

# مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی معنادرمانی<sup>(۱)</sup> با مشاوره فردی چندالگوی<sup>(۲)</sup> بر کاهش افسردگی سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های تهران

دکتر تقی پورابراهیم

دکترای مشاوره

دکتر احمد اعتمادی

عضو هیات علمی دانشگاه علامه طباطبائی

دکتر عبدالله شفیق آبادی

عضو هیات علمی دانشگاه علامه طباطبائی

دکتر غلامرضا صرامی

مدرس دانشگاه



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

چکیده

این پژوهش برای مقایسه و اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی و مشاوره فردی به روش چندالگویی بر کاهش افسردگی سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های تهران انجام شد. نمونه شامل ۹۰ نفر از جامعه آماری سالمندان زن و مرد آسایشگاه‌های تهران بود که پس از اجرای آزمون GDS<sup>(۳)</sup> روی تعداد زیادی از سالمندان، آنهایی که نمره ۱۵ یا بیشتر از این آزمون گرفتند به طور تصادفی در ۵ گروه آزمایشی و ۴ گروه کنترل جایگزین شدند. فرضیه‌ها حاکی از اثربخشی هر کدام از روش‌های ذکر شده بر کاهش افسردگی سالمندان آسایشگاه‌های دولتی و خصوصی بود. با استفاده از آزمون آماری تحلیل

1. Logo therapy

2. Multimodal therapy

3. Geriatric Depression Scale

کواریانس پس از مون نتایج نشان داد که گرچه افسردگی گروه‌های آزمایش پس از اجرای روش درمانی و مشاوره کاهش یافته است اما این کاهش در سطح ۹۵ درصد معنادار نبوده است یعنی روش‌های ذکر شده مؤثر واقع نشده‌اند و همچنین بین میزان تأثیر روش‌ها نیز تفاوت معناداری مشاهده نشد. یافته‌های حاصل نشان داد استفاده از روش‌های فوق برای سالمندان آسایشگاه‌ها کارایی لازم را ندارد و پیشنهاد می‌شود از روش‌های دیگر مشاوره و درمان استفاده شود.

### مقدمه

افزایش امید به زندگی و کاهش باروری موجب بالا رفتن شمار سالمندان ۶۵ ساله و بیشتر در جمعیت کشور شده است. با افزایش سالمندان نیازهای اختصاصی‌تر مربوط به سالمندی نیز افزایش می‌یابد. سالمندان بالای ۶۰ سال کشور طبق سرشماری سال ۱۳۷۳ حدود ۴٪ و طبق سرشماری سال ۱۳۷۵ حدود ۶/۶٪ کل جمعیت را به خود اختصاص داده‌اند که که پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۰۰ جمعیت سالمندان به رقمی حدود ۱۰ میلیون نفر افزایش یابد (رهگویی، ۱۳۸۱؛ سالنامه آماری کشور، ۱۳۸۳).

افسردگی بازتابی عاطفی است که برخی افراد در سالمندی تجربه می‌کنند. به باور «بیلز» افسردگی در بین حدود ۱۲ تا ۱۶ درصد افراد سالمند غالباً ظاهر می‌شود، هرچند بین ۲۰ تا ۳۰ درصد آنها گاه علائمی از افسردگی را نشان می‌دهند. متداول‌ترین بیماری روانی برای افراد بالای ۶۰ سال افسردگی است. تقریباً ۱۵٪ آمریکایی‌های سالمند از افسردگی رنج می‌برند. با وجود آگاهی عمومی از افسردگی و ترتیب درمان‌های مؤثر، بازافسردگی تشخیص داده نمی‌شود و درمان نمی‌شود. به علاوه شواهدی وجود دارد که سالمندان نسبت به جوان‌ترها کمتر از خدمات بهداشت روان بهره‌مند هستند. سه عامل وجود دارد که تشخیص افسردگی را در سالمندان پیچیده می‌کند: ۱- بیماری‌های جسمی همراه ۲- آسیب شناختی ۳- رخ داده‌های ناسازگار زندگی (زیسوک، دان و سابل<sup>(۱)</sup>، ۲۰۰۱؛ ریچاردسون<sup>(۲)</sup>، ترجمه اردبیلی، ۱۳۸۳).

رابطه بین مشکلات سلامت جسمانی و روانی می‌تواند تبدیل به دور باطلی شود که هر یک دیگری را تشدید می‌کند. گاهی تحلیل رفتن سریع یک سالخورده بیمار نتیجه

1. Zisook, Dunn, Sable

2. Richardson

یأس و ناامیدی و دست کشیدن از تلاش است. این سیر قهقهه‌رایی می‌تواند با حرکت به سمت خانه سالمندان شتاب بیشتر بگیرد که در این صورت فرد سالخورده باید با جدایی از خانواده و دوستان خود با وصفی تازه با عنوان «فردی که فقط در خانه سالمندان می‌تواند زنده بماند» سازگار شود. خیلی از ساکنان خانه سالمندان یک ماه بعد از پذیرش به سرعت تحلیل می‌روند و شدیداً افسرده می‌شوند (برک<sup>(۱)</sup>)، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۴). ساکنان خانه‌های سالمندان ریسک بیشتری برای افسردگی دارند. در این مکان‌ها، افسردگی می‌تواند به‌طور مقطعی به علت بیماری‌های مزمن و مشاهده ناتوانی افراد مقیم دیگر و همین‌طور بالا بودن میزان مرگ به‌وجود آید. از این گذشته می‌تواند به علت مشخصات سازمانی آسایشگاه نیز باشد. وابستگی آموخته شده به علت پذیرایی طولانی مدت از سالمند هم می‌تواند باعث شود افسردگی همچنان باقی بماند.

روش‌های روان‌درمانی نوعی فرآیند یاری‌رسان هستند که در روش‌ها و نظریه‌های مختلف تبلور می‌یابند. با وجود تنوعی که در شیوه‌های درمان‌گری به چشم می‌خورد به نظر می‌رسد اغلب متخصصانی که از روش‌های درمان‌گری استفاده می‌کنند گرایش به روش وحدت‌یافته و تلفیقی نگر دارند. در میان پژوهشگران برجسته حاضر که تلاش کرده‌اند روش نظام‌دار در زمینه تلفیقی نگری ایجاد کنند باید به «لازاروس<sup>(۲)</sup>» اشاره کرد. او بنیانگذار روش درمانی چندالگویی است.

