

The Role of Cognitive Behavioral Therapy in Improving Resilience and Reducing Depressive Symptoms in Elderly People with Empty Nest Syndrome

Masoumeh Ghanbari¹, Abbas Abolghasemi^{2*}, Azra Ghaffari³, Azar Kiamarsi⁴

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

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

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

4-Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Rasht Branch, 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: 2025/07/16

Accepted: 2025/07/28

Abstract

Introduction: Aging and social changes create numerous psychological challenges for the elderly. Empty nest syndrome is associated with feelings of loneliness and frustration and can negatively affect the resilience of these individuals and lead to depression. This study examines the role of cognitive behavioral therapy in improving resilience and reducing depressive symptoms in elderly people with this syndrome.

Methods: This quasi-experimental study was conducted with a pre-test, post-test, and follow-up design and a control group. The statistical population included depressed elderly people with empty nest syndrome in welfare centers in Ardabil in 2024. 28 people from this population were divided into two experimental and control groups (14 people in each group). The experimental group received 10 sessions of 90-minute cognitive behavioral therapy, while the control group did not receive any intervention. Data were collected using depression, empty nest syndrome, and psychological capital questionnaires and analyzed using mixed analysis of variance and Bonferroni post hoc test.

Results: In the experimental group, the mean and standard deviation of resilience scores at pre-test, post-test, and follow-up were 21.92 ± 4.68 , 25.00 ± 4.96 , and 25.85 ± 5.18 , respectively. Depression scores were 28.35 ± 7.53 , 18.42 ± 9.04 , and 17.00 ± 9.24 . Statistical analyses indicated significant changes ($P < 0.001$), with the time factor accounting for 36% and 74% of the variance in resilience and depression scores, respectively. A significant interaction between group and time explained 39% and 76% of the variance.

Conclusion: Cognitive behavioral therapy can help improve the quality of life of elderly people with empty nest syndrome. This intervention strengthens the resilience of this age group by reducing symptoms of depression and increasing feelings of happiness. The use of this treatment in health and social programs is important and helps improve the mental health of the elderly.

Keywords: Aged, Cognitive Behaviour Therapy, Depression, Empty Nest Syndrome, Resilience.

نقش درمان شناختی رفتاری در بهبود تاب آوری و کاهش علائم افسردگی در سالمندان دارای سندرم آشپانه خالی

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

۱- دانشجوی دکتری روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران.

۲- استاد، گروه روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

۳- دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران.

۴- استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رشت، رشت، ایران.

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

ایمیل: Abolghasemi1344@Guilan.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۴/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۵/۶

چکیده

مقدمه: افزایش سن و تغییرات اجتماعی، چالش‌های روانی متعددی را برای سالمندان ایجاد می‌کند. سندرم آشپانه خالی، با احساس تنهایی و ناکامی همراه است و می‌تواند بر تاب‌آوری این افراد تأثیر منفی بگذارد و منجر به افسردگی شود. این پژوهش به بررسی نقش درمان شناختی رفتاری در بهبود تاب‌آوری و کاهش علائم افسردگی در سالمندان مبتلا به این سندرم می‌پردازد.

روش کار: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل سالمندان افسرده با سندرم آشپانه خالی در مراکز بهزیستی اردبیل در سال ۱۴۰۳ بود. ۲۸ نفر از این جامعه در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۴ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی رفتاری دریافت کرد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای نداشت. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های افسردگی، سندرم آشپانه خالی و سرمایه روان‌شناختی جمع‌آوری و با تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند.

یافته‌ها: در گروه آزمایش، میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب $21/92 \pm 4/68$ ، $25/00 \pm 4/96$ و $25/85 \pm 5/18$ بود. میانگین افسردگی نیز به ترتیب $28/35 \pm 7/53$ ، $18/42 \pm 9/04$ و $17/00 \pm 9/24$ ثبت شد. تحلیل‌های آماری نشان داد که این تغییرات معنادار هستند ($P < 0/001$)، و عامل زمان به ترتیب ۰/۳۶ درصد و ۰/۷۴ درصد از واریانس نمرات تاب‌آوری و افسردگی را توضیح می‌دهد. همچنین، تعامل معناداری بین گروه و زمان وجود داشت که به ترتیب ۰/۳۹ درصد و ۰/۷۶ درصد از واریانس نمرات را شامل می‌شود.

نتیجه‌گیری: درمان شناختی رفتاری می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی سالمندان دارای سندرم آشپانه خالی کمک کند. این مداخله با کاهش علائم افسردگی و افزایش احساس خوشبختی، تاب‌آوری این گروه سنی را تقویت می‌کند. استفاده از این درمان در برنامه‌های بهداشتی و اجتماعی اهمیت دارد و به بهبود سلامت روان سالمندان کمک می‌کند.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، پیری، تاب‌آوری، درمان شناختی رفتاری، سندرم آشپانه خالی.

سالمندان می‌توانند به‌خوبی با تغییرات الگوی خانوادگی ناشی از دست‌دادن نقش والدینی سازگار شوند و این مرحله را به شکل مثبت‌تری تجربه کنند (۲۴). در این راستا، تاب‌آوری نقش اساسی و کلیدی ایفا می‌کند (۲۵). تاب‌آوری به معنای توانایی فرد در مقابله با چالش‌ها و بازگشت به حالت تعادل روانی است (۲۶). و به‌عنوان یک سازه چندبعدی شامل ویژگی‌هایی نظیر شایستگی‌های شخصی، سرسختی، توانایی تحمل احساسات منفی، سازگاری، کنترل عاطفی و شناختی و هدف‌گذاری مفهوم‌سازی می‌شود (۲۷). این ویژگی‌ها به سالمندان کمک می‌کنند تا از چالش‌ها عبور کرده و سلامت و عملکرد خود را حفظ نمایند (۲۸). بر اساس یافته‌ها، تاب‌آوری با سندرم آشیانه خالی رابطه معکوس دارد (۲۹). و همچنین رابطه منفی معناداری با افسردگی در میان سالمندان نشان می‌دهد (۳۰).

