

نقش عوامل روان‌شناختی در هیپوتیروئیدیسم در زنان شهر اصفهان

مریم قربانی^{۱*}، فاطمه طهماسبی^۱

۱- گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: اصفهان، زرین‌شهر، بلوار توحید، دانشگاه پیام نور، مرکز زرین‌شهر، تلفن: ۰۳۱۵۲۳۳۴۷۲۴، نمابر: ۰۳۱۵۲۳۳۳۴۴
پست الکترونیک: ghorbani_psy@yahoo.com

دریافت: ۹۶/۱۱/۸ پذیرش: ۹۷/۱/۱۷

چکیده

مقدمه: عوامل روان‌شناختی می‌تواند در سبب‌شناسی و درمان اختلال کم‌کاری تیروئید نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشد. هدف پژوهش حاضر مقایسه کیفیت زندگی و میزان استرس در بیماران مبتلا به اختلالات کم‌کاری تیروئید و افراد بهنجار است.

روش کار: روش پژوهش علی-مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری شامل تمامی بیماران زن مبتلا به اختلالات کم‌کاری تیروئید مراجعه‌کننده به بخش غدد بیمارستان شریعتی شهر اصفهان، که از بین آنها یک نمونه ۵۰ نفری به روش نمونه‌گیری در دسترس و یک نمونه ۵۰ نفری از زنان سالم نیز به‌عنوان گروه بهنجار انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی و پرسشنامه استرس می‌باشد. نتایج به روش تحلیل واریانس در نرم‌افزار SPSS-19 تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج حاکی از تفاوت معنادار میانگین‌های مورد مقایسه دو گروه استرس (استرس ناشی از بهداشت زندگی ($F=8/432$), زندگی شخصی ($F=11/394$) و شخصیت و عادات فکری ($F=18/889$) و کیفیت زندگی (عملکرد جسمی ($F=87/893$), محدودیت در ارتباط با مشکلات جسمی ($F=28/947$), درد جسمی ($F=40/357$), وضعیت سلامت عمومی ($F=5/519$), عملکرد اجتماعی ($F=7/762$), محدودیت در ارتباط با مسایل روانی ($F=33/611$) بود ($P<0/05$). گروه کم‌کاری تیروئید نسبت به بهنجار عملکرد ضعیف‌تری نشان داد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج، میزان استرس بالاتر در اختلال کم‌کاری تیروئید به کیفیت زندگی پایین‌تر در این گروه از بیماران در مقایسه با افراد بهنجار می‌انجامد و مشکلات جسمی-روانی بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید در ارتباط با عوامل استرس‌زای روانی و فیزیکی می‌باشد و این شرایط باید در درمان این بیماران مورد نظر قرار گیرد.

کل‌واژگان: کیفیت زندگی، استرس، هیپوتیروئیدیسم

مقدمه

ارزیابی وضعیت بیماران شناخته شده است. کیفیت زندگی مجموعه‌ای از واکنش‌های عاطفی و شناختی افراد در مقابل وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی خود است (۴). کیفیت زندگی به معنای درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف و انتظارات، معیارها و اولویت‌هایشان است (۵). کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین موضوعات پژوهش‌های بالینی است. کیفیت زندگی در حقیقت هدف آرمانی مراقبت‌های بهداشتی و میزان تأثیر سلامتی بر زندگی فرد را ارزیابی می‌نماید. بر این اساس یک خدمت بهداشتی تنها زمانی مطلوب است که کیفیت را به همراه کمیت زندگی در فرد تحت مراقبت افزایش دهد (۶). با توجه به اهمیت ارزیابی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید و نیز استرس ناشی از این بیماری برای فرد به نظر می‌رسد که این استرس تا حدی بر

کم‌کاری تیروئید یکی از اختلالات غدد درون‌ریز است که در اثر بدکاردی هورمون تیروئید رخ می‌دهد (۱). اختلالات بالینی تیروئید معمولاً با اختلالات روان‌پزشکی همراه می‌باشد و تشخیص به موقع آن می‌تواند منجر به سلامت در حوزه‌های مختلف شود (۲). درمان صحیح این بیماری ضامن سلامت جسمی و عقلی و بهبود عملکرد جسمی، جنسی، روحی، شغلی و اجتماعی افراد است و چه بسا شکایات متعدد و کهنه بیماران در زمینه‌های مختلف ناشی از کم‌کاری تشخیص داده نشده یا درمان نشده‌ی تیروئید باشد (۲). کم‌کاری تیروئید به واسطه علائمی که ایجاد می‌کند درک بیمار را از سلامتی اش تغییر می‌دهد (۳). معیار مهم و قابل توجهی که اخیراً مورد توجه محققان قرار گرفته، تأثیر بیماری‌ها بر روی کیفیت زندگی بیماران است. با گسترش تحقیقات در این زمینه تعیین کیفیت زندگی به عنوان یک فاکتور برای

