



اثربخشی معنادرمانی بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان سالمند دارای سندرم آشپانه خالی

دکتر کیوان کاکابرای

دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمانشاه

✉ رزیتا پارپایی

دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمانشاه

سالمندی به عنوان گذر از مرحله‌های به مرحله جدیدی از زندگی تلقی می‌گردد و یکی از پدیده‌های این سن سندرم آشپانه خالی که نوعی افسردگی است نام دارد. از این رو، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان سالمند با سندرم آشپانه خالی بود. این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش را کلیه زنان سالمند شهرستان شیراز در سال ۱۳۹۵ که فرزندان‌شان از آنها جدا شده بودند تشکیل دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۴ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) جایگزین شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های افسردگی و اضطراب بک استفاده شد. گروه آزمایش ۱۰ جلسه به مدت ۲ ساعت معنادرمانی به شیوه گروهی طی دو ماه و نیم دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای را دریافت نکردند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از آماره‌های میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که میانگین نمرات افسردگی و اضطراب در پس‌آزمون گروه آزمایش به طور معناداری از میانگین نمرات پس‌آزمون در گروه کنترل پایین‌تر است. بنابراین معنا درمانی به شیوه گروهی می‌تواند به عنوان یکی از مداخلات درمانی بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان سالمند با سندرم آشپانه خالی مورد استفاده قرار گیرد.

دریافت: ۱۳۹۶/۰۵/۰۴

پذیرش: ۱۳۹۷/۰۷/۱۶

کلیدواژه‌ها: معنادرمانی، افسردگی، اضطراب، سندرم آشپانه خالی، سالمندان

نحوه ارجاع‌دهی به مقاله:

پارپایی، ر. و کاکابرای، ک. (۱۳۹۷). اثربخشی معنادرمانی بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان سالمند دارای سندرم آشپانه خالی. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۴(۱)، ۵۹-۵۱.

رزیتا پارپایی، دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روان‌شناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران؛ کیوان کاکابرای، دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به رزیتا پارپایی، دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روان‌شناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران باشد.

پست الکترونیکی: r.parpae@gmail.com

تداوم عضویت است. همین ویژگی‌ها است که آن را از سایر نظام‌های اجتماعی متمایز می‌سازد (عبادی، ۱۳۹۱). هر خانواده باید در جهت ارتقای روابط مثبت و مطلوب میان اعضای خود تلاش کند، به نیازهای شخصی آنها توجه داشته باشد، و آماده کنار آمدن با تغییرات ناشی از ریش (برای مثال زمانی که فرزندان خانه را ترک می‌کنند) و نیز بحران‌های غیر منتظره (طلاق، مرگ، بیماری‌های حاد ناگهانی) باشد. امروزه سالمندی یک بیماری محسوب نمی‌شود بلکه به عنوان گذر از مرحله‌ای به مرحله جدیدی

انسان به عنوان موجودی اجتماعی همواره در صدد کسب مهارت‌هایی در جهت ارتباط خود با دیگران بوده تا به این ترتیب به سازگاری با محیط برسد. خانواده نخستین و منحصر به فردترین نهاد اجتماعی است که سلامت و موفقیت یک جامعه را مرهون سلامت و رضایت‌مندی اعضای آن دانسته‌اند (یوسفی و باقریان، ۱۳۹۰). خانواده کوچکترین واحد اجتماع است. ورود به چنین نظام سازمان یافته‌ای از طریق تولد، فرزندخواندگی یا ازدواج صورت می‌گیرد. ویژگی تمام خانواده‌ها عبارت از محبت، وفاداری و

است، هارکینز (۱۹۷۸) نشان داد که نشانگان آشپانه خالی آثار موقت و خفیفی بر سلامت مادر دارد و حداکثر ۲ سال پس از ترک فرزند برطرف می‌شود. راب و مایرز (۱۹۸۹) نشانگان آشپانه خالی را تطابق‌پذیری والدین پس از ترک خانه عنوان کردند. همچنین به گفته آنان والدین به خصوص مادران ممکن است از نشانه‌های گوناگونی شامل حس از دست دادن، غم و اندوه و افسردگی رنج ببرند، که این احساس اضطراب و استرس با نگرانی‌های مربوط به رفاه کودکان تقویت می‌شود. بر پایه پژوهش‌های انجام شده افسردگی^۲ از جمله اختلالات روانی است که در پی حوادث تنش‌زای زندگی (برای مثال نشانگان آشپانه خالی) رخ می‌دهد که سیستم ایمنی بدن را تضعیف نموده و بدن را مستعد ابتلا به بیماری‌های جسمانی می‌کند (ژو، فورد، تسی، دهینگرا و بالوز، ۲۰۱۱). افسردگی کیفیت زندگی سالمندان را کاهش داده و وابستگی آنها را به دیگران افزایش می‌دهد (شرینا، رمپال و مستقیم، ۲۰۰۴). شواهدی وجود دارد که سالمندان نسبت به جوان‌ترها کمتر از خدمات بهداشت روانی بهره‌مند می‌شوند. سه عامل وجود دارد که تشخیص افسردگی را در سالمندان پیچیده می‌کند که عبارت از بیماری‌های جسمی همراه، آسیب شناختی و رخدادهای ناسازگار زندگی هستند (به پاچوه و سلیمانی، ۱۳۹۵). به باور بیلز، افسردگی اغلب در بین ۱۲ تا ۱۶ درصد افراد سالمند ظاهر می‌شود، هرچند ۲۰ تا ۳۰ درصد آنها گاهی علائم افسردگی را نشان می‌دهند. شایع‌ترین علائم افسردگی در سالمندان به شکل بی‌حالی، خستگی، عدم تمرکز، بی‌حوصلگی، دل و دماغ نداشتن، بیدار شدن مکرر از خواب، کاهش اشتها و دردهای جسمی بروز می‌کند. به طور کلی طول درمان افسردگی در سالمندان بیشتر است و هزینه بالاتری را در پی دارد (اصغری، علی اکبری و دادخواه، ۱۳۹۱). همچنین اضطراب، معمولی‌ترین پاسخ به محرک تنش‌زا (برای مثال نشانگان آشپانه خالی) است. اضطراب^۳ نیز یک موضوع شایع در دوران سالمندی است زیرا این دوره مملو از انواع احساس کمبودها و ناتوانی‌ها می‌باشد. شیوع اضطراب در سالمندان از ۴ تا ۶ درصد در نوسان است (سو، مارش، لینگ، لیونگ و یونگ، ۲۰۱۰). از آنجا که زندگی با استرس زیاد می‌تواند روی خلق و خوی سالمندان اثر بگذارد و تأثیر زیادی بر سبک

