

ارتباط رفتارهای دینی

و خودآگاهی با نارسایی‌های شناختی در میانسالان

عباس ابوالقاسمی* / آذر کیامرئی** / عبدالصمد آق***

چکیده

هدف این پژوهش، تعیین ارتباط رفتارهای دینی و خودآگاهی با نارسایی‌های شناختی در میانسالان است. نمونه این پژوهش، ۳۹۴ میانسال شهر اردبیل بوده که به صورت تصادفی ساده انتخاب شده‌اند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس رفتار دینی، مقیاس خودآگاهی و پرسش‌نامه نارسایی‌های شناختی استفاده شده است. داده‌های پژوهش با روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری تجزیه و تحلیل شده است. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که رفتارهای دینی و خودآگاهی با نارسایی‌های شناختی میانسالان رابطه منفی معناداری دارند. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری نیز نشان می‌دهد که خودآگاهی و رفتارهای دینی ۱۶ درصد از واریانس نارسایی‌های شناختی میانسالان را تبیین می‌کنند. این نتایج بیان می‌کند که سطح بالای رفتارهای دینی و خودآگاهی، نارسایی‌های شناختی را کاهش می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: خودآگاهی، رفتارهای دینی، نارسایی‌های شناختی و میانسالان.

مقدمه

میان‌سال‌ی دوره‌ای است که نقش ویژه‌ای در سامان‌دهی شناختی و رفتاری فرد دارد. این دوره با تغییرات قابل ملاحظه‌ای در حافظه، هوش، ادراک، یادآوری، حل مسئله و سایر توانایی‌های شناختی همراه است. بهداشت روانی فرد در چنین شرایطی بیشتر در معرض تهدید قرار گرفته و آمادگی لازم برای ابتلا به مشکلات روان‌شناختی و شناختی فراهم می‌شود.^۱

افزایش سن بر فرایندهای شناختی تأثیر قابل ملاحظه‌ای گذاشته و با تحت تأثیر قرار دادن عملکرد شناختی، احتمال وقوع نارسایی‌های شناختی را در افراد زیاد می‌کند.^۲ نارسایی‌های شناختی^۳ عبارت است از شکست فرد برای کامل کردن تکلیف‌هایی که به طور طبیعی قادر به انجام و تکمیل آن است و نارسایی‌های مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی است.^۴ در مطالعات مختلف، همبستگی مثبت معناداری بین نارسایی‌های شناختی و عملکرد در تکالیف به دست آمده است.^۵ علاوه بر این، نارسایی‌های شناختی با صفات شخصیتی، اضطراب و استرس مرتبط است.^۶ رابیت^۷ (۱۹۹۰) نشان داده که آزمودنی‌های مسن‌تر، نارسایی‌های شناختی بیشتری در مقایسه با آزمودنی‌های جوانتر دارند. همچنین یافته‌های پژوهشی نشان داده است که روان‌نژندی و راهبردهای مقابله با استرس رابطه معناداری با نارسایی‌های شناختی دارند.^۸

با اینکه بسیاری از محققان و روان‌شناسان معتقدند که مذهب، اشتباهات شناختی را کاهش داده و به احساس امنیت درونی منجر می‌شود؛ گروهی معتقدند که مذهب نیز اثر درمانی و مقابله‌ای دارد.^۹ به اعتقاد جیمز و یونگ مذهب وسیله‌ای برای هدفمند ساختن انسان‌ها و ایجاد راحتی و آرامش درونی است. شناخت و تعقل در دین مبین اسلام نیز جایگاه ویژه‌ای دارد و به صورت کامل‌تری به نقش مذهب در شناخت و تکامل انسان اشاره شده است. از نظر اسلام عقل و شناخت برای ارتقای سلامت روانی و دستیابی به کمال، ضروری است.^{۱۰}

رفتارهای دینی^{۱۱} 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 تعیین‌کننده‌ای در کاهش نارسایی‌های شناختی افراد ایفا می‌کنند. 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.^{۱۲}

مطالعات صورت گرفته جایگاه ویژه‌ای برای نقش مذهب و رفتارهای دینی بر سلامت روانی قائل شده‌اند. از مذهب می‌توان برای مقابله با تنهایی و مشکلات،^{۱۳} رفتارهای سایکوتیک،^{۱۴} بیماری پارکینسون،^{۱۵} فوت یکی از عزیزان^{۱۶} و تضعیف کننده سیستم ایمنی بدن^{۱۷} استفاده کرد.

