



The Effectiveness of Reality Therapy Training on the Body Dysmorphic Symptoms, Health Anxiety and Autonomous Functioning in Transgenders

Sina Gholami¹, Ezatollah Ghadampour^{2*}, Fateme Bavazin³, Ghazal Jamshidi⁴

1. Master of Psychometrics, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Professor of Educational Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

3. PhD Student in Educational Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

4. PhD Student in Health Psychology, Department of Psychology, Tehran University, Kish International Campus, Iran.

Corresponding Author: Ezatollah Ghadampour, Professor of Educational Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

Email: ghadampour.e@Lu.ac.ir

Received: 21 April 2025

Accepted: 13 Sep 2025

Abstract

Introduction: Increasing body dysmorphic symptoms and health anxiety, and decreasing autonomic functioning are very important problems of transgender people. Therefore, the purpose of this study was to investigate the effectiveness of reality therapy training on body dysmorphic symptoms, health anxiety, and autonomous functioning in transgender people.

Methods: This study was a semi-experimental research method with a pretest-posttest design with a 2-month follow-up and a control group. All transgender people who lived in Tehran in the second half of 2024 constituted the statistical population of this study. Using the snowball sampling method, 30 of these people were selected and randomly assigned to the experimental group (15 people) and the control group (15 people). In the experimental group, a 7-session reality therapy training package based on the choice theory book was implemented (Each session was 90 minutes). The subjects answered the body dysmorphic concern questionnaire (Oosthuizen & et al. 1998), health anxiety questionnaire (Salkovskis & et al. 2002), and autonomic functioning questionnaire (Weinstein & et al. 2012). Data were analyzed using mixed analysis of variance and Bonferroni post hoc test in SPSS version 22.

Results: The results showed that there is a significant difference between the two experimental and control groups in the reduction of body dysmorphic symptoms ($F=(2,27)=39/417$, $P<0/001$) and health anxiety ($F=(2,27)=5/931$, $P<0/001$) and the increase of autonomous functioning ($F=(2,27)=18/323$, $P<0/001$) from the pre-test stage to the follow-up stage.

Conclusions: Overall, it can be concluded that psychologists and psychiatrists can use reality therapy to reduce symptoms of body dysmorphic disorder and health anxiety and enhance the autonomous functioning of transgender individuals.

Keywords: Autonomous Functioning, Body Dysmorphic Symptoms, Health Anxiety, Reality Therapy, Transgenders.



اثربخشی آموزش واقعیت درمانی بر علائم بدریخت‌انگاری بدنی، اضطراب سلامت و عملکرد خودمختار در افراد تراجنسیتی

سینا غلامی^۱، عزت اله قدم‌پور^{۲*}، فاطمه باوزین^۳، غزال جمشیدی^۴

۱. کارشناسی ارشد سنجش و اندازه‌گیری (روان‌سنجی)، گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. استاد تمام گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

۴. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، پردیس بین‌المللی کیش، ایران.

نویسنده مسئول: عزت اله قدم‌پور، استاد تمام گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
ایمیل: ghadampour.e@Lu.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۶/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۲/۱

چکیده

مقدمه: افزایش علائم بدریخت‌انگاری بدنی و اضطراب سلامت و کاهش عملکرد خودمختار از مشکلات بسیار مهم افراد تراجنسیتی به شمار می‌روند. از همین روی؛ هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش واقعیت درمانی بر علائم بدریخت‌انگاری بدنی، اضطراب سلامت و عملکرد خودمختار در افراد تراجنسیتی بود.

روش کار: این پژوهش از نوع روش تحقیق نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با پیگیری ۲ ماهه و به همراه گروه گواه بود. جامعه آماری این مطالعه را کلیه افراد تراجنسیتی ساکن شهر تهران در نیمه اول سال ۱۴۰۳ تشکیل می‌دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری گلوله برفی ۳۰ نفر از این افراد انتخاب شدند و با استفاده از گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. در گروه آزمایش بسته آموزشی ۷ جلسه‌ای واقعیت درمانی (هر جلسه ۹۰ دقیقه) بر اساس کتاب نظریه انتخاب اجرا شد. گروه گواه در همان زمان به بررسی و نقد کتاب پرداختند. آزمودنی‌ها به پرسشنامه نگرانی از بدشکلی بدن، استوئین و همکاران (۱۹۹۸)، پرسشنامه اضطراب سلامت سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۲) و پرسشنامه عملکرد خودمختار وینستین و همکاران (۲۰۱۲) پاسخ دادند. داده‌ها با بهره‌گیری از تحلیل واریانس مختلط و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و کنترل در میزان کاهش نمرات علائم بدریخت‌انگاری بدنی ($F=(2,27)=39/417, P<0/001$) و اضطراب سلامت ($F=(2,27)=5/931, P<0/001$) و افزایش نمرات عملکرد خودمختار ($F=(2,27)=18/323, P<0/001$) از مرحله پیش‌آزمون تا مرحله پیگیری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: به صورت کلی می‌توان نتیجه گرفت که روان‌شناسان و روان‌پزشکان می‌توانند از واقعیت درمانی برای کاهش علائم بدریخت‌انگاری بدنی و اضطراب سلامت و تقویت عملکرد خودمختار افراد تراجنسیتی استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: افراد تراجنسیتی، اضطراب سلامت، عملکرد خودمختار، علائم بدریخت‌انگاری بدنی، واقعیت درمانی.

مقدمه

در سال‌های اخیر فعالان تراجنسیتی باعث شده‌اند که متخصصان پزشکی، روان‌پزشکی و روان‌شناسی، شناخت بیشتری نسبت به افراد تراجنسیتی کسب کنند (۱). اصطلاح تراجنسیتی یک اصطلاح کلی برای افرادی است که هویت جنسیتی یا جنسیت ابراز شده آن‌ها با جنسیت تخصیص یافته در بدو تولد آنان، متفاوت است. به عبارت دیگر افرادی که به عنوان مرد متولد شده‌اند اما از نظر روانی زن شناخته می‌شوند و افرادی که در بدو تولد به عنوان زن به دنیا آمدند اما با ویژگی‌های جنسیتی مردانه همانندسازی کرده‌اند، جامعه افراد تراجنسیتی را تشکیل می‌دهند (۲). این افراد تمایل برای داشتن بدن جنس مخالف را ابراز می‌کنند یا تمایل دارند از لحاظ اجتماعی به عنوان یکی از اعضای جنس مخالف شناخته شوند (۳). در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویرایش پنجم (DSM-5)، تراجنسیتی به عنوان یک دسته از مشکلات روان‌شناختی با نام نارضایتی جنسیتی شناخته می‌شود. اصطلاح کنونی توصیفی‌تر از اصطلاح قبلی یعنی اختلال هویت جنسی در DSM-IV است و بیشتر روی نارضایتی به عنوان یک مشکل بالینی تمرکز می‌کند نه روی هویت به خودی خود. در DSM-5 علاوه بر ناهماهنگی یاد شده میان جنسیت ابراز شده و جنسیت تعیین شده، امیال قوی برای رهایی از ویژگی‌های جنسیت تخصیص یافته و گرایش نیرومندی برای داشتن خصوصیات جنس مقابل به عنوان علائم این نارضایتی ذکر شده است (۴).

از منظر روان‌شناسی و جامعه‌شناسی، عدم تطابق میان جنسیت تعیین شده و ابراز شده با پیامدهای زیادی همراه است. وجود انگ‌ها، پیشداوری‌ها و نگرش‌های منفی جامعه، نامناسب بودن برخوردهای اجتماعی، استفاده از کلمات توهین‌آمیز و وجود فضای پرتنش اجتماعی از جمله پیچیدگی‌های زندگی یک فرد تراجنسیتی به شمار می‌روند و آن‌ها را در معرض خشونت اجتماعی قرار می‌دهند (۵). این تجربیات ناخوشایند به عنوان بخشی از زندگی افراد اقلیت جنسیتی می‌تواند باعث استرس و در نتیجه منجر به افزایش خطر ابتلا به اختلالات روان‌شناختی شود (۶). به عنوان مثال افزایش استرس ادراک شده در افراد تراجنسیتی با مشکلات خوردن و اختلالات مرتبط با تصویر بدنی همراه است (۷). تحقیقات نشان داده‌اند که بدریخت انگاری بدنی افراد تراجنسیتی بسیار زیاد است و اغلب به

ویژگی‌های جنسی محدود نمی‌شود (۸، ۹).

