

## The Development of a Quality of Life Model Based on Metacognitive Beliefs with the Mediation role of Perceived Stress in the Elderly

**Fateme Alimohamad**   
Islamic Azad University, Tehran

**Nemat Setode Asl**    
Islamic Azad University, Tehran

**Abolfazl Karami**   
Islamic Azad University, Tehran

Receive: 26.10.2018  
Acceptance: 29.09.2019

**Keywords:** Stress, metacognitive beliefs, elderly, life quality

**How to cite this article:** Alimohamad, F., Setode Asl, N., & Karami, A. (2020). Developing a quality of life model based on metacognitive beliefs mediated with perceived stress in the elderly. *Journal of Aging Psychology*, 6(4), 341-355.

### Abstract

This study aimed to provide a model of metacognitive beliefs and perceived stress to help better understanding of life quality of elderly. For this purpose, 377 elderly people aged over 60 living in Tehran were selected through convenience sampling in 2018. The required data were collected using the World Health Organization Short-Form Quality of Life Questionnaire, Wells and Cartwright-Hutton Metacognitive Beliefs survey and perceived stress questionnaire by Cohen, Kamark and Mermelstein. The obtained data were statistically analyzed using SPSS version 20 and AMOS version 20 software. Findings showed a significant negative relationship between perceived stress and quality of life in the elderly. There was a significant negative relationship between metacognitive beliefs (including negative beliefs about uncontrollability, positive beliefs about worry, cognitive assurance, need for thought control) and quality of life in the elderly. The findings also confirmed the mediating role of perceived stress in the relationship between metacognitive beliefs and quality of life in the elderly. Based on the findings, training metacognitive strategies could be an effective mechanism for modification of metacognitive beliefs and is an appropriate way to improve the life quality of elderly and it is suggested to make use of metacognitive strategies in relevant interventions.

Fateme Alimohamadi, PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran; Nemat Setode Asl, PhD in Psychology, Nursing Care Research Center, Tehran University, Islamic Azad University, Tehran, Iran; Abolfazl Karami, PhD in Psychology, Department of Psychology, Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

✉ Correspondence concerning this article should be addressed to Nemat Setode Asl, PhD in Psychology, Nursing Care Research Center, Semnan University, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email: sotodeh1@yahoo.com



## تدوین مدل کیفیت زندگی بر اساس باورهای فراشناختی با میانجی‌گری استرس ادراک شده سالمندان

✉ **دکتر نعمت ستوده اصل**

دانشگاه آزاد اسلامی، تهران

**فاطمه علی محمد**

دانشگاه آزاد اسلامی، تهران

**ابوالفضل کرمی**

دانشگاه آزاد اسلامی، تهران

### چکیده

دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۰۴

پذیرش: ۱۳۹۸/۰۷/۰۷

این پژوهش با هدف ارائه یک مدل از باورهای فراشناختی و استرس ادراک شده برای کمک به فهم بهتر کیفیت زندگی سالمندان انجام شد. بدین منظور از بین سالمندان بالای ۶۰ سال ساکن در شهر تهران در سال ۱۳۹۷، تعداد ۳۷۷ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با استفاده از پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی-فرم کوتاه، باورهای فراشناختی ولز-۳۰ و کارترایت-هاتون و استرس ادراک شده-۱۴ ساخته کوهن، کامارک و مرمستین مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های به دست آمده با استفاده از روش تحلیل مسیر با نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۰ و AMOS نسخه ۲۰ مورد ارزیابی آماری قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد بین متغیر استرس ادراک شده و کیفیت زندگی سالمندان رابطه منفی و معنادار وجود دارد. بین باورهای فراشناختی (شامل باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری، باورهای مثبت درباره نگرانی، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار) با کیفیت زندگی سالمندان رابطه منفی و معنادار وجود دارد. یافته‌ها همچنین نقش واسطه‌گری استرس ادراک شده در رابطه بین باورهای فراشناختی و کیفیت زندگی سالمندان را مورد تأیید قرار داد. با توجه به یافته‌های به دست آمده آموزش راهبردهای فراشناختی به عنوان یک مکانیسم تأثیرگذار بر اصلاح باورهای فراشناختی عمل کرده و راه مناسب برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان محسوب شود و افزودن آن در مداخلات مربوطه پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: استرس، باورهای فراشناختی، سالمند، کیفیت زندگی

نحوه ارجاع‌دهی به مقاله:

علی محمد، ف.، ستوده اصل، ن.، و کرمی، ا. (۱۳۹۹). تدوین مدل کیفیت زندگی بر اساس باورهای فراشناختی با میانجی‌گری استرس ادراک شده سالمندان. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۶(۴)، ۳۵۵-۳۴۱.

فاطمه علی محمد، دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی، واحد تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛ نعمت ستوده اصل، دکتری روان‌شناسی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران؛ ابوالفضل کرمی، دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به نعمت ستوده اصل، دکتری روان‌شناسی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران باشد.

پست الکترونیکی: sotodeh1@yahoo.com

می‌شود تا سال ۲۰۵۰ این تعداد تا سه برابر افزایش یابد (اسمعیلی و اسماعیلی، ۱۳۹۷). همچنین انتظار می‌رود در طی بیست و پنج سال آینده این رقم به بیش از ۱۲۰۰ میلیون نفر برسد که بیانگر رشد صد درصدی در این گروه سنی در مقایسه با رشد پنجاه درصدی در کل جمعیت جهان است (حسینی، مجدی و حسینی درمیان، ۱۳۹۵). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۲) پیش‌بینی می‌شود بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۵۰ جمعیت افراد ۶۰ سال به بالای جهان دو برابر شود به طوری که از ۱۱ درصد به ۲۲ درصد و از ۶۰۵ میلیون به ۲ میلیارد برسد (باستانی، پورمحمدی و حقانی، ۱۳۹۳). بر اساس گزارش مرکز آمار ایران در سرشماری سال ۱۳۹۰، جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال ۸/۲۶ درصد بود، در حال حاضر این جمعیت حدود هشت میلیون نفر است (اسمعیلی و اسماعیلی، ۱۳۹۷) و پیش‌بینی می‌شود این رقم در ۱۰ سال آینده به بیش از ۲۵ میلیون نفر برسد (حسینی و همکاران، ۱۳۹۵).

مطالعات سالمندپژوه نیز حاکی از فراوانی بالای مشکلات روانی در دوران سالمندی است (بهرامی و رضانی فرانی، ۱۳۸۸، پورعبدل، عباسی، پیرانی و عباسی، ۱۳۹۴، قادری و همکاران، ۱۳۹۱، پالمر و همکاران، ۲۰۱۴، رولوفز، آنجلز و موریس، ۲۰۱۳، کارلسون، اسپکا، پاتل و گودی، ۲۰۰۳، کیز، میشلک، کوبائو و زهران، ۲۰۰۵، وارکال و همکاران، ۲۰۱۳). بر اساس یافته‌های پژوهش‌هایی حدود ۱۵ درصد از سالمندان دچار اختلال روانی افسردگی هستند. میزان خودکشی در بین سالمندان بیش از سنین دیگر گزارش شده است (امامی نایینی، بختیاری، حاتمی، خداکریم و صحاف، ۱۳۹۶). حدود ۱۵ تا ۲۵ درصد از افراد سالخورده مسائل روانی مهمی دارند که این مسائل بر بیماری‌های جسمانی آنان اثر بالقوه‌ای می‌گذارد (بهرامی و رضانی فرانی، ۱۳۸۸). شیوع علائم بالینی بارز افسردگی در میان سالمندان جامعه ۸ تا ۱۵ درصد و در سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها حدود ۳۰ درصد گزارش شده است (قادری و همکاران، ۱۳۹۱). در بررسی احساس بهزیستی روانی سالمندان چند مورد شامل احساس کسالت، اظهار تنهایی و احساس افسردگی به ترتیب شایع‌ترین شکایات است (پورعبدل و همکاران، ۱۳۹۴). شرایطی مثل افسردگی، زوال عقل و اضطراب در تصمیم‌گیری درباره امکان مدیریت بیماری‌های جسمی در منزل، توانایی مراقبت از خود و انجام کارهای روزانه مؤثر

یکی از شاخصه‌های اصلی در سلامت روانی، فرآیند زندگی به ویژه در دوره سالمندی، شاخص کیفیت زندگی<sup>۱</sup> است. کیفیت زندگی به عنوان پندارهای فرد از وضعیت زندگی با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی، ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر تعریف شده است. بنابراین مقوله‌ای فردی بوده و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۷). به دلیل اهمیت تحت تأثیر قرار گرفتن سلامت جسمی، روحی و رفاه اجتماعی سالمند در اثر افت توانایی جسمی و تندرستی، بیماری‌های مزمن، سوگ فقدان‌های متعدد مانند مرگ همسر، دوست، خانواده، همکار و تغییر وضعیت شغلی، مفهوم کیفیت زندگی در سالمندان اهمیت خاصی می‌یابد. این در حالی است که سالمندی به عنوان موضوعی چندبعدی، پدیده‌ای جهانی است که در آینده به عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های اجتماعی و رفاه کشورهای در حال توسعه مطرح خواهد گردید (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۱).

