

Comparing the Effects of Cognitive-Behavioral Therapy and Optimism Training on Psychological Wellbeing in Patients With Hypothyroidism

Zarrati N¹, *Agha Yousefi A², Zare H³, Elmimanesh N⁴

Author Address

1. Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran;

2. Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran;

3. Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran;

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

*Corresponding author's email: aghayousefi@pnu.ac.ir

Received: 2021 October 15; Accepted: 2021 November 22

Abstract

Background & Objectives: Hormones of the thyroid critically impact the body's metabolism. Thyroid disease can decrease or increase the metabolic rate. The thyroid gland crucially affects human health; when this gland is disturbed, it presents various symptoms in the human body that cannot be ignored. A disorder of the thyroid gland is hypothyroidism. Hypothyroidism can affect various aspects of an individual's life, including biopsychological dimensions. Psychological symptoms, anxiety, and physical symptoms impair the quality of life and psychological wellbeing of these patients. Furthermore, the structures of positive psychology and optimism, by changing the attitudes and beliefs of individuals, play an essential role in increasing the capacity of individuals to improve their psychological wellbeing. Similar studies highlighted the effect of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) and Optimism Training (OT) on psychological wellbeing. This study aimed to compare CBT and OT's effects on psychological wellbeing in patients with hypothyroidism.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest, posttest-follow-up, and a control group design. The statistical population of this study included all hypothyroid patients referring to a private endocrinologist in Bandar Abbas City, Iran, in 2020. The minimum sample size for a quasi-experimental study equals 7–15 subjects; thus, the study included 45 eligible patients and volunteers from the population mentioned above. Accordingly, 45 patients with hypothyroidism were randomly assigned to two experimental groups (CBT & OT) and a control group. The study inclusion criteria were patients with severe hypothyroidism, aged 20 to 60 years, no diagnosis of bipolar disorder, borderline personality disorder, and history of substance use disorders, no concomitant use of psychological therapy, no chronic illnesses, including thyroid, diabetes, and cancer, and biopsychological defects with a higher education level than a diploma. The exclusion criteria included absence from >2 intervention sessions, exacerbated hypothyroidism preventing the subject from participating in the study, requiring psychiatric medications and other medications to treat other illnesses during the study, and refusing to continue cooperation. In pretest, posttest, and follow-up, all study participants completed the Ryff Psychological Well-Being Scale-Revised Form (Ryff & Keyes, 1995). The first group received a 90-minute CBT in 8 sessions presented by Houghton and associates (2010). The second group received eight 90-minute OT sessions presented by Mohammadi and colleagues (2018). The control group received no intervention. Descriptive statistics (frequency, percentage, mean, & standard deviation) and inferential statistics, including repeated-measures Analysis of Variance (ANOVA), Bonferroni post hoc test, and one-way ANOVA, were used to analyze the obtained data in SPSS at the significance level of 0.05.

Results: The obtained results suggested that CBT and OT affected psychological wellbeing ($p < 0.001$). The effect of time increased psychological wellbeing, compared to the pretest stage ($p < 0.001$). The interaction effect of the time*group increased psychological wellbeing, compared to the control group ($p < 0.001$). There was also a significant difference between the mean scores of psychological wellbeing variables in the pretest, posttest, and follow-up stages ($p = 0.001$), suggesting the continuity of the effect of CBT and OT ($p = 1.000$). There was no significant difference between the provided interventions concerning psychological wellbeing ($p = 1.000$).

Conclusion: According to the collected results, CBT and OT demonstrated a similar effect on improving psychological wellbeing in patients with hypothyroidism. Therefore, both methods can be used effectively to improve psychological wellbeing in patients with hypothyroidism.

Keywords: Psychological wellbeing, Optimism, Cognitive-Behavioral Therapy, Thyroid hormones.

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و آموزش خوش‌بینی بر بهزیستی روانی در بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید

ناهید ذراتی^۱، *علیرضا آقاییوسفی^۲، حسین زارع^۳، نیلا علمی‌مش^۴

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری رشته روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران؛

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران؛

۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران؛

۴. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.

*رایانامه نویسنده مسئول: aghayousefi@pnu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۳ مهر ۱۴۰۰؛ تاریخ پذیرش: ۱ آذر ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: علائم روانی، اضطراب و علائم جسمی عواملی هستند که در کم‌کاری تیروئید موجب آسیب به کیفیت زندگی و بهزیستی روانی این بیماران می‌شود؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و آموزش خوش‌بینی بر بهزیستی روانی در بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمام بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید مراجعه‌کننده به مطب خصوصی غدد در بندرعباس در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. از میان آن‌ها تعداد ۴۵ بیمار واجد شرایط داوطلب به‌صورت در دسترس وارد مطالعه شدند و با گمارش تصادفی در سه گروه پانزده نفره درمان شناختی-رفتاری، آموزش خوش‌بینی و گواه قرار گرفتند. شرکت‌کننده‌ها به مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف-نسخه تجدیدنظرشده (ریف و کیز، ۱۹۹۵) در سه مرحله پاسخ دادند. صرفاً شرکت‌کنندگان هر گروه آزمایش، هشت جلسه نود دقیقه‌ای درمان شناختی-رفتاری و هشت جلسه نود دقیقه‌ای آموزش خوش‌بینی را دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون تعقیبی بونفرونی و آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه تحلیل در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ شدند. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: درمان شناختی-رفتاری و آموزش خوش‌بینی بر بهزیستی روانی تأثیر داشتند ($p < ۰/۰۰۱$). اثر زمان موجب افزایش بهزیستی روانی در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون شد ($p < ۰/۰۰۱$). اثر تقابلی زمان گروه‌ها سبب افزایش بهزیستی روانی در مقایسه با گروه گواه شد ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین نتایج حاکی از تفاوت معنادار میانگین‌های متغیر بهزیستی روانی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری ($p = ۰/۰۰۱$) و بیانگر تداوم اثر هر دو درمان در مرحله پیگیری ($p = ۰/۰۰۱$) بود. بین هر دو نوع مداخله برای متغیر بهزیستی روانی نیز تفاوت معنادار مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج پژوهش، هم درمان شناختی-رفتاری و هم آموزش خوش‌بینی می‌توانند به‌صورت مؤثری به‌منظور بهبود بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید به‌کار روند.

کلیدواژه‌ها: بهزیستی روانی، خوش‌بینی، درمان شناختی-رفتاری، هورمون‌های تیروئید.

تیروئید^۱، غده‌ای پروانه‌ای شکل است که در جلوی گردن قرار دارد. هورمون موجود در این غده، سرعت سوخت‌وساز بدن را کنترل می‌کند. اختلال در تیروئید سرعت متابولیسم را کاهش یا افزایش می‌دهد. وقتی این غده دچار اختلال شود علائم مختلفی نشان می‌دهد که نمی‌توان آن‌ها را نادیده گرفت. تیروئید بزرگ‌ترین غده درون ریز بدن است که هورمون‌های تیروئید، تری‌یدوتیرونین (T_۳) و تیروکسین (T_۴) را تولید می‌کند. این دو هورمون، کنترل میزان سوزاندن انرژی و نحوه واکنش بدن به هورمون‌های استرس را بر عهده دارند (۱). کم‌کاری تیروئید وضعیتی است که به واسطه علائمی که ایجاد می‌کند، درک بیمار را از سلامتی‌اش تغییر می‌دهد. کم‌کاری غده تیروئید بعد از دیابت، بیماری شایع‌تر غدد درون‌ریز است و حتی پس از بهبودی بیماری، آثار روانی این بیماری در مبتلایان دیده می‌شود (۱)؛ همچنین علائمی چون افسردگی، تغییرات خلقی و کاهش عملکرد درکی می‌تواند بر فعالیت‌های روزمره بیمار اثر بگذارد و ابعاد مختلف زندگی فرد مبتلا را تحت الشعاع قرار دهد. علائم روانی، اضطراب، کاهش حافظه و شکایات جسمی عواملی هستند که بهزیستی روانی^۲ این بیماران را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲). بهزیستی روانی به عنوان ارزیابی افراد از زندگی‌شان و نیز درجه‌ای که ارزیابی‌های متفکرانه و واکنش‌های عاطفی آن‌ها نشان‌دهنده زندگی مطلوب و روند رو به رشد است، شناخته می‌شود (۳).