روش چندالگویی روشی در روان‌درمانی و مشاوره است که مبتنی بر یک ارزیابی جامع از ۷ جنبه اساسی انسان یعنی رفتار، پاسخ‌های عاطفی، تصورات، شناخت‌ها، روابط بین فردی و کارکرد زیستی (BASIC.ID)<sup>(۳)</sup> است. این روش به درمان‌گر امکان می‌دهد که از انواع فنون مداخله‌ای متناسب با ارزش‌یابی انجام شده در موارد خاصی که احتمالاً می‌تواند مفید واقع شود استفاده نماید. درمان چندالگویی بر پایه اصول فرضیه آموزشی - اجتماعی «بندورا» است (کوری<sup>(۴)</sup>، ۱۹۹۵، نلسون<sup>(۵)</sup>، ۲۰۰۱).

1. Berk

2. Lazarus

3. Behavior, Affective, Sensation, Imagery, Cognition, Interpersonal relationship, Drug

4. Corey

5. Nelson

مشاور گروهی یک سلسله فعالیت‌های سازمان‌یافته است که با تعداد معینی شرکت‌کننده در یک زمان انجام می‌گیرد. این فعالیت‌ها جنبه درمانی و پیش‌گیری دارند. در مشاوره گروهی یک و هنگامی دو مشاور با تقریباً ۸ نفر شرکت‌کننده دور هم می‌نشینند و به بررسی و تجزیه و تحلیل موضوعی عاطفی و روانی می‌پردازند و تلاش می‌کنند راه حلی برای مشکل بیابند (شفیع آبادی، ۱۳۸۲).

معنادرمانی روشی از رویکر وجودی است که زمینه فلسفی و نظری عالی برای کار گروهی فراهم می‌آورد. معنادرمانی می‌تواند ساختار مفهومی را برای کمک به مراجعان جهت چالش با یافتن معنا در زندگی شان آماده کند این شیوه روی ۴ علاقه مهم که ریشه در هستی انسان دارد تأکید می‌کند. مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی (کوری، ۱۹۹۵) این مضامین با سالمندان ارتباط زیادی دارد. «اریکسون» «وحدت خود» را به عنوان مرحله نهایی رشد روانی - اجتماعی توصیف کرده است به طوری که احساس کلی از معنای زندگی و پذیرش زندگی در آن مستتر است. بسیاری از بزرگترها برای انجام این وظیفه مشکل دارند (مارتینی<sup>(۱)</sup>، ۲۰۰۴).

با وجود رشد قابل توجه در روان‌درمانی سالمندان، مطالعات کارآمدی روان‌درمانی به تنهایی یا در ترکیب با دیگر درمان‌ها هنوز اندک است و بیشتر بحث حول محور لزوم روان‌درمانی است (الیسون و آنتوگینی<sup>(۲)</sup>، ۲۰۰۴). با این حال روش‌های شناختی-رفتاری و خاطره‌پردازی از متداول‌ترین شیوه‌های مورد استفاده برای روان‌درمانی سالمندان بوده است. وقتی توسط درمان‌گرها تفاوت گروه‌های سنی مورد توجه قرار گیرد و جدی تلقی شود این تفاوت نقش مهمی در روان‌درمانی سالمندان پیدا می‌کند (مرکر<sup>(۳)</sup>، ۲۰۰۳). به عنوان مثال کلیشه متداولی وجود دارد که زندگی سالمندان در آسایشگاه با ناامیدی و فقدان معنی در زندگی همراه است (برودی و سمل<sup>(۴)</sup>، ۲۰۰۶) که می‌تواند منبعی برای افسردگی در این قشر سنی باشد. همچنین از دست دادن همسر نزدیکان و دوستان و حتی در بعضی مواقع فرزندان به عنوان یک عامل کمرشکن

1. Martiny

2. Elison and Antogini

3. Marcker

4. Brody and Semel

شناخته شده است. فشار روحی ناشی از این موارد می‌تواند به سوگ تبدیل شود. معنادرمانی زمینه مناسبی برای این معضلات وجودی است که قابلیت اجرایی از طریق مشاوره گروهی را دارد. از طرف دیگر طرح درمان برای افسردگی سالمندان باید در برگیرنده عوامل جسمی، رشدی، روانشناختی، هیجانی و اجتماعی باشد چرا که افسردگی در این قشر سنی معلول تعامل بالای عوامل ذکر شده است از این رو روش چندالگویی که متکی بر یک ارزیابی جامع از مراجعان است آمادگی سازگاری با انواع مشکلاتی که در افسردگی سالمندی دخیل است را دارد ضمن این‌که در خود عناصری از نظریه‌های شناختی - رفتاری را که معمولاً برای روان‌درمانی سالمندان به کار رفته‌اند دارد. با توجه به این توضیحات، تحقیق به دنبال پاسخ به این سؤال است که تا چه اندازه دوروش یاد شده در کاهش افسردگی سالمندان مؤثر است.

چندین رساله و تعدادی مقالات منتشر شده سودمندی مفروضات و ساختارهای درمان چندالگویی را بررسی کرده‌اند «لازاروس» شخصاً چندین تحقیق نتیجه‌ای و پیگیری‌کننده را در مورد بیماران که تحت درمان چندالگویی قرار گرفته‌اند انجام داده است ولی تا به امروز هیچ تحقیق مقایسه‌ای و کنترل شده‌ای منتشر شده است (پروچاسکا و نورکراس، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۳).

نخستین گزارش منتشر شده در مورد درمان چندالگویی توصیف درمانی خانم ۳۴ ساله‌ای است که به‌عنوان اسکیزوفرنی تشخیص داده شده بود. «فای»<sup>(۱)</sup> و لازاروس» مواردی از بیماری‌های مزمن به نام افسردگی منش شناختی را گزارش کرده‌اند که در درمان‌های یک‌بعدی یا دوبعدی مختلف موفق نبودند اما از مداخله‌های چندالگویی نتایج مثبت و قابل ملاحظه‌ای کسب کردند (لازاروس، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۳).

