

اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید هاشیموتو

نسرین فخاریان^۱، جعفر ثمری صفا^۲، دکتر مهدی قزلسفلو^۳

۱) گروه راهنمایی و مشاوره، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، اصفهان، ایران، ۲) گروه مشاوره و روانشناسی، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان، هرمزگان، ایران، ۳) گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم انسانی و تربیت بدنی، دانشگاه گنبد کاووس، گلستان، ایران، نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول: تهران، خیابان ولیعصر، خیابان زعفرانیه، خیابان فلاحی، کوچه زردکوه، پلاک ۱۱، طبقه دوم، نسرین فخاریان؛ e-mail: nasrin_fakhar@yahoo.com

چکیده

مقدمه: کم‌کاری تیروئید یکی از شایع‌ترین بیماری‌های غدد درون‌ریز به شمار می‌رود که میزان شیوع آن در جوامع مختلف ۲ تا ۱۰ درصد می‌باشد. هدف از این مطالعه، بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید هاشیموتو بود. **مواد و روش‌ها:** مطالعه نیمه‌تجربی حاضر از نوع کارآزمایی بالینی می‌باشد. ۳۰ نفر (زن) بیمار مبتلا به کم‌کاری تیروئید هاشیموتو به روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد (۱۵ نفر در هر گروه) قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه اضطراب و افسردگی بک و بهزیستی روان‌شناختی ریف جمع‌آوری شدند. تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS-21 و با استفاده از آزمون تحلیل اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی صورت گرفت. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تفاوت معناداری را بین عملکرد دو گروه آزمون و شاهد در اضطراب ($F=14/16$ ، $P=0/001$)، افسردگی ($F=13/12$ ، $P=0/001$) و بهزیستی روان‌شناختی ($F=26/60$ ، $P=0/001$)، در مرحله پس‌آزمون و پس از سه ماه پیگیری نشان داد. **نتیجه‌گیری:** یافته‌ها بیانگر تاثیر آموزش پذیرش و تعهد بر اضطراب، افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید بود؛ بنابراین می‌توان از این درمان به عنوان یک درمان مکمل در کنار دارودرمانی برای بهبود زندگی این بیماران استفاده کرد.

واژگان کلیدی: اضطراب، افسردگی، بهزیستی روان‌شناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کم‌کاری تیروئید

دریافت مقاله: ۹۷/۱۱/۲۱- دریافت اصلاحیه: ۹۸/۵/۱۹- پذیرش مقاله: ۹۸/۵/۲۰

مقدمه

کم‌کاری تیروئید هاشیموتو از جمله بیماری‌های خودایمنی است که در آن سیستم ایمنی بدن پیش‌ساز هورمون‌های تیروئیدی یا آنزیم اصلی تولید این هورمون‌ها را مورد هدف قرار می‌دهد. نتیجه‌ی این فعالیت خودایمنی، از بین رفتن سلول‌های تیروئید و کاهش افزاینده در میزان هورمون‌های مربوطه می‌باشد.^۱ شیوع کم‌کاری تیروئید تحت بالینی حدود ۴ تا ۱۰ درصد می‌باشد که با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد و شیوع آن در زنان بیشتر است.^{۲،۳} پژوهش‌ها بیانگر آن است که عوامل روانی و رخداد‌های آزاردهنده از جمله عوامل مهمی هستند که هم در ایجاد و هم در تشدید اختلال‌های تیروئید، نقش دارند.^۴ کم‌کاری تیروئید به واسطه

علائمی که ایجاد می‌کند درک بیمار را از سلامتی خود تغییر می‌دهد.^۵ تحقیقات نشان می‌دهد که بیماری کم‌کاری تیروئید می‌تواند با استرس‌های روان‌شناختی و فیزیکی همراه باشد.^۶ جانکلااس^۱ و همکاران در تحقیقات خود نشان دادند، بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید آرامش روانی کمتر و خستگی بیشتری را بروز می‌دهند.^۷ و یگاریو پی‌داس^۸ و همکاران نیز معتقدند در بیماران تیروئید موارد مختلف استرس یا عوامل استرس‌زا و اختلال‌های ناشی از ترس یافت می‌شود که تاثیر مستقیمی بر کیفیت زندگی داشته و حتی در بعضی موارد ممکن است کشنده باشد.^۸ همچنین مطالعات مختلف نشان می‌دهند که استرس‌ها و مشکلات روانی می‌تواند قدرت

