

## مقایسه باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی در سالمندان با و بدون رفتارهای دینی

سیده هایده کریمی یوسفی  
دانشگاه گیلان

دکتر عباس ابوالقاسمی  
دانشگاه گیلان

بهنام خشنودیای چماچایی ✉  
دانشگاه محقق اردبیلی

پذیرش: ۱۳۹۴/۰۶/۲۵

دریافت: ۱۳۹۴/۰۳/۲۷

هدف پژوهش حاضر، مقایسه‌ی باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی در سالمندان با و بدون رفتارهای دینی بود. در این پژوهش علی-مقایسه‌ای از نوع گذشته‌نگر، جامعه‌ی آماری پژوهش را کلیه‌ی سالمندان شهر اردبیل تشکیل می‌دادند. نمونه‌ی این پژوهش شامل ۲۳۵ سالمند (۱۱۲ سالمند بدون رفتار دینی و ۱۲۳ سالمند دارای رفتار دینی) بودند که به صورت در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های رفتار دینی نیلسن، فراشناخت ولز و کارترایت هاتون و نارسایی شناختی برادینت و همکاران استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که میانگین نمرات مؤلفه‌های اعتماد شناختی، باورهای مثبت در مورد نگرانی و خودآگاهی شناختی در سالمندان دارای رفتارهای دینی از افراد بدون رفتارهای دینی به طور معنی‌داری کمتر است ( $P < 0/01$ ). اما بین میانگین نمرات باورهای منفی و نیاز به کنترل افکار در سالمندان با و بدون رفتارهای دینی تفاوت معنی‌داری بدست نیامد. همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که میانگین نمرات نارسایی‌های شناختی و مؤلفه‌های آن (حواس‌پرتی، مشکلات حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی) در سالمندان دارای رفتارهای دینی به طور معنی‌داری کمتر است ( $P < 0/01$ ). این یافته‌ها بیان می‌کند که سالمندان دارای رفتارهای دینی کم، مشکلات بیشتری در زمینه‌ی باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی تجربه می‌کنند. این نتیجه‌ی تلویحات مهمی در زمینه‌ی بهداشت روانی سالمندان دارد.

کلیدواژه‌ها: باورهای فراشناخت، نارسایی‌های شناختی، رفتارهای دینی، سالمندان

توسعه می‌باشد (درویش‌پورکاخکی، عابدسعیدی، دلاور، و سعیدالذاکرین، ۱۳۹۱). سالمندان (جمعیت ۶۰ سال و بالاتر)، بیشترین نرخ رشد جمعیتی را در دنیا در مقایسه با سایر گروه‌ها دارند. انتظار می‌رود بر این اساس، جمعیت سالمندان دنیا تا سال ۲۰۵۰ به سه برابر سال ۲۰۰۰ افزایش پیدا کند و به دو میلیارد سالمند برسد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱). جمعیت سالمندان ایران از ۸ درصد کنونی به ۲۲ درصد در سال ۱۴۲۵ افزایش پیدا خواهد کرد (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۶؛ به نقل از فرهادی، عیبداوی، موحدی، رحیمی، و مبشر، ۱۳۹۴). در سال‌های اخیر متخصصین سالمندی، به طور خاص به تأثیرهای سر

سالمندی پدیده‌ای جهانی است که به عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های اجتماعی و رفاهی کشورهای در حال

---

عباس ابوالقاسمی، استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران؛ سیده هایده کریمی یوسفی، دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشکده‌ی ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران؛ بهنام خشنودیای چماچایی، کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به بهنام خشنودیای چماچایی، کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران باشد.

پست الکترونیکی: behnam\_khoshnoodnia@yahoo.com

فعالیت‌های شناختی یکی از مهم‌ترین فرایندهای عالی ذهنی نیز در این سن در خطر بیشترین آسیب قرار می‌گیرد و در نتیجه شرایط لازم برای ابتلای فرد به مشکلات روان‌شناختی و شناختی فراهم می‌شود (مکاک، ریگی، و روچتی، ۲۰۰۴؛ دیکسون، بکمن و نیلسون، ۲۰۰۴؛ چیانگ و همکاران، ۲۰۰۹؛ سهرابی و همکاران، ۱۳۸۷). یکی از این مشکلات، نارسایی‌های شناختی<sup>۱</sup> است. نارسایی‌های شناختی با شکست فرد برای کامل نمودن تکلیف‌هایی که به طور طبیعی قادر به انجام و تکمیل آن‌ها است و نارسایی‌هایی مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی تعریف می‌شود (کاظمی و همکاران، ۱۳۸۸؛ نجاتی، ۱۳۸۸؛ والاس، ۲۰۰۴). افراد سالخورده گرچه توانایی خود را برای درک و فهمیدن موضوعات و موقعیت خود حفظ می‌کنند، اما ممکن است با فعالیت‌های نیازمند پاسخ سریع و دقیق مشکل داشته باشند. با اینکه بسیاری از محققان معتقدند مذهب، اشتباهات شناختی را کاهش داده و به احساس امنیت درونی منجر می‌شود. گروهی معتقدند که مذهب اثر درمانی و مقابله‌ای نیز دارد (کارون و بارون، ۲۰۰۱). رفتارهای دینی می‌توانند استرس و اضطراب فرد را کاهش دهند، به این صورت که این باورها و رفتارها شناخت فرد را به صورت مثبت تحت تأثیر قرار داده و نقش تعیین کننده‌ای در کاهش نارسایی‌های شناختی افراد ایفا می‌کنند. سطح بالای استرس می‌تواند باعث ترشح موادی در بدن انسان شود که به حافظه و شناخت افراد صدمه می‌زند (لوپین و همکاران، ۲۰۰۵). نتایج پژوهش کاتز، نوبلر، لایبل، استراوس و دارست (۲۰۰۲) نشان داد باورهای مذهبی و کارکردهای شناختی رابطه معناداری دارند. کارون و بارون (۲۰۰۱) طی پژوهشی نشان دادند رفتارهای دینی با نارسایی‌های شناختی افراد ارتباط داشته و زمانی که رفتارهای دینی تضعیف می‌شوند سلامت روانی تحت تأثیر قرار گرفته و فرد نارسایی‌های شناختی بیشتری را تجربه می‌کند. بارت، پاتوک-پکهام، هاتچینسون و ناگوشی (۲۰۰۵) نیز نشان داده‌اند که جهت‌گیری‌های مذهبی، جهت‌گیری‌های شناختی و رفتاری را تحت تأثیر قرار می‌دهند. سیو و کوهن (۲۰۰۷) رابطه منفی معناداری بین شناخت‌های وسواسی و مذهب درونی به دست آورده‌اند. کرسنتینیو، کالین، ساچس اریکسون و بلازر (۲۰۰۹) نشان

