

مقاله اصلی

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مشکلات خواب و افسردگی در زنان مبتلا به کم کاری تیروئید

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۸/۱۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۰۵

خلاصه

مقدمه: یکی از مشکلات افراد مبتلا به کم کاری تیروئید، کیفیت خواب و مشکلات مربوط به آن است، ازاین-رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مشکلات خواب و افسردگی در زنان مبتلا به کم کاری تیروئید انجام شد.

روش کار: پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به مطبها و کلینیکهای غدد شهر اصفهان در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۲ بودند، که از میان آنها ۴۵ نفر به عنوان نمونه به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت (۱۵ نفر)، گروه آزمایش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه اختلال خواب پیتربرگ (۱۹۸۰) و پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶) بود. گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت تحت مداخله بسته درمانی گیلبرت (۲۰۰۹) و گروه آزمایش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تحت مداخله بسته کرین (۲۰۰۹)، به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد، بین میزان تأثیرگذاری دو روش درمان متمرکز بر شفقت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مشکلات خواب بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید تفاوت معناداری وجود داشت، که براساس آزمون تعقیبی میزان تأثیرگذاری شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود مشکلات خواب به طور معناداری بیشتر از درمان متمرکز بر شفقت بود. این در حالی بود، که بین میزان تأثیرگذاری دو روش درمان متمرکز بر شفقت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه گیری: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند راهبرد درمانی مفیدی برای ارتقای وضعیت روانی بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید تلقی شود.

کلمات کلیدی

کم کاری تیروئید، مشکلات خواب، افسردگی، درمان متمرکز بر شفقت، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی
پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

سپیده پارساپور^۱

زهره ریسی^{۲*}

زهره رنجبرکهن^۳

حسن رضایی جمالویی^۴

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران. (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی امین، فولادشهر، ایران.

^۴ دانشیار گروه روانشناسی سلامت، مرکز توسعه پژوهش های بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

Email: Z.tadbir@yahoo.com

مقدمه

کم کاری تیروئید^۱ وضعیتی است، که به واسطه علائمی که ایجاد می کند، درک بیمار را از سلامتی اش تغییر می دهد. کم کاری غده تیروئید بعد از دیابت، بیماری شایع تر غدد درون ریز است و حتی پس از بهبودی بیماری، آثار روانی این بیماری در مبتلایان دیده می شود^(۱). همچنین علائمی چون افسردگی، تغییرات خلقی و کاهش عملکرد درکی می تواند، بر فعالیت های روزمره بیمار اثر بگذارد و ابعاد مختلف زندگی فرد مبتلا را تحت الشعاع قرار دهد^(۲). اختلالات تیروئیدی در زنان حدود ده برابر بیشتر از مردان است، بنابراین زنان نسبت به بیماری های خود ایمن مستعدتر هستند. نتایج پژوهش ها نشان داده است، که محیط هورمونی زنانه می تواند، یکی از عوامل مطرح در این زمینه باشد^(۳).

روا دیونز، هافمن، لویک، میدیسی، پترز^۲ و همکاران^(۲۰۲۴)(۴)، در پژوهشی نشان دادند، در زنان مبتلا به کم کاری تیروئید، تمام نمرات حوزه مشکلات خواب پس از اصلاح سطح تیروتروپین و هورمون تیروئید به طور قابل توجهی بهبود یافته و بسیاری از مشکلات خواب آن ها برطرف شده است. در واقع یکی از مشکلات افراد مبتلا به کم کاری تیروئید، کیفیت خواب و مشکلات مربوط به آن از جمله خواب آلودگی مفرط است. اختلالات خواب^۳ به دو صورت بی خوابی و بد خوابی نمایان می شوند^(۵). براساس پژوهش سونگ، لی، جیانگ، لی، تانگ^۴ و همکاران^(۲۰۱۹)(۶)، افرادی که سطح هورمون تیروئید کمتری دارند، یا حتی کم کاری تیروئید دارند، عموماً تأخیر خواب طولانی تر، مدت خواب کوتاه تر و رضایت کمتری از کیفیت خواب خود در مقایسه با افراد عادی دارند و یکی از دلایل احتمالی رابطه بین کم کاری تیروئید و بی خوابی این است، که علائم مرتبط با کمبود هورمون تیروئید ممکن است، به بی خوابی کمک کند. لنزو^۵(۲۰۲۲)(۷)، اختلالات خواب را این گونه تعریف می کند، که اختلالات خواب شامل مشکلاتی در کیفیت،

زمان و میزان خواب است، که منجر به پریشانی در طول روز و اختلال در عملکرد می شود و اختلالاتی نظیر زیاد یا کم خوابیدن، پریدن از خواب، نرفتن به مرحله خواب عمیق و سخت به خواب رفتن را نیز شامل می شود. این اختلالات می تواند، ناشی از بیماری های روان پزشکی مانند اضطراب یا بیماری های سیستم تنفسی (خرناس)، و یا به عنوان نوعی بیماری سالمندان باشد. اختلالات خواب می تواند، ناشی از مسائل مختلفی از جمله دندان قروچه (براکسیسم) و وحشت شبانه باشد. مدیریت اختلالات خواب که ثانویه به اختلالات روان پزشکی یا سوء مصرف مواد هستند، باید بر شرایط زمینه ای تمرکز کند^(۸).

