

The Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment to Improving Psychological Well-Being of Transsexual Individuals Esfahan

Farzane Pourkazem Mohammad Fereidani^{1,*}, Ronak Eshghi Nogourani²

Department of Psychology, Esfahan Branch, Islamic Azad University, Esfahan Iran (Corresponding Author)
Farzanepourkazem@gmail.com

Assistant Professor, Department of Psychology, Esfahan Branch, Islamic Azad University, Esfahan Iran
Ronak_Eshghi@yahoo.com

Abstract

Introduction: The objective of this research was to determine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the psychological well-being increase of transsexuals.

Method: The pre-test-post-test control group design was used, in which due to participants' loss and their special conditions, only 20 transsexuals that visited the TS clinic in the 1395 summer were chosen considering the study criterion and were randomly placed in two groups: a) the experiment group (10 people), b) the control group (10 people). In this study the Ryff's psychological well-being scales-the short form- was used as an assessment tool. The Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) was used for data analysis.

Results: The MANCOVA results indicated that ACT was effective on the psychological well-being increase of transsexuals ($P < 0.05$). The following items probably lead to an increase of the participants' psychological well-being: creating approval and inclination, concentrating on/commitment to values.

Conclusion: According to the results of this research, ACT could be used in order to increase the psychological well-being of transsexuals.

Key words: psychological well-being, acceptance and commitment therapy, transsexual

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد ترا جنسی

فرزانه پور کاظم محمدفریدنی^{1*}، روناک عشقی نوگورانی²

کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. (مؤلف مسئول)

farzanepourkazem@gmail.com

استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

Ronak_Eshghi@yahoo.com

چکیده

مقدمه: این پژوهش به منظور اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد تراجنسی انجام شده است.

روش: روش بررسی نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود که به دلیل ریزش مراجعه‌کنندگان و خاص بودن شرایط آن‌ها 20 نفر از افراد ترا جنسی مراجعه‌کننده به کلینیک ارجاع TS در تابستان 1395 بر اساس ملاک‌های ورود به مطالعه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (10 نفر) و کنترل (10 نفر) جایگزین شدند. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش، پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریق - فرم کوتاه ریف (1989) بود. به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش نمره بهزیستی روان‌شناختی مؤثر بوده است ($P < 0/05$). احتمالاً ایجاد پذیرش و تمایل، تمرکز بر ارزش‌ها و متعهد بودن به آن‌ها باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی مراجعین گروه پذیرش و تعهد شده است.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد ترا جنسی استفاده نمود.

کلید واژه‌ها: بهزیستی روان‌شناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ترا جنسی

مقدمه

سرآغاز هر رفتار جنسی، جنسیت است. جنسیت هر انسان به عنوان زن یا مرد که از همان دوران جنینی و زمانی که در رحم رشد می‌کند مشخص می‌شود و شاید اولین منبع برای نوع رفتار جنسی در آینده باشد؛ چراکه نوع جنسیت، رفتارهای جنسی خاص و منحصر به‌فردی را به ارمغان خواهد آورد. فارغ از اینکه هویت جنسی با مفاهیم فیزیکی (مانند ترکیب کروموزوم‌ها، آلت جنسی مردانه یا زنانه و ظاهر فیزیکی مردانه یا زنانه) ارتباط دارد، این مقوله در برگیرنده ویژگی‌های روان‌شناختی و سازه‌های اجتماعی و فرهنگی نیز هست (قاعدی^۱، 1392)؛ اما این فرایند طبیعی که در اکثریت موارد با موفقیت طی می‌گردد، در پاره‌ای موارد مسیر متفاوتی را می‌گذراند، به‌طوری‌که کودک در مورد تعلق خود به یکی از دو جنس دچار تردید شده یا کاملاً خود را متعلق به جنس مخالف جنسیت بیولوژیک خود می‌داند که در این وضعیت وی دچار اختلال هویت جنسی می‌شود. چنین وضعیتی معمولاً با رشد کودک ادامه می‌یابد و در مواردی نیز به قوت ادامه یافته و به حداکثر شدت خود یعنی تقاضای فرد برای تغییر مشخصات آناتومیک خود به صورت جنسیتی که فرد خود را متعلق به آن می‌داند، برسد به این دسته از افراد ترا جنسی گفته می‌شود (سادوک، سادوک و روئیز^۲، 2015).

در حد اطلاع نویسندگان تاکنون آماری رسمی از افراد دارای اختلال هویت جنسی در جمعیت طبیعی ایران وجود ندارد و بر اساس گزارش آمار سلامت ملی ایالت متحده 2 درصد زنان و 6 درصد مردان 25-44 سابقه تماس جنسی با فرد هم‌جنس خود داشته‌اند (چاندرا و موشر^۳، 2011). بنابراین انطباق میان رفتار

جنسی و هویت فرد در مورد گرایش جنسی کامل نیست؛ توجه به این نکته هم لازم است که سنجش گرای جنسی با یک یا دو پرسش مستقیم ممکن است به‌طور دقیق امکان‌پذیر نباشد. گرایش جنسی و گاه ترجیح جنسی (که البته دقت کمتری دارد) ممکن است شامل میل، رفتار و هویت جنسی باشد (درسچر و ریف^۴، 2009).

