

**Accepted Manuscript**

**Accepted Manuscript (Uncorrected Proof)**

**Title:** Comparing the Effectiveness of Compassion Therapy and Integrated Spiritual Therapy on Existential Anxiety in Older Adults with Chronic Pain

**Authors:** Hossein Bohlouli<sup>1</sup>, Mehran Azadi<sup>2,\*</sup>, Fariba Hasani<sup>3</sup>, Parvaneh Qodsi<sup>4</sup>

1. *Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran.*
2. *Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Tehran Branch, South of Tehran, Iran.*
3. *Counseling Department, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Tehran Branch, Tehran, Iran.*
4. *Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Tehran Branch, Tehran, Iran.*

**\*Corresponding Author:** Mehran Azadi, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Tehran Branch, South of Tehran, Iran. Email: Mehran.azadi@gmail.com

To appear in: **Salmand: Iranian Journal of Ageing**

**Received date:** 2024/08/14

**Revised date:** 2025/01/08

**Accepted date:** 2025/02/05

**First Online Published:** 2025/05/28

This is a “Just Accepted” manuscript, which has been examined by the peer-review process and has been accepted for publication. A “Just Accepted” manuscript is published online shortly after its acceptance, which is prior to technical editing and formatting and author proofing. Salmand: Iranian Journal of Ageing provides “Just Accepted” as an optional service which allows authors to make their results available to the research community as soon as possible after acceptance. After a manuscript has been technically edited and formatted, it will be removed from the “Just Accepted” Website and published as a published article. Please note that technical editing may introduce minor changes to the manuscript text and/or graphics which may affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

**Please cite this article as:**

Bohlouli H, Azadi M, Hasani F, Qodsi P. [Comparing the Effectiveness of Compassion Therapy and Integrated Spiritual Therapy on Existential Anxiety in Older Adults with Chronic Pain (Persian)]. Salmand: Iranian Journal of Ageing. Forthcoming 2025. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2025.3930.1>

Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2025.3930.1>

## نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار

**عنوان:** مقایسه اثربخشی شفقت درمانی و درمان یکپارچه معنوی بر اضطراب هستی در سالمندان با درد مزمن

**نویسندگان:** حسین بهلولی<sup>۱</sup>، مهران آزادی<sup>۲\*</sup>، فریبا حسنی<sup>۳</sup>، پروانه قدسی<sup>۴</sup>

۱. گروه روانشناسی، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.
۲. گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب تهران، ایران.
۳. گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران.
۴. گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز تهران، ایران.

\*نویسنده مسئول: مهران آزادی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب تهران، ایران. ایمیل: Mehran.azadi@gmail.com

نشریه: سالمند: مجله سالمندی ایران

تاریخ دریافت: 1403/5/24

تاریخ ویرایش: 1403/10/19

تاریخ پذیرش: 1403/11/17

این نسخه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» مقاله است که پس از طی فرایند داوری، برای چاپ، قابل پذیرش تشخیص داده شده است. این نسخه در مدت کوتاهی پس از اعلام پذیرش به صورت آنلاین و قبل از فرایند ویراستاری منتشر می‌شود. نشریه سالمند گزینه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» را به عنوان خدمتی به نویسندگان ارائه می‌دهد تا نتایج آن‌ها در سریع‌ترین زمان ممکن پس از پذیرش برای جامعه علمی در دسترس باشد. پس از آنکه مقاله‌ای فرایند آماده سازی و انتشار نهایی را طی می‌کند، از نسخه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» خارج و در یک شماره مشخص در وبسایت نشریه منتشر می‌شود. شایان ذکر است صفحه آرایی و ویراستاری فنی باعث ایجاد تغییرات صوری در متن مقاله می‌شود که ممکن است بر محتوای آن تأثیر بگذارد و این امر از حیطة مسئولیت دفتر نشریه خارج است.

لطفا این گونه استناد شود:

Bohlouli H, Azadi M, Hasani F, Qodsi P. [Comparing the Effectiveness of Compassion Therapy and Integrated Spiritual Therapy on Existential Anxiety in Older Adults with Chronic Pain (Persian)]. Salmand: Iranian Journal of Ageing. Forthcoming 2025. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2025.3930.1>

Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2025.3930.1>

## **Abstract**

**Objective:** Aging is always accompanied by chronic pain and anxiety, and several strategies have been studied to treat it, and there has been little research to compare treatment strategies in the elderly. One of the approaches considered by therapists is the compassion-based treatment approach. Another treatment method is the integrated spirituality psychotherapy model, which is a comprehensive and multifaceted treatment that, by integrating several therapeutic methods and a spiritual-monotheistic theme, tries to restore values in the elderly that have the ability to integrate and consolidate the entire personality of the elderly. The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of compassion therapy and integrated spiritual therapy on existential anxiety in the elderly with chronic pain.

**Materials and Methods:** The present study was an applied type and a semi-experimental design of pre-test, post-test and follow-up with a control group. The statistical population of the present study consisted of the elderly with chronic pain in the Noura Elderly Center located in Tehran in 1402. The sample size of 45 eligible elderly people was selected through convenience sampling and randomly assigned to three groups of 15 people (group one receiving compassion therapy, group two receiving integrated spiritual therapy, and group three receiving no intervention). The first experimental group received the Paul Gilbert and Russell Colts protocol for compassion therapy, and the second experimental group received the Pargament integrated spirituality therapy with cognitive-behavioral approach, and the control group did not receive any program. The research instrument was the existential anxiety questionnaire EAQ. Data analysis was performed using SPSS 23 software, and the data analysis method was analysis of variance with repeated measures.