از زندگی تلقی می‌گردد (خلیلی، مجلشجا، اسماعیلی پراپری و باطنی، ۱۳۹۰). پیر شدن جمعیت عبارت از افزایش روزافزون نسبت سالمندان و کاهش نسبت کودکان و بالغین جوان است. با پذیرش این دیدگاه که پیری زمان پختگی و کمال آدمی است، سالمندی معنای زیبایی به خود خواهد گرفت (شیخ‌الاسلامی، رضاماسوله، خدادادی و یزدانی، ۱۳۹۰). امروزه تعداد سالمندان در سراسر دنیا حدود ۶۰۵ میلیون نفر برآورد شده است (داون، پندیت و راجوپادهی، ۲۰۱۴). در ایران نیز جمعیت بالای ۶۰ سال تا سال ۲۰۲۰ حدود ۱۰ میلیون نفر و تا سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲۶ میلیون نفر خواهد رسید (شریف‌زاده، مودی و اخباری، ۱۳۸۹). طبق این آمار می‌توان اظهار داشت که ایران در شرایط فعلی در حال گذر از جمعیت جوان به جمعیت میانسال است (کوچکی، حجتی و ثناگو، ۱۳۹۱). یکی از پدیده‌های سنین میانسالی، سندرم آشپانه خالی^۱ نامیده می‌شود و نوعی افسردگی است که پس از آن که آخرین فرزند خانه را ترک کرد در زن و مرد ایجاد می‌شود (گوتلیب، ۲۰۰۰/۱۳۸۹). در این دوره برخی ناراحتی‌ها و حتی استرس منفی تجلی می‌کنند. در متون پژوهشی، نشانگان آشپانه خالی به معنای احساس افسردگی، اضطراب و احساس تنهایی است. پژوهشگران معتقدند عوامل بسیاری از جمله افسردگی، اضطراب، وضعیت سلامت روانی، افکار خودکشی، حمایت کم خانواده، درآمد پایین، عملکرد جسمی ضعیف و بیماری با احساس تنهایی در ارتباط هستند (تاسی، ۲۰۱۰). احساس تنهایی تجربه‌ای آزاردهنده و پریشان‌کننده است که مشکلات روان‌شناختی و جسمانی شدیدی را به دنبال دارد. به عبارت دیگر احساس تنهایی، مجموعه‌ای پیچیده از احساس‌ها و شناخت‌ها، پریشانی‌ها و تجربه هیجان‌های منفی است که از کمبودهای ادراک شده فردی در روابط خصوصی و اجتماعی ناشی می‌شود (وایزمن، ۲۰۰۶). درگیری در نشانگان آشپانه خالی بیشتر به معنای از دست دادن قدرت تسلط والدین بر اوضاع است تا از دست دادن فرزندان (موان و وتینگتون، ۱۹۹۹). از آنجا که زن سرمایه‌ای پربار برای جامعه است و آسایش خانواده و جامعه به برکت وجود طبیعت او تحقق می‌یابد و سازگاری با پدیده آشپانه خالی برای زنانی که نقش سنتی خانه‌داری را با همسر بودن و کارکردن در خارج از خانه، همراه می‌کنند موفقیت‌آمیزتر

² depression

³ anxiety

¹ empty nest syndrome

می‌آفرینند. لازمه‌ی جستجوی معنا مسئولیت شخصی است. معنادرمانی بر آگاهی از معنای زندگی شخص به عنوان راهی برای سلامت روان تمرکز دارد (اسپینگ، ۲۰۱۳). افرادی که معتقدند زندگی‌شان پرمعناست گرایش دارند تا سلامت روان شناختی بهتری را نسبت به آنان که معتقدند زندگی‌شان فاقد معناست نشان دهند. هدف عمده معنادرمانی حذف موانع و رهاسازی روح انسان برای تکمیل وظایف آن است (وونگ، ۲۰۱۲). درباره سوابق تجربی موضوع می‌توان به نتایج پژوهش تقی‌پور و رسولی (۱۳۸۷) اشاره کرد که در پژوهشی نشان داد که افسردگی گروه آزمایش پس از اجرای روش درمانی کاهش یافته است. همچنین نتایج پژوهش مشتاقی، علامه و آقایی (۱۳۹۰) نشان داد که معنادرمانی به شیوه گروهی سبب افزایش سلامت روان و کاهش افسردگی در نابینایان شده است. بریتبارت، روزنفیلد، پاپیتو، ویکنز و کسلیت (۲۰۱۲) در پژوهشی براساس چارچوب درمانی فرانکل، درمان معنا محور را به کار گرفتند و افسردگی شرکت‌کنندگان را کاهش داد. ماسکارو و روزن (۲۰۰۵) با انجام یک پژوهش روی دانشجویان دانشگاه نشان دادند که معنای وجودی نقش بسیار مهمی در افزایش امیدواری دارد. از آنجا که معنادرمانی و شرکت در گروه برای ایجاد حس همدردی و جلوگیری از تنهایی در افراد مؤثر است، پژوهشگران درصدد هستند که با به کار بردن این روش درمانی، اثر آن‌ها را در کاهش علائم روان‌شناختی افراد مبتلا بررسی نمایند. از آنجایی که اکثر فرزندان بعد از ازدواج والدین‌شان را ترک می‌کنند و با توجه به این که ممکن است این ترک موجب افسردگی و اضطراب در والدین گردد، و از طرفی چون سازمان بهداشت جهانی سلامت زنان را از شاخص‌های رشد یافتگی کشورها معرفی نموده است، بنابراین جهت برنامه‌ریزی اقدامات مناسب، ارتقای خدمات سلامت روانی و ایجاد سیاست‌های مرتبط با آن در جامعه، نیاز به آشنایی با درمان‌های مناسب از جمله درمان شناختی-رفتاری و معنادرمانی به صورت گروهی می‌باشد. در ضمن نتایج حاصل از این تحقیق می‌تواند برای مدیران نظام سلامت نیز کاربرد داشته باشد تا با بهره‌گیری از نیروهای مجرب، توجه بیشتری به درمان‌های غیر دارویی نمایند و با صرف زمان و هزینه کمتری تعداد بیشتری از بیماران مبتلا به افسردگی، از این روش درمانی استفاده کنند. بنابر آنچه گفته شد و با توجه به این که پژوهش‌های چندانی در زمینه سندرم آشیانه خالی صورت نگرفته است و نظر به

