



نقش سبک‌های دلبستگی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تاب‌آوری روان‌شناختی در پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی
سالمندان

اکرم قاسمی^۱، مرتضی حقیقی^{۲*}، مهریار عناصری^۳

۱- گروه روانشناسی سلامت، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

۲- گروه بهداشت، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران (نویسنده مسئول)

۳- گروه روانشناسی بالینی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

چکیده

مقدمه: نارسایی‌های شناختی از چالش‌های شایع دوره سالمندی هستند که می‌توانند استقلال فردی و کیفیت زندگی سالمندان را تحت تأثیر قرار دهند. در این میان، عوامل روان‌شناختی و اجتماعی نقش مهمی در بروز یا پیشگیری از این مشکلات دارند. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش سبک‌های دلبستگی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تاب‌آوری روان‌شناختی در پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی سالمندان انجام شد.

روش پژوهش: این مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری شامل سالمندان ۶۰ سال و بالاتر شهر قدس در سال ۱۴۰۴ بود که از میان آنان ۳۷۰ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه نارسایی‌های شناختی برادبنت، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده زیمت، مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون و پرسشنامه سبک‌های دلبستگی کولینز و رید بود. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه در نرم‌افزار SPSS-27 تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تاب‌آوری روان‌شناختی با نارسایی‌های شناختی رابطه منفی و معنادار دارند ($p < 0.05$). همچنین سبک دلبستگی اضطرابی با نارسایی‌های شناختی رابطه مثبت و معنادار و سبک دلبستگی ایمن رابطه منفی و معنادار نشان داد، در حالی که سبک دلبستگی وابسته رابطه معناداری نداشت ($p > 0.05$). نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که متغیرهای پژوهش در مجموع ۸۱ درصد از واریانس نارسایی‌های شناختی را تبیین می‌کنند ($p < 0.001$, $R^2 = 0.611$). **نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نشان می‌دهد که عوامل روان‌شناختی و اجتماعی، به‌ویژه تاب‌آوری روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سبک‌های دلبستگی، نقش مهمی در پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی سالمندان دارند. بنابراین، طراحی مداخلات مبتنی بر تقویت منابع حمایتی و روان‌شناختی می‌تواند در بهبود عملکرد شناختی و ارتقای سلامت سالمندان مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: نارسایی‌های شناختی، سالمندان، سبک‌های دلبستگی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، تاب‌آوری روان‌شناختی



The Role of Emotional Intelligence, Self-Esteem, and Resilience in Predicting the Quality of Life among the Elderly

Akram Ghasemi¹, Morteza Haghighi², Mehryar Anasori³

1. Department of Health Psychology, Ar.C, Islamic Azad University, Arak, Iran
2. Department of Health, Ar.C., Islamic Azad University, Arak, Iran (corresponding author)
3. Department of Clinical Psychology, Ar.C, Islamic Azad University, Arak, Iran

Abstract

Background: Cognitive impairment is one of the most common challenges in older adulthood, which can negatively affect independence and quality of life. Psychological and social factors play a crucial role in the development or prevention of such impairments. The present study aimed to examine the role of attachment styles, perceived social support, and psychological resilience in predicting cognitive impairment among older adults.

Methods: This descriptive-correlational study was conducted on 370 older adults (aged 60 years and above) in Qods City in 2025, selected using multi-stage cluster sampling. Data were collected using the Cognitive Failures Questionnaire (Broadbent), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet), Connor–Davidson Resilience Scale, and Adult Attachment Questionnaire (Collins & Read). Data were analyzed using Pearson correlation and multiple regression analysis in SPSS-27.

Results: The findings indicated that perceived social support and psychological resilience were negatively and significantly associated with cognitive impairment ($p < 0.05$). Anxious attachment style showed a positive significant relationship, while secure attachment style showed a negative significant relationship with cognitive impairment. Dependent attachment style was not significantly related ($p > 0.05$). Multiple regression analysis revealed that the study variables jointly explained 81% of the variance in cognitive impairment ($R^2 = 0.611$, $p < 0.001$).

Conclusion: Psychological and social factors, particularly resilience, perceived social support, and attachment styles, play a significant role in predicting cognitive impairment in older adults. Interventions aimed at strengthening these factors may help reduce cognitive problems and improve mental health in this population.

Keywords: Cognitive impairment, Older adults, Attachment styles, Perceived social support, Psychological resilience



مقدمه:

سالمندی یکی از مهم‌ترین و چالش‌برانگیزترین پدیده‌های جمعیت‌شناختی در اواخر قرن بیستم و آغاز قرن بیست‌ویکم به شمار می‌رود (۱). این دوره به‌عنوان مرحله‌ای اجتناب‌ناپذیر از چرخه زندگی انسان، معمولاً با کاهش تدریجی عملکرد در حوزه‌های مختلف شناختی از جمله حافظه، توجه، سرعت پردازش اطلاعات و تصمیم‌گیری همراه است (۲). سالمندان، که به افراد ۶۰ سال و بالاتر اطلاق می‌شود، برای حفظ سلامت جسمی و روانی خود نیازمند دریافت خدمات حمایتی و توانبخشی مناسب هستند (۳). شواهد نشان می‌دهد که با افزایش سن، کاهش قابل توجهی در سرعت پردازش اطلاعات رخ می‌دهد که می‌تواند عملکردهای شناختی روزمره را تحت تأثیر قرار دهد (۴). سرعت پردازش به توانایی ذهنی فرد در دریافت، پردازش اطلاعات و تولید پاسخ مناسب در یک بازه زمانی مشخص اشاره دارد و به‌عنوان یکی از شاخص‌های اساسی کارکردهای شناختی شناخته می‌شود (۵). همچنین، در دوره سالمندی، اختلال در مکانیسم‌های توجه می‌تواند منجر به افزایش خطاهای شناختی شود (۶).

