

اثربخشی بهزیستی درمانگری بر احساس تنهایی و تنظیم شناختی هیجان سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی  
 مصطفی رضانی اول<sup>۱</sup>، حسن احدی<sup>۲</sup>، پرویز عسگری<sup>۳</sup>، حمید نجات<sup>۴</sup>

## The effectiveness of well-being therapy on loneliness and cognitive emotion regulation in older adults with non-clinical depression

Mostafa Ramezani Aval<sup>1</sup>, Hasan Ahadi<sup>2</sup>, Parviz Asgari<sup>3</sup>, Hamid Nejat<sup>4</sup>

### چکیده

**زمینه:** احساس تنهایی می تواند سبب افسردگی در سالمندان شود. اما مسئله اصلی اینست، آیا بهزیستی درمانگری بر احساس تنهایی و تنظیم شناختی هیجان سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی تأثیر دارد؟ **هدف:** اثربخشی بهزیستی درمانگری بر احساس تنهایی و تنظیم شناختی هیجان سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی بود. **روش:** پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه سالمندان (زن و مرد) بین ۶۵ سال تا ۸۵ سال، ساکن در خانه سالمندان نشاط شهر مشهد، بودند. تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری تصادفی ساده به عنوان نمونه انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه به صورت تصادفی جایگزین شدند. ابزار پژوهش عبارتند از: پرسشنامه احساس تنهایی راسل (۱۹۹۶)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۱)، پرسشنامه افسردگی سالمندان یساویچ (۱۹۹۳) و پروتکل هشت جلسه ای بهزیستی درمانگری (کوک ارن و کلیش ۲۰۱۷). نتایج با روش آنالیز واریانس انجام شد. **یافته ها:** نتایج نشان داد، بهزیستی درمانگری بر احساس تنهایی و تنظیم شناختی هیجان تأثیر معناداری داشت ( $P < 0/05$ ). **نتیجه گیری:** می توان برای کاهش احساس تنهایی و بهبود تنظیم شناختی هیجان سالمندان و از بهزیستی درمانگری بهره جست. **واژه کلیدها:** بهزیستی درمانگری، احساس تنهایی، تنظیم شناختی هیجان، سالمندان، افسردگی غیر بالینی

**Background:** Feeling lonely can cause depression in the elderly. But the key question is, does therapeutic well-being affect the feeling of loneliness and cognitive emotion regulation in elderly people with non-clinical depression? **Aims:** The efficacy of therapeutic well-being was on the feeling of loneliness and cognitive emotion regulation in elderly patients with non-clinical depression. **Method:** This research was a quasi-experimental study with pre-test and post-test with control group. The statistical population of the study included all elderly (male and female) aged 65 to 85 years living in Nashat nursing home in Mashhad. Thirty individuals were selected by simple random sampling method and were randomly assigned into two groups of 15 experimental and control groups. Research instruments included Russell's Loneliness Questionnaire (1996), Garnefsky's Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, Craig & Spinhaun's (2001), Yasavig's Elderly Depression Questionnaire (1993), and the eight-session Therapeutic Well-being Protocol (Cook Ern & Clich 2017). Results were analyzed by ANOVA. **Results:** The results showed that well-being therapy had a significant effect on loneliness and cognitive emotion regulation ( $P < 0/05$ ). **Conclusions:** Wealth therapy and well-being can be used to reduce loneliness and improve cognitive emotion regulation in the elderly. **Key Words:** Well-being therapy, loneliness, cognitive emotion regulation, elderly, non-clinical depression

Corresponding Author: drhahadi5@gmail.com

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

<sup>۱</sup> Ph.D Student in Psychology, Kish International Unit, Islamic Azad University, Kish Island, Iran

<sup>۲</sup> استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> Professor, Department of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

<sup>۳</sup> دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

<sup>۳</sup> Associate Professor, Department of Psychology, Ahwaz Branch, Islamic Azad University, Ahwaz, Iran

<sup>۴</sup> استادیار، گروه روانشناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران

<sup>۴</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۱۱/۲۶

دریافت: ۹۸/۱۰/۲۰

## مقدمه

سالمندی مرحله‌ای از زندگی انسان است که به طور طبیعی با کاهش توانایی‌های جسمانی و روانی همراه است. از سوی دیگر، بهبود شرایط اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در جوامع در حال توسعه به ویژه ایران و بالا رفتن امید به زندگی، موجب افزایش قابل ملاحظه جمعیت سالمندان شده است. بر این اساس طبق یک برآورد پیش‌بینی می‌شود جمعیت ۵ میلیونی سالمندان ایران در سال (۱۴۲۸) به حدود ۲۶ میلیون نفر برسد (سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، ۱۳۸۵).

بر اساس سرشماری سال (۱۳۹۰) بیش از ۶ میلیون نفر (۸/۲ درصد) از جمعیت ایران را افراد ۶۰ ساله و بالاتر تشکیل می‌دهند. بر اساس برآوردهای بین‌المللی، از سال (۱۴۱۹) جمعیت سالمندان ایران نسبت به سایر نقاط و حتی میانگین جهان رشد سریع‌تری خواهد داشت. همچنین تا سال (۱۴۲۴) از میانگین رشد جمعیت سالمند جهان و در طی ۵ سال پس از آن نیز از آسیا پیشی خواهد گرفت (احراری، مُشکی و بهرامی، ۱۳۹۴).