زندگی آنها داشته باشد لذا کاهش افسردگی و اضطراب می‌تواند در میزان سلامت و ارتباط سالمندان با اطرافیان تأثیر مثبتی داشته باشد (کاراکویان سلیم و همکاران، ۲۰۱۰). امروزه شیوه‌ای که برای درمان افسردگی سالمندان به کار برده می‌شود به طور معمول دارو درمانی است. داروهای ضد افسردگی واکنش‌های نامناسب قلبی-عروقی، عصبی و هاضمه‌ای ایجاد می‌کنند. علاوه بر این کسانی که تنها تحت درمان دارویی قرار گرفته‌اند مهارت‌های سازشی را که در مداخلات روان درمانی برای محافظت فرد در مقابل عود و وقوع دوباره افسردگی ارائه می‌شوند را یاد نمی‌گیرند. بنابراین ضروری است از روش‌ها و تکنیک‌های درمانی دیگری در کاهش افسردگی و اضطراب استفاده شود تا عوارض ناشی از داروها را کاهش داد (ایران‌دوست و طاهری، ۱۳۹۴). افزایش کیفیت زندگی افراد در چارچوب گروه‌درمانی^۱ امکان‌پذیر است. گروه به افراد اجازه می‌دهد که ارزش‌هایشان را دوباره بررسی و با ارزش‌های دیگران در گروه مقایسه کنند. از جمله رویکردهای اثربخش گروه‌درمانی در زمینه بهبود سلامت روانی و غنی‌سازی زندگی افراد، گروه‌درمانی وجودی^۲ است (کوری، ۲۰۰۵) که ساختار مطلوبی برای کار روی مسائل وجودی مراجعان (کورسینی، ۲۰۰۸) و کمک به حضور واقعی در هستی است. رویکرد وجودی در حوزه روان‌شناسی به عنوان وضعیتی مشترک برای همه افراد بدون توجه به فرهنگ، مذهب، قومیت و نژاد است (ادو، ملین جانسون و دنیل سون، ۲۰۱۱) که نوع نگرش و جهان‌بینی اگرچه می‌تواند بین بسیاری از افراد یا گروه‌ها مشترک باشد، اما از یک تعبیر و برداشت شخصی حاصل می‌شود. کمبود معنا در زندگی با نیاز به درمان برای افسردگی، اضطراب و سوء مصرف مواد ارتباط دارد. معنادرمانی می‌تواند در درمان بی‌خوابی، اضطراب، وسواس و افسردگی به کار رود (کوری، ۲۰۰۵). داشتن معنا یا هدف در زندگی ارتباط مثبتی با عوامل روان‌شناختی دارد و منجر به سازگاری سالمندان، رضایت از زندگی، احساس خوب روان‌شناختی، حمایت اجتماعی و دلیل زنده ماندن در آن‌ها می‌شود (کنگ و همکاران، ۲۰۰۹). کار گروهی معنادرمانی می‌تواند ساختار مفهومی را برای کمک به مراجعان جهت چالش یافتن معنی در زندگی‌شان آماده کند. افراد معنی را در زندگی کشف نمی‌کنند بلکه آن را در زندگی خود

¹ group therapy

² existential

حداکثر نمره در این تست ۶۳ و حداقل آن صفر می‌باشد. پرسش‌نامه افسردگی بک این امتیاز را دارد که به مهارت یا تعصب آزمایش‌کننده بستگی ندارد و بیشتر به سنجش ویژگی‌های روانشناختی افسردگی می‌پردازد. مطالعه وهاب-زاده (۱۳۷۷) در ایران به منظور چگونگی ارزش تشخیص این پرسش‌نامه در تفکیک بیماران افسرده و افراد سالم از یکدیگر، نشان داد که این پرسش‌نامه دارای ارزش تشخیصی است و قادر به تمیز افراد سالم از بیمار می‌باشد. در ایران در سال ۱۳۷۲ در پژوهش ضریب همسانی درونی این ۸۵٪ و پایایی آن ۸۱٪ گزارش شده است (نظری و اسدی، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر پایایی پرسش‌نامه بک بر اساس آلفای کرونباخ ۹۰۸٪ بود.

پرسش‌نامه اضطراب بک^۲. این پرسش‌نامه خودسنجی ۲۱ سؤال دارد که با هدف اندازه‌گیری شدت اضطراب طراحی شده است. این آزمون اضطراب را در یک هفته اخیر و در دامنه‌ای از «اصلاً» تا «شدیداً» ارزیابی می‌کند. نمره هر سؤال بین صفر تا ۳ و دامنه نمرات بین صفر تا ۶۳ است. نمره بالا نشانه شدت اضطراب است. همسانی درونی آن بالا و ضریب پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای آن در حدود ۷۵٪ به دست آمده است. همبستگی بین نمرات اضطراب بک و مقیاس همیلتن برای درجه‌بندی اضطراب ۵۱٪ و با افسردگی بک برابر با ۸۴٪ به دست آمده است. این آزمون ویژه شرکت‌کنندگان بزرگسال است و در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی قابل استفاده است (یعقوبی، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر، پایایی پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ بررسی شد که نتیجه آن ۸۳۶٪ به دست آمد. نتیجه نشان داد که پرسش‌نامه مذکور اعتبار مقبولی را برای اجرای پژوهش دارد.