در یک بررسی تأثیر شیوه روان‌درمانی چندالگویی با استفاده از گروه گواه بر اضطراب و تنیدگی بررسی شد و نتیجه گرفته شد که سطح اضطراب و تنیدگی آزمودنی‌هایی که تحت درمان چندالگویی قرار گرفته‌اند به‌طوری معناداری کاهش پیدا

کرده است (جان بزرگی و نوری، ۱۳۸۲). به نظر «سیبر<sup>(۱)</sup>» معنادرمانی «فرانکل<sup>(۲)</sup>» می‌تواند در آسایشگاه‌های سالمندان در موارد خاصی مورد توجه قرار گیرد. وی برای انواع سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها فهرستی از منابع بالقوه معنا را ارائه داده است (سیبر، ۲۰۰۰). اهمیت مطالعه معنا برای تحقیق سالمندی اولین بار به‌طور قوی توسط «رکر» و «وونگ<sup>(۳)</sup>» مطرح شد. آنها معنا را بر اساس اجزاء شناختی، عاطفی و انگیزشی تعریف کردند. تعریف آنها بر اساس به‌کارگیری مفاهیم «فرانکل» شامل هدف زندگی، خلاء وجودی کنترل زندگی، پذیرش مرگ، معنا، هدف و معناجویی بود (کولمن<sup>(۴)</sup>، ۲۰۰۴). علاقه‌مندی به روان‌درمانی سالمندان<sup>(۵)</sup> به دهه ۱۹۲۰ برمی‌گردد. گرچه درمان سالمندان به ندرت وجود داشته است با این حال می‌توان گفت روان‌درمانی سالمندان در حدود ۸ دهه انجام شده بحث شده و مطالعه شده است و به‌طور کلی هم نتایج مطالعات موردی و هم کنترل شده مثبت بوده است اما آنهایی که با سالمندان کار نکرده‌اند ممکن است تصور کنند سالمندان از روان‌درمانی سود نمی‌برند (زاریت و نایت<sup>(۶)</sup>، ۱۹۹۸؛ نایت، ۲۰۰۴). روان‌درمانی سالمندی به‌طور فزاینده‌ای مهم شده و گسترش یافته است. کانون جدیدترین مفاهیم بالینی «روانشناسی گسترده زندگی<sup>(۷)</sup>» و کاربردهای آن روان‌درمانی سالمندان است اما هنوز تحقیق سیستماتیک برای درمان سالمندان وجود ندارد. یک مطالعه نشان داد که ۸۸/۵ درصد آنهایی که تشخیص روشنی از یک بیماری روانی داشتند به پزشک عمومی مراجعه کرده‌اند تا نزد روان‌درمانگر یا روانپزشک بروند (مرکر، ۲۰۰۳). گالاکر<sup>(۸)</sup>، تامپسون<sup>(۹)</sup> و تامپسون در مورد کارآمدی روان‌درمانی با سالمندان بحث کرده‌اند و خلاصه‌ای از کارآمدی درمان‌های شناختی و رفتاری برای افسردگی سالمندان هم توسط تری<sup>(۱۰)</sup> کورتیس<sup>(۱۱)</sup>، گالاکر، تامپسون و تامپسون مطرح شده است. این یافته‌ها بر اساس ۴۰ مطالعه حاوی اطلاعاتی از گروه‌های کنترل و

1. Seeber

2. Frankl

3. Reker and wong

4. Colman

5. Psychotherapy with the elderly

6. Zarith and Knight

7. Life span psychology

8. Gallacher

9. Thomson

10. Teri

11. Cortis

آزمایش گزارش‌ها و مداخلات روانی - آموزشی و فردی و گروهی است. با این وجود توصیه مؤسسه ملی سلامت روان<sup>(۱)</sup> بر استفاده از ضد افسردگی‌ها هم هست (زاریت و نایت، ۱۹۹۶). بر اساس مطالعه‌ای تا سال ۱۹۹۶، ادبیات مداخلات روان‌درمانی در خانه‌های سالمندان<sup>(۲)</sup>، ۶ مطالعه تصادفی و کنترل شده را نشان می‌دهد که اصلاح معنی‌داری در اندازه‌های افسردگی به دست ندادند. این مداخلات شامل خاطره‌گویی گروهی، شناخت درمانی گروهی و گروه‌های ورزش بوده است ولی برای مداخلات فردی، مطالعات کنترل شده نبوده است (شیخ<sup>(۳)</sup>، ۱۹۹۶).

### هدف، سؤال تحقیق و فرضیه‌ها

هدف اصلی تحقیق بررسی اثر روش‌های درمانی بر کاهش افسردگی سالمندان و در نتیجه پیشنهاد روش‌های مشاوره‌ای، متناسب با ویژگی‌های سالمندان برای کاهش افسردگی آنان بود. سؤال اصلی پژوهش این بود که آیا هر کدام از روش‌های معنادرمانی گروهی و مشاوره فردی چندالگویی بر کاهش افسردگی سالمندان ساکن آسایشگاه‌های تهران تأثیر دارد؟ آیا بین میزان اثربخشی هر کدام تفاوت معناداری وجود دارد؟ به این منظور فرضیه‌های زیر تدوین شدند:

- ۱- مشاوره گروهی معنادرمانی باعث کاهش افسردگی سالمندان مرد آسایشگاه‌های دولتی می‌شود.
- ۲- مشاوره گروهی معنادرمانی باعث کاهش افسردگی سالمندان مرد آسایشگاه‌های خصوصی می‌شود.
- ۳- مشاوره فردی چندالگویی باعث کاهش افسردگی سالمندان مرد آسایشگاه‌های دولتی می‌شود.
- ۴- مشاوره فردی چندالگویی باعث کاهش افسردگی سالمندان مرد آسایشگاه‌های خصوصی می‌شود.
- ۵- مشاوره گروهی معنادرمانی باعث کاهش افسردگی سالمندان زن آسایشگاه‌های دولتی می‌شود.

