

The Role of Metacognitive Belief and Cognitive Avoidance in the Prediction of General Health in the Elderly

Samadifard HR*¹, Narimani M²

Abstract

Introduction and Purpose: General health plays a crucial role in the dynamism and efficiency of society. The present study was conducted to determine the role of metacognitive beliefs and cognitive avoidance in predicting the general health of the elderly.

Materials and Methods: A descriptive correlational study was conducted. A convenience sample of 110 elderly men aged >60 years old was recruited from the Ardabil city, Iran in 2016. The metacognitive belief scale (2004), cognitive avoidance scale (2008), and general health scale (1997) were used to collect the data. Statistical analysis was performed employing the SPSS software version 23. Data were analyzed using the Pearson correlation coefficient and multiple regression.

Findings: The study results showed a significant relationship between metacognitive belief, cognitive avoidance, and general health. Results of multiple regression analysis indicated that metacognitive belief and cognitive avoidance (0.43) can significantly predict the general health of the elderly ($p < 0.05$).

Conclusion: It can be concluded that metacognitive belief and cognitive avoidance are considered as variables that can predict the general health status of the elderly.

Keywords: *Metacognitive Belief, Cognitive Avoidance, General Health, Elderly.*

Received: 2017/04/14

Accepted: 2017/06/05

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1 - Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. (**Corresponding Author**): E-mail: hrsamadifard@ymail.com

2 - Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

نقش باورهای فراشناختی و اجتناب شناختی در پیش‌بینی سلامت عمومی سالمندان

حمیدرضا صمدی فرد^{۱*}، محمد نریمانی^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۱/۲۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۳/۱۵

چکیده

مقدمه و هدف: سلامت عمومی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند. پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش باورهای فراشناختی و اجتناب شناختی در پیش‌بینی سلامت عمومی سالمندان صورت پذیرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری مطالعه کلیه سالمندان مرد بالای ۶۰ سال شهرستان اردبیل در سال ۱۳۹۵ بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۱۰ نفر از آنها به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از ابزارهای باور فراشناختی (۲۰۰۴)، اجتناب شناختی (۲۰۰۸) و پرسشنامه سلامت عمومی (۱۹۹۷) استفاده شد. داده‌های پژوهش با روش ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین باور فراشناختی و اجتناب شناختی با سلامت عمومی در بین سالمندان رابطه معناداری وجود داشت. همچنین نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد که باورفراشناختی و اجتناب شناختی در مجموع ۰/۴۳ قابلیت پیش‌بینی معنادار سلامت عمومی سالمندان را دارند ($p < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که باور فراشناختی و اجتناب شناختی در زمره متغیرهای مرتبط با سلامت عمومی سالمندان بوده و توانایی پیش‌بینی آن را دارند.

کلید واژه‌ها: باور فراشناختی، اجتناب شناختی، سلامت عمومی، سالمند.

۱- گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
(نویسنده مسؤول): hramadifard@ymail.com
۲- گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

مقدمه

سالمندی و افزایش جمعیت سالمندان، پدیده‌ای است که نادیده گرفتن آن می‌تواند در آینده، بسیاری از جوامع را با مشکلات جدی مواجه کند (۱). سالمندی مرحله‌ای از زندگی انسان است که به طور طبیعی با کاهش توانایی‌های جسمانی و روانی همراه است (۲). سلامت عمومی از ویژگی‌هایی تشکیل یافته که در برابر حوادث فشارزای زندگی به عنوان سپری محافظ عمل کرده و کمک می‌کند که سالمندان، در این موقعیت‌ها کارکرد بهتری داشته باشند و حالتی از توانمندی و بهزیستی است که به فرد توانایی لازم برای مقابله با تنش‌های روزمره‌ی زندگی را می‌دهد (۳). براساس اطلاعات سرشماری عمومی ایران تخمین زده می‌شود تا سال ۲۰۵۰ میلادی جمعیت سالمندان ایران به بیش از ۲۶ میلیون نفر برسد که در آن زمان ۲۶ درصد از کل جمعیت کشور را سالمندان تشکیل خواهند داد. با این افزایش جمعیت سالمندان مشکلات سلامتی آنان بویژه مشکلات مربوط به سلامت عمومی بیشتر اهمیت می‌یابد (۴). مشکلات روانی به درجات مختلف و با فراوانی قابل ملاحظه‌ای در افراد سالمند مشاهده می‌شود. اختلالاتی مانند افسردگی، اضطراب، کاهش حافظه، تغییر الگوی خواب، احساس تنهایی و انزوای اجتماعی از جمله این مشکلات می‌باشند (۵). سلامت عمومی به عنوان پدیده‌ای روانشناختی و اجتماعی نه تنها در کیفیت روانی سالمندان نقش دارد بلکه نوعی زندگی سالم و مثبت برای سالمندان جامعه و در نتیجه محیط اجتماعی فراهم می‌کند (۶). از عواملی که ممکن است در سلامت عمومی سالمندان تاثیرگذار باشد، باورهای فراشناختی و اجتناب شناختی است (۷).

