

## اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ترس از پیشرفت بیماری و واکنش روانی بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید هاشیماتو

اعظم حسین زاده<sup>۱</sup> و سلمان زارعی<sup>۲</sup>

تیروئیدیت هاشیموتو یک بیماری غدد درون ریز است که در آن مکانیسم های خود ایمنی مسوول تخریب تیروئید هستند. ترس از پیشرفت بیماری به عنوان یکی از مهمترین سازه های روان شناختی از شایع ترین علایم پریشانی و استرس را برای بیماران مبتلا به یک بیماری تهدید کننده زندگی محسوب می شود. هدف از این مطالعه، بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری بر ترس از پیشرفت بیماری و واکنش های روانشناختی بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید هاشیموتو بود. برای این منظور طی یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری و گروه کنترل ۳۲ نفر از بین بیماران مراجعه کننده به کلینیک های فوق تخصصی شهر کرج با تشخیص کم کاری تیروئید هاشیموتو به روش نمونه گیری در دسترس، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. آزمودنیها قبل، بعد و در آخره دوره پیگیری از نظر ترس از پیشرفت بیماری و واکنش روانی مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تفاوت معناداری را بین عملکرد دو گروه آزمایش و کنترل در ترس از پیشرفت بیماری و واکنش های روانشناختی در مرحله پس آزمون و پس از سه ماه پیگیری نشان داد. یافته ها بیانگر تاثیر درمان شناختی رفتاری بر ترس از پیشرفت بیماری و واکنش های روانشناختی بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید بود. به نظر میرسد می توان از این درمان به عنوان یک درمان مکمل در کنار دارودرمانی برای بهبود زندگی بیماران استفاده کرد.

**واژه های کلیدی:** درمان شناختی رفتاری، ترس از پیشرفت بیماری، واکنش روانی، هاشیماتو

### مقدمه

تیروئیدیت هاشیموتو یک بیماری غدد درون ریز است و مکانیسم های خود ایمنی مسوول تخریب تیروئید هستند و در آن انواعی از سلول ها و پادتن ها در پاسخ ایمنی دخالت دارند. این بیماری، علایم جسمانی از قبیل: داغ شدن بدن، عملکرد ضعیف دستگاه گوارش، تغییر وزن بدن و کاهش عملکرد

۱. دپارتمان روان شناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسوول) azam.4002@gmail.com

۲. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

جنسی و تولید مثل را دارد (ودال، استین، بیرکلند، دیست، رپانن، لاسکمون و همکاران، ۲۰۱۸). تیرویدیت هاشیموتو بیشتر سبب کم کاری تیروید می شود (یالسن، آلتنوا، کاونر، بولایر، اکترک، ارسلان و همکاران، ۲۰۱۷). کم کاری تیروید، کمبود ترشح هورمون تیروید توسط غده تیروید با کاهش عملکرد هورمون تیروید در سطح سلولی است. بیماری ممکن است با افزایش خطر نارسایی قلبی، بیماری عروق کرونر و مرگ و میر ناشی از بیماری عروق کرونر قلب همراه باشد. علاوه بر این، بیماران مبتلا به کم کاری تیروید ممکن است اختلال شناختی و علایم ی مانند خستگی و تغییرات منفی خلق و خوی داشته باشند (بیوندی، کاپولا و کوپر، ۲۰۱۹). به طور کلی مشکلات تیروید می تواند موجب علایم روانپزشکی از جمله افسردگی، اضطراب، نوسانات خلقی و روان پریشی شود (سامونلز، ۲۰۱۴). تحقیقات نشان می دهد که بیماری کم کاری تیروید می تواند با استرس های روان شناختی و فیزیکی همراه باشد (فخاریان، ثمری صفا و قرلسفلو، ۲۰۱۹). جانکلاس، بیانکو و بوئر (۲۰۱۴) این گونه توضیح دادند که بیماران مبتلا به کم کاری تیروید آرامش روانی کمتر و خستگی بیش تری را از خود بروز می دهند. در پژوهشی دیگر، نتایج نشان داد در این بیماران استرس یا عوامل استرس زا و اختلال های ناشی از ترس یافت می شود که در بعضی از موارد ممکن است کشنده باشد (داس سنتوس ویگاریو، وایسمن، کوئل، وارد، گرف، کاروالهو و همکاران، ۲۰۱۳). هم چنین، نتایج نشان داده است که استرس ها و پریشانی های روان شناختی می تواند با کاهش قدرت سیستم ایمنی در بروز اختلال های تیرویدی موثر باشد (قربانی و طهماسبی، ۲۰۱۸). بنابراین احتمالاً مشکلات تیروید می تواند ترس از پیشرفت بیماری و واکنش های روانی مختلفی در فرد بیمار ایجاد کند.

ترس از پیشرفت بیماری به عنوان یکی از مهم ترین سازه های روان شناختی از شایع ترین علایم پریشانی و استرس زا برای بیماران مبتلا به یک بیماری تهدید کننده زندگی محسوب می شود (برگ، بوک، داینکل، هنریچ، مارتن-میتگ، مارتنز و همکاران، ۲۰۱۱) و می توان آن را به عنوان یک ترس واکنشی، واقع بینانه تعریف کرد که کاملاً از آن آگاه هستند (هرشباخ و داینکل، ۲۰۱۴). این ترس ها، ترس های مربوط به بیماری را شامل می شود، از جمله ترس از کاهش عملکردی مداوم با همه پیامدهای زیستی، روانی و اجتماعی آن (گویل و مهدورن، ۲۰۱۹). ترس از پیشرفت بیماری قبلاً در بیماران بالغ با شرایط مزمن مختلف (برگ و همکاران، ۲۰۱۱؛ کوچ، جانسن، برنر و آرندت، ۲۰۱۳)، مراقبین و همسر آنها (زیمرمن، آلسلین و هنریچز، ۲۰۱۲) مورد بررسی قرار گرفته است. در میان بیماران با مشکل تیروید مزمن نیز ترس از پیشرفت بیماری و ترس از وضعیت آینده به دلیل عوارض جانبی عاطفی و جسمی مرتبط با بیماری گزارش شده است (هدمن، استرانگ، دجارو، ویدبرگ و

لاندگرن، ۲۰۱۷). ارتباط مثبت بالینی ترس از پیشرفت بیماری با اضطراب، افسردگی (سیمارد، تیوس، هامفریس، دیکسون، هایدن، میراسکندری و همکاران، ۲۰۱۳؛ کوچ و همکاران، ۲۰۱۳) و ارتباط منفی آن با کیفیت زندگی آشکار شده است (سیمارد و همکاران، ۲۰۱۳؛ هرشباخ و داینکل، ۲۰۱۴). علاوه بر این، در مواردی که افراد مبتلا در ترس خود از بیماری غرق شده باشند، در نتیجه نمی‌توانند به اندازه کافی رژیم درمانی را دنبال کنند و به دلیل اجتناب از معالجه پزشکی یا هرگونه محرک دیگر ترس از پیشرفت بیماری، به سطح ناتوانی عملکردی می‌رسند (هرشباخ، دوران، وادت، زتلر، آم و مارتن-میتنگ، ۱۹۹۷). از آنجا که ترس از پیشرفت بیماری به عنوان یک علت مرتبط با پریشانی در بیماران مبتلا به بیماری مزمن جسمی و اطرافیان آن‌ها شناخته شده است (برگ و همکاران، ۲۰۱۱؛ زیمرمن و همکاران، ۲۰۱۲)، بنابراین ضرورت انجام مداخله در این زمینه دوچندان است.

