

نارسایی‌های شناختی در سالمندان: نقش ذهن آگاهی و فراهیجان

سید ابوالقاسم مهری‌نژاد
دانشگاه الزهراء، تهران

✉ بتول احدی
دانشگاه الزهراء، تهران

فاطمه مرادی
دانشگاه الزهراء، تهران

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۹/۰۳

دریافت: ۱۳۹۶/۰۵/۱۷

سالمندان از حساس‌ترین گروه‌های سنی جامعه محسوب می‌شوند و بررسی سلامت شناختی و هیجانی آنها سزاوار توجه می‌باشد. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی نقش ذهن آگاهی و فراهیجان‌ها در پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی سالمندان بود. روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه سالمندان شهر تهران در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۲۱۵ سالمند بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از آسایشگاه‌های سالمندان و روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای از پارک‌های شهر تهران انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از آزمون نارسایی‌های شناختی برادبنت، پرسش‌نامه مهارت‌های ذهن آگاهی کنتاکی و مقیاس فراهیجان میتمن‌گرابر استفاده شد. داده‌های گردآوری شده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نارسایی‌های شناختی و ذهن آگاهی رابطه منفی معناداری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد فراهیجان‌های مثبت نیز با نارسایی‌های شناختی رابطه منفی معنی داری دارند، درحالی‌که بین فراهیجان‌های منفی و نارسایی‌های شناختی در سالمندان رابطه مثبت معناداری مشاهده شد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد ذهن آگاهی و فراهیجان منفی می‌توانند به‌طور معناداری نارسایی‌های شناختی را در سالمندان پیش‌بینی کنند. بنابراین، با فراهم کردن مداخلات درمانی مبتنی بر افزایش ذهن آگاهی و کاهش فراهیجان‌های منفی می‌توان در جهت پیشگیری و یا کنترل نارسایی‌های شناختی در سالمندان اقدام نمود.

کلیدواژه‌ها: نارسایی‌های شناختی، ذهن آگاهی، فراهیجان مثبت، فراهیجان منفی، سالمندان

فعالیت‌های شناختی به عنوان یکی از مهم‌ترین فرایندهای عالی ذهنی در دوران سالمندانی در خطر بیشترین آسیب قرار می‌گیرند و در نتیجه شرایط لازم برای ابتلای فرد به مشکلات روان‌شناختی و شناختی فراهم می‌شود (ابوالقاسمی، کریمی یوسفی و خشنودنیای چماچایی، ۱۳۹۴). افزایش سن بر فرآیندهای شناختی و فراشناختی تأثیری قابل ملاحظه می‌گذارد و با تأثیر گذاشتن بر عملکرد شناختی، احتمال وقوع نارسایی‌های شناختی را افزایش می‌دهد (دیکسون، بکمن و نیلسون، ۲۰۰۴).

نارسایی‌های شناختی خطاها و لغزش‌های شناختی در تکالیف ساده هستند که فرد به طور معمول می‌تواند آن را

سالمندی یکی از مهم‌ترین پدیده‌های جمعیت‌شناختی در اواخر قرن بیستم و شروع قرن ۲۱ است (اوکامپو، ۲۰۱۰).

بتول احدی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران؛ ایران؛ سید ابوالقاسم مهری‌نژاد، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران؛ ایران؛ فاطمه مرادی، دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران؛ ایران. مقاله حاضر مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم فاطمه مرادی می‌باشد. ✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به بتول احدی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران باشد.

پست الکترونیکی: bahadi@alzahra.ac.ir

می‌دهد. پژوهش‌کاربر، چین و اسمیلک (۲۰۰۸) نیز نشان داد که بین بدکارکردی عاطفی و نارسایی‌های حافظه رابطه وجود دارد. پژوهش‌ها نشان داده است ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس منجر به کاهش علائم نگرانی و بدکارکردی شناختی همبود با آن در سالمندان شده است (لزی و همکاران، ۲۰۱۴).

از جمله متغیرهایی که می‌تواند در نارسایی‌های شناختی تأثیرگذار باشد، ذهن‌آگاهی است. ذهن‌آگاهی فرایندی شناختی است که طی آن افکار و احساسات پریشان‌کننده بدون قضاوت شخصی مورد مشاهده قرار می‌گیرند (فلت، حق‌بین و پایچیل، ۲۰۱۶). به واسطه ذهن‌آگاهی فرد نسبت به فعالیت‌های روزانه خودآگاهی پیدا می‌کند، به کارکرد خودکار ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می‌یابد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار و احساسات و حالت‌های جسمانی بر آن‌ها کنترل پیدا می‌کند و از ذهن روزمره و خودکار متمرکز بر گذشته و آینده رها می‌شود (سیگل، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲). ذهن‌آگاهی اثرات سودمند و ویژه‌ای بر سلامت جسمی و روانی مرتبط با اختلال آلزایمر دارد (کوینتانا-هرناندز و همکاران، ۲۰۱۶). پژوهش‌ها نشان داده‌اند کارکردهای اجرایی-شناختی از قبیل توانایی مهار، توجه و حافظه با ذهن‌آگاهی ارتباط معناداری دارند. دلیل این همبستگی بین توانایی مهار، توجه و حافظه، زیربنای مشترک ساختاری و عملکردی این توانایی‌ها با ذهن‌آگاهی است. ذهن‌آگاهی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده شاخص‌های این کارکردهای اجرایی شناختی باشد (نجاتی، ۱۳۸۹). کوینتانا-هرناندز و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد درمان ذهن‌آگاهی به اندازه درمان مبتنی بر تحریک شناختی در کاهش علائم بیماری آلزایمر تأثیر دارد. همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد تمرین ذهن‌آگاهی مانع افزایش زوال کارکرد شناختی بیماران آلزایمری در طول یک دوره دو ساله شد. پژوهش پالر و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد برنامه آموزش مهارتی مثل توجه به لحظه حال بدون قضاوت در کاهش واکنش‌های هیجانی ناسازگار مؤثر می‌باشد. همچنین یافته دیگر این پژوهش این بود که آموزش ذهن‌آگاهی در پیشگیری از نقص شناختی پیشرونده بیماران دارای اختلالات عصب‌شناختی (مانند مراحل ابتدایی بیماری آلزایمر) مؤثر می‌باشد. همچنین نشان دادند آموزش ذهن‌آگاهی در کاهش پریشانی مراقبان این بیماران نیز مؤثر است.

