



پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی بر اساس اختلالات روان‌شناختی با واسطه‌گری فراشناخت در سالمندان

دکتر احمد برجلی

دانشگاه علامه طباطبائی

دکتر علی دلاور

دانشگاه علامه طباطبائی

✉ دکتر عبدالله معتمدی

دانشگاه علامه طباطبائی

دکتر فرامرز سهرابی اسمرود

دانشگاه علامه طباطبائی

یلدا تنگستانی

دانشگاه علامه طباطبائی

نارسایی‌های شناختی از جمله مشکلات شایع دوران سالمندی می‌باشد که طیف بسیار وسیعی از اختلالات شایع دوران سالمندی را به خود اختصاص داده است و چنین اختلالاتی می‌تواند به طور جدی بهزیستی روان‌شناختی، اجتماعی و فیزیکی آنها را تحت تأثیر قرار دهند. بنابراین هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی در سالمندان بر اساس اختلالات روان‌شناختی و با واسطه‌گری فراشناخت بود. پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود و جامعه آماری را کلیه سالمندان شهر تهران تشکیل دادند که ۳۰۰ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل چک‌لیست نشانه‌های روانی، نارسایی‌های شناختی برادینت و همکاران و فراشناخت ولز بود. برای تحلیل داده از روش‌های آماری تحلیل مسیر استفاده شد. نتایج نشان داد که متغیرهای مربوط به اختلالات روان‌شناختی یعنی وسواسی-اجباری، افسردگی، ترس مرضی، اضطراب و روان‌پریشی اثر مستقیم و معناداری بر روی نارسایی شناختی داشتند و متغیرهای شکایات جسمانی، حساسیت در روابط بین فردی و پرخاشگری اثر مستقیم و معناداری بر نارسایی شناختی در سالمندان نداشتند. همچنین بررسی اثرهای غیر مستقیم نشان داد که فراشناخت نقش واسطه‌ای در پیش‌بینی نارسایی شناختی در سالمندان دارد ($P < 0.01$). بر اساس یافته‌های این مطالعه، متغیرهای اختلالات روان‌شناختی مستقیم و همچنین با واسطه‌گری فراشناخت می‌توانند نارسایی‌های شناختی در سالمندان را پیش‌بینی کنند. بنابراین مداخلات کمک‌کننده می‌تواند گروه‌های آسیب‌پذیر نسبت به نارسایی‌های شناختی را شناسایی کرده و توصیه‌های لازم برای فهم علل و سبب‌شناسی، مشاوره و پیشگیری از نارسایی‌های شناختی را در اختیار متخصصان قرار دهد.

دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۲۵

پذیرش: ۱۳۹۸/۰۵/۲۸

کلیدواژه‌ها: نارسایی شناختی، فراشناخت، اختلالات روان‌شناختی، سالمندی

نحوه ارجاع‌دهی به مقاله:

معتمدی، ع. ا.، برجلی، ا.، سهرابی اسمرود، ف.، و تنگستانی، ی. (۱۳۹۷). پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی بر اساس اختلالات روان‌شناختی با واسطه‌گری فراشناخت در سالمندان. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۴(۴)، ۲۸۳-۲۹۹.

عبدالله معتمدی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛ احمد برجلی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛ فرامرز سهرابی اسمرود، استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛ علی دلاور، استاد گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛ یلدا تنگستانی، دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به عبدالله معتمدی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران باشد.

پست الکترونیکی: a_moatamedy@yahoo.com

توانایی‌های جسمانی، مهارت‌های شناختی و تجربه فقدان‌ها همراه است (معتمدی، برجلی و صادقپور، ۱۳۹۷). در سالمندی برخی از ابعاد دچار تغییرات می‌شوند مانند تحرکات جسمانی یا قدرت پردازش که تقلیل می‌یابند

بیشتر افراد از فکر کردن به دوران سالمندی خودداری می‌کنند و تمایل دارند عمری طولانی داشته باشند. سالمندی مرحله‌ای از تکامل انسان می‌باشد و دوره‌ای از زندگی است که از ۶۰ سالگی شروع می‌شود و با ضعف

می‌توان به کاهش وزن مغز، کاهش استتاله‌های عصبی، از دست رفتن انتخابی سلول‌ها، تشکیل پلاک و بروز ایسکمی در نواحی مختلف مغز اشاره کرد. تغییرات روانی حاصل از پیری و افزایش سن نیز شامل نقصان عملکردهای شناختی، شعور و حافظه کوتاه مدت می‌باشند (گالاگر و همکاران، ۲۰۱۶)؛ آنها همچنین اظهار داشتند که متخصصان بالینی تفاوت در شیوه تفکر و رفتار را ناشی از عوامل مختلفی مثل افزایش سن، اختلال شناختی غیر دمانس و دمانس می‌دانند. به نظر آنها، اختلال شناختی حد فاصل بین افزایش سن و دمانس می‌باشد. البته علت این تغییرات شناختی فقط اختلال شناختی و دمانس نیست؛ در واقع مطالعات اخیر بیان می‌کنند عوامل دیگری مانند تیپ‌های شخصیتی (گیلوک، ۲۰۰۹)، عوامل هیجانی چون استرس (کاتینهو، دروموند، تلدشی و ماتوس، ۲۰۱۶؛ والاس، پاپ و موندوره، ۲۰۰۶)، خود آگاهی (پیراز، اورفی، کالتاگیرونه و اسپالتا، ۲۰۱۶؛ جاکوز و همکاران، ۲۰۱۴)، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی (گالاگر و همکاران، ۲۰۱۶)، هیجان‌ات منفی (وو و همکاران، ۲۰۱۶؛ بارستوم، جانسون، دیدریچن، ۲۰۰۱)، اضطراب و افسردگی (کاتینهو و همکاران، ۲۰۱۶؛ وو و همکاران، ۲۰۱۶)، می‌تواند به این تغییرات بیانجامد و نقش اساسی در نارسایی‌های شناختی داشته باشند. همچنین طبق نتایج مطالعات در سالمندان بین نارسایی‌های شناختی و فراشناخت همبستگی مثبت گزارش شده است (کارترایت-هاتن و ولز، ۱۹۷۷؛ مکاسی و همکاران، ۲۰۰۶، والاس و همکاران، ۲۰۰۶). علاوه بر این توجه به کلیت یافته‌های موجود در زمینه متغیرهای پژوهش حاضر، این فرض تقویت می‌شود که به احتمال قوی بعضی از سازه‌های روان‌شناختی در رابطه بین این متغیرها نقش واسطه‌ای داشته باشند و یکی از این متغیرها فراشناخت^۴ است. فراشناخت یک مفهوم چند وجهی است. این مفهوم دربرگیرنده دانش (باورها)، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کند. ارتباط فراشناخت با نارسایی‌های شناختی در پژوهش‌های متعددی نشان داده شده است (زرگر، محمدی، شفایی و فخریان، ۲۰۱۵؛ بریدگر، جانسن و براشر، ۲۰۱۳؛ الهیاری، رنگی، خلخالی و خسروی، ۲۰۱۴) که شاید به دلیل مفهومی باشد که در تعریف فراشناخت نهفته است.

(کوکا، مونتیگودو، دومنه، کامافورت و سیرا، ۲۰۱۶؛ رودریگز و همکاران، ۲۰۱۳). شناخت شامل فرایندهای زبان، حافظه، سنجش موقعیت، قضاوت، انجام کنش‌ها، حل مسأله و تصمیم‌گیری است (پاستما و همکاران، ۲۰۱۶) و دوره سالمندی موجب اختلال در عملکردهای عالی شناختی می‌شود (لی و همکاران، ۲۰۱۶). افزایش سن بر فرایندهای شناختی تأثیری قابل ملاحظه می‌گذارد و با تأثیر بر عملکرد شناختی، احتمال وقوع نارسایی‌های شناختی فرد را افزایش می‌دهد (دیکسون، بکمن و نیلسون، ۲۰۰۴). نارسایی‌های شناختی^۱ عبارت است از ناتوانی فرد در تکمیل تکالیفی که به طور طبیعی قادر به انجام آن است. بسیاری از پژوهشگران معتقدند که نارسایی‌های شناختی شامل حواسپرتی^۲، مشکلات مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی^۳ و عدم یادآوری اسامی است (فنگ، لی، زو، جو و چپو، ۲۰۱۶). فراوانی نارسایی‌های شناختی در زنان بیشتر از مردان گزارش شده است (کرنی و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین نمرات نارسایی شناختی به طور معناداری با افزایش سن بالا می‌رود (مکاسی، ریگی و روچتی، ۲۰۰۶؛ سوچای و اینسیگرینی، ۲۰۰۴؛ وان، فریدمن، بوتروس و کرافورد، ۲۰۰۸). پژوهشگران در پژوهشی نشان دادند شرکت‌کنندگان مسن‌تر، نسبت به شرکت‌کنندگان جوانتر، نارسایی‌های شناختی بیشتری دارند (رابین، کینشرف، گرنت و استورانت، ۱۹۹۱). در نارسایی‌های شناختی تأکید بر عامل شناخت و حافظه است و بین کارایی شناختی و افزایش سن ارتباط معناداری وجود دارد (گالاگر، سالیوان، بورک، هالز، شارپ و توفلر، ۲۰۱۶؛ تیروولاس، کایاناجی، کایا، سانتینی و هارو، ۲۰۱۶؛ کاریگن و بارکوس، ۲۰۱۶؛ دورن، لانگ و ویجتز، ۲۰۱۰). پژوهش وودفرد و جورج (۲۰۰۷) نشان داد که با افزایش سن، تغییراتی در مغز به وجود می‌آید که باعث بروز تفاوت‌هایی در شیوه تفکر و رفتار می‌شود. این تغییرات ناشی از شروع یک اختلال (به طور معمول وابسته به سطح عملکرد شخصی، اجتماعی و شغلی فرد) قابل تفکیک است. به طور کلی در مورد روند کاهشی یا افزایشی توانایی شناختی با افزایش سن دو دیدگاه وجود دارد: دیدگاه عصب‌شناسی و روان‌پزشکی به روند کاهشی معتقد است. طی این روند، با افزایش سن، مغز دچار برخی تغییرات ساختاری می‌شود که

¹ cognitive failure

² distract

³ blunders

⁴ metacognitive

بودن افکار و تجربه‌های شناختی مربوط می‌شوند. از جمله باورهای فراشناختی منفی عبارتند از: «ناتوانی در به خاطر سپردن اسامی، نشانه حافظه ضعیف من است» (شاهقلیان، آزاد فلاح و فتحی آشتیانی، ۱۳۹۱). نقش فراشناخت در اختلالات روان‌شناختی از طریق الگوی پردازش اطلاعات به وسیله ولز و ماتیسوس (۱۹۹۴) توسعه یافته است که در الگوی کارکرد اجرایی خودتنظیمی، آسیب‌پذیری در مقابل اختلالات روان‌شناختی، تداوم و حفظ این اختلالات با نشانگان شناختی-توجهی مرتبط است (بایلی و ولز، ۲۰۱۵). از طرف دیگر، فراشناخت یکی از متغیرهای مهمی است که در اختلالات اضطرابی نقش عمده‌ای دارد و در افراد مبتلا به اختلالات مذکور آسیب جدی می‌بیند (مک ایوی و همکاران، ۲۰۱۴).