پروتکل درمانی. محتوای جلسات درمانی پژوهش حاضر با تکیه بر اصول نظری و فنون درمانی معنادرمانی در چارچوب طرح‌درمانی فرانکل (۱۹۹۸/۱۳۷۷) در ده جلسه طراحی گردید (جدول ۱).

روش اجرا

بعد از هماهنگی با مسئولان و روان‌شناسان کلینیک روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی شیراز و جلب موافقت آنها و دسترسی به زنان سالمند با سندرم آشپانه خالی جمع‌آوری کنندگان داده‌ها برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها به کلینیک

آسیب‌پذیری سالمندان به ویژه زن، تحقیق حاضر درصدد پاسخ‌گویی علمی به این سؤالات است که آیا معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی اثربخش است؟ و آیا معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش اضطراب در زنان سالمندی که دچار سندرم آشپانه خالی شده‌اند مؤثر است؟

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

این پژوهش از نوع کاربردی و شیوه اجرای نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی زنان شهرستان شیراز در سال ۱۳۹۵ بود که فرزندان‌شان آنها را ترک کرده و از آنها جدا شده‌اند. نمونه مورد نظر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. حجم نمونه با توجه به جامعه آماری ۲۴ زن سالمند واجد شرایط شرکت در این مطالعه بودند که به طور تصادفی و با هم‌تاسازی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. محدوده سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه بین ۶۰ و ۶۷ سال و میانگین سن برای گروه آزمایش (۱/۳۶) ۶۲/۵۳ سال، و برای گروه کنترل (۲/۰۱) ۶۳ سال بود. در گروه آزمایش تعداد ۵ نفر متأهل و ۷ نفر بیوه، ۴ نفر لیسانس و ۸ نفر دیپلم، ۴ نفر دارای سطح درآمد کم، ۶ نفر سطح درآمد متوسط و ۲ نفر سطح درآمد خوب بودند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل (۱) سن ۶۰ سال و بالاتر، (۲) موافقت سالمند برای شرکت در پژوهش، طبق برنامه و به صورت دو ساعت در هفته، (۳) توانایی شنیداری و گفتاری مناسب (۴) عدم وجود بیماری یا اختلال روان‌شناختی (فراموشی، دمانس، آلزایمر) براساس پرونده پزشکی، (۵) عدم تجربه سوگ (مرگ بستگان نزدیک) در شش ماه گذشته، و (۶) عدم شرکت همزمان در جلسات روان‌درمانی دیگر بودند. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت از (۱) غیبت بیش از یک جلسه در جلسات درمان و (۲) تجربه سوگ یکی از عزیزان در دوره درمانی بودند.

ابزار

پرسش‌نامه افسردگی بک^۱. یک ابزار خود گزارشی شامل ۲۱ گویه است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند.

² Beck Anxiety Inventory (BAI)

¹ Beck Depression Inventory (BDI)

جدول ۱

پروتکل جلسات معنادرمانی (فرانکل ۱۳۷۷/۱۹۹۸)

