

Research Paper

The Role of Irrational Beliefs and Attitudes to Death in Quality of Life of the Older People



*Sajjad Basharpour¹, Seyede Tayebbeh Hoseinikiasari², Esmaeil Soleymani³, *Omid Massah⁴

1. Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
2. Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
3. Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Urmia, Urmia, Iran.
4. Substance Abuse and Dependence Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.



Citation: Basharpour S, Hoseinikiasari ST, Soleymani E, Massah O. [The Role of Irrational Beliefs and Attitudes to Death in Quality of Life in Elderly (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2019; 14(3):260-271. <https://doi.org/10.32598/sija.13.10.140>

<https://doi.org/10.32598/sija.13.10.140>



Received: 05 Mar 2019
Accepted: 25 Aug 2019
Available Online: 01 Oct 2019

Key words:
Quality of Life, Irrational beliefs, Attitudes to death, Elderly

ABSTRACT

Objectives Ageing is a natural phenomenon in the life of every person, and quality of life and identifying its related factors is one of the interesting areas in aging psychology. Given the importance of this issue, the present study aimed to determine the role of attitude to death and irrational beliefs in the quality of life of older people.

Methods & Materials The method of this study is descriptive-correlational. The study population included all persons over 60 years who lived in Ardabil City, Iran, in 2014. Of them, 150 people were selected using the convenience sampling method and responded to the questionnaires of irrational beliefs, attitudes to death, and quality of life. The obtained data were analyzed by the Pearson correlation and multivariate regression tests.

Results The results showed that the total score of quality of life had a negative correlation with fear of death ($r=-0.36$; $P<0.000$), avoidance of death ($r=-0.16$; $P<0.05$), acceptance with escape of death ($r=-0.17$; $P<0.03$), helplessness for change ($r=-0.27$; $P<0.001$) and emotional irresponsibility ($r=-0.24$; $P<0.002$). But, it had a positive correlation with approach acceptance toward death ($r=0.31$; $P<0.001$). The results of regression analysis also showed that irrational beliefs could explain about 9% and attitude to death about 30% of the variance in quality of life.

Conclusion The results of this study showed that attitude to death and irrational beliefs could predict the quality of life in older adults. Thus the older adults' quality of life can be improved via cognitive intervention in these variables.

Extended Abstract

1. Introduction

A

ging is a natural phenomenon, and many countries are experiencing an increase in the number of older people [1]. The World Health Organization

has estimated that the world's aging population, currently 841 million, will increase to 2 billion by 2050 [2]. Aging is associated with high mortality rates, decreased psychological and physical functioning, and psychological disorders, such as depression and anxiety. Such consequences can affect one's Quality of Life (QOL); therefore, the QOL and mental well-being of the elderly have become a challenge to public health

*** Corresponding Author:**

Sajjad Basharpour, PhD.

Address: Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Tel: +98 (45) 31505622

E-mail: basharpour_sajjad@uma.ac.ir

Omid Massah, MD.

Address: Substance Abuse and Dependence Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 71732830

E-mail: omchomch@gmail.com

and identifying related risk and protective factors are among the areas of interest in geriatric psychology. Given the importance of this issue, the present study aimed at determining the role of irrational beliefs and attitudes toward death in predicting QOL in the elderly.

2. Materials and Methods

This research is a descriptive correlational study. The study population consisted of all people aged over 60 years living in Ardabil city, Iran, in 2014. Using a convenience sampling method, 150 individuals were selected for the study. Because in correlational studies the sample size required for each predictor variable is 5 to 40 people, and based on the existence of 10 subscales for each scale, 15 individuals were considered for each one. Thus, a total number of 150 people were the samples of the present study. The inclusion criteria were having reading and writing skills and living with wife or husband. Those with any physical or psychological diseases were excluded from the study.

After visiting the older people in different areas of the city, including parks and mosques, and explaining the aims of the research, their informed consent to participate in the research was obtained. Then, we collected the study data by the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF questionnaire with 26 items, Jones Irrational Beliefs Questionnaire with 40 items, and the Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) instrument with 32 items. For analyzing the collected data, we used descriptive statistics (mean and standard deviation), as well as the Pearson correlation test and multiple regression analysis (enter method) in SPSS V. 16.

3. Results

Of 150 participants, 115 were men, and 35 were women with a Mean±SD age of 68.82±6.91 years. In terms of marital status, 5 were single, 141 were married, and 4 were divorced. In terms of education, 113 had less than high school education, 35 a high school diploma and bachelor's degree, and 2 a degree higher than a bachelor's degree. The results of the Pearson correlation test showed that the overall score of QOL had a significant negative association with the attitudes of fear of death ($r=-0.36$, $P<0.001$), death avoidance ($r=-0.16$, $P<0.05$), escape avoidance ($r=-0.17$, $P<0.03$), beliefs of helpless for change ($r=-0.27$, $P<0.001$), and emotional irresponsibility ($r=-0.24$, $P<0.002$). However, there was a significant positive association between the overall score of QOL and attitude dimension of approach acceptance ($r=0.31$, $P=0.000$). Before

performing the regression analysis, the results of the Kolmogorov-Smirnov test confirmed the normal distribution of the data ($P=0.09$). The results of the regression analysis showed that irrational beliefs and attitudes towards death explained about 9% and 30% of the total variance in QOL, respectively. The beta values indicated that the irrational belief of emotional irresponsibility ($\beta=-0.18$), attitudes of fear of death ($\beta=-0.25$), neutral acceptance ($\beta=-0.28$), approach acceptance ($\beta=0.35$), and escape avoidance ($\beta=-0.24$) were the predictors of the QOL of older people. The linear regression coefficients revealed no possible linearity possible among these predictors.

4. Conclusion

The results of this study suggested that irrational beliefs and attitudes toward death could affect the QOL of the elderly. Older people, who have positive attitudes towards death, accept and see it as a way to achieve eternal happiness. They acknowledge that death is not the end of human life but a transition from one life to another, where human life continues in another form, so they are always hopeful and have a better QOL and mental well-being. Moreover, having the irrational belief of helplessness for change can hinder proper problem-solving techniques and harm their QOL. Emotional responsibility as an emotion control skill also induces one's emotional self-regulation and acts as a skill to deal with one's concerns. Therefore, believing that one is not responsible for their own experienced emotions can reduce emotional self-awareness and lead to emotional misalignment. These results suggest that cognitive intervention in these variables can improve the QOL in the elderly.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All ethical principles were met in this study. The participants were informed about the study purpose and method. They were also assured of the confidentiality of their information and were free to leave the study at any time, and if desired, the results of the study would be available to them. This study was approved by the Research Ethics Committee of Ardabil University Of Medical Sciences.

Funding

This study received support from the Deputy of Technology Research and Technology of University of Mohaghegh Ardabili.