بدیهی است هدف از زندگی سالمندان فقط عمر طولانی و زنده بودن نیست، بلکه نوع و کیفیت زندگی آنها نیز مهم است، از این رو جهت ارتقای سلامت روان زندگی سالمندان در مرحله اول نیاز به اطلاعات جامع در مورد کیفیت زندگی آنها است و این مقوله فقط از طریق سنجش کیفیت زندگی آنان ممکن می‌گردد. از طرفی توجه به تمام ابعاد وجودی آنان، به عنوان یک قشر آسیب‌پذیر به منظور بهبود و ارتقای کیفیت زندگی آنان مهم و ضروری به نظر می‌رسد (لیپینکات، ۲۰۱۲). سازمان جهانی بهداشت در این راستا برنامه سالمندی و سلامت را به اجرا گذاشته است که در آن بر سالم پیر شدن تأکید شده است که اجزای کلی این برنامه عبارتند از فراهم کردن و تصویب اطلاعات پایه، نشر و تبادل اطلاعات، حمایت، طراحی و سازماندهی برنامه‌های جامعه‌نگر و پژوهش، آموزش و توسعه سیاست‌ها. این سازمان برنامه‌ای را با تمرکز بر فرآیندهای توانمندسازی در سالمندان در سه حوزه افراد سالمند و توسعه، بهبود سالمندی و رفاه در سالمندان و اطمینان بخشی در ایجاد محیط‌های توانمندکننده و حمایتی را مورد توجه قرار داده است (پالمر، دیوید و فلمینگ، ۲۰۱۴).

آمار سالمندان جهان در حدود ۵۸۰ میلیون نفر است و با توجه به ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی، پیش‌بینی

<sup>۱</sup> quality of life

شدن باورهای فراشناختی است (محمدخانی، ۱۳۹۰). اسپادا، محی‌الدنی و ولز (۲۰۰۸) طی پژوهشی به این نتیجه رسیدند، باورهای فراشناختی میانجی بین استرس و هجانات منفی است. آنها دریافتند بهترین پیش‌بینی وضعیت سلامت روان با عامل کنترل‌ناپذیری و خطر است. بنابراین فراشناخت با استرس و هجانات منفی در ارتباط بود. بر این اساس، باورهای فراشناختی در اضطراب نقش مهم و با اهمیتی دارند، این باورها علتی برای تحول و تداوم این مشکلات است (لوبان، هادوک، کیندرمن و ولز، ۲۰۰۲). نقش باورهای فراشناختی در اختلالات روان‌شناختی و شخصیتی از طریق مدل پردازش اطلاعات توسط ولز و ماتیوس (۱۹۹۶) مطرح شده است. مبنای مدل عملکرد اجرایی - خودتنظیمی<sup>۲</sup> ولز (۲۰۰۰) باورهای فراشناختی مثبت و منفی، از طریق فعال نمودن نشانگان شناختی-توجه<sup>۳</sup>، فرآیند خودتنظیمی را دچار سوگیری نموده و زمینه‌ساز آسیب‌های روان‌شناختی می‌شود (ولز، ۲۰۰۰). نشخوار فکری<sup>۴</sup> مؤلفه شناختی افسردگی و نگرانی مؤلفه شناختی اضطراب است (دیوی و ولز، ۲۰۰۶، ولز، ۲۰۱۰). این مدل نقش درگیری باورهای فراشناختی را در آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات روان و تداوم آن مورد پیش‌بینی قرار می‌دهد. همسو با این دیدگاه، بین باورهای فراشناختی و شاخص‌های اختلال هجانی و شخصیتی ارتباط مثبتی گزارش شده است (ولز و کارتر، ۲۰۰۱، ولز و کارتریت-هاتون، ۲۰۰۴). یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که فراشناخت در افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی و افراد مسن مختل است (برای مثال کارتریت-هاتون و ولز، ۱۹۹۷، ولز و کارتر، ۲۰۰۱). این باورها علتی برای تحول و تداوم مشکلات روان‌شناختی و شناختی افراد است (لوبان و همکاران، ۲۰۰۲).

از طرفی، در میان پژوهش‌های فراوانی که در سال‌های اخیر پیرامون مشکلات جسمی سالمندان انجام گرفته، عوامل روان‌شناختی مورد توجه خاص قرار گرفته است. یکی از مهمترین عوامل روان‌شناختی مؤثر در بروز بیماری‌های جسمی به ویژه در سالمندان، استرس<sup>۵</sup> است. استرس به صورت پاسخ عمومی و غیراختصاصی بدن در جهت حفظ تعادل به هر عاملی که موجب تهدید یا بر هم

است و به دلیل فشارهای فیزیکی و روانی روی افراد خانواده، ممکن است به سپردن افراد به خانه‌های سالمندان و هزینه‌های سنگین مراقبت در این سرویس‌ها منجر شود (امامی‌نایینی و همکاران، ۱۳۹۶). بنابراین می‌توان عنوان داشت که بعد روانی یکی از ابعاد مهم سلامت سالمندان است و به توجه خاصی نیاز دارد.

متغیرهای مختلفی با متغیر کیفیت زندگی سالمندان رابطه دارند از جمله این متغیرها، متغیر باورهای فراشناختی<sup>۱</sup> است. به طوری که ابوالقاسمی و کیامرثی (۱۳۸۸) اذعان می‌دارند سالمندی با تغییرات قابل ادراک، ملاحظه در حافظه، هوش، فراشناخت، یادآوری، حل مسأله 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.

در سال‌های اخیر فراشناخت به عنوان پایه و اساس بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی مورد بررسی قرار گرفته است (کوهن و همکاران، ۲۰۱۷). طی پژوهش‌های متعدد مشخص شده که باورهای فراشناختی، فاکتور مهمی در بروز اضطراب در اکثر اختلالات رفتاری است (عظیمی، شاکری، نوری، و حاتمی، ۱۳۹۳). فراشناخت یک مفهوم چندوجه است و به دانش و باورهای مربوط به فکر کردن و راهبردهایی که افراد از آنها برای تنظیم و کنترل فرایندهای تفکر استفاده می‌کنند، اشاره دارد (شاره، غرایی و عاطف‌وحید، ۱۳۸۹). این مفهوم در برگزیده دانش، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، بر آن نظارت و یا آن را کنترل می‌کند (ولز، ۲۰۰۰). مدل فراشناختی ولز نگرانی را ناشی از باورهای کلی منفی افراد درباره‌خوبی‌ستن و جهان بیرون نمی‌داند، (برای مثال من بی‌ارزش هستم، جهان بیرونی خطرناک است) بلکه آن را مبتنی بر یک‌سری دانش‌های بنیادین تلقی می‌کند. این دانش‌های بنیادین، همان باورهای فراشناختی افراد درباره سیستم شناختی و نحوه کنترل آن است. این دانش فراشناختی شامل باورهای مثبت و منفی درباره فکر کردن است (برای مثال، بعضی از افکار خطرناک هستند، اختصاص دادن توجه به عوامل تهدیدکننده، من را از خطر نجات می‌دهد. نگرانی به من کمک می‌کند که با مشکلات مقابله کنم). در این مدل، الگوی ناسازگار تفکر مثل نگرانی و تخصیص توجه به عوامل تهدید کننده ناشی از فعال

<sup>2</sup> model performance executive self-regulation

<sup>3</sup> significant cognitive symptoms

<sup>4</sup> rumination

<sup>5</sup> stress

<sup>1</sup> metacognitive beliefs

نگرانی رابطه منفی و معناداری را با شادکامی نشان داد به طوری که باورهای مثبت در مورد نگرانی  $6/3$  درصد از واریانس شادکامی سالمندان را تبیین می‌کند. همچنین گل‌پرور و صفری (۱۳۹۵) در بررسی قدرت باورهای فراشناختی معیوب برای پیش‌بینی نگرش‌های ناکارآمد در بیماران قلبی-عروقی سالمند و غیرسالمند، نشان دادند که به‌ترتیب نیاز به کنترل افکار دارای توان پیش‌بین معنادار برای رضایت دیگران، باورهای مثبت درباره نگرانی و کنترل‌ناپذیری نگرانی دارای توان پیش‌بین معنادار برای تمرکز بر خود، باورهای مثبت درباره نگرانی دارای توان پیش‌بین معنادار برای کمال‌گرایی، کنترل‌ناپذیری نگرانی و اطمینان‌شناختی دارای توان پیش‌بین معنادار برای نیاز به تأیید دیگران و باورهای مثبت درباره نگرانی دارای توان پیش‌بین معنادار برای تمرکز بر موفقیت هستند.

