

The Comparison of the Effectiveness of Metacognitive Therapy and Emotion Efficacy Therapy on Depression and Self-Care in Non-Clinical Depressed Elderly

Fatima Abdi Sarkami 
Islamic Azad University, Sari

Bahram Mirzaian  
Islamic Azad University, Sari

Ghodratollah Abbasi 
Islamic Azad University, Sari

Receive: 31.08.2020

Acceptance: 22.10.2020

Keywords: Emotion efficiency, depression, metacognition, self-care, elderly

How to cite this article:
Abdi Sarkami, F., Mirzaian, B., & Abbasi, Gh. (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.

Abstract

The elderly are exposed to psychological and social harms due to various physical, occupational, and social limitations and the symptoms of depression are common during this period that can increase their vulnerability. Consequently, The aim of this study was to compare the effectiveness of metacognitive therapy and emotion efficacy therapy on the level of depression and self-care ability in non-clinical depressed elderly. The design of the present study was quasi-experimental with pretest-posttest and control group. The statistical population included all the elderly with depressive symptoms who were members of Jahangidegan House of Sari, Iran in 2019, Among whom, 45 were selected using purposive sampling method as well as inclusion criteria and assigned randomly into two experimental and one control group (15 people in each group). The experimental groups underwent eight 90-minute metacognitive therapy and emotion efficacy therapy. Data collection tools included Geriatric Depression Scale (Yesavage et al.) and the Elderly Self-Care Questionnaire (Hemati maslak pak & Hashemloo). Data were analyzed using analysis of covariance in SPSS-21 software. The results showed that metacognitive therapy and emotion efficacy therapy are effective in improving depressive symptoms and self-care ability of non-clinical depressed elderly ($P < 0.05$), but there is no significant difference between the effectiveness of these two treatments. According to the results of this study, metacognitive therapy and emotion efficacy therapy can be effective interventions in improving depressive symptoms and strengthening self-care ability in the depressed elderly.

Fatima Abdi Sarkami, PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran; Bahram Mirzaian, Assistante Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran; Ghodratollah Abbasi, Assistante Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

✉ Correspondence concerning this article should be addressed to Bahram Mirzaian, Assistante Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Email: bahrammirzaian@gmail.com



مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان بر افسردگی و خودمراقبتی در سالمندان افسرده غیربالینی

✉ ID بهرام میرزائیان

دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

ID فاطیما عبدی سرکامی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

ID قدرت‌اله عباسی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

<p>چکیده</p> <p>سالمندان به واسطه محدودیت‌های متعدد جسمانی، شغلی و اجتماعی در معرض آسیب‌های روانی و اجتماعی قرار دارند و علائم افسردگی در این دوره شایع است که می‌تواند میزان آسیب‌پذیری را در آنها افزایش دهد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان بر سطح افسردگی و توان خودمراقبتی در سالمندان افسرده غیر بالینی انجام شد. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان دارای علائم افسردگی غیربالینی عضو خانه جهاندیدگان ساری در سال ۱۳۹۸ بود. از این بین تعداد ۴۵ نفر (با میانگین سنی ۶۲/۹۳ و انحراف معیار ۲/۱۱) به روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج مطالعه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) جایگزین شدند. گروه‌های آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان به شیوه فراشناختی یا درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها عبارت از مقیاس افسردگی سالمندان یساواگ و همکاران و پرسشنامه توانایی خود مراقبتی سالمندان همتی مسلک پاک و هاشملو بودند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و از طریق آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری تحلیل شد. نتایج نشان داد که درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان بر بهبود علائم افسردگی و توان خودمراقبتی سالمندان افسرده غیربالینی اثربخش است ($P < 0/05$) ولی تفاوت معناداری میان اثربخشی این دو روش درمانی در این مورد وجود ندارد. طبق نتایج می‌توان در طراحی برنامه‌های مرتبط با ارتقای سلامت روان سالمندان از درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان به عنوان مداخلات مؤثر در بهبود علائم افسردگی و خود مراقبتی استفاده نمود.</p>	<p>دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۱۰ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۸/۰۱</p> <p>کلیدواژه‌ها: کارآمدی هیجان، افسردگی، فراشناخت، خود مراقبتی، سالمند</p> <p>نحوه ارجاع‌دهی به مقاله: عبدی سرکامی، ف.، میرزائیان، ب.، و عباسی، ق. ا. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان بر افسردگی و خودمراقبتی در سالمندان افسرده غیربالینی. <i>روان‌شناسی پیری</i>، ۶(۳)، ۲۸۳-۲۶۹.</p>
--	---

فاطمیما عبدی سرکامی، دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران؛ بهرام میرزائیان، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران؛ قدرت‌اله عباسی، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به بهرام میرزائیان، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران باشد.

پست الکترونیکی: bahrammirzaian@gmail.com

بیماری‌های مزمن مثل بیماری قلبی و عروقی و دیابت دارد (کیم و همکاران، ۲۰۱۷). یکی از تبعات افسردگی و بی‌انگیزگی حاصل از آن در سالمندی، کاهش تمایل به انجام رفتارهای خودمراقبتی است (عباسی و همکاران، ۱۳۹۶).

خودمراقبتی^۲، فعالیتی خود توسعه‌ای جهت ارتقاء و حفظ سلامت جسمی و روانی است (چن و همکاران، ۲۰۱۵). خودمراقبتی به عنوان یکی از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، با افزایش سن که خطر ابتلا به بیماری‌ها افزایش می‌یابد از اهمیت دوچندان برخوردار می‌شود (لی و همکاران ۲۰۲۰) و در سالمندان نه تنها سبب کاهش احتمال ابتلا به بیماری‌ها یا تشدید آنها می‌شود، بلکه کاهش هزینه‌های بهداشتی، خدماتی و درمانی را نیز به دنبال دارد (او و پارک، ۲۰۱۷). خود مراقبتی در یک فرد سالمند، حکایت از پذیرش مسئولیت و مشارکت فعال وی در تأمین سلامت خود دارد (بندر و اینگرام، ۲۰۱۸). طبق یافته مطالعات، تداوم رفتارهای مراقبت از خود در سالمندی با پیامدهای مثبتی از جمله پیشگیری و به تعویق افتادن عوارض حاد و مزمن بیماری‌ها در این دوران (چن و همکاران، ۲۰۱۵)، افزایش بهزیستی روانی (زیدونیس، ۲۰۱۹)، سلامت جسمی و روانی (سو و اسمیت، ۲۰۱۷) و عدم پابندی به رفتارهای خودمراقبتی با افزایش احتمال ابتلا به بیماری‌های جسمی مزمن (رستوریک رابرز و همکاران، ۲۰۱۷) و تعداد بستری شدن (اکمانویکز و همکاران، ۲۰۱۷) همراه است. این در حالی است که مسئولیت‌پذیری در سالمندان افسرده کاهش می‌یابد؛ چرا که افسردگی به سبب تغییراتی که در خلق و انگیزه ایجاد می‌کند، فرد را به سمت ناامیدی و بی‌تفاوتی نسبت به سلامتی خود هدایت می‌نماید (عباسی و همکاران، ۱۳۹۶). بر همین اساس لازم است به دنبال شناسایی مداخلات مؤثر بر کاهش علائم افسردگی و افزایش توان خود مراقبتی در سالمندان بود و به نظر می‌رسد که درمان فراشناختی^۳ و درمان مبتنی بر کارآمدی^۴ می‌توانند مداخلاتی مؤثر در این زمینه باشند.

فراشناخت به معنای «تفکر درباره تفکر» است. رویکرد درمان فراشناختی رویکردی است که فرض را بر آن قرار داده است افراد درگیر در اختلالات هیجانی از جمله افسردگی به طور افراطی به نظارت اطلاعات درونی مانند

مطالعات جمعیت شناختی در ایران حکایت از تغییرات سریع ترکیب سنی و انتقال هرم سنی از میانسالی به سالمندی دارد (ایمانی و همکاران، ۱۳۹۴). پیش‌بینی‌های جمعیتی سازمان ملل برای نشام می‌دهد که جمعیت سالمندان ۶۵ ساله و بیشتر تا سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲۰ درصد و جمعیت ۵۰ ساله و بیشتر به بالای ۴۰ درصد خواهد رسید (مشفق و حسینی، ۱۳۹۲). این پیش‌بینی سازمان ملل نشان از حرکت در مسیر توسعه‌یافتگی و ظرفیت رو به رشد ایران دارد، چراکه سالمندی جمعیت محصول پیشرفت علوم پزشکی، بهداشت، آموزش و پرورش و در نتیجه افزایش امید به زندگی است و از طرفی نباید فراموش کرد که سالمندی جمعیت به سبب تغییرات جسمانی، شناختی و اجتماعی خود، با پیامدهای بهداشتی، درمانی، اقتصادی برای دولت‌ها همراه است. با افزایش سن، احتمال ابتلا به بیماری‌های مزمن و ناتوانی افزایش می‌یابد و به دلیل تجاری چون از دست دادن عزیزان، تنهایی، بازنشستگی و کاهش منابع درآمد، احتمال شیوع علائم افسردگی بیشتر می‌شود (تامسون و کاتیکیردی، ۲۰۱۸).