علاوه بر این طبق بررسی‌های انجام شده بیماری‌های مزمن، سلامت روانی و اجتماعی بیماران را در معرض خطر قرار می‌دهد. بر اساس نظریه و تحقیقات قبلی که نشان داده شد یک سیستم انگیزشی دفاعی در پاسخ به یک حادثه خاص فعال می‌شود (شیهان، درلگا، مادورو و وینستد، ۲۰۱۹) و به دلیل این که کم‌کاری تیروئید علائم ی مانند خستگی و خلق و خوی منفی دارد (ودال و همکاران، ۲۰۱۸)؛ بنابراین، حوادث تنیدگی‌زا و بیماری‌های مزمن احتمالاً موجب می‌شود که بیمار یک سری واکنش‌های روانی نسبت به بیماریش از خود نشان دهد که این واکنش‌ها شامل اضطراب، افسردگی، پرخاشگری مستقیم و غیر مستقیم، احساس درماندگی و عدم شایستگی و احساس ناامنی هستند (جانگ و ویسووات، ۲۰۱۷؛ جانکلاس و همکاران، ۲۰۱۴). از طرفی طبق بررسی‌های صورت گرفته زنان مبتلا به تیروئید عملکردهای شناختی ضعیفی دارند (سامونلز، ۲۰۱۴). این واکنش‌های روانی غیر عادی ممکن است منجر به اختلالات روانی مادام‌العمر شود (قربانی و طهماسبی، ۲۰۱۸) که ضرورت مداخله روان‌شناختی زودهنگام را نشان می‌دهد. در پژوهش حاضر با توجه به این که اکثر درمانگران عملی، روش‌های شناختی و رفتاری را چه از لحاظ نظری و چه از جهت کاربردی، با هم و در کنار هم مؤثر می‌دانند (سانمز، هاگن، آندرسن، رام، گرند، جنسن و همکاران، ۲۰۱۴)، مداخله مورد نظر درمان شناختی رفتاری است.

درمان شناختی-رفتاری بر این ایده مبتنی است که رفتار تحت تاثیر فرایندهای شناختی بوده و این فرایندها را می‌توان با استفاده از فنون شناختی و رفتاری تغییر داد. درمان شناختی-رفتاری به دسته‌ای از مداخلات با این فرض مشترک اشاره دارد که اختلالات و پریشانی‌های روانی توسط عوامل شناختی حفظ می‌شوند. اگرچه پروتکل‌های درمانی شناختی رفتاری، تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای در برخی

تکنیک‌های درمانی خاص دارند، لیکن در مدل اصلی و رویکرد کلی به درمان مشترکند. هدف کلی این رویکرد، کاهش علائم و بهبود در عملکرد و تخفیف بیماری است. به منظور رسیدن به این هدف، بیمار فعالانه در یک فرایند حل مساله برای آزمون و به چالش کشیدن اعتبار شناخت‌های ناسازگار و تغییر الگوهای رفتاری نابهنجار، شرکت می‌کند. این راهبردها به‌طور عمده روی عوامل شناختی، روانی و هیجانی و مؤلفه‌های رفتاری تأکید می‌کنند، اما برای نقشی که در ابقای اختلال بازی می‌کنند، نیز به رسمیت شناخته می‌شوند (عسکری، هاشمی‌نسب و فرجی، ۲۰۱۲). رویکردهای شناختی-رفتاری معتقدند که، با آموزش و توجه مناسب، افراد می‌توانند از تفکر خودشان آگاه بشوند. در واقع، افکار و اندیشه‌های فرد، واسطه پاسخ‌های عاطفی وی به شرایط مختلفی است که فرد خود را در آن‌ها می‌یابد. به همین ترتیب، شناخت‌ها یا افکار فرد قویاً الگوهای رفتاری فرد را در موقعیت‌های مختلف زندگی تحت تأثیر می‌گذارند. استدلال نظریه‌پردازان شناختی-رفتاری بر این است که شناخت بین رویداد و پاسخ‌های نوعی شخص در آن شرایط وساطت دارد. به‌خاطر شناخت‌های قابل فهم و وساطت کردن این پاسخ‌ها به شرایط متفاوت، فرد می‌تواند عامدانه روش پاسخگویی خود را به وقایعی که وی را احاطه می‌کنند، تغییر و تعدیل کند. فرد می‌تواند با فهم واکنش‌های رفتاری و هیجانی خود وظیفه‌مندتر و انطباقی‌تر عمل کند و از راهبردهای شناختی به‌طور سیستماتیک استفاده کند (کایچپرز، برکینگ، آندرسون، کوئیگلی، کلیبر و دابسون، ۲۰۱۳).

پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی-رفتاری در درمان اختلالات روانی گوناگون، موثر واقع شده است (سانمز و همکاران، ۲۰۱۴). در پژوهشی نتایج حاکی از آن بود که برنامه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گروه با کاهش دارویی برای کاهش بی‌خوابی در بیماران سرطانی با بی‌خوابی در یک محیط بالینی مفید می‌باشد (جانگ، یو و کیم، ۲۰۱۹). در تحقیقی دیگر که با هدف تغییر فعالیت‌های فیزیولوژیکی مرتبط با علائم ی که به طور غیرمستقیم با تغییر شیوه مقابله با عوامل استرس-زایی از سردرد با روش درمان شناختی رفتاری انجام شد، ادبیات موجود نشان داد که درمان شناختی در حفظ اثر درمانی طولانی‌مدت و همچنین کاهش سردرد نسبت به درمان بیوفیدبک در بیماران مبتلا به سردرد مزمن مؤثر است (کوه، ۲۰۱۸). در ایران نیز اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کنترل خشم، خلق افسرده، اضطراب و عواطف مثبت در بیماران مبتلا به ام اس (علوی و جبل‌عاملی، ۲۰۱۸؛ عسکری و همکاران، ۲۰۱۲) و کاهش مشکلات روان‌شناختی و کنترل قند کودکان مبتلا به دیابت ملیتوس نوع یک (محمدزاده، نادری، رجب، احدی و کراسکیان، ۲۰۱۸) و سلامت روانی در بیماران مبتلا به سرطانی (مقدم، مکوندی و پاک‌سرشت، ۲۰۱۵) مورد تأکید قرار گرفته است. همچنین در

پژوهشی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ادراک از بیماری و افزایش کیفیت زندگی مفید بوده است (برقی، دهخدايي و علي پور، ۲۰۱۹). علاوه بر این در پژوهشی سطح هورمون تیروئید ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی عمده قبل و بعد از ۲۰ جلسه هفتگی درمان رفتاری شناختی اندازه گیری شد. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر محور تیروئید، مشابه درمان داروهای ضد افسردگی جسمی تاثیر می گذارد (جاف، سگال و سینگر، ۱۹۹۶). اما تاکنون پژوهش جامع و منسجمی در زمینه اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ترس از پیشرفت بیماری و واکنش های روانی در میان بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید صورت نگرفته است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ترس از پیشرفت بیماری و واکنش های روانی بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید انجام شد.