بنابراین با توجه به موارد مذکور به‌نظر می‌رسد باورهای فراشناختی از طریق رابطه با استرس ادراک شده بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر می‌گذارد. بنابراین می‌توان مدلی ارائه کرد که در آن استرس ادراک‌شده نقش واسطه‌ای در رابطه بین باورهای فراشناختی و کیفیت زندگی سالمندان ایفا می‌کند. بنابراین فرضیه‌های مطالعه عبارت از این بودند که (۱) باورهای فراشناختی مثبت و منفی و اطمینان‌شناختی با کیفیت زندگی سالمندان رابطه مستقیم دارند، (۲) استرس ادراک شده با کیفیت زندگی سالمندان رابطه مستقیم دارد، (۳) باورهای فراشناختی مثبت و منفی با استرس ادراک شده سالمندان رابطه مستقیم دارند، و (۴) استرس ادراک شده در رابطه بین باورهای فراشناختی و کیفیت زندگی سالمندان نقش واسطه‌ای دارد.

## روش

### طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

روش پژوهش حاضر همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود که جامعه آن شامل تمامی سالمندان بالای ۶۰ سال ساکن در شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت از (۱) اعلام رضایت شرکت‌کننده، (۲) سن بالای ۶۰ سال، (۳) برخوردار بودن از سواد کافی برای پاسخگویی به پرسشنامه‌ها، (۴) عدم وجود اختلال شناختی، (۵) ابتلای به بیماری مزمن، (۶) عدم سوء‌مصرف مواد و دارو، (۷) عدم تجربه مرگ یک عزیز، بیماری صعب‌العلاج در اعضای خانواده، تغییر محل زندگی و غیره در ۶ ماه گذشته بودند و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل مخدوش بودن

خوردن توانایی‌های جبرانی بدن گردد، تعریف شده است (کراون، هرزل و شارون، ۲۰۱۲). بنابراین برای فردی که تحت شرایط استرس‌زا قرار دارد، ارزیابی سطح استرس و روش‌های مقابله با آن مهم است. استرس بالا، مداوم و طولانی مدت، می‌تواند منجر به ناسازگاری در فرد شود (کانگ، چوی و ریو، ۲۰۰۹). اگر استرس تجربه‌شده فرد به گونه مناسبی مدیریت نشود، تأثیر زیادی بر سلامتی وی خواهند داشت (کانگ و همکاران، ۲۰۰۹). به طوری که یکی از پیامدهای ناخوشایند استرس در سالمندان، کیفیت زندگی نامطلوب آنها است. در این زمینه بالارد و همکاران (۲۰۱۱) اذعان می‌دارند استرس، اضطراب و فشارهای روانی در زندگی سالمندان که مملو از مشکلات و عوامل تنش‌زای مختلف هستند، می‌تواند بر سلامتی و کیفیت زندگی سالمندان تأثیرات منفی بر جای بگذارد. استرس ادراک شده یکی از مؤلفه‌های تبیین‌کننده مقابله با فشار روانی زندگی سالمندان در موقعیت‌های استرس‌زا محسوب می‌شود و با توجه به آنچه گفته شد، شدت استرس ادراک شده اشاره به باور فرد در زمینه جدی بودن استرس دارد.

پوچالسکی (۲۰۱۵) در پژوهشی نشان داد که در مجموع، سالمندانی که رضایت بیشتری از زندگی داشته باشند، کیفیت زندگی بهتری دارند. کارلسون و همکاران (۲۰۰۳) نیز در پژوهشی در مورد توجه بنیادی به کاهش استرس و ارتباط آن با کیفیت زندگی نشان دادند که کاربرد همزمان چند برنامه کاهش استرس با بالا رفتن کیفیت زندگی، کاهش علائم استرس و بهبود کیفیت خواب ارتباط معنی‌داری دارد. یوسفی افراشته و شریفی (۱۳۹۴) نشان دادند که بین میزان تنیدگی ادراک شده و افسردگی با کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به آلزایمر رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد. نتایج پژوهش‌های صمدی‌فرد و نریمانی (۱۳۹۶) و آقاجانی، صمدی‌فرد و نریمانی (۱۳۹۶) نشان داد که بین باور فراشناختی و اجتناب شناختی با سلامت عمومی در بین سالمندان رابطه معناداری وجود دارد. ابوالقاسمی و کیامرثی (۱۳۸۸) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که سطوح بالای فراشناخت مختل، نارسایی‌های شناختی سالمندان را افزایش می‌دهد. قیطانچی و ابراهیمی‌مقدم (۱۳۹۵) در پیش‌بینی شادکامی بر اساس الگوی پنج‌عاملی شخصیت و باورهای فراشناخت در سالمندان به این نتیجه دست یافتند که از بین زیرمقیاس‌های باورهای فراشناخت، باورهای مثبت در مورد

با کل آزمون در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ و با یکدیگر بین ۰/۶۲ تا ۰/۲۶ بوده است. در پژوهش حاضر ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های کنترل ناپذیری و خطر افکار، باورهای مثبت درباره نگرانی، وقوف شناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۹۲، ۰/۶۸، ۰/۸۱ و ۰/۷۳ و برای کل پرسشنامه ۰/۷۸ به دست آمد.

**پرسشنامه استرس ادراک‌شده-۱۴.** این پرسشنامه توسط کوهن، کامارک و مرمستین (۱۹۸۳) ساخته شده و دارای ۳ نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده‌ای است که برای سنجش استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود. این پرسشنامه زمانی به کار می‌آید که بخواهم بدانیم موقعیت‌های زندگی یک فرد تا چه اندازه از نظر خودش استرس‌زا می‌باشند (کوهن و همکاران، ۱۹۸۳). گویه‌های این پرسشنامه به صورت طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت از هرگز = ۴ تا خیلی زیاد = صفر است. نمره بالاتر نشان‌دهنده استرس ادراک‌شده بیشتر است. در پژوهش کوهن و همکاران (۱۹۸۳) آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۵ به دست آمد. صالحی فدردی (۱۳۷۳) ضریب آلفای کرونباخ برای پایایی این آزمون را ۰/۷۳ گزارش کرده است. امین‌یزدی و صالحی فدردی (۱۳۷۸) طی پژوهشی که در این مقیاس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ را گزارش نموده است که در حد قابل قبولی است. در پژوهش سپهوند، گیلانی و زمانی (۱۳۸۷) نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۰ به دست آمده است. در پژوهش حاضر ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۳ به دست آمد.

**پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی-فرم کوتاه.** سازمان بهداشت جهانی به منظور وجود انسجام در پژوهش‌ها و سنجش کیفیت زندگی، گروه را برای ساخت این پرسشنامه مأمور کرد. حاصل کار این گروه پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۰۰ گویه‌ای بود. چند سال بعد در سال ۱۹۹۶ برای استفاده آسان‌تر از این پرسشنامه توسط گروه از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی فرم کوتاه از آن با ۲۶ گویه تهیه شد که دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. زیرمقیاس‌ها عبارتند از سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست

پرسشنامه‌ها بود. و با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه، نمونه پژوهش حاضر ۳۸۵ نفر در نظر گرفته شد که به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین سالمندان جامعه فوق انجام شد. بعد از کنار گذاشتن ۸ پرسشنامه مخدوش تعداد کل شرکت‌کننده‌ها ۳۷۷ نفر بود که از این تعداد ۱۹۱ نفر مرد و ۱۸۶ نفر زن بودند که به ترتیب ۵۰/۷ درصد و ۴۹/۳ درصد از کل نمونه‌ها را شامل می‌شوند. میانگین سنی کل شرکت‌کننده‌های مورد بررسی ۶۴/۲۵ سال، میانگین سنی سالمندان مرد ۶۳/۶۵ سال و میانگین سنی سالمندان زن ۶۴/۸۵ سال بود. از این تعداد شرکت‌کننده‌ها ۹۸ نفر (۲۵/۹۹ درصد) متأهل و ۲۷۹ نفر (۷۴ درصد) مجرد بودند.

### ابزار

**پرسشنامه باورهای فراشناختی-۳۰:** این پرسشنامه یک مقیاس ۳۰ گویه‌ای خودگزارشی است که توسط ولز و کارترایت-هاتون (۱۹۹۹)، ساخته شده است که باورهای افراد درباره تفکرشان را می‌سنجد و دارای ۱۵ ماده و پنج خرده‌مقیاس باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار، باورهای مثبت درباره نگرانی، وقوف شناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار است. پاسخ‌ها در این مقیاس بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از موافق نیستم = ۱ تا خیلی زیاد موافقم = ۴ محاسبه می‌شود. این پرسشنامه پایایی و روایی قابل قبولی دارد. دامنه ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی برای نمره کل بعد از دوره ۲۲ تا ۱۱۸ روزه ۰/۷۵ و برای زیرمقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (ولز و کارترایت-هاتون، ۲۰۰۴). شیرین‌زاده دستگیری، گودرزی، رحیمی و نظیری (۱۳۸۷) این پرسشنامه را برای جمعیت ایرانی ترجمه و هنجاریایی نموده است. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است و برای خرده‌مقیاس‌های کنترل ناپذیری، باورهای مثبت، وقوف شناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۸۰ و ۰/۷۱ گزارش شده است. همچنین پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرده است. وی همبستگی کل مقیاس با مقیاس اضطراب خصلتی را ۰/۴۳ و همبستگی زیرمقیاس‌ها را در دامنه ۰/۲۸ تا ۰/۶۸ گزارش کرد. همبستگی زیرمقیاس‌ها

<sup>2</sup> perceived stress scale (PSS-14)

<sup>1</sup> metacognitions questionnaire-30 (MCQ-30)

زیرمقیاس‌های سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب برابر با ۰/۷۶، ۰/۸۹، ۰/۶۷ و ۰/۶۱ و برای کل مقیاس ۰/۷۲ به دست آمد.