بنابراین یکی از مشکلات روان‌شناختی شایع در دوران پیری، افسردگی^۱ است. افسردگی با نشانه‌هایی چون غمگینی، کاهش علاقه یا لذت، احساس گناه، اختلال در خواب یا اشتها، احساس خستگی و کاهش تمرکز مشخص می‌شود و به عنوان بزرگترین عامل ناتوانی در جهان معرفی شده است (سو و همکاران، ۲۰۲۰). تأثیرات منفی افسردگی بر حالات ذهنی و رفتار دامنه گسترده‌ای از تغییرات در احساس ارزشمندی، امیدواری، رفتارهای خود مراقبتی و کیفیت زندگی را شامل می‌شود (بانجونگرودی و همکاران، ۲۰۲۰). پیشرفت‌های علمی حکایت از ارتباط تنگاتنگ میان عوامل شناختی، هیجانی و اجتماعی با وضعیت فیزیولوژیک و سلامت فرد دارند (کیم و همکاران، ۲۰۱۷). مطالعات نشان داده‌اند که افسردگی در سالمندی می‌تواند سبب درد مزمن جسمی (زیز و همکاران، ۲۰۱۷)، اختلال در روابط بین فردی و فعالیت روزانه (کیم و همکاران، ۲۰۱۷)، کاهش رفتارهای سلامت محور (لی، ۲۰۱۷)، کاهش کیفیت زندگی (بانجونگرودی و همکاران، ۲۰۲۰)، کاهش تبعیت از درمان و مصرف نامنظم داروها (سو و همکاران، ۲۰۲۰) سالمندان شود که خود تبعات منفی متعدد از جمله تشدید افزایش احتمال ابتلا به

² Self care

³ metacognitive therapy

⁴ emotion efficacy therapy

¹ depression

افکار و احساسات و داده‌های بیرونی مانند نشانه‌های تهدید می‌پردازند، به طوری که این نظارت افراطی مانع توجه آنها به اطلاعات جدیدی می‌شود که ممکن است باورهای منفی‌شان را تأیید نکند (ولز، ۲۰۱۱). در نتیجه آنها توسط یک سبک مدیریتی به نام سندرم شناختی-توجهی^۱ هدایت خواهند شد که شامل راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه‌ای همچون افکار تکرار شونده، اجتناب، پایش مداوم تهدید بوده و خروجی آن، راهبردهای ناسازگارانه حفظ و تداوم افکار و خلق منفی خواهد بود (ولز و همکاران، ۲۰۱۲). یافته مطالعات موجود گویای اثربخشی درمان فراشناختی در بهبود افسردگی (قدم پور و همکاران، ۱۳۹۵؛ ولز و همکاران، ۲۰۱۲؛ تورسلاند و همکاران، ۲۰۲۰؛ اسدزاده و علیلو، ۱۳۹۶؛ خیرآبادی و همکاران، ۱۳۹۶؛ اکبری و حسینی، ۱۳۹۸) و خودیاری در منزل در بیماران قلبی (ولز و همکاران، ۲۰۱۸) و آموزش فراشناختی مبتنی بر خودیاری در افراد مبتلا به وسواس (ماریتز و همکاران، ۲۰۱۰) است. گرچه مطالعه‌ای اختصاصاً به بررسی تأثیر درمان فراشناختی در سالمندان نپرداخته است، ولی یافته این مطالعات گویای اثربخشی این مداخله در بهبود افسردگی و رفتارهای خودمراقبتی در افراد مختلف است. ولز و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای با هدف اساسی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که درمان فراشناختی قادر به بهبود نشخوار، نگرانی، علائم بالینی و باورهای فراشناختی در افراد دچار افسردگی بوده و این بهبودی در دوره پیگیری ادامه داشته است. اکبری و حسینی (۱۳۹۸) در فراتحلیل مقایسه اثربخشی درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر توجه آگاهی و درمان فراشناختی به این نتیجه رسیدند که درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌های افسردگی بهتر عمل می‌کند. اسدزاده و علیلو (۱۳۹۶) در مطالعه خود نشان دادند که درمان فراشناختی اثربخشی مثبت و قابل ملاحظه‌ای در کاهش نشانه‌های جسمانی، عاطفی و شناختی افسردگی داشت. خیرآبادی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای که به بررسی مقایسه اثربخشی سیتالوپرام با مداخله فراشناختی پرداختند، به این نتیجه رسیدند که مداخله فراشناختی بر روی کاهش علائم افسردگی مؤثرتر است.

از سوی دیگر، هیجانات نقش مهمی در بروز و تشدید افسردگی و عوارض آن همچون کاهش انگیزه، انرژی،

افکار و احساسات و داده‌های بیرونی مانند نشانه‌های تهدید می‌پردازند، به طوری که این نظارت افراطی مانع توجه آنها به اطلاعات جدیدی می‌شود که ممکن است باورهای منفی‌شان را تأیید نکند (ولز، ۲۰۱۱). در نتیجه آنها توسط یک سبک مدیریتی به نام سندرم شناختی-توجهی^۱ هدایت خواهند شد که شامل راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه‌ای همچون افکار تکرار شونده، اجتناب، پایش مداوم تهدید بوده و خروجی آن، راهبردهای ناسازگارانه حفظ و تداوم افکار و خلق منفی خواهد بود (ولز و همکاران، ۲۰۱۲). یافته مطالعات موجود گویای اثربخشی درمان فراشناختی در بهبود افسردگی (قدم پور و همکاران، ۱۳۹۵؛ ولز و همکاران، ۲۰۱۲؛ تورسلاند و همکاران، ۲۰۲۰؛ اسدزاده و علیلو، ۱۳۹۶؛ خیرآبادی و همکاران، ۱۳۹۶؛ اکبری و حسینی، ۱۳۹۸) و خودیاری در منزل در بیماران قلبی (ولز و همکاران، ۲۰۱۸) و آموزش فراشناختی مبتنی بر خودیاری در افراد مبتلا به وسواس (ماریتز و همکاران، ۲۰۱۰) است. گرچه مطالعه‌ای اختصاصاً به بررسی تأثیر درمان فراشناختی در سالمندان نپرداخته است، ولی یافته این مطالعات گویای اثربخشی این مداخله در بهبود افسردگی و رفتارهای خودمراقبتی در افراد مختلف است. ولز و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای با هدف اساسی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که درمان فراشناختی قادر به بهبود نشخوار، نگرانی، علائم بالینی و باورهای فراشناختی در افراد دچار افسردگی بوده و این بهبودی در دوره پیگیری ادامه داشته است. اکبری و حسینی (۱۳۹۸) در فراتحلیل مقایسه اثربخشی درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر توجه آگاهی و درمان فراشناختی به این نتیجه رسیدند که درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌های افسردگی بهتر عمل می‌کند. اسدزاده و علیلو (۱۳۹۶) در مطالعه خود نشان دادند که درمان فراشناختی اثربخشی مثبت و قابل ملاحظه‌ای در کاهش نشانه‌های جسمانی، عاطفی و شناختی افسردگی داشت. خیرآبادی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای که به بررسی مقایسه اثربخشی سیتالوپرام با مداخله فراشناختی پرداختند، به این نتیجه رسیدند که مداخله فراشناختی بر روی کاهش علائم افسردگی مؤثرتر است.

