساس مدارک پزشکی دارای اختلال ملال جنسیتی می‌باشند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از:

۱. پرونده پزشکی دال بر اختلال ملال جنسیتی؛
۲. تمایل فرد به شرکت در جلسات درمانی؛
۳. رضایت خانواده فرد به شرکت در جلسات؛
۴. ساکن تهران باشد یا ۲ سال گذشته در

مراقبه‌های رسمی، نظیر مراقبه^۱ تنفس و بدن، مراقبه یوگای هوشیاران و مراقبه وارسی بدن، همین طور مراقبه‌های غیر رسمی، نظیر خوردن، قدم زدن، دوش گرفتن و... آگاهانه و همچنین تمرین‌های عادت شکن افراد یاد می‌گیرند که همه زندگی را در "این جا" و "اکنون" حاضر باشند (۱۲).

پژوهش‌های علمی متعدد نشان داده است که علت بسیاری از مشکلات روانی افراد، عدم حضور آنها در همین جا و همین لحظه به لحظه زندگی‌شان است، درحالی‌که افراد ذهن‌آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند (۱۳). حضور ذهن با مؤلفه‌هایی نظیر پذیرش (واقعیت)، حضور (در زمان حال)، اجتناب (از نشخوار فکری^۲)، شامل اهدافی همچون ارتقای بهزیستی و آگاهی از خود و محیط همراه با تعدیل ذهن است. برخلاف بسیاری از مکاتب روان‌درمانی و البته همخوان با اهداف و مفروضه‌های روان‌شناسی مثبت، هدف از کاربرد حضور ذهن، ایجاد تغییرات ایدئولوژیکی نیست بلکه کمک به آگاه شدن از فرآیندهایی است که زمینه‌ساز قرار گرفتن فرد در ذهنیت آسیب‌زا و یا درجاماندگی در آن حالت‌های ذهنی است (۱۳). با توجه به اینکه ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک سبک زندگی، همخوان با طبیعت انسان، قابلیت این را دارد که بر سیستم هیجانی افراد یعنی افکار، حس‌های بدنی، احساسات خام و تکانه‌های عمل آنها تأثیرگذار باشد، نگاه آنها را به زندگی دگرگون کرده و کیفیت ارتباط آنها را با خود، دیگران و دنیا با پذیرشی شفقت آمیز و واقع‌بینانه ارتقا بخشد (۱۵). ذهن‌آگاهی را آگاهی و توجه تقویت شده به تجربه در حال وقوع می‌دانند؛ اما پژوهشگران دیگری نظیر بائر (۱۲)، ویژگی‌های دیگری، مثل توجه غیر قضاوتی، پذیرندگی نسبت به توجه، عدم واکنش گری، توانایی توصیف تجربه را نیز جزء ابعاد محوری آن دانسته‌اند، ذهن‌آگاهی یک عامل زیربنایی مهم برای رسیدن به رهایی است؛ زیرا روشی مؤثر و قوی برای خاموش کردن و توقف فشارهای دنیا و یا فشارهای ذهنی خود فرد می‌باشد که در این رویکرد زمینه‌ساز بسیاری از اختلالات روانی هستند. همچنین نتایج پژوهش‌ها (۱۶) نشان داد که از بین

1. meditation
2. mind rumination

وسيله آلفای کرونباخ نیز برای زیرمقیاس افسردگی ۰/۹۳، برای زیرمقیاس اضطراب ۰/۹۰ و برای زیرمقیاس استرس نیز ۰/۹۲ گزارش شد (۲۰)، در مطالعه حاضر نیز برای بررسی پایایی ابزار از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد که به ترتیب مقادیر ۰/۸۲، ۰/۹۰ و ۰/۷۹ برای استرس، اضطراب و افسردگی به دست آمد.

۲. درمان ذهن‌آگاهی: بسته مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی توسط کابات زین در سال ۲۰۰۹ تهیه و تدوین شد. این بسته برای ۷ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای تدوین شده است. خلاصه‌ای برای معرفی بسته مداخله‌ای ذکر شده در جدول ۱ ارائه شده است.