## روش

پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه افراد مبتلا به کم کاری تیروئید اتوایمنی (هاشیموتو) تحت درمان منظم دارویی بود که در سه ماهه اول سال ۲۰۱۹ به کلینیک های پزشکان فوق تخصص غدد و متابولیسم شهر کرج مراجعه کردند. در این پژوهش، ابتدا ابزارهای پژوهش بر روی ۱۵۰ نفر از مراجعه کنندگان به کلینیک های پزشکان فوق تخصص غدد و متابولیسم شهر کرج که داوطلب به همکاری بودند، اجرا و با روش نمونه گیری در دسترس از میان آن ها متناسب با پیشنهادهای مرتبط با پژوهش های آزمایشی که ۳۰ نفر برای دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) پیشنهاد شده (دلاور، ۲۰۱۶)، و با توجه به امکان ریزش نمونه در مراحل دیگر، ۳۲ نفر از بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید انتخاب و پس از همسازی بر اساس جنسیت، وضعیت تاهل و گروه سنی به دو گروه (۱۶ نفر) تقسیم و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. معیارهای ورود شامل (مصرف حداقل ۶ ماه قرص لووتیروکسین به طور منظم، قرار داشتن TSH در محدوده طبیعی بین ۱ تا ۳، عدم ابتلای هم زمان به بیماری های صعب العلاج که شامل بیماری های نورولوژیک، بیماری های هماتولوژی، انکولوژی، عفونی، کلیوی، روماتولوژی و بیماری های مربوط به مراقبت ویژه هستند و تمایل و رضایت آگاهانه کتبی بیمار برای حضور در پژوهش) بود و افرادی با غیبت بیش از دو جلسه به صورت متوالی، مصرف داروهای روان گردان، دریافت روان درمانی دیگر هم زمان با آموزش، ابتلا به

بیماری‌های روان‌شناختی حاد از مطالعه کنار گذاشته شدند. سپس، به افراد واجد شرایط توضیحات تکمیلی در مورد نحوه انجام طرح از طریق مصاحبه داده شد و رضایت‌نامه آگاهانه اخذ شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که روش مذکور هیچ‌گونه عوارضی نداشته و در روند درمان متداول آن‌ها اختلالی ایجاد نخواهد کرد. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل مقیاس واکنش روانی<sup>۱</sup> و پرسشنامه ترس از پیشرفت<sup>۲</sup> بود.

مقیاس واکنش روانی توسط هانگ و فادا (۱۹۹۶) ساخته شده است. شامل ۱۴ گویه و چهار خرده مقیاس واکنش در برابر تسلیم، مقاومت در برابر نفوذ دیگران، واکنش در برابر تصحیت و توصیه و پاسخ هیجانی در برابر محدودیتی انتخاب است. گویه‌ها در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵) نمره‌گذاری می‌شوند. هانگ و فادا (۱۹۹۶) با اجرای این مقیاس بر روی ۱۴۲۵ دانشجوی دانشگاه و ۱۶۶۰ آزمودنی غیر دانشجوی در استرالیا پس از حذف سه گویه و با انجام مجدد تحلیل مولفه اصلی برای نسخه ۱۴ گویه‌ای و ۱۱ گویه‌ای به ترتیب برابر با ۰/۸۰ و ۰/۷۷ گزارش کردند. علاوه بر این در پژوهشی با اجرای دو نسخه ۱۱ و ۱۴ گویه‌ای بر روی دو نمونه ۵۳۹ و ۹۰۵ نفری از دانشجویان آمریکایی نتایج نشان داد، که همبستگی عاملی در مقیاس ۱۱ گویه‌ای از ۰/۲۹ تا ۰/۷۲ و در مقیاس ۱۴ گویه‌ای از ۰/۳۰ تا ۰/۸۱ متغیر است. پایایی زیرمقیاس‌ها نیز از ۰/۴۸ تا ۰/۶۴ در مقیاس ۱۴ گویه‌ای در نوسان بود (توماس، دائل و بابلتر، ۲۰۰۱). هم‌چنین در پژوهشی با اجرای نسخه ۱۴ گویه‌ای مقیاس بر روی ۱۲۸۶ دانشجوی سال اول در آمریکا و با استفاده از تحلیل عامل تاییدی دریافتند که مدل چهار عاملی از برازش خوبی برخوردار است (RMSEA=۰/۰۶، CFI=۰/۹۵ و RMR=۰/۰۸) همبستگی عاملی از ۴۸ تا ۸۱ متغیر بود (براون، فینی و فرنس، ۲۰۱۱). در پژوهش حاضر اعتبار پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه ترس از پیشرفت یک پرسشنامه خودگزارشی چندبعدی است که توسط هرشیباخ در سال ۲۰۱۰ برای بیماران مبتلا به سرطان، رماتیسم و دیابت در آلمان طراحی شده است. نسخه پایانی آن شامل ۴۳ ماده بود که ۵ زیرمقیاس داشت (واکنش عاطفی، خانواده، شغل، از دست دادن استقلال و مقابله با اضطراب). پاسخگویی به آن بر اساس یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از (هرگز= صفر تا بیشتر

- 
1. Psychological Response Scale
  2. Fear of Progress Questionnaire

اوقات = ۵) است. در پژوهش هر شباه، بوک و داینکل (۲۰۱۰) پرسشنامه از همسانی درونی بالایی برخوردار بوده است (آلفای کرونباخ = ۰/۹۵). اعتبار بازآزمایی بیش از یک هفته نیز ۰/۹۴ به دست آمد. در پژوهش منفی و دهشیری (۲۰۱۷) آلفای کرونباخ برای واکنش عاطفی ۰/۸۶، خانواده ۰/۷۲، شغل ۰/۷۶، از دست دادن خودمختاری ۰/۷۱ و آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ به دست آمد. جهت محاسبه اعتبار ابزار با استفاده از روش بازآزمایی مجدد با فاصله زمانی ۶ هفته مجدداً پرسشنامه ترس از پیشرفت در میان ۱۶ نفر از بیماران مبتلا به ام اس مورد مطالعه که به طور تصادفی انتخاب شده بودند، (۲=۰/۹۵) گزارش شد. در پژوهش حاضر پرسشنامه در میان بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید مورد بررسی قرار گرفت و آلفای کرونباخ برای این گروه از بیماران ۰/۷۷ به دست آمد.

