

مقاله اصلی

اثربخشی آموزش گروهی ذهن آگاهی بر اضطراب و افسردگی مبتلایان به اختلال نارضایتی جنسیتی

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۰/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۲/۱۲

خلاصه

مقدمه: اختلال نارضایتی جنسیتی به دلیل شرایط اجتماعی جوامع، معمولاً برای افراد آسیب‌های روان‌شناختی ایجاد می‌کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی ذهن آگاهی بر اضطراب و افسردگی مبتلایان به اختلال نارضایتی جنسیتی انجام گرفت.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل مردان و زنان مبتلا به اختلال هویت جنسی مراجعه کننده به سازمان بهزیستی شیراز در سال ۹۸-۱۳۹۷ بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ فرد با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی دردسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه آزمایش مداخله آموزش گروهی ذهن آگاهی (۸ جلسه) را طی دو ماه دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه اضطراب (AQ) و پرسشنامه افسردگی (DQ) بود. داده‌ها به شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که آموزش گروهی ذهن آگاهی بر اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به اختلال نارضایتی جنسیتی تاثیر دارد ($p < 0.001$). چنان که این آموزش گروهی توانسته منجر به کاهش اضطراب (۰/۶۱) و افسردگی (۰/۴۹) این افراد شود.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که آموزش ذهن آگاهی با بهره‌گیری از فونونی همانند افکار، هیجانات و رفتار آگاهانه می‌تواند به عنوان یک روش کارآمد جهت کاهش اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به اختلال نارضایتی جنسیتی مورد استفاده گیرد.

کلمات کلیدی: اختلال نارضایتی جنسیتی، افسردگی، اضطراب و آموزش گروهی ذهن آگاهی

فرزین امینی^۱

خسرو رمضانی^{۲*}

علیرضا ماردپور^۳

^۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه

آزاد اسلامی، واحد یاسوج، یاسوج، ایران.

^۲ استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد

یاسوج، یاسوج، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد

یاسوج، یاسوج، ایران

Email: kh.ramezani@iauyasooj.ac.ir

مقدمه

یکی از مهم‌ترین وجوه هویت انسانی، هویت جنسی است که طی فرآیند جامعه‌پذیری در قالب نهادهای رسمی و غیر رسمی شکل می‌گیرد. در خلال فرآیند جامعه‌پذیری اعضای جامعه الگوهای ادراکی، عاطفی و رفتاری مربوط به جنس خود را فراگرفته و درونی می‌سازند. طی کردن موفقیت‌آمیز این فرآیند موجب شکل‌گیری یک هویت جنسی سازگار با جامعه می‌گردد (لایو، کلاین - سیمون، استرلینگ، هوجیلا و هارتمن^۱، ۲۰۲۰). اما گاه در این مسیر اختلالاتی به وجود می‌آید، به این معنا که ممکن است فرد از نظر زیستی ویژگی‌های یک جنس خاص را دارا باشد، اما از جهت روانی خود را به آن گروه متعلق نداند. چنین فردی مانند یک فرد از اعضای جنس مخالف احساس و رفتار می‌کند (باکالا^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). این پدیده را در اصطلاح اختلال هویت جنسی می‌نامند. اختلال هویت جنسی شدیدترین درجه ملال جنسی است و به احساس ناراحتی از ساخت آناتومیک جنسی خود و آرزوی خلاصی از اعضای تناسلی خویش و زندگی کردن به صورت فردی از جنس مخالف تعریف می‌شود (گونزالز، باجو، پرز و سانچز^۳، ۲۰۱۸). این اختلال از سنین کودکی بوجود می‌آید و دارای پیامدهای منفی برای افراد در بزرگسالی می‌باشد، افراد دگرجنس‌خواه، هویت جنسیتی متناسب با فرهنگ جامعه را ندارند و افرادی هستند که در تشخیص هویت جنسیتی خود به‌تکلیف بوده و جنسیت ثابتی ندارند (دراگانا^۴ و همکاران، ۲۰۱۴). انجمن روانپزشکی امریکا^۵ (۲۰۱۳)؛ به نقل از گنجی،

در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی اصطلاح اختلال هویت جنسی که معنا و بار لکه‌دارکننده‌ای داشت، حذف گردید و در عوض اصطلاح اختلال ناراضی جنسیتی^۸ که عمده تمرکز متوجه کسانی است که احساس ناراضی از هویت جنسی خود دارند، جایگزین شد (سید، افریدی و دارس^۹؛ ۲۰۱۹).

افراد دارای اختلال هویت جنسیتی نسبت به اختلالات روانی آسیب‌پذیری زیادی دارند (ترادا^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۱). چنانکه تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی سطح نسبتاً بالاتری از اضطراب^{۱۱} و علائم و رفتارهای مرتبط با این اختلال دیده می‌شود (فیش و پاسلی^{۱۲}، ۲۰۱۵). اضطراب پاسخی در مقابل خطری ناآشکار و مبهم است. به عبارت دیگر اضطراب احساس ناخوشایند، بیمناک و ترس ناراحت‌کننده‌ای از پیش‌بینی خطری است که منشأ آن مشخص نیست و از لحاظ عاطفی با احساس ناامنی مشخص می‌شود که این حالت بیشتر با دلهره و تشویش اشتباه گرفته می‌شود. فایل و هاید^{۱۳} (۲۰۱۲) اضطراب را یک احساس ناخوشایند و اغلب مبهم دل‌وایسی می‌دانند که با یک یا چند علامت جسمانی مثل تپش قلب، تنگی نفس، احساس خالی شدن سردل، تعریق و بیقراری و میل به حرکت همراه می‌گردد. ولوتز و اسپارفلدت^{۱۴} (۲۰۱۷) معتقدند، اضطراب یک پاسخ سازشی در برابر محرک‌ها تلقی می‌شود و نبود آن گاهی انسان را با خطرهای جدی مواجه می‌کند، اما اگر اضطراب از حد متعادلش فراتر رود و تداوم پیدا کند، دیگر نمی‌توان آن را سازش یافته تلقی کرد، بلکه باید آن را به عنوان منبع درماندگی دانست (ملترز، ماهونی و فریدی^{۱۵}