درمان شناختی رفتاری به‌عنوان یک روش درمانی معتبر و مبتنی بر شواهد با کارایی اثبات‌شده، یکی از بهترین گزینه‌ها برای مدیریت اختلالات روانی، به‌ویژه افسردگی، به‌حساب می‌آید (۳۱). این روش به‌ویژه در کاهش افسردگی در سالمندان نسبت به سایر رویکردهای درمانی نتایج بهتری ارائه می‌دهد (۳۲). این رویکرد بر پایه یک مدل ساختاریافته و آموزشی طراحی شده و از طریق محول کردن تکالیف خانگی در طول و پس از جلسات درمان، نقشی کلیدی در ایجاد مسئولیت‌پذیری فعال ایفا می‌کند. فرض‌بنیادی این رویکرد این است که افراد به دلیل الگوهای شناختی خود، رویدادها و موقعیت‌های زندگی را به شکلی تحریف‌شده درک می‌کنند. این تحریفات می‌توانند منجر به بروز افکار منفی خودکار و اختلال در فرایند سازگاری شده و رفتارهای ناکارآمد را تشدید کنند (۳۳). مداخلات مبتنی بر CBT باهدف تغییر الگوهای شناختی ناسازگار و رفتارهای معیوب طراحی شده‌اند و از تکنیک‌های مختلفی نظیر پرسش سقراطی، ارزیابی مجدد شناختی و بازسازی شناختی استفاده می‌کنند تا به افراد کمک کنند ساختارهای تفکری مشکل‌ساز را شناسایی کرده و افکار کاربردی و انعطاف‌پذیر را جایگزین آن‌ها نمایند (۳۴). علاوه بر این، CBT بر تقویت مهارت‌های مقابله‌ای تأکید ویژه‌ای دارد (۳۵) و می‌تواند به ارتقای تاب‌آوری و تجربه احساسات مثبت‌تر کمک کند تا افراد به‌طور مؤثرتری با چالش‌ها و فشارهای زندگی مواجه شوند (۳۶). شواهد نشان می‌دهند که CBT به‌عنوان ابزاری مؤثر برای افزایش تاب‌آوری (۳۶)،

دوره سالمندی نیازمند توجه ویژه به چالش‌ها و مسائل خاص است (۱). در این مرحله، افراد مسن به تأثیرات منفی رویدادهای زندگی مانند بازنشستگی، از دست‌دادن نزدیکان، ناتوانی و بیماری بسیار حساس‌تر می‌شوند. این عوامل می‌توانند منجر به انزوای عاطفی و کاهش روابط اجتماعی گردند و در نهایت افسردگی را در این گروه سنی تسریع کنند (۲). افسردگی به‌عنوان یک اختلال روانی شایع در میان سالمندان (۳)، با علائمی نظیر خلق افسرده از دست‌دادن علاقه، تغییرات وزن، خستگی، مشکلات خواب و افکار مرگ و خودکشی خود را نشان می‌دهد (۴). این اختلال معمولاً در این گروه سنی بیشتر با علائم جسمی بروز می‌یابد تا با نشانه‌های خلقی (۵)، همچنین با مسائل سلامتی دیگر مانند اختلالات شناختی (۶)، بیماری‌های مزمن (۷) و ناتوانی عملکردی (۸) مرتبط است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افسردگی در سالمندان می‌تواند به کاهش کیفیت زندگی (۹)، بهزیستی روانی (۱۰) و رضایت از زندگی (۱۱) منجر شود. در موارد حاد، این وضعیت می‌تواند حتی به افکار خودکشی منجر گردد (۱۲). بنابراین، ضروری است که به‌سلامت روانی این گروه سنی بیشتر توجه شود و خدمات حمایتی و درمانی مناسب ارائه گردد (۱۳). انتقال به دوره آشیانه خالی که در آن فرزندان خانه را ترک می‌کنند، یک مرحله طبیعی در چرخه زندگی خانواده به‌شمار می‌آید (۱۴). والدین ممکن است به این تغییر واکنش‌های متفاوتی نشان دهند که برخی از این واکنش‌ها با علائم سندرم آشیانه خالی همراه است (۱۴). سندرم آشیانه خالی به واکنش‌های ناسازگار و طولانی‌مدت والدین پس از خروج آخرین فرزند اطلاق می‌شود (۱۵) و شامل علائمی همچون افسردگی، غم، اضطراب، حس گناه، نشانه‌های جسمی، خشم، رنجش، ناامیدی و احساس تنهایی است. این نوع واکنش‌ها می‌توانند زمینه‌ساز آسیب‌شناسی روانی، نظیر اختلال افسردگی اساسی باشند (۱۶). تحقیقات نشان می‌دهند که سالمندانی که باتجربه آشیانه خالی مواجه هستند، در معرض خطر بالاتری برای مشکلات سلامت روانی قرار دارند (۱۷) و افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در این جمعیت محسوب می‌شود (۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱).

با این وجود، طبق نتایج تحقیقات، تجربه آشیانه خالی الزاماً به افسردگی منجر نمی‌شود (۲۲، ۲۳) و برخی از

(۳۷). به ویژه در سالمندان آشیانه خالی (۳۸) شناخته شده و می‌تواند به کاهش افسردگی در این گروه سنی کمک کند (۳۹، ۴۰، ۴۱).

باتوجه به شیوع بالای افسردگی و چالش‌های مربوط به سندرم آشیانه خالی در سالمندان، ضرورت پژوهش در این حیطه به وضوح احساس می‌شود. باوجود مطالعات متعدد در زمینه تاب‌آوری و درمان‌های مؤثر، اطلاعات چندانی درباره اثرات خاص درمان شناختی رفتاری بر تاب‌آوری در سالمندان افسرده مبتلا به سندرم آشیانه خالی وجود ندارد. این خلأ اطلاعات ممکن است مانع از ارائه مداخلات مؤثر برای این گروه سنی باشد. به همین دلیل، شناخت و بررسی تأثیرات درمان شناختی رفتاری بر تاب‌آوری می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی این افراد کمک کرده و به متخصصان بهداشت روان در طراحی برنامه‌های درمانی مؤثر یاری رساند. هدف این پژوهش، بررسی نقش درمان شناختی رفتاری در بهبود تاب‌آوری و کاهش علائم افسردگی در سالمندان دارای سندرم آشیانه خالی است.

