



The Effectiveness of Problem Solving Therapy for Interpersonal Problems in Depressed Elderly with Empty Nest Syndrome

Ghanbari M¹, Abolghasemi A^{2*}, Ghaffari Nooran A³, Kiamarsi A⁴

1-PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

2-Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

3-Associate Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

4-Assistant Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

Corresponding Author: Abbas Abolghasemi, Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

E-mail: Abolghasemi1344@Guilan.ac.ir

Received: 2024/11/29

Accepted: 2025/01/29

Abstract

Introduction: Empty nest syndrome is one of the psychological challenges that the elderly face after their children leave home, and it can lead to depression and interpersonal problems. The purpose of this research was to investigate the effectiveness of problem solving therapy on interpersonal problems in depressed elderly with this syndrome.

Methods: This research was conducted as a semi-experimental design with a pre-test, post-test and follow-up design and with a control group. The statistical population included all depressed elderly with empty nest syndrome in the care and rehabilitation centers of Ardabil Welfare Organization in 2024. From this population, 28 people were selected from all the centers by available sampling method and replaced in two experimental and control groups (14 people in each group). The experimental group received 10 sessions of 90 minutes of problem solving therapy, while the control group did not receive any intervention. Data were collected using depression, interpersonal problems and empty nest syndrome questionnaires and analyzed with mixed variance analysis.

Results: The results showed that problem solving therapy (group factor) has an effect on only two components of frankness and humanization and openness ($P < 0.05$). Also, significant differences were observed in interpersonal problems and depression in different stages. The time factor explains 58.7% and 72.7% of the variance of grades, respectively. In addition, the interaction effect between group and time was also significant, and affected 64.8% and 74.3% of the variance of scores.

Conclusions: Problem solving therapy is introduced as an effective method in reducing interpersonal problems and depression in the elderly, and it is suggested to be used as a complementary treatment along with other treatment methods.

Keywords: Depression, Aged, Empty nest syndrome, Interpersonal problems, Problem solving therapy.



اثربخشی درمان حل مسأله بر مشکلات بین فردی در سالمندان افسرده با سندرم آشیانه خالی

معصومه قنبری^۱، عباس ابوالقاسمی^{۲*}، عدرا غفاری نوران^۳، آذر کیامرثی^۴

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

۴. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

نویسنده مسئول: عباس ابوالقاسمی، استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

ایمیل: Abolghasemi1344@Guilan.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۹/۹

چکیده

مقدمه: سندرم آشیانه خالی یکی از چالش‌های روانی است که سالمندان پس از خروج فرزندان از خانه با آن مواجه می‌شوند و می‌تواند منجر به افسردگی و مشکلات بین‌فردی شود. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان حل مسأله بر مشکلات بین‌فردی در سالمندان افسرده با این سندرم بود.

روش کار: این پژوهش به صورت نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی سالمندان افسرده با سندرم آشیانه خالی در مراکز نگهداری و توانبخشی سازمان بهزیستی اردبیل در سال ۱۴۰۳ بود. از این جامعه، ۲۸ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس از تمامی مراکز انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۴ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان حل مسأله را دریافت کرد، درحالی‌که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های افسردگی، مشکلات بین‌فردی و سندرم آشیانه خالی جمع‌آوری و با تحلیل واریانس آمیخته تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان حل مسأله (عامل گروه) تنها بر دو مؤلفه صراحت و مردم‌آیزی و گشودگی تأثیر دارد ($P < 0.05$). همچنین، تفاوت‌های معناداری در مشکلات بین فردی و افسردگی در مراحل مختلف مشاهده شد. عامل زمان به ترتیب ۵۸/۷ درصد و ۷۲/۷ درصد از واریانس نمرات را توضیح می‌دهد. علاوه بر این، اثر تعاملی بین گروه و زمان نیز معنادار بود، و ۶۴/۸ درصد و ۷۴/۳ درصد از واریانس نمرات را تحت تأثیر قرارداد.

نتیجه‌گیری: درمان حل مسأله به‌عنوان یک روش مؤثر در کاهش مشکلات بین‌فردی و افسردگی سالمندان معرفی می‌شود و پیشنهاد می‌شود که به‌عنوان یک درمان مکمل در کنار سایر روش‌های درمانی به کار گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، درمان حل مسأله، پیری، سندرم آشیانه خالی، مشکلات بین‌فردی.

مقدمه

(۲). یکی از این چالش‌ها، افسردگی است (۳)، که به‌عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در گروه سنی سالمندان شناخته می‌شود (۴). تحقیقات نشان می‌دهد که بیش از یک سوم از جمعیت سالمند در سراسر جهان با افسردگی مواجه هستند (۵). افسردگی با علائمی نظیر خلق پایین، کاهش علاقه یا لذت، احساس گناه، احساس کم‌ارزشی،

با افزایش امید به زندگی و کاهش نرخ باروری، پیری جمعیت به یک‌روند جهانی تبدیل شده است (۱). این پدیده با چالش‌های متعددی در زمینه‌های مختلف، از جمله سلامت جسمی، شناختی و افزایش بروز مشکلات روانپزشکی در میان سالمندان در کشورهای مختلف همراه بوده است

بدینی، مشکلات خواب، خستگی و کاهش تمرکز شناخته می‌شود (۴). این اختلال می‌تواند به کاهش فعالیت‌های اجتماعی و انزوای اجتماعی منجر شود (۶) و در برخی موارد ممکن است به خودکشی (۷) منجر گردد.

تغییرات عمده در زندگی، نظیر زایمان، یائسگی، بازنشستگی، مرحله آشیانه خالی و بحران میان‌سالی، می‌توانند عوامل مؤثر در بروز افسردگی در سالمندان باشند (۸). سندرم آشیانه خالی یک پاسخ ناسازگارانه به انتقال به دوران پس از مسئولیت والدینی است (۹). بر اساس مدل از دست‌دادن نقش، داشتن نقش والدینی به سالمندان احساس موفقیت می‌دهد و پایان‌دادن به این نقش تأثیر منفی بر سلامت روان آنها دارد که به‌عنوان سندرم آشیانه خالی شناخته می‌شود (۱۰). نتایج مطالعات نشان می‌دهند که سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی احتمال بیشتری دارند که روابط اجتماعی ضعیف، کیفیت زندگی پایین، ناامیدی و تنهایی را گزارش کنند که همگی با افسردگی مرتبط هستند (۱۱). همچنین، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افسردگی یکی از مشکلات روانی شایع در میان سالمندان آشیانه خالی است (۱۲) و می‌تواند کیفیت زندگی آنها را کاهش دهد (۱). بنابراین، توجه به این موضوع و پرداختن به آن در راستای پیشگیری و درمان افسردگی در سالمندان اهمیت زیادی دارد.