باورهای مذهبی رابطه مثبتی با عزت نفس،^{۱۸} خلاقیت، کنجکاوی و خوشبینی^{۱۹} و کارکردهای شناختی^{۲۰} دارند. همچنین نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که ارتباط منفی معناداری بین باورهای مذهبی و آشفتگی‌های روان‌شناختی و شناختی وجود دارد.^{۲۱} مالتبی و دی (۲۰۰۰) نشان داده‌اند که جهت‌گیری مذهبی در کاهش نشانه‌های افسردگی و اصلاح سبک‌های اسنادی مؤثر است. بارت، پاتوک-پکهام، هاتچینسون و ناگوشی^{۲۲} (۲۰۰۵) نیز نشان داده‌اند که جهت‌گیری‌های مذهبی، جهت‌گیری‌های شناختی و رفتاری را تحت تأثیر قرار می‌دهند. اسچیف^{۲۳} (۲۰۰۶) نشان داده است که مقابله «مسئله‌مدار نشانه‌های افسردگی بالاتر» را برای افراد مذهبی، و مقابله «هیجان‌مدار نشانه‌های افسردگی بالاتر» را برای افراد غیر مذهبی پیش‌بینی می‌کند. هاگیولت، موهر، جونگ، گیلی لان و همکاران^{۲۴} (۲۰۰۷) نتیجه‌گیری کرده‌اند که مذهب احتمالاً نقش ویژه‌ای در تصمیمات و تلاش‌های مربوط به خودکشی بیماران سایکوتیک و غیر سایکوتیک دارد. سیو و کوهن^{۲۵} (۲۰۰۷) رابطه منفی معناداری بین شناخت‌های وسواسی و مذهب درونی به دست آورده‌اند.

یکی از متغیرهایی که بر نارسایی‌های شناختی میانسالان تأثیر می‌گذارد، خودآگاهی است. خودآگاهی گرایش به آگاهی و نظارت بر تفکرهای شخصی و فرایندهای شناختی خود فرد بوده و نتیجه رشد ساختارها و فرایندهای شناختی و نیز عواطف و احساسات تنیده در آن است و از نخستین سال‌های دوران کودکی تا بزرگسالی، از تعامل‌های اجتماعی و روابط بین فردی تأثیر می‌پذیرد و یکی از ملزومات سازگاری است.^{۲۶}

نتایج مطالعات نشان داده است که اشتغال فکری با شکست‌ها و محرومیت‌ها، به ویژه هنگامی که توأم با احساس نگرانی از حضور در کنار دیگران است، به استمرار و تشدید مشکلات شناختی منجر می‌شود.^{۲۷} لکن نتایج پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که

خودآگاهی مختل در تعامل با ماهیت افکار، عواطف و باورها، به ویژه میزان احساس ناامیدی و نیز ارزشی که فرد برای خود، به عنوان یکی از اعضای اجتماعی قایل است، می‌تواند به گونه‌های مختلف بر مشکلات روانی و شناختی فرد تأثیر بگذارد.^{۲۸}

یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که رابطه منفی‌ای بین خودآگاهی فردی^{۲۹} با نارسایی‌های شناختی وجود دارد. یافته‌های پژوهشی در مورد افراد میانسال و سالمند نشان می‌دهد که احتمال وقوع نارسایی‌های شناختی بیشتر، خود - کنترلی شناختی، محدودکننده‌تر، اعتماد به فرایندهای شناختی کمتر و نگرانی زیادتر وجود دارد.^{۳۰} نالن - هاکسما (۱۹۹۰) در پژوهشی نتیجه‌گیری کرده‌اند که خودآگاهی مختل، پیامدهای منفی برای بهداشت روانی فرد دارد. مکاکسی (۲۰۰۵) و مکاکسی، ریجی و روکتی^{۳۱} (۲۰۰۶) در تحقیقی دریافته‌اند که همبستگی مثبت معناداری بین فراشناخت مختل و نارسایی‌های شناختی وجود داشته و همچنین میزان فراشناخت مختل و نارسایی‌های شناختی در افراد مسن‌تر بیشتر است.

با توجه به برجسته نشدن نقش رفتارهای دینی و خودآگاهی بر نارسایی‌های شناختی، تحقیقات معدود در این زمینه، وجود نتایج متفاوت و اهمیت این متغیرها در پیشگیری مشکلات شناختی، فرض‌های زیر بررسی می‌شود:

اول، اینکه هر یک از متغیرهای رفتارهای دینی و خودآگاهی با نارسایی‌های شناختی در میانسالان رابطه منفی معنا داری دارند.

دوم اینکه مؤلفه‌های رفتار دینی و خودآگاهی، نارسایی‌های شناختی میانسالان را پیش‌بینی می‌کنند.

روش شناسی

این پژوهش از نوع همبستگی می‌باشد که به روش گذشته‌نگر صورت پذیرفته است. در این پژوهش، رفتارهای دینی و خودآگاهی به عنوان متغیرهای پیش‌بین، و نارسایی‌های شناختی به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شده‌اند.

نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری این پژوهش را کلیه میانسالان شهر اردبیل در سال ۱۳۸۹ تشکیل می‌دهند. نمونه این پژوهش شامل ۳۹۴ میانسال (۱۹۸ مرد و ۱۹۶ زن) است که به صورت تصادفی ساده انتخاب شده‌اند. میانگین (و انحراف معیار) سنی

آزمودنی‌های میانسال ۴۷/۲۵ (۴/۳۳) است. ضمناً اطلاعات مربوط به هشت میانسال به علت ناقص بودن حذف و اطلاعات مربوط به ۳۸۶ آزمودنی، تجزیه و تحلیل آماری شده‌اند. ملاک‌های ورود عبارت بوده‌اند از: دامنه سنی چهل تا پنجاه سال، تحصیلات دست‌کم دبیرستان، شاغل بودن، متأهل بودن و فقدان بیماری جسمی یا روانی مزمن.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه نارسایی‌های شناختی: پرسش‌نامه نارسایی‌های شناختی در سال ۱۹۸۲م توسط برادبنت، کوپر، فیتزجرالد و پارکز^{۳۱} 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 عبارت‌اند از: حواس‌پرتی، نارسایی‌های مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی. در بررسی والاس (۲۰۰۴م) 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 به دست آورده است. ضریب همبستگی بین این پرسش‌نامه و پرسش‌نامه سلامت روانی ۰/۴۱ - به دست آمده است ($P < ۰/۰۱$).