1. National mental health institute  
3. Sheikh

2. Nursing homes

ضمناً به دنبال فرضیه‌های این پژوهش چند سؤال تحقیقی نیز در رابطه با این پژوهش به صورت زیر وجود داشت.

- ۱- آیا بین اثربخشی مشاوره گروهی معنادرمانی بر کاهش افسردگی سالمندان مرد آسایشگاه‌های دولتی و اثربخشی همین شیوه بر کاهش افسردگی سالمندان زن آسایشگاه‌های دولتی تفاوت وجود دارد؟
- ۲- آیا بین اثربخشی مشاوره گروهی معنادرمانی و اثربخشی مشاوره فردی چندالگویی بر کاهش افسردگی سالمندان مرد آسایشگاه‌های دولتی تفاوت وجود دارد؟
- ۳- آیا بین اثربخشی مشاوره گروهی معنادرمانی و اثربخشی مشاوره فردی چندالگویی بر کاهش افسردگی سالمندان مرد آسایشگاه‌های خصوصی تفاوت وجود دارد؟
- ۴- آیا بین اثربخشی مشاوره گروهی معنادرمانی بر کاهش افسردگی سالمندان مرد آسایشگاه‌های دولتی و اثربخشی همین شیوه بر کاهش افسردگی سالمندان مرد آسایشگاه‌های خصوصی تفاوت وجود دارد؟
- ۵- آیا بین اثربخشی مشاوره فردی چندالگویی بر کاهش افسردگی سالمندان مرد آسایشگاه‌های دولتی و اثربخشی همین شیوه بر کاهش افسردگی سالمندان مرد آسایشگاه‌های خصوصی تفاوت وجود دارد؟

## روش پژوهش

جامعه

جامعه تحقیق شامل کلیه افراد سالمند افسرده ساکن در آسایشگاه‌های تهران به عنوان جامعه در دسترس بود.

نمونه، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

از آسایشگاه‌های دولتی قدس، کهریزک و آسایشگاه‌های خصوصی مهر گل، توحید و سرفرازان تهران سالمندانی که فاقد اختلالات روانشناختی (فراموشی، دمانس، آلزایمر) بودند، از لحاظ جسمی توانایی شرکت در پژوهش را داشتند، تحت درمان دارویی افسردگی نبودند، طی یک ماه قبل دچار بیماری یا حادثه منجر به آسیب جسمی و روانی نشده بودند و سن آنها ۶۵ سال به بالا بود و به آزمون مقیاس افسردگی سالمندی



(GDS) پاسخ دادند. ۹۰ نفر از آنهایی که در این آزمون نمره ۱۵ به بالا گرفتند (پیش‌آزمون) به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایشی (۵ گروه) و کنترل (۴ گروه) گمارش شدند.

### ابزار پژوهش

مقیاس افسردگی سالمندان (GDS) آزمونی مناسب برای غربال علائم افسردگی در سالمندان است که در محیط‌های متعدد کلینیکی و غیرکلینیکی اعتباریابی شده است و در مقایسه با تشخیص کلینیکی افسردگی از ثبات درونی و بیرونی برخوردار است. پایایی آن با روش بازآزمایی ۰/۸۵ است (یساویدج، ۱۹۸۱). GDS توسط یساویدج برای ارزیابی سالمندان ساخته شد. در سال ۱۹۸۶ فرم کوتاه ۱۵ سؤالی آن ۹۰٪ ویژگی و ۸۰٪ حساسیت برای تشخیص افسردگی بیماران بیمارستان داشت (گیل، ۲۰۰۴). این آزمون شامل ۳۰ سؤال به صورت بلی و خیر است که به پاسخ‌ها به این ترتیب امتیاز داده می‌شود، نمره ۹-۰ بدون افسردگی، ۱۹-۱۰ افسردگی متوسط و ۳۰-۲۰ افسردگی شدید. GDS دارای خصیصه‌های روان‌سنجی مورد انتظار است. در مطالعه‌ای پایایی آن با روش بازآزمایی در یک هفته بعد ۰/۸۵ و ۵ دقیقه بعد ۰/۸۶ بود. نمرات آن برای نشان دادن عدم افسردگی، افسردگی متوسط و افسردگی شدید متفاوت معنادار داشتند که حاکی از اعتبار آن است. از طرف دیگر در مورد اعتبار آن، همبستگی  $r = 0/84$  با مقیاس «همیلتون» و  $r = 0/73$  با آزمون «بک» گزارش شده است (سگال، ۲۰۰۲).

با توجه به این‌که پژوهشگر برای آزمون GDS در ایران روایی و اعتباری مشاهده نکرد برای سنجش میزان اعتبار آن با روش دو نیمه کردن آزمون و از طریق فرمول «اسپیرمن - براون» اعتبار ۰/۹۶ به دست آمدن روایی آن نیز با آزمون «بک» به عنوان روایی همگرا سنجیده شد و ضریب همبستگی ۰/۹۶ حاصل شد.

### شیوه اجرا

سالمندانی که فاقد اختلالات روانشناختی (فراموشی، دمانس، آلزایمر) بودند، از لحاظ جسمی توانایی شرکت در پژوهش را داشتند، تحت درمان دارویی افسردگی نبودند و از ۶۵ سال به بالا سن داشتند توسط روانشناس (مددکار - مسئول) مرکز معرفی شدند. در مورد این افراد آزمون اجرا شد و آنهایی که نمره ۱۵ به بالا در آزمون داشتند و طی یک ماه قبل از آن دچار بیماری یا حادثه منجر به آسیب جسمی یا روانی نشده بودند در گروه‌های کنترل و آزمایش زیر به صورت تصادفی تقسیم شدند.

۱- گروه آزمایشی مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی با مردان آسایشگاه‌های دولتی (۱۰ نفر).  
 ۲- گروه آزمایشی مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی با مردان آسایشگاه‌های خصوصی (۱۰ نفر).  
 ۳- گروه آزمایشی درمان فردی با روش چندالگویی با مردان آسایشگاه‌های دولتی (۱۰ نفر).  
 ۴- گروه آزمایشی درمان فردی با روش چندالگویی با مردان آسایشگاه‌های خصوصی (۱۰ نفر).  
 ۵- گروه آزمایشی مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی با زنان آسایشگاه‌های دولتی (۱۰ نفر).  
 ۶- گروه کنترل مردان آسایشگاه‌های دولتی (۱۰ نفر).  
 ۷- گروه کنترل مردان آسایشگاه‌های خصوصی (۱۰ نفر).  
 ۸- گروه گپ<sup>(۱)</sup> زنان آسایشگاه‌های دولتی (۱۰ نفر).  
 ۹- گروه کنترل زنان آسایشگاه‌های دولتی (۱۰ نفر).