تحقیقات نشان داده اند، ارتباط قوی قابل توجهی بین اختلالات خلقی مانند افسردگی^۶ و عملکرد تیروئید وجود دارد و هورمون های تیروئید با تعدیل سیستم سروتونرژیک مغز بر افسردگی و اضطراب تأثیر می گذارد^(۹). هورمون های تیروئید از طریق ایزوفرم های α و β گیرنده آن هورمون ها عمل می کنند، که هر دو ایزوفرم در سیستم لیمبیک نقش مهمی در تنظیم خلق و خو ایفا می کنند^(۱۰). کومار، لی ماهیو، استان، سیشدری، اوزردم^۷ و همکاران^(۲۰۲۳)(۱۱)، در پژوهشی نشان دادند، کم کاری تیروئید به طور مثبت با خطر افسردگی، به ویژه در افراد بالای ۵۰ سال مرتبط است و شباهت علائم افسردگی و کم کاری تیروئید منجر به ارائه فرضیه کم کاری تیروئیدی مغزی شد و این فرضیه پیشنهاد می کند، که کم کاری موضعی تیروئید در مغز به علت مهار دیناز نوع دو در مغز و نیز آسیب انتقال T4 از طریق سد مغزی-خونی، علی رغم طبیعی بودن هورمون های تیروئیدی در خون محیطی، منجر به افسردگی می شود و این فرضیه با فرضیه شناخته شده کمبود سروتونین در افسردگی مطابقت دارد.

به اعتقاد بک^۸(۱۹۹۰)(۱۲)، افسردگی بیماری ای است، که ویژگی اول و عمده آن تغییر خلق است و شامل یک احساس غمگینی است، که از یک نومییدی خفیف تا احساس یأس شدید ممکن است، نوسان داشته باشد. این تغییر خلق نسبتاً ثابت و برای

5 - Lenzo

6 depression

7 Kumar, LeMahieu, Stan, Seshadri, Ozerdem

8 - Beck

1- hypothyroidism

2- Roa Dueñas, Hofman, Luik, Medici, Peeters

3 - Sleep disorder

4 Song, Lei, Jiang, Lei, Tang

روزها، هفته‌ها و سال‌ها ادامه دارد. همراه این تغییر خلق، تغییرات مشخصی در رفتار، نگرش، تفکر، کارآیی و اعمال فیزیولوژیک وجود دارد (۱۳). افسردگی، یکی از شایع‌ترین اختلالات خلقی است، چنانچه سازمان بهداشت جهانی^۱ تخمین زده است، که تا سال ۲۰۲۲ افسردگی دومین بیماری پس از بیماری‌های قلبی و عروقی خواهد بود، که سلامتی و حیات انسان را در سراسر جهان تهدید خواهد کرد (۱۴).

با توجه به مطالب مطرح شده، بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید با مشکلات جسمی و روانی زیادی مواجه هستند و نیازمند استفاده از مداخلات روانشناختی هستند. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۲ و درمان متمرکز بر شفقت^۳، دو روش درمانی هستند، که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور کلی بر پایه مدل آسیب‌پذیری شناختی برای مراجعان با مشکلات جسمی یا ذهنی استفاده شده تا بهتر بتوانند با آن‌ها کنار بیایند و روش‌های سالم‌تر و موثرتری برای حل مشکلات بیاموزند. درمان مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق تمرین‌ها و تکنیک‌های ذهن آگاهی، مانند اسکن بدن، تمرینات ساده یوگا و دوره‌های طولانی تن آرامی نشستن به بیماران آموزش داده می‌شوند، تا نسبت به تغییر و شتاب افکار و نسبت به طرز فکر خودشان، هیجانات و احساسات بدنی از جمله احساسات شدید بدنی و ناراحتی احساسی آگاه شوند و به حالت غیر دآوری برسند (۱۵). درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به طور فزاینده‌ای باعث می‌شود که افراد فعالیت خودکار فرایندهای شناختی ناخوشایند معمول را تشخیص دهند و تمرکز خود را از نشخوارفکری و فرآیندهای ناکارآمد بردارند (جواستی^۴، ۲۰۲۴) (۱۶)، و مجدداً افکار را به سایر جنبه‌های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن همراه با ذهن آگاهی یا صداها، محیطی معطوف می‌سازد و از این طریق باعث کاهش نشخوار فکری می‌گردد (۱۷).

از جمله درمان‌های دیگر روانشناختی می‌توان به درمان متمرکز بر شفقت اشاره کرد، که توجه درمان‌گران نوین را برای درمان

بیماری‌های خاص جلب کرده است. شفقت درمانی براساس روانشناسی تحولی، علم عصب روانشناختی، فلسفه علمی بودیستی و نظریه تکاملی، توسط گیلبرت^۵ به عنوان نوعی از درمان نسل سوم معرفی شد و عنصر اصلی شفقت درمانی، مهربانی همراه با آگاهی عمیق از رنج بردن خود و دیگر موجودات همراه با آرزو و تلاش برای تسکین آن است (۱۸). شفقت، یک سازه مهم در تعدیل واکنش افراد به موقعیت‌های ناراحت کننده شامل: شکست، طرد، خجالت، احساس گناه، ناکامی و دیگر حوادث منفی است (۱۹). شفقت به بیماران مبتلا به شرایط مزمن کمک می‌کند، تا به جای احساس گناه یا سرزنش خود، شرایط خود و محدودیت‌های مرتبط با آن را بپذیرند. در مجموع، شفقت به بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و خودایمی کمک می‌کند تا بهتر با بیماری خود کنار بیایند (۲۰). از این رو بکارگیری درمان متمرکز بر شفقت که به بیماران کمک می‌کند، پریشانی ذهنی خود را از طریق کاهش خودسرزنش‌گری کاهش دهند، می‌تواند توجیه پذیر باشد. پژوهش‌های اخیر اثر بخشی این درمان را برای کاهش علائم روان شناختی منفی در جمعیت‌های مختلف مورد تایید قرار داده اند (۲۱).