مقیاس رفتار دینی: مقیاس رفتار دینی توسط نیلسن^{۳۲} (۱۹۹۵م) با روش تحلیل عوامل ساخته شده است. این مقیاس 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 این مقیاس ۰/۹۲ به دست آمده است. ضریب همبستگی مقیاس رفتار دینی با مقیاس سنگدلی ($r = ۰/۳۳$) و مقیاس دلسوزی ($r = ۰/۲۸$) معنادار است ($P < ۰/۰۱$). در این مطالعه، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ به دست آمده است.

مقیاس خودآگاهی: مقیاس خودآگاهی توسط جینک، کالاماری، ریمان و هفلینگ^{۳۳} (۲۰۰۳م) ساخته شده است و چهارده آیتم دارد. سؤال‌های این مقیاس روی یک مقیاس لیکرتی (از موافق نیستم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۴) پاسخ داده می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۹ به دست آمده است. ضریب همبستگی این مقیاس با پرسش‌نامه فراشناخت ۰/۴۷ - است ($P < ۰/۰۱$).

روش اجرا: در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات - با توجه به ملاک‌های ورود - ابتدا میانسالان مشخص شده‌اند، سپس اهداف تحقیق برای هر یک از آزمودنی‌ها توضیح داده شده و مقیاس رفتار دینی، مقیاس خودآگاهی و پرسش‌نامه نارسایی‌های شناختی به ترتیب در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفته و از آنها خواسته شده که به دقت سؤال‌ها را مطالعه نموده و پاسخ‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب کرده و سؤالی را تا حد امکان بی‌جواب نگذارند. آنگاه داده‌های جمع‌آوری شده، تجزیه و تحلیل شده‌اند. ضمناً تکمیل پرسش‌نامه‌ها به صورت انفرادی و زمان اجرای آنها حدود ۲۰ دقیقه بوده است.

یافته‌ها

نتایج نشان می‌دهد که ۴۵/۹ درصد (۸۹ نفر) آزمودنی‌ها تحصیلات زیر دبیرستان، ۲۴/۷ درصد (۴۸ نفر) تحصیلات دیپلم و ۲۴/۷ درصد (۴۷ نفر) تحصیلات بالای دیپلم داشته‌اند. وضعیت اقتصادی ۲۴/۲ درصد (۴۷ نفر) پایین، ۶۵/۵ درصد (۱۲۷ نفر) متوسط و ۹/۳ درصد (۱۸ نفر) بالا بوده است. زبان ۸۷/۶ درصد (۱۷۰ نفر) ترکی و ۸/۸ درصد (۱۷ نفر) فارسی بوده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار خودآگاهی، رفتارهای دینی و نارسایی‌های شناختی در میانسالان

F	زن		مرد		کل		متغیر	
	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}		
۷/۳۲**	۴/۰۷	۱۷/۰۷	۳/۰۶	۱۸/۴۷	۳/۶۵	۱۷/۷۸	خودآگاهی	
۰/۰۴	۴/۵۴	۲۸/۴۸	۴/۰۵	۲۸/۶۰	۴/۲۹	۲۸/۵۴	رفتار دینی	
۲/۰۳	۲/۰۵	۶/۸۵	۱/۸۷	۷/۲۵	۱/۹۷	۷/۰۶	مراسم دینی	
۱/۲۰	۱۲/۷۲	۵۰/۲۱	۵/۷۳	۴۸/۶۶	۹/۸۴	۴۹/۴۳	ایمان	
۱/۳۳	۱/۸۸	۱۲/۵۹	۱/۶۷	۱۲/۸۹	۱/۷۸	۱۲/۷۴	رفتار علمی	
۰/۱۱	۱۷/۷۵	۹۸/۱۳	۱۱/۴۹	۹۷/۴۱	۱۴/۸۹	۹۷/۷۷	کل	
۷/۰۶**	۶/۲۳	۲۲/۴۹	۶/۱۴	۲۲/۸۶	۶/۱۷	۲۲/۶۷	حواس‌پرتی	نارسایی‌های شناختی
۲/۹۹	۵/۵۲	۱۷/۰۴	۴/۷۱	۱۶/۸۵	۵/۱۲	۱۶/۹۴	مشکلات حافظه	
۹/۱۶**	۳/۹۵	۱۴/۵۳	۳/۹۴	۱۴/۲۶	۳/۹۴	۱۴/۴۰	اشتباهات سهوی	
۰/۲۴	۲/۱۳	۴/۶۰	۱/۸۹	۴/۸۶	۲/۰۱	۴/۷۳	عدم یادآوری اسامی	
۳/۰۸	۱۵/۲۶	۵۸/۶۷	۱۲/۹۹	۵۸/۸۳	۱۴/۱۲	۵۸/۷۵	کل	