**Findings:** The results of the study showed that in terms of demographics, in the compassion therapy (6 people, equivalent to 40%), spirituality (7 people, equivalent to 46.66%), and control (5 people, equivalent to 33.33%) groups, the highest frequency was related to the age range of 76 to 80 years. Also, the effect of time on existential anxiety scores in the three stages of pre-test, post-test, and follow-up is significant ( $P < 0.01$ ,  $F = (1.27)$ ), indicating that there is a significant difference in existential anxiety scores between the three time stages.

**Conclusion:** Compassion therapy is more effective than integrated spiritual therapy on existential anxiety in the elderly with chronic pain. It is recommended that compassion therapy, which has played a role as one of the effective non-pharmacological methods in reducing existential anxiety in the elderly with chronic pain, be used continuously.

**Keyword:** Compassion therapy, Integrated spiritual therapy, Existential anxiety, Dealing with pain, The elderly

## **Abstract Extended**

### **Introduction**

Older adults is a period of maturity, maturity, a time of feeling no need for opportunity, self-care, moving towards perfection, and an effective and valuable stage in life. One of the common psychological problems of older adults is anxiety, because this period is full of all kinds of feelings of deficiencies and inabilities. Studies have shown that the elderly are more susceptible to anxiety due to reduced material and physical independence, lack of activity and movement, decreased self-confidence, loss of relatives and friends, and chronic diseases. Existential anxiety is a conscious or unconscious psychological state resulting from a defense mechanism and is created when the elderly feel in danger of death. On the other hand, entering the older adults stage requires preparation that must be accompanied by certain expectations and preferences in order to achieve adaptation and compromise. One of the approaches considered by therapists is the compassion-based treatment approach. Compassion means gentleness and tenderness along with a deep awareness of suffering and stress and an effort to get rid of it. Spirituality is also considered an extraordinary part of life. From birth to death, spirituality is revealed at life's turning points, revealing mystery and depth at these important moments in time. The integrative spirituality psychotherapy model is a comprehensive and multifaceted treatment that, by integrating multiple therapeutic modalities and a spiritual-monotheistic theme, seeks to restore values in the elderly that have the potential to integrate and bring coherence to the entire personality of the elderly.

### **Methods**

The present study is an applied study in terms of its purpose and quasi-experimental research design with a pre-test, post-test design with a control group and a two-month follow-up. The statistical population of the present study consisted of elderly people with chronic pain in Nora Elderly Center located in Tehran in 2024. Based on Cohen's table, the required sample for this study was calculated as 45 people and 15 people for each of the three groups. In the present study, the sample members were selected using the convenience sampling method, considering the inclusion and exclusion criteria, and the allocation of samples to the experimental and control groups was done randomly. The inclusion criteria for the study were: informed consent, age 60 years and older, literacy, absence of deafness and blindness based on a physician's diagnosis, absence of cognitive disorders such as Alzheimer's, dementia, and delirium, chronic pain that has been approved by a physician and is under medication, having existential anxiety based on the EAQ existential anxiety questionnaire and obtaining a cut-off score of 40, and the exclusion criteria were: history of deafness and blindness based on a physician's diagnosis, history of cognitive disorders such as Alzheimer's, dementia, and delirium. The research instrument was the EAQ existential anxiety questionnaire. The content of the group counseling sessions based on compassion therapy is implemented according to the Gilbert method in 8 90-minute sessions. The spiritual psychotherapy protocol is designed using Pargament's cognitive behavioral theory, with an emphasis on spiritual psychotherapy components, in eight 90-minute sessions. Three months after the last session of the aforementioned interventions, the two intervention and control groups were post-tested and the questionnaires were completed again by the elderly. Descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency, maximum, minimum) and inferential statistics (independent T-test, mixed analysis of variance, Scheffe's combined comparison, etc.) were used to analyze the data.

### **Results**

In terms of demographics, in the compassion therapy (6 people, equivalent to 40%), spirituality (7 people, equivalent to 46.66%), and control (5 people, equivalent to 33.33%) groups, the highest frequency was related to the age range of 76 to 80 years. In terms of age, in the compassion

therapy group, the highest frequency was related to the female gender (8 people, equivalent to 33.53%), in the spirituality group, the highest frequency was related to the male gender (9 people, equivalent to 60%), and in the control group, the highest frequency was related to the male gender (8 people, equivalent to 33.53%). The research findings show that the effect of time on existential anxiety scores in the three stages of pre-test, post-test, and follow-up is significant ( $P < 0.01$ ,  $F = (1.27)5.277$ ), which indicates that there is a significant difference between the three time stages in existential anxiety scores and the changes in the trend in these three stages have a degree 2 trend. This means that the pretest, posttest, and follow-up were different from each other.

### **Conclusion**

The findings of the study showed that there is a difference between the effectiveness of compassion therapy and spiritual integration on existential anxiety in the elderly with chronic pain, and compassion therapy is a more effective method for reducing existential anxiety in the elderly with chronic pain compared to spiritual integration. In explaining the findings of the study, it can be said that existential anxiety includes concerns about life, death, and existence itself. While these feelings can be challenging, they can be a catalyst for living a more satisfying and meaningful life. According to Yalom's theory, the elderly experience loneliness due to awareness of physical disabilities or negative perceptions of themselves or awareness of negative perceptions resulting from lack of social connection, which in turn causes tension, various diseases, boredom, and anxiety.