بهار ۹۷، دوره بیست‌ویکم، شماره اول، پیاپی ۸۰

درک عوامل مختلف تأثیرگذار در انواع بیماری‌های جسمی و روانی توسط روان‌شناسان و روان‌پزشکان و پزشکان انجام می‌شود. پژوهش‌ها بیانگر آن است که عوامل روانی و رخداد‌های آزاردهنده نیز از عوامل مهمی هستند که هم در ایجاد و هم تشدید اختلال‌های تیروئید مهم به شمار می‌آیند، همچنین مطالعات مختلف نشان می‌دهند که استرس‌ها و مشکلات روانی می‌توانند با کاهش قدرت سیستم ایمنی در بروز اختلال‌های تیروئید مؤثر باشند. مسئله اصلی این پژوهش از آنجا نشأت می‌گیرد که انجام پژوهش در زمینه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید می‌تواند به‌عنوان اولین گام در جهت بهبود وضعیت سلامت مبتلایان به آن مورد استفاده قرار گیرد و نه تنها باعث افزایش طول عمر و بهبود کیفیت زندگی شود. همچنین به‌منظور بررسی تشخیص تفاوت‌های موجود میان بیماران، پیش‌بینی عواقب بیماری و ارزیابی کیفیت مداخلات درمانی مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به اهمیت ارزیابی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید و نیز استرس ناشی از این بیماری، می‌توان با یک ارزیابی ساده از میزان استرس‌ها، کیفیت زندگی در این بیماران را افزایش داد. از طرف دیگر؛ با توجه به این مطلب که استرس خود از ریسک‌فاکتورهای ایجاد و تشدید بیماری می‌باشد که با کنترل آن می‌توان روند بهبودی را سرعت بخشید. لذا با توجه به شیوع این اختلال و تحقیقات اندک در این زمینه پژوهش حاضر می‌تواند بستر مناسبی را برای مطالعه جنبه‌های روان‌تنی این بیماری و پیشگیری و بهبود روند درمان مهیا سازد. با توجه به آن چه بیان شد، سوال این است که آیا بین، کیفیت زندگی و استرس در افراد دچار اختلال کم‌کاری تیروئید و افراد بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای و طرح آن از دو گروه مجزا شامل افراد مبتلا به کم‌کاری تیروئید (هیپوتیروئیدیسم)^۶ و افراد سالم است. که سه آزمون روان‌شناختی روی هر دو گروه به صورت فردی اجرا شده است. روش مطالعه در این تحقیق روش میدانی است چون به جمع‌آوری اطلاعات در مورد برخی از ویژگی‌های مجموعه‌ای از آزمودنی‌ها در یک جامعه پرداخته شده است.

جامعه‌ی آماری شامل تمامی زنان بالای ۱۸ سال مبتلا به اختلالات کم‌کاری تیروئید مراجعه‌کننده به بخش غدد و متابولیسم بیمارستان شریعتی شهر اصفهان در ۶

روی کیفیت زندگی این بیماران مؤثر باشد و موجب افت عملکرد در این گروه از بیماران نسبت به افراد بهنجار باشد (۷). استرس یکی از مهم‌ترین علل بروز اختلالات جسمی و روانی است. بررسی‌های مختلف نشان‌دهنده‌ی این است که ۷۰ تا ۹۰ درصد بیماری‌ها با استرس ارتباط دارند (۸).

استرس پاسخ فرد به فرآیندهای درونی و بیرونی است که بر ظرفیت ادغام نیروهای جسمی و روانی، فشار وارد می‌سازد (۹). تأثیرات استرس می‌تواند به صورت جسمی یا فیزیولوژیکی، روانی و یا رفتاری بروز کند. احساس اضطراب و افسردگی، افزایش تنش‌های جسمانی، افزایش تنش‌های روان‌شناختی، از تأثیرهای هیجانی استرس بر انسان است. مطالعه مونکایو و مونکایو (۲۰۱۴) نشان داد که بیماری هیپوتیروئید می‌تواند با استرس‌های روان‌شناختی و فیزیکی همراه باشد (۱۰). جانکلاس^۱، بورمان^۲ و بینکو^۳ (۲۰۱۳) این‌گونه توضیح دادند که بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید آرامش روانی کم‌تر و خستگی بیش‌تری را از خود بروز می‌دهند که در یک روش کلی، می‌توان مطالب زیادی را در مورد استرس یا عوامل استرس‌زا و اختلال‌های ناشی از ترس در بیماری تیروئید یافت (۱۱). رومین، اسمیت و لمبرتز^۴ (۲۰۰۳) علائمی از قبیل مشکلات اسکلتی ماهیچه‌ای، احساس مبهم از ناخوشی، همچنین افسردگی را مورد بررسی قرار داده است (۱۲). اظهارنظر جالب این محققان بدین‌صورت است که در روش‌های پزشکی توصیف این مشکلات به واسطه‌ی روش‌های درمان‌سنجی یا آزمایش‌های بیوشیمیایی دشوار است و این‌گونه توضیح می‌دهد که علائم و درمان‌های جایگزینی با یکدیگر تناسبی ندارد. وان دون^۵ (۲۰۱۲) آیتم احساس خستگی مفرط را در نمونه‌های مبتلا به هیپوتیروئید مورد بررسی قرار دادند افرادی که بیماری تیروئید داشتند نسبت به افراد عادی خستگی بیش‌تری را تجربه می‌کردند (۱۳). حتی مشارکت متخصصان ژنتیک در این مطالعه در ارتباط با خستگی مفرط بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید نیز دانش‌چندانی را جهت تشخیص نشانه‌شناسی این بیماری ارایه نکرد (۱۴). با توجه به مطالب عنوان شده، این پژوهش در پی پاسخ به این سوال است که آیا بین کیفیت زندگی و میزان استرس در افراد دچار اختلال کم‌کاری تیروئید و افراد بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد؟

سلامت جسم و روان یکی از مهم‌ترین موضوعات موردتوجه انسان‌هاست و هر ساله تحقیقات فراوانی در سراسر دنیا برای کشف عوامل یاری‌کننده سلامت و