اختلال بدریخت انگاری بدن یک اختلال مرتبط با تصویر بدنی و در دسته اختلالات وسواسی-جبری (obsessive compulsive disorder) است که با مشغولیت ذهنی شدید با یک یا چند نقص خیالی در ظاهر و باور به این که فرد زشت، غیرجذاب، ناپه‌نجار و بدشکل است، مشخص می‌شود (۳). این مشغولیت‌های ذهنی ممکن است در پوست، مو، بینی، وزن، پستان‌ها، ساق‌های پا، اندازه یا شکل چهره، لب‌ها و... بروز کنند. این تفکرات؛ مزاحم، ناخواسته و وقت گیرند و کنترل این تفکرات و مقابله با آنان برای فرد مشکل است. فرد مبتلا اعمال تکراری بیش از حدی (همچون بررسی بیش از اندازه خود در آینه، آرایش زیاد، استتار کردن، جراحی زیبایی و...) را در واکنش به این مشغولیت‌های ذهنی دارد و برای انجام این اعمال احساس اجبار می‌کند (۴). به نظر می‌رسد که افرادی که از نارضایتی جنسیتی شدید در رنج هستند نیز برخی از این ویژگی‌ها را نشان می‌دهند. نقایص بدنی درک شده این افراد بیشتر در صورت، پوست، مو و ویژگی‌های جنسی مانند سینه‌ها یا اندام‌های تناسلی بروز می‌کند. به عبارت دیگر نارضایتی جنسیتی و بدریخت انگاری بدنی به طور مشابه به عدم تطابق بین معیارهای خارجی (که ظاهر فیزیکی فرد است) و معیارهای درونی (که ارزیابی ذهنی از ظاهر فیزیکی است)، مرتبط‌اند (۱۰).

علاوه بر بدریخت انگاری بدنی، به نظر می‌رسد که افراد تراجنسیتی از مشکلات سلامت جسمانی زیادی نیز در رنج باشند (۱۱). نتیجه یک مطالعه در این مورد نشان داده است که خطر بیماری‌های مزمن، ناتوانایی‌های جسمانی متعدد و بیماری‌های قلبی - عروقی در افراد تراجنسیتی بیشتر از افراد همسوجنسی است (۱۱). افزون بر این، افراد تراجنسیتی در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت با موانعی همچون انگ‌های اجتماعی و آموزش و تجربه محدود در مورد پزشکی تراجنسیتی روبه‌رو هستند (۱۲). بنابراین احتمال می‌رود که اضطراب مرتبط با بیماری همچون سایر مشکلات اضطرابی نقش پررنگی در همراهی نارضایتی جنسیتی داشته باشد. اضطراب بیماری که با عنوان اضطراب سلامت نیز شناخته شده است، باعث می‌شود که افراد احساسات و علائم جزئی بدنی خود را به اشتباه به عنوان ابتلا به یک بیماری جدی تفسیر کنند و بدترین سناریو را برای سلامتی خود متصور شوند، تا حدی که افراد با سطوح

کاهش علائم مشکلات روان‌شناختی و افزایش خودمختاری تاثیرگذار باشد، واقعیت درمانی است (۱۹، ۲۰). واقعیت درمانی که بر مبنای تئوری انتخاب William Glasser (۲۱) می‌باشد با تاکید بر کنترل درونی و تمرکز بر حال و آینده به جای گذشته، بیان می‌کند که افراد می‌توانند رفتارهای خود را کنترل و انتخاب کنند. در این رویکرد همچنین روابط بین فردی سالم برای موفقیت و خوشبختی در آینده دارای اهمیت‌اند (۲۲). واقعیت درمانی به افراد آموزش می‌دهد تا به نیازهای بنیادین روان‌شناختی یعنی: بقاء، آزادی، تفریح، قدرت، عشق/تعلق خاطر آگاه باشند. این رویکرد به افراد تراجنسیتی کمک می‌کند که چگونه این نیازها را به شکلی رضایت بخش ارضا کنند و بر اساس نظر Glasser (۲۱)؛ هنگامی که فردی نیازهای بنیادین روان‌شناختی خود را به طور موثری برآورده سازد و کنترل و مدیریت زندگی‌اش بر عهده خودش باشد؛ احساس شادمانی، رضایتمندی از زندگی و توانمندی خواهد داشت (۲۳).

پژوهش‌ها اثر واقعیت درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب را بر بهبود تصویر بدنی نوجوانان دختر تیزهوش (۲۴)، بهبود تصویر بدنی متقاضیان جراحی زیبایی (۲۵)، کاهش علائم وسواس (۲۶، ۲۷)، کاهش اضطراب (۱۹، ۲۸)، کاهش انواع اضطراب مرتبط به سلامتی مانند اضطراب مرگ (۲۹) و اضطراب کرونا (۳۰) تایید کرده‌اند. همچنین نتایج پژوهش‌ها بیانگر آن است که واقعیت درمانی بر خودمختاری هیجانی (۲۰)، ارضا نیاز آزادی (۳۱) و نیاز اساسی روان‌شناختی خودمختاری (۳۲) تاثیر مثبتی دارد. با این وجود هیچ مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی واقعیت درمانی بر علائم بدریخت‌انگاری بدنی، اضطراب سلامت و عملکرد خودمختار در افراد تراجنسیتی نپرداخته است و این مطالعه در پر کردن خلاء تحقیقاتی مذکور نقش مهمی دارد.

مسئله دیگری که اهمیت مطالعه حاضر را روشن می‌سازد این است که با وجود این که افراد تراجنسیتی در ایران همچون سایر جوامع از مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی متفاوتی در رنج هستند، در جامعه ایران پژوهش‌های روان‌شناختی اندکی در مورد این افراد صورت گرفته است و این مطالعه که در جهت بهبود سلامت روان‌شناختی افراد تراجنسیتی قدم برداشته است، می‌تواند دارای اهمیت فراوانی باشد. همچنین؛ با وجود این که افراد تراجنسیتی تنها راه خلاصی از ناراضایتی جنسیتی را تغییر جنسیت از راه هورمون درمانی و جراحی می‌دانند، بخش زیادی از این افراد

بالای اضطراب سلامت ممکن است به خودبیمارانگاری مبتلا باشند (۱۳). در اضطراب سلامت پریشانی روانی به علت وجود علائم جسمانی نیست بلکه به خاطر اضطراب و نگرانی فرد از پیامدهای بیماری تشخیص داده نشده است (۱۴). این اختلال یک وضعیت مزمن و عود کننده را ایجاد می‌کند که غالباً در اوایل بزرگسالی شروع و با افزایش سن تشدید می‌شود و زنان و مردان را به یک نسبت تحت تاثیر قرار می‌دهد (۴).

یکی دیگر از مشکلات افراد تراجنسیتی کاهش خودمختاری آنهاست (۱۵). در واقع در برخی از بخش‌های جهان افراد تراجنسیتی مورد هدف قوانین ضد ترنسکشوآلیتی و خشونت‌های اجتماعی فراوان قرار گرفته‌اند. این مسئله از دسترسی آزادانه آنها را به اجتماع و خدمات حمایتی جلوگیری می‌کند. علاوه بر این برخی از مطالعات بیانگر آنند که ویژگی‌های ناراضایتی جنسیتی در جوانان ممکن است قابل سرایت باشند و همین مسئله بیش از پیش منجر به محدود شدن افراد تراجنسیتی شده است. کلیه این مسائل؛ خودمختاری، اراده آزاد و استقلال عمل افراد تراجنسیتی را زیرسوال می‌برد (۱۵). طبق نظریه خودتعیین‌گری نیاز روان‌شناختی خودمختاری در کنار شایستگی و ارتباط جزء نیازهای بنیادین روان‌شناختی انسان به شمار می‌رود (۱۶). نیاز خودمختاری زمانی ارضا می‌شود که افراد احساس کنند که نظرات آنها مورد ارزش و احترام است، احساسات آنها مورد توجه قرار می‌گیرد و به آنها فرصت داده می‌شود تا خودشان تصمیم بگیرند (۱۷). در همین راستا عملکرد خودمختار بر اساس سه بعد مهم مفهوم‌سازی می‌شود. این ابعاد عبارت‌اند از سازگاری با خود (یعنی تصمیم‌گیری و رفتار کردن بر اساس ارزش‌ها، نیازها و علایق خود، چنین افرادی همخوانی بیشتری بین رفتارها، نگرش‌ها و ویژگی‌های شخصیتی خود نشان می‌دهند)، علاقه‌مندی (تمایل خودجوش برای بررسی وقایع درونی خود و وقایع محیطی و آگاهی و بینش مداوم نسبت به خود و تجربیات خود) و حساسیت نسبت به کنترل یعنی فقدان فشار بیرونی و درونی به عنوان محرک رفتار (۱۸).