### روش اجرا

بعد از کسب مجوزهای لازم، نحوه اجرای آزمون بدین صورت که ابتدا از بین نواحی ۲۲ گانه شهر تهران به طور تصادفی یک منطقه (منطقه ۴) انتخاب شد و افراد نمونه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از بین سالمندان جامعه مذکور انتخاب شدند. همچنین لازم به ذکر است که با توجه به تکمیل ناقص برخی پرسشنامه‌ها ۶ نفر از شرکت‌کنندگان از پژوهش کنار گذاشته شدند. به منظور توصیف، تجزیه و تحلیل داده‌های آماری از روش ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون خطی چندگانه به روش همزمان توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ و به منظور تعیین برازش مدل مورد مطالعه از مدل معادلات ساختاری در نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۰ برای تحلیل مسیر متغیرهای مشاهده‌پذیر با استفاده از ماتریس همبستگی بهره‌گیری به عمل آمد. لازم به ذکر است که کلیه محاسبات این پژوهش با مرز استنتاج آماری  $P < 0/05$  انجام پذیرفت.

### یافته‌ها

به منظور ارائه تصویری روشن از وضعیت متغیرها و رابطه بین آنها، در جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و ضریب همبستگی پیرسون (مرتبه صفر) آورده شده است.

می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین صفر تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. در پژوهش‌های مختلف ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته است. در مطالعه‌ای که توسط سازمان جهانی بهداشت در ۲۳ کشور به طور همزمان جهت بررسی خصوصیات روان‌سنجی این پرسشنامه انجام داده مقدار این شاخص را در خیطه روابط اجتماعی در ۱۶ کشور ۰/۷۰ گزارش نموده است (اسکوینگتون، لطفی و اوکانل، ۲۰۰۴). لئونگ، وانگ، تای، چو و نگ (۲۰۰۵) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در هنگ‌کنگ ۰/۵۹ گزارش کردند. در پژوهش نجات، منتظری، هلاکویی نایینی، محمد و مجدزاده (۱۳۸۵) با استفاده از آزمون مجدد پس از ۲ هفته، شاخص همبستگی درون خوشه‌ای جهت برآورد پایایی ابزار در هر چهار خیطه مورد بررسی بالای ۰/۷ به دست آمد که مؤید تکرارپذیری این آزمون است. همچنین بررسی همگنی خیطه‌ها نیز با شاخص آلفای کرونباخ انجام شد. این شاخص در خیطه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط در گروه افراد سالم به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۳، ۰/۵۵ و ۰/۸۴ و در گروه افراد بیمار به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۰، ۰/۵۲ و ۰/۷۲ به دست آمده است (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای

جدول ۱

ماتریس همبستگی مشاهده شده بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	SD	M	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱ باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری	۵/۱۱	۱۸/۹۲						
۲ باورهای مثبت درباره نگرانی	۱/۲۳	۱۳/۰۲	۰/۰۲					
۳ وقوف شناختی	۱/۷۴	۱۳/۶۵	-۰/۰۷	۰/۰۰۰۵				
۴ اطمینان شناختی	۱/۲۳	۸/۷۱	۰/۰۹	۰/۰۱	۰/۰۵			
۵ نیاز به کنترل افکار	۰/۸۷	۹/۳۸	۰/۰۳	۰/۰۶	۰/۰۹	-۰/۰۲		
۶ استرس ادراک‌شده	۲/۱۶	۲۷/۹۹	۰/۱۷**	۰/۱۵**	-۰/۰۶	-۰/۱۶**	۰/۱۲*	
۷ کیفیت زندگی	۵/۷۴	۷۱/۱۶	-۰/۱۱*	-۰/۲۰**	-۰/۰۱	-۰/۲۷**	-۰/۱۲*	-۰/۱۹**

همان‌گونه که جدول ۱ نشان می‌دهد ضرایب همبستگی کیفیت زندگی با سایر متغیرهای پژوهش به نسبت متوسط است. کیفیت زندگی بیشترین همبستگی را با اطمینان شناختی (۰/۲۷-) و پس از آن با باورهای مثبت

درباره نگرانی (۰/۲۰-) و کمترین همبستگی را با وقوف شناختی (۰/۰۱-) و پس از آن با باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری (۰/۱۱-) دارد. همچنین ضرایب همبستگی متغیر استرس ادراک‌شده با باورهای فراشناختی به جز

برای تبیین کیفیت زندگی سالمندان، متغیر استرس ادراک‌شده به عنوان متغیر میانجی برای تبیین کیفیت زندگی سالمندان در نظر گرفته شد. به منظور انجام تحلیل نمودار مسیر و شاخص‌های برازش مدل مسیر استرس ادراک‌شده به کیفیت زندگی در شکل ۱ مشخص است.

وقوف شناختی از لحاظ آماری معنادار هستند. بنابراین همبستگی و روابط دوتایی بین برخی از متغیرهای پژوهش معنی‌دار است و همین مسأله مجوزی برای انجام تحلیل مسیر در مرحله بعدی گردید. در مدل مطالعه حاضر بنا بر یافته‌های تجربی و مبانی نظری و مدل‌های گسترش یافته

## جدول ۲

تخمین وزن‌های رگرسیونی مدل مسیر استرس ادراک‌شده به کیفیت زندگی سالمندان

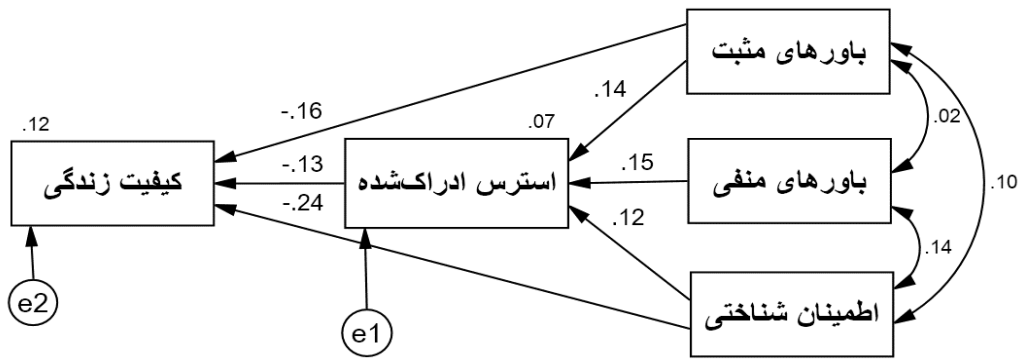
مسیر	تخمین	خطای معیار	نسبت بحرانی	سطح معناداری
استرس ادراک‌شده ← کیفیت زندگی	-۰/۴۹۵	۰/۱۳۵	-۳/۶۸۰	۰/۰۰۰۵

طریق متغیرهای میانجی می‌توانند کیفیت زندگی سالمندان را تبیین کنند. بدین ترتیب هر چه میزان باورهای مثبت درباره نگرانی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار کمتر و میزان تحمل پریشانی بیشتر باشد، کیفیت زندگی سالمندان نیز بیشتر خواهد بود. متغیر باورهای مثبت درباره نگرانی در مدل نهایی هم به گونه‌ی مستقیم ( $\beta = -0/16$ ) و هم به گونه‌ی غیرمستقیم از طریق متغیر استرس ادراک‌شده ( $\beta = 0/14$ )، موجب تغییر در میزان کیفیت زندگی سالمندان می‌شود. بدین ترتیب که با کاهش متغیر باورهای مثبت درباره نگرانی، میزان متغیر استرس ادراک‌شده سالمندان کاهش یافته و در نتیجه کیفیت زندگی آنان افزایش می‌یابد. متغیر اطمینان شناختی در مدل نهایی هم به گونه‌ی مستقیم ( $\beta = -0/24$ ) و هم به گونه‌ی غیرمستقیم از طریق متغیر استرس ادراک‌شده ( $\beta = 0/12$ )، موجب تغییر در میزان کیفیت زندگی سالمندان می‌شود. بدین ترتیب که با کاهش اطمینان شناختی، میزان متغیر استرس ادراک‌شده سالمندان کاهش یافته و در نتیجه کیفیت زندگی آنان افزایش می‌یابد. همچنین مسیر تأثیر متغیر باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری بر کیفیت زندگی در مدل نهایی فقط به گونه‌ی غیرمستقیم و از طریق متغیر استرس ادراک‌شده ( $\beta = 0/15$ ) صورت می‌گیرد. بدین ترتیب که با کاهش باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری، میزان متغیر استرس ادراک‌شده سالمندان کاهش یافته و در نتیجه کیفیت زندگی آنان افزایش می‌یابد. این در حالی بود که برقراری ضریب مستقیم برای متغیر باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری به کیفیت زندگی نه تنها از لحاظ آماری معنادار به دست نمی‌آید، بلکه موجب عدم برازش کامل مدل با داده‌ها می‌شد.

