

The Effectiveness of the Integrative Approach of Reality – Emotion-focused Therapy on the Quality of Sleep and Sexual Self-efficacy in Women with Hypothyroidism

Dehnavi H¹, Sadeghi M^{2*}, Sepahvandi MA²

¹MSC, Department of psychology, faculty of Literature and Humanity sciences, Lorestan University, Khorm Abad, Iran

²Assistant professor, Department of psychology, faculty of Literature and Humanity sciences, Lorestan University, Khorm Abad, Iran

Abstract

Introduction: Hypothyroidism is a clinical syndrome that occurs as a result of abnormalities in the production of thyroid hormones. Lack of this hurts sleep quality and sexual self-efficacy. The present study attempts to investigate the effectiveness of the Integrative approach of reality – Emotion-focused therapy on sleep quality and sexual self-efficacy in women with hypothyroidism.

Methods: The quasi-experimental research design was pre-test and post-test with the experimental and control groups. Among women who were admitted to the Shahid Rahimi hospital clinic with thyroid dysfunction, 30 were randomly selected and assigned to two experimental and control groups (15 people in each group). As a pre-test, sleep quality questionnaire (Petersburg, 1989) and sex self-efficacy questionnaire (Vaziri and Lotfi, 1392) were completed by the participants. Then an intervention with the Integrative approach of reality – Emotion-focused therapy for 10 sessions each lasting for 90 minutes was performed on the experiment group. Version 20 of SPSS software was used to analyze the data.

Results: Multivariate and univariate analysis of covariance indicated the effect of the independent variable on the dependent variables being significant at the level of (0.01). Moreover, the Integrative approach of reality – Emotion-focused therapy has affected the quality of sleep and sexual self-efficacy in patients with hypothyroidism.

Conclusion: According to the results, the Integrative approach of reality – Emotion-focused therapy in patients with hypothyroidism can increase sexual self- efficacy and improve their sleep quality. Therefore, this method can be used to treat and reduce their problems.

Keywords: Emotion-Focused Therapy, sleep, self-efficacy, Hypothyroidism

Sadra Med Sci J 2020; 8(2): 91-102.

Received: Aug. 8th, 2019

Accepted: Apr. 19th, 2020

*Corresponding Author: **Sadeghi M.** Assistant professor, Department of psychology, faculty of Literature and Humanity sciences, Lorestan University, Khorm Abad, Iran, sadeghi.m@lu.ac.ir

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۸، شماره ۲، بهار ۱۳۹۹، صفحات ۹۱ تا ۱۰۲

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۱/۳۱ تاریخ دریافت: ۹۸/۰۵/۱۷

مقاله پژوهشی

(Original Article)

اثربخشی رویکرد تلفیقی واقعیت درمانی - هیجان مدار بر کیفیت خواب و خودکارآمدی جنسی در زنان مبتلا به کم کاری تیروئید

حدیث دهنوی^۱، مسعود صادقی^{۲*}، محمدعلی سپهوندی^۲^۱ کارشناسی ارشد گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران^۲ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

چکیده

مقدمه: کم کاری تیروئید سندرمی بالینی است که در نتیجه نقص در تولید هورمون های تیروئید رخ می دهد. کمبود این هورمون بر کیفیت خواب و خودکارآمدی جنسی تأثیر منفی می گذارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رویکرد تلفیقی واقعیت درمانی - هیجان مدار بر کیفیت خواب و خودکارآمدی جنسی زنان مبتلا به کم کاری تیروئید انجام شد.

مواد و روش ها: طرح پژوهش شبه تجربی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. از بین زنان مبتلا به کم کاری تیروئید که در درمانگاه بیمارستان شهید رحیمی شهر خرم آباد پرونده داشتند، ۳۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. پرسشنامه کیفیت خواب (پترزبورگ، ۱۹۸۹) و پرسشنامه خودکارآمدی جنسی (وزیری و لطفی، ۱۳۹۲) قبل و بعد از مداخله تکمیل شد. مداخله با رویکرد تلفیقی واقعیت درمانی - هیجان مدار به مدت ۱۰ جلسه، ۹۰ دقیقه ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد. برای تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد.

یافته ها: تحلیل کواریانس چند متغیره و تک متغیره نشان داد رویکرد تلفیقی واقعیت درمانی - هیجان مدار بر کیفیت خواب و خودکارآمدی جنسی بیماران کم کاری تیروئید تأثیر دارد ($P = 0/01$, $F = 28/12$).

بحث و نتیجه گیری: براساس نتایج، رویکرد تلفیقی واقعیت درمانی - هیجان مدار در بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید می تواند باعث افزایش خودکارآمدی جنسی و بهبود کیفیت خواب آن ها شود. انجام مطالعات بیشتر در این زمینه پیشنهاد می شود.

