Compare the level of knowledge and quality of life in older women with a husband without a wife and Recent disengagement city of Hamedan

Ansari Shahidi M[1], Zamani N[2]*

Abstract

Introduction and purpose: Lifestyle as we age, and seniors as well as children and grandchildren live in higher quality of life than other seniors, they aim of this study was to compare the cognitive distortions and quality of life in older women with a husband without a wife and disengagement were.

Materials and Methods: This study was Lymqays hay management. The study sample included all women aged 60 years and above in the city of Hamadan that 120 patients (40 in each group) were selected through random sampling. Ellis cognitive distortions to the questionnaire and quality of life questionnaire responded Varvshrbvn. For data analysis, multivariate analysis of variance, Scheffe post hoc test, Pearson correlation and linear regression was used.

Findings: The results showed that the three groups studied cognitive distortions and quality of life are different. The cognitive distortions hasty conclusions, emotional argument, labeling and personalization in women without husbands and women who were divorced than married women had cognitive distortions.

Conclusion: All ten cognitive distortions and quality of life of women without husbands and women who were divorced were negative and cognitive distortions exaggerated generalization, all or nothing thinking, reasoning, emotional, labeling and personalization, the ability to predict people's quality of life .

***Key words*:** Cognitive distortions, quality of life, aging

Received: 2016/12/30 Accepted: 2017/02/15

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License(http://creativecommons.org/licenses/by /4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1 . Phd In Health psychology, Department of psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
2 . Department of psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
(**Corresponding Author):E-mail:** n.zamani1367@yahoo.com

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.76]

مقایسه میزان شناختی و کیفیت زندگی در زنان سالمند دارای همسر، بدون همسر و متارکه کنندگان شهرستان همدان

مجتبی انصاری شهیدی[1]، نرگس زمانی[2*]

تاریخ دریافت مقاله: ۱۰/۱۰ / ۱۳۹۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۱/۲۷/ ۱۳۹۵

چکیده

مقدمه و هدف: سبک زندگی افراد با بالا رفتن سن پایین آمده و سالمندانی که در کنار فرزندان و نوه‌های خود زندگی می‌کنند کیفیت زندگی بالاتری نسبت به سایر سالمندان داشتند، لذا هدف این پژوهش مقایسه میزان تحریف شناختی و کیفیت زندگی در زنان سالمند دارای همسر، بدون همسر و متارکه بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر پژوهشی علی‌مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی زنان سالمند ۶۰ سال و بالاتر شهر همدان تشکیل دادند که تعداد ۱۲۰ نفر (از هر گروه ۴۰ نفر) از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های تحریفات شناختی الیس و پرسشنامه کیفیت زندگی واروشربون پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیره، آزمون تعقیبی شفه، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش: نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین تحریفات شناختی و کیفیت زندگی سه گروه مورد بررسی تفاوت وجود دارد. میزان تحریفات شناختی نتیجه گیری شتاب زده، استدلال احساسی، برچسب زنی و شخصی سازی در زنان بدون همسر و زنانی که متارکه کرده بودند بیشتر از تحریفات شناختی در زنان دارای همسر بود.

بحث و نتیجه گیری: همه تحریفات شناختی ده‌گانه با کیفیت زندگی افراد زنان بدون همسر و زنانی که متارکه کرده بودند رابطه منفی داشته است و تحریفات شناختی تعمیم مبالغه آمیز، تفکر همه یا هیچ، استدلال احساسی، برچسب زنی و شخصی سازی، توانایی پیش بینی کیفیت زندگی افراد را دارند.

کلیدواژه ها: تحریف شناختی، کیفیت زندگی، سالمندی

۱. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف آباد، نجف آباد ، ایران
۲. (نویسنده مسئول)، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف آباد، نجف آباد ، ایران
(**نویسنده مسؤول**). **پست الکترونیکی:** n.zamani1367@yahoo.com

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.76]

مقدمه

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسایل و نیازهای این دوره یک ضرورت اجتماعی است (۱)، پدیده سالمندی، تغییرات زیستی بیولوژیکی، همراه با کاهش توان زندگی و قابلیت انطباق فرد، در برابر تغییر و تحولات ناگهانی می‌باشد(۲). سازمان ملل در سال ۲۰۰۶، تعداد کل سالمندان جهان را ۶۸۷ میلیون و ۹۲۳ هزار نفر اعلام کرده است که این تعداد در سال ۲۰۵۰ به رقم ۱ میلیارد و ۹۶۸ میلیون و ۱۵۳ نفر خواهد رسید(۳).

از نظر سازمان بهداشت جهانی کشورهای دارای ۷ تا ۱۴درصد جمعیت بالای ۶۷ سال رو به سالمندی، بین ۱۴تا ۲۰ درصد سالمند، و بالاتر از این میزان سالخورده تلقی می‌شوند. پیش‌بینی می‌شود تا پنج سال آینده جمعیت بالای ۶۵ ساله‌های دنیا از جمعیت پنج ساله ها و تا سال ۲۰۵۰ از ۳ درصد جمعیت کشور را ۷درصد جمعیت کمتر از ۱۴ ساله‌ها پیشی گیرد. براساس سرشماری سال ۱۳۸۵سالمندان تشکیل می‌دهند(۴). درواقع، سالمندی پدیده‌ای است که همهٔ کشورهایی که کاهش اساسی باروری و افز ایش امید به زندگی را تجربه می‌کنند، در مسیر تحولات جمعیتی خود با آن روبه رو می‌شوند. کشورهای توسعه یافته از نظر زمانی، زودتر با افت اساسی باروری مواجه میشوند؛ ازاین‌رو، خیلی زودتر از کشورهای درحال توسعه سالمندی و پیامدهای آن را تجربه می‌کنند(۳).