روابط بین‌فردی یک نیاز اساسی انسان است و سلامت روان به ارتباطات سالم و صمیمی با دیگران وابسته است. به طور متقابل، مشکلات بین‌فردی به طور مستقیم در ایجاد و حفظ آسیب‌شناسی روانی نقش دارند (۱۳). افراد افسرده به دلیل نقایص اجتماعی، مانند مهارت‌های اجتماعی ضعیف، نیاز بیش از حد به تأیید و رفتارهای منفی، در روابط بین‌فردی با چالش‌هایی مواجه می‌شوند (۱۴، ۱۵). مشکلات بین‌فردی به مسائلی اشاره دارد که فرد در تعاملات اجتماعی خود تجربه می‌کند، از جمله تعاملات رویارویی یا طرد اجتماعی. این مشکلات می‌توانند باعث افزایش پریشانی در پاسخ به عوامل استرس‌زای مرتبط با دوران سالمندی شوند (۱۶). سالمندان آشیانه خالی، به‌ویژه به دلیل طرد از روابط اجتماعی و مشارکت پایین در فعالیت‌های اجتماعی، در معرض خطر بالای افسردگی قرار دارند (۱۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که سالمندان آشیانه خالی که روابط ضعیفی با فرزندان خود دارند و تماس اجتماعی کمتری برقرار می‌کنند، بیشتر به افسردگی مبتلا می‌شوند (۱۸، ۱۹).

نقص در حل مسئله اجتماعی می‌تواند به‌عنوان یکی از ویژگی‌های اصلی افسردگی در نظر گرفته شود (۲۰). حل

مسئله اجتماعی یک فرایند شناختی - رفتاری است که در آن فرد تلاش می‌کند برای مسائل خاصی که در زندگی روزمره با آنها مواجه است، از جمله مشکلات بین‌فردی، راه‌حل‌های مؤثری شناسایی کند (۲۱). درمان حل مسئله توسط دزوریلا و گلد فرید در سال ۱۹۷۱ بنیان‌گذاری شد (۲۲) و در مقایسه با سایر روش‌های درمانی، اثربخشی بالاتری در کاهش افسردگی سالمندان دارد (۲۳). درمان حل مسئله با ادغام دو الگوی حل مسئله اجتماعی و الگوی حل مسئله ارتباطی - استرس، به افراد کمک می‌کند تا هم مهارت‌های حل مسئله را تقویت کنند و هم برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا آماده‌تر شوند (۲۴). در این الگو، نگرش سازنده نسبت به مشکلات (جهت‌گیری مثبت برای حل مسئله) و توانایی برخورد منظم و منطقی با مسائل (سبک حل مسئله منطقی) بعدها سازنده‌اند که احتمال پیامدهای مثبت را افزایش می‌دهند، درحالی‌که جهت‌گیری منفی به مسئله و پرداختن منفعلانه یا تکانشی به مشکلات، بعدها غیرکارکردی هستند که احتمالاً حل مسئله موفقیت‌آمیز را منع یا آن را تخریب می‌کنند که نتیجه‌اش پیامدهای منفی شخصی و اجتماعی است (۲۵). درمان حل مسئله بر چهار مهارت اصلی برای ترویج حل مسئله کارآمد متمرکز است: تعریف مشکل، جستجوی راه‌حل‌های ممکن، ارزیابی همراه با انتخاب بهترین راه‌حل، و اجرای راه‌حل انتخاب‌شده همراه با بررسی نتایج آن (۲۲). استفاده از این روش درمانی به سالمندان کمک می‌کند تا با پیدا کردن بهترین راه‌حل برای مشکلات روزمره خود، تجربه استرس را کاهش داده و کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند (۲۷). پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که درمان حل مسئله می‌تواند به‌عنوان درمانی مؤثر در کاهش افسردگی سالمندان مطرح باشد (۲۳، ۲۸، ۲۹، ۳۰). نتایج مطالعه‌ای نشان داد که درمان حل مسئله مدیریت مورد با در نظر گرفتن منابع اجتماعی سالمندان دارای نیازهای خاص، افسردگی آنها را کاهش می‌دهد (۳۱). همچنین، درمان حل مسئله در ترکیب با برنامه‌های ارتقای شناختی که به انزوای اجتماعی سالمندان در دوران همه‌گیری کرونا توجه داشته‌اند، منجر به کاهش افسردگی شده است (۳۲). حتی درمان حل مسئله کوتاه‌مدت به همراه ویدئوکنفرانس برای سالمندان خانه‌نشین با مشارکت اجتماعی پایین نیز اثربخش بوده و افسردگی در این گروه را کاهش داده است (۳۳).

در مجموع، سندرم آشیانه خالی به‌عنوان یک رویداد استرس‌زای روانی-اجتماعی در دوره سالمندی می‌تواند منجر

گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. یک هفته و دو ماه پس از اتمام درمان، هر دو گروه مجدداً پرسشنامه مذکور را تکمیل کردند و پاسخ‌های آنان به‌عنوان نمرات پس‌آزمون و پیگیری ثبت شد. این پژوهش در مدت ۶ ماه و در مراکز نگهداری و توان‌بخشی سالمندان انجام گردید. برای جلوگیری از افت شرکت‌کنندگان، اقداماتی نظیر ارتباط مستمر با خانواده‌ها، فراهم کردن تسهیلات حمل‌ونقل و انعطاف‌پذیری در زمان برگزاری جلسات انجام شد. تمامی مراحل پژوهش تحت نظارت کمیته اخلاق قرار داشت و تأییدیه اخلاقی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل به شماره IR.IAU.ARDABIL.REC.1403.031 و تاریخ ۱۴۰۳/۰۲/۲۶ دریافت گردید. همچنین، به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، درمان مذکور پس از پایان پژوهش برای گروه کنترل نیز اجرا گردید. مشارکت آگاهانه و داوطلبانه، رازداری و حفظ حریم خصوصی از اصول اخلاقی بود که در این پژوهش رعایت شد. اطلاعات جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ در دو سطح توصیفی (محاسبه میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس آمیخته) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در ادامه مشخصات ابزار گردآوری داده‌ها ارائه شده است.