در سال‌های اخیر به منظور ارائه یک الگوی جامع و فراگیر از نظام شناختی سالمندان و نیز تدوین برنامه‌های بازتوانی شناختی کارآمد، پژوهش‌های متعددی به نقایص شناختی اختلالات روانی پرداخته‌اند. افزایش پیش‌رونده در بروز و شیوع نارسایی‌های شناختی در سراسر جهان و بالا بودن میزان مرگ و میر و افزایش روز افزون هزینه مراقبت از بیماران و به‌ویژه نقش لاینفک عوامل روان‌شناختی در شروع، استمرار و تشدید علائم نارسایی‌های شناختی موجب شده است که روی جنبه‌های روانی تأکید بیشتری به عمل آید. بنابراین به نظر می‌رسد یکی از عوامل مهم در پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی اختلال‌های روان‌شناختی^۲ است. منظور از اختلال‌های روان‌شناختی وسواس‌جبری، افسردگی، اضطراب، شکایات جسمانی، حساسیت در روابط متقابل، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوییدی و روان‌پریشی است.

یکی از علائم روان‌شناختی مهم مرتبط با نارسایی‌های شناختی که مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته، اختلال وسواس‌جبری^۳ است. اختلالات اضطرابی از جمله اختلال وسواسی-جبری که از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی محور یک به شمار می‌رود عبارت است از وسواس‌های فکری یا عملی برگشت‌کننده که به دلیل شدت، وقت‌گیر بوده و به پریشانی آشکار منجر می‌شود (روزنهان و سلیگمن، ۱۳۸۶/۱۹۹۵). نتایج یافته‌های پژوهش‌های به عمل آمده در مورد ابعاد شناختی اختلال وسواس فکری-

در دیدگاه شناختی، فراشناخت معادل کنش‌های اجرایی خود نظم جو^۱ در نظر گرفته می‌شود که عملکرد شناخت را تنظیم می‌کند (گارسیا مونتس و همکاران، ۲۰۰۵). نتایج پژوهش سوچی و ایسنگرینی (۲۰۰۴) نشان داد با افزایش سن باورهای فراشناختی مثبت کاهش و نارسایی‌های شناختی افزایش می‌یابد. همچنین در پژوهشی مشابه مکاسی و همکاران (۲۰۰۶) در گروهی شامل ۱۶۵ فرد ۱۸ تا ۸۵ ساله نشان دادند که نمره باورهای فراشناختی مثبت در افرادی که دارای نارسایی‌های شناختی هستند کاهش می‌یابد. در نظریه‌های حوزه فراشناخت، اگر فراشناخت ضعیف، ناسالم و یا منفی باشد، از عهده کنترل و نظارت درست بر پردازش‌های شناختی بر نیامده و در نهایت هیجان منفی به شکل اضطراب ایجاد می‌شود (فیشر و ولز، ۲۰۰۸). همچنین در سال‌های اخیر فراشناخت به عنوان پایه و اساس بررسی بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی مورد توجه قرار گرفته است (اسمیت و هانت، ۲۰۱۶؛ مورو و همکاران، ۲۰۱۴). فراشناخت یکی از متغیرهای مهمی می‌باشد که در جریان بیماری مختل می‌شود و نقش زیادی بر تشدید نشانه‌های بیماری‌های روانی دارد (تورس، ماکالا، کایزکی و یاتام، ۲۰۱۶؛ گروس و همکاران، ۲۰۱۵). بر اساس نظریه‌های ولز و پاپاجورجیو (۱۹۹۸) فراشناخت قادر است عامل مهمی در رشد اختلال‌های روان‌شناختی باشد (سامبوجی و همکاران، ۲۰۱۵). اساس نظریه‌های جدید این است که در اختلال‌های روان‌شناختی باورها از مؤلفه‌های فراشناختی تشکیل شده و کارکرد تفکر و سازگاری را هدایت می‌کنند. اغلب نظریه‌پردازان بین دو جنبه از فراشناخت، یعنی باورهای فراشناختی و نظارت فراشناختی تمایز قائل شده‌اند (زرگر و همکاران، ۲۰۱۵؛ بایلی و ولز، ۲۰۱۵). دانش یا باورهای فراشناختی اطلاعاتی است که افراد در مورد شناخت خود و راهبردهای یادگیری دارند و این راهبردها بر آنها اثر می‌گذارد. نظارت فراشناختی به تعدادی از کارکردهای اجرایی نظیر توجه، کنترل، برنامه‌ریزی و تشخیص خطاها در عملکرد اشاره دارد (مورو و همکاران، ۲۰۱۴). باورهای فراشناختی شامل دو حیطة محتوایی گسترده هستند. باورهای فراشناختی مثبت اعتقاد به این باورند که «نگرانی درباره آینده به من کمک می‌کند که برای آینده بهتر برنامه‌ریزی کنم»، باورهای فراشناختی منفی باورهایی هستند که به کنترل‌ناپذیری و خطرناک

^۲ psychological disorders

^۳ obsessive compulsive disorder (OCD)

^۱ self – regulatory executive functions

همچنین پژوهشی دیگر نشان داد افرادی که دارای افسردگی، اضطراب و استرس هستند در نگهداری توجه بر روی یک محرک ناتوان هستند (وینکرز، گوسیکلو، استک، و رودی، ۲۰۰۴). همچنین افسردگی و روان‌پریشی موجب بروز و تکامل اختلالات شناختی در سالمندان می‌گردد (سالیوان و پین، ۲۰۰۷). افسردگی با حافظه و توجه معیوب و همچنین تمایل به نشخوار فکری درباره ناراحتی همراه است (بلی، ۲۰۱۲). حدود ۵۰ تا ۷۵ درصد بیماران افسرده، نارسایی شناختی و حافظه‌ای دارند که گاهی دمانس کاذب افسردگی نامیده می‌شود (مورو و همکاران، ۲۰۱۴). این بیماران به طور معمول از عدم تمرکز و حتی فراموشکاری شکایت می‌کنند (سادوک، سادوک و روئیر، ۲۰۱۵/۱۳۹۴). نارسایی‌های شناختی در اختلال دو قطبی در مقایسه با بیماران افسرده به ویژه در توجه و سرعت، شدت بیشتری دارد (لادر و همکاران، ۲۰۱۶). تنوع نارسایی‌های شناختی در افراد افسرده را می‌توان ناشی از نارسایی در اختصاص منابع پردازش اطلاعات از جمله بدکاری حافظه کاری در آنها دانست (شیلیناسکی و همکاران، ۲۰۱۶). یافته‌های پژوهش‌های مشابه نشان داده است در بعضی از تکالیف عصب‌روان‌شناسی^۵، نقایص اختلال دو قطبی آشکارتر از نقایص افسردگی است (مورفی، میشل و سهاکیان، ۲۰۱۲). علاوه بر این نتایج پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که نقص در کارکردهای اجرایی و نارسایی‌های شناختی در بسیاری از اختلال‌ها مانند اسکیزوفرنی و دو قطبی مشاهده می‌شود (ساسایاما و همکاران، ۲۰۱۲؛ بورا، ۲۰۱۶). با توجه به پیشینه پژوهش افسردگی، اضطراب و روان‌پریشی از مشکلات روانی شایع در سالمندان است که به طور مشخص افت کیفیت زندگی، کارایی و در نهایت افزایش میزان مرگ و میر آنها را موجب می‌شود (سارجنت-کاکس، آنستی و لوسز، ۲۰۱۴).

همچنین در بافت فراشناخت، موریسون، فرنچو ولز (۲۰۰۷) در پژوهشی به بررسی و مقایسه مؤلفه‌های فراشناختی در اختلالات طیف روان‌پریشی پرداختند. نتایج آنها نشان داد که بیماران دارای تشخیص سایکوز در مقایسه با گروه غیربیمار، در مؤلفه‌های باورهای فراشناختی نمرات بالاتری کسب نمودند. طبق نظریه بک (۲۰۰۴) افکار مربوط به گذشته در افراد افسرده باعث شکل‌گیری

عملی حاکی از نقش این اختلال در بروز نقص و نارسایی در برخی عملکردهای شناختی مانند توجه، حافظه، کارکردهای اجرایی، مهارت‌های دیداری-فضایی و سرعت پردازش اطلاعات است. این نواقص می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در بقای اختلال وسواس فکری-جبری و سیر نشانه‌های شناختی آن داشته باشد. برخی پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند که ماهیت تکراری افکار و اعمال تشکیل‌دهنده این اختلال به نقص یا سوگیری در نظام پردازش باز می‌گردد (ناکائو، اکادا و کانبا، ۲۰۱۴).

به نظر می‌رسد از دیگر علائم روان‌شناختی تأثیرگذار بر نارسایی شناختی، افسردگی، اضطراب و روان‌پریشی^۱ باشند که از موضوعات مهم در روان‌شناسی معاصر می‌باشد و به بحث درباره چگونگی تأثیر اختلالات هیجانی بر عملکردهای شناختی می‌پردازد. منظور از افسردگی، اختلالی است که دوام کافی و نشانه‌های ویژه‌ای دارد و بر عملکرد شخص تأثیر نامطلوب می‌گذارد و پریشانی ایجاد می‌کند (روزنهان و سیلگمن، ۱۹۹۵/۱۳۸۶). طبق نظر بک (۲۰۰۴) موضوعات و محتویات افکار در افراد افسرده مربوط به شکست‌های گذشته است. پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و اضطراب از نارسایی‌های شناختی رنج می‌برند (گریر، ساندرجان، گرانمن، کوریان و تریودی، ۲۰۱۴؛ لاریجانی، محمدخانی، حسنی، سپاه‌منصور و محمودی، ۱۳۹۳). یکی از دلایلی که می‌توان برای این همبستگی عنوان نمود نظریه تغییرات شناختی وابسته به سن قطعه پیشانی است. یک مکانیزم بالقوه که عملکرد شناختی را پشتیبانی می‌نماید، مسیر قشری-استریاتومی-پالیدی-تالاموسی قشری است که این حلقه به شدت با عملکردهای شناختی اجرایی قطعه پیشانی در ارتباط است (لیوتی و مایبرگ، ۲۰۰۱). از طرفی با استفاده از فن تصویربرداری پت^۲ نشان داده شده است که در افراد افسرده این حلقه دچار ناهنجاری (کاهش متابولیسم گلوکز و کاهش گردش خود) می‌گردد (لیوتی، ولدرف، پرز و مایبرگ، ۲۰۰۰). علاوه بر این ناکارآمدی شناختی در سالمندان افسرده می‌تواند ناشی از کاهش متابولیسم مغزی مرتبط با سن (پتیت-تابو، لاندو، دسون، دسگرانگس و بارو، ۱۹۹۸) و یا کاهش حجم مغز در نواحی پیش‌پیشانی^۳ و قشر حدقه‌ای پیشانی^۴ باشد.