### **Ethical Considerations**

#### **Compliance with ethical guidelines**

This study is derived from a doctoral dissertation with ethics code IR.IAU.TNB.REC.1403.041. Participants completed a written informed consent before entering the study. The method and purpose of the study were fully explained to the participants.

#### **Funding**

This study did not receive any financial support from funding organizations in the public, commercial, or non-profit sectors.

#### **Authors contributions'**

All authors contributed equally to the writing of this study.

#### **Conflict of Interest**

According to the authors, this article has no conflict of interest.

#### **Acknowledgements**

Finally, the authors consider it necessary to express their gratitude to all the elderly who patiently participated in the present study.

## چکیده

**اهداف:** سالمندی همواره با دردهای مزمن و اضطراب سپری و در جهت درمان آن راهکاری متعددی بررسی شده و در جهت مقایسه راهکارهای درمانی در قشر سالمندان کمتر پژوهشی صورت پذیرفته است و یکی از رویکردهای مورد توجه درمانگران، رویکرد درمان مبتنی بر شفقت است و همچنین روش درمانی دیگر الگوی روان درمانی یکپارچه معنویت یک درمان جامع و چند وجهی است که با ادغام چندین روش درمانی و درون مایه ای معنوی-توحیدی، می کوشد ارزش هایی را در سالمند احیا کند که توان یکپارچه سازی و انسجام بخشیدن به کل شخصیت سالمند را داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شفقت درمانی و درمان یکپارچه معنوی بر اضطراب هستی در سالمندان با درد مزمن انجام شد.

**مواد و روش ها:** پژوهش حاضر از نوع کاربردی و یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری مطالعه حاضر را سالمندان دچار درد مزمن در مرکز سالمندان آنوشا واقع در تهران در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. تعداد افراد نمونه ۴۵ سالمند واجد شرایط به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه ۱۵ نفره (گروه اول تحت درمان شفقت درمانی، گروه دوم تحت درمان یکپارچه معنوی و گروه سوم گروه کنترل که مداخله ای دریافت نکرد) گمارده شدند. گروه آزمایش اول شفقت درمانی پروتکل پل گیلبرت و راسل کولتس را دریافت کرد و گروه آزمایش دوم درمان یکپارچه معنویت با رویکرد شناختی-رفتاری پارگامنت را دریافت کرد و گروه کنترل برنامه ای را دریافت نکرد. ابزار پژوهش پرسشنامه اضطراب هستی EAQ بود. تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS۲۳ انجام و روش تجزیه و تحلیل داده ها نیز تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بود.

**یافته ها:** نتایج پژوهش نشان داد که از نظر جمعیت شناسی در گروه های شفقت درمانی (۶ نفر معادل ۴۰٪)، معنویت (۷ نفر معادل ۴۶/۶۶٪) و کنترل (۵ نفر معادل ۳۳/۳۳٪) بیشترین فراوانی مربوط به محدوده سنی ۷۶ الی ۸۰ سال می باشد همچنین اثر زمان بر نمرات اضطراب هستی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنادار است ( $F(2,27) = 14.21, P < 0.001$ ) و این امر نشان دهنده این است که بین سه مرحله زمانی در نمرات اضطراب هستی تفاوت معناداری وجود دارد.

**نتیجه گیری:** شفقت درمانی به نسبت درمان یکپارچه معنوی بر اضطراب هستی در سالمندان با درد مزمن موثرتر می باشد. و پیشنهاد می شود از روش شفقت درمانی که به عنوان یکی از روش های مؤثر غیر دارویی در کاهش اضطراب هستی سالمندان با درد مزمن نقش داشته است به طور مداوم بهره گرفته شود.

**واژگان کلیدی:** شفقت درمانی، درمان یکپارچه معنوی، اضطراب هستی، مقابله با درد، سالمندان

سالمندی بخشی از زندگی طبیعی انسان است. سالمندی دوران ورزیدگی، پختگی، زمان احساس بی نیازی به فرصت، رسیدگی به خویشتن، سیر به سوی کمال و مرحله ای مؤثر و ارزشمند در زندگی است (۱). امروزه، با پیشرفت‌های پزشکی که به سالمندان بیشتری کمک می‌کند تا زندگی طولانی‌تری داشته باشند، انتظار می‌رود تعداد سالمندان بالای ۶۰ سال روز به روز افزایش یابد. این امر مستلزم تغییرات بنیادین اجتماعی، به ویژه به منظور اطمینان از رفاه، معنادر بودن، و منزلت سالمندان مسن است (۲). در زمینه مراقبت‌های بهداشتی، متخصصان باید آمادگی لازم را برای مراقبت از نیازهای مختلف سالمندان و همچنین سایر سالمندان داشته باشند و نه صرفاً مشکلات پزشکی، بلکه نیازهای روانی و وجودی نیز باید در کانون توجه قرار گیرند. دوره سالمندی غالباً با دردهای مزمن متعددی همراه است. درد، وضعیتی تحلیل برنده است، به نحوی که سالمند دردمند را نه تنها با فشار ناشی از درد؛ بلکه با بسیاری از عوامل فشار آور دیگر که بخش‌های گوناگون زندگی وی را تحت تاثیر قرار می‌دهد، رو به رو می‌سازد. درد، توانایی‌های عاطفی و هیجانی سالمند را کاهش داده و خواست مداوم سالمند برای رهایی از آن در بیشتر اوقات دست نیافتنی می‌شود؛ این امر، نهایتاً باعث تضعیف روحیه بیمار، احساس ناامیدی، درماندگی و افسردگی در سالمند می‌گردد (۳).