احساس تنهایی، انزوا و ناامیدی، از مهم‌ترین و شایع‌ترین شکایات سالمندان هستند(۴). این مشکلات و فقدان‌های سالمندی و نزدیک شدن به واقعیت مرگ، ممکن است آن‌ها را به بی‌معنایی در زندگی هم سوق دهد. در پژوهشی که بر روی سالمندان صورت گرفت، مهم‌ترین علل احساس تنهایی، شامل بیماری ۸۱ درصد، مرگ همسر ۷۱ درصد، و فقدان دوست ۶۷ درصد می باشد. با این حال، فقدان معنا در زندگی یکی از رایج ترین دلایل در میان افرادی بود که اغلب یا همیشه، احساس تنهایی می‌کردند(۵). احساس تنهایی، مجموعه‌ای پیچیده از احساس‌ها و شناخت‌ها، پریشانی‌ها و تجربه هیجان‌های منفی است که از کمبودهای ادراک شدهٔ فردی در روابط خصوصی و اجتماعی ناشی می شود (۶). احساس تنهایی، به عنوان مشکلی رایج و تجربه‌ای منفی برای افراد مسن در جوامع علمی و پژوهش‌های مربوط به تندرستی گزارش شده است. شواهد نشان می‌دهد، احساس تنهایی پدیده‌ای گسترده و فراگیر است و ۲۵ تا ۵۰ درصد کل جمعیت بالای ۶۵ سال را بر حسب سن و جنس تحت تأثیر قرار می دهد و سالمندان، در معرض خطر بالاتری از احساس تنهایی هستند(۷).

در پژوهشی که بر روی سالمندان ایران انجام شد، مشخص گردید که ۴۴/۷ درصد سالمندان و در تحقیقی که تک(۸) انجام داد، ۱۷ درصد سالمندان مورد پژوهش، احساس تنهایی را گزارش کرده اند. پژوهشگران معتقدند عوامل بسیاری، از جمله افسردگی، اضطراب، وضعیت سلامت روانی، افکار خودکشی، حمایت کم خانواده، درآمد پایین، عملکرد جسمی ضعیف و بیماری، با احساس تنهایی در ارتباط‌اند(۹). بنابراین، همان گونه که یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد، احساس تنهایی یک عامل سبب شناختی در سلامت و بهزیستی است و پیامدهای آنی و دراز مدت جدی در بهداشت روانی دارد و اگر سالمندی احساس تنهایی نداشته باشد، عملکرد جسمانی و روانی بهتری خواهد داشت (۷) از سویی، بر اثر تحلیل رفتن قوای جسمانی و ذهنی سالمندان، تنوع و کثرت مسائل در

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.76]

سالخوردگی، امری کاملاً طبیعی به نظر می رسد. از این رو، شاید هیچ دوره ای از زندگی مانند سالمندی، پرمسئله و نگران کننده نباشد. به همین دلیل، سالمندان برای سالم زیستن، به سازگاری فراوانی نیاز دارند که کیفیت زندگی افراد را تغییر می‌دهد و اغلب اوقات پایین می‌آورد.

کیفیت زندگی اولین بار توسط پیگو در کتابی درباره اقتصاد و رفاه به کار گرفته شد، پس از مدت‌ها این واژه به دست فراموشی سپرده شد. پس از پایان جنگ جهانی دوم به دنبال تعریف و بسط واژه سلامت توسط سازمان جهانی بهداشت باب جدیدی به این مقوله گشوده شد(۱۰). فعالیت‌های این سازمان برای ارزیابی کیفیت زندگی در اواسط سال ۱۹۸۰ شروع و منجر به شکل‌گیری پروژه ارزیابی کیفیت زندگی در مراکز مراقبت‌های بهداشتی گردید(۱۱).

سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را به صورت برداشت شخصی یک فرد از جایگاه‌اش در زندگی با توجه به بافت فرهنگی و نظام ارزشی جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند تعریف کرده و این مفهوم را تلفیقی از سلامت فیزیکی، وضعیت روانشناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی، اعتقادات فردی و ارتباط این عوامل با ویژگی‌های محیطی می‌داند. طبق تعریف این سازمان، کیفیت زندگی هر دو جنبه‌ی مثبت خوب بودن و منفی بیماری یا ناتوانی را دربرگرفته و حداقل شامل ابعاد فیزیکی، روانی و عملکرد اجتماعی است(۱۲). بیش‌تر نویسندگان عقیده دارند کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی، ذهنی و پویا است که با گذشت زمان و بسته به موقعیت تغییر می‌کند. این ماهیت پویای کیفیت زندگی به محققان کمک می‌کند که بتواند با انجام تحقیقاتی درباره راهبردهای بهبود کیفیت زندگی افراد، زمینه‌های زندگی بهتری را برای آن‌ها فراهم کنند (۱۳). کیفیت زندگی وابسته به سلامت در سالمندان، توانایی فرد در انجام وظایف روزمره‌ی زندگی، احساس سلامتی عمومی و تأثیر عوامل مختلف جسمی نظیرتوان راه رفتن، استحمام، توالت، نماز خواندن، غذاخوردن، صحبت کردن، گوش دادن، بیماری‌های جسمی ودرد، روانی نظیرعواطف و اجتماعی نظیرعملکرداجتماعی ووضعیت اقتصادی در وضعیت سلامتی است(۱۴). اثرات سالمندی روی زندگی و کیفیت آن بر اثر تحلیل رفتن قوای جسمانی و ذهنی سالمندان؛ تنوع و کثرت مسایل در سالخوردگی امری کاملا طبیعی به نظر می رسد. از این رو شاید هیچ دوره‌ای از زندگی مانند سالخوردگی پر مساله و نگران کننده نباشد. به همین دلیل سالمندان برای سالم زیستن به سازگاری فراوانی نیاز دارند(۱۵). همزمان با پایین آمدن کیفیت زندگی شناخت فرد دچار تحریفاتی می‌گردد.