واژگان کلیدی: مداخله هیجان مدار، خواب، خودکارآمدی، کم کاری تیروئید

* نویسنده مسئول: مسعود صادقی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران، sadeghi.m@lu.ac.ir

مقدمه

کم کاری تیروئید (hypothyroidism) یکی از اختلالات غدد درون ریز است که بر اثر بدکارکردی هورمون تیروئید رخ می‌دهد (۱). هرگونه اشکال در عملکرد غده تیروئید (thyroid, Gland) باعث به وجود آمدن بیماری‌هایی همچون کم کاری تیروئید می‌شود. شیوع کم کاری تیروئید و اختلالات تیروئیدی بر اساس مراجع مختلف متفاوت است، در بعضی از مطالعات میزان شیوع کم کاری تیروئید ۲/۵ درصد و در بعضی دیگر ۷/۵ درصد گزارش شده است، به گونه‌ای که این بیماری در ایران پس از دیابت در رتبه دوم قرار گرفته است (۲). اختلالات تیروئیدی در زنان حدود ده برابر بیشتر از مردان است، بنابراین زنان نسبت به بیماری‌های خود ایمن مستعدتر هستند. نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که محیط هورمونی زنانه می‌تواند یکی از عوامل مطرح در این زمینه باشد. امروزه در اکثر موارد بیماری تیروئید دارای ماهیت خودایمنی (هاشیموتو) (Hashimoto) است، وات (Watt) معتقد است این بیماری زمانی ایجاد می‌شود که غده تیروئید نتواند به اندازه نیاز بدن هورمون تولید نماید در این بیماری، سیستم ایمنی به غده تیروئید حمله می‌کند (۳).

استرس و مشکلات روانی با کاهش قدرت سیستم ایمنی می‌تواند در بروز کم کاری تیروئید مؤثر باشد. طیف بالینی این بیماری گسترده است و شیوع آن به صورت یک بیماری بدون علامت ظاهری تا بیماری شدید همراه با اغما و میکروزومی (mykzvdmy) متفاوت است. در واقع استرس و رخداد های آزاردهنده می‌تواند علت مشکلات جسمی و مشکلات روانی برای فرد شوند. علائم و نشانه‌های کم کاری تیروئید: خلق افسرده، خواب آلودگی، خستگی، عدم تحمل سرما، پوست خشک، بی نظمی قاعدگی، کندی ضربان قلب، صورت پف آلود، مشکلات قلبی عروقی، بی تفاوتی و بی میلی جنسی، افزایش وزن و تأخیر در رفلکس‌های تاندونی (tendon reflex) است. یکی از مشکلات افراد مبتلا به کم کاری تیروئید کیفیت خواب (quality of sleep) و مشکلات مربوط به آن مثل

خواب آلودگی مفرط است (۴). خواب از نیازهای فیزیولوژی بشر بوده و یک حالت منظم تکرار شونده و به آسانی برگشت پذیر ارگانسیم است که با بی حرکتی نسبی و بالا رفتن قابل توجه آستانه واکنش به محرک‌های خارجی در مقایسه با حالت بیداری مشخص است (۵). کیفیت خواب به معنی توانایی ماندن در حالت خواب و برخوردار شدن از تمام ویژگی‌های مرحله خواب با حرکات سریع چشم و بدون حرکات سریع چشم. کیفیت خواب ضعیف و یا خواب آلودگی سبب کاهش کیفیت زندگی، افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های روانی می‌شود (۶). همچنین نتایج پژوهشی که توسط وان د وان (Van de An) ۲۰۱۲، انجام شد حاکی از آن بود که آیتیم خواب آلودگی مفرط و خستگی در افراد هیپوتیروئید به نسبت افراد عادی بیشتر است (۷).

یکی از مشکلات بیماران مبتلا به تیروئید، خودکارآمدی جنسی (Sexual self-efficacy) پایین در این افراد است. خودکارآمدی جنسی را می‌توان باوری دانست که هر فرد در مورد توانایی خود در عملکرد مؤثر فعالیت‌های جنسی و مطلوب بودن برای شریک جنسی خود دارد، چنین باوری نوعی خودارزیابی از توانایی و کارآمدی در رفتار جنسی است (۸). طبق بررسی‌های انجام شده توسط بلس (Balse) در سال ۲۰۱۳ تأثیر بیماری‌های تیروئید بر خودکارآمدی جنسی بیش از چیزی است که تاکنون به نظر رسیده است (۹). افراد مبتلا به کم کاری تیروئید به دلیل پایین بودن خودکارآمدی جنسی دچار مشکلات جنسی از جمله سرد مزاجی می‌شوند. در مطالعه‌ای که توسط ریسینگ (Reissuing) انجام شد مشخص شد که در افراد مبتلا به کم کاری تیروئید خودکارآمدی جنسی پایین است و این افراد دچار مشکلات جنسی هستند. در درمان افراد مبتلا به کم کاری تیروئید از درمان‌های دارویی و روانشناختی زیادی استفاده می‌شود. در درمان دارویی برای این افراد از متداول ترین دارو که لووتیروکسین (levoxine) نام دارد استفاده می‌شود، مصرف این دارو به صورت مادام العمر است (۱۰). یکی از

دردسترس ۳۰ نفر انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هرکدام ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود (جنسیت مؤنث، تشخیص کم‌کاری تیروئید از سوی متخصص غدد، رضایت به شرکت داشتن در این طرح، نداشتن ملاک‌های تشخیصی برای اختلالات بارز روان پزشکی و عدم مصرف هرگونه داروی روان پزشکی) و ملاک‌های خروج (داشتن پرکاری تیروئید، غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی، انجام ندادن تکالیف، عدم همکاری و ابتلا به بیماری‌های شدید روانپزشکی.

