Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Spring 2024, Volume 10, Issue 3 10.22034/IJRN.10.3.55

The Effectiveness of Mentalization-Based Therapy (MBT) on Mental States and Quality of Life in Women with Hypothyroidism

Zahra Sahba[1], Zohreh Latifi[2*], Hossein Zarin[3]

1- M.A. Student of Clinical Psychology, Department of Psychology, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr/Isfahan, Iran.
2- Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
3- MD. Psychiatry, Professor in Department of Psychology, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran.

Corresponding Author: Zohreh Latifi, Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
Email: z_yalatif@pnu.ac.ir

Received: 2023/3/4 Accepted: 2023/7/15

Abstract

Introduction: Among patients with hypothyroidism, psychological problems and quality of life are two important variables. Therefore, the present research has investigated the effectiveness of mentalization-based therapy on mental status (depression and anxiety) and quality of life in women with hypothyroidism.

Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test, post-test & follow-up plan with a control group. The statistical population of the research included all women aged 20 to 60 with hypothyroidism who were referred to the Isfahan Mahdiyeh Center in 2022. Using the available sampling method, 100 people were selected. The participants' mental states and quality of life were assessed using the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21) and the Short-Form World Health Organization Quality-Of-Life (WHO-QoL-BREF). Among the remaining 65 people based on the entry criteria, 30 people were selected and their depression and anxiety were confirmed by a psychiatrist, and they were randomly divided into two experimental and control groups of 15 people. Then the participants of the experimental group received MBT in 12 sessions of 90 minutes. In data analysis, analysis of variance with repeated measurement and LSD post hoc test were used.

Results: The findings of the research showed that the average pre-test depression and anxiety scores of the experimental group decreased from 32-35 to 24-31, respectively, in the post-test stage. Also, comparing before and after the intervention, the average scores of the quality-of-life dimensions of the experimental group, including physical health, mental health, social relations, and environmental health, increased from 39, 44, 32, and 45 to 44, 50, 36, and 49, respectively. This situation has remained constant in the follow-up stage. Therefore, MBT is effective in reducing depression and anxiety and increasing the quality of life in women with hypothyroidism ($p \leq 0.01$).

Conclusions: Based on the results obtained, it can be concluded that one of the effective educational approaches for women with hypothyroidism who are experiencing mood disturbances and a decreased quality of life is Mindfulness-Based Therapy (MBT). MBT can serve as a beneficial therapeutic model for prevention, helping to alleviate psychological disorders and enhance overall quality of life.

Keywords: Mentalization, mental states, quality of life, hypothyroidism.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.55]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی
بهار ۱۴۰۳، دوره ۱۰، شماره ۳
10.22034/IJRN.10.3.55

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر وضعیت روانی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به کم‌کاری تیروئید

زهرا صهبا[۱]، زهره لطیفی[۲*]، حسین زرین[۳]

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران.
۲- دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.
۳- متخصص اعصاب و روان، استاد گروه روان‌شناسی، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: زهره لطیفی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.
ایمیل: z_yalatif@pnu.ac.ir

دریافت مقاله: ۱۳ /۱۲/ ۱۴۰۱
پذیرش مقاله: ۲۴/ ۴/ ۱۴۰۲

چکیده

مقدمه: میان بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید، مشکلات روان‌شناختی و کیفیت زندگی دو متغیر بااهمیت شناخته شده‌اند. از این رو پژوهش حاضر به مطالعه‌ی بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر وضعیت روانی (افسردگی و اضطراب) و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به کم کاری تیروئید پرداخته است.

روش کار: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه زنان ۲۰ تا ۶۰ سال مبتلا به کم‌کاری تیروئید مراجعه‌کننده به مرکز مهدیه اصفهان در سال ۱۴۰۱ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۱۰۰ نفر انتخاب شدند. وضعیت روانی و کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان با استفاده از پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) و نسخه کوتاه کیفیت زندگی بهداشت جهانی (WHO-QoL-BREF) بررسی گردید. از میان ۶۵ نفر باقی مانده براساس معیارهای ورود، ۳۰ نفر انتخاب و توسط روانپزشک همکار ابتلای آن‌ها به افسردگی و اضطراب تایید شد و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل قرار داده شدند. سپس شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در ۱۲ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای درمان ذهنی‌سازی را دریافت کردند. در تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی LSD به کار گرفته شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین نمرات پیش‌آزمون افسردگی و اضطراب گروه آزمایش به ترتیب از ۳۲ و ۳۵ به ۲۴ و ۳۱، در مرحله‌ی پس‌آزمون کاهش یافته است. هم‌چنین در مقایسه قبل و پس از مداخله میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی گروه آزمایش شامل سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی، به ترتیب از ۳۹، ۴۴، ۳۲ و ۴۵ به ۴۴، ۵۰، ۳۶ و ۴۹، افزایش یافته است. این وضعیت در مرحله پیگیری نیز ثابت باقی مانده است. لذا MBT بر کاهش افسردگی و اضطراب و نیز افزایش کیفیت زندگی در زنان مبتلا به کم کاری تیروئید اثربخش است ($P<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست‌آمده می‌توان نتیجه گرفت که از جمله رویکردهای آموزشی مؤثر برای کمک به زنان مبتلا به کم‌کاری تیروئید که دچار وضعیت خلقی پریشان و کیفیت زندگی پایین هستند، رویکرد ذهنی‌سازی است که می‌توان از این رویکرد به‌عنوان یک الگوی درمانی مفید به منظور پیشگیری از اختلالات روان‌شناختی و نیز بهبود کیفیت زندگی بهره گرفت.

کلیدواژه ها: ذهنی‌سازی، وضعیت روانی، کیفیت زندگی، کم‌کاری تیروئید.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.55]

مقدمه

کم کاری تیروئید سندرمی بالینی و یکی از اختلالات غدد درون ریز است که در اثر بدکارکردی هورمون تیروئید رخ می دهد (۱). طیف بالینی این بیماری گسترده است، به شکلی که شیوع آن به صورت یک بیماری بدون علامت ظاهری تا بیماری شدید همراه با اغماء و میکزودمی متفاوت است (۲). هم‌چنین تصور می‌شود که هورمون های تیروئید نقش مهمی بر تغییرات وضعیت روانی و همین‌طور به طور خاص بر خلق و خو دارند (۳). علائم و نشانه های کم کاری تیروئید در وضعیت روانی و جسمانی: خلق افسرده، خواب‌آلودگی، اضطراب، خستگی، بی تفاوتی و بی‌میلی جنسی، افزایش وزن و تأخیر در رفلکس‌های تاندونی است (۴)؛ همچنین شواهد بسیاری، ناهنجاری‌های غیرقابل بازگشت مغزی، قلبی، کلیوی، عضلانی در اثر کمبود هورمون تیروئید را نشان داده است (۵). اختلالات تیروئیدی در زنان حدود ده برابر بیشتر از مردان است (۶). کمبود هورمون تیروئید اختلالات روان‌شناختی مختلفی از جمله افسردگی و اضطراب را سبب می شود (۷) و همچنین بر کیفیت زندگی و خواب افراد تاثیرگذار است (۸,۹).