شناخت درست و مطابق با واقعیت عامل مهمی برای یافتن حقیقت و آگاه شدن از زوایای مثبت یک زندگی است. ناآگاهی و آگاهی نادرست، انسان را در تحلیل آن چه پیرامونش اتفاق می‌افتد، دچار لغزش و اشتباه می‌کند. این امر در سازگاری و ناسازگاری افراد در جامعه تاثیر فراوانی دارد و می‌تواند همه زندگی را تحت‌الشعاع قرار دهد. برای داشتن یک زندگی مطلوب باید از تحریف اطلاعات جلوگیری کرد. گاهی تجزیه و تحلیل اطلاعات در ذهن تحریف می‌شود. این نوع تحریف‌ها که خطاها و تحریفات شناختی نامیده می‌شوند، به اشکال گوناگونی ظاهر می‌گردند(۱۶).

خرسندی و ناخرسندی، آرامی و ناآرامی و عمده حالت‌های افراد با فرایند تفکر فرد ارتباط مستقیم دارد. افراد مختلف در موقعیت‌های مشابه به گونه‌ای متفاوت عمل می‌کنند، چرا که احساسات متفاوتی

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.76]

دارند. برای خروج از وضعیت موجود به وضعیت مطلوب باید احساس افراد شناسایی شود. از طرفی طرز تفکر انسان‌ها تعیین کننده احساس آن‌ها است. پس بهترین راه برای تغییر رفتار آن است که احساس را عوض کنیم و احساس با تغییر افکار قابل تغییر است. افکاری که به صورت خودکار پدید می‌آیند و حالت منفی دارند، به افکار خودآیند معروفند و با یکدیگر شباهت‌هایی دارند. این افکار به دلیل تشابهی که دارند، طبقه‌بندی می‌شوند و در اصطلاح به آن‌ها خطاهای شناختی می‌گویند. در تمام صورت‌های خطاهای شناختی، فرد ذهن دیگران را می‌خواند یا تلاش می‌کند احساسات و عقاید آن‌ها را حدس بزند و به حدس خود اعتقاد کامل دارد و این در حالی است که توانایی حدس قطعی را ندارد (۱۷). تحریفات شناختی از جمله عواملی است که با بسیاری از سنیم ارتباط دارد، و می‌تواند با میزان تنهایی و بیماری در ارتباط باشد.

به طور کلی سه حیطه مهم در کیفیت زندگی را می‌توان به شکل زیر خلاصه کرد: بعد جسمی، روانی و اجتماعی. بعد جسمی به درک بیمار از توانایی انجام فعالیت‌های روزانه و به انرژی بیمار بستگی دارد. بعد اجتماعی به انزوا، وابستگی، روابط با خانواده و فامیل و شرایط محیط‌های اجتماعی دیگر وابسته است و بالاخره بعد روانی در اشتراک با مفاهیم روانی و هیجانی است و در آن مسائلی چون افسردگی، ترس، خشم، سعادت، خوشی و اضطراب مطرح می‌شود، در این پژوهش رابطه میزان تحریفات شناختی و کیفیت زندگی در زنان سالمند دارای همسر، بدون همسر و متارکه مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی، از نوع علی مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان سالمند ۶۰ سال و بالاتر شهر همدان می‌باشد که در طی فاصله زمانی ۶ ماهه بهار و تابستان ۱۳۹۵ برای دریافت خدمات درمانی به بیمارستان‌ها و کلینیک‌های خصوصی شهر همدان مراجعه کرده بودند. که ۱۲۰ نفر (از هر گروه ۴۰ نفر) به عنوان گروه نمونه از طریق روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. شرایط ورود به مطالعه در موردآزمودنی شامل ۱) داشتن حداقل ۶۰ سال سن؛ ۲) نداشتن اختلالات روانپزشکی عمده؛ ۳) عدم سابقه ابتلا به درد مزمن انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش عبارتند از:

پرسشنامه تحریفات شناختی: این پرسشنامه شامل ۲۰ عبارت است که به سنجش تحریف‌های شناختی مطرح شده توسط الیس(۱۹۹۸) با هدف دستیابی به ابزاری آسان برای آگاهی از تحریف‌های شناختی استفاده شده است و از آنجایی که بسیاری از مشکلات و هیجانات نامناسب ما از سوی تفکرات نامعقول‌مان است، آگاهی از این تفکرات برای رهایی از بخش عظیمی از مشکلات و مداخلات موجود در زندگی ضروری است. براساس نمره گذاری هر فردی که نمره بیشتری را کسب کند از تفکر مناسب تری برخوردار است و هر کس نمره کمتری را به خود اختصاص دهد از تحریف های شناختی بیشتری استفاده کرده است. پایایی خارجی آن از طریق همسانی درونی توسط آلفای کرونباخ و همچنین از طریق آزمون مجدد پس از دو هفته برای

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.76]

کل مقیاس به ترتیب ۰/۶۷ و r=۰/۷۴ و برای خرده مقیاس های آن به ترتیب۰/۷۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۴ و روایی آن از طریق همبستگی با خرده مقیاس ها به ترتیب ۰/۴۵، ۰/۵۳ و ۰/۵۳ بدست آمده که همگی در سطح ۰/۹۹ اطمینان معنی دار است(۱۸).

پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 ؛ این پرسشنامه برای مصارفی چون کار بالینی، ارزیابی سیاست های بهداشتی و نیز تحقیقات و مطالعات جمعیت عمومی کارایی خود را ثابت کرده است. فرم ۳۶ عبارتی توسط واروشربون در سال ۱۹۹۲ درکشور امریکا طراحی شد که اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند(۱۵). این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است که هشت حیطه مختلف سلامت را مورد ارزیابی کامل قرار می دهد، بعد جسمانی(۱۰ عبارت)، ایفای نقش جسمی(۴ عبارت)، دردهای بدنی(۲ عبارت)، سلامت عمومی(۵ عبارت)، خستگی یا نشاط(۴ عبارت)، عملکرد اجتماعی(۲ عبارت)، ایفای نقش عاطفی(۳ عبارت) و سلامت روانی(۵ عبارت) است که کیفیت زندگی افراد را مورد ارزیابی قرار می دهد(عبارت شماره ۲ در هیچ یک از زیرمقیاس ها قرار نگرفته و فقط با نمره کل جمع می شوند). پایین ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین ۱۰۰ است. امتیاز هر بعد با امتیاز عنوان ها در آن بعد مشخص می شود(۱۹). روایی و پایایی داخلی پرسشنامه کیفیت زندگی، در مطالعه ی اصغری مقدم و همکاران(۲۰) که در دانشگاه شاهد بر روی ۴۰۴ دانشجو انجام شد، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل نمونه بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ گزارش شد. به منظور بررسی بازآزمایی ۳۶- SF آزمون یک هفته پس از اجرا بر روی ۱۲۰ نفر از همان افرادی که در مرحله ی اول پرسشنامه را پر کرده بودند انجام شد، ضرایب بازآزمایی برای کل نمونه بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شد.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی(فراوانی، درصد، میانگین، نمودار، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی(تحلیل واریانس چند متغیره، آزمون تعقیبی شفه، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی) استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

این پژوهش از ۱۲۰ نفر آزمودنی به عنوان گروه نمونه انجام گرفت که در هر گروه ۴۰ نفر (۰/۳۳) قرار گرفتند که همه افراد نمونه مورد مطالعه زنان بودند. ۸۳ درصد از گروه نمونه آماری مورد مطالعه بیماران دارای تحصیلات زیردیپلم، ۱۱ درصد دارای تحصیلات دیپلم، ۳ درصد دارای تحصیلات کاردانی، ۲ درصد تحصیلات کارشناسی و ۱ درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند و میانگین سن بیماران مورد مطالعه ۶۴/۶۸ سال بودند. برای مقایسه بین میزان تحریف شناختی و کیفیت زندگی در زنان سالمند دارای همسر، بدون همسر و متارکه از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره ۱ قابل مشاهده است.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.76]

جدول شماره ۱. تحلیل واریانس چند متغیره

	اثر	ارزش	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری sig
گروه	اثر پیلایی	۰/۶۷	۶/۲۴	۳۶	۳۸۲	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۳۵	۶/۳۴	۳۶	۳۸۰	۰/۰۰۱
	اثر هوتلینگ	۱/۳۲	۶/۲۱	۳۶	۳۷۸	۰/۰۰۵
	اثر بزرگترین ریشه روی	۰/۹۷	۷/۴۳	۱۸	۱۹۱	۰/۰۰۱

طبق جدول شماره می‌توان گفت، مقدار لامبادای ویلکز (f =۶/۳۴ و sig =۰/۰۰۱) می باشد که نشان می‌دهد بین میزان تحریف شناختی و کیفیت زندگی زنان سالمند دارای همسر، بدون همسر و متارکه تفاوت وجود دارد. برای بررسی تفاوت میزان تحریف شناختی و کیفیت زندگی بین زنان سالمند دارای همسر، بدون همسر و متارکه از جدول شماره ۲ و نتایج آزمون تعقیبی شفه در جداول شماره ۳ و ۴ استفاده شد.