در سال‌های اخیر فراشناخت به عنوان پایه و اساس بسیاری از اختلالات روانشناختی در نظر گرفته شده است (۸). باورهای فراشناختی از عوامل موثر در وضعیت سلامت روانی افراد هستند (۹). باورهای فراشناختی یکی از عوامل مهم در توسعه و تداوم اختلال‌های روانشناختی است (۱۰). باورهای فراشناختی بر پردازش هیجانی و واکنش‌های مربوط به آسیب، از طریق تأثیر دانش و راهبردهای فراشناختی بر روی تغییر باورها و نیز تعبیر و تفسیر علائم خاص نظیر افکار مزاحم اثر گذاشته و در سبب شناسی و پایداری اختلال اضطراب و افسردگی نقش مؤثری دارد (۱۱). مطالعات نشان داده‌اند که در بیماران مبتلا به

اختلالات روانشناختی، اختلال در فراشناخت مشاهده می‌شود (۱۲). نتایج تحقیقات دیگری نشان داده است که بین باورهای فراشناختی و سلامت عمومی رابطه معناداری وجود دارد (۱۳). نتایج مطالعه دیگری نشان داده است که بین باور فراشناختی و اضطراب در بین افراد رابطه معناداری وجود دارد (۱۴). همچنین باور فراشناختی در اختلالات روان پریش (۱۵)، افسردگی و اضطراب (۱۶) و رضایت از زندگی (۱۷) نقش دارد.

متغیر دیگر پژوهش اجتناب شناختی از انواع راهبردهای ذهنی است که بر اساس آن افراد افکار خویش را در جریان ارتباطات اجتماعی تغییر می‌دهند. انواع راهبردهای اجتناب شناختی از جمله فرونشانی فکر، جانشینی فکر، حواس پرتی، اجتناب از محرک تهدید کننده و تبدیل تصور به فکر توسط محققین مختلف گزارش شده است. هر فرد در برخورد با یک موقعیت فرضیه‌هایی درباره خود و محیطش می‌سازد. این فرضیه‌ها معیارهایی کمال‌گرایانه و سوگیرانه درباره عملکرد اجتماعی است که می‌تواند منجر به شکل‌گیری نشانه‌های جسمی و روانشناختی شود (۱۸). نتایج تحقیقات نشان داده است که اجتناب شناختی در بروز اختلالات روانی (۱۹)، اختلالات اضطرابی و افسردگی (۲۰) و اضطراب اجتماعی (۲۱) نقش دارد.