¹ psychosis

² Pet-CT

³ prefrontal

⁴ orbitofrontal

⁵ neuropsychology

باورهای منفی در فرد می‌شود. نظریه بک در تاریخچه نظریات شناختی از آن جهت حائز اهمیت است که به تأثیر باورهای منفی بر خلق و رفتار تأکید می‌کند و به تأثیر تفکر بر خلق می‌پردازد (ولز و پاپاجورجیو، ۱۹۹۸). یافته‌های پژوهش دیگری نشان داد که فراساخت ارتباط مثبت و معنی‌داری با افسردگی و اضطراب (اسپادا، محدینی و ولز، ۲۰۰۸)، و روان‌پریشی (تورس و همکاران، ۲۰۱۶) دارد. بعلاوه وان و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند میزان نارسایی‌های شناختی افراد مسن‌تر بیشتر است.

بنابراین با توجه به کلیت یافته‌های موجود در زمینه متغیرهای پژوهش این فرض را مطرح می‌کند که به احتمال قوی فراساخت می‌تواند در رابطه بین اختلالات روان‌شناختی و نارسایی‌های شناختی نقش واسطه‌ای داشته باشد. بنابر پیشینه پژوهش با توجه به اینکه نارسایی‌های شناختی بر سلامت روانی و جسمانی افراد تأثیر می‌گذارد، پژوهش‌های اندکی بر رابطه اختلالات روان‌شناختی و نارسایی‌های شناختی در نمونه‌های غیرکلینیکی پرداخته‌اند و این نوع پژوهش‌ها بدون شک مهم می‌باشند، به خصوص شرکت‌کننده‌های نمونه‌های غیرکلینیکی که ترکیبی از سالمندان زن و مردی هستند که به نظر می‌رسد نارسایی‌های شناختی در میان آنها شایع است. بنابراین در راستای پژوهش‌های انجام شده و در جهت دستیابی به الگوهای روان‌شناختی برای تبیین نارسایی‌های شناختی در پژوهش حاضر پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی و تبیین روان‌شناختی مؤثر بر آن با واسطه‌گری فراساخت در سالمندان انجام گرفت. بنابراین سؤال پژوهشی حاضر در راستای تدوین مدل نظری طراحی شده این است آیا اختلالات روان‌شناختی با واسطه‌گری فراساخت می‌توانند نارسایی‌های شناختی را در سالمندان پیش‌بینی کنند؟

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه سالمندان شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بودند. جامعه آماری این پژوهش را سالمندان ۶۰ سال به بالا عضو کانون‌های فرهنگسرای سالمند شهر تهران که قادر به درک و پاسخگویی به سؤالات بودند تشکیل داد. تعداد اعضای این جامعه ۷۰۱۶ نفر بود که در ۲۲ کانون تحت پوشش فرهنگسرای سالمند دارای عضویت بودند. این کانون‌ها محل گردهمایی سالمندانی

بود که در آنجا به فعالیتهای روزانه مختلف فرهنگی، ورزشی، اجتماعی و غیره می‌پرداختند. در تحلیل رگرسیون چند متغیری نسبت تعداد نمونه (مشاهدات) به متغیرهای مستقل نباید کمتر از ۵ باشد. در غیر این صورت نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندان تعمیم‌پذیر نخواهد بود (هیرو و همکاران، ۱۹۹۵، به نقل از هومن، ۱۳۸۴). نسبت محافظه کارانه‌تر که ۱۰ مشاهده به ازای هر متغیر مستقل است را هالینسکی و فلورت^۱ (۱۹۷۰)، به نقل از هومن، ۱۳۸۴) و میلر و کانس^۲ (۱۹۷۳)، به نقل از هومن، ۱۳۸۴) پیشنهاد داده‌اند. حتی در نظر گرفتن ۱۵ مشاهده به ازای هر متغیر پیش‌بین در تحلیل رگرسیون چندگانه با روش معمولی کمترین مجذورات استاندارد، یک قاعده سرانگشتی خوب به حساب می‌آید. بنابراین به منظور رعایت این حداقل و با توجه به احتمال ناقص ماندن برخی پرسش‌نامه‌ها و عدم علاقه برخی از سالمندان به شرکت در پژوهش به تعداد از ۳۰۰ نفر (۱۱۶ زن و ۱۸۴ مرد) از سالمندان با روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. بنابراین به منظور رعایت این حداقل و با توجه به احتمال ناقص ماندن برخی پرسش‌نامه‌ها و عدم علاقه برخی از سالمندان به شرکت در پژوهش به تعداد بیشتر در حدود ۳۰۰ نفر از سالمندان با روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شد. در وهله اول به صورت طبقه‌بندی، تهران به مناطق جنوب، شرق، شمال، غرب و مرکز تقسیم‌بندی شد و بعد در هر یک از این مناطق، دوکانون به صورت نمونه تصادفی ساده انتخاب گردید و سپس افراد عضو کانون‌ها بر اساس پرونده، شماره‌گذاری و بعد از طریق جدول اعداد تصادفی از هر کانون ۶۰ نفر به صورت تصادفی بعنوان نمونه انتخاب شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل (۱) داشتن سن ۶۰ تا ۸۰ سال، (۲) دارا بودن تحصیلات حداقل پنجم ابتدایی (۳) توانایی جسمانی شرکت در پژوهش، (۴) تمایل و علاقه نسبت به همکاری در پژوهش، (۵) عدم وجود درمان دارویی جهت هر یک از اختلالات روان‌شناختی و (۶) فقدان اختلالات روان‌شناختی (دمانس و آلزایمر) بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل (۱) مشخص شدن ضعف بینایی و ناتوانی در تکمیل مناسب پرسش‌نامه‌ها، (۲) ضعف شنوایی و ناتوانی در برقراری ارتباط کلامی مناسب با پژوهشگر و (۳) خستگی

¹ Hallinsky & Floret

² Miller & Conce

می‌یابند (دراگوتیس و کلری، ۱۹۹۷). فرم اولیه چک لیست علائم روانی^۱ توسط لیمین و کوری در سال ۱۹۷۳ (به نقل از انیسی و همکاران، ۱۳۹۰) برای نشان دادن جنبه‌های روان شناختی بیماران جسمی و روانی طرح‌ریزی شده است. دراگوتیس و همکاران (۱۹۸۴)، به نقل از انیسی و همکاران، (۱۳۹۰) پرسش‌نامه مذکور را مورد تجدید نظر قرار داده و فرم نهایی آن را با نام فهرست تجدید نظر شده علائم روانی تهیه نمودند، که در حال حاضر ۹۰ پرسش و ۹ زیر مقیاس است که عبارت از شکایات جسمی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوییدی و روان‌پریشی است. سجادیان و گلپرور (۱۳۸۷) آلفای کرونباخ ۰/۹۶۳ را برای نمرات کل و ۰/۸۴ تا ۰/۹۱ را برای خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه گزارش کرده‌اند. پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر نیز بررسی شد و ضریب پایایی دامنه‌ای بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۶ برای خرده‌مقیاس‌های اختلالات روان‌شناختی داشت.

پرسش‌نامه فراشناخت. این پرسش‌نامه توسط ولز و پاپاجورجیا در سال ۱۹۹۸ تدوین شده است. این ابزار به منظور سنجش چند عنصر فراشناختی خصیصه‌ای که برخی از آنها نقش محوری در مدل فراشناختی اختلال روانشناختی دارند، طراحی شده است. پرسش‌نامه فراشناختی^۲ اولیه شامل ۶۵ گویه بود، نسخه جدیدتر این پرسش‌نامه که شامل ۳۰ گویه می‌باشد، با ویژگی‌های روان‌سنجی مشابه مورد استفاده قرار گرفته است (کارترایت-هاتن و ولز، ۱۹۹۷). این پرسش‌نامه از یک مقیاس خودگزارشی ۳۰ ماده‌ای که باورهای افراد در باره ی تفکراتشان را مورد سنجش قرار می‌دهد تشکیل می‌شود. پاسخ به سؤالات آن در قالب یک مقیاس چهار درجه لیکرت «۱» «موافق نیستم» الی «۴» «کاملاً موافقم» محاسبه می‌شود. این مقیاس دارای پنج خرده مقیاس است که شامل (۱) باورهای نگرانی مثبت، (۲) باورهای غیرقابل کنترل، (۳) باورهای صلاحیت شناختی، (۴) باورهای منفی عمومی و (۵) خودهشیاری شناختی می‌شوند. تحلیل عاملی تأییدی نشان می‌دهد که پرسش‌نامه ۳۰ سؤالی ساختار عاملی پرسش‌نامه ۶۵ سؤالی را حفظ کرده است. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های آن از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گسترده

و عدم تمایل به ادامه همکاری با پژوهشگر بود. تعداد مردان در نمونه پژوهش برابر ۱۸۴ نفر (۶۱ درصد) و تعداد زنان ۱۱۶ نفر (۳۹ درصد) بوده و همچنین ۷۳ نفر از این افراد، دارای سیکل و پایین تر از سیکل (۲۴ درصد)، ۱۲۵ نفر دارای مدرک دیپلم که بیشترین افراد را تشکیل می‌دادند (۴۱ درصد)، ۶۲ نفر دارای مدرک کاردانی (۲۰ درصد) و ۴۰ نفر دارای مدرک کارشناسی (۱۳ درصد) بودند که کمترین تعداد افراد به کارشناسی تعلق گرفت.

ابزار

پرسش‌نامه نارسایی‌های شناختی. این پرسش‌نامه را برادبنت، کوپر، فیتزجرالد، پارکز (۱۹۸۲) تهیه کرده‌اند و شامل ۲۵ ماده در ۴ خرده‌مقیاس حواس‌پرتی (۹ ماده)، مشکلات مربوط به حافظه (۷ ماده)، اشتباهات سهوی (۷ ماده)، و عدم یادآوری اسامی (۲ ماده) است. عامل حافظه، شامل سؤالاتی است که نارسایی‌های حافظه و فراموشی را می‌سنجد. عامل حواس‌پرتی به جنبه‌های ادراکی وظایفی اشاره می‌کند که توجه منحرف شده در آن وجود دارد. عامل اشتباهات سهوی اشاره به خطاهایی دارد که در اجرای کار انجام می‌شود و با حوادث فیزیکی ارتباط دارد. عامل فراموشی، شامل سؤالاتی است که با حافظه نام‌های افراد ارتباط دارد (والاس و وودانویچ، ۲۰۱۰). پاسخ به هر ماده در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از «هرگز» تا «همیشه» است. نمره کل نارسایی‌های شناختی برای هر فرد از جمع نمرات خرده‌مقیاس‌ها به دست می‌آید. پرسش‌نامه به گونه‌ای نمره‌گذاری می‌شود که نمره بالاتر نشان دهنده نارسایی‌های شناختی بیشتر است. مکاسی و همکاران (۲۰۰۶) ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۱ گزارش دادند. والاس و همکاران (۲۰۰۶) در بررسی خود ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را برابر ۰/۹۱ و ضریب همسانی درونی ۰/۹۴، و مقدار اعتبار بازآزمایی را برابر ۰/۸۲ گزارش کرد. در پژوهش یزدی، درویزه و شیخی (۱۳۹۴) ضریب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی ۰/۷۷ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسش‌نامه نارسایی شناختی با استفاده از روش آلفای کرونباخ بررسی شد و پایایی ۰/۷۸ بدست آمد.