با توجه به اهمیت بالینی بدریخت‌انگاری بدنی و اضطراب سلامت و تاثیرات مثبت عملکرد خودمختار به عنوان یک نیاز بنیادین روانی، پژوهشگران از مدل‌های و درمان‌های متفاوتی برای تاثیرگذاری بر این سه سازه پر اهمیت بهره گرفته‌اند. یکی از درمان‌هایی که به نظر می‌رسد بر

از عهده هزینه‌های زیاد این قبیل درمان‌ها بر نمی‌آیند. این مسئله بر مشکلات سلامت روانی آن‌ها روز به روز می‌افزاید و به همین دلیل بررسی اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی بر علائم آسیب‌های روانی شایع (همچون بدریخت‌انگاری بدنی و اضطراب سلامت) افراد تراجنسیتی بدون تغییر جنسیت از اهمیت بسزایی برخوردار است. علاوه بر آسیب‌های روانی، بهبود سازه‌های مثبت سلامت روان همچون عملکرد خودمختار در افراد تراجنسیتی ضروری به نظر می‌رسد. اذعان به آزادی و عملکرد خودمختار افراد تراجنسیتی برای انتخاب جنسیت، دسترسی راحت به مراقبت‌های بهداشتی و حضور آزادانه در اجتماع نه تنها بخشی از استقلال اساسی آن‌ها به شمار می‌رود بلکه رهایی اجتماعی و رشد آزادانه شخصیت آن‌ها را نیز تسهیل می‌کند. با وجود این که موانع زیادی برای بهره‌مندی آن‌ها از این حق اساسی وجود دارد این مطالعه می‌تواند تاثیر کوچکی در بهبود وضعیت خودمختاری افراد تراجنسیتی از طریق واقعیت‌درمانی داشته باشد. از همین روی؛ هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانی بر علائم بدریخت‌انگاری بدنی، اضطراب سلامت و عملکرد خودمختار در افراد تراجنسیتی بود.

روش کار

این پژوهش از نوع تحقیق نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با پیگیری ۲ ماهه و به همراه گروه گواه بود. کلیه افراد تراجنسیتی که در نیمه اول سال ۱۴۰۳ ساکن شهر تهران بودند، جامعه آماری این مطالعه را تشکیل می‌دادند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت نمونه‌گیری گلوله برفی بود. به این ترتیب که اعضای آینده نمونه از طریق اعضای سابق نمونه انتخاب شدند. در همین راستا در ابتدا چند فرد تراجنسیتی که در پارک دانشجو واقع در منطقه ۱۱ شهر تهران حضور داشتند به صورت در دسترس انتخاب شدند. پس از جلب رضایت آن‌ها برای حضور در این مطالعه از آن‌ها خواسته شد تا دوستان تراجنسیتی خود را برای حضور در مطالعه حاضر دعوت کنند. از افرادی که این درخواست را قبول کردند نیز خواسته شد که سایر دوستان تراجنسیتی خود را برای شرکت در این پژوهش تشویق کنند. این روش ادامه یافت تا زمانی که نمونه به ۳۷ نفر رسید. در مرحله بعدی یک روان‌شناس (نویسنده دوم این مطالعه) با کلیه این افراد

مصاحبه کرد. پس از مصاحبه، ۳۳ نفر از این افراد تشخیص نارضایتی جنسیتی بر اساس معیارهای DSM-5 گرفتند و ۴ نفر دیگر به علت عدم تشخیص نارضایتی جنسیتی از ادامه پژوهش کنار گذاشته شدند. همچنین؛ ۳ نفر از این افراد به علت این که سایر معیارهای ورود به پژوهش را نقض می‌کردند از پژوهش حذف شدند. در نهایت ۳۰ نفر باقی مانده با استفاده از گمارش تصادفی در یک گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند.

به این ترتیب معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: ابتلا به نارضایتی جنسیتی بر اساس تشخیص یک روان‌شناس (با استفاده از مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های روانی DSM-5)، اعلام آمادگی و رضایت جهت شرکت در جلسات درمانی و تکمیل پرسشنامه‌ها، سکونت در شهر تهران و حداقل مدرک تحصیلی دیپلم. همچنین معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: عدم ابتلا به نارضایتی جنسیتی بر اساس تشخیص یک روان‌شناس، عدم تمایل و رضایت برای شرکت در جلسات، غیبت دو جلسه و بیشتر، ناقص بودن پرسشنامه‌ها، سکونت در سایر شهرها و تحصیلات زیر دیپلم.

ابزارهای این مطالعه عبارت‌اند از:

پرسشنامه نگرانی از بدشکلی بدن Oosthuizen و همکاران (۳۳): این پرسشنامه که توسط Oosthuizen و همکاران در سال ۱۹۹۸ ساخته شده است، ۷ گویه دارد. این ابزار با هدف ارزیابی نگرانی‌هایی در مورد بدشکلی بدنی به عنوان یک علامت و بدون نیاز به تشخیص‌گذاری اختلال بدشکلی بدن ساخته شده است. پاسخ‌دهندگان نگرانی‌هایشان را در مورد ظاهر فیزیکی خود در یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از ۰ تا ۳ درجه‌بندی می‌کنند (نه اصلاً = ۰، مانند اغلب مردم = ۱، بیشتر از اکثر مردم = ۲، خیلی بیشتر از اکثر مردم = ۳). حداقل و حداکثر نمره این پرسشنامه به ترتیب صفر و ۲۱ است و نمرات بالاتر بیانگر نگرانی بیشتر در مورد بدشکلی بدن می‌باشد. این پرسشنامه در یک نمونه استرالیایی ۵۷ نفری از بیماران بستری روان‌پزشکی طراحی شده است که نتایج این مطالعه نشان دهنده روایی درونی مناسب، ساختار تک عاملی، همبستگی مثبت آن با پریشانی، اضطراب، آسیب اجتماعی، علائم افسردگی و علائم سایکوتیک بود (۳۳). در مطالعات خارجی ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۸ و ۰/۹۳ به دست آمد (۳۴، ۳۵). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران توسط کاظمینی و همکاران (۳۶) بررسی

از تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تاییدی بررسی و تایید کرده‌اند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۱ بود. این ضریب برای خرده‌مقیاس‌های خودسازگاری، حساسیت نسبت به کنترل و علاقه مندی به ترتیب برابر با ۰/۸۹، ۰/۸۴ و ۰/۸۳ به دست آمد (۱۸). با توجه به این که پرسشنامه مذکور در ایران از پشتوانه روان‌سنجی برخوردار نبود، در مطالعه حاضر، ویژگی‌های روان‌سنجی آن قبل از استفاده در پژوهش اصلی مورد بررسی قرار گرفت. پس از ترجمه پرسشنامه توسط نویسندگان و بررسی و اصلاحات نهایی، روایی صوری و محتوایی پرسشنامه توسط سه تن از اساتید روان‌شناسی بررسی و تایید شد. پرسشنامه به صورت مداد کاغذی بر روی ۱۰۰ فرد تراجنسیتی بدون تغییر جنسیت مراجعه کننده به انجمن حمایت از بیماران ملال جنسیتی ایران اجرا شد. تحلیل عاملی تاییدی نسخه فارسی پرسشنامه با حذف گویه‌های شماره ۲ و ۱۴ ساختار سه عاملی این پرسشنامه را در نمونه‌ای از افراد تراجنسیتی ایرانی مورد تایید قرار داد ($X^2/DF=13.31$, $GFI=0.90$). افزون بر این ضرایب $IFI=0.94$, $TLI=0.92$, $CFI=0.94$, $RFI=0.74$, $PCFI=0.72$, $FMIN=0.79$, $RMSEA=0.056$. رگرسیونی استاندارد کلیه گویه‌ها بالاتر از ۰/۴ بود. حداقل نمره این پرسشنامه برابر ۱۳ و حداکثر آن برابر با ۶۵ خواهد بود. نمرات بالا در این پرسشنامه بیانگر عملکرد خودمختار بیشتر است. در نهایت ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه با حذف دو گویه ۲ و ۱۴ برابر با ۰/۷۷ و ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های خودسازگاری، حساسیت نسبت به کنترل (با حذف دو گویه ۲ و ۱۴) و علاقه مندی به ترتیب برابر با ۰/۷۹، ۰/۷۳ و ۰/۷۳ به دست آمد.

بسته آموزشی ۷ جلسه‌ای واقعیت درمانی بر اساس کتاب نظریه انتخاب William Glasser (۲۱): درمان شامل ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که به صورت گروهی انجام شد. اجرای جلسات روی گروه آزمایش به وسیله نویسنده اول (با نظارت نویسنده دوم) انجام شد. در هر جلسه مطالب و مثال‌های متناسب با هدف جلسه مطرح می‌شد و در انتهای هر جلسه تکالیف مرتبط به آزمودنی‌ها ارائه می‌شد. این پروتکل با موفقیت در مطالعات مظاهری تهرانی و همکاران (۴۰) و شیشه‌فر و شفیع‌آبادی (۴۱) مورد استفاده قرار گرفته است. موضوعات و اهداف هر جلسه به صورت خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است.

