MEJDS. 2021; 11:191.

Published online 2022 Jan. **Original Article**

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

Zarrati N[1], *Agha Yousefi A[2], Zare H[3], Elmimanesh N[4]

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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۹۱.

انتشار برخط دی‌ماه ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری و آموزش خوش‌بینی بر بهزیستی روانی در بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید

ناهید ذراتی[۱]، *علیرضا آقایوسفی[۲]، حسین زارع[۳]، نیلا علمی‌منش[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری رشتهٔ 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.

***رایانامهٔ نویسندهٔ 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 مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌ـ 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. جامعهٔ 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 دردسترس وارد مطالعه شدند و با گمارش تصادفی در سه گروه پانزده نفرهٔ درمان شناختی‌ـ رفتاری، آموزش خوش‌بینی و گواه قرار گرفتند. شرکت‌کننده‌ها به مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف‌ـ نسخهٔ تجدیدنظرشده (ریف و کیز، ۱۹۹۵) در سه مرحله پاسخ دادند. صرفاً شرکت‌کنندگان هر گروه آزمایش، هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای درمان شناختی‌ـ رفتاری و هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای 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 نسخهٔ ۲۴ شدند. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: درمان شناختی‌ـ رفتاری و آموزش خوش‌بینی بر بهزیستی روانی تأثیر داشتند ($p<۰/۰۰۱$). اثر زمان موجب افزایش بهزیستی روانی درمقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون شد ($p<۰/۰۰۱$). اثر تقابلی زمان*گروه‌ها سبب افزایش بهزیستی روانی درمقایسه با گروه گواه شد ($p<۰/۰۰۱$). همچنین نتایج حاکی‌از تفاوت معنادار میانگین‌های متغیر بهزیستی روانی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری ($p=۰/۰۰۱$) و بیانگر تداوم اثر هر دو درمان در مرحلهٔ 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 شناختی‌ـ 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 شناختی‌ـ رفتاری، هورمون‌های تیروئید.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

۱ مقدمه

تیروئید[1]، غده‌ای پروانه‌ای‌شکل 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 غدهٔ درون‌ریز بدن است که هورمون‌های تیروئید، تری‌یدوتیرونین (T_3) و تیروکسین (T_4) را تولید می‌کند. این دو هورمون، کنترل میزان سوزاندن انرژی و نحوهٔ واکنش بدن به هورمون‌های استرس را بر عهده دارند (۱). کم‌کاری تیروئید وضعیتی است که به‌واسطهٔ علائمی که ایجاد می‌کند، درک بیمار را از سلامتی‌اش تغییر می‌دهد. کم‌کاری غدهٔ 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 خُلقی و کاهش عملکرد درکی می‌تواند بر فعالیت‌های روزمرهٔ بیمار اثر بگذارد و ابعاد مختلف زندگی فرد مبتلا را تحت‌الشعاع قرار دهد. علائم روانی، اضطراب، کاهش حافظه و شکایات جسمی عواملی هستند که بهزیستی روانی[2] این بیماران را نیز تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۲). بهزیستی روانی به‌عنوان ارزیابی افراد از زندگی‌شان و نیز درجه‌ای که ارزیابی‌های متفکرانه و واکنش‌های عاطفی آن‌ها نشان‌دهندهٔ زندگی مطلوب و روند رو به رشد است، شناخته می‌شود (۳).