ابتلا به نارضایتی جنسیتی افراد را در معرض انواع مسائل و مشکلات از جمله بیماری‌های روانی متأثر از وضعیت آن‌ها قرار می‌دهند یکی از این جمله مشکلات کاهش بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان است (ریف و کیز^۵، 1995). تحقیقات نشان داده است که عوامل متعددی بر روی بهزیستی روان‌شناختی تأثیرگذار هستند که شامل رضایت درونی، درآمد، سن، نژاد، جنس، استخدام، تحصیل، ازدواج و... است و هرکدام از این عوامل متعدد که در فرد با نقصان و کمبود مواجه باشد به طبع آن بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (رحیمیان بوگر^۶، 1386). بهزیستی روان‌شناختی به معنای قابلیت یافتن تمام استعدادهای فرد است؛ و دارای مؤلفه‌های 1- خودمختاری (احساس شایستگی و توانایی در مدیریت محیط پیرامون فرد و ...) 2- رشد شخصی (داشتن رشد مداوم و ...) 3- روابط مثبت با دیگران (داشتن روابط گرم و ...) 4- هدفمندی در زندگی (داشتن هدف در زندگی) 5- پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت نسبت به خود و ...) 6- تسلط بر محیط (توانایی انتخاب و ایجاد محیطی مناسب و...) است (ریف و کیز، 1995).

4- Drescher, Byne
5- Ryff, Keyes
6- Rahimian

1-ghaedi
2- Sadouk, Rouiez
3- Chandra, Mosher

کاکاباری^۶، 1395)، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نسبت به درد (قمیان، شعیری^۷، 1393)، کاهش کلی علائم اضطراب فراگیر (علوی زاده، شاکریان^۸، 1395) افزایش تاب‌آوری و سطح امید به زندگی (متین‌فر، عابدی^۹، 1395) اشاره نمود. پژوهش‌های زیادی در ایران در مورد افراد تراجنسی انجام نگرفته است و تحقیقات بیشتر تک‌بعدی و به یک شیوه درمان اشاره شده است. نتایج این پژوهش می‌تواند به هموار شدن مسیر مطالعات بیشتر در این زمینه کمک کند. از آنجاکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد درمانی جدیدی برای افراد ترا جنسی محسوب می‌شود و تاکنون در زمینه‌ی افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد ترا جنسی استفاده نشده است و این افراد به دلیل شیوه زندگی متفاوت از سلامت روان و بهزیستی روانی کمتری برخوردار هستند لذا لزوم توجه به این بسیار نمایان می‌شود و این پژوهش در استان اصفهان انجام نشده است در نتیجه ضرورت انجام پژوهش نیز نشان داده می‌شود. بر این اساس در این پژوهش سعی بر آن است که به این سؤال پاسخ داده شود که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد تراجنسی تأثیر معناداری دارد؟

روش بررسی

طرح پژوهشی از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد تراجنسی در شهر اصفهان در تابستان سال 1395 به مراکز ارجاع TS مراجعه کرده بودند. روش نمونه‌گیری از نوع در دسترس بود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است که توسط استیون هیز^۱ و همکارانش از ابتدای دهه 1980 معرفی و با نام اختصاری ACT شناخته شده است و ریشه در فلسفه عمیقی دارد که زمینه‌گرایی عملکردی خوانده می‌شود و به لحاظ نظری بر نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی^۲ است که چگونگی ایجاد رنج توسط ذهن انسان و روش‌های بی‌فایده مقابله با آن و نیز رویکردهای زمینه‌ای جایگزین برای این حوزه‌ها را تبیین می‌کند. ACT در اصل یک رفتاردرمانی است و موضوع آن عمل است اما نه هر عملی بلکه عملی که اول ارزش محور باشد (ایزدی، عابدی^۳، 1394). پذیرش و تعهد نامش را از پیام اصلی خود می‌گیرد: آنچه خارج از کنترل شخصی‌ات است را بپذیر و به عملی که زندگی‌ات را غنی می‌سازد متعهد باش. هدف این رویکرد کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است در عین پذیرش رنجی که زندگی به‌ناچار با خود دارد (بستامی، گودرزی^۴، 1395). ACT از شش فرآیند اصلی یعنی پذیرش، گسلس شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه برای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند (هیز، لوما و بوند^۵، 2006).

