

تأثیر شناخت درمانی گروهی بر افسردگی زنان سالمند

زهره تقوایی

کارشناس ارشد مشاوره دانشگاه خاتم

دکتر منصور علی حمیدی

عضو هیأت علمی دانشگاه الزهراء(س)



چکیده

افسردگی شایع‌ترین مشکل روانی در سالمندان است که کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش می‌دهد و خطر خودکشی و هزینه‌های مراقبت بهداشتی را افزایش می‌دهد. از آن‌جا که بیماری‌های سالمندان و دگرگونی‌های طبیعی ناشی از پیری موجب افزایش خطر واکنش‌های دارویی می‌شود شناسایی روش‌های غیر از داروهای شیمیایی به خصوص درمان‌های روان‌شناختی (شناخت درمانی گروهی) می‌تواند موجب کاهش عارضه‌های ناشی از مصرف دارو در سالمندان شود. در این پژوهش ۲۰ نفر از افراد یکی از سراهای سالمندان که از افسردگی رنج می‌بردند به گونه‌ای یک‌بختانه در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای شناخت درمانی شرکت کردند و گروه گواه درمانی دریافت نکرد. پس از پایان دوره شناخت درمانی گروهی افسردگی دو گروه دوباره سنجیده شد. پس از پایان دوره تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات افسردگی نشان داده شد (تی: ۳/۹۷، الفا: ۰/۰۱، درجه آزادی: ۱۸). به عبارتی دیگر شناخت درمانی گروهی موجب کاهش افسردگی زنان سالمند می‌شود.

مقدمه

از میان نظریه های رشد، معروف ترین آن ها در رابطه با جنبه های تحولی سالمندی نظریه اریکسون^۱ است. طبق این نظریه، افراد برای سازگاری با محیط از هنگام تولد تا مرگ در طول دوران زندگی از ۸ مرحله رشد گذر می کنند که هر یک از این مراحل بحران و وظایف خاص خود را دارد و در رشد فرد تأثیر می گذارد. رشد شخصیت افراد به این بستگی دارد که بحران و تعارض هر مرحله را چگونه حل کرده باشند که اگر تعارض یک مرحله به طور موفقیت آمیزی حل شود، فرد با توجه به رشد زیستی و شرایط و تقاضای اجتماعی به مرحله بعد می رسد. (سانتروک، ۲۰۰۲ و سلینگمن، ۱۹۹۹)

در مرحله هشتم که آخرین مرحله رشد است و اریکسون از آن تحت عنوان: «تمامیت^۲ و وحدت خود در برابر ناامیدی^۳» نام می برد افراد به مرور زندگی خود می پردازند و می خواهند به یک احساس معنی در زندگی شان برسند که به آن ها کمک کند که چطور با مرگ روبرو شوند.

فرد سالمند در این مرحله به بازنگری اجمالی زندگی گذشته خود می پردازد که اگر از این بازنگری یک تصویر روشن و خوب از دوران طی شده به دست آورد، فرد احساس رضایت می کند (تمامیت و وحدت) و اگر یک یا چند مرحله از زندگی را منفی ارزیابی کند ممکن است به یاس و ناامیدی برسد (سانتروک، ۲۰۰۲ و سیگلمن، ۱۹۹۹).^۴

به نظر اریکسون چون افراد سالخورده به مرگ نزدیک تر می شوند و به گذشته خود می نگرند، از خود سؤال می کنند که آیا زندگی آن ها با ارزش بوده است یا نه. به گفته اریکسون وحدت یافتگی گویای این احساس است که بلی؛ من خطاهایی کرده ام، ولی باید این مسئله را در نظر گرفت که در آن موقع چه کسی بوده ام و چه وضعیت ناچارکننده ای داشته ام و با توجه به این واقعیت ها، من آن اشتباه ها را همراه با چیزهای خوب در زندگی ام می پذیرم (احدی و جمهری، ۱۳۸۰).