بسیاری از مسیرهای فیزیولوژیکی، وضعیت روانی فرد را که اغلب به صورت افسردگی، اضطراب و استرس توصیف می‌شوند، تحت تاثیر قرار می‌دهند (۱۰). از طرف دیگر افسردگی یکی از چهار بیماری عمده در سلامت عمومی کشورهای درحال توسعه و توسعه‌یافته می‌باشد و شایع‌ترین علت ناتوانی ناشی از بیماری ها است (۱۱). همچنین Gharraee و همکاران، با مرور متاآنالیز، شیوع لحظه‌ای افسردگی در ایران را ۱/۴ درصد برآورد کردند (۱۲). در افسردگی فرد احساس غم، عدم لذت و دلسردی می کند و توانایی مسرت و خوشی را ندارد (۱۳). از جمله شایع ترین اختلالات روانشناختی مطالعه شده در بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید افسردگی است (۱۴).

تحقیقات نشان داده است که ابتلاء به افسردگی می تواند بر کیفیت زندگی افراد اثرات منفی داشته باشد (۱۵). کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی است که وضعیت فیزیکی، روانی و سلامت اجتماعی فرد را ارزیابی می‌کند (۱۶). شواهد متعددی بر ارتباط بین اختلالات تیروئیدی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تاکید دارند (۱۰,۱۶,۱۷). احتمالا کارکرد صحیح تیروئید نقشی مهم در ثبات وضعیت روانی ایفا می‌کند. از طرفی اختلال کم کاری تیروئید می‌تواند بر کیفیت زندگی اثرات منفی زیادی داشته باشد (۱۸) و لازم است با توجه به فرهنگ و زمینه جوامع بررسی شود (۱۹). امروزه جوامع خواستار بهبود کیفیت زندگی هستند و از این رو دولت‌ها در اکثر نقاط جهان، به بهبود کیفیت زندگی مردم خود توجه فزاینده‌ای دارند و می‌کوشند تا ابتلاء به بیماری و مرگ ناشی از آن را کاهش دهند (۲۰).

با توجه به مشکلات ذکر شده ناشی از بیماری کم کاری تیروئید، یافتن روش درمانی که بتواند این مشکلات را حل کند یک اولویت بسیار ضروری به شمار می رود. تا کنون طبق پیشینه تحقیقاتی روش های مختلفی برای بهبود وضعیت روانی، سلامت عمومی و کیفیت زندگی استفاده شده است؛ روش های مانند رویکرد تلفیقی واقعیت درمانی-هیجان مدار (۲۱)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۴) و درمان شناختی-رفتاری (۲۲) از جمله این موارد هستند. ولیکن هم‌چنان نیاز است در راستای پژوهش‌های رو به رشد، روش‌های نوین نیز در مطالعات مورد توجه قرار گیرد تا بتوان طیف وسیعی از روش های موثر بر وضعیت روانی و افزایش کیفیت زندگی را شناخت و در درمان بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید به‌کاربست. از جمله روش‌هایی که می‌تواند بر وضعیت روانی بیماران مبتلا به اختلالات مزمن نظیر کم‌کاری تیروئید مؤثر واقع شود، روش درمان مبتنی بر ذهنی سازی (MBT) ابداع شده توسط Fonagy & Bateman است؛ که تاکنون طبق جستجوهای محققین در کاهش اضطراب، افسردگی و استرس و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مورد بررسی واقع نشده است (۲۳).

MBT مبتنی بر دو مفهوم اصلی است: ذهنی‌سازی و نظریه دلبستگی (۲۴). فرض اصلی این است که کمبود ظرفیت ذهنی‌سازی منجر به رشد مشکلات روانی و خلقی می‌شود. ظرفیت ذهنی‌سازی توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران است که از طریق روابط بین‌فردی در دوران کودکی به‌خصوص روابط دلبستگی به دست می‌آید (۲۵). ذهنی‌سازی، آگاهی از حالات و فعالیت ذهنی خود یا افراد دیگر می‌باشد؛ به‌خصوص وقتی که آن برای تبیین رفتار به کار می‌رود (۲۶). این فعالیت ذهنی شامل توانایی فرد در تشخیص واقعیت درونی از بیرونی و فرایندهای هیجانی و ذهنی درونی از وقایع بین‌فردی است (۲۷). آگاهی درمانگر از حالات اولیهٔ تفکر (حالات غیرذهنی‌ساز) یعنی حالت

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.55]

هم‌ارزی روانی، حالت عقلانی‌سازی و حالت وانمودی در این درمان یک اصل اساسی است؛ هم چنین درمانگر بایستی سطوح انگیختگی را با دقت کنترل کند، چرا که هر دو با ذهنی‌سازی تداخل دارند؛ و اگر ذهنی‌سازی درمانگر به خطر بیفتد، ارائهٔ درمان مؤثر، امکان‌پذیر نخواهد بود (۲۸). ارزیابی‌های اولیه نشان داده‌اند که این رویکرد برای طیف گسترده‌ای از مشکلات موجود افراد اعم از اختلالات روانی (مانند افسردگی، اضطراب و استرس) می‌تواند کمک‌کننده باشند (۲۶-۲۹).