Authors' contributions

Study design by Sajjad Basharpour; Data collection and analysis by Seyede Tayebeh Hoseinikiasari and Esmacil Soleymani; Writing by Sajjad Basharpour and Omid Massah.

Conflicts of interest

The authors have declared that they have no potential or competing conflicts of interest.

نقش نگرش به مرگ و باورهای غیرمنطقی در کیفیت زندگی سالمندان

سجاد بشرپور^۱، سیده طیبه حسینی کیاسری^۲، اسماعیل سلیمانی^۳، امید مساح^۴

۱- گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲- گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳- گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

۴- مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

حکیده

تاریخ دریافت: ۱۴ اسفند ۱۳۹۷

تاریخ پذیرش: ۰۳ شهریور ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: ۰۹ مهر ۱۳۹۸

اهداف: سالمندی پدیده‌ای طبیعی در زندگی هر فرد است و شناسایی عوامل مرتبط با آن از حوزه‌های موردعلاقه روان‌شناسی سالمندی است. با توجه به اهمیت این موضوع، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش نگرش به مرگ و باورهای غیرمنطقی در کیفیت زندگی سالمندان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: روش این پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش را کل افراد بالای ۶۰ سال شهر اردبیل در نیمه دوم سال ۱۳۹۳ تشکیل دادند. ۱۵۰ نفر از این جامعه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت انفرادی به پرسش‌نامه‌های باورهای غیرمنطقی، نگرش به مرگ و کیفیت زندگی پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد نمره کلی کیفیت زندگی با ترس از مرگ ($P < 0/001$; $r = 0/36$)، اجتناب از مرگ ($P < 0/05$; $r = 0/16$)، پذیرش با گریز از مرگ ($P < 0/03$; $r = 0/17$) و باور درماندگی در برابر تغییر ($P < 0/001$; $r = 0/27$) و بی‌مسئولیتی هیجانی ($P < 0/002$; $r = 0/24$) رابطه منفی، ولی با پذیرش فعالانه مرگ ($P < 0/000$; $r = 0/31$) رابطه مثبت دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد نگرش به مرگ حدود ۳۰ درصد و باورهای غیرمنطقی حدود ۹ درصد از کل واریانس کیفیت زندگی را تبیین می‌کنند.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد باورهای غیرمنطقی و نگرش به مرگ می‌توانند تا حدی در کیفیت زندگی سالمندان نقش داشته باشند. بنابراین می‌توان با مداخله شناختی در این متغیرها کیفیت زندگی سالمندان را بهبود داد.

کلیدواژه‌ها:

کیفیت زندگی، باورهای غیرمنطقی، نگرش به مرگ، سالمندان

مقدمه

سالمندی یک سرنوشت مشترک همگانی و یک روند طبیعی گذر عمر و زندگی مطرح است [۱]. مطابق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۵، تعداد افراد بالای ۶۰ سال کل جهان ۸۴۱ میلیون نفر بود که برآورد می‌شود این تعداد تا سال ۲۰۵۰ به دو برابر خواهد رسید [۲]. در کشور ایران بر اساس سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۷۵، سالمندان بالای ۶۰ سال حدود ۶/۶ درصد کل جمعیت را شامل می‌شدند که بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵ این میزان به حدود ۷/۳ درصد رسیده است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۲۹ به ۲۴/۹ درصد برسد [۳].

اگر چالش اصلی بهداشت در قرن بیستم، فقط زنده ماندن بود؛

چالش قرن جدید زندگی کردن با کیفیتی برتر است [۴]. اصطلاح کیفیت زندگی حدود ۴۰ سال پیش در آمریکا معرفی شد و علوم اجتماعی، پرچم‌دار طرح و سنجش آن شدند [۵]. اگرچه تعاریف متعددی از این مفهوم ارائه شده است؛ توافقی کلی در بین محققان وجود دارد مبنی بر اینکه، کیفیت زندگی ابعاد متعددی شامل آسایش مادی، جسمی، اجتماعی، عاطفی و مولد است [۶]. سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را این‌گونه تعریف می‌کند «کیفیت زندگی شامل احساس و درک فرد از سیستم‌های ارزشی و فرهنگی است که در آن زندگی می‌کند و مرتبط با اهداف، انتظارات، و دغدغه‌های اوست» [۷].

پدیده سالمندی بر قابلیت و توانایی شخصی، استقلال، تحرک و به تبع این‌ها بر کیفیت زندگی فرد تأثیر می‌گذارد. سالمندی اغلب

* نویسنده مسئول:

دکتر سجاد بشرپور

نشانی: اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی.

تلفن: ۳۱۵۰۵۶۲۲ (۴۵) ۰۹۸+

پست الکترونیکی: basharpoor_sajjad@uma.ac.ir

دکتر امید مساح

نشانی: تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد.

تلفن: ۷۱۷۳۳۲۸۳۰ (۲۱) ۰۹۸+

پست الکترونیکی: omchomch@gmail.com

دریافتند زنان جوان نمرات بالاتری در سؤال‌های مرتبط با ترس از مرگ و نگرانی درباره پوسیدگی بدن بعد از مرگ کسب کردند [۱۴]. وونگ، پیکر و گیسر دریافتند بهزیستی روان‌شناختی، همبستگی مثبت پایین تا متوسط با پذیرش خنثی و فعالانه مرگ^۲ و همبستگی منفی با ترس و اجتناب از مرگ دارد [۱۵]. تورسون و پاول نیز همبستگی مثبت متوسطی بین ترس از مرگ و اضطراب گزارش کردند [۱۶]. سیسیریلی گزارش کرد وضعیت سلامت فیزیکی، نمرات فرد در دو بُعد نگرش‌های مرگ یعنی ترس از پوسیدگی و وضعیت بدن بعد از مرگ را پیش‌بینی می‌کند [۱۷]. اونگیدر و ایوبوگلو نشان دادند اضطراب مرگ بالا با افزایش افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی همراه است [۱۸].

یافته‌های مشابهی در افراد مبتلا به نشانگان نقص ایمنی اکتسابی نیز مشاهده شده است [۱۹]. اوریلی و همکاران با مطالعه ۳۷۷ فرد بالای ۶۰ سال که خدمات دوره سالمندی دریافت می‌کردند، نشان دادند خیال‌پردازی درباره مرگ و خودکشی با علائم افسردگی بیشتر همراه است [۲۰]. نتایج مطالعه بشرپور، وجودی و عطارد روی گروهی از زنان سالمند نشان داد کیفیت زندگی رابطه مثبتی با نگرش پذیرش فعالانه مرگ دارد [۲۱].