از سوی دیگر، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که حدود ۱۵ تا ۲۵ درصد افراد مسن دچار مشکلات روانی مهمی هستند و از اختلالاتی مانند افسردگی، اختلالات شناختی<sup>۱</sup>، اضطراب، ترس و اعتیاد رنج برده و دست به خودکشی می‌زنند. افسردگی شایع‌ترین مشکل سالمندان بوده و علت اصلی ایجاد ناتوانی در جهان است و پیش‌بینی شده تا سال (۲۰۲۰) به دومین بیماری دارای بار اقتصادی و انسانی، تبدیل شود (شجاعی مطلق و همکاران، ۱۳۹۵).

روابط اجتماعی بین فردی سالمندان، بخش مهمی از زندگی آنها است که تأثیر بسزایی بر سلامت جسم و روح ایشان دارد (ژو هبیر و تیان، ۲۰۱۹). یکی از موضوعاتی که در زمینه‌ی روابط بین فردی در دهه‌های گذشته مورد توجه بسیاری از روانشناسان قرار گرفته است، احساس تنهایی<sup>۲</sup> است (گالگو و سگرین، ۲۰۱۸). تنهایی، احساس ناخوشایندی است که در نتیجه‌ی کاستی در روابط اجتماعی فرد به صورت کمی و کیفی و دسترسی نداشتن به روابط نزدیک و مطلوب با دیگران به وجود می‌آید (بارلو، لئو و وراش، ۲۰۱۵).

شواهد نشان می‌دهد احساس تنهایی پدیده‌های گسترده و فراگیر است و سالمندان، در معرض خطر بالاتری از احساس تنهایی هستند (دیولامینگ و همکاران، ۲۰۱۰). در پژوهش پیرنیوم، کولارد، و

ناردینگ (۲۰۱۵) با هدف "ارتباط بین افسردگی و احساس تنهایی در افراد مسن و تأثیر حمایت اجتماعی بر آن" به این نتیجه دست یافتند که افسردگی با تنهایی به شدت همراه است اما با انزوای اجتماعی مرتبط نیست.

هولواست، بورگر، مارویک و ورهاک (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای که در مورد احساس تنهایی در ارتباط با پیش‌آگهی ضعیف و افسردگی در اواخر عمر انجام دادند دریافتند که تنهایی به طور مستقل با نشانه‌های افسردگی شدید در ارتباط است.

یکی از عوامل احتمالی تأثیرگذار بر اختلالات طبیعی از جمله افسردگی، وجود نوعی اختلال در نظم هیجانی است (گراس، ۲۰۱۵). نقص در تنظیم هیجانی به عنوان یک عامل خطر مهم در ایجاد و نگهداری افسردگی نقش دارد (برکینگ، ویتز، اسوالدی و هافمن، ۲۰۱۴) و پژوهش‌های انجام شده، نقش راهبردهای شناختی تنظیم هیجان بر افسردگی را نشان داده است (آلداو، نولن - هوکسما و شوایزر، ۲۰۱۰). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دلالت بر شیوه شناختی دست‌کاری ورود اطلاعات فراخوانده هیجان دارد (تامپسون، ۱۹۹۱؛ به نقل از گراس، ۲۰۱۵).

تنظیم هیجان شامل استفاده از راهبردهای رفتاری و شناختی برای تغییر در طول زمان یا شدت تجربه یک هیجان است و مشخص شده است که افراد در مواجهه با رویدادهای تشنگر، از راهبردهای نظم‌جویی هیجان متفاوتی برای اصلاح یا تعدیل تجربه هیجانی خود استفاده می‌کنند (تامپسون، ۲۰۰۷).

در طول چند دهه‌ی اخیر، مطالعاتی در اینباره صورت گرفته است که نشان دهنده علاقه‌مندی به ارزیابی، پیگیری، بهبود کیفیت و سلامت سالمندان در بین محققان و پژوهشگران در سرتاسر دنیا به عنوان هدفی مهم است. خزایی، شمسی پور و دوازده امامی (۱۳۹۷) در مطالعه خود نشان دادند بهزیستی درمانگری گروهی بر رضایت زناشویی و بهزیستی روانشناختی زنان خانه‌دار مؤثر است. فاوا و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که بهزیستی درمانگری در دراز مدت می‌تواند نشانه‌ها و علائم افسردگی اساسی را کاهش دهد. در مطالعه دیگری از فاوا و همکاران، (۲۰۰۵)، نشان داده شد که انجام چهار جلسه WBT متعاقب هشت جلسه CBT بر روی بیماران مبتلا به GAD منجر به افزایش بهبودی می‌شود.

2. Loneliness

1. Cognitive disorder

مداخلات روانشناختی و یا روان پزشکی و غیبت بیش از دو جلسه درمان) صورت گرفت. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش برای گروه گواه بعد از پژوهش جلسات درمانگری گذاشته شد و همچنین در مورد محرمانه بودن اطلاعات به نمونه‌های پژوهش اطمینان داده شد. بدین ترتیب داده‌های مورد نیاز جمع‌آوری و در نهایت با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و آزمون واریانس و آزمون تعقیبی برونفرونی تحلیل شد.