بدون اشتباه انجام دهد. بنابراین، این اصطلاح به فرایندهای پیچیده حل‌مسأله، خطاهای مبتنی بر دانش ناکافی یا مشکلات حرکتی معطوف نیست. بلکه بیان می‌کند که فرد برنامه مناسب و صحیحی دارد اما آن را اشتباه اجرا می‌کند. از آنجا که چنین خطاهایی برای افراد تمام گروه‌های سنی اتفاق می‌افتد نباید با آسیب شناختی خفیف^۱، مرحله اولیه اختلال بالینی دمانس، اشتباه گرفته شود (لانگ و ساب، ۲۰۱۴). برخی پژوهشگران نشان داده‌اند نارسایی‌های شناختی سازه‌ای چند بعدی است. نورمن (۱۹۸۱) بیان کرد سه دسته اصلی از نارسایی‌های شناختی وجود دارند که عبارت از خطا در شکل دادن به اهداف، خطا در فعال‌سازی طرحواره‌ها و خطا در راه‌اندازی کنش‌ها هستند. او نشان داد که نارسایی‌های شناختی با یادگیری رویدادی، گرانباری ظرفیت حافظه کوتاه مدت، کاهش توجه و سطح هوشیاری و توجه منحرف شده رابطه مثبت دارد (والاس، ودانویچ و رستینو، ۲۰۰۳). مکاسی، ریگی و راکتی (۲۰۰۶) با بررسی نارسایی‌های شناختی در افراد ۱۶ تا ۸۰ سال به این نتیجه دست یافتند که بین سن و نارسایی‌های شناختی رابطه مثبت معناداری وجود دارد، به این صورت که با افزایش سن و سالخوردگی نمره نارسایی‌های شناختی افزایش می‌یابد.

در پژوهش‌های پیشین ارتباط نارسایی‌های شناختی با بی‌خوابی (ویلکرسون، بولز و تیلور، ۲۰۱۲)، علائم منفی روان‌پریشی (فیفر، اوس، هنسن، دلسپاول و کربندم، ۲۰۰۸)، تصادفات و سوانح رانندگی (سیمپسون، وادسورث، ماس و اسمیت، ۲۰۰۵)، حواس‌پرتی و کاهش هوشیاری (چین، کریر و اسمیلک، ۲۰۰۶)، خواب‌آلودگی و خستگی (والاس و همکاران، ۲۰۰۳)، تعلل در تصمیم‌گیری (دیفابو، ۲۰۰۶؛ عباسی، پیرانی، درگاهی، آقاویردی‌نژاد، ۱۳۹۳)، اهمال‌کاری (سریس، ۲۰۱۴)، عاطفه منفی (پین و اسنپ، ۲۰۱۴)، روان‌رنجورخویی (ویللم، ویتافت و اسکپالوسکی، ۲۰۱۰) و استرس (ماهونی، دالبی و کینگ، ۱۹۹۸) به دست آمده است. ابوالقاسمی و کیامرثی (۱۳۸۸) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که سطوح بالای فراشناخت مختل، نارسایی‌های شناختی سالمندان را افزایش می‌دهد. در مقابل براتی و عریضی سامانی (۱۳۹۴) نشان دادند با افزایش سن استفاده از فراشناخت زیاد می‌شود و همین مسئله نارسایی‌های شناختی را کاهش

¹ mild cognitive impairments (MCI)

هیجانی قرار دارد. کاهش ظرفیت حافظه کاری نیز با سوگیری‌های هیجانی مختلفی همراه است. برخی مطالعات نشان داده‌اند هیجان منفی توجه و تمرکز افراد را کاهش می‌دهد و باعث می‌شود افراد نتوانند به خوبی بر اطلاعات مورد نظر متمرکز شود (برای مثال، فریدریکسون و برنیگن، ۲۰۰۵) مطالعات دیگر (برای مثال، جفریز، اسمیلک، ایچ و انز، ۲۰۰۸) به این نتیجه دست یافته‌اند که هیجان منفی فرایندهای پردازش اطلاعات را تحت تأثیر قرار می‌دهند و موجب می‌شوند افراد بیش از اندازه درگیر جزئیات اطلاعات شوند (مامارلا، بورلا، باربارا، لئوناردی و فیرفیلد، ۲۰۱۳). پژوهش میتمسگرابر، بک، هافر و شابلر (۲۰۰۹) نشان داد اجتناب تجربه‌ای، ذهن‌آگاهی و فراهیجان‌ها به طور قوی بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کنند. از میان فراهیجان‌ها تحقیر/شرم، بازداری، کنترل فکر و علاقه، قدرت پیش‌بینی قابل توجهی داشتند درحالی‌که خشم و شفقت خود تأثیر اندکی داشتند.

پژوهش‌ها درخصوص رابطه نارسایی‌های شناختی و تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه نشان داده‌اند بین نارسایی‌های شناختی و ملامت خویش، نشخوار، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران رابطه مثبت معناداری وجود دارد. همچنین بین نارسایی‌های شناختی و تمرکز مجدد مثبت همبستگی منفی مشاهده شده است (صفاری‌نیا، عیسی‌زادگان و قربانی، ۱۳۹۱).

شناسایی علل نارسایی‌های شناختی در سالمندان و عوامل مرتبط با آن جهت تدوین اقدامات پیشگیرانه و درمان مؤثر آن مهم و ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به این تاکنون پژوهشی درخصوص اهمیت ذهن‌آگاهی و فراهیجان‌ها در سالمندان دارای نارسایی‌های شناختی صورت نگرفته است این امر بر بدیع بودن این پژوهش می‌افزاید؛ بنابراین سؤال پژوهش حاضر این است آیا ذهن‌آگاهی و فراهیجان‌ها با نارسایی‌های شناختی در سالمندان رابطه دارند؟ در صورت وجود رابطه آیا آنها قادر به پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی در سالمندان هستند؟

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه سالمندان شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بودند. به منظور برآورد حجم نمونه از فرمول تاباچنیک و فیدل (۲۰۰۷) استفاده شد. آنها برای تعیین

پژوهش چین و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد فقدان ذهن‌آگاهی با تجربه زوال توجه و خطاهای حافظه مرتبط با آن همراه است و در درازمدت پیامدهای مهمی را در ارتباط با بهزیستی عاطفی به دنبال خواهد داشت.

متغیر دیگری که می‌تواند در نارسایی شناختی سالمند نقش داشته باشد، فراهیجان است. مفهوم فراهیجان توسط گاتمن^۱ در سال ۱۹۹۶ معرفی شد. او فراهیجان را به عنوان سازماندهی مجموعه‌ای از افکار و احساسات درباره هیجان‌ها تعریف کرد. به عبارت دیگر واکنش‌های هیجانی افراد نسبت به هیجان‌هایی که تجربه می‌کنند فراهیجان نامیده می‌شود. فراهیجان را می‌توان به عنوان هیجان بعد از تجربه یک هیجان توصیف کرد. برای مثال یک هیجان موقتی مانند اضطراب ممکن است به دنبال یک هیجان اصلی شبیه ترس بیاید. اما گاهی ممکن است خود هیجان اصلی باعث تجربه فراهیجان شود؛ مانند موقعی که یک هیجان اصلی (ترس) فراهیجان اضطرابی خود را ایجاد می‌کند (صفری، نجاتی و پارسایی، ۱۳۹۳).