فعالیت‌های شناختی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین فرایندهای عالی ذهنی در دوران سالمندی در معرض بیشترین آسیب قرار دارند و این امر می‌تواند زمینه‌ساز بروز مشکلات روان‌شناختی و شناختی شود (۷). افزایش سن با تأثیر بر فرایندهای شناختی و فراشناختی، احتمال بروز نارسایی‌های شناختی را افزایش می‌دهد (۸). نارسایی‌های شناختی به خطاها و لغزش‌هایی در انجام تکالیف ساده اشاره دارند که فرد معمولاً قادر به انجام صحیح آن‌هاست، اما در اجرا دچار اشتباه می‌شود. این مفهوم با اختلالات پیچیده‌تر مانند دمانس یا نقص‌های مبتنی بر دانش ناکافی متفاوت است (۹).

در سال‌های اخیر، توجه به عوامل خطر و محافظت‌کننده در برابر افت شناختی افزایش یافته است. اگرچه بسیاری از مطالعات بر عوامل زیستی و ژنتیکی تمرکز داشته‌اند، نقش عوامل روانی-اجتماعی کمتر مورد توجه قرار گرفته است (۱۰، ۱۱). در این میان، سبک‌های دلبستگی به‌عنوان الگوهای پایدار هیجانی و ارتباطی که در نتیجه تعاملات اولیه شکل می‌گیرند، می‌توانند بر تنظیم هیجان، کیفیت روابط اجتماعی و شیوه‌های مقابله‌ای در طول زندگی تأثیرگذار باشند (۱۲، ۱۳). شواهد نشان می‌دهد که دلبستگی ایمن با پیامدهای مثبت هیجانی و اجتماعی همراه بوده و می‌تواند در حفظ عملکرد شناختی نقش محافظتی داشته باشد، در حالی که سبک‌های دلبستگی ناایمن با افزایش استرس، ضعف در تنظیم هیجان و کاهش حمایت اجتماعی مرتبط هستند (۱۴، ۱۵). همچنین، تجربیات منفی در روابط اولیه و کیفیت پایین تعاملات اجتماعی با افزایش خطر ابتلا به مشکلات نظیر دمانس، افسردگی دیررس و حتی مرگ‌ومیر در سالمندی مرتبط گزارش شده است (۱۶، ۱۷).

عملکرد شناختی یکی از مؤلفه‌های اساسی کیفیت زندگی سالمندان محسوب می‌شود و کاهش آن می‌تواند پیامدهای روانی متعددی از جمله افسردگی، اضطراب و دمانس به دنبال داشته باشد (۱۸، ۱۹). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، شیوع دمانس تا سال ۲۰۵۰ به‌طور چشمگیری افزایش خواهد یافت (۲۰). در این میان، حمایت اجتماعی ادراک‌شده به‌عنوان یکی از عوامل مهم محافظتی مورد توجه قرار گرفته است. این سازه به ادراک فرد از میزان حمایت، درک شدن و ارزشمندی در شبکه‌های اجتماعی اشاره دارد



(۲۱-۲۳). بر اساس «فرضیه بافر استرس»، حمایت اجتماعی می‌تواند با کاهش اثرات منفی استرس، به بهبود سلامت روان و عملکرد شناختی کمک کند (۲۴، ۲۵). مطالعات نشان داده‌اند که سالمندانی که از شبکه‌های اجتماعی قوی‌تری برخوردارند، عملکرد شناختی بهتر، سلامت روانی بالاتر و رضایت بیشتری از زندگی دارند، در حالی که سطوح پایین حمایت اجتماعی با افزایش خطر زوال شناختی و مشکلات روانی همراه است (۲۶-۲۹). همچنین، مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی می‌تواند نقش مؤثری در حفظ عملکرد شناختی ایفا کند (۳۰، ۳۱). و حمایت اجتماعی علاوه بر اثر مستقیم، می‌تواند به‌عنوان عامل محافظتی در برابر پیامدهای منفی استرس عمل کند (۳۲).

علاوه بر این، تاب‌آوری روان‌شناختی به‌عنوان یکی از عوامل کلیدی در سازگاری با چالش‌های زندگی، نقش مهمی در سلامت روان سالمندان ایفا می‌کند (۳۳). تاب‌آوری به توانایی انطباق مؤثر با شرایط دشوار و استرس‌زا اشاره دارد و به‌ویژه در دوران سالمندی اهمیت بیشتری می‌یابد (۳۴، ۳۵). مطالعات اولیه گارمزی و راتر نشان دادند که تاب‌آوری یک سازه پویا و چندبعدی است که می‌تواند در مواجهه با عوامل خطر، نقش حفاظتی ایفا کند (۳۶، ۳۷). در رویکردهای جدید، تاب‌آوری به‌عنوان فرایندی قابل تغییر و متأثر از شرایط محیطی در نظر گرفته می‌شود (۳۸، ۳۹). این دیدگاه در حوزه اختلالات شناختی خفیف نیز اهمیت دارد، زیرا این اختلالات به‌عنوان مرحله‌ای بین پیری طبیعی و دمانس در نظر گرفته می‌شوند (۴۰) و می‌توانند با چالش‌های روان‌شناختی قابل توجهی همراه باشند (۱۸، ۴۱).