برای اجرای پژوهش حاضر، ابتدا کد اخلاق LUMS.REC.1398.060 را از دانشگاه علوم پزشکی شهر خرم آباد اخذ و سپس مقدمات لازم برای انجام کار آماده گردید. سپس در شرایط یکسان و همزمان پیش آزمون در قالب پرسشنامه‌های تبعیت از رژیم دارویی، تحمل پریشانی هیجانی، کیفیت خواب و خودکارآمدی جنسی سپس در شرایط یکسان و همزمان پیش آزمون در قالب پرسشنامه‌های تبعیت از رژیم دارویی، تحمل پریشانی هیجانی، سپس مداخله، به روش رویکرد تلفیقی واقعیت درمانی - هیجان مدار به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد ولی گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات رویکرد واقعیت درمانی - هیجان مدار، مجدداً از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. از ابزارهای پژوهش پرسشنامه کیفیت خواب (پترزبورگ، ۱۹۸۹) بود. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط بویس و همکاران در مؤسسه پترزبورگ ساخته شد. این پرسشنامه در اصل دارای ۹ گویه است اما چون سؤال ۵ خود شامل ۱۰ گویه فرعی است بنابراین کل پرسشنامه دارای ۱۹ آیتم است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای ۷ زیرمقیاس است که کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب آورو اختلالات عملکردی روزانه را بررسی می‌کند، تفسیرنمرات در این

درمان‌های روانشناختی واقعیت درمانی (Reality Therapy) است. در واقعیت درمانی برمفاهیمی چون کنترل، مسئولیت پذیری و انتخاب تأکید می‌شود که می‌تواند بر راهبردهای کنارآبی و منبع کنترل افراد تأثیر بگذارد. واقعیت درمانی براساس نظریه انتخاب استوار است (۱۱). تأکید نظریه انتخاب بر دو مؤلفه عملکرد و تفکر می‌باشد (۱۲). گلاسز نشان داد که انسانها به وسیله پنج نیاز درونی که عبارتند از نیاز به تعلق، نیاز به تفریح و سرگرمی، نیاز به عشق، نیاز به آزادی و نیاز به بقاء برانگیخته می‌شوند. تمام رفتارهای انسان در جهت ارضای این پنج نیاز هدایت می‌شوند. ارضای مؤثر این پنج نیاز در انسان منجر به احساس کنترل می‌شود که در نظریه‌های دیگر خودشکوفایی یا تحقق خود (self-actualization) نامیده می‌شود (۱۳).

از جمله درمان‌های روانشناسی می‌توان به درمان مبتنی بر هیجان اشاره کرد. درمان هیجان مداریک رویکرد تجربی است که هیجان را به عنوان اساس و پایه تجربه در ارتباط با کارکردهای انطباقی و غیرانطباقی می‌داند (۱۴) و شامل روش‌های مبتنی بر فعال کردن هیجان‌های خاصی است که در یک زمینه ارتباطی همدلانه برقراری می‌شود. این رویکرد فرض می‌کند که کمک به مراجعان در تغییر روشی که آنها از هیجان‌های خود سوء استفاده کرده و در یک ارتباط مراقبتی و همدلانه خالص به آن دسترسی می‌یابند منجر به تغییر در طرحواره‌های هیجانی می‌شود (۱۵).

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک تحقیق شبه تجربی به روش پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش کلیه زنان مبتلا به کم‌کاری تیروئید مراجعه کننده به بیمارستان شهیدرحیمی شهر خرم آباد در بهار سال ۱۳۹۸ بود. روش نمونه‌گیری در این پژوهش بدین صورت بود که از میان کلیه زنان مبتلا به کم‌کاری تیروئید که دارای پرونده در مراکز درمانی شهر خرم آباد بودند و با رعایت ملاک‌های ورود و خروج به صورت

احساس، مثال چرخ‌های جلو و چرخ‌های عقب ماشین و ارزیابی شناختی.

۵. آموزش مهارت‌های تغییر توجه، چگونگی تسلط بر افکار و متوقف کردن نشخوار فکری، تغییر در موقعیت‌های برانگیزاننده هیجان و توضیح و آشنایی با سیستم برنامه ریزی SAMIC.

۶. آشنایی اعضای گروه با نظریه کنترل (درونی و بیرونی) آوردن مثال‌هایی برای تفهیم بیشتر این نظریه، شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن بر حالت‌های هیجانی و مهارت گسترش توجه.

۷. آشنایی اعضای گروه با مفهوم تعارض و انواع آن، آوردن مثال‌هایی درخصوص موقعیت‌ها و شرایط متعارض و خواستن از اعضای گروه که دو عکس متعارض خود را بیان کنند، آشنایی با تکنیک مواجهه، و بررسی پیامدهای هیجانی آن.

۸. آشنایی اعضای گروه با واژه واقعیت و انکار واقعیت در خصوص بیماری تیروئید، آگاهی یافتن اعضا نسبت به نمونه‌هایی از انکار واقعیت در زندگی خود و پذیرش مسئولیت در زندگی، آشنایی با تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان و توضیح مهارت آرمیدگی جسمانی و تن آرامی و تغییر دادن پیامدهای هیجانی از طریق عمل معکوس.