فراهیجان‌ها هیجان‌هایی هستند که در پاسخ به هیجان‌ها دیگر (برای مثال احساس گناه در مورد خشم) رخ می‌دهند (هارادوالا، ۲۰۱۶). فراهیجان به واکنش‌های هیجانی شخص نسبت به هیجان‌ها خودش گفته می‌شود. فراهیجان می‌تواند به عنوان زیر مجموعه‌ای از هیجان‌ها ثانویه درک شود، یک هیجان ثانویه مثل اضطرابی که به دنبال یک هیجان اولیه مانند خشم می‌آید (گرنبرگ، ۲۰۰۲). در حالیکه فراهیجان منفی (به عنوان مثال فراهیجان ناتوانی فرد در پذیرش هیجان‌ها خود را منعکس می‌کند؛ فراهیجان مثبت (مانند فراعلاقه و فرادلسوزی) نشان دهنده قابلیت فرد در پذیرش هیجان‌ها خود می‌باشد (نیف، ۲۰۰۳). تعامل متقابل هیجان و حافظه در مراحل مختلف پردازش اطلاعات، از رمزگذاری اولیه و تثبیت ردهای حافظه تا بازیابی طولانی مدت آنها روی می‌دهد. پیشرفت‌های اخیر اطلاعات جدیدی راجع به فعال شدن مجدد تداعی‌های هیجانی نهفته و یادآوری خاطرات شخصی گذشته دور نشان می‌دهند (لابار و کابزا، ۲۰۰۶).

مطالعات گوناگونی بر روی جوانان نشان داده‌اند محرک‌های هیجانی تأثیر بسیاری بر عملکرد حافظه کاری دارند. براساس اطلاعات موجود، احتمالاً حافظه‌ی کاری سالمندان هم تحت تأثیر عوامل شناختی و هم عوامل

¹ Gottman

ابزار

پرسش‌نامه نارسایی شناختی^۱. این پرسش‌نامه را بردابنت، کوپر، فیتزجرالد و پارکز (۱۹۸۲) گردآوری کرده‌اند و شامل ۲۵ ماده در ۴ خرده مقیاس حواس‌پرتی، مشکلات مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی و فراموشی اسامی است. از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود که با یک مقیاس پنج طیفی نشان دهند چقدر از خطاهای توصیف شده در پرسش‌نامه را تجربه کرده‌اند. به گزینه هرگز امتیاز صفر، به‌ندرت ۱، گاهی ۲، اغلب ۳ و همیشه ۴ تعلق می‌گیرد. نمره کل نارسایی‌های شناختی برای هر فرد از جمع نمرات خرده مقیاس‌ها به دست می‌آید. دامنه نمرات از صفر تا ۱۰۰ و از فقدان نارسایی تا بالاترین حد نارسایی است. والاس و همکاران (۲۰۰۳) 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 کردند. یزدی، درویشه و شیخی (۱۳۹۴) اعتبار مقدماتی این پرسش‌نامه را بررسی کردند، آنها ضریب همسانی درونی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای هریک از خرده مقیاس‌ها حواس‌پرتی ۰/۸۳، مشکلات مربوط به حافظه ۰/۸۱، اشتباهات سهوی ۰/۷۴ و فراموشی اسامی ۰/۷۰ و برای نمره کل پرسش‌نامه ۰/۸۳ به دست آوردند. همچنین آنها ضریب پایایی بازآزمایی را (با فاصله یک ماه) ۰/۷۷ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد.

پرسش‌نامه مهارت‌های ذهن‌آگاهی کنتاکی^۲. این پرسش‌نامه توسط بائر، اسمیت و آلن (۲۰۰۴) ساخته شده است. از ۳۹ ماده در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۵) تشکیل شده است؛ نمرات بالاتر نشان دهنده سطوح بالاتر ذهن‌آگاهی است. این مقیاس چهار خرده مقیاس مشاهده (۱۲ ماده)، توصیف (۸ ماده)، عمل همراه با آگاهی (۱۰ ماده) و پذیرش بدون قضاوت (۹ ماده) را مشخص می‌کند. بائر و همکاران (۲۰۰۴) همسانی درونی خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه را با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴، ۰/۸۳ و ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی را ۰/۸۶ گزارش کردند. دهقانی، اسماعیلیان، اکبری، حسونود و نیک منش (۱۳۹۳) اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه را در جامعه ایرانی بررسی کردند.

حداقل حجم نمونه در تحقیقات همبستگی فرمول $N \geq 50 + 8M$ را پیشنهاد می‌کند. N حداقل حجم نمونه مورد نیاز و M تعداد متغیرهای پیش‌بین است. بر اساس فرمول، در تحقیق حاضر که شامل دو متغیر پیش‌بین، یعنی ذهن‌آگاهی و فراهیجان است، نمونه‌ها باید دست کم ۶۷ نفر باشند. جهت افزایش اعتبار بیرونی داده‌ها حجم نمونه ۲۱۵ نفر در نظر گرفته شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها، در ابتدا مجوزهای لازم از سازمان بهزیستی استان تهران و سازمان بهزیستی شهرستان تهران کسب شد و لیست تمامی آسایشگاه‌های شهر تهران از طریق سازمان بهزیستی به دست آمد. سپس با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده آسایشگاه‌ها انتخاب شدند. پس از مراجعه به آسایشگاه‌هایی که حاضر به همکاری بودند؛ سالمندانی که شرایط ورود به پژوهش را داشتند و همچنین برای شرکت در پژوهش رضایت داشتند مورد بررسی قرار گرفتند. لیکن با توجه به اینکه تعداد شرکت‌کنندگان به حد نصاب نرسید؛ در مرحله بعد، با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای جهت جمع‌آوری داده‌ها به پارک‌های شهر تهران مراجعه شد. با توجه به مساحت شهر تهران و به منظور مشارکت همه مناطق آن در پژوهش، ابتدا با استفاده از نقشه، شهر تهران را به ۵ منطقه شمال، جنوب، مرکز، غرب و شرق تقسیم و پارک‌های موجود در هر منطقه شناسایی و از هر منطقه دو پارک انتخاب شدند. در مجموع تعداد ۲۱۵ سالمند مورد بررسی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل (۱) داشتن سن ۶۵ تا ۸۰ سال، (۲) دارابودن حداقل تحصیلات پنجم ابتدایی و (۳) فقدان مشکلات فیزیکی (از قبیل شکستگی، صرع، ام. اس و پارکینسون) بود. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت از (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) بی‌حوصلگی و عدم تمایل به ادامه همکاری با پژوهشگر بود. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۷۲ سال بود که از این تعداد ۱۱۲ نفر مرد و ۱۰۳ نفر زن بودند. تعداد ۳۵ نفر دارای تحصیلات پنجم ابتدایی، ۴۳ نفر سیکل، ۵۴ نفر دیپلم، ۳۴ نفر فوق دیپلم، ۳۰ نفر لیسانس، ۱۲ نفر فوق لیسانس و ۷ نفر دکترا داشتند. همچنین، ۱۲۳ نفر متأهل بودند و تعداد ۹۲ نفر نیز همسران آنها فوت شده بود.