1. Gender Identity

2. Lau, Kline-Simon, Sterling, Hojilla, Hartman

3. Bakula

4. Gonzalez, Bajo, Perez, Sanchez

5. Dragana

6. American psychiatric association (APA)

7. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth revised edition (DSM- V)

8 Gender Dysphoria Disorder

9. Syed, Afridi, Dars

10. Terada 0

11. anxiety 1

12. Fish, Passly 2

13. File, Hyde 3

14. Lotz, Sparfeldt 4

15. Metzler, Mahoney, Freedy 5

۲۰۱۶). با این تفاسیل خیلی از نظریه پردازان با نظر لنگ (مبنی بر آن اضطراب یک سازه فرضی است موافقتند. به این معنی که اضطراب مفروضه‌ای است که موجودیت فیزیکی ندارد، اما می‌تواند در تامین پدیده‌های قابل مشاهده سودمند باشد. می‌توان ابراز داشت که اضطراب بر حسب افکاری مانند اینکه «من می‌ترسم»، یا احساس‌های جسمی، از جمله افزایش ضربان قلب، تعریق و تنش و یا بر اساس رفتارهای مثل اجتناب از موقعیت یا گریختن تفسیر کرد (پاول و همکاران؛ ۲۰۱۲).

تحقیقات مرتبط نشان داده‌اند که در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی، علاوه بر اضطراب، سطح بالایی از افسردگی نیز گزارش شده است (کسلر، برگلاند، دملر، جین و والترز؛ ۲۰۰۵). افسردگی را می‌توان نوعی اختلال مرضی تعریف کرد که شامل تغییراتی در پنج حوزه رفتاری عمده می‌شود. این حوزه‌ها شامل عواطف منفی، شناخت‌های منفی، انگیزش منفی، تغییرات رفتاری و تغییرات نباتی است (شوگ، پاپالکسیو و پومروی؛ ۲۰۲۰). افسردگی اغتشاشی در خلق و به مجموعه رفتارهایی اطلاق می‌شود که عناصر مشخص آن کندی در حرکت و کلام است. گریستن، غمگینی، فقدان پاسخ‌های فعال، فقدان علاقه، کم‌ارزشی، بی‌خوابی و بی‌اشتهایی، یاس و تنهایی، ناامیدی و شک در مورد خویش و احساس گناه از دیگر علائم آن است، همه ما گاهی احساس دلتنگی و غم می‌کنیم ولی افسردگی به عنوان یک اختلال در دوره‌های زمانی طولانی‌تری تداوم می‌یابد و به شکل ناسازگارانه اثرات پایدار بر روی عملکرد فرد باقی می‌گذارد (اورارت؛ ۲۰۲۱). ویژگی‌های

اصلی اختلال افسردگی شامل یک دوره زمانی حداقل دو هفته‌ای است که در ضمن آن خلق افسرده یا بی‌علاقگی و یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه کارها وجود دارد. همچنین فرد باید دست کم چهار نشانه دیگر از جمله تغییر در اشتها یا در وزن، خواب و کارهای روانی - حرکتی، کاهش نیرو، احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه، مشکل در تفکر، تمرکز در تصمیم‌گیری، افکار عود کننده درباره مرگ و خودکشی، طرح نقشه و یا اقدام به خودکشی را داشته باشد (استافورد و همکاران، ۲۰۱۶).

جهت بهبود مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی افراد مبتلا به اختلال نارضایتی جنسیتی روش‌های درمانی مختلفی بکار گرفته شده است. یکی از درمان‌هایی که کارآیی آن در پژوهش‌های مختلف مورد تایید قرار گرفته است، آموزش ذهن‌آگاهی^۱ است (محلوجی و لطفی کاشانی، ۱۳۹۸؛ زاهدزاده و جوهری‌فرد، ۱۳۹۷؛ میرمهدی و رضاعلی، ۱۳۹۷؛ پارک^۸ و همکاران، ۲۰۲۰؛ آرگانگا^۹ و همکاران، ۲۰۲۰؛ سگال، دیمیدجان، واندرکیرک و لوی، ۲۰۱۹؛ کروسکا، میلر، روچ، کروسکا و اوهارا^{۱۱}؛ ۲۰۱۸؛ کوپوبیانکو، ریوس، موریسون و ولز^{۱۲}؛ ۲۰۱۸؛ گامپورت، دانگ، لی و هاروی، ۲۰۱۸؛ هوپ وود و اسچات^{۱۴}؛ ۲۰۱۷؛ هافمن، آنجلیا و گومز^{۱۵}؛ ۲۰۱۷؛ کروسول^{۱۶} و همکاران، ۲۰۱۷). ذهن‌آگاهی یعنی شناخت از بدن، ذهن و احساس خود در زمان حاضر. ذهن‌آگاهی فرآیندی روان‌شناختی است که در طی آن توجه فرد به اتفاقات زمان حال معطوف می‌شود و از طریق تمرین مراقبه و دیگر تمرین حاصل می‌شود.