بر اساس شرح جلسات تدوین شده برای هریک از گروه‌های آزمایشی، ۱۰ جلسه مشاوره و روان‌درمانی با هر گروه آزمایش انجام شد و سپس از همه افراد گروه‌های کنترل و آزمایش پس‌آزمون گرفته شد.

### یافته‌های پژوهش

آزمون آماری مورد استفاده در تحلیل داده‌ها، تجزیه و تحلیل کواریانس پس‌آزمون با برداشتن اثر پیش‌آزمون بود. جداول زیر نتایج تجزیه و تحلیل یاد شده برای هریک از فرضیه‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۱ - تحلیل کواریانس پس‌آزمون در عامل معنادرمانی (آسایشگاه‌های دولتی مردان)

شاخص‌های آماری منابع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	احتمال F
متغیر همراه	۰/۳۷	۱	۰/۳۷	۰/۰۲	۰/۸۷
بین گروهی	۱۸/۱۳	۱	۱۸/۱۳	۱/۳۷	۰/۲۹
درون گروهی	۲۶۲/۵۳	۱۷	۱۵/۴۴		
مجموع	۲۸۰/۹۵	۱۹			

۱. گروهی که اعضای آن به صورت غیررسمی و بدون حضور رهبر یا مشاور گروه دور هم می‌نشینند و در مورد مسائل مختلف صحبت می‌کنند.

بر اساس نتایج مندرج در جدول چون مقدار  $F$  محاسبه شده ( $F = 1/17$ ) در درجات آزادی ۱ و ۱۷ از مقدار  $F$  جدول ( $F = 4/45$ ) کوچکتر است بنابراین فرض صفر تأیید و با اطمینان ۹۵٪ نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. یعنی فرضیه اول تأیید نمی‌شود.

جدول ۲ - تحلیل کواریانس پس آزمون در عامل معنادرمانی (آسایشگاه‌های خصوصی مردان)

احتمال $F$	نسبت $F$	مسیانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	شاخص‌های آماری منابع واریانس
۰/۹۶	۰/۰۰	۵/۷۶	۱	۵/۷۶	متغیر همراه
۰/۰۶	۳/۹۰	۸۹/۳۹	۱	۸۹/۳۹	بین گروهی
		۲۲/۸۸	۱۵	۳۴۳/۳۱	درون گروهی
			۱۷	۴۸۳/۴۴	مجموع

بر اساس نتایج مندرج در جدول چون مقدار  $F$  محاسبه شده ( $F = 3/90$ ) در درجات آزادی ۱ و ۱۵ از مقدار  $F$  جدول ( $F = 4/45$ ) کوچکتر است بنابراین فرض صفر تأیید و با اطمینان ۹۵٪ نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. یعنی فرضیه دوم تأیید نمی‌شود.

جدول ۳ - تحلیل کواریانس پس آزمون در عامل چندالکویی (آسایشگاه‌های دولتی)

احتمال $F$	نسبت $F$	مسیانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	شاخص‌های آماری منابع واریانس
۰/۰۰	۱۲/۹۰	۲۰۸/۲۳	۱	۲۰۸/۲۳	متغیر همراه
۰/۰۸	۳/۲۷	۵۳/۶۹	۱	۵۳/۶۹	بین گروهی
		۱۶/۱۳	۱۶	۲۸۵/۲۱	درون گروهی
			۱۸	۱۴۸/۷۸	مجموع

بر اساس نتایج مندرج در جدول چون مقدار  $F$  محاسبه شده ( $F = 3/27$ ) در درجات آزادی ۱ و ۱۶ از مقدار  $F$  جدول ( $F = 4/49$ ) کوچکتر است بنابراین فرض تأیید و با

اطمینان ۹۵٪ نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. یعنی فرضیه سوم تأیید نمی‌شود.

جدول ۴ - تحلیل کواریانس پس‌آزمون در عامل چندالگوی (آسایشگاه‌های خصوصی)

احتمال F	نسبت F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	شاخص‌های آماری منابع واریانس
۰/۰۰	۱۳	۱۲۰/۵۵	۱	۱۲۰/۵۵	متغیر همراه
۰/۰۹	۳/۱۰	۲۸/۸۴	۱	۲۸/۸۴	بین گروهی
		۱۶/۱۳	۱۷	۱۵۷/۵۴	درون گروهی
			۱۹	۲۸۶/۵۵	مجموع

بر اساس نتایج مندرج در جدول چون مقدار F محاسبه شده ( $F = ۳/۱۰۷$ ) در درجات آزادی ۱ و ۱۷ از مقدار F جدول ( $F = ۴/۴۵$ ) کوچکتر است بنابراین فرض صفر تأیید و با اطمینان ۹۵٪ نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. یعنی فرضیه چهارم تأیید نمی‌شود.