¹ cognitive failures questionnaire (CFQ)

² Kentucky inventory mindfulness skill (KIMS)

کرونباخ برای خرده مقیاس فراهیجان مثبت ۰/۸۳ و برای خرده مقیاس فراهیجان منفی ۰/۷۹ به دست آمد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱
میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
نارسایی‌های شناختی	۴۷/۶	۱۵/۶۳
ذهن‌آگاهی	۱۲۴/۲۵	۲۷/۲۰
فراهیجان مثبت	۳۲/۶۰	۱۰/۸۱
فراهیجان منفی	۴۹/۷۰	۱۴/۸۷

براساس جدول ۱، میانگین نارسایی‌های شناختی ۴۷/۶ و انحراف استاندارد آن ۱۵/۶۳، میانگین ذهن‌آگاهی ۱۲۴/۲۵ و انحراف استاندارد آن ۲۷/۲۰، میانگین فراهیجان مثبت، ۳۲/۶۰ و انحراف استاندارد آن ۱۰/۸۱، میانگین فراهیجان منفی ۴۹/۷۰ و انحراف استاندارد آن ۱۴/۸۷ می‌باشد. به منظور بررسی رابطه بین ذهن‌آگاهی و فراهیجان‌ها با نارسایی‌های شناختی در سالمندان از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج مربوط به آن در جدول ۲ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌کنید بین ذهن‌آگاهی و تمامی مؤلفه‌های آن، با نارسایی‌های شناختی و تمامی مؤلفه‌های آن رابطه منفی معناداری وجود دارد. بین فراهیجان مثبت و مؤلفه‌های آن (فراشفقت و فراخشتم خود) نیز، با نارسایی‌های شناختی و تمامی مؤلفه‌های آن رابطه منفی معناداری به دست آمد. همچنین بین فراهیجان منفی و مؤلفه‌های فراخشتم، فراشرم/فراتحقیر خود و فراکنترل فکر با نارسایی‌های شناختی و تمامی مؤلفه‌های آن رابطه مثبت معناداری مشاهده می‌شود، درحالی‌که مؤلفه فرابازداری هیجان، تنها با نارسایی‌های شناختی و مؤلفه فراموشی اسامی رابطه مثبت معناداری دارد. همبستگی متغیرهای پیش‌بین (ذهن‌آگاهی و فراهیجان‌ها) با یکدیگر نیز در جدول ۳ آمده است.

آنها همسانی درونی مطلوبی (۰/۸۱ تا ۰/۹۳) را گزارش کردند. همچنین آنها نشان دادند بین نمره کل ذهن‌آگاهی و نمره کل اجتناب از تجربه و خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی، همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. دهقان منشادی، تقوی و دهقان منشادی (۱۳۹۱) نیز آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۸۲ گزارش کردند و اعتبار همگرایی خرده مقیاس‌های این آزمون را بین ۰/۴۷ تا ۰/۸۷ به دست آوردند. در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸۴ به دست آمد.

مقیاس فراهیجان‌ها^۱. این مقیاس توسط میتمنسگرابر و همکاران (۲۰۰۹) ساخته شده است. دارای ۲۸ گویه و شش خرده مقیاس می‌باشد. این پرسش‌نامه در کل دو بعد فراهیجان مثبت (فراشفقت و فراعلاقه) و منفی (فراخشتم، فراشرم/فراتحقیر، فراکنترل فکر و فرا بازداری) را می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره حاصل براساس لیکرت پنج درجه‌ای برابر ۲۸ و ۱۴۰ می‌باشد. ضریب پایایی گزارش شده توسط سازندگان این پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای بعد فراهیجان مثبت ۰/۹۱ و برای فراهیجان منفی ۰/۸۵ گزارش شده است. ضریب همبستگی این مقیاس با پرسش‌نامه شخصیت نئو، مقیاس عاطفه مثبت و منفی، پرسش‌نامه افسردگی بک و پرسش‌نامه فراشناخت معنادار به دست آمده است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش الماسی (۲۰۱۷) ۰/۸۱ به دست آمده است. این پرسش‌نامه توسط رضایی، پارسایی، نجاتی، نیک آمال و هاشمی رزینی (۱۳۹۳) برای استفاده در فرهنگ ایرانی، ترجمه، روا و پایا گردیده است. آنها از ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی و از روش تحلیل عامل تأییدی و همبستگی مقیاس فراهیجان با هوش عاطفی برای بررسی روایی پرسش‌نامه استفاده کردند. نتایج پژوهش آنها نشان داد ضریب آلفای کرونباخ در خرده مقیاس فراهیجان مثبت ۰/۸۷ و در خرده مقیاس فراهیجان منفی ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۹ می‌باشد. آنها به این نتیجه دست یافتند که این پرسش‌نامه با دو عامل از برازش عاملی قابل قبولی برخوردار است. همچنین آنها نشان دادند خرده مقیاس‌های فراهیجان با خرده مقیاس‌های هوش عاطفی همبستگی دارد. آقاجانی و ابوالفضلی (۱۳۹۴) ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۸۸ به دست آوردند. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای

¹ meta-emotions scale (MES)