و کار داشتن با مذاهب بر سلامتی و سلامت روانی متمرکز شده‌اند. این امر احتمالاً ناشی از دانشی است که نشان داده مذهب، هم به عنوان یک نهاد اجتماعی و هم به عنوان یک منبع معنابخش به ویژه برای سالمندان می‌تواند مفید باشد (کوئینگ، وینر، پترسون، میدور و کیفی، ۱۹۹۷). تاریخ نشان می‌دهد که دین‌ورزی، قدمتی بسیار طولانی دارد. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که مذهب جزء لاینفک زندگی بشری در تمام اعصار بوده است (احمدی، فتحی‌آشتیانی، و عرب‌نیا، ۱۳۸۵). ویل دورانت معتقد است دین به اندازه‌ای غنی، فراگیر و پیچیده است که هیچ دوره‌ای در تاریخ بشر، خالی از اعتقاد دینی نبوده است. این که حتی یک انسان بی‌اعتقاد به دین، در شرایط نامطمئن بحران روحی و درماندگی به طور ناهشیار به خدا و نیروهای ماوراءالطبیعی می‌اندیشد و از او استمداد می‌طلبد، پدیده‌ی ثابت شده‌ای است (خدایپناهی و خوانین‌زاده، ۱۳۷۹). مذهب مدت‌ها به عنوان یک تابوی بزرگ در روان‌شناسی مطرح بود، اما برخی شواهد مربوط به سالمندانی که در سطوح بالای مذهب بودند، نیاز به جستجو درباره‌ی منشأ، ساختار، کنش‌ها و نتایج متنوع و گسترده فرایندهای شناختی، عاطفی و رفتاری افراد را در اواخر زندگی مطرح ساخت. افزون بر این، برخی مطالعات دقیقاً کنترل شده، درباره‌ی تندرستی و سلامت، سودمندی تأثیرهای مذهبی بودن افراد مسن را نشان داد (مک فادن، ۱۹۹۸). در سال‌های اخیر متخصصین سالمندی، به طور خاص به تأثیرهای سر و کار داشتن با مذاهب بر سلامتی و سلامت روانی متمرکز شده‌اند. این امر احتمالاً ناشی از دانشی است که نشان می‌دهد مذهب، هم به عنوان یک نهاد اجتماعی و هم به عنوان یک منبع معنابخش به ویژه برای سالمندان می‌تواند مفید باشد (حاجی زاده میمندی و برغمندی، ۱۳۸۹). در این خصوص تحقیقات نیز نشان داده‌اند که باورهای مذهبی بیشترین نقش را در پیش‌بینی سلامت روانی دارند (احمدی و شاه‌محمدی، ۲۰۱۵). نتایج پورعاشوری و راسخی (۲۰۱۶) نشان داد که بین مذهب و سلامت روانی ارتباط معناداری وجود دارد. پایوا، پایوا، یدوراجالینگام، و هوی (۲۰۱۴) طی پژوهشی دریافتند که دستورات دینی و مراسم مذهبی با ارتقای کیفیت زندگی ارتباط مثبت معناداری دارد. حسوندعموزاده (۱۳۹۴) نیز نشان داد گرایش و عواطف دینی، باور دینی و شناخت دینی می‌توانند کیفیت زندگی را تبیین کنند.

<sup>۱</sup> cognitive failures

دادند که شرکت در مراسم مذهبی با کاهش نارسایی شناختی رابطه منفی معناداری دارد. ژانگ (۲۰۱۰) طی پژوهشی در سالمندان چینی نشان داد که بین مشارکت مذهبی و نارسایی شناختی ارتباط منفی معناداری وجود دارد. به طوری که شرکت در مراسم مذهبی در سالمندان موجب شادی و خوش‌بینی شده و درگیری در فعالیت‌های با تحریک شناختی بیشتر را به همراه دارد. ابوالقاسمی، کیامرثی و آق (۱۳۹۰) نشان دادند که رفتارهای دینی و خودآگاهی با نارسایی‌های شناختی رابطه معناداری دارند. همچنین خودآگاهی و رفتارهای دینی ۱۶ درصد از واریانس نارسایی‌های شناختی میانسالان را تبیین می‌کند و در واقع بیانگر آن است که سطح بالای رفتارهای دینی و خودآگاهی، نارسایی‌های شناختی را کاهش می‌دهد. سو و همکاران (۲۰۱۴) طی پژوهشی در خصوص عوامل پیش‌بینی کننده نارسایی شناختی در سالمندان، نشان دادند که سطوح پایین گرایش‌های مذهبی ارتباط معناداری با نارسایی شناختی در زنان سالمند دارد.