حال باتوجه به اهمیت موضوع، شناسایی و معرفی شیوه‌های درمانی مؤثر جهت بهبود وضعیت روانی و کیفیت زندگی در بیماران مزمن از جمله بیماری کم‌کاری تیروئید مورد توجه پژوهشگران می‌باشد. لذا به نظر می‌رسد که بررسی تاثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر وضعیت روانی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به کم‌کاری تیروئید می‌تواند نتایج مفیدی برای متخصصین حوزه سلامت و بحران‌های ناشی از بیماری‌های مرتبط با غدد فراهم آورد و به بهبود آرامش روانی و افزایش کیفیت زندگی بیماران در محیط پرتنش کمک کند. لذا، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر وضعیت روانی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به کم‌کاری تیروئید در شهر اصفهان انجام گرفته است.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی نیمه آزمایشی است. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه زنان ۲۰ تا ۶۰ سال مبتلا به کم‌کاری تیروئید مراجعه‌کننده به مرکز درمانی مهدیه اصفهان در سال ۱۴۰۱ بودند. جهت انجام پژوهش کد اخلاق به شماره IR.IAU.KHSH.REC.1400.059 از دانشگاه آزاد خمینی‌شهر دریافت گردید و طی مدت سه ماه انجام پذیرفت. روش اجرا بدین صورت بود که ابتدا از میان مراکز درمانی شهر اصفهان یک مرکز به صورت تصادفی (انجام قرعه‌کشی) انتخاب گردید و سپس از میان زنان مبتلا به کم‌کاری تیروئید مراجعه‌کننده به این مرکز که توسط پزشک متخصص غدد تشخیص بیماری آنان محرزشده‌بود و تحت دارودرمانی نیز بودند، تعداد ۱۰۰ نفر انتخاب شدند و جهت غربالگری و شناسایی زنان مبتلا به کم‌کاری تیروئید با افسردگی و اضطراب بالا، پرسشنامه DASS در اختیار آنان قرار گرفت. از این میان (که نمره آنان در پرسشنامه از نقطه برش ۱۲ به بالا بود) با در نظر گرفتن معیارهای ورود به پژوهش، تعداد ۳۰ نفر انتخاب و سپس بصورت تصادفی در دو گروه تقسیم شدند. در این مطالعه بر اساس منطق پیشنهادی کوهن (۱۹۸۶)، با فرض آن که a=۰/۰۵ و اندازه اثر برابر با ۰/۵۰ است برای دستیابی به توان آزمون آماری برابر با ۰/۹۰، برای هر یک از گروه آزمایش و کنترل، نمونه‌ای برابر با ۱۵ مشارکت‌کننده انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل جنسیت زن، محدوده سنی زنان ۲۰ تا ۶۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، داشتن تمایل به شرکت، کسب نمره بالاتر از ۱۲ از زیرمقیاس‌های افسردگی و اضطراب (DASS-21)، و عدم شرکت همزمان در مداخلات روان‌شناختی دیگر بود و معیارهای خروج نیز شامل عدم تمایل به همکاری و غیبت بیش از دو جلسه بود. ابزار پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌های زیر بود.

پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21).

این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی بوده که وضعیت روانی و تغییرات خلقی اخیر را نشان می دهد و اولین بار توسط Lovibond در سال ۱۹۹۵ ارائه گردید. این پرسشنامه شامل ۲۱ مورد است که بررسی می‌کند پاسخ‌دهنده در هفته گذشته، هر چند وقت یک بار وضعیت‌های افسردگی، اضطراب و استرس را تجربه کرده و سه مؤلفه دارد و برای هر کدام ۷ مورد وجود دارد. گزینه‌های لیکرتی آن از صفر تا سه نمره‌گذاری شده اند. بالاترین نمره در هر کدام از زیر گروه‌ها ۲۱ است که بعد از آن برای تطابق نمرات با فرم بلند پرسشنامه، نمره کل هر زیرمقیاس همیشه باید قبل از ثبت شدن در برگه DASS کامل در ۲ ضرب شوند (۱۰). پایایی این پرسشنامه در خارج کشور بر اساس آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۵، اضطراب ۰/۹۰ و استرس ۰/۹۳ گزارش شده است (۳۰). در ایران روایی و پایایی این پرسشنامه توسط محققین مورد تایید قرار گرفته است؛ پایایی این ابزار را در یک نمونه از جمعیت عمومی شهر مشهد (۴۰۰ نفر) برای میزان افسردگی ۰/۷۰، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش نمودند (۳۱). لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر فقط دو مؤلفه افسردگی و اضطراب مورد بررسی قرار گرفت.

نسخه کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی بهداشت جهانی (WHO-QoL-BREF)

به‌منظور اندازه‌گیری شاخص کیفیت زندگی از نسخه‌ی فارسی‌شده‌ی کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی (WHO-QoL-

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.55]

BREF) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۲۶ مورد است. موارد جداگانه براساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای رتبه‌بندی می‌شود که امتیاز ۱ نشان‌دهنده‌ی کمترین امتیاز منفی و ۵ نشان‌دهنده‌ی بیشترین امتیاز مثبت است. محدوده‌ی نمره‌ی پرسشنامه از ۲۶ تا ۱۳۰ است. اولین سؤال به‌طور کلی کیفیت زندگی را ارزیابی می‌کند. سؤال دوم رضایت از وضعیت سلامت را ارزیابی می‌کند. ۲۴ سؤال دیگر در ۴ حوزه شامل: روانی (۶ مورد)، اجتماعی (۳ مورد)، محیطی (۸ مورد) و حوزه جسمانی (۷ مورد) گروه‌بندی شده است. در این پرسشنامه، نمره‌های دامنه به‌صورت مثبت مقیاس‌بندی می‌شود و هرچه امتیاز بالاتر باشد، نشان‌دهنده‌ی کیفیت زندگی بالاتر است. شهاب‌جهان‌لو و علیشان‌کرمی (۲۰۱۱) نشان داده‌اند که اعتبار افتراقی، اعتبار محتوایی و پایایی درونی (آلفای کرونباخ: سلامت جسمی ۰/۸۰، سلامت روان شناختی۰/۷۶، روابط اجتماعی ۰/۶۶ و محیط ۰/۸۰) این پرسشنامه مطلوب است (۳۲).

منظور از آموزش مبتنی بر ذهنی‌سازی نیز، شرکت فرد در ۱۲جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طی (به طور تقریبی) دو ماه از آموزش‌های گروهی است که بر مبنای MBT (۲۴) برای گروه آزمایش انجام پذیرفت. لازم به ذکر است که در رابطه با اجرای برنامه درمانی مبتنی بر ذهنی سازی؛ پژوهشگر دوره های لازم درمانی را گذرانده و به همراه مدرس این دوره ها را خود در سالن کنفرانس مرکز مهدیه اجرا نموده است. پس از گذشت یک ماه از اجرای پس‌آزمون، مجددا به منظور انجام مرحله پیگیری، از کلیه شرکت‌کنندگان با استفاده از پرسشنامه‌های DASS و WHO-QoL-BREF سنجش به عمل آمد؛ و پس از إتمام سه مرحله سنجش، جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، آموزش MBT به صورت فشرده برای گروه کنترل اجرا شد. در پژوهش حاضر جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

