

The Relationship between Cognitive Distortions and Quality of Life among Postmenopausal, Infertile, under Hysterectomy, Uterine Leiomyoma and Normal Females

Susan Belir ¹, Nasrollah Erfani ^{2*}, Iraj Safaerad ²

¹ Department of Psychology, Payame-nour University of Hamadan, Hamadan, Iran

² Department of Psychology, Azad University, Hamadan Branch, Hamadan, Iran

* Corresponding author: Tel: +98-9183113279, Email: hack.iran18@yahoo.com

Received: 2016/09/3

Accepted: 2016/09/15

online Published: 2016/11/19

DOI: 10.18869/acadpub.hrjbaq.1.4.207

Abstract

Introduction: This study aimed to investigate the relationship between cognitive distortions and quality of life among females after menopause, infertility, hysterectomy and uterine leiomyoma in comparison with normal controls in the city of Kermanshah during year 2015.

Materials and Methods: This study was causal-comparative. The study population included post-menopausal females, those with a history of infertility, hysterectomy and fibroids and clinics and private practice Obstetricians and healthy controls, residing in the city Kermanshah. The total sample size was 250 individuals (50 in each group), selected by convenience sampling. Cognitive distorted questionnaire and quality of life questionnaire were used. The Pearson correlation coefficient tests and tests for independents significant difference correlation coefficients were used for data analysis.

Results: The results showed that there was a significant inverse relationship between cognitive distortions and quality of life among females after menopause, infertility, hysterectomy and uterine leiomyoma, as well as in normal control subjects ($P=0.001$).

Conclusions: The diseases associated with reproductive and sexual health of females caused lower quality of life and cognitive distortions. Also, the results showed that there was a significant inverse relationship between cognitive distortions and quality of life among females after menopause, infertility, hysterectomy and uterine leiomyoma, as well as in normal controls.

Keywords: Cognitive Distortions, Quality of Life, Menopause, Infertility, Hysterectomy, Uterine Leiomyoma.

©2016 Deputy of Research and Technology of Baqiyatallah Hospital

بررسی رابطه تحریف شناختی و کیفیت زندگی در بین زنان یائسه، نابارور، تحت عمل هیستریکتومی، فیبروم رحمی و زنان بارور

سوسن بلیر^۱، نصراله عرفانی^{۲*}، ایرج صفایی راد^۲

^۱ گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور همدان، همدان، ایران

^۲ گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، همدان، ایران

* نویسنده مسئول: تلفن: ۰۹۱۸۳۱۱۳۲۷۹، ایمیل: hack.iran18@yahoo.com

دریافت: ۱۳۹۵/۶/۱۳ پذیرش: ۱۳۹۵/۶/۲۵ انتشار آنلاین: ۱۳۹۵/۶/۲۹

DOI: 10.18869/acadpub.hrjbaq.1.4.207

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، مقایسه رابطه تحریف شناختی و کیفیت زندگی در بین زنان یائسه، نابارور، تحت عمل هیستریکتومی، فیبروم رحمی و عادی در شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۴ بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل زنان نابارور، یائسه، زنانی که تحت جراحی هیستریکتومی و فیبروم‌های رحمی کلینیک‌ها و مطب‌های خصوصی متخصصان زنان و مامایی و زنان سالم همراه بیماران در شهر کرمانشاه بودند که از این تعداد ۲۵۰ نفر (از هر گروه ۵۰ نفر) از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس پرسشنامه تحریف شناختی و پرسشنامه کیفیت زندگی بر روی آن‌ها اجرا شد و از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و آزمون معنی‌داری تفاوت ضرایب همبستگی برای گروه‌های مستقل برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج: نتایج کلی نشان داد که بین تحریف شناختی و کیفیت زندگی زنان نابارور، یائسه، عمل جراحی فیبروم رحمی، عمل هیستریکتومی و افراد سالم رابطه معکوس معنی‌داری وجود دارد ($P=0/001$).

نتیجه‌گیری: بیماری‌هایی که مرتبط با باروری و سلامت جنسی زنان است، کیفیت زندگی را پایین آورده و باعث تحریف شناختی در آن‌ها می‌گردد، همچنین، نتایج نشان داد، بین تحریف شناختی و کیفیت زندگی زنان نابارور، یائسه، عمل جراحی فیبروم رحمی، عمل هیستریکتومی و افراد سالم رابطه معکوس معنی‌داری وجود دارد.

کلمات کلیدی: تحریف شناختی، کیفیت زندگی، زنان یائسه، نابارور، هیستریکتومی، فیبروم رحمی

تمامی حقوق نشر برای معاونت پژوهش بیمارستان بقیه الله محفوظ است.