از سوی دیگر خوش‌بینی[3]، ازجمله سازه‌هایی به‌شمار می‌رود که در سال‌های اخیر برای ارتقای سلامت افراد توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است؛ ازاین‌رو ممکن است در بهبود بهزیستی[4] این بیماران نیز مؤثر باشد و در روان‌شناسی مثبت‌گرا[5] 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 روانی‌اجتماعی مانند سلامت و بهزیستی روان‌شناختی و ذهنی افراد را تحت‌تأثیر 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 شناختی‌ـ‌رفتاری[6] است (۹). این روش درمانی برمبنای 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 درجهت بهبود علائم تلاش کنند (۱۰). درمان شناختی‌ـ‌رفتاری، روشی درمانی است که براساس آزادی بیان، افکار و احساسات و باورهای خود را بیان می‌کند و در مرحلهٔ بعد، درمانگر به اصلاح افکار و باورهای شناختی بیمار می‌پردازد (۱۰). درمان شناختی‌ـ‌رفتاری در مطالعات پیشین در زمینهٔ 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 شناختی‌ـ‌رفتاری 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 شناختی‌ـ‌رفتاری 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 نوظهوربودن کاربرد روان‌درمانگری مبتنی‌بر خوش‌بینی در بیماران تیروئید و همچنین پژوهش‌های اندک در زمینهٔ 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، مقایسهٔ 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 مداخلهٔ 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 درجهت بهبود شرایط روانی بیماران مذکور باشد تا با شناسایی مداخلهٔ درمانی بهتر برای این بیماران و به‌کارگیری آن، در کاهش عوارض روانی ناشی‌از این بیماری نقش مؤثری ایفا شود؛ ازاین‌رو پژوهش حاضر به مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌ـ‌رفتاری و آموزش خوش‌بینی بر بهزیستی روانی در بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید پرداخت.

---

[1]. Thyroid
[2]. Psychological well-being
[3]. Optimism
[4]. Well-being
[5]. Positive psychology
[6]. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمام بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید مراجعه‌کننده به مطب خصوصی غدد در بندرعباس در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. ازآنجاکه حداقل حجم نمونه برای پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی ۷تا۱۵ نفر پیشنهاد شده است (۱۳)، از جامعهٔ مذکور تعداد ۴۵ بیمار واجد شرایط و داوطلب به‌صورت دردسترس وارد مطالعه شدند. سپس با گمارش تصادفی در سه گروه درمان شناختی‌ـ 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 ng/ml ۱۰/۰۰)؛ سن ۲۰تا۶۰ سال؛ تشخیص‌ندادن اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی؛ نداشتن سابقهٔ مصرف مواد؛ استفاده‌نکردن هم‌زمان از روان‌درمانی؛ نداشتن بیماری مزمن ازجمله دیابت، سرطان و نقص‌های روانی؛ داشتن تحصیلات بیشتر از دیپلم. معیارهای خروج افراد نمونه از پژوهش شامل داشتن غیبت دو جلسه و بیشتر در برنامهٔ مداخله، تشدید کم‌کاری تیروئید به‌صورتی‌که 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 از ادامهٔ همکاری بود. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل کسب رضایت کتبی از افراد شرکت‌کننده در مطالعه و همچنین اطمینان افراد از محرمانه باقی‌ماندن اطلاعات بود.

این پژوهش در یکی از مطب‌های خصوصی غدد در بندرعباس در زمستان ۱۳۹۹ انجام شد. در پژوهش حاضر گروه آزمایش اول هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای درمان شناختی‌ـ رفتاری را به‌صورت گروهی و گروه آزمایش دوم نیز هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای آموزش خوش‌بینی را به‌صورت گروهی دریافت کردند. برای گروه گواه هیچ‌یک از درمان‌های مذکور ارائه نشد. دورهٔ 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 جلسهٔ مداخله چک‌لیستی مخصوص برای ثبت روزانهٔ تمرینات روان‌شناسی مثبت به‌منظور تداوم به‌کارگیری این مهارت‌ها در مدت یک ماه پیگیری به بیماران داده شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزار و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