یافته ها

در دو گروه آزمایش و کنترل دامنه سنی اعضای نمونه بین ۲۱ تا ۵۸ سال بود که میانگین سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۹/۳۳±۴۱/۲۹ و میانگین سنی شرکت کنندگان گروه کنترل ۸/۲۸±۴۵/۲۳ بود. از بین ۱۵ نفر شرکت کننده در گروه آزمایش، ۶ نفر (۴۰٪) دارای تحصیلات در سطح دیپلم و فوق دیپلم، ۸ نفر (۵۳/۳۳٪) دارای تحصیلات در سطح لیسانس و فوق لیسانس، و ۱ نفر (۶/۶۷٪) دارای تحصیلات در سطح دکتری بودند. همچنین از بین ۱۵ نفر شرکت کننده در گروه کنترل، ۵ نفر (۳۳/۳۳٪) دارای تحصیلات در سطح دیپلم و فوق دیپلم، و ۱۰ نفر (۶۶/۶۷٪) دارای تحصیلات در سطح لیسانس و فوق لیسانس بودند. برحسب شغل نیز از بین ۱۵ شرکت‌کننده در گروه آزمایش، ۸ نفر (۵۳/۳۳٪) خانه‌دار، ۴ نفر (۲۶/۶۷٪) کارمند و ۳ نفر (۲۰٪) دارای مشاغل آزاد از قبیل خیاطی، آرایشگری و سایر فعالیت‌های فرهنگی و هنری بودند. این در حالی بود که در گروه کنترل ۱۰ نفر (۶۶/۶۷٪) خانه‌دار، ۴ نفر (۲۶/۶۷٪) کارمند، و ۱ نفر (۶/۶۷٪) دارای مشاغل آزاد بودند. در هر دو گروه آزمایشی و کنترل، اغلب شرکت‌کنندگان متأهل و دارای ۱ تا ۲ فرزند بودند و به لحاظ مدت زمان ابتلا به بیماری کم‌کاری تیروئید، از بین ۱۵ شرکت‌کننده در گروه آزمایش، ۳ نفر (۲۰٪) به مدت زیر ۵ سال، ۳ نفر (۲۰٪) بین ۵ تا ۱۰ سال، ۷ نفر (۴۶/۶۷٪) بین ۱۰ تا ۱۵ سال، و ۲ نفر (۱۳/۳۳٪) بالای ۱۵ سال بود که تشخیص بیماری کم‌کاری تیروئید دریافت نموده و در حال مصرف داروی لوتیروکسین جهت درمان بودند. این در حالی بود که از بین ۱۵ شرکت‌کننده در گروه کنترل، ۵ نفر (۳۳/۳۳٪) به مدت زیر ۵ سال، ۴ نفر (۲۶/۶۷٪) بین ۵ تا ۱۰ سال، ۶ نفر (۴۰٪) بین ۱۰ تا ۱۵ سال، و ۱ نفر (۶/۶۷٪) بالای ۱۵ سال بود که تشخیص بیماری کم‌کاری تیروئید دریافت نموده و جهت درمان در حال مصرف داروی لوتیروکسین بودند. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات گروه های آزمایش و کنترل را در متغیرهای وضعیت روانی (افسردگی و اضطراب) و کیفیت زندگی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می دهد.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.55]

جدول۱. میانگین و انحراف معیار نمرات وضعیت روانی و کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر		گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
وضعیت روانی	افسردگی	آزمایش	۳۲/۰۰	۴/۶۶	۲۴/۰۰	۳/۲۰	۲۲/۱۳	۴/۴۴
		کنترل	۳۱/۴۷	۴/۴۴	۳۰/۸۰	۳/۶۰	۳۱/۲۰	۳/۰۹
	اضطراب	آزمایش	۳۵/۳۳	۴/۲۵	۳۱/۷۳	۴/۴۶	۳۰	۶/۰۵
		کنترل	۳۵/۰۷	۳/۵۳	۳۶/۰۰	۳/۷۸	۳۵/۷۳	۳/۹۹
کیفیت زندگی	سلامت جسمانی	آزمایش	۳۹/۸۲	۶/۱۰	۴۴/۱۱	۶/۸۷	۴۷/۷۳	۵/۴۵
		کنترل	۳۷/۹۷	۵/۹۹	۳۸/۱۴	۶/۶۴	۳۸/۳۹	۵/۴۵
	سلامت روانشناختی	آزمایش	۴۴/۵۳	۶/۸۱	۵۰/۸۷	۶/۵۵	۵۳/۵۳	۶/۰۷
		کنترل	۴۲/۸۰	۶/۰۴	۴۲/۱۳	۶/۱۷	۴۳/۰۷	۶/۱۵
	روابط اجتماعی	آزمایش	۳۲/۲۰	۵/۹۷	۳۶/۳۳	۵/۰۶	۳۹/۰۰	۵/۹۶
		کنترل	۲۹/۶۰	۴/۰۶	۲۹/۹۳	۴/۸۳	۳۰/۰۰	۴/۶۵
	سلامت محیط	آزمایش	۴۵/۴۷	۵/۲۱	۴۹/۰۰	۵/۳۲	۵۳/۶۷	۶/۳۷
		کنترل	۴۷/۰۰	۵/۶۱	۴۷/۶۷	۵/۰۱	۴۷/۸۷	۵/۴۰

شرکت‌کنندگان در پژوهش همگی از نظر جنسیت، زن و از نظر نوع بیماری، مبتلا به کم‌کاری تیروئید بوده و همگی برای درمان بیماری از داروی لوتیروکسین استفاده می‌نمودند. با توجه به داده های جدول ۱، میانگین نمرات وضعیت روانی (افسردگی و اضطراب) و کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله‌ی پیش‌آزمون، در گروه آزمایش تغییر یافته است. این روند کاهشی برای متغیرهای افسردگی و اضطراب و افزایشی برای کیفیت زندگی در مرحله پیگیری نیز ادامه یافته است. از پیش‌فرض‌های مطرح برای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، یکسانی کوواریانس متغیرهای وابسته است که با استفاده از آزمون کرویت ماچلی مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج حاصل از این آزمون، حاکی از عدم تایید فرض یکسانی کوواریانس‌های وضعیت روانی (افسردگی و اضطراب) و کیفیت زندگی بود ($P<۰/۰۵$). پس نیاز است که سطح معناداری تعدیل شود؛ لذا باید از ضریب گرین هاوس- گیسر استفاده کرد. در ادامه نتایج تحلیل واریانس بین‌گروهی و درون‌گروهی برای تعیین اثربخشی MBT بر وضعیت روانی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به کم‌کاری تیروئید با سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس بین‌گروهی و درون‌گروهی با اندازه‌گیری‌های مکرر بر سه بار اندازه‌گیری نمرات وضعیت روانی و کیفیت زندگی در گروه آزمایش و کنترل