* $p < 0.01$

در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار خودآگاهی، رفتارهای دینی و نارسایی‌های شناختی میانسالان آمده است. میانگین و انحراف معیار رفتارهای دینی ۹۷/۷۷ (۱۴/۸۹)،

خودآگاهی ۱۷/۷۸ (۳/۶۵) و نارسایی‌های شناختی ۵۸/۷۵ (۱۴/۱۲) است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، میانگین نمره‌های خودآگاهی شناختی در مردان در مقایسه با زنان به طور معناداری بیشتر است، در صورتی که میانگین نمره‌های اشتباهات سهوی و حواس‌پرتی در زنان بیشتر است. ($P < 0.01$)

جدول شماره ۲: ضریب همبستگی بین خودآگاهی، رفتارهای دینی و نارسایی‌های شناختی در میانسالان

	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲
۱- خودآگاهی	۰/۱۷**	۰/۱۲	۰/۱۴	۰/۲۳**	۰/۱۸*	۰/۲۳**	۰/۱۴	۰/۱۲	۰/۱۷**	
۲- رفتار دینی	۰/۳۴**	۰/۱۴	۰/۳۷**	۰/۲۴**	۰/۲۹**	۰/۷۸**	۰/۷۵**	۰/۴۸**	۰/۶۴**	۱
۳- مراسم دینی	۰/۰۹	۰/۰۴	۰/۲۰**	۰/۰۲	۰/۰۸	۰/۶۲**	۰/۵۹**	۰/۳۵**	۱	
۴- ایمان	۰/۳۲**	۰/۲۹**	۰/۳۶**	۰/۰۲**	۰/۲۴**	۰/۹۱**	۰/۵۴	۱		
۵- رفتار علمی	۰/۲۹**	۰/۰۲**	۰/۴۰**	۰/۱۸*	۰/۱۹**	۰/۷۷**	۱			
۶- رفتارهای مذهبی	۰/۳۵**	۰/۲۵**	۰/۴۲**	۰/۲۳**	۰/۲۷**	۱				
۷- حواس‌پرتی	۰/۸۸**	۰/۴۱**	۰/۵۸**	۰/۶۲**	۱					
۸- مشکلات حافظه	۰/۸۵**	۰/۴۲**	۰/۵۵**	۱						
۹- اشتباهات سهوی	۰/۸**	۰/۴۶**	۱							
۱۰- عدم یادآوری اسامی	۰/۶۰**	۱								
۱۱- نارساییهای شناختی	۱									

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، رفتارهای دینی ($r = -0.35$) و خودآگاهی ($r = -0.25$) با نارسایی‌های شناختی در میانسالان رابطه منفی معناداری دارند ($P < 0.01$). همچنین مؤلفه‌های رفتار دینی فردی ($r = -0.34$)، ایمان ($r = -0.32$) و رفتار علمی ($r = -0.29$) با نارسایی‌های شناختی میانسالان رابطه منفی معناداری دارند ($P < 0.01$).

جدول شماره ۳: نتایج مربوط به ضریب تعیین و ضرایب رگرسیون نارسایی‌های شناختی

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	R	R2	F(P)	SE	b	Beta	t(P)
نارسایی‌های شناختی	خودآگاهی شناختی	۰/۲۵۵	۰/۰۶۵	**۱۳/۳۷	۰/۲۷	-۰/۹۹	-۰/۲۵۵	**۳/۶۶
	رفتارهای دینی	۰/۴۰۲	۰/۱۶۲	**۱۸/۴۶	۰/۰۶۴	-۰/۳	-۰/۳۱۷	**۴/۷

* $P < 0.01$

با توجه به اینکه این پژوهش در پی پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی میانسالان بوده، این متغیر به ترتیب روی هریک از متغیرهای رفتارهای دینی و خودآگاهی به شیوه رگرسیون و رود، تحلیل شده است. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج نشان می‌دهد که حدود ۱۶ درصد از واریانس نارسایی‌های شناختی میانسالان توسط رفتارهای دینی و خودآگاهی تبیین می‌شود و نسبت معنادار F بیانگر ارتباط این متغیرها با نارسایی‌های شناختی است ($p < 0/000$). با توجه به مقادیر بتا، به ترتیب رفتارهای دینی ($Beta = 0/317$) و خودآگاهی ($Beta = -0/255$) قوی‌ترین متغیرها برای پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی میانسالان می‌باشند.