چنان‌که در شکل ۱ و جدول ۲ دیده می‌شود ضریب مسیر استرس ادراک‌شده به کیفیت زندگی ( $\beta = -0/19$ ) از لحاظ آماری معنادار و بیانگر آن است که می‌تواند کیفیت زندگی سالمندان را تبیین کند. به بیان دیگر، هر چه میزان استرس ادراک‌شده سالمندان کمتر باشد، کیفیت زندگی آنان بیشتر خواهد بود. بنابراین به منظور بررسی نقش میانجی متغیر استرس ادراک‌شده در رابطه بین متغیرهای پیش‌بین (شامل باورهای فراشناختی) مدلی مبتنی بر این متغیرها با میانجی‌گری متغیر استرس ادراک‌شده جهت تبیین کیفیت زندگی سالمندان مورد آزمون قرار گرفت که نتیجه چندین بار اجرای مدل‌ها و انجام تعدیل‌ها و اصلاح‌ها در مسیرها بر اساس طرح اولیه پژوهش، یافته‌های پیشین و مدل‌های ساده پژوهش، منجر به گسترش و تأیید مدل نهایی شد که نمودار مسیر آن در شکل ۲ نشان داده شده است.

یافته‌های حاصل از آزمون مدل‌های ساده‌تر نشان دادند که متغیر استرس ادراک‌شده می‌تواند به گونه‌ی مستقیم، کیفیت زندگی سالمندان را تبیین کند. از این‌رو متغیر میانجی در مدل نهایی قرار گرفت. همچنین بر اساس یافته‌های پیشین تصمیم گرفته شد در مدل نهایی مسیر تأثیر باورهای فراشناختی بر کیفیت زندگی از طریق متغیر استرس ادراک‌شده برقرار شود. نتیجه چندین بار اجرای مدل نهایی و انجام تعدیل‌ها و اصلاح‌ها در مسیرها بر اساس طرح اولیه پژوهش، یافته‌های پیشین و مدل‌های ساده پژوهش، منجر به گسترش و تأیید مدل نهایی شد که نمودار مسیر آن در شکل ۲ نشان داده شده است. چنان‌که در شکل ۲ دیده می‌شود متغیرهای برونزا (باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار، باورهای مثبت درباره نگرانی، اطمینان شناختی) یا به صورت مستقیم و یا از





شکل ۱. مدل مسیر اثر باورهای فراشناختی بر کیفیت زندگی سالمندان با میانجی‌گری استرس ادراک شده

است که متغیرهای درون‌زا می‌توانند کیفیت زندگی را هم به صورت مستقیم و هم غیرمستقیم تبیین کنند.

طبق جدول ۳ همه ضرایب مسیرهای منتهی به استرس ادراک شده و کیفیت زندگی، معنادار هستند که بیانگر آن

### جدول ۳

نخمين وزن‌های رگرسیونی مدل نهایی پژوهش

مسیر	تخمین	خطای معیار	نسبت بحرانی	سطح معناداری
باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری ← استرس ادراک شده	۰/۰۶۴	۰/۰۲۱	۳/۰۱۳	۰/۰۰۳
باورهای مثبت درباره نگرانی ← استرس ادراک شده	۰/۲۳۹	۰/۰۸۸	۲/۷۲۰	۰/۰۰۷
اطمینان شناختی ← استرس ادراک شده	۰/۲۱۵	۰/۰۸۹	۲/۴۱۵	۰/۰۱۶
باورهای مثبت درباره نگرانی ← کیفیت زندگی	-۰/۷۲۶	۰/۲۲۹	-۳/۱۷۷	۰/۰۰۱
اطمینان شناختی ← کیفیت زندگی	-۱/۱۰۹	۰/۲۳۰	-۴/۸۲۳	۰/۰۰۰۵
استرس ادراک شده ← کیفیت زندگی	-۰/۳۳۵	۰/۱۳۲	-۲/۵۴۴	۰/۰۱۱

استرس ادراک شده داشته است. اطمینان شناختی نیز بر کیفیت زندگی سالمندان هم اثر مستقیم منفی ( $\beta = -0.237$ ) و هم اثر غیرمستقیم منفی ( $\beta = -0.15$ ) از طریق استرس ادراک شده داشته است. باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری بر کیفیت زندگی سالمندان اثر غیرمستقیم منفی ( $\beta = -0.19$ ) از طریق استرس ادراک شده داشته است.

طبق جدول ۴ ترکیبی خطی از باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار، باورهای مثبت درباره نگرانی، اطمینان شناختی و استرس ادراک شده، کیفیت زندگی سالمندان را پیش‌بینی می‌نمایند که باورهای مثبت درباره نگرانی بر کیفیت زندگی سالمندان اثر مستقیم منفی ( $\beta = -0.156$ ) و غیرمستقیم منفی ( $\beta = -0.17$ ) از طریق

### جدول ۴

اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل معنی‌دار برای مدل نهایی پژوهش

مسیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
به کیفیت زندگی:			
از باورهای مثبت درباره نگرانی	-۰/۱۵۶	-۰/۰۱۷	-۰/۱۷۳
از اطمینان شناختی	-۰/۲۳۷	-۰/۰۱۵	-۰/۲۵۲
از باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری	-	-۰/۰۱۹	-۰/۰۱۹
از استرس ادراک شده	-۰/۱۲۶	-	-۰/۱۲۶
به استرس ادراک شده:			
از باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری	۰/۱۵۲	-	۰/۱۵۲
از باورهای مثبت درباره نگرانی	۰/۱۳۶	-	۰/۱۳۶
از اطمینان شناختی	۰/۱۲۲	-	۰/۱۲۲

مطلوب برای این شاخص‌های می‌توان گفت داده‌ها مدل نظری پژوهش را تا حد زیادی حمایت می‌کنند، در نتیجه این شاخص‌ها دلالت بر قابل قبول بودن مدل دارند.

طبق جدول ۵ شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل مسیر در مجموع بیانگر این است که برازش داده به مدل در وضعیت قابل قبولی دارد، به عبارت دیگر با مدنظر قرار دادن دامنه

### جدول ۵

#### شاخص‌های برازش مدل نهایی پژوهش

HOELTRE		CFI	NFI	RMSEA	AGFI	GFI	CMIN/df	شاخص آماری
۰/۰۱	۰/۰۵							
≥۲۰۰	≥۲۰۰	≥۰/۹	≥۰/۹	≤۰/۰۸	≥۰/۹	≥۰/۹	≤۲	دامنه پذیرش
۲۰۳۴	۱۱۷۸	۰/۹۹۷	۰/۹۸۶	۰/۰۲۵	۰/۹۸۰	۰/۹۹۹	۱/۲۲۷	مقدار محاسبه شده

دیدگاه فراشناختی، شیوه تفکر ما درباره یک رویداد درونی (افکار، هجانه‌ها، احساس‌های بدنی) می‌تواند به رنج هجانی منجر شود. در حقیقت شیوه پاسخ‌ده ما به افکارمان می‌تواند منجر به رنج هجانی (افسردگی و اضطراب) شود. نگرانی و نشخوار فکری<sup>۱</sup>، پیامدهای سندرم شناختی-توجه هستند. نگرانی و نشخوار فکری، راهبردهای فکری هستند که به منظور خودتنظیمی راه‌اندازی می‌شوند. این راهبردها به دنبال وقایع درونی نظیر هجانه‌ها و افکار منفی برانگیخته می‌شوند. نگرانی عبارت است از زنجیره‌ای از افکار که در آن شخص به دامنه‌ای از رویدادهای تهدیدآمیز و شیوه‌های کنار آمدن با آنها فکر می‌کند و در واقع این خود فکر نیست که فرد را ناراحت می‌کند بلکه واکنش فرد به آن فکر است که پیامدهای هجانی طولانی‌تری را برای بهزیستی آن تعیین می‌کند (ولز، ۲۰۰۹). نشخوار فکری در کل طبقه گسترده‌ای از افکار تکرارشونده تعریف شده است که عمدتاً با افسردگی مرتبط است (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۴). در واقع افسردگی حاصل فعال شدن نشخوارگری فکری و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار در پاسخ به غم یا افکار منفی است. بنابراین ارتباط باورهای فراشناختی با استرس ادراک‌شده و همچنین با کیفیت زندگی قابل توجهی است و این باورها در تداوم نشخوار فکری و رفتارهای مقابله‌ای نامؤثر و در نتیجه درک بیشتر استرس و در نهایت کاهش میزان کیفیت زندگی نقش دارند.