متغیر		منبع (ضریب گرین هاوس گیسر)	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
وضعیت روانی	افسردگی	درون گروهی	۴۴۹/۸۶۷	۱/۶۲۹	۲۷۶/۲۱۶	۳۰/۹۴۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۵۲	۰/۹۹۹
		بین گروهی	۳۷۷/۶۸۹	۱/۶۲۹	۲۳۱/۸۹۹	۲۵/۹۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸۱	۰/۹۹۹
		خطا	۴۰۷/۱۱۱	۴۵/۶۰۳	۸/۹۲۷				
	اضطراب	درون گروهی	۸۲/۲۲۲	۱/۶۳۴	۵۰/۳۱۹	۱۰/۵۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۷۳	۰/۹۶۷
		بین گروهی	۱۴۶/۷۵۶	۱/۶۳۴	۸۹/۸۱۳	۱۸/۷۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰۱	۰/۹۹۹
		خطا	۲۱۹/۰۲۲	۴۵/۷۵۲	۴/۷۸۷				
کیفیت زندگی	سلامت جسمانی	درون گروهی	۶۴/۲۶۷	۱/۳۴۸	۴۷/۶۸۵	۲۰/۷۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۶	۰/۹۹۹
		بین گروهی	۴۵/۸۶۷	۱/۳۴۸	۳۴/۰۳۲	۱۴/۸۴۱	۰/۰۰۰۱	۰/۳۴۶	۰/۹۸۷
	سلامت روانشناختی	درون گروهی	۸۰/۰۲۲	۱/۳۹۶	۵۷/۳۱۴	۴۵/۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱۹	۰/۹۹۹
		بین گروهی	۵۸/۶۸۹	۱/۳۹۶	۴۲/۰۳۴	۳۳/۳۴۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴۴	۰/۹۹۹
	روابط اجتماعی	درون گروهی	۴۲/۱۵۶	۱/۶۲۱	۲۶/۰۱۲	۳۴/۲۶۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵۰	۰/۹۹۹
		بین گروهی	۲۳/۴۰۰	۱/۶۲۱	۱۴/۴۳۹	۱۹/۰۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰۵	۰/۹۹۹
	سلامت محیطی	درون گروهی	۳۷/۴۸۹	۱/۱۱۴	۳۳/۶۵۰	۹/۹۳۶	۰/۰۰۳	۰/۲۶۲	۰/۸۸۷
		بین گروهی	۴۸/۸۶۷	۱/۱۱۴	۴۳/۸۶۳	۱۲/۹۵۲	۰/۰۰۱	۰/۳۱۶	۰/۹۵۲

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.55]

با توجه به جدول ۲ و معنادار بودن عامل‌ها در درون گروه‌ها، وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای متغیرهای وضعیت روانی (افسردگی و اضطراب) و کیفیت زندگی تایید می‌شود (p<۰/۰۰۵). همچنین، نتایج این جدول در سطح بین‌گروهی حاکی از آن است که تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل برای وضعیت روانی (افسردگی و اضطراب) و کیفیت زندگی (در تمام ابعاد) وجود دارد (p<۰/۰۰۱). نتایج مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌های نمرات وضعیت روانی در سه مرحله آزمون نشان می‌دهد که تفاوت مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری، و نیز پس آزمون با پیگیری معنادار است (P<۰/۰۵). نتایج مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌ها در ابعاد جسمی، روانشناختی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی کیفیت زندگی در سه مرحله آزمون نشان می‌دهد که تفاوت مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری، و نیز پس آزمون با پیگیری در تمامی ابعاد معنی‌دار است (P<۰/۰۵).

بحث

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر وضعیت روانی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به کم‌کاری تیروئید بود که نتایج نشان داد که MBT بر وضعیت روانی (کاهش افسردگی و اضطراب) و بهبود کیفیت زندگی در بین زنان مبتلا به کم‌کاری تیروئید تأثیرگذار بود. در این زمینه با بررسی‌های انجام گرفته‌شده چه در داخل کشور و چه در خارج از کشور، مطالعه‌ی مشابهی یافت نشد تا هم‌خوانی نتایج این مطالعه مورد بررسی قرار گیرد اما به صورت غیرمستقیم می‌توان به مطالعاتی اشاره کرد که تا اندازه‌ای همسو با مؤلفه‌های افسردگی و اضطراب می‌باشد. در این زمینه Hayden و همکاران (۳۳) به این نتیجه مشابه رسیدند که و MBT با افزایش تمرکز سبب کاهش استرس بین‌فردی افراد می‌شود. Vogt & Norman (۳۴) طی مطالعه‌ی دیگری مطابق با نتایج مطالعات اولیه در این راستا توسط نظریه‌پردازان ذهنی‌سازی (۲۸)، MBT را برای کاهش علایم اختلال شخصیت مرزی به کار گرفتند و در نتیجه بیان داشتند که این رویکرد درمانی مفید برای کاهش افسردگی، اضطراب و پریشانی‌های روانشناختی، رفتارهای خودآسیب‌رسان و میل به خودکشی و درنهایت بهبود وضعیت روانی بیماران BPD است.