یکی دیگر از عواملی که می‌تواند با مذهب مرتبط باشد، فراشناخت است. فراشناخت، سطح بالای عملکرد شناختی است که می‌تواند به عنوان هر نوع آگاهی یا فرایند شناختی تعریف شود و به آگاهی دهنده‌گی و یا کنترل هر جنبه از شناخت اشاره دارد (ماسز و بیرد، ۱۹۹۹؛ به نقل از وارگرز، سندرا و بناویدز، ۲۰۱۲). در واقع دانش فراشناختی به تعامل باورها و دانش ذخیره شده در حافظه‌ی عملکرد شخصی فرد، انجام وظایف و انتخاب راهبردها اشاره دارد (فالول، میلر و میلر، ۱۹۹۳؛ اسپرلینگ، هوارد، استالی و دوبویس، ۲۰۰۴؛ به نقل از روزنزویگ، کراوز و مونتگو، ۲۰۱۱). فراشناخت، به واسطه تأثیر دانش و راهبردهای فراشناختی روی تغییر باورها و نیز تعبیر و تفسیر نشانه‌های ویژه مانند افکار مزاحم، بر پردازش هیجانی و واکنش‌های مربوط به آسیب، تأثیر می‌گذارد. انگاره‌ی اصلی در این رویکرد، این است که باورها در اختلال‌های روان‌شناختی از مؤلفه‌های فراشناختی تشکیل می‌شود که کنش‌وری تفکر و سبک مقابله را هدایت می‌کند و از آن تأثیر می‌پذیرد (دیوی و ولز، ۲۰۰۰؛ به نقل از عطادخت، شیخ الاسلامی، حسینی‌کیاسری و جوکارکمال‌آبادی، ۱۳۹۴). اونز-اوزکان (۲۰۰۷) نشان دادند افراد با رفتارهای دینی بالا نسبت به افراد بدون رفتارهای دینی، در تصمیم‌گیری‌های کنونی خود، آینده را بیشتر مد نظر قرار می‌دهند. مک‌کالوگ و

ویلویی (۲۰۰۹) معتقد هستند برخی از تأثیرات مذهب بر سلامتی، بهزیستی و رفتارهای اجتماعی ممکن است نتیجه تأثیر مذهب بر خودکنترلی و خودتنظیمی باشد. همچنین مذهب می‌تواند خودکنترلی را افزایش می‌دهد و نظارت بر خود را تسهیل و تقویت می‌کند. کول، مک‌کالوگ، کوهل و رلوفسما (۲۰۱۰) نشان دادند که مذهب به صورت خودکار یا ضمنی با خودتنظیمی مرتبط است. جاوید، علوی و فضیلت‌پور (۲۰۱۵) نشان دادند بین تعهدات و رفتارهای دینی و فراشناخت رابطه معناداری وجود دارد و رفتارهای دینی، خرده پرسش‌نامه‌های فراشناخت (شناخت و عاطفه) را پیش‌بینی می‌کند. در مجموع، سالمندان به عنوان قشری آسیب‌پذیر و رو به افزایش، نیازمند توجه ویژه می‌باشند و بررسی متغیرهای روان‌شناختی از این حیث حایز اهمیت است که می‌تواند منجر به راهکارهایی برای بهزیستی بیشتر آنان گردد. با توجه به برجسته نشدن اهمیت میزان رفتارهای دینی در سالمندان و ارتباط آن با باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی، هدف این پژوهش تعیین مقایسه‌ی باورهای فراشناختی و نارسایی‌های فراشناختی در سالمندان با و بدون رفتارهای دینی می‌باشد.

## روش

### طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. در این پژوهش باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی در سالمندان با و بدون رفتارهای دینی بررسی شدند. جامعه آماری این پژوهش را کلیه سالمندان شهر اردبیل در سال ۱۳۹۳ تشکیل می‌دهند. ابتدا ۴۲۲ سالمند بالای ۶۵ در یک دوره زمانی سه ماهه (فصل تابستان ۱۳۹۴) به صورت در دسترس انتخاب شدند. سپس ۱۱۲ نفر سالمندان دارای یک انحراف معیار پایین میانگین در پرسش‌نامه رفتار دینی به عنوان افراد بدون رفتارهای دینی و ۱۲۳ سالمند دارای یک انحراف معیار بالای میانگین در پرسش‌نامه رفتار دینی به عنوان افراد دارای رفتاری دینی شناسایی شدند. میانگین (و انحراف معیار) سنی آزمودنی‌ها ۶۹/۲۳ (۶/۷۵) می‌باشد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: دامنه سنی ۶۶ تا ۷۵ سال، تحصیلات حداقل دبیرستان، متاهل بودن و فقدان بیماری جسمی یا روانی مزمن. ملاک‌های خروج نیز شامل: داشتن سن پایین‌تر از ۶۶ سال و بالاتر از ۷۵ سال،

تحصیلات پایین‌تر از دبیرستان، مجرد یا مطلقه بودن و ابتلا به بیماری جسمی یا روانی مزمن.

### ابزار

**پرسش‌نامه رفتار دینی.** پرسش‌نامه رفتار دینی توسط نیلسن (۱۹۹۵) با روش تحلیل عوامل ساخته شده است. این پرسش‌نامه ۲۳ آیتم دارد و آزمودنی به این آیتم‌ها با یک مقیاس پنج درجه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) پاسخ می‌دهد. این مقیاس چهار مؤلفه رفتارهای دینی فردی، مراسم دینی، رفتار علمی و ایمان را می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ کلی این پرسش‌نامه و مؤلفه‌های رفتارهای دینی فردی، مراسم دینی، رفتار علمی و ایمان به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۸، ۰/۸۸، ۰/۸۹ و ۰/۹۵ گزارش شده است. همچنین ضریب همبستگی پرسش‌نامه رفتار دینی با مقیاس سنگدلی ( $r = -0/33$ ) و مقیاس دلسوزی ( $r = 0/28$ ) معنی‌دار می‌باشد (نیلسن، ۱۹۹۵). در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ بدست آمد.