i -Jonklaas
ii -Vigário Pdos

سیستم ایمنی بدن را کاهش داده و منجر به بروز اختلال‌های تیروئیدی شود.^۴ به عبارت دیگر، استرس و اضطراب وقوع رویدادهای تنش‌زا، عوامل زمینه‌ساز بیماری‌های سیستم اعصاب مرکزی و همچنین سیستم ارگانیک محسوب می‌شوند.^۵ در واقع توجه به حالات روان‌شناختی به سبب درگیری با عوامل ایمونولوژیک، در این دسته از بیماری‌ها بسیار حائز اهمیت است.^۶ از سوی دیگر تحقیقات نشان می‌دهد، به‌طور کلی حدود نیمی از افراد مبتلا به کم‌کاری تیروئید افت کیفیت زندگی و سلامت عمومی، محدودیت در فعالیت‌های اجتماعی و مشکلات هیجانی را گزارش می‌کنند. اکثر این افراد از خستگی و یک سوم آن‌ها از اضطراب، مشکلات شناختی و جنسی شکایت دارند.^۷ یافتن درمانی که بتواند علاوه بر علائم بیماری، مشکلات ناشی از آن را نیز پوشش دهد، ضروری به نظر می‌رسد. مداخلات روان‌شناختی از جمله درمان‌هایی است که می‌تواند در کنار درمان‌های دارویی برای این گروه از بیماران و کاهش نشانه‌های آن‌ها موثر باشد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)^۸ نیز از جمله مداخله‌های روان‌شناختی برخاسته از موج سوم است که می‌تواند در کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی در بیماری‌های خودایمنی اثربخش باشد.^۹ پاورز^{۱۰} و همکاران معتقدند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با هدف دستیابی به یک تجربه متعادل، حول محور درگیری در هر تجربه، چه مثبت و چه منفی می‌چرخد.^{۱۱} چندین پژوهش و متاآنالیز از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی بیماران حمایت کرده‌اند.^{۱۲، ۱۳} پژوهشی که به بررسی اثربخشی این نوع درمان بر روی بیماران تیروئیدی صورت گرفته باشد، یافت نشد؛ اما تحقیقاتی همچون تحقیق گراهام^{۱۴} و همکاران نشان دادند که روان‌درمانی به روش ACT طی ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای در درمان افسردگی اساسی، اضطراب و استرس در افراد مبتلا به اختلال قلبی و سرگیجه بسیار موثر است.^{۱۵} همچنین بهروز و همکاران نیز در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روان‌شناختی، سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت موثر است.^{۱۶} در پژوهشی دیگر

نوردین و روزمن^{۱۷} به بررسی اثربخشی درمان ACT بر روی بیماران مبتلا به ام‌اس پرداختند که نتایج نشان داد این شیوه‌ی درمانی باعث کاهش اضطراب و افسردگی و کاهش استرس روان‌شناختی در این بیماران می‌گردد.^{۱۸} با توجه به بحث‌های بالا و این که پژوهشی در ایران به بررسی اثربخشی رویکرد ACT بر روی بیماران کم‌کاری تیروئید انجام نگرفته است؛ لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید هاشیموتو انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه شاهد با کد کمیته اخلاق به شماره IR.IAU.KHUISF.REC.1396.1023 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) می‌باشد. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه‌ی افراد مبتلا به کم‌کاری تیروئید خودایمنی (هاشیموتو) تحت درمان منظم دارویی بود که در بهار و تابستان ۱۳۹۷ به کلینیک‌های پزشکان غدد و متابولیسم استان البرز مراجعه کردند. از این تعداد با توجه به معیارهای ورود و خروج تعداد ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. معیارهای ورود شامل: مصرف حداقل ۶ ماه قرص لووتیروکسین به طور منظم، قرار داشتن TSH در محدوده‌ی طبیعی بین ۱ تا ۳، عدم ابتلای هم‌زمان به بیماری‌های صعب‌العلاج که شامل بیماری‌های نورولوژیک، بیماری‌های هماتولوژی، انکولوژی، عفونی، کلیوی، روماتولوژی و بیماری‌های مربوط به مراقبت ویژه هستند و تمایل و رضایت آگاهانه کتبی بیمار برای حضور در پژوهش بود. بیمارانی که دارای سنین بالاتر از ۴۰ و کمتر از ۲۵ سال بودند، غیبت بیش از دو جلسه به صورت متوالی، مصرف داروهای روان‌گردان، و افرادی که تحت روان‌درمانی قرار داشتند، از مطالعه کنار گذاشته شدند. گروه آزمون در ۸ جلسه هفتگی طی دو ماه و هر جلسه ۹۰ دقیقه، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند و گروه شاهد هیچ نوع مداخله‌ای را دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات، پس از آزمون از هر دو گروه شاهد و آزمون دریافت گردید و سه ماه پس از دریافت

i- Acceptance and commitment therapy

ii -Powers

iii -Graham

iv -Nordin & Rorsman

پس آزمون مجدد از آزمودنی‌ها آزمون پیگیری دریافت گردید. همچنین به منظور رعایت مسائل اخلاقی جلساتی نیز برای گروه شاهد برگزار شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های زیر می‌شد:

مقیاس اضطراب بکⁱ: این مقیاس توسط بک برای سنجش شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان طراحی شده است. این مقیاس یک آزمون خودگزارشی با ۲۱ عبارت است که در برابر هر عبارت، چهار گزینه برای انتخاب وجود دارد. چهار گزینه هر آیت در یک طیف چهار بخشی از ۰ تا ۳، نمره‌گذاری می‌شود که بازتاب یکی از علائم اضطراب است و به‌طور معمول افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب‌انگیز قرار می‌گیرند، آن‌ها را تجربه می‌کنند.^{۱۹} بنابراین نمره کل این مقیاس در دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. این مقیاس با هدف سنجش شدت نشانه‌های اضطراب و کاهش هم‌پوشی با نشانه‌های افسردگی ابداع شده و مشخصه‌های روان‌سنجی آن شامل پایایی و روایی، مورد تایید قرار گرفته است. در مطالعه بک و همکاران این پرسش‌نامه از روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و هم‌بستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است.^{۱۹} ضریب آلفای کرونباخ مقیاس اضطراب بک برای نمره‌ی نمونه‌ای از آزمودنی‌های بهنجار ۰/۹۱ و برای نمره‌ی نمونه‌ای از آزمودنی‌های بیمار از ۰/۸۵ تا ۰/۹۲ گزارش شده است.^{۲۰} نتایج پژوهش کاویانی و موسوی نشان داد که این آزمون روایی ۰/۷۵، پایایی ۰/۸۳ و ثبات درونی ۰/۹۲ را دارا است.^{۲۱} مقیاس افسردگی بکⁱⁱ: این مقیاس به‌عنوان یک ابزار خودگزارش‌دهی برای سنجش شناخت‌های وابسته به افسردگی به شکل گسترده‌ای به کار گرفته می‌شود. گویه‌های این ابزار از مشاهده‌ی نشانه‌های بیماران افسرده به دست آمده است. BDI-II نسخه جدید و تجدید نظر شده BDI-I است که پس از کار روی نسخه اولیه و تلاش در جهت رفع معایب آن که ۶ بعد از ۹ بعد افسردگی را پوشش داده و دو بعد اشتها و خواب را به طور ناقص پوشش می‌داد، به دست آمد.^{۲۲} هر یک از موارد دارای چهار جمله است که شدت افسردگی را می‌سنجد؛ این عبارت‌ها هر یک بر حسب شدت وضعیت گزارش شده توسط بیمار از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌-

شود.^{۲۰} بنابراین کمترین نمره‌ای که به دست می‌آید ۰ و بیشترین نمره ۶۳ است. در تفسیر نتایج، درجات افسردگی بدین صورت تعیین می‌گردد؛ نمره ۰ تا ۴ انکار احتمالی، نمره ۵ تا ۹ افسردگی خیلی خفیف، نمره ۱۰ تا ۱۸ افسردگی خفیف تا متوسط، نمره ۱۹ تا ۲۹ افسردگی متوسط تا شدید و نمره بیشتر از ۳۰ افسردگی شدید. بک و همکاران در یک تحلیل سطح بالا از کوشش‌های مختلف برای تعیین همسانی درونی، ضرایب ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ را به دست آوردند.^{۲۲} این مقیاس روی یک نمونه ۹۴ نفری از جمعیت ایرانی اجرا شد و ضریب آلفا را ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی را به فاصله یک هفته ۰/۹۴ گزارش کردند.^{۲۳}

پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختیⁱⁱⁱ: این مقیاس را ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی نمود. فرم اصلی دارای ۱۲۰ پرسش بود. ولی در بررسی‌های بعدی فرم‌های ۸۴ سوالی، ۵۴ سوالی و ۱۸ سوالی نیز پیشنهاد شده که ریف نسخه ۸۴ سوالی را به پژوهشگران پیشنهاد می‌کند.^{۲۴} ریف^{iv} معتقد است که نسخه ۸۴ سوالی این آزمون در مقایسه با سایر نسخه‌ها قابلیت بیشتری در تعیین وضعیت بهزیستی روان‌شناختی دارد.^{۲۵} در پژوهش حاضر نسخه ۸۴ سوالی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف، مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس دارای شش خرده مقیاس است که عبارتند از پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودپروی، استقلال و خود مختار بودن، غلبه بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی. در فرم ۸۴ سؤالی هر عامل دارای ۱۴ پرسش است. گویه‌های پرسش‌نامه از نوع لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) می‌باشند. نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. در بررسی ریف ضریب همسانی درونی مقیاس‌ها بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی پس از شش هفته بر روی نمونه ۱۱۷ نفری بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ به دست آمد. همچنین همبستگی بین خرده مقیاس‌ها بین ۰/۳۲ تا ۰/۷۶ گزارش گردید.^{۲۴} ضریب پایایی این پرسش‌نامه در ایران با روش بازآزمایی ۰/۸۲ و خرده مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خود مختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۰، ۰/۷۸ درصد می‌باشد که از نظر آماری معنادار است.^{۲۴}

iii -psychological well-being

iv- Ryff

i -Beck Anxiety Inventory

ii -Beck Depression Inventory-II

آنالیز آماری

بررسی هم‌سانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. همچنین برای مقایسه‌ی نمره متغیرها در گروه‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید.

برای مقایسه میانگین و انحراف استاندارد بین متغیرهای پژوهش از آمار توصیفی و برای توزیع طبیعی داده‌ها در بخش آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک و جهت

جدول ۱- خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضا با هم دیگر، وضع قوانین با مشارکت اعضا، توضیح مختصر در مورد علائم و نشانه‌های روان‌شناختی آزاردهنده، بیماری کم‌کاری تیروئید و علل روان‌شناختی مرتبط که باعث تشدید نشانه‌ها یا به وجود آمدن این بیماری می‌شود.
جلسه دوم	آشنایی با مفاهیم پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی* و آموزش زندگی کردن در زمان حال، پذیرش این بیماری و چگونگی فرونشانی افکار مخربی که به سمت آینده و ایجاد افکار اضطراب‌آور ایجاد می‌شوند.
جلسه سوم	سنجش عملکرد، معرفی شاهد به عنوان یک مساله، توضیح دنیای درون و بیرون و تعهدات رفتاری.
جلسه چهارم	مرور واکنش به جلسه پیش، صحبت درباره شیوه‌های شاهده‌ی و این که همه افکار مهم هستند اما مهم‌تر از آن رابطه‌ی ما با افکار است و از استعاره استفاده گردید.
جلسه پنجم	مرور واکنش به جلسه پیش، ایجاد گسلش [†] (تمرین‌های گسلش به افراد کمک می‌کند تا با افکار به شیوه‌های متفاوتی تعامل داشته باشند).
جلسه ششم	بررسی واکنش به جلسه پیش، صحبت از خود به عنوان زمینه (صحبت از من و من مشاهده‌گر)، بررسی ارزش‌ها.
جلسه هفتم	صحبت از خود به عنوان زمینه (استعاره صفحه شطرنج) و ارزش‌ها
جلسه هشتم	بررسی تکالیف و ارزش‌ها با استعاره‌ها، مرور جلسات پیش، ارزیابی تعهد به عمل. همچنین از افراد پرسیده شد که چقدر نسبت به حرکت به سوی اعمال طراحی شده حتی اگر مجبور باشند متعهد هستند؟

* Mindfulness † Create defusion

یافته‌ها

نفر فوق دیپلم، ۱۳ نفر مدرک لیسانس و تعداد ۷ نفر از آن‌ها دارای مدرک فوق لیسانس بودند.

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۳/۲۴ و انحراف استاندارد آن ۵/۳۴ بود. همچنین ۶ نفر از شرکت‌کنندگان مدرک دیپلم، ۴

جدول ۲- یافته‌های توصیفی دو گروه آزمون و شاهد در متغیرها در سه مرحله‌ی اندازه‌گیری

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
بهزیستی	آزمون	۱۴۲/۲۵	۷/۸۲	۱۶۵/۱۸	۵/۲۳	۱۶۶/۳۳	۵/۱۹
روان‌شناختی	شاهد	۱۴۱/۲۲	۸/۵۲	۱۴۴/۱۲	۹/۴۵	۱۴۸/۹۰	۷/۲۱
اضطراب	آزمون	۴۸/۰۷	۴/۱۲	۳۹/۵۲	۲/۱۲	۲۵/۱۶	۱/۸۹
	شاهد	۴۹/۸۲	۴/۳۲	۵۲/۱۲	۴/۳۳	۴۸/۶۲	۳/۲۰
افسردگی	آزمون	۳۹/۱۵	۵/۱۸	۳۷/۴۲	۵/۱۵	۲۹/۴۰	۳/۴۲
	شاهد	۴۰/۴۱	۴/۴۲	۴۰/۲۲	۵/۶۲	۳۸/۵۲	۴/۶۲

نسبت به گروه شاهد و نیز نسبت به مرحله پیش‌آزمون در مراحل پس آزمون و پیگیری کاهش داشته است.