تبیین دیگری را می‌توان بر اساس مدل کارکرد اجرایی خودنظم‌بخش ارائه کرد. اصل زیربنایی این مدل، سندرم شناختی-توجه است که به نشخوار فکری متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه‌ای اشاره می‌کند که از باورهای فراشناختی ناشی می‌شوند (ولز، ۲۰۰۷). وجود

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش ارائه یک الگو متشکل از باورهای فراشناختی مثبت و منفی و اطمینان شناختی به عنوان متغیرهای پیش بین با واسطه‌گری استرس ادراک‌شده در پیش بینی کیفیت زندگی سالمندان بود.

در آزمون فرضیه اول نتایج نشان داد که باورهای فراشناختی مثبت و منفی در مورد کنترل ناپذیری و ادراک خطر و اطمینان شناختی بر کیفیت زندگی سالمندان اثر مستقیم منفی دارند. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش‌های ابوالقاسمی و کیامرثی (۱۳۸۸)، آقاجانی، صمدی‌فرد و نریمانی (۱۳۹۶)، پرهون، مرادی، حاتمی و پرهون (۱۳۹۱)، رفعت و مسعودی (۱۳۹۴)، سلطانی‌زاده (۱۳۹۱)، صمدی‌فرد و نریمانی (۱۳۹۶)، عظیمی و همکاران (۱۳۹۳)، قیطانچی و ابراهیمی‌مقدم (۱۳۹۵)، گل‌پرور و صفری (۱۳۹۵) و اسپادا و همکاران (۲۰۰۸) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که فراشناخت در افراد مسن مختل است (ولز و کارتر، ۲۰۰۱). این باورها علتی برای تحول و تداوم مشکلات روان‌شناختی و شناختی افراد است (لوبان و همکاران، ۲۰۰۲) و به دنبال آن کیفیت زندگی سالمندان را دچار اختلال می‌کند. باورهای فراشناختی شامل دو حوزه وسیع باورهای فراشناختی مثبت و منفی است. باورهای فراشناختی منفی باورهایی درباره کنترل ناپذیری، معنا، اهمیت، خطر افکار و تجارب شناختی هستند. باورهای فراشناختی مثبت شامل باورهای افراد درباره مزیت درگیر شدن در فعالیت‌های شناختی است که منجر به تشکیل سندرم شناختی-توجه<sup>۱</sup> می‌شود. سندرم شناختی-توجه منجر به آشفتگی‌های روان‌شناختی می‌شود. بر اساس

<sup>۲</sup> rumination

<sup>۱</sup> cognitive attentional syndrome (CAS)

او بیشتر می‌شود. در مرحله بعد این باورها هم بر فکر و هم بر هجانات اثر می‌گذارند. فرد در مواجهه با شرایط استرس‌زا یا به عبارتی موقعیتی که مستلزم تعامل اجتماعی است، می‌تواند از دو راهبرد برای کنترل هجاناتش استفاده کند، اما به دلیل نگرانی و ترسی که از برخورد با موقعیت اجتماعی دارد و نیز به این سبب که منابع شناختی در جهت کنترل این افکار نگران‌کننده صرف شده‌اند، نمی‌تواند از راهبردهای پیش از وقوع هجان که شامل ارزیابی مجدد شناختی است بهره ببرد. در نتیجه بدون هیچ آمادگی شناختی با موقعیت روبرو می‌شود و علائم اضطراب و تنش را تحمل می‌کند و به دلیل ترس از ارزیابی منفی سایرین، نه تنها هجانات منفی که حتی هجانات مثبت را بیان نمی‌کند و به سرکوب آنها خواهد پرداخت. بنابراین استفاده از راهبرد سرکوب باعث می‌شود تجربه هجانات منفی در فرد افزایش یابد. در مجموع باورهای فراشناختی و به خصوص مؤلفه‌های باورهای فراشناختی منفی و کنترل افکار به واسطه سرکوب هجانات شرایط را مهیا می‌سازند تا افراد با علائم اضطراب اجتماعی و یا افراد مستعد این اختلال همچون سالمندان، بیشتر در این اختلال بمانند و پرواضح است که بیشتر ماندن در این اختلال باعث کاهش رضایت از زندگی شده و به تبع آن میزان کیفیت زندگی کاهش می‌یابد.

در آزمون فرضیه چهارم نتایج نشان داد باورهای مثبت و منفی در مورد کنترل ناپذیری و اطمینان شناختی بر کیفیت زندگی سالمندان اثر غیرمستقیم منفی از طریق استرس ادراک شده داشته است. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش‌های ابوالقاسمی و کیامرثی (۱۳۸۸)، آقاجانی و همکاران (۱۳۹۶)، پرهون و همکاران (۱۳۹۱)، رفعت و مسعودی (۱۳۹۴)، سلطانی‌زاده (۱۳۹۱)، صمدی‌فرد و نریمانی (۱۳۹۶)، عظیمی و همکاران (۱۳۹۳)، قیطانچی و ابراهیمی‌مقدم (۱۳۹۵)، گل‌پرور و صفری (۱۳۹۵) و اسپادا و همکاران (۲۰۰۸) همسوست.

شواهد زیادی نشان داده‌اند که نگرانی و نشخوار فکری به بهزیستی هجانی آسیب می‌زنند. نشخوار فکری فقط بر روی خلق تأثیر نمی‌گذارد بلکه منجر به سوگیری تفکر شده و بر رفتار تأثیر می‌گذارد (اسپاسوجویک، آلوی، آبرامسون، ماکون و رابینسون، ۲۰۰۴). نگرانی و نشخوار فکری اثرات منفی بر روی خود تنظیمی و بهزیستی هجانی و در نهایت شادکامی دارند (پاپاجورجیو و ولز،

باورهای منفی فراشناختی، افراد را به سمت ارزیابی منفی از نگرانی و در نتیجه فرانگرانی سوق می‌دهد و این امر منجر به تشدید علائم اضطراب می‌شود و در نتیجه باعث می‌گردد فرد آسیب بیشتری از استرس وارد شده را درک کند. افزون بر آن با ایجاد اختلال در پردازش هجانی موجب می‌شود فرد نه تنها در موقعیت‌های فعلی اجتماعی بلکه در موقعیت‌های اجتماعی که فرد انتظار پیش آمدن آن را دارد هم بیشتر از راهبرد مقابله‌ای اجتناب و سرکوب استفاده کند (منین، مک‌لافلین و فلانگان، ۲۰۰۹). بنابراین باورهای فراشناختی عوامل مهمی هستند که بر شیوه پاسخ‌دهی فرد اثر می‌گذارند. ارزیابی منفی فرد از احساسات و افکار، در ادراک و تهدید و تلاش برای کنترل تفکر و هجانات دخیل هستند. باورهای فراشناختی می‌تواند به تجارب هجانی و حالات احساسی تسری یابد (الیس و هادسون، ۲۰۱۰). بنابراین افراد نگران، باور دارند که نگرانی یک راهبرد مقابله سودمند است، این امر گرایش به نگران بودن را تقویت و آن را حفظ می‌کند. هنگامی که باورهای فراشناختی منفی فعال می‌شود، فرد به ارزیابی منفی نگرانی می‌پردازد. همین امر موجب افزایش اضطراب و احساس ناتوانی در مقابله با استرس می‌شود. در نتیجه این حس ناتوانی در مقابله با استرس باعث می‌شود میزان کیفیت زندگی فرد از حد مطلوب خود پایین‌تر رفته و باعث عدم رضایتمندی وی گردد.

در آزمون فرضیه دوم نتایج نشان داد استرس ادراک شده بر کیفیت زندگی سالمندان اثر مستقیم منفی دارند. در آزمون فرضیه سوم نتایج نشان داد باورهای مثبت و منفی در مورد کنترل ناپذیری و اطمینان شناختی بر استرس ادراک شده سالمندان اثر مستقیم منفی دارد. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش‌های ابوالقاسمی و کیامرثی (۱۳۸۸)، آقاجانی و همکاران (۱۳۹۶)، صمدی‌فرد و نریمانی (۱۳۹۶)، قیطانچی و ابراهیمی‌مقدم (۱۳۹۵)، گل‌پرور و صفری (۱۳۹۵)، یوسفی افراشته و شریفی (۱۳۹۴) و کارلسون و همکاران (۲۰۰۳) همسوست. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت زمانی که فرد با موقعیت استرس‌زا مواجه می‌گردد، باورهای فراشناختی فعال می‌شوند. ابتدا باورهای منفی و ناتوانی در کنترل نگرانی‌ها فعال می‌شوند، و هنگامی که فرد احساس می‌کند نگرانی‌هایش به زیان او هستند، تلاش بیشتری می‌کند تا نگرانی را کنترل کند. بنابراین حس نیاز به کنترل افکار در

می‌شود به بهبود وضعیت سلامت روانی افراد کمک کرد (عاشوری و همکاران، ۱۳۸۸).