جدول ۲

ماتریس همبستگی ذهن آگاهی، فراهیجان‌های مثبت و منفی (و مؤلفه‌های آنها) با نارسایی‌های شناختی و مؤلفه‌های آن					
متغیر	نارسایی‌های شناختی	حواسپرتی	مشکلات حافظه	اشتباهات سهوی	فراموشی اسامی
ذهن آگاهی	-.۰/۴۱**	-.۰/۴۸**	-.۰/۵۰**	-.۰/۵۱**	-.۰/۴۱**
مشاهده	-.۰/۴۲**	-.۰/۴۸**	-.۰/۴۹**	-.۰/۵۰**	-.۰/۴۲**
توصیف	-.۰/۳۷**	-.۰/۴۵**	-.۰/۴۵**	-.۰/۴۶**	-.۰/۳۸**
عمل توأم با آگاهی	-.۰/۳۹**	-.۰/۴۵**	-.۰/۴۹**	-.۰/۴۸**	-.۰/۳۹**
پذیرش	-.۰/۳۵**	-.۰/۴۱**	-.۰/۴۵**	-.۰/۴۵**	-.۰/۳۴**
فراهیجان مثبت	-.۰/۳۶**	-.۰/۳۵**	-.۰/۳۵**	-.۰/۳۳**	-.۰/۲۹**
فرا‌علاقه	-.۰/۳۱**	-.۰/۳۰**	-.۰/۳۰**	-.۰/۳۰**	-.۰/۲۳**
فرا شفقت خود	-.۰/۴۰**	-.۰/۳۹**	-.۰/۳۹**	-.۰/۳۷**	-.۰/۳۵**
فراهیجان منفی	۰/۴۰**	۰/۳۸**	۰/۳۶**	۰/۳۵**	۰/۳۱**
فراخشم	۰/۲۷*	۰/۲۵**	۰/۲۲**	۰/۲۱**	۰/۱۹**
فراشرم/تحقیر خود	۰/۴۱**	۰/۴۰**	۰/۴۰**	۰/۴۰**	۰/۳۶**
فرا کنترل فکر	۰/۴۰**	۰/۳۹*	۰/۳۶**	۰/۳۷**	۰/۲۹**
فرا‌بازداری هیجان	۰/۱۶*	۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۱۱	۰/۱۴*

جدول ۳

همبستگی ذهن آگاهی (و مؤلفه‌های آن) با فراهیجان‌های مثبت و منفی							
متغیر	فراهیجان مثبت	فرا‌علاقه	فراشفقت خود	فراهیجان منفی	فراخشم	فراشرم خود	فرا کنترل فکر
ذهن آگاهی	۰/۲۸**	۰/۲۵**	۰/۳۱**	-.۰/۳۶**	-.۰/۲۴**	-.۰/۵۰**	-.۰/۳۱**
مشاهده	۰/۳۳**	۰/۳۱**	۰/۳۵**	-.۰/۳۳**	-.۰/۲۳**	-.۰/۴۷**	-.۰/۲۶**
توصیف	۰/۲۷**	۰/۲۵**	۰/۲۹**	-.۰/۳۷**	-.۰/۲۶**	-.۰/۴۸**	-.۰/۳۱**
عمل توأم با آگاهی	۰/۲۶**	۰/۲۳**	۰/۲۹**	-.۰/۳۴**	-.۰/۲۲**	-.۰/۴۶**	-.۰/۳۲**
پذیرش	۰/۱۶*	۰/۱۳	۰/۱۹**	-.۰/۳۱**	-.۰/۱۸**	-.۰/۴۵**	-.۰/۲۸**

**P<۰/۰۱ *P<۰/۰۵

مثبت)، ۱/۷۸ (فراهیجان منفی) و ۱/۸۰ (ذهن آگاهی) بود. با توجه به این که مقدار آماره دوربین-واتسون در فاصله ۱/۵ و ۲/۵ قرار دارد، فرض عدم وجود همبستگی بین خطاها رد نمی‌شود و می‌توان از رگرسیون استفاده کرد. مفروضه نرمال بودن خطاها نیز مورد بررسی قرار گرفت؛ با مقایسه نمودار توزیع فروانی خطاها و نمودار توزیع نرمال مشاهده شد که توزیع خطاها تقریباً نرمال است، لذا می‌توان از رگرسیون استفاده کرد. همچنین از آنجا که مقدار میانگین ارائه شده (۱/۷۶) در سمت راست نمودار هیستوگرام، کوچک (نزدیک به صفر) و انحراف معیار نزدیک به یک (۰/۹۹) بود؛ می‌توان گفت مفروضه نرمال بودن خطاها نیز رعایت شده است. پیش‌فرض هم خطی

برای بررسی توان پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی و مؤلفه‌های آن از طریق ذهن آگاهی و فراهیجان‌ها، از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان (استاندارد) استفاده شد. پیش از استفاده از رگرسیون، پیش‌فرض‌های رگرسیون به تفصیل مورد آزمون قرار گرفتند. یکی از مفروضه‌های رگرسیون نرمال بودن توزیع متغیر ملاک می‌باشد. از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف به منظور بررسی نرمال بودن توزیع استفاده شد. نتیجه این آزمون (۰/۹۴) بیانگر نبود معنی‌داری و در نتیجه، نرمال بودن توزیع بود. برای بررسی استقلال خطاها نیز از آزمون دوربین-واتسون استفاده شد. مقدار آزمون دوربین واتسون در پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی ۱/۷۱ (فراهیجان

متغیر ذهن‌آگاهی به‌ترتیب ۰/۸۷ و ۱/۱۵، برای متغیر فراهیجان مثبت ۰/۴۱ و ۲/۴۶ و برای متغیر فراهیجان منفی ۳/۹ و ۲/۵۹ به‌دست آمد. از آنجا که باید شاخص تحمل بیشتر از ۰/۱۰ و عامل تورم واریانس کمتر از ۱۰ باشد، می‌توان گفت این مفروضه نیز رعایت شده است. به طور کلی، نتایج به دست آمده مفروضه‌های رگرسیون را مورد تأیید قرار دادند.

بودن چندگانه نیز مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی این مفروضه، از دو شاخص تحمل و عامل تورم واریانس استفاده شد. با بررسی این شاخص‌ها مشخص شد که خرده مقیاس‌های ذهن‌آگاهی، فراهیجان‌های مثبت و منفی با یکدیگر هم‌خطی دارند؛ به منظور برطرف کردن مشکل هم‌خطی چندگانه نمره کل این متغیرها وارد معادله رگرسیون شدند. شاخص تحمل و عامل تورم واریانس برای

جدول ۴

خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام نارسایی‌های شناختی از طریق ذهن‌آگاهی و فراهیجان‌ها

گام	متغیر	F	R	R ²	β	B
۱	ذهن‌آگاهی	۴۴/۰۹	۰/۴۱	۰/۱۷	-۰/۴۱	-۰/۲۴
۲	ذهن‌آگاهی فراهیجان منفی	۳۴/۵۵	۰/۵۰	۰/۲۵	-۰/۳۱	-۰/۱۸ ۰/۳۰