مقدمه

با وجود تغییرات مختلف در زمینه نگرش نسبت به مسائل جنسی در قرون اخیر، هنوز هم اهمیت باروری در ذهن بشر حفظ شده است، به نحوی که یکی از عوامل تحکیم زندگی زناشویی وجود فرزند است. به همین علت باروری که مرحله‌ای طبیعی از زندگی و یکی از مهمترین اهداف هر پیوند زناشویی است، مفهومی از ادامه روند زندگی جاودانه برای بشر دارد [۱]. در مقابل باروری جنبه مهم دیگری به نام ناباروری وجود دارد که با ناتوانی در باردار شدن بعد از یک سال فعالیت جنسی مداوم و بدون استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری تعریف می‌شود [۲].

نتایج مطالعات متعددی، آشفتگی، استرس، افسردگی، پایین بودن عزت نفس، نارضایتی زناشویی و نارضایتی جنسی را پیامدهای روان‌شناختی ناباروری معرفی می‌نمایند و بسیاری از مطالعات تأثیر ناباروری روی ازدواج و روابط جنسی بین زوجین را نشان داده‌اند [۳]. براساس مدارک سازمان جهانی بهداشت، رابطه جنسی بین زوجین مترادف با مقاربت جنسی نیست و هدف آن صرفاً تجربه یا عدم تجربه ارگاسم نیست [۴].

براساس آمار این سازمان، ناتوانی در بارداری حدود ۸۰ میلیون نفر را در دنیا درگیر کرده است [۵]. حدود یک چهارم زوج‌های ایرانی ناباروری اولیه را در طول زندگی مشترکشان تجربه می‌کنند و ۳/۴ درصد آن‌ها برای همیشه دارای مشکل ناباروری اولیه هستند [۶]. بررسی شیوع ناباروری در مناطق مرکزی مازندران نشان داد، شیوع ناباروری ۱۳/۲ درصد و میزان ناباروری حل نشده ۴ درصد بوده است [۷].

برخی افراد نیز فشار روانی را سبب ناباروری می‌دانند زیرا ارتباط بین فشار روانی و ناباروری، اغلب دور باطلی را تشکیل می‌دهد که در یک چرخه تأثیر و تأثر فشارآوری یکدیگر را تشدید می‌کنند. زوجین ناباروری که خود را در ناباروری خویش مؤثر می‌دانند، با سرزنش خود فشار روانی ادراک شده را شدیدتر کرده و در نتیجه مشکل را حادث می‌کنند [۸].

با بالا رفتن سن زنان و آغاز یائسگی بیماری‌های جسمی، روانی و افکار ناکارآمد متبلور می‌شود و با تغییراتی نظیر به پایان رسیدن قدرت باروری زنان برخی علائم مانند گرگرفتگی، تعریق، تپش قلب، اختلال خواب، تحریک پذیری، بی‌حالی، خلق و خوی افسرده، فراموشی، کاهش میل جنسی، خشکی واژن، مقاربت دردناک و علائم ادراکی آغاز می‌شود که اصولاً ادامه‌دار می‌باشد [۹]. در این مرحله از زندگی، زنان با بسیاری از مشکلات و عوارض ناشی از کمبود هورمون‌های جنسی مواجه خواهند شد و در نتیجه کیفیت زندگی آنها تحت تأثیر این مشکلات قرار خواهد گرفت.

در کنار بیماری‌های زنان، عمل هیستریکتومی یا رحم برداری نیز وجود دارد که بعد از سزارین دومین اقدام جراحی عمده در زنان است [۱۰] و به دلایل متفاوتی از جمله، فیبروئیدهای رحمی که باعث تغییر موقعیت رحم از مکان معمولش به درون مجرای واژن شده باشند؛ سرطان رحم، گردن رحم یا تخمدان‌ها؛ آندومتریوز؛ خونریزی غیرطبیعی واژنی، درد مزمن لگنی، آدنومیوز یا ضخیم شدن دیواره رحم انجام می‌گیرد و بیشترین تأثیر را بر ناتوانی جسمی بعد از عمل به مدت چند ماه را به همراه دارد. علاوه بر بیماری‌های بیان شده فیبروم رحمی بیماری زنان است که ممکن است در سن باروری یا ناباروری اتفاق بیفتند و سلامت جسمی را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد.

با توجه به اینکه در این بیماری‌ها فشار جامعه، ترس از هم گسیختگی خانواده، از دست دادن علاقه به همسر و تنش‌های بالقوه ناشی از درمان‌ها، منجر به ایجاد تنیدگی، احساس درماندگی تعارض، سرخوردگی، افت شدید عزت نفس و کاهش اعتماد به نفس، کناره‌گیری و انزوا مشکل در هویت، احساس عدم زیبایی و بی معنایی زندگی تجربه می‌شود لذا علاوه بر علل جسمانی، عوامل شناختی و عاطفی زیادی به دنبال دارند و باعث پایین آمدن کیفیت زندگی در زنان شده که تأثیر زیادی بر نگرش‌ها و افکار این بیماران دارد.

