

The Effectiveness of Group Spiritual Therapy on Social Health and Depression in Patients with Sexual Identity Disorder

ARTICLE INFO

Article Type

Research Article

Authors

Homa Niabati Charandabi¹
Ghazaleh Mohammad Khani²
Fatemeh Eisazadeh^{*3}

How to cite this article

Homa Niabati Charandabi,
Ghazaleh Mohammad Khani,
Fatemeh Eisazadeh. The
Effectiveness of Group Spiritual
Therapy on Social Health and
Depression in Patients with Sexual
Identity Disorder. *Islamic Life Style*.
2022; 6(2):51-59

1. M.Sc., Department of Personality Psychology, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. M.Sc., Department of Positive Psychology, Payame Noor University, Mazandaran, Iran.
3. PhD Student, Department of Health Psychology, Payame Noor University, UAE (Corresponding Author).

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: f.eisazadeh74@gmail.com

Article History

Received: 2021/09/12

Accepted: 2021/12/23

ABSTRACT

Purpose: Due to the prevalence of sexual identity disorder in our country, the aim of this study was to investigate the effectiveness of group spiritual therapy on social health and depression in patients with sexual identity disorder.

Materials and Methods: The statistical population consisted of men with sexual identity disorder in Tehran who were selected through convenience sampling of 40 of them and voluntarily in the pre-test stage of research questionnaires which included Saffarinia Social Health Questionnaire (2014). And Beck Depression Inventory (1978) were completed and randomly assigned to the study design. The experimental group underwent group spiritual therapy for 14 sessions and then, in the post-test phase, both groups answered the research questionnaires. Data were analyzed by multivariate analysis of covariance (MANCOVA) with repeated measures.

Findings: The results showed that spiritual therapy improved social health and depression in the experimental and post-test groups ($P < 0.01$).

Conclusion: Considering the effectiveness of group spiritual therapy on social health and depression in patients with sexual identity disorder, this treatment can be used to reduce their psychosocial problems.

Keywords: Depression, Group Spirituality Therapy, Sexual Identity Disorder, Social Health

اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر سلامت اجتماعی و افسردگی در مبتلایان به اختلال هویت جنسی

هما نیابتی چرندابی^۱،

کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

غزاله محمدخانی^۲،

کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی مثبت گرا، دانشگاه پیام نور، مازندران، ایران.

فاطمه عیسی زاده^{۳*}

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی سلامت، دانشگاه پیام نور، امارات (نویسنده مسئول)..

چکیده

هدف: با توجه به شیوع اختلال هویت جنسی در کشورمان هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر سلامت اجتماعی و افسردگی در مبتلایان به اختلال هویت جنسی بود.

مواد و روش ها: جامعه آماری، شامل مردان مبتلا به اختلال هویت جنسی شهر تهران بود که از طریق نمونه‌گیری در دسترس ۴۰ نفر از آن‌ها، انتخاب شدند و به طور داوطلبانه در مرحله پیش‌آزمون پرسشنامه‌های پژوهش که شامل پرسشنامه سلامت اجتماعی صفاری نیا (۱۳۹۳) و پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۷۸) می‌باشد، را تکمیل کرده و به طور تصادفی در طرح مطالعاتی قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۱۴ جلسه و به صورت مجازی تحت معنویت درمانی گروهی قرار گرفت، سپس در مرحله پس‌آزمون هر دو گروه، به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. داده‌ها با آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که معنویت درمانی، باعث بهبود سلامت اجتماعی و افسردگی در گروه آزمایش و مرحله پس‌آزمون شد ($P < .01$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر سلامت اجتماعی و افسردگی در مبتلایان به اختلال هویت جنسی می‌توان از این درمان جهت کاهش معضلات روانی - اجتماعی آنان بهره گرفت.

واژه‌های کلیدی: اختلال هویت جنسی، افسردگی، سلامت اجتماعی، معنویت درمانی گروهی.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۰۲

*نویسنده مسئول f.eisazadeh74@gmail.com

مقدمه

هویت جنسی (Gender Identity) یک حالت روان شناختی است که نمایانگر احساس فرد از مذکر یا مونث بودن خود می‌باشد؛ هویت جنسی اکثر افراد تا سن ۲ تا ۳ سالگی ایجاد می‌شود؛ اما گاه در این مسیر اختلالاتی به وجود می‌آید و در یکی از موارد شایع این اختلالات، فرد از نظر زیستی ویژگی‌های یک جنس خاص را داراست؛ اما، از جهت روحی و روانی خود را به آن جنسیت، متعلق نمی‌داند (۱). اختلال هویت جنسیتی (Gender Identity Disorder)، که در اصطلاح ترنس سکسوالیتی (Transsexuality) نامیده می‌شود، شدیدترین درجه ملال جنسی است و به احساس ناراحتی از ساخت آناتومیکی جنسی خود و آرزوی خلاصی از اعضای تناسلی خویش و زندگی کردن به صورت فردی از جنس مقابل تعریف می‌شود. این اختلال گاه از بدو تولد و گاه نیز از سنین کودکی به وجود می‌آید و دارای پیامدهای منفی برای افراد در بزرگسالی می‌باشد (۲). تغییر جنس چه در حد ذهنی باقی بماند و چه به تغییر کامل جنس منجر شود، دربردارنده پیامدهای قابل توجهی است. به طوری که مسیر زندگی افراد را دگرگون می‌سازد؛ لذا این افراد با مشکلات زیادی دست و پنجه نرم می‌کنند و جزء اقشار آسیب پذیر جامعه محسوب می‌شوند، علاوه بر این شاهد آن هستیم که در جوامع مختلف و به خصوص ایران، تغییر جنس خواهی بر زندگی شخصی و اجتماعی افراد تأثیرات عمده‌ای (اغلب منفی) می‌گذارد (۳).