در تبیین اثربخشی MBT بر کاهش افسردگی زنان مبتلا به بیماری کم‌کاری تیروئید می‌توان به این نکته اشاره داشت که ذهنی‌سازی به فرد کمک می‌کند، با فهم مجدد حالات ذهن خود و دیگری، سوء تفاهم‌ها را درک کند و با کسب یک نگاه روشن و جامع، ذهن خود و دیگری را در ذهن خود داشته باشد و نسبت به آن ذهن‌آگاه باشد. درواقع فرد افسرده بیش از حد به فرضیه‌های اتوماتیک و افکار خودآیند خود بها می‌دهد و آن‌ها را برابر با واقعیت می‌پندارد (حالت تئولوژیکال یا عقلانی‌سازی). لذا خلق پایینی را تجربه می‌کند که با شرکت در جلسات MBT به افکار و حالات ذهنی خود و دیگری کمتر اعتماد و تکیه می‌کند و به عبارتی بر اثر آموزش‌هایی که دریافت کرده است از حالت ذهنی وانمودی به موضع نمی‌دانم حرکت کرده و با مشارکت درمانگر بر فرضیات ذهنی خود تأمل بیشتری می‌نماید. فرد در قالب ساختاریافته رل‌پلی، آموزش دیده است که وضعیت منتالیزینگ یک وضعیت نمی‌دانم ولی کنجکاوانه و غیرقضاوتی می‌خواهم بدانم؛ است. از سوی دیگر، از آن‌جا که یکی از عوامل زمینه‌ساز افسردگی ذهن‌خوانی است (۳۴)، بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که ارائه آموزش‌های مرتبط با ذهن‌خوانی در جریان آموزش منتالیزینگ هم‌چون آموزش هایپرمنتالیزینگ یعنی اندیشیدن افراطی در مورد ذهن‌ها؛ در پژوهش حاضر توانسته باشد میزان افسردگی را در زنان مبتلا به کم‌کاری تیروئید کاهش دهد. بطور کلی براساس پژوهش‌های انجام شده، سوگیری توجه به محرک‌های منفی و تفسیر منفی از محرک‌های اجتماعی از جمله حالت‌های ذهنی افراد دیگر از ویژگی‌های افسردگی است (۳۵) که در این پژوهش در جریان مداخلات ارائه شده، مشکلات ذهن‌خوانی و نحوه مقابله با آن برای بیماران تشریح شد. در واقع فرد حساسیت بالاتری به نشانه‌های غیرکلامی پیدا می‌کند که اشاره به نیات دیگران دارد و صرفا متمرکز بر ظاهر نیست. بنابراین تکرار و تمرین آموزش‌های فوق توانسته است به افزایش کنجکاوی، کاهش ذهن‌خوانی و در نتیجه کاهش علائم افسردگی در این افراد کمک نماید. همچنین در تبیینی دیگر می‌توان به اثر برون‌ریزی و بیان چالش‌های ذهنی در کاهش افسردگی اشاره نمود. در پژوهش حاضر زنان مبتلا به کم‌کاری تیروئید در خلال جلسات درمانی در حضور سایر شرکت‌کنندگان اقدام به بازگو نمودن

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.55]

دغدغه‌های مرتبط با سلامت خود در زمینه بیماری‌شان نمودند که به نظر می‌رسد همین امر در تخلیه هیجانات منفی و کاهش علائم افسردگی در آن‌ها اثرگذار بوده است. در تبیین اثربخشی MBT بر کاهش اضطراب بیماران نیز می‌توان به تاثیر آموزش‌های مستقیم ارائه شده در زمینه اضطراب و راهبردهای کاهش اضطراب در این افراد اشاره نمود. در پژوهش حاضر در خلال جلسات سوم تا دهم آموزش در مورد اضطراب و انواع اختلالات اضطرابی به بیماران ارائه شد و راهبردهای درمانی موثر برای شناخت و کاهش اضطراب و تنظیم هیجانات اصلی قوی به آنان آموزش داده شد. در خلال جلسات مداخله، در ابتدا درمانگر به بیماران توضیح می‌دهد که مهم‌ترین دلیل ذهنی‌سازی ضعیف فعال شدن هیجانات شدید هستند، و مادامی که هیجانات، قوی هستند؛ توانایی ذهنی‌سازی شخص پایین می‌آید و حتی ممکن است کاملا از بین برود. هم‌چنین شرکت‌کنندگان در جلسات درمانی درمورد تجارب خودشان تأمل کرده و دریابند که الگوی واکنش معمول‌شان وقتی هیجانی و مضطرب می‌شوند چیست؟ آستانه‌ای که در آن اضطراب، واکنش جنگ یا گریز را تحریک می‌کند و همچنین شدت متفاوت پاسخ در افراد را درک می‌کنند و این یک موضوع مهم در درمان اضطراب است. همچنین در خلال آموزش‌ها تاکید شد که یکی از راهکارهای افراد در جریان مواجهه با اضطراب، رفتن به سمت منبع حمایت و دلبستگی، و یکی از روش های اثربخش، روش مواجهه با عامل اضطراب و در کنار آن صحبت کردن با افراد دیگر و دریافت حمایت آنان است. در این روش در جریان جلسات از افراد خواسته شد بدون مقاومت، موضوع اضطراب را درک نموده و در حضور درمانگر و سایر افراد گروه از اضطراب هایشان و نحوه مقابله موفق با آن‌ها صحبت نموده و دلایل موفقیت یا عدم موفقیت‌شان و نیز تاثیر نزدیک شدن به دیگران در کنترل اضطراب‌هایشان را بیان کنند. این روش به افراد کمک کرد پیوند هیجانی با موجودی دیگر برقرار کنند و با دریافت حمایت از آنان بتوانند عامل کاهش اضطراب خود باشند. به عبارتی این یک مسیر استاندارد برای خودتنظیمی هیجانی و روان‌شناختی است. هم‌چنین MBT موجب ارتقاء کیفیت زندگی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. بررسی‌ها جهت یافتن پژوهش‌های همسو با این نتیجه نشان داد تاکنون پژوهش‌های محدودی به طور غیرمستقیم به بررسی تاثیر MBT بر کیفیت زندگی دیگر اختلالات پرداخته‌اند؛ که از جمله آن‌ها می‌توان به مطالعه‌ی Ghanbari و همکاران (۳۰) اشاره داشت که کودکان مبتلا به ADHD را مورد بررسی قرار دادند.

در تبیین تاثیر MBT بر افزایش کیفیت زندگی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش، می‌توان گفت به نظر می‌رسد ارائه آموزش‌هایی در زمینه اهمیت برقراری رابطه با دیگران و تشویق افراد به انجام و درگیرشدن در فعالیت‌های گروهی توانسته زمینه‌های بهبود روابط اجتماعی را در بیماران فراهم نموده و از این طریق به ارتقای عاملیت در زندگی و کیفیت روابط اجتماعی (به‌عنوان یکی از ابعاد کیفیت زندگی) در آنان کمک نماید. از سوی دیگر برقراری روابط همدلانه میان مراجعان و درمانگر از دیگر عواملی است که به نظر می‌رسد در بهبود روابط اجتماعی و سلامت محیطی و متعاقب آن ارتقای کیفیت زندگی موثر واقع شود. علاوه بر این، از آن‌جا که یکی از عوامل مهم در کاهش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند کم‌کاری تیروئید مواجهه با تعارض‌ها و چالش‌های متعدد در زمینه‌های جسمانی و روانشناختی است، و نیز از آن‌جا که در روش MBT در پژوهش حاضر، آموزش‌های متعددی در زمینه شناخت دقیق تعارض‌ها و نحوه مواجهه با آنان به این افراد داده شد، بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که این روش آموزشی بتواند به کاهش تعارضات و بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک نماید.