### ابزار

پرسشنامه افسردگی سالمندان (GDS-15)<sup>۱</sup>: پرسشنامه‌ی افسردگی سالمندان (GDS-15) با هدف تشخیص علائم افسردگی در سالمندان تدوین گردیده است که در مطالعات بالینی و غربالگری، به‌طور وسیعی مورد استفاده قرار می‌گیرد. فرم اولیه آن دارای ۳۰ سؤال می‌باشد که هر یک از سؤالات پاسخ صفر یا یک یا به عبارتی همان بله یا خیر را در بر می‌گیرد. کسب نمره ۵ و بالاتر: بدین معناست که احتمال افسردگی وجود دارد، ولی این احتمال کم است و کسب نمره ۱۰ و بالاتر بدین معناست که احتمال افسردگی وجود دارد و این احتمال زیاد است. این آزمون توسط ملکوتی، فتح‌الهی، میراب‌زاده، صلواتی و کهنی (۱۳۸۵) در ایران هنجاریابی شده است و آلفای کرونباخ ۰.۹ گزارش شده است. این آزمون در تحقیقات مختلفی در داخل و خارج از کشور مورد استفاده قرار گرفته است و قابلیت اعتماد بالایی را نشان داده است. فرم ایرانی این آزمون، دارای ۱۵ سؤال می‌باشد و از پایایی و قابلیت اعتماد مناسبی برای انجام مطالعات غربالگری به ویژه در مناطق شهری برخوردار است. ضریب پایایی کل پرسشنامه در نمونه‌ی پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد.

پرسشنامه احساس تنهایی UCLA<sup>۲</sup> (نسخه سوم): در این تحقیق از مقیاس احساس تنهایی UCLA استفاده می‌شود که توسط راسل (۱۹۹۶) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۰ گویه است که براساس مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی و اغلب) تنظیم شده که به ترتیب نمره ۱ تا ۴ به آنها اختصاص می‌یابد عبارات ۱، ۴، ۵، ۶، ۹، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۰ به صورت معکوس نمره-گذاری می‌شوند. ضریب پایایی درونی برای این مقیاس ۰/۹۴ محاسبه شده است و ضریب پایایی بازآزمون آن ۰/۷۳ گزارش شد.

همچنین با در نظر گرفتن افسردگی در زندگی سالمندان و با عنایت به این موضوع که بهزیستی درمانگری بر احساس تنهایی و تنظیم شناختی هیجان سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی تأثیر دارد، بهزیستی درمانگری در سال‌های اخیر در زمینه مشکلات سالمندان بسیار تأثیرگذار بوده است، بنابر این انجام پژوهش‌های تطبیقی در این زمینه می‌تواند نقاط قوت و ضعف بهزیستی درمانگری را مشخص کند. با توجه به اینکه طبق بررسی‌های پژوهشگر پژوهشی که به تأثیر بهزیستی درمانگری بر احساس تنهایی و تنظیم شناختی هیجان سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی تأثیر پرداخته باشد یافت نشد لذا پژوهش حاضر در صدد پاسخ به این مسئله می‌باشد که آیا بهزیستی درمانگری بر احساس تنهایی و تنظیم شناختی هیجان سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی تأثیر دارد؟

### روش

این پژوهش از نوع مطالعه نیمه‌آزمایشی بود و با استفاده از طرح گروه‌های نامعادل (آزمایش و گواه) با پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری انجام شد. طرح کلی این پژوهش در جدول ۱ آمده است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه سالمندان (زن و مرد) بین ۶۵ سال تا ۸۵ سال، ساکن در خانه سالمندان نشاط شهر مشهد، بودند. تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده به عنوان نمونه انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه به صورت تصادفی جایگزین شدند.

جدول ۱. طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه گواه

پیگیری	پس‌آزمون	آموزش	پیش‌آزمون	گروه	نمونه‌گیری
T <sub>3</sub>	T <sub>2</sub>	X1	T <sub>1</sub>	E1	Non-R
T <sub>3</sub>	T <sub>2</sub>	-	T <sub>1</sub>	C	Non-R

پس از شناسایی سالمندان گروه نمونه که براساس ملاک‌ها و آزمون‌های ورود (حداقل تحصیلات در سطح پنجم ابتدایی، کسب نمره‌ی خفیف تا متوسط در آزمون افسردگی سالمندان (GDS-15)، کسب نمره ۷ و یا بیشتر در آزمون کوتاه شناختی (AMTS) و رضایت آگاهانه نسبت به شرکت در پژوهش) و خروج (وجود بیماری صعب‌العلاج جسمی و یا روان‌پزشکی مانند (سرطان، MS، آلزایمر، دمانس)، قرار داشتن تحت درمان دارویی یا سایر

2. (University of California, Los Angeles) Loneliness Scale

1. Geriatric Depression Scale

جلسه چهارم: بررسی افکار، باورها و نحوه خود نظارتی ثبت شده دفتر یادداشت روزانه افراد گروه به منظور شناسایی دقیق تر حوزه های بهزیستی افراد که تحت تأثیر افکار و باورها قرار گرفته می باشد.

جلسه پنجم: ادامه ی ترغیب اعضا در تشخیص افکار و باورهایی که موجب اختلال در بهزیستی فرد می شود، ارائه تکالیف طبقه بندی شده پیشرفته تر و تشویق و ترغیب اعضا در انجام تکالیف روزانه و همچنین انجام برخی تکنیک ها و مداخلات شناخت درمانگری توسط درمان گر.

جلسه ششم: ادامه موضوع جلسه قبل و تأکید مجدد بر خود نظارت گری و ترغیب مجدد اعضا در جهت جستجو و همچنین درگیر شدن با تجارب خوشایند و فعالیت های مطلوب.

جلسه هفتم: در این مرحله درمان گر به شناسایی دقیق تری از اختلال احتمالی عملکرد و یا آشفتگی در هر یک از شش حوزه بهزیستی روانشناختی (بر اساس مدل ریف) افراد گروه نموده و بطور اختصاصی در همان حوزه های مشکل دار، مداخلات لازم جهت بازسازی شناختی و ارتقاء بهزیستی روانشناختی اعضا گروه را انجام می دهد.