براساس جدول ۲ میانگین نمره‌های بهزیستی روان‌شناختی، اضطراب و افسردگی در بیماران گروه آزمون

جدول ۳- نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای توزیع طبیعی داده‌ها و همسانی واریانس‌ها با آزمون لوین

متغیر	گروه	آماره	درجه آزادی	P*	آزمون لوین
اضطراب	آزمون	۰/۹۴	۱۵	۰/۶۷۵	۰/۷۴۵
	شاهد	۰/۸۲	۱۵	۰/۶۹۲	۰/۶۲۰
افسردگی	آزمون	۱/۲۶	۱۵	۰/۸۲۶	۰/۹۲۱
	شاهد	۱/۴۵	۱۵	۰/۶۵۲	۰/۴۵۲
بهزیستی روان‌شناختی	آزمون	۰/۸۹	۱۵	۰/۵۲۶	۰/۷۲۵
	شاهد	۱/۲۵	۱۵	۰/۹۲۵	۰/۶۵۵

P<۰/۰۵*

طبق نتایج جدول ۳، شرایط توزیع طبیعی نمره‌ها و برابری واریانس‌ها در هر دو گروه رعایت شده است.

جدول ۴- تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه‌ی نمره‌های سه مرحله در گروه‌ها

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	اندازه اثر
اضطراب	بین‌گروهی	۱۷۴۲	۲	۱۱۲۷	۱۴/۱۶*	۰/۶۰
	درون‌گروهی	۹۹۸	۱۷	۳۰		
	کل	۳۰۱۲	۱۹			
افسردگی	بین‌گروهی	۲۱۵۰	۲	۱۰۴۲	۱۳/۱۲*	۰/۵۶
	درون‌گروهی	۱۹۹۲	۱۷			
	کل	۴۲۶۲	۱۹			
بهزیستی روان‌شناختی	بین‌گروهی	۳۰۱۱	۲	۱۵۰۵	۲۶/۶۰*	۰/۷۲
	درون‌گروهی	۱۵۷۸	۱۷			
	کل	۴۵۹۹	۱۹			

P<۰/۰۵*

جدول ۴ نشان می‌دهد، میانگین اضطراب، افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه تفاوت دارد ($P=۰/۰۵$). جهت تعیین اینکه این تفاوت مربوط به کدام مرحله است از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول ۵- نتایج آزمون بونفرونی در مورد متغیرها در سه مرحله در گروه آزمون و شاهد

متغیر	زمان اندازه‌گیری	آزمون		شاهد	
		تفاوت میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	انحراف معیار
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۲۳/۱۰°	۰/۵۶	-۵/۱۴	۰/۳۲
	پیش‌آزمون - پیگیری	۲۶/۰۸†	۰/۵۹	۹/۵۸	۰/۱۲
	پس‌آزمون - پیگیری	۲/۲۸	۰/۰۱	۳/۲۵	۰/۰۴
افسردگی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱۰/۱۲°	۰/۱۵	-۱/۲۳	۰/۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۲۳/۱۸†	۰/۱۳	۱/۳۲	۰/۱۸
	پس‌آزمون - پیگیری	۱۶/۱۸°	۰/۰۱	۰/۵۶	۰/۰۲
اضطراب	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۴/۱۸	۰/۰۱	۱/۱۲	۰/۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۱۲/۱۴°	۰/۱۲	۳/۱۸	۰/۰۴
	پس‌آزمون - پیگیری	۸/۶۲°	۰/۰۶	۲/۴۲	۰/۰۱

P<۰/۰۱†, P<۰/۰۵*

جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین بین نمره‌های بهزیستی روان‌شناختی و افسردگی در مراحل پیش آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمون معنادار است ($P=۰/۰۱$)؛ همچنین تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری

در متغیر اضطراب و افسردگی معنادار ($P=0/01$) و در متغیر بهزیستی روان‌شناختی معنادار نیست. این تفاوت بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر برنامه روان‌درمانی پایدار بوده است؛ حال آنکه در گروه شاهد هیچ‌یک از مقایسه‌های جفتی معنادار نیست.