از سوی دیگر، هیجانات نقش مهمی در بروز و تشدید افسردگی و عوارض آن همچون کاهش انگیزه، انرژی،

² transdiagnostic

³ experiential avoidance

⁴ distress Tolerance

¹ Cognitive Attention Syndrome

احتمالی درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان در بهبود علائم افسردگی و توان خود مراقبتی، پژوهش حاضر به دنبال بررسی میزان اثربخشی درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان بر افسردگی و توان خود مراقبتی در سالمندان افسرده غیربالینی و مقایسه اثربخشی این دو مداخله بر سطح افسردگی و توان خودمراقبتی در سالمندان افسرده غیر بالینی است؟

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه سالمندان دارای افسردگی غیر بالینی عضو خانه جهان‌دیدگان ساری در سال ۱۳۹۸ بود. از این بین تعداد ۵۴ نفر از سالمندانی که نمره افسردگی متوسط (نمره ۱۰-۱۹) از پرسش‌نامه افسردگی سالمندان را دریافت کردند، به روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس معیارهای ورود انتخاب و به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۸ نفر برای هر گروه) و گروه کنترل (۱۸ نفر) جایگزین شدند. در ادامه، گروه آزمایش تحت ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای درمان فراشناختی (جدول ۱) یا درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان (جدول ۲) قرار گرفت. قبل از شروع جلسات درمانی، هر سه گروه (کنترل و آزمایش) به سوالات پرسش‌نامه توانایی خودمراقبتی سالمندان و بعد از اتمام جلسات درمانی به هر دو پرسش‌نامه افسردگی سالمندان و پرسش‌نامه توانایی خودمراقبتی سالمندان به عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند. معیارهای ورود به این پژوهش عبارتند از (۱) دامنه سنی ۶۰ الی ۸۰ سال، (۲) امضای رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش، (۳) کسب نمره افسردگی متوسط از پرسش‌نامه افسردگی سالمندان (نمره ۱۰-۱۹)، (۴) نداشتن اختلالات حاد روانی، (۵) نداشتن بیماری حاد جسمانی، (۶) عدم دریافت درمان‌های دیگر بود. معیارهای خروج عبارت بود از (۱) دریافت دارو درمانی یا مداخله روانشناسی دیگر در کنار مداخله پژوهش، (۲) ابتلا به وضعیت جسمی یا روانی حادی که ادامه شرکت در جلسات درمانی را مختل سازد، (۳) غیبت شرکت‌کنندگان بیش از ۲ جلسه، (۴) عدم تمایل به حضور در پژوهش. بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به دو گروه آزمایش و یک کنترل که هر یک ۱۵ نفر شرکت‌کننده داشتند، میانگین سن سالمندان در گروه کنترل ۶۲/۹۳ سال، در

گروه درمان فراشناختی نیز ۶۲/۹۳ و در گروه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان ۶۳/۱۳ سال بود. در گروه درمان فراشناختی ۴۶/۷ درصد زن و ۵۳/۳ درصد مرد بودند. در گروه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان ۵۳/۳ درصد زن و ۴۶/۷ درصد مرد هستند. در گروه درمان فراشناختی ۸۰ درصد، در گروه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان ۹۳/۳ و در گروه کنترل ۸۶/۷ درصد متاهل بودند. در گروه کنترل ۳۳/۳ درصد، گروه درمان فراشناختی ۴۰/۰ درصد، در گروه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان ۶۰ درصد دیپلم بودند. در گروه کنترل ۲۶/۳ درصد، گروه درمان فراشناختی ۳۳/۳ درصد، در گروه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان ۱۳/۳ درصد زیر دیپلم بودند. در گروه کنترل ۲۰/۳ درصد، گروه درمان فراشناختی ۱۳/۳ درصد، در گروه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان ۶/۷۳ درصد فوق دیپلم بودند. در گروه کنترل ۲۰/۰ درصد، گروه درمان فراشناختی ۱۳/۳ درصد، در گروه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان ۲۰/۰ درصد لیسانس و بالاتر بودند.

مقیاس افسردگی سالمندان^۱. این پرسش‌نامه که شامل ۳۰ سوال است، توسط یساواگ و همکاران در سال ۱۹۸۲ برای سنجش موضوعات دخیل در افسردگی سالمندان طراحی شد. پاسخ‌های آن دو گزینه‌ای (بله، خیر) است که بر اساس کلید آزمون به صورت صفر و یک نمره گذاری می‌شود. نمره بین صفر تا ۹ بدون افسردگی، ۱۰ تا ۱۹ افسردگی متوسط و ۲۰ تا ۳۰ افسردگی شدید است. همسانی درونی مقیاس افسردگی سالمندان مناسب گزارش شده است (آلفای کرونباخ ۰/۹۴) و در روش دو نیمه کردن نیز ضریب همبستگی ۰/۷۸ به دست آمده است. همچنین ثبات درونی مقیاس، در روش باز آزمایی با یک هفته فاصله، همبستگی ۰/۸۵ را نشان داده است. در روایی همزمان نیز شرایط مناسبی داشته و ضریب همبستگی آن با مقیاس ژونگ ۰/۸۳ و با افسردگی همیلتون ۰/۸۴ به دست آمد (یساواگ و همکاران، ۱۹۸۲). این آزمون توسط ملکوتی و همکاران (۲۰۰۶)، در ایران هنجاریابی شده و آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و آزمون-باز آزمون ۰/۵۸ توسط آنها بدست آمده است. همچنین، آنها در مطالعه خود روایی سازه و همزمان این آزمون را بررسی و مورد تأیید قرار دادند. در این مطالعه پایایی پرسش‌نامه بر اساس مقدار آلفای کرونباخ ۰/۷۰۹ بدست آمد.

^۱ geriatric depression scale

فرازشیصی^۲ به راهبردهایی اشاره دارد که افراد از آنها برای وقوع، تشدید و ابراز دامنه گستردهای از هیجانات استفاده می‌کنند (متیو و وست، ۲۰۱۶/۱۳۹۷). به نظر می‌رسد سه مکانیسم فرازشیصی بیشترین سهم را در بدتنظیمی هیجانی بازی می‌کنند: عدم تحمل پریشانی، اجتناب هیجانی بالا و تفکر منفی تکرار شونده (متیو و وست، ۲۰۱۶/۱۳۹۷). درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی درمان جدیدی است که معتقد است سه مکانیسم فرازشیصی عدم تحمل پریشانی، اجتناب هیجانی بالا و تفکر منفی تکرار شونده بیشترین سهم را در بدتنظیمی هیجانی بازی می‌کنند (متیو و وست، ۲۰۱۶/۱۳۹۷). در درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، مهارت‌های مقابله‌ای کلیدی رفتار درمانی دیالکتیکی با مؤلفه‌های پذیرش، ذهن‌آگاهی و فرآیندهای شفاف‌سازی ارزش‌ها در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در بافت مواجهه هیجانی ترکیب می‌شوند. در جدول ۲ به گزارش شرح جلسات درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان مورد کاربرد در این مطالعه پرداخته شده است. این درمان در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای صورت پذیرفت.

روش اجرا

برای اجرای این مطالعه در ابتدا مجوز لازم از کمیته اخلاق دانشگاه با کد IR.IAU.SARI.REC.1398.110 اخذ گردید. پس از اخذ مجوز از مراجع زیربط جهت دسترسی به پرونده ۱۰۰۰ نفر از اعضای خانه جهان‌دیدگان ساری که به عنوان اولین باغچه توانبخشی شناختی سالمندان در کشور افتتاح شده است، پرونده‌ها بررسی و تماس تلفنی جهت اطلاع رسانی برای شرکت در دوره درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان با افرادی که طبق پرونده الکترونیکی دارای اختلال افسردگی بودند، برقرار شد. با احتساب ۲۰ درصد ریزش، تعداد ۵۴ نفر از میان ۱۰۰ نفر داوطلبی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند انتخاب و در دو گروه آزمایشی (هر گروه ۱۸ نفر) و یک گروه کنترل (۱۸ نفر) به طور تصادفی جایگزین شدند. در نهایت ریزش ۵ نفر از اعضا در طی مراحل پژوهش پژوهشگر را وادار کرد تا در پایان مطالعه به کمک قرعه کشی ۴ نفر دیگر را نیز به طور تصادفی انتخاب و از مطالعه خارج و هر گروه را ۱۵ نفری نماید. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان به شیوه فراشناختی (جدول ۱) یا درمان مبتنی بر

پرسش‌نامه توانایی خودمراقبتی سالمندان. ابزار توانایی خودمراقبتی در سالمندان بر اساس نظریه کلی اورم توسط همتی مسلک پاک و هاشملو در سال ۱۳۹۴ طراحی و روان‌سنجی شده است. این پرسش‌نامه متشکل از ۴۰ سوال به صورت لیکرت ۴ گزینه‌ای است. پاسخ به هر یک از آیت‌ها به صورت لیکرت ۴ گزینه‌ای از هرگز (۱)، به ندرت (۲)، گاهی مواقع (۳)، اغلب (۴) است. این پرسش‌نامه دارای ابعاد مراقبت از خود جسمی، مراقبت از خود روزانه، مراقبت از خود عاطفی، مراقبت از خود اجتماعی، مراقبت از خود به هنگام بیماری است. دامنه نمرات ۴۰ تا ۱۶۰ بوده و نمره بالاتر نشان دهنده توانایی خودمراقبتی بالاتر است. همتی مسلک پاک و هاشملو (۱۳۹۴) روایی صوری و محتوا پرسش‌نامه را مورد تأیید قرار دادند. همچنین آنها روایی سازه این پرسش‌نامه را با تحلیل عاملی مورد بررسی قرار داده و با تأیید سازه ۵ عاملی آن را تأیید کردند و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۶ گزارش دادند که مؤید همسانی درونی بالای پرسش‌نامه بود (همتی مسلک پاک و هاشملو، ۱۳۹۴). در این مطالعه پایایی این پرسش‌نامه تحت آلفای کرونباخ در کل ابزار ۰/۷۴۳ بدست آمد.