۹. آشنایی اعضای گروه با سیستم WEDP در نظریه گلاسر و ارزیابی مجدد در نظریه هیجان مدار و آوردن مثال درخصوص داشتن جهت در زندگی و آگاهی از انتخاب هایمان

۱۰. بیان گروه از دستاوردهایشان، شرح خلاصه‌ای از مفاهیم مطرح شده در جلسات قبل و اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر دامنه سنی افراد مبتلا به کم‌کاری تیروئید بین ۱۸-۴۰، و میانگین سنی $28/63 \pm 8/95$ بودند که ۸۰٪ افراد مبتلا به کم‌کاری تیروئید (۱۲ نفر)

پرسشنامه، نمره فرد بین ۰ تا ۳ خواهد بود، کسب نمره کل بالاتر از ۵ به معنی کیفیت خواب ضعیف است. بویس (Buysse) و همکاران (۱۶)، انسجام درونی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آوردند. در نسخه ایرانی این پرسشنامه روایی ۰/۸۶ و پایایی ۰/۸۹ به دست آمد (۱۷). پایایی این پرسشنامه توسط حیدری، احتشام-زاده و مرعشی مورد تأیید قرار گرفت. همچنین پرسشنامه خودکارآمدی جنسی که توسط وزیری و لطفی، ۱۳۹۲ ساخته شد. این پرسشنامه ۱۰ سوال دارد که در یک پیوستار ۴ گزینه‌ای (از صفر، اصلاً صحیح نیست) تا (۳ کاملاً صحیح است) نمره‌گذاری می‌شود. نمره بین ۰ تا ۱۰ خودکارآمدی جنسی پایین، نمره بین ۱۰ تا ۳۰ خودکارآمدی جنسی متوسط و نمره بالاتر از ۳۰ خودکارآمدی بالا است. روایی و پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ دو نیمه کردن اسپیرمن-براون ۰/۸۱ و گاتمن ۰/۸۱ گزارش شده است و پایایی آن توسط وزیری و لطفی مورد تأیید قرار گرفته است.

خلاصه جلسات رویکرد تلفیقی واقعیت درمانی و هیجان مدار که توسط اساتید راهنما و مشاور تنظیم شده است. اهداف و پروتکل جلسات رویکرد تلفیقی واقعیت درمانی-هیجان مدار شامل:

۱. آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، بیان قوانین و انتظارات، معرفی ساختار جلسات و اهداف برنامه درمانی، اجرای پیش‌آزمون و توضیح مختصر از رویکرد واقعیت درمانی (گلاسر) و رویکرد هیجان مدار (گرینبرگ).

۲. تعریفی از بیماری تیروئید و انواع آن، توضیح درخصوص چرایی و چگونگی رفتار.

۳. آشنایی اعضای گروه با مفهوم دنیای مطلوب، دنیای آرمانی و دنیای کیفی و آوردن مثال‌هایی در این مورد، تعریف و آشنایی درمورد هیجان و انواع هیجانات اولیه و ثانویه.

۴. آشنایی با سیستم رفتاری و اصطلاح ماشین رفتار گلاسر، آشنایی با ۴ مؤلفه مهم فکر، عمل، فیزیولوژی،

نمره‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که در هر دو گروه آزمایش و کنترل ($p > 0/05$)، مورد تأیید بود. پیش فرض تساوی واریانس‌ها (پس‌آزمون) با استفاده از آزمون لوین بررسی شد، این پیش فرض در مرحله پس‌آزمون ($p > 0/05$) مورد تأیید قرار گرفت. نمرات پیش آزمون به عنوان متغیرهای همگام در نظر گرفته شد و تأثیر آن بر روی نمرات پس‌آزمون با استفاده از تحلیل کواریانس کنترل شد. نمودار پراکنندگی نشان داد که پیش فرض خطی بودن رابطه بین متغیرهای وابسته و متغیرهای همگام (نمرات پیش‌آزمون مربوطه) برقرار است. همچنین همگنی شیب‌های خطرگرسیون بین متغیرهای وابسته و متغیرهای همگام در هر دو گروه آزمایش و کنترل از طریق رسم نمودار پراکنش برقرار بود. بنابراین برای بررسی تأثیر رویکرد تلفیقی واقعیت درمانی هیجان مدار بر کیفیت خواب و خودکارآمدی جنسی از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. که در زیر نتایج آن ارائه شده است.

گروه آزمایش و ۶۰٪ افراد مبتلا به کم کاری تیروئید (۱۰ نفر) گروه کنترل یکبار بودند.

همان‌طور که در جدول ۱، مشاهده می‌شود میانگین نمرات کیفیت خواب و خودکارآمدی جنسی در مرحله پیش آزمون برای گروه آزمایش به ترتیب برابر است با ۱۰/۶۱، و ۷/۸۵ است که پس از مداخله رویکرد تلفیقی واقعیت درمانی هیجان مدار به شیوه گروهی مقادیر خودکارآمدی جنسی افزایش یافته که برابر است با ۲۱/۰۱ است و مقادیر کیفیت خواب کاهش یافته (نمره پایین در این پرسشنامه نشانه کیفیت بهتر خواب است) که برابر است با ۳/۱۵ است. در گروه کنترل این میانگین‌ها در پیش آزمون برابر است با ۹/۵۸ و ۷/۰۱، و در مرحله پس آزمون ۱۰/۴۲ و ۶/۹۵ است.

برای استفاده از آماره استنباطی تحلیل کواریانس چند متغیره و تک متغیره پیش فرض‌های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت، برای پیش فرض نرمال بودن توزیع

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون کیفیت خواب و خودکارآمدی جنسی در گروه‌های آزمایش و کنترل

سنجش‌ها		شاخص‌های آماری	آزمودنی‌ها	عضویت گروهی	
پس‌آزمون	پیش‌آزمون			زیرمؤلفه‌ها	مؤلفه‌ها
۲۱/۰۱	۱۰/۶۱	میانگین	گروه آزمایش	خود کارآمدی جنسی	
۴/۸۱	۳/۶۵	انحراف معیار			
۱۰/۴۲	۹/۵۸	میانگین	گروه کنترل		
۳/۷۸	۲/۹۹	انحراف معیار			
۳/۱۵	۷/۸۵	میانگین	گروه آزمایش	کیفیت خواب	
۱/۳۸	۱/۹۵	انحراف معیار			
۶/۹۵	۷/۰۱	میانگین	گروه کنترل		
۱/۰۶	۱/۱۵	انحراف معیار			

خودکارآمدی جنسی افراد مبتلا به کم کاری تیروئید گروه-های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=7/81$; $p < 0/01$)، به منظور تعیین اینکه در کدام یک از متغیرها تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و کنترل وجود دارد از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳، ارائه گردیده است.