تبیین دیگری در مورد نقش واسطه‌گری استرس در ارتباط بین باورهای فراشناختی و کیفیت زندگی مطابق با نتایج برخی از پژوهش‌ها می‌توان گفت، وقتی فردی بتواند افکار خود را بدون هیچ‌گونه قضاوتی و بدون عکس‌العمل نشان دادن نسبت به این افکار مشاهده کند، به یک حالت آسودگی و آرامش در وضعیت‌های ناخوشایند دست پیدا می‌کند (کابات-زین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). آرامش در چنین وضعیت‌های ناخوشایند که در دوران کهنسالی کم هم نیستند، خود منجر به کاهش استرس و ایجاد بهزیستی در فرد می‌شود و به تبع آن کاهش استرس ادراک‌شده توسط فرد منجر به افزایش کیفیت زندگی می‌گردد.

برای تبیین این یافته همچنین می‌توان گفت که افراد دارای فراشناخت مختل برای تنظیم عواطف، شناخت و پردازش اطلاعات هجانی از راهبردهای کاملاً متفاوتی همچون راهبردهایی که بر هجانه‌ها 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 هجانه‌های مثبت و سلامت روانی به وجود می‌آورد و در نتیجه کیفیت زندگی افزایش می‌یابد. آنچه از جمع‌بندی نتایج به دست آمده از پژوهش‌های انجام شده و این پژوهش حاصل شد این است که افراد سالخورده با میزان باورهای فراشناختی بالا در ناملایمات، فشارها و استرس‌های زندگی دچار عواقب بیشتری نسبت به هم‌تایان با باورهای فراشناختی پایین می‌شوند و در نتیجه این ادراک بیشتر استرس در مجموع باعث کاهش میزان کیفیت زندگی آنان می‌گردد. بنابراین با توجه به نقش و جایگاه مهم کیفیت زندگی در دوران سالمندی به نظر می‌رسد سازمان‌های برنامه‌ریز و متولی امور سالمندان بایستی روش‌هایی برای اصلاح باورهای فراشناختی را مشخص و مورد ارزیابی قرار دهند چرا که اصلاح باورهای فراشناختی منجر به استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای مناسب در موقعیت‌های استرس‌زا می‌گردد و در نتیجه عوارض ناشی از تنش در سالمندان کاهش می‌یابد و بنابراین کیفیت زندگی بهبود یافته و در نتیجه سلامت روان سالمندان

(۲۰۰۴). بدین‌گونه که نگرانی و نشخوار فکری توجه فرد را به اطلاعات منفی معطوف می‌کنند و باعث می‌شوند فرد از خود و جهان پیرامون خود، برداشت تحریف‌شده داشته باشد و در گذشته یا آینده زندگی کند و زمان حال را از دست بدهد. به علاوه نگرانی و نشخوار فکری منجر به فعال‌سازی و تداوم احساس تهدید می‌شوند و این کار اضطراب و افسردگی را به حالت‌هایی ماندگار تبدیل می‌کند. در صورتی که بدون نگرانی و نشخوار فکری، اضطراب و افسردگی به حالت‌های گذرا تبدیل می‌شود (ولز، ۲۰۰۹). افرادی که باورهای منفی و مثبت زیادی در مورد نگرانی‌های خود دارند احتمالاً در بیشتر مواقع در حالت نگرانی، ترس و ناامیدی بسر می‌برند و در مواجهه با استرس‌ها و مشکلات زندگی تاب‌آوری کمتری داشته و آسیب‌پذیرتر می‌شوند و بیشتر دچار افسردگی پایدار شده و کمتر از کار و زندگی خود احساس رضایت دارند و به سطوح پایین‌تری از بهزیستی تمایل دارند و در نهایت کیفیت زندگی کمتری را تجربه می‌کنند.

در تبیین نقش میانجی‌گری استرس ادراک‌شده در رابطه بین باورهای فراشناختی و کیفیت زندگی سالمندان می‌توان مطابق با مدل فراشناختی ولز و ماتیوز (۱۹۹۶) گفت که افراد آسیب‌پذیر همچون سالمندان به دلیل نگرانی و باورهای فراشناختی منفی مانند گزاره‌هایی همچون «هیچ کنترلی بر نگرانی ندارم» درگیر سندرم شناختی-توجه می‌شوند که این امر باعث می‌گردد فرد استرس را با شدت بیشتری درک کند. بنابراین ادراک استرس بیشتر با کاهش میزان کیفیت زندگی همراه خواهد بود. بنابراین یافته‌های پژوهش حاضر قابل تبیین است. همچنین بر اساس نظریه فراشناختی آسیب‌پذیری هجانی، الگوی پاسخ‌هایی که نظام شناختی برای مقابله از خود نشان می‌دهد و از آنها تعبیر به نشانگان شناختی توجه می‌شود در نشانه‌شناسی و ضابطه‌مندی اختلالات هجانی نقش اصلی را دارد (خانی‌پور، سهرابی و طباطبایی، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر نیز سالمندانی که باورهای فراشناختی در آنها ضعیف بود، دارای کیفیت زندگی مطلوبی بودند اما سالمندانی که باورهای فراشناختی آنان قوی بود، دارای کیفیت زندگی نامطلوبی بودند. باورهای فراشناختی از عوامل موثر در وضعیت سلامت روانی هستند و می‌توان با تغییر فراشناخت‌هایی که شیوه‌های ناسازگارانه تفکرات منفی را زیاد می‌کنند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی

<sup>۱</sup> Kabat-Zinn

باستانی، ف.، پورمحمدی، ا.، و حقانی، ح. (۱۳۹۳). بررسی استرس درک شده و ارتباط آن با سلامت معنوی در سالمندان عضو انجمن پیشگیری و مهار دیابت بابل. فصلنامه حیات، ۲۰(۳)، ۱۸-۶.

بهرامی، ف.، و رضانی فرانی، ع. (۱۳۸۸). بهداشت روان سالمندان در قرآن و حدیث. مجله سالمندی ایران، ۴(۱)، ۸۳-۷۰.

پرهون، ه.، مرادی، ع.، حاتمی، م.، و پرهون، ک. (۱۳۹۱). مقایسه درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت و درمان فراشناختی بر کاهش شدت نشانه‌ها و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۶(۴)، ۵۲-۳۶.

پورعبدل، س.، عباسی، م.، پیرانی، ذ.، و عباسی، م. (۱۳۹۴). رابطه امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی با کیفیت-زندگی در سالمندان. فصلنامه روان‌شناسی پیری، ۱(۱)، ۵۷-۶۵.

حسینی، الف.، مجدی، ع.، و حسنی درمیان، غ. (۱۳۹۵). بررسی نقش حمایت اجتماعی بر روی کیفیت زندگی سالمندان شهر مشهد در سال ۱۳۹۳. فصلنامه سالمندشناسی، ۱(۲)، ۱۸-۱.

خانی‌پور، ح.، سهرابی اسمرود، ف.، و طباطبایی برزکی، س. (۱۳۹۰). باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در دانشجویان با سطوح بهنجار و بیمارگون از نگرانی. فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱(۱)، ۸۲-۷۱.

رفعت، ز.، و مسعودی، ا. (۱۳۹۴). رابطه بین درمان فراشناختی و اضطراب صفت در بیماران مبتلا به بیماری دیابت شهرستان شیروان. مقاله ارائه شده در کنفرانس ملی روانشناسی علوم تربیتی و اجتماعی، موسسه کومه علم‌آوران دانش، مازندران.

سپهوند، ت.، گیلانی، ب.، و زمانی، ر. (۱۳۸۷). رابطه استرس ادراک شده و سلامت عمومی، با توجه به سبک‌های تبیین. فصلنامه روانشناسی و علوم تربیتی، ۳۸(۴)، ۴۳-۲۷.

سلطانی‌زاده، م. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی و رفتاری، فراشناختی و درمان مبتنی بر ذهن آگاه بر انزال زودرس، رضایت زناشویی، اضطراب و افسردگی مردان مراجعه کننده به مراکز درمانی اصفهان (پایان‌نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد). دانشگاه اصفهان.

شاره، ح.، غرابی، ب.، و عاطف‌وحید، م. ک. (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی، درمان با فلووکسامین و درمان ترکیبی بر بهبود باورهای فراشناختی و پریشانی ذهنی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۱۲(۱)، ۱۶-۱.