¹ Jonklass

² Burman

³ Bianco

⁴ Romijn, Smit & Lanberts

⁵ Van de Ven

⁶ Hypothyroidism

می‌گیرد. و آزمون دوم دارای ۱۷ سوال است و بهداشت زندگی را به عنوان منبع استرس در نظر می‌گیرد. و آزمون سوم دارای ۱۶ سوال است و استرس ناشی از زندگی شخصی را ارزیابی می‌کند و آزمون چهارم دارای ۲۳ سوال است و استرس ناشی از شخصیت و عادات فکری افراد را آشکار می‌سازد. بنا بر مقتضیات این پژوهش سه آزمون از این چهار آزمون اجرا می‌شود و آزمون اول که شغل را به عنوان منبع استرس در نظر می‌گیرد اجرا نمی‌گردد. در آزمونی که بهداشت زندگی را به عنوان منبع استرس در نظر می‌گیرد، اگر جمع کل امتیازها کم‌تر از ۳۰ باشد به این معنی خواهد بود که نسبت به بهداشت زندگی دقت لازم وجود دارد و در نتیجه بهتر می‌توان در مقابل استرس‌های بلندمدت مقاومت کرد. اگر جمع کل امتیازها بین ۳۰ تا ۶۰ باشد بیانگر این است که بهداشت زندگی به نحوی نیست که بتواند استرس را به کنترل خود در آورد. اگر جمع کل امتیازها بیش‌تر از ۶۰ باشد بهداشت زندگی به گونه‌ای است که شخص را برای هرگونه ناراحتی آماده کرده است. آزمون بعدی که استرس ناشی از زندگی شخصی را ارزیابی می‌کند؛ در صورتی که نمره‌ی شخص ۴۰ یا بیش‌تر باشد مفهومش این است که شخص در بافت استرس‌زا زندگی می‌کند. اگر جمع امتیازها بین ۱۵ و ۴۰ باشد به این معنی است که شخص زندگی رضایت‌بخشی ندارد. در آزمون بعدی که استرس ناشی از شخصیت و عادات فکری را آشکار می‌سازد، اگر شخص نمره‌ای بیش‌تر از ۵ امتیاز به‌دست آورد بیانگر این است که شخصیت فرد منبع استرس است و اجازه نمی‌دهد از رویدادها دید واقعی داشته باشد. ضریب اعتبار مقیاس استرس کودکان با روش آلفای کرونباخ^{۱۰} ۰/۸۶ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب اعتبار درونی آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ بررسی شده است و بیش‌ترین ضریب برای شخصیت و عادات فکری (۰/۸۹)، و کم‌ترین آن برای بهداشت زندگی (۰/۴۵) و به‌طور کلی در پژوهش حاضر ضریب اعتبار مقیاس استرس کودکان با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شده است.

۲) پرسشنامه کیفیت زندگی: اولین نسخه فرم کوتاه ۳۶ سوالی "پرسشنامه کیفیت زندگی" در سال ۱۹۸۸ و نسخه نهایی آن در سال ۱۹۹۲ توسط ویر و شربون^{۱۱} در کشور آمریکا ارایه شده است. این فرم متشکل از عباراتی در قالب خرده مقیاس‌های عملکرد جسمی، محدودیت در ارتباط با مشکلات جسمی، درد جسمی، وضعیت سلامت عمومی، خستگی، عملکرد اجتماعی، محدودیت در ارتباط با مسایل روانی و سلامت روان است. پاسخ‌گویی آن از

ماهه اول سال ۹۴-۹۳ است. گروه اول شامل ۵۰ بیمار زن مبتلا به کم‌کاری تیروئید مراجعه‌کننده به بخش غدد و متابولیسم بیمارستان شریعتی شهر اصفهان در ۶ ماهه اول سال ۹۴-۹۳ است که به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. گروه دوم شامل ۵۰ نفر از زنان دارای سلامت جسمی و روانی که از بین جامعه‌ی آماری مختلف، کارمند، خانه‌دار و دانشجویان ساکن شهر اصفهان که به صورت در دسترس بر اساس، سن، تحصیلات و وضعیت تأهل انتخاب شده است.

ملاک‌های ورود در پژوهش: همه‌ی افراد مورد مطالعه بالای ۱۸ سال و دارای تحصیلات حداقل دیپلم بودند. گروه آزمایش شامل افرادی است که دارای اختلالات کم‌کاری تیروئید تشخیص داده شده به وسیله‌ی آزمایش خون و نظر پزشک غدد و متابولیسم هستند. عدم ابتلاء به سایر اختلالات شدید جسمانی (معلولیت فیزیکی، بیماری قلبی و عروقی، بیماری گوارشی و غیره) و اختلالات روان‌پزشکی (اختلالات پس‌یکوتیک و دوقطبی) براساس گزارش فرد و نظر پزشک متخصص صورت گرفته است. بیماران مورد مطالعه در این پژوهش تحت درمان دارویی جایگزین برای هورمون تیروئید بودند و نوع داروی مصرفی آن‌ها توسط متخصص غدد و متابولیسم تنظیم می‌شد. افراد سالم افرادی هستند که بر اساس نتایج آزمایش خون و گزارش فرد مبتلا به اختلال متوسط یا شدید تیروئید نبودند و اختلال شدید یا متوسط جسمی دیگری (معلولیت فیزیکی، بیماری قلبی و عروقی، بیماری گوارشی و غیره) ندارند همچنین دارای اختلالات روان‌پزشکی (اختلالات پس‌یکوتیک^۷ و دوقطبی^۸) نبودند.

ملاک‌های خروج از پژوهش: عدم سواد خواندن و نوشتن و داشتن تحصیلات ابتدایی و سیکل، عدم پاسخ به بیش از ۱۰ سوال از هر یک از سوالات پرسشنامه‌های موجود در پژوهش و تشخیص اختلالات سایکوتیک از جمله ملاک‌های خروج از پژوهش است. داشتن بیماری همزمان جسمی متوسط یا شدید با اختلالات کم‌کاری تیروئید در افراد بیمار و تشخیص هر گونه اختلال متوسط یا شدید تیروئید در افراد سالم از دیگر ملاک‌های خروج از پژوهش است. اعضای هر دو گروه فرم رضایت از شرکت در پژوهش را امضا نمودند.

ابزارهای اندازه‌گیری

۱) "مقیاس استرس کودکان" توسط لیونل کودرون^۹ ساخته شد؛ یک مجموعه آزمون است که استرس افراد را در زمینه‌های مختلف ارزیابی می‌کند. آزمون اول دارای ۳۲ سوال است و شغل را به عنوان منبع استرس در نظر

^۷ Psychotic

^۸ Bipolar

^۹ Lionel Codron

^{۱۰} Cronbach's Alpha

^{۱۱} Ware & Sherbourne

برای کارکرد اجتماعی ($0/64$)، سلامت عمومی ($0/53$) و سلامت روان ($0/42$) است.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که آنان در پژوهشی که رابطه‌ی بین بیماری کم‌کاری تیروئید و میزان استرس‌ها و احتمال روان‌تنی بودن این بیماری را بررسی می‌کند؛ شرکت می‌کنند و هدف از اجرای آزمون‌ها و آگاهی از نتیجه‌ی آزمایشات پزشکی جهت بررسی وجود رابطه‌ی احتمالی میان کم‌کاری تیروئید با شاخص‌های میزان استرس و کیفیت زندگی است همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده از آن‌ها به صورت محرمانه باقی خواهد ماند و تنها نتیجه‌ی پژوهش به صورت کلی و نه فردی منتشر خواهد شد، همچنین آزمودنی‌ها با تمایل و رضایت آگاهانه در پژوهش شرکت کنند و در هر مرحله در صورت عدم تمایل به همکاری انصراف دهند.