روش کار

پژوهش حاضر به صورت نیمه آزمایشی با طراحی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام شد. در این مطالعه، متغیر مستقل درمان شناختی رفتاری و متغیر وابسته تاب‌آوری بود. جامعه آماری شامل تمامی سالمندان افسرده با سندرم آشیانه خالی در مراکز نگهداری و توان‌بخشی سازمان بهزیستی اردبیل در سال ۱۴۰۳ بود. از این جمعیت، ۲۸ سالمند افسرده که نمره برش ۲۱ در پرسش‌نامه افسردگی بک و نمره برش ۶۱ در مقیاس آشیانه خالی پیرزاده داشتند، به صورت هدفمند انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان پس از همتاسازی بر اساس جنسیت، به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۴ نفر) و کنترل (۱۴ نفر) جای‌دهی شدند. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*Power برای ۱۳ نفر در هر گروه تعیین شد (۴۲)، اما به منظور جبران احتمال افت آزمودنی‌ها، ۱۴ نفر در هر گروه انتخاب گردید. پس از جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز به عنوان پیش‌آزمون، گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان گروهی شناختی رفتاری قرار گرفتند، که پروتکل درمان شناختی رفتاری مایکل فری در جدول ۱ ارائه شده است. در حالی که گروه کنترل هیچ درمانی

دریافت نکرد. بلافاصله پس از پایان جلسات، پس‌آزمون و دو ماه بعد آزمون پیگیری انجام شد. این پژوهش در مدت ۶ ماه در مراکز نگهداری و توان‌بخشی سالمندان اجرا گردید. برای کاهش افت شرکت‌کنندگان، اقداماتی نظیر برقراری ارتباط مستمر با خانواده‌ها، فراهم کردن تسهیلات حمل‌ونقل و انعطاف‌پذیری در زمان برگزاری جلسات انجام شد. معیارهای ورود شامل سن ۶۰ تا ۸۰ سال، حداقل تحصیلات دبیرستان و رضایت شخصی بود. معیارهای خروج شامل ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمی یا روانی، مصرف داروهای روان‌پزشکی یا مواد اعتیادآور و دریافت هم‌زمان روان‌درمانی بودند. همچنین، افراد در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری، عدم تکمیل پرسشنامه‌ها یا غیبت بیش از دو جلسه در طول مداخله از مطالعه حذف شدند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، درمان پس از پایان پژوهش نیز برای گروه کنترل ارائه گردید. اصول اخلاقی شامل مشارکت داوطلبانه، حفظ حریم خصوصی و رازداری در این پژوهش رعایت شد و مجوز اخلاق به شماره IR.IAU.ARDABIL.REC.1403.031 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل دریافت شد. برای تجزیه و تحلیل توصیفی داده‌ها از شاخص‌هایی نظیر فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد نمرات استفاده شد. در بخش استنباطی، برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس آمیخته در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ بهره‌برداری گردید. به منظور مقایسه دویه دوی گروه‌ها، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

ابزارها

پرسش‌نامه افسردگی بک - نسخه دوم (BDI-II): توسط بک، استر و براون در سال ۱۹۹۶ طراحی شده و شامل ۲۱ گویه است. هر گویه دارای چهار گزینه است که نمره‌گذاری آن از ۰ تا ۳ صورت می‌گیرد، به طوری که نمره ۳ نشان‌دهنده شدیدترین حالت اختلال است. دامنه نمره کل این پرسشنامه از ۰ تا ۶۳ متغیر است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ضریب روایی همگرایی این ابزار با مقیاس افسردگی همیلتون ۰/۷۰ و ضریب پایایی بازآزمایی آن پس از یک هفته ۰/۹۳ گزارش شده است (۴۳). همچنین، ثبات درونی این پرسشنامه بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفای کرونباخ برای گروه‌های بیمار ۰/۸۶ به دست آمده است (۴۴). در بررسی روایی و پایایی نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک در سالمندان ایرانی، همبستگی این پرسشنامه با نمره کل GHQ-28 و چهار سازه آن تعیین شد

معصومه قنبری و همکاران

۲۰۰۷ توسط لوتانز طراحی شد و شامل ۲۴ ماده است که پاسخ‌دهی به سؤالات آن بر اساس مقیاس طیف لیکرتی ۶ درجه‌ای (از ۱: کاملاً مخالفم تا ۶: کاملاً موافقم) انجام می‌گیرد. این پرسش‌نامه چهار خرده مقیاس خودکارآمدی، تاب‌آوری، خوش‌بینی و امیدواری را اندازه‌گیری می‌کند. در این پژوهش، از زیرمقیاس تاب‌آوری برای سنجش تاب‌آوری استفاده شده است. ضرایب پایایی و روایی این پرسش‌نامه در پژوهش‌های مختلف مطلوب گزارش شده است (۴۷). به طور خاص، در یک پژوهش در ایران، ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های خودکارآمدی، امید، تاب‌آوری و خوش‌بینی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۸۶ و ۰/۷۰ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی خوب آن‌ها است (۴۸). همچنین، در یک پژوهش دیگر در ایران، شاخص CVR برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۴ و شاخص CVI برابر با ۱ به دست آمد که نشان‌دهنده مطلوبیت سطح روایی محتوایی برای تمامی عبارات است. پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ نیز ۰/۸۰ گزارش شده است (۴۹). مداخله شناختی رفتاری: بر اساس دستورالعمل مایکل فری (۲۰۰۷) برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اجرا شد (۵۰).