کیفیت زندگی، رابط بین وضعیت سلامت شخص از یک سو و توانایی در دنبال کردن اهداف زندگی از سوی دیگر است. بنابراین برآورده شدن نیازها و الویت‌های اساسی انسان، نقش مهمی در کیفیت زندگی دارد [۱۱، ۱۲]. امروزه کیفیت زندگی جمعیت‌ها به عنوان چارچوبی برای ارائه خدمات متناسب با جنبه‌های مختلف زندگی و تخصیص منابع مورد استناد قرار می‌گیرد. اهمیت سنجش کیفیت زندگی به حدی است که برخی بهبود کیفیت زندگی را به عنوان مهمترین هدف مداخلات درمانی نام می‌برند [۱۳] که بعد روانی آن در اشتراک با مفاهیم روانی و هیجانی است که مسائلی چون افسردگی، ترس، خشم، سعادت، خوشی و اضطراب در آن مطرح می‌شود [۱۴] که در بیماران دچار درد مزمن بالاتر از سایر بیماران دیگر است چرا که این بیماران دچار دردهای هیجانی بودند که در نتیجه تحریفات شناختی است.

تحریفات شناختی از جمله عواملی است که با بسیاری از بیماریها ارتباط دارد، تحریفات شناختی برگرفته از شیوه درمانی مبتنی بر نظریه اختلالات هیجانی و مطالعات بالینی و تجربی است. این اصطلاح به معنای اشتباهات و سوءگیری‌های شناختی است یعنی نحوه‌ای که بیمار موقعیت‌ها و فشارهای روانی را ارزیابی می‌کند و دیدگاهش نسبت به خود، دنیا و

بدست آمده که همگی در سطح ۰/۹۹ اطمینان معنی دار است [۱۶].

با توجه به اینکه این پرسشنامه در ایران دچار تغییراتی در محتوای سوالات شده است لذا پژوهش قبلی اعتبار سنجی نشده بود که در این پژوهش انجام گرفت و میزان آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۷۸ بود که به استناد جدول نانالی (۱۹۷۸) قابل قبول است.

پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی طراحی بود که برای اولین بار در سال ۱۹۹۱ اجرا شد. هدف این طرح ایجاد ابزاری بین المللی و ناوابسته به فرهنگ جهت ارزیابی کیفیت زندگی افراد بود. این ابزار (پرسشنامه) ادراک افراد را نسبت به سیستم‌های ارزشی و فرهنگی و همچنین اهداف شخصی، استانداردها و نگرانی‌ها خود ارزیابی می‌کند.

این پرسشنامه ابزاری است که در تعدادی از مراکز در سرتاسر دنیا استفاده شده و بنابراین به طور گسترده مورد آزمایش و بررسی قرار گرفته‌اند [۱۷] که شامل ۲۶ آیتم است که از نسخه ۱۰۰ آیتمی این پرسشنامه برگرفته شده است. این پرسشنامه ۴ حیطه وسیع را اندازه گیری می‌کند، که عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط. علاوه بر این موارد این پرسشنامه سلامت عمومی را نیز می‌تواند ارزیابی کند. آیتم‌های پرسشنامه نیز بر روی یک مقیاس ۵ گزینه‌ای ارزیابی می‌شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. در بررسی آیتم‌های نسخه کوتاه پرسشنامه نشان داده شد که نمره ۴ حیطه بسیار شبیه نسخه بلند پرسشنامه کیفیت زندگی می‌باشد. این شباهت تا ۹۵٪ گزارش شده است. تحقیقات انجام شده در مورد مشخصات روانسنجی فرم کوتاه پرسشنامه نشان دهنده اعتبار افتراقی، اعتبار محتوا، پایایی درونی (الفای کرونباخ؛ سلامت جسمی ۰/۸۰، سلامت روانشناختی ۰/۷۶، روابط اجتماعی ۰/۶۶ و محیط ۰/۸۰) پایایی بازآزمایی مناسبی است [۱۸].

این پرسشنامه با تغییر محتوا بارها در داخل کشور اعتبار سنجی شد ولی این پژوهش سوالات اصلی پرسشنامه را مورد بررسی قرار داد و میزان آلفای کرونباخ؛ سلامت جسمی ۰/۵۸، سلامت روانشناختی ۰/۵۱، روابط اجتماعی ۰/۴۹ و محیط ۰/۵۱) و روایی کل پرسشنامه ۰/۷۸ به دست آمد که به استناد جدول نانالی (۱۹۷۸) قابل قبول است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و آزمون معنی‌داری تفاوت ضرایب همبستگی گروه‌های مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

این پژوهش بر روی ۲۵۰ نفر انجام گرفت که گروه‌های نمونه از نظر سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل توصیف

آینده و اعتقادات و نگرش‌هایی که سبب افزایش آسیب پذیری او در برابر اختلالات هیجانی می‌شود [۱۵].