از سوی دیگر خوش‌بینی^۳، ازجمله سازه‌هایی به‌شمار می‌رود که در سال‌های اخیر برای ارتقای سلامت افراد توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است؛ از این رو ممکن است در بهبود بهزیستی^۴ این بیماران نیز مؤثر باشد و در روان‌شناسی مثبت‌گرا^۵ به آن پرداخته می‌شود. روان‌شناسی مثبت‌گرا شاخه‌ای از علم روان‌شناسی بوده که هدف آن ترمیم آسیب‌های انسان و شکوفایی انسان است. در این شاخه از علم روان‌شناسی، خوش‌بینی اهمیت بسیار زیادی دارد (۴). همچنین خوش‌بینی با رفتارهای معطوف به ارتقای سلامت و بهزیستی روانی و جسمانی مرتبط است. آموزش خوش‌بینی نقش مهمی در حفظ و ارتقای سلامت روانی دارد (۵). مطالعات نشان داده است، خوش‌بینی در حفظ سلامت جسمانی و بهبود علائم جسمانی پس از ابتلا به بیماری و نیز کاهش میزان ابتلا به بیماری‌های جسمانی و روانی نقش بسیار مهمی دارد (۶). جهت‌گیری خوش‌بینانه، ویژگی شخصیتی نیرومندی است که جنبه‌های بسیاری از کارکردهای روانی-اجتماعی مانند سلامت و بهزیستی روان‌شناختی و ذهنی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و نقش مهمی در تنظیم رفتار ایفا می‌کند (۷). در این راستا، علیزاده و همکاران چنین اشاره داشتند که افراد خوش‌بین نیز مانند سایر افراد، رویدادهای منفی را در زندگی خود تجربه می‌کنند؛ اما اعتقاد دارند که می‌توانند بر وقوع وقایع کنترل داشته باشند (۸).

از سوی دیگر بسیاری از مشکلات مزمن به رویکردی خودمدیریتی برای کنترل دوره و تأثیر نشانه‌های بیماری نیاز دارند. بیماری‌های مزمن

پزشکی، مستلزم تغییراتی در رفتار و شناخت هستند. در این راستا یکی از درمان‌های مطرح برای این بیماری‌ها، درمان شناختی-رفتاری^۶ است (۹). این روش درمانی بر مبنای تغییر افکار و احساسات است. براساس این روش، روان‌شناسان و درمان‌کنندگان به افراد کمک می‌کنند الگوهای مخربی که در رفتار و احساسات نقش دارند، تشخیص دهند و در جهت بهبود علائم تلاش کنند (۱۰). درمان شناختی-رفتاری، روشی درمانی است که براساس آزادی بیان، افکار و احساسات و باورهای خود را بیان می‌کند و در مرحله بعد، درمانگر به اصلاح افکار و باورهای شناختی بیمار می‌پردازد (۱۰). درمان شناختی-رفتاری در مطالعات پیشین در زمینه افزایش بهزیستی برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و افراد غیربیمار بسیار به‌کار گرفته شده است (۱۱)؛ برای مثال در پژوهش شریفی‌نژاد رودانی و شهبازی درمان شناختی-رفتاری باعث افزایش بهزیستی روانی نوجوانان در زمینه‌های پذیرش خود، خودمختاری، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی، رشد فردی و ارتباط مثبت با دیگران شد (۱۲). درمان شناختی-رفتاری نقشی در عوامل سهیم در کم‌کاری تیروئید ندارد؛ اما مطالعات نشان داد، این رویکرد قادر است اختلالات روان‌شناختی را در بیماران مبتلا به بیماری‌های غدد درون‌ریز بهبود بخشد (۹).

باتوجه به شیوع نسبتاً زیاد کم‌کاری تیروئید و نیز پیامدهای روان‌شناختی منفی آن، برنامه‌ریزی به‌منظور انجام مداخله با هدف کاهش وقوع این پیامدها ضروری است. روش‌های مداخله‌ای متنوعی برای بهبود این پیامدهای روان‌شناختی وجود دارد. باتوجه به نوظهور بودن کاربرد روان‌درمانگری مبتنی بر خوش‌بینی در بیماران تیروئید و همچنین پژوهش‌های اندک در زمینه کاربرد این روش در بیماران کم‌کاری تیروئید، انجام پژوهش در این زمینه ضروری به‌نظر می‌رسد.

از سوی دیگر باتوجه به این نکته که اثربخشی مداخلات درمانی می‌تواند در اثر یکپارچگی مفاهیم و روش‌های کلیدی آن رویکردها باشد، مقایسه اثربخشی دو روش مداخله‌ای و نیز بررسی تفاوت‌های موجود بین دو رویکرد مداخله‌ای، جایگاه تأثیر مداخلات را روی بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید روشن می‌سازد تا مداخله بهتر استفاده شود. از طرف دیگر، باوجود اهمیت پرداختن سریع‌تر، کارآمدتر و کم‌هزینه‌تر به مشکلات سلامت روان افراد مبتلا به کم‌کاری تیروئید در راستای به حداقل رسیدن تنیدگی آن‌ها، به‌نظر می‌رسد شناسایی بهترین و کارآمدترین درمان روان‌شناختی به‌منظور افزایش بهزیستی روان‌شناختی این بیماران کمک بسزایی در جهت بهبود شرایط روانی بیماران مذکور باشد تا با شناسایی مداخله درمانی بهتر برای این بیماران و به‌کارگیری آن، در کاهش عوارض روانی ناشی از این بیماری نقش مؤثری ایفا شود؛ از این رو پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و آموزش خوش‌بینی بر بهزیستی روانی در بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید پرداخت.

4. Well-being

5. Positive psychology

6. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

1. Thyroid

2. Psychological well-being

3. Optimism

۲ روش بررسی

از ادامه همکاری بود. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل کسب رضایت کتبی از افراد شرکت‌کننده در مطالعه و همچنین اطمینان افراد از محرمانه باقی ماندن اطلاعات بود.