نتیجه گیری

بطور کلی بیماری کم‌کاری تیروئید وضعیتی است که علائم مزمنی را به دنبال دارد که، درک بیمار را از سلامتی‌اش تغییر داده و با بروز علائمی چون افسردگی، تغییرات خلقی و کاهش عملکرد درکی می‌تواند بر فعالیت‌های روزمره افراد اثر سوء گذاشته و با تحت تاثیر قرار دادن ابعاد مختلف زندگی فرد، منجر به افت کیفیت زندگی در تمامی حیطه‌های جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و سلامتی محیطی شود. از این‌رو ارائه مداخلات روانشناختی در زمینه افزایش کیفیت زندگی این بیماران بسیار مهم و ضروری است. در این زمینه MBT با توجه به مبانی نظری خود با ارائه آموزش‌های لازم در زمینه شناخت و تنظیم هیجانات شدید و اصلی، توانسته است به ارتقای سلامت روانشناختی و متعاقب آن سلامت جسمانی و مهارت‌های

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.55]

تعاملی در این افراد کمک نماید که همین موارد می‌توانند بر بهبود کیفیت زندگی اثرگذار باشند. بطور کلی در جریان MBT، افراد یاد می گیرند که افکار، مفروضات خودکار شخصی خود و حالات ذهنی را بشناسند و بفهمند که این افکار دلیل رفتار آن‌ها هستند و همین امر منجر به ایجاد و افزایش عاملیت، حس تحت کنترل داشتن اعمال شخصی، خودآگاهی و شکل‌گیری هویت شخصی در افراد می شود. علاوه براین، ذهنی‌سازی مناسب، پایه و اساس روابط معنادار و پایدار است. با افزایش قدرت ذهنی‌سازی، فرد دیدگاه و ذهن افراد دیگر را می‌فهمد و همزمان امکان برقراری رابطه با طرف مقابل را فراهم می‌آورد. همچنین ذهنی‌سازی کلید خودتنظیمی هیجانات است که همین امر می‌تواند به تجهیز قوای وضعیت جسمانی و روانی افراد کمک نموده و منجر به ارتقای کیفیت زندگی در آنان شود. در واقع این مطالعه بر اهمیت ذهنی‌سازی در رابطه بین وضعیت روانی و کیفیت زندگی تاکید می‌کند و به ادبیات رو به رشد سلامت زنان کمک می‌کند. ارتباط عملی بررسی سلامت روانی بیماران تیروئیدی کم‌کار واضح است: بهبود کیفیت زندگی بیماران، بازگرداندن حس کنترل آن‌ها، و توسعه راهبردهای مقابله‌ای سازگار می‌تواند بار قابل توجهی را از دوش سیستم مراقبت‌های بهداشتی بردارد و سلامت جسمی و روانی بیماران را بهبود بخشد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به جنسیت اعضای نمونه اشاره کرد که همگی زن بوده‌اند، هم چنین محقق احتمال می‌دهد که علیرغم تاکید بر عدم مصرف دارویی به غیر از لوتیروکسین در طول دوره درمانی ممکن است برخی اعضا گاهی از قرص‌های مسکن و سایر داروها به طور موقت (۱ یا ۲ بار در طول دوره) استفاده کرده باشند. هم‌چنین به عدم کنترل تمامی متغیرهای مزاحم، همچون درد، خستگی، سطح اجتماعی- اقتصادی افراد و ویژگی‌های شخصیتی، و استفاده از روش خودگزارش‌دهی (به علت تمایل به مطلوب‌نمایی) در این پژوهش اشاره کرد. بنابراین در تعمیم و تکیه بر نتایج این پژوهش باید این محدودیت‌ها مدنظر قرار گیرد. پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی محدودیت‌های مورد اشاره لحاظ شود و از مصاحبه عمیق در کنار ابزارهای مدادکاغذی استفاده گردد. همچنین، پیشنهاد می‌گردد که در تحقیقات بعدی از رویکردهای درمانی دیگر در کنار رویکرد درمانی ذهنی‌سازی برای مقایسه و بررسی قدرت اثربخشی رویکردهای درمانی متفاوت استفاده شود. همچنین با توجه به گستردگی بیماری‌های غدد درون‌ریز و روان‌تنی پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی این روش بر سایر بیماری‌ها از جمله سردرد، زخم معده، رفلاکس روده و معده، اختلال خواب، خستگی مزمن، کمردرد و ... نیز به ویژه برای بیماری‌های خاص و با منشاء ناشناخته که درمان قطعی برای آن‌ها یافت نشده‌است، مورد بررسی قرار گیرد. انجام مطالعات طولی و پیگیری‌های بلندمدت و چندمرحله‌ای، به‌منظور بررسی تداوم اثربخشی و میزان پایداری تغییرهای ناشی از این مدل بر افراد مبتلا به اختلالات تیروئیدی پیشنهاد می‌گردد.

سپاسگزاری

محققان سپاس خود را از همکاری صمیمانه تمامی شرکت‌کنندگان در استان أصفهان و درمانگاه مهدیه اعلام می کنند.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچ گونه تعارض منافع در مقاله ندارند و مقاله با هزینه‌های شخصی انجام گردیده است.

References

1. Changizi V, Mohammadi M, Baradaran S, Taheri M. Effective dose and thyroid cancer risk in panoramic imaging. Payavard 2021;15(4):392-8.
2. Rezaei M, Jafari NZ, Ghaffarian H, Khosravi Farmad M, Zabbah I, Dehghan P. Comparison of Data Mining Algorithms' Efficiency in Thyroid Disease Diagnosis. payavard 2020;13(5):345-58.
3. Najafi L, Malek M, Hadian A, Ebrahim Valojerdi A, Khamseh M, Aghili R. Depressive symptoms in patie- nts with subclinical hypothyroidism--the effect of treat- ment with levothyroxine: a double-blind randomized clinical trial. Endocr Res 2015;40:121-6. https://doi.org/10.3109/07435800.2014.896924
4. 4. Jansen H, Boelen A, Heijboer A, Bruinstroop E, Fliers E. Hypothyroidism: The difficulty in attributing symptoms to their underlying cause. Frontiers in Endocrinology 2023;14:251. https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1130661
5. Szwarcbard N, Topliss D. Hypertension in thyroid disease and primary hyperparathyroidism. Endocrine Hypertension:

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.55]

Academic Press; 2023. p. 249-61. https://doi.org/10.1016/B978-0-323-96120-2.00005-4