روند اجرای پژوهش: جامعه آماری مطالعه حاضر در نیمه دوم سال ۱۳۹۶ از مرکز انسیتو روان‌پزشکی شهرتهران بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به صورت در دسترس انتخاب و در دو گروه ۱۵ (نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه کنترل) به صورت تصادفی گماشته شدند. جلسه‌ها به صورت گروهی و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه بود. جلسات به شیوه آموزش اصول نظری و عملی، شامل تمرین‌های مراقبه و عادت شکن به صورت سخنرانی و بحث گروهی حول محور تکالیف اجرا شد و هر جلسه آموزش ذهن‌آگاهی با سؤالاتی باز پاسخ، از قبیل موارد زیر شروع می‌شد: هفته گذشته چطور گذشت؟ با تمرین‌ها چطور ارتباط برقرار کردید؟ از تجربه‌ها بازخورد دهید. این مداخلات با استفاده از بسته آموزش ذهن‌آگاهی کابات زین صورت گرفت. در انتهای مداخله از دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد.

یافته‌ها

از نظر سطح تحصیلات در گروه ذهن‌آگاهی ۴۰ درصد سیکل، ۲۶/۷ درصد دیپلم، ۲۰ درصد کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری، ۱۳/۳ درصد. تحصیلات در گروه کنترل، سیکل ۳۳/۳ درصد، دیپلم ۳۳/۳ درصد، کارشناسی ۲۰ درصد، کارشناسی ارشد و دکتری ۱۳/۳ درصد بود. در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی از قبیل میانگین، اتحراف استاندارد و چولگی و کشیدگی مربوط به متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پیش‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایشی و کنترل نشان داده شده است.

تهران سکونت داشته‌اند و دامنه سنی بین ۱۵ تا ۴۰ سال. معیارهای خروج نیز عبارت بود از: ۱. عدم سکونت در تهران ۲. عدم تمایل فرد یا خانواده فرد به شرکت در جلسات درمانی. با توجه به شرایط موجود اجتماعی برای دشواری نمونه‌گیری تصادفی در انتخاب بیماران دارای ملال جنسیتی، نمونه مورد مطالعه از بین زنان دارای اختلال ملال جنسیتی و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند که ۱۵ نفر در گروه آزمایشی اول و ۱۵ نفر در گروه کنترل به صورت تصادفی گماشته شدند.

ابزار

۱. پرسشنامه اضطراب، افسردگی و استرس DASS-42: مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس DASS-42 (۱۹) در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (۱= بسیار زیاد در مورد من درست است؛ ۴= به هیچ وجه در مورد من درست نیست) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس شامل سه خرده مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس است که هر کدام ۱۴ ماده دارد. خرده مقیاس افسردگی، شامل عباراتی است که خلق ناشاد، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی، بی‌ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه برای درگیری در امور، عدم لذت بردن از زندگی و فقدان انرژی و توانمندی را می‌سنجد. خرده مقیاس اضطراب دارای عباراتی است که می‌کوشد تا بیش‌انگیزگی فیزیولوژیک، ترس‌ها و اضطراب‌های موقعیتی را مورد ارزیابی قرار دهد و خرده مقیاس استرس عباراتی چون دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک‌پذیری و بی‌قراری را در برمی‌گیرد (۲۰). لویوند و لویوند (۱۹) همبستگی خرده مقیاس اضطراب را با پرسشنامه اضطراب بک ۰/۸۱ و همبستگی خرده مقیاس افسردگی را ۰/۴۷ گزارش کرده‌اند. براون، کورپیتا و بارلو (۱۹۹۸) پایایی بازآزمایی خرده مقیاس افسردگی را ۰/۷۱ اضطراب را ۰/۷۹ و استرس را ۰/۸۱ گزارش کردند. بخشی‌پور (۲۱) همسانی درونی خرده مقیاس افسردگی و اضطراب را به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی خرده مقیاس افسردگی و اضطراب را ۰/۷۰ و ۰/۸۳ گزارش کرد. روایی پرسشنامه به شیوه تحلیل عاملی مناسب گزارش شد. همچنین روایی هم‌زمان زیرمقیاس افسردگی (DASS-42) با پرسشنامه افسردگی بک مورد بررسی قرار گرفت و همبستگی ۰/۶۹ بین این دو پرسشنامه به دست آمد. پایایی پرسشنامه به