این پژوهش در یکی از مطب‌های خصوصی غدد در بندرعباس در زمستان ۱۳۹۹ انجام شد. در پژوهش حاضر گروه آزمایش اول هشت جلسه نود دقیقه‌ای درمان شناختی-رفتاری را به صورت گروهی و گروه آزمایش دوم نیز هشت جلسه نود دقیقه‌ای آموزش خوش‌بینی را به صورت گروهی دریافت کردند. برای گروه گواه هیچ‌یک از درمان‌های مذکور ارائه نشد. دوره پیگیری یک ماه پس از اجرای مداخله، برای هر سه گروه پژوهش انجام شد. برای هر دو گروه آزمایش بیماران در دو گروه مجزا در دو روز مختلف هفته در مداخله شرکت کردند. مباحث در این دو روز هفته یکسان بود. به همین علت افرادی که نتوانستند در یکی از این دو روز در جلسه حضور یابند، این امکان را داشتند که در روز جایگزین شرکت کنند. همچنین اعضای گروه گواه هر هفته برای چک دارویی و رژیم غذایی و... مراجعه کردند و هیچ‌گونه مداخلاتی برای آن‌ها اجرا نشد. در آخرین جلسه مداخله چک‌لیستی مخصوص برای ثبت روزانه تمرینات روان‌شناسی مثبت به منظور تداوم به‌کارگیری این مهارت‌ها در مدت یک ماه پیگیری به بیماران داده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها ابزار و جلسات درمانی زیر به کار رفت.

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمام بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید مراجعه‌کننده به مطب خصوصی غدد در بندرعباس در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. از آنجا که حداقل حجم نمونه برای پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی ۷ تا ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (۱۳)، از جامعه مذکور تعداد ۴۵ بیمار واجد شرایط و داوطلب به صورت در دسترس وارد مطالعه شدند. سپس با گمارش تصادفی در سه گروه درمان شناختی-رفتاری، آموزش خوش‌بینی و گواه قرار گرفتند (هر گروه پانزده نفر). ملاک‌های ورود افراد نمونه به پژوهش عبارت بود از: کم‌کاری واضح تیروئید (TSH: کمتر یا مساوی ۱۰/۰۰ ng/ml)؛ سن ۲۰ تا ۶۰ سال؛ تشخیص‌ندادن اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی؛ نداشتن سابقه مصرف مواد؛ استفاده نکردن هم‌زمان از روان‌درمانی؛ نداشتن بیماری مزمن از جمله دیابت، سرطان و نقص‌های روانی؛ داشتن تحصیلات بیشتر از دیپلم. معیارهای خروج افراد نمونه از پژوهش شامل داشتن غیبت دو جلسه و بیشتر در برنامه مداخله، تشدید کم‌کاری تیروئید به صورتی که فرد توانایی شرکت در پژوهش نداشته باشد، نیاز به استفاده از داروهای روان‌پزشکی و سایر داروها برای درمان بیماری‌های دیگر در طول مطالعه و انصراف افراد

جدول ۱. برنامه جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسه	محتوا
اول	معرفی، ارائه اطلاعات پایه‌ای درباره روان‌درمانی شناختی-رفتاری، بیان علت و هدف برگزاری جلسات گروه درمانی شناختی-رفتاری، بیان قوانین و اصول جلسات درمان، انجام تکلیف به صورت تمرینی برای آشنایی بیشتر اعضای گروه برای اجرای تکالیف
دوم	توضیح درباره ارتباط افکار، احساس و رفتار از جمله به وجود آوردن احساس‌ها و رفتار توسط افکار و چگونگی کاهش یا افزایش احساس‌ها از طریق افکار، استفاده از تکنیک‌هایی نظیر ABC (طبق تکنیک ABC، واقعه‌ای یکسان به افکار متفاوتی منجر می‌شود که این افکار می‌توانند احساس‌ها و رفتارهای مختلفی را به وجود آورند و می‌توان با بررسی واقعیت‌ها به درستی یا نادرستی فکر خود پی برد)، درجه‌بندی هیجان و میزان اعتقاد به فکر، جست‌وجوی نوسان در باورهای خاص و بررسی مزایا و معایب، بیان تفاوت افکار، احساسات و رفتار استفاده از تکنیک‌هایی نظیر تمایز فکر از واقعیت، توضیح درباره سبک‌های ناکارآمد تفکر و افکار خودآیند، بیان خطاهای شناختی معمول، استفاده از تکنیک‌هایی نظیر شناسایی تحریف‌های شناختی مانند شخصی‌سازی، توزیع کاربرد بزرگ بازنمایی افکار
سوم	بررسی و توضیح تکلیف جلسه قبل، توضیح چهار گام اصلی برای بازسازی افکار (شناسایی افکار با استفاده از تکنیک‌هایی نظیر چالش با تفکر بایراندیشی، شناسایی باورهای شرطی و بررسی نظام ارزشی، ارزیابی افکار با استفاده از تکنیک‌هایی نظیر پیکان رو به پایین، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح‌شده با استفاده از تکنیک‌هایی نظیر تعریف واژه‌ها، بررسی شواهد، ایفای نقش هر دو جنبه فکر)، توزیع مجدد کاربرد بزرگ بازنمایی افکار
چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی زنجیره علت، پاسخ، پیامد، توضیح درباره چگونگی قرارگیری پیامدها در زنجیره رفتاری بزرگ‌تر، بیان راهبردهایی برای شکستن زنجیره مخرب در این جلسات با استفاده از تکنیک‌هایی نظیر توالی فکر، بررسی نوسان‌های رفتار در موقعیت‌های مختلف و تغییر افکار منفی از طریق تغییر رفتار
پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، تعریف رفتار جرئت‌مندانه، تصور موقعیتی که در آن رفتار جرئت‌مندانه داشتن مشکل است، خودگویی پیشنهادی برای افزایش جرئت‌ورزی، فرق بین رفتار منفعل، پرخاشگرانه و جرئت‌مندانه، نمونه‌ای از افکار و خودگویی‌های منفی مانع جرئت‌مندی
ششم	تعریف تکانه و بحث درباره مدیریت تکانش‌ها و راهکارهایی برای خودکنترلی بیشتر، راهکارهایی درباره افزایش خلق و افزایش رویدادهای خوشایند، توزیع کاربرد بزرگ فعالیت‌های خوشایند
هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، توضیح درباره استرس، استرس‌زها و مدیریت استرس‌ها، مدیریت استرس، راهکارهایی برای حل مسئله، مداخله آرامش عضلانی
هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، تعریف عزت‌نفس، بیان چگونگی از بین رفتن عزت‌نفس از طریق خودارزیابی‌های منفی، راهبردهایی برای بهبود عزت‌نفس، توزیع کاربرد خودآنگاره، برنامه‌ریزی برای پیشگیری از عود، بیان ضرورت تمرین مهارت‌های کسب‌شده در طول جلسات، ارزیابی پیشرفت کار و مهارت‌های کسب‌شده

– مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف– نسخه تجدیدنظرشده^۱ : ۰/۵۹ به دست آوردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در نمونه مذکور ۰/۸۹ بود. ضریب ثبات به روش بازآزمایی با فاصله زمانی دو ماه برای شش زیرمقیاس پذیرش خود ۰/۷۱، رابطه مثبت با دیگران ۰/۷۷، زندگی هدفمند ۰/۷۸، رشد شخصی ۰/۷۷، خودمختاری ۰/۷۰ و تسلط بر محیط ۰/۷۸ گزارش شد (۱۵).

– درمان شناختی– رفتاری: به منظور درمان شناختی– رفتاری از برنامه ارائه شده توسط هاوتون و همکاران (۱۶) و ترجمه شده توسط قاسم‌زاده و نظری (۱۷) استفاده شد که پژوهشگر طی هشت جلسه نود دقیقه‌ای آن را اجرا کرد. برای بررسی اعتبار محتوای درمان شناختی– رفتاری از نظرات پنج نفر از اساتید هیئت علمی دانشگاه استفاده شد و روایی محتوایی برنامه به تأیید رسید.