پژوهش‌های متعددی دال بر وجود رابطه بین پذیرش و تعهد و بهزیستی روان‌شناختی و اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش مشکلات روان‌شناختی موجود می‌باشند که از آن جمله می‌توان به اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت علائم افسردگی (صبور،

6- Sabour, Kakabaraie
7- Ghomian, Shaieri
8- Alavie, Shakerian
9- Matin far, Abedi

1- Steven Hayes
2- Relationship Framework Teory (RFT)
3- Ezadi, Abedi
4- Bastami, Goudarzi
5- Louma, Bond

6)، رشد فردی (7-15-17)، روابط مثبت با دیگران (3-11-13)، هدف در زندگی (5-14-16) و پذیرش خود (2-8-10) و بر اساس لیکرت 6 عاملی با امتیاز 1 تا 6 نمره گزاری می‌شود. کاملاً موافقم تا حدی موافقم، مخالفم تا حدی مخالفم و کاملاً مخالفم و برای هر یک از زیر مقیاس‌ها 3 سؤال وجود دارد و حداقل نمره در هر زیر مقیاس 3 و حداکثر 18 است این پرسشنامه که برای بزرگسالان تهیه شده است همسانی درونی کل این آزمون در پژوهش حاضر در مطالعه آزمایشی بر روی 35 نفر از دانشجویان با آلفای کرونباخ 0/76 و بر روی 343 نفر از دانشجویان خوارزمی با آلفای کرونباخ 0/81 تأیید شده است (ریف و همکاران، 1989).

در پژوهش حاضر همسانی درونی مقیاس از طریق آلفای کرونباخ بر روی افراد تراجنسی 0/83 به دست آمده است. این پرسشنامه متشکل از سؤالاتی از این قبیل است: من بیشتر جنبه‌های شخصیتم را دوست دارم. پس از نمونه‌گیری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس الگوی ایزدی و عابدی (1394) و طی 8 جلسه 1 ساعته، هفته‌ای دو بار بر روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل در مدت پژوهش هیچ آموزشی دریافت نکردند. دوره اجرای آموزش سه هفته از تاریخ 10 مرداد لغایت سی‌ام مرداد به طول انجامید. در پایان آموزش، پس از آزمون روی هر دو گروه اجرا شد. شرح جلسات درمان مبتنی بر افق زمان در جدول 1 ارائه شده است.

به این صورت که از میان افراد تراجنسی که به 2 کلینیک ارجاع TS مراجعه کرده‌اند و با مصاحبه بالینی زیر نظر روانشناسان و بر اساس ضوابط تشخیصی پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (DSM-5) تشخیص اختلال نارضایتی جنسیتی داده شده است و به دلیل ریزش این افراد در مرحله انتخاب 20 نفر به صورت تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه گواه (10 نفر) و آزمایش (10 نفر) قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل 1 (دارا بودن پرونده مراجعه کمتر از یک سال 2) دارا بودن حداقل تحصیلات سیکل 3 (نداشتن یک دوره سایکوز، مانیا، هیپومانیا یا اختلال شخصیت که به وسیله تست MMPI قابل تشخیص است 4 (نداشتن اعتیاد و هرگونه سوءمصرف مواد که به وسیله آزمایش تشخیص اعتیاد قابل تشخیص است 5) عدم دریافت هرگونه درمان روان‌شناختی دیگر و معیارهای خروج از مطالعه شامل 1) داشتن غیبت بیش از دو جلسه 2) نداشتن انگیزه برای درمان روان‌شناختی و انجام تکلیف.

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف:

به منظور سنجش سلامت روان‌شناختی فردی از مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف استفاده می‌شود. ریف این آزمون را در فرم‌های بلند 84 سؤالی، متوسط 54 سؤالی و کوتاه 18 سؤالی تدوین کرده است (ریف، سینگر و لاو، 1998). نسخه کوتاه این پرسشنامه 6 مؤلفه اصلی الگوی بهزیستی روان‌شناختی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این مقیاس دارای 6 زیر مقیاس استقلال (9-12-18)، تسلط بر محیط (1-4-

جدول 1: شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	موضوع
اول	آشنایی و معارفه و بیان اهداف کارگاه، اجرای پیش‌آزمون
دوم	شناسایی درمان پذیرش و تعهد، اهداف و محورهای درمان، اطلاعاتی در مورد اختلال، تکلیف خانگی
سوم	ایجاد ناامیدی خلاقانه، ارزیابی تمایل برای تغییر، جمع‌بندی، تکلیف خانگی
چهارم	بررسی جلسه گذشته، تشخیص راهبردهای ناکارآمد، مفهوم پذیرش، جمع‌بندی، تکلیف خانگی
پنجم	بررسی جلسه گذشته، تکلیف و تعهد رفتاری، کاربرد تکنیک گسلش شناختی، تکلیف خانگی
ششم	بررسی جلسات گذشته، مشاهده خود به‌عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی، جمع‌بندی، تکلیف خانگی
هفتم	بررسی جلسات گذشته، شناسایی ارزش‌ها، تصریح و تمرکز بر آن‌ها، موانع درونی و بیرونی، جمع‌بندی جلسه
هشتم	بررسی جلسات گذشته، درک ماهیت تمایل و تعهد، مفهوم عود و آمادگی مقابله با آن، اجرای پس‌آزمون

پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج آماری به‌دست آمده از پژوهش حاضر در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی ارائه می‌گردد. جدول 2، میانگین و انحراف معیار نمرات بهزیستی روان‌شناختی را نشان می‌دهد.