علاوه بر این، کیفیت زندگی می‌تواند تحت تأثیر باورهای غیرمنطقی شخص نیز قرار گیرد. بر اساس نظر آلبرت ایس، باورهای غیرمنطقی علت اصلی مشکلات مختلف انسان است. باورهای غیرمنطقی مجموعه عقایدی است که بر حالات ذهنی و روان‌شناختی فرد مسلط می‌شوند. این باورها تعیین می‌کنند افراد چگونه رویدادها را تعبیر و تفسیر و چگونه کیفیت و کمیت احساسات و رفتارهایشان را تنظیم می‌کنند [۲۲]. همچنین از نظر ایس ما گرایش نیرومندی داریم به اینکه، با درونی کردن عقاید خودشکن، خود را از لحاظ هیجانی ناراحت کنیم و به همین دلیل است که دستیابی به سلامت روان و حفظ کردن آن واقعاً دشوار است [۲۳]. ملزر و همکاران بیان می‌کنند یک‌سوم سالمندان دچار ناتوانی‌های شناختی شده و بیش از ۶۰ درصد آن‌ها به کمک‌هایی در انجام فعالیت‌های زندگی روزمره نیاز دارند [۲۴]. برخی از مطالعات نیز حدود ۲۰ درصد از سالمندان را دچار افت شناختی با درجات مختلف می‌دانند [۲۵].

پژوهش‌ها نشان دادند بین باورهای غیرمنطقی و امنیت روان‌شناختی و کیفیت زندگی، افزایش فرسودگی، سلامتی و سلامت روانی، اضطراب و موقعیت‌های پراسترس، اختلالات عاطفی، استرس، افسردگی و خلق افسرده رابطه معنی‌دار وجود دارد [۲۶-۲۴]. های اسلیپ، گالت و نیشن در مطالعه‌ای با هدف بررسی ارتباط باورهای غیرمنطقی با علائم افسردگی در افراد سالخورده نشان دادند باور شناختی هیجانی وابستگی/ انعطاف‌ناپذیری^۳ به طور مثبت و باور کنترل درونی/ سازگاری^۴ به

اوقات به ایجاد مشکلات سلامتی منجر شده و توانایی فرد برای عملکرد را کاهش می‌دهد این امر نیز می‌تواند بر کیفیت زندگی فرد تأثیر زیادی داشته باشد [۷]. کیفیت زندگی سالمندان در مطالعات مختلف بررسی شده است. در مطالعه انجام‌شده روی گروهی از سالمندان در فرانسه، سطح کیفیت زندگی و ابعاد آن نسبتاً بالا بود [۸]. اورفیل، فریر، لامارکا و تیب در اسپانیا با مطالعه کیفیت زندگی مردان و زنان سالمند نشان دادند کیفیت زندگی مربوط به سلامت زنان نسبت به مردان در وضعیت بدتری قرار دارد [۹].

یو چینگ، روی سیا و شو هیو در پژوهشی روی سالمندان دارای پرستار خانگی به این نتیجه رسیدند که مراقبت توانمندکننده ادراک‌شده، فعالیت زندگی روزمره و وضعیت زناشویی پیش‌بینی‌کننده‌های کیفیت زندگی هستند [۱۰]. گوریچی کولا، آفولابی و اولی نشان دادند وضعیت اقتصادی مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده چهار بُعد کیفیت زندگی سالمندان است، در این مطالعه متغیرهای سلامتی و ناتوانی کارکردی از پیش‌بینی‌کننده‌های دیگر، ولی ضعیف کیفیت زندگی بودند [۷]. در تحقیق دیگر سطح کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه در حد متوسط گزارش شد [۱۱]. در پژوهش وحدانی‌نیا و گشتاسبی بین جنس و وضعیت سلامتی و ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری دیده شد و متغیرهای سن، تحصیلات، تأهل و شغل با میانگین امتیازات اکثر ابعاد کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری داشتند [۱۲].

کیفیت زندگی علاوه بر معیارهای عینی، شامل جنبه‌های ذهنی نیز هست و به طور قابل ملاحظه‌ای متأثر از شناخت‌ها و نگرش‌های فرد است. با توجه به تشدید ترس از مرگ در دوره سالمندی، می‌توان گفت یکی از عوامل مهمی که بر کیفیت زندگی دوره سالمندی تأثیر دارد، نگرشی است که هر فرد درباره مرگ دارد. نگرش به مرگ به مجموعه پاسخ‌های شناختی، عاطفی و رفتاری فرد نسبت به حقیقت مرگ اطلاق می‌شود. این نگرش‌ها می‌توانند مثبت یا منفی باشند. نگرش‌های منفی درباره مرگ، ترس از مرگ یا اجتناب از مرگ را دربر می‌گیرند؛ در حالی که نگرش‌های مثبت نسبت به مرگ، باورهای مربوط به توانایی کنار آمدن با مرگ و پذیرش آن را شامل می‌شوند. کنار آمدن با مرگ^۱ نیز مشتمل بر مجموعه پاسخ‌های شناختی (برای مثال «اخیراً من دریافته‌ام فکر کردن درباره مرگ خوب است»)، رفتاری (برای مثال «من می‌توانم درباره مرگم با خانواده و دوستان صحبت کنم») و عاطفی (برای مثال «فکر مرگ مرا آشفته می‌کند») به مرگ پیش‌روی خود و دیگران است. مشخص شده است که کنار آمدن با مرگ همبستگی منفی با شاخص‌های ترس از مرگ دارد [۱۳].

رابطه نگرش به مرگ با بسیاری از متغیرها چون سن، جنسیت، مذهب، شخصیت و غیره بررسی شده است. تورسون، پاول و ساموئل با بررسی تفاوت‌های سنی در اضطراب مرگ زنان سالخورده و جوان

2. Neutral acceptance and approach acceptance

3. Rigidity/ dependency

4. Internal control/ adaptation

1. Coping with death

پرسش‌نامه کیفیت زندگی

پرسش‌نامه‌های زیادی برای ارزیابی کیفیت زندگی طراحی شده است، ولی پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به علت خصوصیات منحصر به فرد خود بیشتر مورد توجه هستند. ابزار اندازه‌گیری عمومی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به دو صورت WHOQOL-100 و WHOQOL-BRIEF پس از ادغام برخی از حیطه‌ها و حذف تعدادی از سؤالات مقیاس ۱۰۰ سؤالی ساخته شد. نتایج حاصل از این دو پرسش‌نامه همخوانی رضایت بخشی را در مطالعات مختلف نشان داده‌اند. در این مطالعه فرم WHOQOL-BRIEF به علت کم بودن سؤالات و راحتی استفاده انتخاب شده است. این پرسش‌نامه چهار حیطه سلامتی جسمانی، سلامتی روانی، روابط اجتماعی و سلامتی محیط را با ۲۴ آیتم می‌سنجد (هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال است).