که همبستگی پرسشنامه بک با نمره کل GHQ-28 برابر ۰/۸۰ به‌دست آمد. بنابراین، این پرسشنامه جهت پژوهش در جمعیت سالمندان، به‌ویژه در مناطق شهری، از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است (۴۵).

مقیاس سنجش سندرم آشیانه خالی (ENSAI): توسط پیرزاده و همکاران در سال ۲۰۲۱ طراحی شده و شامل ۲۱ گویه و ۷ خرده مقیاس است: تنهایی، بی‌هدفی، اضطراب، افسردگی، بی‌خوابی، فقدان و اندوه، و عدم شایستگی. پاسخ‌ها در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم = ۵ تا کاملاً مخالفم = ۱) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمره کل این پرسشنامه بین ۲۱ تا ۱۰۵ متغیر است و نمره برش بالینی آن ۶۱ تعیین شده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این پرسشنامه ۷۹ درصد از واریانس سندرم آشیانه خالی را توضیح می‌دهد و اعتبار محتوا از طریق تحلیل عاملی اکتشافی در سطح قابل قبولی تأیید شده است. همچنین، همسانی درونی ابزار با ضریب آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ و ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای بالای ۰/۹۰ تأیید گردیده است. ضریب کاپا فلایس نیز برابر با ۰/۸۰ گزارش شده است (۴۶).

پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز (LPCQ): در سال

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسه	محتوی
اول	آشنایی با ساختار جلسات؛ معرفی منطق زیربنایی شناخت - درمانگری و مرور قواعد اساسی.
دوم	معرفی مفاهیم اصلی شناخت - درمانگری نظیر رویدادهای فعال‌کننده، باورها و خطاهای منطقی.
سوم	مرور جدول سه ستونی و شناخت دقیق‌تر خطاهای منطقی به همراه نمونه‌هایی از هر کدام.
چهارم	مرور خطاهای منطقی مراجع در جدول سه ستونی و آشنایی با منطق متناسب.
پنجم	مرور نحوه استفاده از منطق متناسب در مورد افکار غیرمنطقی در لحظه؛ و آشنایی با مخالفت‌ورزی.
ششم	مرور نحوه استفاده از مخالفت‌ورزی و آشنایی با مدل عمومی اختلالات هیجانی و رفتاری.
هفتم	آشنایی با ماهیت و محتوای روان‌بندهای منفی؛ و شناسایی روان‌بندها با استفاده از روش پیکان عمودی.
هشتم	تثبیت یادگیری پیکان عمودی؛ و معرفی برخی قواعد مفید در انجام تحلیل پیکان عمودی.
نهم	معرفی تحلیل هم‌وردی، تحلیل جستجوگرانه و تحلیل علمی به همراه نمونه‌ای از هر کدام.
دهم	مرور همه باورها؛ رفع مشکلات احتمالی؛ و خاتمه و درمان.

توزیع شده و تفاوت معناداری بین آن‌ها وجود ندارد ($P > 0/05$). این همگنی اعتبار نتایج را افزایش می‌دهد و تأثیرات مشاهده‌شده در مطالعه را به مداخلات مورد بررسی نسبت می‌دهد، نه تفاوت‌های اولیه بین گروه‌ها.

یافته‌ها

در جدول ۲ اطلاعات توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی شامل جنسیت، تحصیلات، وضعیت شغلی، وضعیت همسر و سن آزمودنی‌ها ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهند که این ویژگی‌ها در گروه‌های مطالعه به‌طور یکسان

جدول ۲. اطلاعات توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی آزمودنی ها

متغیرها	دسته‌بندی	گروه	تعداد/درصد	Chi-square	P
جنسیت	زن	آزمایش	۷(۵۰/۰)	۰/۰۰۰	۱/۰۰۰
		کنترل	۷(۵۰/۰)		
	مرد	آزمایش	۷(۵۰/۰)		
		کنترل	۷(۵۰/۰)		
تحصیلات	زیر دیپلم	آزمایش	۶(۴۲/۹)	۰/۱۶۸	۰/۹۲۰
		کنترل	۷(۵۰/۰)		
	دیپلم	آزمایش	۶(۴۲/۹)		
		کنترل	۵(۳۵/۷)		
وضعیت شغلی	دانشگاهی	آزمایش	۲(۱۴/۳)	۰/۱۵۰	۰/۶۹۹
		کنترل	۲(۱۴/۳)		
	غیرشاغل	آزمایش	۵(۳۵/۷)		
		کنترل	۶(۴۲/۹)		
وضعیت همسر	بازنشسته	آزمایش	۹(۶۴/۳)	۲/۶۱۸	۰/۲۷۰
		کنترل	۸(۵۷/۱)		
	در قید حیات هست	آزمایش	۷(۵۰/۰)		
		کنترل	۴(۲۶/۶)		
	در قید حیات نیست	آزمایش	۷(۵۰/۰)		
		کنترل	۱۰(۷۱/۵)		
میانگین/انحراف معیار					
سن (سال)		آزمایش	۶۸±۶/۸۱ سال	۰/۰۰۸	۰/۹۲۸
		کنترل	۶۷±۵/۵۶ سال		
				F	P

مورد افسردگی، گروه آزمایش کاهش معناداری در میانگین نمرات از پیش آزمون به پس آزمون و ادامه این کاهش در پیگیری داشته است. برعکس، گروه کنترل تغییرات معناداری در نمرات افسردگی خود مشاهده نکرده و میانگین نمرات آن تقریباً ثابت مانده است. در مجموع، مداخله انجام شده در گروه آزمایش تأثیر مثبت بر بهبود تاب آوری و کاهش افسردگی داشته است.