از آنجایی که اثربخشی مداخلات درمانی می‌تواند، در اثر یکپارچگی مفاهیم و روش‌های کلیدی آن رویکردها باشد، مقایسه اثربخشی دو روش مداخله‌ای و نیز بررسی تفاوت‌های موجود بین دو رویکرد مداخله‌ای، جایگاه تأثیر مداخلات را روی بهبود علائم جسمی و روانی بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید روشن می‌سازد، تا مداخله بهتر استفاده شود. هم‌چنین با بررسی پیشینه پژوهش این اطمینان حاصل شد، که تا به حال هیچ پژوهشی به مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر پیامدهای روانشناختی در افراد مبتلا به کم کاری تیروئید نپرداخته است و در این زمینه خلأ پژوهشی قابل مشاهده است، از طرف دیگر، امروزه نیاز به درمان‌های سریع‌تر، موثرتر و کم هزینه‌تر در درمان مشکلات سلامت روان افراد مبتلا به کم کاری تیروئید جهت کاهش رنج حاصل

⁴ Jovaišaitė

⁵ Gilbert

¹ -World Health Organization(WHO)

² Mindfulness-based cognitive therapy

³ compassion-focused therapy

همکاران (۲۰۱۰)(۲۲)، در موسسه روان پزشکی پیتزبورگ ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۹ سؤال اصلی با طیف چهار گزینه‌ای متفاوت است، که از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای ۷ زیرمقیاس (کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور، اختلالات عملکردی روزانه) است. بویس و همکاران (۱۹۸۰)(۲۲)، که این پرسشنامه را برای اولین بار ساخته و معرفی کردند، انسجام درونی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آوردند. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه افسردگی بک

پرسشنامه افسردگی بک اولین بار در سال ۱۹۹۰ توسط بک و همکاران (۱۲) تهیه شد. در سال ۱۹۹۶، بک و همکاران برای تحت پوشش قرار دادن طیف وسیعی از نشانه‌ها و برای هماهنگی بیشتر با ملاک‌های تشخیصی اختلالات افسردگی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)، تجدیدنظر اساسی در آن انجام دادند. در فرم تجدیدنظر شده، برای نشان دادن نشانه‌هایی که با افسردگی شدیدتر همراه هستند (مثل تشویش، احساس بی‌ارزشی، اشکال در تمرکز، از دست دادن انرژی)، چهار ماده آن تغییر یافت. هم‌چنین برای انعکاس کاهش اشتها و خواب، در دو ماده آن تجدیدنظر شد. این مقیاس ۲۱ ماده دارد، که پاسخ‌دهنده، شدت افسردگی خود را با انتخاب یکی از چهار گزینه، ۱، ۲، ۳، ۴ مشخص می‌کند و محدوده نمره کل هر فرد بین صفر تا ۶۳ می‌باشد. قضاوت بالینی بر اساس نقطه برش این مقیاس می‌باشد. نمرات صفر تا ۱۳، افسردگی جزئی یا عدم افسردگی، ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید را نشان می‌دهد. با علم به پیشینه این ابزار، نمره ۱۷ برای تفکیک افراد مبتلا و غیر مبتلا به افسردگی، که با ارزشیابی روان پزشکی نیز همخوانی داشت، به عنوان نمره آستانه تعیین و به کار گرفته شد. روایی سازه این آزمون ۰/۶۶، ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹، ضریب همبستگی میان دو نیمه

از بیماری‌شان کاملاً احساس می‌شود، از این رو بکارگیری بهترین و مؤثرترین درمان روانشناختی برای افزایش سلامت جسمی و روانشناختی و در نتیجه بهبود عملکرد در این افراد و نیز کاهش عوارض ناشی از بیماری‌شان کاملاً ضروری به نظر می‌رسد. بر این اساس انتظار می‌رود، مقایسه اثربخشی دو مداخله فوق در کاهش مشکلات مبتلایان به کم کاری تیروئید، افق روشن‌تری از اثرگذاری این مداخلات ترسیم کند. از این رو هدف اصلی این پژوهش، پاسخگویی به این پرسش بود، که آیا بین میزان اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مشکلات خواب و افسردگی در زنان مبتلا به کم کاری تیروئید تفاوت وجود دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با دو گروه آزمایش و گروه کنترل بود. جامعه آماری را زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به مطب‌ها و کلینیک‌های غدد شهر اصفهان در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. ۴۵ نفر از زنان مبتلا به کم کاری تیروئید به عنوان حجم نمونه (با ملاک‌های ورودی: تشخیص کم کاری تیروئید از سوی متخصص غدد یا از طریق آزمایش خون TSH؛ کمتر یا مساوی ۱۰/۰۰ ng/ml، رضایت کامل جهت شرکت در پژوهش، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت (۱۵ نفر)، گروه آزمایش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایابی شدند، اما در طول مدت جلسات درمان از گروه تحت درمان ذهن آگاهی ۲ نفر، از گروه تحت درمان متمرکز بر شفقت ۲ نفر، و از گروه گواه ۳ نفر از شرکت در پژوهش انصراف دادند. در ادامه به بررسی ابزارها می‌پردازیم.