1Lang

2Paul, Stanton, Greeson, Smoski, Wang

3. Kesler, Berglund, Demler, Jin, Walters

4. Shook, Papalexioiu, Pomeroy

5. Everaert

6. Stafford

7. mindfulness training

8. Park,

9. Argungu

1. Segal, Dimidjian, Vanderkruik, Levy^۱

1. Kroska, Miller, Roche, Kroska, O'Hara

1. Capobianco, Reeves, Morrison, Wells

1. [Gumpert, Dong, Lee, Harvey](#) 3

1. Hopwood, Schutte 4

1. Hofmann, Angelina, Gomez 5

1. Crosswell 6

روش ذهن آگاهی به معنی دیدن افکار به عنوان فکر و به عنوان رویدادی در حوزه آگاهی و مراقبت هیجانی بدون تلاش برای تغییر و مشاهده آنها با آرامش و شکیبایی است (لیندسی و کرسول، ۲۰۱۷). این روش یک آگاهی پذیرا و بدون قضاوت از وقایع جاری است که این آگاهی بر اثر توجه بر هدف در لحظه جاری بدون استنتاج لحظه لحظه ایجاد می شود (بروئر^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). ذهن آگاهی را می توان توانایی خودتنظیمی توجه و هدایت آن به طرف تکلیف قلمداد کرد. این روش مشاهده محرک های درونی و بیرونی همان گونه که اتفاق می افتد، است و در واقع مهارتی است که به افراد اجازه می دهد در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده است، دریافت کنند (سانکو، مک کی و راجرز^۲، ۲۰۱۶). روش ذهن آگاهی نه تنها از طریق تسهیل ارزیابی فرایند مثبت باعث کاهش نتایج زیان بار ناشی از شرایط استرس زا می شود، بلکه از طریق فرایند عادت زدایی استفاده از راهبردهای مقابله ای نامناسب باعث کاهش مشکلات مربوط به شرایط نامناسب می شود (وینینگ و بوآگ^۳، ۲۰۱۵).

در باب ضرورت انجام پژوهش حاضر باید گفت که علیرغم اینکه شمار افراد مبتلا به اختلال ناراضیاتی جنسیتی نسبت به بیماران دیگر کمتر است، اما از آنجا که این شرایط نظام شخصیتی، رفتاری، شناختی، هیجانی و فراشناختی افراد را تحت تاثیر قرار می دهد، می تواند به یک بحران تبدیل شود، بنابراین ضروری است که مورد بررسی دقیق قرار گرفته و اقدامات درمان مقتضی و مناسب در مورد آنها بکار گرفته شود. اهمیت موضوع دو چندان می شود وقتی این واقعیت مورد توجه قرار گیرد که در ایران موضوع ناراضیاتی از جنس و گرایش به تغییر جنس نه تنها برای اکثر مردم عادی، بلکه برای دانشجویان و اساتید و مسئولین اجتماعی نیز موضوعی ناشناخته است. حال با توجه به اهمیت بهره گیری از روش های درمانی و مداخله ای مناسب، و از سوی دیگر تأیید کارآیی آموزش ذهن آگاهی در بهبود مولفه های روان شناختی جامعه های آماری مختلف و سرانجام عدم انجام

پژوهشی مشابه، مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش گروهی ذهن آگاهی بر اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به اختلال ناراضیاتی جنسیتی بود.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مردان و زنان مبتلا به اختلال هویت جنسی مراجعه کننده به سازمان بهزیستی شیراز در سال ۹۸-۱۳۹۷ بود. در پژوهش حاضر از روش نمونه گیری درد سترس استفاده شد. بدین صورت که با مراجعه به سازمان بهزیستی شیراز افراد مراجعه کننده دارای اختلال هویتی جنسیتی مورد شناسایی قرار گرفتند. این افراد به وسیله روان پزشکی مرکز و همچنین متخصص روان شناسی با استفاده از مصاحبه بالینی عمیق تشخیص اختلال هویتی جنسیتی دریافت کرده بودند. در این پژوهش تعداد ۳۰ فرد مبتلا به اختلال ناراضیاتی جنسیتی که مایل به حضور در پژوهش بودند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ فرد در گروه آزمایش و ۱۵ فرد در گروه گواه). معیارهای ورود به پژوهش شامل ابتلا به اختلال ناراضیاتی جنسیتی (تشخیص این اختلال بر اساس DSM5 و توسط متخصصان روان پزشکی تأیید شده باشند، علاوه بر شرح حال بالینی و مصاحبه روان پزشکی، کاریو تایپ فرد برای تعیین شمارش کروموزومی و آرایش کروموزوم های جنسی ضمیمه پرونده باشد)، موافقت جهت شرکت در پژوهش، داشتن سن ۱۵ تا ۶۴ سال، داشتن حداقل تحصیلات سیکل، مبتلا نبودن به اختلالات روان پریشی شناخته شده و عدم اختلال روان پزشکی بر اساس پرونده پزشکی. معیارهای خروج از مطالعه شامل، عدم تمایل به ادامه همکاری، غیبت بیش از دو جلسه و استفاده از روش درمانی دیگر به طور

^۱ Lindsay, Creswell

²Brewer

³Sanko, Mckay, Rogers

⁴Winning, Boag

همزمان بودند. در نهایت گروه آزمایش مداخله آموزش گروهی ذهن آگاهی (۸ جلسه) را طی دو ماه دریافت نمودند.

ابزار

پرسشنامه اضطراب: پرسشنامه اضطراب توسط بک، اپستین، براون و استیر^۲ (۱۹۸۸) تدوین شده و نشانه‌های اضطرابی را می‌سنجد. مقیاس اضطراب بک یک پرسشنامه خودسنجی ۲۱ سوالی است که با هدف اندازه‌گیری شدت اضطراب طراحی شده است. این آزمون شدت اضطراب را در یک هفته اخیر و در دامنه‌ای از «اصلاً» تا «شدید» مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره هر سوال بین ۰ تا ۳ بوده و دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ می‌باشد. در پرسشنامه بک چهار گزینه هر سوال در یک طیف چهاربخشی از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب را توصیف می‌کند. نمره کل در دامنه ای از ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. نمره بالا نشان دهنده اضطراب بیشتر است. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب برانگیز قرار می‌گیرند، بعضی از این علائم را تجربه می‌کنند. بک و همکاران همسانی درونی مقیاس را برابر با ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای آن را ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن را از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند (بک و همکاران، ۱۹۸۸). کاپوانی و موسوی (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۲ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی را ۰/۸۳ به دست آورده‌اند. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است (به نقل از نیکخواه، ۱۳۹۳). ضریب همسانی درونی آن ۰/۹۲ و اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله‌ی یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که نشان دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب می‌باشد (به نقل از

نیکخواه، ۱۳۹۳). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد.