جدول ۳ شاخص های توصیفی تاب آوری و افسردگی را برای گروه های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می دهد. نتایج نشان می دهد که میانگین نمرات تاب آوری در گروه آزمایش به طور معناداری در پس آزمون افزایش یافته و این روند مثبت در پیگیری نیز ادامه داشته است. در مقابل، گروه کنترل تغییرات قابل توجهی در نمرات تاب آوری نشان نمی دهد. در

جدول ۳. شاخص های توصیفی دو گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
تاب آوری	آزمایش	۲۱/۹۲±۴/۶۸	۲۵/۰۰±۴/۹۶	۲۵/۸۵±۵/۱۸
	کنترل	۲۱/۱۴±۶/۴۵	۲۱/۴۲±۵/۰۳	۲۰/۷۸±۵/۸۲
افسردگی	آزمایش	۲۸/۳۵±۷/۵۳	۱۸/۴۲±۹/۰۴	۱۷/۰۰±۹/۲۴
	کنترل	۲۶/۴۲±۷/۷۶	۲۶/۶۴±۷/۶۷	۲۶/۵۷±۸/۲۱

معصومه قنبری و همکاران

زمان، بیانگر تأثیر قابل توجه درمان بر این متغیر می‌باشد. اثر تعاملی بین گروه و زمان نشان می‌دهد که تغییرات در تاب‌آوری به نوع گروه (آزمایش یا کنترل) وابسته است و می‌تواند منجر به نتایج متفاوتی شود. در خصوص افسردگی، نتایج همچنین تغییرات معنادار در این متغیر را در طول زمان تأیید می‌کند و نشان‌دهنده تأثیر درمان بر افسردگی است. اثر تعاملی بین گروه و زمان در اینجا نیز گویای این است که تأثیر درمان بر افسردگی بسته به نوع گروه متفاوت است. به‌طور کلی، این یافته‌ها تأکید می‌کند که تغییرات در تاب‌آوری و افسردگی در طول زمان نشان‌دهنده اثربخشی درمان است.

نتایج آزمون شاپیرو - ویلک نشان می‌دهد که متغیرهای تاب‌آوری و افسردگی دارای توزیع نرمال هستند ($P > 0.05$). همچنین آزمون لوین فرض همسانی واریانس‌ها را در این متغیرها تأیید می‌کند ($P > 0.05$). آماره W موچلی برای تاب‌آوری برابر با 0.849 ($P > 0.05$) و برای افسردگی برابر با 0.921 ($P > 0.05$) است که هر دو صحت فرض کرویت را تأیید می‌کنند؛ بنابراین، استفاده از آزمون‌های F استاندارد در تحلیل واریانس آمیخته برای هر دو متغیر مجاز است. نتایج تحلیل واریانس آمیخته در جدول ۴ نشان‌دهنده تأثیرات معنادار در متغیرهای تاب‌آوری و افسردگی در مراحل مختلف مطالعه (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) است ($P < 0.001$). تغییرات معنادار در نمرات تاب‌آوری در طول

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی اثرات درون گروهی و بین گروهی

متغیر	منبع تغییر	منبع اثر	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	آماره F	درجه آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
تاب‌آوری	درون گروهی	زمان	۵۶/۱۶	۲۸/۰۸	۱۴/۶۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶۱	۰/۹۹۸
		گروه*زمان	۶۶/۲۱	۳۳/۱۰	۱۷/۲۸	۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹۹	۱/۰۰
	بین گروهی	گروه	۲۰۷/۴	۲۰۷/۴	۲/۴۸	۱	۰/۱۲۷	۰/۰۸۷	۰/۳۳۰
افسردگی	درون گروهی	زمان	۵۱۸/۸	۲۵۹/۴	۷۷/۴۴	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱/۰۰
		گروه*زمان	۵۵۲/۹	۲۷۶/۴	۸۲/۵۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱/۰۰
	بین گروهی	گروه	۵۸۶/۷	۵۸۶/۷	۲/۹۵	۱	۰/۰۹۸	۰/۱۰۲	۰/۳۸

حاصل شده در مرحله پیگیری نیز ادامه داشته است ($P < 0.001$).

آزمون بونفرنی در جدول ۵ نشان‌دهنده تأثیر مثبت درمان شناختی رفتاری بر افزایش تاب‌آوری و کاهش افسردگی از مرحله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون است. همچنین، بهبودی

جدول ۵. آزمون بونفرنی برای مقایسه میانگین‌ها

متغیر	زمان	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
تاب‌آوری	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۱/۶۷	۰/۴۳	۰/۰۰۲
	پیش‌آزمون - پیگیری	-۱/۷۸	۰/۳۴	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۱۰	۰/۳۲	۱/۰۰
افسردگی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۴/۸۵	۰/۵۱	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۵/۶۰	۰/۵۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۷۵	۰/۴۱	۰/۲۵

گروه کنترل شده است.

یافته‌ها در زمینه تاب‌آوری با نتایج پژوهش‌های پیشین (۳۶، ۳۷) و به‌ویژه در مورد سالمندان آشیانه خالی (۳۸) همسو بوده و نشان‌دهنده پتانسیل درمان شناختی رفتاری به‌عنوان یک رویکرد درمانی مؤثر برای چالش‌های روان‌شناختی سالمندان است. همچنین، نتایج ناهمسو یافت نشد. بر اساس

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش درمان شناختی رفتاری در بهبود تاب‌آوری و کاهش علائم افسردگی در سالمندان دارای سندرم آشیانه خالی انجام شد. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که این مداخله به‌طور معناداری منجر به افزایش تاب‌آوری و کاهش افسردگی در گروه آزمایش نسبت به

مدل شناختی بک (۵۱)، تجارب آسیب‌زا در دوره‌های پیشین می‌توانند منجر به شکل‌گیری نگرش‌ها و تفکرات منفی شوند. الگوهای شناختی منفی ممکن است سوگیری‌های توجهی و تفسیرهای نادرست را در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا ایجاد کنند که به بروز علائم افسردگی منجر می‌شود. با این حال، برخی سالمندان باوجود ناملایمات، توانایی مدیریت شرایط استرس‌زا، از جمله پدیده آشیانه خالی، را به‌خوبی نشان می‌دهند. این امر نشان‌دهنده وجود عواملی چون تاب‌آوری است که نقش تعیین‌کننده‌ای در سازگاری با تغییرات ناشی از دست دادن نقش والدینی و تغییرات الگوی خانوادگی دارد. عوامل شخصی و محیطی مانند خودکارآمدی، خودکنترلی، راهبردهای مقابله‌ای انطباقی و حمایت اجتماعی تأثیر بسزایی در تاب‌آوری دارند. تقویت این عوامل از طریق روش‌های روان‌درمانی مانند CBT می‌تواند تاب‌آوری را افزایش دهد و به حفظ سلامت روان در سالمندان کمک کند.