– آموزش خوش‌بینی: به منظور آموزش خوش‌بینی برنامه روان‌درمانگری مثبت مبتنی بر خوش‌بینی ارائه شده توسط محمدی و همکاران (۱۸) به کار رفت. برای بررسی اعتبار محتوای آموزش خوش‌بینی از نظرات پنج نفر از اساتید هیئت علمی دانشگاه استفاده شد و روایی محتوایی برنامه به تأیید رسید.

محتوای جلسات درمان شناختی– رفتاری در جدول ۱ و محتوای جلسات آموزش خوش‌بینی در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات روان‌درمانگری مثبت مبتنی بر خوش‌بینی

جلسه	هدف	محتوا
اول	خوش‌بینی و فواید آن	مقدمه، بررسی نحوه تأثیر عوامل روان‌شناختی بر بیماری‌های تیروئید و مرور نتایج پژوهش‌ها در این باره، معرفی خوش‌بینی و اهمیت آن، معرفی نخستین و دومین راهبرد خوش‌بینی (بیش درباره خوش‌بینی و رشد پس از آسیب و همچنین دیدن ویژگی‌های مثبت هر پدیده)
دوم	خوش‌بینی و رشد پس از آسیب	معرفی سومین و چهارمین راهبرد خوش‌بینی (تعبیر مثبت از عارضه بیماری وارد شده، منطقی پرداختن به آن، قدردانی از عارضه، دیدن ویژگی‌های مثبت هر پدیده و منطقی پرداختن به آن)
سوم	خوش‌بینی در روابط بین‌فردی	معرفی پنجمین و ششمین راهبرد خوش‌بینی (خوش‌بینی اجتماعی و منطقی پرداختن به آن و خوش‌بینی در ارتباط با همسر و منطقی پرداختن به آن)
چهارم	خوش‌بینی در گذر زمان گذشته و حال	معرفی هفتمین و هشتمین راهبرد خوش‌بینی (خوش‌بینی در گذر زمان و منطقی پرداختن به آن، مرور خاطرات خوش گذشته، خوش‌بینی در گذر زمان گذشته و اکنون و ثبت سه رویداد خوب در هر روز)
پنجم	خوش‌بینی در گذر زمان آینده/امید	معرفی نهمین و یازدهمین راهبرد خوش‌بینی (خوش‌بینی در گذر زمان و آینده و منطقی پرداختن به آن، تصور سه رویداد مثبت برای هفته آینده، تصویرسازی بهترین خود ممکن و همچنین سلامت غده تیروئید در پنج سال آینده و تنظیم دفترچه اهداف سلامت غده تیروئید)
ششم	تبیین خوش‌بینانه از رویدادها (ABCDEF)	معرفی دوازدهمین و سیزدهمین و چهاردهمین راهبرد خوش‌بینی (سبک تبیین خوش‌بینانه و بدبینانه، ثبت و چالش با افکار و هیجانات منفی و جایگزینی افکار طبق مدل سلیگمن (ABCDEF)، پذیرش چیزهای تغییرناپذیر با استناد به سبک تبیین خوش‌بینانه)
هفتم	خوش‌بینی به هنگام خوابیدن و بیدار شدن	معرفی پانزدهمین و شانزدهمین راهبرد خوش‌بینی (خوش‌بینی صبحگاهی و هنگام خوابیدن و منطقی پرداختن به آن)
هشتم	تبدیل خوش‌بینی به عادت	معرفی هفدهمین راهبرد خوش‌بینی (تبدیل خوش‌بینی به عادت و انجام تمرینات خوش‌بینی طبق چک‌لیست)

به منظور توصیف و تحلیل داده‌ها، شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس با اندازه‌گیری

5. Purpose in life
6. Personal growth
7. Environmental mastery
8. Oxford Happiness Inventory

1. Ryff Psychological Well-Being Scale-Revised Form
2. Self-acceptance
3. Positive relations
4. Autonomy

مکرر (و پیش فرض های آن شامل آزمون های شاپیرو-ویلک، لون و کرویت موچلی)، آزمون تعقیبی بونفرونی و آزمون تحلیل واریانس یک طرفه به کار رفت. تمامی آزمون ها در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد. تجزیه و تحلیل داده ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ صورت گرفت.

۳ یافته ها

در پژوهش حاضر در گروه درمان شناختی-رفتاری ۱۲ زن (۸۰ درصد) و ۳ مرد (۲۰ درصد)، در گروه آموزش خوش بینی ۱۰ زن (۶۶/۶۷ درصد) و ۵ مرد (۳۳/۳۳ درصد) و در گروه گواه ۱۴ زن (۹۳/۳۳ درصد) و ۱ مرد (۶/۶۷ درصد) شرکت کردند. در گروه درمان شناختی-رفتاری، ۳ نفر در در طبقه سنی ۴۰ تا ۴۵ سال (۲۰/۰۰ درصد)، ۶ نفر (۴۰/۰۰ درصد) در طبقه سنی ۴۶ تا ۵۰ سال، ۳ نفر (۲۰/۰۰ درصد) در طبقه سنی ۵۱ تا ۵۵ سال و ۳ نفر (۲۰/۰۰ درصد) در طبقه سنی ۵۶ تا ۶۰ سال بودند. در گروه آموزش خوش بینی ۱ نفر (۶/۶۷ درصد) در طبقه سنی ۴۰ تا ۴۵ سال، ۷ نفر (۴۶/۶۷ درصد) در طبقه سنی ۴۶ تا ۵۰ سال، ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۵۱ تا ۵۵ سال و ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۵۶ تا ۶۰ سال قرار داشتند. در گروه گواه ۳ نفر (۲۰/۰۰ درصد) در طبقه سنی

۴۰ تا ۴۵ سال، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) در طبقه سنی ۴۶ تا ۵۰ سال، ۲ نفر (۱۳/۰۰ درصد) در طبقه سنی ۵۱ تا ۵۵ سال و ۳ نفر (۲۰/۰۰ درصد) در طبقه سنی ۵۶ تا ۶۰ سال بودند. لازم به ذکر است، میانگین و انحراف معیار سن در گروه درمان شناختی-رفتاری $47/80 \pm 7/84$ سال، در گروه آموزش خوش بینی $49/33 \pm 8/11$ سال و در گروه گواه $47/40 \pm 7/32$ سال به دست آمد. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که بین سه گروه مطالعه شده تفاوت معناداری از نظر سن وجود نداشت ($p=0/377$).

میانگین و انحراف معیار مدت زمان ابتلا به کم کاری تیروئید در گروه درمان شناختی-رفتاری $7/85 \pm 1/2$ سال، در گروه آموزش خوش بینی $7/60 \pm 1/1$ سال و در گروه گواه $7/40 \pm 1/4$ سال بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که سه گروه از نظر مدت زمان ابتلا به کم کاری تیروئید تفاوت معنادار نداشتند ($p=0/711$). در گروه درمان شناختی-رفتاری ۱۳ نفر (۱۳/۳ درصد) مجرد و ۲ نفر (۸۶/۷ درصد) متأهل، در گروه آموزش خوش بینی ۱۴ نفر (۶/۶۷ درصد) مجرد و ۱ نفر (۹۳/۳ درصد) متأهل و در گروه گواه ۱۴ نفر (۶/۶۷ درصد) مجرد و ۱ نفر (۹۳/۳ درصد) متأهل بودند.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیر بهزیستی روانی در سه گروه پژوهش در سه مرحله پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بهزیستی روانی	درمان شناختی-رفتاری	۳۵/۶۶	۴/۷۰	۴۳/۳۳	۴/۲۲	۴۳/۴۶	۴/۵۳
	آموزش خوش بینی	۳۵/۵۳	۴/۸۲	۴۲/۹۳	۴/۶۵	۴۳/۰۰	۴/۸۲
	گواه	۳۴/۹۳	۴/۹۹	۳۴/۶۰	۴/۳۳	۳۴/۴۰	۳/۷۷

باتوجه به نتایج جدول ۳، درمان شناختی-رفتاری موجب افزایش میانگین نمرات متغیر بهزیستی روانی در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون ($43/33 \pm 4/22$) و مرحله پیگیری ($43/46 \pm 4/53$) در مقایسه با مرحله پیش آزمون ($35/66 \pm 4/70$) شد. آموزش خوش بینی، میانگین نمرات متغیر بهزیستی روانی را در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون ($42/93 \pm 4/65$) و مرحله پیگیری ($43/00 \pm 4/82$) در مقایسه با مرحله پیش آزمون ($35/53 \pm 4/82$) افزایش داد.