پرسشنامه افسردگی (DQ): نسخه نهایی پرسشنامه افسردگی توسط بک، اپستین، براون و استیر^۳ در سال ۱۹۹۶ تدوین شد. ماده‌های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌زاری و ... هستند. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر آن ۶۳ است. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به طور مستقیم به دست می‌آید. نمره‌های زیر را می‌توان برای نشان دادن سطح کلی افسردگی به کار بست: ۰ تا ۱۳: هیچ یا کمترین افسردگی (نمره صفر تا ۱۳)، افسردگی خفیف (نمره ۱۴ تا ۲۴)، افسردگی متوسط (نمره ۲۵ تا ۳۵)، افسردگی شدید (نمره ۳۶ تا ۶۳). بک و همکاران (۱۹۹۶) روایی همزمان این پرسشنامه را ۰/۷۹ و اعتبار بازآزمایی آن را ۰/۶۷ گزارش کردند. همچنین ضریب بازآزمایی برای بیماران روانی ۰/۸۶ و برای بیماران غیر روانی ۰/۸۱ گزارش شده است (به نقل از فتحی، حاتمی و رزانه، اصلی آزاد و فرهادی، ۱۳۹۵). گودرزی اعتبار پرسشنامه بک را از طریق محاسبه ضریب همسانی درونی ۰/۸۴ و ضریب اعتبار حاصل از روش تصنیف را ۰/۷۰ به دست آورد. ضریب همبستگی بین فرم ۱۳ سوالی و فرم ۲۱ سوالی آن بر اساس گزارش گودرزی، ۰/۷۴ می‌باشد که حاکی از روایی مناسب پرسشنامه جهت استفاده در ایران می‌باشد (به نقل از رئیس‌یان، گلزاری و برجعلی، ۱۳۹۰). پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد.

روش اجرا

1. Anxiety Questionnaire

2. Beck, Epstein, Brown, Steer

3. Depression Questionnaire

4. Beck, Epstein, Brown, Steer

پس از اخذ مجوزهای لازم از طرف سازمان بهزیستی شیراز مربوطه و انجام فرایند نمونه گیری، افراد انتخاب شده (۳۰ فرد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی) به شیوه تصادفی در گروه های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ فرد در گروه آزمایش و ۱۵ فرد در گروه گواه). گروه آزمایش آموزش گروهی ذهن آگاهی (کابات-زین، ۲۰۰۳) را در ۸ جلسه طی دو ماه به صورت هفته ای یک جلسه ۹۰ دقیقه ای را دریافت نمودند. این در حالی است که افراد حاضر در گروه گواه مداخلات حاضر را در طول

پژوهش در یافت نکردند. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت افراد برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم چنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می ماند و نیازی به درج نام نیست.

جدول ۱ - مداخلات مربوط به آموزش ذهن آگاهی (کابات-زین، ۲۰۰۳)

جلسه	موضوع	مداخلات درمانی
اول	هدایت خودکار	آشنایی با اعضای گروه و انتظارات آن ها، تعیین خط مشی گروه و توضیح پیرامون تعارضات زناشویی، تمرین خوردن کشمش، تمرین مراقبه و آرسی بدن. تکلیف: انجام یکی از کارهای روزمره با ذهن آگاهی و آرسی بدن.
دوم	چالش با موانع	ده دقیقه تنفس با ذهن آگاهی، تمرین و آرسی بدن. تکلیف: آوردن توجه به یکی دیگر از فعالیت های روزمره، ثبت وقایع خوشایند، و آرسی بدن و ده دقیقه تنفس ذهن آگاهانه.
سوم	ذهن آگاهی در حین حرکت	تمرین حرکات کششی همراه با ذهن آگاهی، تمرین قدم زدن آگاهانه، تمرین و آرسی بدن. تکلیف: پیاده روی آگاهانه، و آرسی بدن، ثبت تجربه های ناخوشایند.
چهارم	ماندن در لحظه	تمرین ذهن آگاهی نسبت به شنیدن و فکر کردن، داستان بره های گرسنه، تمرین مکث سه دقیقه ای، تمرین و آرسی بدن. تکلیف: و آرسی بدن، استفاده از وسایل نقلیه همراه با ذهن آگاهی، مکث سه دقیقه ای.
پنجم	پذیرفتن و اجازه دادن	تمرین مراقبه نشسته با آگاهی از تنفس و بدن، پذیرش، تمرین ایجاد یک مشکل و کار کردن روی آن از طریق بدن، تمرین مکث سه دقیقه ای (به همراه احساس پذیرا بودن)، تمرین و آرسی بدن. تکلیف: و آرسی بدن و مکث سه دقیقه ای.
ششم	افکار واقعیت نیستند	افکار جانشین، تمرین مکث سه دقیقه ای، تمرین و آرسی بدن. تکلیف: و آرسی بدن، مکث سه دقیقه ای و استفاده از آن در مواقع بروز احساسات ناخوشایند.
هفتم	مراقبت از خود	ارتباط بین خلق و احساسات، چگونه به بهترین نحو از خود مراقبت کنیم، تمرین و آرسی بدن. تکلیف: تهیه لیستی از فعالیت های انرژی بخش و خسته کننده.
هشتم	به کارگیری آموخته ها و تمرین ها در آینده	تمرین و آرسی بدن، بحث پیرامون تداوم تمرین ها و برنامه ریزی جهت انجام آن، بررسی مشکلات که مانع از انجام تکالیف می شوند.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس ها، آزمون موجلی جهت بررسی پیش فرض کرویت داده ها و همچنین از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید.