جدول (۱) بسته آموزش ذهن آگاهی کابات زین

جلسه	موضوع جلسه	هدف‌های جلسه	تکالیف هر جلسه
اول	معارفه و آشنایی	۱. معرفی اعضا ۲. قواعد اصلی ۳. مقدمات ۴. مرور درمان و اهداف این برنامه ۵. مرور بنیان های اساسی این درمان ۶. تکلیف خانگی	این هفته مطابق پروتکل تکلیفی نداشت، اما به منظور آماده کردن اعضای گروه برای شناسایی ذهن عملی، از آنها خواسته شد در طول ۶ روز هفته سه رویداد مطلوب و سه رویداد نا مطلوب را انتخاب کرده و جلسه بعد شرح دهند.
دوم	پرداختن به عملکرد ذهن	آگاه شدن از اولین تفاوت ذهن عملی و وجودی؛ هدایت خودکار در برابر انتخاب آگاهانه، ساختن ظرفیت به منظور قرار گرفتن در معرض آگاهی و تمرکز آگاهانه، انجام مراقبه تنفس و بدن	مراقبه خوردن (کشمش، نوشیدن چای، آب میوه و...) - انجام فعالیت های روزانه با حضور ذهن: مسواک زدن، دوش گرفتن، پرسه زدن در خانه و... - مراقبه تنفس و بدن به مدت ۸ دقیقه، دو بار در روز، ۶ روز در هفته - تمرین عادت شکن: تعویض صندلی همیشگی در...
سوم	یادگیری توجه هشیار	آشنایی با تفاوت دوم ذهن انجامی و وجودی؛ تجزیه و تحلیل در مقابل حس کردن. آشنایی با تأثیر متقابل بدن و ذهن بر یکدیگر. عمق بخشیدن به دیدن واکنش ذهن توسط یادگیری توجه هشیارانه به بدن، مراقبه	تمرین واریسی بدن: حداقل دو بار در روز، ۶ روز در هفته (مراقبه شماره ۲ لوح فشرده) - انجام یک فعالیت هشیارانه (متفاوت با هفته قبل) - تمرین عادت شکن: حداقل یک بار پیاده روی آگاهانه در هفته به مدت ۲۰-۱۵ دقیقه
چهارم	ماندن در زمان حال	آشنایی با سومین تفاوت ذهن عملی و وجودی؛ اجتناب در مقابل تمایل، ماندن در زمان حال، آشنایی با مراقبه حرکات آگاهانه (یوگای هشیارانه)، تمرینات تنفسی و مراقبه	مراقبه حرکت‌های آگاهانه (مراقبه شماره ۳ لوح فشرده) و مراقبه تنفس و بدن، دو بار در روز، ۶ روز در هفته - تنفس فضای سه دقیقه‌ای دو بار در روز - تمرین عادت شکن: تماشای تلویزیون به صورت هدفمند، انتخاب برنامه های مورد علاقه، تماشای آن با حضور ذهن و سپس خاموش کردن تلویزیون پس از پایان برنامه
پنجم	رویارویی با افکار	آشنایی با چهارمین تفاوت ذهن عملی و وجودی؛ دیدن افکار به صورت معتبر و واقعی در برابر دیدن آنها به عنوان رویدادی ذهنی	مراقبه تنفس و بدن (شماره ۴ لوح فشرده) همراه با صداها و افکار روزی ۲ بار - مراقبه فضای تنفسی سه دقیقه‌ای همراه با گزینه اول - تمرین عادت شکن: رفتن به سینما (انتخاب تصادفی فیلمی برای تماشا)
ششم	عبور از گذشته	آشنایی با پنجمین تفاوت ذهن عملی و وجودی؛ ماندن در گذشته یا زندگی در حال، تمرینات تنفسی، مراقبه	تمرین عادت شکن با دو گزینه ۱. زنده کردن زندگی ۲. انجام یک کار خوب برای فردی دیگر معرفی شد تا در طول هفته یکی از آنها و در صورت تمایل هر دو انجام شود.
هفتم	جهت‌دهی به زندگی	در نظر گرفتن بقیه زندگی به عنوان هفته هفتم. اشاره به فرآیند گروه از آغاز تا پایان و در انتها جمع‌بندی و اختتام. گرفتن پس‌آزمون. تبادل هدیه بین اعضای گروه	مهمترین توصیه، یافتن چتر نجات برای روزهای سخت بود تا در منحنی روبه پایین خستگی سقوط نکنند. توصیه‌هایی نظیر روز را با ذهن آگاهی شروع کنید؛ از فضای تنفسی برای بریدن روز استفاده کنید؛ با احساساتان دوستی کنید؛ سطح تمرین‌های خود را بالا ببرید، فعالیت‌های خود را ذهن آگاهانه انجام دهید.