نشان داد بین ذهن‌آگاهی و تمامی مؤلفه‌های نارسایی‌های شناختی رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد. همچنین، نتایج نشان داد مؤلفه‌های مشاهده، توصیف، عمل توأم با آگاهی و پذیرش نیز، با نارسایی‌های شناختی و تمامی مؤلفه‌های آن رابطه منفی معناداری دارند. بنابراین هر چقدر میزان ذهن‌آگاهی در میان سالمندان کاهش یابد، احتمالاً آن‌ها نارسایی‌های شناختی بیشتری را تجربه خواهند کرد. این یافته در راستای پژوهش‌هایی است که نشان دادند، ذهن‌آگاهی تأثیر مثبتی بر عملکردهای شناختی و کارکردهای اجرایی مغز (نجاتی، ۱۳۸۹؛ کوبینانا-هرناندز و همکاران، ۲۰۱۶؛ پالر و همکاران، ۲۰۱۴)، توجه (ناپولی، کرج و هولی، ۲۰۰۵؛ تام، استین، پوف، ناکزنی و هافز؛ ۲۰۱۳)، حافظه (جا، استنلی، کیاناگا، وانگ و گلفند، ۲۰۱۰) و حافظه کاری (زیدان، جانسون، دیامون، دیوید و گولکاسیان، ۲۰۱۰) دارد. دلیل همبستگی بین کارکردهای شناختی مغز از قبیل توجه و حافظه با ذهن‌آگاهی زیربنای مشترک ساختاری و عملکردی این توانایی‌ها با ذهن‌آگاهی است (نجاتی، ۱۳۸۹). همچنین، در تبیین رابطه ذهن‌آگاهی و نارسایی‌های شناختی می‌توان گفت ماهیت ذهن‌آگاهی به‌عنوان نظارت مستمر و پایدار بر وقایع جاری قابل توجه است. توجه و انعطاف‌پذیری شناختی با ذهن‌آگاهی رابطه دارند چراکه در مفهوم‌سازی ذهن‌آگاهی، به توجه یا گرایش

جدول ۴ خلاصه تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام ذهن‌خوانی را از طریق ناگویی هیجانی و همدلی نشان می‌دهد. در این جدول مقادیر F ، R و R^2 برای معنی‌داری مدل‌های رگرسیونی به همراه مقادیر B و β برای هر یک از متغیرهای حاضر در مدل ارائه شده است. طبق این جدول مقدار F در گام اول ۴۴/۰۹ و در گام دوم ۳۴/۵۵ به دست آمده است که معنی‌دار هستند. در واقع مدل کلی رگرسیون در هر دو گام معنی‌دار است. همچنین ضریب تبیین در گام اول ۰/۱۷ و در گام دوم ۰/۲۵ حاصل شده است. همچنین از جدول مشخص است که در اولین گام ذهن‌آگاهی بر اساس بیشترین همبستگی با نارسایی‌های شناختی وارد معادله شده است و ضریب معنی‌دار و منفی (-۰/۴۱) دارد. در دومین گام فراهیجان منفی نیز به متغیر اول اضافه شده است و تأثیر معنی‌داری برای آن به دست آمده است (۰/۲۹). در سومین گام فراهیجان مثبت به مدل اضافه شد اما تأثیر معنی‌داری برای آن به دست نیامد. در نتیجه این یافته‌ها می‌توان گفت از بین متغیرهای پیش‌بین ذهن‌آگاهی به طور مثبتی و فراهیجان منفی به طور منفی در پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی معنی‌دار بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

از هدف‌های پژوهش حاضر بررسی رابطه بین ذهن‌آگاهی و نارسایی‌های شناختی در سالمندان بود. نتایج این مطالعه

با افزایش ذهن‌آگاهی، فراهیجان‌های مثبتی چون فراشفقت خود افزایش یافته و فراهیجان‌های منفی چون فراخشم، فراشرم/فراتحقیر خود، فراکنترل فکر و فرابازداری هیجان کاهش می‌یابند.

در بخش دیگر پژوهش نیز سهم ذهن‌آگاهی و فراهیجان‌ها در پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی سالمندان بررسی شد. نتایج نشان داد ذهن‌آگاهی و فراهیجان منفی هر یک سهم معناداری در پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی در سالمندان دارند. به عبارت دیگر، با کاهش ذهن‌آگاهی و افزایش فراهیجان منفی در سالمندان می‌توان بروز یا تشدید نارسایی‌های شناختی آنان را انتظار داشت. پژوهش حاضر نشان داد متغیرهای ذهن‌آگاهی و فراهیجان منفی می‌توانند نقش بسزایی در تبیین پدیده نارسایی‌های شناختی در سالمندان داشته باشند. این یافته مبین آن است که افزایش ذهن‌آگاهی و کاهش فراهیجان منفی از طریق انجام مداخلات بالینی، کاهش نارسایی‌های شناختی در سالمندان را به همراه خواهد داشت.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم همکاری آسایشگاه‌های سالمندان و همچنین، بی‌حوصلگی، بیماری و بی‌رغبتی برخی سالمندان جهت شرکت در پژوهش اشاره کرد. از آنجا که یافته‌های پژوهش حاضر وجود رابطه معنی‌داری بین ذهن‌آگاهی، فراهیجان‌ها و نارسایی‌های شناختی را نشان داد، پیشنهاد می‌شود پژوهشی در زمینه نقش واسطه‌ای فراهیجان در تبیین رابطه بین ذهن‌آگاهی و نارسایی‌های شناختی انجام گیرد. و از آنجایی که در این پژوهش بررسی رابطه بین ذهن‌آگاهی، فراهیجان‌ها و نارسایی‌های شناختی در سالمندان صورت گرفت، پیشنهاد می‌شود رابطه بین ذهن‌آگاهی، فراهیجان‌ها و نارسایی‌های شناختی در گروه‌های سنی دیگر نیز بررسی گردد.

سپاس‌گزاری

از تمامی سالمندانی که در اجرای این مطالعه صمیمانه با ما همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

آقاجانی، س.، و ابوالفضلی، ا. (خرداد ۱۳۹۴). مقایسه فراهیجان، هوش هیجانی و جهت‌گیری دینی در افراد سالمند و غیرسالمند. همایش ملی هزاره سوم و علوم انسانی، شیراز، مرکز توسعه آموزش‌های نوین ایران (متانا).

به تجارب جاری اشاره شده است (موری و مالینوسکی، ۲۰۰۹). تمرین‌های ذهن‌آگاهی توانایی خودتنظیمی توجه را افزایش می‌دهند (بیشاپ، ۲۰۰۴). همچنین به علت اینکه تمرینات ذهن‌آگاهی مهارت‌های توجهی را در بر می‌گیرند؛ حافظه کاری را نیز بهبود می‌بخشند. بهبود حافظه و نگهداری اطلاعات در مغز نیز منجر به افزایش آگاهی از لحظه حال می‌گردد (برتراندا و کاموس، ۲۰۱۵). هرچه افراد بیشتر به تجارب هشیار محیط خود توجه کنند و از تجارب لحظه به لحظه خود آگاه تر باشند؛ کارهای مثبت بیشتری را با خطاهای کمتری انجام می‌دهند (لانگر، ۱۹۸۹).