افزایش یافته و منجر به کاهش بیماری‌های روان‌تنی در این گروه سنی می‌گردد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به شیوه نمونه‌گیری در دسترس اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود سالمندان تحت آموزش راهبردهای فراشناختی قرار گیرند. مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر انتظار می‌رود آموزش راهبردهای فراشناختی به عنوان یک مکانیسم تأثیرگذار بر باورهای فراشناختی عمل کرده و راه مناسب برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان محسوب شود و می‌تواند به عنوان راه برای پیشگیری از بیماری‌های روان‌تنی و همچنین مشکلات اجتماعی سالمندان در نظر گرفته شود.

### سپاس‌گزاری

این مقاله برگرفته شده از پایان‌نامه دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان بود، بنابراین نویسندگان مقاله بر خود واجب می‌دانند تا از شرکت‌کننده‌های همکاری کننده که در اجرای این پژوهش همراه بودند، تشکر و قدردانی نمایند.

### منابع

آقاجانی، س.، صمدی‌فرد، ح.، و نریمانی، م. (۱۳۹۶). نقش مؤلفه‌های اجتناب شناختی و باور فراشناختی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران. فصلنامه روانشناسی سلامت، ۶(۲۱)، ۱۴۲-۱۵۶.

ابوالقاسمی، ع.، و کیامرثی، الف. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین فراشناخت و نارسایی‌های شناختی در سالمندان. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۱۱(۴۱)، ۱۵-۸.

اسمعیلی، ر.، و اسماعیلی، م. (۱۳۹۷). کیفیت زندگی سالمندان: مطالعه فراترکیب. مجله پژوهش در دین و سلامت، ۴(۲)، ۱۰۵-۱۱۶.

امامی‌نابینی، م.، بختیاری، م.، حاتمی، ح.، خداکریم، س.، و صحاف، ر. (۱۳۹۶). بررسی وضعیت افسردگی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و برخی عوامل مرتبط با آن‌ها در سالمندان ساکن شهر تهران در سال ۱۳۹۳. مجله سالمندی ایران، ۱۲(۲)، ۱۹۲-۲۰۷.

امین یزدی، ا.، و صالحی فدردی، ج. (۱۳۷۸). بررسی رابطه سبک‌های اسنادی با استرس ادراک شده. فصلنامه پژوهشنامه مبانی تعلیم و تربیت، ۱(۲)، ۱۰-۱.

انجمن روانپزشکی آمریکا. (۱۳۸۱). متن تجدیدنظر شده راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-IV-TR) (ترجمه م. نیکخو و ه. آوادیس یانس). تهران: انتشارات سخن. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰)

- Stump S. (2011). Innovative and complementary approaches to aging in place. *Journal of Family & Consumer Sciences*, 103(2), 24-34.
- Carlson, E., Specia, M., Patel, K., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-Based stress reduction in relation to quality of life: mood symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatient. *American Psychosomatic Society Psychosomatic Medicine*, 65, 571-581.
- 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.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Sharon, J. (2012). *Fundamentals of Nursing: Human Health and Function*. Philadelphia: Lippincott Co.
- Davey, C. L., & Wells, A. (2006). *Worry and its psychological disorder, theory, assessment and treatment*. New York: John Willy and sons.
- Ellis, D. M., & Hudson, J. L. (2010). The Metacognitive Model of Generalized Anxiety Disorder in Children and Adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(2), 151-163.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and our world through mindfulness*. New York: Hyperion.
- Kang, Y. S., Choi, S. Y., & Ryu, E. (2009). The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Education Today*, 29(5), 538-543.
- Keyes, B., Michalec, B., Kobau, R., & Zahran, H. (2005). Social Support and Health-Related Quality of Life among Older Adults-Missouri 2000. *Morbidity and mortality weekly report*, 54(17), 433-7.
- Lippincott. (2012). *Professional Guide to Diseases (Professional Guide Series)*. LWW Press.
- Lobban, F., Haddock, G., Kinderman, P., & Wells, A. (2002). The role of metacognitive شیرین‌زاده دستگیری، ص.، گودرزی، م. ع.، رحیمی، چ.، و نظیری، ق. (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسشنامه فراشناخت ۳۰. *فصلنامه روانشناسی*، ۴۸، ۴۶۱-۴۴۵.
- صالحی فدردی، ج. (۱۳۷۳). اثر تعدد نقش‌ها و رضایت آن‌را در اعتماد به نفس و استرس در معلمان زن (پایان‌نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد). دانشگاه تربیت مدرس، تهران.
- صمدی‌فرد، ح. ر.، و نریمانی، م. (۱۳۹۶). نقش باورهای فراشناختی و اجتناب شناختی در پیش‌بینی سلامت عمومی سالمندان. *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۳(۳)، ۱۰-۱.
- عاشوری، ا.، و کیلی، ی.، بن‌سعید، س.، و نوعی، زهرا (۱۳۸۸). باورهای فراشناختی و سلامت عمومی در دانشجویان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۱(۴۱)، ۲۰-۱۵.
- عظیمی، م.، شاکری، م.، نوری، ر.، و حاتمی، م. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر درمان فراشناختی در کاهش اضطراب امتحان و تغییر باورهای فراشناختی دانش‌آموزان سال سوم و چهارم متوسطه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۳(۳)، ۵۹۱-۶۰۰.
- قادری، ش.، صحاف، ر.، محمدی شاه‌بلاغی، ف.، انصاری، غ.، قرنجیک، ع.، اشرفی، ک.، ... نجفی، ف. (۱۳۹۱). برآورد میزان شیوع افسردگی و عوامل فردی مرتبط با آن در سالمندان کرد مقیم منزل در سال ۱۳۸۹. *فصلنامه سالمند*، ۲۴، ۵۷-۶۶.
- قیطانچی، ص.، و ابراهمی‌مقدم، ح. (۱۳۹۵). پیش‌بینی شادکامی بر اساس الگوی پنج عاملی شخصیت و باورهای فراشناخت در سالمندان. *فصلنامه روانشناسی پیری*، ۲(۱)، ۲۲-۱۳.
- گل‌پرور، م.، و صفری، ح. (۱۳۹۵). بررسی قدرت باورهای فراشناختی معیوب برای پیش‌بینی نگرش‌های ناکارآمد در بیماران قلبی-عروقی سالمند و غیرسالمند. *مجله سالمندی ایران*، ۱۱(۱)، ۶۳-۵۲.
- نجات، س.، منتظری، ع.، هلاکویی نایینی، ک.، کاظم، م.، و مجدزاده، ر. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: (WHOQOL-BREF) ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱۲-۱.
- یوسفی افراشته، م.، و شریفی، ک. (۱۳۹۴). رابطه افسردگی، تئیدگی ادراک‌شده و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی سالمندان. *فصلنامه روانشناسی پیری*، ۱(۲)، ۱۰-۱.

## References

- Ballard S. M., Jenkins C., Savut N. Y., McKinnon W. H., Carroll K. E., & Escott

- beliefs in auditory hallucinations. *Personality and Individual Differences*, 32(8), 1351-1363.
- Mennin, D. S., McLaughlin, K. A., & Flanagan, T. J. (2009). Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *Journal of anxiety disorders*, 23(7), 866-871.
- Palmer, E. C., David, A. S., & Fleming, S. M. (2014). Effects of age on metacognitive efficiency. *Consciousness and Cognition*, 28, 151-60.
- Papageoryiou, C., & Wells, A. (Eds.). (2004). *Depressive nomination: Nature, therapy and treatment*. Chichester, UK: Wiley.
- Puchalski, C. H. M. (2015). Spirituality in Geriatric Palliative Care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 31(2), 252-245.
- Roelofs, J., Onckels, L., & Muris, P. (2013). Attachment Quality and Psychopathological Symptoms in Clinically Referred Adolescents: The Mediating Role of Early Maladaptive Schema. *Journal of Child and Family Studies*, 22(3), 377-385.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13(2), 299-310.
- Spada, M. M., Mohiyeddini, C., Wells, A. (2008). Measuring metacognitions associated with emotional distress: Factor structure and predictive validity of the Metacognitions Questionnaire 30. *Personality and Individual Differences*, 45(3), 238-242.
- Spasojevic, J., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Maccoun, D., & Robinson, M. S. (2004). *Reactive rumination: outcomes, mechanisms, and developmental antecedents*. Chichester, UK: Wiley.
- Varkal, M. D., Yalvac, D., Tufan, F., Turan, S., Cengiz, M., & Emul, M. (2013). Metacognitive differences between elderly and adult outpatients with generalized anxiety disorder. *European Geriatric Medicine*, 4(3), 150-153.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy*, 32(1), 85-102.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11), 881-888.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons. LTD.
- Wells, A. (2007). Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 18-25.
- Wells A. (2010). *Metacognitive Therapy for anxiety and depression*. Guilford Press.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 301-320.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford press.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 385-396.
- World Health Organization (WHO). (2011). 10facts on ageing and the life course. [Cited 2011 Jun. 20]. Available from: URL:<http://www.who.int/topics/ageing/en/htm>.
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL, measuring quality of life*. WHO publication.