جدول ۱. برنامهٔ جلسات درمان شناختی‌ـ رفتاری

جلسه	محتوا
اول	معرفی، ارائهٔ اطلاعات پایه‌ای دربارهٔ روان‌درمانی شناختی‌ـ رفتاری، بیان علت و هدف برگزاری جلسات گروه‌درمانی شناختی‌ـ رفتاری، بیان قوانین و اصول جلسات درمان، انجام تکلیف به‌صورت تمرینی برای آشنایی بیشتر اعضای گروه برای اجرای تکالیف
دوم	توضیح دربارهٔ ارتباط افکار، احساس و رفتار ازجمله به‌وجودآوردن احساس‌ها و رفتار توسط افکار و چگونگی کاهش یا افزایش احساس‌ها ازطریق 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 به‌وجود 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 دربارهٔ سبک‌های ناکارآمد تفکر و افکار خودآیند، بیان خطاهای شناختی معمول، استفاده از تکنیک‌هایی نظیر شناسایی تحریف‌های شناختی مانند شخصی‌سازی، توزیع کاربرگ بازسازی افکار
سوم	بررسی و توضیح تکلیف جلسهٔ قبل، توضیح چهار گام اصلی برای بازسازی افکار (شناسایی افکار با استفاده از تکنیک‌هایی نظیر چالش با تفکر بایداندیشی، 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 جنبهٔ فکر)، توزیع مجدد کاربرگ بازسازی افکار
چهارم	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل، بررسی زنجیرهٔ علت، پاسخ، پیامد، توضیح دربارهٔ چگونگی قرارگیری پیامدها در زنجیرهٔ رفتاری بزرگ‌تر، بیان راهبردهایی برای شکستن زنجیرهٔ مخرب در این جلسات با استفاده از تکنیک‌هایی نظیر توالی فکر، بررسی نوسان‌های رفتار در موقعیت‌های مختلف و تغییر افکار منفی ازطریق تغییر رفتار
پنجم	بررسی تکلیف جلسهٔ 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 دربارهٔ مدیریت تکانش‌ها و راهکارهایی برای خودکنترلی بیشتر، راهکارهایی دربارهٔ افزایش خُلق و افزایش رویدادهای خوشایند، توزیع کاربرگ فعالیت‌های خوشایند
هفتم	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل، توضیح دربارهٔ استرس، استرس‌زاها و مدیریت استرس‌ها، مدیریت استرس، راهکارهایی برای حل مسئله، مداخلهٔ آرامش عضلانی
هشتم	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل، تعریف عزت‌نفس، بیان چگونگی ازبین‌رفتن عزت‌نفس ازطریق خودارزیابی‌های منفی، راهبردهایی برای بهبود عزت‌نفس، توزیع کاربرگ خودانگاره، برنامه‌ریزی برای پیشگیری از عود، بیان ضرورت تمرین مهارت‌های کسب‌شده در طول جلسات، ارزیابی پیشرفت کار و مهارت‌های کسب‌شده