جدول شماره ۲. جدول خلاصه تحلیل واریانس چند متغیره به منظور اثرات بین گروهی

منابع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین‌مجذورات	نسبت f	سطح‌معناداری
اثرگروه	تفکر همه یا هیچ	۵۹/۰۹	۲	۲۹/۵۴۵	۵/۷۵	۰/۰۰۰۱
	تعمیم مبالغه آمیز	۲۳/۱۱	۲	۱۱/۵۵۵	۱/۹۸	۰/۰۰۳
	فیلتر ذهنی	۲۲/۱۵	۲	۱۱/۰۷۵	۱/۴۵	۰/۰۰۰۱
	بی توجهی به امر مثبت	۲۶/۳۲	۲	۱۳/۱۶	۳/۵۴	۰/۰۸۷
	نتیجه گیری شتاب زده	۶۱/۷۴	۲	۳۰/۸۷	۵/۴۴	۰/۰۰۱
	استدلال حسی	۲/۳۶	۲	۱/۱۸	۰/۷۴۱	۰/۰۰۰۱
	درشت بینی و ریزبینی	۱۹/۱۴	۲	۹/۵۷	۲/۳۲	۰/۰۰۵
	عبارت باید، بهتراست	۹۱/۷۴	۲	۴۵/۸۷	۷/۴۱۲	۰/۰۰۱
	برچسب زدن	۷۱/۰۵	۲	۳۵/۵۲۵	۸/۲۵	۰/۰۷۸
	شخصی سازی	۱۲۹/۴۱	۲	۶۴/۷۰۵	۱۴/۳۵	۰/۰۰۰۱
	عملکرد جسمانی	۲۳۵۴۲/۱۴۵	۲	۱۱۷۷۱/۰۷۲۵	۱۶/۷۴	۰/۰۰۱
	محدودیت سلامت جسمانی	۸۴۲۶۶/۸۵	۲	۴۲۱۳۳/۴۲۵	۳۷/۴۲	۰/۰۰۰۱
	محدودیت هیجانی	۳۲۴۲۴/۴۲	۲	۱۶۲۱۲/۲۱	۶/۲۴	۰/۰۰۰۱
	خستگی ونشاط	۳۵۷۲/۱۰	۲	۱۷۸۶/۰۵	۳/۲۴	۰/۰۰۰۱
	سلامت عاطفی	۸۵۷۶/۱۷	۲	۴۲۸۸/۰۸۵	۷/۵۲	۰/۰۰۰۱
	عملکرداجتماعی	۳۷۷۱۴/۴۱	۲	۱۸۸۵۷/۲۰۵	۱۷/۵۲	۰/۰۰۰۱
	درد	۷۲۴۶۳/۰۱	۲	۳۶۲۲۳۱/۵۰۵	۷۰/۴۱۵	۰/۰۰۰۱
	سلامت عمومی	۲۲۰۴۴/۱۲	۲	۱۱۰۲۲/۰۶	۳۴/۴۲	۰/۱۲۹
	کیفیت زندگی	۳۲۱۴۵/۳۴	۲	۱۶۰۷۲/۶۷	۴۱/۲۸	۰/۰۰۰۱

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.76]

بین میزان تحریف شناختی بین زنان سالمند دارای همسر، بدون همسر و متارکه تفاوت وجود دارد. با توجه به داده‌های مندرج در جدول شماره ۲، میزان بی‌توجهی به امر مثبت (f=۳/۵۴ و P =۰/۰۸۷) ، برچسب زدن (f=۰/۰۷۸ و P =۸/۲۵)، سلامت عمومی (f=۳۴/۴۲ و P =۰/۱۲۹) در بین زنان سالمند دارای همسر، بدون همسر و متارکه، تفاوت معنا داری ندارد.

جدول شماره ۳. آزمون شفه برای مقایسه میزان تحریف شناختی در زنان سالمند دارای همسر، بدون همسر و متارکه

متغیرهای مورد مقایسه	گروه (j)	گروه (i)	دارای همسر	همسر فوت شده	متارکه شده
تفکر همه یا هیچ	دارای همسر	تفاوت(i-j)	–	-۲/۲۴	-۰/۹
		سطح معناداری	–	۰/۰۰۴	۰/۱۹
	همسر فوت شده	تفاوت(i-j)	۲/۲۴	–	۰/۴۲
		سطح معناداری	۰/۰۰۴	–	۰/۲۱
	متارکه شده	تفاوت(i-j)	۰/۹	-۰/۴۲	–
		سطح معناداری	۰/۱۹	۰/۲۱	–
نتیجه گیری شتاب زده	دارای همسر	تفاوت(i-j)	–	-۰/۲۹	-۲/۷۴
		سطح معناداری	–	۰/۷۱	۰/۰۰۹
	همسر فوت شده	تفاوت(i-j)	۰/۲۹	–	-۰/۷۹
		سطح معناداری	۰/۷۱	–	۰/۰۲۷
	متارکه شده	تفاوت(i-j)	۲/۷۴	۰/۷۹	–
		سطح معناداری	۰/۰۰۹	۰/۲۷	–
عبارت باید، بهتراست	دارای همسر	تفاوت(i-j)	–	-۲/۱۷	-۰/۷۱
		سطح معناداری	–	۰/۰۰۱	۰/۱۹
	همسر فوت شده	تفاوت(i-j)	۲/۱۷	–	۲/۱۵
		سطح معناداری	۰/۰۰۱	–	۰/۰۴۸
	متارکه شده	تفاوت(i-j)	۰/۷۱	-۲/۱۵	–
		سطح معناداری	۰/۱۹	۰/۰۴۸	–
برچسب زنی	دارای همسر	تفاوت(i-j)	–	-۱/۸۴	-۲/۷۷
		سطح معناداری	–	۰/۰۳۱	۰/۰۱۲
	همسر فوت شده	تفاوت(i-j)	۱/۸۴	–	-۰/۴۱
		سطح معناداری	۰/۰۳۱	–	۰/۷۶
	متارکه شده	تفاوت(i-j)	۲/۷۷	۰/۴۱	–
		سطح معناداری	۰/۰۱۲	۰/۷۶	–
شخصی سازی	دارای همسر	تفاوت(i-j)	–	-۲/۳	-۲/۸۱
		سطح معناداری	–	۰/۰۰۰۵	۰/۰۰۸
	همسر فوت شده	تفاوت(i-j)	۲/۳۰	–	۰/۴۰
		سطح معناداری	۰/۰۰۵	–	۰/۱۱
	متارکه شده	تفاوت(i-j)	۲/۸۱	-۰/۴۰	–
		سطح معناداری	۰/۰۰۸	۰/۱۱	–