از نظر سازمان بهداشت جهانی (WHO)، سلامت (Health)، عبارت است از: رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه فقط بیمار یا معلول نبودن. سلامت مفهومی چند بعدی است و سازمان جهانی بهداشت نیز به چهار بعد جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی آن اشاره کرده است (۴). ابعاد سلامت، اثرات متقابل بر هم دارند؛ به عنوان مثال بعد اجتماعی سلامت اثرات پیشگیرانه بر روی دو بعد جسمی و روانی دارد (۵). سلامت اجتماعی (Social health) در کنار سلامت جسمی و روانی یکی از ارکان تشکیل دهنده سلامت است (۶). طبق تعریف کیز (۱۹۹۸)، سلامت اجتماعی به معنای برداشت و گزارش فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران است (۷). سلامت اجتماعی، ارزیابی شخص از نحوه عملکردش در اجتماع و نوع نگرش او نسبت به افراد دیگر جامعه است و بدون شک شیوه برخورد فرد با مسائل مربوط به خود، نوع نگرش او را نسبت به سایر افراد و گروه‌های اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸). گلد اسمیت (۱۹۹۴)، سلامت اجتماعی را ارزیابی رفتارهای معنادار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران تعریف می‌نماید و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر کشوری معرفی می‌کند؛ که به کارا بودن فرد در جامعه منجر می‌گردد (۹). هینس، کستانتینسکو و اسپنسر (۲۰۱۵) بیان می‌کنند که بسیاری از مبتلایان به اختلال هویت جنسی از نشان دادن خود در جمع اجتناب می‌وزرند، از طرف خانواده طرد می‌شوند، به انزوا و تنهایی کشیده می‌شوند و حتی برای پذیرش هویت خود با مشکلات متعددی روبه‌رو می‌شوند؛ لذا در این شرایط بدیعی است که از سلامت اجتماعی نازلی برخوردار باشند (۱۰).

صورت تلفنی ارتباط برقرار کرده و طرح پژوهش را برای مسئولین مراکز روان درمانی شرح دادند. از بین مراکز روان درمانی مذکور ۱۲ مرکز حاضر به همکاری گردیدند، سپس آگهی دعوت به همکاری توسط مراکز روان درمانی در دسترس مردان مبتلا به اختلال هویت جنسی قرار گرفت. سپس یک جلسه توجیهی (به صورت مجازی) برای شرکت کنندگان در خصوص اهمیت این کار پژوهشی و موضوع و جلب همکاری آن‌ها و برگزاری جلسات و تکمیل پرسشنامه‌ها تشکیل گردید. پس از جلب همکاری، افرادی که داوطلب شرکت در پژوهش حاضر بودند به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. به منظور اجرای پژوهش حاضر، بعد از انتخاب نمونه و گمارش تصادفی افراد در گروه کنترل و آزمایش، از هر دو گروه خواسته شد که دو پرسشنامه سلامت اجتماعی و افسردگی را کامل کنند. سپس آموزش معنویت درمانی گروهی به سبک اسلامی در ۱۴ جلسه (هر هفته یک جلسه) و به شکل مجازی برای گروه آزمایش انجام گرفت که هر جلسه ۹۰ دقیقه به طول انجامید. رؤس مطالب عنوان شده پروتکل معنویت درمانی اسلامی با بازنگری در جلسات معنویت درمانی گالاتر و سیگل (۲۰) که بیشتر براساس فنون آرامش دهی و معنایابی از زندگی است و ترکیب محتوا آن با مبانی اسلام و روانشناسی در ۱۴ جلسه تدوین شد. پژوهشگران سعی کردند محتوای جلسه‌ها منطبق با مبانی دین اسلام باشد و به صورت تخصصی محتوای جلسه‌ها طراحی و در پروتکل گنجانده شد.

همچنین شایان ذکر است که آزمودنی‌های گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان دوره معنویت درمانی به طور مجدد از هر دو گروه کنترل و آزمایش خواسته شد تا پرسشنامه‌ها را کامل کنند و به این صورت پس از آزمون نیز تکمیل گردید. سپس داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS-24 و آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا)، تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سلامت اجتماعی صفاری نیا (۱۳۹۳): پرسشنامه سلامت اجتماعی توسط صفاری نیا (۱۳۹۳) بر اساس الگوی سلامت اجتماعی کیز و شاپیرو (۲۰۰۴) طراحی شده است. این پرسشنامه که از نوع مداد-کاغذی و خودگزارش دهی است، مشتمل بر ۲۸ گویه می‌باشد. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۸۵ و ۰/۷۷ به دست آمد که میزان رضایت بخشی است. همچنین، جهت تعیین روایی سازه پرسشنامه از روش‌های تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی استفاده شد که نتایج تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از شاخص‌هایی نظیر $X^2/df = ۲/۷$ ، $RMSEA = ۰/۰۶$ ، $GFI = ۰/۸۹$ و $AGFI = ۰/۸۷$ نشان دهنده برازش متوسط مدل در تعیین عامل‌ها به شکل اولیه بیان شده توسط کیز و شاپیرو (۲۰۰۴) بود. به علاوه، نتایج پژوهش جهت تعیین روایی محتوایی با استفاده از نظر متخصصان حاکی از روایی محتوایی پرسشنامه و نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل مؤلفه‌های اصلی از طریق چرخش واریماکس مؤید وجود پنج عامل

مطالعات جاری نشان می‌دهد، حدود ۶۰ درصد از افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی دارای اختلال شخصیت می‌باشند (۱۱) و یکی از رایج‌ترین اختلالات در میان این افراد، اختلال افسردگی است (۱۲ و ۱۳). افسردگی (Depression) یکی از رایج‌ترین اختلالات روانی می‌باشد که موجب ایجاد مشکلات روانی-اجتماعی بسیاری می‌شود. افسردگی، عملکرد اجتماعی، شخصی، خانوادگی و تحصیلی افراد را به طور منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ افسردگی یکی از انواع اختلالات خلقی است که افراد در هر سنی ممکن است به آن دچار شوند (۱۴). بر اساس متن تجدید نظر شده ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، اختلال افسردگی وجود یک دوره حداقل دو هفته‌ای است که طی آن در فرد، خلق افسرده یا فقدان علائق یا لذات در تقریباً تمام فعالیت‌ها دیده می‌شود (۱۵).