درمان فراشناختی. درمان فراشناختی رویکردی است که فرض را بر آن قرار داده است افراد درگیر در اختلالات هیجانی از جمله افسردگی به طور افراطی به نظارت اطلاعات درونی مانند افکار و احساسات و داده‌های بیرونی مانند نشانه‌های تهدید می‌پردازند، به طوری که این نظارت افراطی مانع توجه آنها به اطلاعات جدیدی می‌شود که ممکن است باورهای منفی‌شان را تأیید نکند (ولز، ۲۰۱۱). این درمان بیمار را به گسیختن نشخوارهای فکری، کاهش تمایلات خودنظارتی غیرسودمند و ایجاد سبک‌های سازگاران قادر می‌سازد و هدف آن گسترش کنترل و آگاهی فراشناختی قابل انعطاف در بیمار است و از اینکه پردازش اطلاعات به صورت نگرانی و نشخوار فکری و بازنگری و تهدید انجام گیرد جلوگیری می‌نماید (ولز و سمی، ۲۰۰۴). در جدول ۱ به گزارش شرح جلسات درمان فراشناختی مورد کاربرد در این مطالعه پرداخته شده است. این درمان در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای صورت پذیرفت.

درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان^۱. تحت عنوان درمان‌های هیجان‌مدار شناخته می‌شوند. رویکرد

² transdiagnostic approach

¹ emotion efficacy therap

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و با روش آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری و چند متغیری برای مقایسه نمرات پس از آزمون هر متغیر با کنترل اثر پیش آزمون آن متغیر به عنوان کوواریت انجام شد.

کارآمدی هیجان قرار گرفت (جدول ۲) قرار گرفت. جلسات مداخله توسط روان‌شناس آموزش دیده در محل کلینیک جهاندیدگان واقع در پارک ولایت ساری انجام شد. در پایان پژوهش برای رعایت اصول اخلاقی مقرر شد تا گروه کنترل نیز به مدت یک ماه و نیم تحت درمان فراشناختی قرار گیرد تا از مزایای این درمان بهره مند شود. تجزیه و

جدول ۱

خلاصه‌ای از پروتکل درمان فراشناختی (ولز، ۲۰۱۱)

جلسه	محتوای جلسات
اول	طراحی فرمول‌بندی موردی، آشناسازی با مدل فراشناختی، شناسایی و برچسب زنی دوره‌های اندیشناکی (فراآگاهی افزایی)، تمرین تکنیک آموزش توجه.
دوم	مرور تکلیف منزل و تکمیل مقیاس افسردگی اساسی، به ویژه زمان اندیشناکی و باورهای منفی مرتبط با کنترل ناپذیری اندیشناکی، معرفی و تمرین توجه آگاهی انفصالی، معرفی و به تعویق انداختن اندیشناکی، به عنوان آزمایشی برای اصلاح باورهای مرتبط با کنترل ناپذیری اندیشناکی.
سوم	مرور تکلیف منزل و تکمیل مقیاس افسردگی اساسی، به ویژه زمان اندیشناکی و باورهای منفی مرتبط با کنترل ناپذیری اندیشناکی، شناسایی برانگیزاننده‌های اندیشناکی و انجام توجه آگاهی انفصالی (مقابله فعال با اندیشناکی از طریق تمرین به تعویق انداختن اندیشناکی در جلسه درمان، چالش‌ورزی با باورهای فراشناختی منفی مرتبط با کنترل ناپذیری اندیشناکی، شناسایی سطوح فعالیت و شیوه مقابله اجتنابی.
چهارم	مرور تکلیف منزل و تکمیل مقیاس افسردگی اساسی، به ویژه زمان اندیشناکی و باورهای منفی مرتبط با کنترل ناپذیری اندیشناکی، سطوح فعالیت، واری اجرای به تعویق انداختن اندیشناکی در مورد حداقل ۷۵٪ از برانگیزاننده‌ها و به طول نیانجامیدن دوره‌های اندیشناکی بیشتر از ۲ دقیقه، چالش‌ورزی با باورهای فراشناختی مثبت مرتبط با اندیشناکی.
پنجم	مرور تکلیف منزل و تکمیل مقیاس افسردگی اساسی، به ویژه زمان اندیشناکی و باورهای فراشناختی مثبت، سطوح فعالیت و مقابله‌های ناکارآمد، واری به کارگیری مداوم و گسترده توجه آگاهی انفصالی، ادامه چالش‌ورزی با باورهای فراشناختی مثبت مرتبط با اندیشناکی، مرور سطوح فعالیت و توصیه‌هایی برای توسعه آن (شناسایی و متوقف کردن سایر مقابله‌های ناکارآمد. برای مثال خواب زیاد).
ششم	مرور تکلیف منزل و تکمیل مقیاس افسردگی اساسی، به ویژه زمان اندیشناکی و باورهای فراشناختی، مقابله ناکارآمد، شناسایی و چالش‌ورزی با باورهای منفی مرتبط با هیجان و افسردگی.
هفتم	مرور تکلیف منزل و تکمیل مقیاس افسردگی اساسی، به ویژه زمان اندیشناکی و باورهای فراشناختی مثبت، سطوح فعالیت و مقابله‌های ناکارآمد، کار بر روی طراحی برنامه پردازشی جدید (تکمیل برگه خلاصه برنامه جدید و ارائه رونوشتی از آن به بیمار)، شناسایی و غلبه بر ترس‌های بیمار درباره بازگشت افسردگی، تمرین تکنیک آموزش توجه دشواری تکلیف افزایش یابد.
هشتم	مرور تکلیف منزل و تکمیل مقیاس افسردگی اساسی، پیشگیری از عود: تکمیل طرح کلی درمان، کار بر روی باورهای فراشناختی باقیمانده، پیش‌بینی برانگیزاننده‌های احتمالی و بحث درباره شیوه به کارگیری برنامه پردازشی جدید، برنامه‌ریزی برای جلسه تقویتی.

جدول ۲

خلاصه‌ای از پروتکل درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان (متیو و وست، ۲۰۱۶/۱۳۹۷)

جلسه	محتوای جلسات
اول	خوشامدگویی و تکمیل ابزارهای اندازه‌گیری پیش از درمان، معرفی رهبر و اعضای گروه، معرفی مختصر درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان و ساختار آن، آموزش روانی در مورد هیجان‌ها از طریق فیلم آموزشی و آگاهی از هیجان، تمرین تماشای هیجان‌ها، معرفی تمرین مهارت‌ها و ثبت نتایج تمرین مهارت‌ها
دوم	آموزش پیرامون کارکرد مغز در بعد هیجان، آموزش روانی در مورد پذیرش ذهن آگاهانه، تمرین پذیرش ذهن آگاهانه، معرفی اجتناب هیجانی، آموزش روانی درباره موج سواری روی هیجان و مواجهه و تمرین
سوم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، آموزش روانی درباره لحظه انتخاب، معرفی عمل مبتنی بر ارزش‌ها، تمرین وایت برد با ارزش‌ها و موانع هیجانی، تمرین عمل مبتنی بر ارزش‌ها با استفاده از مواجهه تصویری و بازخورد
چهارم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، تمرین هیولاها در اتوبوس، عمل مبتنی بر ارزش‌ها با استفاده از مواجهه تصویری و بازخورد
پنجم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، آموزش روانی درباره مقابله ذهن آگاهانه، معرفی تن‌آرامی و خود تن‌آرامی، تمرین مهارت‌های تن‌آرامی و خود آرام‌سازی همراه با مواجهه هیجانی و بازخورد
ششم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، آموزش روانی در ارتباط با افکار مقابله‌ای، تمرین افکار مقابله‌ای از طریق مواجهه با هیجان و بازخورد، آموزش روانی درباره پذیرش بنیادین، تمرین درباره پذیرش بنیادین از طریق مواجهه با هیجان و بازخورد.
هفتم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، آموزش روانی درباره توجه برگردانی و وقت استراحت، توجه برگردانی همراه با مواجهه تصویری یا هیجانی و بازخورد، معرفی طرح کارآمدی هیجان فردی
هشتم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور برنامه کارآمدی هیجانی شخصی، دریافت بازخورد و رفع اشکال، مواجهه تصویری یا هیجانی با استفاده از مهارت درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و دریافت بازخورد، درجه بندی کارآمدی هیجانی، سخنان پایانی و قدردانی