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI)^۱

یکی از بهترین ابزارهایی که در زمینه سنجش کیفیت خواب طراحی و ساخته شده است پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI) است. این پرسشنامه توسط بویس^۲ و

^۱ - Pittsburgh Sleep Quality Index

^۲ - Buysse

آن ۰/۸۹، و ضریب بازآزمایی آن با فاصله دو هفته ۰/۹۴ و ضریب همبستگی آن با ویرایش اول این مقیاس ۰/۹۳ گزارش شد. هم- چنین در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه، از طریق ضریب آلفای کرونباخ مورد محاسبه قرار گرفت که ۰/۸۴ بدست آمد.

روش اجرا

بعد از هماهنگی لازم با مسئولین مطبها و کلینیکهای غدد، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۴۵ نفر از زنان مبتلا به کم کاری تیروئید با توجه به معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی به سه گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند. اما در طول مدت جلسات درمان از گروه تحت درمان ذهن آگاهی ۲ نفر، از

گروه تحت درمان متمرکز بر شفقت ۲ نفر، و از گروه گواه ۳ نفر از شرکت در پژوهش انصراف دادند. سپس از هر سه گروه پیش-آزمون (شامل پرسشنامههای اختلال خواب و افسردگی) گرفته شد. در ادامه گروه آزمایش اول طی دو ماه تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان متمرکز بر شفقت و گروه دوم نیز طی دو ماه به- صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. پس از طی جلسات درمانی مجدداً از هر سه گروه پس آزمون (شامل پرسشنامههای اختلال خواب و افسردگی) گرفته شد. به منظور تحلیل استنباطی داده ها از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد.

جدول ۱. خلاصه روند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی براساس پروتکل کرین^۱ (۲۰۰۹)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	تشکیل گروه-تعیین اصول مهم و صحبت در باره قوانین و رازداری-معرفی اعضای گروه به هم-انتظارات اعضای گروه از دوره-صحبت در باره بیماری و اثر آن بر بیماران
جلسه دوم	تمرین ها: خوردن کشمش با ذهن آگاهی - واریسی بدنی تمرین افکار و احساسات
جلسه سوم	تمرین ها: واریسی بدنی - تمرین ذهن آگاهی با جریان نفس کشیدن شناسایی و ثبت تجربیات خوشایند و ناخوشایند
جلسه چهارم	تمرین ها: حرکت ذهن آگاهانه - تمرین تنفس و کشش - سه دقیقه فضای تنفس شناسایی تجربه های ناخوشایند - تعریف حیطه های مختلف خشم و استرس و انعطاف پذیری شناختی
جلسه پنجم	تمرین ها: ۵ دقیقه حضور ذهن شنوایی یا بینایی- تأمل نشسته - فضای سه دقیقه ای تنفس- راه رفتن با حالت حضور ذهن تمرین در کاوش الگوهای عادی و واکنش و تمرین های ذهن آگاهی برای پاسخ به تجربه های حال حاضر
جلسه ششم	تمرین ها: تأمل نشسته - آگاهی از تنفس و بدن- فهم چگونگی واکنش گری به فکرها و هیجانها و حس های بدنی- سه دقیقه فضای تنفس تمرین خلق ها و افکار و دیدگاه جایگزین- توضیح برنامه عود و مقابله با آن
جلسه هفتم	تمرین ها: تأمل نشسته- آگاهی از تنفس، بدن، صداها، هیجانها و فکرها- سه دقیقه فضای تنفس- بررسی مشکلات حین تمرین و اثرات آن تهیه فهرستی از اعمال روزانه و مشخص کردن موارد خوشایند و ناخوشایند- بحث درباره فعالیت و خلق- شناسایی نشانه های عود و راهکار های مقابله
جلسه هشتم	تمرین ها: تأمل نشسته- آگاهی از تنفس، بدن، صداها، هیجانها و فکرها- سه دقیقه فضای تنفس- بررسی مشکلات حین تمرین و اثرات آن ارائه یک برنامه مستمر ماهانه برای تمرین خانگی (در جلسه پیگیری بعدی بهتر است مرور شود)

جدول ۲. شرح مختصر جلسات درمان مبتنی بر شفقت براساس پروتکل گیلیبرت (۲۰۰۹)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با درمان گر، بیان هدف تشکیل گروه و اهمیت مسأله، تعریف نقش عوامل روانشناختی مثبت در بیماری و علائم روانشناختی افراد، معرفی درمان مبتنی بر شفقت د و رویکردهای جدید روان شناسی در درمان ، تعیین رنوس و ساختار کلی جلسات، آشنایی با شفقت و شفقت به خود
جلسه دوم	مرور جلسه قبل، آموزش استفاده از راهبرد تغییر اهداف و معیارها با استفاده از تکنیک کسب بینش و هوشیاری، آموزش تغییر اولویت ها و زمینه های مهم با استفاده از کسب بینش، دریافت بازخورد
جلسه سوم	مرور جلسه قبل، آموزش اصول مهم شفقت شامل اصل سبک زندگی، اصل جستجوی آرامش ، اصل مردم آمیزی یا غرق شدن در رابطه و ... دریافت بازخورد
جلسه چهارم	مرور جلسه قبل، آموزش اصول مهم خوش بینی، اصل صمیمیت با دوستان، اصل خلوت گزینی، اصل تنفس آرام بخش و احساس راحتی و چشم پوشی کردن و بخشش یا اصل کنار گذاردن و به تعویق انداختن، پذیرفتن یا فراموش کردن
جلسه پنجم	مرور جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه مبتنی بر شفقت، آموزش تکنیک های مبتنی بر همدلی و ایجاد رابطه همدلانه مؤثر - دریافت بازخورد
جلسه ششم	مرور جلسه قبل و شروع بکارگیری تکنیک های کاهش ترس و مواجهه با ترس های روانشناختی مهم، ارائه راهکارهای آرام سازی تنفسی و کسب حمایت اجتماعی مؤثر و ارائه بازخوردهای لازم
جلسه هفتم	مرور جلسه قبل و آموزش مراقبه شمارش تنفس، آموزش ابرازگری خود و مواجهه با نیازهای درونی خود و خود ترحمی و ایجاد بخشش به خود و ارائه بازخورد
جلسه هشتم	مرور جلسه قبل و خاتمه تکنیک های درمانی مبتنی بر شفقت درمانی و ارائه خلاصه ای از راهبردها و تکنیک های تأثیر گذار