هدف دیگر پژوهش حاضر بررسی رابطه بین فراهیجان‌ها و نارسایی‌های شناختی بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که فراهیجان‌های مثبت با نارسایی‌های شناختی در سالمندان رابطه منفی معناداری دارند. بدین صورت که با کاهش فراهیجان‌های مثبت احتمال بروز یا تشدید نارسایی‌های شناختی در سالمندان افزایش می‌یابد. از سویی دیگر، نتایج این مطالعه نشان داد که فراهیجان منفی رابطه مثبت معناداری با نارسایی‌های شناختی دارند. بنابراین با افزایش فراهیجان‌های منفی در سالمندان، احتمالاً آن‌ها نارسایی‌های شناختی بیشتری را تجربه خواهند کرد. گرچه در جستجوی پژوهشگران این مطالعه، مطالعه‌ای در زمینه رابطه بین فراهیجان‌ها و نارسایی‌های شناختی یافت نشد؛ اما مرور پیشینه پژوهشی حاکی از آن است که پژوهش‌هایی (مانند فریدریکسون و برنیگن ۲۰۰۵؛ لبار و کابزا، ۲۰۰۶؛ کولانوسکی، ون‌هیسما، میکس و لیتاکر، ۲۰۱۴) که به بررسی رابطه بین هیجان‌ها و حالات خلقی با عملکردهای شناختی پرداخته‌اند؛ نشان داده‌اند که هیجان‌ها و حالات خلقی با عملکردهای شناختی ارتباط دارند. بنابراین از آنجا که فراهیجان‌ها هیجان‌ها ثنویه‌ای هستند که منتج از هیجان‌ها اولیه می‌باشند (هارادولا، ۲۰۱۶)؛ به نظر می‌رسد که فراهیجان مثبت نیز همچون هیجان‌ها مثبت با عملکرد شناختی مطلوب همراه است درحالی‌که فراهیجان منفی نیز همچون حالات خلقی منفی با عملکرد شناختی پایین توأم است.

یافته جانبی پژوهش حاضر این بود که با بررسی رابطه بین ذهن‌آگاهی و فراهیجان‌ها مشخص شد که ذهن‌آگاهی با فراهیجان‌های مثبت رابطه مستقیم و معنی‌داری دارد اما با فراهیجان‌های منفی رابطه منفی معناداری دارد. احتمالاً

نجاتی، و. (۱۳۸۹). بررسی ارتباط بین ذهن آگاهی و عملکردهای اجرایی در جانبازان نابینا، *مجله علمی- پژوهشی طب جانباز*، ۳(۹)، ۴۸-۴۴.

نظربلند، ن.، و فرزانه، ه. (۱۳۸۸). نارسایی حافظه کاری در اختلال افسردگی اساسی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۵(۳)، ۳۱۳-۳۰۸.

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.

Almasi, N. G. (2017). The relationship of meta-emotion dimensions and positive and negative symptoms in the patients of chronic schizophrenia. *Journal of Behavioral and Brain Science*, 7(02), 62-67.

Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11(3), 191-206.

Bertranda, R., & Camos, V. (2015). The role of attention in preschoolers' working memory. *Cognitive Development*, 33, 14-27.

Bishop, S. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.

Boomsma, D.I., (1998). Genetic analysis of cognitive failures (CFQ): a study of Dutch adolescent twins and their parents. *European Journal of Personality*, 12(5), 321-330.

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.

Labar, K. S., & Cabeza, R. (2006). Cognitive neuroscience of emotional memory. *Nature Reviews Neuroscience*, 7(1), 54-64.

Carriere, J. S., Cheyne, J. A., & Smilek, D. (2008). Everyday attention lapses and memory failures: The affective consequences of mindlessness. *Consciousness and cognition*, 17(3), 835-847.

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

ابوالقاسمی، ع.، کریمی یوسفی، س. ه.، و خشنودنیای چماچایی، ب. (۱۳۹۴). مقایسه باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی در سالمندان با و بدون رفتارهای دینی. *مجله روانشناسی پیری*، ۱(۳)، ۲۲۲-۲۱۳.

براتی، ه.، و عربی‌سامانی، س. ح. (۱۳۹۴). رابطه بین نارسایی‌های شناختی و باورهای شناختی در گذر عمر با توجه به مهار فکر. *مجله روانشناسی*، ۱۷(۳)، ۲۵۱-۲۳۵.

دهقان منشادی، ز.، تقوی، س. م.، و دهقان منشادی م. (۱۳۹۱). بررسی خصوصیات روان‌سنجی سیاهه مهارت ذهن آگاهی کنتاکی. *مجله اندیشه و رفتار*، ۷(۲۶)، ۳۷-۲۷.

دهقانی، م.، اسماعیلیان، ن.، اکبری، ف.، حسونند، م.، و نیک‌منش، ا. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی پرسش‌نامه‌ی پنج وجهی ذهن آگاهی. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۹(۳۳)، ۸۷-۷۷.

رضایی، ن. م.، پارسایی، ا.، نجاتی، ع.، نیک‌آمال، م.، و هاشمی رزینی، س. (۱۳۹۳). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس فراهیجان دانشجویان. *فصلنامه تحقیقات روانشناختی*، ۶(۲۳)، ۱۱۱-۱۲۴.

شفقی، م. (۱۳۹۲). نقش پیش‌بینی‌کنندگی ذهن آگاهی و سبک‌های مقابله در اختلالات بالینی دانشجویان دانشگاه فنی مهندسی گلپایگان (پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه الزهراء، تهران.

صفری‌نیا، م.، عیسی‌زادگان، ع.، و قربانی، ا. (۱۳۹۱). بررسی نارسایی‌های شناختی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با حمایت اجتماعی ادراک شده در بین افراد مبتلا به MS و غیر مبتلای شهر تهران در سال ۹۰-۹۱ (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه ارومیه.

صفری، ه.، نجاتی، ع.، و پارسایی، ا. (آبان ۱۳۹۳). بررسی رابطه فراهیجان و شادکامی در دانشجویان دانشگاه. اولین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران-موسسه آموزش عالی مهر اروند، مرکز راهکارهای دستیابی به توسعه پایدار.

عباسی، م.، پیرانی، ذ.، درگاهی، ش.، و آقاویردی نژاد، ش. (۱۳۹۳). ارتباط نارسایی شناختی و نارسایی هیجانی با تعلل ورزی تصمیم‌گیری در دانشجویان، *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۴(۱۰)، ۹۱۵-۹۰۵.