جدول شماره ۴: نتایج مربوط به ضریب تعیین و ضرایب رگرسیون نارسایی‌های شناختی بر اساس مؤلفه‌های رفتارهای دینی

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	R	R2	F(P)	SE	b	Beta	t(P)
نارسایی‌های شناختی	رفتار دینی	۰/۳۹	۰/۱۵۵	**۱۷/۵۲	۰/۲۲	-۱/۰	-۰/۳۰۰	**۴/۵۱
	مراسم دینی	۰/۴۳	۰/۱۸۴	**۱۴/۳۲	۰/۶۲	۱/۶۱	-۰/۲۲۰	*۲/۶۲
	ایمان	۰/۴۶	۰/۲۱۵	**۱۲/۹۷	۰/۱۱	-۰/۲۹	-۰/۲۰۰	*۲/۷۳
	رفتار علمی	۰/۴۶	۰/۲۱۵	**۱۰/۳۲	۰/۸۴	۰/۰۲	۰/۰۰۳	۰/۰۳

* $P < 0/05$ $P < 0/01$

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، تعیین ارتباط رفتارهای دینی و خودآگاهی با نارسایی‌های شناختی در میانسالان بوده است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که رفتارهای دینی با نارسایی‌های شناختی در میانسالان رابطه منفی معناداری دارد. مؤلفه‌های رفتار دینی فردی، مراسم دینی و ایمان با نارسایی‌های شناختی میانسالان رابطه منفی معناداری دارند ($P < 0/05$). این نتایج در راستای یافته‌های پژوهشی مالتبی و دی (۲۰۰۰م)، دان و هورگاس (۲۰۰۴م)، بارت و همکاران (۲۰۰۵م)، اسچیف (۲۰۰۶م)، هاگیولت و همکاران (۲۰۰۷م) و سیو و کوهن (۲۰۰۷م) قرار دارد. در مورد رابطه بین رفتارهای دینی و نارسایی‌های شناختی می‌توان بیان کرد که با توجه به شیوه تبیین مثبت از رویدادها و مقابله با مشکلات 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. علاوه بر این، این نتیجه با این بیان پیترسون (۲۰۰۰م) که افراد دارای رفتارهای دینی، خوشبینانه‌تر مشکلات خود را حل می‌نمایند و نقشه‌هایی برای

فعالیت‌های خود طراحی نموده و طبق آن عمل می‌کنند، همسویی دارد. همچنین می‌توان بیان کرد که افراد مذهبی با خوش‌بینی، در مورد حل مسئله، موفق‌تر عمل نموده، از سلامت روانی بهتری بهره‌مند بوده و در نتیجه، نارسایی‌های شناختی کمتری را تجربه می‌کنند، از این‌رو، تقویت نگرش‌ها و رفتارهای دینی می‌تواند یکی از عوامل محافظت‌کننده در برابر آسیب‌های شناختی میانسالان برای برنامه‌های پیشگیرانه استفاده شود.

نتایج این مطالعه نیز نشان می‌دهد که خودآگاهی با نارسایی‌های شناختی رابطه منفی معناداری دارند ($P < 0/01$). به عبارت دیگر، با افزایش خودآگاهی، نارسایی‌های شناختی کاهش می‌یابد. این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهشی دیگر^{۳۴} قرار دارد. با توجه به اینکه خودآگاهی گرایش به آگاهی و نظارت بر تفکرات شخصی و فرایندهای شناختی خود فرد است، می‌تواند در تعاملات بین‌فردی، فرایندهای شناختی و سازگاری تأثیر مثبت بگذارند. در صورتی که خودآگاهی مختل در تعامل با ماهیت افکار، عواطف و باورها، به ویژه میزان احساس ناامیدی و نیز ارزشی که فرد برای خود به عنوان یکی از اعضای اجتماعی قائل است، می‌تواند به شیوه‌های گوناگون مشکلات روانی و شناختی فرد را تشدید کند.^{۳۵}

این نتایج نیز در راستای یافته‌های پژوهشی مکاکسی و همکاران (۲۰۰۶م) و مکاکسی (۲۰۰۵م) قرار دارد. با توجه به این نتایج به نظر می‌رسد که میانسالان نشخوارهای ذهنی بیشتری راجع به مزیت‌ها و سودمندی‌های نگرانی، نگرانی‌هایی راجع به توانایی برای کنترل نگرانی‌ها و تردیدهایی راجع به کارکرد و توانمندی‌های شناختی خود داشته باشند و در نتیجه این پردازش‌های فراشناختی، احتمال وقوع نارسایی‌های شناختی میانسالان افزایش می‌یابد. این نتیجه نیز حمایت بیشتری برای مدل کنش اجرایی خودتنظیمی ولز و متیوز^{۳۶} (۱۹۹۶م) در مورد اختلالات شناختی فراهم می‌کند و این نتایج، بیانگر کاربرد مفاهیم فراشناختی در ایجاد و تحول شناختی در میانسالان است. همچنین یافته‌های این پژوهش بیان می‌کند که خودآگاهی در عملکرد شناختی نقش مهمی دارد و تمرکز بر افزایش خودآگاهی و خودشناسی و اصلاح فراشناخت مختل به کاهش احساسات تهدید و ناکامی منجر می‌شود و در نهایت، خودکارآمدی را افزایش و نارسایی‌های شناختی را کاهش می‌دهد.

با توجه به این نتایج می‌توان بیان کرد که افراد دارای خودآگاهی مناسب، راهبردهای کاملاً متفاوتی برای تنظیم عواطف، شناخت و پردازش اطلاعات هیجانی به کار می‌گیرند. افراد دارای خودآگاهی مختل، آن دسته از راهبردهای تنظیم عواطف و شناخت را استفاده می‌کنند که بر هیجان‌ها و شناخت‌های منفی تأکید می‌ورزند. این راهبردهای ناکارآمد فرد را مستعد نارسایی‌های شناختی بیشتری می‌کند. اما افراد دارای خودآگاهی بالا و مناسب، راهبردهایی را برای تنظیم عواطف و شناخت خود به کار می‌گیرند که تنش و استرس را کمینه می‌سازد و هیجان‌های مثبت و سلامت روانی را به وجود آورده و در نتیجه، فرد نارسایی‌های شناختی کمتری را تجربه خواهد کرد.