پرسشنامه افسردگی بک - نسخه دوم: توسط بک، استر و براون در سال ۱۹۹۶ طراحی شده و شامل ۲۱ گویه است. هر گویه دارای ۴ گزینه است که با نمره‌گذاری از ۰ تا ۳ ارزیابی می‌شود، به طوری که نمره ۳ نشان‌دهنده شدیدترین حالت اختلال است و دامنه نمره کل بین ۰ تا ۶۳ قرار دارد. ضریب روایی همگرایی این پرسشنامه با مقیاس افسردگی همیلتون ۰/۷۰ گزارش شده و ضریب پایایی بازآزمایی آن پس از یک هفته ۰/۹۳ است (۳۵). ثبات درونی این ابزار بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ به‌دست‌آمده و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ است (۳۶). در ایران ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱، ضریب همبستگی بین دونیمه آزمون ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی در دوره ۶ماهه ۰/۹۴ بود. علاوه بر این، میزان پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و روایی همگرایی با مقیاس خودسنجی زونگ به طور میانگین بیش از ۰/۶۰ به دست آمده است (۳۷).

مقیاس سنجش سندرم آشپانه خالی: توسط پیرزاده و همکاران در سال ۲۰۲۱ طراحی شده شامل ۲۱ گویه و ۷ خرده مقیاس است: تنهایی، بی‌هدفی، اضطراب، افسردگی، بی‌خوابی، فقدان و اندوه، و عدم شایستگی. پاسخ به هر گویه در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم=۵ تا کاملاً مخالفم=۱) نمره‌گذاری می‌شود و نمره‌گذاری گویه‌های

به کاهش حمایت اجتماعی و افزایش استرس و افسردگی در سالمندان شود. باتوجه به اهمیت بهبود کیفیت زندگی این گروه، انجام پژوهش‌های بیشتر درباره روش‌های درمانی مختلف ضروری است. یکی از این رویکردهای درمانی، درمان حل مسأله است که تاکنون در ایران در این حوزه خلأ پژوهشی وجود دارد؛ بنابراین، انجام این پژوهش باهدف تعیین اثربخشی درمان حل مسأله بر مشکلات بین‌فردی سالمندان افسرده با سندرم آشپانه خالی می‌تواند به بهبود سلامت روان آن‌ها کمک کند.

روش کار

این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام شده است. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان افسرده با سندرم آشپانه خالی در مراکز نگهداری و توان‌بخشی سازمان بهزیستی اردبیل در سال ۱۴۰۳ بود. از بین این جامعه، ۲۸ سالمند افسرده (با نمره برش ۲۱ در پرسشنامه افسردگی بک نسخه دوم) که دارای سندرم آشپانه خالی (با نمره برش ۶۱ در مقیاس سندرم آشپانه خالی پیرزاده) بودند، به‌صورت هدفمند از تمامی مراکز نگهداری و توان‌بخشی انتخاب شدند. تمامی مراکز تحت نظارت سازمان بهزیستی اردبیل شامل آنا، ماندگاران، رایحه امید، امید مادر، مرحمت، همای مهر و بانوی آفتاب مورد سنجش قرار گرفتند تا نمونه‌ای مناسب برای پژوهش فراهم شود. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*Power، ۱۳ نفر برای هر گروه تعیین شد (۳۴)، اما برای جبران احتمال افت آزمودنی‌ها، ۱۴ نفر برای هر گروه انتخاب شدند. پس از نمونه‌گیری، شرکت‌کنندگان با همتاسازی جنسیت به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۴ نفر) و کنترل (۱۴ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: دامنه سنی ۶۰ تا ۸۰ سال، تحصیلات (دبیرستان و بالاتر)، و رضایت شخصی. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از: ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمی و روانی دیگر، مصرف داروهای روان‌پزشکی یا مواد اعتیادآور، و دریافت روان‌درمانی یا دارودرمانی هم‌زمان با این مداخله. همچنین، معیارهای حذف شرکت‌کنندگان در روش اجرا عبارت‌اند از: عدم تمایل به همکاری و ادامه شرکت در پژوهش، عدم تکمیل کامل پرسشنامه‌ها در هر مرحله از پژوهش، و غیبت بیشتر از دو جلسه در طول انجام مداخله. پس از تکمیل پرسشنامه مشکلات بین‌فردی به‌عنوان پیش‌آزمون، گروه آزمایش طی ۱۰ هفته و در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان حل مسأله گروهی توسط پژوهشگر قرار گرفتند، درحالی که

در نظر گرفتن دیگران و وابستگی. هر گویه با استفاده از مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از صفر (به هیچ وجه) تا پنج (به شدت) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمره کل بین ۳۲ تا ۱۶۰ است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در دامنه‌ای از ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ گزارش شده است (۳۹) و ضرایب روایی و پایایی آن در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است (۴۰، ۴۱، ۴۲). در ایران، ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ است. روایی سازه و محتوایی آن نیز تأیید شده است (۴۳). پروتکل درمان حل مسأله: بر اساس دستورالعمل دزوریلا و گلفرید برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اجرا شد. خلاصه این مداخله در جدول ۱ ارائه شده است.

۷۶،۵،۴،۱ به صورت معکوس انجام می‌شود. دامنه نمره کل بین ۲۱ تا ۱۰۵ است و نمره برش بالینی آن ۶۱ است. این پرسشنامه ۷۹ درصد از واریانس سندرم آشیانه خالی را توضیح می‌دهد و اعتبار محتوا از طریق تحلیل عاملی اکتشافی در سطح قابل قبولی ارزیابی شده است. همچنین، همسانی درونی ابزار با ضریب آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ و ضریب همبستگی درون طبقه‌ای بالای ۰/۹۰ تأیید گردید. علاوه بر این، ضریب کاپا فلاپس برابر با ۰/۸۰ بود (۳۸). پرسشنامه مشکلات بین‌فردی: این پرسشنامه که توسط بارخام، هاردی و استرتاپ در سال ۱۹۹۶ طراحی شده، شامل ۳۲ گویه و هشت خرده مقیاس است: مردم‌آمیزی، جرئت‌ورزی، مشارکت، حمایت‌گری، پرخاشگری، گشودگی،