امروزه پدیده سالمندی با همه ابعاد روانی، اجتماعی، فرهنگی، اعتقادی و اقتصادی از جمله مسایل جدی و چالش‌زا برای خانواده‌ها به طور اخص و برای جامعه بطور اعم در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته است (۴). از طرفی توجه به تمام ابعاد وجودی انسان، به ویژه سالمندان به عنوان یک قشر آسیب‌پذیر به منظور بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی آنان مهم و ضروری است. با توجه به اینکه پدیده سالمندی می‌تواند یک موفقیت بهداشتی برای جامعه محسوب شود، عدم برنامه‌ریزی مناسب برای پیشگیری زود هنگام از مشکلات سالمندی، به ایجاد چالشی بزرگ برای جامعه منجر خواهد شد (۱). از سوی دیگر بر اساس متون موجود چنین استنباط می‌شود که باور فراشناختی و اجتناب شناختی از عوامل تاثیرگذار در بروز اختلالات روانی به شمار می‌روند (۸، ۱۱، ۲۰، ۲۱). با وجود تحقیقات متعدد در مورد بررسی نقش فراشناخت و اجتناب شناختی در اختلالات روانی، مطالعات اندکی به بررسی ارتباط این متغیرها با مؤلفه‌های سلامت پرداخته است (۷). با توجه به مطالب ذکر شده و اهمیت

موضوع، مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش باورهای فراشناختی و اجتناب شناختی در پیش‌بینی سلامت عمومی سالمندان صورت پذیرفت.

مواد و روش‌ها

روش اجرای پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری مطالعه کلیه سالمندان مرد بالای ۶۰ سال شهرستان اردبیل در سال ۱۳۹۵ بودند. از آنجایی که حداقل تعداد نمونه‌ها در مطالعات توصیفی ۱۰۰ نفر می‌باشد (۲۲)، بر اساس تعداد متغیرهای پژوهش از طریق نرم افزار Gpower (۲۳)، با اندازه متوسط ۰/۱۰، ضریب آلفا ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۹۰ در نرم افزار، به روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۱۰ نفر از سالمندان به عنوان نمونه انتخاب شدند. به این صورت که برای انجام پژوهش، به مکان‌های کلیدی شهرستان اردبیل (مکان‌های عمومی، پارک‌ها و ...) مراجعه و از سالمندان در دسترس برای همکاری در پژوهش جلب رضایت شد. بعد از انتخاب نمونه و دادن اطمینان خاطر از اینکه این آزمون و نتایج به دست آمده از آنها صرفاً جنبه‌ی پژوهشی دارد و تاکید بر اینکه نوشتن نام و نام خانوادگی به هیچ وجه ضرورت ندارد، پرسشنامه‌ها در آنها به اجرا درآمد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن حداقل سواد پنجم ابتدایی، سن بالای ۶۰ سال، ساکن شهرستان اردبیل بودن و تمایل به شرکت در تحقیق. سالمندانی که از این ملاک‌ها برخوردار نبودند از جریان مطالعه خارج شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه باور فراشناختی: این پرسشنامه برای سنجش باور فراشناختی افراد توسط Wells, Cartwright-Hatton (۲۰۰۴) ساخته شده و دارای ۳۰ ماده است (۲۴). این پرسشنامه همانند فرم اصلی دارای ۵ زیر پرسشنامه مهارناپذیری و خطر (۱۸-۱۵-۱۴-۱۱-۹-۷-۶-۴-۱)، باور مثبت درباره نگرانی (۲۹-۲۷-۲۳-۲۰-۱۰)، خودآگاهی (۲۸-۲۴-۱۶-۱۳-۱۲-۵-۳)، اطمینان شناختی (۳۰-۲۶-۲۲-۸-۲) و نیاز به کنترل فکر (۲۵-۲۱-۱۹-۱۷) است و برای به دست آوردن نمره کل، نمرات زیر پرسشنامه‌ها با هم جمع می‌شود. این پرسشنامه در یک طیف چهار درجه‌ای از موافق نیستم تا خیلی

موافقم نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۳۰ تا ۱۲۰ خواهد بود. در نسخه اصلی این پرسشنامه همسانی درونی برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ و برای زیر پرسشنامه‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ به دست آمد. همچنین پایایی باز آزمون این پرسشنامه در فاصله چهار هفته ۰/۷۵ و برای زیر پرسشنامه‌ها از ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ به دست آمد (۲۴). در نسخه ایرانی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ برای تعیین همسانی درونی پرسشنامه استفاده شد و آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ و برای زیر پرسشنامه‌ها بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۳ به دست آمد. روایی همزمان به وسیله محاسبه همبستگی با پرسشنامه اضطراب صفت اسپیلبرگ ۰/۴۳ به دست آمد (۲۵). در این تحقیق، ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۶ تا به دست آمد.