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

ـ مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف ـ نسخهٔ تجدیدنظرشده[1]: به‌منظور بررسی بهزیستی روان‌شناختی، از مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف ـ نسخهٔ تجدیدنظرشده استفاده شد. این مقیاس را ریف و کیز در سال ۱۹۹۵ معرفی کردند (۱۴). مقیاس شامل هیجده عبارت است و شش زیرمقیاس پذیرش خود[2]، رابطهٔ مثبت با دیگران[3]، خودمختاری[4]، زندگی هدفمند[5]، رشد شخصی[6] و تسلط بر محیط[7] را در طیفی لیکرت از ۱=کاملاً مخالف تا ۶=کاملاً موافق، ارزیابی می‌کند. حداقل نمره در این ابزار ۱۸ و حداکثر نمره ۱۰۸ است. کسب نمرهٔ بیشتر در این مقیاس به‌معنای بهزیستی روان‌شناختی بیشتر است. نمرهٔ ۶۳ نقطهٔ برش پرسش‌نامه است. نمرات بیشتر از ۶۳ نشان‌دهندهٔ بهزیستی روان‌شناختی بیشتر و نمرات کمتر از ۶۳ نشان‌دهندهٔ بهزیستی روان‌شناختی کمتر است (۱۴). پایایی پرسش‌نامه به‌روش آلفای کرونباخ در مطالعهٔ ریف برای زیرمقیاس پذیرش خود ۰/۹۳، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۹۱، خودمختاری ۰/۸۶، تسلط بر محیط ۰/۹۰، هدفمندی در زندگی ۰/۹۰ و رشد شخصی ۰/۸۷ گزارش شد (۱۴). بیانی و همکاران نیز روایی همگرای این ابزار را براساس همبستگی مثبت آن با پرسش‌نامهٔ شادکامی آکسفورد[8] برای شش زیرمقیاس پذیرش خود ۰/۲۰، رابطهٔ مثبت با دیگران ۰/۶۵، زندگی هدف‌مند ۰/۳۷، رشد شخصی ۰/۴۳، خودمختاری ۰/۵۱ و تسلط بر محیط ۰/۵۹ به‌دست آوردند. پایایی به‌روش همسانی درونی با محاسبهٔ ضریب آلفای کرونباخ در نمونهٔ مذکور ۰/۸۹ بود. ضریب ثبات به‌روش بازآزمایی با فاصلهٔ زمانی دو ماه برای شش زیرمقیاس پذیرش خود ۰/۷۱، رابطهٔ 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).

ـ درمان شناختی ـ رفتاری: به‌منظور درمان شناختی ـ رفتاری از برنامهٔ ارائه‌شده توسط هاوتون و همکاران (۱۶) و ترجمه‌شده توسط قاسم‌زاده و نظری (۱۷) استفاده شد که پژوهشگر طی هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای آن را اجرا کرد. برای بررسی اعتبار محتوای درمان شناختی ـ رفتاری از نظرات پنج نفر از اساتید هیئت‌علمی دانشگاه استفاده شد و روایی محتوایی برنامه به تأیید رسید.

ـ آموزش خوش‌بینی: به‌منظور آموزش خوش‌بینی برنامهٔ روان‌درمانگری مثبت مبتنی‌بر خوش‌بینی ارائه‌شده توسط محمدی و همکاران (۱۸) به‌کار رفت. برای بررسی اعتبار محتوای آموزش خوش‌بینی از نظرات پنج نفر از اساتید هیئت‌علمی دانشگاه استفاده شد و روایی محتوایی برنامه به تأیید رسید.

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

جدول ۲. خلاصهٔ محتوای جلسات روان‌درمانگری مثبت مبتنی‌بر خوش‌بینی

جلسه	هدف	محتوا
اول	خوش‌بینی و فواید آن	مقدمه، بررسی نحوهٔ تأثیر عوامل روان‌شناختی بر بیماری‌های تیروئید و مرور نتایج پژوهش‌ها در این باره، معرفی خوش‌بینی و اهمیت آن، معرفی نخستین و دومین راهبرد خوش‌بینی (بینش دربارهٔ 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 عارضهٔ بیماری واردشده، منطق پرداختن به آن، قدردانی از عارضه، دیدن ویژگی‌های مثبت هر پدیده و منطق پرداختن به آن)
سوم	خوش‌بینی در روابط بین‌فردی	معرفی پنجمین و ششمین راهبرد خوش‌بینی (خوش‌بینی اجتماعی و منطق پرداختن به آن و خوش‌بینی در ارتباط با همسر و منطق پرداختن به آن)
چهارم	خوش‌بینی در گذر زمان گذشته و حال	معرفی هفتمین و هشتمین راهبرد خوش‌بینی (خوش‌بینی در گذر زمان و منطق 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 دهمین و یازدهمین راهبرد خوش‌بینی (خوش‌بینی در گذر زمان و آینده و منطق پرداختن به آن، تصور سه رویداد مثبت برای هفتهٔ آینده، تصویرسازی بهترین خود ممکن و همچنین سلامت غدهٔ تیروئید در پنج سال آینده و تنظیم دفترچهٔ اهداف سلامت غدهٔ 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 به‌هنگام خوابیدن و بیدارشدن	معرفی پانزدهمین و شانزدهمین راهبرد خوش‌بینی (خوش‌بینی صبحگاهی و هنگام خوابیدن و منطق پرداختن به آن)
هشتم	تبدیل خوش‌بینی به عادت	معرفی هفدهمین راهبرد خوش‌بینی (تبدیل خوش‌بینی به عادت و انجام تمرینات خوش‌بینی طبق چک‌لیست)