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان حل مسأله

جلسه	محتوا	تکالیف
یکم	معارفه اعضای گروه و بحث درباره اهمیت درمان حل مسأله	مرور بروشور آموزشی
دوم	توانایی شناخت مشکل، پذیرش آن به‌عنوان پدیده طبیعی قابل تغییر و اعتقاد به مؤثر بودن چارچوب حل مسأله	تمرین شناسایی مشکل و تهیه فهرست مشکلات
سوم	انتظار خودکارآمدی بالا برای اجرای مراحل، عادت به تفکر و تلاش برای حل یک مسئله	متعهد شدن به حل منطقی مسائل
چهارم	تعریف و صورت‌بندی مسئله، گردآوری اطلاعات، تفکیک حقایق از فرضیات نیازمند تحقیق، تجزیه مشکل و مشخص کردن اهداف واقعی	انتخاب یک مشکل و تعریف دقیق آن، تعیین هدف اسمارت
پنجم	تولید راه‌حل‌های بدیل، تعیین طیفی از راه‌حل‌های محتمل با آموزش فنون بارش فکری و سوال‌سازی ذهن	تهیه فهرستی از راه‌حل‌های متنوع
ششم	آموزش روش "اگر... آن وقت..." و غربالگری کلی برای کنارگذاشتن راه‌حل‌های ضعیف	تکمیل برگه پیشرفت کار
هفتم	مقایسه راه‌حل‌ها، تصمیم‌گیری و انتخاب راه‌حل ترجیحی با توجه به سودمندی پیامدها	یادداشت راه‌حل ترجیحی
هشتم	تقویت راه‌حل انتخاب شده با یک طرح واضح و عملی و اجرای روش منتخب	آماده کردن طرح اجرایی و اجرای آن
نهم	بازبینی، مشاهده نتایج حاصل از اجرا و ارزشیابی	تمرین مراحل حل مسأله
دهم	خلاصه کردن پیشرفت‌ها، بازبینی مهارت‌ها و شناخت از حل مسأله، پیش‌بینی مشکلات فرضی آینده و پایان دادن به درمان با یک روش مثبت	استفاده از مهارت حل مسأله پس از اتمام درمان

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار دو گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		SD	M	SD	M	
افسردگی	آزمایش	۶/۲۹	۲۶/۳۵	۷/۳۱	۱۹/۲۱	۷/۵۴
	کنترل	۷/۷۶	۲۶/۴۲	۷/۶۷	۲۶/۶۴	۸/۲۱
مشکلات بین فردی	آزمایش	۱۲/۶۹	۹۱/۶۴	۸۱/۲۸	۱۴/۴۷	۱۴/۴۰
	کنترل	۸/۲۱	۹۰/۲۱	۹۰/۳۵	۷/۹۰	۸/۱۴
صراحت و مردم‌آمیزی	آزمایش	۷/۶۸	۱۷/۳۵	۱۵/۵۰	۷/۳۸	۶/۹۶
	کنترل	۴/۶۵	۱۶/۰۰	۱۵/۹۲	۵/۴۲	۵/۵۰
گشودگی	آزمایش	۱/۷۹	۱۱/۰۰	۱۰/۴۲	۱/۶۵	۱/۶۹
	کنترل	۱/۸۱	۱۱/۹۲	۱۲/۰۷	۱/۹۴	۱۲/۳۵
در نظر گرفتن دیگران	آزمایش	۲/۷۴	۱۹/۸۵	۱۸/۰۷	۲/۶۱	۲/۸۱
	کنترل	۳/۳۹	۱۸/۵۰	۱۸/۸۵	۳/۷۹	۳/۱۲

معصومه قنبری و همکاران

۴/۰۳	۸/۱۴	۴/۶۸	۸/۴۲	۴/۶۳	۱۱/۰۷	آزمایش	پرخاشگری
۵/۱۲	۱۱/۴۲	۵/۳۴	۱۰/۹۲	۴/۶۳	۱۰/۹۲	کنترل	
۳/۳۹	۱۳/۵۰	۳/۴۱	۱۳/۴۲	۳/۲۵	۱۵/۵۷	آزمایش	حمایت‌گری و مشارکت
۴/۱۲	۱۶/۱۴	۴/۲۴	۱۶/۰۰	۴/۱۲	۱۶/۵۰	کنترل	
۳/۷۹	۱۵/۶۴	۳/۶۵	۱۵/۴۲	۲/۷۷	۱۶/۷۸	آزمایش	وابستگی
۳/۳۰	۱۶/۸۵	۳/۷۱	۱۶/۵۷	۳/۴۵	۱۶/۳۵	کنترل	

باشد از تصحیح گرین‌هاوس-گیسراستفاده می‌شود؛ بنابراین، برای متغیرهای مشکلات بین‌فردی و پرخاشگری از تصحیح گرین‌هاوس-گیسر و برای متغیر صراحت و مردم‌آمیزی از تصحیح هیون-فلت بهره گرفته شد. نتایج آزمون واریانس آمیخته در جدول ۳ نشان می‌دهد که بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (عامل زمان) در مشکلات بین‌فردی و مؤلفه‌های صراحت و مردم‌آمیزی، پرخاشگری، و حمایت‌گری و مشارکت در سالمندان با سندرم آشیانه خالی تفاوت وجود دارد ($P < 0.001$). اندازه اثر نشان می‌دهد که ۵۸/۷ درصد از واریانس نمره مشکلات بین‌فردی، ۷۲/۷ درصد از واریانس نمره افسردگی ناشی از عامل زمان است. علاوه بر این، درمان حل مسأله (عامل گروه) تنها بر دو مؤلفه صراحت و مردم‌آمیزی و گشودگی تأثیر داشت ($P < 0.05$). همچنین نتایج نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه و زمان بر نمره مشکلات بین‌فردی و مؤلفه‌های آن، و افسردگی معنادار است ($P < 0.001$). اندازه اثر نیز نشان می‌دهد که ۶۴/۸ درصد از واریانس نمره مشکلات بین‌فردی و ۷۴/۳ درصد از واریانس نمره افسردگی ناشی اثر تعامل گروه و زمان است.

