

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

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

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 تهدیدکننده زندگی محسوب می شود. ترس از پیشرفت بیماری را می توان به عنوان یک ترس واکنشی، واقع بینانه تعریف کرد که فرد کاملاً از آن آگاه است. هدف پژوهش، بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری بر ترس از پیشرفت بیماری و واکنش های روان شناختی بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید هاشیموتو بود. برای این منظور طی یک مطالعه نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری و گروه کنترل، ۳۲ نفر بیمار مبتلا به کم کاری تیروئید هاشیموتو از بین بیماران مراجعه کننده به کلینیک های پزشکان فوق تخصص شهر کرج به روش نمونه گیری در دسترس، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۶ نفر در هر گروه) قرار گرفتند. گروهها قبل و بعد از پایان مداخله و سه ماه بعد از اتمام پژوهش از نظر ترس از پیشرفت بیماری و واکنش روان شناختی مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحلیل کواریانس با اندازه گیری مکرر تفاوت معناداری را بین عملکرد دو گروه آزمایش و کنترل در ترس از پیشرفت بیماری، و واکنش های روان شناختی نشان داد. یافته ها بیانگر تاثیر درمان شناختی رفتاری بر ترس از پیشرفت بیماری و واکنش های روان شناختی بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید بود؛ بنابراین می توان از این درمان به عنوان یک درمان مکمل در کنار دارودرمانی برای بهبود زندگی بیماران مبتلا به بیماری هاشیموتو استفاده کرد.

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

تیروئید.

### مقدمه

تیروئیدیت هاشیموتو یک بیماری غدد درون ریز است و مکانیسم های خود ایمنی مسیول تخریب تیروئید هستند و در آن انواعی از سلول ها و پادتن ها در پاسخ ایمنی دخالت دارند. این بیماری،

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

۲. دپارتمان روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

علائم جسمانی از قبیل داغ شدن بدن، عملکرد ضعیف دستگاه گوارش، تغییر وزن بدن و کاهش عملکرد جنسی و تولید مثل را دارد (ودال، استین، بیرکلند و همکاران، ۲۰۱۸). تیرویدیت هاشیموتو بیشتر سبب کم کاری تیروئید می‌شود (یالسن، آلتنوا، کاونر، بولایر و همکاران، ۲۰۱۷). کم کاری تیروئید، کمبود ترشح هورمون تیروئید توسط غده تیروئید با کاهش عملکرد هورمون تیروئید 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 تیروئید ممکن است اختلال شناختی و علایمی مانند خستگی و تغییرات منفی خلق و خوی داشته باشند (بیوندی، کاپولا و کوپر، ۲۰۱۹).

مشکلات تیروئید می‌توانند موجب علایم روانپزشکی از جمله افسردگی، اضطراب، نوسانات خلقی و روان‌پریشی شود (سامویلز، ۲۰۱۴). تحقیقات نشان می‌دهد که بیماری کم کاری تیروئید می‌تواند با استرس‌های روان‌شناختی و فیزیکی همراه باشد (فخاریان، ثمری صفا و قزلسفلو، ۲۰۱۹). جانکلاس، بیانکو و بویر (۲۰۱۴) این‌گونه توضیح دادند که بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید آرامش روانی کمتر و خستگی بیش‌تری را از خود بروز می‌دهند. در پژوهشی دیگر، نتایج نشان داد در این بیماران استرس یا عوامل استرس‌زا و اختلال‌های ناشی از ترس یافت می‌شود که در بعضی از موارد ممکن است کشنده باشد (داس سنتوس ویگاریو، وایسمن، کوپل و همکاران، ۲۰۱۳). هم‌چنین، نتایج نشان داده است که استرس‌ها و پریشانی‌های روان‌شناختی می‌تواند با کاهش قدرت سیستم ایمنی در بروز اختلال‌های تیروئیدی موثر باشد (قربانی و طهماسبی، ۲۰۱۸). ترس از پیشرفت بیماری به عنوان یکی از مهم‌ترین سازه‌های روان‌شناختی از شایع‌ترین علایم پریشانی و استرس‌زا برای بیماران مبتلا به یک بیماری تهدیدکننده زندگی محسوب می‌شود (برگ، بوک، داینکل، هنریچ و همکاران، ۲۰۱۱) و می‌توان آن را به عنوان یک ترس واکنشی، واقع‌بینانه تعریف کرد که کاملاً از آن آگاه هستند (هرشباخ و داینکل، ۲۰۱۴). این ترس‌ها، ترس‌های مربوط به بیماری، از جمله ترس از کاهش عملکردی مداوم با همه پیامدهای زیستی، روانی و اجتماعی آن را شامل می‌شود (گوپل و مهدورن، ۲۰۱۹). در میان بیماران با مشکل تیروئید 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 و همکاران، ۲۰۱۷). ارتباط مثبت بالینی ترس از پیشرفت بیماری با اضطراب، افسردگی (سیمارد، تیوس، هامفریس 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؛ برگ و همکاران، ۲۰۱۱؛ زیمرمن و همکاران، ۲۰۱۲). علاوه بر این، تحقیقات نشان داده‌اند که 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 علایمی 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).