برای تحلیل داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های پژوهش از نرم‌افزار SPSS و از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح توصیفی، از جداول و نمودار فراوانی و درصد فراوانی، محاسبه میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز در راستای سؤالات پژوهش که مبتنی بر مقایسه نمرات در دو گروه کنترل و آزمایش بوده است و بعد از بررسی

جدول 2: میانگین و انحراف معیار بهزیستی روان‌شناختی

متغیر	مرحله	آزمایش	کنترل
		میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	56/600	67/400
	پس‌آزمون	69/500	68/550

نتایج جدول 2 نشان می‌دهد میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش داشته است. به منظور استفاده از آزمون‌های پارامتریک برای بررسی تساوی واریانس نمرات بهزیستی روان‌شناختی از آزمون لوین استفاده شد. آزمون لوین تساوی واریانس‌های نمرات بهزیستی روان‌شناختی را نشان داد

جهت بررسی نرمال بودن نمرات بهزیستی روان‌شناختی از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. نتایج حاکی از آن است که نمرات بهزیستی روان‌شناختی نرمال است ($p > 0/05$). بر این اساس، می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده کرد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره در جدول 3 ارائه شده است.

جدول 3: تحلیل کوواریانس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی افراد تراجنسی

منع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اتا	توان
پیش‌آزمون	1338/962	1	1338/962	25/241	0/000	0/584	0/997
پس‌آزمون	449/779	1	449/779	8/416	0/01	0/319	0/783

توانسته است نمرات بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون را افزایش دهد. میزان تأثیر یا تفاوت برابر 0/31 است، یعنی 31 درصد تفاوت‌های فردی در نمرات بهزیستی روان‌شناختی افراد دارای اختلال نارضایتی جنسی مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

این نتیجه از پژوهش حاضر با نتایج پژوهش قمیان و شعیری (1393)، مقتدایی و خوش‌اخلاق (1394)، صدیقی (1394) که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود بهزیستی روان‌شناختی در بیماران می‌شود همخوان است. این نتیجه از پژوهش حاضر همچنین با نتایج پژوهش‌های وراپی (1392)، علوی و جلالی (1393)، خوشدل و جفرودی (1392) و هایس (2004) همسو است، هایس نشان داد که روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نقش آن در سازگاری و بهزیستی روان‌شناختی و بهبود روابط اجتماعی و همچنین سازگاری بهتر کودکان مبتلابه مشکلات رفتاری است. سعادت‌مند و بساک نژاد (1395) نیز نشان دادند که اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت، بخشش و بهزیستی روان‌شناختی زوجها تأثیر مطلوبی داشته است.

در تبیین این یافته از تحقیق می‌توان گفت رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای آنکه روی برطرف سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید، به مراجعین کمک می‌کند تا شناخت‌های کنترل‌شده

همان‌طور که نتایج جدول 3 نشان می‌دهد بین گروه‌ها در نمرات بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون در سطح $P < 0/05$ تفاوت معنی‌دار وجود دارد. تفاوت بین نمرات بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار است. یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است نمرات بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون را افزایش دهد. علاوه بر این مشخص می‌شود که میزان این تأثیر 31 درصد است. دوره پیگیری به دلیل حساس بودن گروه آزمایش و عدم همکاری آن‌ها به دلایل متعدد من جمله مشکلات خانوادگی صورت نگرفت.

بحث

جهت بررسی تأثیر پذیرش و تعهد در بهبود بهزیستی روان‌شناختی از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که بین علائم بهزیستی روان‌شناختی افراد تراجنسی گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. طبق اطلاعات موجود در جدول (2) میانگین و انحراف معیار نمرات پس‌آزمون بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است. در صورتی که این افزایش نمره پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در گروه کنترل مشاهده نشد. همچنین نتایج جدول (3) نشان می‌دهد بین گروه‌ها در نمرات بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد. یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

تراجنسی مؤثر بوده است؟ به عبارت دیگر با چه سازوکاری می‌توان این اثربخشی را تبیین نمود؟ بهزیستی روان‌شناختی فرایندی است که در آن تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد می‌داند. در این دیدگاه بهزیستی روان‌شناختی در تلاش برای ارتقا استعداد و توانایی‌های فرد تجلی می‌شود (ریف 1995). ابعاد بهزیستی روان‌شناختی شامل پذیرش، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی، تسلط محیطی است هوبرت⁵ (2008). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش برای کنترل بهبود سلامت روان، مستلزم فکر کردن به مسائلی است که بهزیستی و سلامت روان را تحریک می‌کند و در نتیجه آن ناامیدی و ناراحتی احضار می‌شود و این امر در مرحله گسلس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به وجود می‌آید.