همان‌طور که در جدول ۲، مشاهده می‌شود پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون و سایر متغیرهای کنترل، به روش تحلیل کواریانس چند متغیره، اثر معنی‌داری برای عامل عضویت گروهی وجود دارد. این اثر چند متغیره نشان می‌دهد که واقعیت درمانی هیجان مدار بر کیفیت خواب و خودکارآمدی جنسی تأثیر دارد و بین کیفیت خواب و

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین نمره‌های کیفیت خواب و خودکارآمدی جنسی با کنترل پیش‌آزمون‌ها، در گروه‌های آزمایش و کنترل

توان آماری	اندازه اثر	معنی داری	Df	Df	F	ارزش	اثر	
۱	۰/۶۵	۰/۰۰۸	۹	۲	۸/۸۹	۰/۶۵۹	پیلایی	پس آزمون
۱	۰/۶۵	۰/۰۰۸	۹	۲	۸/۸۹	۰/۳۴۱	لامبدای وبلکز	
۱	۰/۶۵	۰/۰۰۸	۹	۲	۸/۸۹	۱/۹۳	هتلینگ	
۱	۰/۶۵	۰/۰۰۸	۹	۲	۸/۸۹	۱/۹۳	بزرگترین ریشه روی	

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره برای کیفیت خواب و خودکارآمدی جنسی و بر حسب عضویت گروهی

توان آماری	میزات تأثیر	معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیر وابسته	منبع تغییرات
۰/۹۳	۰/۱۳	۰/۲۳	۱/۶۱	۵۷/۷۵	۱	۵۷/۷۵	خودکارآمدی جنسی	اثر پیش آزمون
۰/۹۷	۰/۱۶	۰/۱۹	۱/۹۲	۱۱/۲۷	۱	۱۱/۲۷	کیفیت خواب	
۱	۰/۴۱	۰/۰۲	۶/۹۱	۱۳۴/۷۸	۱	۱۳۴/۷۸	خودکارآمدی جنسی	عضویت گروهی
۱	۰/۵۴	۰/۰۰۶	۱۲/۰۵	۴۲/۴۳	۱	۴۲/۴۳	کیفیت خواب	

سودمندی اثر بخشی مبتنی بر رویکرد تلفیقی واقعیت درمانی و هیجان مدار بر افزایش خودکارآمدی جنسی و بهبود خواب در زنان مبتلا به کم کاری تیروئید را تأیید کرد. با توجه به بررسی‌های انجام شده پژوهشی تحت عنوان پژوهش حاضر یافت نشد. نتایج تحلیل کوواریانس در این پژوهش نشان داد میانگین نمرات پیش آزمون بین گروه‌های آزمایش و کنترل در کیفیت خواب و خودکارآمدی جنسی در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. در سؤال نخست پژوهش، متضمن این نکته بود که آیا رویکرد تلفیقی واقعیت درمانی و هیجان مدار بر کیفیت خواب مبتلایان به کم کاری تیروئید مؤثر بوده است؟ نتایج نشان داد که رویکرد واقعیت درمانی و هیجان مدار در مرحله ی پس آزمون منجر به افزایش معناداری کیفیت

با توجه به نتایج جدول ۳، با کنترل نمرات پیش آزمون بین گروه‌های آزمایش و کنترل در کیفیت خواب و خودکارآمدی جنسی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.01$)، با توجه به نتایج فوق می‌توان نتیجه گرفت که رویکرد تلفیقی واقعیت درمانی هیجان مدار موجب افزایش ۴۱ و ۵۴ درصدی در خودکارآمدی جنسی و کیفیت خواب در گروه آزمایش در مرحله پس-آزمون شده است.

بحث

هدف پژوهش حاضر اثر بخشی رویکرد تلفیقی واقعیت درمانی - هیجان مدار بر کیفیت خواب و خودکارآمدی جنسی در زنان مبتلا به کم کاری تیروئید بود. نتایج حاصل