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد نمرات سه گروه در متغیرهای مطالعه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳

اطلاعات توصیفی مربوط به بهزیستی افسردگی و خودمراقبتی دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه					
	کنترل		درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی		درمان فراشناختی	
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون
افسردگی	میانگین (م.ا)	میانگین (م.ا)	میانگین (م.ا)	میانگین (م.ا)	میانگین (م.ا)	میانگین (م.ا)
خودمراقبتی جسمانی	۱۴/۴۰ (۲/۴۷)	۱۲/۸۰ (۱/۴۷)	۸/۸۶ (۲/۷۲)	۱۳/۷۳ (۱/۷۰)	۹/۰۰ (۲/۹۷)	۱۳/۴۰ (۱/۷۲)
خودمراقبتی روانانه	۲۸/۳۰ (۳/۴۴)	۲۸/۳۳ (۳/۴۹)	۳۱/۷۳ (۲/۶۶)	۲۸/۹۳ (۲/۶۳)	۲۸/۶۰ (۲/۶۶)	۲۵/۰۶ (۲/۶۵)
خودمراقبتی عاطفی	۲۴/۰۸ (۰/۱۱)	۲۴/۰۰ (۰/۱۵)	۲۳/۹۷ (۰/۲۹)	۲۳/۹۳ (۰/۲۵)	۲۴/۰۰ (۰/۰۰)	۲۴/۰۰ (۰/۰۰)
خودمراقبتی اجتماعی	۱۷/۶۵ (۱/۱۲)	۱۷/۶۰ (۱/۲۹)	۲۱/۰۶ (۲/۰۱)	۱۹/۳۳ (۱/۳۹)	۲۲/۰۰ (۱/۶۱)	۱۹/۶۰ (۱/۵۰)
خودمراقبتی در بیماری	۳۷/۲۶ (۲/۴۰)	۳۷/۰۰ (۲/۳۶)	۳۷/۴۰ (۲/۱۶)	۳۴/۴۰ (۴/۲۲)	۳۸/۴۰ (۱/۵۱)	۳۷/۵۳ (۲/۵۵)
خودمراقبتی کل	۱۳۵/۵۳ (۵/۰۱)	۱۳۵/۲۶ (۴/۷۲)	۱۴۱/۸۰ (۵/۷۱)	۱۳۰/۸۶ (۸/۵۰)	۱۴۹/۲۶ (۲/۸۹)	۱۳۹/۹۳ (۳/۶۹)

طبق جدول ۳، فراشناخت درمانی و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان با کاهش نمره افسردگی و افزایش نمره خود مراقبتی همراه است در حالی که در گروه کنترل چنین تغییری مشهود نیست. به منظور مقایسه سه گروه در نمره افسردگی و نمره کل خود مراقبتی، از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین در مورد افسردگی ($F=1/17$ $P=0/331 > 0/05$) و نمره خود مراقبتی ($F=1/98$ $P=0/183 > 0/05$) بود که به لحاظ آماری معنی‌دار نبود و بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید شد. مفروضه همگونی ضرایب رگرسیون از طریق

بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون هر متغیر وابسته بر پس‌آزمون آن انجام شد میزان F در سطح $0/05$ برای افسردگی ($F=0/42$ $P=0/07 > 0/05$) و خودمراقبتی ($F=0/37$ $P=0/11 > 0/05$) معنادار نبودند. بنابراین مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون برقرار بود. برای تعیین نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که مقدار به دست آمده برای متغیر افسردگی و خودمراقبتی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر دو گروه آزمایش و کنترل در سطح $0/01$ معنادار نبود و نشان‌دهنده طبیعی بودن توزیع جامعه بود. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، استفاده از این آزمون مجاز است و بنابراین این آزمون انجام شد.

جدول ۴

نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت نمرات بین گروه‌ها در افسردگی و خودمراقبتی

متغیر	منبع تغییرات	SS	DF	MS	F	Sig	ضریب اتا
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۹/۲۸	۱۲	۱۹/۲۸	۲/۶۹	۰/۱۱	۰/۰۶
	گروه	۳۱۸/۰۹	۲	۱۵۹/۰۴	۲۲/۱۷	۰/۰۰	۰/۵۲
	خطا	۲۹۴/۰۵	۴۱	۷/۱۷			
توان خودمراقبتی کل	پیش‌آزمون	۵۴۷/۷۴	۱	۵۴۷/۷۴	۵۹/۵۱	۰/۰۰	۰/۵۹
	گروه	۱۰۰۴/۰۱	۲	۵۰۲/۰۰	۵۴/۵۵	۰/۰۰	۰/۷۲
	خطا	۳۷۷/۳۲	۴۱	۹/۲۰			
توان خود مراقبتی جسمانی	پیش‌آزمون	۸/۷۹	۱	۸/۷۹	۴/۲۴	۰/۰۵	۰/۱۰
	گروه	۷۰/۴۸	۲	۳۵/۲۴	۱۷/۰۰	۰/۰۰	۰/۴۸
	خطا	۷۶/۶۸	۳۷	۲/۰۷			
توان خود مراقبتی روزانه	پیش‌آزمون	۰/۰۰	۱	۰/۰۰			
	گروه	۰/۰۰	۲	۰/۰۰			
	خطا	۰/۰۰	۳۷	۰/۰۰			
توان خود مراقبتی عاطفی	پیش‌آزمون	۰/۵۳	۱	۰/۵۳	۰/۲۲	۰/۶۴	۰/۰۰
	گروه	۶۷/۵۷	۲	۳۳/۷۸	۱۳/۹۶	۰/۰۰	۰/۴۳
	خطا	۸۹/۵۳	۳۷	۲/۴۲			
توان خود مراقبتی اجتماعی	پیش‌آزمون	۲/۱۳	۱	۲/۱۳	۰/۷۳	۰/۳۹	۰/۰۲
	گروه	۹۰/۲۷	۲	۴۵/۱۴	۱۵/۵۹	۰/۰۰	۰/۴۵
	خطا	۱۰۷/۱۲	۳۷	۲/۸۹			
توان خود مراقبتی حین بیماری	پیش‌آزمون	۰/۱۰	۱	۰/۱۰	۰/۰۹	۰/۷۶	۰/۰۰
	گروه	۱۰/۲۹	۲	۵/۱۴	۴/۶۱	۰/۰۱	۰/۲۰
	خطا	۴۱/۲۷	۳۷	۱/۱۱			

وجود دارد ($F=۸/۰۳$, $P<۰/۰۰۱$ ، ویکلز، لامبدای ویکلز، $F=۰/۲۶$). همچنین برای مقایسه سه گروه در هر یک از این متغیرها به عنوان یک متغیر وابسته از آزمون اثرات بین شرکت‌کنندگان در متن آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است. طبق نتایج، بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها بر روی نمره پس‌آزمون، اثر گروهی در نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های خودمراقبتی (بجز مؤلفه توان خودمراقبتی روزانه) معنی‌دار شده است و در نمرات مؤلفه‌های خودمراقبتی پس‌آزمون‌ها، بین میانگین‌های گروه‌های آزمایشی و کنترل، تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

نتایج تحلیل کواریانس در جدول ۴ نشان دهنده آن است که با کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون افسردگی ($F=(۲,۴۱)۲۲/۱۷$, $P=۰/۰۰۰$) و نمرات کل خودمراقبتی ($F=(۲,۴۱)۵۴/۵۵$, $P=۰/۰۰۰$) معنادار است. به طوری که بعد از انجام مداخله، نمرات افسردگی کاهش و خودمراقبتی افزایش معنادار داشته است.

