

**مقاله پژوهشی اصیل****بررسی رابطه بین فراشناخت و نارسایی‌های شناختی در سالمندان****دکتر عباس ابوالقاسمی<sup>۱</sup>**

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

**آذر کیامرثی**

مری گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل

**هدف:** هدف این پژوهش، بررسی ارتباط بین فراشناخت و نارسایی‌های شناختی سالمندان بود. **روش:** نمونه این پژوهش ۲۸۰ سالمند (زن و مرد) شهر اردبیل بود که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه فراشناخت و پرسشنامه نارسایی‌های شناختی استفاده شد. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که فراشناخت و مؤلفه‌های آن با نارسایی‌های شناختی سالمندان ( $r=0/18$ ) رابطه مثبت معناداری دارند ( $p<0/05$ ). **یافته‌ها:** نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نیز نشان داد که مؤلفه‌های اعتماد شناختی و خودآگاهی شناختی به ترتیب بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های نارسایی‌های شناختی‌اند. مؤلفه‌های باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیری افکار و باورهای در مورد نیاز به کنترل افکار، در پیش‌بینی متغیر ملاک سهم معناداری نداشتند. **نتیجه‌گیری:** در مجموع، این نتایج بیان می‌کنند که سطوح بالای فراشناخت مختل، نارسایی‌های شناختی سالمندان را افزایش می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: فراشناخت، نارسایی‌های شناختی، سالمندان

**مقدمه**

سالمندی با تغییرات قابل ملاحظه در حافظه، هوش، ادراک، فراشناخت، یادآوری، حل مسئله و سایر توانایی‌های شناختی همراه است. در چنین شرایطی سلامت روانی بیشتر در معرض تهدید قرار می‌گیرد و فرد مستعد ابتلا به مشکلات روان‌شناختی و شناختی می‌شود.

از دیدگاه اریکسون<sup>۲</sup> مرحله پایانی فرآیند رشد به دوره سالمندی<sup>۳</sup> اختصاص دارد. در این دوره که تقریباً از ۶۵ سالگی آغاز می‌شود، فرد رویدادها و مسایل زندگی خود مانند ادامه تحصیل، اشتغال و ازدواج فرزندان، روابط و تعهدات اجتماعی و به طور کلی پیروزی‌ها و شکست‌های گذشته را مورد بازنگری قرار می‌دهد. هر اندازه فرد در گذشته به نحو بهتر و کارآمدتری با مشکلات کنار آمده باشد، در این دوره بیشتر احساس

رشد یافتگی، پختگی و کمال می‌کند؛ اما اگر از زندگی گذشته احساس پشیمانی و شکست نماید، سال‌های باقی‌مانده زندگی او آکنده از نومییدی خواهد بود. فرد سالمندی که از مرور رویدادهای زندگی ناخشنود است و غم فرصت‌های ازدست‌رفته را می‌خورد، احساس نومییدی و واماندگی می‌کند (کیانپور، حقیقی، شکرکن و نجاریان، ۱۳۸۱).

افزایش سن بر فرآیندهای شناختی و فراشناختی تأثیری قابل ملاحظه می‌گذارد و با تأثیر گذاشتن بر عملکرد شناختی، احتمال وقوع نارسایی‌های شناختی فرد را افزایش می‌دهد (کرایک<sup>۴</sup> و سالتهاوس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰؛ دیکسون<sup>۶</sup>، بکمن<sup>۷</sup> و نیلسون<sup>۸</sup>، ۲۰۰۴).

نارسایی شناختی<sup>۹</sup> عبارت است از ناتوانی فرد در تکمیل تکالیفی که به طور طبیعی قادر به انجام آن است. نارسایی‌های

2- Erikson  
4- Craik  
6- Dixon  
8- Nilsson

3- elderly  
5- Salthouse  
7- Backman  
9- cognitive failure

۱- نشانی تماس: اردبیل، خیابان دانشگاه، دانشگاه محقق اردبیلی، صندوق پستی ۱۷۹.  
Email: abolghaemi1344@uma.ac.ir

زیاد بر خود، بازبینی تهدید، پردازش نشخوارگونه، فعال‌سازی باورهای مختل و راهبردهای خودتنظیمی مشخص می‌شود. این الگو نقش فراشناخت را در آسیب‌پذیری در مقابل اختلالات روان‌شناختی و تداوم آن پیش‌بینی می‌کند.

همسان با این دیدگاه، بین فراشناخت و شاخص‌های هیجانی و شناختی ارتباط مثبتی به دست آمده است (کارترایت-هاتون<sup>۲۷</sup> و ولز، ۱۹۹۷؛ ولز و پاپاگنورگیوز<sup>۲۸</sup>، ۱۹۹۸). یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که فراشناخت در افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی و افراد مسن مختل می‌باشد (برای مثال کارترایت-هاتون و ولز، ۱۹۹۷؛ ولز و کارتر<sup>۲۹</sup>، ۲۰۰۱). این باورها علتی برای تحول و تداوم مشکلات روان‌شناختی و شناختی افراد می‌باشد (لوبان<sup>۳۰</sup>، هادوک<sup>۳۱</sup>، کیندرمن<sup>۳۲</sup> و ولز، ۲۰۰۲).