بحث

نتایج پژوهش حاضر، تاثیر معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای اضطراب، افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی را نشان داد. در بررسی مطالعات پیشین، پژوهشی که به صورت مستقیم به بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بیماری تیروئید پردازد، یافت نشد، ولی می‌توان نتایج این پژوهش را با یافته‌های پژوهش‌های الینبرگ^۱ و همکاران،^{۲۶} زمانی و همکاران،^{۱۲} شایقیان و همکاران،^{۲۷} که به بررسی درمان پذیرش و تعهد بر اضطراب و کیفیت زندگی در سایر بیماران مبتلا به اختلالات خودایمنی پرداختند، هم‌سو دانست. در مطالعه‌ی گریک^{۱۱} و همکاران که به بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود قندخون و فعالیت‌های خودمراقبتی انجام دادند، نتایج حاکی از اثربخشی این درمان بود.^{۲۸} همچنین، با نتایج هالبرتن^{۱۳} و همکاران،^{۲۹} و فراهانی و حیدری،^{۳۰} که نشان دادند درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش تاب‌آوری در بیماران مبتلا به اختلالات خودایمنی می‌شود، هم‌سو است.

کم‌کاری تیروئید هاشیموتو یک بیماری خودایمنی است که درمان قطعی ندارد و تنها با جایگزین کردن قرص لووتیروکسین می‌توان علائم آن را کاهش داد. اثرات درمان لووتیروکسین اغلب به آهستگی ظاهر می‌شود و بیماران ممکن است ۳ تا ۶ ماه پس از طبیعی شدن سطح TSH، برطرف شدن کامل علائم بیماری را تجربه نکنند.^{۳۱} اضطراب، مقاومت سلول‌های گیرنده هرمون تیروئید را در مقابل هورمون‌های تیروئیدی افزایش و سیستم ایمنی را تضعیف می‌کند^{۳۲} که باعث می‌شود درک بیمار از سلامتی‌اش تغییر کرده و سطح اضطراب بیشتری را تجربه کند.^{۳۳} با تضعیف سیستم ایمنی، هورمون TSH به درستی جذب نشده و باعث می‌شود که علائم روانی کم‌کاری تیروئید بیشتر تجربه شود و بیمار احساس کند که دیگر کنترلی بر زندگی خود ندارد و

دچار یک بیماری بدخیم شده است که باعث می‌شود علائم افسردگی بیشتری را نیز تجربه کند.^{۳۱} با شرکت کردن این افراد در جلسات درمانی در مورد ماهیت این بیماری و چگونگی اثر آن بر کیفیت و سبک زندگی توضیح داده شد. در فرایند جلسات تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی بود تا بتوانند افکار آزاردهنده خود را فقط به عنوان یک فکر تجربه کرده و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی خود آگاه شوند و به جای پاسخ به آن به انجام آن‌چه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است بپردازند.^{۱۷} در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شده و به سطح پایین اضطراب برسند. هرچند هدف درمانگر ACT کاهش نشانه‌ها نیست، اما این نتیجه به عنوان محصول جانبی در فرآیند درمانی به دست می‌آید.^{۱۶} ACT ارتباط بین افکار و احساسات مشکل‌زا را تغییر می‌دهد تا افراد آن‌ها را به عنوان علائم مرضی درک نموده و حتی یاد بگیرند که آن‌ها را بی‌ضرر (حتی اگر ناراحت‌کننده و ناخوشایند باشند) درک کنند؛ در نتیجه باعث می‌شود که میزان افکار اضطرابی در این بیماران کاهش و بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در آن‌ها افزایش یابد.^{۲۷}

با توجه به محدودیت‌هایی همچون نمونه‌گیری هدفمند، حجم نمونه و استفاده از ابزار خودسنجی و محدود بودن بازه‌ی زمانی دوره‌ی پیگیری ۳ ماهه در این پژوهش، تعمیم‌پذیری و استنباط از نتایج نیز با محدودیت روبرو خواهد شد. بر این اساس پیشنهاد می‌شود جهت بررسی تاثیر بلندمدت از نتایج به‌دست آمده در این پژوهش، تحقیقات طولی مناسبی طراحی شده و میزان سازگاری افراد مبتلا به کم‌کاری تیروئید هاشیموتو در طول زمان مورد بررسی قرار گیرد. از آنجا که جامعه‌ی آماری مطالعه‌ی حاضر زنان مبتلا به کم‌کاری تیروئید در استان البرز بودند، ممکن است تعمیم یافته‌های پژوهش به علت تک جنسیتی بودن نمونه‌ها و انجام آن فقط در یک منطقه جغرافیایی محدود باشد؛ لذا پیشنهاد می‌گردد پژوهشی در مناطق جغرافیایی دیگر و روی مردان دارای بیماری کم‌کاری تیروئید هاشیموتو انجام پذیرد. همچنین استفاده از این روش درمانی در درمان اختلالات روان‌شناختی سایر بیماری‌های مزمن و اختلالات بالینی پیشنهاد می‌گردد.

i-Eilenberg

ii -Gregg

iii -Halliburton

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و کاهش اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به کم‌کاری تیروئید هاشیموتو موثر است.