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

[1]. Ryff Psychological Well-Being Scale-Revised Form
[2]. Self-acceptance
[3]. Positive relations
[4]. Autonomy
[5]. Purpose in life
[6]. Personal growth
[7]. Environmental mastery
[8]. Oxford Happiness Inventory

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

مکرر (و پیش‌فرض‌های آن شامل آزمون‌های شاپیرو–ویلک، لون و کرویت موچلی)، آزمون تعقیبی بونفرونی و آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه به‌کار رفت. تمامی آزمون‌ها در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ صورت گرفت.

۳ یافته‌ها

در پژوهش حاضر در گروه درمان شناختی–رفتاری ۱۲ زن (۸۰درصد) و ۳ مرد (۲۰درصد)، در گروه آموزش خوش‌بینی ۱۰ زن (۶۶/۶۷درصد) و ۵ مرد (۳۳/۳۳درصد) و در گروه گواه ۱۴ زن (۹۳/۳۳درصد) و ۱ مرد (۶/۶۷درصد) شرکت کردند. در گروه درمان شناختی–رفتاری، ۳ نفر در در طبقهٔ سنی ۳۵تا۴۰ سال (۲۰/۰۰درصد)، ۶ نفر (۴۰/۰۰درصد) در طبقهٔ سنی ۴۶تا۵۰ سال، ۳ نفر (۲۰/۰۰درصد) در طبقهٔ سنی ۵۱تا۵۵ سال و ۳ نفر (۲۰/۰۰درصد) در طبقهٔ سنی ۵۶تا۶۰ سال بودند. در گروه آموزش خوش‌بینی ۱ نفر (۶/۷درصد) در طبقهٔ سنی ۳۵تا۴۰ سال، ۷ نفر (۴۶/۷درصد) در طبقهٔ سنی ۴۶تا۵۰ سال، ۲ نفر (۱۳/۳درصد) در طبقهٔ سنی ۵۱تا۵۵ سال و ۵ نفر (۳۳/۳درصد) در طبقهٔ سنی ۵۶تا۶۰ سال قرار داشتند. در گروه گواه ۳ نفر (۲۰/۰۰درصد) در طبقهٔ سنی ۳۵تا۴۰ سال، ۴ نفر (۲۶/۷درصد) در طبقهٔ سنی ۴۱تا۴۵ سال، ۳ نفر (۲۰/۰۰درصد) در طبقهٔ سنی ۴۶تا۵۰ سال، ۲ نفر (۱۳/۰۰درصد) در طبقهٔ سنی ۵۱تا۵۵ سال و ۳ نفر (۲۰/۰۰درصد) در طبقهٔ سنی ۵۶تا۶۰ سال بودند. لازم به ذکر است، میانگین و انحراف معیار سن در گروه درمان شناختی–رفتاری ۷/۸۰± ۴۷/۶۴ سال، در گروه آموزش خوش‌بینی ۸/۱۱±۴۹/۳۳ سال و در گروه گواه ۷/۳۲±۴۷/۴۰ سال به‌دست آمد. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که بین سه گروه مطالعه‌شده تفاوت معناداری از نظر سن وجود نداشت (p=۰/۳۷۷).