پرسشنامه اجتناب شناختی: این پرسشنامه توسط Sexton, Dugas در سال ۲۰۰۸ برای سنجش اجتناب شناختی افراد ساخته شده است (۱۸). پرسشنامه دارای ۲۵ سوال در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای بوده و هدف آن سنجش اجتناب شناختی از ابعاد مختلف (واپس‌زنی، جانشینی افکار، حواس‌پرتی، اجتناب از موقعیت‌ها، تبدیل تصور به فکر) است. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات با هم جمع می‌شود. دامنه نمرات بین ۲۵ تا ۱۲۵ خواهد بود. این پرسشنامه ثبات درونی بالایی داشته و پایایی بازآزمایی آن در طی ۶ هفته ۰/۸۵ بود (۱۸). در ایران ضریب پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل اجتناب شناختی برابر ۰/۹۱ و برای زیر پرسشنامه‌ها بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۰ است. ضریب روایی پرسشنامه از طریق ضریب همبستگی با سیاهه فرونشانی فکر خرس سفید برابر با ۰/۴۸ به دست آمد که در سطح $p < 0.01$ معنی‌دار بود (۲۱). در این پژوهش ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت عمومی: این پرسشنامه توسط Goldberg (۱۹۹۷) برای سنجش سلامت عمومی افراد در محیط‌های مختلف طراحی شده است (۲۶). به اعتقاد بسیاری از محققان پرسشنامه سلامت عمومی شناخته شده‌ترین ابزار غربالگری تاکنون در دنیای روانشناختی و روانشناسی است که تاثیر شگرفی در پیشرفت پژوهش‌ها داشته است. این پرسشنامه

یافته‌ها

تعداد ۱۱۰ سالمند مرد در مطالعه حاضر شرکت کردند. میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت کنندگان به ترتیب ۶۹/۸۲ و ۵/۲۳ بود. سالمندان با سطح تحصیلات سیکل بیشترین فراوانی را با حدود ۶۰ درصد ($n=۶۶$) و سالمندان با سطح تحصیلات فوق لیسانس کمترین فراوانی را با حدود ۱ درصد ($n=۱$) نمونه داشتند. همچنین میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به ترتیب برای خودآگاهی شناختی ۱۳/۵۷ و ۴/۵۲، باور مثبت درباره نگرانی ۱۱/۱۸ و ۳/۲۳، اطمینان شناختی کم ۱۰/۱۴ و ۲/۵۳، نیاز به کنترل نگرانی ۹/۳۱ و ۲/۱۱، کنترل ناپذیری افکار ۱۸/۳۹ و ۵/۹۶، برای اجتناب شناختی ۶۶/۴۰ و ۱۷/۲۱ و برای سلامت عمومی ۴۶/۸۷ و ۱۰/۱۱ به دست آمد. پس از تایید همگنی واریانس‌ها با استفاده از نتایج آزمون لوین، برای تعیین رابطه بین متغیرهای پیش‌بین (باورهای فراشناختی و اجتناب شناختی) با متغیر ملاک (سلامت عمومی) از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج نشان داد بین باورهای فراشناختی و اجتناب شناختی با سلامت عمومی رابطه مثبت معناداری وجود داشت (با توجه به نمره‌گذاری پرسشنامه سلامت عمومی).

دارای ۲۸ ماده بوده و به صورت لیکرت ۴ درجه‌ای (۰، ۱، ۲، ۳) نمره گذاری می‌شود. پرسشنامه دارای یک نمره کلی و ۴ خرده مقیاس زیر است: ۱- نشانه‌های بدنی (مواد ۱-۷)، ۲- اضطراب و بی‌خوابی (مواد ۸-۱۴)، ۳- ناکارایی اجتماعی (۱۵-۲۱) و ۴- افسردگی (۲۲-۲۸). دامنه نمرات پرسشنامه بین صفر تا ۸۴ خواهد بود. کسب نمره بالا به معنای بهداشت روانی پایین در بین افراد است (۲۶). در ایران ضریب پایایی پرسشنامه ۰/۹۱ به دست آمد. همچنین ضریب روایی آن با پرسشنامه مشکلات زندگی ۰/۵۸ به دست آمد (۲۷). در پژوهش حاضر از نمره کل سلامت عمومی استفاده شد و ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از گزارش فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ و سطح معنی داری $p=۰/۰۵$ استفاده گردید. در مورد مسائل اخلاقی پژوهش نیز به سالمندان اطمینان داده شد که گمنامی در تکمیل پرسشنامه‌ها لحاظ شده و رازداری و محرمانه بودن اطلاعات حفظ می‌شود.