با وجود اهمیت هر یک از متغیرهای یادشده، پژوهش‌های پیشین عمدتاً به بررسی جداگانه آن‌ها پرداخته‌اند و مطالعات اندکی به بررسی همزمان سبک‌های دل‌بستگی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تاب‌آوری روان‌شناختی در ارتباط با نارسایی‌های شناختی پرداخته‌اند. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش این متغیرها در پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی سالمندان انجام شد تا گامی در جهت شناسایی عوامل خطر و محافظتی و ارائه شواهدی برای طراحی مداخلات مؤثر در حوزه سلامت سالمندی برداشته شود.

روش کار:

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی است و با کد اخلاق IR.IAU.ARAK.REC.1403.022 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک به تصویب رسیده است. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان ساکن شهر قدس در سال ۱۴۰۴ بود. روش نمونه‌گیری به‌صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام شد. بدین صورت که در مرحله نخست، شهر قدس بر اساس موقعیت جغرافیایی به چهار بخش شمال، جنوب، شرق و غرب تقسیم گردید. سپس از هر بخش، یک کانون سالمندی به‌صورت تصادفی انتخاب شد. در مرحله بعد، سالمندان واجد شرایط به‌صورت تصادفی از میان افراد حاضر در کانون‌های منتخب انتخاب و وارد مطالعه شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران و با در نظر گرفتن جمعیت تقریبی ۱۰۰۰۰ نفر از سالمندان شهر قدس، سطح اطمینان ۹۵ درصد و میزان خطای مجاز ۵ درصد، برابر با ۳۷۰ نفر برآورد شد. در نهایت، ۳۷۰ نفر از سالمندان واجد شرایط در پژوهش شرکت کردند.



معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سن ۶۰ سال و بالاتر، سکونت در شهر قدس به مدت حداقل یک سال، توانایی درک و پاسخ‌دهی به سؤالات (بر اساس ارزیابی اولیه پژوهشگر) و ارائه رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج نیز شامل عدم تمایل به ادامه همکاری در هر مرحله از مطالعه و ناقص بودن پرسشنامه‌ها در نظر گرفته شد. گردآوری داده‌ها پس از اخذ مجوزهای لازم و هماهنگی با مسئولان کانون‌های سالمندی انجام شد. پژوهشگر با حضور در محل، پس از معرفی خود و توضیح اهداف پژوهش، نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها را برای شرکت‌کنندگان تشریح کرد و رضایت آگاهانه آنان را جلب نمود. سپس پرسشنامه‌ها به صورت حضوری و تحت نظارت پژوهشگر تکمیل شدند. در مواردی که سالمندان در خواندن یا درک سؤالات با مشکل مواجه بودند، توضیحات لازم توسط پژوهشگر ارائه شد.

ب) ابزار

ابزارهای گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل چهار پرسشنامه استاندارد بود که به منظور سنجش متغیرهای اصلی مطالعه مورد استفاده قرار گرفتند. این ابزارها عبارت بودند از: پرسشنامه نارسایی‌های شناختی، پرسشنامه سبک‌های دلبستگی، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده و مقیاس تاب‌آوری روان‌شناختی.

در ادامه، هر یک از ابزارهای مذکور به صورت جداگانه معرفی شده و ویژگی‌های آن‌ها از نظر ساختار، شیوه نمره‌گذاری و شواهد مربوط به روایی و پایایی ارائه می‌شود تا تصویری روشن از نحوه سنجش متغیرهای پژوهش و اعتبار داده‌های به دست آمده فراهم گردد.

پرسشنامه نارسایی‌های شناختی (CFQ)

برای سنجش نارسایی‌های شناختی از پرسشنامه نارسایی‌های شناختی برادبنت (Cognitive Failures Questionnaire: CFQ) استفاده شد که توسط برادبنت و همکاران در سال ۱۹۸۲ طراحی شده است. این ابزار یکی از مقیاس‌های خودگزارشی پرکاربرد برای ارزیابی خطاهای شناختی روزمره، از جمله حواس‌پرتی، فراموشی و اشتباهات سهوی است. این پرسشنامه شامل ۲۵ گویه بوده که بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از صفر (هرگز) تا چهار (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۰۰ بوده و نمرات بالاتر نشان‌دهنده نارسایی شناختی بیشتر است. مطالعات مختلف، روایی و پایایی مطلوب این ابزار را تأیید کرده‌اند و ضریب آلفای کرونباخ آن بیش از ۰.۸۰ گزارش شده است. همچنین، نسخه فارسی این پرسشنامه در پژوهش‌های داخلی مورد استفاده قرار گرفته و از اعتبار مناسبی برخوردار است.

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده

برای سنجش حمایت اجتماعی ادراک‌شده از مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده زیمت و همکاران استفاده شد (۴۲). این ابزار شامل ۱۲ گویه است که میزان حمایت اجتماعی را از سه منبع خانواده، دوستان و سایر افراد مهم زندگی ارزیابی می‌کند. گویه‌ها بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» نمره‌گذاری می‌شوند و نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر حمایت اجتماعی ادراک‌شده است.

روایی و پایایی این ابزار در مطالعات مختلف تأیید شده است. همچنین در پژوهش‌های داخلی، ضرایب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در دامنه ۷۶/۰ تا ۸۹/۰ گزارش شده است که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب آن در جمعیت ایرانی است (۴۳).