با توجه به اهمیت تحریف‌های شناختی و کیفیت زندگی در شدت، تحمل و عود بیماری، در این پژوهش رابطه تحریف شناختی و کیفیت زندگی زنان یائسه، نابارور، تحت عمل هیستریکتومی، فیبروم رحمی و عادی مورد مقایسه قرار می‌گیرد. سؤال اصلی تحقیق این است که آیا تفاوتی بین رابطه تحریف شناختی و کیفیت زندگی زنان یائسه، نابارور، تحت عمل هیستریکتومی، فیبروم رحمی و عادی وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

روش این پژوهش، توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری مشتمل بر زنان نابارور، یائسه، زنانی که تحت جراحی هیستریکتومی و فیبروم‌های رحمی بود که در ماه‌های بهمن و اسفند ۱۳۹۴ به کلینیک و مطب متخصصان زنان و مامایی شهرستان کرمانشاه مراجعه کردند. از کلیه افراد شرکت کننده در طرح رضایت‌نامه آگاهانه شرکت در پژوهش اخذ شد. نمونه پژوهش شامل ۲۰۰ (هر گروه ۵۰ نفر) بیمار زن از جامعه آماری بالا و ۵۰ زن در گروه سالم (همراه بیماران) بودند که ملاک‌های ورود به پژوهش (زنان یائسه، نابارور، تحت عمل هیستریکتومی، فیبروم رحمی) را داشتند.

ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ۱) نداشتن اختلالات روانپزشکی عمده؛ ۲) عدم دریافت داروهای روانپزشکی در حین ۲ ماه قبل از پژوهش؛ ۳) نداشتن دوره سوگواری در حین پژوهش.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: ۱) پرسشنامه تحریفات شناختی؛ ۲) پرسشنامه کیفیت زندگی QLQ

پرسشنامه تحریفات شناختی

پرسشنامه تحریفات شناختی، با هدف دستیابی به ابزاری آسان برای آگاهی از تحریف‌های شناختی استفاده شده در زندگی روزمره ساخته 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. پرسشنامه مورد نظر شامل ۲۰ عبارت که به سنجش تحریف‌های شناختی مطرح شده توسط آلبرت آلیس در سال ۲۰۰۴ پرداخته و هر تفکر نامعقول تعداد ۲ عبارت را به خود اختصاص داده است. پایایی آن از طریق همسانی درونی توسط آلفای کرونباخ و همچنین از طریق آزمون مجدد پس از دو هفته برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۶۷ و $r = 0.74$ و برای خرده مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۴ بدست آمد، روایی آن از طریق همبستگی با خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۴۵، ۰/۵۳ و ۰/۵۳

شده‌اند. طبق **جدول ۱** میزان تحصیلات اکثر افراد گروه نمونه (۴۴/۸ درصد) دیپلم بود، ۵۴/۴ درصد گروه نمونه خانه‌دار بودند و ۹۲ درصد گروه نمونه متأهل بودند. با توجه به اینکه سن **جدول ۱**: مقایسه وضعیت تحصیلی، شغلی و تأهل در گروه‌های ۵ گانه