- Cheyne, J. A., Carriere, J. S., & Smilek, D. (2006). Absent-mindedness: Lapses of conscious awareness and everyday cognitive failures. *Journal of Consciousness and cognition*, 15(3), 578-592.
- Di Fabio, A. (2006). Decisional procrastination correlates: personality traits, self-esteem or perception of cognitive failure? *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 6(2), 109-122.
- Dixon, R., Backman, L., & Nilsson, L. G. (2004). *New frontiers in cognitive aging*. Oxford: Oxford University Press.
- Flett, A, Haghbin M & Pychyl T (2016). Procrastination and depression from a cognitive perspective: an exploration of the associations among procrastinatory automatic thoughts, rumination and mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive- Behavior Therapy*, 34(3), 169-186.
- Fredrickson, B. L., & Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition and Emotion*, 19(3), 313-332.
- Greenberg L. (2002). *Emotion Focused Therapy: Coaching Clients Through Their Feelings*. Washington: American psychological association.
- Haradhvala N (2016). *Meta-emotions in daily life: associations with emotional awareness and depression* (Master thesis). Washington University.
- Herndon, F. (2008). Testing mindfulness with perceptual and cognitive factors: External vs. internal encoding, and the cognitive failures questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 44(1), 32-41.
- Jefferies, L. N., Smilek, D., Eich, E., & Enns, J. T. (2008). Emotional valence and arousal interact in attentional control. *Psychological Science*, 19 (3), 290-295.
- Jha, A. P., Stanley, E. A., Kiyonaga, A., Wong, L., & Gelfand, L. (2010). Examining the protective effects of mindfulness training on working memory and affective experience. *Journal of Emotion*, 10(1), 54-64.
- Kanai, R., Dong, M.Y., Bahrami, B., & Rees, G., (2011). Distractibility in daily life is reflected in the structure and function of human parietal cortex. *Journal of Neuroscience*, 31(18), 6620-6622.
- Knight, R. G., McMahon, J., Green, T. J., & Skeaff, C. M. (2004). Some normative and psychometric data for the Geriatric Depression Scale and the Cognitive Failures Questionnaire from a sample of healthy older persons. *New Zealand Journal of Psychology*, 33, 163-170.
- LaBar, K. S., & Cabeza, R. (2006). Cognitive neuroscience of emotional memory. *Nature reviews. Neuroscience*, 7(1), 54.
- Lange, S., & Sub, H. M. (2014). Measuring slips and lapses when they occur—Ambulatory assessment in application to cognitive failures. *Consciousness and cognition*, 24, 1-11.
- Langer, E. J. (1989). *Mindfulness*. Reading, MA: Addison-Wesley/Addison Wesley Longman.
- Lenze, E. J., Hickman, S., Hershey, T., Wendleton, L., Ly, K., Dixon, D., Dore P. & Wetherell, J. L. (2014). Mindfulness-based stress reduction for older adults with worry symptoms and co-occurring cognitive dysfunction. *International journal of geriatric psychiatry*, 29(10), 991-1000.
- Mahoney, A. M., Dalby, J. T., & King, M. C. (1998). Cognitive failures and stress. *Psychological Reports*, 82(3), 1432-1434.
- Mammarella N, Borella E, Carretti B, Leonardi G & Fairfield B (2013). Examining an emotion enhancement effect in working memory: Evidence from age-related differences. *Journal of Neuropsychological Rehabilitation*, 23(3), 416-428.
- Mecacci, L., Righi, S., & Rocchetti, G. (2006). Cognitive failures and circadian typology. *Personality and Individual Differences*, 37, 107-113.
- Mitmansgruber, H., Beck, T. N., Hofer, S., & Schubler, G. (2009). When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and Meta emotion in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 448-453.
- Moore, A., & Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and Cognition*, 18(1), 176-186.

- Napoli, M., Krech, P. R., & Holley, L. C. (2005). Mindfulness training for elementary school students. *Journal of Applied School Psychology, 21*(1), 99-125.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity, 2*(3), 223-250.
- Ocampo, J. M. (2010). Self-rated health: Importance of use in elderly adults. *Journal of Colombia Medical, 41*(3), 275-289.
- Paller, K. A., Creery, J. D., Florczak, S. M., Weintraub, S., Mesulam, M. M., Reber, P. J., ... Maslar, M. (2014). Benefits of mindfulness training for patients with progressive cognitive decline and their caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 30*(3), 257-267.
- Payne, T. W., & Schnapp, M. A. (2014). The relationship between negative affect and reported cognitive failures. *Depression research and treatment, 39*6195. Doi: 10.1155/2014/396195
- Pfeifer, S., van Os, J., Hanssen, M., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2008). Subjective experience of cognitive failures as possible risk factor for negative symptoms of psychosis in the general population. *Schizophrenia bulletin, 35*(4), 766-774.
- Quintana-Hernandez, D. J., Miro-Barrachina, M. T., Ibanez-Fernandez, I. J., Santana-del Pino, A., Quintana-Montesdeoca, M. P., Rodriguez-de, Vera., ... Bravo-Caraduje, N. (2016). Mindfulness in the maintenance of cognitive capacities in Alzheimer's disease: A randomized clinical trial. *Journal of Alzheimer's Disease, 50*, 217-232.
- Reason, J., Manstead, A., Stradling, S., Baxter, J., & Campbell, K. (1990). Errors and violations on the roads: a real distinction? *Ergonomics, 33*(10-11), 1315-1332.
- Segal, Z. V., Williams, M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York City: Guilford Press.
- Simpson, S. A., Wadsworth, E. J., Moss, S. C., & Smith, A. P. (2005). Minor injuries, cognitive failures and accidents at work: incidence and associated features. *Occupational Medicine, 55*(2), 99-108.
- Sirois, F. M. (2014). Absorbed in the moment? An investigation of procrastination, absorption and cognitive failures. *Personality and individual differences, 71*, 30-34.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th Ed.). Boston: Allyn & Bocon.
- Tamm, L., Epstein, J. N., Peugh, J. L., Nakonezny, P. A., & Hughes, C. W. (2013). Preliminary data suggesting the efficacy of attention training for school-aged children with ADHD. *Developmental Cognitive Neuroscience, 4*, 16-28.
- 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*(4), 635-644.
- 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.
- Wilhelm, O., Witthoft, M., & Schipolowski, S., (2010). Self-reported cognitive failures: competing measurement models and self-report correlates. *Journal of Individual Differences, 31*(1), 1-14.
- Wilkerson, A., Boals, A., & Taylor, D. J. (2012). Sharpening our understanding of the consequences of insomnia: The relationship between insomnia and everyday cognitive failures. *Cognitive therapy and research, 36*(2), 134-139.
- Zeidan, F., Johnson, S., Diamond, B., David, Z. H., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition, 19*(2), 597-605.