



The Comparison of the Effectiveness of Metacognitive Therapy and Emotion-Focused Therapy on Cognitive Emotion Regulation in older Women Residing in Nursing Homes

Hadis Valizadeh ¹  and Shima Parandin ^{1*} 

¹ Dept. of of psychology, IsG.C., Islamic Azad University, Islamabad Ghrab, Iran.

Article Info

Article History

Received: 17.11.2025

Revised: 10.05.2026

Accepted: 25.06.2026

ePublished: 26.06.2026

Keywords

metacognitive therapy,
emotion-focused therapy,
cognitive emotion
regulation, older women,
nursing homes

How to cite this article

Valizadeh, H., & Parandin, Sh. (2026). The Comparison of the effectiveness of metacognitive therapy and emotion-focused therapy on cognitive emotion regulation in older women residing in nursing homes. *Aging Psychology*, 12(2), 189-211.

*Corresponding Author

Shima Parandin

Email

Shima.parandin@iau.ac.ir



© The Author(s)

Publisher: Razi University

Abstract

Background: With the increasing prevalence of emotional challenges in old age, identifying effective interventions to enhance emotional functioning has become particularly important. Therefore, this study aimed to compare the effectiveness of metacognitive therapy and emotion-focused therapy (EFT) in improving cognitive emotion regulation (CER) among older women residing in nursing homes.

Method: This study employed a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group. The study population consisted of older women residing in nursing homes in 2025. A total of 57 participants were selected through convenience sampling based on the inclusion and exclusion criteria and were randomly assigned to two experimental groups (18 participants in the metacognitive therapy group and 19 participants in the EFT group) and a control group (20 participants). Garnefski et al's Cognitive Emotion Regulation Questionnaire was used to assess CER. The metacognitive therapy group received Wells' protocol, while the EFT group received the Greenberg and Watson protocol. Each intervention consisted of eight weekly 90-minute sessions, whereas the control group received no intervention. Data were analyzed using univariate analysis of covariance (ANCOVA) and the least significant difference (LSD) post hoc test.

Results: The results showed that both metacognitive therapy and EFT significantly improved CER among older women. However, EFT was more effective than metacognitive therapy in reducing maladaptive CER strategies and increasing adaptive strategies. No significant differences between the two interventions were found only for the positive refocusing and refocus on planning subscales.

Conclusion: The findings indicate that both metacognitive therapy and EFT can improve CER among older women and may offer promising approaches for psychological interventions in older adults. In particular, EFT may be considered an effective intervention for improving CER among older women residing in nursing homes.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Aging is accompanied by biological changes, reduced social relationships, and increased feelings of loneliness, which may contribute particularly to difficulties in emotion regulation and greater psychological vulnerability among older women. Living in nursing homes may also reduce family interactions and increase social isolation, potentially contributing to maladaptive emotional and cognitive patterns. Cognitive emotion regulation (CER) refers to the cognitive strategies individuals use to manage, modify, or change their emotional responses and plays an important role in the mental health, cognitive functioning, and social adjustment of older adults. The use of adaptive strategies is associated with better mental health, distress tolerance, and self-compassion, whereas maladaptive strategies may increase vulnerability to psychological problems. Psychological interventions such as metacognitive therapy and emotion-focused therapy (EFT) may enhance emotion regulation skills in older adults. Metacognitive therapy aims to improve psychological functioning by modifying dysfunctional metacognitive beliefs and maladaptive patterns of thinking, whereas EFT promotes emotional awareness and facilitates the processing and transformation of emotional experiences. Given the limited number of comparative studies in this area, the present study aimed to compare the effectiveness of these two approaches in

improving CER among older women residing in nursing homes and to provide evidence that may inform more effective psychological interventions for this population.

Method

This applied study employed a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group. The study population consisted of older women residing in nursing homes in Kermanshah, Iran, during 2025. The final sample included 57 participants: 18 in the metacognitive therapy group, 19 in the EFT group, and 20 in the control group. Participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to the three groups. The inclusion criteria were: (1) scores above 12 on the maladaptive subscales and below 10 on the adaptive subscales of the CER Questionnaire, (2) being a woman aged 65 years or older, (3) having basic reading and writing literacy, (4) residing in a nursing home, and (5) willingness to participate. The exclusion criteria were acute cognitive disorders based on clinical diagnosis and simultaneous participation in other therapeutic sessions. The interventions were delivered by a specialist under the supervision of the researchers in a psychological clinic. The metacognitive therapy group received Wells' protocol, and the EFT group received the Greenberg and Watson protocol; each intervention consisted of eight weekly 90-minute sessions. Data were analyzed using SPSS version 26. Descriptive statistics included frequency, percentage, mean, and standard deviation. After checking the relevant

assumptions, the inferential analyses were conducted using univariate analyses of covariance (ANCOVAs) and the least significant difference (LSD) post hoc test.

Results

Before the main analyses, the assumptions of ANCOVA were examined. Levene's tests were nonsignificant for all subscales (all $ps > .05$), supporting the homogeneity of variances. The interaction effects between group and

pretest scores were also nonsignificant for all subscales (all $ps > .05$), supporting the homogeneity of regression slopes. In addition, the Shapiro-Wilk tests indicated no significant deviations from normality (all $ps > .05$). Therefore, univariate ANCOVAs were conducted. As shown in Table 1, after controlling for pretest scores, the effect of group was statistically significant for all nine CER subscales (all $ps < .001$).

Table 1

ANCOVA Results for Group Differences in Cognitive Emotion Regulation Subscale Scores

Dependent variable	Source	SS	df	MS	F	p	ηp^2
Self-blame	Pretest	15.48	1	15.48	11.35	.001	.176
	Group	651.64	2	325.82	238.83	<.001	.900
Acceptance	Pretest	18.30	1	18.30	11.54	.001	.179
	Group	585.95	2	292.97	184.73	<.001	.875
Rumination	Pretest	3.20	1	3.20	1.34	.252	.025
	Group	614.91	2	307.46	128.59	<.001	.829
Positive refocusing	Pretest	30.30	1	30.30	9.13	.004	.147
	Group	123.53	2	61.76	18.61	<.001	.413
Refocus on planning	Pretest	0.98	1	0.98	0.46	.496	.009
	Group	278.69	2	139.34	66.49	<.001	.715
Positive reappraisal	Pretest	20.52	1	20.52	14.78	<.001	.218
	Group	264.14	2	132.07	95.12	<.001	.782
Putting into perspective	Pretest	40.85	1	40.85	13.40	.001	.202
	Group	615.60	2	307.80	101.01	<.001	.792
Catastrophizing	Pretest	5.22	1	5.22	1.89	.175	.034
	Group	657.07	2	328.53	118.71	<.001	.818
Other-blame	Pretest	8.85	1	8.85	2.69	.106	.048
	Group	343.30	2	171.65	52.29	<.001	.664

Note. SS = sum of squares; MS = mean square; ηp^2 = partial eta squared.

The LSD post hoc comparisons showed significant pairwise differences among the three groups for all CER subscales except positive refocusing and refocus on planning. For positive refocusing and

refocus on planning ($p = .188$), the differences between the metacognitive therapy and EFT groups were not statistically significant; however, both intervention groups differed

significantly from the control group ($p < .05$). Overall, both interventions were effective in improving CER. The pattern of pairwise differences further indicated that EFT was more effective than metacognitive therapy in reducing maladaptive strategies, including self-blame, rumination, catastrophizing, and other blame, and in increasing adaptive strategies, including acceptance, positive reappraisal, and putting into perspective.

Conclusion

The findings showed that both metacognitive therapy and EFT improved CER among older women residing in nursing homes. EFT demonstrated greater effectiveness than metacognitive therapy in reducing maladaptive strategies, including self-blame, rumination, catastrophizing, and other-blame, and in increasing adaptive strategies, including acceptance, positive reappraisal, and putting into perspective. However, no significant differences were observed between the two interventions for positive refocusing or refocus on planning. Metacognitive therapy may improve the management of negative thoughts and emotional responses by identifying and modifying dysfunctional metacognitive beliefs, strengthening attentional control, and reducing rumination. EFT, by emphasizing the identification, processing, and expression of emotions, may help older adults reconstruct emotional experiences and meanings and enhance emotional awareness and CER. The greater effect observed for EFT may be related to its direct focus on emotional experience and

its compatibility with the emotional needs of older adults. The study was limited by its relatively small sample size, inclusion of only women residing in nursing homes, reliance on self-report measures, and lack of long-term follow-up. Consequently, the findings should be generalized cautiously to other populations. Future studies should include larger and more diverse samples, such as older men and community-dwelling older adults, and use long-term follow-up assessments to evaluate the stability and generalizability of treatment effects.

Ethical Consideration

Ethical Code

The study was conducted with the necessary authorization from the Research Deputy of Islamic Azad University, Islamabad-e Gharb Branch. Written informed consent was obtained from all participants, and confidentiality of personal information was maintained.

Funding

This study received no external funding.

Authors' Contributions

H.V.: Methodology, data collection, software, validation, formal analysis, data curation, and writing - original draft. Sh.P.: Project administration and writing - review and editing.

Conflict of Interest

The author had no conflicts of interest.

Acknowledgments

The authors thank all older adults who participated in the study for their time and cooperation.



مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان هیجان‌مدار بر تنظیم شناختی هیجان زنان سالمند مقیم سرای سالمندی

حدیث ولی زاده^۱ و شیما پرندین^{۱*}

^۱ گروه روان‌شناسی، واحد اسلام آباد غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام آباد غرب، ایران

چکیده

زمینه: با گسترش چالش‌های هیجانی در دوران سالمندی، ضرورت انتخاب مداخله‌ای کارآمد برای ارتقای کارکردهای هیجانی اهمیت ویژه‌ای دارد. بنابراین، این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان هیجان‌مدار بر تنظیم شناختی هیجان زنان سالمند مقیم در سراهای سالمندی انجام شد.

روش: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان سالمند مقیم سراهای سالمندی در سال ۱۴۰۴ بود. نمونه پژوهش شامل ۵۷ نفر با روش در دسترس و براساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شد. افراد به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۸ نفر درمان فراشناختی، ۱۹ نفر درمان هیجان‌مدار) و یک گروه کنترل ۲۰ نفره گمارش شدند. ابزار پژوهش پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی بود. گروه فراشناختی طبق پروتکل ولز و گروه هیجان‌مدار طبق پروتکل گرینبرگ و واتسون، هر یک به مدت هشت جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای مداخله دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیری و آزمون تعقیبی LSD تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو درمان فراشناختی و هیجان‌مدار به‌طور معنادار موجب بهبود تنظیم شناختی هیجان در زنان سالمند شدند. با این حال، درمان هیجان‌مدار در کاهش راهبردهای ناسازگار و افزایش راهبردهای سازگار اثربخشی بیشتری داشت و تنها در زیرمقیاس تمرکز مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی تفاوت معناداری بین دو روش مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه، درمان فراشناختی و درمان هیجان‌مدار سبب بهبود تنظیم شناختی هیجان زنان سالمند می‌شوند و نمایانگر افق‌های تازه‌ای در مداخلات روان‌شناختی مرتبط با سالمندان هستند. بنابراین می‌توان از این روش‌های درمانی، به‌ویژه درمان هیجان‌مدار، به‌عنوان رویکردی مؤثر در بهبود تنظیم شناختی هیجان زنان سالمند استفاده کرد.

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله

دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۲۶

اصلاح: ۱۴۰۵/۰۲/۲۰

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۰۴

چاپ الکترونیکی: ۱۴۰۵/۰۴/۰۵

کلیدواژه‌ها

درمان فراشناختی، درمان هیجان‌مدار، تنظیم شناختی هیجان، زنان سالمند، سرای سالمندی

نحوه ارجاع به مقاله

پرندین، ش. و ولی زاده، ح. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان هیجان‌مدار بر تنظیم شناختی هیجان زنان سالمند مقیم سرای سالمندی. *روان‌شناسی پیری*، ۱۲(۲)، ۱۸۹-۲۱۱.