خواب شد (۲۱). از آنجا که شناخت، عاطفه، هیجان و رفتار، کاملا در تعامل یکدیگر هستند، راهبردهای هیجان مدار با کنترل توجه و عواقب شناختی هیجان موجب تغییر عملکرد سیستم های شناختی (از قبیل حافظه، توجه، تصمیم گیری و هوشیاری) و سپس تنظیم هیجان می-شود. امروزه برخلاف نظریه های اولیه، بر مفید بودن هیجان در رفتارها تأکید می کنند. و دیدگاه عمومی بر این است که هیجان ها قبل از رفتارها واقع می شوند و سازگاری فرد را با ضروریات محیط فیزیکی و اجتماعی بهینه می-سازند. هیجان، با هماهنگ کردن فرآیندهای ذهنی، زیستی و انگیزشی موجب می شود وضعیت فرد با محیط تثبیت شود و ضمن تجهیز وی با پاسخ های ویژه و کارآمد مناسب با مسائل، در نهایت موجب بقای جسمانی و اجتماعی او می شود (۲۲). بنابراین توانایی ناموفق و ناکارآمد در تنظیم هیجان با تعدادی از پیامدهای جسمانی، اجتماعی، روانی و فیزیولوژیک مرتبط می باشد و در نتیجه نارسایی در این زمینه، مکانیسم زیربنایی کاهش سطوح سلامت روانی و افزایش مشکلاتی همچون مشکل در کیفیت خواب و مشکلات روانی می باشد (۲۳). بنابراین درمان مبتنی بر هیجان و مهارت -های آن از جمله تغییر توجه و فن مواجهه که با بیماری و مشکل روبه رو شوند و آن را بپذیرند و بدانند که واقعیت بیماری تیروئید خارج از کنترل آنها نیست می توانند کنترل کنند و همین آشنایی با بیماری و حقیقت آن و شیوهی کنترل آن تنش و استرس آنها را کم می کند و همین امر بر کیفیت خواب آنها تأثیر مثبت می گذارد (۲۴). سؤال دوم این پژوهش به این مسئله اشاره می کند که آیا رویکرد تلفیقی واقعیت درمانی و هیجان مدار بر خودکارآمدی جنسی بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید مؤثر بوده است؟ در این پژوهش همچنین نتایج نشان داد که رویکرد واقعیت درمانی و هیجان مدار در مرحله ی پس آزمون منجر به افزایش معناداری خودکارآمدی جنسی زنان مبتلا به کم کاری تیروئید شده است. این یافته همسو با نتایج مطالعه گالهارد (Galhard) و همکاران (۲۵)، که در پژوهش خود بیان

خواب زنان مبتلا به کم کاری تیروئید شده اند. نتایج این پژوهش به صورت غیرمستقیم با پژوهش لما همسو است (۱۸). بنابراین با توجه به نتایج این تحقیق واقعیت درمانی بر بهبود کیفیت خواب بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید مؤثر است. همچنین در پژوهشی که توسط رفیعی و سیفی (۱۹)، انجام گرفت اثربخشی واقعیت درمانی بر کیفیت خواب بیماران کم کاری تیروئید را نشان داد. در تبیین این یافته می توان گفت: ازدیدگاه گلاسر افراد در هر حالتی که قرار گرفتند انتخاب خود اشخاص بوده است زیرا نتوانسته اند نیازهای اساسی خود را از راه درست و معقولانه ارضا کنند. انسان ها می توانند با انتخاب کردن راهی مؤثر و مناسب برای نیل به نیازها، نظیر تفریح، آزادی، تعلق و دوست داشتن، بقا و قدرت موقعیت بهتری را خلق کنند (۲۰). همچنین گلاسر معتقد است نظریه انتخاب در واقعیت درمانی نظام کنترل درونی را شکل می دهد این به معنای این است که فرد می تواند خود کنترل همه چیز را به دست بگیرد و اگر مشکلی پیش می آید از کنترل فرد خارج نیست و همه چیز در درون فرد است و به وسیله فرد کنترل می شود، در واقعیت درمانی درمانگر از درمانجو می پرسد برای مواجهه با مشکل خود چه گزینه هایی داری؟ درمانجو باید از روش بارش مغزی استفاده کند. درمانگر با ارائه چندین گزینه همچنین با ارائه سؤالاتی افکار غیر منطقی بیمار را به چالش میکشد در اینجا سعی می شود که با بینشی مثبت به بیماری و تغییر برداشت های منفی و شناخت راهی رضایت بخش و لذت بخش از زندگی بررسی و با توجه به نقش -های متفاوت اعضا در زندگی تأکید گردد (شما اسیر بیماری کم کاری تیروئید و مشکلات خواب نیستید، از همین حالا می توانید، با انتخاب سبک زندگی سالم، تغییر در افکار و نگرش خود، زندگی سال و زندگی بهتری داشته باشید). همچنین می توان گفت: در واقعیت درمانی با ارزیابی شناختی و آموزش توقف نشخوار فکری، تغییر توجه و پرت کردن حواس و تغییر در شناخت فرد نسبت به بیماری اش و مشکل کیفیت خواب اش در رفتار بیمار تغییر ایجاد کرد و باعث بهتر شدن کیفیت

است. برخی پژوهشگران دریافته اند که درمان متمرکز بر هیجان که در آن از گفتگوی صندلی خالی به عنوان روش اصلی حل مشکلات ناتمام استفاده می شود یک مداخله مؤثر در درمان مشکلات جسمانی و هیجانی است. نتایج پژوهش نشان داد که رویکرد EET تاثیر مثبتی بر بهبود خودکارآمدی جنسی زنان و احساسات مثبت نسبت به روابط جنسی داشته است. تحقیق با نتایج جانسون و گرینبرگ (۳۴) و الدانو و همکاران (۳۵)، در حوزه EET همخوان است. در تبیین دیگر می توان گفت: رویکرد واقعیت درمانی، هیجان مدار فرد را به این آگاهی می رساند که اگرچه نمی تواند حوادث قطعی زندگیشان را تغییر دهند و یک سری از مسائل وجود دارد که از کنترل آنها خارج است، اما می تواند یاد بگیرد تا روش مقابله با آنها را تغییر دهند و در مقابل آن رویداد واکنش نشان دهد. در واقع چون رویکرد واقعیت درمانی یک رویکرد شناختی است این رویکرد می تواند روی افکار بیماران تأثیر بگذارد. پس باتوجه به رویکرد تلفیقی واقعیت درمانی - هیجان مدار، آنچه که اهمیت بسیار دارد، شیوه و نگرش فرد نسبت به حقیقت بیماری شناخت هیجانها و کنترل آن است (۳۶). از جمله محدودیت های این پژوهش می توان به این موارد اشاره کرد که این پژوهش صرفاً بر روی جنس مؤنث انجام گرفته است. از این رو، در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. از آن جا که این پژوهش بر روی بیماران کم کار تیروئید شهر خرم آباد انجام شده است، از تعمیم نتایج آن به سایر شهرها باید احتیاط کرد. همچنین نداشتن دوره پیگیری به دلیل مشکل دسترسی به این دسته از بیماران و نداشتن زمان کافی، جزء عواملی هستند که تعمیم پذیری نتایج این مطالعه را با محدودیت مواجهه می کند. به منظور بررسی آثار بلندمدت درمان، پیگیری آزمودنی ها دست کم تا سه ماه برای مطالعات بعدی پیشنهاد می شود. از آن جا که رویکرد تلفیقی واقعیت درمانی - هیجان مدار مداخله ای مؤثر از نظر اقتصادی مقرون به صرفه و از نظر پزشکی، عاری از عوارض جانبی است. پیشنهاد می شود این مداخله توسط روانشناسان به طور وسیع به کار گرفته شود.