جلسه هشتم: آموزش مختصر موضوعات تکمیلی و پیشرفته تر لازم بر اساس مدل ریف جهت دستیابی به بهزیستی روانشناختی بالاتر، مرور و جمع بندی پایان جلسات.

### یافته ها

در تحلیل داده ها ابتدا ویژگی های دموگرافیک در دو گروه پژوهش ارائه و بررسی شد.

در جدول زیر سن و تحصیلات شرکت کنندگان به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه آورده شده است.

جدول ۲. سن و تحصیلات شرکت کنندگان به تفکیک گروه ها					
sig	٪	آزمایش		اطلاعات دموگرافیک	
		گواه فراوانی	آزمایش فراوانی	سن	تحصیلات
۰/۴۰۳	۰/۷۰۱	۱۱	۹	۶۵ تا ۷۵ سال	سن
		۳	۵	۷۶ تا ۸۵ سال	
۰/۹۴۴	۰/۸۱۵	۴	۲	سیکل	تحصیلات
		۶	۷	دیپلم	
		۲	۳	کاردانی	
		۲	۲	کارشناسی	

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ-P)<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط گارنفسکی، کرایج و اسپنهایون (۲۰۰۱) در کشور هلند تدوین شده و دارای دو نسخه انگلیسی و هلندی است. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان یک پرسشنامه چندبعدی است که جهت شناسایی راهبردهای کنار آمدن شناختی پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت های منفی مورد استفاده قرار می گیرد. این پرسشنامه که بر روی افراد بالای ۱۲ سال قابل استفاده می باشد، یک ابزار خود گزارشی است دارای ۳۶ ماده می باشد. خرده مقیاس های مذکور شامل ۹ راهبرد شناختی، خودسرزنشگری، پذیرش، نشخوار فکری، توجه مثبت مجدد، تمرکز بر برنامه ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت، تحت نظر قرار دادن دیگران، فاجعه آمیز تلقی کردن، و سرزنش دیگری می شود. سؤالات بر روی یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت، از هرگز تا همیشه پاسخ داده می شود. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها از ۰/۷۳ تا ۰/۸۰ و ضریب پایانی بازآزمایی (بعد ۵ ماه) برای خرده مقیاس ها از ۰/۴۱ تا ۰/۵۹ به دست آمده است. پروتکل هشت جلسه ای بهزیستی درمانگری (کوک ارن و کلیش ۲۰۱۷):

جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و درمان گر، بیان قوانین گروه، توضیح در مورد روند جلسات بهزیستی درمانگری و توصیف بهزیستی روانشناختی و چگونگی ثبت لحظات تجربه بهزیستی در دفتر یادداشت اختصاص داده شده به هر عضو گروه و انجام پیش آزمون.

جلسه دوم: گفتگوی اعضا در ارتباط با تجربه های احتمالی لحظات بهزیستی و شرح مجدد نحوه نگارش و ثبت وضعیت و تجاری روزانه اعضا در مقیاس صفر تا صد، عدد صفر بیان گر عدم حضور و وجود بهزیستی و عدد یکصد، بیان گر حداکثر تجربه بهزیستی می باشد.

جلسه سوم: توضیح در مورد شناسایی، تشخیص افکار و باورهایی که منجر به تخریب بهزیستی روانشناختی می گردند و آموزش گروهی و ارائه تکالیف خانگی انفرادی و فعالیت های مرتبط به تک تک اعضا.

<sup>۱</sup>. Cognitive emotion regulation questionnaire-Persian

همانگونه که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد دو گروه در متغیرهای سن و تحصیلات تقریباً همگن می‌باشند. نتایج آزمون خی دو نیز نشان دهنده تفاوت دو گروه از نظر سن و تحصیلات معنادار نمی‌باشد ( $P < 0/05$ ). به منظور بررسی تأثیر روش بهزیستی درمانگری بر نمرات احساس تنهایی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از روش تحلیل واریانس مختلط (یک عامل درون آزمودنی‌ها و یک عامل بین آزمودنی‌ها) استفاده شد. مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به عنوان عامل درون آزمودنی و گروه‌بندی آزمودنی‌ها در دو گروه به عنوان یک عامل بین آزمودنی در نظر گرفته شدند. به منظور بررسی تفاوت معنی‌دار بین میانگین‌های احساس تنهایی در دو گروه در مراحل سه‌گانه درمانگری، ابتدا مفروضه‌های همگنی واریانس‌ها و کرویت بررسی شد. نتایج در جدول ۲ و ۳ ارائه شده است.

متغیرها شاخص	احساس تنهایی
df	۲
Mauchly's W	۰/۵۸۶
Sig	۰/۰۰۱

همانگونه که مشاهده می‌شود فرض کرویت برقرار نیست ( $P < 0/05$ ) بر این اساس در آزمون فرضیه‌ها از معیار گرین هاوس گیزر<sup>۱</sup> استفاده می‌شود تا تقریب دقیق‌تری بدست آید و نتایج تحلیل واریانس درون گروهی با توجه به عدم برقراری مفروضه کرویت محاسبه می‌گردد، خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط برای عوامل درون گروهی و بین گروهی در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۵ معنادار است ( $F = 4/46, P < 0/05$ ). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات احساس تنهایی در مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری درمانگری تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل درمانگری محاسبه شد. نتایج در جدول ۶ مشاهده می‌شود.