### شیوه اجرا

پس از اخذ پیش آزمون از هر دو گروه آزمایش و کنترل، به منظور بالا بردن مشارکت گروهی تعداد ۱۶ نفر گروه آزمایش به دو گروه ۸ نفره تقسیم شدند و در ۸ جلسه هفتگی طی دو ماه و هر جلسه ۹۰ دقیقه آموزش شناختی رفتاری را در یکی از مراکز مشاوره شهر کرج (گروه اول پنج شنبه‌ها بین ساعت ۱۰ تا ۱۲ و گروه دوم پنج شنبه‌ها بین ساعت ۱۵ تا ۱۷) دریافت کردند و گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای را دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات، پس آزمون از هر دو گروه کنترل و آزمایش دریافت گردید. هم‌چنین در تمام مراحل پژوهش، مسائل اخلاقی از قبیل (داوطلب بودن نمونه، رازداری، قرار دادن نتایج تحقیق در اختیار آن‌ها، و این‌که افراد نمونه در هر مرحله از پژوهش اگر تمایل به همکاری نداشتند می‌توانند از ادامه همکاری انصراف دهند) رعایت گردید و در نهایت محتوای دوره آموزشی برای تمام افراد گروه کنترل از طریق برنامه‌های شبکه اجتماعی ارسال و کسانی که تمایل به برگزاری جلسه حضوری داشتند، به صورت فشرده طی ۴ جلسه به صورت گروهی هفته-ای دو جلسه برگزار گردید. بسته جلسات آموزشی در این مطالعه بر اساس برنامه درمانی شناختی-رفتاری ترکیبی از نظریه‌ها و فنون رفتار درمانی و شناخت درمانی است (مایلس-هوتون و شفران، ۲۰۱۵). شرح مختصری از روند اجرای جلسات در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

### جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری

|      |                                                                                            |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه | برگزاری یک جلسه حضوری به منظور آشنایی با شرکت کنندگان، بیان طرح درمانی و درمان اول         |
| اول  | شناختی-رفتاری به زبان ساده توضیح داده شد. قوانین برنامه درمانی به اعضا اعلام و توضیحاتی در |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه دوم   | مورد تیروید و کم کاری تیروید ارائه شد و در نهایت اجرای پیش آزمون. کار بر روی انواع مختلف خطاهای تفکر و افکار ناکارآمد که منجر به اضطراب، ترس از پیشرفت بیماری و سایر علائم روانشناختی بیماری می شود. تکالیف خانگی: شناسایی و ثبت افکار ناکارآمد بیمار بر روی یک برگه.                                                                                                                                                                              |
| جلسه سوم   | آموزش و بررسی مدل شناختی فکر و رفتار شناختی-رفتاری. توضیح در مورد افکار خودآیند منفی. معرفی و شناسایی خطاهای شناختی با میزان اعتقاد به آنها. تکالیف خانگی: شناسایی و ثبت عواملی که باعث ایجاد خطاهای شناختی می شود.                                                                                                                                                                                                                                |
| جلسه چهارم | آشنایی و آموزش با مدل ABCD. A حوادثی است که اتفاق افتاده است. B عقاید نسبت به آن حادثه، C پیامدهای هیجانی این شیوهی فکر کردن، D بحث در مورد افکار خودآیند منفی خود را تشخیص دهند، با این افکار درگیر شوند و سعی کنند به مرور افکار مثبت یا منطقی را جایگزین آن کنند. تکالیف خانگی: تحلیل رویدادهای استرسزای زندگی از طریق مدل ABCD.                                                                                                                |
| جلسه پنجم  | مروری بر جلسه قبل و مدل ABCD. آموزش جایگزینی افکار منفی با افکار مثبت. تکالیف خانگی: جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی در مدل ABCD.                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| جلسه ششم   | بحث در مورد اینکه چگونه اضطرابها و ترس از پیشرفت بیماری می تواند باعث کاهش اعتماد به نفس، لذت نبردن از زندگی و محدود کردن آن شود و این عوامل خود باعث کاهش علائم بیماری می شود. در جلسه فعالیت های لذت بخش و موانعی که آنها در آن درگیر می شوند، تعریف شد. هدف اصلی این است که کنترل درمانگر بر زندگی بیشتر و رویدادها و افکارهای منفی نتواند کنترل زندگی را بر عهده بگیرند. تکالیف خانگی: اجرای فعالیت های لذت بخش و گزارش نتیجه آن در جلسه بعدی. |
| جلسه هفتم  | آموزش تکنیک هایی که می تواند در مواقع مواجهه با مشکلات روانشناختی از آنها استفاده کنند مانند ریلکسیشن و مراقبه. تکالیف خانگی: اجرای آموزش ریلکسیشن و مراقبه در خانه.                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| جلسه هشتم  | جمع بندی جلسات و آموزش راهبردهایی برای پیشگیری از بازگشت. بحث و بررسی در مورد عوامل موثر و راه انداز بازگشت و عود مشکلات و ترس ها.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

برای تحلیل داده ها از واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. داده ها با بیست و پنجمین ویرایش نرم افزار SPSS تحلیل شد.

### یافته ها

در جدول شماره ۲، اطلاعات توصیفی مربوط به متغیر ترس از پیشرفت بیماری، مولفه های مقیاس واکنش روانشناختی به صورت تفکیک پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است. چنانچه در جدول شماره ۲ ملاحظه می شود، میانگین نمره های ترس از پیشرفت



بیماری و مولفه‌های واکنش روانشناختی، در بیماران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل و نیز نسبت به مرحله پیش‌آزمون در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش داشته است.