*نویسنده مسئول

شیما پرندین

پست الکترونیکی

Shima.parandin@iau.ac.ir

در سال‌های اخیر، جمعیت سالمندان^۱ به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه به سرعت در حال افزایش است (استورنیکس و همکاران، ۲۰۲۵). با توجه به اینکه جمعیت افراد ۶۵ سال و بالاتر در سال ۲۰۱۹ در جهان از ۷۰۰ میلیون نفر فراتر رفته و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰ به حدود ۱/۵ میلیارد نفر برسد، جهان با چالش‌های زیادی ناشی از افزایش جمعیت سالمندان روبه‌رو خواهد شد (سازمان ملل متحد، ۲۰۲۰). در ایران نیز بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵، جمعیت افراد ۶۰ سال و بالاتر حدود ۹/۳ درصد گزارش شده است. همچنین، ایران از نظر سرعت سالمند شدن جمعیت، پس از کشورهای امارات و بحرین در رتبه سوم قرار دارد. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۲۰، حدود ۲۵ تا ۳۰ درصد جمعیت کشور را سالمندان تشکیل دهند؛ به‌طوری که از هر سه تا چهار نفر، یک نفر سالمند باشد (عیدی‌وندی و همکاران، ۱۴۰۴). با توجه به افزایش جمعیت سالمندان در ایران و روند رو به رشد آن، حفظ جایگاه و شأن سالمندان در جامعه و خانواده و همچنین تأمین نیازهای اساسی آنان، بیش از پیش ضروری به نظر می‌رسد (عباسپور و توخس، ۱۴۰۳). در این میان، زنان سالمند معمولاً شرایط دشوارتری را تجربه می‌کنند. طول عمر بیشتر، احتمال از دست دادن همسر و همچنین نقش‌های سنتی در زندگی، باعث می‌شود آسیب‌پذیری آنها نسبت به سایر سالمندان بیشتر باشد (مرمری پور و همکاران، ۱۴۰۴). علاوه بر این، زندگی در سراهای سالمندی که معمولاً با کاهش ارتباط با خانواده و احساس انزوا همراه است، می‌تواند به شکل‌گیری الگوهای ناکارآمد شناختی و هیجانی در سالمندان منجر شود. در این زمینه، تنظیم شناختی هیجان^۲ نقش مهمی در توضیح و مدیریت مشکلات هیجانی و شناختی سالمندان ایفا می‌کند (نوروزی همایون و همکاران، ۱۴۰۳).

تنظیم شناختی هیجان به مجموعه راهبردهایی گفته می‌شود که افراد برای مدیریت هیجان‌های خود به کار می‌برند. این راهبردها می‌توانند به صورت آگاهانه یا ناآگاهانه به حفظ، کاهش یا افزایش هیجان‌ها کمک کنند (اشتراوس و همکاران، ۲۰۱۹). به بیان ساده، این سازه نشان می‌دهد افراد چگونه با موقعیت‌های استرس‌زا و تجربه‌های ناخوشایند کنار می‌آیند (ملکی، ۱۴۰۰). به طور

کلی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به دو دسته سازگارانه و ناسازگارانه تقسیم می‌شوند. راهبردهای سازگارانه شامل پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری هستند که معمولاً به بهبود عزت‌نفس و عملکرد اجتماعی کمک می‌کنند (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۹). در مقابل، راهبردهای ناسازگارانه مانند ملامت خویش، ملامت دیگران، نشخوارگری و فاجعه‌سازی با پیامدهایی مانند استرس، افسردگی و سایر مشکلات روانی همراه هستند (کای و همکاران، ۲۰۱۷). مطالعات نشان می‌دهند در سالمندان، این راهبردها با بهبود عملکرد شناختی (یو و همکاران، ۲۰۲۵)، حمایت اجتماعی ادراک‌شده (نوروزی و همکاران، ۱۴۰۳) و افزایش تحمل پریشانی (ملکی، ۱۴۰۰) همبستگی معنادار دارند. به‌ویژه در زنان سالمند، ضعف در استفاده از راهبردهای سازگارانه می‌تواند منجر به افزایش اضطراب مرگ و دشواری در تنظیم هیجان‌ها شود (اورنگ و همکاران، ۱۴۰۲).

با توجه به شواهد موجود، تنظیم شناختی هیجان یکی از مهارت‌های مهم برای مدیریت واکنش‌های هیجانی در دوران سالمندی است و می‌تواند در حفظ سلامت روان و جسم سالمندان نقش داشته باشد. شواهد نشان می‌دهد که تقویت این مهارت‌ها ممکن است از بروز برخی مشکلات روان‌شناختی و پیامدهای منفی مرتبط با سالمندی پیشگیری کند. مطالعات پیشین نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی مانند طرحواره درمانی (عیدی‌وندی و همکاران، ۱۴۰۴)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (رستمی و همکاران، ۱۴۰۱)، درمان مبتنی بر شفقت (شش‌بلوکی و هارون‌رشیدی، ۱۴۰۰) و موسیقی‌درمانی شناختی رفتاری (ولی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۹) می‌توانند مهارت‌های تنظیم هیجان سالمندان را بهبود بخشند. علاوه بر این درمان فراشناختی^۳ (حاتمیان و همکاران، ۱۳۹۹) و درمان هیجان‌مدار^۴ (لین و همکاران، ۲۰۲۴) به‌عنوان دو رویکرد درمانی نوین، می‌توانند در بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سالمندان مورد توجه قرار گیرند.

همان‌طور که اشاره شد، درمان فراشناختی روشی مؤثر برای شناسایی و کاهش مشکلات روان‌شناختی سالمندان است (دیگو و همکاران، ۲۰۲۵). این روش درمانی با

^۳ metacognitive therapy^۴ emotion-focused therapy^۱ older adults^۲ cognitive emotion regulation strategies

آموزش توجه بیرونی و فاصله‌گیری از افکار منفی می‌تواند ناهماهنگی‌های شناختی و احساس تنهایی (دینارود و برقی‌ایرانی، ۱۴۰۰)، علائم افسردگی و خودمراقبتی (عبدی‌سرکامی و همکاران، ۱۳۹۹)، تنظیم هیجان و حساسیت اضطرابی (حاتمیان و همکاران، ۱۳۹۹) و کارکردهای اجرایی (بایگان و همکاران، ۲۰۲۱) سالمندان را بهبود بخشد.

درمان فراشناختی نخستین بار توسط ولز (۲۰۰۹) مطرح شد و بر نقش باورهای افراد درباره افکار و هیجان‌هایشان در شکل‌گیری و تداوم مشکلات روان‌شناختی تأکید دارد (بیلی و ولز، ۲۰۲۴). بر اساس مدل سندرم توجه شناختی، باورهای ناکارآمد می‌توانند باعث افزایش نشخوار فکری، نگرانی و پایش تهدیدها شوند و در نتیجه، مشکلات هیجانی را تداوم بخشند (جانسون و همکاران، ۲۰۲۴). این درمان با هدف اصلاح باورهای فراشناختی و افزایش کنترل شناختی، به افراد کمک می‌کند شیوه متفاوتی برای برخورد با افکار و هیجان‌های خود یاد بگیرند (مرکبو و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان فراشناختی می‌تواند در کاهش افکار منفی، نگرانی و نشخوار فکری در سالمندان مؤثر باشد (دیگو و همکاران، ۲۰۲۵). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد درمان فراشناختی در بهبود تنظیم شناختی هیجان در گروه‌های مختلف جمعیتی و بالینی مؤثر است. این روش در افراد وابسته به مواد مخدر (ولی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۴)، دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی (سلیمانی و همکاران، ۱۴۰۳)، بیماران مبتلا به فشارخون (وحیدی‌مقدم و همکاران، ۱۴۰۳)، بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون (احمدی‌رق‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۱) و بیماران با فشارخون بالا (اقدمی‌باهر و همکاران، ۱۴۰۲) اثربخش بوده است.

یکی دیگر از رویکردهای مؤثر در بهبود مشکلات روان‌شناختی سالمندان، درمان هیجان‌مدار است (لین و همکاران، ۲۰۲۴). این رویکرد درمانی با افزایش خودآگاهی هیجانی و پذیرش احساسات، می‌تواند نشاط روانی (نورعلی و همکاران، ۲۰۲۴)، تحمل‌پذیری (جهانگیر و همکاران، ۲۰۲۴)، سازگاری روانی (اورنگ و همکاران، ۱۴۰۳)، کاهش اضطراب مرگ و افزایش تاب‌آوری (زارعی و همکاران، ۱۴۰۳) و کاهش افسردگی همراه با بهبود خودمراقبتی (عبدی و همکاران، ۱۳۹۹) سالمندان را ارتقا

دهد. درمان هیجان‌مدار بر اساس نظریه گرینبرگ (۲۰۰۴)، بر اهمیت هیجان‌ها در زندگی انسان تأکید دارد. در این رویکرد، توجه به شناخت، پذیرش و پردازش هیجان‌ها به عنوان عاملی مهم در ایجاد تغییرات روان‌شناختی در نظر گرفته می‌شود (ادواردز و همکاران، ۲۰۲۵). این رویکرد به فرد کمک می‌کند هیجان‌های خود را بهتر بشناسد و از آنها برای برخورد مناسب‌تر با موقعیت‌های مختلف استفاده کند. در درمان هیجان‌مدار، بر بیان هیجان‌ها، درک تجربه‌های هیجانی و ایجاد تغییر در نحوه مواجهه فرد با احساسات خود تأکید می‌شود (صادق‌پور و همکاران، ۱۴۰۴). در سالمندان، درمان هیجان‌مدار با ایجاد فضایی امن و حمایتی، به افراد کمک می‌کند احساسات سرکوب‌شده خود را راحت‌تر بیان کرده و آنها را بهتر درک کنند. این فرایند باعث می‌شود سالمندان بتوانند ارتباط بهتری با هیجان‌های خود برقرار کنند و در نتیجه، سلامت روان و پذیرش خود در آنها بهبود پیدا کند (اورنگ و همکاران، ۱۴۰۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان هیجان‌مدار می‌تواند مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان را در گروه‌های مختلف بهبود دهد. این روش درمانی در زنان آسیب‌دیده از خیانت (تهوری و همکاران، ۱۴۰۴؛ قادرنژاد و همکاران، ۱۴۰۳)، دانش‌آموزان ورزشکار مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی (صدری‌دمیرچی و همکاران، ۱۴۰۴)، زنان تحت خشونت خانگی (وجدانی و همکاران، ۱۴۰۳)، زنان متأهل در معرض طلاق شهری (پیامانی و همکاران، ۱۴۰۳)، سندرم روده تحریک‌پذیر (شیخان و گودرزی، ۱۴۰۳)، زنان با اختلال شخصیت مرزی (افسر و همکاران، ۱۴۰۳) و بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی (ذریعه و همکاران، ۱۴۰۲) اثربخش بوده است.

پژوهش حاضر

به طور خلاصه، با توجه به افزایش جمعیت سالمندان، رسیدگی به مشکلات آنها اهمیت زیادی یافته است. تنظیم شناختی هیجان یکی از مسائل مهم دوران سالمندی است که سلامت روانی، اجتماعی، جسمی و عملکرد شناختی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. انتخاب رویکرد درمانی مؤثر برای بهبود این راهبردها می‌تواند مزایای زیادی برای سالمندان و جامعه داشته باشد، درحالی‌که بی‌توجهی به آن پیامدهای مالی، رفاهی و معنوی به دنبال خواهد داشت. پژوهش‌های موجود نشان می‌دهند که مطالعات کافی برای مقایسه اثربخشی درمان‌های فراشناختی و هیجان‌مدار در

زیرمقیاس‌های سازگاران پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان، (۲) زنان سالمند بالای ۶۵ سال، (۳) سواد خواندن و نوشتن، (۴) سکونت در سراهای سالمندی و (۵) تمایل به شرکت در پژوهش بودند و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل (۱) ابتلا به اختلالات شناختی حاد بر اساس تشخیص بالینی و (۲) شرکت همزمان در جلسات درمانی دیگر می‌شدند.