نقش معنویت (Spiritual) در زندگی انسان‌ها طی سال‌های متعددی در حوزه‌های مختلف علمی توجهات زیادی را به خود جلب نموده است. معنویت یکی از ابعاد زندگی انسانی است و انسان‌ها همواره باورهای معنوی، اعمال، تجارب، ارزش‌ها، ارتباطات و چالش‌های معنوی خود را همراه دارند (۱۶). تحقیقات علمی در مورد معنویت و مذهب و شناسایی مکانیسم‌های عملی آن در سال‌های اخیر شروع شده است (۱۷). نتایج پژوهش موسی پور، چنگی آشتیانی و کهربایی کلخوران علیا (۲۰۲۰) نشان می‌دهد که افزایش سطح تحول روانی معنوی یک عامل کلیدی در کاهش اضطراب وجودی، احساس تنهایی و در نتیجه ارتقای سلامت روانی-اجتماعی است (۱۸)؛ همچنین مطابق با نتایج پژوهش علیپور و عیسی زاده (۲۰۲۰) معنویت و مذهب می‌توانند بر ابعاد گوناگون سلامتی (جسمی، روانی و اجتماعی) تأثیر بگذارند و موجب بهبود کیفیت زندگی افراد شوند (۱۹).

با توجه به شیوع اختلال هویت جنسی در کشورمان و اعتقادات مذهبی و معنوی ملت ایران، پژوهش حاضر در صدد است تا اثر بخشی معنویت درمانی گروهی بر سلامت اجتماعی و افسردگی مبتلایان به اختلال هویت جنسی را مورد پژوهش قرار دهد.

مواد و روش‌ها

روش مورد استفاده در پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی بود که در آن تأثیر یک متغیر مستقل یعنی معنویت درمانی گروهی، بر متغیرهای وابسته یعنی سلامت اجتماعی و افسردگی در مبتلایان به اختلال هویت جنسی مورد بررسی قرار گرفت؛ همچنین سن به عنوان متغیر هم‌تغییر در نظر گرفته شد (تا اثرش خنثی گردد) و از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را مردان مبتلا به اختلال هویت جنسی که در شهر تهران ساکن بودند، تشکیل دادند. نمونه آماری پژوهش نیز ۴۰ نفر از مردان مبتلایی بودند که به مراکز مشاوره و روان‌درمانی واقع در مناطق ۲ و ۵ شهر تهران مراجعه کرده و تمایل به همکاری در پژوهش حاضر را داشتند؛ لذا، روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر، روش نمونه‌گیری دردسترس می‌باشد.

روند اجرای پژوهش نیز بدین صورت بود که پژوهشگران ابتدا با مراکز مشاوره و روان‌درمانی واقع در مناطق ۲ و ۵ شهر تهران به

تجدید نظر شده آن به مراکز شناخت درمانی دانشگاه پنسیلوانیا معرفی و جایگزین نسخه اصلی گردید و در سال ۱۹۷۸ انتشار یافت. ضریب همبستگی پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس درجه بندی روانپزشکی هملیتون (Hamilton) برای افسردگی ۰/۷۳، با مقیاس خودسنجی افسردگی زونگ (Zung) ۰/۷۶ است و با مقیاس MMPI ۰/۷۴ است. بک در سال ۱۹۷۲ گزارش داد که پایایی این پرسشنامه با روش اسپیرمن براون (Spearman Broun) در حدود ۰/۹۳ می باشد (۲۲). در پژوهش حاضر از نسخه ۲۱ ماده ای این پرسشنامه استفاده شد و به هر سوال نمره ای بین ۰ تا ۳ تعلق گرفت. در مقیاس افسردگی بک نقطه برش ۱۷ است و نمرات بیش از ۴۰ نیز بیانگر افسردگی بیش از حد هستند. قبل از انجام پژوهش در خصوص اهداف مطالعه، محرمانه بودن اطلاعات ثبت شده و مدت زمان تقریبی جلسات با شرکت کنندگان صحبت شد و رضایت لازم اخذ گردید. شرکت کنندگان در تمام مراحل حق انصراف از شرکت در پژوهش را داشتند.

دارای ارزش ویژه بزرگ تر از یک تحت عنوان همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی بوده است. گویه های ۹، ۱۲، ۱۳، ۲۰ خرده مقیاس همبستگی اجتماعی، گویه های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۸، ۱۱، ۱۴ خرده مقیاس انسجام اجتماعی، گویه های ۱۹، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵ خرده مقیاس مشارکت اجتماعی، گویه های ۶، ۷، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۸ خرده مقیاس شکوفایی اجتماعی، و گویه های ۲۱، ۲۶، ۲۷ خرده مقیاس پذیرش اجتماعی را اندازه گیری می کند. نمره گذاری گویه ها روی مقیاس لیکرت پنج درجه ای (کاملاً موافق = ۵ نمره تا کاملاً مخالف = ۱ نمره) انجام می شود. حداقل و حداکثر نمره به دست آمده ۲۸ و ۱۴۰ خواهد بود و نمره بالاتر در این پرسشنامه بیانگر سلامت اجتماعی بهتر می باشد. گویه های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۱، ۱۴، ۲۱ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند (۲۱). پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک (Back) و همکاران معرفی شد. در سال ۱۹۷۱ فرم