کردند که واقعیت درمانی بر خودکارآمدی جنسی افراد مبتلا به کم کاری تیروئید مؤثر است. همچنین روستوسکی (Rostosky) و همکاران (۲۶) بیان داشتند که بیشتر افراد با کم کاری تیروئید با مشکل پایین بودن خودکارآمدی جنسی روبه رو هستند. در تحقیقی که گلاسر، هال و رو، صورت گرفت، نتایج نشان داد که درمان واقعیت درمانی بر رضایت جنسی و خودکارآمدی جنسی مؤثر بوده است (۲۸). در تبیین این یافته می توان گفت که تأثیر واقعیت درمانی بر خودکارآمدی جنسی بدین صورت است که باور افراد به توانایی هایشان حتی مواقعی که فرد دچار نقصی در بدن خود می شود، می تواند عملکردهای او را ثابت نگه دارد. با این باور، فرد می تواند بر پیامدهای زندگی خود اثر بگذارد و احساس کنترل بیشتر چیزی که در رویکرد واقعیت درمانی خیلی بر آن تأکید شده است را داشته باشد. بر این اساس، خودکارآمدی جنسی را می توان باوری دانست که هر فرد در مورد توانایی های خود در عملکرد مؤثر فعالیت های جنسی و مطلوب بودن را با شریک جنسی خود دارد. چنین باوری نوعی خود ارزیابی از توانایی و کارآمدی در رفتار جنسی است (۲۹). به همین دلیل واقعیت درمانی با اثرگذاری خود بر افکار و عقاید بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید که احساس بی کفایتی در روابط جنسی خود دارند و همین باور بر خودکارآمدی جنسی آنها تأثیر منفی دارد به آنها کمک می کند (۳۰). بنابراین با درمان واقعیت درمانی به این افراد در وهله ی اول باعث تغییر در افکار و به دنبال آن تغییر در رفتار می شود و همین موضوع بر بهبود خودکارآمدی جنسی مؤثر واقع می شود. در مطالعات متعدد نشان داده شده است که درمان مبتنی بر هیجان بر استفاده بیشتر از راهبردهای مثبت شناختی تنظیم هیجانها تأثیر دارد. همچنین درمان هیجان مدار بر کاهش استفاده از راهبردهای منفی شناختی که بر زندگی بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید تأثیر مخربی دارد مؤثر است. روند نتایج حاصل از این سؤال به صورت غیرمستقیم بر یافته های گرینبرگ و همکاران (۳۱)، خوشنام و همکاران (۳۲)، کاویان پور (۳۳)، همسو

and the serum levels of thyrotropin and free thyroxine in euthyroid subjects? Thyroid 2012; 22(12):123643.

5. Potter PA, Perry AG. Fundamental of Basic Nursing. 5th ed. St Louis: Mosby; 2017.
6. Afkham Ebrahimi A, Ghale Bandi MF, Salehi M, Kafian Tafti AR, Vakili Y, Akhlaghi Farsi A. Sleep Parameters and the Factors Affecting the Quality of Sleep in Patients Attending Selected Clinics of Rasoul-e Akram Hospital. Razi J Med Sci 2008; 15(58):31-38. (In Persian).
7. Taraghi Z. Study of Sleep Health and Nurse's Role. Journal of Nursing and Midwifery Research, Sari 2001; 1: 51-46: (In Persian).
8. Jebreely M. Evaluation of the effect of sleeplessness in working time on quality of nursing duty and the solutions of it. National congress of insomnia. 2005. Quality of Sleep and Related Factors among Imam Khomeini Hospital Staff Nurses. IJN. 2010; 23(63): 18 -25.
9. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan and Sadock comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009, P: 287-94
10. Bailes SC, Fichten CS, Libman E, Brender W, Amsel R. Sexual self-efficacy scale for female functioning. Handbook of Sexuality-Related Measures. 3rd ed. New York: Syracuse; 2013.