## جدول ۲. یافته‌های توصیفی دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرها

### در سه مرحله اندازه‌گیری

| کنترل |        | آزمایش |        | مرحله     | متغیرها                             |
|-------|--------|--------|--------|-----------|-------------------------------------|
| sd    | M      | sd     | M      |           |                                     |
| ۱۹/۲۳ | ۱۱۱/۳۷ | ۱۹/۱۳  | ۱۱۱/۲۵ | پیش‌آزمون | ترس از پیشرفت بیماری                |
| ۲۰/۳۷ | ۱۰۹/۴۴ | ۱۱/۷۶  | ۹۶/۸۱  | پس‌آزمون  |                                     |
| ۱۶/۲۰ | ۱۱۵/۳۱ | ۱۱/۱۶  | ۹۴/۷۵  | پیگیری    |                                     |
| ۲/۵۰  | ۱۱/۳۱  | ۲/۱۳   | ۲۰/۴۱  | پیش‌آزمون | مقاومت در مقابل نفوذ دیگران         |
| ۲/۰۱  | ۱۰/۴۱  | ۲/۰۱   | ۹/۵۰   | پس‌آزمون  |                                     |
| ۲/۸۵  | ۱۲/۲۰  | ۱/۱۸   | ۹/۱۰   | پیگیری    |                                     |
| ۱/۰۹  | ۱۰/۱۵  | ۱/۱۰   | ۱۰/۲۰  | پیش‌آزمون | واکنش در برابر نصیحت                |
| ۰/۹۸  | ۱۱/۸۹  | ۱/۴۰   | ۶/۱۴   | پس‌آزمون  |                                     |
| ۱/۸۰  | ۱۱/۱۰  | ۱/۲۰   | ۸/۱۲   | پیگیری    |                                     |
| ۱/۸۹  | ۱۰/۴۱  | ۲/۱۲   | ۱۶/۱۷  | پیش‌آزمون | پاسخ هیجانی در برابر محدودیت انتخاب |
| ۱/۹۰  | ۱۱/۳۰  | ۲/۴۰   | ۱۲/۸۰  | پس‌آزمون  |                                     |
| ۲/۲۰  | ۱۱/۸۴  | ۲/۳۹   | ۱۰/۲۰  | پیگیری    |                                     |
| ۱/۰۱  | ۸/۵۰   | ۲/۵۳   | ۹/۲۳   | پیش‌آزمون | واکنش در برابر تسلیم                |
| ۱/۴۲  | ۸/۴۱   | ۲/۵۳   | ۸/۳۱   | پس‌آزمون  |                                     |
| ۱/۹۰  | ۹/۰۱   | ۱/۳۰   | ۷/۲۰   | پیگیری    |                                     |
| ۵/۱۸  | ۵۱/۵۰  | ۶/۵۱   | ۵۵/۳۷  | پیش‌آزمون | نمره کل واکنش روانی                 |
| ۵/۲۳  | ۵۴/۷۴  | ۵/۰۶   | ۴۹/۱۰  | پس‌آزمون  |                                     |
| ۸/۱۵  | ۴۰/۱۹  | ۵/۰۴   | ۴۳/۵۶  | پیگیری    |                                     |

برای آزمون این فرضیه که آیا درمان شناختی رفتاری بر ترس از پیشرفت بیماری و واکنش‌های روانی بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید موثر است از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. پیش‌فرض‌های تحلیل اندازه‌گیری مکرر شامل همگنی ماتریس‌های کواریانس می‌باشد که از آزمون M باکس استفاده شد ( $M\ BOX = ۶/۳۲$ ،  $F = ۰/۲۵۲$ ،  $P > ۰/۰۵$ ) که نشان‌دهنده این است که ماتریس کواریانس در متغیرهای وابسته در گروه‌ها مساوی است. هم‌چنین از آزمون لوین در مورد تساوی واریانس‌های خطا استفاده شد ( $F = ۱/۱۵۱$ ،  $P = ۰/۳۳۲$ ) که نشان‌دهنده تساوی واریانس خطا

می‌باشد. با محاسبه همگنی شیب رگرسیون ( $F=10/41$ ,  $P=0/184$ )، که حاکی از معنی‌دار نبودن این مفروضه بود، می‌توان نتیجه گرفت همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است و در نهایت به منظور بررسی یکسانی واریانس تفاوت بین همه ترکیب‌های مربوط به گروه‌ها از آزمون موخلی استفاده شد ( $X^2=17/45$ ,  $P=0/650$ )، که نشان‌دهنده برقراری این مفروضه است. لذا می‌توان از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده کرد

**جدول ۳. تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه نمره‌های سه مرحله در گروه‌ها**

| متغیر                               | منبع تغییرات | SS     | df   | MS     | F     | Sig.  | اندازه اثر |
|-------------------------------------|--------------|--------|------|--------|-------|-------|------------|
| ترس از پیشرفت بیماری                | مراحل مداخله | ۴۱۵/۳۷ | ۱/۰۴ | ۴۳۱/۱۹ | ۹/۹۲  | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۱       |
|                                     | مراحل × گروه | ۴۲۵/۱۲ | ۱/۰۴ | ۴۲۰/۱۷ | ۹/۴۱  | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۱       |
|                                     | بین گروهی    | ۶۴۵/۱۲ | ۱    | ۶۴۵/۱۲ | ۶/۴۱  | ۰/۰۰۵ | ۰/۲۸       |
| مقاومت در مقابل نفوذ دیگران         | مراحل مداخله | ۷۶/۲۰  | ۱/۲۵ | ۶۶/۴۰  | ۱۱/۰۴ | ۰/۰۰۴ | ۰/۲۹       |
|                                     | مراحل × گروه | ۱۰۵/۱۹ | ۱/۱۵ | ۸۹/۴۰  | ۱۴/۴۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۲       |
|                                     | بین گروهی    | ۳۵۰/۳۱ | ۱    | ۳۵۰/۱۷ | ۲۱/۳۲ | ۰/۰۰۲ | ۰/۲۵       |
| واکنش در برابر نصیحت                | مراحل مداخله | ۷۸/۸۶  | ۱/۴۲ | ۷۲/۹۲  | ۱۵/۸۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۶       |
|                                     | مراحل × گروه | ۸۲/۴۵  | ۱/۴۲ | ۷۴/۲۳  | ۱۶/۵۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۶       |
|                                     | بین گروهی    | ۷۶/۴۵  | ۱    | ۷۶/۴۵  | ۹/۴۵  | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۸       |
| پاسخ هیجانی در برابر محدودیت انتخاب | مراحل مداخله | ۹۲/۰۱  | ۱/۲۲ | ۸۵/۴۰  | ۱۸/۳۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۹       |
|                                     | مراحل × گروه | ۱۰۱/۴۲ | ۱/۲۲ | ۹۱/۲۴  | ۲۰/۲۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۹       |
|                                     | بین گروهی    | ۹۵/۱۸  | ۱    | ۹۵/۱۸  | ۱۵/۷۴ | ۰/۰۰۲ | ۰/۲۲       |
| واکنش در برابر تسلیم                | مراحل مداخله | ۴۲/۲۵  | ۱/۴۳ | ۳۶/۱۰  | ۴/۵۰  | ۰/۴۴  | ۰/۱۸       |
|                                     | مراحل × گروه | ۴۴/۱۹  | ۱/۴۳ | ۳۸/۲۱  | ۶/۳۶  | ۰/۴۴  | ۰/۱۲       |
|                                     | بین گروهی    | ۳۲/۳۶  | ۱    | ۳۲/۳۶  | ۲/۲۵  | ۰/۵۲  | ۰/۰۶       |
| نمره کل واکنش روانی                 | مراحل مداخله | ۲۵۱/۴۲ | ۱/۴۲ | ۴۱۸/۲۵ | ۲۱/۲۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۱       |
|                                     | مراحل × گروه | ۳۲۵/۳۲ | ۱/۴۲ | ۶۱۰/۱۴ | ۲۵/۴۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۱       |
|                                     | بین گروهی    | ۲۴۵/۸۹ | ۱    | ۲۴۵/۸۹ | ۱۸/۸۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۶       |

جدول ۳ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش نمره کل ترس از پیشرفت بیماری، مولفه‌های واکنش روانی شامل مقاومت در مقابل نفوذ دیگران، واکنش در برابر نصیحت، پاسخ هیجانی در برابر محدودیت انتخاب، واکنش در برابر تسلیم و نمره کل واکنش روانی در سطح ( $p>0/05$ ) معنادار

است. جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین بین نمره‌های ترس از پیشرفت بیماری و مولفه‌های واکنش روانی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش معنادار است، اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری در متغیر مولفه‌های واکنش روانی و ترس از پیشرفت بیماری معنادار است. این تفاوت بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثربخشی درمان شناختی رفتاری پایدار بوده است.