طبق نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، متغیرهای مشکلات بین‌فردی و افسردگی دارای توزیع پهن‌جاری هستند ($P < 0.05$). همچنین، نتایج آزمون لوین نشان می‌دهد که مفروضه یکسانی واریانس‌ها برقرار است ($P < 0.05$). نتایج آزمون موچلی برای متغیر افسردگی نشان داد که آماره W موچلی برابر با ۰/۹۸۸ است ($P < 0.05$) که بیانگر برقراری فرض کرویت می‌باشد؛ بنابراین، می‌توان از آزمون‌های F استاندارد در تحلیل واریانس آمیخته برای این متغیر استفاده کرد. اما برای متغیر مشکلات بین‌فردی و خرده‌مقیاس‌های آن (صراحت و مردم‌آمیزی، پرخاشگری)، نتایج آزمون موچلی بیانگر نقض فرض کرویت بود ($P < 0.01$). این یافته نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به صورت معنی‌داری متفاوت است؛ بنابراین پیش‌فرض کرویت رعایت نمی‌شود. تخطی از پیش‌فرض کرویت باعث می‌شود آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F ، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین‌هاوس-گیسر و هیون-فلت تصحیح می‌کنند. اگر مقدار اپسیلون بزرگ‌تر از ۰/۷۵ باشد از تصحیح هیون-فلت استفاده شود و اگر اپسیلون کوچک‌تر از ۰/۷۵ و یا هیچ‌گونه اطلاعاتی در مورد کرویت وجود نداشته

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

مشکلات بین‌فردی و مؤلفه‌های آن	منبع تغییر	منبع اثر	F	P	مجذور اتا	توان آزمون
صراحت و مردم‌آمیزی	درون‌گروهی	زمان	۹/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۲۷	۰/۹۴
	بین‌گروهی	گروه*زمان	۵/۶۷	۰/۰۱	۰/۱۷	۰/۷۴
گشودگی	درون‌گروهی	زمان	۰/۰۲	۰/۹۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۰
	بین‌گروهی	گروه*زمان	۰/۶۵	۰/۵۲۱	۰/۰۲	۰/۱۵
در نظر گرفتن دیگران	درون‌گروهی	زمان	۳/۶۷	۰/۰۳	۰/۱۲	۰/۶۵
	بین‌گروهی	گروه*زمان	۵/۴۹	۰/۰۳	۰/۱۷	۰/۶۱
	درون‌گروهی	زمان	۲/۹۰	۰/۰۶۴	۰/۱۰	۰/۵۴
	بین‌گروهی	گروه*زمان	۷/۲۲	۰/۰۰۲	۰/۲۱	۰/۹۲
	بین‌گروهی	گروه	۰/۰۴	۰/۹۵۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰

۰/۹۹	۰/۳۵	۰/۰۰۱	۱۴/۵۲	زمان	درون گروهی	پرخاشگری
۱/۰۰	۰/۴۵	۰/۰۰۱	۲۱/۷۴	گروه*زمان	درون گروهی	
۰/۱۷	۰/۰۴	۰/۲۹۸	۱/۱۲	گروه	بین گروهی	
۰/۹۸	۰/۲۹	۰/۰۰۱	۱۰/۷۹	زمان	درون گروهی	حمایت گری و مشارکت
۰/۷۶	۰/۱۵	۰/۰۱۳	۴/۷۱	گروه*زمان	درون گروهی	
۰/۲۹	۰/۰۷	۰/۱۵۰	۲/۱۹	گروه	بین گروهی	
۰/۳۸	۰/۰۷	۰/۱۵۳	۱/۹۴	زمان	درون گروهی	وابستگی
۰/۸۰	۰/۱۶	۰/۰۰۹	۵/۱۱	گروه*زمان	درون گروهی	
۰/۰۷	۰/۰۱	۰/۶۱۶	۰/۲۵	گروه	بین گروهی	
۱/۰۰	۰/۵۸	۰/۰۰۱	۳۷/۰۱	زمان	درون گروهی	کل
۱/۰۰	۰/۶۴	۰/۰۰۱	۴۷/۹۶	گروه*زمان	درون گروهی	
۰/۲۷	۰/۰۷	۰/۱۷۴	۱/۹۵	گروه	بین گروهی	
۱/۰۰	۰/۷۲	۰/۰۰۱	۶۹/۲۳	زمان	درون گروهی	افسردگی
۱/۰۰	۰/۷۴	۰/۰۰۱	۷۵/۱۱	گروه*زمان	درون گروهی	
۰/۴۷	۰/۱۳	۰/۰۶۰	۳/۸۷	گروه	بین گروهی	

و حمایتگری و مشارکت) و افسردگی از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون مؤثر بوده است. همچنین، این بهبودی در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است.

نتایج تحلیل آزمون بونفرنی در جدول ۴ نشان می‌دهد که درمان حل مسأله اجتماعی در کاهش مشکلات بین‌فردی (و خرده مقیاس‌های صراحت و مردم‌آمیزی، پرخاشگری

جدول ۴. آزمون بونفرنی برای مقایسه میانگین‌ها

متغیرها									مشکلات بین‌فردی و مؤلفه‌های آن
پس‌آزمون - پیگیری			پیش‌آزمون - پیگیری			پس‌آزمون - پیش‌آزمون			
P	SE	MD	P	SE	MD	P	SE	MD	
۰/۱۶	۰/۲۳	۰/۴۶	۰/۰۰۷	۰/۴۲	۱/۴۲	۰/۰۱۰	۰/۲۹	۰/۹۶	صراحت و مردم‌آمیزی
۱/۰۰	۰/۱۹	-۰/۱۰	۰/۰۰۲	۰/۳۲	۱/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۱/۳۲	پرخاشگری
۱/۰۰	۰/۳۱	-۰/۱۰	۰/۰۰۲	۰/۳۱	۱/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۱/۳۲	حمایت گری و مشارکت
۱/۰۰	۰/۷۷	۰/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۴/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۵/۱۰	کل
۰/۱۱	۰/۳۹	۰/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۴/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۳/۴۶	افسردگی

در حل مسائل اجتماعی با نقص‌های جدی مواجه‌اند و معمولاً مسائل را به‌عنوان تهدیدهایی جدی و نشانه‌ای از ناتوانی در دستیابی به راه‌حل‌های مؤثر تلقی می‌کنند. این نگرش می‌تواند منجر به بروز هیجانات منفی و گرایش به استفاده از سبک‌های حل مسأله تکانشی و اجتنابی شود. در این شرایط، افراد به‌جای اتخاذ رویکردی منطقی و برنامه‌ریزی‌شده، به تصمیم‌گیری‌های فوری و غیرمنطقی روی می‌آورند یا از مواجهه با مشکلات خودداری می‌کنند. این الگوهای رفتاری نه‌تنها توانایی آن‌ها را در مواجهه با چالش‌های اجتماعی کاهش می‌دهد، بلکه می‌تواند به افزایش احساس ناتوانی و تنهایی نیز منجر شود. در این