نتایج جدول شماره ۳ نشان داد، میزان تحریف تفکر همه یـا هـیچ در گروه سالمندانی که همسران آنها فوت شده است بیشتر از تحریف همه یا هیچ گروه سالمندان دارای همسـر اسـت (۲/۲۴ = i-j و ۰/۰۰۴ = P).

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.76]

تفاوت بین گروه سالمندان دارای همسر و سالمندانی که متارکه کردند و سالمندانی که متارکه کردند و سالمندانی که همسران آنها فوت شده است معنادار نیست (P > ۰/۰۵).

میزان تحریف نتیجه گیری شتاب زده در گروه سالمندانی که متارکه کردند بیشتر از تحریف نتیجه گیری شتاب زده درگروه میزان تحریف شناختی عبارت (باید// بهتراست) در گروه سالمندانی که همسران آنها فوت شده است بیشتر از تحریف عبارت باید، بهتراست، در گروه سالمندان دارای همسر (i-j = ۲/۱۷ و P = ۰/۰۰۱) و سالمندانی که متارکه کردند است(i-j = ۲/۱۵ و P = ۰/۰۴۸). تفاوت بین گروه سالمندان دارای همسر و سالمندانی که متارکه کردند است در این تحریف شناختی معنادار نیست (P > ۰/۰۵).

میزان تحریف شناختی برچسب زنی در گروه سالمندانی که متارکه کردند و سالمندانی که همسران آنها فوت شده است بیشتر از تحریف برچسب زنی، در گروه سالمندان دارای همسراست (۲/۷۷ = i-j و P = ۰/۰۱۲) و(i-j = ۱/۸۴ و P = ۰/۰۳۱). تفاوت بین گروه سالمندانی که متارکه کردند و سالمندانی که همسران آنها فوت شده است در تحریف شناختی برچسب زنی معنادار نیست (P > ۰/۰۵).

میزان تحریف شناختی شخصی سازی در گروه سالمندانی که متارکه کردند و سالمندانی که همسران آنها فوت شده است بیشتر از تحریف شخصی‌سازی، درگروه سالمندان دارای همسر است(۲/۸۱ = i-j و P = ۰/۰۰۸) و (i-j =۲/۳۰ و P = ۰/۰۰۵). تفاوت بین گروه سالمندانی که متارکه کردند و سالمندانی که همسران آنها فوت شده است در تحریف شناختی شخصی سازی معنادار نیست (P >۰/۰۵).

سالمندان دارای همسر (i-j = ۲/۷۴ ، P = ۰/۰۰۹) و سالمندانی که متارکه کردند است(i-j = ۰/۷۹ ، P = ۰/۲۷) تفاوت بین سالمندان دارای همسر و سالمندان دارای همسر در این تحریف شناختی معنادار نیست (P > ۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه میزان تحریف شناختی و کیفیت زندگی در در زنان سالمند دارای همسر، سالمندانی که همسران انها فوت شدند و سالمندانی که متارکه کرده‌اند بود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین میزان تحریف شناختی و کیفیت زندگی سالمندان تفاوت وجود دارد که این نتایج با پژوهشهای کارلس(۲۱) و هئو، لِنین، اُکولی و منسر (۲۲) مبنی براینکه شناخت با بالارفتن سن دچار تغییراتی می‌گردد و با تغیر در شناخت، کیفیت زندگی افراد نیز دچار تغیراتی می‌شود، همخوانی دارد. با این تفاوت که این پژوهش بر روی سالمندان سالم انجام گرفت ولی سایر پژوهش‌ها افراد سالم و بیمار را مورد بررسی قرار دادند.

نصیری امیری به نقل از (۱۱) دریافتند، مولفه‌های موثر بر کیفیت زندگی زنان در ابعاد جسمانی شامل: چاقی، پرمویی، ریزش موی سر، جوش، اختلالات قاعدگی و اختلال در سلامت عمومی، در ابعاد روانی، عاطفی، شناختی و اجتماعی شامل: افسردگی، ناامیدی، ترس و اضطراب، بدخلقی، درونگرایی، اعتماد به نفس پایین، احساس خجالت و شرمندگی، احساس حقارت و خودکم بینی نسبت به همسالان بوده است و این با نتایج پژوهش حاضر که با

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.76]

بالارفتن سن شناخت و کیفیت زندگی دچار تغییراتی می‌گردد همخوان است.