| تحصیلات | نابارور | | یائسه | | فیبروم | | هیستروکتومی | | عادی | | کل | |
|---------------------|---------|----|-------|----|--------|----|-------------|----|------|----|-----|------|
| | P | F | P | F | P | F | P | F | P | F | P | F |
| زیر دیپلم | ۱۱ | ۲۲ | ۱۰ | ۲۰ | ۶ | ۱۲ | ۵ | ۱۰ | ۱۴ | ۲۸ | ۴۶ | ۱۸/۴ |
| دیپلم | ۱۸ | ۳۶ | ۲۶ | ۵۲ | ۲۲ | ۴۴ | ۲۰ | ۴۰ | ۲۶ | ۵۲ | ۱۱۲ | ۴۴/۸ |
| فوق دیپلم | ۶ | ۱۲ | ۹ | ۱۸ | ۵ | ۱۰ | ۴ | ۸ | ۳ | ۶ | ۲۷ | ۱۰/۸ |
| لیسانس | ۷ | ۱۴ | ۱ | ۲ | ۹ | ۱۸ | ۱۱ | ۲۲ | ۵ | ۱۰ | ۳۳ | ۱۳/۲ |
| فوق لیسانس | ۸ | ۱۶ | ۳ | ۶ | ۶ | ۱۲ | ۸ | ۱۶ | ۲ | ۴ | ۲۷ | ۱۰/۸ |
| دکتری | ۰ | ۰ | ۱ | ۲ | ۲ | ۴ | ۲ | ۴ | ۰ | ۰ | ۵ | ۲ |
| وضعیت اشتغال | | | | | | | | | | | | |
| خانه‌دار | ۳۲ | ۶۴ | ۲۷ | ۵۴ | ۲۲ | ۴۴ | ۳۸ | ۷۶ | ۱۷ | ۳۴ | ۱۳۶ | ۵۴/۴ |
| آزاد | ۹ | ۱۸ | ۱۸ | ۳۶ | ۱۰ | ۲۰ | ۱۰ | ۲۰ | ۲۶ | ۵۲ | ۷۳ | ۲۹/۲ |
| کارمند | ۹ | ۱۸ | ۵ | ۱۰ | ۱۸ | ۳۶ | ۲ | ۴ | ۷ | ۱۴ | ۴۱ | ۱۶/۴ |
| وضعیت تأهل | | | | | | | | | | | | |
| مجرد | ۶ | ۱۲ | ۱ | ۲ | ۰ | ۰ | ۱ | ۲ | ۰ | ۰ | ۸ | ۳/۲ |
| متأهل | ۴۱ | ۸۲ | ۴۶ | ۹۲ | ۴۸ | ۹۶ | ۴۶ | ۹۲ | ۴۹ | ۹۸ | ۲۳ | ۹۲ |
| مطلقه | ۳ | ۶ | ۳ | ۶ | ۲ | ۴ | ۳ | ۶ | ۱ | ۲ | ۱۲ | ۴/۸ |

جدول ۲: مقایسه سن گروه نمونه، همسرانشان، سن و مدت ازدواج

| | نابارور | | یائسه | | فیبروم | | هیستروکتومی | | عادی | |
|---------------|---------|-----------|-------|-----------|--------|-----------|-------------|-----------|-------|-----------|
| | S | \bar{x} | S | \bar{x} | S | \bar{x} | S | \bar{x} | S | \bar{x} |
| سن گروه نمونه | ۳۳/۲۴ | ۷/۵۱ | ۳۹/۶۰ | ۸/۱۰ | ۳۲/۳۰ | ۷/۴۳ | ۴۱ | ۷/۷۰ | ۳۰/۴۲ | ۸/۱۱ |
| سن همسران | ۳۷/۴۶ | ۷/۸۵ | ۴۳/۴۰ | ۸/۹۶ | ۳۶/۸۲ | ۷/۷۲ | ۴۳/۵۸ | ۸/۲۷ | ۳۳/۷۳ | ۷/۹۷ |
| سن ازدواج | ۱۹/۷۰ | ۴/۱۹ | ۱۹/۵۴ | ۳/۲۴ | ۲۰/۹۰ | ۵/۹۳ | ۲۱/۳۲ | ۴/۶۷ | ۲۰/۶۴ | ۵/۵۸ |
| مدت ازدواج | ۱۳/۵۶ | ۸/۷۳ | ۲۰/۰۶ | ۸/۳۹ | ۱۱/۵۸ | ۸/۲۷ | ۲۰/۱۰ | ۱۰/۰۶ | ۹/۸۲ | ۸/۲۳ |

جدول ۳: رابطه بین تحریف شناختی و کیفیت زندگی گروه‌های ۵ گانه

| | متغیر پیش‌بین | | متغیر ملاک: کیفیت زندگی | |
|-----------------------|---------------|--------------|-------------------------|--------|
| | P | r | P | r |
| زنان نابارور | | تحریف شناختی | ۰/۰۰۰۱** | -۰/۴۸۵ |
| زنان یائسه | | تحریف شناختی | ۰/۰۰۰۱** | -۰/۴۹۱ |
| عمل جراحی فیبروم رحمی | | تحریف شناختی | ۰/۰۰۰۱** | -۰/۸۵۶ |
| عمل جراحی هیستروکتومی | | تحریف شناختی | ۰/۰۰۰۴** | -۰/۴۰۵ |
| زنان عادی | | تحریف شناختی | ۰/۰۴۱** | -۰/۲۹۰ |

نتایج **جدول ۲** بیانگر آن است میانگین سن گروه نمونه ۳۵/۳۱ و انحراف معیار آن ۸/۷۸، میانگین سن همسر گروه نمونه ۳۸/۹۹ و انحراف معیار آن ۸/۹۹، میانگین سن ازدواج گروه نمونه ۲۰/۴۲ و انحراف معیار آن ۴/۸۳ بود و میانگین مدت