جدول ۴. نتایج آزمون بونفرونی در مورد متغیرها در سه مرحله گروه آزمایش

| معنی‌داری | تفاوت میانگین | زمان                | متغیر                               |
|-----------|---------------|---------------------|-------------------------------------|
| ۰/۰۲۱     | ۱۴/۴۴         | پیش‌آزمون- پس‌آزمون | ترس از پیشرفت بیماری                |
| ۰/۰۰۱     | ۱۳/۴۱         | پیش‌آزمون- پیگیری   |                                     |
| ۰/۳۶۷     | ۳/۰۶          | پس‌آزمون- پیگیری    |                                     |
| ۰/۰۰۱     | ۵/۴۱          | پیش‌آزمون- پس‌آزمون | مقاومت در مقابل نفوذ دیگران         |
| ۰/۰۰۱     | ۵/۲۱          | پیش‌آزمون- پیگیری   |                                     |
| ۰/۸۴۵     | ۰/۲۱          | پس‌آزمون- پیگیری    |                                     |
| ۰/۰۰۱     | ۷/۷۸          | پیش‌آزمون- پس‌آزمون | واکنش در برابر نصیحت                |
| ۰/۱۲      | ۵/۲۸          | پیش‌آزمون- پیگیری   |                                     |
| ۰/۸۹۰     | -۲/۱۲         | پس‌آزمون- پیگیری    |                                     |
| ۰/۰۰۱     | ۳/۱۵          | پیش‌آزمون- پس‌آزمون | پاسخ هیجانی در برابر محدودیت انتخاب |
| ۰/۰۲۱     | ۴/۷۴          | پیش‌آزمون- پیگیری   |                                     |
| ۰/۱۴      | ۱/۱۲          | پس‌آزمون- پیگیری    |                                     |
| ۰/۱۲      | ۱/۱۲          | پیش‌آزمون- پس‌آزمون | واکنش در برابر تسلیم                |
| ۰/۰۱۸     | ۲/۴۵          | پیش‌آزمون- پیگیری   |                                     |
| ۰/۱۴      | ۱/۱۰          | پس‌آزمون- پیگیری    |                                     |
| ۰/۰۴۷     | ۶/۳۷          | پیش‌آزمون- پس‌آزمون | واکنش روانی                         |
| ۰/۰۰۱     | ۱۵/۱۹         | پیش‌آزمون- پیگیری   |                                     |
| ۰/۰۰۳     | ۸/۸۱          | پس‌آزمون- پیگیری    |                                     |

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ترس از پیشرفت بیماری و واکنش روانی بیماران مبتلا به تیروئید انجام شد. نتایج تحلیل نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر ترس از پیشرفت بیماری و واکنش روانی بیماران مبتلا به تیروئید تاثیر معنی داری دارد. پژوهشی که مستقیماً به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ترس از پیشرفت بیماری و واکنش روانی بیماران تیروئید پردازد، تاکنون انجام نشده است؛ اما در مورد اثربخش بودن این درمان در سایر مشکلات روانشناختی در بین بسیاری از بیماران از جمله بیماران مبتلا به ام اس (عسکری و همکاران، ۲۰۱۲؛ علوی و جبل عاملی، ۲۰۱۸) و بیماران دیابتی (محمدزاده و همکاران، ۲۰۱۸) و سردرد مزمن (کوه، ۲۰۱۸)، سلامت روانی بیماران سرطانی (مقدم و همکاران، ۲۰۱۵) و کاهش افسردگی بیماران تیروئید (جاف و همکاران، ۱۹۹۶) همسو است.

بیماران تیروئیدی به دلیل علائمی که کم کاری تیروئید در بدن آنها ایجاد می کند باعث به وجود آمدن مشکلات روانشناختی متعددی در آنان می شود که بر پیشرفت بیماری آنها تاثیر می گذارد و باعث شکل گیری ترس فراینده ای از پیشرفت بیماری می شود؛ از این رو درمان شناختی رفتاری با استفاده از تکنیک هایی نظیر افزایش آرامش روانی، آرامش سازی عضلانی و آموزش بازیابی فعالیت، ساختار بخشیدن به فعالیت های روزانه و افزایش میزان فعالیت های همراه با لذت و موفقیت، به فرد کمک می کند و با توجه به اینکه پاسخ های رفتاری ناشی از ترس بیماران از پیشرفت بیماری در بیماران کم کاری تیروئید به دلیل باورهای ناکارآمد یا نادرست آنان درباره بیماری و علل آن و درمان است، این باورها با آموزش شناسایی و ارزیابی افکار خودآیند، شناسایی خطاهای شناختی رایج نسبت به ترس از پیشرفت بیماری و آموزش پاسخ دهی به افکار خودآیند و تعدیل آنها تغییر می کند و ترس از پیشرفت بیماری در بیماران مبتلا به کم کار تیروئید ی کاهش می یابد. همچنین می توان گفت؛ درمان شناختی رفتاری سطح هورمون تیروئید را برطرف نمی کند، اما می تواند به فرد کمک کند تا به روشی برابرتر بیماری خود را رسیدگی و پردازش کند. این درمان به بیماران کمک می کند این شرایط مزمن را بپذیرند و در زمینه بهبود سلامت جسمی خود نیز کار کنند. بیمار به احساسات، افکار و نحوه رفتارش به دید منفی نگاه می کند و افکار منفی می تواند فرد را در یک چرخه ناسالم نگه دارد. مداخله شناختی رفتاری، با آموزش اینکه فرد چگونه الگوهای تفکر منفی و رفتارهایش را تغییر دهد و به رفتارهایی تبدیل کند که می تواند باعث بهبود احساسات ذهنی شود، این چرخه را می شکند. درمان شناختی رفتاری به جای صحبت کردن در مورد گذشته، بر روی مشکلات فعلی زندگی بیمار کار می - کند و به بیمار کمک می کند با پذیرش بیماری بر ترس خود از پیشرفت بیماری و در نتیجه واکنش -