در این مرحله انسان موفق کسی است که با وجود ضعف تدریجی نیروی بدنی و افزایش احساس اتکا به دیگران، بتواند رضایت خود را از زندگی حفظ کند. حال اگر فرد

1. Ericson

2. Integrity

3. Despair

4. Seligman & Santrock

توانند این رضایت را حفظ کند، نوامید می شود و نوامیدی احساسی است که فرد تصور می کند عمرش به هدر رفته و با این فکر که برای جبران زمان از دست رفته خیلی دیر شده، در این حالت فرد از مرگ به هراس افتاده، احساس شکست می کند و ممکن است فرد را به عارضه های گوناگونی دچار سازد که افسردگی یکی از آن هاست (شاملو، ۱۳۷۸).

سالمندی دوره دگرگونی و از دست دادن است. تعداد کمی از سالمندان می توانند خود را با این تغییرات سازگار کنند و بیشتر سالمندان با وقایع خاص یا ترکیبی از رخدادها که فراتر از تحمل یا توانایی و مهارت های مقابله ایشان است مواجه می شوند و دچار یک حس درماندگی می شوند که در نهایت به افسردگی منتهی می شود (شعاری نژاد، ۱۳۷۹). افسردگی فراوان ترین اختلالی است که سالمندان آمریکایی تجربه می کنند، افسردگی به قدری شایع است که آن را سرما خوردگی روانی می نامند، برآورد شده است که ۷۵ درصد بیماران بستری شده در دنیا در بخش روانپزشکی افراد افسرده اند (سازمان ملی بهداشت روانی آمریکا، ۱۹۹۹).

فرنچ (۱۹۹۹) بیان می کند، مراقبت کنندگان از سالمندان همیشه شاهد تجویز داروهای بسیاری برای سالمندان هستند و بیماری ها و تغییرات ناشی از پیری موجب افزایش خطر واکنش های دارویی می شود. عوارض دارویی در سالمندان معمولاً با افزایش ناخوشی و مرگ و میر همراه است. آگاهی از خطرات ناشی از مصرف دارو در سالمندان و شناسایی روش های دیگر برای درمان افسردگی موجب به کارگیری روش های دیگر از جمله شناخت درمانی می شود. همچنین گراهام اظهار می کند، با توجه به بیشترین مدارکی که موجود است درمانی که برای افراد افسرده سالمند بکار برده شده دارو درمانی بوده است، اما مشخص گردید که مداخلات روان شناختی تأثیر قابل ملاحظه تری بر کاهش افسردگی دارد.

در روش شناخت درمانی^۱ هدف نه فقط تسریع بهبودی بلکه تداوم در بهبودی و در صورت امکان جلوگیری از عود آن است، که بدین منظور در طی درمان، بیماران مهارت های فعال کاهش افسردگی را در ۶ تا ۲۰ جلسه روان درمانی می آموزند (قاسم زاده، ۱۳۸۰). با توجه به شیوع این اختلال در اروپا که ۷۵ درصد است، روان درمانی فردی به

1. Cognitive therapy

علت صرف وقت و هزینه بالا نمی تواند جوابگوی حل این معضل باشد (قاسم زاده، ۱۳۸۰). بنابراین از گروه درمانی که از لحاظ هزینه و مدت درمان با صرفه تر از روان درمانی فردی است استفاده می شود، با توجه به وجود مشکلات جسمی و روانی متعدد در سالمندان به خصوص شیوع افسردگی، این سؤال پیش می آید که آیا شناخت درمانی گروهی در کاهش افسردگی زنان سالمند موثر است؟

در آغاز سده بیستم حتی در ثروتمندترین کشورهای جهان امید به زندگی در بدو تولد از ۵۰ سال بیشتر نبود، اما پیشرفت هایی که در زمینه های مختلف به ویژه بهبود تغذیه، مهار بیماری های عفونی و سالم سازی محیط ایجاد شده است، سبب گردیده که انسان طول عمر بیشتری داشته باشد، به طوری که امروزه متوسط سن به بالای شصت، هفتاد سال رسیده است (رفیعی، ۱۳۸۰).