جدول ۱. ضریب همبستگی باورهای فراشناختی و اجتناب شناختی با سلامت عمومی سالمندان

| متغیر | آماره | سلامت عمومی |
|-------------------------|---------------|-------------|
| خودآگاهی شناختی | ضریب پیرسون | ۰/۴۷ |
| | سطح معنی‌داری | ۰/۰۰۱ |
| باور مثبت درباره نگرانی | ضریب پیرسون | ۰/۴۵ |
| | سطح معنی‌داری | ۰/۰۰۱ |
| اطمینان شناختی کم | ضریب پیرسون | ۰/۱۸ |
| | سطح معنی‌داری | ۰/۰۰۱ |
| باور فراشناختی | ضریب پیرسون | ۰/۴۹ |
| | سطح معنی‌داری | ۰/۰۰۱ |
| کنترل ناپذیری افکار | ضریب پیرسون | ۰/۱۲ |
| | سطح معنی‌داری | ۰/۰۰۱ |
| نیاز به کنترل نگرانی | ضریب پیرسون | ۰/۳۷ |
| | سطح معنی‌داری | ۰/۰۰۱ |
| اجتناب شناختی | ضریب پیرسون | ۰/۳۷ |
| | سطح معنی‌داری | ۰/۰۰۱ |

در گام آخر، برای پیش‌بینی سلامت عمومی سالمندان بر اساس باورهای فراشناختی و اجتناب شناختی از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده شد.

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه استاندارد باورهای فراشناختی و اجتناب شناختی در پیش‌بینی سلامت عمومی سالمندان

| متغیر | R | R ² | ARS | B | T | Sig |
|-------------------------|------|----------------|------|------|------|-------|
| ملاک | | | | | | |
| سلامت عمومی | ۰/۴۹ | ۰/۴۳ | ۰/۳۹ | - | - | ۰/۰۰۱ |
| پیش‌بین | | | | | | |
| خودآگاهی شناختی | - | - | - | ۰/۰۴ | ۰/۱۸ | ۰/۰۰۸ |
| باور مثبت درباره نگرانی | - | - | - | ۰/۱۳ | ۰/۱۷ | ۰/۰۲۲ |
| کنترل ناپذیری افکار | - | - | - | ۰/۳۱ | ۰/۲۹ | ۰/۰۰۲ |
| اجتناب شناختی | - | - | - | ۰/۱۳ | ۰/۱۵ | ۰/۰۳۹ |

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که مدل پیش‌بینی سلامت عمومی سالمندان توسط باور فراشناختی و اجتناب شناختی معنی‌دار است. ضرایب بتای متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهد که از بین مؤلفه‌های باور فراشناختی: خودآگاهی شناختی ۰/۱۸، باور مثبت درباره نگرانی ۰/۱۷، کنترل ناپذیری افکار ۰/۲۹ و متغیر دیگر پژوهش اجتناب شناختی ۰/۱۵ قابلیت پیش‌بینی معنادار سلامت عمومی را دارند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج کلی این پژوهش نشان دهنده وجود روابط بین باورهای فراشناختی و اجتناب شناختی با سلامت عمومی سالمندان بود. از آنجایی که یکی از اهداف پژوهش حاضر ترسیم مدل رگرسیون بر اساس باورهای فراشناختی و اجتناب شناختی جهت پیش‌بینی سلامت عمومی سالمندان بود، از این رو نتایج رگرسیون نشان داد متغیرهای ذکر شده قابلیت پیش‌بینی سلامت عمومی را در سالمندان دارند.