در تبیینی اظهارشده است بهزیستی روان‌شناختی همان سلامت روان است، فردی که سالم است قادر به مقابله و تنظیم فشارهای مکرر در زندگی روزمره در یک‌راه قابل قبول است (ولسی⁶ 2010). بر همین اساس می‌توان گفت با افزایش بهزیستی روان‌شناختی بر روی افراد گروه و روش دستیابی به سلامت روان را از طریق کاهش افسردگی، اضطراب، شکایت، خودگویی منفی و ضریب ناراحتی را فراهم می‌آورد. در طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمایل جایگزین کنترل می‌شود و فرد با گرایش به پذیرش کمتر سعی در کنترل افکار منفی و رویدادهای درونی خود دارد و با استفاده از پذیرش جهات و اهداف مهم زندگی اش را

خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان گردیده است خلاص نمایند و به آن‌ها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آن‌ها دست بردارند (هیز، لوما و همکاران، 2006). پذیرش و تعهد درمانی اساساً فرایند محور است و آشکارا بر ارتقا با پذیرش تجربیات روان‌شناختی و تعهد با افزایش فعالیت‌های معنا بخش انعطاف‌پذیر، ناسازگارانه و بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات روان‌شناختی تأکید می‌کند. پذیرش و تعهد رویکردی است که از فرایندهای پذیرش، تمرکز ذهنی، تعهد و فرایندهای تغییر رفتار به منظور ایجاد انعطاف‌پذیری شناخته استفاده می‌کند (ایزدی، عابدی، 1394).

این یافته‌ها همسو با پژوهش‌های غیرمستقیمی است که از آن جمله می‌توان به وجود رابطه بین خودکارآمدی با بهزیستی روان‌شناختی، انسجام خانواده و سلامت معنوی از تجربیات اصغری، سعادت¹ (1393)، رابطه اضطراب اجتماعی، خوش‌بینی و خودکارآمدی با بهزیستی روان‌شناختی بهادری، خسروشاهی² (2012)، ارتباط حمایت اجتماعی و سبک‌های دل‌بستگی بر بهزیستی روان‌شناختی نادری، مرادی³ (1392)، رابطه مثبت بین سرمایه اجتماعی با بهزیستی روان‌شناختی هاشمی⁴ (2012)، یافته‌های عسگری مبنی بر رابطه بین حمایت اجتماعی و احساس ذهنی بهزیستی (2013)، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس و بهزیستی روان‌شناختی ظریف (2012) و یافته‌های نریمانی مبنی بر اثربخشی پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی، هیجانی و رضایت از زندگی (1393). چرا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی افراد

5- Huppert
6- Welsy
2- Bayoer, Molder
3- Keyse
4- Kadivar
5- Stiger, Rick. Beronk
5- Dieneer, Bisvas

1- Asghari, Saadat
2- Bahadori, Khosroshahi
3- Naderi, Moradi
4- Hashemi

بسیار مهم است، پذیرش خود نوعی بینش است که باعث می‌شود فرد در مورد نقاط ضعف و قوت خویشتن به آگاهی واقعی برسد (ریف، سینگر، 2008). در طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر فرد قادر می‌شود جهت زندگی‌اش را انتخاب کند و هرگاه انتخاب‌ها و رفتارها فرد را به اهداف زندگی‌اش و ارزشهای نزدیک‌تر کند پس زندگی او مؤثر است و باعث می‌شود تسلط بر محیط در فرد افزایش یابد.

در تبیینی دیگر در نظریه پذیرش و تعهد درمانی به این نکته در سلامت روان تأکید دارد که به جای آنکه روی برطرف سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید، به فرد کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل‌شده خود را بپذیرد و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان گردیده است خلاص نماید و به آن‌ها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آن‌ها دست‌بردارند (نریمانی، بخشایش، 1393). در طول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دیدگاه منفی نسبت به آینده و نشخوارهای فکری به دیدگاه‌های مثبت تبدیل می‌شود و این موضوع باعث کاهش نگرانی و همچنین باعث افزایش در رشد استقلال فردی در افراد می‌شود. همچنین در این درمان از طریق گسلش شناختی مراجع می‌آموزد که رویدادهای درونی را همان‌طور که واقعاً هستند را ببیند نه آن‌طور که خود آن رویدادها می‌گویند. این در نهایت باعث می‌شود فرآیند پذیرش بهتر رخ دهد. چون گسلش از افکار و احساسات باعث می‌شود کارکرد این رویدادهای درونی به‌عنوان موانع روان‌شناختی کاهش یابد. در موقعیت‌هایی که فرد افکار غیرمنطقی و ناراحت‌کننده‌ای در مورد مشکل خود را تجربه می‌کند، تنها حرکت در این موقعیت‌ها اجتناب است. با تجربیات گسلش به مراجع کمک می‌شود تا با فکر وسواسی به شیوه‌های متفاوت تعامل

انتخاب می‌کند و این عمل باعث افزایش هدف در زندگی‌اش می‌شود.