جدول ۵ - تحلیل کواریانس پس‌آزمون در عامل معنادرمانی (آسایشگاه‌های دولتی زنان - مقایسه با گروه کنترل)

احتمال F	نسبت F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	شاخص‌های آماری منابع واریانس
۰/۱۸۶	۰/۰۳	۰/۱۸۷	۱	۰/۱۸۷	متغیر همراه
۰/۳۸	۰/۱۸۱	۲۳/۲۸	۱	۲۳/۲۸	بین گروهی
		۲۸/۶۲	۱۶	۴۵۸/۰۲	درون گروهی
			۱۸	۴۸۲/۵۲	مجموع

بر اساس نتایج مندرج در جدول چون مقدار F محاسبه شده ( $F = ۰/۸۱$ ) در درجات آزادی ۱ و ۱۶ از مقدار F جدول ( $F = ۴/۴۹$ ) کوچکتر است بنابراین فرض صفر تأیید و با اطمینان ۹۵٪ نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۶ - تحلیل کواریانس پس آزمون در عامل معنادرمانی  
(آسایشگاه‌های دولتی زنان - مقایسه با گروه کپ)

احتمال F	نسبت F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	شاخص‌های آماری منابع واریانس
۰/۰۹	۳/۱۶	۹۱/۵۰	۱	۹۱/۵۰	متغیر همراه
۰/۶۱	۰/۲۷	۷/۸۷	۱	۷/۸۷	بین گروهی
		۲۸/۹۵	۱۴	۴۰۵/۳۷	درون گروهی
			۱۶	۴۹۷/۰۵	مجموع

بر اساس نتایج مندرج در جدول چون مقدار F محاسبه شده ( $F = ۰/۲۷$ ) در درجات آزادی ۱ و ۱۴ از مقدار F جدول ( $F = ۴/۶۰$ ) کوچکتر است بنابراین فرض صفر تأیید و با اطمینان ۹۵٪ نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. یافته‌های جداول ۵ و ۶ نشان می‌دهد که فرضیه ۵ تأیید نمی‌شود.

جدول ۷ - تحلیل کواریانس پس آزمون مقایسه عامل معنادرمانی  
در زنان و مردان آسایشگاه‌های دولتی

احتمال F	نسبت F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	شاخص‌های آماری منابع واریانس
۰/۶۴	۰/۲۲	۶/۷۰	۱	۶/۷۰	متغیر همراه
۰/۴۰	۰/۷۴	۲۲/۱۸	۱	۲۲/۱۸	بین گروهی
		۲۹/۲۵	۱۶	۴۷۹/۲۹	درون گروهی
			۱۸	۵۱۹/۶۸	مجموع

بر اساس نتایج مندرج در جدول F محاسبه شده ( $F = ۰/۷۴$ ) در درجات آزادی ۱ و ۱۶ از مقدار F جدول ( $F = ۴/۴۹$ ) کوچکتر است بنابراین فرض صفر تأیید نشده و با اطمینان ۹۵٪ نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. یعنی پاسخ سؤال ۱ این است که بین اثربخشی مشاوره گروهی معنادرمانی در دو گروه زنان و مردان سالمندان آسایشگاه‌های دولتی تفاوتی وجود ندارد.

جدول ۸ - تحلیل کواریانس پس آزمون مقایسه عامل معنادرمانی و عامل درمان چندالگویی در آسایشگاه‌های دولتی

احتمال F	نسبت F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	شاخص‌های آماری منابع واریانس
۰/۰۰	۱۶/۸۹	۳۲۰/۰۴	۱	۳۲۰/۰۴	متغیر همراه
۰/۱۰	۲/۹۲	۵۵/۴۷	۱	۵۵/۴۷	بین گروهی
		۱۸/۹۷	۱۶	۳۰۳/۱۱	درون گروهی
			۱۸	۶۷۸/۶۳	مجموع

بر اساس نتایج مندرج در جدول چون  $F$  محاسبه شده ( $F = ۲/۹۲$ ) در درجات آزادی ۱ و ۱۶ از مقدار  $F$  جدول ( $F = ۴/۴۹$ ) کوچکتر است بنابراین فرض صفر تأیید نشده و با اطمینان ۹۵٪ نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. یعنی پاسخ سؤال ۲ این است که بین میزان اثربخشی دو روش مشاوره گروهی معنادرمانی و مشاوره فردی چندالگویی بر کاهش افسردگی سالمندان مرد آسایشگاه‌های دولتی تفاوتی وجود ندارد.

جدول ۹ - تحلیل کواریانس پس آزمون مقایسه عامل معنادرمانی و عامل درمان چندالگویی در آسایشگاه‌های خصوصی

احتمال F	نسبت F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	شاخص‌های آماری منابع واریانس
۰/۸۹	۱/۰۱	۰/۵۴	۱	۰/۵۴	متغیر همراه
۰/۳۰	۱/۱۱	۳۵/۵۴	۱	۳۵/۵۴	بین گروهی
		۳۱/۹۹	۱۵	۴۷۹/۹۳	درون گروهی
			۱۷	۵۲۹/۶۱	مجموع

بر اساس نتایج مندرج در جدول چون مقدار  $F$  محاسبه شده ( $F = ۱/۱۱$ ) در درجات آزادی ۱ و ۱۵ از مقدار  $F$  جدول ( $F = ۴/۴۵$ ) کوچکتر است بنابراین فرض صفر تأیید نشده و با اطمینان ۹۵٪ نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. یعنی پاسخ سؤال ۳ این است که بین اثربخشی مشاوره گروهی معنادرمانی

و مشاوره فردی چندالگویی بر کاهش افسردگی سالمندان مرد آسایشگاه‌های خصوصی تفاوتی وجود ندارد.

جدول ۱۰ - تحلیل کواریانس پس آزمون عامل معنادرمانی در آسایشگاه‌های دولتی و خصوصی

احتمال F	نسبت F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	شاخص‌های آماری منابع واریانس
۰/۴۶	۰/۵۷	۱۷/۷۹	۱	۱۷/۷۹	متغیر همراه
۰/۷۹	۰/۰۷	۲/۱۹	۱	۲/۱۹	بین گروهی
		۲۱/۱۳	۱۵	۴۶۷/۰۷	درون گروهی
			۱۷	۴۸۴/۹۴	مجموع

بر اساس نتایج مندرج در جدول چون مقدار F محاسبه شده ( $F = ۰/۰۷$ ) در درجات آزادی ۱ و ۱۵ از مقدار F جدول ( $F = ۴/۵۴$ ) کوچکتر است. بنابراین فرض صفر تأیید نشده و با اطمینان ۹۵٪ نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. یعنی پاسخ سؤال ۴ این است که بین اثربخشی مشاوره گروهی معنادرمانی در دو گروه مردان آسایشگاه‌های دولتی و خصوصی تفاوتی وجود ندارد.