CBT تأکید دارد که باورهای فرد درباره خود، دیگران و محیط بر رفتارهای مقابله‌ای و سازگاری روانی-اجتماعی تأثیر می‌گذارد. سالمندانی که ارزیابی‌های منفی از ارزش خود دارند و توانایی‌های شخصی‌شان را در کنترل چالش‌های ناشی از آشیانه خالی کم برآورد می‌کنند، این رویداد را به‌عنوان تهدید تلقی می‌کنند. این امر منجر به سوگیری در پردازش اطلاعات و تمرکز بر جنبه‌های منفی تجربه می‌شود و در نتیجه، سالمند به راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار روی می‌آورد و به احساساتی نظیر ناامیدی، عصبانیت، پریشانی و افسردگی دچار می‌گردد. CBT در دو گام اصلی به افزایش تاب‌آوری سالمندان کمک می‌کند: در گام اول این درمان با تغییر ماهیت خودگویی‌های منفی و جایگزینی آن‌ها با خودگویی‌های مثبت، باورهای سالمندان را در مورد خودکارآمدی و ارزش شخصی تقویت می‌کند. این فرایند به کاهش استرس روانی در مواجهه با چالش‌های ناشی از آشیانه خالی کمک می‌کند. در گام دوم با آموزش راهبردهای مقابله‌ای فعال و انطباقی، مانند مزیت‌یابی و ارزیابی مجدد شناختی، به سالمندان کمک می‌کند تا از زوایای جدید به تجربه آشیانه خالی نگاه کنند. و به‌جای سرزنش خود و گرفتار شدن در نشخوار فکری، آنان تشویق می‌شوند تا با پذیرش شرایط موجود، به برنامه‌ریزی برای تعیین اهداف معنادار بپردازند و مهارت‌های حل مسئله و ارتباطی خود را توسعه دهند تا با مؤثرترین شیوه‌ها با

چالش‌های ناشی از آشیانه خالی مواجه شوند و با شناسایی اهدافی که با ارزش‌ها و علایق شخصی‌شان همخوانی دارد، احساس کنترل و هدفمندی در زندگی خود را تقویت کنند. همچنین، CBT با آموزش مهارت‌های ارتباطی و توسعه شبکه‌های حمایت اجتماعی به بهبود روابط اجتماعی سالمندان کمک کرده و قدرت عاطفی آن‌ها را در مواجهه با چالش‌ها افزایش می‌دهد. به طور خلاصه، CBT نه‌تنها به محافظت در برابر ناامیدی و پیامدهای روانی منفی کمک می‌کند، بلکه با تمرکز بر افزایش تاب‌آوری، سالمندان را به سمت یک زندگی معنادار و شاداب‌تر هدایت می‌کند. این یافته‌ها می‌تواند مبنای مناسبی برای گنجاندن CBT در برنامه‌های درمانی و حمایتی برای سالمندان باشد و بر لزوم توجه به شیوه‌های مؤثر روان‌درمانی تأکید کند.

همچنین، یافته‌ها در زمینه کاهش علائم افسردگی نیز با نتایج پژوهش‌های پیشین (۳۲، ۵۲ و ۵۳) همسو بود. این نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری می‌تواند به‌عنوان یک روش مؤثر در بهبود سلامت روان سالمندان عمل کند و احساس ناامیدی و افسردگی را کاهش دهد. همچنین، نتایج ناهمسو یافت نشد. در تبیین این یافته، می‌توان با توجه به نظریه شناختی بک (۵۱) بیان داشت که نحوه تفکر ما درباره موقعیت‌ها تأثیر مستقیمی بر احساسات ما دارد. سالمندانی که با سندرم آشیانه خالی مواجه هستند، معمولاً باورهای ناکارآمدی نظیر بی‌ارزشی، تنهایی و طرد را پرورش می‌دهند. این باورها به تحریفات شناختی، مانند فیلتر ذهنی، مبالغه و استانداردهای شخصی بالا، منجر می‌شوند و موجب تمرکز بر جنبه‌های منفی و بزرگ‌نمایی مشکلات می‌گردند. این روند نه‌تنها به افزایش ناامیدی می‌انجامد، بلکه فرد را در معرض افسردگی قرار می‌دهد. در این راستا، درمان شناختی رفتاری به سالمندان کمک می‌کند تا با آگاهی از هیجانات و احساسات خود، افکار ناکارآمد و تحریفات شناختی را شناسایی کنند. در مرحله بعد، با آموزش تحلیل عینی و منطقی، این افراد می‌آموزند که چگونه باورهای ناکارآمد خود را مورد بررسی و ارزیابی قرار دهند. همچنین، تکنیک باور مخالف به سالمندان این امکان را می‌دهد که باورهای ناکارآمد خود را تغییر دهند و رویکردی منطقی و واقع‌گرایانه در مواجهه با چالش‌ها اتخاذ کنند. در نتیجه، این فرایند نه‌تنها به کاهش افسردگی کمک می‌کند، بلکه به افزایش امید و تاب‌آوری در سالمندان نیز منجر می‌شود و در نهایت به بهبود سلامت روان و کیفیت

نتایج مثبت، محدودیت‌هایی نظیر عدم کنترل ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و عدم بررسی اثرات طولانی‌مدت وجود دارد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که تحقیقات بیشتری در این زمینه و با تمرکز بر نیازهای خاص سالمندان انجام شود.