در تبیینی دیگر بیان شده است که در بهزیستی روان‌شناختی خودمختاری زمانی به وجود می‌آید که فرد خود را دلیل پیامدهای فعالیت خود تشخیص دهد (بایوئر و مولدر^۱، 2006)، رشد شخصی یعنی این افراد برای رسیدن به سطوح بالای عملکرد روانی باید به صورت پیوسته در جنبه‌های متفاوتی از زندگی رشد کند (ریف، 1989)، این موضوع بیانگر آن است که فرد به طور مداوم در کارها درگیر شود و مشکلات را حل کند تا به موجب آن توانایی‌هایش را گسترش دهد. تسلط بر محیط به معنای توانایی فرد برای مدیریت زندگی است، با این توصیف فردی که حس تسلط بر محیط دارد می‌تواند در جنبه‌های مختلف محیط مداخله کند، تغییر دهد و ارتقا بخشد (کیس^۲، 2002)، داشتن درک روشنی از هدف در زندگی، احساس جهت‌یابی و هدفمندی پایه سلامت روانی به شمار می‌رود، این مقیاس نیز به کمک ویژگی‌هایی مانند احساس هدفمندی و جهت‌یابی در زندگی و تجربه احساس معنا در زندگی گذشته و حال مشخص می‌شود (ریف 1989، به نقل از کدیور^۳، 1387)، وجود هدف در زندگی به طور مثبت با رضایت از زندگی و شادکامی رابطه دارد (استیگر و ریک 2010، برونک^۴، 2009)، روابط مثبت با دیگران برای برای بهزیستی فرد مهم بوده و موجب می‌شود شادکامی و عملکرد بهتر در فرد افزایش یابد همچنین روابط مثبت با دیگران پیش‌بینی‌کننده و رضایت از زندگی است (دینر، بیسواس^۵، 2008)، پذیرش خود اشاره به رضایت از زندگی فرد دارد که برای سلامت روان

داشته باشد. در این حالت میزان اعتقاد به آن کاهش می‌یابد، بنابراین فکر ممکن است به همان میزان باشد، اما این فکر به عنوان چیزی متفاوت رخ می‌دهد. در واقع این افکار دیگر تهدید کننده نیستند زیرا این فکر را فقط فکر می‌بینید نه واقعیت. بنابراین پذیرش و تعهد از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات و پذیرش آن‌ها می‌تواند تغییرات مثبتی در سازگاری و بهزیستی ایجاد نماید.

در تبیینی دیگر اظهار داشته شد در دیدگاه درمان پذیرش و تعهد، پذیرش یک حالت طراحی شده و جرات آمیز از طرف فرد است و به او کمک می‌کند تا به طور کامل و بدن دفاع، جنبه‌هایی از تجربه‌های روان‌شناختی خود (بد، خوب و زشت) را همان‌گونه که هست تجربه نماید، هدف ما خلق یک انسان کارآمد است که صمیمانه با دنیای تجربی خود در ارتباط باشد. پذیرش یعنی تجربه‌ی حس‌ها، عواطف و افکار، بدون هیچ‌گونه تلاشی برای تغییر آن‌ها، پذیرش خصوصاً هنگامی ضرورت می‌یابد که تجربه قابل تغییر نیست و نباید تغییر کند. این حالت تناقض به فرد اجازه می‌دهد آن چیزی باشد که هست و آنجایی باشد که حضور دارد و تمایل به تغییر افکار و احساسات خود را کاهش دهد. وقتی لباس نگرانی در مورد آینده، اضطراب‌های مربوط به محتوای هیجانی و شناختی نامطلوب و پریشانی حالات بدنی را از تن فرد درمی‌آوریم، آنچه باقی می‌ماند، انسانی است که با یک زندگی نا کارآمد (ایفرت و هفتر¹، 2003).

در تبیینی دیگر بیان شده است که با وجود فشار و اضطراب‌های وارد شده به افراد دچار نارضایتی جنسیتی که نتیجه درک از تفاوت‌های خود، انتظارات و توقعات خانواده، تبعیض و برجسب‌های مختلف که بر اثر تفاوت این افراد با نورم جامعه و رفتارها و گرایش‌های

متفاوت با گروه همسالان و هم‌جنسان خود می‌باشد. این افراد در زندگی در هویت جدیدشان با به دست آوردن هویت ارضاء کننده برای خود و احساس آرامش، چنانچه از حمایت خانواده و جامعه برخوردار گردند با امید به آینده بهتر به بهزیستی روانی و سلامت روان و زندگی سالم تر نزدیک می‌شوند (یراچی، یوسفی²، 1394). در تبیینی دیگر بیان شد که یکی از ضروری‌ترین و کاربردی‌ترین مباحثی که در افراد تراجنسی مورد مطالعه قرار می‌گیرد، مبحث سلامت روان و کیفیت زندگی آن‌ها است. این موضوع با توجه به نیاز مبتلایان به نارضایتی جنسیتی از اولویت بسیار بالایی برخوردار است و در بررسی‌ها نشان داده شده است که در این افراد شیوع انواع متفاوت آسیبه‌های روانی وجود دارد مانند هراس، جسمانی سازی و حساسیت در روابط بین فردی است (عسگری، 1386). آنچه مسلم است این است که در جامعه ما با وجود نگرش‌های منفی در باب افراد مبتلا به اختلالات جنسی و عدم وجود بستر سازی مناسب فرهنگی و اجتماعی، اغلب این افراد دارای وضعیت نابسامانی هستند و نبود مراقبت‌های روانی - اجتماعی و همچنین کاهش بهزیستی روانی افراد ترا جنسی و حتی حمایت‌های خانواده شانس بهبود فرد را بعد از عمل جراحی تغییر جنسیت بسیار کم می‌کند و بر این اساس عمل جراحی تغییر جنسیت به تنهایی کافی نبوده و لزوم افزایش سلامت روان و بهزیستی روانی این افراد به وسیله‌ی روان درمانیها و مشاوره‌های مورد نیاز همواره احساس می‌شود (خوشدل، دکتر جفرودی و دکتر کنعانی، 1392).