قسمت اول نتایج نشان داد بین باور فراشناختی و سلامت عمومی سالمندان رابطه معناداری وجود داشت. با توجه به نمره

گذاری پرسشنامه سلامت عمومی که کسب نمره بالا به معنای سلامت عمومی پایین می‌باشد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد سالمندانی که باور فراشناختی در آنها بالا بود از سلامت عمومی مطلوبی برخوردار نبودند. به این صورت که با افزایش نمره ی فرد در مقیاس کلی باورهای فراشناختی، نمره ی کلی وی در پرسشنامه سلامت نیز افزایش یافت که افزایش نمره سلامت بیانگر وضعیت بهداشت روانی و عمومی بدتر بود. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات دیگر (۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶) همسو بود. در تبیین نتیجه به دست آمده، طبق نظریه شناختی Wells (۲۰۰۰)، فراشناخت‌ها نقش مهمی در انتخاب و تداوم راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد بازی می‌کنند و در حقیقت استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد باعث شکل‌گیری و تداوم اختلالات روانی می‌شود (۱۲). فعال شدن مؤلفه‌های باور فراشناختی باعث می‌شود افراد دچار تنش عاطفی شوند. تجربه ی تنش عاطفی در افرادی که در باور فراشناختی نمره ی بالایی دارند موجب می‌شود این افراد درگیر راهبردهای مقابله ای ناسازگارانه شوند و استفاده از این راهبردها موجب در دسترس تر بودن مفاهیم تهدید در پردازش و تشدید استرس و هیجانات منفی می‌شود. در حقیقت این فرآیندها باعث می‌شوند

موضوعات دیگر است موضوعاتی که می‌تواند گاهی نگران کننده‌تر از موضوع از اولیه باشد. این محققین گزارش می‌کنند که فرونشانی فکر و اجتناب از محرک تهدید کننده منجر به محو کامل افکار نگران کننده نمی‌شود بلکه زمینه نشخوار ذهنی آزار دهنده را ایجاد می‌کند (۱۸). یافته‌های پژوهش‌های دیگر نیز اهمیت اجتناب شناختی در بروز اختلالات روانی از جمله اضطراب و افسردگی حمایت می‌کنند (۱۹، ۲۰، ۲۱).

نتیجه‌گیری

به طور کلی افراد با باورهای فراشناختی و اجتناب شناختی بالا از سلامت عمومی مطلوبی برخوردار نبوده و بیشتر مستعد اختلالات روانی خواهند بود (۸، ۱۱، ۲۰). سالمندانی که قادرند احساسات خود را ابراز کنند کمتر مضطرب و ناراحت می‌شوند و تصور بهتری از خود دارند. این افراد از از بهزیستی روان شناختی مطلوبی برخوردارند و سازگاری اجتماعی بهتری از خود نشان می‌دهد و این مساله از اساسی‌ترین عوامل در رشد مطلوب شخصیت محسوب می‌شود. پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که سلامت روانی می‌تواند سبب افزایش میزان رضایت از زندگی، رفاه، موفقیت، عشق و شادی در بین افراد شود (۲۶). با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که باورهای فراشناختی و اجتناب شناختی در زمره متغیرهای مرتبط با سلامت عمومی سالمندان بوده و توانایی پیش‌بینی آن را دارند. بنابراین می‌توان نتایج پژوهش حاضر را در بهبود سلامت عمومی سالمندان به کار بست.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به کمبود پیشینه پژوهش اشاره نمود. همچنین محدود شدن جامعه آماری به سالمندان مرد شهرستان اردبیل از محدودیت‌های دیگر تحقیق حاضر می‌باشد. پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی، در دیگر شهرستان‌ها و سالمندان زن انجام گیرد، تا تعمیم نتایج با اطمینان بیشتری امکان پذیر باشد. همچنین توصیه می‌شود با آموزش‌های غلبه بر اجتناب و راهبردهای نامناسب شناختی، به سالمندان در بهبود سلامت عمومی کمک کرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمام سالمندانی که در این مطالعه همکاری‌های لازم را انجام دادند، تشکر و قدردانی کنند.