در گروه درمان فراشناختی، میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان به ترتیب ۷۰/۷۷ و ۳/۳۵ سال بود. توزیع سنی نشان داد که ۹ نفر (۵۰ درصد) در بازه سنی ۶۵ تا ۷۰ سال، ۷ نفر (۳۸/۹ درصد) در بازه ۷۱ تا ۷۵ سال و ۲ نفر (۱۱/۱ درصد) در بازه ۷۶ تا ۸۰ سال قرار داشتند. در گروه درمان هیجان‌مدار، میانگین و انحراف معیار سن به ترتیب ۶۹/۴۷ و ۴/۳۷ سال بود. در این گروه، ۱۳ نفر (۶۸/۴ درصد) در بازه سنی ۶۵ تا ۷۰ سال، ۵ نفر (۲۶/۳ درصد) در بازه ۷۱ تا ۷۵ سال و ۱ نفر (۵/۳ درصد) در بازه ۷۶ تا ۸۰ سال قرار داشتند. در گروه کنترل، میانگین و انحراف معیار سن به ترتیب ۷۰/۱۰ و ۳/۴۰ سال گزارش شد. همچنین ۱۰ نفر (۵۰ درصد) در بازه سنی ۶۵ تا ۷۰ سال، ۸ نفر (۴۰ درصد) در بازه ۷۱ تا ۷۵ سال و ۲ نفر (۱۰ درصد) در بازه ۷۶ تا ۸۰ سال بودند. از نظر سطح تحصیلات، در گروه درمان فراشناختی ۵ نفر (۲۷/۸ درصد) دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۷ نفر (۳۸/۹ درصد) دیپلم، ۲ نفر (۱۱/۱ درصد) کاردانی و ۴ نفر (۲۲/۲ درصد) کارشناسی بودند. در گروه درمان هیجان‌مدار، ۶ نفر (۳۱/۶ درصد) زیر دیپلم، ۹ نفر (۴۷/۴ درصد) دیپلم، ۲ نفر (۱۰/۵ درصد) کاردانی و ۲ نفر (۱۰/۵ درصد) کارشناسی داشتند. در گروه کنترل نیز ۶ نفر (۳۰ درصد) زیر دیپلم، ۱۱ نفر (۵۵ درصد) دیپلم، ۲ نفر (۱۰ درصد) کاردانی و ۱ نفر (۵ درصد) کارشناسی بودند.

ابزار

پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان^۱. این پرسش‌نامه توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) به منظور سنجش راهبردهای شناختی مقابله با رویدادهای منفی طراحی شده است. این ابزار یک مقیاس خودگزارشی شامل ۳۶ گویه است که بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه دارای ۹ زیر مقیاس است. به عنوان نمونه در زیر مقیاس ملامت خویش گویه‌ای مانند «خودم را مقصر این مساله می‌دانم»، در زیر مقیاس پذیرش گویه‌ای مانند «مجبورم این اتفاق را بپذیرم»، در زیر مقیاس نشخوارگری گویه‌ای مانند «من اغلب به

زنان سالمند مقیم سراهای سالمندی انجام نشده است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی این دو درمان در بهبود تنظیم شناختی هیجان زنان سالمند انجام شد. نتایج این پژوهش می‌تواند به غنای ادبیات نظری و کاربردی در حوزه سالمندی و روان‌درمانی کمک کند، زمینه طراحی مداخلات بومی و مؤثر را فراهم سازد و با بهبود فرایندهای شناختی و هیجانی، کیفیت زندگی و سلامت روان سالمندان را ارتقا دهد. همچنین، یافته‌ها بینش‌های تازه‌ای درباره سازوکارهای مؤثر در بهبود کارکردهای شناختی هیجانی ارائه کرده و مسیرهای نوینی برای مداخلات بالینی آینده ایجاد می‌کند. بنابراین، فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارت بودند از اینکه (۱) درمان فراشناختی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان زنان سالمند مقیم در سرای سالمندی مؤثر است، (۲) درمان هیجان‌مدار بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان زنان سالمند مقیم در سرای سالمندی مؤثر است، و (۳) میان اثربخشی درمان فراشناختی و درمان هیجان‌مدار بر تنظیم شناختی هیجان زنان سالمند مقیم در سرای سالمندی تفاوت وجود دارد.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از لحاظ روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه پژوهش زنان سالمند مقیم سراهای سالمندی در سال ۱۴۰۴ بودند. نمونه پژوهش شامل ۵۷ نفر بود که شامل ۱۸ نفر در گروه درمان فراشناختی، ۱۹ نفر در گروه درمان هیجان‌مدار و ۲۰ نفر در گروه کنترل بود. علت انتخاب این تعداد برای نمونه پژوهش این بود که در روش‌های آزمایشی حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه شده است (دلاور، ۱۳۹۶). با توجه به پیش‌بینی امکان ریزش شرکت‌کنندگان، حجم نمونه برای هر یک از سه گروه ۲۰ نفر و در مجموع ۶۰ نفر در نظر گرفته شده بود که به طور تصادفی در سه گروه شامل دو گروه آزمون و یک گروه کنترل جایگزین شدند. در حین مداخله، دو نفر در گروه درمان فراشناختی و یک نفر در گروه درمان هیجان‌مدار به دلیل غیبت بیش از سه جلسه، هرچند امکان شرکت در جلسات بعدی برای آنان فراهم بود، در تحلیل وارد نشدند. بنابراین، مطالعه با ۵۷ نفر ادامه یافت. روش نمونه‌گیری در این پژوهش نمونه‌گیری در دسترس بود. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت از (۱) کسب نمره بالاتر از ۱۲ در زیرمقیاس‌های ناسازگاران و نمره پایین‌تر از ۱۰

¹ cognitive emotion regulation questionnaire

احساسی که نسبت به این تجربه دارم فکر می‌کنم»، در زیر مقیاس تمرکز مجدد مثبت گویه‌ای مانند «به مسایل بهتری فکر می‌کنم»، در زیر مقیاس تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی گویه‌ای مانند «به بهترین کاری که می‌توانم انجام دهم فکر می‌کنم»، در زیر مقیاس ارزیابی مجدد مثبت گویه‌ای مانند «می‌توانم از این موقعیت چیزی یاد بگیرم»، در زیر مقیاس دیدگاه‌گیری گویه‌ای مانند «شرایط می‌توانست به مراتب بدتر از این باشد»، در زیر مقیاس فاجعه‌سازی گویه‌ای مانند «غلب فکر می‌کنم چیزی را که من تجربه کرده‌ام در مقایسه با چیزهایی که دیگران تجربه کرده‌اند به مراتب بدتر می‌باشد»، و در زیر مقیاس ملامت دیگران گویه‌ای مانند «دیگران را مقصر این اتفاق می‌دانم» مطرح می‌شود. هر یک از زیر مقیاس‌ها شامل ۴ گویه بوده و دامنه نمره در هر زیر مقیاس بین ۴ تا ۲۰ است. در مجموع، دامنه کل نمرات پرسش‌نامه بین ۳۶ تا ۱۸۰ قرار می‌گیرد. با این حال، این پرسش‌نامه فاقد نمره کل تفسیرپذیر بوده و هر یک از زیر مقیاس‌ها به صورت مستقل محاسبه و تفسیر می‌شوند. در این میان، راهبردهای ملامت خویش، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران به عنوان راهبردهای ناسازگارانه و راهبردهای پذیرش، تمرکز

مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری به عنوان راهبردهای سازگارانه در نظر گرفته می‌شوند. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) بر روی نمونه‌ای از نوجوانان با میانگین سنی ۱۳ سال، پایایی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۳ و با روش بازآزمایی برای کل آزمون ۰/۷۷ گزارش کردند. روایی همزمان پرسش‌نامه از طریق همبستگی میان راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با نمرات مقیاس افسردگی و اضطراب بررسی شد و این همبستگی به طور مثبت و معنادار گزارش گردید. همچنین، این مقیاس توسط دادخواه و شیرین‌بیان (۲۰۱۲) بر روی افراد سالمند هنجارسازی شد. نمونه به طور تصادفی از ۲۰ انجمن جهان‌دیدگان انتخاب شد و شامل ۵۰۰ نفر از افراد مسن بود که ۳۳۸ نفر از آنها تا پایان مطالعه باقی ماندند. در پژوهش حاضر، در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه در دامنه ۰/۷۳ تا ۰/۸۲ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی ابزار است.

پروتکل درمان فراشناختی. جهت درمان فراشناختی از درمان فراشناختی استفاده شد. این بسته برای هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تنظیم شده است. در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱

خلاصه جلسات درمان فراشناختی (ولز، ۲۰۱۱)

جلسه	هدف	محتوا
اول	معارفه، آشنایی با مدل	معرفی، تعریف رویکرد و استفاده از استعاره التیام زخم، نیاز و ضرورت درمان، ذهن‌آگاهی انفصالی
دوم	ارائه منطق درمان فراشناختی	بررسی پیوند بین فراشناخت‌ها، احساسات و رفتار، تغییر فراشناخت‌های غیر مفید به فراشناخت‌های مفید، به تعویق انداختن نشخوار فکری و نگرانی
سوم	شناسایی باورهای مثبت و منفی	تمرین ذهن‌آگاهی، آموزش توجه انتخابی و به چالش کشیدن باورهای فراشناختی مثبت در مورد نشخوار فکری و نگرانی
چهارم	شناسایی راهبردهای کنترل فراشناختی	تمرین آموزش توجه به چالش کشیدن فراشناخت‌های غیرقابل کنترل و باورهای مثبت در مورد نشخوار فکری و به چالش کشیدن باورهای فراشناختی مفید برای برنامه‌ریزی فعالیت‌های لذت‌بخش، بررسی و متوقف کردن سرکوب فکر
پنجم	آشناسازی با دو راهبرد نگرانی و نشخوار	استراتژی کنترل ذهن: سرکوب فکر، جلوگیری از استرس و استفاده از استراحت و خواب برای کنار آمدن با افکار و احساسات در طول درمان و تشریح افکار و منافع اجرای تمرینات ذهن‌آگاهی انفصالی
ششم	آشنا سازی با سندرم توجهی- شناختی	ارزیابی باورهای منفی و استراتژی‌های بی‌فایده و همچنین بررسی ترس‌های مکرر افراد، فن آموزش توجه برای تقویت حس انعطاف‌پذیری و کنترل بر تفکر
هفتم	آموزش تکنیک متمرکز کردن توجه بر موقعیت	بررسی تعصبات در برابر شواهد غیرقابل تأیید، خودداری از قضاوت‌هایی که شواهد کافی برای آنها وجود ندارد و بررسی معایب تصمیمات عجولانه، تمرین آگاهی از پایش تهدید و کنار گذاشتن آن، بازگشت به روند قبل از رویداد آسیب‌زا و به‌کارگیری راهبردهای جدید
هشتم	جلوگیری از عود	بررسی اجمالی جلسات، شناسایی موانع موجود در استفاده از روش‌ها، بحث درباره جلوگیری از عود و کار بر روی باورهای فراشناختی باقی‌مانده

پروتکل درمان هیجان‌مدار. جهت درمان هیجان‌مدار از پروتکل درمان هیجان‌مدار گرینبرگ و واتسون (۲۰۰۹)

استفاده شد. این بسته برای هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تنظیم شده است. در جدول ۲ محتوای جلسات ارائه شده است.

جدول ۲

خلاصه جلسات درمان هیجان‌مدار (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۰۹)

جلسه	هدف	محتوا
اول	آشنایی و معرفی برنامه درمانی	آشنایی کلی با اعضا، معرفی درمانگر، بررسی انگیزه و انتظار افراد از شرکت در کلاس، ارائه تعریف درمان هیجان‌مدار، آشنایی اولیه با مشکلات، تعیین اهداف جلسات و تشویق افراد برای شرکت در جلسه بعدی
دوم	شناسایی هیجان‌ها	به چالش کشیدن تجربیات هیجانی، تحلیل و تغییر هیجان‌ها ناخوشایند، کنترل تجارب درماندگی، پذیرش هیجان‌ها و جمع‌بندی جلسه و تشویق برای حضور در جلسه بعدی
سوم	کنترل و کشف سبک پردازش‌های هیجانی	بررسی هیجان‌ها از طریق مراحل شناسایی، تحلیل و تفسیر، آگاهی، پذیرش، تحمل و تنظیم هیجان، دسترسی به احساسات ابراز نشده که زیربنای الگوهای تعاملی هستند، دستیابی به هیجان‌ها زیرساختاری
چهارم	شناسایی هیجان‌ها زیربنایی و نیازهای مرتبط	شناسایی و درگیری هیجانی عمیق، کشف و شناسایی هیجان‌ها اولیه و ثانویه، استفاده از فنون کار با صندلی، ارائه جمع‌بندی جلسه و تشویق برای حضور در جلسه بعدی
پنجم	مطالبه نیازهای فرد و تصدیق تجربه اجتناب شده	درگیری هیجانی عمیق، بازنمایی و تنظیم هیجان‌ها اصلی زیربنایی و سازگار/ناسازگار، ارائه جمع‌بندی جلسه
ششم	درگیری هیجانی عمیق و بازسازی هیجان‌ها	گسترده کردن مفهوم خود با بازسازی هیجان‌ها در موقعیت‌های مختلف، شناسایی موضوعات و تصاویر ابژه‌ای مرتبط با مشکل، تسهیل دستیابی به هیجان‌ها و راهکارهای تازه با استفاده از تکنیک صندلی خالی.
هفتم	هدایت در بازنمایی ابژه‌ها و دستیابی به بینش	هدایت افراد حین بازنمایی ابژه‌ها، تجربه هماهنگی درمانگر با تجربه درونی افراد، تلاش برای تعمیم بینش و احساسات جدید به خارج از جلسات درمان
هشتم	تحکیم و یکپارچه‌سازی	رشد حکایت جدید از تجارب، بیان استعاره از حالت قبلی مشکل (مثل زندانی در قفس)، تحکیم و یکپارچه‌سازی، ارزیابی اینکه چگونه معانی جدید باعث خلق خود جدید می‌شود، روش تغییر هیجان با هیجان، تثبیت خود جدید و تعمیم به رویدادهای آینده