جدول ۱۱ - تحلیل کواریانس پس آزمون در عامل معنادرمان چندالگویی در آسایشگاه‌های دولتی و خصوصی

احتمال F	نسبت F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	شاخص‌های آماری منابع واریانس
۰/۰۵	۴/۴۹	۱۳۷/۴۵	۱	۱۳۷/۴۵	متغیر همراه
۰/۷۰	۰/۱۴	۴/۴۸	۱	۴/۴۸	بین گروهی
		۳۰/۶۱	۱۶	۴۸۹/۹۰	درون گروهی
			۱۸	۶۲۷/۷۸	مجموع

بر اساس نتایج مندرج در جدول چون مقدار F محاسبه شده ( $F = ۰/۱۴$ ) در درجات آزادی ۱ و ۱۶ از مقدار F جدول ( $F = ۴/۴۹$ ) کوچکتر است. بنابراین فرض صفر تأیید و

با اطمینان ۹۵٪ نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. یعنی پاسخ سؤال ۵ این است که بین اثربخشی مشاوره فردی چندالگویی در دو گروه مردان آسایشگاه‌های خصوصی تفاوتی وجود ندارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل نشان دادند که روش‌های مشاوره گروهی معنادرمانی و درمان فردی چندالگویی باعث کاهش معنادار افسردگی سالمندان نشده است. در بررسی ادبیات روش‌های معنادرمانی و چندالگویی پژوهش‌هایی که این روش‌ها را برای کاهش افسردگی سالمندان به کار برده باشند دیده نشد. با این حال یافته‌های فرضیه اول با نتایج پژوهش‌های روت و فناگی (هارپر<sup>(۱)</sup>، ۲۰۰۴) هماهنگ است. آنها در دو مطالعه گروه درمانی با دو روش روان‌پویایی گروهی و شناخت‌درمانی گروهی با ۲۰ نفر از افراد ۵۵ ساله افسرده تفاوت‌های بالینی در سالمندان مشاهده نکرده‌اند. اما با نتیجه پژوهش‌های استون و کرامپ (گیل<sup>(۲)</sup>، ۲۰۰۴) که حاکی از اثربخشی خاطره‌گویی گروهی بر میزان افسردگی سالمندان است، متفاوت است.

یافته‌های فرضیه دوم با پژوهش آبراهام و همکاران (امانی و شفیع آبادی، ۱۳۷۹) که گروه درمانی واجد اثربخشی بر افسردگی ۷۶ آزمودنی ۷۱ تا ۷۹ ساله دانسته‌اند تفاوت دارد. البته در پژوهش آنها افراد نمونه ساکن آسایشگاه نبودند.

یافته‌های فرضیه سوم و چهارم با نتایج پژوهش‌های تری، کورتیس و تامپسون و تامپسون (زاریت و نایت، ۱۹۹۸) که حاکی از کارآمدی درمان‌های شناختی-رفتاری در کاهش نشانه‌های بیماری‌های روانی سالمندان است هماهنگ نیست ضمن این‌که این محققان یادآور می‌شوند که در مواردی فقط نشانه‌های بیماری از بین رفته است ولی کاهش معناداری در مقایسه با گروه‌های کنترل مشاهده نکرده‌اند اما با مطالعه ادبیات مداخلات روان‌درمانی در خانه‌های سالمندان توسط شیخ (۱۹۹۶) که اصلاح معناداری در اندازه‌های افسردگی مربوط به شش مطالعه تصادفی و کنترل‌شده تصادفی مشاهده نکرد هماهنگ است.

1. Harper

2. Gail



جانسون و ویلبرن (رهگوی، ۱۳۸۱) کاهش مهمی را در خشم زنان سالمند شرکت‌کننده در مشاوره گروهی متمرکز بر خشم به صورت شش هفته مشاوره گروهی نیافتند و پیشنهاد کردند که مدت جلسات طولانی‌تر شود. نتایج فرضیه پنجم با یافته این تحقیق هماهنگ است ولی پژوهش رهگوی (۱۳۸۱) که حاکی از اثر خاطره‌گویی گروهی بر کاهش افسردگی زنان سالمند مقیم در آسایشگاه‌های بهزیستی است را صرف نظر از نوع روش به کار رفته تأیید نمی‌کند.

توجیه یافته‌های این پژوهش از چند جنبه قابل تحلیل است. اول آنکه بر اساس نظر «گتز»<sup>(۱)</sup> (۱۹۹۱) در مورد درمان‌های روانشناختی سالمندان وقتی مداخلات با گروه کنترل مقایسه شود فقط اثر احتمالی<sup>(۲)</sup> به دست می‌آید در حالی که توجه به درمان‌های تجربی حمایت شده به عنوان اثر ایجاد شده<sup>(۳)</sup> نیز لازم است. ثانیاً حدود ۷۰٪ اشخاص بالای ۶۵ سال پدر بزرگ یا مادر بزرگ هستند و از طریق تعامل با نوه‌های شان معنی جدید و مطلوبی را تجربه کرده و رشد می‌دهند و در جای دیگر بیشترین توجه در ارتباط با فرزندان شان است جایی که قادرند بعضی از موضوعات زندگی خود را تحلیل کنند (شفیع آبادی و امانی، ۱۳۷۹). بنابراین می‌توان گفت سالمندان ساکن آسایشگاه دچار یک صدمه دلبستگی شده‌اند. پژوهشگر مدام در جلسات مشاوره با سالمندان با این موضوع مواجه بود که آنها از دوری فرزندان و طرد شدن از طرف آنها شکایت داشتند از این رو در روش درمانی برای کاهش افسردگی سالمندان باید این موضوع لحاظ شود. سوم این که یکی از علل افسردگی سالمندان آسایشگاه‌ها، بیماری‌ها و مشکلات جسمی آنها است. بنابراین تغییر در خلق افسرده تا اندازه زیادی منوط به تغییر در وضعیت جسمی آنان است. همان‌طور که زاریت و زاریت (۱۹۹۶) متذکر شده‌اند علی‌رغم کارآمدی برخی روان‌درمانی‌ها مانند درمان‌های شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی سالمندان، این توصیه مؤسسه ملی سلامت روان که همزمان با روان‌درمانی از ضد افسردگی‌ها هم استفاده شود را می‌توان مد نظر قرار داد. علاوه بر این همین مؤلفان متذکر می‌شوند که اثربخشی مشاوره و روان‌درمانی در آسایشگاه‌های سالمندان به

1. Gatz

2. probably efficacious

3. stabilished well efficiouss

جلسات کوتاه‌تر اما با فراوانی بیشتر نیاز دارد. نهایتاً این‌که کارآیی درمانگر در تحقق بخشیدن به روش‌ها نیز می‌تواند مد نظر باشد.