پرسش‌نامه نشانه‌های روانی. این پرسش‌نامه برای ارزشیابی علائم روانی و وسیله‌ای برای سنجش سطح فعلی نشانه‌های بیماری است که طی یک فاصله زمانی نمود

¹ Symptom checklist (SCL-90-R)

² meta-cognition questionnaire (MCQ)

جدول ۱
میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

| متغیرها | میانگین | انحراف معیار | آماره | سطح معناداری |
|-----------------|---------|--------------|-------|--------------|
| شکایات جسمانی | ۱/۲۱ | ۰/۸۴۰ | ۱/۲۴ | ۰/۰۹ |
| وسواس اجباری | ۱/۲۶ | ۰/۸۸۵ | ۱/۳۷ | ۰/۱۲ |
| حساسیت در روابط | ۱/۲۱ | ۱/۱۳۱ | ۰/۸۹ | ۰/۴۱ |
| افسردگی | ۱/۴۵ | ۱/۱۴۷ | ۰/۵۱ | ۰/۰۸ |
| اضطراب | ۱/۱۸ | ۰/۷۸۲ | ۱/۵۱ | ۰/۱۱ |
| پرخاشگری | ۱/۴۰ | ۱/۰۴۷ | ۰/۸۷ | ۰/۳۶ |
| ترس مرضی | ۱/۲۷ | ۰/۹۳۲ | ۰/۹۸ | ۰/۳۳ |
| افکار پارانوئید | ۱ | ۰/۸۶۳ | ۱/۶۴ | ۰/۴۱ |
| روان‌پریشی | ۰/۹۶ | ۰/۸۸۸ | ۱/۲۳ | ۰/۵۲ |
| فراشناخت | ۸۰/۷۸ | ۹/۱۷ | ۰/۷۸ | ۰/۱۲ |
| نارسایی شناختی | ۵۵/۳۷ | ۱۴/۹۷ | ۱/۳۳ | ۰/۲۲ |

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. در بین خرده مقیاس‌های اختلالات روان‌شناختی متغیر افسردگی دارای بالاترین میانگین (۱/۴۵) و خرده مقیاس روان‌پریشی دارای کمترین میانگین (۰/۹۶) است. متغیر واسطه‌ای فراشناخت دارای میانگین ۸۰/۷۸ و انحراف استاندارد ۹/۱۷ و متغیر وابسته نارسایی شناختی دارای میانگین ۵۵/۳۷ و انحراف استاندارد ۱۴/۹۷ است. برای بررسی سؤال پژوهش از روش تحلیل مسیر استفاده شد. آماره کولموگروف اسمرینوف برای بررسی نرمال بودن داده‌ها استفاده شد و نشان داد که متغیرهای پژوهش از توزیع نرمالی برخوردار هستند. همچنین در بررسی همخطی بین متغیرهای پیش‌بین، آماره تحمل متغیر پیش بین افکار پارانوئید بسیار بالا و نزدیک ۱۰ بود، به همین دلیل از تحلیل کنار گذاشته شد. مقدار آماره بدست آمده برای آزمون کولموگروف در سطح ۰/۰۵ معنادار نشده است. بنابراین می‌توان گفت که تمامی متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال هستند.

جدول ۲ ماتریس همبستگی زیر مقیاس‌های متغیر برونزاد اختلالات روان‌شناختی را با متغیر واسطه‌ای فراشناخت و متغیر درونزاد نارسایی شناختی نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که تمامی مقیاس‌های اختلالات روان‌شناختی با متغیر واسطه‌ای فراشناخت دارای همبستگی منفی و معناداری هستند و در این قسمت، بالاترین همبستگی نیز بین مقیاس افسردگی و فراشناخت با ۰/۷۰۳- است.

است (موریسون و همکاران، ۲۰۰۷). همبستگی بازآزمایی در فاصله زمانی ۲۲ تا ۱۱۸ روز بدین ترتیب بود که نمره کلی برابر با ۰/۷۵، مقیاس باورهای مثبت برابر ۰/۷۹، ۰/۷۹، کنترل ناپذیری/خطر برابر ۰/۵۹، اطمینان شناختی برابر با ۰/۶۹، لزوم کنترل افکار برابر با ۰/۷۴ و خودآگاهی شناختی برابر با ۰/۸۷ (کارترایت-هاتن و ولز، ۱۹۹۷) بود. در رابطه با روایی سازه، همبستگی مثبتی بین خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه و مقیاس‌های مرتبط از لحاظ نظری مشاهده شده و ساختار عاملی آن دوباره تأیید شده است (اسپادا و همکاران، ۲۰۰۸). نتایج فرم کوتاه با یافته‌های فرم بلند پرسش‌نامه فراشناختی هماهنگ است. همچنین خرده مقیاس‌های فرم کوتاه، پرسش‌نامه فراشناخت نیز به درمان فراشناختی پاسخگو و حساس است (موریسون و همکاران، ۲۰۰۷). مقدار پایایی بدست آمده برای پرسش‌نامه فراشناخت در این پژوهش برابر ۰/۸۴ بود.

روش اجرا

این پژوهش به روش کمی به انجام رسید و شیوه اجرا و کسب اطلاعات توسط پرسش‌نامه و طراحی الگو تابع هدف پژوهش بود. ابتدا ۳۰۰ نفر از سالمندان شهر تهران با روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. پس از کسب مجوز از کانون‌های سالمندان و مراجعه به آنها، سه پرسش‌نامه نارسایی‌های شناختی، پرسش‌نامه نشانه‌های روانی و پرسش‌نامه فراشناخت در بین سالمندان توزیع شده و توسط آنها پاسخ داده شد. علاوه بر کسب اطلاعات توسط پرسش‌نامه با گفتگوی رو در رو با سالمندان، هر گونه ابهام نسبت به سؤال‌های پرسش‌نامه برطرف شد. پژوهشگر وارد محیط پژوهش شد و سپس پرسش‌نامه‌های طراحی شده مطابق روش نمونه‌گیری در اختیار سالمندان قرار گرفت تا تکمیل گردد. شرکت‌کنندگان در پژوهش کامل توجیه شدند که شرکت در پژوهش برای کلیه افراد اختیاری است و هیچ‌گونه نام و نشانی از آنها خواسته نمی‌شود و مسأله رازداری به طور کامل رعایت می‌شود و اطلاعات تنها به صورت گروهی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد. جهت تحلیل داده‌های مطالعه از روش تحلیل مسیر در نرم افزار Amos بهره گرفته شد.

یافته‌ها

اطلاعات روان‌سنجی و مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۲

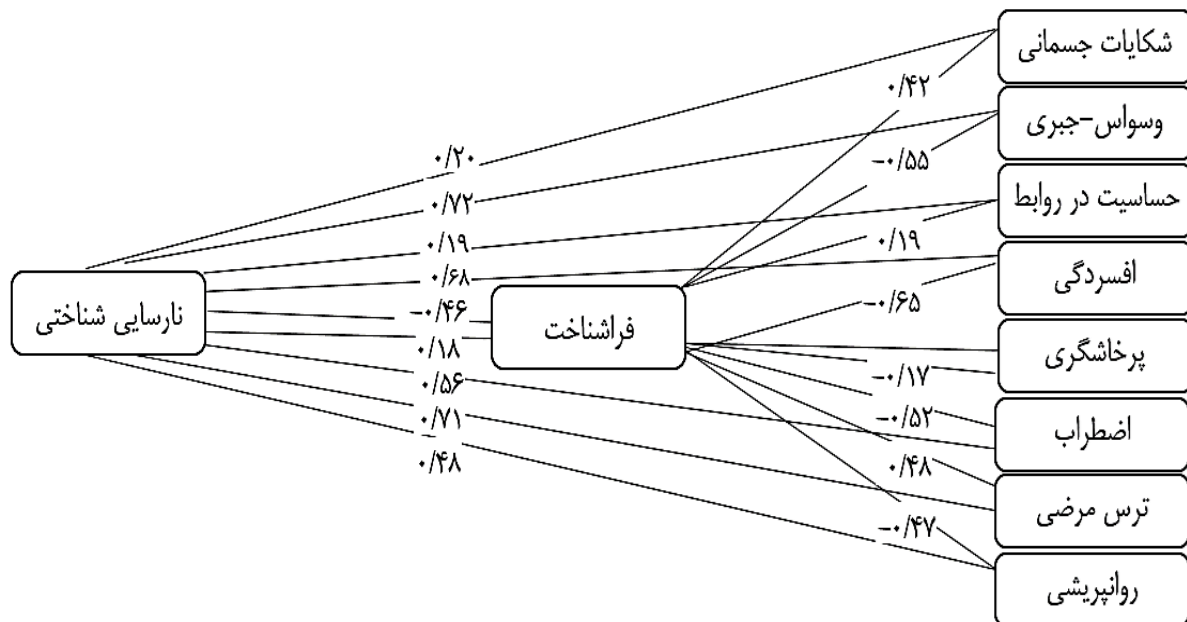
ماتریس همبستگی زیر مقیاس‌های اختلالات روان‌شناختی با فراشناخت و نارسایی شناختی

| متغیرها | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ |
|-------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| ۱ شکایات جسمانی | - | | | | | | | | | |
| ۲ وسواس اجباری | **۰/۲۳۱ | - | | | | | | | | |
| ۳ حساسیت در روابط | **۰/۴۵۸ | **۰/۳۸۰ | - | | | | | | | |
| ۴ افسردگی | **۰/۶۵۸ | **۰/۳۶۰ | **۰/۷۲۴ | - | | | | | | |
| ۵ پرخاشگری | **۰/۵۹۰ | **۰/۲۸۹ | **۰/۵۴۵ | **۰/۷۳۳ | - | | | | | |
| ۶ اضطراب | **۰/۳۴۷ | **۰/۷۳۲ | **۰/۶۰۲ | **۰/۶۱۰ | **۰/۵۹۲ | - | | | | |
| ۷ ترس مرضی | **۰/۴۹۵ | **۰/۶۵۲ | **۰/۶۲۷ | **۰/۴۹۱ | **۰/۵۷۰ | **۰/۴۹۰ | - | | | |
| ۸ افکار پارانوئید | **۰/۳۱۳ | **۰/۵۰۳ | **۰/۶۸۳ | **۰/۶۷۱ | **۰/۳۰۱ | **۰/۵۴۷ | **۰/۵۶۲ | - | | |
| ۹ روانپریشی | **۰/۲۹۸ | **۰/۷۱۲ | **۰/۶۲۴ | **۰/۵۹۲ | **۰/۴۸۳ | **۰/۶۶۳ | **۰/۶۲۹ | **۰/۵۲۹ | - | |
| ۱۰ فراشناخت | **۰/۳۵۰ | **۰/۵۶۸ | **۰/۶۶۰ | **۰/۷۰۳ | **۰/۶۷۲ | **۰/۷۰۱ | **۰/۶۸۰ | **۰/۵۶۱ | **۰/۵۷۷ | - |
| ۱۱ نارسایی شناختی | **۰/۵۷۹ | **۰/۶۳۴ | **۰/۷۳۱ | **۰/۷۹۳ | **۰/۷۳۹ | **۰/۷۷۳ | **۰/۷۴۰ | **۰/۶۳۴ | **۰/۶۹۹ | **۰/۷۷۵ |

**p<۰/۰۱, *p<۰/۰۵

همبستگی مثبت و معناداری با متغیر وابسته نارسایی شناختی هستند. بالاترین همبستگی نیز بین مقیاس افسردگی و نارسایی شناختی با ۰/۷۹۳ است.