نتایج

در این قسمت به بررسی ویژگی های جمعیت شناختی زنان مبتلا به کم کاری تیروئید شهر اصفهان گروه نمونه در براساس متغیرهای سن، تحصیلات، و وضعیت اشتغال می پردازیم. طبق نتایج، در هر سه گروه مورد مطالعه بیشترین فراوانی زنان در

گروه سنی ۳۰-۲۱ سال قرار دارند. براساس تحصیلات، در هر سه گروه درصد بیشتری از زنان دارای تحصیلات دانشگاهی هستند. از طرف دیگر از نظر وضعیت شغلی در هر سه گروه مورد مطالعه بیشترین فراوانی مربوط به زنان بیکار است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون اختلال خواب و افسردگی زنان مبتلا به کم کاری تیروئید به تفکیک دو گروه آزمایش و گروه گواه

متغیر وابسته	گروه	میانگین	انحراف معیار	پیش آزمون	پس آزمون
اختلال خواب	آزمایش (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی)	۲۴/۸۰	۳/۱۴	۱۳/۹۳	۴/۰۴
	آزمایش (درمان متمرکز بر شفقت)	۲۴/۵۳	۳/۷۱	۱۸/۸۶	۳/۵۰
	گواه	۲۴/۸۶	۲/۴۷	۲۵/۶۰	۲/۹۹
افسردگی	آزمایش (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی)	۲۶/۸۰	۵/۳۷	۱۷/۸۶	۶/۳۲
	آزمایش (درمان متمرکز بر شفقت)	۲۶/۰۶	۴/۷۸	۱۸/۳۳	۵/۷۰
	گواه	۲۶/۵۳	۴/۹۵	۲۶/۴۰	۷/۲۵

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) و گروه گواه تقریباً با هم برابر بوده اما، در پس آزمون نمرات اختلال خواب و افسردگی در

چنانکه در جدول ۳ مشاهده می شود، میانگین نمرات اختلال خواب و افسردگی دو گروه آزمایش (درمان متمرکز بر شفقت و

بین زنان میانگین نمرات دو گروه آزمایش کوچکتر از میانگین نمرات گروه گواه بود.

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون تحلیل کواریانس، پیش-فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود، که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای اختلال خواب و افسردگی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون

و پس آزمون برقرار است ($P > 0.05$). هم‌چنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون ام باکس و لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد، پیش فرض همگنی واریانس‌ها در دو متغیر اختلال خواب و افسردگی رعایت شده است ($P > 0.05$). هم‌چنین، رابطه خطی متغیرهای وابسته برای اثرات تعامل درون گروهی (لامبدای ویلکز) نیز تفاوت معناداری را نشان داده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره، مقایسه درمان متمرکز بر شفقت با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مشکلات خواب و

افسردگی در بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
مشکلات خواب (پس آزمون)		۱۸۲/۵۳	۱	۱۸۲/۵۳	۱۲/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۳۱
افسردگی (پس آزمون)		۱/۶۳	۱	۱/۶۳	۰/۰۴	۰/۸۳	۰/۰۰۲

نتایج جدول ۴، F مشاهده شده تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات پس آزمون مشکلات خواب در بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید نشان می‌دهد، در حالی که، بین میانگین نمرات پس آزمون افسردگی تفاوت معناداری وجود ندارد. بنابراین می‌توان گفت، بین میزان تأثیرگذاری دو روش درمان متمرکز بر شفقت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مشکلات خواب بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید تفاوت معناداری وجود دارد و

میزان تأثیرگذاری دو روش درمان متمرکز بر شفقت با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیر مذکور یکسان نبوده است. براساس مقداره اندازه اثر، در نمرات پس آزمون مشکلات خواب ۰/۳۱ از تغییرات ناشی از تفاوت بین دو روش مداخله‌ای بوده است. نتایج آزمون تعقیبی LSD (جدول ۵)، مقایسه دو روش مداخله‌ای بر متغیر وابسته را نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی LSD مقایسه میانگین درمان متمرکز بر شفقت با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر

مشکلات خواب در بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید

متغیر	گروه‌ها	اختلاف میانگین	سطح معناداری
مشکلات خواب	درمان ذهن آگاهی - شفقت درمانی	-۴/۹۳	۰/۰۰۱

طبق نتایج حاصله، آزمون تعقیبی LSD مشخص شد، که میزان تأثیرگذاری شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش مشکلات خواب بطور معناداری بیشتر از درمان متمرکز بر شفقت بوده است.