جمعیت سالمندی در ایران از سال ۱۳۳۵ به بعد روندی رو به افزایش داشته است. در سال ۱۳۷۳ و ۷۵ سالمندان بالای ۶۰ سال به ترتیب حدود ۴ و ۶/۶ درصد کل جمعیت را به خود اختصاص داده اند که پیش بینی می شود تا سال ۱۴۰۰ این تعداد به ۱۰ میلیون نفر افزایش یابد (فرهادی، ۱۳۷۸).

فشارهای ناشی از دگرگونی های جسمی، روانی، اجتماعی نقش عمده ای در افسردگی سالمندان دارند و نه تنها موجب ناامیدی، زوال روانی - اجتماعی، ناخوشی های جسمانی، از دست رفتن منابع اقتصادی و افزایش مدت نگهداری آن ها در سرای سالمندان می شود، بلکه میزان خودکشی را به میزان قابل ملاحظه ای افزایش می دهد (علیخانی، ۱۳۸۱).

همچنین افسردگی هزینه نگهداری و مراقبت و استفاده از خدمات بهداشتی را افزایش می دهد. وقتی که سالمندان غیر افسرده دچار مشکل جسمی، با سالمندان افسرده مبتلا به همان مشکل مقایسه می گردند، مشاهده می شود میزان استفاده از خدمات اورژانس در گروه دوم خیلی بیشتر از گروه اول است (ابراهیمی، ۱۳۷۸).

هدف این پژوهش بهبودی قابل ملاحظه در تمام نشانه های افسردگی و پایین آوردن احتمال خودکشی و کاهش آسیب رساندن به بیماران است. همچنین به بیمار کمکی کند تا عملکرد بهینه در زندگی به دست آورد و در نهایت از عود مجدد بیماری

وی ممانعت شود (کریک، ۲۰۰۱) و از آنجایی که سالمندان در این دوره از زندگی به شناخت های غلط و تفکرات غیر واقعی وابسته می شوند، شناخت درمانی می تواند از جمله روش های درمانی سودمند برای این گروه باشد. بنا بر این هدف پژوهش حاضر روشی برای کاهش افسردگی سالمندان و کمک به بهبود کیفیت زندگی آن ها است.

پیشینه پژوهش

در زمینه سودمندی شناخت درمانی گروهی پژوهش های چندی انجام گرفته است، که می تواند تأیید کننده نتیجه پژوهش حاضر باشد. (بلاک برن، هولون، ۱۹۸۷)^۱، (هامبلین، ۱۹۹۳)^۲، شادلویی (۱۳۷۹) نشان دادند که شناخت درمانی گروهی در کاهش افسردگی اثر بخش تر از درمان دارویی است. پژوهش های (هات زینگر، ۱۹۹۱)^۳، (بک، ۱۹۷۵)^۴، کامران پور (۱۳۸۰)، کاربرد اصول روان درمانی شناختی - رفتاری را در کاهش افسردگی سودمند یافتند. (شا، ۱۹۹۷)^۵، (اسکات، ۱۹۹۰)^۶، نتیجه گرفتند، مشاوره گروهی به شیوه شناختی باعث کاهش افسردگی می شود.

شناخت درمانی گروهی در افزایش مهارت های مربوط به کنترل شناخت منفی و حل مشکل شرابخواری و وسواس و حل مشکلات بهداشت روانی سودمند نشان داده شده است اسکات (۱۹۹۱)، کاوادانا (۱۹۸۹)، اویی (۱۹۸۴)، لاک (۱۹۹۱)^۷. همچنین تحقیقات محققان دیگر نیز سودمندی شناخت درمانی گروهی را در بزهکاری، ترک سیگار، بی اشتهایی روانی و خلافکاری نشان داده است (آقا محمدیان، ۱۳۷۹).

فرضیه تحقیق

با توجه به اینکه ویژگی های اجتماعی - فرهنگی زنان سالمند ایرانی و غیر ایرانی نمی تواند اثر گذاری شناخت درمانی بر افسردگی را تغییر دهد، پژوهش کنونی به آزمون کردن فرضیه پژوهشی زیر پرداخته است.