**پرسش‌نامه فراشناخت.** فرم کوتاه پرسش‌نامه فراشناخت توسط ولز و کارترایت-هاتون (۲۰۰۴) مورد تجدید نظر قرار گرفته و دارای ۳۰ آیتم است. آزمودنی به این آیتم‌ها به صورت چهارگزینه‌ای (موافقم، تا حدی موافقم، به طور متوسط موافقم و خیلی موافقم) پاسخ می‌دهد و این گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳ و ۴ نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات این پرسش‌نامه بین ۳۰ تا ۱۲۰ می‌باشد. این پرسش‌نامه ۵ باور فراشناختی را که شامل باورهای مثبت در مورد نگرانی، اعتماد شناختی، خودآگاهی شناختی، باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری افکار و خطر و باورهایی در مورد نیاز به کنترل افکار می‌باشد، مورد ارزیابی قرار می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از یک ماه) این مقیاس به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۷۸ گزارش شده است. ضریب همبستگی این آزمون با پرسش‌نامه اضطراب صفت- حالت اسپیرگر ( $r = 0/53$ )، پرسش‌نامه نگرانی حالت پن ( $r = 0/54$ ) و پرسش‌نامه اختلال وسواس فکری پادوا ( $r = 0/49$ ) معنی‌دار می‌باشد ( $P < 0/01$ ). ضریب همسانی درونی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و اعتبار بازآزمایی این آزمون در فاصله چهار هفته ۰/۷۸ به دست آمده است. ابراهیم‌زاده (۱۳۸۵) به منظور اعتباریابی پرسش‌نامه فراشناخت، ضریب همسانی درونی این پرسش‌نامه را در مطالعه‌ای ۰/۸۳ گزارش کرد.

ضریب همبستگی این آزمون را با پرسش‌نامه کمال‌گرایی ۰/۳۸ و پرسش‌نامه بلاتکلیفی ۰/۶۵ به دست آورد. همچنین نتایج وی نشان داد میانگین نمرات فراشناخت در بیماران اضطرابی، نسبت به افراد سالم به طور معناداری بیشتر است ( $P < 0/01$ ). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۸۱ می‌باشد.

**پرسش‌نامه نارسایی‌های شناختی.** پرسش‌نامه نارسایی‌های شناختی در سال ۱۹۸۲ توسط برادنت، کوپر، فیتزجرالد و پارکر ساخته شده است. این مقیاس ۲۴ ماده دارد و آزمودنی به این آیتم‌ها به صورت یک مقیاس پنج درجه‌ای (از هرگز تا همیشه) پاسخ می‌دهد. این پرسش‌نامه چهار مؤلفه دارد که عبارتند از: حواس‌پرتی، نارسایی‌های 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) ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۹۲ بدست آورد. ضریب همبستگی بین این پرسش‌نامه و پرسش‌نامه سلامت روانی ۰/۴۱ - گزارش شده است ( $P < 0/001$ ).

### روش اجرا

در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات، ابتدا سالمندان مورد مطالعه مشخص شدند. سپس اهداف تحقیق برای هر یک از آزمودنی‌ها توضیح داده شد و پرسش‌نامه رفتار دینی، پرسش‌نامه فراشناخت و پرسش‌نامه نارسایی‌های شناختی به ترتیب در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و از آنها خواسته شد که به دقت سوالات را مطالعه نموده و پاسخ‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب نمایند و سوالی را تا حد امکان بی‌جواب نگذارند. ابتدا سالمندانی که یک انحراف معیار بالای میانگین در پرسش‌نامه رفتار دینی کسب کرده بودند به عنوان افراد بدون رفتارهای دینی و افرادی که یک انحراف معیار بالای میانگین کسب کرده بودند به عنوان سالمندان دارای رفتارهای دینی در نظر گرفته شدند. سپس داده‌های مربوط به باورهای فراشناختی و نارسایی شناختی در دو گروه سالمند با روش تحلیل واریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین نمرات باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی در سالمندان با و بدون رفتارهای دینی ارائه شده است.

جدول ۱

میانگین نمرات باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی در سالمندان با و بدون رفتارهای دینی

بدون رفتارهای دینی		با رفتارهای دینی		متغیر
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
<b>باورهای فراشناختی</b>				
۳/۸۴	۱۱/۹	۳/۶۱	۱۳/۸۸	اعتماد شناختی
۴/۱۲	۱۴/۶۲	۴/۲۷	۱۴/۹۱	باورهای مثبت
۳/۷۹	۱۷/۵۸	۴/۵۵	۱۷/۶۲	خودآگاهی شناختی
۴/۱۸	۱۴/۳۹	۴/۸۲	۱۵/۹	باورهای منفی
۳/۰۱	۱۴/۶۷	۵/۶۵	۱۶/۱۴	نیاز به کنترل افکار
۱۳/۹۷	۴۹/۸۶	۱۳/۲۷	۵۵/۷۵	کل
<b>نارسایی شناختی</b>				
۶/۰۶	۱۲/۵۴	۲/۶۹	۱۲/۳۷	حواس‌پرتی
۳/۳۹	۱۱/۹	۱/۹۶	۱۳/۵۹	مشکلات حافظه
۳/۶۲	۱۲/۷۳	۲/۱۲	۱۳/۵۸	اشتباهات سهوی
۱/۳۳	۹/۸۳	۱/۱۹	۹/۰۵	عدم یادآوری اسامی
۱۱/۴۱	۴۷/۰۱	۵/۵۲	۵۱/۶	کل

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری، پیش فرض همگنی واریانس با آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج، پیش فرض همگنی واریانس‌ها در باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی دو گروه تأیید شد. این آزمون برای هیچ کدام از متغیرها معنی‌دار نبود، در نتیجه استفاده از آزمون‌های پارامتریک بلامانع شناخته شد.

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) را مجاز می‌شمارند. این نتایج نشان می‌دهد که بین گروه‌های مورد مطالعه حداقل در یکی از مؤلفه‌های باورهای فراشناختی ( $F=4/23$ ,  $P=0/01$ )

معنی‌دار وجود دارد ( $P=0/001$ ,  $F=8/46$ ) و نارسایی‌های شناختی تفاوت لامبدای ویلکز) مجذور اتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است) نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به مؤلفه‌های باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی در مجموع معنی‌دار است و میزان این تفاوت بر اساس آزمون لامبدای ویلکز به ترتیب به ترتیب  $0/079$  و  $0/121$  درصد است، یعنی حدود  $7/9$  و  $12/1$  درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تأثیر متقابل مؤلفه‌های باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی می‌باشد.