نارسایی‌های شناختی ممکن است به عنوان فرآیند مرتبط با باورهای فراشناختی مورد توجه قرار گیرند. این فرآیند قادر است بر فعالیت‌های شناختی فرد نظارت و آن را کنترل کند. بنابراین به نظر می‌رسد که بین نارسایی‌های شناختی و باورهای فراشناختی همبستگی مثبت وجود داشته باشد (برای مثال، کارترایت-هاتون و ولز، ۱۹۷۷؛ مکاکسی<sup>۳۳</sup>، ریچی<sup>۳۴</sup> و روکتی<sup>۳۵</sup>، ۲۰۰۶).

مکاکسی و همکاران (۲۰۰۶) با تحقیق در ۱۸۲۰ آزمودنی ۱۶ تا ۸۰ ساله نشان دادند که نارسایی‌های شناختی مردان بیشتر از زنان است که این میزان با افزایش سن بیشتر نیز می‌شود. همچنین، نتایج نشان دادند که بین فراشناخت و نارسایی‌های شناختی، همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. از بین مؤلفه‌های فراشناختی،

شناختی شامل حواس‌پرتی، مشکلات مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی می‌باشد (والاس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). در مطالعات مختلف، بین نارسایی‌های شناختی و عملکرد در تکالیف، همبستگی مثبت معناداری به دست آمده است (برای مثال مانلی<sup>۲</sup>، رابرتسون<sup>۳</sup>، گالووی<sup>۴</sup> و هاوکینز<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹؛ رابرتسون، مانلی، آندرد<sup>۶</sup>، آندرد<sup>۶</sup>، بادیلی<sup>۷</sup> و یاند<sup>۸</sup>، ۱۹۹۷ و تیپر<sup>۹</sup> و بیلیس<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۹). نارسایی-نارسایی‌های شناختی با صفات شخصیتی، اضطراب و استرس نیز مرتبط است (برای مثال هوستون<sup>۱۱</sup>، ۱۹۸۹؛ ماهینی<sup>۱۲</sup>، دلبی<sup>۱۳</sup> و کینگ<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۸). در پژوهش والاس، وودانویچ<sup>۱۵</sup> و رستینو<sup>۱۶</sup> (۲۰۰۳) نظامیان، نسبت به دانشجویان، نارسایی‌های شناختی بیشتری داشتند. راییت<sup>۱۷</sup> (۱۹۹۰) نشان داد که آزمودنی‌های مسن‌تر، نسبت به آزمودنی‌های جوان‌تر، نارسایی‌های شناختی بیشتری دارند.

همچنین، یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که خودآگاهی فردی و اضطراب اجتماعی (هوستون، ۱۹۸۹)، و روان‌نژندی<sup>۱۸</sup> و راهبردهای مقابله با استرس (متیوز<sup>۱۹</sup>، کویل<sup>۲۰</sup> و کرایگ<sup>۲۱</sup>، ۱۹۹۰) با نارسایی‌های شناختی رابطه معناداری دارند. در افراد سالمند احتمال وقوع نارسایی‌های شناختی بیشتر، خودکنترلی شناختی محدودکننده‌تر، اعتماد به فرآیندهای شناختی کمتر و نگرانی زیادتر است (والاس و همکاران، ۲۰۰۳).

یکی از متغیرهایی که نارسایی‌های شناختی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد، فراشناخت<sup>۲۲</sup> است. فراشناخت به شکل «فرآیند تفکر درباره تفکر» تعریف شده است (فلاول<sup>۲۳</sup>، ۱۹۷۹). فلاول (۱۹۷۹) فراشناخت را دانش فرد در مورد فرآیندها و تولیدات شناختی خود و هر چیز دیگری که به این فرآیندها مربوط باشد، تعریف می‌کند. به اعتقاد وی فراشناخت دانش یا فرآیندی شناختی است که در ارزیابی و بازبینی یا کنترل شناخت مشارکت دارد و عملکرد شناختی را تنظیم می‌کند.