بحث

این پژوهش به بررسی اثربخشی درمان حل مسأله بر مشکلات بین‌فردی در سالمندان افسرده با سندرم آشیانه خالی پرداخته است و نتایج نشان می‌دهد که این درمان به‌طور معناداری موجب کاهش افسردگی و بهبود مشکلات بین‌فردی در این گروه سنی شده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیشین (۳۱، ۳۲، ۳۳) که به تأثیر مثبت درمان حل مسأله بر مشارکت اجتماعی سالمندان افسرده اشاره دارند، همخوانی دارد. برای تبیین اثر درمان حل مسأله بر کاهش مشکلات بین‌فردی، می‌توان به نظریه نزو اشاره کرد که بیان می‌کند افراد مبتلا به افسردگی

پژوهش‌های پیشین (۲۳، ۲۸، ۲۹، ۳۰) قرار دارد. تأثیرات منفی این سندرم بر علایم افسردگی و عملکردهای شناختی سالمندان حائز اهمیت است؛ زیرا می‌تواند احساساتی مانند غم و تنهایی را ایجاد کرده و به طور مستقیم بر سلامت روان آن‌ها تأثیر منفی بگذارد. بر اساس فرضیه لوب پیشانی، افزایش سن ممکن است منجر به کاهش توانایی‌های شناختی در نواحی پیشانی مغز شود که مسئول کارکردهای اجرایی نظیر برنامه‌ریزی، انعطاف‌پذیری و تصمیم‌گیری هستند (۴۴). این کاهش توانایی‌ها می‌تواند سالمندان را در مواجهه با چالش‌ها و مشکلات روزمره ناتوان کند و احساس ضعف و ناامیدی ایجاد کند. نظریه نزو نیز این موضوع را تبیین می‌کند و بیان می‌دارد که افراد مبتلا به افسردگی معمولاً توانایی کمتری در حل مسائل دارند و به دلیل اختلالات عاطفی، خلاقیت کمتری در تولید راه‌حل‌های متنوع نشان می‌دهند. این افراد به سرعت دچار ناامیدی می‌شوند و احساس می‌کنند هیچ راه‌حلی برای چالش‌ها وجود ندارد، که این وضعیت توانایی پردازش اطلاعات و ارزیابی مؤثر راه‌حل‌ها را کاهش می‌دهد. درمان حل مسئله می‌تواند به سالمندان کمک کند تا با تجزیه مشکلات به اجزای کوچک‌تر و قابل‌مدیریت، بهتر با چالش‌ها مواجه شوند. در مرحله بارش مغزی، سالمندان تشویق می‌شوند تا راه‌حل‌های متنوعی برای مسائل خود ارائه دهند، که به بهبود انعطاف‌پذیری شناختی و توانایی تفکر خلاقانه آن‌ها کمک می‌کند. در مراحل میانی، سالمندان می‌توانند راه‌حل‌های تولید شده را ارزیابی و مقایسه کنند تا بهترین گزینه را انتخاب کنند، که این فرایند به تقویت مهارت‌های برنامه‌ریزی و سازماندهی کمک می‌کند. در مرحله نهایی، با ایجاد یک برنامه عمل مشخص، سالمندان می‌توانند به‌طور مؤثری مشکلات روزمره خود را حل کنند. این اقدامات نه تنها به تغییر نگرش نسبت به توانایی‌های خود کمک می‌کند، بلکه می‌تواند به افزایش خودکارآمدی و بهبود عملکردهای اجرایی، از جمله توانایی حل مسئله، در سالمندان منجر شود. این واقعیت اهمیت مداخلات درمان حل مسئله را در کاهش علائم افسردگی نشان می‌دهد و تأکید می‌کند که با استفاده از این روش‌ها می‌توان به بهبود وضعیت روانی و شناختی سالمندان کمک کرد؛ بنابراین، تأمین و اجرای این نوع درمان‌ها می‌تواند به‌عنوان یک استراتژی مؤثر در مدیریت افسردگی در جمعیت سالمند مطرح شود.

راستا، درمان حل مسئله به‌عنوان یک راهبرد اساسی به سالمندان کمک می‌کند تا در مواجهه با چالش‌های مختلف، از جمله مشکلات فردی و بین‌فردی، راه‌حل‌های منطقی و مؤثری را شناسایی کنند. فقدان این مهارت، به‌ویژه در مواجهه با تعارضات، می‌تواند دسترسی سالمندان به حمایت اجتماعی را محدود کرده و به بروز مشکلات عمیق‌تر بین‌فردی منجر شود. این درمان به سالمندان کمک می‌کند تا با شناسایی مسائل ناشی از رویدادهای استرس‌زا مرتبط با مرحله آشیانه خالی، از جمله کاهش تعاملات اجتماعی، تنهایی و انزوای اجتماعی، به‌طور منطقی با این چالش‌ها مقابله کنند. در فرآیند درمان، سالمندان ابتدا به شناسایی و تعریف دقیق مشکلات خود می‌پردازند، از جمله چالش‌های روابط با فرزندان و دوستان. این مرحله به آن‌ها امکان می‌دهد تا نیازهای خود را به‌طور واضح مشخص کرده و درک عمیق‌تری از چالش‌ها پیدا کنند. پس از این مرحله، سالمندان اهداف مشخص و دست‌یافتنی تعیین کرده و با استفاده از فنون بارش مغزی، به تولید راه‌حل‌های احتمالی می‌پردازند. تنوع در این راه‌حل‌ها به آن‌ها این امکان را می‌دهد که گزینه‌های مختلف را بررسی و بهترین گزینه را انتخاب کنند. این فرایند ساختاریافته به سالمندان کمک می‌کند تا مسائل را به‌عنوان فرصت‌های یادگیری و رشد تلقی کنند و نه تهدیدهایی که احساس ناتوانی ایجاد می‌کنند. این رویکرد درمانی به آن‌ها می‌آموزد که مشکلات فردی و تعارضات بین‌فردی قابل‌حل هستند و آن‌ها توانایی مدیریت این مسائل را دارند. با تقویت احساس اطمینان و خودکارآمدی، درمان به سالمندان این نگرش را القا می‌کند که می‌توانند با تلاش و پشتکار به راه‌حل‌های مؤثر دست یابند. در نهایت، این تغییرات نه تنها به بهبود سلامت روانی و کاهش افسردگی کمک می‌کند، بلکه به ارتقای کیفیت روابط اجتماعی و زندگی روزمره آن‌ها نیز منجر می‌شود. افزایش اعتماد به نفس و توانایی در مدیریت چالش‌ها، افراد را قادر می‌سازد تا به‌طور مؤثرتری با دیگران ارتباط برقرار کنند و تنش‌ها را مدیریت نمایند. در نتیجه، درمان حل مسئله نه تنها به بهبود وضعیت فردی سالمندان کمک می‌کند، بلکه تأثیرات مثبتی بر تعاملات اجتماعی و کیفیت زندگی کلی آن‌ها نیز دارد. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که درمان حل مسئله به‌طور معناداری افسردگی سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی را کاهش داده است، که این یافته در راستای نتایج