دو سؤال اول به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی می‌سنجد؛ بنابراین این پرسش‌نامه دارای ۲۶ آیتم است و به هر سؤال از ۱ تا ۵ نمره داده می‌شود. نجات و همکاران پایایی این مقیاس را در حیطه سلامتی فیزیکی ۰/۷۷، سلامتی روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در نهایت در حیطه سلامت محیط برابر ۰/۸۴ به دست آوردند. اعتبار سازه این پرسش‌نامه در این مطالعه نیز قابل قبول گزارش شد. به نحوی که این آزمون در ۸۰ درصد موارد به تشخیص افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، غیر مزمن و افراد سالم منجر شد [۳۶].

پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی جونز (+۴ ماده‌ای)

پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی جونز شامل ۴۰ سؤال است و توسط عبادی و معتمدین بر اساس پرسش‌نامه ۱۰ عاملی باورهای غیرمنطقی جونز به روش تحلیل عوامل در جامعه ایران ساخته شده است. این پرسش‌نامه چهار عامل درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی را بر اساس مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) اندازه می‌گیرد. عبادی و معتمدین برای بررسی ضریب پایایی این آزمون از روش آلفای کرونباخ و روش تصنیف استفاده کرده‌اند که این ضرایب را به ترتیب برای کل مقیاس ۰/۷۵ و ۰/۷۶ و برای خرده‌مقیاس‌های درماندگی در برابر تغییر ۰/۸۰ و ۰/۸۲، توقع تأیید از دیگران ۰/۸۱ و ۰/۸۴، اجتناب از مشکل ۰/۷۳ و ۰/۷۴ و بی‌مسئولیتی هیجانی ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند [۳۷].

فرم تجدیدنظر شده نگرش نسبت به مرگ^۹

این آزمون را وونگ و همکاران ساخته‌اند و یک مقیاس ۳۲ ماده‌ای است که پنج بُعد نگرش نسبت به مرگ یعنی ترس

طور منفی با علائم بدنی و عاطفی افسردگی مرتبط است [۳۳].

پاپاجورجیوس^۵ و همکاران با بررسی رابطه شاخص‌های التهابی پلازما با باورهای غیرمنطقی در افراد بزرگسال به این نتیجه رسیدند باورهای غیرمنطقی ارتباط مثبتی با پروتئین واکنشی C، اینترلیوکین-۶، عامل نکرودهندنه تومور آلفا^۶ و تعداد سلول‌های سفید خون دارد [۳۴]. لیو، شین، کیم، هیون و پارک در مطالعه روی سالمندان نشان دادند خوش‌بینی رابطه مثبتی با بهزیستی روانی و معنای زندگی دارد و معنای زندگی نیز میانجی رابطه بین خوش‌بینی و بهزیستی روانی سالمندان است [۳۵].

در مجموع مرور شواهد موجود نشان می‌دهد تغییرات مختلف فیزیکی، شناختی و هیجانی دوره سالمندی با تغییراتی در کیفیت زندگی همراه است. از دیدگاه روان‌شناسی رشد، یکی از چالش‌های دوره سالمندی چگونگی مواجهه فرد با مرگ و پایان زندگی است که خود می‌تواند استرس زیادی را در فرد ایجاد کند. بنابراین می‌توان گفت کیفیت زندگی افراد سالمند می‌تواند تحت تأثیر نگرش‌های آن‌ها نسبت به مرگ قرار گیرد. از طرف دیگر، باورهای فرد درباره زندگی نیز از عوامل تعیین‌کننده سلامت روان‌شناختی هر فرد است. بنابراین در راستای شناسایی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی در دوره سالمندی، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش نگرش به مرگ و باورهای غیرمنطقی در پیش‌بینی کیفیت زندگی سالمندان انجام گرفت.

روش مطالعه

با توجه به هدف این پژوهش مبنی بر نقش نگرش به مرگ و باورهای غیرمنطقی در پیش‌بینی کیفیت زندگی سالمندان، روش مطالعه حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بوده است. تمام افراد بالای ۶۰ سال شهر اردبیل در نیمه دوم سال ۱۳۹۳ جامعه آماری این پژوهش را تشکیل دادند. از بین جامعه آماری مذکور تعداد ۱۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در این پژوهش شرکت داده شدند. با توجه به اینکه در مطالعات همبستگی، نمونه مورد نیاز به ازای هر متغیر پیش‌بینی تعداد ۵ تا ۴۰ نفر توصیه شده است؛ بنابراین در این مطالعه با توجه به وجود ۱۰ خرده‌مقیاس به ازای هر خرده‌مقیاس تعداد ۱۵ نفر نمونه در نظر گرفته شد و ۱۵۰ نفر حجم مطالعه حاضر را تشکیل دادند. داشتن سواد خواندن و نوشتن جهت پاسخگویی به پرسش‌نامه‌ها و زندگی به همراه همسر، معیارهای ورود آزمودنی‌ها به مطالعه و داشتن هر نوع بیماری جسمانی و روان‌شناختی نیز معیار خروج آزمودنی‌ها از مطالعه حاضر بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

5. Papageorgiou
6. C-reactive Protein
7. Interleukin
8. Tumor Necrosis Factor- α

9. The Death Attitude Profile- Revised

از حفظ محتوای سؤالات، اعتبار صوری آن توسط سه روان‌شناس دارای مدرک دکترای روان‌شناسی تأیید شد. ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های این آزمون نیز در پژوهش حاضر در دامنه ۰/۶۴ برای خرده‌مقیاس اجتناب از مرگ تا ۰/۸۸ برای خرده‌مقیاس پذیرش فعالانه مرگ به دست آمد.

روش اجرای پژوهش حاضر به این صورت بود که در پاییز ۱۳۹۳، پس از انجام هماهنگی‌های لازم با دانشگاه محقق اردبیلی، از بین تمام افراد بالای ۶۰ سال شهر اردبیل ۱۵۰ نفر از مناطق مختلف شهر اعم از پارک‌ها و مساجد انتخاب شدند و پس از تبیین اهداف پژوهش و اخذ رضایت آن‌ها برای شرکت در پژوهش، از آن‌ها خواسته شد به صورت انفرادی به پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی، نگرش به مرگ و باورهای غیرمنطقی در محل دسترسی به آزمودنی‌ها (پارک و مساجد) پاسخ بدهند. اطلاعات جمع‌آوری شده نیز با استفاده از ابزارهای آمار توصیفی و آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به شیوه ورود با کاربرد نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

۱۵۰ سالمند با میانگین \pm انحراف معیار سنی $68/82 \pm 6/91$ در این مطالعه شرکت داشتند که اطلاعات جمعیت‌شناختی آن‌ها در جدول شماره ۱ ارائه شده است. جدول شماره ۱ توزیع فراوانی و درصد آزمودنی‌ها را بر اساس متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات و وضعیت اشتغال نشان می‌دهد.