نقش فراشناخت در اختلالات روان‌شناختی از طریق الگوی پردازش اطلاعات به وسیله ولز<sup>۲۴</sup> و متیوز (۱۹۹۶) توسعه یافته است. در الگوی کارکرد اجرایی خودتنظیمی<sup>۲۵</sup>، آسیب‌پذیری در مقابل اختلالات روان‌شناختی، تداوم و حفظ این اختلالات با نشانگان شناختی توجهی مرتبط است که این نشانگان<sup>۲۶</sup> با تمرکز

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| 1- Wallace                                   | 2- Manly              |
| 3- Robertson                                 | 4- Galloway           |
| 5- Hawkins                                   | 6- Andrade            |
| 7- Baddeley                                  | 8- Yiend              |
| 9- Tipper                                    | 10- Baylis            |
| 11- Houston                                  | 12- Mahiney           |
| 13- Dalby                                    | 14- King              |
| 15- Vodanovich                               | 16- Restino           |
| 17- Rabbitt                                  | 18- neurosis          |
| 19- Matthews                                 | 20- Coyle             |
| 21- Craig                                    | 22- meta-cogniton     |
| 23- Flavell                                  | 24- Wells             |
| 25- self-regulatory executive function model |                       |
| 26- Syndrome                                 | 27- Cartwright-Hatton |
| 28- Papageorgious                            | 29- Carter            |
| 30- Lobban                                   | 31- Haddock           |
| 32- Kinderman                                | 33- Mecacci           |
| 34- Righi                                    | 35- Rocchetti         |

از تعداد ۲۸۰ پرسشنامه، پرسشنامه نه نفر به علت ناقص بودن حذف و اطلاعات مربوط به بقیه آزمودنی‌ها (۲۷۱ نفر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میانگین (و انحراف معیار) سنی آزمودنی‌های سالمند ۶۷/۶۹ (۵/۴۶) سال می‌باشد. ۵۵/۴۵ درصد (۱۵۰ نفر) آزمودنی‌ها مرد و ۴۴/۶ درصد (۱۲۱ نفر) زن بودند.

## ابزار

۱- پرسشنامه فراشناخت: فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت<sup>۱۱</sup> (ولز و کاتریت- هاتون، ۲۰۰۴) به منظور سنجش باورهای فراشناختی ساخته شده است. این پرسشنامه ۳۰ ماده<sup>۱۳</sup> دارد و هر آزمودنی به این ماده‌ها به صورت «موافق نیستم»، «تا حدودی موافقم»، «در حد متوسط موافقم» و «خیلی موافقم» پاسخ می‌دهد. پرسشنامه فراشناخت پنج مؤلفه دارد که عبارت‌اند از: باورهای مثبت در مورد نگرانی، اعتماد شناختی، خودآگاهی شناختی، باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری افکار و باورهایی در مورد نیاز به کنترل افکار. ضریب آلفای کرونباخ<sup>۱۴</sup> و ضریب پایایی بازآزمایی<sup>۱۵</sup> این پرسشنامه (بعد از یک ماه) به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۷۸ گزارش شد. ضریب همبستگی پرسشنامه فراشناخت با پرسشنامه اضطراب صفت- حالت اسپیل‌برگر<sup>۱۶</sup> ( $r=0/53$ )، پرسشنامه نگرانی حالت پن<sup>۱۷</sup> ( $r=0/54$ ) و پرسشنامه اختلال وسواس فکری- عملی پادو<sup>۱۸</sup> ( $r=0/49$ ) معنادار می‌باشد ( $p<0/01$ ). ابراهیم‌زاده (۱۳۸۵) به منظور اعتباریابی پرسشنامه فراشناخت، ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را در مطالعه‌ای ۰/۸۳ گزارش کرد. همچنین، ضریب همبستگی این آزمون را با مقیاس کمال‌گرایی (۰/۳۸) و مقیاس بلا تکلیفی (۰/۶۵) معنادار به دست آورد. میانگین نمرات فراشناخت در بیماران اضطرابی، نسبت به افراد سالم، به طور معنادار بیشتر بود ( $p<0/01$ ). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۱ می‌باشد.

باورهای مثبت در مورد نگرانی، اعتماد شناختی و باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری افکار با نارسایی‌های شناختی رابطه مثبت دارند. همچنین تحلیل رگرسیون چندگانه<sup>۱</sup> نشان داد که اعتماد شناختی، سن و باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری افکار بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های نارسایی‌های شناختی می‌باشند. مکاکسی (۲۰۰۵) بین فراشناخت و نارسایی‌های شناختی رابطه مثبت معناداری به دست آورد. همچنین، پژوهش وی میزان فراشناخت و نارسایی‌های شناختی افراد مسن‌تر را بیشتر نشان داد. کرمن<sup>۲</sup>، فاراون<sup>۳</sup>، تومی<sup>۴</sup>، سایدمن<sup>۵</sup> و تسوانگ<sup>۶</sup> (۱۹۹۸) و وان<sup>۷</sup>، وان<sup>۸</sup>، بروس<sup>۹</sup>، بوتروز<sup>۹</sup> و کراوفورد<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۸) در پژوهش‌های مجزا دریافتند که نارسایی‌های شناختی مردان سالمند بیشتر از زنان سالمند است.