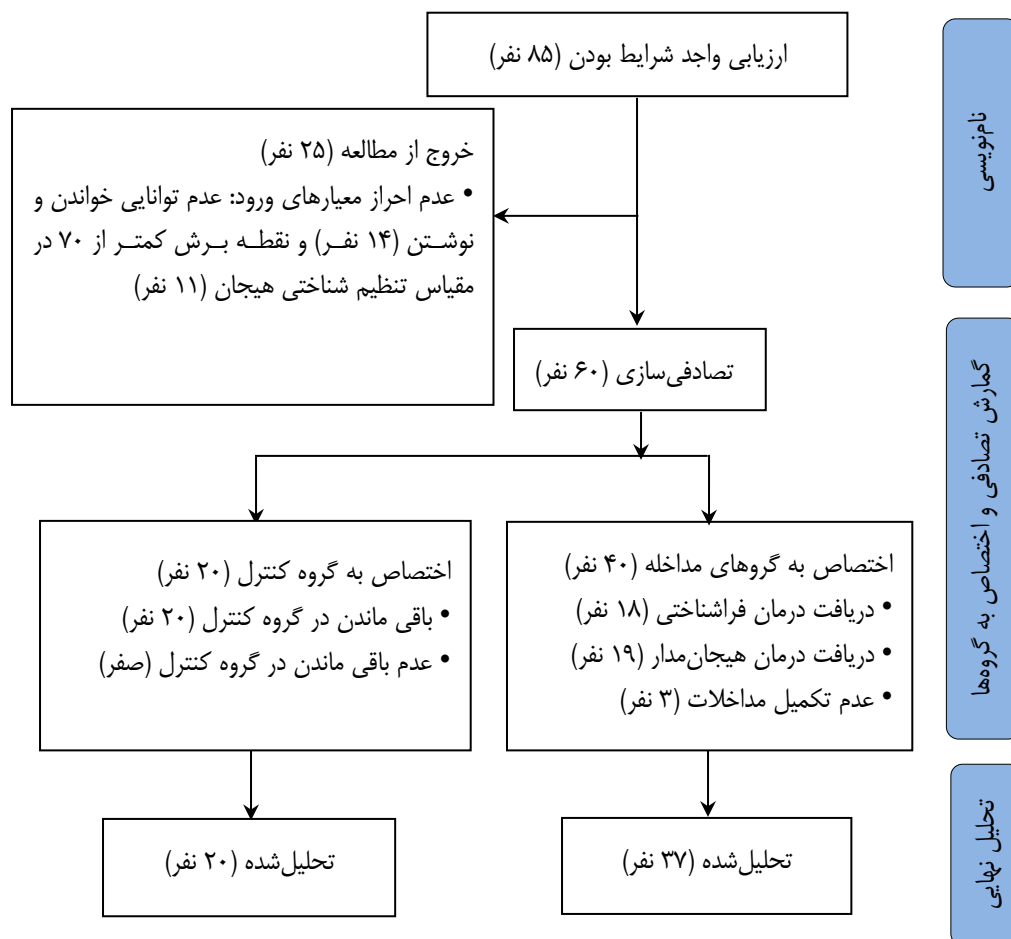
روش اجرا

برای انجام پژوهش، پس از هماهنگی و اخذ مجوزهای لازم، به سراهای سالمندی شهر کرمانشاه مراجعه شد. پیش از شروع، از میان زنان سالمند مقیم در سرای سالمندی، ۸۵ نفر تمایل خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند. اندازه‌گیری اولیه با توزیع مقیاس تنظیم شناختی هیجان انجام شد و در نهایت ۶۰ نفر که بر اساس نتایج این مقیاس و ملاک‌های ورود به مطالعه بودند، به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابتدا هدف و اهمیت پژوهش، زمان برگزاری، تعداد جلسات و محرمانه بودن اطلاعات برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و آنان رضایت‌نامه آگاهانه و داوطلبانه را امضا کردند. سپس شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه

جایگزین شدند. یکی از گروه‌های آزمایش طی ۸ هفته و در ۸ جلسه مداخله ۹۰ دقیقه‌ای در درمان فراشناختی و گروه آزمایش دیگر طی ۸ هفته و در ۸ جلسه مداخله ۹۰ دقیقه‌ای در درمان هیجان‌مدار شرکت کردند، و طی این مدت گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. شرکت‌کنندگانی که بیش از سه جلسه غیبت داشتند در تحلیل وارد نمی‌شدند، اما از فرایند درمان نیز خارج نمی‌شدند. در طول مداخله، دو نفر از گروه درمان فراشناختی و یک نفر از گروه درمان هیجان‌مدار به دلیل غیبت بیش از سه جلسه از تحلیل حذف شدند. بنابراین، تحلیل نهایی بر روی ۵۷ نفر انجام شد. در طول جلسات، با توجه به محدودیت‌های توجه و توان جسمانی سالمندان، در میانه هر جلسه ۱۵ دقیقه استراحت در نظر گرفته شد تا

ظرفیت یادگیری و مشارکت در جلسات حفظ شود. ملاک‌های حذف شرکت‌کنندگان از مطالعه شامل (۱) انصراف از ادامه همکاری، (۲) امتناع از تکمیل کردن پرسش‌نامه‌ها و (۳) انجام ندادن تکالیف در طول جلسه‌ها بود. بعد از اتمام جلسات مداخلات درمانی، مقیاس تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان پس‌آزمون، توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. این مداخلات توسط متخصص و تحت نظر پژوهشگران در یک کلینیک روان‌شناختی انجام شد. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل اخذ رضایت‌نامه

کتبی برای شرکت در پژوهش، ارائه توضیحات کامل درباره اهداف پژوهش و آگاه‌سازی سالمندان شرکت‌کننده، حفظ محرمانگی اطلاعات شخصی، و اجرای درمان هیجان‌مدار به‌صورت فشرده برای گروه گواه بود. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند و نتایج پژوهش با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد) و در آمار استنباطی، پس از تأیید مفروضه‌ها، با تحلیل کواریانس تک متغیره و آزمون تعقیبی LSD بررسی شد.



شکل ۱. فلوچارت روند نمونه‌گیری و شرکت‌کنندگان در مطالعه

یافته‌ها

در جدول شماره ۳ آماره‌های توصیفی متغیرها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون گزارش شده است. جدول ۳ نشان می‌دهد که، در مرحله پیش‌آزمون میانگین نمرات زیرمقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان در هر سه گروه، قبل از مداخله تفاوت چندانی با هم ندارند. اما پس از

انجام مداخله، میانگین نمرات راهبردهای ناسازگارانه شامل ملامت خویش، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران کاهش یافته و در مقابل، میانگین نمرات راهبردهای سازگارانه شامل پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری افزایش یافته است، درحالی‌که در گروه کنترل تغییر قابل‌توجهی

مشاهده نشد. با توجه به طرح پژوهشی حاضر، از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (آنکوا) برای تجزیه نتایج اصلی استفاده شد. در همین راستا ابتدا برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین در مورد ملامت خویش ($F(2,56)=2/563, P=0/086 > 0/05$)، پذیرش ($F(2,56)=1/839, P=0/169 > 0/05$)، نشخوارگری ($F(2,56)=0/917, P=0/406 > 0/05$)، تمرکز مجدد مثبت ($F(2,56)=2/981, P=0/061 > 0/05$)، برنامه‌ریزی ($F(2,56)=2/064, P=0/137 > 0/05$)، ارزیابی مجدد مثبت ($F(2,56)=1/317, P=0/276 > 0/05$)، دیدگاه‌گیری ($F(2,56)=0/433, P=0/651 > 0/05$)، فاجعه‌سازی ($F(2,56)=0/610, P=0/547 > 0/05$) و ملامت دیگران ($F(2,56)=0/072, P=0/930 > 0/05$) به لحاظ

آماري معنادار نبود، بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید شد. همچنین مفروضه مهم تحلیل کوواریانس یعنی همگونی ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی گروه و پیش‌آزمون هر یک از زیرمقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان بر پس‌آزمون آنها انجام شد که نتایج حاکی از معنادار نبودن میزان F در ملامت خویش ($F=1/372, P=0/244 > 0/05$)، پذیرش ($F=1/684, P=0/289 > 0/05$)، نشخوارگری ($F=1/158, P=0/153 > 0/05$)، تمرکز مجدد مثبت ($F=1/093, P=0/309 > 0/05$)، برنامه‌ریزی ($F=1/521, P=0/186 > 0/05$)، ارزیابی مجدد مثبت ($F=1/267, P=0/268 > 0/05$)، دیدگاه‌گیری ($F=1/436, P=0/236 > 0/05$)، فاجعه‌سازی ($F=1/802, P=0/114 > 0/05$) و ملامت دیگران ($F=1/219, P=0/274 > 0/05$) بود.

جدول ۳

میانگین و انحراف استاندارد در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه درمان فراشناختی		گروه درمان هیجان مدار		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	میانگین (م.)	میانگین (م.)	میانگین (م.)	میانگین (م.)	میانگین (م.)	میانگین (م.)
ملا مت خویش	13/72 (1/22)	8/83 (1/33)	14/78 (1/51)	6/47 (0/77)	14/25 (1/63)	14/35 (1/56)
پذیرش	8/11 (2/21)	13/50 (1/15)	7/21 (1/54)	15/68 (1/37)	8/45 (1/73)	8/25 (1/55)
نشخوارگری	14/66 (1/84)	8/11 (0/90)	15/05 (1/35)	6/05 (0/97)	14/15 (1/38)	13/80 (2/28)
تمرکز مجدد مثبت	11/61 (2/59)	14/94 (1/10)	10/21 (2/14)	13/63 (2/33)	12/05 (2/18)	11/60 (2/13)
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	8/44 (1/14)	13/88 (0/96)	7/73 (0/93)	13/15 (1/97)	9/05 (1/50)	8/75 (1/16)
ارزیابی مجدد مثبت	8/66 (2/08)	13/38 (1/24)	10/21 (1/51)	15/42 (1/46)	9/75 (1/37)	10/20 (1/23)
دیدگاه‌گیری	8/22 (2/36)	14/44 (1/19)	9/05 (2/04)	16/68 (1/73)	9/25 (2/63)	9/10 (2/55)
فاجعه‌سازی	13/88 (1/67)	8/94 (1/98)	14/26 (2/05)	6/78 (1/39)	14/75 (1/68)	14/90 (1/61)
ملا مت دیگران	16/88 (0/83)	11/94 (1/55)	17/26 (0/65)	10/05 (1/92)	15/95 (1/70)	16/05 (1/98)

علاوه بر این، به‌منظور بررسی پیش‌فرض توزیع نرمال متغیرهای وابسته پژوهش حاضر، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. مطابق نتایج این آزمون، توزیع نرمال در زیرمقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان برقرار است؛ چرا که مقدار Z به‌دست‌آمده در سطح $0/05$ معنادار نمی‌باشد. از

آنجا که پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس فراهم شده است، برای مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و هیجان‌مدار بر تنظیم شناختی هیجان زنان سالمند مقیم سرای سالمندی، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (آنکوا) استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴

نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات زیرمقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان

متغیر وابسته	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	سطح معنی‌داری	اندازه تأثیر
ملاکت خویش	پیش‌آزمون	۱۵/۴۸	۱	۱۵/۴۸	۱۱/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۱۷۶
	گروه	۶۵۱/۶۴	۲	۳۲۵/۸۲	۲۳۸/۸۳	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۹۰۰
	خطا	۷۲/۳۰	۵۳	۱/۳۶			
پذیرش	پیش‌آزمون	۱۸/۳۰	۱	۱۸/۳۰	۱۱/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۱۷۹
	گروه	۵۸۵/۹۵	۲	۲۹۲/۹۷	۱۸۴/۷۳	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۸۷۵
	خطا	۸۴/۰۵	۵۳	۱/۵۸			
نشخوارگری	پیش‌آزمون	۳/۲۰	۱	۳/۲۰	۱/۳۴	۰/۲۵۲	۰/۰۲۵
	گروه	۶۱۴/۹۱	۲	۳۰۷/۴۶	۱۲۸/۵۹	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۸۲۹
	خطا	۱۲۶/۷۲	۵۳	۲/۳۹			
تمرکز مجدد مثبت	پیش‌آزمون	۳۰/۳۰	۱	۳۰/۳۰	۹/۱۳	۰/۰۰۴	۰/۱۴۷
	گروه	۱۲۳/۵۳	۲	۶۱/۷۶	۱۸/۶۱	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۴۱۳
	خطا	۱۷۵/۸۶	۵۳	۳/۳۱			
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	پیش‌آزمون	۰/۹۸	۱	۰/۹۸	۰/۴۶	۰/۴۹۶	۰/۰۰۹
	گروه	۲۷۸/۶۹	۲	۱۳۹/۳۴	۶۶/۴۹	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۷۱۵
	خطا	۱۱۱/۰۷	۵۳	۲/۰۹			
ارزیابی مجدد مثبت	پیش‌آزمون	۲۰/۵۲	۱	۲۰/۵۲	۱۴/۷۸	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۲۱۸
	گروه	۲۶۴/۱۴	۲	۱۳۲/۰۷	۹۵/۱۲	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۷۸۲
	خطا	۷۳/۵۸	۵۳	۱/۳۸			
دیدگاه‌گیری	پیش‌آزمون	۴۰/۸۵	۱	۴۰/۸۵	۱۳/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۲۰۲
	گروه	۶۱۵/۶۰	۲	۳۰۷/۸۰	۱۰۱/۰۱	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۷۹۲
	خطا	۱۶۱/۴۹	۵۳	۳/۰۴			
فاجعه‌سازی	پیش‌آزمون	۵/۲۲	۱	۵/۲۲	۱/۸۹	۰/۱۷۵	۰/۰۳۴
	گروه	۶۵۷/۰۷	۲	۳۲۸/۵۳	۱۱۸/۷۱	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۸۱۸
	خطا	۱۴۶/۶۷	۵۳	۲/۷۶			
ملاکت دیگران	پیش‌آزمون	۸/۸۵	۱	۸/۸۵	۲/۶۹	۰/۱۰۶	۰/۰۴۸
	گروه	۳۴۳/۳۰	۲	۱۷۱/۶۵	۵۲/۲۹	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۶۶۴
	خطا	۱۷۳/۹۸	۵۳	۳/۲۸			

ارزیابی مجدد مثبت ($F=۹۵/۱۲$ ، $P<۰/۰۰۱$)، دیدگاه‌گیری ($F=۱۰۱/۰۱$ ، $P<۰/۰۰۱$)، فاجعه‌سازی ($F=۱۱۸/۷۱$ ، $P<۰/۰۰۱$) و ملاکت دیگران ($F=۵۲/۲۹$ ، $P<۰/۰۰۱$) معنادار است. این یافته‌ها بیانگر آن است که درمان‌های فراشناختی و هیجان‌مدار تأثیر قابل‌توجهی بر بهبود زیرمقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان در زنان سالمند مقیم سرای سالمندی داشته‌اند. جهت بررسی دقیق‌تر تفاوت بین جفت گروه‌ها، از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

نتایج جدول ۴ نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، بین گروه‌های مورد مطالعه از نظر زیرمقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان تفاوت معناداری وجود دارد. به‌طوری‌که اثر گروه بر تمامی زیرمقیاس‌ها شامل ملاکت خویش ($F=۲۳۸/۸۳$ ، $P<۰/۰۰۱$)، پذیرش ($F=۱۸۴/۷۳$ ، $P<۰/۰۰۱$)، نشخوارگری ($F=۱۲۸/۵۹$ ، $P<۰/۰۰۱$)، تمرکز مجدد مثبت ($F=۱۸/۶۱$ ، $P<۰/۰۰۱$)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ($F=۶۶/۴۹$ ، $P<۰/۰۰۱$)،

جدول ۵

نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه زوجی میانگین زیرمقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین (I-J)	خطای معیار	سطح معنی‌داری
ملاطمت خویش	درمان فراشناختی	درمان هیجان مدار	۲/۷۱۶	۰/۳۹۹	$P < ۰/۰۰۱$
	درمان فراشناختی	گروه کنترل	-۵/۳۴۰	۰/۳۸۳	$P < ۰/۰۰۱$
	درمان هیجان مدار	گروه کنترل	-۸/۰۵۷	۰/۳۷۸	$P < ۰/۰۰۱$
پذیرش	درمان فراشناختی	درمان هیجان مدار	-۲/۴۶۸	۰/۴۲۳	$P < ۰/۰۰۱$
	درمان فراشناختی	گروه کنترل	۵/۳۵۷	۰/۴۱۰	$P < ۰/۰۰۱$
	درمان هیجان مدار	گروه کنترل	۷/۸۲۵	۰/۴۲۰	$P < ۰/۰۰۱$
نشخوارگری	درمان فراشناختی	درمان هیجان مدار	۲/۱۲۰	۰/۵۱۱	$P < ۰/۰۰۱$
	درمان فراشناختی	گروه کنترل	-۵/۷۷۱	۰/۵۰۷	$P < ۰/۰۰۱$
	درمان هیجان مدار	گروه کنترل	-۷/۸۹۰	۰/۵۱۱	$P < ۰/۰۰۱$
تمرکز مجدد مثبت	درمان فراشناختی	درمان هیجان مدار	۰/۸۵۹	۰/۶۱۸	۰/۱۷۰
	درمان فراشناختی	گروه کنترل	۳/۴۸۶	۰/۵۹۴	$P < ۰/۰۰۱$
	درمان هیجان مدار	گروه کنترل	۲/۶۲۸	۰/۶۱۶	۰/۰۰۱
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	درمان فراشناختی	درمان هیجان مدار	۰/۶۵۳	۰/۴۹۰	۰/۱۸۸
	درمان فراشناختی	گروه کنترل	۵/۲۰۶	۰/۴۸۰	$P < ۰/۰۰۱$
	درمان هیجان مدار	گروه کنترل	۴/۵۵۲	۰/۵۱۰	$P < ۰/۰۰۱$
ارزیابی مجدد مثبت	درمان فراشناختی	درمان هیجان مدار	-۱/۴۶۳	۰/۴۱۵	۰/۰۰۱
	درمان فراشناختی	گروه کنترل	۳/۵۸۸	۰/۳۹۷	$P < ۰/۰۰۱$
	درمان هیجان مدار	گروه کنترل	۵/۰۵۱	۰/۳۸۰	$P < ۰/۰۰۱$
دیدگاه‌گیری	درمان فراشناختی	درمان هیجان مدار	-۱/۹۳۴	۰/۵۸۰	۰/۰۰۲
	درمان فراشناختی	گروه کنترل	۵/۷۲۳	۰/۵۷۶	$P < ۰/۰۰۱$
	درمان هیجان مدار	گروه کنترل	۷/۶۵۷	۰/۵۶۰	$P < ۰/۰۰۱$
فاجعه‌سازی	درمان فراشناختی	درمان هیجان مدار	۲/۲۱۹	۰/۵۴۹	$P < ۰/۰۰۱$
	درمان فراشناختی	گروه کنترل	-۵/۸۰۸	۰/۵۵۱	$P < ۰/۰۰۱$
	درمان هیجان مدار	گروه کنترل	-۸/۰۲۷	۰/۵۳۶	$P < ۰/۰۰۱$
ملاطمت‌دیگران	درمان فراشناختی	درمان هیجان مدار	۲/۰۲۱	۰/۶۰۱	۰/۰۰۱
	درمان فراشناختی	گروه کنترل	-۴/۴۳۰	۰/۶۲۱	$P < ۰/۰۰۱$
	درمان هیجان مدار	گروه کنترل	-۶/۴۵۰	۰/۶۴۳	$P < ۰/۰۰۱$

طبق جدول ۵، نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان داد که تفاوت بین گروه‌ها در اغلب زیرمقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان در سطح ۰/۰۵ معنادار است. به‌طوری‌که در تمامی زیرمقیاس‌ها به‌جز تمرکز مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، تفاوت بین هر سه گروه معنادار بود ($P < ۰/۰۵$). در زیرمقیاس‌های تمرکز مجدد مثبت ($P = ۰/۱۷۰$) و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ($P = ۰/۱۸۸$)، تفاوت بین دو گروه درمان فراشناختی و هیجان‌مدار معنادار نبود، اما هر دو گروه با گروه کنترل تفاوت معناداری داشتند

($P < ۰/۰۵$). این نتایج نشان می‌دهد که هر دو مداخله در بهبود زیرمقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان مؤثر بوده‌اند؛ با این حال، الگوی اختلاف میانگین‌ها نشان می‌دهد که درمان هیجان‌مدار در کاهش راهبردهای ناسازگار مانند ملاطمت خویش، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملاطمت دیگران و همچنین در افزایش راهبردهای سازگار مانند پذیرش، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری، اثربخشی بیشتری نسبت به درمان فراشناختی داشته است. همچنین در زیرمقیاس‌های تمرکز مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر

برنامه‌ریزی، تفاوت معناداری بین دو درمان مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

از آنجا که سالمندی و مشکلات روانشناختی این دوره می‌تواند بار قابل‌توجهی بر نظام بهداشت و درمان وارد کند، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان هیجان‌مدار بر تنظیم شناختی هیجان زنان سالمند مقیم سرای سالمندی انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو روش درمان فراشناختی و درمان هیجان‌مدار موجب بهبود زیرمقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان در زنان سالمند شدند. افزون بر این، درمان هیجان‌مدار در کاهش راهبردهای ناسازگار مانند ملامت خویش، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران و همچنین در افزایش راهبردهای سازگار مانند پذیرش، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری، اثربخشی بیشتری نسبت به درمان فراشناختی داشت. با این حال، در زیرمقیاس تمرکز مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی تفاوت معناداری بین دو درمان مشاهده نشد.

فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه درمان فراشناختی بر تنظیم شناختی هیجان زنان سالمند مقیم در سرای سالمندی مؤثر است، تأیید شد. که این یافته با مطالعات ولی‌زاده و همکاران (۱۴۰۴)، سلیمانی و همکاران (۱۴۰۳)، وحیدی‌مقدم و همکاران (۱۴۰۳)، احمدی رقی‌آبادی و همکاران (۱۴۰۱) و اقدمی‌باهر و همکاران (۱۴۰۲) همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که، افرادی که در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با مشکل مواجه هستند، به دلیل وجود باورهای نادرست، خطاهای شناختی و الگوهای فکری منفی، قادر به کنترل مؤثر هیجانات خود نیستند. اصل بنیادین درمان فراشناختی بر این فرض استوار است که اختلالات روان‌شناختی در نتیجه فعال شدن سندرم شناختی-توجهی به وجود می‌آیند و تداوم می‌یابند. این سندرم شامل نگرانی مفرط، نشخوار فکری، نظارت مداوم بر افکار و تمرکز افراطی بر تهدید است که موجب تثبیت و تشدید هیجانات منفی می‌شود (ولز، ۲۰۰۹). درمان فراشناختی با آموزش مهارت‌هایی در حوزه تنظیم شناختی هیجان، به افراد کمک می‌کند تا به رویدادهای درونی خود به شیوه‌ای انعطاف‌پذیر و غیرمتمرکز پاسخ دهند. در این رویکرد، افراد می‌آموزند با فاصله‌گیری از افکار و تجربه آنها به صورت گسلیده، واکنش‌های جدید و سازگارانه‌تری نسبت به محرک‌های برانگیزاننده نگرانی نشان دهند و در چرخه مداوم نگرانی و نشخوار فکری گرفتار نشوند. در واقع، تنظیم شناختی هیجان به عنوان ابزاری برای کاهش