سپاسگزاری: نویسندگان این مقاله از تمام بیماران و پزشکان و مسئولین کلینیک‌های استان البرز و همچنین، اساتید و

صاحب‌نظران داخل و خارج کشور که ما را در طراحی و تایید روایی محتوایی برنامه پذیرش و تعهد یاری دادند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

تمامی نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

- Vanderpump MP. The epidemiology of thyroid disease. *Br Med Bull* 2011; 99: 39-51.
- Garces-Arteaga A, Nieto-Garcia N, Suarez-Sanchez F, Triana-Reina HR, Ramirez-Vélez R. Influence of a medium-impact exercise program on health-related quality of life and cardiorespiratory fitness in females with subclinical hypothyroidism: an open-label pilot study. *J Thyroid Res* 2013; 2013: 592801.
- Werneck FZ, Coelho EF, Almas SP, Garcia MM, Bonfante HL, Lima JR, et al. Exercise training improves quality of life in women with subclinical hypothyroidism: a randomized clinical trial. *Arch Endocrinol Metab* 2018; 62: 530-6.
- Ghorbani M, Tahmasebi F. Role of Psychological Factors in Hypothyroidism in Women in Isfahan. *Hakim Health Systems Research Journal* 2018; 21: 41-9. [Farsi]
- Demartini B, Ranieri R, Masu A, Selle V, Scarone S, Gambini O. Depressive symptoms and major depressive disorder in patients affected by subclinical hypothyroidism: a cross-sectional study. *J Nerv Ment Dis* 2014; 202: 603-7.
- Talaei A, Rafiei N, Rafiei F, Chehrei A. The relation of TSH and depression in hypothyroid patients. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences* 2018; 20: 70-8. [Farsi]
- Jonklaas J, Bianco AC, Bauer AJ, Burman KD, Cappola AR, Celi FS, et al. American Thyroid Association Task Force on Thyroid Hormone Replacement. Guidelines for the treatment of hypothyroidism: prepared by the american thyroid association task force on thyroid hormone replacement. *Thyroid* 2014; 24: 1670-751.
- Vigário Pdos S, Vaisman F, Coeli CM, Ward L, Graf H, Carvalho G, et al. Inadequate levothyroxine replacement for primary hypothyroidism is associated with poor health-related quality of life-a Brazilian multicenter study. *Endocrine* 2013; 44: 434-40.
- Iwata M, Ota KT, Duman RS. The inflammasome: pathways linking psychological stress, depression, and systemic illnesses. *Brain Behav Immun* 2013; 31: 105-14.
- Lu S, Peng H, Wang L, Vasish S, Zhang Y, Gao W, et al. Elevated specific peripheral cytokines found in major depressive disorder patients with childhood trauma exposure: a cytokine antibody array analysis. *Compr Psychiatry* 2013; 54: 953-61.
- Romijn JA, Smit JW, Lamberts SW. Intrinsic imperfections of endocrine replacement therapy. *Eur J Endocrinol* 2003; 149: 91-7.
- Zamani E, Moatamedy A, Bakhtiari M. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on anxiety in multiple sclerosis. *Health Psychology* 2017; 15: 152-67. [Farsi]
- Powers MB, Zum Vorde Sive Vording MB, Emmelkamp PM. Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. *Psychother Psychosom* 2009; 78: 73-80.
- Long DM, Hayes SC. Acceptance, mindfulness, and cognitive reappraisal as longitudinal predictors of depression and quality of life in educators. *J Contextual Behav Sci* 2014; 3: 38-44.
- Wicksell RK, Melin L, Lekander M, Olsson GL. Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain—a randomized controlled trial. *Pain* 2009; 141: 248-57.
- Graham CD, Gillanders D, Stuart S & Gouick J. An acceptance and commitment therapy (ACT) based intervention for an adult experiencing post-stroke anxiety and medically unexplained symptoms. *Clinical Case Studies* 2014; 13: 230-48.
- Behrouz B, Bavali F, Heidarizadeh N, Farhadi M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological symptoms, coping styles, and quality of life in patients with type-2 diabetes. *J Health* 2016; 7: 236-53.
- Nordin L, Rorsman I. Cognitive behavioural therapy in multiple sclerosis: a randomized controlled pilot study of acceptance and commitment therapy. *J Rehabil Med* 2012; 44: 87-90.
- Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck anxiety inventory. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 2000.
- Beshart MA. Analyzing Psychometric Properties of Beck Anxiety Scale. Research Report, University of Tehran; 2005. [Farsi]
- Hosseini Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran Univ Med J* 2008; 66: 136-40. [Farsi]
- Subica AM, Fowler JC, Elhai JD, Frueh BC, Sharp C, Kelly EL, et al. Factor structure and diagnostic validity of the Beck Depression Inventory-II with adult clinical inpatients: comparison to a gold-standard diagnostic interview. *Psychol Assess* 2014; 26: 1106-15.
- Fata L, Birashk B, Atefvahid MK, Dabson KS. Meaning Assignment Structures/ Schema, Emotional States and Cognitive Processing of Emotional Information: Comparing Two Conceptual Frameworks. *IJPCP* 2005; 11: 312-26. [Farsi]
- Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and Validity of Ryff's Psychological Well-being Scales. *IJPCP* 2008; 14: 146-51. [Farsi]
- Sadidi M, Yamini M. Prediction of psychological well-being based on coping strategies and alexithymia. *Psychological Studies* 2018; 14: 125-41. [Farsi]
- Eilenberg T, Kronstrand L, Fink P, Frosthalm L. Acceptance and commitment group therapy for health