افراد تهدیدهای محیطی را بیشتر برآورد کرده و توانایی مقابله‌ی خود را ناچیز تلقی کنند که نتیجه‌ی آن تداوم اختلال روانی می‌باشد (۲۴). یافته‌های مطالعات دیگر نشان داده است که با افزایش باورهای فراشناخت منفی، سلامت عمومی فرد کاهش می‌یابد (۱۳). همچنین هرچه قدر باورفراشناختی در افراد بالا باشد، اضطراب آنها بالا خواهد بود (۱۴). به نظر می‌رسد افرادی که در پرسشنامه باور فراشناختی نمره بالاتری بگیرند، بیشتر احتمال خواهد داشت دچار اختلالات روان پریش شوند (۱۵). نتایج تحقیق دیگری نشان داد افرادی که باورفراشناختی منفی در آنها بالا بود، بیشتر مستعد افسردگی بودند. احتمالاً سالمندانی که باور فراشناختی در آنها بالا باشد بیشتر احتمال خواهد داشت دچار اختلالات روانی از جمله افسردگی شوند (۱۶). در مجموع می‌توان گفت باورهای فراشناختی از طریق تاثیر بر ادراک فرد از توانایی‌های خود با تداوم آسیب‌شناسی روانی ارتباط دارند. از این رو وجود این باور فراشناختی باعث می‌شود افراد احساس کنترل شخصی کمتری داشته باشند و در نتیجه این امر باعث افزایش اضطراب و افسردگی در آنها می‌شود. از سوی دیگر باور فراشناختی منفی باعث می‌شود افراد در مورد توانایی‌ها و شایستگی‌های خود تردید بیشتری داشته باشند که این مسئله در سلامت عمومی آنها تاثیر منفی می‌گذارد (۱۷).

قسمت دیگر نتایج نشان داد بین اجتناب شناختی و سلامت عمومی در بین سالمندان رابطه معناداری وجود داشت. نتایج مطالعه حاضر همسو با تحقیقات دیگر (۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱) اهمیت اجتناب شناختی را در سلامت عمومی سالمندان نشان داد. سالمندانی که اجتناب شناختی بالایی را گزارش دادند، دارای سلامت عمومی مطلوبی نبودند. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که اجتناب به رهایی از یک عمل یا رهایی از یک شخص یا یک شیء اشاره می‌کند که پریشانی را کاهش می‌دهد، ولی در طولانی مدت باعث حفظ اضطراب می‌شود. اجتناب مانع پاسخ‌های مؤثر افراد به محرک‌های هیجانی و جایگزینی راهبردهای مدیریت هیجان می‌شود و به همین دلیل راهبرد کارآمدی نیست (۲۸). راهبردهای اجتناب شناختی در ظاهر راهبردهای موثری هستند، ولی در درازمدت باعث افزایش اضطراب می‌شوند. انواع راهبردهای اجتناب شناختی توسط محققین مختلف گزارش شده است. در تمامی این راهبردها عامل اصلی انحراف ذهن از موضوع نگران کننده به سوی

تضاد منافع

پژوهش حاضر هیچ گونه تضاد منافی برای نویسندگان نداشته است.