جدول ۱. محتوای جلسات معنویت درمانی گروهی

جلسه	محتوای جلسات
اول	معارفه و معرفی شرکت کنندگان به همدیگر، گفتگو درباره اختلال هویت جنسی و پیامدهای جسمی و روانی آن، ارزیابی معنا و معنویت در زندگی، چگونگی تعیین ارزش ها، اهداف و پیروی از آن ها، مفهوم معنویت و دین و تأثیر آن در زندگی، پرسش در مورد دین، خدا (دوست داریم که بدانیم کجا هستیم؛ از کجا آمده ایم و به کجا می رویم و منزلگاه واقعی ما کجاست) راه های رسیدن به خدا و تأثیر آن در زندگی، بیان داستان های مقدس در قرآن توسط شرکت کنندگان، نقش عبادت و باورهای دینی در آرامش، به کارگیری روش منع متقابل از طریق آرام سازی، تجربه آزمودنی ها از آرامش بعد از انجام عبادات و نماز، مقایسه وابستگی های خود و دل بستگی به خداوند و انس با او.
دوم	خود آگاهی و ارتباط با خود و گوش دادن به ندای درونی، بررسی نیازها و اهداف، شناخت نسبت به خود، دیگران و توانایی های خود، توجه به سلامت خود، تمرین پرداختن به افکار مثبت و دوری از افکار منفی، بررسی استعدادها، پیروزی ها و موفقیت ها، گفتگو درباره اینکه دانش و نیروی معنوی دیگری برای حل مشکل وجود دارد، سپردن کامل خودمان به نیروی مافوق حسی (معنوی) مطلق، دوری از عناصر برهم زننده آرامش، ایمان داشتن به نیروی مافوق.
سوم	هشیاری افزایی با تلاش هشیارانه برای متمرکز کردن توجه برای تفکر مثبت به شرایط با مشارطه، مراقبه، محاسبه و معاقبه همراه با پاداش دهی به خود و ایجاد بینش در حل تعارض های درونی و افزایش سازگاری با محیط، روبه رو ساختن فرد با عوامل ناهشیار موثر بر رفتارها و جستجوی مکانیزم های افراطی بیمارگونه، بررسی روابط گذشته و پذیرش نقش آن در رفتارهای کنونی مراجع و تأثیر آن بر خلقیات.
چهارم	معنادهی به حوادث زندگی با توجه به ارزش ها، اهداف و اعتقادات، گفتگو راجع به احساس گناه، توبه، بخشش خود، بخشش دیگران، خودداری از به کارگیری هرگونه روش انتقام جویانه نسبت به دیگران، سؤال راجع به تجارب و بیان خاطرات راجع به احساس خود بعد از توبه، انجام آرام تنی، توصیف عظمت و رحمانیت خداوند و بیان نعمت های وی، تأثیر بخشش هموعان، توصیف نمونه هایی از بخشش هایی که شرکت کنندگان داشته اند و بیان احساس مثبت پس از آن و اقرار به خطاهای خود، فهرست کردن خطاها و کسانی که آن ها را رنجانده اند، توانایی جبران آن و طلب مغفرت.
پنجم	تاکید بر پذیرش مسئولیت شخصی در مبارزه با موانع و بررسی صفات فردی و درونی، شفقت با خود و دوست داشتن خود، کسب رضایت از خود، بهبود بخشیدن به روابط بین فردی و آموزش شیوه های مقابله با تنش های اجتماعی، روش های ارتقا خشنودی از تعامل مثبت با محیط و دستیابی به تقویت درونی، گفتگو راجع به روش های خشنود کردن دیگران برای رسیدن به تعالی معنوی و ترسیم مدل شکل گیری این تعالی.
ششم	نوع دوستی، انجام کارهای معنوی به صورت گروهی، برگزاری نماز جماعت به صورت آنلاین، تمرکز بر داشته ها، شکرگزاری. صحبت در مورد نوع دوستی، عشق و نظرخواهی راجع به دوستی با و بدون قید شرط، رفتار یاری رسانی، خودخواهی و اثرات آن و تنها ماندن از گروه به همراه خاطرات جهت تصور کردن افراد به جای هم. آموزش لیخند زدن، مهربان بودن، استراحت کردن، راحت نشستن و بیان نمونه هایی از خاطرات نوع دوستی و عواقب خودخواهی، تمرین خوب گوش کردن به صحبت های دوستان.