در بخش دیگر پژوهش، نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان می‌دهد که رفتارهای دینی و خودآگاهی شناختی حدود ۱۶ درصد از واریانس نارسایی‌های شناختی میانسالان را تبیین می‌کنند. این نتیجه، حاکی است که اگرچه دو متغیر رفتارهای دینی و خودآگاهی شناختی تغییرات معناداری از نارسایی‌های شناختی را تبیین می‌کنند، اما خودآگاهی درصد بیشتری از نارسایی‌های شناختی میانسالان را تبیین می‌کند. این نتیجه، نشان می‌دهد که رفتارهای دینی بالا و خودآگاهی مناسب می‌توانند به کاهش نارسایی‌های شناختی در میانسالان منجر شوند. با توجه به عدم وجود یافته‌های متناظر در پیشینه، از این یافته می‌توان استنباط کرد که رفتارهای دینی فردی و خودآگاهی تأثیرشان بر نارسایی‌های شناختی میانسالان قابل ملاحظه نبوده، از این رو برای روشن شدن این نکته لازم است که تحقیقات بیشتری در این زمینه صورت گیرد.

نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری نشان می‌دهد که مؤلفه‌های رفتار دینی ۲۲ درصد از واریانس نارسایی‌های شناختی میانسالان را تبیین کرده و از این میان، رفتار دینی فردی، مراسم دینی و ایمان، توان پیش‌بینی معناداری برای نارسایی‌های شناختی میانسالان دارند. به عبارت دیگر، این مؤلفه‌ها می‌توانند به کاهش نارسایی‌های شناختی در میانسالان منجر شوند. این نتیجه نشان می‌دهد که ۷۸ درصد واریانس و عوامل باقیمانده توسط متغیرهای دیگر مؤثر بر نارسایی‌های شناختی میانسالان (نظیر عوامل شناختی، اجتماعی و انگیزشی) تبیین می‌شود. برخی از تحقیقات^{۳۷} نشان داده‌اند که مؤلفه‌های دینی از عوامل مهم در پیشگیری آشفته‌گی‌های روان‌شناختی و شناختی می‌باشند و با افزایش رفتارهای دینی،

نارسایی‌های شناختی کمتر و در نتیجه توجه، تمرکز و حافظه کمتر آسیب می‌بیند. پیش‌بینی ضعیف‌تر نارسایی‌های شناختی از طریق مؤلفه‌های دینی را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که نگرش‌ها و رفتارهای دینی در جامعه ما، به ویژه در اقشار جوان و میانسال، حساسیت ویژه‌ای دارند، از این‌رو، احتمال دارد که آزمودنی‌های پژوهش دچار خودسانسوری شده و پاسخ درستی به مقیاس رفتار دینی نداده باشند که این مسئله می‌تواند نتایج حاصله را در میانسالان منحرف سازد.

با توجه به اینکه پژوهش حاضر فقط روی میانسالان شهر اردبیل انجام شده است، نتایج حاصله را بایستی با احتیاط به گروه‌های سنی و شهرهای دیگر تعمیم داد. همچنین سنجش رفتارهای دینی با پرسش‌نامه و به صورت ذهنی از محدودیت‌های دیگر این تحقیق است که در تحقیقات آتی باید به آن توجه شود. آموزش راهبردهای شناختی و مذهبی می‌تواند برای پیشگیری از بروز اختلالات شناختی میانسالان حائز اهمیت باشد.