در ادامه پیش فرض های تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بررسی شد. نتایج بررسی پیش فرض نرمال بودن به کمک آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد، متغیر بهزیستی روانی در هر دو گروه و در هر سه مرحله پیش آزمون

و پس آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال بود ($p>0/05$). آماره آزمون های ام باکس و لون نیز هیچ یک معنادار نبود ($p>0/05$); بنابراین شرط همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس مفروضه همگنی واریانس برای متغیر وسواس در سه مرحله برقرار بود. بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی مشخص کرد، فرض برابری واریانس های درون آزمودنی ها برای متغیر بهزیستی روانی برقرار نبود ($p<0/001$). در چنین مواقعی از آزمون های جایگزین گرین هاوس-گیسر یا هیون-فلت برای بررسی فرضیه اثرگذاری بسته آموزشی استفاده می شود. باتوجه به اینکه برای آزمون گرین هاوس-گیسر مقدار اپسیلون کوچک تر از ۰/۷۵ به دست آمد، این آزمون به منظور بررسی متغیر بهزیستی روانی به کار رفت.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در تبیین اثرات درون گروهی، بین گروهی و متقابل

منبع اثر	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
زمان	۷۲۳/۵۷	۱/۶۶	۴۳۵/۴۸	۳۴۳/۷۷	<0/001	0/۸۹۱
زمان*گروه ها	۴۲۹/۳۶	۳/۶۰	۱۱۹/۰۰	۱۰۱/۹۹	<0/001	0/۸۲۹
گروه	۱۰۸۶/۵۰	۲	۵۴۳/۲۵	۹/۳۰	<0/001	0/۳۰۱

براساس جدول ۴، درمان شناختی-رفتاری و آموزش خوش بینی بر بهزیستی روانی تأثیر داشتند ($p<0/001$). اثر زمان موجب افزایش

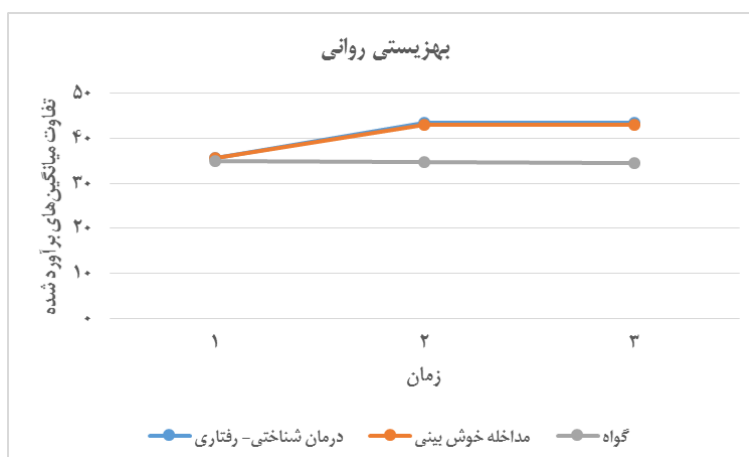
بهبودی روانی در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون شد ($p < 0/001$). در مقایسه با گروه گواه شد ($p < 0/001$). در ادامه آزمون بونفرونی برای همچنین اثر تقابلی زمان گروه‌ها سبب افزایش بهبودی روانی مقایسه زوجی گروه‌ها و زمان‌ها به کار رفت (جدول ۵).

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌های جفتی میانگین‌های اثر زمان و زمان گروه‌ها

تفاوت گروه‌ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
بهبودی روانی	درمان شناختی-رفتاری	آموزش خوش‌بینی	۰/۳۳۳	۱/۶۳
		گواه	۶/۱۷	۰/۰۰۱
	آموزش خوش‌بینی	گواه	۵/۸۴	۰/۰۰۳
تفاوت زمان‌ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
بهبودی روانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۴/۹۱	۰/۲۳۳
		پیگیری	-۴/۹۱	۰/۲۴۵
	پس‌آزمون	پیگیری	۷/۱۰	۰/۱۶۱

معنادار بین درمان شناختی-رفتاری و آموزش خوش‌بینی را برای متغیر بهبودی روانی نشان داد ($p = 0/001$). در نمودار ۱ اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و آموزش خوش‌بینی بر بهبودی روانی در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری نشان داده شده است.

بر اساس نتایج جدول ۵، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی از تفاوت معنادار میانگین‌های متغیر بهبودی روانی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری ($p = 0/001$) و بیانگر تأثیر مثبت درمان شناختی-رفتاری و آموزش خوش‌بینی و تداوم اثر درمان در مرحله پیگیری ($p = 0/001$) بود. همچنین نتایج جدول ۵، نبود تفاوت



نمودار ۱. اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و آموزش خوش‌بینی بر بهبودی روانی در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

شناختی-رفتاری بیشتر از آموزش خوش‌بینی بود، به لحاظ آماری تفاوتی بین دو گروه مداخله مشاهده نشد. مطالعه‌ای در خصوص مقایسه اثربخشی این دو روش درمانی بر بهبودی روانی در بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید یافت نشد.

در تبیین یافته پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهبود بهبودی روانی می‌توان گفت، شناخت درمانی مبتنی بر مدل شناختی است. در این مدل فرض بر آن است که هیجان‌ها و رفتارهای افراد متأثر از ادراک آن‌ها از رویدادها است و نوع احساس افراد به نحوه تعبیر و تفکر آن‌ها درباره موقعیت‌ها ربط دارد. موقعیت به‌خودی‌خود نمی‌تواند چگونگی احساس آن‌ها را تعیین کند و واکنش‌های هیجانی به‌واسطه ادراک موقعیت اتفاق می‌افتد. شناخت درمانگر به‌ویژه به آن سطحی از تفکر که خودانگیخته و سطحی‌تر است و آشکارا دیده می‌شود، علاقه بیشتری دارد (۱۹). درمان شناختی-رفتاری برپایه

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و آموزش خوش‌بینی بر بهبودی روانی در بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید بود. یافته‌های پژوهش نشان داد، اثربخشی هم درمان شناختی-رفتاری و هم آموزش خوش‌بینی بر متغیر بهبودی روانی بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید در مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود؛ به‌گونه‌ای که مداخلات در هر دو گروه درمان شناختی-رفتاری و آموزش خوش‌بینی توانست بر نمرات بهبودی روانی آن‌ها اثربخش باشد و موجب بهبود بهبودی روانی در بیماران شود. همچنین مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و آموزش خوش‌بینی بر بهبودی روانی بیماران در مرحله پس‌آزمون با مرحله پیگیری تفاوت معناداری نداشت که نشان‌دهنده پایداری مداخله در مرحله پیگیری بود. هرچند براساس میانگین نمرات متغیر بهبودی روانی، اثربخشی درمان

کم‌کاری تیروئید مشخص کرد، همبستگی قوی میان کم‌کاری تیروئید و بهزیستی روان‌شناختی این بیماران وجود دارد (۳۱).