فکر کردن در مورد صحبت آن‌ها، نحوه شادمان کردن دیگران، نحوه خود داری از انتقام، تأثیر منفی پرخاش و انتقام بر انرژی جسمی و روانی.	
ایجاد روشنگری و بصیرت در مراجع برای کشف داشته‌ها و موهبت‌های درونی و بیرونی خداوندی که در اختیار داریم و تفکر خردورزانه راجع به آن‌ها و رسیدن به خشنودی و تأثیر آن بر ارتقاء خودباوری، خوداتکایی و عزت نفس.	هفتم
یادگیری روش‌های حمایت از دیگران، همدلی کردن، دوست داشتن دیگران، مراقبت از دیگران، هر روز یک کار مثبت کردن برای دیگران، خوشحال کردن دیگران جهت کمک به رشد شادمانی، خودمراقبتی جسمانی، روانی، اجتماعی جهت رسیدن به خود معنوی و کشف مولفه‌های آن و زنده نگه داشتن آن.	هشتم
ذکر و احساس حضور که باعث هدفمندی ذهن شده و افکار اتوماتیک را که موجب احساس بیمارگونه و اعمال نسنجیده است مهار کرده، موجب تقویت عقل، خرد، هشیاری شده، تأثیر ذکر و تذکر، دعا و مناجات، در سلامت روانی، چگونه دعا کردن و برای چه افرادی دعا کردن، محتوای دعا و یادگیری نحوه نیایش و بیان رنج‌های عمقی خود با خداوند با توجه مثبت به حکمت‌های خداوندی.	نهم
تأکید بر واقعیت، نیاز به وجود معنا و رشد در زندگی برای به حداکثر رساندن انگیزه تغییر از طریق برقراری رابطه همدلی و مبتنی بر اعتماد متقابل مراجع برای کسب اهداف متعالی، رشد دهنده و معنابخش و پذیرش حکمت‌های خداوندی در مسائلی که قابل تغییر نیست با تمرینات عملی و ترسیم الگوی بهبودی.	دهم
خود مهارگری معنوی، با تسلط دادن قوای عقلانی بر سایر قوا و یاری خواهی از خداوند و چگونگی قرار دادن تمامی ابعاد وجودی انسان در کنترل همه جانبه عقل و شرع.	یازدهم
صحبت درباره مرگ، علت ترس از مرگ، معاد و زندگی پس از مرگ، شکرگزاری، ایمان، توکل به خدا، تمرین و گفتگو در رابطه با نحوه شکرگذاری و توکل و ترسیم مراحل آن، ترسیم تصویر بهترین منظره بدون نگاه به ساعت، ترسیم تصویری زیبا، عدم توجه به زمان. توجه به گذراندن بهترین اوقات (کیفیت)، بیان خاطرات دوران کودکی تا میانسالی، تریک برای گذراندن فرایند کهنسالی، مرگ و راهی برای آشنایی با نعمت‌های غیرمادی با بخشش و عبادت، رفتن به پیشواز زندگی زیبا همراه نعمت‌های غیرمادی، بیان مثال‌هایی در مورد نعمت‌های مادی و غیرمادی، ترس از مرگ و عدم آگاهی با روش حساسیت زدایی، بیان حس خوب از مرگ.	دوازدهم
تمرین و گفتگو در رابطه با چگونه شاد زیستن و از زندگی لذت بردن در زمان حال، اجتناب از تعقیب و پیگیری شادی و در عوض شادی آفرین بودن، بیان خاطرات معنوی، نحوه ایجاد حس هدفمندی و شادمانی با مصمم بودن به ترک منبت و ارتباط با خدا، رخدادهای واقعی با انرژی متعالی تر معنویت، زندگی در زمان حال به همراه شادمانی و توجه به ارزش‌های زندگی، لذت بردن از زیبایی‌ها، گفتگو راجع به لحظات شاد و انجام آرام‌تنی.	سیزدهم
مرور و جمع بندی مطالب جلسات گذشته با تأکید بر نگاه به داشته‌ها و شکرگزاری و تحمل مشکلات با توکل و امید به خداوند. صحبت آزمودنی‌ها درباره لحظه‌ها و خاطرات شیرین زندگی خود، تجارب خود در مشکلات، نحوه توکل به خدا در مشکلات، بستن چشم‌ها برای ۳۰ ثانیه و سکوت کامل با تک خوانی شکرگذاری از خدای مهربان برای رسیدن به مرحله‌ای از زندگی و شکرگذاری برای توانایی‌ها و فرصت‌های خوب زندگی.	چهاردهم

شد. جدول ۲، داده‌های توصیفی مربوط به متغیرهای سلامت اجتماعی و افسردگی از درمان را نشان می‌دهد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (مانکوا) برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای اصلی پژوهش

ردیف	متغیر	گروه	پیش	آزمون	پس	آزمون
			M	SD	M	SD
۱	سلامت اجتماعی	کنترل	۶۳/۱	۱۰/۴۲۶	۶۶/۸	۱۰/۶۱۱
		آزمایش	۶۵/۸	۱۰/۵۸۳	۱۲۱/۸	۱۹/۷۸
۲	افسردگی	کنترل	۲۶/۹۶۲	۱/۳۴۷	۲۸/۶۵۹	۱/۴۹۹
		آزمایش	۲۷/۱۰۵	۱/۲۸۹	۱۴/۰۷۲	۱/۰۸۰

همبستگی متعارف بین متغیرهای وابسته از طریق بررسی ماتریس همبستگی برآورده شد (متغیر هم تغییر سن با هر دو متغیر اصلی همبستگی معنی داری در حد $P < 0/01$ داشت). به منظور بررسی پیش فرض همگنی شیب های خط رگرسیون برای متغیرهای سلامت اجتماعی و افسردگی در گروه های آزمایش و کنترل، از نمودارهای همگنی شیب رگرسیون برای نمرات پیش آزمون و پس آزمون این متغیرها استفاده شد و از آن جا که عبارت های تعامل در این مدل معنی دار نبودند؛ لذا مفروضه شیب رگرسیون برقرار است. آخرین مفروضه استفاده از آزمون تحلیل مانکوا یکسانی ماتریس های واریانس- کوواریانس است، که جهت بررسی آن از آزمون ام باکس استفاده شد و با توجه به اینکه F مربوط به آزمون ام باکس بزرگتر از $0/001$ است؛ لذا، در پژوهش حاضر ماتریس های واریانس- کوواریانس همگن هستند. در نتیجه همه پیش فرض های تحلیل کوواریانس چند متغیری برآورد گردیده است. تحلیل مانکوا با استفاده از آزمون لامبدای ویلکز انجام شد. بر اساس نتیجه این آزمون که در جدول ۳ نمایش داده شده است، بین گروه های آزمایش و کنترل در پس آزمون متغیرهای سلامت اجتماعی و افسردگی، با کنترل پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/01$, $F=11/725$, $\lambda=0/297$). به عبارت دیگر نتیجه آزمون چند متغیری، قبل از تعدیل متغیر هم تغییر (سن) با توجه به نمره کلی سلامت اجتماعی و افسردگی در بین گروه های آزمایش و کنترل (در سطح $P < 0/01$) معنادار است.