سیاسگزاری

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دکتری معصومه قنبری در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل است. از تمامی کسانی که در پیشبرد این پژوهش به ما یاری رساندند، قدردانی می‌کنیم. به‌ویژه 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

1. Kalstad AA, Myhre PL, Laake K, Tveit SH, Schmidt EB, Smith P, et al. Effects of n-3 fatty acid supplements in elderly patients after myocardial infarction: a randomized, controlled trial. *Circulation*. 2021;143(6):528-39. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.052209>
2. Gu S, Zhang X, Peng Y. A serial mediation model of physical exercise and loneliness: the role of perceived social support and resilience. *BMC geriatrics*. 2024;24(1):811. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05407-1>
3. Shidhaye R. Depression in Indians 45 years and older: A roadblock in healthy ageing. *The Lancet Psychiatry*. 2022;9(8):605-6. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00233-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00233-4)
4. Global Health Data Exchange (GHDx). The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Washington. Available from; 2022. [https://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b\(open in a new window\)](https://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b(open%20in%20a%20new%20window)). Accessed June 10, 2022.
5. Devita M, De Salvo R, Ravelli A, De Rui M, Coin

زندگی آن‌ها می‌انجامد. با این توضیحات، می‌توان تأکید کرد که CBT به‌عنوان روشی مؤثر در مدیریت عواطف و ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان به شمار می‌رود.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری به‌طور معناداری تاب‌آوری سالمندان را افزایش می‌دهد و به کاهش علائم افسردگی ناشی از سندرم آشیانه خالی کمک می‌کند. این رویکرد با تغییر نگرش‌های منفی و تقویت باورهای مثبت، به سالمندان کمک می‌کند تا احساسات و واکنش‌های خود را بهتر مدیریت کرده و کیفیت زندگی‌شان را بهبود بخشند. علاوه بر این، CBT با تقویت عوامل تاب‌آوری مانند خودکارآمدی و حمایت اجتماعی، به سالمندان توانایی می‌دهد تا به‌طور مؤثرتری با چالش‌های ناشی از آشیانه خالی مواجه شوند. یافته‌های این پژوهش تأکید بر اهمیت گنجاندن CBT در برنامه‌های درمانی برای سالمندان دارد و نشان می‌دهد که این رویکرد می‌تواند به‌عنوان یک استراتژی کلیدی در ارتقای سلامت روان و تاب‌آوری در این گروه سنی به کار گرفته شود. با وجود

- A, Sergi G, Mapelli D. Recognizing depression in the elderly: practical guidance and challenges for clinical management. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2022;2867-80. <https://doi.org/10.2147/NDT.S347356>
6. Xiao S, Shi L, Zhang J, Li X, Lin H, Xue Y, et al. The role of anxiety and depressive symptoms in mediating the relationship between subjective sleep quality and cognitive function among older adults in China. *Journal of Affective Disorders*. 2023;325:640-6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.048>
7. Maier A, Riedel-Heller SG, Pabst A, Lupp M. Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. *PloS one*. 2021;16(5):e0251326. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251326>
8. Takele MD, Eriku GA, Merawie DM, Zinabu FS, Fentanew M, Belay GJ, Kibret AK. Functional disability and its associated factors among community-dweller older adults living in Gondar Town, Ethiopia: a community-based cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2024;24(1):647. <https://doi.org/10.1186/s12889->

- 024-18110-y
9. Bai W, Zhang J, Smith RD, Cheung T, Su Z, Ng CH, et al. Inter-relationship between cognitive performance and depressive symptoms and their association with quality of life in older adults: A network analysis based on the 2017-2018 wave of Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey (CLHLS). *Journal of Affective Disorders*. 2023;320:621-7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.159>
10. Kikkawa A, Pelli M, Reiners LO, Rhein D. The state of well-being of older people: a comparative study across developing Asia. *The Japanese Economic Review*. 2024;75(4):563-609. <https://doi.org/10.1007/s42973-024-00170-9>
11. Shao L, Yu G, Zhang D. The mechanisms underlying the negative effect of depression on life satisfaction among the elderly: the roles of ostracism and economic income. *International Psychogeriatrics*. 2022;34(8):715-24. <https://doi.org/10.1017/S1041610221001162>
12. Escobar-Agreda S, Romero Albino Z, Contreras PJ, Cuba-Fuentes MS. Complicated grief and its relationship with anxiety, depression, and suicidal ideation in older adults in the context of the COVID-19 pandemic in Peru: a cross-sectional analysis. *BMC psychiatry*. 2023;23(1):908. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05412-5>
13. Li C, Li X, Zhang Y, Lao W. Interpersonal interactions, sense of loneliness and perceived depressive emotions among older adults: A cultural-psychological perspective from heterogeneous roles of different relationships. *SSM-Population Health*. 2024;27:101703. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2024.101703>
14. Bongyoga V, Risnawaty W, editors. The description of family quality of life in parents with empty-nest syndrome. *International Conference on Economics, Business, Social, and Humanities (ICEBSH 2021)*; 2021: Atlantis Press. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.210805.144>
15. Raup JL, Myers JE. The Empty Nest Syndrome: Myth or Reality. *Journal of Counseling & Development*. 1989;68(2). <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1989.tb01353.x>
16. Powell B. The empty nest, employment, and psychiatric symptoms in college-educated women. *Psychology of Women Quarterly*. 1977;2(1):35-43. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1977.tb00570.x>
17. Park C, Mendoza AN. A scoping review of older empty nesters' mental health and its contributors. *Mental Health Review Journal*. 2022;27(2):199-211. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-07-2021-0057>
18. Song C, Yao L, Chen H, Song Y, Liu L. Prevalence and factors influencing depression among empty nesters in China: A meta-analysis. *BMC geriatrics*. 2023;23(1):333. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04064-0>
19. 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;102(2):96-109. <https://doi.org/10.1080/00185868.2022.2097970>
20. Zhang H-H, Jiang Y-Y, Rao W-W, Zhang Q-E, Qin M-Z, Ng CH, et al. Prevalence of depression among empty-nest elderly in China: a meta-analysis of observational studies. *Frontiers in psychiatry*. 2020;11:608. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00608>
21. 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;91:104183. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104183>
22. Xu S, Yang X, Liu J, Chong MK-c, Cheng Y, Gong W, Zou G. Health and wellbeing among the empty nest and non-empty nest elderly in China-Results from a national cross-sectional study. *PLoS One*. 2023;18(9):e0291231. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291231>
23. Kristensen K, König H-H, 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;95:104425. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104425>
24. Hartanto A, Sim L, Lee D, Majeed NM, Yong JC. Cultural contexts differentially shape parents' loneliness and wellbeing during the empty nest period. *Communications Psychology*. 2024;2(1):105. <https://doi.org/10.1038/s44271-024-00156-8>
25. Richardson GE. The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology*. 2002;58(3):307-21.