میانگین و انحراف معیار مدت زمان ابتلا به کم‌کاری تیروئید در گروه درمان شناختی–رفتاری ۱/۲±۷/۸۵ سال، در گروه آموزش خوش‌بینی ۱/۱±۷/۶۰ سال و در گروه گواه، ۱/۴±۷/۴۰ سال بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که سه گروه از نظر مدت‌زمان ابتلا به کم‌کاری تیروئید تفاوت معنادار نداشتند (p=۰/۷۱۱). در گروه درمان شناختی–رفتاری ۱۳ نفر (۱۳/۳درصد) مجرد و ۲ نفر (۸۶/۷درصد) متأهل، در گروه آموزش خوش‌بینی ۱۴ نفر (۶/۷درصد) مجرد و ۱ نفر (۹۳/۳درصد) متأهل و در گروه گواه ۱۴ نفر (۶/۷درصد) مجرد و ۱ نفر (۹۳/۳درصد) متأهل بودند.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیر بهزیستی روانی در سه گروه پژوهش در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		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 خوش‌بینی	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 مرحلهٔ پس‌آزمون (۴/۲۲±۴۳/۳۳) و مرحلهٔ پیگیری (۴/۵۳±۴۳/۴۶) درمقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون (۴/۷۰±۳۵/۶۶) شد. آموزش خوش‌بینی، میانگین نمرات متغیر بهزیستی روانی را در گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون (۴/۶۵±۴۲/۹۳) و مرحلهٔ پیگیری (۴/۸۲±۴۳/۰۰) درمقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون (۴/۸۲±۳۵/۵۳) افزایش داد.

در ادامه پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بررسی شد. نتایج بررسی پیش‌فرض نرمال‌بودن به‌کمک آزمون شاپیرو–ویلک نشان داد، متغیر بهزیستی روانی در هر دو گروه و در هر سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال بود (p>۰/۰۵). آمارهٔ آزمون‌های ام‌باکس و لون نیز هیچ‌یک معنادار نبود (p>۰/۰۵)؛ بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس–کوواریانس مفروضهٔ همگنی واریانس برای متغیر وسواس در سه مرحله برقرار بود. بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی مشخص کرد، فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها برای متغیر بهزیستی روانی برقرار نبود (p<۰/۰۰۱). در چنین مواقعی از آزمون‌های جایگزین گرین‌هاوس–گیسر یا هیون–فلت برای بررسی فرضیهٔ اثرگذاری بستهٔ آموزشی استفاده می‌شود. باتوجه به اینکه برای آزمون گرین‌هاوس–گیسر مقدار اپسیلون کوچک‌تر از ۰/۷۵ به‌دست آمد، این آزمون به‌منظور بررسی متغیر بهزیستی روانی به‌کار رفت.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثرات درون‌گروهی، بین‌گروهی و متقابل

منبع اثر		مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
زمان	درون‌گروهی	۷۲۳/۵۷	۱/۶۶	۴۳۵/۴۸	۳۴۳/۷۷	<۰/۰۰۱	۰/۸۹۱
زمان*گروه‌ها	درون‌گروهی	۴۲۹/۳۶	۳/۶۰	۱۱۹/۰۰	۱۰۱/۹۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۲۹
گروه	بین‌گروهی	۱۰۸۶/۵۰	۲	۵۴۳/۲۵	۹/۳۰	<۰/۰۰۱	۰/۳۰۱

براساس جدول ۴، درمان شناختی–رفتاری و آموزش خوش‌بینی بر بهزیستی روانی تأثیر داشتند (p<۰/۰۰۱). اثر زمان موجب افزایش