■ References

- 1-Alexandre Tda S, Cordeiro RC, Ramos LR. Factors associated to quality of life in active elderly. Rev Saude Publica 2009; 43(4): 613-621.
- 2-The United Nations. World population prospects. New York, NY: Department of Economic and Social Affairs. 2015.
- 3-Manwell LA, Barbic SP, Roberts K, Durisko Z, Lee C, Ware E, McKenzie K. What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. BMJ Open 2015; 5(6): e007079.
- 4-Allivand P, Zahiri M, Ghasemzadeh R, Latifi M, Fathi K. Comparison of Mental Health in Hearing Impairment Elderly with Hearing Aid and without Hearing Aid in Ahvaz in 2012. Journal of Paramedical Science and Rehabilitation 2014; 3(1): 40-46. [Persian].
- 5-Saberian M, Haji Agajai S, Ghorbani R. Study of the mental status of the elderly and its relationship with leisure time activities. J Sabzevar Univ Med Sci (Asrar) 2009; 10(4): 12-19. [Persian].
- 6-Arfaie A, Mohammadi A, Sohrabic R. Relationship between marital conflict and child affective behavioral psychopathological symptoms. Procedia Soc Behav Sci 2013; 84: 1776-1778.
- 7-Aghajani1 S, Samadifard H, Narimani M. The role of cognitive avoidance components and metacognitive belief in the prediction of quality of life in diabetic patients. Health Psychology 2017; 6(1): 142-156. [Persian].
- 8-Spada M, Georgiou GA, Wells A. The relationship among metacognition, attention control and state anxiety. Cog Behav Ther 2010; 39(1): 64-71.
- 9-Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry and obsessive-compulsive symptoms and metacognitive beliefs. Behav Res Ther 1998; 36: 899-913.
- 10-Ellis DM, Hudson JL. The metacognitive model of generalized anxiety disorder in children and adolescents. Cognitive and Behavioral Practice 2010;13(4): 151-163.
- 11-Corcoran KM, Segal ZV. Metacognition in depressive and anxiety disorder: Current directions. Inter. J of Cogn Ther 2008; 1(1): 33-44.
- 12-Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. UK: Wiley; 2000.

- 13-Ashoori A, Vakili Y, Ben-Saeed S, Noei Z. Metacognitive beliefs and general health among college students. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2009; 11(1): 15-20. [Persian].
- 14-Hassanvand Amouzadeh M, Roshan Chesly R, Hassanvand Amouzadeh M. The relationship of the meta-cognitive beliefs with social anxiety-symptoms (avoidance, fear and physiological arousal) in nonclinical population. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences* 2014. 3(2): 55-70. [Persian].
- 15-Vohs JL, Lysaker PG, Francis MM, Hamm J, Buck KD, et al. Metacognition, social cognition, and symptoms in patients with first episode and prolonged psychoses. *Schizophr Res* 2014;153: 54-59.
- 16-Salarifar MH, Pouretemad HR. The relationship between metacognitive beliefs and anxiety and depression disorder. *J of Yafteh* 2012; 4(13): 29-38. [Persian].
- 17-Ashouri A, Khaleghi F, Saffarian, MR. Investigating the effect of meta-cognitive therapy on the rate of marital satisfaction of women. *Woman and family studies* 2014; 6(24): 53-65. [Persian].
- 18-Sexton KA, Dugas MJ. The cognitive avoidance questionnaire, validation of the english translation. *J Anxi Disord* 2008; 22(3): 355-370.
- 19-Holaway RM, Heimberg RG, Coles ME. A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 2006; 20(2): 158-174.
- 20-Mokhtari S, Khosravi S, Nejatbakhsh A. Comparison of intolerance of uncertainty, worry, cognitive avoidance, negative problem orientation among people with generalized anxiety disorder, major depression and normal subjects. *Journal of Research in Behavioral Sciences* 2015; 13(2): 155-164. [Persian].
- 21-Barghiirani Z, Mohammadi O, Bagian Koulemarz MJ, Bakhti M. The role of cognitive avoidance and decisional procrastination in predicting social anxiety among students. *Social Psychology Research* 2015; 4(16): 17-37. [Persian].
- 22-Delavar A. *Research method in psychology*. Tehran. 8th Ed, Virayesh 2000; 112-113. [Persian].
- 23-Cunningham JB, McCrum Gardner E. Power, effect and sample size using G Power. *Practical issues for researchers and members of research ethics committees. Evidence Based Midwifery* 2007; 5(4): 6-132.
- 24-Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy* 2004; 42(4): 385-396.
- 25-Shirinzadeh Dastgiri S, Goodarzi MA, Rahimi CH, Naziri Gh. Study of factor structure, validity and reliability of metacognition questionnaire-30. *Journal of Psychology* 2009; 12: 445-461. [Persian].

26-Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB. The validity of two version of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med* 1997; 27(1): 191-97.

27-Taghavi SMR. Investigating the validity and reliability of public mental health. *Journal of Psychology* 2002; 5(4): 381-94. [Persian].

28-Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change*. 2nd ed. New York: Guilford; 2012.