در مجموع، یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که فراشناخت و مؤلفه‌های آن می‌تواند بر نارسایی‌های شناختی افراد (که در مردان سالمند بیشتر از زنان سالمند است) اثر بگذارند. در این مطالعه تلاش خواهیم کرد تا ارتباط فراشناخت و مؤلفه‌های آن را با نارسایی‌های شناختی سالمندان بررسی نماییم.

فرضیه‌های پژوهش عبارت‌اند از:

- ۱- فراشناخت (و مؤلفه‌های آن) با نارسایی‌های شناختی سالمندان رابطه مثبت دارد.
- ۲- مؤلفه‌های فراشناختی در پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی سالمندان سهم معناداری دارند.

## روش

روش این پژوهش که از نوع همبستگی<sup>۱۱</sup> گذشته‌نگر می‌باشد. در این پژوهش مؤلفه‌های فراشناختی متغیرهای پیش‌بین و نارسایی‌های شناختی متغیر ملاک هستند. تحصیلات آزمودنی‌ها تا حد امکان (دیپلم و فوق دیپلم) کنترل شد.

جامعه آماری این پژوهش را کلیه سالمندان بازنشسته شهر اردبیل در سال ۱۳۸۶ تشکیل می‌دادند. این نمونه شامل ۲۸۰ سالمند بازنشسته شهر اردبیل بود که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند.

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| 1- multiple regression analysis                   | 2- Kremen                       |
| 3- Faraone  | 4- Toomey                       |
| 5- Seidman  | 6- Tsuang                       |
| 7- Wan  | 8- Bruce                        |
| 9- Boutros  | 10- Crawford                    |
| 11- correlation                                   | 12- Metacognition Questionnaire |
| 13- item  | 14- Cronbach's alpha            |
| 15- test-retest                                   |                                 |
| 16- The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory |                                 |
| 17- Penn State Worry Questionnaire                |                                 |
| 18- Padua Obsessive Compulsive Inventory          |                                 |

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نارسایی‌های شناختی سالمندان زن و مرد آمده است. برای مقایسه میانگین نمرات نارسایی‌های شناختی سالمندان مرد و زن از آزمون *t* برای نمونه‌های مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات نارسایی‌های شناختی در سالمندان مرد نسبت به سالمندان زن به‌طور معناداری بیشتر است ( $t = -2.76, p < 0.05$ ).

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بین فراشناخت و نارسایی‌های شناختی ( $r = 0.18$ ) سالمندان رابطه مثبت معناداری وجود دارد ( $p < 0.05$ ).

فراشناخت با مؤلفه‌های حواس پرتی ( $r = 0.26$ ) و عدم یادآوری اسامی ( $r = 0.23$ ) رابطه معناداری داشت ( $p < 0.05$ )، اما با مؤلفه‌های مشکلات مربوط به حافظه و اشتباه‌های سهوی رابطه معناداری نداشت ( $p > 0.05$ ).

مؤلفه‌های اعتماد شناختی ( $r = 0.51$ )، خودآگاهی شناختی ( $r = 0.26$ )، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار ( $r = 0.20$ ) و باورهایی در مورد نیاز به کنترل افکار ( $r = 0.14$ ) با نارسایی‌های شناختی سالمندان رابطه مثبت معنادار داشت ( $p < 0.05$ ). بین مؤلفه باورهای مثبت در مورد نگرانی و نارسایی‌های شناختی رابطه معناداری به دست نیامد.

با توجه به اینکه این پژوهش به دنبال پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی سالمندان بود، این متغیر به ترتیب روی هریک از متغیرهای اعتماد شناختی، باورهای مثبت در مورد نگرانی، خودآگاهی شناختی، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و باورهایی در مورد نیاز به کنترل افکار، به شیوه رگرسیون گام به گام مورد تحلیل قرار گرفت. همان‌گونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، مؤلفه‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و باورهایی در مورد نیاز به کنترل افکار در پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی سالمندان نقش معناداری نداشته و به همین دلیل از معادله حذف شدند. نتایج نشان می‌دهد که مؤلفه‌های اعتماد شناختی و

۲- پرسشنامه نارسایی‌های شناختی: پرسشنامه نارسایی‌های شناختی<sup>۱</sup> در سال ۱۹۸۲ به وسیله برادبنت<sup>۲</sup>، کوپر<sup>۳</sup>، فیتزجرالد<sup>۴</sup> و پارکز<sup>۵</sup> ساخته شد. این مقیاس ۲۴ ماده دارد و آزمودنی به این ماده‌ها با یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (از «هرگز» تا «همیشه») پاسخ می‌دهد. این پرسشنامه چهار مؤلفه دارد که عبارت‌اند از حواس پرتی، مشکلات مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی. در بررسی والاس (۲۰۰۴) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۶ و ضریب اعتبار آن ۰/۵۱ گزارش شده است. ابوالقاسمی (۱۳۸۶) در مطالعه‌ای مقدماتی به منظور اعتباریابی پرسشنامه نارسایی‌های شناختی، این آزمون را در ۱۰۰ نفر اجرا کرد و ضریب همسانی درونی و ضریب پایایی بازآزمایی آن را (بعد از یک ماه) به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۷۷ به دست آورد. ضریب همبستگی این آزمون با پرسشنامه فراشناخت ۰/۴۵ و مقیاس رفتار دینی نیلسن<sup>۶</sup> نیلسن<sup>۶</sup> (۱۹۹۵) ۰/۲۱- بود. میانگین نارسایی‌های شناختی افراد مسن‌تر نسبت به افراد جوان‌تر به‌طور معناداری بیشتر بود ( $p < 0.01$ ). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۴ می‌باشد.