مقیاس تاب‌آوری روان‌شناختی

برای سنجش تاب‌آوری روان‌شناختی از مقیاس تاب‌آوری کونور-دیویدسون استفاده شد. این ابزار شامل ۲۵ گویه است که میزان تاب‌آوری فرد را بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از «کاملاً نادرست» تا «همیشه درست» ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات این مقیاس بین ۲۵ تا ۱۲۵ بوده و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر تاب‌آوری است. روایی و پایایی این مقیاس در مطالعات مختلف تأیید شده است (۴۴). همچنین، نسخه فارسی این ابزار در پژوهش‌های داخلی مورد بررسی قرار گرفته و از اعتبار و پایایی مطلوبی برخوردار گزارش شده است (۴۵).

پرسشنامه سبک‌های دلبستگی بزرگسالان

برای سنجش سبک‌های دلبستگی از پرسشنامه بازنگری‌شده سبک‌های دلبستگی بزرگسالان کولینز و رید (۱۹۹۰) استفاده شد که بر اساس نظریه دلبستگی بالبی طراحی شده است. این ابزار شامل ۱۸ گویه بوده و پاسخ‌ها بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» نمره‌گذاری می‌شوند. این پرسشنامه سه بعد اصلی دلبستگی شامل نزدیکی، وابستگی و اضطراب را ارزیابی می‌کند و بر اساس نمرات این ابعاد، سبک‌های دلبستگی ایمن و ناایمن (اضطرابی و اجتنابی) قابل تبیین است. روایی و پایایی این ابزار در مطالعات مختلف تأیید شده است. همچنین در پژوهش‌های داخلی، ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های آن در دامنه ۰.۶۹ تا ۰.۸۱ گزارش شده که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول این ابزار است.

ج) روش تحلیل داده‌ها

داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شدند. در بخش آمار توصیفی، از شاخص‌های فراوانی و درصد برای متغیرهای کیفی و از میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی استفاده شد. در بخش آمار استنباطی، برای بررسی روابط بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون و برای پیش‌بینی نارسایی‌های شناختی بر اساس متغیرهای مستقل از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش Enter استفاده گردید. سطح معناداری آزمون‌ها نیز ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج:

در این پژوهش میانگین سنی افراد شرکت‌کننده 71.95 ± 7.50 سال بود. ۵۷.۰ درصد شرکت‌کنندگان زن بودند و ۷۱.۴ درصد مشارکت‌کنندگان متأهل بودند. همچنین ۳۰.۸ درصد شرکت‌کنندگان سواد ۶ سال کلاس تا حداکثر ۱۲ سال کلاس داشتند. (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: نتایج توصیفی مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه

درصد	تعداد	متغیر کیفی	
۴۳.۰	۱۵۹	جنسیت	مرد
۵۷.۰	۲۱۱	جنسیت	زن
۱۰.۵	۳۹	مقطع تحصیلی	بیسواد
۱۸.۵	۶۹		تا ۶ سال سواد
۳۰.۸	۱۱۴		۶ سال تا ۱۲ سال
۱۵.۹	۵۹		کاردانی
۱۹.۷	۷۳		کارشناسی
۴.۳	۱۶		کارشناسی ارشد و بالاتر
۵.۷	۲۱	وضعیت تاهل	مجرد
۷۱.۴	۲۶۴		متاهل
۱۰.۳	۳۸		همسر جدا شده
۱۲.۷	۴۷		همسر فوت شده
۷۱.۹۵		سن	میانگین
۷.۵۰			انحراف معیار

با توجه به جدول ۲، نتایج بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها بر اساس شاخص‌های چولگی و کشیدگی نشان داد که تمامی متغیرهای پژوهش شامل نارسایی‌های شناختی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، تاب‌آوری روان‌شناختی و سبک‌های دلبستگی (اضطرابی، ایمن و وابسته) در محدوده قابل قبول (± 2) قرار داشته و از توزیع نرمال برخوردار هستند.

جدول ۲: شاخصهای توصیفی متغیرهای پژوهش حاضر به همراه توزیع نرمال آنها

نام متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
نارسایی شناختی	۲۵	۷۴.۲۲	۱۹.۵۷	۰.۱۴۳	-۰.۶۴۶
حمایت اجتماعی	۱۲	۴۱.۴۲	۶.۹۷	۰.۱۵۲	۰.۱۴۸
تاب‌آوری روانشناختی	۲۵	۸۰.۴۰	۱۶.۸۲	۰.۰۰۹	-۰.۶۹۷
سبک دلبستگی اضطرابی	۶	۱۶.۹۸	۳.۶۳	-۰.۰۳	-۰.۳۰۶
سبک دلبستگی ایمن	۶	۲۱.۳۱	۳.۸۹	-۰.۲۵۲	-۰.۴۹۲
سبک دلبستگی وابسته	۶	۱۹.۱۸	۳.۸۰	-۰.۰۵۱	-۰.۰۶۴

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین متغیرهای پژوهش روابط معناداری وجود دارد. به‌طور کلی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تاب‌آوری روان‌شناختی با نارسایی‌های شناختی رابطه منفی و معنادار دارند ($p < 0.05$). همچنین سبک دلبستگی اضطرابی با نارسایی‌های شناختی رابطه مثبت و معنادار و سبک دلبستگی ایمن رابطه منفی و معنادار نشان داد، در حالی که سبک دلبستگی وابسته با نارسایی‌های شناختی رابطه معناداری نداشت ($p > 0.05$). در سطح روابط بین متغیرهای مستقل نیز، حمایت اجتماعی با تاب‌آوری رابطه مثبت و معنادار و با سبک دلبستگی اضطرابی رابطه منفی و معنادار داشت. همچنین تاب‌آوری با سبک دلبستگی اضطرابی رابطه منفی و معنادار و با سبک دلبستگی ایمن رابطه مثبت و معنادار نشان داد. در مجموع، نتایج همبستگی‌ها بیانگر وجود الگوی معنادار بین متغیرهای روان‌شناختی پژوهش است.