و تایید شده است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی این مطالعه از ساختار تک عاملی این پرسشنامه در نمونه ایرانی حمایت کرد. در مطالعه مذکور؛ ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۸ و در بررسی پایایی بازآزمایی این ابزار به فاصله یک هفته، ضریب همبستگی میان نمرات آزمون و بازآزمون ۰/۹۲ به دست آمد (۳۶). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه حاضر برابر با ۰/۸۹ به دست آمد. پرسشنامه استاندارد اضطراب سلامت Salkovskis و همکاران (۳۷) فرم کوتاه ۱۸ سوالی: پرسشنامه اضطراب سلامت توسط Salkovskis و همکاران در سال ۲۰۰۲ به منظور سنجش اضطراب سلامتی طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۱۸ سوال و شامل ۳ مولفه بخش اصلی، نگرانی کلی سلامتی و پیامدهای منفی می باشد. آزمودنی‌های با استفاده از یک طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای (۰ تا ۳) هر کدام از عبارت‌ها را که احساساتشان را در شش ماه گذشته بهتر توصیف می کند، انتخاب می کنند. حداقل نمره این پرسشنامه برابر با صفر و حداکثر آن برابر با ۵۴ خواهد بود. نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشان دهنده اضطراب سلامت بالاتر است (۳۷). روایی این پرسشنامه را با محاسبه همبستگی نمره کل آن با مقیاس باورهای بیماری (Illness Attitudes Scale) برابر با ۰/۶۳ به دست آوردند که حاکی از روایی همگرایی این پرسشنامه می باشد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ نمره کل پرسشنامه ۰/۸۶ به دست آمد (۳۸). در ایران از طریق تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تاییدی سه عامل نگرانی کلی سلامتی، ابتلا به بیماری و پیامدهای بیماری به دست آمده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ این عوامل به ترتیب برابر با ۰/۵۹، ۰/۶ و ۰/۷ و برای نمره کل ۰/۷۵ گزارش شد (۳۹). ضریب آلفای کرونباخ نمره کل این پرسشنامه در مطالعه حاضر برابر با ۰/۷۸ محاسبه شد.

پرسشنامه عملکرد خودمختار Weinstein و همکاران (۱۸): پرسشنامه عملکرد خودمختار توسط وینستین و همکاران در سال ۲۰۱۲ ساخته شده است. این ابزار از ۱۵ گویه و سه خرده‌مقیاس خودسازگاری، حساسیت نسبت به کنترل (دارای نمره معکوس) و علاقه مندی تشکیل شده است که هر کدام ۵ آیتم را در برمی گیرند. آزمودنی‌های با استفاده از یک طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً نادرست= ۱ تا کاملاً درست= ۵) به گویه‌های این پرسشنامه پاسخ می‌دهند. سازندگان ساختار سه عاملی این پرسشنامه را با استفاده

جدول ۱: اهداف و خلاصه جلسات بسته آموزشی واقعیت درمانی بر اساس کتاب نظریه انتخاب William Glasser (۲۱)

جلسه	اهداف	محتوا
اول	معرفی اعضا و ایجاد ارتباط بین اعضا و درمانگر	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، برقراری رابطه عاطفی میان اعضا و درمانگر، بحث در مورد اهداف و قوانین گروه، آشنایی اولیه با نظریه واقعیت‌درمانی و اهمیت کاهش علائم بدریخت‌انگاری بدنی و اضطراب بیماری و افزایش عملکرد خودمختار.
دوم	آموزش مفاهیم واقعیت درمانی	ابراز خوشحالی توسط درمانگر به هدف برقراری ارتباط، آموزش مفاهیم نظریه واقعیت درمانی، معرفی چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی ما (توضیح تفاوت و شباهت‌های بین انسان و ارائه نیازهای اساسی انسان مطابق نظر گلاسپر)، توضیح در مورد ادراک و برداشت افراد از محیط و بحث در مورد آن. (روش تدریس سخنرانی همراه با بحث گروهی)
سوم	آشنایی با ماشین رفتار	معرفی رفتار کلی و آشناسازی افراد گروه با ۴ مولفه رفتار کلی (فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی) جهت آشنایی آن‌ها با مثال ماشین رفتار و این که ما همواره بر دو مولفه فکر و عمل به طور مستقیم و بر مولفه‌های احساس و فیزیولوژی به طور غیر مستقیم و فقط از طریق بکارگیری و دستکاری چرخ‌های جلوی ماشین یعنی فکر و عمل کنترل و مدیریت داریم. (روش تدریس بارش مغزی و سخنرانی همراه با مشارکت گروه).
چهارم	اهمیت ارتباط و نقش آن در رضایت، احساس خودارزشمندی و برآوردن نیازهای اساسی	آشنایی، معرفی و توضیح تعارض‌های چهارگانه (۱. تو دیگری را می‌خواهی مجبور به انجام کاری کنی که او نمی‌خواهد. ۲. دیگری می‌خواهد تو را مجبور به انجام کاری کند که تو نمی‌خواهی. ۳. تو و دیگری هر کدام سعی دارید یکدیگر را مجبور به انجام کاری کنید که نمی‌خواهید. ۴. تو خودت را مجبور به انجام کاری می‌کنی که نمی‌خواهی) و رفتارهای اجباری که با مثال‌های مختلفی مانند مشکلاتی که در زندگی یک فرد ترنسکشوال به وجود می‌آید زده شد. (استفاده از روش تدریس بدیع پردازی)
پنجم	تبدیل رفتارهای منجر به شکست به رفتارهای رضایت‌بخش، تاکید بر زندگی در زمان حال	معرفی رفتارهای تخریب‌گر و سازنده در روابط و تشخیص الگوی استفاده از این رفتارها در تعاملات اصلی زندگی، آموزش زندگی کردن در زمان حال و این که چگونه می‌توان دنیای کیفی خود را قاب‌گیری مجدد کرد. (استفاده از روش تدریس عینی‌سازی)
ششم	آشنایی با ابعاد رفتار از دیدگاه گلسر، نقش انسان در کنترل رفتار	شناخت نیازهای اساسی انسان از دیدگاه واقعیت‌درمانی و فهرست‌بندی نیازهای اساسی، با تلاش اعضا و کمک درمانگر، بررسی اهمیت برآوردن این نیازها و پذیرش مسئولیت در قبال رفتار (روش تدریس مشارکتی و استفاده از بحث گروهی)
هفتم	چگونگی حفظ تغییرات به وجود آمده	شیوه حفظ و افزایش تغییرات، مرور جلسات قبلی و ارزیابی میزان پیشرفت افراد گروه و زمینه‌سازی تمهد لازم جهت کاربرد آموخته‌ها برای خلق زندگی و روابط بهتر، اجرای پس‌آزمون.

رعایت اصول اخلاقی، بعد از پایان مداخله برای اعضای گروه گواه نیز اجرای بسته آموزشی واقعیت درمانی در نظر گرفته شد. آزمودنی‌ها در هر دو گروه در ابتدای پژوهش پرسشنامه نگرانی از بدشکلی بدن Oosthuizen و همکاران (۳۳)، پرسشنامه اضطراب سلامت Salkovskis و همکاران (۳۷) و پرسشنامه عملکرد خودمختار Weinstein و همکاران (۱۸) را پاسخ دادند و پس از پایان مداخله مجدداً هر دو گروه پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. برای آزمون پیگیری؛ شرکت‌کنندگان دو ماه پس از اتمام مداخله برای سومین بار به پرسشنامه‌های مذکور پاسخ دادند.

تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح توصیفی از شاخص‌های آماری توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. در سطح استنباطی از تحلیل واریانس مختلط و آزمون تعقیبی Bonferroni بهره گرفته شد. قبل از انجام تحلیل واریانس مختلط پیش فرض‌های آن یعنی تعیین توزیع نرمال (با استفاده از

جهت رعایت اصول اخلاقی، برای هر یک از افراد انتخاب شده توضیحاتی در رابطه با طرح پژوهش (تا جایی که سوگیری در نتایج به وجود نیاید) ارائه شد و رضایت آگاهانه از افراد برای شرکت در ادامه پژوهش اخذ شد و مسائل مرتبط با رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات از جانب پژوهشگر بیان شد. روی گروه آزمایش بسته آموزشی ۷ جلسه‌ای واقعیت درمانی بر اساس کتاب نظریه انتخاب William Glasser (۲۱) اجرا شد درحالی که؛ گروه گواه این مداخله را دریافت نکرد. این پروتکل ۷ جلسه به صورت گروهی طی جلسات هفتگی (هر جلسه ۹۰ دقیقه) در مدت زمانی تقریباً دو ماه به وسیله نویسنده اول (و با نظارت نویسنده دوم) اجرا شد. شرکت‌کنندگان در فضای راحت و امن درمانی مداخله را دریافت کردند. لازم به ذکر است که گروه گواه در همان زمان در محل آموزش گرد هم آمدند (در اتاقی متفاوت از اتاق گروه آزمایش) و تحت سرپرستی نویسنده سوم به خواندن، بررسی و نقد کتاب پرداختند. برای

سینا غلامی و همکاران

جنسیت ابراز شده زن و ۲ نفر (۱۳/۳۳٪) دارای جنسیت بدو تولد زن و جنسیت ابراز شده مرد بودند. کلیه آزمودنی‌ها در هر دو گروه مجرد و دارای تحصیلات بالای دیپلم بودند. همچنین دامنه سنی آزمودنی‌ها ۱۸ تا ۳۱ سال بود (میانگین سن: ۲۴/۳۸ سال، انحراف استاندارد: ۱/۱۷).