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد نمره کلی کیفیت زندگی با ترس از مرگ ($r=0/36$ ؛ $P<0/000$)، اجتناب از مرگ ($-0/16$)

از مرگ، اجتناب از مرگ، پذیرش خنثی^{۱۰} (فرد حقیقت مرگ را می‌پذیرد ولی آن را خوب یا بد نمی‌داند) پذیرش فعالانه^{۱۱} (فرد حقیقت مرگ را می‌پذیرد، ولی آن را وسیله‌ای برای رسیدن به خوشبختی و سعادت می‌داند) و پذیرش با گریز^{۱۲} (فرد حقیقت مرگ را می‌پذیرد، ولی مرگ را راه فراری از مشکلات زندگی می‌داند) را ارزیابی می‌کند. این پنج بُعد، هم نگرش‌های مثبت (خرده‌مقیاس‌های پذیرش) و هم منفی (خرده‌مقیاس‌های ترس و اجتناب) نسبت به مرگ را نشان می‌دهند. آزمودنی‌ها پاسخ‌های خود را در یک مقیاس لیکرت هفت نقطه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم مشخص می‌کنند. نمرات سؤال‌های مربوط به هر خرده‌مقیاس با هم جمع شده و با تقسیم بر تعداد سؤال‌ها، میانگین نمره فرد در آن خرده‌مقیاس به دست می‌آید که نمرات بالاتر نشان‌دهنده پذیرش، ترس و اجتناب بیشتر فرد از مرگ است.

وونگ و همکاران پایایی ثبات درونی این پنج خرده‌مقیاس را در دامنه ۰/۹۷ برای خرده‌مقیاس پذیرش فعالانه تا ۰/۶۵ برای خرده‌مقیاس پذیرش خنثی گزارش کردند. پایایی بازآزمایی این آزمون نیز بعد از دوره چهار هفته‌ای در دامنه ۰/۶۱ برای خرده‌مقیاس پذیرش تا ۰/۹۵ برای خرده‌مقیاس اجتناب به دست آمد [۱۵]. این پرسش‌نامه برای اولین بار در پژوهش حاضر توسط مؤلف اول این مقاله به فارسی ترجمه شد و در مرحله بعد نسخه فارسی آن را یک کارشناس ارشد زبان انگلیسی ترجمه معکوس کرد و بعد از اطمینان

10. Neural acceptance
11. Approach acceptance
12. Escape acceptance

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

متغیرها	فراوانی
جنسیت	مذکر ۱۱۵
	مؤنث ۳۵
تاهل	مجرد ۵
	متاهل ۱۴۱
	متارکه ۴
تحصیلات	پایین تر از دیپلم ۱۱۳
	دیپلم تا کارشناسی ۳۵
	بالاتر از کارشناسی ۲
وضعیت اشتغال	آزاد ۵۴
	خانه‌دار ۲۷
	بازنشسته ۶۹

جدول ۲. ماتریس همبستگی مؤلفه‌های کیفیت زندگی، باورهای غیرمنطقی و نگرش به مرگ

متغیرها	میانگین نمره نگرش به مرگ	توس از مرگ	اجتناب از مرگ	پذیرش خشی	پذیرش فعالانه	پذیرش باگریز	درماندگی در برابر تغییر	توقع تأیید از جانب دیگران	اجتناب از مشکل	بی‌مسئولیتی هیجانی	نمره کلی کیفیت زندگی
توس از مرگ	۱۶/۴۱±۷/۰۲	۱									
اجتناب از مرگ	۱۷/۷۹±۷/۴۱	-۰/۴۳*	۱								
پذیرش خشی	۲۲±۷/۳۹	-۰/۰۴	-۰/۱۶**	۱							
پذیرش فعالانه	۴۳/۱۹±۱۵/۹۸	-۰/۱۷**	-۰/۰۴	-۰/۴۶**	۱						
پذیرش باگریز	۱۴/۵۳±۳/۹۴	-۰/۱۰	-۰/۲۱*	-۰/۱۵	-۰/۰۸	۱					
درماندگی در برابر تغییر	۴۳/۹۷±۱۰/۹۳	-۰/۱۴	-۰/۲۳*	-۰/۰۸	-۰/۰۸	-۰/۰۸	۱				
توقع تأیید از جانب دیگران	۳۰/۹۴±۷/۰۲	-۰/۰۶	-۰/۰۴	-۰/۲۳*	-۰/۲۳*	-۰/۶۱*	-۰/۵۵*	۱			
اجتناب از مشکل	۱۳/۴۹±۳/۹۵	-۰/۰۹	-۰/۰۴	-۰/۲۶*	-۰/۱۴	-۰/۰۶	-۰/۶۱*	-۰/۵۷*	۱		
بی‌مسئولیتی هیجانی	۲۶/۶۰±۷/۱۹	-۰/۰۸	-۰/۰۷	-۰/۰۷	-۰/۰۶	-۰/۵۸*	-۰/۵۳*	-۰/۶۳*	-۰/۵۳*	۱	
نمره کلی کیفیت زندگی	۸۰/۹۸±۱۶/۰۱	-۰/۳۶*	-۰/۱۶	-۰/۰۸	-۰/۳۱*	-۰/۱۳*	-۰/۲۳*	-۰/۱۴	-۰/۱۴	-۰/۲۴*	۱

P<۰/۰۵*؛ >۰P/۰۰۱**



مرگ ($r=۰/۳۱$; $P<۰/۰۰۰$) رابطه مثبت دارد. قبل از انجام تحلیل رگرسیون نتیجه آزمون کالماگروف اسمیرنف فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها را تأیید کرد ($P=۰/۰۹$). نتایج جدول

$r=۰/۰۵$; $P<۰/۰۵$ ، پذیرش با گریز از مرگ ($r=۰/۱۷$; $P<۰/۰۳$) و باور درماندگی در برابر تغییر ($r=۰/۲۷$; $P<۰/۰۰۱$) و بی‌مسئولیتی هیجانی ($r=۰/۲۴$; $P<۰/۰۰۲$) رابطه منفی، ولی با پذیرش فعالانه