جدول ۳: ضرایب همبستگی پیرسون و معنی‌داری آنها برای متغیرهای مورد مطالعه

حمایت اجتماعی	تاب‌آوری	اضطرابی	ایمن	وابسته	نارسایی شناختی
ضریب همبستگی	۰.۳۴۵	-۰.۲۶۹	۰.۲۷۴	-۰.۰۵۳	-۰.۵۸۲
P-value	<۰.۰۰۱	<۰.۰۰۱	<۰.۰۰۱	۰.۳۰۸	<۰.۰۰۱
ضریب همبستگی		-۰.۱۳۸	۰.۲۴۶	-۰.۰۲۷	-۰.۵۸۶
P-value		۰.۰۰۹	<۰.۰۰۱	۰.۶۰۱	<۰.۰۰۱
ضریب همبستگی			-۰.۲۹۴	۰.۰۳۱	۰.۵۱۲
P-value			<۰.۰۰۱	۰.۵۵۱	<۰.۰۰۱

R ²	R	F	VIF	Tolerance	Sig	t	Beta	Std. Error	B	متغیر
۰.۶۱۱	۰.۴۵۷	۱۳۹.۴۱	---	---	<۰.۰۰۱	۱۸.۴۹۷	---	۷.۲۵۴	۱۳۴.۱۷۳	مقدار ثابت
			۱.۲۳۴	۰.۸۱۱	<۰.۰۰۱	-۹.۱۱۸	-۰.۳۱۱	۰.۰۹۶	-۰.۷۸۲	حمایت اجتماعی
			۱.۱۶۸	۰.۸۵۶	<۰.۰۰۱	-۱۱.۷۴	-۰.۳۹۰	۰.۰۳۹	-۰.۴۵۳	تاب آوری
			۱.۱۴۳	۰.۸۷۵	<۰.۰۰۱	۹.۷۷۷	۰.۳۲۱	۰.۱۷۷	۱.۷۲۸	اضطرابی
			۱.۱۷۷	۰.۸۵۰	<۰.۰۰۱	-۵.۳۷۷	-۰.۱۷۹	۰.۱۶۷	-۰.۸۹۹	ایمن
			۱.۰۰۳	۰.۹۹۷	۰.۴۱۹	۰.۸۰۹	۰.۰۲۵	۰.۱۵۸	۰.۱۲۸	وابسته



بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که تاب‌آوری روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با نارسایی‌های شناختی رابطه منفی و معنادار دارند، در حالی که سبک دلبستگی اضطرابی با افزایش نارسایی‌های شناختی همراه بود و سبک دلبستگی ایمن نقش محافظتی نشان داد. این نتایج بیانگر آن است که منابع روان‌شناختی و اجتماعی می‌توانند نقش مهمی در کاهش خطاهای شناختی روزمره در سالمندان ایفا کنند و با یافته‌های پیشین همسو هستند.

در خصوص حمایت اجتماعی ادراک‌شده، نتایج نشان داد که این متغیر با نارسایی‌های شناختی رابطه معکوس و معنادار دارد و به‌عنوان یکی از پیش‌بین‌های مهم عملکرد شناختی مطرح است. این یافته با پژوهش‌های گوی و همکاران (۲۰)، پیولاتو و همکاران (۴۶)، کونها و همکاران (۴۷) و قربانی و همکاران (۴۸) همسو است. این مطالعات نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی و کیفیت روابط بین‌فردی با حفظ کارکرد شناختی و کاهش خطر افت شناختی مرتبط است. همچنین مطالعات طولی نیز نشان داده‌اند که کیفیت روابط حمایتی می‌تواند تغییرات شناختی سالمندان را پیش‌بینی کند (۴۹). در مقابل، سطح پایین حمایت اجتماعی با افزایش خطر زوال شناختی، اضطراب و افسردگی همراه است (۲۹، ۵۰).

از منظر تبیینی، حمایت اجتماعی از طریق «فرضیه بافر استرس» می‌تواند اثرات منفی استرس را تعدیل کرده و از این طریق به حفظ عملکرد شناختی کمک کند. همچنین روابط اجتماعی فعال با افزایش تحریک شناختی و مشارکت ذهنی، موجب تقویت ذخیره شناختی می‌شود (۴۷). علاوه بر این، کاهش انزوای اجتماعی و تنهایی نیز با بهبود پیامدهای شناختی همراه گزارش شده است (۵۱، ۵۲).