بحث

یافته‌ها در مقایسه میزان اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مشکلات خواب و افسردگی در بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید، تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات پس آزمون مشکلات خواب در بیماران مذکور نشان می‌دهد، در حالی که بین میانگین نمرات پس آزمون

افسردگی تفاوت معناداری وجود ندارد. بنابراین می‌توان گفت، بین میزان تاثیرگذاری دو روش درمان متمرکز بر شفقت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مشکلات خواب بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید تفاوت معناداری وجود دارد و میزان تاثیرگذاری شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیر مذکور بیشتر از درمان متمرکز بر شفقت بوده است.

بررسی پیشینه تحقیقات مبنی بر برتری درمان ذهن آگاهی بر شفقت درمانی بر متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش‌های اکبرپور، شریفیان قاضی جهانی، اسمخانی اکبری‌نژاد (۱۴۰۰)، موسوی، بخشی‌پور و مهدیان (۱۴۰۱) (۲۳، ۲۴) و باگوادی، پاتلی و دیسا^۱ (۲۰۲۴) (۱۷)، نیز گزارش شده که با نتایج پژوهش حاضر مبتنی بر تاثیرگذاری بیشتر روش درمان ذهن آگاهی نسبت به روش درمان متمرکز بر شفقت بر متغیر مشکلات خواب، همسو می‌باشد، که می‌توان اینگونه تبیین کرد، که دلیل اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی احتمالاً این است، که تکنیک تصویرسازی ذهنی از تکنیک‌های درمان ذهن آگاهی می‌باشد، که در درمان متمرکز بر شفقت وجود ندارد و تصویرسازی ذهنی می‌تواند نگرش مثبتی در بیماران نسبت به رفع مشکلات خواب ایجاد کند و آن‌ها با تصور بهتری در جریان خوابیدن قرار بگیرند و خواب با کیفیت‌تری را تجربه کنند، زیرا کیفیت پایین خواب با ایجاد انرژی منفی و شدید می‌تواند، تنش و خستگی جسمی و روانی زیادی را در ابعاد گوناگون زندگی ایجاد کند و به این طریق آرامش جسمی و روانی فرد را تحت تاثیر قرار دهد. هم-چنین درمان ذهن آگاهی از هشیاری به عنوان عامل تاثیرگذار در برطرف کردن مشکلات کمک می‌گیرد و موجب تعدیل احساسات بدون قضاوت می‌شود و آگاهی افراد به احساسات روانی و جسمی‌شان را بالا می‌برد و با آموزش پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی همان‌طور که اتفاق می‌افتند، به بیماران کمک می‌کند، در حالی که درمان متمرکز بر شفقت با افزایش شفقت و مهربانی به خود باعث پذیرش مشکلات از سوی بیمار می‌شود، به گونه‌ای که بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید علی‌رغم داشتن مشکلات در زندگی خود احتمالاً خواب راحت‌تری را

تجربه خواهند کرد. بنابراین، درمان ذهن آگاهی در مقایسه با درمان متمرکز بر شفقت توانایی بیشتری داشته که به بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید آموزش بدهد، که چگونه با تکنیک‌های برطرف کردن نیازهای هیجانی و جهت دادن منابع پردازش اطلاعات توجه خود را به سوی اهداف خنثی معطوف کنند، جواستی^۲ (۲۰۲۴) (۱۶)، و با بکارگیری مواردی چون تنفس یا حس لحظه، شرایط را برای بهبود مشکلات خواب فراهم کنند. بر این اساس، به کار گرفتن مجدد توجه به این شیوه، از افزایش یا استمرار مشکلات خواب ممانعت نموده و باعث می‌شود، چرخه‌های پردازش معیوب کمتر در دسترس قرار گیرند.

نتایج دیگر بیانگر میزان تاثیرگذاری یکسان دو روش درمان ذهن آگاهی و شفقت درمانی بر افسردگی بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید است، که می‌توان اذعان نمود، سازه شفقت به خود از بسیاری از جهات می‌تواند نوعی راهبرد مقابله هیجان مدار باشد؛ چرا که به آگاهی هوشیارانه از هیجان‌های خود، عدم اجتناب از احساسات دردناک و آزاردهنده و نزدیکی همراه با مهربانی، فهم و احساس اشتراکات انسانی نیازمند است (وو، ۲۰۲۱) (۲۵)، واقع، بیماران در این مدل ابتدا با استفاده از هوشیاری، تجربه هیجانی خودشان را می‌شناسند، و سپس نگرشی مشفقانه نسبت به احساسات منفی خود پیدا می‌کنند و می‌آموزند، که از احساسات دردناک خود دوری نکنند و آن‌ها را سرکوب نکنند (۲۶)، بنابراین می‌توانند، در قدم نخست تجربه خود را شناخته و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند، سپس نگرش شفقت گونه‌ای به خود لحاظ کنند، که این نگرش نیازمند اتخاذ چشم‌انداز روانی متعادلی تحت عنوان ذهن آگاهی است (۲۶). ذهن آگاهی یک وضعیت متعادل است، که نیازمند مشاهده کامل و پذیرفتن پدیده‌های هیجانی و روانی است، که برانگیخته می‌شوند و زمانی که بیماران نسبت به افکار دردناک خود آگاه نیستند، آنچه که تجربه می‌کنند، را به همان شکل نمی‌پذیرند و این عدم پذیرش می‌تواند، خود را به شکل جلوگیری از آوردن این افکار به هشیاری نشان دهد. در این روش درمانی به جای تمرکز بر تغییر خودارزیابی بیماران، رابطه آن‌ها با ارزیابی خودشان تغییر خواهد