همچنین نتایج همبستگی زیر مقیاس‌های اختلالات روان‌شناختی با متغیر درون‌زاد نارسایی شناختی نشان می‌دهد که تمامی مقیاس‌های اختلالات روان‌شناختی دارای



شکل ۱. مدل نقش میانجی فراشناخت در رابطه بین مؤلفه‌های اختلالات روان‌شناختی و نارسایی شناختی

شناختی نشان می‌دهد. شاخص‌های مربوط به برازش مدل در جدول ۲ ارائه شده است.

شکل ۱ ضرایب استاندارد مربوط به مدل پیشنهادی پژوهشگر به منظور بررسی نقش میانجی فراشناخت در رابطه بین مؤلفه‌های اختلالات روان‌شناختی و نارسایی

جدول ۳

شاخص‌های برازش مدل

| CFI | RMSEA | IFI | GFI | χ^2/df | شاخص برازش |
|------|-------|------|------|-------------|------------------|
| >۰/۹ | <۰/۰۸ | >۰/۹ | >۰/۹ | ≤ 3 | دامنه مورد قبول |
| ۰/۹۹ | ۰/۰۶ | ۰/۹۹ | ۰/۹۹ | ۱/۹ | مقدار مشاهده شده |

نیز نسبت به مدل اولیه افزایش یافته و از ملاک مورد نظر (۰/۹) بزرگتر هستند. با توجه به شاخص‌های برازش بدست آمده می‌توان گفت که مدل از برازش خوبی برخوردار است و اختلالات روان‌شناختی با واسطه‌گری فراشناخت با نارسایی شناختی در سالمندان رابطه دارند.

شاخص نسبت مجذور کای بر درجه آزادی (χ^2/df) برازش مدل را تأیید می‌کند که این عدد کمتر از ۳ است و به معنی برازش مدل با داده‌ها است. ریشه دوم میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) برابر ۰/۰۶ است که از میزان ملاک (۰/۰۸) کوچکتر است و نسبت به مدل اولیه کاهش نشان می‌دهند و شاخص‌های CFI، IFI و GFI

جدول ۴

برآورد ضرایب استاندارد شده اثرات مستقیم، غیر مستقیم و کل و مقدار واریانس تبیین شده نارسایی شناختی

| اثر مستقیم | اثر غیر مستقیم | اثر کل | واریانس تبیین شده |
|------------|----------------|---------|-------------------|
| ۰/۴۲** | -۰/۴۲** | -۰/۴۲** | |
| ۰/۵۵** | -۰/۵۵** | -۰/۵۵** | |
| ۰/۱۹ | -۰/۱۹ | -۰/۱۹ | |
| ۰/۶۵** | -۰/۶۵** | -۰/۶۵** | |
| ۰/۵۲** | -۰/۵۲** | -۰/۵۲** | |
| ۰/۱۷ | -۰/۱۷ | -۰/۱۷ | |
| ۰/۴۸** | -۰/۴۸** | -۰/۴۸** | |
| ۰/۴۷** | -۰/۴۷** | -۰/۴۷** | |
| ۰/۲۰ | ۰/۰۸ | ۰/۲۸** | ۰/۷۹ |
| ۰/۷۲** | ۰/۲۵* | ۰/۹۷** | |
| ۰/۱۹ | ۰/۱۰ | ۰/۲۹* | |
| ۰/۶۸** | ۰/۳۰** | ۰/۹۸** | |
| ۰/۵۶** | ۰/۲۳* | ۰/۷۹** | |
| ۰/۱۸ | ۰/۰۷ | ۰/۲۵* | |
| ۰/۷۱** | ۰/۲۲* | ۰/۹۳** | |
| ۰/۴۸** | ۰/۲۱* | ۰/۶۹** | |
| -۰/۴۶** | | -۰/۴۶** | |

**p<۰/۰۱, *p<۰/۰۵

حساسیت در روابط بین فردی (۰/۱۹، $p>۰/۰۵$) و پرخاشگری (۰/۱۷، $p>۰/۰۵$) معنادار نشده است، بنابراین می‌توان گفت که این دو متغیر بر فراشناخت در سالمندان اثر مستقیم ندارند. در بین سایر متغیرهای اختلالات

در جدول ۴ ضرایب مسیر استاندارد بین متغیرها و سطح معناداری مربوط به هر یک از ضرایب مسیر ارائه شده است. در بررسی اثرهای مستقیم مؤلفه‌های اختلالات روان‌شناختی بر روی فراشناخت، اثر مستقیم متغیرهای

افزایش میزان اختلال‌های خلقی افزایش می‌یابد. همچنین این یافته همسو با یافته‌هایی است که مشکلات حافظه کاری یا هر یک از مؤلفه‌های تشکیل دهنده آن را در بیماران افسرده گزارش نموده‌اند (گریز و همکاران، ۲۰۱۴؛ رز و امبیر، ۲۰۰۶؛ هاروی و همکاران، ۲۰۰۴؛ مورتیز و همکاران، ۲۰۰۲؛ وو و همکاران، ۲۰۱۶؛ کاتینهو و همکاران، ۲۰۱۶؛ اسنون، ۲۰۰۲).

بر حسب این احتمال تبیین می‌شود که افسردگی و اضطراب، فرایند توجه، تمرکز، کارکرد حافظه، پردازش اطلاعات را مختل می‌کند. در نتیجه به نظر می‌رسد سالمندان افسرده و مضطرب به میزان زیادی دچار حواس پرتی و فراموشی می‌شوند. بنابراین، افسردگی و اضطراب، خطر نارسایی‌های شناختی را افزایش می‌دهد. این سالمندان مرتب فکرشان درگیر حال خودشان است که تمرکزشان را بر هم می‌زند، به نحوی که نمی‌توانند به امور جدیدی که باید به یاد بسپارند توجه لازم کنند (همیلتون، ۲۰۰۰/۱۳۹۵). بر حسب این احتمال تبیین می‌شود که سالمندان مبتلا به اختلال اضطراب به دلیل داشتن اضطراب و نگرانی بیش از حد، درباره اکثر فعالیت‌های روزمره مرتب دستخوش اشکالاتی در حافظه و توجه خود می‌شوند. در واقع، اضطراب فرایند توجه، تمرکز، کارکرد حافظه و پردازش اطلاعات را مختل می‌کند (مهتا، میتال و سوامی، ۲۰۱۴). در نتیجه افراد مبتلا به اختلال اضطرابی به میزان زیادی دچار حواس پرتی، اشتباهات سهوی و فراموشی می‌شوند. بنابراین به نظر می‌رسد اضطراب، نارسایی‌های شناختی را افزایش می‌دهد که این امر سالمندان را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد، این یافته با نتایج مطالعه یزدی و همکاران (۱۳۹۴) همسو است. این میزان بالای اضطراب اثرات مخربی بر کارکرد حافظه از قبیل نگهداری و بازیابی اطلاعات دارد که همگی این موارد می‌توانند در به خاطر آوردن اسامی، توانایی بیماران را تحلیل دهند (همیلتون، ۲۰۰۰/۱۳۹۵).

ترس از دیگر متغیرهای اختلالات روان‌شناختی اثرگذار بر نارسایی‌های شناختی در سالمندان بود. ترس در سالمندان شایع است. سالمندان طی سال‌ها از روش‌های مقابله‌ای مؤثر در مواجهه با اضطراب‌ها و ترس‌ها استفاده می‌نمایند و افراد سالمند این اضطراب‌ها را در شکل‌های دیگر بروز می‌دهند. علاوه بر این وجود فوبی خاص در افراد مسن با کاهش کیفیت زندگی ارتباط دارد و ممکن

روان‌شناختی، متغیر افسردگی بیشترین اثر مستقیم را بر روی فراشناخت در سالمندان دارد. در بررسی اثرهای مستقیم متغیرهای اختلالات روان‌شناختی بر روی نارسایی شناختی در سالمندان نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد متغیرهای شکایات جسمانی ($p > 0.05$ ، 0.20)، حساسیت در روابط بین‌فردی ($p > 0.05$ ، 0.19) و پرخاشگری (0.18)، اثر مستقیم و معناداری بر روی نارسایی شناختی در سالمندان ندارند و بقیه متغیرهای اختلالات روان‌شناختی و فراشناخت اثرمستقیم و معناداری بر نارسایی ۲۰۱۶ غیر مستقیم اختلالات روان‌شناختی در نارسایی شناختی با واسطه‌گری فراشناخت، شکایات جسمانی ($p > 0.05$ ، 0.08)، حساسیت در روابط بین‌فردی (0.10)، پرخاشگری ($p > 0.05$ ، 0.07) اثر غیر مستقیم و معناداری نداشتند. بعلاوه مقدار واریانس تبیین شده متغیر نارسایی شناختی نزدیک ۸۰ درصد است که این نشان می‌دهد مقیاس‌های اختلالات روان‌شناختی و متغیر واسطه‌ای فراشناخت می‌توانند اکثر واریانس نارسایی شناختی در سالمندان را پیش‌بینی کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

افزایش سن و سالمندی بر فرایندهای شناختی، فراشناختی و اختلالات روان‌شناختی تأثیر قابل ملاحظه‌ای می‌گذارد و با تحت تأثیر قرار دادن عملکرد شناختی، احتمال وقوع نارسایی‌های شناختی را افزایش می‌دهد. از هدف‌های پژوهش حاضر پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی بر اساس اختلالات روان‌شناختی بود و همچنین نقش فراشناخت به عنوان متغیر واسطه‌ای در سالمندان بررسی شد.