متغیرها شاخص	احساس تنهایی
df	۱
df	۲۶
F	۰/۰۳۷
Sig	۰/۸۴۹

همانگونه که مشاهده می‌شود فرض تساوی واریانس‌ها برقرار است ( $P < 0/05$ ). واریانس تفاوت بین همه ترکیب‌های مربوط به

شاخص آماری		SS	Df	MS	F	Sig	اندازه اثر
آزمون (تکرار اندازه‌گیری)		۹۳/۱۶۲	۷۹/۱	۲۵/۹۱	۴۶/۴	۰/۲/۰	۱۵/۰
درون گروهی		۰۲/۳۸۱	۷۹/۱	۴۰/۲۱۳	۴۳/۱۰	۰۰/۰	۲۹/۰
خطا		۰۵/۹۵۰	۴۲/۴۶	۴۷/۲۰	-	-	-
بین گروهی		۳۰/۶۲۴	۰۰/۱	۳۰/۶۲۴	۸۵/۴	۰۴/۰	۱۶/۰
خطا		۶۰/۳۳۴۸	۰۰/۲۶	۷۹/۱۲۸	-	-	-

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی داری
احساس تنهایی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۲/۸۲	۰/۰۴
	پیش‌آزمون - پیگیری	۳/۰۷	۰/۰۳
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۲۵	۰/۹۹

<sup>۱</sup>. Greenhouse-Geisser

جدول ۷. آزمون F لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها در گروه‌های گواه و آزمایش		
متغیرها شاخص	تنظیم شناختی هیجان	تنظیم شناختی هیجان
	سازش یافته	سازش نیافتده
۱df	۱	۱
۲df	۲۶	۲۶
F	۰/۰۱	۳/۲۸
sig	۰/۹۸	۰/۰۸

همان گونه که مشاهده می‌شود فرض تساوی واریانس‌ها برقرار است ( $P < ۰/۰۵$ ) واریانس تفاوت بین همه ترکیب‌های مربوط به گروه‌ها (کرویت) باید یکسان باشد. برای بررسی این مفروضه از آزمون کرویت محلی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ ذکر گردیده است.

جدول ۸. آزمون کرویت محلی بررسی همگنی کواریانس‌ها		
متغیرها شاخص	تنظیم شناختی هیجان	تنظیم شناختی هیجان
	سازش یافته	سازش نیافتده
df	۲	۲
Mauchly's W	۰/۰۹	۰/۱۰
sig	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

همان گونه که مشاهده می‌شود فرض کرویت برقرار نیست ( $P < ۰/۰۵$ ) بر این اساس در آزمون فرضیه‌ها از معیار گرین هاوس گیزر استفاده می‌شود تا تقریب دقیق تری بدست آید و نتایج تحلیل واریانس درون گروهی با توجه به عدم برقراری مفروضه کرویت محاسبه می‌گردد. در اینجا نتایج آزمون‌های چندمتغیری ارائه می‌شود.

جدول ۹. آزمون تحلیل واریانس چند متغیری نمرات ابعاد تنظیم شناختی هیجان در دو گروه						
شاخص آماری	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	Sig
اثر						ضریب ایما
بین گروهی	اثربیلا	۰/۱۹	۳/۸۴	۲/۰۰	۲۵/۰۰	۰/۰۴
	لامبدای ویکس	۰/۸۲	۳/۸۴	۲/۰۰	۲۵/۰۰	۰/۰۴
	اثرهتلینگ	۰/۲۳	۳/۸۴	۲/۰۰	۲۵/۰۰	۰/۰۴
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۲۳	۳/۸۴	۲/۰۰	۲۵/۰۰	۰/۰۴
درون گروهی	اثربیلا	۰/۱۹	۲/۷۱	۴/۰۰	۱۰۴/۰۰	۰/۰۳
	لامبدای ویکس	۰/۸۲	۲/۷۲	۴/۰۰	۱۰۲/۰۰	۰/۰۳
	اثرهتلینگ	۰/۲۲	۲/۷۳	۴/۰۰	۱۰۰/۰۰	۰/۰۳
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۱۸	۴/۷۶	۲/۰۰	۵۲/۰۰	۰/۰۱
عامل گروه * تکرار اندازه گیری	اثربیلا	۰/۲۵	۳/۷۴	۴/۰۰	۱۰۴/۰۰	۰/۰۱
	لامبدای ویکس	۰/۷۵	۳/۹۷	۴/۰۰	۱۰۲/۰۰	۰/۰۱
	اثرهتلینگ	۰/۳۴	۴/۱۹	۴/۰۰	۱۰۰/۰۰	۰/۰۰
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۳۳	۸/۶۹	۲/۰۰	۵۲/۰۰	۰/۰۰

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد تفاوت بین نمرات احساس تنهایی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات احساس تنهایی در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به طور معنی‌دار کاهش یافته است. همچنین بین نمرات احساس تنهایی در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود ندارد، به طوری که نمرات احساس تنهایی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون تغییر معنی‌دار نداشته است. با توجه به نتایج جداول در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین گروه آزمایش و گواه در سطح ۰/۰۵ معنادار است ( $F = ۱۰/۴۳, P < ۰/۰۵$ )، در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری احساس تنهایی در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. بطور کلی می‌توان نتیجه گرفت با توجه به اینکه کاهش نمرات احساس تنهایی در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نیز معنی‌دار بوده است، روند کاهش نمرات احساس تنهایی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون ادامه داشته است و بطور معنی‌داری متفاوت بوده است که نشان از پایداری درمان (بهزیستی درمانگری) بر نمرات احساس تنهایی می‌باشد. به منظور بررسی تفاوت معنی‌دار بین میانگین‌های تنظیم شناختی هیجان در دو گروه در مراحل سه‌گانه درمانگری، ابتدا مفروضه‌های همگنی واریانس‌ها و کرویت بررسی شد. نتایج در جدول ۷ و ۸ ارائه شده است.

نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد حداقل بین یکی از مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی که با بهزیستی درمانگری آموزش دیده‌اند، با سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس = ۰/۸۲) ( $P < ۰/۰۵$ ) همچنین آزمون‌های چند متغیری اثرات درون گروهی نیز بیانگر این نکته است که حداقل بین یکی از مؤلفه‌های تنظیم شناختی

هیجان سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی در ۳ مرحله اندازه‌گیری تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < ۰/۰۵$ ). در ادامه نتایج آزمون‌های تک متغیری در متن تحلیل واریانس مختلط چند متغیری گزارش می‌شود. خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط برای عوامل درون گروهی و بین گروهی در جدول ۹ ارائه شده است.

جدول ۱۰. آزمون تحلیل واریانس مختلط تک متغیری نمرات تنظیم شناختی هیجان با معیار گرین هاوس گیر							
متغیر	منبع تغییر	شاخص آماری عوامل	SS	df	MS	F	
		تکرار اندازه‌گیری	۸۶/۳۶	۱/۶۶	۵۲/۰۸	۱/۱۰	۰/۳۳
		تکرار اندازه‌گیری	۲۶/۰۲	۱/۶۶	۱۵/۶۹	۰/۳۳	۰/۶۸
		تکرار اندازه‌گیری	۲۰۴۷/۶۲	۴۳/۱۱	۴۷/۴۹	۱	۱
		تکرار اندازه‌گیری	۵۳/۴۴	۱/۰۰	۵۳/۴۴	۰/۱۴	۰/۷۱
		تکرار اندازه‌گیری	۹۶۷۴/۶۰	۲۶/۰۰	۳۷۲/۱۰	۱	۱
		تکرار اندازه‌گیری	۲۴۹/۸۱	۱/۹۱	۱۳۰/۷۲	۳/۷۵	۰/۳۲
		تکرار اندازه‌گیری	۴۴۱/۵۲	۱/۹۱	۲۳۱/۰۴	۶/۶۳	۰/۰۳
		تکرار اندازه‌گیری	۱۷۳۲/۰۰	۴۹/۶۹	۳۴/۸۶	۱	۱
		تکرار اندازه‌گیری	۴۵۷/۳۳	۱/۰۰	۴۵۷/۳۳	۵/۶۸	۰/۲۵
		تکرار اندازه‌گیری	۲۰۹۳/۲۹	۲۶/۰۰	۸۰/۵۱	۱	۱

با توجه به نتایج جدول ۱۰ در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل بین گروه آزمایش و گواه برای مؤلفه‌ی تنظیم شناختی هیجان سازش نیافته در سطح ۰/۰۵ معنادار است ( $P < ۰/۰۵$ ). در نتیجه بین میانگین نمرات ۳ مرحله اندازه‌گیری تنظیم شناختی هیجان سازش نیافته در دو گروه تفاوت معنا دار وجود دارد. بطور کلی می‌توان نتیجه گرفت که روش (بهزیستی درمانگری) بر نمرات تنظیم شناختی هیجان سازش نیافته تأثیر داشته است بطوری که گروه آزمایشی (بهزیستی درمانگری) نسبت به گروه گواه موجب کاهش بیشتر نمرات تنظیم شناختی هیجان سازش نیافته شده است.

مقایسه با کسانی که در سطح پایین‌تری از تنهایی هستند، قرار می‌گیرند. همراه با افزایش خطر مرگ و میر، تنهایی با بیماری‌های مختلف روحی و جسمی نیز مرتبط است. یکی از تبیین‌های احتمالی اثر بخشی بهزیستی درمانگری بر احساس تنهایی، می‌تواند کوتاه بودن دوره‌ی درمان باشد. برخی اوقات، صرفاً کشف کردن فرضیات مربوط به بهزیستی ممکن است به‌سادگی باعث کشاکش و نمو فرد شود، اما گاهی اوقات نیز اصلاح تفکر فرد و رسیدن به استانداردهای بهزیستی، ممکن است وقت‌گیر باشد و به کار کردن و تکرار کردن موارد از روی دفترچه‌ی یادداشت به‌کاررفته در این درمان، یا استمرار در انجام تکالیف داده‌شده در جلسات درمان نیاز داشته باشد. در خصوص کاربرد درمان بهزیستی در این پژوهش، مطالعات متعددی سودمندی کاربرد درمان بهزیستی را در بهبود اختلالات اضطرابی به اثبات رسانیده‌اند. به‌عنوان مثال، درمان بهزیستی برای کاهش نشانه‌های باقیمانده در بیماران مبتلا به اختلالات عاطفی (افسردگی اساسی، اختلال هراس همراه آگورافوبیا، هراس اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس ناخودداری) که با درمان دارویی و یا رفتاردرمانگری درمان شده بودند، به‌کاربرده شد. نتایج این مطالعه

یافته‌های بدست آمده تأثیر بهزیستی درمانگری بر کاهش احساس تنهایی سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی را مورد تأیید قرار داد. تنهایی به طور فزاینده‌ای با زوال سلامت فیزیولوژیکی و روانی سالمندان مرتبط است. لو و همکاران (۲۰۱۲) دریافتند که تنهایی به طور قابل توجهی با افزایش خطر مرگ و میر مرتبط است، افراد با تنهایی شدید، تقریباً با احتمال دو برابر مرگ در دوره شش ساله، در