پس از بررسی مسائل جمعیت شناختی؛ شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه آزمایش و کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج این بررسی در جدول شماره ۲ قابل مشاهده است.

Kolmogorov-Smirnov test)، مفروضه همگنی واریانس‌ها (با استفاده از Levene's test) و مفروضه همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (با استفاده از Box's test) مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این بخش؛ نخست به بررسی مسائل جمعیت شناختی می‌پردازیم. در هر دو گروه آزمایش و کنترل از میان ۱۵ آزمودنی، ۱۳ نفر (۸۶/۶۷٪) دارای جنسیت بدو تولد مرد و

جدول ۲. شاخص‌های آمار توصیفی و تعیین توزیع نرمال متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	کولموگوروف آماره آزمون	اسمیرنوف سطح معناداری
علائم بد ریخت انگاری بدنی	گروه آزمایش	۱۷/۳۳	۳/۰۴	۰/۱۹۱	۰/۱۵۲
(پیش آزمون)	گروه کنترل	۱۷/۶۰	۳/۴۵	۰/۱۹۰	۰/۱۴۸
علائم بد ریخت انگاری بدنی	گروه آزمایش	۱۲/۸۶	۲/۱۳	۰/۲۰۸	۰/۰۷۹
(پس آزمون)	گروه کنترل	۱۸/۲۰	۳/۰۷	۰/۲۰۳	۰/۰۹۸
علائم بد ریخت انگاری بدنی	گروه آزمایش	۱۳/۱۹	۲/۰۴	۰/۱۲۶	۰/۲۰۰
(پیگیری)	گروه کنترل	۱۸/۶۰	۳/۱۴	۰/۲۷۲	۰/۰۰۴
اضطراب سلامت	گروه آزمایش	۳۰/۴۶	۵/۵۰	۰/۲۰۲	۰/۰۹۹
(پیش آزمون)	گروه کنترل	۳۱/۶۱	۶/۲۹	۰/۱۲۷	۰/۲۰۱
اضطراب سلامت	گروه آزمایش	۲۷/۷۳	۵/۳۲	۰/۱۳۰	۰/۲۰۹
(پس آزمون)	گروه کنترل	۳۱/۴۶	۶/۴۷	۰/۱۷۴	۰/۲۰۴
اضطراب سلامت	گروه آزمایش	۲۷/۴۷	۵/۷۰	۰/۱۴۱	۰/۲۰۰
(پیگیری)	گروه کنترل	۳۰/۸۷	۷/۱۶	۰/۲۳۰	۰/۰۳۲
عملکرد خودمختار	گروه آزمایش	۳۲/۶۶	۶/۸۲	۰/۲۳۴	۰/۰۲۷
(پیش آزمون)	گروه کنترل	۳۱/۸۰	۵/۸۹	۰/۱۷۳	۰/۲۸۰
عملکرد خودمختار	گروه آزمایش	۳۶/۰۶	۶/۷۳	۰/۲۱۳	۰/۰۶۶
(پس آزمون)	گروه کنترل	۳۱/۴۰	۵/۸۷	۰/۱۴۲	۰/۲۰۰
عملکرد خودمختار	گروه آزمایش	۳۵/۶۷	۶/۴۴	۰/۱۸۲	۰/۱۹۵
(پیگیری)	گروه کنترل	۳۱/۳۴	۶/۰۹	۰/۲۱۳	۰/۰۶۵

حالی است که میانگین نمرات این متغیر در گروه کنترل افزایش نداشته است. البته برای سنجش معنادار بودن این تفاوت‌ها می‌بایست از آزمون‌های آماری مناسب همچون تحلیل واریانس مختلط استفاده شود.

قبل از انجام تحلیل واریانس مختلط ابتدا پیش فرض‌های اساسی آن مورد بررسی قرار گرفتند. با توجه به نتایج جدول ۲، سطوح معناداری آزمون Kolmogorov-Smirnov برای بیشتر متغیرهای پژوهش در پیش آزمون، پس

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمره متغیرهای علائم بد ریخت انگاری بدنی و اضطراب سلامت در گروه آزمایش، در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش داشته است. این در حالی است که میانگین نمرات این متغیرها در گروه کنترل کاهش نداشته است. افزون بر این؛ نتایج بیانگر آن است که متغیر عملکرد خودمختار در گروه آزمایش، در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش داشته است. این در

واریانس مختلط برخوردارند. افزون بر این؛ آزمون Box جهت بررسی مفروضه همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس و آزمون Levene جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس گروه‌ها محاسبه شدند. این نتایج در جدول ۳ گزارش شده است.

آزمون و پیگیری و در هر دو گروه آزمایش و کنترل بالاتر ۰/۰۵ است. با وجود این که سطوح معناداری آزمون Kolmogorov-Smirnov برای تعداد محدودی از متغیرها پایین‌تر از ۰/۰۵ بود، اما با اغماض می‌توان بیان کرد که داده‌های پژوهش از بهنجاری کافی برای انجام تحلیل

جدول ۳. نتایج آزمون باکس جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس و آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس

متغیر	Box's M	نتایج آزمون باکس F	سطح معناداری	مراحل	نتایج آزمون لوین F	سطح معناداری
علائم بد ریخت انگاری بدنی	۱۱/۸۸۷	۱/۷۴۹	۰/۱۰۶	پیش آزمون	۱/۰۶۳	۰/۳۱۱
				پس آزمون	۱/۹۷۳	۰/۱۷۱
				پیگیری	۲/۶۶۴	۰/۱۱۴
اضطراب سلامت	۲/۰۶۰	۰/۳۰۳	۰/۹۳۶	پیش آزمون	۰/۵۷۱	۰/۴۵۶
				پس آزمون	۱/۵۳۰	۰/۲۲۶
				پیگیری	۲/۳۳۰	۰/۱۳۸
عملکرد خودمختار	۳/۲۹۰	۰/۴۸۴	۰/۸۲۱	پیش آزمون	۰/۳۱۰	۰/۵۸۲
				پس آزمون	۰/۰۶۰	۰/۸۰۹
				پیگیری	۰/۰۱۷	۰/۸۹۸

($P > 0.05$). با توجه به این که پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس مختلط رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده کرد. اثرات اصلی و اثر تعامل محاسبه شده به وسیله تحلیل واریانس مختلط با استفاده از آزمون چند متغیره لامبدای ویلکز در جدول ۴ بیان شده است.

طبق نتایج جدول ۳، آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی برای همه سه متغیر پژوهش به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P > 0.05$). بدین ترتیب پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. همچنین داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس را نیز زیر سوال نبرد زیر آزمون باکس برای هر سه متغیر پژوهش از نظر آماری معنادار نبود

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس مختلط در جهت بررسی اثرات اصلی و اثر تعامل با استفاده از آزمون لامبدای ویلکز

متغیر	منبع تغییر	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری	مجذور اتا
علائم بد ریخت انگاری بدنی	زمان	۰/۳۴۸	۲۵/۲۶۲	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۶۵۲
	گروه × زمان	۰/۲۵۵	۳۹/۴۱۷	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۷۴۵
اضطراب سلامت	زمان	۰/۵۶۴	۱۰/۴۲۳	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۴۳۶
	گروه × زمان	۰/۶۹۵	۵/۹۳۱	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۳۰۵
عملکرد خودمختار	زمان	۰/۵۶۰	۱۰/۶۱۱	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۴۴۰
	گروه × زمان	۰/۴۲۴	۱۸/۳۲۳	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۵۷۶