پردازش‌های تکرارشونده ذهنی و افزایش کنترل توجه به کار گرفته می‌شود (سلیمانی و همکاران، ۱۴۰۳). بر اساس الگوی فراشناختی، به جای به چالش کشیدن محتوای افکار مزاحم، نحوه رابطه فرد با این افکار مورد تأکید قرار می‌گیرد؛ به گونه‌ای که افراد می‌آموزند افکار مزاحم الزاماً به عمل منجر نمی‌شوند و می‌توان آنها را بدون درگیری رها کرد. این فرایند موجب کاهش واکنش‌های هیجانی منفی مانند نگرانی، اضطراب و افسردگی شده و از تفسیر فاجعه‌آمیز رویدادهای استرس‌زا جلوگیری می‌کند. در نتیجه، افراد بدون درگیر شدن در پاسخ‌های شناختی و رفتاری ناکارآمد، توانایی بیشتری در مدیریت هیجان‌های خود پیدا می‌کنند. این مهارت‌ها از طریق تکنیک‌هایی مانند توجه‌گردانی، تصویرسازی (نظیر ابرها)، تمثیل‌هایی مانند ایستگاه قطار و التیام زخم و نیز تکالیف خانگی آموزش داده می‌شوند (احمدی رقی‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۱). علاوه بر این، ساختار گام‌به‌گام، منظم و قابل‌فهم درمان فراشناختی، آن را برای افرادی که ممکن است با محدودیت‌هایی در حافظه فعال یا تمرکز مواجه باشند، به گزینه‌ای کارآمد تبدیل کرده است (حاتمیان و همکاران، ۱۳۹۹). اجرای این درمان از طریق تمرین‌های مکرر، آموزش‌های هدفمند و ارائه بازخورد مستمر، موجب می‌شود سالمندان به تدریج توانایی شناسایی افکار خودکار منفی، کنترل توجه و به کارگیری راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان را در زندگی روزمره خود تقویت کنند. همچنین، مشارکت در جلسات گروهی درمان فراشناختی، به‌ویژه در سراهای سالمندی، علاوه بر تأثیرات شناختی و هیجانی، زمینه‌ساز افزایش تعاملات اجتماعی، تقویت احساس تعلق و کاهش احساس تنهایی است (دینارود و برقی ایرانی، ۱۴۰۰)؛ عواملی که خود نقش مهمی در بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دارند.

فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اینکه درمان هیجان‌مدار بر تنظیم شناختی هیجان زنان سالمند مقیم در سرای سالمندی مؤثر است، تأیید شد. که این یافته با مطالعات تهوری و همکاران (۱۴۰۴)، صدیقی‌دمیرچی و همکاران (۱۴۰۴)، قادرنژاد و همکاران (۱۴۰۳)، وجدانی و همکاران (۱۴۰۳)، پیامانی و همکاران (۱۴۰۳)، شیخان و گودرزی (۱۴۰۳)، افسر و همکاران (۱۴۰۳)، ذریعه و همکاران (۱۴۰۲) همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار با تمرکز بر شناسایی، درک، ابراز و معنا دادن به هیجانات، به بهبود تنظیم شناختی هیجان کمک می‌کند. در

این رویکرد، هیجان نه به عنوان تجربه‌ای مزاحم بلکه به عنوان منبعی برای درک عمیق‌تر از خود و روابط بین فردی در نظر گرفته می‌شود. افراد یاد می‌گیرند احساسات خود را بشناسند، آنها را بپذیرند و به شیوه‌ای سازگارانه مدیریت کنند (قادرنژاد و همکاران، ۱۴۰۳). در این رویکرد تلاش می‌شود هیجانات آسیب‌پذیر در افراد آشکار شده و توانایی آنان برای تجربه این هیجانات به شیوه‌های ایمن و محبت‌آمیز تسهیل گردد. تصور می‌شود که پردازش بازدارنده (مهارشده) هیجانات و تجربیات، موجب بروز اختلالات هیجانی مانند افسردگی می‌شود؛ از این رو، درمانگر برای کاهش اجتناب از هیجانات دشوار در افراد تلاش می‌کند (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۰۹). درمان هیجان‌مدار با تأکید بر پردازش تجربیات هیجانی، به افراد کمک می‌کند کارکردهای هیجانی خود را تنظیم کرده و مهارت‌های تنظیم هیجان را بهبود بخشند و از این طریق به پاسخ‌های هیجانی سازگار با موقعیت‌های زندگی دست یابند که این امر می‌تواند اثرات روانشناختی و جسمانی نیز به همراه داشته باشد. تجربه پاسخ‌های هیجانی انطباقی در جریان درمان هیجان‌مدار به تعدیل واکنش‌های عاطفی افراد کمک کرده و از این طریق به آنان یاری می‌رساند تا هیجانات تجربه‌شده را بپذیرند و به جای اجتناب از آنها، راهبردهای مؤثری برای تنظیم شناختی هیجانات خود بیاموزند و به کار گیرند. به باور پژوهشگران هیجان‌مدار، هیجان سازگارانه موجب تغییر هیجان ناسازگار می‌شود و هیجانات سازگارانه‌ای که در طول درمان ابراز می‌شوند، بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های پیامد درمان هستند (ذریعه و همکاران، ۱۴۰۲). در حقیقت، به نظر می‌رسد که از یک سو کاهش اجتناب و ابراز و پردازش هیجانی، به تنظیم هیجان‌ها در سالمندان کمک می‌کند.

فرضیه سوم پژوهش مبنی بر اینکه میان اثربخشی درمان فراشناختی و درمان هیجان‌مدار بر تنظیم شناختی هیجان زنان سالمند مقیم در سرای سالمندی تفاوت وجود دارد، تأیید شد. بر این اساس، مقایسه میان دو گروه درمانی نشان داد که درمان هیجان‌مدار در کاهش راهبردهای ناسازگار مانند ملامت خویش، نشخوارگری و فاجعه‌سازی و نیز در افزایش راهبردهای سازگار مانند پذیرش، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری، اثربخشی بیشتری نسبت به درمان فراشناختی داشت. با این حال، در زیرمقیاس تمرکز مجدد مثبت، تفاوت معناداری بین دو درمان مشاهده نشد. تاکنون پژوهشی که به‌طور مستقیم اثربخشی این دو روش را در بهبود تنظیم شناختی هیجان سالمندان مقایسه کرده باشد، انجام نشده

است؛ بنابراین نمی‌توان در مورد همسویی یا عدم همسویی این پژوهش با یافته‌های پیشین اظهار نظر قطعی کرد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که اثربخشی بیشتر درمان هیجان‌مدار نسبت به درمان فراشناختی، به ماهیت تجربه‌محور و عاطفه‌محور این رویکرد باز می‌گردد. در درمان هیجان‌مدار، تأکید اصلی بر شناسایی، تجربه و پردازش هیجانات است؛ به‌طوری‌که افراد به جای اجتناب یا سرکوب هیجان‌ها، آنها را به‌صورت ایمن تجربه کرده و معنای جدیدی به آنها می‌دهند (صدری دمیچی و همکاران، ۱۴۰۴). این فرایند باعث کاهش راهبردهای ناسازگار مانند نشخوارگری، ملامت خویش و فاجعه‌سازی و در مقابل، تقویت راهبردهای سازگار مانند پذیرش و ارزیابی مجدد مثبت می‌شود. از سوی دیگر، در دوران سالمندی به دلیل تغییرات شناختی مانند کاهش انعطاف‌پذیری شناختی و سرعت پردازش اطلاعات، استفاده از رویکردهایی که کمتر متکی بر تحلیل‌های پیچیده شناختی و بیشتر مبتنی بر تجربه هیجانی هستند، می‌تواند اثربخشی بیشتری داشته باشد. درمان هیجان‌مدار با فراهم کردن فضای برای بیان و پردازش هیجانات، با نیازهای هیجانی سالمندان سازگارتر است و به آنها کمک می‌کند تا هیجانات خود را بهتر تنظیم کنند. در مقابل، درمان فراشناختی بیشتر بر اصلاح باورها درباره افکار و کنترل فرایندهای شناختی مانند نگرانی و نشخوار فکری تمرکز دارد (ولز، ۲۰۰۹). هرچند این رویکرد نیز در بهبود تنظیم هیجان مؤثر است، اما ممکن است برای برخی سالمندان که با محدودیت‌های شناختی مواجه‌اند، نیازمند تلاش ذهنی بیشتری باشد و در نتیجه، اثربخشی کمتری نسبت به رویکرد هیجان‌مدار نشان دهد. در خصوص عدم تفاوت معنادار در زیرمقیاس تمرکز مجدد مثبت نیز می‌توان بیان کرد که هر دو رویکرد، هرچند از مسیرهای متفاوت، به بهبود این مهارت کمک می‌کنند؛ به‌طوری‌که درمان فراشناختی از طریق آموزش کنترل توجه و فاصله‌گیری از افکار منفی و درمان هیجان‌مدار از طریق جایگزینی هیجانات سازگار، به‌طور مشابه موجب تقویت تمرکز بر جنبه‌های مثبت و برنامه‌ریزی می‌شوند. بنابراین، تفاوت معناداری میان آنها در این زیرمقیاس مشاهده نشده است.

تولیحات مطالعه

از منظر عملی، یافته‌های این پژوهش ظرفیت بالایی برای کاربرد در محیط‌های درمانی، مراکز نگهداری سالمندان و کلینیک‌های مشاوره و روان‌درمانی دارد؛ به‌گونه‌ای که متخصصان سلامت روان می‌توانند با طراحی و اجرای

ارتقای سلامت روان سالمندان، توسعه مراکز روزانه با رویکرد مداخله‌محور، آموزش تخصصی نیروهای انسانی و تخصیص بودجه به خدمات پیشگیرانه و روان‌درمانی را در اولویت قرار دهند و از این طریق پاسخ نظام‌مندتری به چالش‌های جمعیت رو به رشد سالمندان ارائه شود.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به حجم نمونه نسبتاً محدود، تمرکز بر زنان سالمند مقیم در سرای سالمندی و استفاده از ابزارهای خودگزارشی اشاره کرد که این عوامل ممکن است بر دقت و عینیت داده‌ها تأثیر گذاشته باشند. همچنین، فقدان مرحله پیگیری جهت ارزیابی پایداری اثرات درمانی در بلندمدت، از دیگر محدودیت‌های این مطالعه به شمار می‌رود. علاوه بر این، به‌کارگیری روش نمونه‌گیری در دسترس موجب می‌شود که در تعمیم نتایج پژوهش به سایر جوامع مشابه احتیاط لازم رعایت گردد. لازم به ذکر است که دامنه سنی شرکت‌کنندگان در این پژوهش بین ۶۵ تا ۸۰ سال بود؛ بنابراین، نتایج به سایر گروه‌های سنی قابل تعمیم نیست. برای دستیابی به یافته‌های قابل اعتمادتر و تعمیم‌پذیرتر، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با حجم نمونه نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تری از سالمندان شامل مردان و افراد ساکن در جامعه بررسی شوند، و اثرات مداخلات در بازه‌های زمانی بلندمدت مورد پیگیری قرار گیرد. همچنین، مقایسه درمان‌های فراشناختی و هیجان‌مدار با سایر رویکردهای درمانی می‌تواند به درک عمیق‌تری از مکانیسم‌های مؤثر بر تنظیم شناختی هیجان بینجامد. علاوه بر این، بررسی اثر افزایش تعداد جلسات درمانی هر یک از دو رویکرد بر میزان اثربخشی مداخلات و نیز مقایسه نتایج حاصل از افزایش جلسات در دو روش درمانی، می‌تواند موضوع ارزشمندی برای پژوهش‌ها آینده باشد. از نظر کاربردی، یافته‌های این پژوهش می‌تواند مبنایی برای طراحی برنامه‌های آموزشی و مداخلات روان‌شناختی در مراکز سالمندی قرار گیرد تا با بهره‌گیری از درمان هیجان‌مدار، زمینه بهبود تنظیم شناختی هیجان، افزایش سازگاری روانی و ارتقای کیفیت زندگی فراهم شود.

سپاس‌گزاری

نویسندگان این مقاله مراتب قدردانی خود را از تمامی سالمندان شرکت‌کننده در این مطالعه ابراز می‌کنند و از همکاری صمیمانه و وقت‌شناسی ایشان که امکان انجام این پژوهش را فراهم ساخت، صمیمانه تشکر می‌نمایند.