1. Mecacci, L. Righi, S., Rocchetti, G. Cognitive failures and circadian typology. *Personality and Individual Differences*, V:37, p. 107-113
2. Craik, I.M. & Salthouse, S.T. In: F.I.M. Craik and T.A. Salthouse, Editors, *The handbook of aging and cognition*, Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ.
3. cognitive failures
4. Wallace, J.C. Confirmatory factor analysis of the Cognitive Failures Questionnaire: Evidence for dimensionality and construct validity, *Personality and Individual Differences*, 37, 307-324.
5. Manly, T., Robertson, I.H., Galloway, M., Hawkins, K. The absent mind: Further investigations of sustained attention to response, *Neuropsychologia*, 37, 661-670.
6. Houston, D.M. The relationship between cognitive failure and self-focused attention, *British Journal of Clinical Psychology*, 28(1), 85-86.
7. Rabbitt.
8. Matthews, G., Coyle, K., Craig, A. Multiple factors of cognitive failures and their relationship with stress vulnerability, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 12(1), 49-65.
9. Carone & Baron. ۲۰۰۱. کارون و بارون، بند ۵۴.
۱۰. علی اکبر خانجانی، عقل چیست؟، دایرةالمعارف عرفان، بند ۵۴.
11. religious behaviors
12. Carone, D.A., Barone, D.F. A social cognitive perspective on religious beliefs: their functions and impact on coping and psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 21(7), 989-1003
13. Rokach, A., Brock, H. Coping with loneliness. *Journal of Psychology*, 132 (1), 107-127.
14. Kirov, G., Kemp, R., Kirov, K., David, A.S. Religious faith after psychotic illness. *Psychopathology*, 31(2), 234-245.
15. Woods, T.E., Antoni, M.H., Ironson, G.H., Kling, D.W. Religiosity is associated with affective and immune status in symptomatic HIV-infected gay men. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 165-176.
16. Hermann, M., Freyholdt, U., Fuchs, G., Wallesch, C.W. Coping with chronic neurological impairment: a contrastive analysis of Parkinson's disease and stroke. *Disability and Rehabilitation*, 19(1), 6-12.
17. Thompson, M.P., Vardaman, P.J.(1997). The role of religion in coping with the loss of a family member of homicide. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36, 44-51
18. Bylsma, W.H., Cozzarelli, C., Sumer, N. Relation between attachment styles and global self-esteem. *Basic and Applied Social Psychology*, 19(1), 1-16.
19. Mattis, J.S., Fontenot, D.L., Hatcher-Kay, C.A.(2003). Religiosity, racism and dispositional optimism among African Americans. *Personality and Individual Differences*, 34(6), 1025-1038.
- Sethi, S., Seligman, M.E.P. Optimism and fundamentalism. *Psychological Science*, 4(4), 256-259.
- موحد شهنی، منیجه شکرکن، احمد، حسین، «رابطه علی بین نگرش‌های مذهبی، خوشبینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی در دانشجویان»، *مجله علوم تربیتی روانشناسی*، دانشگاه شهید چمران اهواز، ص ۳۴-۱۹.
20. Katz, 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.
21. Maltby, J., Day, L. Depressive symptoms and religious orientation: examining the relationship between religiosity and depression within the context of other correlates of depression. *Personality and Individual Differences*, 28(2), 383-393.
- Dunn, K.S., Horgas, A.L.(2004). Religious and nonreligious coping in older adults experiencing chronic pain. *Pain Management Nursing*, 5(1), 19-28
22. Barrett, Patock-Peckham, Hutchinson & Nagoshi
23. Schiff
24. Huguelet, Mohr, Jung, Gillieron, Brandt & Borrás.
25. Siev & Cohen.
26. Harter, S. *The Construction of the Self*. New York: The Guilford Press.
27. Nolen-Hoeksema, S. Sex Differences in Depression. Stanford: Stanford University Press; Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S. *The Emergence of Gender Differences in Depression During Adolescence*. *Psychological Bulletin*, 115, 242-443.
28. Simon, V. A., Harter, S. The Role of Self-Focused Attention in Young Adolescents' Depressive Reactions to Negative Self-Evaluations. *The Construction of the Self*. Harter, S. (Ed.), New York: The Guilford Press.
29. Houston, D.M. The relationship between cognitive failure and self-focused attention, *British Journal of Clinical Psychology*, 28(1), 85-86.

-
30. Wallace, J.C. Vodanovich, S.J., Restino, B.M. Predicting cognitive failures from boredom proneness and daytime sleepiness scores: An investigation within military and undergraduate samples, *Personality and Individual Differences*, 34, 635–644.
 31. Broadbent, Cooper, Fitzgerald & Parkes.
 32. Nielsen
 33. Janeck, Calamari, Riemann & Heffelfinger
 34. Houston, D.M. The relationship between cognitive failure and self-focused attention, *British Journal of Clinical Psychology*, 28(1), 85–86
 35. Simon, V. A., Harter, S. The Role of Self-Focused Attention in Young Adolescents' Depressive Reactions to Negative Self-Evaluations. *The Construction of the Self*. Harter, S. (Ed.), New York : The Guilford Press.
 36. Wells & Mathews.
 37. Dunn, K.S., Horgas, A.L. Religious and nonreligious coping in older adults experiencing chronic pain. *Pain Management Nursing*, 5(1), 19-28
 - Barrett, D.W., Patock-Peckham, J.A., Hutchinson, G.T., Nagoshi, C.T. Cognitive motivation and religious orientation. *Personality and Individual Differences*, 38(2), 461-474