حالی است که عملکرد خودمختار از مرحله پیش آزمون تا مرحله پیگیری افزایش معنی‌داری نشان داده است. اگرچه تفاوت معنی‌داری بین دوره‌های زمانی پیدا کردیم ولی باید اندازه اثر این نتیجه را نیز ارزیابی کنیم. برای این منظور مجذور اتا مورد بررسی قرار می‌گیرد. مقدار به دست آمده برای زمان در این مطالعه برای کلیه متغیرهای پژوهش بالاتر از ۰/۴ است. با استفاده از رهنمون‌های متداول که توسط Cohen (۴۲) پیشنهاد شده این نتیجه اندازه اثر خیلی

همانطور که در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌شود، اثرات اصلی (یعنی عامل زمان) در متغیرهای علائم بد ریخت انگاری بدنی ($F = (2, 27) = 25.262$)، اضطراب سلامت ($F = (2, 27) = 10.423$) و عملکرد خودمختار ($F = (2, 27) = 10.611$) به لحاظ آماری معنادار است ($P < 0.001$). به عبارت دیگر اثر زمان از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد. یعنی علائم بد ریخت انگاری و اضطراب سلامت از مرحله پیش آزمون تا مرحله پیگیری کاهش معنی‌داری نشان داده‌اند. این در

بزرگی را نشان می‌دهد. تحلیل واریانس مختلط برگفته شده است، بررسی شد. این در ادامه اثر بین آزمودنی‌ها (یعنی اثر گروه) که از نتایج نتایج در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس مختلط در جهت بررسی اثر بین آزمودنی‌ها

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجزور انا
علائم بد ریخت انگاری بدنی	گروه	۳۰۲/۵۰۰	۱	۳۰۲/۵۰۰	۱۵/۱۳۲	۰/۰۰۰	۰/۳۵۱
	خطا	۵۵۹/۷۳۳	۲۸	۱۹/۹۹۰	-	-	-
اضطراب سلامت	گروه	۲۸۹/۰۲۲	۱	۲۸۹/۰۲۲	۱۰/۸۲۸	۰/۰۰۰	۰/۳۷۸
	خطا	۷۴۷/۳۷۶	۲۸	۲۶/۶۹۲	-	-	-
عملکرد خودمختار	گروه	۵۸۲/۲۷۲	۱	۵۸۲/۲۷۲	۲۵/۶۰۶	۰/۰۰۰	۰/۴۷۷
	خطا	۶۳۶/۶۹۲	۲۸	۲۲/۷۳۹	-	-	-

معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و کنترل در میزان کاهش نمرات علائم بد ریخت انگاری بدنی و اضطراب سلامت و افزایش نمرات عملکرد خودمختار از مرحله پیش آزمون تا مرحله پیگیری وجود دارد. به عبارت دیگر نمرات متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل تغییرات معنی‌داری را در طول زمان نشان دادند. در بررسی اندازه اثر این نتایج نیز به مجذور اتای بالاتر از ۰/۳ می‌رسیم که با توجه به معیارهای Cohen (۴۲) اندازه اثر خیلی بزرگی به شمار می‌رود. در ادامه آزمون تعقیبی Bonferroni جهت بررسی ماندگاری نتایج محاسبه گردید. نتایج جدول شماره ۶ بیانگر تفاوت میانگین نمرات متغیرهای وابسته در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری است.

جدول ۵ نشان می‌دهد که میان نمرات علائم بد ریخت انگاری بدنی ($F=15/132, P<0/001$)، اضطراب سلامت ($F=10/828, P<0/001$) و عملکرد خودمختار ($F=25/606, P<0/001$) در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با بررسی اندازه اثر بین آزمودنی‌ها به مجذور اتای بالاتر از ۰/۲ می‌رسیم که با توجه به معیارهای Cohen (۴۲) اندازه اثر نسبتاً بزرگی است. در نهایت؛ با توجه به جدول ۴ به اثر تعامل بین زمان با گروه می‌پردازیم. اثر تعامل زمان با گروه در علائم بد ریخت انگاری، اضطراب سلامت و عملکرد خودمختار (به ترتیب $F=(2,27)=18/323$ و $F=(2,27)=39/417$ ، $F=(2,27)=5/931$) از نظر آماری معنی‌دار است ($P<0/001$). یعنی تفاوت

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی برونفرونی جهت بررسی ماندگاری

متغیر	مراحل به صورت دو به دو	تفاوت میانگین	معناداری
علائم بد ریخت انگاری بدنی	پیش آزمون-پس آزمون	۴/۴۶۷	۰/۰۰۰
	پیش آزمون-پیگیری	۴/۱۳۳	۰/۰۰۰
	پس آزمون-پیگیری	-۰/۳۳۳	۰/۷۹۶
اضطراب سلامت	پیش آزمون-پس آزمون	۲/۷۳۳	۰/۰۰۱
	پیش آزمون-پیگیری	۳/۰۰۰	۰/۰۰۰
	پس آزمون-پیگیری	۰/۲۶۷	۱/۰۰۰
عملکرد خودمختار	پیش آزمون-پس آزمون	-۳/۴۰۰	۰/۰۰۰
	پیش آزمون-پیگیری	-۳/۰۰۰	۰/۰۰۰
	پس آزمون-پیگیری	۰/۴۰۰	۰/۳۳۳

است که واقعیت درمانی بر علائم بد ریخت انگاری بدنی، اضطراب سلامت و عملکرد خودمختار افراد تراجنسیتی تاثیر داشته و این تاثیر تا مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است.

همانطور که در جدول ۶ قابل مشاهده است تفاوت میانگین پیش آزمون با پس آزمون (اثر مداخله) و تفاوت میانگین پیش آزمون با پیگیری (اثر زمان) بیشتر و معنادارتر از تفاوت میانگین پس آزمون و پیگیری می‌باشد که بیانگر آن

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانی بر علائم بدریخت‌انگاری بدنی، اضطراب سلامت و عملکرد خودمختار در افراد تراجنسیتی بود. نتایج نشان داد که آموزش واقعیت‌درمانی منجر به کاهش علائم بدریخت‌انگاری بدنی افراد تراجنسیتی می‌شود و این تاثیر تا دوره پیگیری نیز تداوم دارد. این یافته با نتایج مطالعات محمدی و همکاران (۲۴) و میراحمدی و منشئی (۲۵) که بر تاثیر واقعیت‌درمانی بر بهبود تصویر بدنی افراد تاکید دارند، همسو می‌باشد. همراستا با نتایج مطالعه میراحمدی و منشئی (۲۵) و در نظر گرفتن مبانی واقعیت‌درمانی (۲۱) می‌توان بیان کرد که جلسات بحث گروهی واقعیت‌درمانی یک تجربه جدید برای افراد تراجنسیتی است. آن‌ها در این درمان یاد می‌گیرند که با تغییر فکر و عمل می‌توانند بر احساسات و سیستم فیزیولوژی خود تاثیر بگذارند. به عبارت دیگر واقعیت‌درمانی با بازسازی شناخت‌های افراد تراجنسیتی در مورد بدن خود (یعنی چرخ جلویی ماشین رفتار: فکر و عمل) باعث می‌شود این افراد چرخ‌های عقبی ماشین رفتار یعنی احساسات مرتبط به تصویر بدنی و فیزیولوژی خود را بهتر مدیریت کنند و در نهایت دیدگاه و احساسات بهتری نسبت به بدن خود پیدا کنند. افزون بر این؛ این یافته با نتایج مطالعات میرغفاری و همکاران (۲۶) و توحیدی همکاران (۲۷) که بر اثر واقعیت‌درمانی بر کاهش علائم اختلالات دسته وسواسی-جبری تاکید دارند، همسو می‌باشد. بر اساس مطالعه میرغفاری و همکاران (۲۷) می‌توان تبیین کرد که واقعیت‌درمانی با افزایش پذیرش آگاهانه مسئولیت‌ها به افراد تراجنسیتی کمک می‌کند تا افکار بدریخت‌انگاری بدنی وسواسی خود را با روش جدیدی تجربه کنند و مسئولیت مقابله با این افکار را بپذیرند. همچنین همسو با ریشه‌های نظری واقعیت‌درمانی (۲۱) ارضای نیازهای بقا و عشق که از نیازهای ۵ گانه تئوری انتخاب به شمار می‌روند باعث می‌شوند که افراد تراجنسیتی قدردانی بیش‌تری از زندگی داشته و به جزئیات زندگی خود مانند بدن خود توجه مثبت بیشتری کنند. این افراد در واقعیت‌درمانی می‌آموزند که قدردان بدن خود باشند و به طور کلی نوعی تغییرات ارزشی در مورد خودشان در آن‌ها شکل می‌گیرد که این خود باعث کاهش علائم بدریخت‌انگاری بدنی می‌گردد. یافته دیگر این مطالعه بیانگر آن بود واقعیت‌درمانی