برنامه‌های گروهی مبتنی بر اصلاح سبک‌های فکری ناکارآمد، کاهش نشخوارگری و فاجعه‌سازی، آموزش تنظیم هیجان و تقویت ارزیابی‌های شناختی سازگاران، به‌صورت هدفمند به بهبود شیوه‌های تنظیم هیجان در سالمندان کمک کنند. ادغام این مداخلات در برنامه‌های مراقبتی و توانبخشی روانی-اجتماعی می‌تواند رویکردهای سنتی مراقبتی که غالباً بر جنبه‌های جسمانی تمرکز دارند را به سمت الگوی جامع زیستی، روانی و اجتماعی سوق دهد و کیفیت خدمات ارائه‌شده به سالمندان را ارتقا بخشد. همچنین، برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای کارکنان این مراکز می‌تواند نقش مؤثری در افزایش آگاهی و مهارت آنها در مواجهه با نیازهای هیجانی سالمندان داشته باشد.

از منظر نظری، این مطالعه سهم معناداری در غنی‌سازی ادبیات تنظیم شناختی هیجان در سالمندی ایفا می‌کند، زیرا نشان می‌دهد مداخلات ساختاریافته مبتنی بر رویکردهای فراشناختی و هیجان‌مدار می‌توانند به‌طور هم‌زمان راهبردهای شناختی هیجانی سازگار و ناسازگار را تحت تأثیر قرار دهند و بدین‌ترتیب پیوند میان فرایندهای شناختی و تجربه‌های هیجانی را در دوره سالمندی برجسته سازند. افزون بر این، مشاهده تفاوت در میزان اثربخشی این دو رویکرد در اغلب زیرمقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان به استثنای تمرکز مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، افق‌های جدیدی برای مدل‌سازی نظری در زمینه نحوه اثرگذاری مداخلات روان‌شناختی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان فراهم می‌آورد و می‌تواند مبنایی برای توسعه چارچوب‌های تبیینی دقیق‌تر درباره سازوکارهای تغییر در سالمندان باشد.

از منظر اجتماعی، بهبود تنظیم شناختی هیجان در زنان سالمند پیامدهایی فراتر از سطح فردی دارد و می‌تواند به افزایش مشارکت اجتماعی، تقویت روابط بین‌فردی، کاهش استفاده از راهبردهای ناسازگار و افزایش به‌کارگیری راهبردهای سازگار و در نهایت بهبود کیفیت زندگی در محیط‌های جمعی مانند سرای سالمندان منجر شود. چنین پیامدهایی به‌طور غیرمستقیم می‌تواند از بروز اختلالات خلقی پیشگیری کرده و فشار وارد بر نظام سلامت و خدمات حمایتی را کاهش دهد. این تغییرات همچنین می‌تواند به کاهش نیاز به مداخلات درمانی مکرر و مصرف داروهای روان‌پزشکی منجر شود و در نهایت به بهبود سلامت روان آنان کمک کند. برای سیاست‌گذاران حوزه سالمندی، این یافته‌ها شواهد تجربی معتبری فراهم می‌آورد تا در تدوین برنامه‌های ملی

منابع

- احمدی رق‌آبادی، ع.، باقرزاده گلمکانی، ز.، اکبرزاده، م.، منصوری، ا.، و خدابخش، م. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی بر راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده متادون. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱۲(۱)، ۷۸-۶۰.
- افسر، م.، حسنی، ف.، و فرزاد، ا. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر تنظیم هیجانی و سبک‌های دلبستگی زنان با اختلال شخصیت مرزی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۵(۲)، ۶۶۶-۶۵۴.
- اقدمی باهر، ع.، خادمی، ع.، و شاکر دولق، ع. (۱۴۰۲). تعیین اثربخشی فراشناخت‌درمانی بر نشخوار ذهنی، تنظیم هیجان و علائم روان‌تنی بیماران زن با تشخیص فشارخون بالا در بهداشت و درمان صنعت نفت شمال غرب. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۳(۱)، ۱-۱۳.
- اورنگ، س.، صابری، ه.، و طاهری، ا. (۱۴۰۲). تدوین و اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان بر نظم‌جویی شناختی هیجان و اضطراب مرگ در زنان سالمندان مبتلا به سرطان. *فصلنامه فرهنگی-تربیتی زنان و خانواده*، ۱۸(۶۳)، ۱۵۲-۱۳۳.
- اورنگ، ل.، صابری، ه.، و طاهری، ا. (۱۴۰۳). تدوین و اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان بر مؤلفه‌های سازگاری روانی با بیماری سرطان در سالمندان. *دست‌آوردهای روان‌شناختی*، ۳۱(۱)، ۳۱۶-۲۹۷.
- پیامانی، س.، علی‌پور، ا.، مرادی دولیسکانی، م.، و صفاری‌نیا، م. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی آموزش هیجان‌مدار و زوج‌درمانی گاتمن بر تنظیم هیجان زنان متأهل در معرض طلاق. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۷(۳)، ۱۰۶۸-۱۰۴۷.
- تهوری، ز.، لشگری، م.، و طاهر، م. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای و تنظیم هیجان زنان آسیب‌دیده از خیانت. *فصلنامه علمی روان‌شناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۳(۲)، ۱۴-۱.
- حاتمیان، پ.، بابایی عبدالرحمن، ع.، و رسول‌زاده طباطبایی، س. ک. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش مبتنی بر فراشناخت بر حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجان سالمندان دارای سابقه بیماری قلبی-عروقی مقیم سرای سالمندان شهر تهران. *مجله سلامت و مراقبت*، ۲۱(۴)، ۳۲۹-۳۱۹.
- دلاور، ع. (۱۳۹۶). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی، تهران: رشد.
- دیناروند، ن.، و برقی ایرانی، ز. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی فراشناخت‌درمانی و معنویت‌درمانی بر ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی سالمندان مقیم سرای سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۷(۲)، ۱۹۷-۱۸۱.
- ذریعه، س.، نادری، ف.، بختیارپور، س.، و عسکری، پ. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر تنظیم شناختی هیجان و استحکام من در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی. *روانشناسی سلامت*، ۱۲(۴۷)، ۱۳۲-۱۱۹.
- رستمی، م.، خسروی‌فردین، ف.، و منصوری کرمانی، ر. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان، بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی سالمندان. *رویش روان‌شناسی*، ۱۱(۴)، ۷۴-۶۱.
- زارعی، ب.، و اسمعیل‌زاده، ف. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر اضطراب مرگ و تاب‌آوری سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۱۰(۲)، ۲۶۲-۲۴۳.
- سلیمانی، ب.، دست‌باز، ا.، و غریبی، ح. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان فراشناختی بر ذهن‌خوانی، حافظه سرگذشتی و تنظیم شناختی هیجان در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۸(۴)، ۲۴۳-۲۱۹.
- شش‌بلوکی، ف.، و هارون رشیدی، ه. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نارسایی هیجانی و باورهای فراشناختی سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۷(۳)، ۲۱۰-۱۹۹.
- شیخان، ر.، و گودرزی، م. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر دشواری تنظیم هیجان و شدت علائم در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۳۳(۲)، ۹۷-۸۸.
- صادق‌پور، م.، میرزائیان، ب.، و نوروزی، ا. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و زندگی‌درمانی بر پایداری به درمان در بیماران عروق کرونری قلب با نشانگان اضطراب. *رویش روان‌شناسی*، ۱۴(۵)، ۱۵۰-۱۴۱.
- صدری دمیرچی، ن.، نوروزی همایون، گ.، گوهری، ر.، و مبین، م. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و سایکودراما بر تنظیم شناختی هیجانی، نشخوار فکری و انعطاف‌پذیری شناختی در دانش‌آموزان ورزشکار دارای اختلال اضطراب اجتماعی. *مطالعات روان‌شناسی ورزشی*، ۱۴(۵۴)، ۱۷۸-۱۵۴.
- عباس‌پور، ذ.، و توخس، ا. (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش هوش معنوی بر سلامت روان مردان سالمند مبتلا به کووید ۱۹. *روان‌شناسی پیری*، ۱۰(۲)، ۱۴۳-۱۲۹.
- عبدی سرکامی، ف.، میرزائیان، ب.، و عباسی، ق. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان بر سطح افسردگی

ولی‌زاده، ع.، دادخواه، ا.، و ازخوش، م. (۱۳۹۹). اثربخشی موسیقی‌درمانی شناختی-رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان افراد سالمند. *روان‌شناسی پیری*، ۶(۴)، ۳۸۲-۳۶۹.

References

- Abbaspour, Z., & Tavakhosh, A. M. (2024). The Effectiveness of Spiritual Intelligence Training on Mental Health in Older Men with COVID-19. *Aging Psychology*, 10(2), 129-143.
<https://doi.org/10.22126/jap.2024.10102.1750> [Persian]
- Abdi Sarkami, F., Mirzaian, B., & Abbasi, G. (2020). The Comparison of the Effectiveness of Metacognitive Therapy and Emotion Efficacy Therapy on Depression and Self-Care in Non-Clinical Depressed Elderly. *Aging Psychology*, 6(3), 269-283.
<https://doi.org/10.22126/jap.2020.5667.1462> [Persian]
- Abdi Sarkami, F., Mirzaian, B., & Abbasi, G. (2021). The effectiveness of emotion efficacy therapy on depression level and self-care ability in non-clinical depressed elderly. *Iranian Journal of Nursing Research*, 15(6), 65-74.
<http://ijnr.ir/article-1-2401-fa.html> [Persian]
- Afsar, M., Hasani, F. & Farzad, V. (2022). The effectiveness of emotion therapy on emotion regulation and attachment styles in women with borderline personality disorder. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 65(2), 654-666.
<https://doi.org/10.22038/mjms.2022.63257.3709> [Persian]
- Agdami Baher, A. R., Khademi, A., & Shaker Dolag, A. (2023). Determining the effectiveness of metacognitive therapy on mental rumination, emotion regulation, and psychological symptoms in female patients with high blood pressure referring to the health care clinic of North West Oil Industry. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 13(1), 1-13.
<http://jdisabilstud.org/article-1-2599-en.html> [Persian]
- Ahmadi Roghabadi, A., Bagherzadeh Golmakani, Z., Akbarzade, M., Mansouri, A. & Khodabakhsh, M. (2022). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Metacognitive

- و توان خودمراقبتی سالمندان افسرده غیر بالینی. *پژوهش پرستاری*، ۱۵(۶)، ۷۴-۶۵.
- عبدی سرکامی، ف.، میرزائی، ب.، و عباسی، ق. ا. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان بر افسردگی و خودمراقبتی در سالمندان افسرده غیربالینی. *روان‌شناسی پیری*، ۶(۳)، ۲۸۳-۲۶۹.
- عیدی‌وندی، م.، ارجمند سیاهپوش، ا.، و هارون‌رشدی، ه. (۱۴۰۴). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر نشخوار فکری و ناگویی هیجانی سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۱۱(۲)، ۱۷۲-۱۵۵.
- قادرزاد، ل.، قاسمی مطلق، م.، و مهدیان، ح. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان راه‌حل‌محور و درمان هیجان‌مدار بر تنظیم هیجانی در زنان خیانت‌دیده. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۲(۴)، ۱۳-۱.
- مرمری پور، ز.، اقدسی، ع.، و ناه‌علی، ا. (۱۴۰۴). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اضطراب مرگ و احساس تنهایی زنان سالمند مبتلا به خود بیمار انگاری. *روان‌شناسی پیری*، ۱۱(۴)، ۴۴۴-۴۲۵.
- ملکی، ب. (۱۴۰۰). رابطه تنظیم شناختی هیجان و اضطراب بیماری کرونا در سالمندان: نقش میانجی تحمل پریشانی. *روان‌شناسی پیری*، ۷(۴)، ۳۳۰-۳۱۷.
- نوروزی همایون، م.، ر.، صادقی، م.، صدیقی، م.، و حاتمی‌نژاد، م. (۱۴۰۳). رابطه حس انسجام و حمایت اجتماعی ادراک شده با تاب‌آوری: نقش میانجی راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجانی سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۱۰(۴)، ۴۲۷-۴۰۵.
- وجدانی، ن.، احمدیان، ح.، یاراحمدی، ی.، و کریمی، ک. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری و تنظیم هیجانی زنان تحت خشونت خانگی. *پویایی روانشناختی در اختلال‌های خلقی*، ۳(۲)، ۳۶-۳۳.
- وحدیدی‌مقدم، ن.، خادمی، ع.، حسین‌زاده تقوایی، م.، و زینالی، ع. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان مثبت‌نگر بر تنظیم هیجانی بیماران مبتلا به فشارخون مزمن. *نشریه پژوهش پرستاری/ایران*، ۱۹(۳)، ۵۷-۴۷.
- ولی‌زاده، ح.، مامی، ش.، سلیمان‌نژاد، ح.، و میهن‌دوست، ز. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان فراشناختی بر تنظیم هیجان و خودکارآمدی ترک افراد وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۹(۷۵)، ۱۶۰-۱۳۵.
- Therapy on Adaptive and Maladaptive Strategies of Cognitive Emotion Regulation in Patients with Substance Use Disorder undergoing Methadone Maintenance Treatment. *Research in Clinical Psychology*