نتیجه گیری

این مطالعه نشان می‌دهد که درمان حل مسأله به طور مؤثر به کاهش مشکلات بین‌فردی و افسردگی در سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی کمک می‌کند. این رویکرد با تقویت مهارت‌های شناختی و اجتماعی، احساس خودکارآمدی و اعتماد به نفس سالمندان را افزایش می‌دهد و به آن‌ها کمک می‌کند تا چالش‌های فردی و اجتماعی را بهتر مدیریت کنند. بهبود کیفیت روابط اجتماعی و زندگی روزمره از دیگر نتایج کلیدی این درمان است که آن را به ابزاری ارزشمند در برنامه‌های توانبخشی و حمایتی تبدیل می‌کند. با این حال، عدم کنترل ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مانند سن، جنسیت و وضعیت اجتماعی اقتصادی و همچنین استفاده از نمونه در دسترس، از محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌آید. با توجه به کوتاه‌مدت بودن و سادگی این درمان، پیشنهاد می‌شود که از آن به عنوان یک روش مکمل در کنار سایر درمان‌ها برای مقابله با افسردگی و مشکلات بین‌فردی سالمندان استفاده شود. برای پژوهش‌های آینده، تکرار این مطالعه در گروه‌های مختلف سالمندان توصیه می‌شود.

سیاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری خانم معصومه قنبری با عنوان مقایسه اثربخشی درمان‌های حل مسأله و شناختی رفتاری بر مشکلات بین‌فردی، نگرانی‌های وجودی و سرمایه روانشناختی در سالمندان افسرده با سندرم آشیانه خالی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل می‌باشد. از تمامی کسانی که در پیشبرد این پژوهش به ما یاری رساندند، قدردانی می‌کنیم. به ویژه از سالمندان شرکت‌کننده، کارکنان مراکز نگهداری و سازمان بهزیستی اردبیل که با همکاری و حمایت‌های خود امکان انجام این پژوهش را فراهم کردند.

تضاد منافع

این پژوهش هیچ‌گونه تأمین مالی از سازمان‌های دولتی، خصوصی یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است. نویسندگان این مقاله به طور صریح اعلام می‌کنند که هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

Reference

- Zheng C, Zhang H. Latent profile analysis of depression among empty nesters in China. *Journal of Affective Disorders*. 2024 Feb 15;347:541-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.12.027>
- Mac Giollabhui N, Ng TH, Ellman LM, Alloy LB. The longitudinal associations of inflammatory biomarkers and depression revisited: systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Molecular psychiatry*. 2021 Jul;26(7):3302-14. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-00867-4>
- Cheng Y, Fang Y, Zheng J, Guan S, Wang M, Hong W. The burden of depression, anxiety and schizophrenia among the older population in ageing and aged countries: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *General Psychiatry*. 2024;37(1). <https://doi.org/10.1136/gpsych-2023-101078>
- Feng Z, Li Q, Zhou L, Chen Z, Yin W. The relationship between depressive symptoms and activity of daily living disability among the elderly: results from the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS). *Public Health*. 2021 Sep 1;198:75-81. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.06.023>
- Cai H, Jin Y, Liu R, Zhang Q, Su Z, Ungvari GS, Tang YL, Ng CH, Li XH, Xiang YT. Global prevalence of depression in older adults: a systematic review and meta-analysis of epidemiological surveys. *Asian journal of psychiatry*. 2023 Feb 1;80:103417. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103417>
- Zhu S, Kong X, Han F, Tian H, Sun S, Sun Y, Feng W, Wu Y. Association between social isolation and depression: Evidence from longitudinal and Mendelian randomization analyses. *Journal of Affective Disorders*. 2024 Apr 1;350:182-7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.106>
- Choi NG, Marti CN. Depression in older women who died by suicide: associations with other suicide contributors and suicide methods. *Journal of Women & Aging*. 2024 May 3;36(3):210-24. <https://doi.org/10.1080/08952841.2023.2292164>
- Moustaafa AA, Crouse JJ, Herzallah MM, Salama M, Mohamed W, Misiak B, Frydecka D, Al-Dosari NF, Megreya AM, Mattock K. Depression following major life transitions in women: A review and theory. *Psychological reports*. 2020 Oct;123(5):1501-17.