یافته‌ها

داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS-19 در سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شده است. در بخش توصیفی میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه افراد مبتلا به کم‌کاری تیروئید و سالم ارائه شده است. سپس پیش فرض نرمال بودن داده‌های پژوهش جهت استفاده از آزمون‌های پارامتریک ارائه شده است. فرضیات با استفاده از روش تحلیل واریانس چندمتغیری یا مانوا^{۱۳} مورد بررسی قرار گرفته است. در این تحقیق، عضویت گروهی به عنوان متغیر مستقل، نمرات کیفیت زندگی، میزان استرس و خرده مقیاس‌های آن‌ها به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده است. در زیر فرضیه‌های پژوهشی مطرح می‌شود و نتایج مربوط به هر کدام ارائه می‌گردد. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره یا مانوا در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- نتایج تحلیل مانوا نمرات متغیرهای علائم کیفیت زندگی و استرس در دو گروه افراد بیمار و سالم

متغیر	مقدار عددی	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
متغیرهای کیفیت زندگی	۰/۴۴۱	۱۴/۳۹۳	۸	۹۱	۰/۰۰۱	۰/۵۵۹	۱/۰۰۰
متغیرهای استرس	۰/۷۶۱	۱۰/۰۳۳	۳	۹۶	۰/۰۰۱	۰/۲۳۹	۱/۰۰۰

و افراد سالم تفاوت معناداری دارد ($P=0/001$). نتایج نشان داده است که نزدیک به $23/9\%$ از تفاوت‌های فردی به تفاوت بین دو گروه مربوط است. در جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد ابعاد کیفیت زندگی به تفکیک دو گروه افراد بیمار و سالم ارائه شده است. در جدول ۳، میانگین و انحراف استاندارد استرس به تفکیک دو گروه افراد بیمار

مقیاس لیکرت^{۱۲} تبعیت می‌کند و حداقل و حداکثر نمره در آن ۳۶ تا ۱۸۰ می‌باشد. که هدف از استفاده از این پرسشنامه، سنجش کیفیت زندگی آزمودنی‌ها است. این پرسشنامه یک ابزار مهم برای مطالعه مرتبط با کیفیت زندگی و سلامت است. این ابزار نسخه کامل‌تری از فرم ۱۲ سوالی و ۲۰ سوالی است که در سراسر دنیا در بسیاری از مطالعات مورد استفاده قرار می‌گیرد. فرم ۳۶ سوالی آن برای ارزیابی سلامت جمعیت عمومی و سیاست‌های مرتبط با سلامت و همچنین استفاده در تجارب و پژوهش‌های بالینی طراحی شد. همچنین برای بررسی پیامدهای درونی سلامت عمومی افراد به کار می‌رود که ۸ حیطه در دو جزء سلامت (جسمی- روانی) مورد بررسی قرار می‌دهد. این پرسشنامه ۸ زیر مقیاس زیر را در بر می‌گیرد: محدودیت عملکرد فیزیکی به دلیل مشکلات سلامت، محدودیت در فعالیت‌های اجتماعی به دلیل مشکلات هیجانی و فیزیکی، محدودیت در ایفای نقش‌های معمول به دلیل مشکلات جسمی، درد بدنی، سلامت روانی عمومی، محدودیت در ایفای نقش‌های معمولی به دلیل مشکلات هیجانی، سرزندگی (انرژی و خستگی) و ادراک سلامت عمومی است. محمدپور و یوسفی (۱۳۸۷) نسخه فارسی این مقیاس را اعتباریابی کردند و آلفای کرونباخ برای ارزیابی انسجام درونی محاسبه گردید. انسجام درونی ۸ مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد. همبستگی معنادار مقیاس‌ها اعتبار سازه خوبی را نشان داد. نتایج این مطالعه نشان دادند این ابزار کارایی خوبی برای ارزیابی ادراک سلامت دارد اما نمرات ۸ مقیاس این ابزار در فرم ایرانی آن می‌تواند در سه نمره خلاصه شود. در پژوهش حاضر ضریب اعتبار درونی آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ بررسی شده است و بیش‌ترین ضریب برای عملکرد جسمی ($0/92$) و محدودیت در ارتباط با مشکلات جسمی ($0/81$)، درد ($0/80$)، و کم‌ترین آن

بر اساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۱؛ میانگین نمرات کیفیت زندگی در دو گروه افراد مبتلا به بیماری تیروئید و افراد سالم تفاوت معناداری دارد ($P=0/001$). نتایج نشان داده است که نزدیک به $55/9\%$ از تفاوت‌های فردی به تفاوت بین دو گروه مربوط است؛ میانگین نمرات استرس در دو گروه افراد مبتلا به بیماری تیروئید

¹³ Manova

¹² Likert Scale

و سالم ارایه شده است. نتایج آزمون تحلیل تک‌متغیری برای مقایسه دو گروه در ابعاد استرس در جدول ۴ و نتایج آزمون تحلیل تک‌متغیری برای مقایسه دو گروه در ابعاد استرس در جدول ۵ ارایه شده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد ابعاد کیفیت زندگی به تفکیک دو گروه