در تبیین اثربخشی آموزش خوش‌بینی بر بهبود بهزیستی روانی می‌توان گفت که خوش‌بینی در افراد، بروز احساس مثبت را در آن‌ها به دنبال دارد و در نهایت منجر می‌شود این افراد انتظار پیامدهای مثبت را در زندگی خود داشته باشند. چنین شرایطی به‌خصوص در بیماران سبب می‌شود، این افراد دارای سازگاری روان‌شناختی بیشتری باشند (۳۲). همچنین افراد خوش‌بین از شیوه‌های مقابله‌ای فعال استفاده می‌کنند و این شیوه دارای نقش مهمی در کاهش استرس و فشارهای روانی و بهبود نسی افراد بیمار است (۳۳). افراد خوش‌بین دارای گرایش نسبتاً پایدار به حوادث و رویدادهای زندگی هستند. آن‌ها باور دارند اتفاقات و حوادث آینده نیز عموماً مثبت و خوب هستند. به همین دلیل افراد خوش‌بین در زندگی و نیز مواجهه با بیماری‌ها کارکرد بهتری دارند؛ زیرا پذیرفته‌اند که بخش درخور توجهی از پریشانی روان‌شناختی و بیماری جسمانی، جزئی از تجربه زندگی است (۳۴). خوش‌بینی معمولاً به‌عنوان نگرش مثبت در افراد در رویارویی با پیامدهای زندگی تلقی می‌شود. مطالعات نشان داد، رویکرد خوش‌بینی با سلامت عمومی نیز در ارتباط است؛ همچنین نقش چشمگیری در پیشگیری از بروز بیماری و حتی درمان بیماری‌های فیزیکی و روانی دارد (۳۵). رحیمیان بوگر در پژوهش خود دریافت، خوش‌بینی و شادکامی دارای نقش مهمی در پیش‌بینی رفتارهای مرتبط با سلامتی هستند (۶). برخی از مطالعات مشخص کرد، رویکرد مثبت‌اندیشی و خوش‌بینی رویکرد مؤثری به‌منظور مقابله با سختی‌ها و چالش‌های زندگی است (۳۶). همچنین پژوهش‌ها نشان داد، خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی بر سیستم ایمنی بدن تأثیر می‌گذارد و بر سلامتی افراد اثر مثبت دارد و می‌تواند وضعیت سلامت افراد را بهبود بخشد (۳۷). افراد خوش‌بین در مواجهه با پیامدهای استرس‌زای زندگی نظیر بیماری نیز خوش‌بینی خود را حفظ می‌کنند و اعتقاد دارند می‌توانند بر این مشکلات غلبه نمایند. همچنین چنین افرادی عقیده دارند تلاش آن‌ها در کنار راهبردهای مثبت‌اندیشی و به دور ماندن از تفکرات منفی می‌تواند به سلامت جسمی و روانی آن‌ها کمک کند (۳۸). وکینگ و همکاران در تحقیقی دریافتند، علائم بهزیستی روانی در بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید با وجود درمان‌های دارویی، به‌طور کامل درمان نمی‌شود (۲۸).

مطالعات اخیر در ارتباط با خوش‌بینی و بروز بیماری در افراد نشان می‌دهد، سازوکارهایی که از طریق آن‌ها خوش‌بینی می‌تواند از بروز بیماری در افراد خوش‌بین جلوگیری کند، هنوز نامشخص است؛ اما یک مکانیزم ممکن است از طریق رفتارهای سالم در این افراد باشد. درواقع، خوش‌بینی با فعالیت بدنی، رژیم غذایی سالم و ترک سیگار ارتباط دارد که همه آن‌ها با سلامت افراد مرتبط هستند و این امر می‌تواند به سلامت روانی و جسمانی آنان منجر شود (۲۹). همچنین خوش‌بینی کارکردهای روانی اجتماعی نظیر سلامت و بهزیستی روان‌شناختی و ذهنی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۷). مطالعه مارتون و همکاران مشخص کرد، از آنجا که خوش‌بینی تأثیر معناداری بر سلامت جسمی و روانی دارد، از این رویکرد می‌توان در جهت بهبود سلامت جسمی و روانی بیماران و نیز کنترل و مراقبت فرایند بیماری

نظریه پردازش اطلاعات قرار دارد که فرض می‌کند شناخت‌ها (شامل افکار، تصاویر، ادراک فرد از رویدادها، مفروضه‌ها و باورها) دارای رابطه علی مستقیم با پاسخ‌های هیجانی و رفتاری است (۲۰) و با هدف قراردادن شناخت‌واره‌ها به ارتقای بهزیستی روانی می‌پردازد (۲۱). درمان شناختی-رفتاری ازجمله مداخلات روان‌شناختی است. درمان مذکور برپایه این تصور کلی قرار گرفته است که رفتارها و الگوهای فکری منفی متغیر تأثیر بسزایی بر عواطف شخصی دارد (۱۱). رویکرد شناختی-رفتاری برپایه همکاری مشترک درمانگر و بیمار استوار است. با توجه به اینکه درمان شناختی-رفتاری براساس تغییر افکار و احساسات بیمار است و همچنین تغییرات رفتاری و شناختی در درمان بیماری‌هایی نظیر کم‌کاری تیروئید تأثیر بسزایی دارد، براساس یافته پژوهش حاضر، این روش درمانی، در بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید مؤثر است.

یافته پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهبود بهزیستی روانی، به‌طور غیرمستقیم با نتایج مطالعات رضایی و همکاران (۲۲) و فخاریان و همکاران (۲۳) همسوست. نتایج پژوهش رضایی و همکاران مشخص کرد، درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به کم‌کاری تیروئید تأثیر معناداری دارد (۲۲). همچنین پژوهش فخاریان و همکاران نشان داد، می‌توان از آموزش به‌عنوان درمانی مکمل در کنار دارودرمانی در جهت بهبود زندگی بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید استفاده کرد (۲۳).

بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید به‌علت کاهش ترشح هورمون‌های تیروئید و در نتیجه کاهش غلظت این هورمون‌ها در خون دچار اختلال در عملکرد سلولی می‌شوند و یکی از ارگان‌های آسیب‌پذیر در این بیماران، سیستم عصبی مرکزی است (۲۴). این بیماران بسته به شدت بیماری دچار اختلالات خفیف تا شدید عملکرد مغز و نیز اختلالات خلقی نظیر افسردگی، اضطراب، اختلالات تمرکز و حافظه و اختلالات روانی می‌شوند (۲۵). مطالعات مختلف نشان داده است، درمان‌های دارویی در بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید نمی‌تواند اختلالات خلقی را به‌طور کامل بهبود بخشد (۲۶) و با وجود درمان‌های مناسب دارویی، اختلالات خلقی همچنان به درجاتی باقی می‌ماند (۲۷). با توجه به اینکه کم‌کاری تیروئید، بیماری مزمن و در اغلب مواقع مادام‌العمر است، این موضوع به‌طور کلی باعث کاهش بهزیستی روانی در افراد می‌شود (۲۸). دایان و پانیکر در پژوهشی دریافتند، افراد مبتلا به کم‌کاری تیروئید و نیز افراد تحت درمان با تیروکسین دارای بهزیستی روانی ضعیف‌تری در مقایسه با افراد فاقد بیماری تیروئید هستند. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد، بین عملکرد تیروئید و بهزیستی روانی افراد ارتباط وجود دارد (۲۹). نتایج پژوهش حاضر مشخص کرد، آموزش خوش‌بینی به‌صورت معناداری بر بهبود بهزیستی روانی بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید مؤثر است. یافته پژوهش حاضر به‌صورت غیرمستقیم با نتایج مطالعات رینکن اوریبه و همکاران (۳۰) و ساوانان و همکاران (۳۱) همسوست. رینکن اوریبه و همکاران مشخص کردند که آموزش خوش‌بینی سبب افزایش کیفیت زندگی افراد در تمامی حیطه‌ها و در نهایت منجر به افزایش سلامت روان در اشخاص می‌شود (۳۰). پژوهش ساوانان و همکاران روی ۶۹۷ بیمار مبتلا به