نتیجه گیری

2- Yaraghi, Yousefi

1- Effort, hefner

دوام درمان در فاصله‌های زمانی بیشتر، از جمله سه ماه و شش ماه پس از مداخله بوده که به علت محدودیت مالی و زمانی و همچنین عدم همکاری افراد در روند پیگیری بنا به دلایل مشکلات خانوادگی و اجتماعی در طرح پژوهش این مورد پیش‌بینی نگردیده بود.

انجام دادن این قبیل برنامه‌ها و پژوهش‌ها در دراز مدت به طور حتم می‌تواند بر کاهش علائم منفی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد تراجنسی تاثیرگذار باشد. با توجه به این مسائل نیز پیشنهاد می‌شود که از طرف سازمان بهزیستی و کلینیک‌های روانشناسی توجه بیشتری به افراد تراجنسی شده تا این افراد بتوانند در جامعه زندگی بهتر و سلامت روان بیشتری را داشته باشند.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم فرزانه پورکاظم می‌باشد. جا دارد از تمامی کسانی که در تمامی مراحل این پژوهش از کادر دانشگاهی تا کلینیک‌های نوید بخش و راه عشق و از جناب آقای مهندس علی‌رضایی به ما کمک کرده و همراهان بودند، تشکر و سپاسگزاری کنیم.

References

1. Alavi, K. Jalali Nadoushan, A.Eftekhar, M, (2014), Sexual orientation in people with sexual dysfunction, Journal of psychiatry and clinical psychology, 20(1):43-49. [in persian]
2. Alavizadeh, F., Shakerian, A, (2016), Acceptance and Commitment therapy to reduce stress, anxiety and depression woman with a crossover experience, Journal of sciences research, 4(6):8-14. [in persian]
3. Asghari, F., Saadat, S., Atefi, S (2014), Relationship between academic self-efficacy, psychological Well-being, family cohesion and spiritual Well-being in

نتایج این پژوهش نشان داد که افزایش بهزیستی روان‌شناختی در بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به میانگین بهزیستی روان‌شناختی افراد دارای اختلال نارضایتی جنسی (تراجنسی) گروه آزمایش نسبت به میانگین بهزیستی روان‌شناختی افراد دارای اختلال نارضایتی جنسی گروه کنترل موجب افزایش معنادار بهزیستی روان‌شناختی افراد دارای اختلال نارضایتی جنسی گروه آزمایش شده است؛ و همچنین با توجه به اهمیت و ارزش سطح بهزیستی روان‌شناختی با اهداف پیشگیرانه و ارتقا سطح سلامت روان، فقدان این مهارت باعث کاهش ارزشمندی در فرد خواهد شد. در نتیجه پیشنهاد می‌شود که آموزش چنین مهارت‌هایی در افراد تراجنسی احساس کفایت، توانایی مؤثر بودن، غلبه کردن بر مشکل یا سازگاری با ناکامی و افزایش عزت‌نفس، توانایی برنامه‌ریزی و رفتار هدفمند و یا تغییر اهداف مواجه شده با ناکامی و متناسب با مشکل را به وجود می‌آورد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش نیز می‌توان به مقطعی بودن آن اشاره کرد. به عبارتی عدم اندازه‌گیری

students at Kharazmi university, Journal of Medical Education, 7(14):581-593. [in persian]

4. Asgari, M., Saberi, M., Rezaee, A., Dolatshahi, B, (2007), The prevalence of mental illness in patients with sexual dysfunction, Journal of forensic medicine, 3(47). [in persian]

5. Bahadori Khosroshahi, J., Babapour Kheirdin, J, (2013), The relationship of social capital with psychological Well-being in students of Tabriz University, Journal of social recognition, 2(6): 44-54. [in persian]

6. Bastami, M., Goudarzi, N, (2016), The Effectiveness of Acceptance and

Commitment therapy on reducing depression symptoms of military personnel with type 2 diabetes, Journal of scientific research, Naja Department of Health, 18(1). [in persian]

7. Bauer. J., & Mulder. R. H. 2006. Upward Feedback and its Contribution to Employee's Feeling of Self-Determination. Journal of Work plays Learning, 18(7/8). 509-515.

8. Bronk, K. C., Hill, p, l., Lapsley, T, L., Talib, T.L., Finch, H. 2009. Purpose, hope, and Life Satisfaction in three age groups. Journal of positive psychology. 4. 500- 510.

9. Chandra, A., Mosher, WD., Copen, C., Sionean, C, (2011), Sexual behavior, sexual attraction, and sexual identity in the United States: Data from the 2006-2008 national survey of family growth, Natl Health Stat Report, 36:1-36.