متغیر	بیمار		سالم	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
عملکرد جسمی	۱۸/۱۴	۳/۲	۲۴/۲۳	۳/۶۵
محدودیت در ارتباط با مشکلات جسمی	۵/۶۲	۰/۹۶	۴/۴۴	۱/۲۱
محدودیت در ارتباط با مسایل روانی	۴/۲	۰/۸۵	۳/۱۳	۰/۹۹
خستگی	۱۱/۴۶	۱/۲	۱۱/۳۳	۲/۱۵
سلامت روان	۱۲/۴۳	۲/۰۷	۱۱/۷۹	۳/۳۲
عملکرد اجتماعی	۴/۸	۱/۱۶	۳/۲۲	۱/۴۱
درد جسمانی	۴/۸۶	۱/۲۱	۳/۱۲	۱/۵۱
سلامت عمومی	۱۲/۱۲	۱/۶۶	۱۱/۳۲	۱/۷۲

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد استرس به تفکیک دو گروه

متغیر	بیمار		سالم	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
استرس ناشی از بهداشت زندگی	۲۴/۷۸	۲/۳۷	۲۳/۴۸	۲/۰۹
استرس ناشی از زندگی شخصی	۲۱/۳۶	۲/۷۴	۱۹/۵۲	۲/۷
استرس ناشی از شخصیت و عادات فکری	۲۶/۲۶	۴/۸۳	۳۱/۴	۶/۲۵

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری برای تعیین تفاوت دو گروه در ابعاد کیفیت زندگی

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
عملکرد جسمی	۹۲۹/۰۳	۱	۹۲۹/۰۳	۷۸/۸۹۳	۰/۰۰۱	۰/۴۴۶	۱/۰۰۰
محدودیت در ارتباط با مشکلات جسمی	۳۴/۸۱	۱	۳۴/۸۱	۲۸/۹۴۷	۰/۰۰۱	۰/۲۲۸	۱/۰۰۰
محدودیت در ارتباط با مسایل روانی	۲۸/۸۰۱	۱	۲۸/۸۰۱	۳۳/۶۱۱	۰/۰۰۱	۰/۲۵۵	۱/۰۰۰
خستگی	۰/۴۲۳	۱	۰/۴۲۳	۰/۱۳۸	۰/۷۱۱	۰/۰۰۱	۰/۰۶۶
سلامت روان	۹/۹۸۶	۱	۹/۹۸۶	۱/۲۹۹	۰/۲۵۷	۰/۰۱۳	۰/۲۰۴
عملکرد اجتماعی	۶۳/۲۰۲	۱	۶۳/۲۰۲	۷/۷۶۲	۰/۰۰۱	۰/۲۷۸	۱/۰۰۰
درد جسمانی	۷۵/۶۹	۱	۷۵/۶۹	۴۰/۳۵۷	۰/۰۰۱	۰/۲۹۲	۱/۰۰۰
سلامت عمومی	۱۵/۸۵	۱	۱۵/۸۵	۵/۵۱۹	۰/۰۲۱	۰/۰۵۳	۰/۹۵۵

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری برای تعیین تفاوت دو گروه در ابعاد استرس

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
استرس ناشی از بهداشت زندگی	۴۲/۲۵	۱	۴۲/۲۵	۸/۴۳۲	۰/۰۰۵	۰/۰۷۹	۰/۸۲
استرس ناشی از زندگی شخصی	۸۴/۶۴	۱	۸۴/۶۴	۱۱/۳۹۴	۰/۰۰۱	۰/۱۰۴	۰/۹۱۷
استرس ناشی از شخصیت و عادات فکری	۵۹۰/۴۹	۱	۵۹۰/۴۹	۱۸/۸۸۹	۰/۰۰۱	۰/۱۶۲	۰/۹۹۰

بهار ۹۷، دوره بیست‌ویکم، شماره اول، پیاپی ۸۰

نتایج نشان داد که تفاوت دو گروه در ابعاد کیفیت زندگی شامل نمرات عملکرد جسمانی، محدودیت در ارتباط با مشکلات جسمانی، محدودیت در ارتباط با مسایل روانی، عملکرد اجتماعی، درد جسمانی، سلامت عمومی و در همه ابعاد میزان استرس شامل میانگین نمرات استرس ناشی از بهداشت زندگی، استرس ناشی از زندگی شخصی، استرس ناشی از شخصیت و عادات فکری معنادار به دست آمد.

بحث

هدف از پژوهش حاضر مقایسه کیفیت زندگی و میزان استرس در بیماران مبتلا به اختلال کم‌کاری تیروئید با افراد بهنجار بود. با توجه به بررسی‌های انجام شده و با در نظر گرفتن نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها، تفاوت معناداری بین کیفیت زندگی در دو گروه افراد مبتلا به کم‌کاری تیروئید و افراد سالم وجود دارد. در حالی که در مقیاس خستگی و سلامت روانی تفاوت معناداری مشاهده شده است. مطالعات نشان داده‌اند که نقش کیفیت زندگی در اختلال کم‌کاری تیروئید متفاوت است. برای مثال مقیاس خستگی در مطالعه وات^{۱۴} (۲۰۰۶) با نرخ بالاتر کم‌کاری تیروئید رابطه داشته که نتایج آن ناهم سو با نتایج به دست آمده در این مطالعه است. همچنین نتایج تحقیقات محققان داخلی همچون عبدالکریمی (۱۳۹۰)، ملاحسینی (۱۳۸۸) و شفیع پور، جعفری و شفیع پور (۱۳۸۷) و همچنین نتایج تحقیقات خارجی همچون بیانچی^{۱۵} و همکاران (۲۰۰۴) و وان دون (۲۰۱۲) هم‌سو با نتایج تحقیقات به دست آمده در این پژوهش است (۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳ و ۱۲).

مطابق با نظر سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی عبارت است از تصور افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به بافت فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن به سر می‌برد و جنبه‌های مختلف سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی را در بر می‌گیرد (۱۸). آن چه آشکار است بیماری‌های جسمی، توانایی و قدرت جسمانی و عملکردی فرد را دچار اختلال می‌کند و این شرایط فرد را از نظر روانی آسیب‌پذیر می‌سازد و از طرفی بیماری‌های جسمی در طولانی‌مدت کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. با توجه به اهمیت ارزیابی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال کم‌کاری تیروئید به نظر می‌رسد که محدودیت‌هایی در ارتباط با مشکلات جسمی و روانی در این بیماران وجود دارد که منجر به کاهش عملکرد جسمی و اجتماعی و به تبع آن منجر به سلامت عمومی پایین‌تر این افراد نسبت به افراد بهنجار می‌شود. نتایج حاصل از بررسی ارتباط بین کم‌کاری تیروئید و عملکرد جسمی، درد جسمی و محدودیت در ارتباط با مشکلات جسمی بیانگر وجود رابطه معنادار میان کم‌کاری تیروئید و عملکرد جسمی است. عملکرد جسمی که

در حقیقت ناشی از عملکرد درست اعضاء بدن است و از نظر بیولوژیکی به عملکرد و هماهنگی مناسب سلول‌ها و اعضای بدن اطلاق می‌شود. پیامدهای جسمی و مشکلات ناشی از کم‌کاری تیروئید، تأثیر به‌سزایی در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید دارد. به این دلیل عمدتاً بیماری‌های تیروئید بر سایر ارگان‌های بدن تأثیر می‌گذارند لذا، پیامدهای جسمی ثانویه که این بیماران تجربه می‌کنند بسیار مهم است (۱۷). احساس امنیت، تعارضات هیجانی، اهداف و میزان تحمل ناکامی‌ها، همگی در تعیین نوع درک فرد از خود (احساس خوب بودن یا احساس ناخوشی) تأثیر دارند. زمانی که فرد خودمراقبتی خوبی داشته باشد احساس بهتر و در نتیجه کیفیت زندگی بهتری خواهد داشت. اگر اصلاح کیفیت زندگی هدف مهم در درمان طبی باشد باید به عنوان یک برآیند در تحقیقات درمانی در نظر گرفته شود، بنابراین اطلاع از کیفیت زندگی در تصمیم‌گیری‌های درمانی اصلی اساسی و مهم می‌باشد. نتایج حاصل از بررسی ارتباط بین کم‌کاری تیروئید و محدودیت در ارتباط با مسایل روانی بیانگر وجود رابطه معنادار میان کم‌کاری تیروئید و عملکرد روانی در این بیماران است. بسیاری از بیماری‌های روانی نظیر اضطراب و افسردگی بر روی سلامت جسمی تأثیرگذار است و ارتباط متقابلی بین بیماری‌های روانی و جسمی وجود دارد. نتایج حاصل از مطالعه بیانگر این است که عملکرد روزانه فرد مبتلا به کم‌کاری تیروئید در بسیاری از حیطه‌های زندگی هم چون موقعیت‌های کاری، اوقات فراغت، ازدواج و خانواده دستخوش تغییر می‌گردد و عواملی چون سطوح پایین حمایت اجتماعی، کیفیت نامطلوب در روابط و وجود نقص در عملکرد اجتماعی پیش‌آگهی درمان را منفی کرده و در نهایت می‌تواند سبب طرد بیمار از حوزه‌های اجتماعی گردد. به‌طور کلی نتایج به دست آمده از این پژوهش بیانگر این است که افزایش کیفیت زندگی منجر به افزایش سلامت عمومی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به کم‌کاری تیروئید است. عدم معناداری مؤلفه خستگی و سلامت روان می‌تواند ناشی از شدت بیماری و کنترل نشدن طول مدت ابتلاء به بیماری باشد.

با توجه به بررسی‌های انجام شده در این پژوهش و با در نظر گرفتن نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها، بین میزان استرس در افراد مبتلا به اختلال کم‌کاری تیروئید و افراد بهنجار تفاوت وجود دارد. نتایج محققان داخلی هم چون حسن‌زاده و ضرغامی (۱۳۷۹)، بیانگر رابطه بین میزان استرس و شکایات و مشکلات جسمی است که نتایج هم‌سو با نتایج به دست آمده در این مطالعه است. همچنین نتایج تحقیقات بهاتیا و تاندون^{۱۶} (۲۰۰۵) و هاردینگ^{۱۷} (۲۰۱۳) هم‌سو با نتایج به دست آمده است (۲۱-۱۹). با توجه به این که استرس یکی از مهم‌ترین

^{۱۶} Bhatia & Tandon

^{۱۷} Harding

^{۱۴} watt

^{۱۵} Bianchi

است و با توجه به این مفهوم به نظر می‌رسد که تأثیرات استرس می‌تواند به افزایش تنش‌های جسمانی و تنش‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید منجر شود. بسیاری از مسایل مرتبط با سلامتی تحت تأثیر استرس صورت خارجی پیدا می‌کنند و یا تشدید می‌شوند. مطابق نظر مونکایو^{۱۸} با توجه به این که بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید میزان استرس بالاتری را نسبت به افراد بهنجار دارند اختلالات و نارسایی‌هایی که در اختلال کم‌کاری تیروئید مشاهده می‌شود در ارتباط با عوامل روان‌شناختی از جمله میزان استرس در این افراد است که از تعامل عوامل روانی، عاطفی و فیزیولوژیکی ایجاد می‌شود، در حالی که درمان‌های روان‌شناختی به همراه درمان‌های طبی می‌تواند روند درمان را سرعت و بهبود بخشد. با توجه به کم بودن آزمون در خرده مقیاس خستگی و سلامت روان به منظور نتیجه‌گیری دقیق‌تر در این زمینه پیشنهاد می‌شود که از نمونه‌های با حجم بالاتر و نیز ابزارهای پژوهشی جداگانه دیگری برای ارزیابی این دو متغیر در این بیماران استفاده کرد تا بتوان درک بهتری از این عوامل در این بیماری، پیدا کرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش مبنی بر نقش عوامل روانی در بیماری کم‌کاری تیروئید، وجود درمان‌های روان‌شناختی در کنار سایر درمان‌های پزشکی لازم و ضروری به نظر می‌رسد. بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی این بیماران می‌تواند نقش درمان‌های مکمل جهت بهبود کیفیت زندگی آنان را بیش از پیش مطرح کند. در کنار این عوامل به نظر می‌رسد آموزش مهارت‌های زندگی به‌ویژه مهارت مقابله با استرس می‌تواند در جهت کنترل یا درمان بیماری‌های روان‌تنی مؤثر باشد و این امر در درازمدت هزینه‌های درمانی جامعه را نیز کاهش می‌دهد.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