یافته های جدول ۲ حاکی از آن است که میانگین نمرات سلامت اجتماعی در گروه آزمایش پس آزمون افزایش یافته است ($M=121/8$) و با توجه به این که در مقیاس سلامت اجتماعی نمره بالاتر به معنی سلامت اجتماعی بیشتر و بهتر است؛ لذا، در پژوهش حاضر نیز در پس آزمون افزایش نمره ها بیانگر بهبود سلامت اجتماعی در گروه آزمایش است. همچنین با توجه به اینکه نمره کمتر در مقیاس افسردگی به معنی بهبود افسردگی است، کاهش نمره های گروه آزمایش در پس آزمون ($M=14/072$) بدین معنی است که افسردگی در این گروه کاهش یافته است.

به منظور بررسی معناداری تفاوت سلامت اجتماعی و افسردگی در گروه های آزمایش و کنترل، از روش تحلیل مانکوا استفاده شد. ابتدا پیش فرض های تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد بررسی قرار گرفت. به این صورت که نتیجه بررسی پیش فرض همگنی واریانس ها با استفاده از آزمون لون نشان داد که، همگنی واریانس ها برای سلامت اجتماعی ($F=0/761$, $P=0/315$) و افسردگی ($F=0/598$, $P=0/294$) برآورده شده است؛ عدم معناداری نشانگر همگنی واریانس ها در متغیرهای مختلف است. در پژوهش حاضر به علت کوچک تر بودن حجم نمونه از ۵۰ نفر، از آزمون شاپیرو ویلک استفاده گردید و به بررسی توزیع نرمال برای هر دو متغیر اصلی پرداخته شد و از آن جا که سطح معناداری هر دو متغیر اصلی بزرگ تر از $0/05$ بود (معنادار نیست)؛ لذا، نتیجه گرفته شد که در پیش آزمون و در هر دو گروه کنترل و آزمایش همه متغیرهای اصلی پژوهش توزیع نرمال می باشد. نتیجه مربوط به پیش فرض

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری با اندازه گیری مکرر

نوع آزمون	حجم نمونه	ارزش	شاخص F	سطح معناداری	مجذورات ایتای جزئی
لامبدای ویلکز	۴۰	۰/۲۹۷	۱۱/۷۲۵	۰/۰۱	۰/۴۰۴

جدول ۴ به بررسی نتایج اثر متغیرهای سلامت اجتماعی و افسردگی با در نظر گرفتن متغیر هم تغییر در پیش آزمون و پس آزمون گروه های کنترل و آزمایش می پردازد.

جدول ۴- نتایج اثر متغیرهای پژوهش با در نظر گرفتن متغیر هم تغییر در پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	زمان	منبع تغییرات	سطح معناداری	شاخص F	میانگین مجذورات	درجه آزادی
سلامت اجتماعی	پیش آزمون	گروه	۰/۳۲۶	۲۷/۰۷	۱۰۶۸/۱۵	۱
	پس آزمون	گروه	۰/۰۱	۲/۴۳	۳۳۸۴/۶۹	۱
افسردگی	پیش آزمون	گروه	۰/۲۱۲	۱۵/۷۴۹	۳۳۹/۶۰	۱
	پس آزمون	گروه	۰/۰۱	۹/۸۹	۶۹/۷۲۵	۱

گروهی بر سلامت اجتماعی و افسردگی در مبتلایان به اختلال هویت جنسی تاثیر دارد.

نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر سلامت اجتماعی و افسردگی در مبتلایان به اختلال هویت جنسی بود. یافته های پژوهش حاضر حاکی از آن بود که معنویت درمانی

با توجه به داده های جدول فوق می توان استنباط نمود که متغیرهای سلامت اجتماعی و افسردگی در پیش آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش با هم تفاوت معناداری ندارند؛ اما، در پس آزمون تفاوت هستند؛ به عبارت دیگر متغیر مستقل گروه موثر واقع شده است و معنویت درمانی توانسته است، در نتایج گروه آزمایش موثر باشد. همچنین با استناد به جدول فوق می توان نتیجه گرفت که فرضیه اصلی پژوهش تایید می شود؛ به عبارت دیگر معنویت درمانی

است، می شود. دین و مذهب تعاملات اجتماعی را افزایش داده و سلامت اجتماعی را به عنوان یک منبع ارتقای سلامت فراهم می آورند. علاوه بر این، نخستین و مهم ترین عامل، مربوط به تاثیر ویژه معنویت درمانی در بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی است. دین جهت رساندن فرد به آرامش روان، راهکارهای ذهنی و بینشی مانند ارتقای معرفت، خدا باوری، صبر، زهد، توکل، رشد تدریجی بینش الهی، دعا و نیایش، احیای فطرت الهی و ... را ارئه می کند. همچنین در این میان نقش راهکارهای گرایشی و کنشی، کاهش تعلقات دنیوی، آموزه های رفتار بهنجار، توبه، کاهش میزان پشیمانی از گذشته، تقویت اراده برای ترک گناه و ... نشان دهنده اثربخشی دین و معنویت در سلامت اجتماعی افراد است.