به منظور مقایسه تفاوت گروه‌ها در خرده‌مقیاس‌های توان خودمراقبتی، از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد، بین سه گروه از جهت ترکیب خطی خرده‌مقیاس‌های توان خودمراقبتی که در مرحله بعد از مداخله ایجاد شده است، تفاوت معناداری

جدول ۵

آزمون تعقیبی بن‌فرونی تفاوت اثربخشی درمان فراشناختی و درمان کارآمدی هیجان بر افسردگی و خودمراقبتی

متغیر	گروه	کنترل		درمان کارآمدی هیجان	
		اختلاف میانگین	معنی‌داری	اختلاف میانگین	معنی‌داری
افسردگی	درمان کارآمدی هیجان	-۶/۵۴	۰/۰۰۱		
	درمان فراشناختی	-۶/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۱۴	۰/۸۰۴
خودمراقبتی	درمان کارآمدی هیجان	۸/۲۷	۰/۰۰۱		
	درمان فراشناختی	۹/۵۳	۰/۰۰۱	۱/۲۶	۰/۱۷۳

علائم افسردگی و افزایش توان خودمراقبتی در سالمندان افسرده غیربالینی بود.

فرضیه اول این مطالعه مبنی بر اینکه که درمان فراشناختی موجب کاهش افسردگی در سالمندان افسرده غیربالینی می‌شود تأیید شد که این یافته با مطالعات قدم پور و همکاران (۱۳۹۵)؛ ولز و همکاران (۲۰۱۲)؛ تورسلاند و همکاران (۲۰۲۰)؛ اسدزاده و علیلو (۱۳۹۶)؛ خیرآبادی و همکاران (۱۳۹۶)؛ اکبری و حسینی (۱۳۹۸) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، بر طبق دیدگاه فراشناختی عامل اصلی در تداوم افسردگی، نشخوار فکری است و شواهد حاکی از تأثیر منفی نشخوار فکری بر هیجان، تداوم خلق افسرده و سوگیری در تفکر و رفتارها است (ولز، ۲۰۱۱). با توجه به اینکه در فراشناخت درمانی نشخوارهای ذهنی و عقاید مثبت و منفی راجع به آن یکی از اهداف اصلی مداخله را تشکیل می‌دهند، می‌توان فرض نمود به دنبال کاهش نشخوارهای ذهنی و عقاید مثبت و منفی در مورد آنها، خلق افسرده نیز کاهش پیدا کرده و در نتیجه این امر کاهش نشانه‌های افسردگی به دلیل کاهش

طبق جدول ۵، بین درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان با گروه کنترل بر کاهش افسردگی ($M=-۶/۵۴$, $P=۰/۰۰۱$) و افزایش خودمراقبتی ($M=۸/۲۷$, $P=۰/۰۰۱$) تفاوت معنادار وجود دارد. تفاوت بین درمان فراشناختی با گروه کنترل بر کاهش افسردگی ($M=-۶/۴۰$, $P=۰/۰۰۱$) و افزایش خودمراقبتی ($M=۹/۵۳$, $P=۰/۰۰۱$) معنادار است. تفاوت بین درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان بر افسردگی ($M=۰/۱۴$, $P=۰/۸۰۴$) و خودمراقبتی ($M=۱/۲۶$, $P=۰/۱۷۳$) غیرمعنادار بود و بنابراین، علی‌رغم اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان و درمان فراشناختی بر افسردگی و خودمراقبتی، تفاوت معناداری میان اثربخشی این دو روش بر این متغیرها وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان بر سطح افسردگی و توان خودمراقبتی در سالمندان افسرده غیربالینی انجام شده است. نتایج این پژوهش حاکی از تأثیر معنی‌دار درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان بر کاهش

باورهای فراشناختی صورت پذیرفته است. به طور کلی می‌توان گفت درمان فراشناختی به دلیل کاهش باورهای فراشناختی دخیل در تداوم نشانه‌های افسردگی منجر به کنترل مکانیسم‌های زیربنایی علایم شناختی، هیجانی و رفتاری می‌شود (ولز و سمبی، ۲۰۰۴). مدل فراشناختی بر خلاف مدل شناختی متمرکز بر فرایندهای شکل‌گیری شناخت‌واره‌ها (فراشناخت‌واره) به جای کنترل مستقیم شناخت‌واره‌ها است و با مورد هدف قرار دادن عوامل سطح بالای کنترل شناخت نه تنها باورهای غیرمنطقی بلکه راهبردهای ناکارآمد رفتاری افسرده‌ساز را نیز کاهش می‌دهد (ولز و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین بر اساس نظریه‌های پردازش شناختی، شیوه پردازش محرک‌های محیطی، به میزان توجه‌ای که به هر محرک اختصاص می‌یابد مربوط می‌شود. توجه و تمرکز به محرک‌ها درونی و بیرونی عاملی است که تعیین می‌کند منابع شناختی ما به کدام هدف اختصاص یابند و چه رفتاری انجام شود، و هرگونه انحراف توجه می‌تواند به رفتار مختل از جمله علائم افسردگی و اضطرابی منجر شود (ولز، ۲۰۱۱). درمان فراشناختی افسردگی بر کاهش فرایندهای شناختی غیرسودمند و تسهیل سبک‌های فراشناختی پردازش، تمرکز دارد. این درمان بیمار را به گسیختن نشخوارهای فکری، کاهش تمایلات خودنظارتی غیرسودمند و ایجاد سبک‌های سازگارانه قادر می‌سازد و هدف آن گسترش کنترل و آگاهی فراشناختی قابل انعطاف در بیمار است و از اینکه پردازش اطلاعات به صورت نگرانی و نشخوار فکری و بازنگری و تهدید انجام گیرد جلوگیری می‌نماید (ولز و سمبی، ۲۰۰۴).

فرضیه دوم این مطالعه مبنی بر اینکه که درمان فراشناختی موجب افزایش توان خودمراقبتی در سالمندان افسرده غیربالینی می‌شود، تأیید شد که این یافته با نتایج مطالعات (ولز و همکاران، ۲۰۱۸؛ ماریتز و همکاران، ۲۰۱۰) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان فراشناختی می‌تواند از طریق تکنیک آموزش توجه موجب اصلاح سوگیری توجه، و اولویت‌بندی‌های زندگی افراد و در نتیجه بهبود خلق و رفتارهای آنها از جمله رفتارهای سلامت محور مانند خودمراقبتی در آنها شود. افسردگی حتی در سطح غیربالینی سبب تغییرات ملموسی در تمرکز، شیوه تصمیم‌گیری، تغییر در اشتها، تغییر در میزان فعالیت و خواب و تغییراتی در احساس

ارزشمندی در فرد می‌شود، تغییراتی که به سبب آن در رفتارهای خود مراقبتی فرد سالمند از جمله تغذیه مناسب، فعالیت‌های روزانه متناسب با سن، روابط اجتماعی اختلال ایجاد می‌کند. اختلال در رفتارهای خودمراقبتی در فرد افسرده سبب ایجاد سیکل معیوب و تشدید خلق افسرده می‌شود. این در حالی است که فراشناخت درمانی با کمک به بهبود خلق و علائم افسردگی در یک فرد سالمند می‌تواند به بهبود رفتارهای خودمراقبتی وی نیز کمک کند. فرضیه سوم این مطالعه مبنی بر اینکه که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی موجب کاهش علائم افسردگی در سالمندان افسرده غیربالینی می‌شود، تأیید شد که این یافته با نتایج مطالعات مک‌کی و وست (۲۰۱۶) و متیو و وست (۲۰۱۶) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی در کاهش عدم تحمل پریشانی، اجتناب هیجانی و علائم بدتنظیمی هیجانی و یافته مطالعات چنگ و همکاران (۲۰۱۷) و کلادیوس و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر اثربخشی فنون درمان‌های هیجان محور بر افسردگی است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، مسیرهای عصبی از طریق یادگیری و حافظه ایجاد و حفظ می‌شوند. بعد از اینکه یادگیری به وقوع پیوست، این مسیرها در پاسخ به نشانه‌های درونی (نشانه‌های شناختی، هیجانی، بدنی) و نشانه‌های بیرونی (در محیط)، شبیه به آنچه قبلاً ذخیره شده است، دوباره فعال می‌شوند و بنابراین پاسخ‌های هیجانی به صورت خودکار ظاهر می‌شوند. زمانی که این پاسخ‌های آموخته شده ناسازگارانه باشد موجب رنج شده و خلق منفی و در نتیجه افسردگی را سبب می‌شوند. یافته مطالعات حاکی از آن هستند که یادگیری جدید، موضوع کلیدی برای تغییر پاسخ‌های هیجانی و در نتیجه آن تغییر الگوهای رفتاری است و این یادگیری جدید باید در برگرفته تمام مؤلفه‌های شناختی، عاطفی، بدنی و رفتاری باشد (اسزیمانسکی و اودوناو، ۱۹۹۵). این بدان معنا است که برای تسهیل پاسخ‌های جدید به تجارب دردناک که منجر به افسردگی می‌شوند باید یادگیری جدیدی رخ دهد و از آنجایی که یادگیری و حافظه از طریق رمزگردانی تجارب ایجاد می‌شود، تمام مؤلفه‌های ادراکی و حسی برای یادگیری جدید ضروری هستند. در درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، یادگیری فراهیجانی؛ از طریق فعال سازی تمام مؤلفه‌های شناختی، بدنی و عاطفی مسیرهای عصبی رفتارهای جدید را ایجاد می‌کنند. از سوی دیگر