جلسه	اهداف	شرح مختصر
۱	معرفی	شرکت‌کنندگان خود را معرفی نموده و می‌گویند که کیستند و چرا تصمیم به مشارکت در جلسات معنادرمانی گرفته‌اند، پرسش‌های مرتبط با معنادرمانی، مشاوره و بحث در مورد سندرم آشیانه خالی، تمرین گروهی برای به معرض نمایش درآوردن آن چه می‌خواهم باشم و ارائه منشور گروه و قرارداد درمانی
۲	شفاف‌سازی ارزش‌ها (ارزش‌های خلاق)	مرور جلسه قبل و دادن بازخورد، بیان مشکل، بحث در مورد سندرم آشیانه خالی و بحث در مورد اثرات سندرم آشیانه خالی بر ایجاد اختلالات روانی، توزیع برگه ارزش‌ها (جدولی شامل ۱۵۰ خانه)
۳	شفاف‌سازی ارزش‌ها (ارزش‌های تجربی)	مرور جلسه قبل و دادن بازخورد، تمرین گروهی رویدادهای اخیر مردم و تجارب و افراد مثبت، بحث استقلال در مقابل وابستگی چراکه بسیاری از ارزش‌هایی که تاکنون شفاف‌سازی شده‌اند بدون مشارکت افراد دیگر نمی‌توانند تحقق یابند، معنا یابی و گرفتن معنا از بافت تاریخی زندگی و مسئولیت پذیری
۴	شفاف‌سازی ارزش‌ها (ارزش‌های نگرشی)	مرور جلسه قبل و دادن بازخورد، تغییر نگرش‌ها و گرفتن معنا از طریق راه‌های کشف معنا و تمرین گروهی گفته‌های حکیمانه با نقل قول‌های خردمندانه
۵	تمرکز بر اهداف	مرور جلسه قبل و دادن بازخورد، گسترش دادن سلسله مراتب ارزش‌ها (بررسی سلسله‌مراتب ارزش‌ها و آموزش مفهوم ارزش‌های موازی در مقابل ارزش‌های هرمی توسط رهبر گروه و گرفتن معنا از خلق ارزش‌ها و مسئولیت‌ها)، تمرین گروهی تعیین هدف‌ها و زاویه دید دیگر نسبت به هدف
۶	متناسب کردن اهداف با ارزش‌ها	مرور جلسه قبل و دادن بازخورد، تحلیل اهداف (اهداف متوسط)، تحلیل اهداف (اهداف بلندمدت)، توضیح اهمیت تجربه شدن تمام ارزش‌های فرد توسط او، گرفتن معنا از میان تجربه ارزش‌ها و گرفتن معنا از آرزوها و امیدها
۷	تعیین اهداف جدید	بررسی نتایج تکالیف منزل و بینش‌شده، تعیین اهداف جدید برای ارزش‌های ره‌اشده یا نادیده گرفته شده (اهداف کوتاه مدت)، تعیین اهداف جدید برای ارزش‌های ره‌اشده (اهداف متوسط)، تعیین اهداف جدید برای ارزش‌های ره‌اشده (اهداف بلندمدت)، معنای مرگ، زندگی، آزادی و مسئولیت و ارائه نظرات مرتبط با موضوع تعیین هدف‌های جدید، ارائه تکلیف
۸	برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف	هر شرکت‌کننده اهداف جدیدش را در خصوص مسئولیت، خود حمایتی، علاقه اجتماعی و غلبه بر یاس و افزایش امید به زندگی با دیگران در میان می‌گذارد، در معرض نمایش قراردادن طرح دستیابی به هدف، برنامه ریزی (طرح یا برنامه)، از داوطلب خواسته می‌شود تا هدف را پیش از جلسه بعدی محقق سازد، از داوطلب خواسته می‌شود تا نتایج را پیش از جلسه بعدی ارزیابی کند، از داوطلب خواسته می‌شود بر حسب نتایج مرحله ارزیابی عمل کند، تکرار در معرض نمایش قرار دادن طرح دستیابی به هدف، ارائه نظرات مرتبط با موضوع برنامه‌ریزی به منظور تحقق اهداف، ارائه تکلیف.
۹	تحلیل وضعیت حال حاضر	هر شرکت‌کننده سه هدفی را که برای تحقق آنها برنامه‌هایی طرح نموده با دیگران در میان می‌گذارد، حمایت عاطفی اعضا از یکدیگر، تکمیل جملات ناتمام مانند برای تعامل اعضا، تمرین گروهی بحث نقاط قوت و ضعف افراد در رسیدن یا ممانعت از تحقق اهداف، تغییر و تعدیل محاسن و معایب، ارائه تکلیف
۱۰	خلاصه و نقد	خلاصه و جمع‌بندی جلسات و اختتام، شرکت‌کنندگان مثال‌هایی در مورد چگونگی وارد کردن محاسن و معایب در طرح برنامه‌هایشان با دیگران در میان می‌گذارند، هر گونه اظهار نظری در مورد گروه بیان می‌شود، هر گونه تغییری که مشارکت‌کنندگان به واسطه شرکت در گروه در خود می‌بینند بحث می‌شود.

باقی می‌ماند. پس از کسب رضایت شفاهی از آنها پرسش‌نامه بدون اخذ نام و نام‌خانوادگی شرکت‌کننده توسط آنها تکمیل شد. نحوه ارائه پرسش‌نامه‌ها به ترتیب پرسش‌نامه افسردگی بک و پرسش‌نامه اضطراب بک بود. در مرحله دوم، شرکت‌کنندگان به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه معنادرمانی به شیوه گروهی بر اساس

مراجعه کردند. سپس با ارائه توضیحاتی مقدماتی درباره اهداف پژوهش، مقیاس‌ها و نحوه تکمیل آنها و اطمینان‌دهی از محرمانه بودن اطلاعات وارد شده، پرسش‌نامه‌ها به شرکت‌کنندگان ارائه گردید. ورود افراد به برنامه و پرکردن فرم‌های پرسش‌نامه کاملاً داوطلبانه و تنها در صورت تمایل فرد انجام گردید. به شرکت‌کنندگان مورد بررسی اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه

شد. برای به دست آوردن داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده گردید.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ آورده شده است.

مدل فرانکل (۱۹۹۸) طی دو ماه و نیم (هر هفته یک جلسه ۲ ساعته) دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای را دریافت نکردند. پس از پایان برنامه آموزشی، پرسش‌نامه‌ها مجدداً برای هر دو گروه به عنوان پس‌آزمون اجرا گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کواریانس) استفاده

جدول ۲

اطلاعات توصیفی مربوط به افسردگی و اضطراب دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
افسردگی	۱۱/۸ (۲/۰۸)	۶/۰۶ (۱/۲۲)	۱۲ (۱/۱۹)	۱۰/۰۶ (۱/۵۳)
اضطراب	۱۰/۵۳ (۱/۱۸)	۲/۸۶ (۲/۰۶)	۱۰/۹۳ (۱/۲۷)	۱۰/۶۰ (۲/۰۹)

و پس‌آزمون از تحلیل کواریانس یک‌راهه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آمده است. برای رعایت پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در پیش‌آزمون افسردگی و اضطراب از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان داد فرض صفر برای تساوی واریانس دو گروه در پیش‌آزمون افسردگی و اضطراب تأیید می‌گردد. در تحلیل واریانس‌های دو گروه در پس‌آزمون به دلیل همگنی واریانس‌های گروه‌ها در پیش‌آزمون، این تأثیر متغیر مستقل (روش معنادرمانی گروهی) خواهد بود که در تفاوت احتمالی نمرات دو گروه نقش دارد.