یافته‌ها همچنین نشان داد تاب‌آوری روان‌شناختی با نارسایی‌های شناختی رابطه منفی و معنادار دارد. این نتیجه با مطالعات جانگ (۵۳)، جیانگ (۵۴) و دی لوسیا (۱۳۹) همسو است که تاب‌آوری را به‌عنوان عامل محافظتی در برابر افت شناختی معرفی کرده‌اند. همچنین شواهد نشان می‌دهد تاب‌آوری می‌تواند از طریق کاهش استرس و افزایش رفتارهای سلامت‌محور مانند فعالیت بدنی، عملکرد شناختی را بهبود بخشد (۵۵). در مقابل، برخی یافته‌ها عدم ارتباط معنادار را نیز گزارش کرده‌اند که می‌تواند ناشی از تفاوت در نوع سنجش تاب‌آوری یا ویژگی‌های نمونه باشد (۵۶).

از منظر تبیینی، تاب‌آوری با کاهش پاسخ‌های استرسی و تنظیم هیجانی بهتر همراه است که این امر از طریق کاهش بار شناختی، به حفظ توجه و حافظه کمک می‌کند.

در ادامه، یافته‌ها نشان دادند که سبک دلبستگی اضطرابی با نارسایی‌های شناختی رابطه مثبت و معنادار دارد. این نتیجه با مطالعات بایرو و همکاران (۵۷) و سایر پژوهش‌ها در حوزه دلبستگی و پردازش شناختی همسو است. در این چارچوب، افراد دارای دلبستگی اضطرابی معمولاً دچار توجه سوگیرانه به محرک‌های هیجانی منفی، نشخوار ذهنی و درگیری بیشتر منابع شناختی هستند که می‌تواند عملکرد شناختی را تضعیف کند (۵۸).

از منظر نظری، بر اساس الگوهای کاری درونی در نظریه دلبستگی، افراد دارای دلبستگی اضطرابی در معرض فعال‌سازی مزمن سیستم استرس قرار دارند که این امر موجب افزایش اضطراب و درگیری منابع شناختی و در نتیجه افزایش نارسایی‌های شناختی می‌شود.



در مقابل، نتایج نشان داد سبک دلبستگی ایمن با نارسایی‌های شناختی رابطه منفی و معنادار دارد. این یافته با مطالعات آوکی (۵۹) و موری (۶۰) همسو است که دلبستگی ایمن را با تنظیم هیجان بهتر، کاهش اضطراب و عملکرد شناختی مطلوب‌تر مرتبط دانسته‌اند. همچنین کیفیت روابط اجتماعی و احساس امنیت در روابط می‌تواند از طریق افزایش تعاملات اجتماعی و تحریک شناختی، به حفظ عملکرد شناختی کمک کند (۴۶، ۶۱).

از منظر نظری، افراد دارای دلبستگی ایمن معمولاً از شبکه‌های حمایتی قوی‌تر و راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه‌تری برخوردارند که این امر موجب کاهش استرس و حفظ عملکرد شناختی می‌شود.

در نهایت، نتایج نشان داد سبک دلبستگی وابسته رابطه معناداری با نارسایی‌های شناختی ندارد. این یافته با برخی پژوهش‌ها همسو است که نشان داده‌اند اثرات این سبک در مقایسه با سبک‌های اضطرابی و ایمن ضعیف‌تر یا غیرمعنادار است (۶۲). یکی از تبیین‌های احتمالی این است که وابستگی در روابط ممکن است با دریافت حمایت اجتماعی همراه باشد و این امر اثرات منفی احتمالی را تعدیل کند. همچنین تفاوت‌های فرهنگی، ویژگی‌های نمونه و ابزارهای سنجش می‌تواند در عدم معناداری این رابطه نقش داشته باشد.

نتیجه‌گیری:

یافته‌های پژوهش نشان داد حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تاب‌آوری روان‌شناختی با نارسایی‌های شناختی سالمندان رابطه منفی و معنادار دارند، در حالی که سبک دلبستگی ایمن نقش محافظتی و سبک دلبستگی اضطرابی نقش تشدیدکننده داشت. در مقابل، سبک دلبستگی وابسته رابطه معناداری نشان نداد. به‌طور کلی، نتایج بیانگر نقش مهم عوامل روان‌شناختی و بین‌فردی در سلامت شناختی سالمندان است. بر این اساس، تقویت حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و کیفیت روابط بین‌فردی می‌تواند در کاهش نارسایی‌های شناختی این گروه مؤثر باشد.

تضاد منافع

هیچ تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.