بیماری کم‌کاری تیروئید به عنوان یک بیماری با منشاء اختلال در غدد درون‌ریز شناخته می‌شد. در سال‌های اخیر بحث نگاه به این بیماری به عنوان یک بیماری توأم با مسایل روان‌شناختی مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به رشد روزافزون ابتلا به این بیماری و تأثیر آن بر سایر ارگان‌های بدن، بررسی همبسته‌های این بیماری می‌تواند راهگشای ایجاد چشم‌اندازی جدید جهت پیشگیری یا درمان این بیماری باشد. با توجه به نتایج مطالعه، می‌توان بیان کرد که علایم روان‌شناختی در این بیماری نقش معناداری دارد، با شناخت این عوامل می‌توان در راستای بهبود وضعیت روان‌شناختی و کیفیت زندگی این افراد گام‌های مؤثری برداشت. از نتایج این پژوهش می‌توان در سیاست‌گذاری و تدوین برنامه‌های

علل بروز اختلالات جسمی و روانی است و با توجه به این که تأثیرات استرس می‌تواند به صورت جسمی و روانی یا رفتاری بروز نماید به یکی از عوامل مهم تأثیرگذار در به هم خوردن وضعیت سلامتی در بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید تحت درمان است.

نتایج حاصل از بررسی ارتباط بین کم‌کاری تیروئید و استرس ناشی از بهداشت زندگی بیانگر وجود رابطه معنادار میان کم‌کاری تیروئید و استرس ناشی از بهداشت زندگی است. استرس ناشی از بهداشت زندگی که بیانگر استرس ناشی از فعالیت شغلی، زندگی شخصی و خانوادگی می‌باشد و توانایی تحمل فرد در برابر فشارهای خارجی را بررسی می‌کند بیانگر این مفهوم است که بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید از توانایی تحمل پایین‌تری در برابر استرس‌ورهای بیولوژیکی و روان‌شناختی برخوردارند. همچنین بررسی ارتباط بین استرس ناشی از زندگی شخصی و کم‌کاری تیروئید بیانگر وجود رابطه معناداری میان کم‌کاری تیروئید و استرس ناشی از زندگی شخصی است. استرس ناشی از زندگی شخصی که بیانگر استرس‌های ناشی از روابط خانوادگی و شخصی و اجبارهای زندگی مستقل از اراده را بررسی می‌کند، بیانگر سطوح استرس بالاتر در حیطه‌ی زندگی شخصی در بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید نسبت به افراد بهنجار است و همچنین بررسی استرس ناشی از شخصیت و عادات فکری با کم‌کاری تیروئید بیانگر وجود رابطه معنادار میان کم‌کاری تیروئید با استرس ناشی از شخصیت و عادات فکری است. استرس ناشی از شخصیت منبع استرس است و شخصیت فرد اجازه نمی‌دهد از رویدادها دید واقعی داشته باشد. به‌طور کلی واکنش به استرس به شخصیت فرد و نگرش او به زندگی بستگی دارد. از طرف دیگر عواطف نیز بر رفتار تأثیر می‌گذارند. عاطفه مثبت نشان می‌دهد که شخص تا چه میزان شور و شوق به زندگی دارد و چه میزان احساس فعالیت و هوشیاری می‌کند. در تبیین نتایج می‌توان به این نکته اشاره کرد که ویژگی روان رنجورخویی سبب بروز اختلال‌های روانی در فرد می‌شود و روان رنجورخویی آمادگی فرد برای تجربه کردن عاطفه منفی همچون استرس و احساس نارضایتی و ناخشنودی است. افراد با روان رنجورخویی بالا هر روز دچار استرس بیش‌تر و هیجان‌پذیری منفی بیش‌تری می‌شوند و حالت‌های خلقی مثل اضطراب و افسردگی بیش‌تری نشان می‌دهند. نتایج حاصل از مطالعه بیانگر این است که بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید تحت درمان به علت ناتوانی در تطابق یافتن با تغییر و همچنین به دلیل عوارض ناشی از بیماری جسمی در برابر استرس آسیب‌پذیرترند که این استرس می‌تواند روند درمان را با مشکل مواجه سازد. به‌طور کلی نتایج تحقیق بیانگر این است که میزان استرس ناشی از زندگی شخصی و بهداشت زندگی و شخصیت و عادات فکری در این گروه از بیماران بالاتر از افراد بهنجار

¹⁸ Moncayo

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی با عنوان "مقایسه کیفیت زندگی و میزان استرس در بیماران مبتلا به هیپوتیروئیدیسم و افراد بهنجار" می‌باشد که با حمایت دانشگاه پیام نور انجام شده است.

مداخله‌ای در راستای بهبود این افراد، بهره‌گرفت تا منجر به بهبود بهتر و یا پیشگیری از این بیماری در سطح جامعه شود، چرا که اجرای برنامه‌های حمایتی روان‌شناختی در این بیماران می‌تواند از عوامل مؤثر بر سیر و پیش‌آگهی این بیماری باشد.