- and Counseling*, 12(1), 60-78. <https://doi.org/10.30483/rijm.2023.254438.1256> [Persian]
- Bailey, R., & Wells, A. (2024). Feasibility and preliminary efficacy of metacognitive therapy for health anxiety: A pilot RCT. *Journal of Affective Disorders Reports*, 16(1), 100-151. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100751>
- Bayegan, K., Sotodehasl, N., Karami, A., & Asadzadeh Dahraei, H. (2021). Comparison of the effectiveness of metacognitive therapy and behavioral activation on executive functions of elderly people with type 2 diabetes. *Razavi International Journal of Medicine*, 9(3), 1-12. <https://doi.org/10.30483/rijm.2021.254187.1039>
- Cai, W., Pan, Y., Zhang, S., Wei, C., Dong, W., & Deng, G. (2017). Relationship between cognitive emotion regulation, social support, resilience and acute stress responses in Chinese soldiers: Exploring multiple mediation model. *Psychiatry research*, 256, 71-78. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.018>
- Dadkhah, A., & Shirin Bayan, P. (2012). Cognitive emotional regulation in aged people: Standardization of cognitive emotional regulation questionnaire in Iran. *Iranian Rehabilitation Journal*, 10(15), 7-24. <http://irj.uswr.ac.ir/article-1-302-en.html>
- Delaware, A. (2016). *Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences*. Tehran: Rushd. [Persian]
- Dinarvand, N., & Barghi Irani, Z. (2021). The Comparison of the Effectiveness of Metacognitive Therapy and Spiritual Therapy on Cognitive Dissonance and Feeling Loneliness in the Elderly living in Nursing Homes. *Aging Psychology*, 7(2), 181-197. <https://doi.org/10.22126/jap.2021.6334.1520> [Persian]
- Duygu, O. Z. E. R., Altun, O. S., & Altun, L. (2025). The effect of metacognition function of elderly individuals on healthy aging levels. *Sciety*, 14(1), 24-36. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-6597355/v1>
- Edwards, C., Wittenborn, A. K., Morgan, P., Pratt, F., & Heiden-Rootes, K. (2025). The transition to teletherapy: Experiences of emotionally focused therapists. *Family Process*, 64(1), 130-168. <https://doi.org/10.1111/famp.13068>
- Eydivand, M., Arjmand Siyahpoush, I., & Haroon Rashidi, H. (2025). The Effectiveness of Schema Therapy on Rumination and Alexithymia in Older Adults. *Aging Psychology*, 11(2), 155-174. <https://doi.org/10.22126/jap.2025.11980.1846> [Persian]
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Ghadernejad, L., Ghasemi Motlagh, M., & Mahdian, H. (2025). Comparing the Effectiveness of Solution-Focused Therapy and Emotion-Focused Therapy on Emotional Regulation in Women Who Have Been Betrayed. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 2(4), 1-13. <https://jpmbh.com/index.php/jpmbh/article/view/78> [Persian]
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(1), 3-16. <https://doi.org/10.1002/cpp.388>
- Greenberg, L., & Watson, J. (2010). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8(2), 210-224. <https://doi.org/10.1080/10503309812331332317>
- Hatamian, P., Babaei, A., & Rasoolzadeh Tabatabaei, S. (2019). Effectiveness of meta-cognitive-based training on emotion regulation and anxiety sensitivity in elderly with a history of cardiovascular disease living in elderly care homes in Tehran City. *Journal of Health and Care*, 21(4), 319-329. <http://ehj.ssu.ac.ir/article-1-151-en.html> [Persian]

- Jahangir, P., Khakpour, R., & Noorali, Z. (2024). Enhancing distress tolerance in caregivers of the elderly: A comparison of acceptance and commitment therapy (ACT) with emotion-focused therapy (EFT). *International Journal of Psychology*, 18(1), 14-26. <http://ijpb.ir/article-1-546-fa.html>
- Johnson, S. U., Hagen, R., Dammen, T., & Papageorgiou, C. (2024). Videoconference-delivered metacognitive therapy for anxiety and depression in post-COVID-19 syndrome: A baseline-controlled single-arm pilot trial. *General Hospital Psychiatry*, 88(1), 77-88. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2024.02.003>
- Lin, C. L., Chen, R., Kustanti, C. Y., Chu, H., Lee, C. K., Banda, K. J., & Chou, K. R. (2024). The effectiveness of emotion-oriented approaches on psychological outcomes and cognitive function in older adults: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Global Health*, 14(1), 41-53. <https://doi.org/10.7189/jogh.14.04123>
- Maleki, B. (2021). The Relationship Between Cognitive Emotion Regulation and Coronavirus Anxiety in the Elderly: The Mediating Role of Distress Tolerance. *Aging Psychology*, 7(4), 330-317. <https://doi.org/10.22126/jap.2021.6705.1550> [Persian]
- Marammazipoor, Z., Aghdasi, A. N., & Panah Ali, A. (2025). The Effectiveness of Schema Therapy on Death Anxiety and Loneliness in Older Women with Hypochondriasis. *Aging Psychology*, 11(4), 425-444. <https://doi.org/10.22126/jap.2025.12949.1882> [Persian]
- Merkebu, J., Kitsantas, A., Durning, S. J., & Ma, T. (2023). What is metacognitive reflection? The moderating role of metacognition on emotional regulation and reflection. *Frontiers in Education*, 8(1), 11661-11695. <https://doi.org/10.3389/educ.2023.1166195>
- Noorali, Z., Khakpour, R., & Jahangir, P. (2024). Comparison of the effects of acceptance and commitment therapy and emotion-focused therapy on mental vitality in caregivers of elderly parents. *Elderly Health Journal*, 10(2), 111-121. <http://ehj.ssu.ac.ir/article-1-330-en.html>
- Noroozi Homayoon, M., Sadeghi, M., Sadri Damirchi, E., & Hatami Nejad, M. (2024). The Relationship between Sense of Coherence and Perceived Social Support with Resilience: The Mediating Role of Adaptive Cognitive-Emotional Regulation Strategies in Older Adults. *Aging Psychology*, 10(4), 405-427. <https://doi.org/10.22126/jap.2025.11026.1801> [Persian]
- Orang, S., Saberi, H., & Taheri, A. (2023). develop and evaluate the effectiveness of emotion-based therapy on cognitive emotion regulation and death anxiety in the elderly with cancer. *The Women and Families Cultural-Educational*, 18(63), 133-152. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.26454955.1402.18.63.5.1> [Persian]
- Orang, L. , Saberi, H. & Taheri, A. (2024). Development and Effectiveness of Emotion-based Therapy on the Components of Psychological Adaptation to Cancer in the Elderly. *Psychological Achievements*, 31(1), 297-316. <https://doi.org/10.22055/psy.2023.42345.2932> [Persian]
- Payamani, S., Alipour, A., Moradi Doliskani, M. & Saffarinia, M. (2024). Comparing the effectiveness of emotion regulation training (ETF) and Gutman couple therapy on emotional regulation of married women facing divorce in Tehran. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 67(3), 1047-1068. <https://doi.org/10.22038/mjms.2024.25023> [Persian]
- Rostami M, Khosravi F, Mansouri Koryani R. (2022). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation, psychological well-being and quality of life in the elderly. *Rooyesh*. 11(4), 61-74. <http://frooyesh.ir/article-1-3547-fa.html> [Persian]
- Sadeghpour M., Mirzaian B., & Noruzi A. (2025). Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Life Therapy on Treatment Adherence in Coronary Artery Disease Patients with Anxiety Symptoms. *Rooyesh*, 14(5), 141-150.

- <http://frooyesh.ir/article-1-6281-fa.html> [Persian]
- Sadri Damirchi, E., Noroozi Homayoon, M., Gohari, F., & Rashidi, M. (2025). Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Psychodrama on Cognitive Emotion Regulation, Rumination, and Cognitive Flexibility in Athlete Students with Social Anxiety Disorder. *Sport Psychology Studies*, 14(54), 154-178. <https://doi.org/10.22089/spsyj.2025.18326.2596> [Persian]
- Shesh Boloki, F., & Haroon Rashidi, H. (2021). The Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Meta-Cognitive Beliefs and Alexithymia in the Elderly. *Aging Psychology*, 7(3), 199-210. <https://doi.org/10.22126/jap.2021.6282.1513> [Persian]
- Sheykhan, R., & Goudarzi, M. (2024). Effectiveness of emotion-focused therapy on difficulty in emotion regulation and symptom severity in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 32(2), 88-97. <http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-8194-fa.html> [Persian]
- Smith, K. E., Mason, T. B., Anderson, N. L., & Lavender, J. M. (2019). Unpacking cognitive emotion regulation in eating disorder psychopathology: The differential relationships between rumination, thought suppression, and eating disorder symptoms among men and women. *Eating behaviors*, 32, 95-100. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.01.003>
- Soleimani, B., Dastbaz, A., & Gharibi, H. (2024). The Effectiveness of Metacognitive Therapy on Mind Reading, Autobiographical Memory, and Cognitive Emotion Regulation in Students with Social Anxiety Disorder. *Applied Psychology*, 18(4), 219-243. <https://doi.org/10.48308/apsy.2024.236968.1707> [Persian]
- Sturnieks, D. L., Lloyd, L. Y., Cerda, M. T. E., Arbona, C. H., Pinilla, B. H., Martinez, P. S., & Stephen, R. L. (2025). Cognitive functioning and falls in older people: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 12(8), 1056-1088.
- <https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105638>
- Tahavvori, Z., Lashgari, M., & Taher, M. (2025). Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Schema Therapy on Coping Styles and Emotion Regulation in Women Affected by Infidelity. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 3(2), 1-14. <https://doi.org/10.22034/jmpr.2025.20494> [Persian]
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2020). World population ageing, highlights.
- Vahidi Moghadam, N., Khademi, A., Hosseinzadeh, M., & Zeinali, A. (2024). Comparison of the effectiveness of metacognitive therapy and positive therapy on emotion regulation in patients with chronic hypertension. *Iranian Journal of Nursing Research*, 19(3), 47-57. <http://ijnr.ir/article-1-2860-fa.html> [Persian]
- Valizadeh, E., Dadkhah, A., & Azkhosh, M. (2021). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Music Therapy on Cognitive Emotion Regulation in the Elderly. *Aging Psychology*, 6(4), 369-382. <https://doi.org/10.22126/jap.2021.5881.1483> [Persian]
- Valizadeh, H., Mami, S., Soleimannejad, H., & Mihandoost, Z. (2025). The effectiveness of metacognitive therapy on emotion regulation and relapse self-efficacy in individuals with substance dependence. *Research on Addiction*, 19(75), 135-160. <http://etiadpajohi.ir/article-1-3235-fa.html> [Persian]
- Vejdani, N., Ahmadian, H., Yarahamdi, Y., & Karimi, Q. (2024). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Resilience and Emotion Regulation in Women Experiencing Domestic Violence. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 3(2), 23-36. <https://doi.org/10.61838/kman.pdmd.3.2.3> [Persian]
- Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press.
- Yu, Y., Ouyang, G., Li, J., & Cao, D. (2025). Age-related differences in cognitive reappraisal: The role of cognitive function and implications for emotional regulation. *Neuroscience*, 579(1), 312-320.

- <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2025.06.022>
- Zarei, B., & Esmailzadeh, F. (2024). The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Death Anxiety and Resilience in Older Adults. *Aging Psychology*, 10(2), 262-243. <https://doi.org/10.22126/jap.2024.10598.1776> [Persian]
- Zarieh, S., Naderi, F., Bakhtiarpoor, S., & Askari, P. (2023). The effectiveness of emotion-focused therapy in cognitive emotion regulation and ego strength among cardiovascular patients with obesity. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 12(47), 119-132. <https://doi.org/10.30473/hpj.2024.66573.5712> [Persian]