منابع

1. Ahadi B, Mehrinejad A, Moradi F. Cognitive failure in the elderly: the role of mindfulness and meta-emotion. *Aging Psychology*. 2017;3(2):115–25.
2. An Y, Feng L, Zhang X, Wang Y, Wang Y, Tao L, et al. Patterns of cognitive function in middle-aged and elderly Chinese adults—findings from the EMCOA study. *Alzheimer's research & therapy*. 2018;10(1):93.
3. Tian H, Chen J. Study on life satisfaction of the elderly based on healthy aging. *Journal of Healthcare Engineering*. 2022;2022(1):8343452.
4. Qi D, Wong NM, Shao R, Man IS, Wong CH, Yuen LP, et al. Qigong exercise enhances cognitive functions in the elderly via an interleukin-6-hippocampus pathway: A randomized active-controlled trial. *Brain, behavior, and immunity*. 2021;95:381–90.
5. Sicard V, Ledoux A-A, Tang K, Yeates KO, Brooks BL, Anderson P, et al. The association between symptom burden and processing speed and executive functioning at 4 and 12 weeks following pediatric concussion. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2024;30(6):533–45.
6. Introzzi I, Zamora E, Aydmune Y, Richard's MM, Comesaña A, Canet-Juric L. The change processes in selective attention during adulthood. Inhibition or processing speed? *The Spanish Journal of Psychology*. 2020;23:e37.
7. Abolghasemi A, Karimi Yousefi SH, Khoshnoodnia Chamachaei B. Comparing the performance of healthy elderly and individuals with dementia of the Alzheimer type in Bender Geshtalt Test and Mini Mental State Examination. *Aging Psychology*. 2016;1(3):213–22.
8. Dixon RA, Bäckman L, Nilsson L-G. *New frontiers in cognitive aging*: Oxford: Oxford University Press; 2004.
9. Lange S, Süß H-M. Measuring slips and lapses when they occur—Ambulatory assessment in application to cognitive failures. *Consciousness and cognition*. 2014;24:1–11.
10. Bennett DA, Schneider JA, Tang Y, Arnold SE, Wilson RS. The effect of social networks on the relation between Alzheimer's disease pathology and level of cognitive function in old people: a longitudinal cohort study. *The Lancet Neurology*. 2006;5(5):406–12.
11. Gow AJ, Pattie A, Whiteman MC, Whalley LJ, Deary IJ. Social support and successful aging: Investigating the relationships between lifetime cognitive change and life satisfaction. *Journal of Individual Differences*. 2007;28(3):103–15.
12. Waters HS, Waters E. The attachment working models concept: Among other things, we build script-like representations of secure base experiences. *Attachment & human development*. 2006;8(3):185–97.
13. Bretherton I, Munholland K, Cassidy J, Shaver P. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Guilford Press New York, NY; 2008.
14. Perren S, Schmid R, Herrmann S, Wettstein A. The impact of attachment on dementia-related problem behavior and spousal caregivers' well-being. *Attachment & human development*. 2007;9(2):163–78.



15. Michael Bradley J, Cafferty TP. Attachment among older adults: Current issues and directions for future research. *Attachment & human development*. 2001;3(2):200–21.
16. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and aging*. 2006;21(1):140.
17. James BD, Wilson RS, Barnes LL, Bennett DA. Late-life social activity and cognitive decline in old age. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2011;17(6):998–1005.
18. Gauthier S, Reisberg B, Zaudig M, Petersen RC, Ritchie K, Broich K, et al. Mild cognitive impairment. *The lancet*. 2006;367(9518):1262–70.
19. Insel KC, Badger TA. Deciphering the 4 D's: cognitive decline, delirium, depression and dementia—a review. *Journal of advanced nursing*. 2002;38(4):360–8.
20. Gui S, Wang J, Li Q, Chen H, Jiang Z, Hu J, et al. Sources of perceived social support and cognitive function among older adults: A longitudinal study in rural China. *Frontiers in aging neuroscience*. 2024;16:1443689.
21. Kelly ME, Duff H, Kelly S, McHugh Power JE, Brennan S, Lawlor BA, et al. The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review. *Systematic reviews*. 2017;6(1):259.
22. Lu J, Zhang C, Xue Y, Mao D, Zheng X, Wu S, et al. Moderating effect of social support on depression and health promoting lifestyle for Chinese empty nesters: a cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*. 2019;256:495–508.
23. Posis AIB, Yarish NM, McEvoy LK, Jain P, Kroenke CH, Saquib N, et al. Association of Social Support with mild cognitive impairment and dementia among older women: the women's Health Initiative Memory Study. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2023;91(3):1107–19.
24. Gellert P, Häusler A, Suhr R, Gholami M, Rapp M, Kuhlmeier A, et al. Testing the stress-buffering hypothesis of social support in couples coping with early-stage dementia. *PloS one*. 2018;13(1):e0189849.
25. Ihle A, Rimmele U, Oris M, Maurer J, Kliegel M. The longitudinal relationship of perceived stress predicting subsequent decline in executive functioning in old age is attenuated in individuals with greater cognitive reserve. *Gerontology*. 2020;66(1):65–73.
26. Barnes LL, Mendes de Leon C, Wilson RS, Bienias JL, Evans DA. Social resources and cognitive decline in a population of older African Americans and whites. *Neurology*. 2004;63(12):2322–6.
27. Smith GL, Banting L, Eime R, O'Sullivan G, JGZ van Uffelen. The association between social support and physical activity in older adults: A systematic review., 2017, 14. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0509-8>.56.
28. Noguchi T, Nojima I, Inoue-Hirakawa T, Sugiura H. The association between social support sources and cognitive function among community-dwelling older adults: A one-year prospective study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(21):4228.