های منفی ناشی از این ترس از پیشرفت بیماری جلوگیری کند. در دوره درمان شناختی رفتاری، بیمار مشکلات تیروئید را به عنوان بخش دیگری از خود و زندگی خود، که مقصر آن نیست پذیرفته، و پربارترین کاری که می‌توانست وی را به جلو ببرد این بود که فقط روی پذیرش و مدیریت آن کار کند. دادن تکالیف مربوط به درمان شناختی رفتاری به بیمار کمک کرد، با ردیابی اینکه چه نوع افکاری مرا تحت فشار قرار می‌دهد که مضطرب یا بخصوص افسرده و ناراحت می‌شوم، بتواند بفهمد که ترس‌های ریشه‌دارش چیست و برای حل مشکلات به روشی که فکر می‌کرد، آنها را به چالش بکشد. در درمان شناختی رفتاری به بیماران آموزش داده شد که برای اینکه بتوانند در سلامتی خود موثرتر باشند، تصمیم بگیرند که چه کاری باید انجام دهند. بنابراین طبیعی است که گروه آزمایش پس از گذراندن ۸ جلسه آموزش در متغیر ترس از پیشرفت بیماری بهبود داشته باشند.

در مورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مولفه‌های واکنش روانی باید گفت؛ آگاهی افراد از تاثیرات عواطف منفی بر سلامت روان آنها و مزایای داشتن زندگی شاد، باعث می‌شود که برای کاهش عواطف منفی، داشتن زندگی شاد و در نتیجه افزایش عواطف مثبت در خود انگیزه پیدا کرده و تلاش کنند (آلن، ۲۰۱۸). هم‌چنین همین آگاهی باعث بالا رفتن تمایل افراد برای انجام تکالیف خانگی و تمرین فنون فراگرفته در جلسات درمانی می‌شود که می‌تواند منجر به کاهش واکنش‌های روانی مانند مقاومت در برابر نصیحت دیگران و یا و پاسخ‌های هیجانی منفی از مولفه‌های واکنش روانی در افراد مبتلا به کم‌کاری تیروئید شود. بر طبق درمان شناختی- رفتاری تفکرات مثبت و منطقی جایگزین تفکرات منفی و غیر منطقی و تحریفات فکری شده و سعی می‌شود با آموزش شیوه صحیح به چالش کشیدن این افکار ناکارآمد و جایگزینی آن با افکار مثبت، نحوه تفکر و ادراک فرد اصلاح شود که این افکار مثبت هم می‌توانند با تقویت مثبت‌اندیشی و رفتارهای مثبت، دامنه روابط اجتماعی و سازگاری اجتماعی را افزایش داده و از واکنش‌های روانشناختی افراد مبتلا به کم‌کاری تیروئید کم نمایند. علاوه بر این در درمان شناختی رفتاری تاکید می‌شود که الگوهای رفتاری آموختنی هستند. بر این اساس از طریق درمان شناختی- رفتاری اسنادهای منفی و بازخوردهای منفی و تحریف شده و اهداف غیرواقع‌بینانه و رفتارهای ناکارآمد با رفتارهای سازگارانه و اهداف واقع‌بینانه تعدیل و جایگزین شد (بلوچی، آتش‌پور و گل‌پرور، ۲۰۱۹).

در جلسات مداخله با کاربرد فنون درمان-شناختی رفتاری به باز ارزشیابی منطقی تفکرات اعضا پرداخته شد و آن تفکرات اصلاح شدند و از این طریق احساس مثبت‌تری در ارتباطات اجتماعی در

افراد مبتلا به کم کاری تیروئید پدید آمد و از این طریق مولفه های واکنش روانی نیز در آنان کاهش یافت.

## References

- Alavi, M. S., & Jebel Ameli, S. (2018). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Emotional Control of MS Patients in the City of Isfahan. *Jorjani Biomedicine Journal*, 6(1), 44-54. (Persian)
- Allen, B. (2018). Implementing trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT) with preteen children displaying problematic sexual behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(2), 240-249.
- Asgari, M., Hashemi-Nasab, B., & Faraji, F. (2012). The Effect of Cognitive-Behavior Stress Management Treatment on Quality of Life and Depression in Female Multiple Sclerosis Patients. *Jorjani Biomedicine Journal*, 2(5), 140-164. (Persian)
- Baluchi, B., Atashpour, H., Golparvar, M. (2019). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on the Interpersonal Problems of the People with Sexual Identity Disorder. *Journal of Analytical-Cognitive Psychology*, 10, 49-59. (Persian)
- Barghi irani, Z., Dehkhodaei, S., & Alipour, A. (2019). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy and treatment based on acceptance and commitment in adherence to treatment, illness perception and quality of life in hemophilic patients. *Scientific Journal of Iranian Blood Transfusion Organization*, 16 (4), 289-299. (Persian)
- Berg, P., Book, K., Dinkel, A., Henrich, G., Marten-Mittag, B., Mertens, D., Ossner, C., Volmer, S., Herschbach, P. (2011). Progredienzangst bei chronischen Erkrankungen. *PPmP-Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische Psychologie*, 61(1), 32-37.
- Biondi, B., Cappola, A. R., & Cooper, D. S. (2019). NAO EDITADO Subclinical Hypothyroidism. *Jama*, 322(2):153-160.
- Brown, A. R., Finney, S. J., & France, M. K. (2011). Using the bifactor model to assess the dimensionality of the Hong Psychological Reactance Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 71(1), 170-185.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376-385.
- Delavar, A. (2016). *Fundamentals and Scientific Research in the Humanities and Social Sciences*. Tehran: Roshd. (Persian)
- Dos Santos Vigário, P., Vaisman, F., Coeli, C. M., Ward, L., Graf, H., Carvalho, G., ... & Vaisman, M. (2013). Inadequate levothyroxine replacement for primary hypothyroidism is associated with poor health-related quality of life—a Brazilian multicentre study. *Endocrine*, 44(2), 434-440.
- Fakharian, N., samari safa, J., & ghezelsefloo, M. (2019). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Anxiety, Depression and Psychological well-being of Patients with Hypothyroidism. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2 (21), 65-72. (Persian)
- Ghorbani, M., Tahmasebi, F. (2018). Role of Psychological Factors in Hypothyroidism in Women in Isfahan. *Hakim Research Journal*, 21(1): 41-49. (Persian)
- Goebel, S., & Mehdorn, H. M. (2019). Fear of disease progression in adult ambulatory patients with brain cancer: prevalence and clinical correlates. *Supportive Care in Cancer*, 27(9), 3521-3529.
- Hedman, C., Strang, P., Djärv, T., Widberg, I., & Lundgren, C. I. (2017). Anxiety and fear of recurrence despite a good prognosis: an interview study with differentiated thyroid cancer patients. *Thyroid*, 27(11), 1417-1423.
- Herschbach, P., & Dinkel, A. (2014). Fear of progression. In *Psycho-Oncology* (pp. 11-29). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Herschbach, P., Book, K., Dinkel, A., Berg, P., Waadt, S., Duran, G., ... & Henrich, G. (2010). Evaluation of two group therapies to reduce fear of progression in cancer patients. *Supportive care in cancer*, 18(4), 471-479.
- Herschbach, P., Duran, G., Waadt, S., Zettler, A., Amm, C., Marten-Mittag, B., & Strian, F. (1997). Psychometric properties of the Questionnaire on Stress in patients with Diabetes—Revised (QSD-R). *Health Psychology*, 16(2), 171.
- Hong, S. M., Faedda, S. (1996). Refinement of the Hong psychological reactance scale. *Educational and psychological measurement*, 56(1), 173-182.