هئو، لِنین، اُکولی و منسر (۲۲)، در پژوهشی روی بیماران سالمند در زمینه کیفیت زندگی مشخص گردید که حدود نیمی از سالمندان دارای خانواده سطح کیفیت زندگی بالایی را گزارش کردند. کارلس (۲۱) در پژوهشی نشان داد که کیفیت زندگی پایین باعث کاهش حمایت اجتماعی می‌شود.

در تبیین این نتایج می توان گفت: شناخت درست و مطابق با واقعیت عامل مهمی برای یافتن حقیقت و آگاه شدن از زوایای مثبت یک زندگی است. ناآگاهی و آگاهی نادرست و ناصواب، انسان را در تحلیل آنچه پیرامونش اتفاق می‌افتد دچار لغزش و اشتباه می‌کند. این امر در سازگاری و ناسازگاری افراد در جامعه تاثیر فراوانی دارد و می‌تواند همه زندگی را تحت الشعاع قرار دهد. خرسندی و ناخرسندی، آرامی و ناآرانی و عمده حالت های افراد با فرایندتفکر فرد ارتباط مستقیم دارد. افراد مختلف در موقعیت های مشابه به گونه ای متفاوت عمل می کنند، چراکه احساسات متفاوتی دارند. در تمام صورت های خطاهای شناختی، فرد ذهن دیگران را می خواند یا تلاش می کند احساسات و عقاید آنها را حدس بزند و به حدس خود اعتقاد کامل دارد و این در حالی است که توانایی حدس قطعی را ندارد.

خانواده و همسران سالمندان، به دلیل تغییر رویه زندگی سالمندان و ارتباطات خاص این افراد و مسائل مرتبط با آن قرار می‌گیرند و اغلب زندگی و امور عادی آنان متاثر از این دوره می‌گردد. سالمندان خود نیز از این شرایط ناراحتند و معمولا به واکنش‌ها و رفتارهای نزدیکان حساس‌اند و در مورد احساسات و عقاید اطرافیان در این زمینه حدس‌هایی می‌زنند و داوری‌هایی انجام می‌دهند که اغلب این ذهن‌خوانی‌ها با اشتباهات و انحرافاتی همراه است که روانشناسان این حدس ها را تحریفات شناختی می‌نامند. این شرایط موجب می‌گردد تا سالمندان که همسران انها فوت شده و یا متارکه کرده‌اند، تحریفات شناختی بیشتری نسبت به افراد عادی تجربه کنند.

در مورد کیفیت زندگی باید گفت: طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت(۱۴) کیفیت زندگی، درک فرد از موقعیت زندگی خویش است، که تحت تاثیر سیستم فرهنگی و ارزشی موقعیتی است که فرد در آن زندگی می‌کند. بر همین اساس اهداف، انتظارات، استانداردها و خواسته‌های فرد به میزان وسیعی متاثر از وضعیت جسمانی، روانی، میزان استقلال و روابط اجتماعی و اعتقادات اوست. افراد سالمند که دارای شرایط روحی و جسمی نامناسب به علت بیماری و شرایط و وضعیت ناشی از آن درک متفاوتی نسبت به افراد عادی از زندگی دارند و به تبع آن اهداف، انتظارات و خواسته‌هایشان متفاوت خواهد بود. آنان دارای نگرانی‌هایی در زمینه زندگی خود دارند، از به زحمت انداختن دیگران در رنجند، استقلال‌شان با توجه به وضعیت سنی مورد تهدید است و نوع و سبک زندگی متفاوتی نسبت به افراد عادی دارند. مجموعه این عوامل موجب می‌گردد تا کیفیت زندگی آنان متفاوت باشد.

نتایج این پژوهش اطلاعات مهمی در زمینه بین تحریفات شناختی و کیفیت زندگی سه گروه سالمندان دارای همسر سالمندان که همسران انها فوت شده و سالمندانی که متارکه کرده‌اند نشان داد. میزان تحریفات شناختی نتیجه‌گیری شتاب زده، استدلال احساسی، برچسب زنی و شخصی سازی در سالمندان که متارکه کرده اند، بیشتر از تحریفات افراد در دو گروه دیگر است. سالمندان که همسران انها دو گروه دیگر دارند. سالمندانی که

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.76]

متارکه کـرده انـد، در نتیجـه‌گیـری شـتاب زده بـالاتر از بیمـاران سالمندان که همسران انها فوت شده و سالمندان که همسران انها فوت شده در تحریف (باید و بهتر بالاتر) از سـالمندانی اسـت کـه همسران آنها فوت شده، قرار دارند. سالمندان دارای همسر، نسـبت به سالمندان که متارکه کرده‌اند و سالمندان که همسران انها فـوت شده در همه خرده مقیاس‌های کیفیـت زنـدگی بالاترنـد. بیمـاران سالمندان که همسران انها زنده است در عملکرد جسمانی و کنترل درد وضعیت بهتری نسبت به دو گروه دیگر سالمندان دارند. همـه تحریفات شناختی ده‌گانه با کیفیت زندگی سـالمندانی کـه متارکـه کرده اند، رابطه منفی دارند و تحریفات شناختی تعمیم مبالغه آمیز، تفکر همه یا هیچ، اسـتدلال احساسـی، برچسـب زنـی و شخصـی سازی، توانایی پیش بینی کیفیت زندگی افراد را دارند.