نتایج آماری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

یافته های حاصل از داده های دموگرافیک نشان داد که افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال بودند که در گروه آزمایش دامنه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال (تعداد ۴ نفر معادل ۶۷/۲۶)

درصد) و در گروه گواه دامنه سنی ۳۱ تا ۳۵ سال (تعداد ۳ نفر معادل ۲۰ درصد) دارای بیشترین فراوانی بود. از طرفی این افراد دارای دامنه تحصیلات سیکل تا لیسانس بودند که در این بین در هر دو گروه آزمایش (تعداد ۵ نفر ۳۳/۳۳ معادل درصد) و گواه

(تعداد ۶ نفر معادل ۴۰ درصد) سطح تحصیلات دیپلم دارای بیشترین فراوانی بود. میانگین و انحراف استاندارد متغیر شفقت به خود در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد اضطراب و افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه

مولفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
اضطراب	گروه آزمایش	۳۴/۸۰	۶/۹۵	۲۹/۶۶	۶/۶۷	۶/۵۰
	گروه گواه	۳۶/۵۳	۴/۶۷	۳۷/۲۶	۴/۸۱	۳۰/۶۰
افسردگی	گروه آزمایش	۳۶/۶۰	۵/۷۱	۳۱/۹۳	۴/۸۶	۴/۹۵
	گروه گواه	۳۵/۶۶	۵/۸۸	۳۶/۵۳	۵/۹۹	۵/۵۲

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای اضطراب و افسردگی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($p > 0.05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در دو متغیرهای اضطراب و افسردگی رعایت شده است ($p > 0.05$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون

گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (اضطراب و افسردگی) معنادار نبوده است ($p > 0.05$). این در حالی بود که نتایج آزمون موجلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای اضطراب و افسردگی رعایت نشده است ($p \leq 0.05$). بر این اساس با برآورده نشدن پیش‌فرض کرویت مشخص می‌شود که روابط بین متغیرها، با احتمال بالایی امکان دارد مقادیر متغیر وابسته را تغییر دهد و بر این اساس شانس ارتکاب به خطای نوع اول افزایش می‌یابد. بر این اساس در جدول بعد از تحلیل جایگزین (آزمون گرین هاوس-گایسر) استفاده می‌شود تا با کاهش درجه آزادی، شانس ارتکاب به خطای نوع اول کاهش یابد.

جدول ۳ - تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی برای متغیرهای اضطراب و افسردگی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
اضطراب	مراحل	۱/۶۱	۵۲/۲۲	۲۵/۹۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱
	گروه‌بندی	۱	۶۱۸/۸۴	۱۵/۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۹
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۱/۶۱	۸۹/۲۰	۴۴/۳۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۱
	خطا	۴۵/۲۲	۲/۰۱				
افسردگی	مراحل	۱/۲۰	۵۲/۸۷	۱۴/۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳	۱
	گروه‌بندی	۱	۱۱۱/۱۱	۱۱/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۸
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۱/۲۰	۱۰۱/۲۹	۲۷/۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۱

زمان هم بر نمرات اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی معنادار بوده و به ترتیب ۶۱ و ۴۹ درصد از تفاوت در نمرات این دو متغیر را تبیین می‌کند. توان آماری هم، حاکی از دقت آماری بالا و کفایت حجم نمونه می‌باشد. در مجموع می‌توان گفت آموزش گروهی ذهن آگاهی در مجموع بر اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی در مراحل مختلف مورد ارزیابی تاثیر داشته است. حال در ادامه در جدول ۴ مقایسه زوجی میانگین نمرات اضطراب و افسردگی آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی ارائه می‌شود.

نتایج آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهد عامل زمان یا مرحله ارزیابی تاثیر معناداری بر نمرات اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی داشته و به ترتیب ۴۸ و ۳۳ درصد از تفاوت در واریانس‌های این متغیرها را تبیین می‌کند. علاوه بر این، تاثیر عامل عضویت گروهی (آموزش گروهی ذهن آگاهی) هم بر نمرات اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی معنادار بوده و به ترتیب ۴۱ و ۳۵ درصد از تفاوت در نمرات این دو متغیر را تبیین می‌کند. از طرفی این نتایج بیان‌گر آن است که اثر متقابل نوع درمان و عامل

جدول ۴ - بررسی تفاوت‌های دو به دو مقایسه مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مراحل آزمون	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	مقدار معناداری
اضطراب	پس‌آزمون	۲/۲۰	۰/۳۹	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	۱/۸۶	۰/۳۳	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	-۲/۲۰	۰/۳۹	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	-۰/۳۳	۰/۲۵	۰/۵۷
افسردگی	پس‌آزمون	۱/۹۰	۰/۴۳	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	۱/۶۳	۰/۴۷	۰/۰۰۰۶
	پس‌آزمون	-۱/۹۰	۰/۴۳	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	-۰/۲۶	۰/۱۷	۰/۳۹

همانگونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای اضطراب و افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معناست که آموزش گروهی ذهن آگاهی توانسته به شکل معناداری نمرات پس‌آزمون و پیگیری را نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر نمایند. چنانکه یافته‌های توصیفی نیز بیانگر کاهش میانگین نمرات متغیرهای اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی بود. یافته دیگر این جدول نشان داد که بین میانگین نمرات مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود

ندارد. این یافته را می‌توان این چنین تبیین نمود که نمرات متغیرهای اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی که در مرحله پس‌آزمون دچار کاهش معنادار شده بود، توانسته این تغییر را در طول دوره پیگیری نیز حفظ نماید. در یک جمع بندی می‌توان بیان نمود آموزش گروهی ذهن آگاهی توانسته منجر به کاهش معنادار میانگین نمرات متغیرهای اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی در مرحله پس‌آزمون شده و این اثر در مرحله پیگیری نیز ثبات خود را حفظ نموده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی ذهن آگاهی بر اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی انجام گرفت. یافته اول پژوهش نشان داد که آموزش گروهی ذهن آگاهی بر اضطراب افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی تاثیر دارد. چنان که این مداخله توانسته منجر به کاهش اضطراب این افراد شود. یافته حاضر با نتایج پژوهش محلوجی و لطفی کاشانی (۱۳۹۸) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودپنداشت و خودبیمارانگاری بیماران؛ با یافته میرمهدی و رضاعلی (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر تاب‌آوری، تنظیم هیجان و امید به زندگی در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ و با گزارشات پارک و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی، ترس از عود سرطان، بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان همسو بود. در تبیین یافته پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی آموزش گروهی ذهن آگاهی بر اضطراب افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی می‌توان بیان نمود که ذهن آگاهی، انعطاف‌پذیری روانی را افزایش می‌دهد و درست در لحظه‌ای که فرد احساس می‌کند، دیگر کاری نمی‌توان کرد، گزینه‌های جدیدی پیش روی وی قرار می‌دهد (کروسکا و همکاران، ۲۰۱۸). بر این اساس آموزش ذهن آگاهی باعث ارتباط دوباره با همه منابع درونی و بیرونی برای یادگیری و بهبودی می‌گردد، منابعی که حتی ممکن است فرد باور نداشته باشد که از آنها برخوردار است. بر این اساس افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی با برخورداری از انعطاف‌پذیری حاصل از آموزش ذهن آگاهی می‌توانند روابط سازنده‌تری را تجربه نموده و از این طریق اضطراب نیز در نزد آنان کاهش یابد؛ چرا که برخورداری از انعطاف‌پذیری روانی، می‌تواند ادراک افراد از داده‌های محیطی را تحت تاثیر قرار داده و آنها نگرش‌ها و ادراکات منفی کمتری را در روابط اجتماعی و زندگی فردی و خانوادگی از خود نشان می‌دهند. این روند سبب می‌شود تا افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی، با بهره‌گیری از بهبود پردازش شناختی و هیجانی حاصل از آموزش ذهن آگاهی،

به شکل هنجارمندتری مشکلات خود را با رویکرد حل مساله، مدیریت نموده و با کاهش مشکلات، اضطراب کمتری را تجربه نمایند. در تبیینی دیگر باید اشاره کرد که آموزش ذهن آگاهی با آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی و عمل در زمان حال، می‌تواند تاثیر حساسیت‌های فیزیولوژیکی و هیجانی ناشی از اختلال هویت جنسی روی رفتار افراد مبتلا را تعدیل کند و به تبع آن استرس و اضطراب افراد دارای اختلال هویت جنسی کاهش می‌یابد. کاهش در استرس نیز می‌تواند دیگر فرایندهای روان‌شناختی که منبع کنار آمدن فرد را تقویت می‌کند، تحت تاثیر قرار داده و فرد ادراک بهتری را در حوزه خودکارآمدی هیجانی و روان‌شناختی تجربه نماید. علاوه بر این آموزش ذهن آگاهی باعث می‌شود افراد دارای اختلال هویت جنسی بتوانند تجربیات خود را بپذیرند و به میزانی که آنها بتوانند این تجربیات را بپذیرند و تحمل کنند، به همان میزان می‌توانند مستقل از تجربیات قبلی خود در حوزه‌های مختلف روان‌شناختی و سلامت عمل کنند. بنابراین به نظر می‌رسد آموزش ذهن آگاهی به دلیل ساز و کارهایی مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند منجر به تغییر شیوه تعاملی افراد دارای اختلال هویت جنسی با مشکلات ناشی از این اختلال شده و در نتیجه اضطراب آنها کاهش یابد.

یافته دوم پژوهش نشان داد که آموزش گروهی ذهن آگاهی بر افسردگی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی تاثیر دارد. چنان که این مداخله توانسته منجر به کاهش افسردگی این افراد شود. یافته حاضر با نتایج پژوهش زاهدزاده و جوهری فرد (۱۳۹۷) مبنی بر تاثیر ذهن آگاهی بر باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی زنان مبتلا به افسردگی؛ با یافته آرگانگا و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر مدیریت و کاهش افسردگی؛ و با گزارشات گامپورت و همکاران (۲۰۱۸) مبنی بر نقش درمان ذهن آگاهی در نگرش افراد بیمار نسبت به درمان هم‌سو بود. در تبیین تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر افسردگی افراد دارای اختلال هویت جنسی می‌توان بیان کرد که آموزش ذهن آگاهی می‌تواند به الگوهای رفتاری منجر شود که افکار و هیجانات آشفته‌ساز کمتری (همانند افسردگی) را تولید نماید (آرگانگا و همکاران،

محدود بودن دامنه تحقیق به افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی مراجعه کننده به سازمان بهزیستی شهر شیراز، وجود برخی متغیرهای کنترل نشده، مانند شرایط خانوادگی، شخصیتی و هیجانی افراد حاضر در پژوهش، شیوه‌های فرزندپروری والدین این افراد و موقعیت اجتماعی آنها و عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر گروه‌ها، کنترل عوامل ذکر شده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به اثربخشی آموزش گروهی ذهن آگاهی بر اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود آموزش گروهی ذهن آگاهی به مشاوران و درمان‌گران مراکز بهزیستی ارائه داده شود تا آنها با بکارگیری این روش آموزشی، جهت کاهش اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی گامی عملی برداشته باشند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی فرزین امینی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج بود. بدین وسیله از تمام افراد حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنان و مسئولین سازمان بهزیستی شهر شیراز که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