جدول ۳. نتایج ضرایب رگرسیون کیفیت زندگی سالمندان بر اساس باورهای غیرمنطقی

متغیر وابسته	متغیرهای پیش‌بین	R ²	F	Sig:F	B	SEB	Beta	T	sig.	شاخص‌های هم‌خطی
										VIF تحمل
درماندگی در برابر تغییر					-۰/۳۲	۰/۱۹	-۰/۲۲	-۱/۶	-۰/۰۵	۱/۸۵
کیفیت زندگی	توقع تأیید از دیگران	۰/۰۹	۲/۱۱	۰/۰۵	۰/۰۲	۰/۳۳	۰/۰۱	۰/۰۷	۰/۹۴	۲/۰۳
	اجتناب از مشکل				۰/۶۱	۰/۵۶	۰/۱۴	۱/۰۹	۰/۲۷	۱/۸۶
	بی‌مسئولیتی هیجانی				-۰/۴۳	۰/۳۲	-۰/۱۸	-۱/۳	-۰/۰۵	۱/۹۸



جدول ۴. نتایج ضرایب رگرسیون کیفیت زندگی سالمندان بر اساس نگرش به مرگ

شاخص‌های هم‌خطی	sig.	t	Beta	SEB	B	Sig:f	F	R ²	متغیرهای پیش‌بین	متغیر وابسته
										VIF
									ترس از مرگ	
									اجتناب از مرگ	
									پذیرش خنثی	کیفیت زندگی
									پذیرش فعالانه	
									پذیرش با گریز	



افراد وجود دارد و بسته به نوع نگرشی که افراد نسبت به مرگ و پایان زندگی دنیوی دارند، پیامدهای روانی آن‌ها تعیین می‌شود. افرادی که نگرش‌های مثبتی به مرگ داشته و مرگ را به صورت فعال می‌پذیرند و آن را راهی برای رسیدن به سعادت ابدی می‌دانند و این واقعیت را می‌پذیرند که مرگ، نیستی و فنا نیست، بلکه انتقال از جهانی به جهان دیگر و از نشئه‌ای به نشئه‌ای دیگر است که در آن حیات انسانی به گونه‌ای دیگر ادامه می‌یابد، همیشه امیدوارند و کیفیت زندگی و سلامت روانی بهتری دارند. علاوه بر این، افرادی که نگرش‌های مربوط به پذیرش فعالانه مرگ را دارند، این واقعیت را می‌پذیرند که حیات انسان محدود به این دنیا نیست، بنابراین به خاطر از دست‌دادن یا به دست‌نیاموردن بهره‌های دنیوی به شدت اندوهگین یا هیجان‌زده نمی‌شوند، به این دلیل هم آن‌ها می‌توانند کیفیت زندگی بالاتری داشته باشند.

مطابق نتایج این پژوهش، سلامت روابط اجتماعی به طور مثبت با نگرش‌های مربوط به پذیرش خنثی و فعالانه مرگ رابطه داشت. همخوانی با نتایج وونگ و همکاران می‌توان گفت افرادی که نگرش‌های مثبتی به مرگ دارند، یعنی مرگ را یا به صورت خنثی (برای مثال با این نگرش که مرگ فرایندی طبیعی و غیرقابل اجتناب است) یا به صورت فعالانه و با روی آوردن به آن (برای مثال با این نگرش که مرگ راهی برای رسیدن به سعادت است) قبول می‌کنند روابط رضایت‌بخشی با دیگران برقرار کرده و روابط اجتماعی سالمی دارند. در تبیین رابطه نگرش‌های پذیرش مرگ به عنوان راه فرار و گریز با علائم جسمانی‌سازی هم می‌توان گفت افرادی که در زندگی‌شان سلامت فیزیکی ندارند و دائم رنج می‌کشند با شکل دادن باورهایی در ارتباط با اینکه مرگ راه پایانی برای این مشکلات آن‌ها خواهد بود، با مسئله مرگ کنار می‌آیند.

معمولاً در رابطه با نقش نگرش‌های اجتناب از مرگ در پیش‌بینی کیفیت زندگی آزمودنی‌های پژوهش حاضر، می‌توان گفت مطابق نظریه مدیریت وحشت^{۱۳} حتی یادآوری مرگ نیز می‌تواند اضطراب

شماره ۳ نشان می‌دهد ۹ درصد از کل واریانس کیفیت زندگی سالمندان با باورهای غیرمنطقی آن‌ها توجیه می‌شود. نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان می‌دهد از بین باورهای غیرمنطقی در ماندگی در برابر تغییر ($t=1/6$; $P=0/05$) و بی‌مسئولیتی هیجانی ($P=0/05$)؛ $t=1/3$ در پیش‌بینی متغیر وابسته (کیفیت زندگی) نقش معنی‌داری دارند. شاخص‌های هم‌خطی نیز نشان می‌دهند هم‌خطی بین متغیرهای پیش‌بینی محتمل نیست، زیرا شاخص تحمل همه متغیرهای پیش‌بینی به صفر نزدیک نیست و شاخص‌های تورم واریانس متغیرها نیز بزرگ‌تر از ۲ نیستند.

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد ۳۰ درصد از کل واریانس کیفیت زندگی سالمندان با نگرش به مرگ آن‌ها توجیه می‌شود. نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان می‌دهد از بین مؤلفه‌های نگرش به مرگ، ترس از مرگ ($t=2/87$; $P=0/05$)، پذیرش خنثی ($P=0/05$)؛ $t=2/87$ و پذیرش با گریز ($t=2/85$; $P=0/05$) به صورت منفی و پذیرش فعالانه مرگ ($t=3/71$; $P=0/05$) به صورت مثبت کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کنند. شاخص‌های هم‌خطی نیز نشان می‌دهند هم‌خطی بین متغیرهای پیش‌بینی محتمل نیست، زیرا شاخص تحمل همه متغیرهای پیش‌بینی به صفر نزدیک نیست و شاخص‌های تورم واریانس متغیرها نیز بزرگ‌تر از ۲ نیستند.

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین نقش نگرش به مرگ و باورهای غیرمنطقی در پیش‌بینی کیفیت زندگی سالمندان بود. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد نمره کلی کیفیت زندگی با ترس از مرگ، اجتناب از مرگ و پذیرش با گریز از مرگ رابطه منفی، ولی با پذیرش فعالانه مرگ رابطه مثبت دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد نگرش به مرگ حدود ۳۰ درصد از کل واریانس کیفیت زندگی سالمندان را تبیین می‌کند. این نتایج همسو با نتایج وونگ و همکاران، تورسون و پاول، اونگیدر و ایوبوگلو، میلر و همکاران، اوریلی و همکاران و بشرپور و همکاران است [۲۱-۱۵]. اشتغال ذهنی با مرگ، به‌ویژه در دوره سالمندی امری است که تقریباً در اکثریت

این مطالعه توسط هیئت اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اردبیل تأیید شد. همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت کنندگان در جریان روند پژوهش بودند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد.