کنیم یا مطابق ارزش‌هایمان) و کاهش پریشانی هیجانی در مواجهه مستقیم با هیجانات سریع‌تر و مؤثرتر یاد گرفته می‌شود. در این درمان درمانجویان هدایت می‌شوند تا هم از طریق مواجهه با هیجان و هم مواجهه تصویری با تجارب هیجانی درونی و بیرونی دشوار مواجه شوند. در حقیقت این درمان با ادغام مؤلفه‌های آگاهی از هیجان، پذیرش آن و عمل مبتنی بر ارزش‌ها و مقابله ذهن آگاهانه در بافت تمرین مهارت‌های مبتنی بر مواجهه، به افراد می‌آموزد که پریشانی خود را تحمل کنند، در صورت نیاز هیجانات را کاهش دهند و انتخاب‌هایی همسو با ارزش‌هایشان انجام دهند. انتخاب‌هایی که در نهایت منجر به افزایش رفتارهای خودمراقبتی و کاهش پاسخ‌های ناسازگارانه خواهد شد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نداشتن مرحله پیگیری به علت بیماری کرونا و به سبب حفظ سلامت سالمندان اشاره نمود. عدم تمایل سالمندان برای شرکت در مطالعه و دشواری در جلب همکاری و حفظ انگیزه آنها برای تداوم مشارکت از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود که وجود علائم افسردگی در آنها، بر پیچیدگی این امر می‌افزود. از دیگر محدودیت‌ها، دشواری کار با گروه تحت مطالعه بود و آموزش مطالب مربوط به هر مداخله درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی به سالمندان شرکت‌کننده با مشکلاتی همراه بود. همچنین اینکه این پژوهش صرفاً در شهرستان ساری و بر روی سالمندان این جامعه انجام شد و بنابراین باید در تعمیم نتایج محتاط بود. پیشنهاد می‌شود تا مطالعات بعدی بر روی جمعیت وسیع‌تر و با در نظر گرفتن انجام دوره پیگیری صورت پذیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود کارایی درمان‌های مبتنی بر کارآمدی هیجان و درمان فراشناختی بر متغیرهای دیگر در این گروه سنی دیگر بررسی شود.

سیاس‌گذاری

در نهایت از تمامی سالمندانی که در این پژوهش ما را همراهی نمودند و تمامی مسئولین که در این پژوهش به پژوهشگر اجازه دسترسی به اطلاعات مورد نیاز را دادند تشکر می‌کنیم.

منابع

اسدزاده، ا.، و علیلو، م. (۱۳۹۶). تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر علایم افسردگی و امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱(۲۹)، ۶۹-۹۵.

برخی مطالعات نشان می‌دهند که چنانچه هم در فرآیند مواجهه (یادگیری) و هم در فرآیند بازیابی (یادآوری) حالت عاطفی یکسانی تجربه شود، یادآوری اطلاعات به میزان زیادی افزایش خواهد یافت (اسزیمانسکی و اودوناوو، ۱۹۹۵). این امر یادگیری وابسته به حالت نام دارد و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی از طریق مواجهه، به یادگیری وابسته به حالت، نیرو می‌بخشد که این امر یادگیری جدید در حالت‌های هیجانی فعال شده را تسهیل می‌نماید.

فرضیه چهارم این مطالعه مبنی بر اینکه که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی موجب افزایش توان خودمراقبتی در در سالمندان افسرده غیربالینی می‌شود، تأیید شد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، بدتنظیمی هیجانی تقریباً به طور کامل میانجی بدتنظیمی رفتاری است (مک کی و وست، ۲۰۱۶). بنابراین چنانچه بدتنظیمی هیجانی به طریق درست اصلاح شود می‌تواند بدتنظیمی رفتاری را که منجر به رفتارهای خودآسیب رسان (از جمله بی‌توجهی به رژیم مناسب غذایی، کم‌حرکی) می‌گردد را کاهش دهد (مک کی و وست، ۲۰۱۶). درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی با مکانیسم‌های خود می‌تواند این کار را انجام دهد. سه مکانیسم فراتشخیصی عدم تحمل پریشانی چشمگیر، اجتناب هیجانی بالا و نشخوار/نگرانی زیاد (تفکر منفی تکرار شونده) بیشترین سهم را در بدتنظیمی هیجانی بازی می‌کنند و درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی این مکانیسم‌ها را هدف قرار می‌دهد (کلادیوس و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان افراد می‌توانند با استفاده از راهبردهای سازگارانه جدید و برقراری روابط تازه با هیجانات خود از رنج کشیدن اجتناب کنند. در این درمان درمانجو می‌آموزد تا درد را بپذیرد و برای پاسخ به هیجانات برانگیخته شده از راهبردهای سازگارانه جدید استفاده کند (کلمانسکی و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین باید گفت که الگوهای رفتاری محصول تلاقی عواملی هستند که در مسیرهای عصبی از زمان تولد به هم متصل می‌شوند و در طول زمان شکل گرفته و عملکرد و تجارب را شکل می‌دهند (هانسون، ۲۰۰۹). چیزی که باعث می‌شود این درمان به طور منحصر به فردی مؤثر واقع شود آموزش مهارت‌های مقابله ذهن آگاهانه در حالت فعال برانگیختگی هیجانی است. مهارت مشاهده کردن و تحمل هیجانات، شناسایی لحظه انتخاب (زمانی که انتخاب می‌کنیم مطابق هیجان زودگذر رفتار