² Jovaisaitè¹ Bagewadi, Patil & Desai

کرد. در تمرین‌های شفقت درمانی نظیر درمان ذهن آگاهی بر تن آرامی، ذهن آرام و دلسوز و ذهن آگاهی تأکید می‌شود، که این موارد نقش مؤثری در آرامش ذهن افراد، کاهش استرس و افکار خود آیند منفی دارند. بر این اساس در پژوهش حاضر تأثیرگذاری دو روش مذکور بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید نتایج یکسان در پی داشت. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، کوچک بودن حجم نمونه آماری و اجرای آن در یک شهر خاص (اصفهان) می‌باشد، از این رو لازم است در تعمیم نتایج پژوهش با احتیاط عمل شود و به تشابه موقعیتی و تفاوت‌های فرهنگی توجه گردد. هم‌چنین به دلیل محدودیت‌های زمانی پژوهشگر، امکان بررسی تداوم تأثیر نتایج در بلندمدت (اجرای آزمون پیگیری) میسر نبود.

براساس پیشنهادهای کاربردی، یافته‌های این پژوهش می‌تواند، اطلاعات مفیدی را برای مشاوران و روانشناسان درمانگر فراهم آورد، تا با استفاده از دو روش درمان ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت به درمان مشکلات روانی مراجعین اقدام کنند. هم‌چنین به دلیل تأثیرگذاری بیشتر روش درمان ذهن آگاهی نسبت به روش درمان متمرکز بر شفقت بر متغیر مشکلات خواب، به درمانگران پیشنهاد می‌شود، برای مراجعین براساس درمان ذهن آگاهی از تکنیک تصویرسازی ذهنی استفاده شود، تا از بروز افت روانی و علائم افسردگی مراجعین ممانعت به عمل آید.

References

1. Fan, T., Lou, X., Li, X., Shen, Y., & Zhoe, J. (2024). The Association between Depression, Anxiety, and Thyroid Disease: A UK Biobank Prospective Cohort Study.
2. Danicic, J. M., Inder, W. J., & Kotowicz, M. A. (2021). Impact of subclinical hypothyroidism on health-related quality of life: a narrative review. *Intern Med J*. 2021;51(9):1380-1387.
3. Dehnavi, H., Sadeghi, M., and Sepahwandi, M. A. (2019). The effectiveness of an integrated reality therapy-emotion-focused approach on sleep quality and sexual self-efficacy in women with hypothyroidism. *Sadra Journal of Medical Sciences*, 8(2): 91-102.
4. Roa Dueñas, O. H., Hofman, A., Luik, A. I., Medici, M., Peeters, R. P., & Chaker, L. (2024). The cross-sectional and longitudinal association between thyroid function and depression: a population-based study, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. (2024) 109, no. 5, e1389–e1399, <https://doi.org/10.1210/clinem/dgad620>.
5. Baattaiah, B. A. (2023). The relationship between fatigue, sleep quality, resilience, and the risk of postpartum depression: An emphasis on maternal mental health. *BMC Psychol*. 11, 10.
6. Song, L., Lei, J., Jiang, K., Lei, Y., Tang, Y., & Zhu, J. (2019). The Association Between Subclinical Hypothyroidism and Sleep Quality: A Population-Based Study. *Risk Manag Health Policy*. 2019; 12:369–74.
7. Lenzo, V. (2022). The relationship between resilience and sleep quality during the second wave of the COVID-19 pandemic: A longitudinal study. *Nat. Sci. Sleep* 6, 41–51(2022).
8. Lin, Y. E., Lin, C. T., Hu, M. L., Tzeng, S. & Chien, L. Y. (2023). The relationships among perceived stress, resilience, sleep quality and first-month retention of newly employed nurses: A cross-sectional survey. *Nurs. Open* 10, 4004–4012
9. Kus, A., Kjaergaard, A. D., Marouli, E., Del Greco, M. F., Sterenborg, R., & Chaker, L. (2021). Thyroid function and mood disorders: A Mendelian randomization study. *Thyroid*. 2021; 31:1171–81.
10. Talaei, A., Rafiei, N., Rafiei, F., Chehraei, A. The relationship between TSH and depression in patients with hypothyroidism. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2018;20(1):70-78.
11. Kumar, R., LeMahieu, A. M., Stan, M. N., Seshadri, A., Ozerdem, A., Pazdernik, V. K., Haynes T. L., Daugherty D. H., Sundaresh V., Veldic M., Croarkin P. E., Frye, M. A., & Singh, B. (2023). The association between thyroid stimulating hormone and depression: a historical cohort study, *Mayo Clinic Proceedings*. (2023) 98, no. 7, 1009–1020.
12. Beck, A. T. (1990). Cognitive therapy for depression. In Barlow DH, editor. *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: Guilford Press, 250-306.
13. Hedley, D., Uljarević, M., Bury, S. M., Haschek, A., Richdale, A. L., Trollor, J. N., & Stokes, M. A. (2024). Examination of the potential moderate role of psychological wellbeing in the relationship between depression and thoughts of self-harm in autistic adolescents and adults: A two-year longitudinal study. *Journal of autism and developmental disorders*, 1-13.
14. Tuncay, S., & Sarman, A. (2024). Determination of the relationship between depression and suicide in young adolescents. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 37(3), e12473.