در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات ابتدا سالمندان مشخص شدند. سپس اهداف تحقیق برای هریک از آزمودنی‌ها توضیح داده شد و پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آنان قرار گرفت و از آنان خواسته شد که سؤال‌ها را با دقت مطالعه کرده و پاسخ‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب نمایند و تا حد امکان سؤالی را بی‌جواب نگذارند. سپس داده‌های جمع‌آوری شده با روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

## یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار فراشناخت و مؤلفه‌های آن در سالمندان زن و مرد آمده است. برای مقایسه میانگین نمرات فراشناخت سالمندان مرد و زن از آزمون *t* برای نمونه‌های مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که مردان و زنان سالمند در فراشناخت تفاوت معناداری ندارند ( $p > 0.05$ ).

1- Cognitive Failures Questionnaire

2- Broadbent

3- Cooper

4- Fitzgerald

5- Parkes

6- Nielsen

**جدول ۱- میانگین و انحراف معیار فراشناخت و مؤلفه‌های آن در سالمندان مرد و زن**

مؤلفه‌های فراشناختی	متغیر	مرد		زن		کل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اعتمادشناختی		۱۳/۶۴	۳/۵۵	۱۳/۴۲	۳/۵۰	۱۳/۵۳	۳/۵۲
باورهای مثبت در مورد نگرانی		۱۵/۶۸	۴/۰۵	۱۴/۸۱	۳/۸۶	۱۵/۲۵	۳/۹۷
خودآگاهی شناختی		۱۸/۴۷	۳/۰۶	۱۷/۰۷	۴/۰۷	۱۷/۷۸	۳/۶۵
باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری افکار		۱۵/۸۶	۳/۲۶	۱۵/۶۴	۳/۶۹	۱۵/۷۵	۳/۴۷
باور به نیاز به کنترل افکار		۱۵/۲۸	۲/۶۵	۱۵/۷۱	۴/۰۹	۱۵/۴۰	۳/۴۳
کل		۷۸/۹۳	۱۰/۶۶	۷۶/۶۵	۱۳/۳۰	۷۷/۸۰	۱۲/۰۴

**جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نارسایی‌های شناختی و مؤلفه‌های آن در سالمندان مرد و زن**

نارسایی‌های شناختی	متغیر	مرد		زن		کل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
حواس‌پرتی		۱۸/۷۲	۵/۷۸	۱۶/۷۷	۴/۷۴	۱۷/۷۴	۶/۱۸
مشکلات مربوط به حافظه		۱۳/۹۹	۳/۸۶	۱۳/۱۲	۳/۳۱	۱۳/۵۶	۵/۱۲
اشتباهات سهوی		۱۲/۹۵	۳/۵۲	۱۱/۵۶	۳/۰۲	۱۲/۲۵	۳/۹۴
عدم یادآوری اسامی		۴/۰۳	۱/۸۹	۴/۱۶	۱/۹۰	۴/۰۹	۲/۰۱
کل		۴۹/۶۸	۱۲/۴۰	۴۵/۶۱	۹/۰۱	۴۷/۶۴	۱۱/۱۲

**جدول ۳- ضریب همبستگی فراشناخت و مؤلفه‌های آن با نارسایی‌های شناختی در سالمندان**

فراشناخت	حواس‌پرتی	مشکلات مربوط به حافظه	اشتباهات سهوی	عدم یادآوری اسامی	کل نارسایی‌های شناختی
اعتماد شناختی	۰/۵۰	۰/۴۵	۰/۲۹	۰/۳۷	۰/۵۱
	***	***	**	***	***
باورهای مثبت در مورد نگرانی	۰/۱۷	۰/۰۹	۰/۰۱	۰/۲۱	۰/۰۷
	*			*	
خودآگاهی شناختی	۰/۱۸	۰/۳۰	۰/۲۴	۰/۰۷	۰/۲۶
	*	**	**		**
باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری افکار	۰/۲۲	۰/۱۹	۰/۰۵	۰/۰۸	۰/۲۰
	**	*			**
باورهای مربوط به نیاز به کنترل افکار	۰/۲۰	۰/۰۹	۰/۰۳	۰/۱۳	*۰/۱۴
	*				
کل	۰/۲۶	۰/۰۹	۰/۰۲	۰/۲۳	۰/۱۸
	**			**	*