در بررسی اثرهای مستقیم متغیرهای اختلالات روان‌شناختی بر نارسایی‌های شناختی در سالمندان، نتایج نشان داد متغیرهای افسردگی، اضطراب، فوبی، وسواس جبری، روان‌پریشی و از طرفی دیگر فراشناخت به تنهایی اثرمستقیم و معناداری بر نارسایی شناختی در سالمندان دارند. این نتایج با نتایج مطالعات متعددی همسو است. برای مثال شیلیناسکی و همکاران (۲۰۱۶)، لاریجانی و همکاران (۱۳۹۳) و دورن و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهش خود همسو بودن کاهش توجه و نارسایی حافظه در اختلال‌های روان‌شناختی را نشان داده‌اند. همچنین افراد مبتلا به اختلال‌های خلقی کاهش چشم‌گیری در عملکرد حافظه کاری دارند و کاستی‌های عملکرد حافظه کاری، با

است عامل خطری برای اختلال عصبی‌شناختی عمده باشد. در افراد مسن اضطراب و ترس مرتبط با سلامتی بر کاستی حافظه تمرکز دارد و به نظر می‌رسد می‌تواند نارسایی‌های شناختی را پیش‌بینی کند. فوبی خاص اغلب با دامنه‌ای از اختلالات دیگر، به ویژه افسردگی در افراد مسن ارتباط دارد (رادا، بویس واکر، ۲۰۰۸/۱۳۸۹). بنابراین می‌توان اختلال فوبی را در بافت افسردگی جهت پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی در سالمندان تبیین کرد.

اختلال وسواسی جبری در سنین سالمندی به صورت نادر دیده می‌شود. همپوشانی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی و مشکلات زمینه‌ای سالمندی باعث می‌شود که شناسایی آن مشکل باشد. شایع‌ترین شکل بروز اختلال وسواسی جبری به صورت فکر و عمل وسواسی به صورت توأم است (کوتلر، گراف، پالوسکی و گالیا، ۲۰۱۱). نتایج مطالعات نشان می‌دهد افراد مبتلا به وسواس جبری در پردازش اطلاعات و عملکرد اجرایی انواع نقص‌ها را نشان می‌دهند. از جمله این نقص‌ها می‌توان به نقص در حافظه کوتاه‌مدت فضایی، بازشناسی فضایی، توجه دیداری، حافظه دیداری و آغاز واکنش حرکتی اشاره کرد (کلز و هاگن، ۲۰۰۴). مولر و روبرتز (۲۰۰۵) نیز معتقدند که نقص و سوگیری حافظه و توجه به عنوان یکی از کلیدی‌ترین جنبه‌های مهم بیماری‌زایی این اختلال مطرح می‌شود. فرض این است که افکار مزاحم و مقاوم این بیماران زمانی به مشکل بدل می‌شود که این افراد در فرونشانی یا بازداری افکار، وقتی که رویدادی در حافظه مرور می‌شود مشکل پیدا می‌کنند. همچنین مطالعات عصب‌شناختی، نقص حافظه فعال یا کاری در مبتلایان به اختلال وسواسی جبری را نشان داده و بر تأثیر شدت علائم و زیرمجموعه‌های مختلف این اختلال در نقص، و ناکارآمدی عصب شناختی تأکید کرده‌اند (ناکائو و همکاران، ۲۰۱۴).

همچنین در مورد ابعاد شناختی یافته‌ها حاکی از نقش این اختلال در بروز نقص و نارسایی در برخی عملکردهای شناختی مانند توجه، حافظه، کارکردهای اجرایی، مهارت‌های دیداری-فضایی و سرعت پردازش اطلاعات است (صادق‌زاده نوبر، احمدی و باباپورخیرالدین، ۱۳۹۳). سالمندان وسواسی در اطمینان به حافظه خود مشکل دارند و نارسایی‌های حافظه‌ای سالمندان وسواسی نماینگر عدم قطعیت آنها درباره انگیزه‌ها، موقعیت‌ها و کنش‌ها است، بنابراین به حافظه خود اعتماد کمتری دارند (والش، بالینت،

اسمولیرا، فردریکسن و مدسن، ۲۰۰۹). این امر پیوسته موجب شک و تردیدهایی در آنها می‌شود و از آنجایی که فعال شدن یک طرحواره، انتخاب محرک را تحت تأثیر قرار می‌دهد و یادآوری اطلاعات هماهنگ را از حافظه تسهیل می‌نماید و زمانی که طرحواره خطر در افراد وسواسی فعال شود در این صورت سوگیری حافظه در این مبتلایان به وجود می‌آید. در واقع آنها کاهش اطمینان و اعتماد به کارکرد و عملکرد حافظه را نشان می‌دهند (کوتلر و همکاران، ۲۰۱۱). بر این اساس عدم تمرکز و حواس‌پرتی از اشکالات مربوط به حافظه بوده و چون مشکلات در جریان حافظه در افراد وسواس بارز می‌باشد، بنابراین حواس‌پرتی آنها در قیاس با افراد عادی بیشتر است (صادق‌زاده نوبر و همکاران، ۱۳۹۳).

در بیماری‌های روانی - عضوی^۱ نشانه‌های پارانوئیدی با اختلال شناختی همراه است و پیشینه‌ای از یک اُفت عقلانی پیشرونده دیده می‌شود. در این بررسی رابطه به صورت مستقیم و غیرمستقیم بین نارسایی‌های شناختی، حساسیت بین‌فردی و پرخاشگری در گروه سنی سالمندان شناسایی نشد. به نظر می‌رسد از طریق اختلالات افسردگی و اضطراب بتوان به این رابطه دست یافت. از آنجا که در افراد مسن اضطراب بر کاستی حافظه تمرکز دارد، و پرخاشگری اغلب با دامنه‌ای از اختلالات دیگر، به ویژه افسردگی در افراد مسن ارتباط دارد (رادا، ویس و واکر، ۲۰۰۸/۱۳۸۹). به نظر می‌رسد افراد مضطرب به دلیل داشتن طرحواره خطر بیشتر از هم‌تایان غیرمضطرب خود، دچار سوگیری در پردازش، تفسیر نادرست رویدادها و محرک‌های بیرونی می‌شوند.

همچنین یافته‌های این مطالعه نشان داد که باورهای فراشناختی در رابطه اختلالات روانی و نارسایی‌های شناختی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کنند. این که اختلالات روان‌شناختی به طور غیرمستقیم از طریق فراشناخت می‌توانند نارسایی‌های شناختی را پیش‌بینی کنند. مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی در اختلال روان‌شناختی از نتایج این پژوهش حمایت می‌کند (مکاسی و همکاران، ۲۰۰۶؛ زرگر و همکاران، ۲۰۱۵؛ بریدگر و همکاران، ۲۰۱۳؛ الهیاری و همکاران، ۲۰۱۴) و یافته‌های این مطالعه با یافته‌های پژوهش کارترایت-هاتن و ولز (۱۹۹۷) مبنی بر وجود همبستگی بین باورهای فراشناختی مثبت و منفی و

¹ organic mental disorder

شرکت‌کنندگان باورهای فراشناختی مثبت کاهش و نارسای‌های شناختی افزایش می‌یابند. در نظریه‌های حوزه فراشناخت، اگر فراشناخت ضعیف، ناسالم یا منفی باشد از عهده کنترل و نظارت درست بر پردازش شناختی بر نیامده و در نهایت هیجان منفی به شکل اضطراب ایجاد می‌شود. بنابراین مطابق با پژوهش‌های انجام شده، فراشناخت منفی از یک سو به افزایش نارسای‌های شناختی و از سوی دیگر به ایجاد اضطراب می‌انجامد (زرگر و همکاران، ۲۰۱۵).

نتایج این پژوهش نیز نشان داد که غالب متغیرهای اختلالات روان‌شناختی با واسطه‌گری فراشناخت در پیش‌بینی نارسای‌های شناختی نقش مهمی دارند و نتایج بدست آمده نیز در راستای پژوهش‌های قبلی بود. نتایج اهمیت نقش اختلالات روان‌شناختی را در پیش‌بینی نارسای‌های شناختی به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم در سالمندی در جوامع نشان می‌دهد و سالمندان دارای فراشناخت مختل، نارسای‌های شناختی بیشتری دارند و این باورها منجر به کاهش عملکرد شناختی آنان می‌شود.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به مسن بودن افراد شرکت کننده اشاره کرد که سن بالای افراد، پژوهش را با چالش مواجه می‌کرد، چرا که پاسخدهی به سؤالات پرسشنامه‌ها گاهی از توان و حوصله افراد مسن خارج بود. بنابراین استفاده از روش کمی را می‌توان به عنوان یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش نام برد، زیرا با توجه به سن و سال افراد شرکت‌کننده، با استفاده از روش پژوهش کیفی و انواع مصاحبه می‌توان به یافته‌های عمیق‌تری دست یافت.

بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در آینده از سایر روش‌های پژوهشی کیفی به صورت مکمل در کنار این روش کمی، استفاده کنند. با توجه به این که پژوهش حاضر فقط در سالمندان انجام شده است و نتایج را باید با احتیاط به گروه‌های سنی دیگر تعمیم داد، پیشنهاد می‌شود برای سایر گروه‌های سنی نیز این پژوهش انجام گردد. همچنین از آنجا که در این پژوهش رابطه‌ای به صورت مستقیم و غیرمستقیم بین نارسای‌های شناختی، حساسیت بین‌فردی و پرخاشگری در گروه سنی سالمندان شناسایی نشده است، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده با تفکیک افراد مضطرب از غیر از مضطرب از یکدیگر، در سایر گروه‌های سنی هم این رابطه مورد بررسی و آزمون قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، نقش

اختلالات هیجانی هماهنگ است. نتایج نشان می‌دهد که باورهای فراشناختی مختل زمینه آسیب شدید شناختی و ادراکی را در سالمندان مبتلا به اختلالات روانی را مهیا می‌سازد. این یافته با پژوهش‌های موریسون و همکاران (۲۰۰۷) همسو است. همچنین نتایج پژوهش‌های مکاسی و همکاران (۲۰۰۶) و مکاسی (۲۰۰۵) نشان داده‌اند که فراشناخت از عوامل مهم پیش‌بینی کننده نارسای‌های شناختی می‌باشند و با افزایش فراشناخت مختل، نارسای‌های شناختی بیشتر خواهد بود و در نتیجه به توجه، تمرکز و حافظه فرد آسیب‌های جدی‌تری وارد می‌شود. این مسأله در مورد کنترل فکر هم صادق است. زیرا کنترل فکر در واقع یک نوع فراشناخت است (لاریجانی و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش مکاسی (۲۰۰۵) و وان و همکاران (۲۰۰۸)، مشاهده شد میزان فراشناخت و نارسای‌های شناختی افراد مسن‌تر بیشتر است. همچنین طبق نظریه بک (۲۰۰۴) افکار مربوط به گذشته در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی باعث شکل‌گیری باورهای منفی در فرد می‌شود (نظربلند و فرزانه، ۱۳۸۸). همچنین یافته‌های پژوهش دیگری نشان داده که فراشناخت ارتباط مثبت و معنی‌داری با اختلالات روانی (اسپادا و همکاران، ۲۰۰۸) دارد. بنابراین بر حسب این احتمال تبیین می‌شود که نقش فراشناخت در اختلالات روان‌شناختی از طریق الگوی پردازش اطلاعات به وسیله ولز و متیوز (۱۹۹۶) توسعه یافت. در الگوی کارکرد اجرایی خودتنظیمی^۱، آسیب‌پذیری در مقابل اختلالات روان‌شناختی، تداوم و حفظ این اختلالات با نشانگان شناختی توجهی مرتبط است که این نشانگان^۲ با تمرکز 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 شناختی ارتباط مثبتی به دست آمده است. یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که فراشناخت در افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی و افراد مسن مختل می‌باشد (ولز و کارتر، ۲۰۰۱). نتایج پژوهش سوچی و ایسنگرینی (۲۰۰۴) و مکاسی و همکاران (۲۰۰۶) نشان می‌دهد با افزایش سن

¹ self-regulatory executive function model
² syndrome

نشانه‌های افسردگی، باورهای فراشناختی مثبت و منفی درباره نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۱۰(۲)، ۵۰-۲۸.