یکی از مسائل روانی شایع دوره سالمندی اضطراب است، چراکه این دوره مملو از انواع احساس کمبودها و ناتوانیهاست. مطالعات نشان داده است که سالمندان بدلیل کاهش استقلال مادی و جسمانی، کمبود فعالیت و حرکت، کاهش اعتماد به نفس، از دست دادن نزدیکان و دوستان، و ابتلا به بیماریهای مزمن، در معرض اضطراب بیشتری قرار دارند. اضطرابی که شاید بیش از همه شایع باشد اضطراب هستی است. اضطراب هستی به حالتی گفته میشود که سالمند احساس نگرانی، اضطراب، یا ترس مربوط به مرگ را تجربه می‌کند (۴). سالمندان اضطراب مرگ بیشتری در مقایسه با سایر افراد تجربه می‌کنند. لذا، رویارویی اجتناب ناپذیر انسان با مرگ در دوره سالمندی به عنوان منبعی از وحشت و اضطراب شناخته خواهد شد؛ زیرا مرگ معنای وجود و هستی را تهدید خواهد کرد و به زندگی پایان خواهد داد. مطالعات انجام شده در چند دهه گذشته به این نتیجه رسیده اند که وقتی سالمندان به مرگ نزدیکتر می‌شوند، مانند سالمندان مسنی که دچار ناتوانی و بیماری شده اند، اضطراب هستی آشکار می‌شود (۵). اضطراب هستی<sup>۱</sup>، نتیجه اجتناب ناپذیر روبه رو شدن با تصورات وجودی یعنی مرگ، انتخاب، آزادی، بی معنایی و احساس تنهایی است و زمانی ایجاد می‌شود که رویارویی با رنج و عذاب، واقعیت‌های فناپذیر بودن، خطاپذیری خویش و نیاز به تقلا برای بقا را بپذیریم. اضطراب هستی یک حالت روانشناختی آگاهانه یا ناخودآگاه ناشی از یک مکانیسم دفاعی است و زمانی ایجاد می‌شود که سالمندان از مرگ احساس خطر کنند (۶). اضطراب هستی یک پدیده رایج در همه جوامع است، اگرچه انتظار میرود به دلیل زوالها و

<sup>1</sup> existential anxiety

کمبودهای مرتبط با سن، همراه با افزایش سن، اضطراب مرگ نیز افزایش یابد، لذا ممکن است سالمندان مسن در هنگام مواجهه با رویدادهای مرتبط با مرگ در مقایسه با همتایان جوان خود بیشتر مستعد اضطراب و ترس باشند. مطالعات انجام شده حاکی از آن است که اضطراب و پیامدهای ناشی از آن منجر به کاهش عملکرد عمومی و بهزیستی روانشناختی سالمندان می گردد. بنابراین، تسکین اضطراب هستی در سالمندان می تواند نقش مهمی در بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی آنها داشته باشد (۷).

با توجه به آنچه بیان شد، ورود به مرحله سالمندی، مستلزم آمادگی است که باید انتظارات و ترجیحات خاصی با آن همراه باشند تا به انطباق و سازش دست یابند. یکی از رویکردهای مورد توجه درمانگران، رویکرد درمان مبتنی بر شفقت است. شفقت به معنای نرمی و لطافت به همراه آگاهی عمیق از رنج و استرس و تلاش برای رهایی از آن است (۸). بنابراین، درمان مبتنی بر شفقت میتواند به طور معناداری عزت نفس، سطح امید، عواطف مثبت و سلامت روانی را در سالمندان بهبود بخشد و در مقابل، هیجانات منفی آنان را تقلیل نماید (۹). نتایج حاصل از مطالعه استوت نشان داد که رفتار نامهربانانه و عدم شفقت خود، رفتاری توأم با نامهربانی و شفقت نسبت به دیگران را نیز در پی خواهد داشت (۱۰). در مقابل این مسأله نیز اثبات شده است که رفتار مهربانانه و شفقت خود، رفتاری توأم با مهربانی و شفقت نسبت به دیگران را به دنبال دارد. در حقیقت نتایج پژوهش پرسکوت (۱۱) نشان دادند که افرادی که رتبه ی بالاتری از نظر شفقت خود دارند، در روابطشان نیز رفتارهای مثبتتری از خود نشان می دهند. از این رو ساندهوم (۱۲) به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان اقدام کرد و در نهایت درمان متمرکز بر شفقت را مطرح کرد (۱۳). به بیانی دیگر شفقت درمانی، توانایی مواجهه با احساسات و افکار دردناک (به جای اجتناب از آنها)، بدون اغراق و شفقت نسبت به خود را شامل می گردد. تمرینهای شفقت درمانی بر ذهن آرامی، تن آرامی، شفقت به خود و ذهن آگاهی تأکید می شود که نقش بسزایی در کاهش استرس، آرامش ذهن سالمند و افکار خودآیند منفی خواهد داشت. شفقت بر خود علاوه بر آنکه سالمند را در مقابل حالات روانی منفی محافظت میکند، در تقویت حالات هیجانی مثبت نیز نقش دارد. همچنین درمان متمرکز بر شفقت می تواند تأثیرگذاری مناسبی جهت افزایش امید به زندگی سالمندان داشته باشد شفقت ورزی در سالمندان با بهزیستی ذهنی، نگرش نسبت به سالمندی و بهزیستی روانشناختی ارتباط مثبت قابل توجهی دارد (۱۴).