تقدیر و تشکر

این مقاله با کد اخلاق LUMS.REC.1398.060 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی لرستان تأیید شده است. نویسندگان این مقاله مراتب تشکر صمیمانه خود را از مسئولان و کارکنان بیمارستان شهید رحیمی شهر خرم آباد و کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش را ابراز می دارند همچنین برای اتمام این پژوهش، هیچ کمک مالی از طرف نهاد خاصی دریافت نشده است.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منفعی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

منابع

1. Vanderpump MP. The epidemiology of thyroid disease. Br Med Bull. 2013; 99:39-51.
2. Naderi T, Honarvar Z, Bahram poor A, Yousef zade GH. The Prevalence of Thyroid Hypothyroidism in Pregnant Women Referring to Shahid Dadibi Clinic of Kerman, Based on Risk Factors. Journal of Kerman University of Medical Sciences 2011; 19 (3): 225-232. (In Persian)
3. Shabani M, Ghorishi A. Assessment of thyroid function in patients with major depressive disorder and panic disorder in Zanjan city. Scientific Journal of Kermanshah University of Medical Sciences 2009; 12(4): 435- 441. (In Persian)
4. Van de Ven AC, Netea-Maier RT, de Vegt F, Ross HA, Sweep FC, Kiemeny LA, et al. Is there a relationship between fatigue perception

18. Garnefs Ki N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences* 2006; 40(8): 1659-1669.
19. Thompson, R. A. Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development* 1994; 59(23): 25-52.
20. Greenberg LS, Elliott R, Pos A. Special topic: Emotion-focused therapy. *European Psychotherapy* 2007; 7: 87-93.
21. Greenberg LS. *Emotion-Focused Therapy (Theories of Psychotherapy)*. APA. Washington: DC; 2011.
22. Moncayo R, Moncayo H. Exploring the aspect of psychosomatics in hypothyroidism: The WOMED model of body– mind interactions based on musculoskeletal changes, psychological stressors, and low levels of magnesium. *Woman - Psychosom Gynaecol Obstet*. 2014; 1:1-11.
23. Buysse D J, Reynolds Iii CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer D J. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* 1989; 28(2): 193-213.
24. Heydari A, Ehteshamzadeh P, Marashi M. Relationship between severity of insomnia, air quality, sleepless and mental health disorder with academic performance in girls. *Journal of Women and Culture* 2008; 1(4): 65-76. (In Persian)
11. Melanie J, Gembeck Z. Young Females' Sexual Self-Efficacy: Associations with personal autonomy and the couple relationship. *Sexual Health* 2013; 10: 204–210.
12. Goshtasbi A, Vahdaninia M, Rahimi forooshani A. Prevalence and potential risk factors of female sexual difficulties: an urban Iranian population-based study. *J Sex Med* 2010; 6(11):2988–96. (In Persian)
13. Simsek G, Yelmen NK, Guner I. The role of peripheral chemoreceptor activity on the respiratory response to hypoxia and hypercapnea in anaesthetized rabbit with induced hypothyroidism. *Chin J Physiol* 2004; 47(3): 153-159.
14. Khazan K, Younesi SJ, Forughan M, Saadati H. The Effectiveness of Reality Therapy Training on Happiness in older Men Ardabil. *Journal of Salmand* 2015; 10(3):174-81. (In Persian)
15. Choobdari A, Kazemi F, Pezeshk Sh. The Effectiveness of Reality Therapy on Reducing the Signs of Students with Oppositional Defiant Disorder. *Journal of Exceptional People Psychology* 2015; 5(20):10-20. (In Persian)
16. Glasser, W. *Reality Therapy: A New Approach to Psychiatry*. New York: Harper Collins Publication 2010; 85(3):653-666.
17. Wubbolding R E, Casstevens W J, Fulkerson M. H. Using the WDEP System of Reality Therapy to Support Person-Centered Treatment Planning. *Journal of Counseling & Development* 2017; 95(4): 472-477.

31. Rostosky SS, Dekhtyar O, Cupp PK, Anderman EM. Sexual self-concept and sexual self-efficacy in adolescents: a possible clue to promoting sexual health. *J Sex Res* 2017;45(4):402–8.
32. Shackelford, T. KSusceptibility to infidelity in the first year of marriage. *Journal of Research in Personality* 2005; 31(2): 193-221.
33. Wubbolding R, Bibler L. How could this happen? The death of a child *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy* 2014; 34 (1): 28-32.
34. Greenberg LJ, Warwar SH, Malcolm WM. Differential effects of emotion-focused therapy and psychoeducation in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. *J Couns Psychol* 2008; 55(2): 185.
35. Khoshnam S, Borjali A, Karegari Padar L, Amiri H. Effectiveness of emotion-focused therapy on patients with major depression disorder. *Contemp Psycho* 2014; 9(1): 95106. (In Persian)
36. Greenberg LS. *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through feelings*. Washington DC: American Psychological; 2002.
25. Lemma S, Gelaye B, Berhane Y, Worku A, Williams MA. Sleep quality and its psychological correlates among university students in Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2015; 12:237.
26. Rafiee M, Seifi A. The effectiveness of reality therapy on hypothyroidism. *Andesh* 2013;7:37-48. (Persian).
27. Glasser W. *Reality therapy in Action*. New York: Harper Collins 2010; 85(3): 653-666.
28. Gross JJ. *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Publications; 2013.
29. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire—Development of a Short 18-Item Version (CERQ-Short). *Personality and Individual Differences* 2006; 41(6):1045-53.
30. Galhardo A, Cunha M, Pinto-Gouveia J. Measuring self-efficacy to deal with infertility: psychometric properties and confirmatory factor analysis of the Portuguese version of the infertility self-efficacy scale. *Res Nurs Health J* 2015; 36:65–74.

Cite this article as:

Dehnavi H, Sadeghi M, Sepahvandi MA. 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 Med Sci J* 2020; 8(2): 91-102.