۲۰۲۰). برخی شواهد نشانگر آن است که ذهن آگاهی می‌تواند با تغییرات ساختاری در بخش‌هایی از مغز که به پردازش حسی، شناختی و هیجانی می‌پردازند، رابطه داشته باشد که این امر همچنین باعث کاهش عاطفه منفی از طریق برجسب‌گذاری محرک عاطفی منفی می‌گردد. بنابراین ذهن آگاهی با تاثیر بر پردازش‌های حسی، شناختی و هیجانی، فرایندهای روان شناختی فرد را در جهت مثبت تحت تاثیر قرار داده و از این رهگذر می‌تواند منجر به کاهش افسردگی افراد دارای اختلال هویت جنسی شود. در تبیینی دیگر می‌توان گفت که آموزش ذهن آگاهی و توانش‌های ذهن آگاهی به افراد این بینش را عطا می‌کند تا نسبت به الگوهای افکار، عواطف، هیجانات و رفتارهای اتوماتیک خود آگاهی و بصیرت پیدا کند و سپس بتواند به صورت ماهرانه پاسخ‌های هدفمند مفید را انتخاب کنند، به جای آنکه به طور خودکار با روش‌های خو گرفته و ناهشیار نسبت به وقایع محیطی واکنش نشان دهند (گامپورت و همکاران، ۲۰۱۸). بر این اساس آموزش ذهن آگاهی با ایجاد تغییر در ساختار عواطف، احساسات، هیجانات و افکار افسردگی افراد دارای اختلال هویت جنسی آنان را قادر می‌سازد که با آگاهی از فرایندهای شناختی و فراشناختی خود بتوانند، پاسخ‌های جدیدی را در فرایند شناختی و هیجانی خود ایجاد و با به چالش کشیدن پردازش‌های هیجانی و شناختی ناکارآمد، افسردگی کمتری را تجربه نمایند.

- ریسیان، ا.، گلزاری، م.، برجعلی، ا. (۱۳۹۰). اثربخشی امیددرمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمانجوی وابسته به مواد مخدر. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۵(۱۷)، ۲۱-۴۰.
- زاهدزاده، ف.، جوهری‌فرد، ر. (۱۳۹۷). بررسی تاثیر هنردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورهای فراشناختی و ذهن آگاهی زنان مبتلا به افسردگی، مجله روان پرستاری، ۶(۵)، ۴۲-۴۹.
- فتحی، ا.، حاتمی ورزنده، ا.، اصلی‌آزاد، م.، فرهادی، ط. (۱۳۹۵). تاثیر آموزش گروهی خودبخودگی مبتنی بر مفاهیم قرآنی بر افسردگی دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه، اندیشه‌های نوین تربیتی، ۱۲(۳)، ۱۱۰-۱۳۰.

کاوایانی، ح.، و موسوی، ا. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی، مجله دانشکده پزشکی، ۶۶(۲)، ۱۴۰-۱۲۶.

گنجی، ح. (۱۳۹۲). آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM5، تهران: انتشارات ارسباران.

محلوجی، آ.، لطفی کاشانی، ف. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودپنداشت و خودبیمارانگاری بیماران مبتلا به درد مزمن، مجله علوم روان‌شناختی، ۱۸(۷۶)، ۴۵۷-۴۵۱.

میرمهدی، س.ر.، رضاعلی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری، تنظیم هیجان و امید به زندگی در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲، فصلنامه روان‌شناسی سلامت، ۱۶۷-۱۸۳.

نیکخواه، م. (۱۳۹۳). اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی بر اضطراب و سلامت روان دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان).

Argungu, Z., Lam, S.K., Binti, F., Mukhtar, M., Yan, S.K., Olalekan, O.T., Geok, S.K. (2020). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the management of depressive disorder: Systematic review. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 12, 100-108.

Bakula, D.M., Mullins, A.J., Sharkey, C.M., Wolfe-Christensen, C., Mullins, L.L., Wisniewski, A.B. (2017). Gender identity outcomes in children with disorders/differences of sex development: Predictive factors. *Seminars in Perinatology*, 41(4), 214-217.

Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R.A. (1998). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

Brewer, J.A., Mallik, S., Babuscio, T. A., Nich, C., Johnson, H. E., & et al. (2011). Mindfulness training for smoking cessation: Results from a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 119(1-2), 72-80.

Capobianco, L., Reeves, D., Morrison, A.P., Wells, A. (2018). Group Metacognitive Therapy vs. Mindfulness Meditation Therapy in a Transdiagnostic Patient Sample: A Randomized Feasibility Trial. *Psychiatry Research*, 259, 554-561.

Crosswell, A.D., Moreno, P.I., Raposa, E.B., Motivala, S.J., Stanton, A.L., Ganz, P.A., Bower, J.E. (2017). Effects of mindfulness training on emotional and physiologic recovery from induced negative affect. *Psychoneuroendocrinology*, 86, 78-86.

Dragana, D., Borjanka, B., Jasmina, B., Djordjevic, M.L., Svetlana, V., Bazic, M. (2014). American psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders, American, psychiatric Association Press, Washington DC, USA, 4th edition.

Everaert, J. (2021). Interpretation of ambiguity in depression. *Current Opinion in Psychology*, In Press, Journal Pre-proof.

File, S.E., Hyde, J.R.G. (2012). Can social interaction be used to measure anxiety? *British Journal of pharmacology*, 62 (1), 19-24.

Fish, J.N., Pasley, K. (2015). Sexual (minority) trajectories, mental health and alcohol use: a longitudinal study of youth as they transition to adulthood. *Journal of Youth Adolescent*, 44, 1508-1527.

Gonzalez RMM, Bajo FJP, Perez BP, Sanchez JHS. A study of transsexuality from Medical Forensic Clinic in Madrid. *Spanish Journal of Legal Medicine*, 2018; 44(4): 150-157.