معمدی، ع.، برجلی، ا.، و صادقپور، م. (۱۳۹۷). پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی سالمندان بر اساس توان مدیریت استرس و حمایت اجتماعی. *مجله سالمند*، ۱۳(۱)، ۹۸-۱۰۹.
نظربلند، ن.، و فرزانه، ه. (۱۳۸۸). نارسایی حافظه کاری در اختلال افسردگی اساسی. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۵(۳)، ۳۱۳-۳۰۸.

همیلتون، ا. ا. (۱۳۹۵). *درآمدی بر روان‌شناسی سالمندی* (ترجمه ع. معمدی، ش. جوانمرد و س. رستمی). تهران: جهاد دانشگاهی واحد دانشگاه علامه طباطبایی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰)

هومن، ح. (۱۳۸۴). *استنباط آماری در پژوهش رفتاری*. تهران: سمت.

یزدی، س. م.، درویزه، ز.، و شیخی، ز. (۱۳۹۴). مقایسه نارسایی‌های شناختی و شیوه‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر و همبود. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۱(۳)، ۲۸-۷.

Allahyari, T., Rangi, N. H., Khalkhali, H., & Khosravi, Y. (2014). Occupational cognitive failures and safety performance in the workplace. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 20 (1), 175-180.

Bailey, R., & Wells, A. (2015). Metacognitive beliefs moderate the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 34, 8-14.

Bailey, R. F. (2012). Introduction: in the aftermath of the so-called memory wars. *Nebraska Symposium on Motivation*, 58, 1-13.

Beck, A. T. (2004). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber.

Bora, E. (2016). Differences in cognitive impairment between schizophrenia and bipolar disorder: Considering the role of heterogeneity. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70, 424-433. doi: 10.1111/pcn.12410

Bridger, R. S., Johnsen, S. A., & Brasher, K. (2013). Psychometric properties of the Cognitive Failures Questionnaire. *The Official Journal of the Chartered Institute*

هر یک از اختلالات روانی در نارسایی‌های شناختی به صورت جزئی‌تر نیز مورد بررسی قرار گیرد و در آخر پیشنهاد می‌شود، آموزش‌های لازم راهبردهای شناختی و فراشناختی، در پیشگیری از بروز اختلالات شناختی سالمندان به خود سالمندان، خانواده‌ها و یا مراقبین آنها داده شود. در نتیجه با توجه به نتایج این پژوهش به نظر می‌رسد می‌توان با تأکید بر کاهش انواع اختلالات روان‌شناختی و افزایش سلامت روان در سالمندان و تدوین برنامه‌ها و مداخلات درمانی، مشکلات مربوط به نارسایی شناختی به عنوان یکی از مشکلات شایع و رایج در دوره سالمندی را کاهش داد.

منابع

انیسی، ج.، بابایی، ش.، بارانی، م.، محمدلو، ه.، و ابراهیمی، ف. (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های روانسنجی چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی در کارکنان نیروهای مسلح. *فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا*، ۴(۵۳)، ۱۸-۱۳.

راد، ج.، ویس، ن.، و واکر، ز. (۱۳۸۹). *دستنامه روان‌پزشکی سالمندان* (ترجمه م. فروغان). تهران: ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۸)

روزنهان، د.، و سلیگمن، م. (۱۳۸۶). *آسیب‌شناسی روانی* (ترجمه ی. سید محمدی). تهران: ارسباران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۵).

سادوک، ب.، سادوک، و.، و روئیر، ژ. (۱۳۹۴). *خلاصه روان-پزشکی کاپلان و سادوک علوم رفتاری/روان‌پزشکی بالینی*، جلد اول (ترجمه ف. رضاعی). تهران: ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۵)

سجادیان، ا.، و گل پرور، م. (۱۳۸۷). روابط ساده و چندگانه باورهای دنیای عادلانه با وضعیت روانی افراد. *مجله روانشناسی معاصر*، ۱(۵)، ۴۲-۳۳.

شاهقلیان، م.، آزاد فلاح، پ.، و فتحی‌آشتیانی، ع. (۱۳۹۱). مقایسه مؤلفه‌های فراشناخت و نارسایی‌های شناختی بر اساس ابعاد شخصیتی. *مجله علوم رفتاری*، ۶(۱۲۵)، ۱۳۰-۱۳۲.

صادق‌زاده نوبر، س.، احمدی، ع. ا.، و باباپورخیرالدین، جلیل. (۱۳۹۳). بررسی مقایسه‌ای نارسایی‌های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی اجباری با افراد افسرده. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۱(۱)، ۱۰-۱.

لاریجانی، ز.، محمدخانی، پ.، حسنی، ف.، سپاه‌منصور، م.، و محمودی، غ. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی در دانشجویان با

- of Ergonomics and Human Factors*, 56(10), 1515-1524. doi.org/10.1080/00140139.2013.821172
- Broadbent, D. E., Cooper, P. J., Fitzgerald, P. F., & Parkers, K. R. (1982). The cognitive failures questionnaire (CFQ) and its correlates. *British Journal of Clinical Psychology*, 21(1), 1-16. doi.org/10.1111/j.2044-8260.1982.tb01421.x
- Burström, K., Johannesson, M., & Diderichsen, F. (2001). Health related quality of life by disease and socioeconomic group in elderly population in Sweden. *Health Policy*, 55(1), 51-69. doi.org/10.1016/S0168-8510(00)00111-1
- Carrigan, N., & Barkus, E. (2016). A systematic review of cognitive failures in daily life: Healthy populations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 63, 29-42. doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.01.010
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the metacognitions questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-315. doi.org/10.1016/S0887-6185(97)00011-X.
- Coca, A., Monteagudo, E., Doménech, M., Camafort, M., & Sierra, C. (2016). Can the Treatment of Hypertension in the Middle-Aged Prevent Dementia in the Elderly? *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*, 23(2), 97-104. doi: 10.1007/s40292-016-0144-5
- Coutinho, G., Drummond, C., Teldeschi, A., & Mattos, P. (2016). Awareness of memory deficits is useful to distinguish between depression and mild cognitive impairment in the elderly. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 38(3), 231-234. doi:10.1590/1516-4446-2015-1772
- Cuttler, C., Graf, P., Pawluski, J. L., & Galea, L. A. M. (2011). Everyday life memory deficits in pregnant women. *Can. J. Exp. Psychol.* 65(1), 27-37. doi:10.1037/a0022844
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). "Factorial invariance across gender for the primary symptom dimensions of the SCL90". *British Journal of Social Clinical Psychology*, 16(4), 347-356. doi:10.1111/j.2044-8260.1977.tb00241.x
- Dixon, R. A., Backman, L., & Nilsson, L. G. (Eds.). (2004). *New frontiers in cognitive aging*. Oxford UK: Oxford University Press.
- Doorn, R. R. A., Lang, J. W. B., & Weijters, T. (2010). Self-reported cognitive failures: A core self-evaluation? *Personality and Individual Differences*, 49(7), 717-722. doi: 10.1016/j.paid.2010.06.013
- Feng, H., Li, G., Xu, C., Ju, C., & Qiu, X. (2016). Training Rehabilitation as an Effective Treatment for Patients with Vascular Cognitive Impairment with No Dementia. *Rehabilitation Nursing*, 42(5), 290-297. doi:10.1002/rnj.271
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(2), 117-132. doi: 10.1016/j.jbtep.2006.12.001
- Gallagher, R., Sullivan, A., Burke, R., Hales, S., Sharpe, P., & Tofler, G. (2016). Quality of life, social support and cognitive impairment in heart failure patients without diagnosed dementia. *International Journal of Nursing Practice*, 22(2), 179-188. doi: 10.1111/ijn.12402
- Garcia-Montes, J. M., Cangas, A., Prerez, M., Varez, M., Hidalgo, A., & Gutierrez, O. (2005). Influence of metacognitive variables on paranoid ideation. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 463-469.
- Giluk, T. (2009). Mindfulness, big five personality and affect: a meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 47(8), 805-811. doi: 10.1016/j.paid.2009.06.026.
- Greer, T. L., Sunderajan, P., Grannemann, B. D., Kurian, B. T., & Trivedi, M. H. (2014). Does duloxetine improve cognitive function independently of its antidepressant effect in patients with major depressive disorder and subjective reports of cognitive dysfunction? *Depression Research and Treatment*, 2014, 13. doi: 10.1155/2014/627863
- Groves, S. J., Porter, R. J., Jordan, J., Knight, R., Carter, J. D., McIntosh, V. V., ... & Joyce, P. R. (2015). Changes in neuropsychological function after treatment with metacognitive therapy or cognitive behavior therapy for depression. *Depression & Anxiety*, 32(6), 437-444. doi: 10.1002/da.22341