جدول (۲) شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای وابسته در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه

گروه	وضعیت	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی	z K-S	p
ذهن آگاهی	پیش‌آزمون	افسردگی	۲۷/۶۶	۳/۰۸	-۰/۹۸	۰/۶۰	۰/۰۹	۰/۱۲
	پس‌آزمون		۲۱/۸۰	۳/۲۷	-۰/۱۴	-۰/۸۴	۰/۱۴	۰/۱۰
	پیش‌آزمون	اضطراب	۳۰/۰۱	۳/۷۲	۰/۷۸	۱/۱۶	۰/۲۲	۰/۰۸
	پس‌آزمون		۲۰/۶۰	۳/۳۷	۰/۰۳	-۰/۹۵	۰/۱۷	۰/۱۱
	پیش‌آزمون	استرس	۳۰/۸۰	۴/۷۶	-۰/۱۴	-۰/۶۳	۰/۱۹	۰/۱۱
	پس‌آزمون		۲۰/۶۰	۳/۸۳	۰/۶۱	-۰/۸۸	۰/۰۹	۰/۱۲
کنترل	پیش‌آزمون	افسردگی	۲۸/۶۰	۴/۰۸	-۰/۵۳	۰/۰۵	۰/۱۴	۰/۱۲
	پس‌آزمون		۲۹/۰۶	۱/۷۵	۰/۸۹	۰/۶۰	۰/۱۲	۰/۰۸
	پیش‌آزمون	اضطراب	۳۰/۷۳	۳/۱۹	-۰/۰۵	-۰/۲۹	۰/۱۰	۰/۱۰
	پس‌آزمون		۲۹/۶۶	۲/۷۴	-۰/۷۲	۱/۲۶	۰/۲۲	۰/۱۱
	پیش‌آزمون	استرس	۳۱/۱۳	۳/۹۴	-۰/۳۸	۰/۳۱	۰/۱۶	۰/۱۵
	پس‌آزمون		۲۹/۶۰	۲/۴۷	-۰/۴۱	-۰/۱۲	۰/۰۹	۰/۱۳

آزمایش و کنترل ($P=0/42$ و $F=1/03$ ، لامبدا $=0/78$) نشان داد که این مفروضه رعایت شده است، همچنین عدم معنی داری نتایج آزمون ام‌باکس جهت بررسی همگنی واریانس‌ها ($P=0/33$ و $F=3/76$ ، ام‌باکس $=15/04$) نشان می‌دهد که پیش فرض همگنی واریانس‌های نمرات پس آزمون در گروه‌های آزمایشی و کنترل رعایت شده است، همچنین نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری ($P=0/001$ و $F=17/01$ ، لامبدا $=0/17$) نشان داد که تفاوت نمرات پس آزمون معنی دار است، بر این اساس در جدول ۳ نتایج آزمون اثرات بین گروهی نشان داده شده است.