- <https://doi.org/10.1177/0033294119872209>
9. Raup JL, Myers JE. The Empty Nest Syndrome: Myth or Reality. *Journal of Counseling & Development*. 1989 Nov 1;68(2). <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1989.tb01353.x>
 10. Tosi M, Grundy E. Intergenerational contacts and depressive symptoms among older parents in Eastern Europe. *Aging & mental health*. 2019 Jun 3;23(6):686-92. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1442412>
 11. Kristensen K, König HH, Hajek A. The empty nest, depressive symptoms and loneliness of older parents: Prospective findings from the German Ageing Survey. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2021 Jul 1;95:104425. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104425>
 12. Nayak I, Siddhanta A, Panda BK. Does Empty Nest Elderly Experience More Depressive Symptoms than Non-Empty Nest Elderly? Evidence from Longitudinal Aging Study in India. *Hospital topics*. 2024 Apr 2;102(2):96-109. <https://doi.org/10.1080/00185868.2022.2097970>
 13. Sullivan HS. *The interpersonal theory of psychiatry*. Routledge; 2013 Nov 5. <https://doi.org/10.4324/9781315014029>
 14. Lewinsohn PM. Clinical and theoretical aspects of depression. *Innovative treatment methods in psychopathology*. 1974:63-120.
 15. Coyne JC. Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*. 1976 Feb 1;39(1):28-40. <https://doi.org/10.1080/00332747.1976.11023874>
 16. Woods A, Solomonov N, Liles B, Guillod A, Kales HC, Sirey JA. Perceived social support and interpersonal functioning as predictors of treatment response among depressed older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2021 Aug 1;29(8):843-52. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.12.021>
 17. Feng Z, Phillips DR. Social exclusion and health outcomes among empty nest and non-empty nest older people in China. *Ageing & Society*. 2024 Feb;44(2):429-56. <https://doi.org/10.1017/S0144686X22000149>
 18. Xu M, Yang W. Depressive symptoms among older empty nesters in China: the moderating effects of social contact and contact with one's children. *Aging & mental health*. 2023 Jan 2;27(1):54-69. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.2019190>
 19. Huang G, Duan Y, Guo F, Chen G. Prevalence and related influencing factors of depression symptoms among empty-nest older adults in China. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2020 Nov 1;91:104183. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104183>
 20. Nezu AM. A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*. 1987 Jan 1;7(2):121-44. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(87\)90030-4](https://doi.org/10.1016/0272-7358(87)90030-4)
 21. Jaffee WB, D'Zurilla TJ. Adolescent problem solving, parent problem solving, and externalizing behavior in adolescents. *Behavior therapy*. 2003 Jun 1;34(3):295-311. . [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(03\)80002-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(03)80002-3)
 22. D'zurilla TJ, Goldfried MR. Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal psychology*. 1971 Aug;78(1):107. <https://doi.org/10.1037/h0031360>
 23. Shang P, Cao X, You S, Feng X, Li N, Jia Y. Problem-solving therapy for major depressive disorders in older adults: an updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2021 Jun;33:1465-75. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01672-3>
 24. Nezu AM, Nezu CM, D'Zurilla TJ. *Problem-solving therapy: A treatment manual*. springer publishing company; 2012 Dec 11. <https://doi.org/10.1891/9780826109415>
 25. D'Zurilla TJ, Nezu AM, Maydeu-Olivares A. *Social problem-solving inventory-revised*.
 26. Maydeu-Olivares A, D'Zurilla TJ. A factor analysis of the Social Problem-Solving Inventory using polychoric correlations. *European Journal of Psychological Assessment*. 1995 May;11(2):98-107. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.11.2.98>
 27. Nezu AM, Nezu CM, Perri MG. *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. John Wiley & Sons; 1989. <https://psycnet.apa.org/record/1989-97358-000>
 28. Hollister B, Crabb R, Areán P. Comparative effectiveness of clinician-versus peer-supported problem-solving therapy for rural older adults with depression. *Psychiatric services*. 2024 Apr 23:appi-ps. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20230027>
 29. Alexopoulos GS, Raue PJ, Banerjee S, Marino

- P, Renn BN, Solomonov N, Adeagbo A, Sirey JA, Hull TD, Kiosses DN, Mauer E. Comparing the streamlined psychotherapy “Engage” with problem-solving therapy in late-life major depression. A randomized clinical trial. *Molecular psychiatry*. 2021 Sep;26(9):5180-9. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-0832-3>
30. Jiang C, Zhou H, Chen L, Zhou Z. Problem solving therapy improves effortful cognition in major depression. *Frontiers in Psychiatry*. 2021 Apr 7;12:607718. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.607718>
 31. Hollister B, Crabb R, Kaplan S, Brandner M, Areán P. Effectiveness of case management with problem-solving therapy for rural older adults with depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2022 Oct 1;30(10):1083-92. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2022.03.001>
 32. Tegeler C, Beyer AK, Hoppmann F, Ludwig V, Kessler EM. Current state of research on psychotherapy for home-living vulnerable older adults with depression. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2020;53(8):721. <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01805-3>
 33. Choi NG, Marti CN, Wilson NL, Chen GJ, Sirrianni L, Hegel MT, Bruce ML, Kunik ME. Effect of telehealth treatment by lay counselors vs by clinicians on depressive symptoms among older adults who are homebound: A randomized clinical trial. *JAMA network open*. 2020 Aug 3;3(8):e2015648-<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.15648>
 34. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*. 2007 May;39(2):175-91. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
 35. Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck depression inventory-II. *Psychological assessment*. 1996 Jan 1. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
 36. Fathi Ashtiani A, Daštani M. Psychological tests, personality assessment and mental health. Tehran: Ba’ath Publications.2009 .(Persian).
 37. Rabiei S, Tabesh MR, Jahromi SR, Abolhasani M. The association between depression, obesity and body composition in Iranian women. *Clinical Nutrition Open Science*. 2023 Feb 1;47:44-52. <https://doi.org/10.1016/j.nutos.2022.11.005>
 38. Pirzadeh N, Yarelahi M, Nazari M, Asadollahi A. The empty nest syndrome assessment instrument: development and psychometric properties of Persian version among Iranian older adults. *Educational Gerontology*. 2023 Dec 2;49(12):1100-15. <https://doi.org/10.1080/03601277.2023.2209457>
 39. Barkham M, Hardy GE, Startup M. The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *British Journal of Clinical Psychology*. 1996 Feb;35(1):21-35. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01159.x>
 40. Hughes J, Barkham M. Scoping the inventory of interpersonal problems, its derivatives and short forms: 1988-2004. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2005 Nov;12(6):475-96. <https://doi.org/10.1002/cpp.466>
 41. Wongpakaran T, Wongpakaran N, Sirithethawee U, Pratoomsri W, Burapakajornpong N, Rangseekajee P, Bookkamana P, Temboonkiat A. Interpersonal problems among psychiatric outpatients and non-clinical samples. *Singapore Med J*. 2012 Jul 1;53(7):481-7. <https://doi.org/10.11622/smedj.2015035>
 42. Salazar J, Martí V, Soriano S, Beltran M, Adam A. Validity of the Spanish version of the Inventory of Interpersonal Problems and its use for screening personality disorders in clinical practice. *Journal of personality disorders*. 2010 Aug;24(4):499-515. <https://doi.org/10.1521/pe.2010.24.4.499>
 43. Fath N, Azad F, Rasolzadeh S.K, Rahimi CH. Validity and Validity of Individual Price Problems Questionnaire (IIP-32). *Journal of clinical psychology*. 2013Dec; 5(3): 69-80. (Persian).
 44. West RL. An application of prefrontal cortex function theory to cognitive aging. *Psychological bulletin*. 1996 Sep;120(2):272. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.120.2.272>