شناخت درمانی گروهی افسردگی زنان سالمند را کاهش می دهد.

- | | | |
|------------------------|------------|-------------------------|
| 1. Black Burn & Hollon | 2. Hamblin | 3. Hautzinger |
| 4. Beck | 5. Shaw | 6. Scott |
| | | 7. Kavdana, Owei & lack |

روش داده گیری

در پژوهش حاضر ۲ گروه شرکت داشتند و همه شرکت کنندگان دوبار سنجش شدند. دسته‌بندی شرکت کنندگان در دو دسته آزمایش و گواه به شیوه تصادفی ساده انجام شد. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه، هفته ای یکبار به مدت ۹۰ دقیقه در جلسه های شناخت درمانی گروهی که شرح آن در زیر آمده است، شرکت کردند. گروه گواه طی این مدت با گروه آزمایش هیچ گونه تماسی نداشت. در جلسه اول بعد از آشنایی اعضا با یکدیگر، در مانگر هدف از تشکیل جلسه ها، قوانین مربوط به گروه را مطرح کرد. سپس با توجه به بیشترین خطاهای شناختی که در آزمون نمود پیدا کرده بود، این موضوعها برای ۱۰ جلسه تعیین شد: تفکر همه یا هیچ، تعمیم مبالغه آمیز، صافی ذهنی، بی توجهی به امر مثبت، نتیجه گیری شتابزده، درشت بینی - ریز بینی، استدلال احساسی، بر چسب زدن، شخصی سازی، باید و بهتر است. پس از پایان ۱۰ جلسه با فاصله زمانی یک هفته سنجش نوبت دوم انجام شد.

جامعه پژوهشی و روش گزینش نمونه

جامعه پژوهشی این تحقیق زنان سالمند افسرده ای هستند که در سراهای سالمندان شهر تهران اقامت دارند روش گزینش شرکت کنندگان در پژوهش کنونی را می توان نمونه گیری تصادفی ساده نامید. به منظور انجام این کار پژوهشگر نام تمام سراهای سالمندان تهران را از سازمان بهزیستی گرفت سپس یک سرا را به طور تصادفی از میان آنها انتخاب کرد، از میان ۵۰ سالمندی که در آن سرا می زیستند ۲۰ نفر انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و گواه جای داده شدند. برگزیده شدگان دارای دامنه سنی ۵۷ تا ۹۲ سال بودند و زبان مادری آنها فارسی بود. برگزیده شدگان از نظر شنوایی و گفتاری مشکل حادی نداشتند و مبتلا به بیماری حاد جسمی و روانی نبودند.

ابزار گرد آوری داده ها

برای گردآوری داده‌ها در این پژوهش از دو ابزار بهره گرفته شد:
 ۱- پرسشنامه اطلاعات فردی: این پرسشنامه را عباسی (۱۳۷۹) با توجه به پرسش

و هدف پژوهش خود در زمینه اثر گروه درمانی بر افسردگی ساخته است که در بر گیرنده ۱۳ سوال درباره سن، مدت اقامت در سرا، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، نحوه ارجاع به سرا، مصرف داروهای جسمی و روانی و... است.

۲- پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ معرفی شد و در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ انتشار یافت. این پرسشنامه خود آزمون است و ۲۱ سؤال دارد و نشانه‌های گوناگون اختلال افسردگی را در بر می‌گیرد. پاسخ به هر سؤال از ۴ گزینه تشکیل شده است که از صفر تا ۳ نمره گذاری و در پایان با هم جمع می‌شوند. نمره‌های ۱ تا ۱۶ گویای کمی افسردگی، ۱۷ تا ۲۰ نشان‌دهنده آن اندازه از افسردگی است که فرد نیازمند مشورت با روان‌پزشک است، نمره‌های ۲۱ تا ۳۰ گویای آن هستند که فرد به نسبت افسرده شمرده می‌شود، نمره‌های ۳۱ تا ۴۰ نشان‌دهنده افسردگی شدید، و بیشتر از ۴۰ گویای افسردگی بیش از حد است. ضریب همسانی درونی^۱ این ابزار ۰/۸۲ و پایایی آن به روش باز آزمایی ۰/۸۶ برآورد شده است (شریفی، ۱۳۷۵).