سالمندانی که از بیماری های روانی رنج می برند تأکید می کنند که درک مشکلات خود از لحاظ مذهبی یا معنوی می تواند جایگزین قدرتمندی برای چارچوب بیولوژیکی یا روانی باشد. اگرچه طرح مجدد موضوع به این شکل ممکن است واقعیت را تغییر ندهد، داشتن هدف بالاتر ممکن است تفاوت بزرگی در تمایل سالمند برای تحمل درد، کنار آمدن با مشکلات و فداکاری ایجاد کند. با توجه به این واقعیت که سالمندان مبتلا به بیماری های روانی جدی در حال حاضر با تعصبات و تبعیض گسترده مبارزه می کنند، به نظر می رسد حفظ یا تقویت وابستگی های مذهبی موجود و سیستم های حمایتی سالمندان به عنوان بخشی از طرح درمان یا توانبخشی آنها باشد (۱۵). معنویت بخش خارق العاده ای از زندگی به شمار می

رود. از بدو تولد تا مرگ، معنویت در نقاط عطف زندگی آشکار می‌شود و راز و عمق را در این لحظات مهم در زمان آشکار می‌کند. در بحران و فاجعه، معنویت اغلب در مبارزه برای درک به ظاهر نامفهوم و مدیریت امور ظاهراً غیرقابل کنترل در هم تنیده می‌شود. معنویت منحصرأً مختص زمان بحران و گذار نیست. در تار و پود زندگی روزمره در هم تنیده شده است (۱۶). الگوی روان درمانی یکپارچه معنویت یک درمان جامع و چند وجهی است که با ادغام چندین روش درمانی و درون مایه ای معنوی-توحیدی، می‌کوشد ارزش‌هایی را در سالمند احیا کند که توان یکپارچه سازی و انسجام بخشیدن به کل شخصیت سالمند را داشته باشد. از نظر درمان یکپارچه توحیدی، عامل اساسی سلامت روانی، انسجام و توحید یافتگی شخصیت است و بهترین راه دستیابی به آن، تمرکز و تأکید بر اصل بنیادین توحید و ارزش‌های دینی و معنوی است. از آن جا که در بیشتر نظام‌های روان درمانی کنونی، معمولاً همه ابعاد وجودی بیمار مورد توجه قرار نمی‌گیرد و عمدتاً برحل یک یا چند جنبه از مشکلات مراجعان تمرکز می‌شود، این روش‌ها در پایداری اثرات درمان و پیشگیری از بازگشت مجدد اختلال در دراز مدت، توفیق چندانی نداشته‌اند؛ در رویکرد نوین یکپارچه معنویت، مراجع به عنوان یک کل یکپارچه و تجزیه ناپذیر نگریسته شده سعی می‌شود در فرایند درمان همه ابعاد وجودی وی شامل ابعاد جسمانی، عاطفی، شناختی، رفتاری، اجتماعی، فرهنگی و معنوی مورد توجه قرار گیرد (۱۷). اگر فرایند درمان به گونه ای باشد که سالمند به فطرت الهی و هسته درونی وجودش نزدیک گردد، بی شک تمایل به خوبی و رفتار مطلوب در وی احیا شده و سلامت روانی وی به دست می‌آید. درمان یکپارچه معنوی اساساً هدف مدار است و بر مسئولیت‌پذیری سالمند در برابر خود، خدا و جامعه تأکید میکند در این روش که به عنوان درمان کل سالمند توصیف شده است، ابعاد چهارگانه زیستی- روان شناختی- اجتماعی و معنوی مورد توجه درمانی قرار می‌گیرد (۱۸). هرگاه یکی از این ابعاد دچار اختلال و نارسایی گردد، سالمند دچار بیماری روانی و ناهنجاریهای رفتاری می‌شود. با این حال، توجه کمی به رابطه بین مقابله‌های دینی و معنوی به ویژه مقابله‌های معنوی، با اضطراب هستی یا راهکارهای مقابله با درد، شده است (۱۹). مداخلات مبتنی بر معنویت میتواند شامل درمانهای مذهبی و یا تقوا با رویکرد معنوی بکار گرفته شود، در حالیکه در درمانهای مذهب محور فقط از اعتقادات مذهبی مراجعان و از منابع مذهبی آنان برای درمان استفاده می‌گردد (۲۰). در حقیقت مطالعات اندکی به روان درمانی با رویکرد معنوی اختصاص یافته است (۲۱). اضطراب هستی خاستگاه بسیاری از بیماریهای روانی است (۲۲). اگرچه پژوهش‌های زیادی در مورد اضطراب انجام گرفته، اما اضطراب هستی هنوز هم نسبت به سایر اختلالات اضطرابی ناشناخته باقی مانده است و به همین دلیل مشکلات بیشتری در درمان آن وجود دارد. همچنین پژوهشهایی که صرفاً به بررسی اثربخشی خودشفقت بخشی بر اضطراب هستی صورت گرفته باشد، انجام نشده است. از آنجایی که اضطراب هستی، سازه‌هایی چندبعدی می‌باشد میتوان گفت که بر بسیاری از ابعاد زندگی سالمندان تأثیرگذار است و با مداخله مناسب می‌توان خودمراقبتی و ارتقای سلامت روانی در سالمندان را بهبود