جدول ۳) نتایج اثرات بین آزمودنی گروه‌ها در نمرات متغیرها در مرحله پس آزمون

منبع	متغیر	SS	MS	F	P	اندازه اثر	درجه آزادی
گروه	افسردگی	۹۱۷/۴۰	۴۵۸/۷۰	۵۹/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۲ و ۳۹
	اضطراب	۱۱۶۸/۲۳	۵۸۴/۱۱	۶۱/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۷۵	-
	استرس	۱۲۲۳/۴۷	۶۱۱/۷۳	۴۷/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۷۱	-
خطا	افسردگی	۳۰۱/۱۱	۷/۷۲	-	-	-	-
	اضطراب	۳۷۱/۶۵	۹/۵۳	-	-	-	-
	استرس	۴۹۹/۴۰	۱۲/۸۰	-	-	-	-

افزایش آگاهی نسبت به تفکرات و سواسی بر روی رفتارهای خود، و اختلال تبدل خواهی با تأکید بر درمان معنوی، بر روی یک نوجوان دارای بیماری ملال جنسیتی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که روان درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری بر افزایش سلامت روان و کاهش مشکلات خلقی این بیمار مؤثر می باشد. اوستین، و کریچ (۷)، در مطالعه خود که به بررسی اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی در درمان اختلالات خلقی بر روی بیماران مبتلا به ملال جنسیتی پرداختند نشان دادند که درمان‌های شناختی از جمله درمان‌های مؤثر هستند و به کاهش گرایش به خودکشی و افزایش سلامت روانی منجر شده است. همچنین، پروناس و همکاران (۱)، در مطالعه خود که با هدف بررسی ویژگی‌های روانشناختی بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسیتی انجام دادند نشان دادند که مشخصه اصلی اختلال ملال جنسیتی عبارت است تعارض بین جنسیت واقعی فرد و جنسیتی که فرد خود را با آن تعریف می کند که باعث افسردگی و اضطراب می شود، لذا بر اساس افزایش میزان خودآگاهی جنسیتی فرد به کاهش افسردگی آنها کمک می کند.

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد و شاخص‌های چولگی و کشیدگی (مابین $\pm 1/96$) نشان از نرمال بودن توزیع داده‌ها دارد. همچنین عدم معنی داری نتایج آزمون نرمالیتی نیز نشانگر رعایت پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌هاست. برای آزمون این فرضیه که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشانه‌های اضطراب، استرس و افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسیتی اثربخش است، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

نتایج آزمون F برای بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای وابسته در گروه

با توجه به جدول ۳ آماره F میانگین نمرات متغیرهای وابسته در مرحله پس آزمون در سطح الفای $0/001$ معنی دار است و این نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات متغیرهای وابسته در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پس آزمون تفاوت معنی دار وجود دارد. بررسی میانگین‌های گروه‌ها در جداول توصیفی نشان می‌دهد که مداخله آموزشی باعث کاهش نمرات متغیرهای افسردگی، استرس و اضطراب در بین بیماران در مرحله پس آزمون شده است.

بحث

بررسی اثربخشی روش درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشانه‌های افسردگی، استرس و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسیتی نتایج نشان داد که میانگین گروه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی نسبت به میانگین گروه کنترل در نمرات پس آزمون کاهش معنی داری داشته است. اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، در بسیاری از مطالعات (مانند ۲۲، ۲۳، ۷، ۱) بر کاهش افسردگی نمایان است. برای نمونه خدایاری فرد و همکاران (۲۳)، در مطالعه خود با هدف بررسی موردی تأثیر درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر

مورد مطالعه به زنان دارای اختلال ملال جنسیتی مرکز انستیتو روان پزشکی تهران از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر است. لذا در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت نمود، همچنین عدم توانایی کنترل کامل متغیرهای مزاحم، همچون هوش، اثر خانواده و محیط بیرون از کلینیک، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌باشند که می‌تواند اعتبار پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد، با این حال یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به ملال جنسیتی مؤثر بود، لذا مراکز درمانی می‌توانند از برنامه‌های درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کاهش اضطراب، استرس و افسردگی بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسیتی بهره ببرند، در انتها پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی تفاوت‌های جنسیتی را در میزان اثربخشی هر یک از راهبردهای درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسیتی مورد مطالعه قرار دهند.