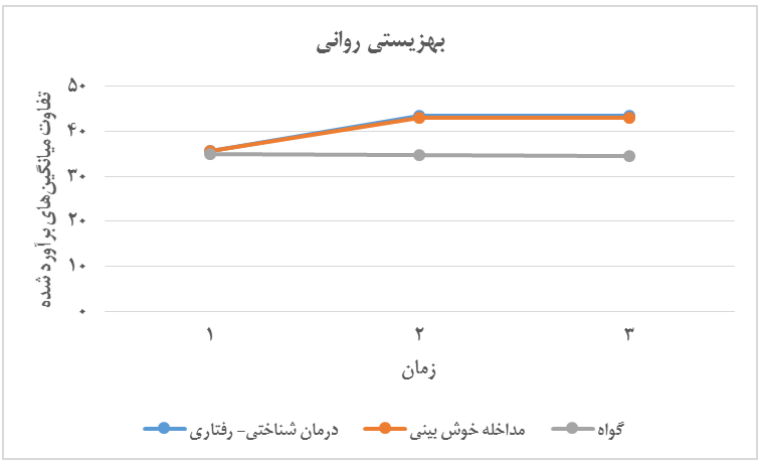
[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

بهزیستی روانی درمقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون شد ($p<۰/۰۰۱$). همچنین اثر تقابلی زمان*گروه‌ها سبب افزایش بهزیستی روانی درمقایسه با گروه گواه شد ($p<۰/۰۰۱$). در ادامه آزمون بونفرونی برای مقایسهٔ زوجی گروه‌ها و زمان‌ها به‌کار 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
بهزیستی روانی	درمان شناختی_رفتاری	آموزش خوش‌بینی	۰/۳۳۳	۱/۶۳	۱/۰۰۰
		گواه	۶/۱۷	۱/۶۳	۰/۰۰۱
	آموزش خوش‌بینی	گواه	۵/۸۴	۱/۶۳	۰/۰۰۳
تفاوت زمان‌ها			تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
بهزیستی روانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۴/۹۱	۰/۲۳۳	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۴/۹۱	۰/۲۴۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۷/۱۰	۰/۱۶۱	۱/۰۰۰

براساس نتایج جدول ۵، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی‌از تفاوت معنادار میانگین‌های متغیر بهزیستی روانی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری ($p=۰/۰۰۱$) و بیانگر تأثیر مثبت درمان شناختی_رفتاری و آموزش خوش‌بینی و تداوم اثر درمان در مرحلهٔ پیگیری ($p=۰/۰۰۱$) بود. همچنین نتایج جدول ۵، نبود تفاوت معنادار بین درمان شناختی_رفتاری و آموزش خوش‌بینی را برای متغیر بهزیستی روانی نشان داد ($p=۰/۰۰۱$). در نمودار ۱ اثربخشی درمان شناختی_رفتاری و آموزش خوش‌بینی بر بهزیستی روانی در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری نشان داده شده است



نمودار ۱. اثربخشی درمان شناختی_رفتاری و آموزش خوش‌بینی بر بهزیستی روانی در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی_رفتاری و آموزش خوش‌بینی بر بهزیستی روانی در بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید بود. یافته‌های پژوهش نشان داد، اثربخشی هم درمان شناختی_رفتاری و هم آموزش خوش‌بینی بر متغیر بهزیستی 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 بهزیستی روانی آن‌ها اثربخش باشد و موجب بهبود بهزیستی روانی در بیماران شود. همچنین مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی_رفتاری و آموزش خوش‌بینی بر بهزیستی روانی بیماران در مرحلهٔ پس‌آزمون با مرحلهٔ پیگیری تفاوت معناداری نداشت که نشان‌دهندهٔ پایداری مداخله در مرحلهٔ پیگیری بود. هرچند براساس میانگین نمرات متغیر بهزیستی روانی، اثربخشی درمان شناختی_رفتاری بیشتر از آموزش خوش‌بینی بود، به‌لحاظ آماری تفاوتی بین دو گروه مداخله مشاهده نشد. مطالعه‌ای درخصوص مقایسهٔ اثربخشی این دو روش درمانی بر بهزیستی روانی در بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید یافت نشد.