و افزایش سلامت جسمی بهره برد (۳۵). کنورسانا در پژوهشی دریافت، خوش‌بینی با بهبود سبک زندگی و تأکید بر سبک زندگی سالم‌تر و نیز با افزایش انعطاف‌پذیری افراد، افزایش ظرفیت حل مسئله و کاهش تأثیر افکار منفی منجر به بهبود درخورتوجهی در بهزیستی روانی و ذهنی افراد می‌شود (۵).

امروزه باتوجه به پیشرفت‌هایی که درخصوص مداخلات درمانی در اختلالات روان‌شناختی ایجاد شده است، همچنان شیوع فراوان اختلالات روان‌شناختی در بیماران مبتلا به اختلالات غدد درون‌ریز مشاهده می‌شود که به تعدادی از مطالعات اشاره شد. باتوجه به این واقعیت که به‌کارگیری روش‌های روان‌درمانی مثبت‌گرا (نظیر روان‌درمانگری مبتنی بر خوش‌بینی) در بیماران مبتلا به اختلالات غدد درون‌ریز می‌تواند مؤثر واقع شود (۱۸)، همچنین باتوجه به اینکه تأثیر درمان شناختی- رفتاری در بیماری کم‌کاری تیروئید در مطالعات قبلی مشخص شده است (۲۲) و از سوی دیگر روان‌درمانگری مبتنی بر خوش‌بینی درمان نسبتاً جدیدی است و میزان تأثیرگذاری آن به‌خصوص در بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید در مطالعات مختلف معین نشده است، چنین پژوهش‌هایی ازجمله مطالعه حاضر به شناسایی درمان روان‌شناختی کارآمد به‌منظور افزایش بهزیستی روان‌شناختی این بیماران کمک می‌کند.

هر پژوهشی در بطن خود محدودیت‌هایی دارد. در پژوهش حاضر، پژوهشگر قادر به کنترل شرایط بیماران ازجمله طول مدت بیماری آن‌ها نبود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی برای جمع‌آوری نمونه‌ها استفاده شد که این امر ممکن است با خطا همراه باشد. از آنجاکه شرکت‌کننده‌های پژوهش حاضر تحت درمان دارویی قرار داشتند و کنترل داروها برای پژوهشگر مستلزم صرف زمان و هزینه بیشتر بود، ممکن است این موضوع بر نتایج پژوهش اثر گذاشته باشد. پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های آتی تاحدامکان از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی در انتخاب نمونه استفاده شود. همچنین توصیه می‌شود، نمونه‌گیری از افراد بیماری که به کلینیک‌ها مراجعه نکردند، صورت گیرد تا تعمیم‌پذیری بیشتری حاصل شود. پیشنهاد می‌شود، با تدوین و طراحی مداخلات درمانی متناسب و دربرگیرنده درمان شناختی- رفتاری و خوش‌بینی و منطبق با پیش‌آمدگی‌های منش شناختی و شرایط هر بیمار، سعی شود بیمار به وضعیت مناسب‌تر و متقاعدتری دست پیدا کند تا بتواند با محیط خود سازگار شود و به احساس کنترل، بهزیستی روانی و کیفیت زندگی مطلوب برسد.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج پژوهش حاضر نتیجه گرفته می‌شود که هم درمان شناختی- رفتاری و هم آموزش خوش‌بینی، هر دو تأثیر مشابهی بر بهبود بهزیستی روانی در بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید دارند؛ بنابراین هر دو روش می‌توانند به‌صورت مؤثری به‌منظور بهبود بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید به‌کار روند. پیشنهاد می‌شود باتوجه به در دسترس بودن هر کدام از مداخلات مذکور، از آن‌ها در جهت بهبود بهزیستی روان‌شناختی در این افراد استفاده شود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، جناب آقای دکتر صولتی (فوق‌تخصص غدد) برای همکاری در اجرای این پژوهش و همچنین اساتید محترم دانشگاه پیام‌نور تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

از شرکت‌کننده‌های تحقیق حاضر دست‌نوشته‌ای شامل بیانیه‌ای درباره تأیید و رضایت اخلاقی دریافت شد. اطمینان شرکت‌کننده‌ها درباره محرمانه باقی‌ماندن اطلاعات جلب شد. پس از پایان مداخله به‌لحاظ رعایت اصول اخلاقی اجرای درمان اثربخش‌تر برای این گروه صورت گرفت. همچنین پروتکل تحقیق در کمیته پژوهش دانشگاه پیام‌نور به تأیید رسید. این مقاله برگرفته از رساله دکترا دانشگاه پیام‌نور با کد اخلاق 036.1400.IR.PNU.REC است.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به‌صورت فایل ورودی داده در نزد نویسنده مسئول حفظ خواهد شد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

اعتبار برای انجام این پژوهش از منابع شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان سهم یکسانی در تهیه پیش‌نویس مقاله، بازبینی و اصلاح مقاله حاضر بر عهده داشتند.

References

1. Colella M, Cuomo D, Giacco A, Mallardo M, De Felice M, Ambrosino C. Thyroid hormones and functional ovarian reserve: systemic vs peripheral dysfunctions. Journal of Clinical Medicine. 2020;9(6):1679. <https://doi.org/10.3390/jcm9061679>
2. Bunevičius R, Prange AJ. Thyroid disease and mental disorders: cause and effect or only comorbidity? Curr Opin Psychiatry. 2010;23(4):363–8. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283387b50>
3. Diener E, Oishi S, Lucas RE. National accounts of subjective wellbeing. Am Psychol. 2015;70(3):234–42. <https://doi.org/10.1037/a0038899>
4. Poursardar N, Poursardar F, Panahandeh A, Sangari A, Abdi Zarrin S. Effect of optimism on mental health and life satisfaction: a psychological model of wellbeing. Hakim Research Journal. 2013;16(1):42–9. [Persian]