## جدول ۲

آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) باورهای فراشناختی در سالمندان با و بدون رفتارهای دینی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذوراتا
اعتماد شناختی	۲۴۴/۹۶	۱	۲۴۴/۹۶	۱۳/۵۹	۰/۰۰۶	۰/۰۵۳
باورهای مثبت	۱۴۱/۶۷	۱	۱۴۱/۶۷	۸/۳۵	۰/۰۰۴	۰/۰۳۲
خودآگاهی شناختی	۱۳۳/۰۹	۱	۱۳۳/۰۹	۶/۹۳	۰/۰۰۹	۰/۰۲۷
باورهای منفی	۵/۲۷	۱	۵/۲۷	۰/۳۰	۰/۵۸	۰/۰۱
نیاز به کنترل افکار	۰/۱۵	۱	۰/۱۵	۰/۱۸	۰/۹۲	۰/۰۰۵

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که میانگین نمرات مؤلفه‌های اعتماد شناختی، باورهای مثبت در مورد نگرانی و خودآگاهی شناختی در سالمندان دارای رفتارهای دینی از

سالمندان بدون رفتارهای دینی به طور معنی‌داری کمتر است ( $P < 0/01$ ). در صورتی که بین میانگین نمرات باورهای فراشناختی در سالمندان با و بدون رفتارهای دینی تفاوت معنی‌داری بدست نیامد.

## جدول ۳

آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) نارسایی‌های شناختی در سالمندان با و بدون رفتارهای دینی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذوراتا
حواس‌پرتی	۴۹۹/۰۹	۱	۴۹۹/۰۹	۲۱/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۰۷۸
مشکلات حافظه	۱۷۹/۴۵	۱	۱۷۹/۴۵	۲۲/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۰۸۱
اشتباهات سهوی	۴۵/۱۵	۱	۴۵/۱۵	۴/۸۶	۰/۰۳	۰/۰۱۹
عدم یادآوری اسامی	۳۷/۳۷	۱	۳۷/۳۷	۲۲/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۰۸۴

همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که بین میانگین نمرات نارسایی‌های شناختی و مؤلفه‌های آن (حواس‌پرتی، مشکلات حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی) در سالمندان با و بدون رفتارهای دینی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، میانگین نمرات نارسایی‌های شناختی و مؤلفه‌های آن (حواس‌پرتی، مشکلات حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی) در سالمندان با رفتارهای دینی به طور معنی‌داری کمتر است ( $P < 0/01$ ).

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، مقایسه‌ی باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی در سالمندان با و بدون رفتارهای دینی بود. بر اساس یافته‌های این پژوهش، میانگین نمرات مؤلفه‌های اعتماد شناختی و باورهای مثبت در مورد نگرانی در سالمندان دارای رفتارهای دینی از سالمندان دارای

رفتارهای دینی پایین به طور معنی‌داری کمتر است ( $P < 0/01$ ). این نتایج در راستای یافته‌های پژوهشی اونر و اوزکان (۲۰۰۷)، مک‌کالوگ و ویلوگی (۲۰۰۹)، کول و همکاران (۲۰۱۰) و جاوید و همکاران (۲۰۱۵) قرار دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت در افراد با رفتارهای دینی، جنبه‌ی کنترل نیابتی مطرح است و فرد ناتوان با اتصال به کمک و مشیت خداوند متعال احساس قوی بودن می‌کند و مطمئن می‌شود که با در نظر گرفتن خداوند بر حوادث غالب خواهد آمد و پشتش به خدا گرم خواهد بود؛ از طرفی دیگر بحث توکل به خداوند متعال به کنترل تفسیری ارتباط پیدا می‌کند؛ چون فرد متوکل در تعبیر و تفسیر پدیده‌ها همیشه خداوند دانا و حکیم مشفق و خیرخواه را به همراه دارد و اگر حادثه‌ای ناگوار برایش پیش آید با دید عارفانه به آن نگریسته و آن را خیر تلقی می‌کند

باورهای فراشناختی، اقتضای سن سالمندان با رفتارهای دینی و بدون رفتارهای دینی می‌باشد.

همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که بین میانگین نمرات نارسایی‌های شناختی و مؤلفه‌های آن (حواس‌پرتی، مشکلات حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی) در سالمندان با و بدون رفتارهای دینی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، میانگین نمرات نارسایی‌های شناختی و مؤلفه‌های آن (حواس‌پرتی، مشکلات حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی) در سالمندان با رفتارهای دینی به طور معنی‌داری کمتر است ( $P < 0/01$ ). این نتایج در راستای یافته‌های پژوهشی کارون و بارون (۲۰۰۱)، کاتز و همکاران (۲۰۰۲)، بارت و همکاران (۲۰۰۵)، کرسنتینیو و همکاران (۲۰۰۹)، ژانگ (۲۰۱۰)، سو و همکاران (۲۰۱۴) و ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۹۰) قرار دارد. در مورد پایین بودن نمرات نارسایی شناختی در سالمندان با رفتارهای دینی می‌توان بیان داشت که با توجه به شیوه تبیین مثبت از رویدادها و مقابله با مشکلات زندگی در افرادی که رفتارهای دینی دارند، این احتمال وجود دارد که این افراد در رویارویی با مشکلات زندگی و فشارها، فعال‌تر شده و برای حل مشکل خود بیشتر تلاش کرده و در نتیجه سلامت روانی آن‌ها نیز افزایش یابد (ابوالقاسمی و همکاران، ۱۳۹۰). همچنین افراد با رفتارهای دینی بیشتر به سلامت خود اهمیت می‌دهند. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد افرادی که نمرات بالایی در رفتارهای دینی کسب کردند به احتمال کمتری الکل می‌نوشند، سیگار می‌کشند و به احتمال بیشتری کمربند ایمنی خود را می‌بندند و با دندانپزشک خود ملاقات می‌کنند (هیل، بوردت، ایسون و مسیک، ۲۰۰۶؛ اسلام و جانسون، ۲۰۰۳؛ شمولی و تمیر، ۲۰۰۷؛ والاس و فورمن، ۱۹۹۸). همچنین مک‌کالوگ، هویت، لارسون، کوئینگ و تورسن (۲۰۰۰) نشان دادند افرادی با رفتارهای دینی بالاتر، ۲۹ درصد بیشتر از رفتارهای دینی پایین عمر می‌کنند و پاول، شهبابی و تورسن (۲۰۰۳) نیز نشان دادند حضور در مراسم مذهبی با کاهش ۲۵ درصدی در مرگ و میر همراه است. در پژوهشی دیگر کارون و بارون (۲۰۰۱) دریافتند رفتارهای دینی با نارسایی‌های شناختی افراد ارتباط داشته و زمانی که رفتارهای دینی تضعیف می‌شوند سلامت روانی تحت تأثیر قرار گرفته و فرد نارسایی‌های شناختی بیشتری را