هرچند درمان شناختی-رفتاری به‌طور عمده روی عوامل شناختی، روانی و هیجانی و مولفه‌های رفتاری تاکید می‌کند، اما برای نقشی که در ابقای اختلال بازی می‌کنند نیز اهمیت داده می‌شود (عسکری، هاشمی‌نسب و فرجی، ۲۰۱۲). 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 و همکاران، ۲۰۱۳). پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی-رفتاری در درمان اختلالات روانی گوناگون، موثر واقع شده است (سانمز و همکاران، ۲۰۱۴).

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)، سلامت روانی در بیماران مبتلا به سرطانی (مقدم، مکوندی و پاک‌سرشت، ۲۰۱۵)، ادراک از بیماری و افزایش کیفیت زندگی (برقی، دهخدایی و علی‌پور، ۲۰۱۹) مورد تاکید قرار گرفته است. با توجه به آنچه گفته شد، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ترس از پیشرفت بیماری و واکنش‌های روانی بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید انجام شد.

## روش

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه تجربی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، شامل افراد مبتلا به کم‌کاری تیروئید اتوایمی (هاشیموتو) تحت درمان منظم دارویی بود که در سه ماهه اول سال ۲۰۲۰ به کلینیک‌های پزشکان فوق تخصص غدد و متابولیسم شهر کرج مراجعه کردند. در این پژوهش، ۳۲ نفر از مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های پزشکان فوق تخصص غدد و متابولیسم شهر کرج که داوطلب به همکاری بودند، به صورت نمونه در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو 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 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. آزمودنی‌ها در سه مقطع قبل از مداخله، بعد از اتمام مداخله و سه ماه بعد از مداخله با مقیاس واکنش روانی<sup>۱</sup> و پرسشنامه ترس از پیشرفت<sup>۲</sup> مورد ارزیابی قرار گرفتند.

مقیاس واکنش روانی که توسط هانگ و فادا (۱۹۹۶) ساخته شده با ۱۴ گویه، چهار خرده‌مقیاس واکنش در برابر تسلیم، مقاومت در برابر نفوذ دیگران، واکنش در برابر تصحیت و توصیه و پاسخ هیجانی در برابر محدودتی را اندازه می‌گیرد (صفاری‌نیا، ۲۰۱۵). توماس، دانل و بابلتر (۲۰۰۱) همبستگی عاملی را در مقیاس ۱۱ گویه‌ای از ۰/۲۹ تا ۰/۷۲ و در مقیاس ۱۴ گویه‌ای از ۰/۳۰ تا ۰/۸۱ و پایایی زیرمقیاس‌ها را از ۰/۴۸ تا ۰/۶۴ اعلام کرده‌اند.

پرسشنامه ترس از پیشرفت یک پرسشنامه خودگزارشی چندبعدی است که توسط هرشباخ 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 واکنش عاطفی، خانواده، شغل، از دست دادن استقلال و مقابله با اضطراب دارد. به گزارش هرشباخ، بوک و داینکل (۲۰۱۰) پرسشنامه از همسانی درونی بالایی (آلفای کرونباخ = ۰/۹۵) برخوردار است. منافی 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 گزارش کرده‌اند.

1. Psychological Response Scale
2. Fear of Progress Questionnaire

## شیوه اجرا

پس از اخذ پیش آزمون از هر دو گروه آزمایش و کنترل، 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. گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای را دریافت نکرد. بسته جلسات آموزشی در این مطالعه بر اساس برنامه درمانی شناختی- رفتاری ترکیبی از نظریه‌ها و فنون رفتار درمانی و شناخت درمانی بود (مایلس-هوتون و شفران، ۲۰۱۵).

### جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسه اول	برگزاری یک جلسه حضوری به منظور آشنایی با شرکت کنندگان، بیان طرح درمانی و درمان شناختی- رفتاری به زبان ساده توضیح داده شد. قوانین برنامه درمانی به اعضا اعلام و توضیحاتی در مورد ترویید و کم کاری ترویید ارائه شد و در نهایت اجرای پیش آزمون.
جلسه دوم	کار بر روی انواع مختلف خطاهای تفکر و افکار ناکارآمد که منجر به اضطراب، ترس از پیشرفت بیماری و سایر علائم روانشناختی بیماری می‌شود. <b>تکالیف خانگی:</b> 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. <b>تکالیف خانگی:</b> شناسایی و ثبت عواملی که باعث ایجاد خطاهای شناختی می‌شود.
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. <b>تکالیف خانگی:</b> تحلیل رویدادهای استرس-زای زندگی از طریق مدل ABCD
جلسه پنجم	مروری بر جلسه قبل و مدل ABCD. آموزش جایگزینی افکار منفی با افکار مثبت. <b>تکالیف خانگی:</b> جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی در مدل ABCD.
جلسه ششم	بحث در مورد اینکه چگونه اضطراب‌ها و ترس از پیشرفت بیماری می‌تواند باعث کاهش اعتماد به نفس، لذت نبردن از زندگی و محدود کردن آن شود و این عوامل خود باعث کاهش علائم بیماری می‌شود. در جلسه فعالیت‌های لذت بخش و موانعی که آنها در آن درگیر می‌شوند، تعریف شد. هدف اصلی این است که کنترل درمانگر بر زندگی بیشتر و رویدادها و افکارهای منفی نتواند کنترل زندگی را بر عهده بگیرند. <b>تکالیف خانگی:</b> اجرای فعالیت‌های لذت بخش و گزارش نتیجه آن در جلسه بعدی.
جلسه هفتم	آموزش تکنیک‌هایی که می‌تواند در مواقع مواجهه با مشکلات روانشناختی از آنها استفاده کنند مانند ریلکسیشن و مراقبه. <b>تکالیف خانگی:</b> اجرای آموزش ریلکسیشن و مراقبه در خانه.
جلسه هشتم	جمع‌بندی جلسات و آموزش راهبردهایی برای پیشگیری از بازگشت. بحث و بررسی در مورد عوامل موثر و راه‌انداز بازگشت و عود مشکلات و ترس‌ها.

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. داده‌ها با بیست و پنجمین ویرایش نرم افزار SPSS تحلیل شد.

## یافته‌ها

در جدول شماره ۲، اطلاعات توصیفی مربوط به متغیر ترس از پیشرفت بیماری، مولفه‌های مقیاس واکنش روان‌شناختی به صورت تفکیک پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرها در سه مرحله اندازه‌گیری

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

بعد از تایید پیش فرضهای تحلیل کواریانس، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد (جدول ۳). 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 ۳. تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر برای مقایسه نمره های سه مرحله در گروه ها

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	Sig.	اثر
	مراحل	۴۱۵/۳۷	۱/۰۴	۴۳۱/۱۹	۹/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۳۱
ترس از پیشرفت بیماری	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
	مراحل	۷۶/۲۰	۱/۲۵	۶۶/۴۰	۱۱/۰۴	۰/۰۰۴	۰/۲۹
مقاومت در مقابل نفوذ دیگران	مراحل × گروه	۱۰۵/۱۹	۱/۱۵	۸۹/۴۰	۱۴/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲
	بین گروهی	۳۵۰/۳۱	۱	۳۵۰/۳۱	۲۱/۳۲	۰/۰۰۲	۰/۲۵
	مداخله	۷۸/۸۶	۱/۴۲	۷۲/۹۲	۱۵/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶
واکنش در برابر نصیحت	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
	مراحل	۹۲/۰۱	۱/۲۲	۸۵/۴۰	۱۸/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۲۹
پاسخ هیجانی در برابر محدودیت انتخاب	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
	مداخله	۴۲/۲۵	۱/۴۳	۳۶/۱۰	۴/۵۰	۰/۴۴	۰/۱۸
واکنش در برابر تسلیم	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	۰/۶
	مداخله	۲۵۱/۴۲	۱/۴۲	۴۱۸/۲۵	۲۱/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۱
نمره کل واکنش روانی	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

نتایج آزمون بونفرونی در مورد متغیرها نشان داد که تفاوت میانگین بین نمره های ترس از پیشرفت بیماری و مقاومت در مقابل نفوذ دیگران، پاسخ هیجانی در برابر محدودیت انتخاب، واکنش در برابر تسلیم و واکنش روانی در مرحله پیگیری معنادار بود.

## بحث و نتیجه گیری

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 معنی‌داری دارد. این یافته‌ها با اثربخش بودن این درمان در مشکلات روانشناختی در بین بسیاری از بیماران از جمله بیماران مبتلا به ام اس (عسکری و همکاران، ۲۰۱۲؛ علوی و جیل‌عاملی، 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.

این درمان به بیماران کمک می‌کند 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 می‌کند و افکار منفی می‌تواند 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 می‌تواند باعث بهبود احساسات ذهنی شود، این چرخه را می‌شکند. درمان شناختی رفتاری به جای صحبت کردن در مورد گذشته، بر روی مشکلات فعلی زندگی بیمار کار می‌کند و به بیمار کمک می‌کند با پذیرش بیماری بر ترس خود از پیشرفت بیماری و در نتیجه واکنش‌های منفی ناشی از این ترس از پیشرفت بیماری جلوگیری کند.

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). 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 نماید. 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 safe, 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). Progredienzzangst 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.37-46, 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