Gumport NB, Dong L, Lee JY, Harvey AG. (2018). Patient learning of treatment contents in cognitive therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*; 58: 51-59.

Hofmann, S.G., Angelina, F., Gomez, B.A. (2017). Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression, *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 739-749.

Hopwood, T.L., Schutte, N.S. (2017). A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based interventions on post traumatic stress. *Clinical Psychology Review*, 57, 12-20.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based Interventions in Context: Past, Personal, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General psychiatry*, 62, 593-602.

- Kroska, E.B., Miller, M.L., Roche, A.I., Kroska, S.K., O'Hara, M.W. (2018). Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: The role of avoidance and mindfulness. *Journal of Affective Disorders*, 225, 326-336.
- Lau, J.S., Kline-Simon, A., Sterling, S., Hojilla, J.C., Hartman, L. (2020). *Screening for Gender Identity in Adolescent Well Visits: Is It Feasible and Acceptable?* *Journal of Adolescent Health*, In Press, Corrected Proof.
- Lindsay, E. K., Creswell, J.D (2017). Mechanisms of mindfulness training: monitor and acceptance theory (MAT). *Clinical Psychology Review*, 51, 48-59.
- Lotz, C., Sparfeldt, J.R. (2017). Does test anxiety increase as the exam draws near? – Students' state test anxiety recorded over the course of one semester. *Personality and Individual Differences*, 104, 397-400.
- Metzler, D.H., Mahoney, D., Freedy, J.R. (2016). Anxiety Disorders in Primary Care. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 43(2), 245-261.
- Park, S., Sato, Y., Takita, Y., Tamura, N., Ninomiya, A., Kosugi, T., Sado, M., , A., Takahashi, M., , T., Fujisawa, D. (2020). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Psychological Distress, Fear of Cancer Recurrence, Fatigue, Spiritual Well-Being, and Quality of Life in Patients With Breast Cancer—A Randomized Controlled Trial.* *Journal of Pain and Symptom Management*, In Press, Corrected Proof.
- Paul, N.A., Stanton, S.J., Greeson, J.M., Smoski, M.J., Wang, L. (2012). Psychological and neural mechanisms of trait mindfulness in reducing depression vulnerability. *Social Cognitive Affect Neuroscience*, 8(1), 56-64.
- Sanko, J., Mckay, M., & Rogers, S. (2016). Exploring the impact of mindfulness meditation training in pre-licensure and post graduate nurses. *Nurse Education Today*, 45, 142-147.
- Segal, Z., Dimidjian, S., Vanderkruik, R., Levy, J. (2019). A maturing mindfulness-based cognitive therapy reflects on two critical issues, *Current Opinion in Psychology*, 28, 218-222.
- Shook, K., Papalexiou, S., Pomero, J.W. (2020). *Quantifying the effects of Prairie depressional storage complexes on drainage basin connectivity.* *Journal of Hydrology*, 593, 125-130.
- Stafford, L., Komiti, A., Bousman, C., Judd, F., Gibson, P., & et al. (2016). Predictors of depression and anxiety symptom trajectories in the 24 months following diagnosis of breast or gynaecologic cancer. *The Breast*, 26, 100-105.
- Syed, I., Afridi, M., Dars, J. (2019). *An artistic inquiry into gender identity disorder/ gender dysphoria: A silent distress.* *Asian Journal of Psychiatry*, 44, 86-89.
- Terada, S., Matsumoto, Y., Sato, T., Okabe, N., Kishimoto, Y., Uchitomi, Y. (2011). *Suicidal ideation among patients with gender identity disorder.* *Psychiatry Research*, 109(1), 159-162.
- Winning, A.P., & Boag, S. (2015). Does brief mindfulness training increase empathy? the role of personality. *Personality and Individual Differences*, 86, 492-498.

Original Article

Efficacy of Training Group Mindfulness on the Anxiety and Depression of the People with Gender Dysphoria Disorder

Received: 19/01/2021 - Accepted: 02/03/2021

Farzin Amini¹
Khosro Ramazani^{2*}
Alireza Mardpour³

¹ PhD student in Psychology,
Department of Psychology, Islamic
Azad University, Yasouj Branch,
Yasouj, Iran.

² Assistant Professor, Department of
Psychology, Islamic Azad University,
Yasouj Branch, Yasouj, Iran
(Corresponding Author)

³ Assistant Professor, Department of
Psychology, Islamic Azad University,
Yasouj Branch, Yasouj, Iran

Email: kh.ramezani@iauyasooj.ac.ir

Abstract

Introduction: Gender dysphoria disorder usually causes psychological damages due to social conditions of the societies. The present study was conducted with the aim of investigating the efficacy of training group mindfulness on the anxiety and depression of the people with gender dysphoria disorder.

Methods: The present study was quasi-experimental with pretest, posttest, control-group and three-month follow-up stage design. The statistical population of the present study included all men and women with gender dysphoria disorder who referred to the organization of wellbeing in the city of Shiraz in 2018-19. 30 people with sexual dissatisfaction were selected through non-random convenient sampling method and they were randomly accommodated into experimental and control groups (15 people in each group). The experimental group received the intervention of training group mindfulness (eight sessions) during two months. The applied questionnaires in this study included anxiety questionnaire (AQ) and depression questionnaire (DQ). The data were analyzed through repeated measurement ANOVA method.

Results: The results showed that training group mindfulness has effect on the anxiety and depression of the people with gender dysphoria disorder ($p < 0.0001$) as this kind of training led to the decrease of anxiety (0.61) and depression (0.49) in these people.

Conclusion: According to the findings of the present study it can be concluded that training mindfulness can be used as an efficient method to decrease anxiety and depression in the people with gender dysphoria disorder through employing techniques such as thoughts, emotions and mindful behavior.

Keywords: Gender dysphoria disorder, depression, anxiety and training group mindfulness