(غباری بناب، ۱۳۸۸). در واقع رفتارهای دینی در رابطه فرد با خدا مطرح است که این رابطه در اعمال انسان تأثیر داشته و رابطه فرد با خدا را نمایان می‌سازد. همچنین افراد با رفتارهای دینی رابطه خویش با خدا را از طریق دعا، استعاذه، انجام فریض و مستحبات نشان می‌دهند و در این نوع رابطه تلویحاً پیش‌فرض‌هایی را پذیرفته است که مهم‌ترین آن‌ها باور و ایمان به قدرت، حکمت و شفقت خداوند به بندگانش می‌باشد (یوسفی، ۱۳۹۴). در واقع می‌توان گفت رفتارهای دینی، با ایجاد تغییراتی در باورها، کنش‌وری تفکر و سبک مقابله را هدایت می‌کند و از آن تأثیر می‌پذیرد؛ از سویی در ادامه‌ی این تبیین می‌توان اذعان داشت که دین مبین اسلام همواره افراد را به سخت‌کوشی و انجام مسئولیت و توکل به خداوند متعال دعوت نموده است (خدایاری فرد، احمدپور، هدهدی و مؤمنی، ۱۳۹۱) پس این به دور از واقعیت نیست که افراد دارای رفتارهای دینی در اعتماد شناختی و باورهای مثبت در مورد نگرانی، نسبت به افراد بدون رفتارهای دینی نمرات کمتری داشته باشند.

نتایج دیگر پژوهش نشان داد که میانگین نمرات مؤلفه خودآگاهی شناختی در سالمندان با رفتارهای دینی از سالمندان بدون رفتارهای دینی به طور معنی‌داری کمتر است ( $P < 0/01$ ). این نتیجه با یافته‌های پژوهشی جاوید و همکاران (۲۰۱۵) همخوانی ندارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت به دلیل اهمیت مذهب در جامعه، آزمودنی‌ها به هنگام پاسخگویی به پرسش‌نامه، به بُعد عرفانی بیش از بُعد شناختی توجه نموده و آن را برجسته کردند تا تصویری مثبت‌تر از خود نشان دهند. همچنین نتایج پژوهش نشان داد بین میانگین نمرات باورهای فراشناختی در سالمندان با و بدون رفتارهای دینی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این نتیجه با یافته‌های اونر و اوزکان (۲۰۰۷)، مک‌کالوگ و ویلوگی (۲۰۰۹)، کول و همکاران (۲۰۱۰) و جاوید و همکاران (۲۰۱۵) ناهمخوان می‌باشد. این ناهمخوانی با در نظر گرفتن تفاوت سنی آزمودنی‌های مورد مطالعه در این پژوهش (سالمندان) با آزمودنی‌های پژوهش‌های ذکر شده (میانسالان) قابل تبیین است. به طوری که سالمندی با تغییرات قابل ملاحظه در حافظه، هوش، ادراک، فراشناخت، یادآوری، حل مسأله و سایر توانایی‌های شناختی همراه است (ابوالقاسمی و کیامرثی، ۱۳۸۸)، و مختل شدن

حاجی‌زاده‌میمندی، م.، و برغمندی، م. (۱۳۸۹). رابطه عمل به باورهای دینی و رضایت از زندگی در بین سالمندان. *مجله سالمندی ایران*، ۵(۱۵)، ۸۷-۹۴.

حسنوند عموزاده، م. (۱۳۹۴). بررسی رابطه نگرش مذهبی و کیفیت زندگی در میان مددجویان سازمان بهزیستی. *مجله سلامت و بهداشت*، ۶(۵)، ۴۹۷-۴۸۸.

خدانپاهی، م. ک.، و خوانین‌زاده، م. (۱۳۷۹). بررسی نقش ساخت شخصیت در جهت‌گیری مذهبی دانشجویان. *مجله روانشناسی*، ۴(۲)، ۲۰۴-۱۸۵.

خداباری‌فرد، م.، احمدپورداریانی، م.، هدهدی، ب.، و مؤمنی، ل. (۱۳۹۱). بررسی رابطه‌ی دینداری با موفقیت کارآفرینان ایرانی. *فصلنامه توسعه کارآفرینی*، ۵(۴)، ۲۵-۷.

درویش‌پور کاخکی، ع.، عابدسعیدی، ژ.، دلاور، ع.، و سعیدالذاکرین، م. (۱۳۹۱). طراحی ابزار اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان. *مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم*، ۱۵(۱)، ۳۷-۳۰.

سهرابی، م. ب.، ذوالفقاری، پ.، مهدی‌زاده، ف.، آقایان، س. م.، قاسمیان‌آقمشهدی، م.، شریعتی، ز.، و خسروی، ا. (۱۳۸۷). بررسی مقایسه‌ای وضعیت شناختی و افسردگی سالمندان مقیم سرای سالمندان و ساکن منازل شخصی. *مجله دانش و تندرستی*، ۳(۲)، ۳۲-۲۷.

عطادخت، ا.، شیخ‌الاسلامی، ع.، حسینی‌کیاسری، ط.، و کمال‌آبادی، ن. (۱۳۹۴). نقش باورهای فراشناختی و هوش نابینایان در پیش‌بینی سازگاری اجتماعی و مقایسه‌ی آن با افراد عادی. *افراد/استثنایی*، ۵(۱۷)، ۱۶۶-۱۴۹.