- <https://doi.org/10.1002/jclp.10020>
26. Tugade MM, Fredrickson BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of personality and social psychology*. 2004;86(2):320. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320>
 27. Connor KM, Davidson JR, Lee L-C. Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: A community survey. *Journal of traumatic stress*. 2003;16(5):487-94. <https://doi.org/10.1023/A:1025762512279>
 28. Li F, Luo S, Mu W, Li Y, Ye L, Zheng X, et al. Effects of sources of social support and resilience on the mental health of different age groups during the COVID-19 pandemic. *BMC psychiatry*. 2021;21(1):16. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03012-1>
 29. Hidayati DS, Suparno RJ. Resilience and empty nest syndrome. *Families Mental Health and Challenges in the 21st Century*. 2024;15. <https://doi.org/10.1201/9781003402381-3>
 30. Wen Z, Wang H, Liang Q, Liu L, Zhang W, Zhang X. Mediating effect of social support and resilience between loneliness and depression in older adults: A systematic review and meta-analytic structural equation modeling. *Journal of Affective Disorders*. 2024;365:246-57. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.062>
 31. David D, Cristea I, Hofmann SG. Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in psychiatry*. 2018;9:4. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00004>
 32. Cuijpers P, Miguel C, Harrer M, Plessen CY, Ciharova M, Ebert D, Karyotaki E. Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: A comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*. 2023;22(1):105-15. <https://doi.org/10.1002/wps.21069>
 33. Özdel K. From past to present cognitive behavioral therapies: Theory and practice. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2015;8(2):10-20.
 34. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*. 2012;36(5):427-40. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
 35. Happer K, Brown EJ, Sharma-Patel K. Children's resilience and trauma-specific cognitive behavioral therapy: Comparing resilience as an outcome, a trait, and a process. *Child abuse & neglect*. 2017;73:30-41. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.09.021>
 36. Pinto TM, Veiga VMN, Macedo EC. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on resilience of adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*. 2024;34(2):100495. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2024.100495>
 37. Xiang L, Wan H, Zhu Y. Effects of cognitive behavioral therapy on resilience among adult cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2025;25(1):204. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06628-3>
 38. Kabiri M, Namdari K, Abedi A. Psychological resilience level after cognitive-behavior therapy in old people with empty nest syndrome-a single-case experimental design. *Clinical Gerontologist*. 2023;46(3):446-56. <https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2108361>
 39. Ando M, Kao Y-C, Lee Y-C, Tai S-A, Mendez SR, Sasaki K, et al. Remote cognitive behavioral therapy for older adults with anxiety symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2024;30(9):1376-85. <https://doi.org/10.1177/1357633X231151788>
 40. Corpas J, Gilbody S, McMillan D. Cognitive, behavioural or cognitive-behavioural self-help interventions for subclinical depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2022;308:384-90. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.085>
 41. Chan P, Bhar S, Davison TE, Doyle C, Knight BG, Koder D, et al. Characteristics and effectiveness of cognitive behavioral therapy for older adults living in residential care: a systematic review. *Aging & Mental Health*. 2021;25(2):187-205. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1686457>
 42. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*. 2007;39(2):175-91. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
 43. Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck depression inventory-II. *Psychological assessment*. 1996.

- <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
44. Fathi-Ashtiani A, Daštani M. Psychological tests: Personality and mental health. Tehran: besat. 2009;46.(Persian).
 45. Hamidi, R., Fekrizadeh, Z., Azadbakht, M., Garmaroudi, G., Taheri Tanjani, P., Fathizadeh, S., Ghisvandi, E. Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian elderly Population. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2015; 22(1): 189-198.(Persian).
 46. 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;49(12):1100-15. <https://doi.org/10.1080/03601277.2023.2209457>
 47. Luthans F, Avolio BJ, Avey JB, Norman SM. Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. Personnel psychology. 2007;60(3):541-72. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x>
 48. Shokri O, Mahdavian P, Khodaei A. Factor Structure, Reliability and Measurement Invariance of the Psychological Capital Questionnaire for Iranian Male and Female Teachers. Quarterly Journal of Research in Classroom and Virtual Learning. 2020 Aug 22;8(1):21-34.
 49. Khademi Ashkezari M, Niksirt F, Naqsh Z. Validity and reliability of Luthans et al.'s psychological capital questionnaire among teachers. Positive Behavior in Educational Organizations. 2024 Mar 20;2(1):-.
 50. Free ML. Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice: John Wiley & Sons; 2007.<https://psycnet.apa.org/record/2007-01628-000>
 51. Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders: Penguin; 1979.
 52. Skosireva A, Gobessi L, Eskes G, Cassidy KL. Effectiveness of enhanced group cognitive behaviour therapy for older adults (CBT-OA) with depression and anxiety: A replication study. International Psychogeriatrics. 2025 Mar 1;37(2):100013. <https://doi.org/10.1016/j.inpsyc.2024.100013>
 53. Werson AD, Meiser-Stedman R, Laidlaw K. A meta-analysis of CBT efficacy for depression comparing adults and older adults. Journal of affective disorders. 2022;319:189-201. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.020>