بخشید. بر اساس آنچه بیان شد، مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شفقت درمانی و درمان یکپارچه معنوی بر اضطراب هستی در سالمندان با درد مزمن انجام شد.

### روش مطالعه

مطالعه حاضر از نظر هدف کاربردی و طرح پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری دو ماهه است. جامعه آماری مطالعه حاضر را سالمندان دچار درد مزمن در مرکز سالمندان آنوشا واقع در تهران در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. به استناد جدول کوهن نمونه لازم برای این بررسی ۴۵ نفر و ۱۵ نفر برای هر سه گروه محاسبه شد. در مطالعه حاضر، اعضای نمونه با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب گردید و تخصیص نمونه ها در گروه های آزمایش و کنترل به صورت تصادفی انجام شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارتند از: رضایت آگاهانه، سن ۶۰ سال و بالاتر، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم وجود ناشنوایی و نابینایی بر اساس تشخیص پزشک، عدم وجود اختلال شناختی مانند آلزایمر، دمانس و دلیریوم، ابتلا به دردهای مزمن که به تایید پزشک رسیده باشد و تحت مصرف دارو باشند، داشتن اضطراب هستی بر اساس پرسشنامه اضطراب هستی EAQ و کسب نمره برش ۴۰ و معیارهای خروج عبارتند از: سابقه ناشنوایی و نابینایی بر اساس تشخیص پزشک، سابقه اختلال شناختی مانند آلزایمر، دمانس و دلیریوم.

ابزار پژوهش پرسشنامه اضطراب هستی EAQ (۲۳) بود این پرسشنامه توسط ویمز، کاستا، دهون و برمن در سال ۲۰۱۴ بر اساس نظریه تیلیچ طراحی شده است. پرسشنامه شامل ۱۳ ماده و ۳ مؤلفه است. هر مؤلفه دو بخش دارد که هر یک ۲ ماده دارد. آزمون شامل ۳ مؤلفه: مرگ و سرنوشت پوچی و بی معنایی، گناه و محکومیت است. فرآیند نمره دهی این پرسشنامه به صورت  $1 = \text{بله}$  و  $0 = \text{نه}$  می باشد بالاترین نمره ۶۵ و پایین نمره ۱۳ می باشد. افرادی که نمره بالاتر کسب کنند اضطراب هستی کمتر/بیشتری را تجربه می کنند. پایایی آزمون توسط ویمز و همکاران (۲۴) به روش آلفای کرونباخ ۰.۷۲ بدست آمد و به روش بازآزمایی ۰.۷۲ برآورد شد. اعتبار سازه این آزمون توسط ویمز و همکاران (۲۴) از اجرای تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی تأیید شد. همچنین اعتبار ملاک آزمون با فهرست نشانگان بالینی، مقیاس شدت نشانه ها ۰.۵۸، اضطراب (۰.۵۴)، افسردگی ۰.۶۱ و خصومت ۰.۳۱ بدست آمد که همبستگی مثبت و معناداری داشت. اعتماد دهقان منشادی و مظفری (۲۵)، برای سنجش پایایی مقیاس اضطراب هستی ضرایب آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاسها و عوامل مرگ- سرنوشت، بی معنایی- پوچی و احساس گناه - محکومیت نیز به ترتیب ۰.۵۱، ۰.۴۱، ۰.۵۱ بدست آوردند. همچنین افزون بر این در پژوهش باباخانی و آزرمی (۲۸) طی بررسی اعتبار همزمان و همگرا نیز نتایج مطلوبی را نشان می دهند. همچنین پایایی ابزار نیز به روش آلفای کرونباخ و باز آزمایی به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۶ حاصل گشت. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ پرسشنامه در نمره کل ۰/۸۶ محاسبه گردید.

**پروتکل شفقت درمانی:** محتوای جلسات مشاوره گروهی مبتنی بر شفقت درمانی بر اساس روش

گیلبرت به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای اجرا می شود.