محدودیت‌های پژوهش

محدودیت در دسته‌بندی دقیق سالمندان و میزان رضایت از زندگی زناشویی قبل از فوت شدن همسران و یا متارکه از محدودیت‌های این پژوهش بودند.

پیشنهادات پژوهش

به منظور بررسی دقیق تر اثر بخشی این رویکرد پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده تحریفات شناختی و کیفیت زندگی افرادی با تعداد سالهای فوت شده در همسرانشان مورد تحقیق قـرار گیـرد و رابطه سن و ویژگی‌های دموگرافیک آنان ماننـد فرزنـدان و نحـوه زندگی با میزان تحریفات شناختی آنان مورد پژوهش قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح پژوهشی باشـگاه پژوهشـگران مـی‌باشـد و نویسندگان مقاله وظیفه خود می دانند از تمامی شرکت کننـدگان در پژوهش، و همه کسانی که مارا در نوشتن پژوهش یاری کردند کمال سپاسگزاری را داشته باشند.

.

References

1. Vahdaninia MS, Gashtasbi A, Montazeri A, Mafton F. Health quality of life in elderly: population based survy. Payesh. 2005; 4(2): 113-120. (Persian).
2. Gorman M. Development and the right of older people in: Randel J, et al, (eds). The aging and development report: poverty, independence and the world's older people. London: Earths can puplication sltd, 2000; 5(6): 3-21.
3. Alizadeh Aghdam M, Soltani Bahram S, Alizadeh-Aghdam R. Relationship between social capital and the quality of life in University of Tabriz retirees. Journal of Management and Development Process, 2013; 26(3): 63-78. (Persian)

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.76]

4. Drennan J. The Experince of Social & Emotional Loneliness Among Older People in Ireland. Aging & Society, 2008; 8(1): 1113- 1133.
5. Saviko N. Predictors and Subjective Causes of Lonliness in an Aged Population, Archives of Gerontology and Geriatrics, 2005; 4(2): 223- 231.
6. Wiseman H. Why is They Lonely? Perceived Quality of Early Relationship with Parents, Attachment, Personality Predispositions and Loneliness in firstyaer University Students, Personality and Individual Differences, 2005;1(40): 237- 248.
7. Vlaming RD. Evaluation design for a complex intervention program targeting loneliness in noninstitutionalized elderly Dutch people, BMC Public Health, 2010; 10(4):552-560.
8. Theeke LA. Sociodemographic and Health-Related Risks for Loneliness and Outcome Differences by Loneliness Status in a Sample of U.S. Older Adults", Research in Gerontological Nursing, 2010; 2(1):99-103.
9. Tsai HH. Videoconference Program Enhances Social Support, Loneliness, and Depressive Status of Elderly Nursing Home Residents, Sigma Theta Tau International, 2010;8(2): 947-954.
10. World Health Organization. The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF. Geneva: World Health Organization, 2015.
11. Zamani N, Farhadi M, Jamilian HR, Habibi M. Effectiveness of Dialectical Behavior group Therapy on Expulsive Anger. Accept in Journal of Arak University of Medical Sciences 2015; 18(101): 35-44. (Persian).
12. Darvish poorkakhki A, Abed Saeedi J, Delavar A, Saeed Zakerin M. Instrument development to measure elderly health related quality of life (EHRQOL).Hakim Research Journal, 2012; 15(1):30-37. (Persian)
13. Naseh L. A survey of relationship between self-efficacy and quality of life in stoma patients referred to selected educational centers of Tehran University of Medical Sciences and Iranian Ostomy Association; a thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master Science in Nursing. Tehran University of Medical Sciences, 1389. (Persian)
14. World Health Organization. The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF. Geneva: World Health Organization, 2013.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.76]

15. Wu H, Pak Chun Chau J, Twinn S. Self-efficacy and quality of life among stoma patients in Hong Kong. Cancer Nurs, 2007; 30(3):186-93.

16. Rocha F, Uchoa E, Guerra H. Prevalence of sleep complains and associated factors in community-dwelling older people in Brazil: the Bambuí Health and Ageing Study (BHAS). Sleep Med, 2002; 3(3):231-38.
17. Mobasheri M, Moezy M. The prevalence of depression among the elderly population of Shaystegan and Jahandidegan nursing homes in Shahrekord. J Shahrekord Univ Med Sci, 2009; 12(2):89-94. (Persian)
18. Hamamci Z. The interpersonal cognitive distortions scale: development and psychometric characteristics. Psychological Reports, 2004; 95(1), 291-303.
19. Iglesias CP, Birks Y, Nelson EA, et al. Quality of life of people with venous leg ulcers: a comparison of the discriminative and responsive characteristics of two generic and a disease specific instruments. Qual Life Res, 2005; 14(7): 1705-18.
20. Pezzilli R, Morselli-Labate AM, Frulloni L, et al. The quality of life in patients with chronic pancreatitis evaluated using the SF-12 questionnaire: a comparative study with the SF-36 questionnaire. Dig Liver Dis, 2006; 38(2): 109-15.
21. Carels RA. The association between disease severity, functional status, depression and daily quality of life in congestive heart failure patients. Qual Life Res, 2004; 13(1): 63-72.
22. Heo S, Lennie TA, Okoli C, Moser DK. Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. Heart Lung, 2009; 38(2): 100-8.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.76]