غباری‌بناب، ب. (۱۳۸۸). *توکل به خدا به عنوان راهبرد حل مشکلات زندگی*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

کاظمی، ه.، قاسمی، س.، شریفی، ف.، فخرزاده، ح.، قادرپناهی، م.، میرعارفین، م.، و فروغان، م. (۱۳۸۸). ارتباط وضعیت شناختی و توانایی عملکردی در سالمندان آسایشگاه خیریه کهریزک. *مجله سالمندی ایران*، ۴(۱۲)، ۲۵-۱۶.

فرهادی، ع.، عبیداوی، ض.، موحدی، ی.، رحیمی، م.، و مبشر، ع. (۱۳۹۴). مقایسه و ارتباط حمایت اجتماعی و استرس با رضایت از زندگی در سالمندان شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۲. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۱۷(۲)، ۲۲-۱۴.

نجاتی، و. (۱۳۸۸). کارکردهای اجرایی شناختی قطعه پیشانی مغز در سالمندان. *مجله علوم رفتاری*، ۴(۱)، ۶۴-۵۹.

یوسفی، ن. (۱۳۹۴). تدوین و ارائه مدل مداخله‌ی توکل (مذهب محور) و مقایسه اثربخشی آن با مدل فراشناخت بر بهبود عملکرد خانواده کارکنان. *مجله روانشناسی بالینی*، ۷(۱)، ۱-۱۳.

تجربه می‌کند. در واقع از آنجا که فعالیت‌های مذهبی توانایی کاهش استرس را دارند و بدین نحو می‌توانند برای جلوگیری از نارسایی‌های شناختی مؤثر باشند، با حضور فرد در فعالیت‌های مذهبی، نوعی مشارکت اجتماعی روی می‌دهد و اضطراب و استرس از فرد رخت برمی‌بندد؛ سطح بالای استرس می‌تواند باعث ترشح موادی در بدن انسان شود که به حافظه و شناخت افراد صدمه می‌زنند (لوپین و همکاران، ۲۰۰۵).

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از پرسش‌نامه برای جمع‌آوری اطلاعات و مختص بودن نمونه به سالمندان شهرستان اردبیل می‌باشد. این مسأله محدودیت‌های را در تعمیم یافته‌ها به وجود می‌آورد، بنابراین باید در تعمیم آن به جامعه‌های دیگر احتیاط نمود و پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از ابزارهای دیگر غیر از پرسش‌نامه جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده نموده و در سایر مناطق کشور صورت گیرد تا بتوان در مورد تعمیم یافته‌های این پژوهش تصمیم‌گیری بهتری نمود.

**سیاسگزار.** بدینوسیله از تمامی افرادی که ما را در انجام این مطالعه یاری داده‌اند قدردانی می‌شود.

## منابع

ابراهیم‌زاده، ص. (۱۳۸۵). *بررسی مقایسه‌ای باورهای فراشناختی، ابعاد کمال‌گرایی و مهارت‌های حل مسأله با توجه به سطوح بلاتکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس، و استرس پس از سانحه و افراد بهنجار* (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل.

ابوالقاسمی، ع. (۱۳۸۶). *بررسی ارتباط باورهای فراشناختی و مذهبی با شکست‌های شناختی در میانسالان و سالمندان* [گزارش تحقیق]. دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل.

ابوالقاسمی، ع.، و کیامرثی، آ. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین فراشناخت و نارسایی‌های شناختی در سالمندان. *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۱(۱)، ۸-۱۵.

ابوالقاسمی، ع.، کیامرثی، آ.، و آق، ع. (۱۳۹۰). ارتباط رفتارهای دینی و خودآگاهی با نارسایی‌های شناختی در میانسالان. *روان‌شناسی و دین*، ۴(۴)، ۲۷-۴۱.

احمدی، خ.، فتحی‌آشتیانی، ع.، و عرب‌نیا، ع. ر. (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین تقییدات مذهبی و سازگاری زناشویی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۲(۵)، ۶۷-۵۵.

- Ahmadi, A., & Shahmohammadi, N. (2015). Studying the relationship between mental health, Spirituality and religion in female students of Tehran Azad University: south Branch. *Social and Behavioral Sciences*, 205, 236-241.
- Barrett, D. W., Patock-Peckham, J. A., Hutchinson, G. T., & Nagoshi, C. T. (2005). Cognitive motivation and religious orientation. *Personality and Individual Differences*, 38(2), 461-474.
- 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.
- Carone, D. A., & Barone, D. F. (2001). A social cognitive perspective on religious beliefs: their functions and impact on coping and psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 21(7), 989-1003.
- Chiang, K. J., Chu, H., Chang, H. J., Chung, M. H., Chen, C. H., Chiou, H. Y., & Chou, K. R. (2009). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(4), 380-388.
- Corsentino, E. A., Collins, N., Sachs-Ericsson, N., & Blazer, D. G. (2009). Religious attendance reduces cognitive decline among older women with high levels of depressive symptoms. *The Journal of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 64(12), 1283-1289.
- Dixon, R., Backman, L., & Nilsson, L. G. (2004). *New frontiers in cognitive aging*. London: Oxford University Press.
- Hill, T. D., Burdette, A. M., Ellison, C. G., & Musick, M. A. (2006). Religious attendance and the health behaviors of Texas adults. *Preventive Medicine*, 42, 309-312.
- Islam, S. M. S., & Johnson, C. A. (2003). Correlates of smoking behavior among Muslim Arab-American adolescents. *Ethnicity and Health*, 8, 319-337.
- Javid, S., Alavi, H. R., & Fazilat-Pour, M. (2015). The relationship between religious commitment with meta-cognitive skills and philosophical mindedness of the graduate students of Kerman city universities in the academic year 2011-2012. *Journal of Religion and Health*, 54(3), 943-953.
- Katz, G., Knobler, H. Y., Laibel, Z., Strauss, Z., & Durst, R. (2002). Time zone change and major psychiatric morbidity: The results of a 6-year study in Jerusalem. *Comprehensive Psychiatry*, 43(1), 37-40.
- Koole, S. L., McCullough, M. E., Kuhl, J., & Roelofsma, P. H. M. P. (2010). Why religion's burdens are light: From religiosity to implicit self-regulation. *Personality and Social Psychology Review*, 14, 95-107.
- Lupien, S. J., Fiocco A, Wan N, Maheu, F., Lord, C., Schramek, T., & Tu, M. T. (2005). Stress hormones and human memory function across the lifespan. *Psychoneuroendocrinology*, 30(3), 225-242.
- McCullough, M. E., & Willoughby, B. L. (2009). Religion, self-regulation, and self-control: Associations, explanations, and implications. *Psychological Bulletin*, 135(1), 69-93.
- McCullough, M. E., Hoyt, W. T., Larson, D. B., Koenig, H. G., & Thoresen, C. E. (2000). Religious involvement and mortality: A meta analytic review. *Health Psychology*, 19, 211-222.
- Mcfadden, S. H. (1998). *Religion and aging*. Oshkosh: University of Wisconsin.
- Mecacci, L., Righi, S., & Rocchetti, G. (2004). Cognitive failures and circadian typology. *Personality and Individual Differences*, 37(1), 107-113.
- Nielsen, M. E. (1995). Operational using religious orientation: Iron rods and compasses. *Journal of Psychology*, 129(5), 485-494.
- Oner-Ozkan, B. (2007). Future time orientation and religion. *Social Behavior and Personality*, 35, 51-62.
- Paiva, C. E., Paiva, B. S., Yennurajalingam, S., & Hui, D. (2014). The impact of religiosity and individual prayer activities on advanced cancer patients' health: is there any difference in function of whether or not receiving palliative anti-neoplastic therapy? *Journal of Religion and Health*, 53(6), 1717-1727.
- Pour Ashouri, F., & Rasekhi, S. (2016). Correlation between religious beliefs with mental health and academic performance in