منابع

1. Prunas A, Vitelli R, Agnello F, Curti E, Fazzari P, Giannini F, Hartmann D, Bini M. Defensive functioning in MtF and FtM transsexuals. *Comprehensive psychiatry*. 2014; 71:86
2. Narimani M, Hassanzadeh S, Abolghasemi A. The effectiveness of psychological immunization training on reducing stress, anxiety and depression in female pre-university students. *Journal of School Psychology*. 2019; 101:117. [Persian]
3. Beck AT, Clark DA. An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour research and therapy*. 1997; 35(1):49-58.
4. Budge SL, Adelson JL, Howard KA. Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2013; (3):545.
5. Hoffman B. The interaction of drug use, sex work, and HIV among transgender women. *Substance Use and Misuse*. 2014; (1-2):1-6.
6. Burnes TR, Singh AA, Harper AJ, Harper B, Maxon-Kann W, Pickering DL, Hosea JU. American Counseling Association: Competencies for counseling with transgender clients. *Journal of LGBT Issues in Counseling*. 2010; 135-159.
7. Austin A, Craig SL. Transgender affirmative cognitive behavioral therapy: Clinical considerations and applications. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2015; (1): 21.
8. Preciado A, D'Anna-Hernandez K. Acculturative stress is associated with trajectory of anxiety

در تبیین اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسیتی می‌توان به مکانیسم‌های به کار رفته در این درمان اشاره کرد، برای نمونه اولین مبحث در درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، افراد دارای اختلال ملال جنسیتی در هنگام مواجهه با بیماری خودبخش اعظم افسردگی و استرس را از دست می‌دهند، مکانیسم بعدی، تغییر شناختی نسبت به بیماری است، در ذهن آگاهی بیماران نسبت به طرحواره‌های خود و نگرش خود به بیماری تغییرات شناختی پیدا کرده و نسبت به بیماری خود آگاه‌تر می‌شوند لذا تحمل نگاه جامعه به آنها مقبول‌تر می‌شود که می‌تواند منجر به کاهش افسردگی نیز گردد (۱۲) در نهایت ذهن آگاهی منجر به حذف پیش‌داوری‌ها نسبت به بیماری می‌شود، و وقتی فرد به ذهن آگاهی می‌رسد قضاوت‌های سودار کاهش یافته و یا حذف می‌شوند و فرد دید بازتر و بهتری نسبت به بیماری خود کسب می‌کند، همچنین، در تبیین اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر میزان استرس بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسیتی میشل و کرتالا (۱۰) بیان می‌دارند که بسیاری از اختلالات روانشناختی همبند مرتبط با بیماری ملال جنسیتی، ریشه‌های فرهنگی دارند، چون در درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، ابتدا فرد به شناخت و آگاهی عمیق فرهنگی و اجتماعی در مورد هنجارها و تابوهای جنسی فرهنگ خود پی می‌برد، در مقابل فشارهای گروه‌ها و همسالان و خانواده‌ها با دید بازتر و شناخت بهتری توان مقاومت و سازگاری پیدا می‌کند. از سوی دیگر به واسطه تکنیک‌ها و تمرین‌های مبتنی بر ذهن آگاهی و مراقبه، میزان تنش روانی فرد به طور کلی کاهش پیدا می‌کند، و فرد بیمار نگران آینده و یا نگران قضاوت‌های جامعه و اطرافیان خود نمی‌شود و در همان اکنون زندگی می‌کند (۲۴)، به طوری که آماج و همکاران (۲۵) بیان می‌دارند تمرینات ذهن آگاهی باعث دست‌یابی فرد به آرامش و کاهش استرس و اضطراب به طور کلی می‌شود.

مطالعه حاضر همچون بسیاری از پژوهش‌ها دارای محدودیت‌های عمومی و محدودیت‌های مختص به خود بود، استفاده از پرسشنامه یا ابزار خودگزارش‌دهی همواره می‌تواند موجب سودار شدن نتایج پژوهش شود، و از محدودیت‌های پژوهش حاضر نیز کاربرد پرسشنامه بود لذا باید در تفسیر نتایج محتاط بود و نیز محدود بودن جامعه