در تبیین یافتهٔ پژوهش حاضر مبنی‌بر اثربخشی درمان شناختی_رفتاری بر بهبود بهزیستی روانی می‌توان گفت، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر 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 نحوهٔ تعبیر و تفکر آن‌ها دربارهٔ موقعیت‌ها ربط دارد. موقعیت به‌خودی‌خود نمی‌تواند چگونگی احساس آن‌ها را تعیین کند و واکنش‌های هیجانی به‌واسطهٔ ادراک موقعیت اتفاق می‌افتد. شناخت‌درمانگر به‌ویژه به آن سطحی از تفکر که خودانگیخته و سطحی‌تر است و آشکارا دیده می‌شود، علاقهٔ بیشتری دارد (۱۹). درمان شناختی_رفتاری برپایهٔ

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

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

یافتهٔ پژوهش حاضر مبنی‌بر اثربخشی درمان شناختی‌ـ 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 شناختی‌ـ 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 درجهت بهبود زندگی بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید استفاده کرد (۲۳).

بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید به‌علت کاهش ترشح هورمون‌های تیروئید و درنتیجه 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 خُلقی 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 خُلقی را به‌طور کامل بهبود بخشد (۲۶) و باوجود درمان‌های مناسب دارویی، اختلالات خُلقی همچنان به درجاتی باقی می‌ماند (۲۷). باتوجه 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 درمقایسه 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. یافتهٔ 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 درنهایت منجربه افزایش سلامت روان در اشخاص می‌شود (۳۰). پژوهش ساوانان و همکاران روی ۶۹۷ بیمار مبتلا به 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 به‌دنبال دارد و درنهایت 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 نسبی 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 درخورتوجهی از پریشانی روان‌شناختی و بیماری جسمانی، جزئی از تجربهٔ 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 مواجههٔ 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 باوجود درمان‌های دارویی، به‌طور کامل درمان نمی‌شود (۲۸).

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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

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 منجربه 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 مبتنی‌بر خوش‌بینی) در بیماران مبتلا به اختلالات غدد درون‌ریز می‌تواند مؤثر واقع شود (۱۸)، همچنین باتوجه به اینکه تأثیر درمان شناختی‌ـ رفتاری در بیماری کم‌کاری تیروئید در مطالعات قبلی مشخص شده است (۲۲) و از سوی دیگر روان‌درمانگری مبتنی‌بر 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 مطالعهٔ حاضر به شناسایی درمان روان‌شناختی کارآمد به‌منظور افزایش بهزیستی روان‌شناختی این بیماران کمک می‌کند.

هر پژوهشی در بطن خود محدویت‌هایی 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. ازآنجاکه شرکت‌کننده‌های پژوهش حاضر تحت درمان دارویی قرار داشتند و کنترل داروها برای پژوهشگر مستلزم صرف زمان و هزینهٔ 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 تعمیم پذیری بیشتری حاصل شود. پیشنهاد می‌شود، با تدوین و طراحی مداخلات درمانی متناسب و دربرگیرندهٔ درمان شناختی‌ـ رفتاری و خوش‌بینی و منطبق با پیش‌آمادگی‌های منش‌شناختی 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 شناختی‌ـ 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 دردسترس‌بودن هر کدام از مداخلات مذکور، از آن‌ها درجهت 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

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

از شرکت‌کننده‌های تحقیق حاضر دست‌نوشته‌ای شامل بیانیه‌ای دربارهٔ تأیید و رضایت اخلاقی دریافت شد. اطمینان شرکت‌کننده‌ها دربارهٔ 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 کمیتهٔ پژوهش دانشگاه پیام‌نور به تأیید رسید. این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترا دانشگاه پیام‌نور با کد اخلاق 036.1400.IR.PNU.REC است.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

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

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

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

مشارکت نویسندگان

همهٔ نویسندگان سهم یکسانی در تهیهٔ پیش‌نویس مقاله، بازبینی و اصلاح مقالهٔ 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]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

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, Kordnoghabi 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. Reinholt 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
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.iums.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
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/fpsyt.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;14473. https://doi.org/10.1111/cen.14473

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]