روش پردازش داده‌ها

از آنجا که فرضیه پژوهش حاضر در باره‌ی تفاوت دو گروه است که از آن‌ها پیش آزمون و پس آزمون شده است، برای پردازش داده‌ها آزمون آماری تی برای گروه‌های مستقل به کار گرفته شد.

نتایج

نتایج به دست آمده از پژوهش اشاره بر این دارد که با استفاده از آزمون آماری تی تفاوت معنی داری بین نمرات پس آزمون بک در گروه‌های آزمایش و گواه مشاهده گردید ($p < 0/01$, $df = 18$, $t = 3/97$). در حالی که در مقایسه پیش آزمون بک در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی داری مشاهده نشد که عدم تفاوت معنی دار در پیش آزمون نشان دهنده انتخاب تصادفی گروه‌هاست.

1. Internal validity

جدول ۱. مقایسه میانگین های دو گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون

T	انحراف معیار	میانگین	تعداد	شاخصهای آماری
۰/۶۵۶*	۱۱/۸۳۴	۳۷/۶۰	۱۰	ملاک
df=۱۸	۹/۸۷۹	۳۴/۴۰	۱۰	آزمایش

به منظور مقایسه میانگین نمرات افسردگی در گروه آزمایش و ملاک در پیش آزمون، آزمون t انجام شد. با توجه به t به دست آمده ($P < ۰/۰۱$ و $t = ۰/۶۵۶$) با اطمینان ۹۹ صدم می توان گفت بین ۲ گروه تفاوتی وجود ندارد به این معنا که هر دو گروه به یک میزان افسرده بودند.

جدول ۲. مقایسه میانگین های دو گروه آزمایش و ملاک در پس آزمون

T	انحراف معیار	میانگین	تعداد	شاخصهای آماری
۳/۹۷*	۱۰/۶۳۸	۳۷/۵۰	۱۰	ملاک
df = ۱۸	۸/۷۵۳	۲۰/۲۰	۱۰	آزمایش

به منظور مقایسه میانگین نمرات افسردگی دو گروه آزمایش و ملاک در پس آزمون، آزمون t انجام شد. با توجه به t به دست آمده ($P > ۰/۰۱$ و $t = ۳/۹۷$) با اطمینان ۹۹ صدم می توان گفت که تفاوت مشاهده شده بین دو گروه معنا دار است.

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه گواه

T	انحراف معیار	میانگین	تعداد	شاخصهای آماری
۰/۹۳*	۱۱/۸۳۴	۳۷/۶۰	۱۰	پیش آزمون
df=۹	۱۰/۶۳۸	۳۷/۵۰	۱۰	پس آزمون

بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه گواه در سطح $0/01$ تفاوت معناداری مشاهده نشد. ($t = 0/93$ و $P > 0/01$)

جدول ۴. مقایسه نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش

T	انحراف معیار	میانگین	تعداد	شاخصهای آماری
۴/۳۲۶*	۹/۸۷۹	۳۴/۴۰	۱۰	پیش آزمون
df=۹	۸/۷۵۳	۲۰/۲۰	۱۰	پس آزمون

بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش بر اساس آزمون t تفاوت معناداری مشاهده شد. ($t = ۴/۳۲$ و $P < 0/01$)

جدول ۵. مقایسه میانگین های دو گروه آزمایش و ملاک در تی تفاضل

T تفاضل	انحراف معیار	میانگین	تعداد	شاخصهای آماری
۱۲/۳	۶/۷۳	۳۷/۵۵	۱۰	ملاک
df = ۱۸	۹/۳۱	۱۸/۳	۱۰	آزمایش

به منظور مقایسه میانگین نمرات افسردگی دو گروه آزمایش و ملاک آزمون t تفاضل انجام شد. با توجه به t به دست آمده ($t = ۱۲/۳$ و $P > 0/01$) و درجه آزادی ۱۸ با اطمینان ۹۹ صدم می توان گفت که تفاوت مشاهده شده بین ۲ گروه معنادار است.