5. Conversano C, Rotondo A, Lensi E, Della Vista O, Arpone F, Reda MA. Optimism and its impact on mental and physical wellbeing. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2010;6(1):25–9. <https://doi.org/10.2174/1745017901006010025>
6. Rahimian Boogar I. The predictive role of happiness, optimism and demographical status in engagement in health-related behaviors. *Knowledge & Health Journal*. 2013;8(1):17.
7. Miranda JO, Cruz RNC. Resilience mediates the relationship between optimism and wellbeing among Filipino university students. *Curr Psychol*. 2020. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00806-0>
8. Alizade G, Kordnoghi R, Nazari N. The impact of optimism instruction by storytelling on increasing of optimism in students. *Journal of Clinical Psychology*. 2014;6(1):103–12. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_2158.html?lang=en
9. Yousefy A, Khayam Nekouei Z. Basis of cognitive-behavioral trainings and its applications in recovery of chronic diseases. *Iranian Journal of Medical Education*. 2011;10(5):792–800. [Persian] <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-1548-en.html>
10. Adegbolagun A, Ani C, Adejumo O, James B, Omigbodun O. Effect of a group-based cognitive behavioural therapy program on the psychological wellbeing, quality of life and coping of students with sickle cell disease in Nigeria. *International Journal of Disability, Development and Education*. 2020;1–10. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2020.1755422>
11. Reinhold N, Hvenegaard M, Christensen AB, Eskildsen A, Hjorthøj C, Poulsen S, et al. Transdiagnostic versus diagnosis-specific group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders and depression: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2021;1–14. <https://doi.org/10.1159/000516380>
12. Shahbazi M, Sharifi-Nezhd Roudani R. Effectiveness of the cognitive-behavioral therapy (CBT) on psychological wellbeing and cognitive distortion among adolescents of Ahvaz. *Psychological Methods and Models*. 2018;9(33):107–24. [Persian] http://jpmm.miau.ac.ir/m/article_3261.html?lang=en
13. Wilson Van Voorhis CR, Morgan BL. Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. *Tutor Quant Methods Psychol*. 2007;3(2):43–50. <https://doi.org/10.20982/tqmp.03.2.p043>
14. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological wellbeing revisited. *J Pers Soc Psychol*. 1995;69(4):719–27. doi: [10.1037//0022-3514.69.4.719](https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.4.719)
15. Bayani AA, Mohammad Kouchekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's Psychological Well-Being Scales. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008;14(2):146–51. [Persian] <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-464-en.html>
16. Houghton S, Saxon D, Bradburn M, Ricketts T, Hardy G. The effectiveness of routinely delivered cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: a benchmarking study. *Br J Clin Psychol*. 2010;49(4):473–89. <https://doi.org/10.1348/014466509X475414>
17. Ghasemzadeh A, Nazari NH. Effects of group counseling with cognitive-behavioural approach on reducing premenstrual syndrome. *Eur Psychiatry*. 2012;27:1–10. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)75170-2](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)75170-2)
18. Mohammadi N, Aghayousefi A, Nikrahan GR, Adams CN, Alipour A, Sadeghi M, et al. A randomized trial of an optimism training intervention in patients with heart disease. *Gen Hosp Psychiatry*. 2018;51:46–53. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.12.004>
19. Beck JS, Beck AT. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. Third edition. New York, United States: The Guilford Press; 2020.
20. David D, Cristea I, Hofmann SG. Why Cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Front Psychiatry*. 2018;9:4. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00004>
21. Klim-Conforti P, Zaheer R, Levitt AJ, Cheung AH, Schachar R, Schaffer A, et al. The impact of a harry potter-based cognitive-behavioral therapy skills curriculum on suicidality and wellbeing in middle schoolers: a randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 2021;286:134–41. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.028>
22. Rezaei S, Abedi P, Maraghi E, Hamid N, Rashidi H. The effectiveness of cognitive- behavioral therapy on quality of life in women with hypothyroidism in the reproductive age: a randomized controlled trial. *Thyroid Res*. 2020;13(1):6. <https://doi.org/10.1186/s13044-020-00080-z>
23. Fakharian N, Samari Safa J, Ghezelsefloo M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on the anxiety, depression and psychological wellbeing of patients with hypothyroidism. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2019;21(2):65–72. [Persian] <http://ijem.sbmu.ac.ir/article-1-2541-en.html>
24. Głombik K, Detka J, Kurek A, Budziszewska B. Impaired brain energy metabolism: involvement in depression and hypothyroidism. *Front Neurosci*. 2020;14:586939. <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.586939>
25. Głombik K, Detka J, Bobula B, Bąk J, Kusek M, Tokarski K, et al. Contribution of hypothyroidism to cognitive impairment and hippocampal synaptic plasticity regulation in an animal model of depression. *Int J Mol Sci*. 2021;22(4):1599. <https://doi.org/10.3390/ijms22041599>
26. Perros P, Van Der Feltz-Cornelis C, Papini E, Nagy EV, Weetman AP, Hegedüs L. The enigma of persistent symptoms in hypothyroid patients treated with levothyroxine: a narrative review. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2021;144:73. <https://doi.org/10.1111/cen.14473>

27. Romero-Gómez B, Guerrero-Alonso P, Carmona-Torres JM, Notario-Pacheco B, Cobo-Cuenca AI. Mood disorders in levothyroxine-treated hypothyroid women. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(23):4776. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234776>
28. Wekking EM, Appelhof BC, Fliers E, Schene AH, Huyser J, Tijssen JGP, et al. Cognitive functioning and wellbeing in euthyroid patients on thyroxine replacement therapy for primary hypothyroidism. *Eur J Endocrinol*. 2005;153(6):747–53. <https://doi.org/10.1530/eje.1.02025>
29. Dayan CM, Panicker V. Hypothyroidism and depression. *Eur Thyroid J*. 2013;2(3):168–79. <https://doi.org/10.1159/000353777>
30. Rincon Uribe FA, Neira Espejo CA, Pedroso JD. The role of optimism in adolescent mental health: a systematic review. *J Happiness Stud*. 2021. <https://doi.org/10.1007/s10902-021-00425-x>
31. Saravanan P, Visser TJ, Dayan CM. Psychological wellbeing correlates with free thyroxine but not free 3,5,3'-triiodothyronine levels in patients on thyroid hormone replacement. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006;91(9):3389–93. <https://doi.org/10.1210/jc.2006-0414>
32. Piciu D. Optimistic left hemithorax 131I uptake in thyroidcancer patient. *Acta Endo (Buc)*. 2009;5(3):417. <https://doi.org/10.4183/aeb.2009.417>
33. Muazzam A, Ali N, Niazi Y, Hassan N. Emotion regulation, optimism and quality of life among Gastric Ulcer Patients. *Pak J Med Sci*. 2021;37(4):988–92. <https://doi.org/10.12669/pjms.37.4.3894>
34. Genç E, Arslan G. Optimism and dispositional hope to promote college students' subjective wellbeing in the context of the COVID-19 pandemic. *Journal of Positive Psychology and Wellbeing*. 2021;5(2):87–96. <https://doi.org/10.47602/jpsp.v5i2.255>
35. Marton G, Monzani D, Vergani L, Pizzoli SFM, Pravettoni G. "Optimism is a strategy for making a better future": a systematic review on the associations of dispositional optimism with health-related quality of life in cancer patients. *Eur Psychol*. 2020;1–21. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000422>
36. Morán-Sánchez I, Adoamnei E, Sánchez-Ferrer ML, Prieto-Sánchez MT, Arense-Gonzalo JJ, Carmona-Barnosi A, et al. Assessment of optimism in women with polycystic ovary syndrome: a case control-study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(5):2352. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052352>
37. Alibake F, Ahmady A, Farahbakhsh K, Abedi A, Alibake M. The effect of optimism training on quality of life among dormitory female students at Isfahan medical university. *Iranian Journal of Medical Education*. 2012;12(9):709–20. [Persian] <https://ijme.mui.ac.ir/article-1-1719-en.html>
38. Scheier MF, Carver CS. Dispositional optimism and physical health: A long look back, a quick look forward. *Am Psychol*. 2018;73(9):1082–94. <https://doi.org/10.1037/amp0000384>