معنویت در زندگی می تواند از دو جهت بر میزان افسردگی تاثیر دارد. از یک سو دستیابی به منابع معنویت، خود به طور مستقیم می تواند به عنوان تأمین کننده اصلی و عمده انرژی معطوف به هدف، عمل نماید و از سوی دیگر به نحوی غیر مستقیم تر می تواند از طریق تاثیر مثبت بر شیوه تفسیر رویدادها، فرد را به برخی از نیرومندی های روان (مانند شادکامی، خوشبینی و...) مجهز می نماید که در تأمین انرژی و انگیزه برای دستیابی به اهداف مؤثر باشد. از طرف دیگر معنویت می تواند اهداف جدیدی را در زندگی فرد تعریف نماید (اهداف معنوی مانند رسیدن به رشد، شکوفایی و تعالی معنوی از طریق نوع دوستی و...) و راهکارهای مختلفی (مانند نیایش، مراقبه و...) را نیز برای دستیابی به این اهداف در اختیار فرد قرار می دهد.

مداخله معنوی علاوه بر کمک به افراد برای مقابله بهتر با عوامل استرس زای زندگی، این احتمال را که استرس زاها اتفاق بیفتند را از طریق نوع دوستی بیشتر، سپاس گزاری، بخشش و آرامش بیشتر، کاهش می دهد؛ به عبارت دیگر، مداخلات و درمان های معنوی این احتمال که فرد درگیر روابط و احساسات استرس زا بشود را کمتر می کنند. علاوه بر این، حمایت اجتماعی، که افراد در گروه های معنوی دریافت می کنند، می تواند منبع خوبی جهت تأمین سلامت اجتماعی و مبارزه با احساسات افسرده کننده باشد.

مهم ترین محدودیت پژوهش حاضر، دشواری دسترسی به جامعه و گروه نمونه بود؛ لذا پیشنهاد می شود که نتایج با احتیاط تفسیر شود. همچنین با توجه به اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر سلامت اجتماعی و افسردگی در مبتلایان به اختلال هویت جنسی پیشنهاد می گردد، جلسات معنویت درمانی گروهی برای مبتلایان به اختلال هویت جنسی و خانواده هایشان جهت کاهش معضلات روانی - اجتماعی آنان اجرا شود.

سپاسگزاری

از کلیه مبتلایان به اختلال هویت جنسی که در این پژوهش شرکت نموده و دیگر عزیزانی که ما را در این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می کنیم.

گروهی بر سلامت اجتماعی و افسردگی در مبتلایان به اختلال هویت جنسی تاثیر دارد.

بر اساس نتایج پژوهش اخیر، معنویت درمانی گروهی موجب بهبود سلامت اجتماعی در مبتلایان به اختلال هویت جنسی می شود؛ که این یافته با نتایج پژوهش های محنایی، گرگین، شیخانی، گلکام و فراشبندی (۲۳) و عیسی زاده و صفاری نیا (۲۴) همسو است. در تبیین این یافته می توان اذعان داشت که معنویت درمانی با مکانیسم ها و واسطه هایی مانند تأثیر بر فرآیندهای مقابله ای فرد، توانایی در حل مسائل، افزایش عزت نفس، امید، صمیمیت، کنترل، تسلی خاطر، تأمین حمایت عاطفی، تأمین تکیه گاه معنوی، بر انسجام و بهزیستی فردی اثر گذاشته و توانمندی های اجتماعی فرد را تقویت می کند، که همگی منجر به بهبود سلامت اجتماعی در افراد می گردد. علاوه بر این، معنویت درمانی می تواند از طریق افزایش سازگاری اجتماعی و انعطاف پذیری هیجانی افراد، منجر به بهبود سلامت اجتماعی آنان شود.

بر اساس نتایج پژوهش اخیر، معنویت درمانی گروهی موجب بهبود افسردگی در مبتلایان به اختلال هویت جنسی می گردد؛ که این یافته با نتایج پژوهش های زمانی (۲۵) و لطفی کاشانی، مفید و سرافراز مهر (۲۶) همسو است. در تبیین این یافته می توان اذعان نمود که افراد از طریق تمرین های معنویت درمانی به سازگاری روانی و سلامت روان دست می یابند و اضطراب، افسردگی و پریشانی، کاهش پیدا کرده و احساس شادی و لذت بیشتری می کنند.

زندگی مبتلایان به اختلال هویت جنسی با احساس گناه و سرکوب کردن آن بخش مهمی از تصویر خود (هویت جنسی) آن ها همراه است که می تواند به مشکلات دیگری در آن ها از جمله انزوای اجتماعی، افسردگی، عزت نفس پایین، ناامیدی و ... منجر شود؛ در مبتلایان به اختلال هویت جنسی عدم وجود ارتباط رضایت بخش با خانواده، مردم و اجتماع و طرد شدن و مورد تنفر بودن، منجر به احساس تنهایی، بی هویتی و غمگینی می شود، این عوامل می تواند زمینه ساز افسردگی و سایر اختلالات روانی در این افراد شود (۲۷). یافته های به دست آمده در این پژوهش نشان می دهد که وقت آن است که روانشناسان ایرانی به جای آن که مصرف کننده رویکردهای درمانی غربی باشند، از آموزه های دین اسلام و فرهنگ غنی ایرانی استفاده نموده و به مفهوم سازی، طراحی و تدوین الگوهای درمانی براساس این ظرفیت ها و توانمندی ها بپردازند. پیشرفت علم روانشناسی از یک سو و ماهیت پویا و پیچیده جوامع نوین از سوی دیگر، باعث شده است که نیازهای معنوی بشر، در برابر خواسته ها و نیازهای مادی قد علم کنند و اهمیت بیشتری بیابند. چنین به نظر می رسد که مردم جهان، امروزه بیش از پیش به معنویت و مسائل معنوی گرایش دارند و روانشناسان و روان پزشکان نیز به طور روزافزون در می یابند که استفاده از روش سنتی و ساده غربی برای درمان اختلالات روانی کافی نیست.