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین و انحراف استاندارد مقیاس افسردگی در گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۱۱/۸ و ۲/۰۸ و در پس‌آزمون ۶/۰۶ و ۱/۲۲، همچنین در افسردگی گروه کنترل در پیش‌آزمون ۱۲ و ۱/۱۹ و در پس‌آزمون ۱۰/۰۶ و ۱/۵۳ به دست آمد. از طرفی در متغیر اضطراب نیز میانگین و انحراف استاندارد در گروه آزمایش به ترتیب در پیش‌آزمون ۱۰/۵۳ و ۱/۱۸ و در پس‌آزمون ۲/۸۶ و ۲/۰۶، همچنین در گروه کنترل در پیش‌آزمون ۱۰/۹۳ و ۱/۲۷ و در پس‌آزمون ۱۰/۶۰ و ۲/۰۹ است. برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون

جدول ۳

تحلیل کواریانس میانگین نمرات پس‌آزمون افسردگی و اضطراب در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	میانگین مجزورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
افسردگی	۱۱/۳۶۷	۱	۹/۳۱۵	$P < 0/001$	۰/۸۱۸	۰/۹۹
اضطراب	۳/۰۹۱	۱	۰/۸۲۲	$P < 0/001$	۰/۸۲	۰/۵۷

باعث کاهش افسردگی زنان سالمند با سندرم آشیانه خالی می‌شود. یعنی فرض صفر رد و فرض پژوهشی با ۹۵٪ اطمینان تأیید می‌شود. از سوی دیگر، روش معنادرمانی گروهی با توجه به میانگین اضطراب گروه آزمایش (۲/۸۶) نسبت به میانگین اضطراب گروه کنترل (۱۰/۶۰) موجب کاهش معنادار اضطراب در گروه آزمایش شده است ($F=5/093$). ۱۶۴٪ تفاوت‌های فردی در نمرات اضطراب

اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد روش معنادرمانی گروهی با توجه به میانگین افسردگی گروه آزمایش (۶/۰۶) نسبت به میانگین افسردگی گروه کنترل (۱۰/۰۶) موجب کاهش معنادار افسردگی در گروه آزمایش شده است ($F=7/046$). ۲۱۳٪ تفاوت‌های فردی در نمرات افسردگی حاکی از تأثیر روش معنادرمانی گروهی است. بنابراین نتیجه می‌گیریم که معنادرمانی گروهی به طور معناداری

فردی که بدون فرزندانش زندگی می‌کند فردی است که زندگی را بی‌معنا می‌بیند و احساس می‌کند به آخر خط زندگی خود رسیده است. وقتی فرد به علت مسائل و مشکلاتش زندگی را بی‌معنا می‌پندارد زندگی را سراسر هراس می‌بیند که به هیچ روشی نمی‌تواند به این هراس خود غلبه کند. در واقع درمانگر به فرد کمک می‌کند تا بتواند معنای نهفته در این شرایط پیش آمده را کشف کند. زمانی که فرد معنای نهفته را کشف کند دیگر احساس درماندگی نخواهد کرد. از دیدگاه معادرمانی یکی از اهداف اصلی کمک به افراد، یافتن معنایی برای زندگی است. وقتی که آنها چنین فکر نمی‌کنند ناتوان و دچار افسردگی می‌شوند. براساس نظریه افسردگی بک، انسان‌ها بر اساس چند رویداد منفی تعمیم افراطی می‌دهند و فکرشان را تخریب می‌کنند (بابلی، ۱۳۷۹). جدای از این مؤلفه‌ها مفید بودن گروه‌درمانی در مقایسه با درمان انفرادی را نباید نادیده گرفت. گروه‌درمانی به افراد کمک می‌کند تا مهارت‌های اجتماعی مؤثرتری را بیاموزند و به این درک برسند که دیگران نیز مانند آنها نیز مشکلاتی دارند. شرکت در جلسات آموزشی معادرمانی با تکیه بر معنا، هدف و ارزش‌های زندگی و همچنین تعامل با هم‌تایان خود مسئولیت‌پذیری را در فرد افزایش می‌دهد. فرد با قبول این مسئولیت و پذیرش شرایط فعلی خود به فعالیت و تلاش برای بهبود خود تشویق می‌شود و زمینه را برای کاهش افسردگی و اضطراب فراهم می‌کند. این امر حاکی از اثربخشی روش معادرمانی گروهی در کاهش اختلالات است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد روش معادرمانی گروهی می‌تواند این هدف را محقق سازد و نتایج مؤید آن است که این شیوه درمان روان‌شناختی به طور معادرمانی افسردگی و اضطراب زنان سالمند با سندرم آشیانه خالی را کاهش می‌دهد. میزان نمره‌های افسردگی و اضطراب در شرکت‌کنندگانی که تحت معادرمانی گروهی قرار گرفته‌اند نسبت به شرکت‌کنندگانی که این شیوه درمانی را دریافت نکرده‌اند کاهش یافته است.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این موارد اشاره کرد که مقیاس افسردگی و اضطراب یک مقیاس نشانه‌شناسی است و تنها نشانه‌های افسردگی و اضطراب را می‌سنجد. از این رو نمی‌توان آن را یک ابزار تشخیصی معادل راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی یا طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها قلمداد کرد. از سوی دیگر گروه‌درمانی با وجود تمامی مزایای گفته شده در این