6. WU S, et al. Clinical correlates of autoimmune thyroiditis and non-autoimmune hypothyroidism in treatment-naïve patients with major depressive disorders. Journal of Affective Disorders 2023;323:755-61. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.037
7. Mani K, Ray A, De S, Kumar A. Assessment of anxiety depression and executive function in cases of subclinical hypothyroidism attending in a tertiary care centre. Natl J Physiol Pharm Pharmacol 2018;8(8):1110-4. https://doi.org/10.5455/njppp.2018.8.0411206042018
8. Tan NCR, Chew R, Subramanian U, Sankari Y, Koh L. Patients on levothyroxine replacement in the community: Association between hypothyroidism symptoms, co-morbidities and their quality of life. Family Practice 2019;36:269-75. https://doi.org/10.1093/fampra/cmy064
9. Mitchell A, Hegedüs L, Žarković M, Hickey J, Perros P. Patient satisfaction and quality of life in hypothyroidism: An online survey by the British Thyroid foundation. Clin Endocrinol 2021;94:513-20. https://doi.org/10.1111/cen.14340
10. Fanaei S, Amouzegar A, Cheraghi L, Mehrabi F, Amiri P. Emotional states and health-related quality of life in patients with Thyroid dysfunction: A cross-sectional study. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2022;24(1):34-43. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1371783/v1
11. Shahmoradi L, Kheradbin N, Farzanehnejad AR, Mohammadzadeh N, Ghanbari Jolfaei A. Data elements for screening major depression in ages 10 to 25 using a clinical decision support system. payavard 2022;16(2):172-82.
12. Gharraee B, Zahedi Tajrishi K, Sheybani F, Tahmasbi N, Mirzaei M, Farahani H, et al. Prevalence of major depressive disorder in the general population of Iran: A systematic review and meta-analysis. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran 2019;33(1):926-34. https://doi.org/10.47176/mjiri.33.151
13. Liu Q, Joiner R, Trichtinger L, Tran T, Cole D. Dissecting the depressed mood criterion in adult depression: The heterogeneity of mood disturbances in major depressive episodes. Journal of affective disorders 2023;323:392-9. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.047 https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.014 https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.074
14. Fakharian N, Samari safa J, Ghezelsefloo M. 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 2019;21(2):65-72.
15. Sakkaki S, Naderi F, Hafezi F. Causal relationship between Depression and Health-related quality of life through chain mediation of Chronic Fatigue and Treatment Adherence in women with uterine cancer. Journal of Applied Family Therapy, 2023;4(1):512-33. https://doi.org/10.61838/kman.aftj.4.1.25
16. Erfani Khanghahi M, Ebadi Fard Azar F. Systematic review and meta-analysis of the quality of Life in Iranian Elderly People Using LEIPAD Questionnaire. payavard 2018;11(5):588-97.
17. Kollerits E, Ágnes Z, Balázs M, et al. Quality of life, social support, and adherence in female patients with thyroid disorders. PREPRINT (Version 1). 2023. https://doi.org/10.1186/s12905-023-02718-0
18. Ramezani M, Reisian M, Sajadi Hezaveh Z. The effect of synbiotic supplementation on hypothyroidism: A randomized double-blind placebo controlled clinical trial. Plos one 2023;18(2):e0277213. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277213
19. Monzani M, Piccinini F, Boselli G, et al. Changes in quality of life after thyroidectomy in subjects with thyroid cancer in relation to the dose of levothyroxine. J Endocrinol Invest, 2023;46:319-26. https://doi.org/10.1007/s40618-022-01903-6
20. Alitajer S, Mostaghimi P. Increasing the Quality of Life: Effects of indoor and Outdoor Plants in the Medical Center of Cancer Patients. payavard 2016;10(3):276-89.
21. Dehnavi H, Sadeghi M, Sepahvandi M. The effectiveness of the integrative approach of reality - emotion-focused therapy on the quality of sleep and sexual self-efficacy in women with hypothyroidism. Sadra Medical Journal 2020;8(2):91-102.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.55]

22. Rezaei S, Abedi P, Maraghi E, et al. The effectiveness of cognitive- behavioral therapy on quality of life in women with hypothyroidism in the reproductive age: a randomized controlled trial. Thyroid Res 2020;13(6). https://doi.org/10.1186/s13044-020-00080-z
23. Fonagy P, Bateman A. Mechanisms of change in mentalisation- based therapy with BPD. J Clini Psycho 2006;62(4):411-30. https://doi.org/10.1002/jclp.20241
24. Basharpoor S, Einy S. The effectiveness of mentalization-based therapy on emotional dysregulation and impulsivity in veterans with post-traumatic stress disorder. Shefaye Khatam 2020;8(3):10-9. https://doi.org/10.29252/shefa.8.3.10
25. Hagelquist J. Mentalization guide. Tehran: Arjmand Publications; 2022.
26. Mohammadi I, Tajeri B, Sodager S, Bahrami HeidajiM,AtadokhtA.Theeffectofmentalization-based therapy on the amount of health promoting behaviors in people with coronary heart disease. Shefaye Khatam 2020;8(3):39-48. https://doi.org/10.29252/shefa.8.3.39
27. Byrne G, Murphy S, Connon G. Mentalization-based treatments with children and families: A systematic review of the literature. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 2020;25(4):1022-48. https://doi.org/10.1177/1359104520920689
28. Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization- based treatment. Oxford, UK: Oxford University Press; 2004. https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198527664.001.0001
29. Ghanbari F, Naziri G, Omidvar B. The effectiveness of mentalization-based treatment on quality of life among children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Psychological Methods and Models 2020;11(40):151-72.
30. Lee D. The convergent, discriminant, and nomological validity of the Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21). J Affect Disord 2019;259:136-42. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.036
31. Asghari A, Saed F, Dibajnia P. Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) in a non-clinical Iranian sample. IPA, 2008;2:82-102.
32. Shahab Jahanlou A, Alishan Karami N. WHO quality of life-BREF 26 questionnaire: Reliability and validity of the Persian version and compare it with Iranian diabetic's quality of life questionnaire in diabetic patients. Primary Care Diabetes 2011;5(2):103-7. https://doi.org/10.1016/j.pcd.2011.02.001
33. Hayden M, Müllauer P, Gaugeler R, Senft B, Andreas S. Improvements in mentalization predict improvements in interpersonal distress in patients with mental disorders. J Clin Psychol 2018;74:2276-86. https://doi.org/10.1002/jclp.22673
34. Vogt K, Norman P. Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice 2019;92(4):441-64. https://doi.org/10.1111/papt.12194
35. BeeversC,WellsT,EllisA,FischerK.Identification of emotionally ambiguous interpersonal stimuli among dysphoric and no dysphoric individuals. Congnitive Therapy Research, 2019;33:283-93. https://doi.org/10.1007/s10608-008-9198-6

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.55]