ازدواج گروه نمونه ۱۵/۰۲ و انحراف معیار آن ۹/۷۰ بود. نتایج **جدول ۳** نشان داد، بین تحریف شناختی و کیفیت زندگی زنان نابارور، یائسه، عمل جراحی فیبروم رحمی، عمل هیستروکتومی و افراد سالم رابطه معکوس معنی‌داری وجود دارد. با توجه به

اینکه این پژوهش از نوع علی مقایسه است لذا ابتدا از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

جدول ۴: مقایسه رابطه بین تحریف شناختی و کیفیت زندگی زنان، $n = ۲۵۰$

| مقایسه وضعیت زنان | r | Zr | Z | P |
|-------------------|--------|--------|---------|------------|
| نابارور | -۰/۴۸۵ | -۰/۵۳۰ | ۰/۰۶۳ | NS |
| یائسه | -۰/۴۹۱ | -۰/۵۴۳ | | |
| نابارور | -۰/۴۸۵ | -۰/۵۳۰ | ۳/۷۰۴ | $P < ۰/۰۱$ |
| فیبروم | -۰/۸۵۶ | -۱/۲۹۳ | | |
| نابارور | -۰/۴۸۵ | -۰/۵۳۰ | -۰/۴۸۵ | NS |
| هیستریکتومی | -۰/۴۰۵ | -۰/۴۳۰ | | |
| نابارور | -۰/۴۸۵ | -۰/۵۳۰ | -۱/۱۲۱ | NS |
| عادی | -۰/۲۹۰ | -۰/۲۹۹ | | |
| یائسه | -۰/۴۹۱ | -۰/۵۴۳ | ۳/۶۴۱ | $P < ۰/۰۱$ |
| فیبروم | -۰/۸۵۶ | -۱/۲۹۳ | | |
| یائسه | -۰/۴۹۱ | -۰/۵۴۳ | -۰/۵۴۸ | NS |
| هیستریکتومی | -۰/۴۰۵ | -۰/۴۳۰ | | |
| یائسه | -۰/۴۹۱ | -۰/۵۴۳ | -۱/۱۸۴ | NS |
| عادی | -۰/۲۹۰ | -۰/۲۹۹ | | |
| فیبروم | -۰/۸۵۶ | -۱/۲۹۳ | -۴/۱۸۹ | $P < ۰/۰۱$ |
| هیستریکتومی | -۰/۴۰۵ | -۰/۴۳۰ | | |
| فیبروم | -۰/۸۵۶ | -۱/۲۹۳ | -۴/۱۸۲۵ | $P < ۰/۰۱$ |
| عادی | -۰/۲۹۰ | -۰/۲۹۹ | | |
| هیستریکتومی | -۰/۴۰۵ | -۰/۴۳۰ | -۰/۶۳۶ | NS |
| عادی | -۰/۲۹۰ | -۰/۲۹۹ | | |

نتایج جدول ۴ نشان داد، آزمون معنی‌داری تفاوت ضرایب همبستگی دو گروه مستقل نشان می‌دهد رابطه بین تحریف شناختی و کیفیت زندگی زنان نابارور با تحت عمل جراحی فیبروم رحمی ($Z = ۳/۷۰۴, P < ۰/۰۱$)، زنان یائسه با تحت عمل جراحی فیبروم رحمی ($Z = ۳/۶۴۱, P < ۰/۰۱$)، زنان تحت عمل جراحی فیبروم رحمی با هیستریکتومی ($P < ۰/۰۱$)، زنان تحت عمل جراحی فیبروم رحمی با عادی ($Z = -۴/۱۸۹, P < ۰/۰۱$) تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود. اما رابطه بین تحریف شناختی و کیفیت زندگی زنان نابارور با یائسه (NS، $Z = ۰/۰۶۳$)، نابارور با هیستریکتومی (NS، $Z = -۰/۴۸۵$)، نابارور با عادی (NS، $Z = -۱/۱۲۱$)، یائسه با هیستریکتومی (NS، $Z = -۰/۵۴۸$)، یائسه با عادی (NS، $Z = -۱/۱۸۴$)، هیستریکتومی با عادی (NS، $Z = -۰/۶۳۶$) تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود.

هیستریکتومی و عادی بود. به همین منظور ۲۵۰ بیمار (از هر گروه ۵۰ نفر) از بیماران و همراهان مراجعه کننده به کلینیک خصوصی مامایی و بیمارستان‌های زنان و زایمان (زایشگاه) در بهمن و اسفند ماه ۱۳۹۴ که مبتلا به بیماری نابارور، یائسه، تحت عمل جراحی فیبروم رحمی، هیستریکتومی بوده‌اند به روش در دسترس باروش مبتنی بر ملاک انتخاب و سپس پرسشنامه تحریف شناختی و کیفیت زندگی بر روی آنها اجرا شد. نمرات تحریف شناختی و کیفیت زندگی در هر گروه محاسبه شد و رابطه تحریف شناختی و کیفیت زندگی مقایسه شد و نتایج نشان داد، بین تحریف شناختی و کیفیت زندگی زنان نابارور، یائسه، عمل جراحی فیبروم رحمی، عمل هیستریکتومی و ارفاد سالم رابطه معکوس معنی‌داری وجود دارد.