\*  $p < 0.05$

\*\*  $p < 0.01$

\*\*\*  $p < 0.001$

جدول ۴- نتایج تحلیل رگرسیون نارسایی‌های شناختی روی مؤلفه‌های فراشناختی در سالمندان

متغیر پیش‌بین	شاخص منبع	SS	df	MS	F	p
اعتماد شناختی	رگرسیون	۱۰۱۳۹/۵۳	۱	۱۰۱۳۹/۵۳	۶۸/۶۴	(۰/۰۰۱)
	باقی مانده	۲۸۳۶۱/۰۹	۱۹۲	۱۴۷/۷۱		
خودآگاهی شناختی	رگرسیون	۱۲۳۷۸/۴۶	۳	۶۱۸۹/۲۳	۴۵/۲۵	(۰/۰۰۱)
	باقی مانده	۲۶۱۲۲/۱۷	۱۹۱	۱۳۶/۷۷		

جدول ۵- نتایج مربوط به ضریب تعیین و ضرایب رگرسیون جدول ۴

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	R	R <sup>۲</sup>	SE	B	Beta	t (p)
نارسایی‌های شناختی	اعتماد شناختی	۰/۵۱۳	۰/۲۶۳	۰/۲۴۹	۲/۰۶۰	۰/۵۱۳	۸/۲۹ (۰/۰۰۱)
	خودآگاهی شناختی	۰/۵۶۷	۰/۳۲۲	۰/۲۳۱	۰/۹۳۳	۰/۲۴۱	۴/۰۵ (۰/۰۰۱)

نتایج این مطالعه نشان داد که فراشناخت با نارسایی‌های شناختی رابطه مثبت معناداری دارد ( $p < 0/01$ ). همچنین مؤلفه‌های اعتماد شناختی، خودآگاهی شناختی، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و باورهایی در مورد نیاز به کنترل افکار با نارسایی‌های شناختی سالمندان رابطه مثبت معناداری دارد ( $p < 0/05$ ). این نتایج با یافته‌های پژوهشی دیگر (برای مثال، کرایک و سالتوئوس، ۲۰۰۰؛ مکاکسی و همکاران، ۲۰۰۶ و مکاکسی، ۲۰۰۵) همسویی دارد و آنها را تأیید می‌کند. با توجه به این یافته، به نظر می‌رسد که سالمندان نشخوارهای ذهنی بیشتری راجع به مزیت‌ها و فواید نگرانی، نگرانی‌هایی راجع به توانایی کنترل، نگرانی‌ها و تردیدهایی درباره کارکرد و توانمندی‌های شناختی خود دارند که نتیجه آن افزایش احتمال وقوع نارسایی‌های شناختی در پردازش‌های فراشناختی آنان است.

نتایج این مطالعه که از الگوی عملکرد اجرایی خودتنظیمی ولز و متیوز (۱۹۹۶) در مورد اختلالات شناختی حمایت بیشتری فراهم می‌کند، بیانگر کاربرد مفاهیم فراشناختی در ایجاد و تحول شناختی در سالمندان می‌باشد. همچنین، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که باورهای فراشناختی در عملکرد شناختی نقش چشمگیری دارند.

خودآگاهی شناختی بهترین پیش‌بینی کننده نارسایی‌های شناختی سالمندان بوده‌اند. نسبت‌های معنادار F بیانگر ارتباط این مؤلفه‌ها با نارسایی‌های شناختی است ( $p < 0/01$ ).

در جدول ۵ خلاصه اطلاعات مربوط به ضریب تعیین و نسبت‌های حاصل از تحلیل رگرسیون نارسایی‌های شناختی، روی متغیرهای اعتماد شناختی و خودآگاهی شناختی نشان داده شده‌اند. با توجه به این جدول می‌توان نتیجه گرفت که مؤلفه اعتماد شناختی به تنهایی حدود ۲۶ درصد واریانس نارسایی‌های شناختی را تبیین می‌کند؛ اما با افزودن خودآگاهی شناختی، میزان تبیین این دو متغیر حدود ۳۲ درصد می‌شود. البته با توجه به تفاضل مقدار تبیین شده می‌توان گفت که اعتماد شناختی، سهم بیشتری در تبیین تغییرات نارسایی‌های شناختی سالمندان دارد و افزودن خودآگاهی شناختی به این متغیر، ضریب تبیین ۲۶ درصدی را به ۳۲ درصد افزایش داده است.

## بحث

افزایش سن و سالمندی بر فرآیندهای شناختی و فراشناختی تأثیر قابل ملاحظه‌ای می‌گذارد و با تحت تأثیر قرار دادن عملکرد شناختی، احتمال وقوع نارسایی‌های شناختی را افزایش می‌دهد.