بحث

برای آزمودن این فرضیه با استفاده از داده های به دست آمده از اجرای آزمون بک جهت سنجش افسردگی در قبل و بعد از مداخله در گروه آزمایش و گواه و همچنین از آزمون آماری تی نتایج زیر به دست آمد.

تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات پس آزمون دو گروه آزمایش و گواه مشاهده گردید که بر اساس نتایج به دست آمده می توان گفت دو گروه قبل از درمان تفاوت معنی

داری در میزان افسردگی نداشتند، اما بعد از درمان تفاوت دو گروه معنی دار است. بدین ترتیب با ۹۹ صدم اطمینان می توان استنباط نمود که تفاوت مشاهده شده در دو گروه بعد از ارائه روش درمانی ناشی از شناخت درمانی در گروه آزمایش باشد یعنی، جلسات شناخت درمانی گروهی بر افسردگی زنان سالمند تأثیر داشته و آن را کاهش داده است. این یافته تائیدی بر یافته های بلاک برن، هولون (۱۹۸۷)، هاملین (۱۹۹۳)، شادلویی (۱۳۷۹) است که نشان دادند که شناخت درمانی گروهی در کاهش افسردگی اثر بخش تر از درمان دارویی است. همچنین با پژوهش های شا (۱۹۹۷)، فری (۱۹۹۱) که نتیجه گرفتند، مشاوره گروهی به شیوه شناختی باعث کاهش افسردگی می شود. همانطور که می دانیم افسردگی شایع ترین مشکل روانی در سالمندان است که کیفیت زندگی آن ها را مختل می کند و عدم تشخیص و درمان این اختلال بر زندگی شخص سالمند اثر می گذارد و باعث مشکلات فراوان و در نهایت خود کشی وی می شود (گارلند، ۱۹۹۹)، در نتیجه شناسایی و به کارگیری روش های درمانی در کاهش خطرات برای سالمندان مفید می باشد.

همان طور که می دانیم یکی از روش های درمان شناخت درمانی گروهی است که نه تنها سودمند است بلکه عارضه جانبی هم ندارد و از نظر اقتصادی مقرون به صرفه است و در این روش بیمار تشویق می شود که رابطه بین افکار خود آیند منفی و احساس افسردگی خود را به عنوان فرضیه ای که به آزمایش گذاشته می شود تلقی کند و از رفتارهایی که حاصل افکار خود آیند منفی است به عنوان محکی جهت ارزیابی اعتبار یا درستی افکار استفاده کند (مهریار، ۱۳۳۳).

پیشنهادهای

- پژوهش های همانندی در دیگر خانه های سالمندان به ویژه در خانه های سالمند مردان به منظور مقایسه با زنان انجام شود.
- در پژوهش های آینده شناخت درمانی، با دیگر روش های درمانی مقایسه شود و سودمندی شناخت درمانی گروهی در دراز مدت بررسی شود.

محدودیتها

یکی از محدودیت های کار انجام شده، محدودیت تعمیم یافته های آن است زیرا گزینش و شمار شرکت کنندگان به شیوه و اندازه ای نبوده که بتوان گروه ۲۰ نفری آن را نماینده

همه سالمندان پنداشت. کاستی دیگر پژوهش چارچوب داده گیری آن است که از گروه گواه استفاده شده است که هیچگونه درمانی دریافت نکرده است هر چند که پس از پایان جلسه های روان درمانی قرار شد در صورت تمایل افراد گروه مقایسه برای آن ها هم جلسه های شناخت درمانی گروهی برگزار شود. کاستی دیگر پژوهش این است که محدود شدن جامعه پژوهشی به بانوان پرسش سودمندی برنامه را در مورد مردان بی پاسخ می گذارد.