در راستای این پژوهش می‌توان از پژوهش‌های قادری و همکاران (۱۳۹۲)، سرابندی و همکاران (۱۳۹۲)، نصیری امیری و همکاران (۱۳۹۲)، یدالله پور و همکاران، (۱۳۹۲)، حیدرزاده و همکاران (۱۳۹۲)، کرامت و همکاران (۱۳۹۲)، درویش پور کاخکی و همکاران (۱۳۹۲)، موسوی و همکاران (۱۳۹۱)، احمدی (۱۳۹۱)، مسگریان و همکاران (۱۳۹۱)، خیام نکویی و همکاران (۱۳۸۹)، کارلس (۲۰۰۴)

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه رابطه تحریف شناختی و کیفیت زندگی در بین زنان نابارور، یائسه، تحت عمل جراحی فیبروم رحمی،

آن اهداف، انتظارات و خواسته‌هایشان متفاوت خواهد بود. آنان دارای نگرانی‌هایی در زمینه زندگی و بهبودی خود دارند، از به زحمت انداختن دیگران در رنجند، استقلالشان با توجه به وضعیت بیماری مورد تهدید است و نوع تفریح، فعالیت و تغذیه متفاوتی نسبت به افراد عادی دارند. مجموعه این عوامل موجب می‌گردد تا کیفیت زندگی آنان با افراد عادی متفاوت باشد.

نتیجه‌گیری

تحریفات شناختی و کیفیت زندگی در بین زنان نابارور، یائسه، تحت عمل جراحی فیبروم رحمی، هیستروکتومی و عادی با یکدیگر تفاوت دارد. میزان تحریفات شناختی نتیجه‌گیری شتاب زده، استدلال احساسی، برچسب زنی و شخصی سازی در زنان نابارور، یائسه، تحت عمل جراحی فیبروم رحمی، هیستروکتومی بیشتر از تحریفات افراد عادی و تحریف شناختی همه یا هیچ، باید، بهتر، برچسب زنی و شخصی سازی بیماران عادی بیماران بیشتر از افراد عادی است. بیماران زنان در نتیجه‌گیری شتاب زده بالاتر از سایر بیماران حاد در تحریف باید و بهتر بالاتر از بیماران درد مزمن قرار دارند. افراد عادی نسبت به بیماران دارای درد مزمن و بیماران غیر درد مزمن در همه خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی بالاترند. بیماران غیر درد مزمن در عملکرد جسمانی و کنترل درد وضعیت بهتری نسبت به بیماران درد مزمن دارند. همه تحریفات شناختی ده گانه با کیفیت زندگی افراد عادی و بیمار (درد مزمن و غیر درد مزمن) رابطه منفی دارند. تحریفات شناختی تعمیم مبالغه آمیز، تفکر همه یا هیچ، شخصی سازی و برچسب زنی توانایی پیش‌بینی کیفیت زندگی افراد را دارند.

شکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش کمال سپاس‌گزاری را دارند. همچنین اظهار می‌دارند که هیچ‌گونه تداخل منفی وجود ندارد.

References

1. Fekkes M, Buitendijk SE, Verrips GH, Braat DD, Brewaeys AM, Dolfing JG, et al. Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Hum Reprod*. 2003;18(7):1536-43. PMID: 12832385
2. Newton CR, Sherrard W, Glavac I. The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertil Steril*. 1999;72(1):54-62. PMID: 10428148
3. Wilson JF, Kopitzke EJ. Stress and infertility. *Curr Womens Health Rep*. 2002;2(3):194-9. PMID: 12099195
4. Alden KR, Lowdermilk DL, Cashion MC, Perry SE. *Maternity and women's health care*: Elsevier Health Sciences; 2013.
5. Alesi R. Infertility and its treatment--an emotional roller coaster. *Aust Fam Physician*. 2005;34(3):135-8. PMID: 15799659
6. Yaghmaei F, Mohammad S, Alavi Majd H. [Psychometric questionnaire design and quality of life in infertile couples]. *Reproduction*. 2008;3(1):137-43.
7. Saghafi N, Tofani H. [Relationship of mental status of infertile women between duration of therapy]. *Ofoogh Danesh*. 2004;9(1):10-2.
8. Erica M, Taylor M. The stress of infertility. *Hum Ecol*. 2002;95(1):12.
9. Grady D. Clinical practice. Management of menopausal symptoms. *N Engl J Med*.