## جدول ۱. پروتکل شفقت درمانی (۲۶)

| جلسه  | محتوا                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | تمرین خانگی                                                            |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| یکم   | اجرای پیش آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کاری درمان متمرکز بر شفقت، ارزیابی و بررسی میزان شرم، خودانتقادی و خودشفقتی اعضا و مفهوم سازی آموزش خودشفقتی                                  | ثبت موارد احساس شرم و خودانتقادی در فعالیتهای روزانه                   |
| دوم   | شناسایی و معرفی مولفه های شفقت، بررسی هر مولفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگیهای آن، آشنایی خصوصیات سالمندان دارای شفقت و موری بر خودشفقتی اعضا ثبت مولفه های خودشفقتی در فعالیتهای روزانه                                                                                                                                 | ثبت مولفه های خودشفقتی در فعالیتهای روزانه                             |
| سوم   | مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریبگرانه و شرم، آموزش همدردی با خود، شکلگیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع تر در ارتباط با مسائل سالمندان برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود    | ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن                                 |
| چهارم | مرور تمرین جلسه قبل، تر یب آزمودنیها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان سالمند دارای شفقت یا بدون شفقت، شناسایی و کاربرد تمرینهای پرورش ذهن شفقت آمیز، ارزش خودشفقتی و همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران و آموزش استعاره فیزیوتراپ، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات | ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن                                 |
| پنجم  | پرورش ذهن شفقت ورز (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفولانزا و آموزش بردباری) آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیشرو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن سالمندان با چالشهای مختلف                                                                                       | بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیتهای چالش انگیز روزانه و ثبت این موارد |
| ششم   | مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصور شفقت ورزانه درباره خود، آموزش سبکها و روشهای ابراز شفقت (شفقت کالمی، عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته (به کارگیری این روشها در زندگی روزمره و برای خانواده و دوستان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی                                                                         | به کارگیری شفقت در فعالیتهای روزانه                                    |
| هفتم  | مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه شفقت آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیتهای واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد سالمند در آن موقعیت                                                                                                                                                             | نوشتن نامه های شفقت آمیز برای خود و اطرافیان                           |
| هشتم  | مرور و تمرین مهارتهای ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنیها تا بتوانند به روشهای مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جمع بندی و نتیجه گیری و پاسخگویی به سوالات اعضا جهت شرکت در جلسات و اجرای پس آزمون                               | ثبت یادداشت خودشفقتی در چالشهای روزانه                                 |

پروتکل روان درمانی معنوی با تاکید بر مولفه های روان درمانی معنوی است که با استفاده از نظریه شناختی رفتاری پارگامنت، در هشت جلسه ی ۹۰ دقیقه ای طراحی شده است.

## جدول ۲. پروتکل درمان یکپارچه معنویت با رویکرد شناختی-رفتاری پارگامنت (۲۷)

| جلسه  | محتوا                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| یکم   | معارفه و اجراء پیش آزمون، ایجاد ارتباط و جلب اعتماد، آگاه نمودن سالمندان با ساختار جلسات، تعیین اهداف درمانی با همکاری و مشارکت سالمندان . توصیف بعد معنوی انسان: تعریف معنویت و دین، تفاوتها و شباهتهای آنها. ارائه تکالیف برای جلسه بعد |
| دوم   | مرور تکالیف جلسه قبل، آسیبهای معنوی: تحریفات شناختی درباره صفات خداوند و ارتباط خدا با انسانها. توصیف افسردگی، اضطراب، استرس و نشانگان روابط بین آنها. ارائه تکالیف برای جلسه بعد.                                                        |
| سوم   | مرور تکالیف جلسه قبل، بکارگیری روشهای شناختی برای برطرف کردن تحریفات شناختی درباره صفات خداوند و ارتباط خدا با انسانها. افکار خودآیند تحریف شده، پیشایندها، افکار و پیامدها. ارائه تکالیف برای جلسه بعد                                   |
| چهارم | مرور تکالیف جلسه قبل، بکارگیری مقابله های معنوی در حل مشکلات و کاهش استرسها: توکل، تفویض و واگذاری به خدا، و صبر. مروری بر تحریفهای شناختی. ارائه تکالیف برای جلسه بعد                                                                    |
| پنجم  | مرور تکالیف جلسه قبل، شکرگذاری از خدا و تشکر از مردم به خاطر خوبیها (لطف و محبت خدا و مردم به انسان). روشهای اصلاح افکار خودآیند ناکارآمد. ارائه تکالیف برای جلسه بعد.                                                                    |
| ششم   | مرور تکالیف جلسه قبل، ذکر، نماز، نیایش و دعا. بکارگیری روشهای رفتاری مانند: ریلکسیشن- (تنش زدایی) و حساسیت زدایی تدریجی. ارائه تکالیف برای جلسه بعد.                                                                                      |
| هفتم  | مرور تکالیف جلسه قبل، مدارا و محبت، احسان و بخشش) عفو و گذشت) با مردم. روشهای حل مسئله در مسائل اجتماعی، ارائه تکالیف برای جلسه بعد.                                                                                                      |
| هشتم  | مرور تکالیف جلسه قبل، مشاهده طبیعت بعنوان نشانه خداوند و لذت بردن از تحسین شاعرانه طبیعت (پخش تصاویر و فیلم). روشهای مواجهه تدریجی، تصویری و در محیط واقعی، اجراء پس آزمون، پاسخ به سئوالات و جمع بندی و نتیجه گیری                       |

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که پژوهشگر بعد از کسب تاییدیه از کمیته اخلاق، مجوز کتبی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین المل کیش به مرکز سالمندان آنوشا واقع در تهران مراجعه شد و معرفی نامه جهت کار در محیط پژوهش مرکز سالمندان حضور پیدا کرد و پس از معرفی خود به مسئولین ذیربط، اهداف پژوهش و مراحل انجام کار را برای آنها بیان کرد. پس کار نمونه گیری آغاز شد. برای انجام پژوهش حاضر در ابتدا محتوای درمان براساس درمانهای درمانی هر مداخله با استفاده از منابع علمی و معتبر و با توجه به سازه های مدل مورد بررسی تهیه شد. سپس جهت تعیین روایی محتوای آموزشی، محتوا در اختیار دو نفر از متخصصان و صاحب نظران قرار گرفت. پس از جمع بندی نظرات تغییرات لازم در محتوای درمانی اعمال شد. نمونه های پژوهش به روش هدفمند (سالمندانی که دارای درد مزمن هستند) و بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. سالمندان مرکز با در نظر گرفتن ملاک های ورود و همچنین تمایل به شرکت در تحقیق را داشتند (با اخذ رضایت نامه کتبی) از طریق