- Harvey, P. O., Le Bastard, G., Pochon, J. B., Levy, R., Allilaire, J. F., Dubois, B., & Fossati, P. (2004). Executive functions and updating of the contents of working memory in unipolar depression. *Journal of Psychiatric Research*, 38(6), 567-576. doi.org/10.1016/j.jpsychires.2004.03.003
- Jacus, J. P., Dupont, M. P., Herades, Y., Pelix, C., Large, H., & Baud, M. (2014). Awareness disorders in Alzheimer's disease and in mild cognitive impairment. *The Brain*, 40(2):180-187. doi.org/10.1016/j.encep.2013.10.003
- Kearney, D. J., Simpson, T. L., Malte, C. A., Felleman, B., Martinez, M. E., & Hunt, S. C. (2016). Mindfulness-Based stress reduction in addition to usual care is associated with improvements in pain, fatigue, and cognitive failures among veterans with gulf war illness. *The American Journal of Medicine*, 129(2), 204-214.
- Kuelz, A. K., Hohagen, F., & Voderholzer, U. (2004). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Biological Psychology*. 65 (3), 185-236.
- Liotti, M., & Mayberg, H. S. (2001). The role of functional neuroimaging in the neuropsychology of depression. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 23 (1), 121-136. doi.org/10.1076/jcen.23.1.121.1223
- Liotti, M., Woldorff, M. G., Perez, R., & Mayberg, G. (2000). HS: an ERP study of temporal course of the stroop color – word interference effect. *Neuropsychologia*, 38(5), 701-711. doi.org/10.1016/S0028-3932(99)00106-2
- Luther, L., Salyers, M. P., Firmin, R. L., Marggraf, M. P., Davis, B., & Minor, K. S. (2016). Additional support for the cognitive model of schizophrenia: Evidence of elevated defeatist beliefs in schizotypy. *Comprehensive Psychiatry*, 68, 40-47. doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.03.006
- McEvoy, P. M., Erceg-Hurn, D. M., Anderson, R. A., Campbell, B. N., Swan, A., Saulsman, L. M., ... & Nathan, P. R. (2014). Group metacognitive therapy for repetitive negative thinking in primary and non-primary generalized anxiety disorder: an effectiveness trial. *Journal of Affective Disorders*, 175 (1), 124-132. doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.046
- Mecacci, L. (2005). Luria: a Unitary View of Human Brain and Mind. *Cortex*. 41(6), 816-822. doi.org/10.1016/S0010-9452(08)70300-9
- Mecacci, L., Righi, S., & Rocchetti, G. (2006). Cognitive failures and circadian typology. *Personality and Individual Differences*, 37(1), 107-113. doi.org/10.1016/j.paid.2003.08.004
- Mehta, S., Mittal, P. K., & Swami, M. K. (2014). Psychosocial functioning in depressive patients: A comparative study between major depressive disorder and bipolar affective disorder. *Depression Research and Treatment*, 2014, 1-6 doi.org/10.1155/2014/302741
- Moritz, S., Birkner, C., Kloss, M., Jahn, H., Hand, I., Haasen, C., & Krauz, M. (2002). Executive functioning in obsessive-compulsive disorder, unipolar depression, and schizophrenia. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17(5), 477-483. doi.org/10.1093/arclin/17.5.477
- Moro, V., Condoleo, M. T., Valbusa, V., Broggio, E., Moretto, G., & Gambina, G. (2014). Cognitive stimulation of executive functions in mild cognitive impairment: Specific efficacy and impact in memory. *American Journal Alzheimers Disesas and Other Dementias*, 30(2), 153-64. doi: 10.1177/1533317514539542
- Morrison, A. P., French, P., & Wells, A. (2007). Metacognitive beliefs across the continuum of psychosis: Comparisons between patients with psychotic disorder, patients at ultra-high risk and nonpatients. *Behavior Research and Therapy*. 24(9), 2241-2246.
- Muller, J., Roberts, J.E. (2005). Memory and Attention in Obsessive-Compulsive Disorder: A Review. *Journal of Anxiety Disorder*. 19(1), 1-28. doi.org/10.1016/j.janxdis.2003.12.001.
- Murphy, F. C., Michael, A., & Sahakian, B. J. (2012). Emotion modulates cognitive flexibility in patients with major depression. *Psychological Medicine*, 42(7), 1373-1382. doi: 10.1017/S0033291711002418
- Nakao, T., Okada, K., & Kanba, S. (2014). Neurobiological model of obsessive-compulsive disorder: evidence from recent

- neuropsychological and neuroimaging findings. *Psychiatry Clinical Neurosciences*, 68 (8), 587-605. doi: 10.1111/pcn.12195
- Petit – Taboue, M. C., Landeau, B., Desson, J. I., Desgranges, B., & Baroe, J. C. (1998). Effects of healthy aging on the regional cerebral metabolic rate of glucose assessed with statistical parametric mapping. *Neuroimage*, 3(7), 176-184. doi.org/10.1006/nimg.1997.0318
- Piras, F., Piras, F., Orfei, M. D., Caltagirone, C., & Spalletta, G. (2016). Self-awareness in Mild Cognitive Impairment: Quantitative evidence from systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 61, 90-107. doi: 10.1016/j.neubiorev.2015.10.002
- Postma, I. R., Bouma, A., deGroot, J. C., Aukes, A. M., Aarnoudse, J. G., & Zeeman, G.G. (2016). cerebral white matter lesions, subjective cognitive failures, and objective neurocognitive functioning: A follow-up study in women after hypertensive disorders of pregnancy. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 38(5), 585- 598. doi.org/10.1080/13803395.2016.1143453
- Rodrigues, R. M., Loureiro, L. M., Silva, S. M., Azeredo, Z. A., Crespo, S., & Ribeiro, C. F. (2013). Mental health in oldest old population. *European Psychiatry*, 28 (1), 1-10. doi.org/10.1016/S0924-9338 (13)76627-6
- Rose, E. J., & Ebmeier, K. P. (2006). Pattern of Impaired Working Memory during Major Depression. *Journal of Affective Disorders*; 90(2-3), 149-161. doi:10.1016/j.jad.2005.11.003.
- Rubin, E. H., Kinscherf, D. A., Grant, E. A., & Storandt, M. (1991). The influence of major depression on clinical and psychometric assessment of senile dementia of the Alzheimer type. *American Journal of Psychiatry*, 148(9), 1164-1171. doi:10.1176/ajp.148.9.1164
- Sambuchi, N., Muraccioli, I., Alescio-Lautier, B., Paban, V., Sambuc, R., Jouve, É., ... & Michel, B.F.(2015). Subjective cognitive impairment and Alzheimer's disease: A two year follow up of 51 subjects during two years. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 13(4), 461-471. doi: 10.1684/pnv.2015.0575
- Sargent-Cox, K. A., Anstey, K. J., & Luszcz, M. A. (2014). Longitudinal change of self-perceptions of aging and mortality. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(2), 168-173. doi.org/10.1093/geronb/gbt005
- Sasayama, D., Hori, H., Teraishi, T., Hattori, K., Ota, M., Matsuo, J. ... & Kunugi, H. (2012). More severe impairment of manual dexterity in bipolar disorder compared to unipolar major depression. *Journal Affective Disorders*, 136(3), 1047-1052. doi.org/10.1016/j.jad.2011.11.031
- Shilyansky, C., Williams, L.M., Gyurak, A., Harris, A., Usherwood, T., & Etkin, A. (2016). Effect of antidepressant treatment on cognitive impairments associated with depression: A randomised longitudinal study. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 425-435. doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00012-2
- Smith, R. E., & Hunt, R. R. (2016). Distinctive processing in young and older adults: Metacognitive judgments and the isolation paradigm. *Psychology and Aging*, 31(2), 198-209. doi: 10.1037/pag0000076. Epub 2016 Feb 11
- Snowdon, J. (2002). How high is prevalence of depression in old age? *Brazilian Journal of Psychiatry*, 24(1), 7- 42. Doi: 10.1590/S1516-44462002000500009
- Souchay, C., & Isingrini, M. (2004). Age related differences in metacognitive control: Role of executive functioning. *Brain Cognition*, 56(1), 89-99. doi.org/10.1016/j.bandc.2004.06.002
- 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. doi.org/10.1016/j.paid.2008.04.005
- Sullivan, B., & Payne, T. W. (2007). Affective disorders and cognitive failures: A comparison of seasonal and nonseasonal depression. *The American Journal of Psychiatry*, 164(11), 1663-1668. doi:10.1176/appi.ajp.2007.06111792.
- Torres, I. J., Mackala, S. A., Kozicky, J. M., & Yatham, L. N. (2016). Metacognitive knowledge and experience in recently

- diagnosed patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 38(7), 730-744. doi:10.1080/13803395.2016.1161733
- Tyrovolas, S., Koyanagi, A., Lara, E., Santini, Z. I., & Haro, J. M. (2016). Mild cognitive impairment is associated with falls among older adults: Findings from the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Experimental Gerontology*, 75, 42-47. doi:10.1016/j.exger.2015.12.008
- Vinkers, D. J., Gussekloo, J., Stek, M. L. & Rudi G. J. (2004). Westendorp and population based study cognitive impairment in old age. *British medical journal*, 329 (7471), 881-885. doi:10.1136/bmj.38216.604664.DE
- Wallace, J. C., Popp, E., & Mondore, S. (2006). Safety climate as a mediator between foundation climates and occupational accidents: A group-level investigation. *Journal of Applied Psychology*, 91(3), 681-688. doi:10.1037/0021-9010.91.3.681
- Wallace, J. C., & Vodanovich, S. (2010). Workplace safety performance: Conscientiousness, cognitive failure and their interaction. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8(4), 316-327. doi.org/10.1037/1076-8998.8.4.316
- Walsh, J. J., Balint, M. G., Smolira, D. R., Fredericksen, L. K., & Madsen, S. (2009). Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. *Personality and Individual Differences*, 46(2), 94-99. doi:10.1016/j.paid.2008.09.008
- Wan, L., Friedman, B. H., Boutros, N. N., & Crawford, H. J. (2008). Smoking status affects men and women differently on schizotypal traits and cognitive failures. *Personality and Individual Differences*, 44 (2), 425-435. doi:10.1016/j.paid.2007.09.002
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36 (9), 899-913. doi:10.1016/S0005-7967(98)00070-9
- 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 non-patients. *Behavior Therapy*, 32(1), 85-102. doi:10.1016/S0005-7894(01)80045-9
- 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. *Behavior Research and Therapy*. 34(11-12), 881-888.
- Woodford, H. J., & George, J. (2007). Cognitive assessment in the elderly: A review of clinical methods. *An International Journal of Medicine*, 100(8), 469-484. doi:10.1093/qjmed/hcm051
- Wu, K. Y., Liu, C. Y., Chen, C. S., Chen, C. H., Hsiao, I. T., Hsieh, C. J., ..., Lin, K. J. (2016). Beta-amyloid deposition and cognitive function in patients with major depressive disorder with different subtypes of mild cognitive impairment: (18) F-florbetapir (AV-45/Amyvid) PET study. *European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*, 43(6), 1067-1076. doi: 10.1007/s00259-015-3291-3
- Zargar, F., Mohammadi, A., Shafiei, E., & Fakharian, E. (2015). Comparing Cognitive Failures and Metacognitive Beliefs in Mild Traumatic Brain Injured Patients and Normal Controls in Kashan. *Archives of trauma research*, 4(2), e20977. doi:10.5812/atr.4 (2)2015.20977