22. Khodayarifard, M., Alavinejad, S., Sajjadi-Anari, S., & Zandi, S. (2017). "Efficacy of family therapy combined with CBT techniques on treatment of sexual variety seeking". *Rooyesh-e- Ravanshenasi Journal*, 5(4), 85-116. [Persian].
23. Khodayarifard M, Mohammadi M R, Abedini Y. Cognitive-Behavioral Therapy with Emphasis on Spiritual Therapy in Treatment of Transsexualism: A Case Study. *IJPCP*. 2004; 9 (3):12-21. [Persian].
24. Schmertz SK, Masuda A, Anderson PL. Cognitive processes mediate the relation between mindfulness and social anxiety within a clinical sample. *Journal of clinical psychology*. 2012; (3):362-371.
25. Auerbach JG, Gross-Tsur V, Manor O, Shalev RS. Emotional and behavioral characteristics over a six-year period in youths with persistent and nonpersistent dyscalculia. *Journal of learning disabilities*. 2008; (3):263-73.
26. Dadsetn, P. Transformational Disease Psychology: From Childhood to Adulthood. *Asian journal of psychiatry*. 2001; 2(3):15-17. [Persian]
27. Setterberg S, Nissen E, Jonas W, Niemi M. Perinatal stress, anxiety and depression: Effects of a MBCP intervention on mother-infant interaction. *Eur Psychiatry*. 2017; 41:30-39.
28. Zareipour MA, Sadaghianifar A, Amirzehni J, Parsnezhad M, Rahnama VA. Exploring of depression, anxiety and stress in pregnant women referred to health centers of urmia. *Rahavard Salamat*. 2018; 3(2):20-30. [Persian].
29. Beattie J, Hall H, Biro MA, East C, Lau R. Effects of mindfulness on maternal stress, depressive symptoms and awareness of present moment experience: A pilot randomised trial. *Midwifery* 2017; (50):174-83.
30. Westerneng M, Witteveen AB, Warmelink JC, Spelten E, Honig A, de Cock P. Pregnancy-specific anxiety and its association with background characteristics and health-related behaviors in a low-risk population. *Compr Psychiat*. 2017; (75): 6-13.
- symptoms during pregnancy in Mexican-American women. *J Anxiety Disord*. 2017; (3):28-30.
9. Ali A, Al Sinawi H, Al Alawi M. Gender dysphoria in an Omani female. *International Journal of Nutrition, Pharmacology, Neurological Diseases*. 2016; (2):97.
10. Cretella MA. Gender dysphoria in children and suppression of debate. *Journal of american Physicians and Surgeons*. 2016; (2):50-54.
11. Boden MT, Irons JG, Feldner MT, Bujarski S, Bonn-Miller MO. An investigation of relations among quality of life and individual facets of emotional awareness and mindfulness. *Mindfulness*. 2015; 6(4):70-77
12. postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health (Lond)*. 2019; (15):174-178.
13. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. ast updated: 02/23/2019
14. National Institutes of Health—National Library of Medicine Khanipour H, Borjali A, Mohammadkhani P, Sohrabi F. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Reducing Depression and Rumination Symptoms in Individuals with a Major Depression Record: A SingleCase Design, *Journal of Clinical Psychology*. 2012; 2(7), 31-48. [Persian].
15. Williams M, Penman D. *Mindfulness: a practical guide to finding peace in a frantic world*. Hachette UK; 2011.
16. Ghomri Kivi H, Maghsoud Nader, Savari H and Ismaili M. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Mindfulness Therapy on Mental Health. *Social Health*. 2014; 4(12), 33-49. [Persian].
17. Firoozi A, Eidai Baigi M, and Khajeeddin N. Comparison of Psychological Characteristics of Two Patients with Sexual Identity Disorder, *Scientific Journal of Forensic Medicin*, 2014; 9(4), 365-359. [Persian].
18. Levey, R., & Curfman, W.C. Sexual and Gender Identity Disorder. *Science*, 2004 30(6), 1034-1037.
19. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*. 1995; 33(3):335-343.
20. Asghari Moghaddam M, Saad F, Dibajnia P, Zanganeh J. Preliminary Investigation of the Validity and Reliability of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) in Non-Clinical Samples, *Daneshvar Behavior*. 2008; 31(4), 12-39. [Persian].
21. Farnam A, Farhang S, Bakhshipour A, Niknam E. The five factor model of personality in mixed anxiety-depressive disorder and effect on therapeutic response. *Asian journal of psychiatry*. 2011 Dec 1;4(4):255-7. [Persian].