مربوط به تأثیر روش معادرمانی گروهی می‌باشد. بنابراین نتیجه می‌گیریم که معادرمانی گروهی به طور معناداری باعث کاهش اضطراب زنان سالمند با سندرم آشیانه خالی می‌شود. یعنی فرض صفر رد و فرض پژوهشی با ۹۵٪ اطمینان تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی معادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی و اضطراب در زنان سالمند سندرم آشیانه خالی بود. نتایج نشان دهنده تأثیر معنادار مداخله بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان سالمند بود. این نتایج با یافته‌های تقی پور و رسولی (۱۳۸۷)، مشتاقی و همکاران (۱۳۹۰)، بریتبارت و همکاران (۲۰۱۲)، ماسکارو و روزن (۲۰۰۵) و میشل (۲۰۰۹) همسو بود. سندرم آشیانه خالی یک پاسخ ناسازگارانه و ناهنجار به انتقال به دوران پس از مسئولیت پدر و مادر است (راپ و مایرز، ۱۹۸۹). سیفجه و کرنکه (۲۰۰۶) نشان دادند که وقتی یک فرزند خانه را ترک می‌کند هم برای فرزند و هم والدین اتفاق مهمی است و با این که بسیاری از والدین به عنوان اتفاق بسیار مثبتی به آن می‌نگرند، برای برخی از والدین زمان متضادی است: دوره‌ای از دوست داشتن و رها کردن و زمانی که روز به روز نقش والدین واگذار می‌شود. زمانی که فرزندان خانه را ترک می‌کنند والدین دارای حس از دست دادن، غم و اندوه می‌شوند. این احساس افسردگی و اضطراب و استرس ممکن است با نگرانی‌هایی در مورد آینده و احساس تنهایی بیشتر افزایش یابد. حتی زمانی که فرزندان خانه را ترک می‌کنند پدر و مادر به این دلیل که فرزندان شاید دیگر به آنها نیاز نداشته باشند، ممکن است احساس مطرود شدن کنند. همه این احساسات به پدر و مادرهای بیش از حد درگیر و به خصوص به مادران، سخت‌ترین ضربه‌ها را وارد می‌کند (هابدی و همکاران، ۲۰۰۷). پژوهشگران نشان دادند که والدین (به خصوص مادران) تأثیر زیان‌آوری هنگامی که فرزندانشان خانه را ترک می‌کنند تجربه می‌کنند از این لحاظ فرض شده که آنها از دست دادن را تجربه می‌کنند که قابل توجه و عمیق است، تجربه‌ای که به پیامدهای منفی از جمله افسردگی، اعتیاد به الکل و بحران هویت منجر می‌شود به این علت که آنها زمان و تلاش بیشتری در پرورش فرزندان صرف می‌کنند، بنابراین پیوستگی بیشتری با فرزندانشان دارند. در نتیجه مادران پس از جدایی از فرزندان احساسات ناخوشایند بیشتری را تجربه می‌کنند.

خلیلی، م.، مجملشجا، م.ا.، اسماعیلی‌پراپی، س.ه.، و باطنی، ج.ر. (۱۳۹۰). نقش ورزش‌ها در رمز و راز از دیدگاه رازی و ابن‌سینا. *فصلنامه تاریخیچه پزشکی*، ۳ (۷)، ۵۷-۷۶.

شریف‌زاده، ج.ه.، مودی، م.، و اکبری، ش. (۱۳۸۹). بررسی وضعیت سلامت افراد سالمند تحت حمایت کمیته امداد امام خمینی. *فصلنامه ایرانی پیری*، ۳ (۷)، ۵۲-۶۰.

شیخ‌الاسلامی، ف.، رضاماسوله، ش.، خدادادی، ن.، و یزدانی، م.ا. (۱۳۹۰). تنهایی و سلامت عمومی سالمندان. *فصلنامه پرستاری و مامایی جامع‌نگر*، ۲۱ (۶۶)، ۲۸-۳۴.

عبادی، ط. (۱۳۹۱). *بررسی اثر بخشی آموزش غنی سازی ازدواج بر تعارضات زناشویی زوج‌های مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهرستان اسلام شهر (پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده)*. دانشگاه آزاد اسلامی، علوم و تحقیقات.

فرانکل، و. (۱۳۷۷). *انسان در جستجوی معنا* (ترجمه اکبر معارفی). تهران: انتشارات دانشگاه تهران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۸)

کوچکی، ج.، حجتی، ه.، و ثناگو، ا. (۱۳۹۱). ارتباط بین تنهایی و رضایتمندی زندگی سالمندان در شهرهای گرگان و گنبد. *فصلنامه گرگان‌بویه*، ۹ (۱)، ۶۱-۶۸.

کوتلیب، ب. (۱۳۸۹). *روان‌شناسی رشد کودکان و نوجوانان* (ترجمه نصرت‌اله پورافکاری). تهران: انتشارات دوران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰)

مشتاقی، م.، علامه، ف.، و آقایی، ا. (۱۳۹۰). *تأثیر معنادرمانی گروهی بر ارتقای سلامت روان نابینایان شهر اصفهان*. مجموعه مقالات اولین همایش روان‌شناسی سلامت اهواز.

نظری، ع.م.، و اسدی، م. (۱۳۹۰). *بررسی تأثیر شناخت درمانی بر کاهش افسردگی دانش آموزان*. *فصلنامه دانش و تندرستی*، ۶ (۱)، ۴۸-۴۴.

وهاب‌زاده، جواد. (۱۳۷۷). *مباحث عمده در روان‌پزشکی*. تهران: انتشارات انقلاب اسلامی.

یعقوبی، ج. (۱۳۸۷). *غربال‌گری اختلالات روانی: جایگاه آزمون‌ها و نحوه تعیین نمره برش و اعتباریابی*. *فصلنامه سلامت روان*، ۱ (۳)، ۵۱ - ۳۹.

یوسفی، ن.، و باقریان، م. (۱۳۹۰). *بررسی ملاک‌های همسر‌گزینی و فرسودگی زناشویی به عنوان متغیرهای پیش‌بین زوجین متقاضی طلاق و مایل به ادامه زندگی مشترک*. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱ (۳)، ۴۸-۴۱.

Breitbart, W., Rosenfeild, B., Poppito, S., Vickers, A.J., & Cassileth, BR. (2012). Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy

پژوهش از این نقص برخوردار است که به صورت متمرکز روی جنبه‌های منحصر به فرد مشکلات روان‌شناختی افراد کار نمی‌کند و چه بسا بعضی از زنان سالمند با سندرم آشیانه خالی در طی فرایند گروه‌درمانی دچار بازداری شده و تن به گروه‌درمانی ندهند. دیگر این که، جو محافظه کاری حاکم بر خانواده‌ها مانع می‌شد خانواده‌ها پاسخ صحیح و کامل ارائه دهند. نبود مرحله پیگیری به دلیل محدودیت زمانی از دیگر محدودیت‌های پژوهش است. با توجه به یافته‌های این پژوهش که نشان داد معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان سالمند با سندرم آشیانه خالی مؤثر می‌باشد، پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی از مقیاس‌های تشخیصی دقیق‌تری که مبتنی بر نشانه‌شناسی و ملاک‌های تشخیصی باشند برای سنجش افسردگی و اضطراب استفاده شود و محققین بعدی این دوره از چرخه زندگی (سندرم آشیانه خالی) را نیز موضوع مطالعه خود قرار دهند. نتایج این پژوهش نشان داد که می‌توان مداخله‌های گروهی مبتنی بر رویکرد معنادرمانی را به طور موفقیت‌آمیزی برای کاهش افسردگی و اضطراب زنان سالمند سندرم آشیانه خالی به کار گرفت.