منابع

- ابوالقاسمی، عباس، « بررسی ارتباط باورهای فراشناختی - مذهبی با شکست‌های شناختی میانسالان و سالمندان»، *گزارش تحقیق*، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه محقق اردبیلی.
- خانجانی، علی اکبر، *عقل چیست؟*، دایرةالمعارف عرفان، شهریور ۱۳۸۷، بند ۵۴.
- شهنی، موحد، شکرکن، منیجه، احمد، حسین، «رابطه علی بین نگرشهای مذهبی، خوشبینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی در دانشجویان»، *مجله علوم تربیتی روانشناسی*، دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره ۳، شماره‌های ۱ و ۲، ص ۳۴-۱۹.
- Barrett, D.W., Patoock-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.
- Bylsma, W.H., Cozzarelli, C., Sumer, N. (1997). Relation between attachment styles and global self-esteem. *Basic and Applied Social Psychology*, 19(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.
- Craik, I.M. & Salthouse, S.T.(2000). In: F.I.M. Craik and T.A. Salthouse, Editors, *The handbook of aging and cognition*, Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ.
- Dixon, R., Backman, L., Nilsson, L.G. (2004). New frontiers in cognitive aging, Oxford University Press, Oxford.
- Dunn, K.S., Horgas, A.L.(2004). Religious and nonreligious coping in older adults experiencing chronic pain. *Pain Management Nursing*, 5(1), 19-28.
- Janeck, A.S., Calamari, J.E. Riemann, B.C., Heffelfinger, S.K.(2003). Too much thinking about thinking? metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17 (2), 181-195.
- Harter, S. (1999). *The Construction of the Self*. New York: The Guilford Press.
- Hermann, M., Freyholdt, U., Fuchs, G., Wallesch, C.W.(1997). Coping with chronic neurological impairment: a contrastive analysis of Parkinson's disease and stroke. *Disability and Rehabilitation*, 19(1), 6-12.
- Houston, D.M. (1989). The relationship between cognitive failure and self-focused attention, *British Journal of Clinical Psychology*, 28(1), 85-86.
- Huguelet, P., Mohr, S., Jung, V., Gillieron, C., Brandt, P.Y., Borrás, L. (2007). Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders. *European Psychiatry*, 22(3), 188-194.
- Katz, 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.
- Kirov, G., Kemp, R., Kirov, K., David, A.S.(1998). Religious faith after psychotic illness. *Psychopathology*, 31(2), 234-245.
- Mahoney, A.M. Dalby, J.T., King, M.C. (1998). Cognitive failures and stress, *Psychological Reports*, 82, 1432-1434.
- Maltby, J., Day, L.(2000). Depressive symptoms and religious orientation: examining the relationship between religiosity and depression within the context of other correlates of depression. *Personality and Individual Differences*, 28(2), 383-393.
- Manly, T., Robertson, I.H., Galloway, M., Hawkins, K.(1999). The absent mind: Further investigations of sustained attention to response, *Neuropsychologia*, 37, 661-670.
- Matthews, G., Coyle, K., Craig, A.(1990). Multiple factors of cognitive failures and their relationship with stress vulnerability, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 12(1), 49-65.
- Mattis, J.S., Fontenot, D.L., Hatcher-Kay, C.A.(2003). Religiosity, racism and dispositional optimism among African Americans. *Personality and Individual Differences*, 34(6), 1025-1038.
- Mecacci, L. Righi, S., Rocchetti, G. (2006). Cognitive failures and circadian typology. *Personality and Individual Differences*, 37(1), 107-113.

- Mecacci, L. (2005). Cognitive failures, metacognitive beliefs and aging. *Personality and Individual Differences*, 40(7), 1453-1459.
- Nielsen, M.E.(1995). Operational using religious orientation. *Journal of Psychology*, 129,(5), .485-494.
- Nolen-Hoeksema, S. (1990). Sex Differences in Depression. Stanford: Stanford University Press.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S. (1994). The Emergence of Gender Differences in Depression During Adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 242-443.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55(1), 44-55.
- Rabbitt, P. (1990). Age, IQ, and recall of errors. *Ergonomics*, 33, 1291-1305.
- Robertson, I.H., Manly, T., Andrade, J., Baddeley, B.T., & Yiend, J.(1997). Performance correlates of everyday attentional failures in traumatic brain injured and normal subjects, *Neuropsychologia*, 35, 747-758.
- Rokach, A., Brock, H.(1998). Coping with loneliness. *Journal of Psychology*, 132 (1), 107-127.
- Schiff, M.(2006). Living in the shadow of terrorism: Psychological distress and alcohol use among religious and non-religious adolescents in Jerusalem. *Social Science & Medicine*, 62(9), 2301-2312.
- Sethi, S., Seligman, M.E.P.(1993). Optimism and fundamentalism. *Psychological Science*, 4(4), 256-259.
- 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.
- Simon, V. A., Harter, S. (1998). The Role of Self-Focused Attention in Young Adolescents' Depressive Reactions to Negative Self-Evaluations. The Construction of the Self. Harter, S. (Ed.), New York: The Guilford Press.
- Thompson, M.P., Vardaman, P.J.(1997). The role of religion in coping with the loss of a family member of homicide. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36, 44-51.
- Tipper, S.P., Baylis, G.C. (1999). Individual differences in selective attention: The relation of priming and interference to cognitive failure. *Personality and Individual Differences*, 8, 667-675.
- Wallace, J.C. (2004). Confirmatory factor analysis of the Cognitive Failures Questionnaire: Evidence for dimensionality and construct validity, *Personality and Individual Differences*, 37, 307-324.
- Wallace, J.C. Vodanovich, S.J., Restino, B.M. (2003). Predicting cognitive failures from boredom proneness and daytime sleepiness scores: An investigation within military and undergraduate samples, *Personality and Individual Differences*, 34, 635-644.
- Wells, A., Mathews, G. (1996). Modeling cognitive in emotional. *Behaviour Research and Therapy*. 34, 881-888.
- Woods, T.E., Antoni, M.H., Ironson, G.H., Kling, D.W.(1999). Religiosity is associated with affective and immune status in symptomatic HIV-infected gay men. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 165-176.