حامی مالی

این پژوهش با حمایت و تأیید معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه محقق اردبیلی انجام گرفته است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی: سجاد بشرپور؛ جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها: سیده طیبه حسینی کیاسری و اسماعیل سلیمانی؛ نگارش نسخه اولیه: سجاد بشرپور و امید مساح.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

شدیدی در فرد ایجاد کند و به رفتاری انگیزشی منجر شود [۳۸]. از آنجا که تعدادی کننده‌های زیادی برای مسئله مرگ در زندگی روزمره وجود دارد، اجتناب از مرگ می‌تواند حداقل در کوتاه‌مدت برای حفظ بهداشت روانی فرد مفید باشد.

نتایج ضرایب همبستگی همچنین نشان داد نمره کلی کیفیت زندگی با باورهای غیرمنطقی در ماندگی در برابر تغییر و بی‌مسئولیتی هیجانی رابطه منفی دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز آشکار کرد ۹ درصد از کل واریانس کیفیت زندگی سالمندان با این دو باور غیرمنطقی تبیین می‌شود. این نتایج نیز همسو با نتایج خراسانی و بابایی، غضنفری و همکاران، اسپورل، استروبل و تاماسجان، الیس، بک و همکاران، بک و ویشار و رشیدی و همکاران است- [۳۹، ۲۶، ۴۴]. مطابق دیدگاه شناختی، شناخت‌های غیرمنطقی می‌توانند به هیجانات و رفتارهای ناکارآمد منجر شوند و این امر می‌تواند کیفیت زندگی فرد را به میزان زیادی تحت تأثیر قرار دهد [۲۶].

درواقع سالمندی دوره‌ای است که فرد با تغییرات زیادی در جنبه‌های مختلف زندگی شامل سلامتی، روابط بین‌فردی، محیط اجتماعی و غیره مواجه می‌شود، داشتن باور غیرمنطقی درماندگی در برابر تغییر می‌تواند مانع به‌کارگیری روش‌های مناسب حل مسئله در فرد شود و اثر منفی بر کیفیت زندگی فرد داشته باشد. مسئولیت‌پذیری هیجانی نیز به عنوان یک مهارت کنترل هیجان باعث خودتنظیمی هیجانی فرد می‌شود و می‌تواند به عنوان مهارتی برای مقابله با نگرانی‌های فرد عمل کند. بنابراین اعتقاد به اینکه فرد مسئول هیجان‌های تجربه‌شده خود نیست، می‌تواند خودآگاهی هیجانی را کاهش دهد و به بدتنظیمی هیجانی منجر شود.

نتیجه‌گیری نهایی

در مجموع نتایج مطالعه حاضر نشان داد نگرش نسبت به مرگ و باورهای غیرمنطقی درماندگی در برابر تغییر و بی‌مسئولیتی هیجانی در کیفیت زندگی سالمندان نقش دارند بنابراین می‌توان گفت نحوه برداشت فرد از مرگ و شیوه تحلیل این رویداد توسط او همچنین میزان بهرهمندی از تفکر منطقی تا حدود زیادی تعیین کننده میزان کیفیت زندگی افراد در دوران سالمندی است. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کم‌سوادی، کم‌حوصلگی نمونه‌ها جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ها اشاره کرد که باعث می‌شد سوالات پرسش‌نامه‌ها به زبان ترکی به آزمودنی‌ها توضیح داده شود. بنابراین در پژوهش‌های آتی تکرار این مطالعه به‌ویژه با کنترل متغیرهای مزاحمی چون سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی اجتماعی و غیره پیشنهاد می‌شود. براساس نتایج این مطالعه به‌دراخه شناختی در سطح نگرش‌های سالمندان نسبت به مرگ و باورهای غیرمنطقی آن‌ها می‌توان برای بهبود کیفیت زندگی سالمندان اقدام کرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