29. Kuiper JS, Zuidersma M, Zuidema SU, Burgerhof JG, Stolk RP, Oude Voshaar RC, et al. Social relationships and cognitive decline: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *International journal of epidemiology*. 2016;45(4):1169–206.
30. Yeh S-CJ, Liu Y-Y. Influence of social support on cognitive function in the elderly. *BMC Health services research*. 2003;3(1):9.
31. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social science & medicine*. 2000;51(6):843–57.
32. Krokavcova M, van Dijk JP, Nagyova I, Rosenberger J, Gavelova M, Middel B, et al. Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis. *Patient education and counseling*. 2008;73(1):159–65.
33. Galvin JE, Kleiman MJ, Chrisphonte S, Cohen I, Disla S, Galvin CB, et al. The resilience index: a quantifiable measure of brain health and risk of cognitive impairment and dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2021;84(4):1729–46.
34. Vella S-LC, Pai NB. A theoretical review of psychological resilience: Defining resilience and resilience research over the decades. *Archives of Medicine and Health Sciences*. 2019;7(2):233–9.
35. Tsormpatzoudi SO, Moraitou D, Papaliagkas V, Pezirkianidis C, Tsolaki M. Resilience in mild cognitive impairment (MCI): examining the level and the associations of resilience with subjective wellbeing and negative affect in early and late-stage MCI. *Behavioral Sciences*. 2023;13(10):792.
36. Garmezy N, Masten AS, Tellegen A. The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child development*. 1984;97–111.
37. Rutter M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British journal of psychiatry*. 1985;147(6):598–611.
38. Luthar SS, Zelazo LB. Research on resilience: An integrative review. *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. 2003;2:510–49.
39. Masten AS, Powell L. A Resilience framework for research, policy. *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. 2003;1.
40. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Archives of neurology*. 1999;56(3):303–8.
41. Libon DJ, Drabick DA, Giovannetti T, Price CC, Bondi MW, Eppig J, et al. Neuropsychological syndromes associated with Alzheimer's/vascular dementia: a latent class analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2014;42(3):999–1014.
42. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*. 1988;52(1):30–41.
43. Rostami R, Shahmohamadi K, Ghaedi G, Besharat MA, Akbari Zardkhaneh S, Nosratabadi M. Relations among self-efficacy, emotional intelligence and perceived social support in university students. *Internal Medicine Today*. 2010;16(3):46–54.
44. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003;18(2):76–82.



45. Fathi M, Ahadi H, Jomehri F, Kalthornia Golkar M. The mediating role of resilience between sensation-seeking and alcohol consumption in 24-40 year-old youth in Tehran: a descriptive study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2020;18(12):1211–32.
46. Piolatto M, Bianchi F, Rota M, Marengoni A, Akbaritabar A, Squazzoni F. The effect of social relationships on cognitive decline in older adults: an updated systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *BMC public health*. 2022;22(1):278.
47. Cunha C, Voss G, Andrade R, Delerue-Matos A. Is formal social participation associated with cognitive function in middle-aged and older adults? A systematic review with meta-analysis of longitudinal studies. *Behavioral Sciences*. 2024;14(4):262.
48. Ghorbani S, Farhangnia S, Zanganeh F, Noohpisheh S, Shakki M. Relationships between Perceived Social Support and Physical Activity with Mood, Physical Fitness and Cognitive Status of Elderly in Golestan Province. 2021.
49. Caputo J, Waite L, Cagney KA. Examining Longitudinal Relationships between Social Support and Strain in Relationships with Children and Older Adults' Cognitive Functioning. *Journal of Health and Social Behavior*. 2025;66(3):321–40.
50. Ertel KA, Glymour MM, Berkman LF. Effects of social integration on preserving memory function in a nationally representative US elderly population. *American journal of public health*. 2008;98(7):1215–20.
51. Qiao L, Wang G, Tang Z, Zhou S, Min J, Yin M, et al. Association between loneliness and dementia risk: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2022;16:899814.
52. Zhang W, Zhang J, Gao N. Social isolation and cognitive decline in older adults: a longitudinal study across 24 countries. *BMC geriatrics*. 2025;25(1):775.
53. Jung SJ, Lee GB, Nishimi K, Chibnik L, Koenen KC, Kim HC. Association between psychological resilience and cognitive function in older adults: effect modification by inflammatory status. *Geroscience*. 2021;43(6):2749–60.
54. Jiang G-q, He Y-k, Li T-f, Qin Q-r, Wang D-n, Huang F, et al. Association of psychological resilience and cognitive function in older adults: Based on the Ma'anshan Healthy Aging Cohort Study. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2024;116:105166.
55. Du C, Shen Z, Mansoor M, Chen Q, Katz B. Psychological resilience, cognitive function, and physical activity: A longitudinal mediation study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2025;33(8):901–10.
56. Taghadosi M, Sadat Z, Ranjbar-Kashi H. Physical Resilience and its Related Factors in Iranian Older Adults with Ischemic Heart Disease: A Cross-Sectional Study. *Nursing and Midwifery Studies*. 2023;12(1):28–34.
57. Byrow Y, Broeren S, De Lissa P, Peters L. Anxiety, attachment & attention: The influence of adult attachment style on attentional biases of anxious individuals. *Journal of Experimental Psychopathology*. 2016;7(1):110–28.
58. He J, Li N, Li T. Adult attachment and incidental memory for emotional words. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*. 2011;5:1–20.



59. Aoki S, Cobbold M, Zhu AX, Duda DG. Can smart nanomedicine deliver effective targeted cytotoxic treatments to hepatocellular carcinomas while reducing the liver damage? *Hepatology*. 2018;67(3):826–8.
60. Morey JN, Boggero IA, Scott AB, Segerstrom SC. Current directions in stress and human immune function. *Current opinion in psychology*. 2015;5:13–7.
61. Serapide MF, L'Episcopo F, Tirolo C, Testa N, Caniglia S, Giachino C, et al. Boosting antioxidant self-defenses by grafting astrocytes rejuvenates the aged microenvironment and mitigates nigrostriatal toxicity in Parkinsonian brain via an Nrf2-driven Wnt/ β -catenin prosurvival axis. *Frontiers in Aging Neuroscience*. 2020;12:24.
62. Ma Y, Ran G, Chen X, Ma H, Hu N. Adult attachment styles associated with brain activity in response to infant faces in nulliparous women: An event-related potentials study. *Frontiers in psychology*. 2017;8:627.