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های بدست آمده تأثیر بهزیستی درمانگری بر کاهش احساس تنهایی سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی را مورد تأیید قرار داد. تنهایی به طور فزاینده‌ای با زوال سلامت فیزیولوژیکی و روانی سالمندان مرتبط است. لو و همکاران (۲۰۱۲) دریافتند که تنهایی به طور قابل توجهی با افزایش خطر مرگ و میر مرتبط است، افراد با تنهایی شدید، تقریباً با احتمال دو برابر مرگ در دوره شش ساله، در

در راستای توجه به عوامل مثبت در زندگی مراجعین و نقش این عوامل در کاهش جنبه‌های منفی ناشی از رویدادهای بحران‌زای زندگی، در این پژوهش اثربخشی درمان بهزیستی بر احساس تنهایی و تنظیم شناختی سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی مورد بررسی قرار گرفت.

در خصوص کاربرد درمان بهزیستی در این پژوهش، ذکر این نکته ضروری به نظر می‌رسد که این درمان شاخه‌ای نوین و مثبت‌گرا از درمان شناختی - رفتاری محسوب می‌گردد که با تکیه بر تکنیک‌های اساسی درمان شناختی - رفتاری همچون معرفی مثلث شناختی کلاسیک و یا معرفی و شناسایی افکار خود آیند منفی و همچنین تکنیک‌های اختصاصی خود (مانند ثبت حوادث روزانه زندگی و تعیین شدت بهزیستی در هر موقعیت، شناسایی افکار خود آیند منفی که سبب انقطاع بهزیستی در هر موقعیت می‌شوند و نیز معرفی ابعاد شش‌گانه بهزیستی روانشناختی و تلاش برای گسترش آنان) در پی افزایش بهزیستی روانشناختی در مراجعین و به تبع آن کاهش آشفتگی‌ها و پریشانی‌های روانشناختی می‌باشد. با عنایت به مؤثر بودن این درمان در افزایش بهزیستی روانشناختی سالمندان و به تبع آن کاهش احساس تنهایی و افزایش تنظیم شناختی هیجان در آنان، ضروری به نظر می‌رسد که بیش از گذشته به ضرورت کاربرد درمان‌های روانشناختی در سالمندان توجه گردد. بدیهی است که توجه به سلامت‌روانی سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی، علاوه بر کاهش مشکلات روانشناختی این گروه خاص، می‌تواند سبب کاهش مشکلات ناشی از سالمندی در جامعه همچون کاهش احساس تنهایی و در نتیجه افزایش سلامت‌روانی آنها شود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش این است که نتایج و یافته‌های بدست آمده تنها قابل کاربرد در جامعه آماری پژوهش حاضر می‌باشد و نمی‌توان آن را به جامعه آماری دیگر تعمیم داد.

### منابع

احراری، شهناز؛ مُشکی، مهدی و بهرامی، مهناز (۱۳۹۳). ارتباط بین حمایت اجتماعی و تبعیت از رژیم غذایی و محدودیت مصرف مایعات بین بیماران دیالیزی ایران. *نشریه علوم مراقبتی*، (۳)، ۱۹-۱۱.

پیرنیا، بیژن؛ منصور، ستاره؛ نجفی، الهه و ریحانی، رضا (۱۳۹۵). اثربخشی بهزیستی درمانی بر نشانگان اضطراب، استرس و افسردگی در مردان تحت درمان اجتماع مدار. *مجله سلامت جامعه*، ۱۰(۴)، ۵۶-۴۷.

حاکمی از اثربخشی بیشتر درمان بهزیستی نسبت به درمان شناختی - رفتاری در کاهش نشانه‌های باقیمانده و افزایش بهزیستی روانشناختی بیماران بود (فاوا و همکاران، ۱۹۹۸). همسو با این یافته پیرنیا، رضایی و رحیمیان بوگر (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان دادند که بهزیستی درمانگری بر بهبود شاخص‌های سلامت‌روانی، آسیب‌روانی و شادکامی تأثیر داشته است.

از آنجایی که بازمینی احساس تنهایی مرتبط با خود تنظیمی فرد و سیستم مهارگری اوست، هرگونه نادرستی یا تحریف در بازمینی می‌تواند در افزایش احساس تنهایی سهمیم باشد. بنابراین اختلال یا سوگیری در «کارکرد فرد برای کنار آمدن با فشارها» ممکن است در ایجاد اختلال در احساس تنهایی کمک کند. در مدل بهزیستی درمانگری که در پژوهش حاضر بکار گرفته شد انتخاب اجرای راهبردهای کنار آمدن یک عامل تعیین کننده اصلی در تداوم یا بهبود احساس تنهایی است. یافته‌های بدست آمده درباره تأثیر بهزیستی درمانگری بر تغییر تنظیم شناختی هیجان سازش نایافته سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی را مورد تأیید قرار داد.