References

- [1] Kaye AD, Baluch A, Scott JT. Pain management in the elderly population: A review. *Ochsner Journal*. 2010; 10(3):179-87.
- [2] World Health Organization. *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization; 2015.
- [3] Ministry of Health and Medical Education. [Training guide integrated care comprehensive elderly special medicine (Persian)]. Tehran: Department Health-Office of Family Health Population; 2009.
- [4] Ahangari M, Kamali M, Arjmand Hesabi M. [Quality of life in elderly subscribe to the senior cultural centers of Tehran City (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2007; 2 (1):182-9.
- [5] Hamidzadeh S, Ahmadi F, Alani Y, Etemedifar Sh, Salehi K, Kordyazdi R. [The effect of group exercise program on the quality of life of elderly in 1385-1386 (Persian)]. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences of Yazd*. 2007; 16(11):81-86.
- [6] Shek DT, Lee BM. A comprehensive review of Quality Of Life (QOL) research in Hong Kong. *The Scientific World Journal*. 2007; 7:1222-9. [DOI:10.1100/tsw.2007.217] [PMID] [PMCID]
- [7] Gureje O, Kola L, Afolabi E, Olley O. Determinant of life of elderly Nigerian: Results from the Ibadan study of aging. *African Journal of Medical Society*. 2008; 37(3):239-47. [PMID] [PMCID]
- [8] Capuran L, Morani A, Combe N, Cousson-Gelie F, Fuchs D, De Smedt-Peyrusse V, et al. Vitamin E status of inflammatory processes. *The British Journal of Nutrition*. 2009; 102(10):1390-4. [DOI:10.1017/S0007114509990493] [PMID] [PMCID]
- [9] Orfila F, Ferrer M, Lamarca R, Tebe C, Domingo-Salvany A, Alonso J. Gender differences in health-related quality of life among the elderly: The role of objective functional capacity and chronic conditions. *Social Science & Medicine*. 2006; 63(9):2367-80. [DOI:10.1016/j.socscimed.2006.06.017] [PMID]
- [10] Yu-Ching T, Ruey-Hsia W, Shu-Hui Y. Relationship between perceived empowerment care and quality of life among elderly residents within nursing homes in Taiwan: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2006; 43(6):673-80. [DOI:10.1016/j.ijnurstu.2005.10.003] [PMID]
- [11] Nejati V, Ashayeri H. [Investigation relationship between cognitive impairment and depression in ageing (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2006; 1(2):112-8.
- [12] Vahdaninia MS, Gashtasbi A, Montazeri A, Maftoon F. [Health-related quality of life in ageing (Persian)]. *Payesh*. 2005; 4(2): 113-120.
- [13] Robbins RA. Bugen's coping with Death scale: Reliability and further validation. *Omega-Journal of Death and Dying*. 1991; 22(4):287-99. [DOI:10.2190/HNTD-RWRW-Y3YN-VWX1]
- [14] Thorson JA, Powell FC, Samuel VT. Age differences in death anxiety among African-American women. *Psychological Reports*. 1998; 83(3_suppl.):1173-4. [DOI:10.2466/pr0.1998.83.3f.1173] [PMID]
- [15] Wong PTP, Reker GT, Gesser G. Death attitude profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In: Neimeyer RA, editors. *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application*. Routledge: Taylor & Francis; 1994. [DOI:10.1037/t17237-000]
- [16] Thorson JA, Powell FC. Death anxiety in younger and older adults. In: Tomer A, editor. *Death Attitudes and the Older Adult: Theories, Concepts, and Applications*. Philadelphia: Brunner-Routledge; 2000.
- [17] Cicirelli VG. Older adult's ethnicity, fear of death, and end-of-life decisions. In: Tomer A, editors. *Death Attitudes and the Older Adult: Theories, Concepts, and Applications*. Philadelphia: Brunner-Routledge; 2000.
- [18] Öngider N, Özişik Eyüboğlu S. Investigation of death anxiety among depressive patients. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2013; 16(1):34-46.
- [19] Miller AK, Lee BL, Henderson CE. Death anxiety in persons with HIV/AIDS: A systematic review and meta-analysis. *Death Studies*. 2012; 36(7):640-63. [DOI:10.1080/07481187.2011.604467]
- [20] O'Riley AA, Van Orden KA, He H, Richardson TM, Podgorski C, Conwell Y. Suicide and death ideation in older adults obtaining aging services. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2014; 22(6):614-22. [DOI:10.1016/j.jagp.2012.12.004] [PMID] [PMCID]
- [21] Basharpour S, Soleymani E, Massah O. The role of irrational beliefs and attitudes to death in quality of life in elderly. *Iranian Journal of Ageing*. 2014; 3(10):1-15. [DOI:10.32598/sija.13.10.140]
- [22] Ellis A. Changing Rational-Emotive Therapy (RET) to Rational emotive Behavior Therapy (REBT). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 1995; 13(2):85-9. [DOI:10.1007/BF02354453]
- [23] Ellis A. *Feeling better, getting better, staying better: Profound self-help therapy for your emotions*. New York: Impact Publishers; 2001.
- [24] Melzer D, McWilliams B, Brayen C, Johnson T, Bond J. Profile of disability in elderly people: Estimates from a longitudinal population study. *British Medical Journal*. 1999; 318(7191):1108-11. [DOI:10.1136/bmj.318.7191.1108] [PMID] [PMCID]
- [25] Qui C, Kivipetto M. Epidemiology of Alzheimers disease: Occurrence, determinant and strategies toward intervention. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2009; 11(2):111-28. [PMID] [PMCID]
- [26] Khorasani F, Babaei M. [Evaluating the relationship between irrational beliefs and psychological security and quality of life among students (Persian)]. *Reef Resources Assessment and Management Technical Paper*. 2014; 40(3):186-94.
- [27] Toro LB, Ursúa MP. Teachers' irrational beliefs and their relationship to distress in the profession. *Psychology in Spain*. 2006; (10):88-96.
- [28] Gordi F, Minakari M, Heydari M. [Relationship between mental health and irrational thoughts in shahid beheshti university students (Persian)]. *Psychology Research*. 2006; 8(3-4):45-61.
- [29] Malouff JM, Schutte NS. Examination of the relationship between irrational beliefs and state anxiety. *Personality and Individual Differences*. 1992; 13(4):451-6. [DOI:10.1016/0191-8869(92)90074-Y]
- [30] Frank W, Wicker C, Richardson B, Lambert. Differential correlation of irrational belief. *Journal of Personality Assessment*. 1985; 49(2):161-7. [DOI:10.1207/s15327752jpa4902_11] [PMID]
- [31] Szentagotai A, Freeman A. An analysis of relationship between irrational beliefs and automatic thoughts in predicting dis-

- tress. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*. 2007; 7(1):1-9.
- [32] Dilorenzo TA, David D, Montgomery GH. The interrelations between irrational cognitive processes and distress in stressful academic setting. *Personality and Individual Differences*. 2007; 42(4):765-76. [DOI:10.1016/j.paid.2006.08.022]
- [33] Hayslip BJR, Galt CP, Lopez FG, Nation PC. Irrational beliefs and depressive symptoms among younger and older adults: Across-sectional comparison. *International Journal of Aging and Human Development*. 1994; 38(4):307-26. [DOI:10.2190/37VC-B6HT-PNDD-CVL8] [PMID]
- [34] Papageorgiou C, Panagiotakos DB, Pitsavos C, Tsetsekou E, Koutoangelos K, Stefanadis C, et al. Association between plasma inflammatory markers and irrational beliefs; the ATTICA epidemiological study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2006; 30(8):1496-503. [DOI:10.1016/j.pnpbp.2006.05.018] [PMID]
- [35] Lu H, Shin JW, Kim CW, Hyun MH, Park JW. Mediatonal effect of meaning in life on the relationship between optimism and well-being in community elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2013; 56(2):309-13. [DOI:10.1016/j.archger.2012.08.008] [PMID]
- [36] Najatsafa S, Montazeri A, Holakuiy Naini K, Mohamad K, Majdzade SR. [Standardization of WHO Quality of Life questionnaire (Persian)]. *Journal of Health and Health Researchers Institute*, 2005; 4(4):1-12.
- [37] Ebadi Gh, Motamedin M. [Investigation of factor structure Jones Irrational Beliefs Test in Ahvaz City (Persian)]. *Knowledge and Research in Psychology*. 2005; 23:73-94.
- [38] Rosenblatt A, Greenberg J, Solomon S, Pyszczynski T, Lyon D. Evidence for terror management theory: I. The effects of mortality salience on reactions to those who violate or uphold cultural values. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989; 57(4):681-90. [DOI:10.1037/0022-3514.57.4.681] [PMID]
- [39] Ghazanfari F, Hashemi Sh, Sepahvand R. [Investigating relation between cognitive status and life quality in older people at army retired community in Khorramabaad (Persian)]. *Journal of Nurse and Physician Within War*. 2011; 21(22):11-17.
- [40] Sporrle M, Strobel M, Tumasjan A. On the incremental validity of irrational beliefs to predict subjective well-being while controlling for personality factors. *Psicothema*. 2010; 22(4):543-8. [PMID]
- [41] Ellis A. *Reason and emotion in psychotherapy revised*. New York: Carol Publishing, 1994.
- [42] Beck AT, Rush J, Shaw B, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press, 1976.
- [43] Beck AT, Wisner ME. Cognitive therapy. In: Corsini RJ, Wedding D, editors. *Current Psychotherapies*. Brooks/Cole; 1995.
- [44] Rashidi F, Ghodsi A, Shafi Abadi A, Ghodsi A. [The effect of illogical beliefs on mental health of the girl students of high schools in Tehran (Persian)]. *Journal of Modern Thoughts in Education*. 2010; 5(2):49-65.