15. Barooti, M., Chinaveh, M., & Saedi, S. (2024). Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Schema Therapy on Cognitive Emotion Regulation in Patients with Major Depressive Disorder. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, 5(3), 44-54.
16. Jovaišaitė, B. (2024). The Link between Mindfulness and Psychological Resilience Among Adult Populations (Doctoral dissertation).
17. Bagewadi, B. M., Patil, N., & Desai, S. (2024). The Impact of a Mindfulness-based Intervention on Stress and Self-compassion among Nurses: A Quasi-experimental Study. *Journal of Datta Meghe Institute of Medical Sciences University*, 19(3), 540-546.
18. Gilbert, P. (2015). Compassion focused on therapy. *The Beginner's Guide to Counselling & Psychotherapy*, 2015; 127.
19. Petrocchi, N., Ottaviani, C., Cheli, S., Matos, M., Baldi, B., Basran, J. K., & Gilbert, P. (2024). The impact of compassion-focused therapy on positive and negative mental health outcomes: Results of a series of meta-analyses. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 31(2), 230.
20. Austin, J., Drossaert, C.H.C., Schroevers, M.J., Sanderman, R., Kirby, J.N., & Bohlmeijer, E.T. (2021). Compassion-based interventions for people with long-term physical conditions: A mixed methods systematic review. *Psychol Health*. 2021; 36: 16-42.
21. Babos, C. I., Zucchi, G., Filimberti, A. E., Leucuta, D. C., & Dumitrascu, D. L. (2024). Meditation and Compassion Therapy in Psychiatric Disorders: A Pilot Study. *Cureus*, 16(7), e65678.
22. Boyce, L.A.; S.J. Zaccaro & Wisecarver., M.Z. (2010). "Propensity for Self-Development of Leadership Attributes: Understanding, Predicting, and Supporting Performance of Leader Self-Development Performance", *Leadership Quarterly*, 21: 159-178.
23. Akbarpour, Morteza., Sharifian Ghazi Jahani, Maryam., Ismkhani Akbarinejad, Hadi. (1400) Comparing the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy with compassion-focused therapy on resilience and psychological well-being of people with multiple sclerosis. *Shefaye Khatam*, Volume 9, Issue 4, 61-72.
24. Mousavi, Mahdbeh Sadat, Bakhshipour, Abu Afzal, Mahdian, Hossein. (1401) Comparing the effectiveness of "acceptance and commitment therapy" and "compassion-focused therapy" and "acceptance and commitment therapy enriched with compassion" on communication patterns of married women with depression and marital conflicts. *Quarterly Journal of Health Promotion Management*, 12(1):95-112.
25. Wu, X. (2021). The effectiveness of Compassion-Focused Group therapy on Perceived Stress in the Covid-19 Epidemic among the Academic women. *International Journal of Early Childhood Special Education (INT-JECSE)*, 30(2), 633. <https://doi.org/10.24205/03276716.2020.4066>
26. Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual Review of Psychology*, 74, 193-218.

Original Article

Comparing the effectiveness of compassion-focused therapy with mindfulness-based cognitive therapy on sleep problems and depression in women with hypothyroidism

Received: 02/11/2024 - Accepted: 23/02/2025

Sepideh Parsapour¹
Zohreh Raeisi^{2*}
Zohreh Rajnbarkohan³
Hasan Rezaei Jamalouei⁴

¹ PhD. student in Health Psychology,
Department of Psychology, Najafabad
Branch, Islamic Azad University,
Najafabad, Iran.

² Associate Professor, Department of
Psychology, Najafabad Branch, Islamic
Azad University, Najafabad, Iran.
(Corresponding author)

³ Assistant Professor, Department of
Psychology, Amin Institute of Higher
Education, Fooladshahr, Isfahan, Iran.
Email: zohreh_300@yahoo.com

⁴ Associate Professor of Health
Psychology, Clinical Research
Development Center, Najafabad
Branch, Islamic Azad University,
Najafabad, Iran.

Email: Z.tadbir@yahoo.com

Abstract

Introduction: One of the problems of people with hypothyroidism is sleep quality and related problems. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of compassion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy on sleep problems and depression in women with hypothyroidism.

Methods: The research was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test and a control group. The statistical population was women with hypothyroidism who referred to endocrinology offices and clinics in Isfahan in the second half of 2023, from which ۴۵ people were selected as a sample using the convenience sampling method and randomly assigned to the compassion-focused therapy experimental group (۱۵ people), the mindfulness-based cognitive therapy experimental group (۱۵ people), and the control group (۱۵ people). Data collection tools included the Pittsburgh Sleep Disorders Questionnaire (1980) and the Beck Depression Inventory (1996). The compassion-focused therapy experimental group underwent Gilbert's (2009) package intervention, and the mindfulness-based cognitive therapy experimental group underwent Crane's (2009) package intervention for eight 90-minute sessions. Multivariate analysis of variance and LSD post hoc test were used to analyze the data.

Results: The results showed that there was a significant difference between the effectiveness of the two methods of compassion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy on sleep problems in patients with hypothyroidism. According to the post hoc test, the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on improving sleep problems was significantly greater than compassion-focused therapy. However, there was no significant difference between the effectiveness of the two methods of compassion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy on depression.

Conclusion: Mindfulness-based cognitive therapy can be considered a useful therapeutic strategy for improving the mental state of patients with hypothyroidism.

Keywords: Hypothyroidism, Sleep Problems, Depression, Compassion-focused Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy

Acknowledgement: There is no conflict of interest