معنویت یکی از ابعاد انسان است که ارتباط و یکپارچگی او را با عالم هستی نشان می دهد. ارتباط و یکپارچگی به انسان امید و معنا می دهد و او را از محدوده زمان و مکان و علایق مادی فراتر می برد. انجام مناسک دینی و معنوی توصیه شده در دین، موجب افزایش حمایت اجتماعی که یکی از مولفه های سلامت اجتماعی

References

- 1- Ceglie D D. Gender Identity Disorder in Young People. *Journal of Advances in Psychiatric Treatment*. 2019; 19(6): 466-458
- 2- Danafar A, Jahanbakhsh A, Behian Sh. Gender identity disorder and social factors affecting it among heterosexuals referring to the centers of the country's welfare organization. *The Journal of Toloo-e-behdasht*. 2017; 16(2): 87-75.
- 3- Khademi A. The relationship between five major personality factors and stress coping strategies with symptoms of sexual identity disorder. *Gender and Family Studies*. 2020; 8(1): 71-88.
- 4- World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. *Health and human rights: WHO EMRO*; 2007.
- 5- Panahi R, Ebrahimi G, Ahmadi A. Health Literacy: A Key Component of Controlling Social Determinants of Health. *J Educ Community Health*. 2018; 5 (1) :1-3.
- 6- Soori H. A Quick Review of Studies on Religion and Health. *Journal of Pizhuhish dar din va salamat*. 2019; 5(3): 1-4.
- 7- Keyes C L M. Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*. 1998; 61(2): 121-190.
- 8- Van Ommeren M, Saxena S, Saraceno B. Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus. *Bulletin of the World Health Organization*. 2015; 83(1): 71-75.
- 9- Rezadoost K, Hosseinzadeh A, Rostami A. The Study of Sociological Factors Affecting Social Health among Students of Shahid Chamran University of Ahwaz. *Social Development*. 2019; 14(1): 1-30.
- 10- Hines M, Constantinescu M, Spencer D. Early androgen exposure and human gender development. *Biology of Sex Differences*. 2017; 6(4): 10-3.
- 11- Barisic J, Duisin D, Djordjevic M, Vujovic S, Bizic M. Influence of basic personality dimensions on adaptation processes and quality of life in patients with gender dysphoria in post transitory period. *2nd Contemporary Trans Health in Europe: Focus on Challenges and Improvements*. April 6-8. Belgrade. Serbia. 2017.
- 12- Noorian N, Dolatshahi B, Rezaei O. Investigation of Personality Disorders and Personality Traits in Men with Gender Identity Disorder. *jrehab*. 2018; 9 (1) :55-60.
- 13- Mahmoodi H, Mohammad Bagheri F, Sufi S. Comparison of Depression, Suicidal Ideation and Social Support between Transsexual People with and without Gender Change. *Sci J Forensic Med*. 2019; 25 (3) :131-138.
- 14- Azizi S, Rasoolzade Tabatabai K, Jan Bozorgi M. Investigating the role of anger and psycho-spiritual development in the occurrence and spread of students' depression. *Journal of Psychology and Religion*. 2020;13(4): 39-56.
- 15- American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th. DSM-5. 2013.
- 16- Sahebdel F, Ghobari Bonab B, Hamidieh B. Typology of spirituality in relation with spiritual health. *IJNR*. 2020; 15 (2) :1-8
- 17- Kajbaf M, Hoseini F, Ghamarani A, Razazian N. Comparison of Effectiveness of Quality of Life Therapy and Treatment Based on Islamic Spirituality on Distress Tolerance, Stress, Anxiety, and Depression in Women with Tension Headaches. *Clinical Psychology* 2017; 9(23): 21-38.
- 18- Musapur H, Changi Ashtiyani J, Kahrobaei Kalkhuran Alya M. Spiritual and Existential Growth and COVID 19 pandemic: A qualitative study. *RPH*. 2020; 14 (1) :56-70.
- 19- Alipour A, Eisazadeh F. The Impact of Spirituality and Religion on the Immune

System: A Review Article. *Quran and Medicine* 2020; 5 (2) :20-28.

20- Galanter M, Siegel C. Training manual for spirituality discussion groups for mental health with focus on cultural competency center. New York: Mc Graw-Hill 2009.

21- Saffari Nia M. Evaluation of validity, validity and standardization of social health questionnaire in Tehran residents. *Quarterly Social Psychology Research*. 2014; 15: 45-53.

22- Karegarzadeh M. The effect of open heart surgery on depression, social adjustment of male and female heart patients in Shahid Modares Hospital, Tehran. Master Thesis, Islamic Azad University, Ahvaz Branch 2007.

23- Mohannaee S, Gorgin B, Sheikhi H, Golkam S, Bagherian M, Farashbandi R. The Effectiveness of Group Spiritual Therapy on the Moral Foundations and Social Health of Women Betrayed Referring to Psychology Clinics in Bushehr. *Scientific Journal of Islamic Studies in the Field of Health*. 2021; 5(1): 87-100.

24- Eisazadeh F, Saffari Nia M. The Effectiveness of Group Spiritual Therapy on Depression, Mental Health and Psychological Capital in Recovering from Covid-19 Disease. *Quran and Medicine*. 2021; 5 :11-22.

25- Zamani N. The effectiveness of spirituality therapy on depression reduction in female patients with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Psychology Achievements*. 2017; 3(2): 141-154.

26- LotfiKashani F, Mofid B, SarafranzMehr S. Effectiveness of Spirituality Therapy in Decreasing Anxiety, Depression and Distress of Women Suffering from Breast Cancer. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2013; 7(27): 27-42.

27- Eisazadeh F, Heidary Sh, Agajanbaglu S, Saffarinia M. Study of the Effectiveness of Schema Therapy on Improving Social Adjustment and Psychological Capital in

Transsexual Persons. *Quarterly Social Psychology Research*. 2020; 10(37): 13-28.