References

- 1- Vanderpump MP. The epidemiology of thyroid disease. *Br Med Bull.* 2011;99:39-51. doi:10.1093/bmb/ldr030. [PubMed:21893493].
- 2- Joffe RT. *Hypothyroidism. Encyclopedia of Stress.* 2nd ed.: Academic Press; 2007. p. 496-9.
- 3- Razvi S, McMillan CV, Weaver JU. Instruments used in measuring symptoms, health status and quality of life in hypothyroidism: a systematic qualitative review. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2005;63(6):617-24. doi:10.1111/j.1365-2265.2005.02381.x. [PubMed:16343094].
- 4- Bartoces MG, Severson RK, Rusin BA, Schwartz KL, Ruterbusch JJ, Neale AV. Quality of life and self-esteem of long-term survivors of invasive and noninvasive cervical cancer. *J Womens Health (Larchmt).* 2009;18(5):655-61. doi:10.1089/jwh.2008.0959. [PubMed:19405862]. [2851133:2851133].
- 5- Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol.* 2000;53(1):1-12. [PubMed:10693897].
- 6- Norberg MM, Calamari JE, Cohen RJ, Riemann BC. Quality of life in obsessive-compulsive disorder: an evaluation of impairment and a preliminary analysis of the ameliorating effects of treatment. *Depress Anxiety.* 2008;25(3):248-59. doi:10.1002/da.20298. [PubMed:17352377].
- 7- Mola Hoseini SH, Mohammad Zade SH, Alavi Majd H, Khalesi P. The relationship between quality of life and hypothyroidism in patients referred to hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences in 2007. *Med Sci J Islamic Azad Univ Tehran Med Branch.* 2009;19(4):287-90. Persian
- 8- Allen DL, McCall GE, Loh AS, Madden MC, Mehan RS. Acute daily psychological stress causes increased atrophic gene expression and myostatin-dependent muscle atrophy. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.* 2010;299(3):R889-98. doi:10.1152/ajpregu.00296.2010. [PubMed:20592178]. [2944429:2944429].
- 9- Cox BJ, Swinson RP, Shulman ID, Bourdeau D. Alexithymia in panic disorder and social phobia. *Compr Psychiatry.* 1995;36(3):195-8. [PubMed:7648842].
- 10- 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. doi:10.1016/j.woman.2014.02.001.
- 11- Jonklaas J, Burman KD, Bianco AC, American Thyroid Association Spring Program C. Treatment of hypothyroidism: possibilities on the horizon. *Thyroid.* 2013;23(4):ix-xi. doi:10.1089/thy.2013.0171. [PubMed:23521210].
- 12- Romijn JA, Smit JW, Lamberts SW. Intrinsic imperfections of endocrine replacement therapy. *Eur J Endocrinol.* 2003;149(2):91-7. [PubMed:12887284].
- 13- 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 and the serum levels of thyrotropin and free thyroxine in euthyroid subjects? *Thyroid.* 2012;22(12):1236-43. doi:10.1089/thy.2011.0200. [PubMed:22966868].
- 14- Louwerens M, Appelhof BC, Verloop H, Medici M, Peeters RP, Visser TJ, et al. Fatigue and fatigue-related symptoms in patients treated for different causes of hypothyroidism. *Eur J Endocrinol.* 2012;167(6):809-15. doi:10.1530/EJE-12-0501. [PubMed:22989469].
- 15- Nohi E, Abdolkarimi M, Rezaeian M. Quality of life and its relationship with stress and coping strategies in coronary heart disease patients. *J Rafsanjan Univ Med Sci.* 2011;10(2):127-37. Persian
- 16- Shafipour V, Jafari H, Shafipour L. The Relationship Between Stress and Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis in the City of Sari in 2008. *J Sabzevar Univ Med Sci (Asrar).* 2009;16(3):155-60. Persian
- 17- Bianchi GP, Zaccheroni V, Solaroli E, Vescini F, Cerutti R, Zoli M, et al. Health-related quality of life in patients with thyroid disorders. *Qual Life Res.* 2004;13(1):45-54. doi:10.1023/B:QURE.0000015315.35184.66. [PubMed:15058786].
- 18- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA, Group W. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res.* 2004;13(2):299-310. doi:10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00. [PubMed:15085902].
- 19- Khalilian A, Hasanzade R, Zarghami M. The relationship between school stressors, and physical complaints city of Sari students in the academic year 1999-2000. *Mazandaran Univ Med Sci J.* 2000;10(26):56-61. Persian
- 20- Bhatia V, Tandon RK. Stress and the gastrointestinal tract. *J Gastroenterol Hepatol.* 2005;20(3):332-9. doi:10.1111/j.1440-1746.2004.03508.x. [PubMed:15740474].
- 21- Harding JL, Backholer K, Williams ED, Peeters A, Cameron AJ, Hare MJ, et al. Psychosocial stress is positively associated with body mass index gain over 5 years: evidence from the longitudinal AusDiab study. *Obesity (Silver Spring).* 2014;22(1):277-86. doi:10.1002/oby.20423. [PubMed:23512679].

Role of Psychological Factors in Hypothyroidism in Women in Isfahan

Maryam Ghorbani (PhD)^{1*}, Fatemeh Tahmasebi (MSc)¹

¹ Department of Clinical Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran

Abstract

Introduction: The psychological factor and stress can be considered in etiology and treatment of hypothyroidism. Therefore, this study investigates psychological symptoms, quality of life, and stress in patients with hypothyroidism and normal controls.

Methods: This research is causal-comparative. The study population included all patients who have problems with hypothyroidism at the Shariati hospital in Isfahan. From this population, 50 patients with thyroid disorders were selected by convenience sampling and 50 normal subjects were selected by available sampling. Instruments included quality of life and stress scale questionnaire. Data analysis by was done by MANOVA in SPSS-19.

Results: The results showed significant differences in stress (stress due to health ($F = 8.432$)), personal life ($F = 11.394$) and character and habits of thought ($F = 18.889$) and quality of life (physical functioning ($F = 78.893$), limitations related to physical problems ($F = 28.947$), bodily pain ($F = 40.357$), general health, fatigue ($F = 5.519$), social functioning ($F = 7.762$), limitations related to psychological ($F = 33.611$) and mental, respectively ($P < 0.05$).

Conclusions: It seems that different psychological symptoms as well as stress and quality of life in these patients compared to normal subjects is due to physical and psychological problems in patients with hypothyroidism; therefore, these problems should be considered in the prevention and treatment of this disorder.

Keywords: Quality of Life; Stress; Hypothyroidism

Please cite this article as follows:

Ghorbani M, Tahmasebi F. Role of Psychological Factors in Hypothyroidism in Women in Isfahan. *Hakim Health Sys Res* 2018; 21(1): 41- 49

*Corresponding Author: Payam Noor University, Tohid Blvd., ZarinShahr, Isfahan, Iran. Tel: +98-3152234772, Fax: +98-3152233747, E-mail: ghorbani_psy@yahoo.com