در بخش دیگر این پژوهش فراشناخت و نارسایی‌های شناختی در سالمندان مرد و زن مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین مردان و زنان سالمند در متغیر فراشناخت تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ). این نتایج با یافته‌های پژوهشی دیگر (برای مثال، کارترایت-هاتن و ولز، ۱۹۹۷؛ ولز و کارتر، ۲۰۰۱؛ مکاکسی، ۲۰۰۵ و مکاکسی و همکاران، ۲۰۰۶) همسویی ندارد. این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که فراشناخت مردان مسن‌تر در معرض تهدید بیشتری قرار می‌گیرد.

همچنین نتایج نشان داد که مردان سالمند در مقایسه با زنان سالمند، نارسایی‌های شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند. این نتایج با مطالعات قبلی (برای مثال، راییت، ۱۹۹۰؛ کرمن و همکاران، ۱۹۹۸؛ والاس و همکاران، ۲۰۰۳؛ مکاکسی، ۲۰۰۵ و وان و همکاران، ۲۰۰۸) همسویی دارد. این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آزمودنی‌های مسن‌تر از حواس پرتی بیشتری رنج می‌برند، تمرکز آنها ضعیف‌تر است، مشکلات حافظه‌ای بیشتری دارند، یادآوری آسانی و مطالب برای آنها سخت‌تر است و اشتباه‌های سهوی بیشتری مرتکب می‌شوند.

در مجموع یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که سالمندان دارای فراشناخت مختل، نارسایی‌های شناختی بیشتری دارند و این باورها منجر به کاهش عملکرد شناختی آنان می‌شود. از این رو آموزش راهبردهای شناختی و فراشناختی می‌تواند در پیشگیری از بروز اختلالات شناختی سالمندان حایز اهمیت باشد. با توجه به این که پژوهش حاضر فقط در سالمندان انجام شده است، نتایج را می‌بایست با احتیاط به گروه‌های سنی دیگر تعمیم داد.

## سپاسگزاری

با تشکر از تمامی سالمندانی که صمیمانه و صبورانه در تکمیل پرسشنامه‌های تحقیق ما را یاری کردند.

تمرکز بر اصلاح فراشناخت به کاهش احساسات تهدید و ناکامی منجر می‌شود و در نهایت، خودکارآمدی، افزایش نارسایی‌های شناختی را کاهش می‌دهد.

در بخش دیگر پژوهش نیز سهم مؤلفه‌های فراشناختی در پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی سالمندان بررسی شد. نتیجه تحلیل داده‌ها نشان داد که اگرچه دو مؤلفه اعتمادشناختی و خودآگاهی شناختی می‌توانند سهم زیادی از تغییرات متغیر ملاک را تبیین کنند، اما مؤلفه اعتمادشناختی بهترین پیش‌بینی‌کننده نارسایی‌های شناختی سالمندان است و افزودن خودآگاهی-شناختی فقط اندکی سهم پیش‌بینی را افزایش می‌دهد. در تبیین این نتیجه می‌توان به این نکته اشاره کرد که این دو مؤلفه فراشناختی از متغیرهایی هستند که می‌توانند نقش مهمی در شکل‌گیری نارسایی‌های شناختی سالمندان ایفا نمایند. نکته دیگر این که اگرچه سه مؤلفه دیگر، یعنی باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری افکار و باورهایی در مورد نیاز به کنترل افکار نتوانستند سهم قابل توجهی در پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی سالمندان داشته باشند، ولی نباید اهمیت این متغیرها را از نظر دور داشت؛ زیرا نتایج تحقیقات مکاکسی و همکاران (۲۰۰۶) و مکاکسی (۲۰۰۵) نشان داده‌اند که مؤلفه‌های فراشناختی از عوامل مهم پیش‌بینی‌کننده نارسایی‌های شناختی می‌باشند و با افزایش فراشناخت مختل، نارسایی‌های شناختی بیشتر و در نتیجه به توجه، تمرکز و حافظه فرد آسیب‌های جدی‌تری وارد می‌شود.

با توجه به این نتایج می‌توان گفت که افراد دارای فراشناخت مختل برای تنظیم عواطف، شناخت و پردازش اطلاعات هیجانی از راهبردهای کاملاً متفاوتی (راهبردهایی که بر هیجان‌ها و شناخت‌های منفی تأکید دارند) استفاده می‌کنند و این راهبردهای ناکارآمد فرد را مستعد نارسایی‌های شناختی بیشتری می‌کند. اما افراد دارای فراشناخت مناسب، برای تنظیم عواطف و شناخت خود، آن دسته از راهبردها را به کار می‌گیرند که تنش و استرس را کمتر می‌کند، و هیجان‌های مثبت و سلامت روانی به وجود می‌آورد و در نتیجه باعث می‌شود فرد نارسایی‌های شناختی کمتری را تجربه کند.