طبق این نظریه، بزرگسالان با پیرتر شدن به محدود بودن زمان بیشتر و بیشتر پی برده و در نتیجه اهداف انگیزشی خود را تغییر می‌دهند. فاوا و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهش مشابه دیگری به بررسی اثربخشی درمان بهزیستی بر بیماران مبتلا به افسردگی اساسی عودکننده پرداختند. نتایج مطالعات آنان نشان داد سطح و شدت نشانه‌های افسردگی در بیماران مبتلا به افسردگی پس از درمان بهزیستی کاهش قابل ملاحظه‌ای داشت و پیگیری ۶ ساله نیز مجدداً مؤید این مطالب بود. تعامل میان انسان‌ها و محیط پیرامونشان، بسته به نوع تفکر و دیدگاه آنان به زندگی، هم می‌تواند سبب شادکامی و هم ایجاد آسیب‌شناسی روانی شود. متأسفانه در سالیان اخیر، تنها بر جنبه‌های منفی حوادث و رویدادهای مهم زندگی تأکید شده است و رویکردهای مختلف روان‌درمانگری نیز با تأکید بیش‌ازحد بر جنبه‌های آسیب‌شناسی، سبب شده‌اند که کمتر به جنبه‌های ارزشمند، درونی و مثبت انسان‌ها پرداخته شود. هرچند پارلرف و همکاران در سال ۱۹۵۴ هدف روان‌درمانگری را، افزایش رفاه، کارایی و سودمندی شخصی بیان کردند اما متأسفانه چنین اهدافی تنها یا به‌عنوان محصول فرعی کاهش نشانه‌ها و یا به‌عنوان یک بخش تجملی و سلیقه‌ای از روان‌درمانگری انگاشته شده‌اند (لنلی و همکاران، ۲۰۰۹).



- Fava, G. A., Ruini, C., & Rafanelli, C. (2005). Sequential treatment of mood and anxiety disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, 66(11), 1392-400.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., & Grandi, S. (1998). Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological medicine*, 28(02), 475-80.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Gallegos, M. L., & Segrin, C. (2018). Exploring the mediating role of loneliness in the relationship between spirituality and health: Implications for the Latino health paradox. *Psychology of Religion and Spirituality*. Advance online publication
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*
- Gross, J.J. (2015). *Handbook of Emotion Regulation*, 2<sup>nd</sup> ed. New York: Guilford Press. 2014. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Rev Gen Psychol.*, (2), 271-99.
- Holvast, F., Burger, H., Marwijk, V., & Verhaak, M. (2015). Loneliness in associated with poor prognosis in late-life depression: longitudinal analysis of the Nederland and study of depression in older persons. *Journal Affect Disorder*, 185(1), 1-7.
- Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science and Medicine*, 74(6), 907-914.
- Peerenboom, L., Collard, R. M., & Naarding, P. (2015). The association between depression and emotional and social loneliness in older persons and the influence of social support, cognitive functioning and personality: A cross-sectional study. *Journal Affect Disorder*, 182(15), 26-31.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Russell, D. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity and factor Structure. *Journal of personality Assessment*, 66, 1, 20-40.
- Linley, A.P., Maltby, J., Wood, A.P., Osborne, G., & Hurling, R. (2009). Measuring happiness: The higher order factor structure of subjective and psychological well-being measures. *Personality and Individual Differences*, 47, 878-84.
- Thompson, R.A. (1991). "Emotional regulation and emotional development". *Educational Psychology Review*, 3, 269-307.
- سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور (۱۳۸۵). نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن. تهران: مرکز آمار ایران.
- سعیدی مهر، سعید؛ گراوندی، سحر؛ ایزدمهر، آزاده و محمدی، محمدجواد (۱۳۹۵). رابطه کیفیت زندگی با علائم افسردگی در سالمندان. *مقاله پژوهشی*، (۱۱)، ۹۲-۹۶.
- ملکوتی، سید کاظم؛ فتح‌الهی، پریدخت؛ میراب‌زاده، آرش؛ صلواتی، مزده و کهنانی، شمس‌الدین (۱۳۸۵). هنجاریابی مقیاس افسردگی سالمندان فرم ۱۵ سؤالی در ایران (GDS)، پژوهش در پزشکی، *مجله پژوهشی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی*، (۳)، ۳۶۸-۳۶۱.
- خزایی، امیر؛ شمسی پور، حمید و دوازده امامی (۱۳۹۷). اثر بخشی بهزیستی درمانی گروهی بر رضایت زناشویی و بهزیستی روانشناختی زنان خانه دار. *مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت*، (۵)، ۴۳-۵۲.
- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور. (۱۳۸۵). نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن. تهران: مرکز آمار ایران.
- سفیدی، فاطمه و فرزاد، ولی‌اله (۱۳۹۱). رواسازی آزمون بهزیستی روانشناختی ریف در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، (۱۶)، ۶۵-۷۱.
- شجاعی مطلق، وحید؛ لازاری، نصیبه؛ قلعه نویی، مهدیه؛ صالح‌آبادی، سمیه؛ پرزاد، ناصر و قانع‌ی قشلاق، رضا (۱۳۹۵). ارتباط بین سندروم متابولیکی و افسردگی در افراد سالمند مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی. *نشریه پرستاری ایران*، پیاپی (۲۷)، ۹۲-۷۲.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychology*, 30(2), 217-37.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., & Grandi, S. (1998). Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological medicine*, 28(02), 475-80.
- Barlow, M. A., Liu, S. Y., & Wrosch, C. (2015). Chronic illness and loneliness in older adulthood: The role of self-protective control strategies. *Health Psychology*, 34(8), 870-879
- Berking, M., Wirtz, C. M., Svaldi, J., & Hofmann, S.G. (2014). Emotion regulation predicts symptoms of depression over five year's. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 13- 20
- De Vlaming, R., Haveman-Nies, A., Van't Veer, P., & De Groot, L. C. (2010). Evaluation design for a complex intervention program targeting loneliness in no institutionalized elderly Dutch people. *BMC public Health*, 10, 552- 569. doi:10.1159/000095438