سپاس‌گزاری

از تمامی سالمندان عزیز در این مطالعه که صمیمانه همکاری کردند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

اصغری، ن.، علی‌اکبری، م.، و دادخواه، ا. (۱۳۹۱). *اثربخشی معنادرمانی بر کاهش درجه افسردگی زنان سالمند*. *فصلنامه مجد*، ۱۱ (۲)، ۳۸-۳۱.

ایران‌دوست، ک.، طاهری، م. (۱۳۹۴). *تأثیر کم‌کردن وزن با فعالیت بدنی و رژیم بر سطوح افسردگی زنان سالمند افسرده شدید*. *فصلنامه سالمند*، ۱ (۱۰)، ۴۵-۳۲.

بابلی، ا. (۱۳۷۹). *ارزیابی فرسودگی شغلی مدیران دبیرستان‌های پسرانه شهر تهران*. *فصلنامه مدیریت آموزشی*، ۲۶ (۲)، ۴۴-۶۰.

به‌پاچوه، ا.، و سلیمانی، س. (۱۳۹۵). *ارتباط بین افسردگی و کیفیت خواب در سه منطقه زمانی تهران*. *فصلنامه سالمند*، ۱ (۱۱)، ۴۲-۳۰.

تقی‌پور، ا.، و رسولی، ر. (۱۳۸۷). *تأثیر معنادرمانی گروهی بر کاهش افسردگی و ارتقای معنای زندگی زنان سالمند مقیم آسایشگاه*. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۴ (۸)، ۶۸۵-۶۷۳.

- for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(12), 1304-1309.
- Corey, G. (2005). *Theory and practice in group counseling and therapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Corsini, R.J. (2008). Handbook of innovative therapies. 2nd ed. NY: John Wiley. *Journal of Palliative Medicine*, 9(6), 1376-1387.
- Dawane, J., Pandit, V., & Rajopadhye, B. (2014). Functional assessment of elderly in Pune, India: Preliminary study. *Journal of Gerontol Geriatric Research*, 3(3), 155-156. Doi: 10.4172/2167-7182.10001555.
- Esping, A. (2013). Auto ethnography as Logo therapy: An existential analysis of meaningful social science inquiry. *Journal of Border Educational Research*, 9(1), 59-67.
- Harkins, E.B. (1978). Effects of empty nest transitions on self-report of psychological and physical well-being. *Journal of Marriage and Family*, 40, 549-556.
- Hobdy, j., Hayslip, B., Kaminski, P.L., Crowley, B.J., Riggs, S., & York, C. (2007). The role of attachment style in coping with job loss and the empty nest in adulthood. *The International Journal of Aging and Human Development*, 65, 335-371.
- Kang, K., Jea, L.M., Kim, L.M., Hee-su, K., Shingjeang, K., Mi-Kyung, S., & Sonyong, S. (2009). The effect of logo therapy on the suffering, finding meaning, and spiritual well-being of adolescents with terminal cancer. *Journal of Current Directions in Psychological Science*, 312-319.
- Karakoyun-Celik, O., Gorken, I., Sahin, S., Orcin, E., Alanyali, H., & Kinag, M. (2010). Depression and anxiety levels in women under follow-up for breast cancer. Relationship to coping with cancer and quality of life. *Medical Oncology*, 27(1), 108-113.
- Mascaro, N., & Rosen, D. H. (2005). Existential meaning in the enhancement of hope and prevention of the depressive symptoms. *Journal of Personality*, 73, 988-994.
- Meon, P., & Wethington, E. (1999). Midlife development in a life course context. In S.L. Willis & J.D. Reid (Eds), *Life in the middle: Psychological and social development in middle age*, (pp. 3-24). Sandi ego: Academic press.
- Mitchell, B.A. (2009). *Family matters: An introduction to family sociology in Canada*. Toronto: Canadian Scholar's Press.
- Raup, J.L., & Myers, J.E. (1989). The empty nest syndrome? Myth or reality? *Journal of Counseling and Development*, 68, 180-183.
- Seiffge-Krenke, I. (2006). Leaving home or still in the nest? Parent-child relationship and psychological health as predictors of different leaving home parents. *Developmental Psychology*, 42, 864-876.
- Sherina, M., Rampal, L., & Mustaqim, A. (2004). The prevalence of depression among the elderly in sebang, Selangor. *Medical Journal of Malaysia*, 59(1), 45-49.
- So, W.K., Marsh, G., Ling, W.M., Leung, F.Y., Lo, J.C., & Yeung, M. (2010). Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(1), 17-22.
- Tasi, H. H. (2010). Video conference program enhances social support, loneliness, and depressive status of elderly nursing home residents. *Sigma Theta Tau International*, 8, 947-954.
- Udo, C., Melin-Johansson, CH., & Danielson, E. (2011). Existential issues among health care staff in surgical cancer care discussions in supervision sessions. *European Journal of Oncology Nursing*, 1, 447-453.
- Wiseman, H. (2006). Why are they lonely? Perceived quality of early relationship with parents, attachment personality predispositions and loneliness in first year university students. *Personality and Individual Differences*, 40, 237-248.
- Wong, P. T. (2012). *From logo therapy to meaning-centered counseling and therapy. The human quest for meaning: Theories, research, and application*. New York: Plenum.
- Zhao, G., Ford, E. S., Tsai, J., Dhingra, S., & Balluz, LS. (2011). Waist circumference, abdominal obesity, and depression among overweight and obese U.S. adults, *National Health and Nutrition Examination Survey*, 11, 130-142.