کلید واژه

افسردگی: در پژوهش حاضر افسردگی نمره ای است که از پرسشنامه افسردگی بک کسب می شود.

شناخت درمانی گروهی: مجموعه روش های گروهی که در همه آن ها توجه به فرایندهای شناختی نقش عمده ای در درمان بازسازی شناختی است، شناخت درمانی گروهی نام دارد. منظور از بازسازی شناختی مجموعه روش ها و فنون هستند که هدف همه آن ها این است که به مراجع کمک کند تا الگوهای فکری غلط خود را تغییر دهد.

منابع

آقا محمدیان، ح. (۱۳۷۹)، بررسی تأثیر دو روش روان تحلیلی و شناخت درمانی گروهی بر افزایش پنج سطح سازگاری. پایان نامه دکتری، دانشگاه تربیت مدرس.

ابراهیمی، ح. (۱۳۷۸). بررسی میزان افسردگی در سالمندان بالای ۵۶ سال شهر تبریز. خلاصه مقالات اولین کنگره ساسری سالمندان تهران، دانشکده ی پرستاری و مامایی شهید بهشتی.

احدی و جمهری. (۱۳۸۰). نظریه های تحولی شناختی. انتشارات گلچهر.

شادلوئی (۱۳۷۹). مقایسه شیوه شناخت درمانی توام با دارو درمانی و آرام سازی توام با دارو بر افسردگی. پایان نامه کارشناسی ارشد، علوم تحقیقات.

شاملو، س. (۱۳۷۸). مکتب ها و نظریه های روانشناسی شخصیت. تهران: انتشارات رشد.

شریفی درآمدی (۱۳۸۰). جنبه های تحولی روانشناسی. انتشارات گلچهر.

شریفی، ح. (۱۳۷۵). راهنمای سنجش روانی. تهران: انتشارات رشد.

- شعاری نژاد، علی اکبر. (۱۳۷۹). روانشناسی رشد بزرگسالان در فراخنای زندگی. انتشارات شفق.
- عباسی، غ. (۱۳۷۹). بررسی تأثیر گروهی درمانی بر کاهش افسردگی زنان سالمند کهریزک. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.
- علیخانی، و. (۱۳۸۱). پیری از دید گاههای مختلف. تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان.
- فرهادی، ر. (۱۳۷۸). افسردگی در سالمندان، ره آورد بهزیستی، شماره ۱۳.
- قاسم زاده، ح. (۱۳۸۰). رفتار درمانی شناختی (ترجمه)، انتشارات ارجمند.
- کامران پور جهرمی، ف. (۱۳۸۰). بررسی اثربخشی درمان گروهی به روش شناختی - رفتاری بر کاهش میزان افسردگی زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز دانشگاه علوم پزشکی شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- مهریار، ه. (۱۳۷۳). افسردگی برداشت ها و درمان شناختی. تهران: انتشارات رشد.

- Beck. A.T. (1975). Cognitive models of depression. *Journal of cognitive psychotherapy*. PP:1,5-35.
- Black .burn.I.(1987). *Coping with depression* .
- Craik,f. & Noveh, B.(2001). *Human memory and cognitive aging*.
- Carlok, sigelman. (1999). Life – Span. Human development.
- French, D. (1999). Avoiding adwers drug reaction in the elderly patient. *Issues and strategy the nurrse practitioner. vol:21, No: 9.*
- Hamblin, d. (1993). *Psychotherapy-reaserch. vol: 3(1)*, PP: 36-46.
- Hautszinger (1999). *Zeitchrift for gernotology. vol: 25(6)*, PP :369-372.
- Hollon, s. (1987). *Cognitive therapy: New york.*
- Johnw,santroek. (2002). Atopical approach to life-span development.
- National insitue mental health (1999).
- Scott, M. (1990). *Behavioral psychology. vol:18(1)*, PP:1-19.
- Yessavaj. (1998). *Depression*. New york: Guilford press.