10. Drescher, J., Byne, W, (2009), Homosexuality, gay and lesbian identity and homosexual behavior. In: Sadock JS, Baltimore MD: Lippincott Williams & Wilkins.

11. Diener, E. & Biswas-Diener, R. 2008. Happiness: Unlocking the Mysteries of Psychological Wealth. Blackwell-Wiley.

12. Eifert, GH. Heffner, M. 2003. The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 34,293-312.

13. Ghaedi,GH., Yaghubi,H, (2008), The Relationship between perceived social support Dimensions and welfare Dimensions in male and female students, Journal of Armaghan Danesh, 13(2):50. [in persian]

14. Ghomian, S., Shaeeri, M,(2014), Designing a treatment protocol based on admission and commitment for children with chronic pain and impact on the Willing and psychological flexibility of children, Journal of Sciences research, 12(4). [in persian]

15. Hayes, S.C. 2004. Acceptance and Commitment Therapy, relational frame

theory and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy. 35 (4): 639-650.

16. Hayes, S.C. Luoma, J.B. Bond, FW, Lilli, S.J. Acceptance and Commitment therapy: model, Behavior

17. Huppert F, 2008. Psychological Wellbeing: Evidence regarding its causes and consequences – State-of-Science Review: SR-X2, Government Office for Science Foresight Project. Mental Capital and Wellbeing: Making the most of ourselves in the 21st Century.

18. Izadi, R., Abedi, M, (2015), Acceptance and Commitment therapy, 160 p. [in persian]

19. Keyes C L M, Shmotkin D. Ryff C D. 2002. Optimizing Well-Bing: The empirical enchanter of two traditions. Journal of Personality and Social Psychology, (82): 1007-1022.

20. Khoshdel, M., Jefroudi, M., Kanani, M,(2013), A survey on the change in satisfaction of life in persons changing the gender in Rasht, Masters, Islamic Azad University of Rasht. [in persian]

21. Matinfar, M., Abedi, M, (2016), Acceptance and Commitment therapy to life expectancy and Exposure to woman in prison, Masters, Islamic Azad University of Najaf Abad. [in persian]

22. Moghtadaie, F., Reisee, Z,(2015), Acceptance and Commitment therapy of psychological Well-bing of veterans wives, Journal of veterm medicine, 7(4). [in persian]

23. Naderi, R., Moradi, A., Mobasheri, M, (2012), Investigation the relationship between social support and attachment Styles pregnant woman in Boroujen, Journal of Nursing and midwifery Clinical, 2(4). [in persian]

24. Narimani, M., Bkshayesh, R, (2014), Acceptance and Commitment therapy to psychological Well-bing Emotion and marital satisfaction of married couples are subject to divorce, journal of consulting research, 13(52). [in persian]

25. Rahimian, B, (2007), What is Psychological Well-being and where does it come from? Journal of the health and community spirit, 20: 22-25. [in persian]

26. Ryff, C.D. & Keyes, C.L. 1995. The Structure of Psychological Well-being Revisited, Journal of Personality and Social Psychology, 69: 719-727.

27. Ryff C D, 1989. Happiness is every Thing or is it? Explorations on the meaning of Psychological Well-Bing. Journal of personality and social psychology.; 5(6): 1069-1087.

28. Ryff, C.D., Singer, B.H., & Love, G.D., 1998. Positive health: Connecting.

29. Ryff C D, Singer B H, 2008. Know Thy Self and become what you are; A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Bing. Journal of Happiness Studies, 9,13-39.

30. Saadatmand, Kh., Basaknejad, S, (2016), Acceptance and Commitment therapy of intimacy, for givenness and psychological Well-bing of couples, Masters, Shahid Chamran University. [in persian]

31. Sabour, S., Kakabaraie, K, (2016), The Efficacy of admission Group Acceptance and Commitment therapy to Depression and stress and pain in woman with chronic pain, Journal of sciences, 2(4): 1-10. [in persian]

32. Sadock, B.J. Sadock, V. A. & Ruiz, P. 2015. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ clinical psychiatry (11th ed). Philadelphia, PA. [in persian]

33. Sadock VA, Ruiz P. editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed.

34. Sedighi, F., Reesi, Z, (2015), Acceptance and Commitment Therapy of Mental Health and Psychological Well-being of wives of dependent patients, Masters, Islamic Azad University of Najaf Abad. [in persian]

35. Varaie, A., Daneshparvar, H., Elkhanejad, T, (2013), The study of social factors affecting gender identity

disorder, Journal of professional, 6(2): 9-36. [in persian]

36. Wells I E. 2010. Psychological Well-Bing, Psychology of Emotion, Motivations And Actions, Nova Science Publi Shers, Inc. New York.

37. Yaraghi, M., Yousefi, Z, (2015), Study of the decomposition of people with gender identity disorder before and after changing the identity of Esfahan, Masters, Islamic Azad University Khorasgan. [in persian]

38. Zarif golbaryazdi, H., Aghamohamadi, H, (2012), The effectiveness of welfare treatment on Stress and Psychological Well-bing of infertile woman Mashhad, faculty of Education sciences, Ferdos University, 15(2): 49-56. [in persian]