- medical students. *International Electronic Journal of Medicine*, 5(1), 1-6.
- Powell, L. H., Shahabi, L., & Thoresen, C. E. (2003). Religion and spirituality: Linkages to physical health. *American Psychologist*, 58, 36-52.
- Rosenzweig, C., Krawec, J., & Montague, M. (2011). Meta-cognitive strategy use of eighth-grade students with and without learning disabilities during mathematical problem solving: a think-aloud analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 44(6), 508-520.
- Shmueli, A., & Tamir, D. (2007). Health behavior and religiosity among Israeli Jews. *Israeli Medical Association Journal*, 9, 703-707.
- Siev, J., & Cohen, A. B. (2007). Is thought action fusion related to religiosity? Differences between Christians and Jews. *Behaviour Research and Therapy*, 45(4), 829-837.
- Su, X., Shang, L., Xu, Q., Li, N., Chen, J., Zhang, L., ... Hua, Q. (2014). Prevalence and predictors of mild cognitive impairment in Xi'an: A community-based study among the elders. *PLOS One*, 9(1), 193-217.
- Vargas, M. L., Sendra, J. M., & Benavides, C. (2012). Metacognitive dysfunction in schizophrenia. *Schizophrenia in the 21 Century*, 87-102.
- 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. M., & Forman, T. A. (1998). Religion's role in promoting health and reducing risk among American youth. *Health Education and Behavior*, 25(6), 721-741.
- Wells, A., & Certwright-Hatton, S. (2004). A short form of metacognitions questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 385-396.
- World Health Organization (WHO). 10 facts on ageing and the life course. [Cited 2011 Jun. 20]. Zhang, W. (2010). Religious participation, gender differences, and cognitive impairment among the oldest-old in China. *Journal of Aging Research*, 7, 1-10.

## **Comparing Metacognitive Beliefs and Cognitive Failures in Older Adults With and Without Religious Behaviors**

**Abbas Abolghasemi, Ph.D**  
University of Guilan

**Seyedeh Haeadeh Karimi Yosefi**  
University of Guilan

**Behnam Khoshnoodnia Chomachaei** ✉  
University of Mohaghegh Ardebili

Received: 2015.06.17

Accepted: 2015.09.16

The purpose of the present study was to compare metacognitive beliefs and cognitive failures in older adults with and without religious behaviors. The method of the present study was causal-comparative. The statistical society was comprised of all older adults in Ardebil. The study sample included 235 older adults (112 older adults without religious behaviors and 123 older adults with religious behaviors), chosen by convenience Sampling. Data were collected using the Broadbent, Cooper, Fitzgerald and Parkes, cognitive failures questionnaire, Nielsen, religious behavior questionnaire and Wells and Certwright-Hatton, and metacognition questionnaire. The results of Multivariate analysis of variance (MANOVA) showed that the average scores of the components of cognitive trust, positive beliefs about worry and self-awareness in older adults with religious behaviors were significantly lower than the older adults without religious behaviors ( $p < 0.01$ ). But, between the average scores of metacognitive beliefs there is no significant difference in older adults with religious behaviors high and low. Also, the results of Multivariate analysis of variance (MANOVA) showed that there is a significant difference between the average scores of cognitive failures and its components (distractibility, memory lapses, Blunders and forgetting people's names) in older adults with and without religious behaviors. In other words, average scores of the cognitive failures and its components (distractibility, memory lapses, Blunders and forgetting people's names) were significantly lower in older adults with religious behaviors ( $p < 0.01$ ). This finding has important implications are regards the mental health of older adults.

*Keywords:* metacognitive beliefs, cognitive failures, religious behaviors, older adults

Abbas Abolghasemi, full professor, Dept. of Psychology, University of Guilan, Rasht, I.R. Iran; Seyedeh Haeadeh Karimi Yosefi, Ph.D student in Psychology, Dept. of Psychology, University of Guilan, Rasht, I.R. Iran; Behnam Khoshnoodnia Chomachaei, M.A in Psychology, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardebili, Ardabil, I.R. Iran.

✉ Correspondence concerning this article should be addressed to Behnam Khoshnoodnia Chomachaei, M.A in Psychology, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardebili, Ardabil, I.R. Iran.

Email: behnam\_khoshnoodnia@yahoo.com