- Joffe, R., Segal, Z., & Singer, W. (1996). Change in thyroid hormone levels following response to cognitive therapy for major depression. *The American journal of psychiatry*, 153(3), 411.
- Jonklaas, J., Bianco, A. C., Bauer, A. J. (2014). Guidelines for the treatment of hypothyroidism: prepared by the American thyroid association task force on thyroid hormone replacement. *Thyroid*, 24(12):1670-1751.
- Jung, H. J., Yu, E. S., & Kim, J. H. (2019). Combined Program of Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia and Medication Tapering in Cancer Patients: A Clinic-Based Pilot Study. *Behavioral sleep medicine*, 18(3), 386-395.
- Jung, M. S., & Visovatti, M. (2017). Post-treatment cognitive dysfunction in women treated with thyroidectomy for papillary thyroid carcinoma. *Supportive Care in Cancer*, 25(3), 915-923.
- Koch, L., Jansen, L., Brenner, H., & Arndt, V. (2013). Fear of recurrence and disease progression in long-term ( $\geq 5$  years) cancer survivors—a systematic review of quantitative studies. *Psycho-oncology*, 22(1), 1-11.
- Koh, K. B. (2018). Cognitive behavioral therapy for patients with chronic headache. In *Stress and Somatic Symptoms* (pp. 207-216). Springer, Cham.
- Manafi, F., & Dehshiri, G. (2017). Fear of disease progression in patients with cancer and multiple sclerosis and its relation to emotional problems. *Journal Health Psychology*, 6 (22), 115-130. (Persian)
- Moghadam, M., Makvandi, B., & Pakseresht, S. (2015). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Coping Styles of Patients with Cancer in Ahvaz. *Journal of Research in Psychological Health*, 9(2), 34-39. (Persian)
- MohammadZadehFarhani, A., Naderi, F., Rajab, A., Ahadi, H., & Kraskian, A. (2018). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on psychological problems and Blood glucose control in children with diabetes mellitus type I. *Journal of Pediatric Nursing*, 4(3), 56-63. (Persian)
- Myles-Hooton, P., & Shafraan, R. (2015). *The CBT Handbook: A comprehensive guide to using Cognitive Behavioural Therapy to overcome depression, anxiety and anger*. Robinson.
- Saffarinia, M. (2015). Investigation of Psychometric Properties of Psychological Reaction Scale in Iranian Population. *Social Psychology Research*, 18(2), 99. (Persian)
- Samuels, M. H. (2014). Psychiatric and cognitive manifestations of hypothyroidism. *Current opinion in endocrinology, diabetes, and obesity*, 21(5), 377.
- Sheehan, B. E., Derlega, V. J., Maduro, R. S., & Winstead, B. A. (2019). Prior experiences with racial discrimination predict psychological reactions to a recent incident of race-based rejection among African American university students. *Journal of Loss and Trauma*, 24(2), 115-128.
- Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S., Ozakinci, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *Journal Cancer Survivorship*, 7(3), 300-322.
- Sönmez, N., Hagen, R., Andreassen, O. A., Romm, K. L., Grande, M., Jensen, L. H., Morrison, A. P., Melle, I., & Rössberg, J. I. (2014). Cognitive Behavior Therapy in First- Episode Psychosis With a Focus on Depression, Anxiety, and Self-Esteem. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21, 43-54.
- Thomas, A., Donnell, A. J., & Buboltz Jr, W. C. (2001). The Hong psychological reactance scale: A confirmatory factor analysis. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34(1), 2-13.
- Vedal, T. S. J., Steen, N. E., Birkeland, K. I., Dieset, I., Reponen, E. J., Laskemoen, J. F., ... & Jönsson, E. G. (2018). Free thyroxine and thyroid-stimulating hormone in severe mental disorders: A naturalistic study with focus on antipsychotic medication. *Journal of Psychiatric Research*, 106, 74-81.
- Yalcin, M. M., Altinova, A. E., Cavnar, B., Bolayir, B., Akturk, M., Arslan, E., ... & Toruner, F. B. (2017). Is thyroid autoimmunity itself associated with psychological well-being in euthyroid Hashimoto's thyroiditis?. *Endocrine Journal*, 64(4), 425-429.
- Zimmermann, T., Alsleben, M., Heinrichs, N. (2012). Progredienzangst gesunder Lebenspartner von chronisch erkrankten Patienten. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatic· Medizinische Psychologie*, 62(09/10), 344-351.

Journal of  
Thought & Behavior in Clinical Psychology  
Vol. 15 (No. 57), pp.47-62, 2020

## The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Fear of Disease Progression and Psychological Distress of Patients with Hypothyroidism

Hoseinzadeh, Azam<sup>1</sup> & Zarei, Salman<sup>2</sup>

Received: 2018/10/11

Accepted: 2020/8/17

Fear of disease progression as one of the most important psychological structures is one of the most common symptoms distress and stress for patients with a life-threatening disease. Fear of disease progression can be defined as a realistic reactive fear of which the person is fully aware. The aim of study was to investigate the effect of cognitive behavioral therapy on the psychological distress and fear of disease progression of patients with hashimoto's hypothyroidism. For this purpose, in a quasi-experiential study with pre-test, post-test, follow up and control group, 32 patients with hashimoto's hypothyroidism among the patients referred to clinics of subspecialty physicians in Karaj were selected by available sample and randomly divided into experimental and control groups (n= 16 each). The groups were evaluated for psychological distress and fear of disease progression before and after the treatment intervention and three months after the end of the research. The result of analysis of covariance with repeated measures showed a significant difference in fear of disease progression and psychological distress between the performance of two experimental and control groups. The results indicate the effect of cognitive behavioral therapy on the fear of disease progression and psychological distress in patients with hypothyroidism; therefore, this intervention can be used as a complementary treatment, along with medication, to improve the lives of patients with hashimoto's disease.

**Keywords:** Cognitive Behavioral Therapy, Fear of Disease Progression, Psychological Distress, Hypothyroidism

<sup>1</sup> Dept. of Psychology. South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran,  
(Corresponding Author) azam.4002@gmail.com

<sup>2</sup> Dept. of Psychology. Lorestan University, Khoramabad, Iran