پاسخ سؤالات ۲ و ۳ هماهنگ با نتایج تحقیق روت و فناگی است که اثربخشی درمان‌های روان‌پویایی کوتاه‌مدت، شناختی و رفتاری را برای افسردگی سالمندان ۶۰ ساله بررسی کردند ولی بین اثربخشی رویکردها تفاوت معناداری ندیدند. همچنین «اسکاگین» در یک پژوهش فراتحلیلی از ۱۷ تحقیق در مورد درمان‌های روانی - اجتماعی افسردگی سالمندان تفوق یک روش خاص را مشاهده نکرد. بالاخره این‌که «نایت» (۲۰۰۴) متذکر می‌شود که هیچ روان‌درمانی برتر از روان‌درمانی دیگر نیست. پاسخ سؤالات ۱ و ۴ و ۵ نیز نشان داده است که عامل جنسیت و نوع آسایشگاه تأثیری در میزان اثربخشی روش‌ها نداشته است. به هر حال باید در نظر داشت که با توجه به تازگی هر دو شیوه مورد استفاده برای سالمندان با نتایج پژوهش باید با احتیاط برخورد کرد.

### پیشنهادها

۱. به عنوان یکی از چالش‌های اساسی تئوری و تحقیق پیری‌شناسی در دهه‌های آینده، تعریف جدید و تدوین آزمون جامعی برای اختلالات روانی سالمندان پیشنهاد می‌شود با این توضیح که معیار تشخیصی DSMIV برای افسردگی بر اساس نمونه‌های جوان‌تر از سالمندان است بنابراین برای افسردگی سالمندان معیار تشخیصی ندارد. برای مثال سالمندان افسرده کمتر افکار خودکشی را گزارش می‌کنند اما بیشتر از جوان‌ترها ممکن است وزن کم کنند (زیسوک، دان و سابل، ۲۰۰۲).
۲. به کارگیری روش‌های دیگر مشاوره و درمان برای کاهش افسردگی و سایر مشکلات روانی سالمندان می‌تواند ما را به الگوی درمانی برای مشاوره با سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها هدایت کند.
۳. لازم است پژوهش در مورد سالمندان غیر مقیم آسایشگاه‌ها نیز انجام شود و نتایج مقایسه گردد.
۴. تکرار پژوهش فوق به صورت طولانی کردن دوره هریک از شیوه‌های درمانی پیشنهاد می‌شود.

## منابع

- امانی، ر. بررسی تأثیر شناخت درمانی گروهی بر افزایش سطح سازگاری بازنشستگان فرهنگی همدان. پایان‌نامه کارشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- برک، ل. ای. (۱۳۸۴). روانشناسی رشد. ترجمه ی، سیدمحمدی. تهران: ارسباران.
- پروچاسکا، ج. او. و نورکراس، ج. سی. (۱۳۸۳). نظریه‌های روان‌درمانی. ترجمه ی، سیدمحمدی. تهران: رشد.
- جان بزرگی، م. و نوری، ن. (۱۳۸۲). درمان‌گری اضطراب و تیدگی. تهران: سمت.
- رهگوی، ا. (۱۳۸۱). مداخلات توانبخشی غیرارگانیک در کاهش افسردگی سالمندان. مجموعه مقالات بررسی مسائل سالمندی در ایران و جهان. تهران: شهر.
- ریچارد، س. و ویرجینیا، ای. (۱۳۸۳). مشاوره بازنشستگی. ترجمه ی، اردبیلی. تهران: کویر.
- سالنامه آماری کشور. (۱۳۸۳). مرکز آمار ایران.
- شفیع‌آبادی، ع. (۱۳۸۲). پویایی گروه و مشاوره گروهی. تهران: رشد.
- لازاروس، آ. (۱۳۸۳). روان‌درمانی التقاطی. ترجمه ی، سیدمحمدی. تهران: شهر فیروزه.
- Brody, C.M. & Semel, V.G. (2006). *Strategies for therapy with the elderly* (2th ed). New York: Springer.
- Colman, P.G. (2004). *Aging and development*. New York: Oxford University.
- Corey, G. (1995). *Theory and practice in group counseling and therapy*. Ca: Brooks-Cole.
- Elison J.M. & Antogini, F.C. (2004). Psychotherapy and combined therapy for depressive in later life. *Journal of Psychiatric Times*, XXI, 36-48.
- Gail, p. (2004). Recognition and treatment of depression in longterm care facilities. *Journal of Medicine and Health Island*, Aug, 54-58.
- Harper, M. (2004). Evidence-based with older adults. *Journal of Counseling and Development*, March, 36-42.
- Knight, B.J. (2004). *Psychotherapy with older adults*. California: Sage Publications.
- Marcker, A. (2003). Alterspsychotherapie, Aktuelle konzepte and Therapieaspekte. *Psychotherapeut*, 48, 132-149.
- Martiny, J. (2004). Suicide ideation in the elderly. *Journal of Psychiatric Times*. XXI.
- Nelson, J.R. (2001). *Theory and practice of counseling and therapy*. London: Sage Publications.
- Seeber, J.J. (2000). Logotherapy and care giver. *Journal of Religious-Gerontology*, 11(3-4), 141-147.

Segal, D.L. (2002). *Clinical geropsychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

Sheikh, I. (1996). *Treatment the elderly*. Sanfrancisco: Jossey-Bass.

Yesavage, J.A. (1993). Development and validation of a geriatric depression rating scale. *Journal of Psychology*, 17, 27.

Zarith, S.H. & knight, B.G. (1998). *A guide to psychotherapy and aging*. Washington: American Psychological Association.

Zisook, S.; Dunn, L.B. & Sable, T.A. (2002). Life late depression. *Journal if Geriatric*, 67(2), 19-20.