## منابع

- ابراهیم‌زاده، ص. (۱۳۸۵). بررسی مقایسه‌ای باورهای فراشناختی، ابعاد کمال‌گرایی و مهارت‌های حل مسئله اجتماعی با توجه به سطوح بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس، پانیک و استرس پس از سانحه و افراد بهنجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه محقق اردبیلی.
- ابوالقاسمی، ع. (۱۳۸۶). بررسی ارتباط باورهای فراشناختی و مذهبی با شکست‌های شناختی در میانسالان و سالمندان. گزارش تحقیق، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه محقق اردبیلی.
- کیانپور، ف.، حقیقی، ج.، شکرکن، ح.، و نجاریان، ب. (۱۳۸۱). رابطه هفت مرحله اول روانی-اجتماعی نظریه اریکسون با مرحله هشت در سالمندان استان خوزستان. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی*، ۳ (۱ و ۲)، ۵۲-۱۷.
- Broadbent, D. E., Cooper, P. J., Fitzgerald, P. F., & Parkes, K. R. (1982). The cognitive failures questionnaire (CFQ) and its correlates. *British Journal of Clinical Psychology*, 21(1), 1-16.
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The meta-cognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-296.
- Craik, I. M., & Salthouse, S. T. (2000). Human memory. In F. I. M. Craik & T. A. Salthouse (Eds.), *The handbook of aging and cognition* (pp. 51-110), Mahwah, NJ. Lawrence Erlbaum Associates.
- Dixon, R., Backman, L., & Nilsson, L. G. (2004). *New frontiers in cognitive aging*, Oxford: Oxford University Press.
- Flavell, J. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906-911.
- Houston, D. M. (1989). The relationship between cognitive failure and self-focused attention. *British Journal of Clinical Psychology*, 28(1), 85-86.
- Kremen, W. S., Faraone, S. V., Toomey, R., Seidman, L. J., & Tsuang, M. T. (1998). Sex differences in self-reported schizotypal traits in relatives of schizophrenic probands. *Schizophrenia Research*, 34, 27-37.
- Lobban, F., Haddock, E., Kinderman, p., & Wells, A. (2002). The role of meta cognitive beliefs in auditory hallucinations. *Personality and Individual Differences*, 32(6), 1351-1363.
- Mahiney, A. M., Dalby, J. T., & King, M. C. (1998). Cognitive failures and stress. *Psychological Reports*, 82, 1432-1434.
- Manly, T., Robertson, I. H., Galloway, M., & Hawkins, K. (1999). The absent mind: Further investigations of sustained attention to response. *Neuropsychologia*, 37, 661-670.
- Matthews, G., Coyle, K., & Craig, A. (1990). Multiple factors of cognitive failures and their relationship with stress vulnerability. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 12, 49-65.
- Mecacci, L. (2005). Cognitive failures, metacognitive beliefs and aging. *Personality and Individual Differences*, 40(7), 1453-1459.
- Mecacci, L., Righi, S., & Rocchetti, G. (2006). Cognitive failures and circadian typology. *Personality and Individual Differences*, 37, 107-113.
- Nielsen, M. E. (1995). Operational using religious orientation. *Journal of Psychology*, 129(5), 485-494.
- Rabbitt, P. (1990). Age, IQ, and recall of errors. *Ergonomics*, 33, 1291-1305.
- Robertson, I. H., Manly, T., Andrade, J., Baddeley, B. T., & Yiend, J. (1997). Performance correlates of everyday attentional failures in traumatic brain injured and normal subjects. *Neuropsychologia*, 35, 747-758.
- Tipper, S. P., & Baylis, G. C. (1999). Individual differences in selective attention: The relation of priming and interference to cognitive failure. *Personality and Individual Differences*, 8, 667-675.
- Wallace, J. C. (2004). Confirmatory factor analysis of the cognitive failures questionnaire: Evidence for dimensionality and construct validity. *Personality and Individual Differences*, 37, 307-324.
- Wallace, J. C., Vodanovich, S. J., & Restino, B. M. (2003). Predicting cognitive failures from boredom proneness and daytime sleepiness scores: An investigation within military and undergraduate samples. *Personality and Individual Differences*, 34, 635-644.
- Wan, L., Bruce, H., Boutros, N., & Crawford, H. J. (2008). Smoking status affects men and women differently on schizotypal traits and cognitive failures. *Personality and Individual Differences*, 4(2), 425-435.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of GAD and PD. *Behaviour Therapy*, 34, 881-888.
- Wells, A., & papageorgious, C., (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptomsead meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 899- 913.
- Wells, A., & Certwright-Hatton, S. (2004). A short form of metacognitions questionnaire. *Behaviour Research and therapy*, 42(4), 385-396.
- Wells, A., & Mathews, G. (1996). Modeling cognitive in emotional. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881- 888.