- anxiety--results from a pilot study. J Anxiety Disord 2013; 27: 461-8.
27. Shayeghian Z, Amiri P, Aguilar Vafaie M, Besharat MA. Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on improvement of glycated hemoglobin and self-care activities in patients with type II diabetes. Contemporary Psychology 2016; 10: 41-50. [Farsi]
28. Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-Lawson JL. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2007; 75: 336-43.
29. Halliburton, Amanda E, Lee D. Applications and adaptations of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adolescents. J Contextual Behav Sci 2015; 4: 1-11.
30. Farahani M, Heydari H. The effectiveness of adherence-based treatment and commitment to resilient people MS. Rooyesh-e-Ravanshenasi 2018; 2: 321-32. [Farsi]
31. Mandel SJ, Brent GA, Larsen PR. Levothyroxine therapy in patients with thyroid disease. Ann Intern Med 1993; 119: 492-502.
32. Amiri M, Jomhouri R, Zavareh AT, Bajestani HS. The Comparison of Anxiety and Stress between Patients with Hypothyroidism under Regular Medication Regimen with Normal Group. Health Research 2015; 1: 15-22. [Farsi]
33. Razvi S, McMillan CV, Weaver JU. Instruments used in measuring symptoms, health status and quality of life in hypothyroidism: a systematic qualitative review. Clin Endocrinol 2005; 63: 617-24.

Original Article

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Anxiety, Depression and Psychological well-being of Patients with Hypothyroidism

Fakharian N¹, Samari Safa J², Ghezelsefloo M³

¹Department of Guidance & Counseling, Faculty of Humanities, Islamic Azad University Khomeinishahr Branch, Isfahan, Iran, ²Department of Counseling & Psychology, Faculty of Humanities, Hormozgan University, Hormozgan, Iran, ³Department of Psychology, Faculty of Humanities & Sport Sciences, Gonbade Kavous University, Golestan, I.R. Iran

e-mail: nasrin_fakhar@yahoo.com

Received: 10/02/2019 Accepted: 11/08/2019

Abstract

Introduction: Hypothyroidism is one of the most common endocrine diseases, with an incidence of 2-10% in different populations. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on the anxiety, depression psychological well-being of patients with hypothyroidism. **Materials and Methods:** This quasi-experimental clinical trial study was performed on thirty women with hypothyroidism, who were selected using the purposive sampling method and randomly assigned in two groups, the intervention and controls (n=15 each). Data were collected using the Beck Anxiety inventory (BAI) Beck depression inventory (BDI) and psychological well-being Reef. Data analysis was done by SPSS-21 software and using the repeated measures ANOVA and Benferroni post hoc test. **Results:** Results of the repeated measure of variance analysis showed a significant difference between the performance of the experimental and control groups in anxiety ($P=0.001$, $F=14.16$) depression ($P=0.001$, $F=13.12$) and psychological well-being ($P=0.001$, $F=26.60$) in the post-test stage and after three months of follow-up. **Conclusion:** Findings indicate the effectiveness of ACT therapy on the anxiety, depression and psychological well-being of patients with hypothyroidism; confirming that this intervention can be used as a complementary treatment, along with medication, to improve the quality of life of these individuals.

Keywords: Anxiety, Depression, Psychological well-being, Acceptance and commitment therapy, Hypothyroidism