و هتو، لنین، آکولی و منسر (۲۰۰۹) نام برد که بیانگر کیفیت زندگی پایین در زنان دچار بیماری‌های مزمن بود [۱۹].

موسوی و همکاران، به این نتایج دست یافته است که بین نمرات تحریف شناختی دو گروه بیماران مبتلا به وابستگی مواد افیونی و افراد غیروابسته تفاوت معناداری وجود دارد و افراد وابسته به مواد نگرش‌های ناسالم‌تری نسبت به خود، دنیا و آینده دارند.

ابعاد روانی و جسمی در بیشتر بیماران نامطلوب و در جمعیت سالم مطلوب بودند. نتایج درویش پورکاخی و همکاران، حاکی از این است که زنان و مردان نابارور به طور معناداری نمرات پایین‌تری در ابعاد عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، انرژی و نشاط، دردهای بدنی و ایفای نقش عاطفی از بیماران مبتلا به مرمن کسب کردند.

خانواده و اطرافیان افراد دارای درد مزمن، بدلیل طولانی بودن مدت بیماری و شدت درد در جریان دبیماری و مسائل مرتبط با آن قرار می‌گیرند و اغلب زندگی و امور عادی آنان متأثر از این بیماری می‌گردد. بیماران نیز از این شرایط ناراحتند و معمولاً به واکنش‌ها و رفتارهای نزدیکان در مورد بیماری حساس‌اند و در مورد احساسات و عقاید اطرافیان در این زمینه حدس‌هایی می‌زنند و داوری‌هایی انجام می‌دهند که اغلب این ذهن خوانی‌ها با اشتباهات و انحرافات همراه است که روانشناسان این حدس‌ها را تحریفات شناختی می‌نامند. این شرایط موجب می‌گردد تا بیماران درد مزمن و غیر درد مزمن تحریفات شناختی بیشتری نسبت به افراد عادی تجربه کنند.

در مورد کیفیت زندگی باید گفت: طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت [۲۰] کیفیت زندگی، درک فرد از موقعیت زندگی خویش است، که تحت تأثیر سیستم فرهنگی و ارزشی موقعیتی است که فرد در آن زندگی می‌کند. بر همین اساس اهداف، انتظارات، استانداردها و خواسته‌های فرد به میزان وسیعی متأثر از وضعیت جسمانی، روانی، میزان استقلال و روابط اجتماعی و اعتقادات اوست.

افراد دارای بیماری‌های طولانی مدت و شدید (دارای درد مزمن و غیر درد مزمن) به علت بیماری و شرایط و وضعیت ناشی از آن درک متفاوتی نسبت به افراد عادی از زندگی دارند و به تبع

- 2006;355(22):2338-47. [DOI: 10.1056/NEJMcp054015](#) [PMID: 17135587](#)
10. Turan A, White PF, Karamanlioglu B, Pamukcu Z. Premedication with gabapentin: the effect on tourniquet pain and quality of intravenous regional anesthesia. *Anesth Analg*. 2007;104(1):97-101. [DOI: 10.1213/01.ane.0000250408.56586.88](#) [PMID: 17179251](#)
 11. Orley J. WHO Meeting on quality of life: development of the WHOQOL instrument. *Quality of Life News*, 1992.
 12. Park J. *Park's Textbook of Prevention and Social Medicine*. 15th ed. India: Bondarsid; 1995.
 13. Katschnig H, Krautgartner M. Quality of life: A new dimension in Mental Health Care. In: Sartorius N, Gaebel W, Lopez JJ, Maj M, editors. *The Psychiatric Society: Columbia University Press*; 1982.
 14. Campbell A, Vonverse PE, Rogers WL. *The quality of American Life*. New York: Russell Sage; 1976.
 15. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
 16. Hamamci Z, Buyukozturk S. The Interpersonal Cognitive Distortions Scale: development and psychometric characteristics. *Psychol Rep*. 2004;95(1):291-303. [DOI: 10.2466/pr0.95.1.291-303](#) [PMID: 15460384](#)
 17. Iglesias CP, Birks Y, Nelson EA, Scanlon E, Cullum NA. 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. [PMID: 16119182](#)
 18. Pezzilli R, Morselli-Labate AM, Frulloni L, Cavestro GM, Ferri B, Comparato G, 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. [DOI: 10.1016/j.dld.2005.09.015](#) [PMID: 16243011](#)
 19. Zamani N, Habibi M. Compare the influence of both dialectic and cognitive behavior therapies to maintain mothers' mental health whose children with special needs. *J Res Health Soc Develop Health Promot Res Center*. 2014;3(1):125-39.
 20. World Health Organization. *Suicide rates 2015* [updated 2016; cited 2015]. Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en.