باعث کاهش اضطراب سلامت افراد تراجنسیتی می‌شود و این اثربخشی تداوم نیز دارد. این یافته با نتایج مطالعات شمالی احمدآبادی و همکاران (۱۹)، Fourida و همکاران (۲۸)، مصدق و محمدی (۲۹) و مکی‌ری و همکاران (۳۰) که بیانگر تاثیر واقعیت‌درمانی بر انواع اختلالات اضطرابی هستند، همراستاست. با توجه به مطالعه شمالی احمدآبادی (۱۹) می‌توان بیان کرد که از نظر واقعیت‌درمانی تمامی مشکلات انسان‌ها به انتخاب‌های غلط مربوط می‌شود. افراد تراجنسیتی در واقعیت‌درمانی آموختند با انتخاب رفتارهای صحیح در جهت کنترل علائم جسمانی خود می‌توانند از استرس‌هایی که منجر به اضطراب سلامت می‌شوند، بکاهند (۱۹). Fourida و همکاران (۲۸) با اشاره به نظر Glasser (۲۱) بیان می‌کنند که آنچه باعث بروز اضطراب می‌شود رفتارهای غیرمسئولانه است و نه این که اضطراب باعث رفتار غیرمسئولانه شود. در واقع یکی از مهم‌ترین تکنیک‌های واقعیت‌درمانی، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه است که مراجعین را از گیر افتادن در حلقه‌هایی از افکار و احساسات منفی از قبیل ترس از بیماری‌های شدید که به نوبه خود باعث تشدید اضطراب سلامت می‌شوند، رهایی می‌دهد. از طرفی بهره‌گیری افراد تراجنسیتی از راهبردهای رفتاری موجود در واقعیت‌درمانی مانند رفتارهای مسئولانه و رفتارهایی که نشان دهنده تسط داشتن بر زندگی و پذیرش واقعیت است، منجر می‌شوند که تشخیص شدت علائم مشکلات بدنی در این افراد منطقی‌تر باشد و رویارویی با مشکلات جسمانی به شیوه سازگارانه انجام شود در نهایت از میزان اضطراب بیماری کاسته شود (۲۸، ۲۱).

دیگر یافته مطالعه حاضر نشان داد که واقعیت‌درمانی باعث افزایش عملکرد خودمختار افراد تراجنسیتی می‌شود و این تاثیر تا دوره پیگیری نیز تداوم دارد. از نتایج همخوان با این یافته می‌توان به مطالعات میکالانی و همکاران (۲۰)، موحدی راد و همکاران (۳۱) و شاه محمدی گلرخ و محمودی (۳۲) اشاره کرد. این مطالعات نیز همراستا با نتایج پژوهش حاضر دریافتند که واقعیت‌درمانی منجر به افزایش خودمختاری می‌شود. با استناد به مطالعه میکالانی و همکاران (۲۰) می‌توان تبیین کرد که درمانجو در واقعیت‌درمانی پس از ارزیابی و قضاوت در مورد رفتارهای خود تلاش می‌کند راه‌هایی جدید و برنامه‌هایی نو برای دستیابی به اهدافش انتخاب کند که این شرایط زمینه‌ساز رشد اصول استقلال فردی و احساس مسئولیت را فراهم می‌کند.

نتیجه‌گیری

به صورت کلی می‌توان نتیجه گرفت که آموزش واقعیت درمانی بر کاهش علائم بدریخت انگاری بدنی و اضطراب سلامت و افزایش عملکرد خودمختار افراد تراجنسیتی تاثیرگذار است و به نظر می‌رسد که این تاثیر در طولانی مدت نیز تداوم داشته باشد. با وجود نیاز به مطالعات بیشتر امید است که این پژوهش سلامت روان‌شناختی افراد تراجنسیتی را تا حدی بهبود بخشد. همچنین روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی نتایج این مطالعه را به عنوان تلوچات مهم نظری و عملی در عرصه مشکلات روان‌شناختی افراد تراجنسیتی در نظر داشته باشند. این متخصصان می‌توانند از واقعیت درمانی برای کاهش علائم بدریخت انگاری بدنی و اضطراب سلامت و تقویت عملکرد خودمختار افراد تراجنسیتی استفاده کنند. با توجه به اثربخشی واقعیت درمانی، پیشنهاد می‌شود جهت دسترسی افراد تراجنسیتی به این آموزش‌ها و خدمات روان‌شناختی مرتبط، کارگاه‌ها و انجمن‌های واقعیت درمانی با اطلاع رسانی مناسب در فرهنگ‌سراها، فضای مجازی و سایر مراکز، آموزش‌های لازم را به صورت رایگان در اختیار این افراد قرار دهند.

سیاسگذاری

بدین وسیله از کلیه افراد تراجنسیتی که در این مطالعه مشارکت داشتند کمال تشکر و قدردانی صورت می‌گیرد. این مطالعه بر اساس طرح پژوهشی تصویب شده در کمیسیون اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی با کد اخلاق IR.IAU.CTB.REC.1402.71 انجام شد.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تعارض منافی را گزارش نکردند.

در واقع افراد تراجنسیتی تحت آموزش واقعیت درمانی در سرنوشت خود سهم اصلی و تعیین کننده دارند و احساس خودارزشمندی و خودتعیینی ایجاد شده می‌تواند به رشد عملکرد خودمختار منجر شود. همسو با مطالعه موحدی راد و همکاران (۳۱) می‌توان گفت که آموزش واقعیت درمانی به افراد تراجنسیتی کمک می‌کند که نیازهای پنهان در پس رفتار خود را پیدا کنند. در نتیجه افراد در می‌یابند که خود آن‌ها مسئول رفتارها و تغییر زندگی‌شان هستند که این مسئله می‌تواند احساس قدرت و کنترل بر زندگی و در نهایت خودمختاری آن‌ها را افزایش دهد (۳۱). همچنین با مقایسه نظریه زیربنایی واقعیت درمانی یعنی تئوری انتخاب (۲۱) و ریشه نظری عملکرد خودمختار یعنی خودتعیین‌گری (۱۶) می‌توان بیان کرد که هر دو نظریه از نظریات نیازمحور روان‌شناسی هستند که تاکید زیادی بر رضایت از نیاز خودمختاری و آزادی دارند. بر همین اساس طبیعی به نظر می‌رسد که آموزش واقعیت درمانی که به رضایت بیشتر نیاز آزادی منجر می‌شود باعث بهبود عملکرد خودمختار افراد تراجنسیتی شود.

اگرچه این مطالعه با نگاهی ویژه به واقعیت درمانی به چارچوب خاصی برای کاهش علائم بدریخت انگاری بدنی و اضطراب سلامت و بهبود عملکرد خودمختار افراد تراجنسیتی دست یافت، با محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو بوده است. از مهم‌ترین محدودیت‌های این مطالعه انجام نشدن مصاحبه بالینی برای سنجش علائم بدریخت انگاری بدنی، اضطراب سلامت و نشانه‌های عملکرد خودمختار بود. استفاده از یک پرسشنامه خودگزارشی می‌تواند پاسخ‌های افراد را به دلیل سوگیری مطلوبیت اجتماعی به صورت خودآگاه یا ناخودآگاه تغییر دهد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر دشواری در دسترسی به اعضای جامعه پژوهش بود. بر همین اساس توصیه می‌شود که پژوهشگران در مطالعات آتی حتماً از مصاحبه بالینی بهره ببرند و در نمونه‌گیری از جامعه افراد تراجنسیتی دقت بیشتری داشته باشند.

References

1. Konrad M, Koštev K. Increased prevalence of depression, anxiety, and adjustment and somatoform disorders in transsexual individuals. Journal of Affective Disorders. 2020 Sep 1;274:482-5. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.074>
2. Kota KK, Salazar LF, Culbreth RE, Crosby RA, Jones J. Psychosocial mediators of perceived stigma and suicidal ideation among transgender women. BMC public health. 2020 Dec;20:1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8177-z>
3. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral

- sciences/clinical psychiatry. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2015.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, DC: American psychiatric association; 2013 May 22. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
5. Valadbeigi E, Zamani M, Nahalgar P, Safari S. Analyzing the Psycho-social Processes of Transgender Students in University of Tehran. *Social Welfare Quarterly*. 2022 Aug 10;22(85):301-37. [Persian] URL: <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-3726-en.html>
6. Williams SL, Van Leuven EG, Wilkins BT, Mann AK. A moderated mediation model of minority stress in Appalachian transgender and nonbinary individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. 2024 Aug 12. <https://doi.org/10.1037/sgd0000756>
7. Brewster ME, Velez BL, Breslow AS, Geiger EF. Unpacking body image concerns and disordered eating for transgender women: The roles of sexual objectification and minority stress. *Journal of counseling psychology*. 2019 Mar;66(2):131. <https://doi.org/10.1037/cou0000333>
8. Van De Grift TC, Cohen-Kettenis PT, Steensma TD, De Cuypere G, Richter-Appelt H, et al. Body satisfaction and physical appearance in gender dysphoria. *Archives of sexual behavior*. 2016 Apr;45:575-85. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0614-1>
9. Becker I, Nieder TO, Cerwenka S, Briken P, Kreukels BP, et al. Body image in young gender dysphoric adults: a European multi-center study. *Archives of sexual behavior*. 2016 Apr;45:559-74. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0527-z>
10. Kohls G, Roessner V. Editorial Perspective: Medical body modification in youth with gender dysphoria or body dysmorphic disorder-is current practice coherent and evidence-based?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2023 Jul;64(7):1096-100. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13717>
11. Downing JM, Przedworski JM. Health of transgender adults in the US, 2014-2016. *American journal of preventive medicine*. 2018 Sep 1;55(3):336-44. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.04.045>
12. Teti M, Kerr S, Bauerband LA, Koegler E, Graves R. A qualitative scoping review of transgender and gender non-conforming people's physical healthcare experiences and needs. *Frontiers in Public Health*. 2021 Feb 5;9:598455. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.598455>
13. Sansakorn P, Mushtaque I, Awais-E-Yazdan M, Dost MK. The Relationship between Cyberchondria and Health Anxiety and the Moderating Role of Health Literacy among the Pakistani Public. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2024 Sep 2;21(9):1168. <https://doi.org/10.3390/ijerph21091168>
14. Tyrer P. Recent advances in the understanding and treatment of health anxiety. *Current psychiatry reports*. 2018 Jul;20:1-8. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0912-0>
15. Akrivopoulou CM. Transsexuals and their rights to sexual autonomy and identity. *international journal of human rights and constitutional studies*. 2015 Jan 1;3(2):111-4. file:///C:/Users/SINA/Downloads/2015_ijhrcs-4356%20(1).pdf <https://doi.org/10.1504/IJHRCs.2015.069232>
16. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness. Guilford publications; 2017 Feb 14. <https://doi.org/10.1521/978.14625/28806>
17. Gholami S, Rad S, Gholami L, Diba M, Nowrozi F. Normization of General Causality Orientation Questionnaire (GCOS) in Teachers, and its correlation with Basic Psychological Needs Satisfaction. The 5th National School Psychology Conference. 2018. [Persian] <https://civilica.com/doc/861561/>
18. Weinstein N, Przybylski AK, Ryan RM. The index of autonomous functioning: Development of a scale of human autonomy. *Journal of Research in Personality*. 2012 Aug 1;46(4):397-413. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2012.03.007>
19. ShomaliAhamadabadi M, MohammadiAhmadabadi N, BarkhordariAhmadabadi A. The Effectiveness of Group Reality Therapy on Depression, Anxiety and Stress in Diabetes2 Patients. *Health Psychology*. 2020 Nov 21;9(35):189-202. [Persian] .
20. Mikelani N, Rezaee Jamalouee H, Taheri M, Saeedi I, Gholami H. The Effectiveness of Group Reality Therapy in the Development of Emotional Autonomy and Positive and Negative Affect in Students. *QJFR* 2022; 19 (3):63-78. [Persian]

- URL: <http://qjfr.ir/article-1-1209-en.html>
21. Glasser W. Choice theory: A new psychology of personal freedom. HarperPerennial; 1999.
 22. Dursun A, Canbulat N. Examining the experiences related to the psychological needs and future perceptions of Turkish adolescents on the basis of reality therapy: a qualitative study. *Current Psychology*. 2024 Aug;43(32):26105-20. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06288-8>
 23. Jafarimanesh M, Zaharakar K, Taghvaei D, Pirani Z. The Effectiveness of Reality Therapy Training on Marital Burnout in Couple with Marital Conflicts. *RBS* 2020; 18 (3): 288-299. [Persian] <https://doi.org/10.52547/rbs.18.3.288>
 24. Mohammadi M, Aghajani S, Seydian M. The effect of group reality therapy approach on the body image of intelligent female adolescents. The second international conference of exceptional children. 2023. [Persian] <https://civilica.com/doc/1951583/>
 25. Mirahmadi M, Manshaei GhR. The effectiveness of group reality therapy on self-esteem, uniqueness and body image of cosmetic surgery applicants. *Assessment and research in counseling and psychology*. 2019; 1(1): 57-74. [Persian] <https://civilica.com/doc/1232176/> <https://doi.org/10.61838/kman.jarac.1.1.5>
 26. Mirghafari B, Rafiei S, Gharakhani M, Rahnamazadeh M. Effectiveness of reality therapy in reducing obsessive symptoms and quality of life of female patients suffering from obsessive compulsive disorder. The 5th National Conference on Recent Innovations in Psychology, Applications and Empowerment. 2019. [Persian] <https://civilica.com/doc/922240/>
 27. Touhidi H, Mirmehdi R, Ramezani Kh. Comparing the effectiveness of reality therapy and dialectical behavior therapy on reducing obsessive symptoms in obsessive-compulsive patients. The third international conference of behavioral sciences and social studies. 2016. [Persian] <https://civilica.com/doc/512506/>
 28. Fourida IN, Sudiyanto A, Fanani M. The effect of reality therapy on the level of anxiety and depression in army wife. *Sains Medika*. 2017 Jul 1;8(2):79-82. <https://doi.org/10.30659/sainsmed.v8i2.2315>
 29. Mossadegh M, Mohammadi Y. The effect of group reality therapy on reducing death anxiety of elderly women. The 6th Congress of the Iranian Psychological Association. 2017. [Persian] <https://civilica.com/doc/732663/>
 30. Makbari M, Haji Alizadeh K, Amir Fakhraei A. The effectiveness of reality therapy on corona stress and anxiety in patients with covid 19. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2023; 18 (4): 67-79.
 31. Movahedirad M, Ebrahimi MI, Sahebi A. The effect of teaching choice theory on the basic needs satisfaction and level of aggression among high school girls. *Rooyesh-e-Ravanshenasi journal*. 2021;10(9):137-48. [Persian] URL: <http://frooyesh.ir/article-1-2844-en.html>
 32. Shah Mohammadi Golrokh R, Mahmoudi L. The effect of choice theory education on the basic psychological needs and motivation of teachers. The 5th National Conference on Psychology of School. 2018. <https://civilica.com/doc/861499/>
 33. Oosthuizen P, Lambert T, Castle DJ. Dysmorphic concern: prevalence and associations with clinical variables. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 1998 Feb; 32(1):129-32. <https://doi.org/10.3109/00048679809062719>
 34. Davies KL, Hanley SM, Bhullar N, Wootton BM. A psychometric validation of the Dysmorphic Concerns Questionnaire (DCQ) in adolescents and young adults. *Australian Psychologist*. 2022 Sep 3; 57(5): 280-9. <https://doi.org/10.1080/00050067.2022.2093625>
 35. Kapsali F, Nikolaou P, Papageorgiou C. Dysmorphic concern questionnaire: Greek translation, validation and psychometric properties. *Open Journal of Psychiatry*. 2020 May 13; 10(03): 101. <https://doi.org/10.4236/ojpsych.2020.103011>
 36. Kazemeyni M, Foroughi A, Khanjani S, Mohammadi A. Factor Structure and Psychometric Properties of Persian Version of Dysmorphic Concern Questionnaire. *Navid No*, 2016; 18(61): 56-65.
 37. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark D. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*. 2002 Jul;32(5):843-53. <https://doi.org/10.1017/S0033291702005822>
 38. Abramowitz JS, Deacon BJ, Valentiner DP. The Short Health Anxiety Inventory: Psychometric properties and construct validity in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*. 2007

- Dec; 31: 871-83. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9058-1>
39. Nargesi F, Izadi F, Kariminejad K, Rezaii Sharif A. The investigation of the reliability and validity of Persian version of Health anxiety questionnaire in students of Lorestan University of Medical Sciences. Quarterly of Educational Measurement. 2017; 7(27): 147-160.
40. Mazaheri Tehrani F, Kokali M, Savabi Niri V, Bikas Yekani M. The Effectiveness of Reality Therapy on Cognitive Flexibility and Self-Differentiation in Mothers with Children with Special Learning Disorders. J Child Ment Health. 2022; 9(1): 84-99. [Persian]. <https://doi.org/10.52547/jcmh.9.1.7>
41. Shisheh Far H, Shafiabadi A. The effectiveness of reality therapy education to increase responsibility and happiness as well as to decrease the feeling of loneliness. Teaching and Learning Research. 2017; 12 (52): 145-166. [Persian]. <https://sanad.iau.ir/fa/Journal/educ/Article/939597>
42. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. routledge; 2013 May 13. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>