- therapies, mindfulness-based therapies and metacognitive therapies (2001-2007). *Journal of Clinical Psychology & Personality, 17*(1), 175-189. [Persian]
- Asadzadeh, A., & Alilo, M. (2017). The Study of the effectiveness of metacognitive therapy on depressive symptoms and life expectancy of women with breast cancer. *Clinical Psychology Studies, 8*(29), 69-95. [Persian]
- Banjongrewadee, M., Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., Pipanmekaporn, T., Punjasawadwong, Y., & Mueankwan, S. (2020). The Role of perceived stress and cognitive function on the relationship between neuroticism and depression among the elderly: a structural equation model approach. *BMC Psychiatry, 20*(1), Article 25.
- Bender, A., & Ingram, R. (2018). Connecting attachment style to resilience: Contributions of self-care and self-efficacy. *Personality and Individual Differences, 130*(1), 18-20
- Chen, M. F., Wang, R. H., & Hung, S. L. (2015). Predicting health-promoting self-care behaviors in people with pre-diabetes by applying Bandura social learning theory. *Applied Nursing Research, 28*(4), 299-304
- Cheng, M. Y., Wang, M. J., Chang, M. Y., Zhang, R. X., Gu, C. F., & Zhao, Y. H. (2020). Relationship between resilience and insomnia among the middle-aged and elderly: mediating role of maladaptive emotion regulation strategies. *Psychology, Health & Medicine, 3*(1), 1-12.
- Cludius, B., Mennin, D., & Ehring, T. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion, 20*(1), 37-44.
- Ghadampour, E. G., Azizi, A., & Mohammadi, J. (2016). The Efficacy of Detached Mindfulness in Meta-Cognitive Therapy on Postpartum Depression. *Journal of Nursing Education, 5*(5), 17-22. [Persian]
- Hanson, R. (2009). *Buddha's brain: The Practical neuroscience of happiness, love, and wisdom*. New Harbinger Publications.
- Hemmati Maslak Pak, M., & Hashemlo, L. (2015). Design and psychometric properties of a self-care questionnaire for the elderly. *Iranian Journal of Ageing, 10*(3), 120-131. [Persian]
- Imani, A., Dastgiri, S., & Azizi Zeinalhajlou, A. (2015). Population aging and burden of اکبری، م.، و حسینی، ز. (۱۳۹۸). فراتحلیل مقایسه اثربخشی درمان‌های موج سوم رفتاری بر افسردگی در ایران: مقایسه درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر توجه‌آگاهی و درمان فراشناختی (سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۶). *روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۷*(۱)، ۱۷۵-۱۸۹.
- ایمانی، ع.، دستگیری، س.، و عزیزی زین الحاجلو، ا. (۱۳۹۴). سالمندی جمعیت و بار بیماری‌ها (مطالعه مروری). *تصویر سلامت، ۶*(۲)، ۴۳-۵۴.
- ترکی، ی.، حاجی کاظمی، ا.، باستانی، ف.، و حقانی، ح. (۱۳۹۰). خودکارآمدی عمومی ساکنین سرای سالمندی. *نشریه پرستاری ایران، ۲۴*(۳)، ۶۲-۵۵.
- خیرآبادی، غ.، یوسفیان، ز.، قاسمی، ن.، زمانی، م.، و مراثی، م. (۱۳۹۶). بررسی مقایسه‌ای اثربخشی سیتالوپرام و مداخله فراشناختی بر شدت افسردگی در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۳۵*(۴۴۷)، ۱۲۴۸-۱۲۴۲.
- عباسی، م.، قدمپور، ع.، و حجتی، م. (۱۳۹۶). نقش خودمراقبتی، تاب‌آوری و ناامیدی در افسردگی سالمندان مبتلا به بیماری‌های قلبی. *روانشناسی پیری، ۳*(۳)، ۱۸۱-۱۸۸.
- قدمپور، ع.، عزیزی، ا.، و محمدی، ج. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراشناختی ذهن‌آگاهی انفضالی بر افسردگی پس از زایمان. *آموزش پرستاری، ۵*(۵)، ۱۷-۲۲.
- متیو، م.، و وست، ا. (۱۳۹۷). *درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی* (ترجمه ش. محمدخانی، ا. اکبری، و م. خالقی). تهران: ابن سینا. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۶)
- مشفق، م.، و حسینی، ق. (۱۳۹۲). آینده پژوهی تغییرات جمعیتی ایران طی دوره ۱۳۹۰ تا ۱۴۲۰. *مجله معرفت فرهنگی اجتماعی، ۴*(۱۳)، ۴۲-۲۱.
- همتی مسلک‌پاک، م.، و هاشملو، ل. (۱۳۹۴). طراحی و روان‌سنجی پرسش‌نامه خودمراقبتی سالمندان. *مجله سالمندی ایران، ۱۰*(۳)، ۱۳۱-۱۲۰.

References

- Abbasi, M., Ghadampour, A., & Hojati, M. (2017). The Role of self-care, resilience and despair on depression in the elderly with heart diseases. *Aging Psychology, 3*(3), 181-188. [Persian]
- Akbari, M., & Hosseini, Z. (2019). Meta-analysis comparing the effectiveness of third wave behavioral therapies on depression in Iran: A comparison of acceptance and commitment-based

- diseases (A Review). *Depiction of Health*, 6 (2), 43-54. [Persian]
- Khairabadi, G., Yousefian, Z., Ghasemi, N., Zamani, M., & Marathi, M. (2017). Comparison of citalopram and metacognitive therapy on depression in patients with major depressive disorder. *Journal of Isfahan Medical School*, 35(447), 1242-1248. [Persian]
- Kim, H., Kim, H. S., & Choi, Y. M. (2017). Depression, interpersonal relationship, daily living stress, daily activity disorder, and health related quality of life from the participation of female elderly in health promoting program. *Transylvanian Review*, 1(2), 44-56.
- Lee, H., Kim, J. M., & Moon, J. Y. (2020). Patient-centered counseling program using health coaching to promote self-care among elderly hypertension patients in the rural area of South Korea. *Korean Journal of Health Education*, 37(2), 112-118.
- Lee, S. H. (2017). Moderating effects of interpersonal relation and social network on the relationship between depression and health behavior in elderly. *Journal of Digital Convergence*, 15(9), 397-406.
- Malakouti, K., Fathollahi, P., Mirabzadeh, A., Salavati, M., & Kahani, S. H. (2006). Validation of geriatric depression scale (GDS-15) in Iran. *Research in Medicine*, 30(4), 361-369.
- Matthew, M., & West, A. (2016). *Emotion Efficacy Therapy* (Sh. Mohammad Khani, E Akbari, M Khaleghi, Trans.). Ebn-Sina Publications. [Persian]
- McKay, M., & West, A. (2016). *Emotion efficacy therapy: A brief, exposure-based treatment for emotion regulation integrating ACT and DBT*. New Harbinger Publications.
- Moritz, S., Jelinek, L., Hauschildt, M., & Naber, D. (2010). How to treat the untreated: effectiveness of a self-help metacognitive training program (myMCT) for obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(2), 209-217.
- Moshfeq, M., & Hosseini, Q. (2013). Future study of demographic changes in Iran during the period 1390 to 1420. *Journal of Socio-Cultural Knowledge*, 4(13), 21-42. [Persian]
- Oh, J. H., & Park, E. (2017). The impact of health literacy on self-care behaviors among hypertensive elderly. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 34(1), 35-45.
- Restorick Roberts, A., Betts Adams, K., & Beckett Warner, C. (2017). Effects of chronic illness on daily life and barriers to self-care for older women: A mixed-methods exploration. *Journal of Women & Aging*, 29(2), 126-136.
- Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical Psychology Review*, 72, 101751.
- Seo, H., Lee, G. J., Shon, H. C., Kong, H. H., Oh, M., Cho, H., & Lee, C. J. (2020). Factors Affecting compliance with weight-bearing restriction and the amount of weight-bearing in the elderly with femur or pelvic fractures. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 44(2), 109.
- Sun, J. K., & Smith, J. (2017). Self-perceptions of aging and perceived barriers to care: Reasons for health care delay. *The Gerontologist*, 57(suppl_2), S216-S226.
- Szymanski, J., & O'Donohue, W. (1995). The potential role of state-dependent learning in cognitive therapy with spider phobics. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 13(2), 131-150.
- Thomson, R. M., & Katikireddi, S. V. (2018). Mental health and the jilted generation: Using age-period-cohort analysis to assess differential trends in young people's mental health following the Great Recession and austerity in England. *Social Science & Medicine*, 214, 133-143.
- Thorslund, J., McEvoy, P. M., & Anderson, R. A. (2020). Group metacognitive therapy for adolescents with anxiety and depressive disorders: A pilot study. *Journal of Clinical Psychology*, 76(4), 625-645.
- Torki, Y., Hajikazemi, E., Bastani, F., & Haghani, H. (2011). General self-efficacy in elderly living in rest-homes. *Iran Journal of Nursing*, 24(73), 55-62. [Persian]
- Uchmanowicz, I., Jankowska-Polańska, B., Mazur, G., & Froelicher, E. S. (2017). Cognitive deficits and self-care behaviors

- in elderly adults with heart failure. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 1565.
- Vanderlind, W. M., Millgram, Y., Baskin-Sommers, A. R., Clark, M. S., & Joormann, J. (2020). Understanding positive emotion deficits in depression: From emotion preferences to emotion regulation. *Clinical Psychology Review*, 76, 101826.
- Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford press.
- Wells, A., & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(4), 365-377.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour Research and Therapy*, 50(6), 367-373.
- Wells, A., McNicol, K., Reeves, D., Salmon, P., Davies, L., Heagerty, A., Gaffney, H., Heal, C., Shields, G., & Capobianco, L. (2018). Metacognitive therapy home-based self-help for cardiac rehabilitation patients experiencing anxiety and depressive symptoms: study protocol for a feasibility randomised controlled trial (PATHWAY Home-MCT). *Trials*, 19(1), 444.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
- Ziedonis, D. (2019). Looking for the healthy aging pathways to subjective well-being: the road to personal empowerment and enhanced self-care. *International Psychogeriatrics*, 31(4), 451-453.
- Zis, P., Daskalaki, A., Bountouni, I., Sykioti, P., Varrassi, G., & Paladini, A. (2017). Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 709.