جایگزینی تصادفی به گروه‌های آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شد (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) و پس از جایگزینی تصادفی، برای رعایت اصل کاربندی تصادفی، دوباره از روی تصادف یکی از گروه‌ها به عنوان گروه مداخله و گروه کنترل انتخاب شدند؛ و سپس اهداف پژوهش، مراحل پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات و حق خروج آزادانه از مطالعه برای آن‌ها تشریح شد. کلیه شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های پژوهش را در مرحله پیش‌آزمون تکمیل کرد. گروه آزمایش اول و دوم منطبق با پروتکل درمان تحت درمان مذکور ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی قرار گرفتند. سه ماه پس از آخرین جلسه مداخلات ذکر شده ۲ گروه مداخله و کنترل، پس از آزمون انجام شد و پرسشنامه‌ها مجدداً توسط سالمندان تکمیل گردید. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی، بیشینه، کمینه) و آمار استنباطی (آزمون T مستقل، تحلیل واریانس آمیخته، مقایسه ترکیبی شفه و...) استفاده گردید.

### یافته‌ها

جدول ۳ متغیرهای دموگرافیک

| متغیر    | آزمایش شفقت  | آزمایش معنویت | کنترل        |
|----------|--------------|---------------|--------------|
|          | فراوانی درصد | فراوانی درصد  | فراوانی درصد |
| سن       |              |               |              |
| ۷۰ ال ۷۵ | ۳            | ۴             | ۴            |
| ۷۶ ال ۸۰ | ۶            | ۷             | ۵            |
| ۸۱ ال ۸۵ | ۵            | ۲             | ۳            |
| بالای ۸۵ | ۱            | ۲             | ۳            |
| سال      |              |               |              |
| جنسیت    |              |               |              |
| زن       | ۸            | ۶             | ۷            |
| مرد      | ۷            | ۹             | ۸            |

از نظر جمعیت‌شناسی در گروه‌های شفقت درمانی (۶ نفر معادل ۴۰٪)، معنویت (۷ نفر معادل ۴۶/۶۶٪) و کنترل (۵ نفر معادل ۳۳/۳۳٪) بیشترین فراوانی مربوط به محدوده سنی ۷۶ الی ۸۰ سال می‌باشد و به لحاظ سنی در گروه شفقت درمانی بیشترین فراوانی مربوط به جنسیت زن می‌باشد (۸ نفر معادل ۵۳/۳۳٪) در گروه معنویت بیشترین فراوانی مربوط به جنسیت مرد می‌باشد (۹ نفر معادل ۶۰٪) و در گروه کنترل بیشترین فراوانی مربوط به جنسیت مرد می‌باشد (۸ نفر معادل ۵۳/۳۳٪).

جدول ۴ میانگین و (انحراف استاندارد) اضطراب هستی

| گروه          | پیش‌آزمون     | پس‌آزمون      | پیگیری        |
|---------------|---------------|---------------|---------------|
| کنترل         | ۳۶/۸۰ (۳/۹۹۵) | ۲۹/۴۵ (۴/۸۷۲) | ۳۰/۵۵ (۲/۳۹۵) |
| شفقت درمانی   | ۳۴/۶۰ (۳/۹۲۶) | ۲۵/۵۰ (۴/۳۳۵) | ۲۶/۴۰ (۲/۷۲۲) |
| یکپارچه معنوی | ۳۶/۶۰ (۵/۷۳۴) | ۲۶/۳۵ (۵/۱۶۳) | ۲۷/۹۰ (۳/۵۹۷) |

جدول ۴ میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای مقابله با درد و اضطراب هستی در شرکت کنندگان گروه‌های پژوهش، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. همچنین جدول ۳ نشان می‌دهد که در دو گروه آزمایش میانگین نمرات اضطراب هستی در مراحل پس آزمون و پیگیری کاهش یافته است. در مقابل تغییرات مشابهی در مراحل مزبور در گروه کنترل مشاهده نشد.

**جدول ۵** نتایج آزمون موخلی<sup>۲</sup> برای آزمون برابری واریانس و کوواریانس اثربخشی درمان شفقت درمانی بر اضطراب هستی

| اثرات درون آزمودنی | موخلی | $\chi^2$ | df | Sig   | اپسیلون |          |             |
|--------------------|-------|----------|----|-------|---------|----------|-------------|
|                    |       |          |    |       | گیسر    | هون فلدت | کرانه پایین |
| اضطراب هستی        | ۰/۴۴۶ | ۲/۸۵۰    | ۲  | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۶۴   | ۰/۶۷۴    | ۰/۵۰۰       |

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بین واریانس‌ها و کوواریانس‌های گروه‌های آزمایشی و گواه در نمرات اضطراب هستی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/01$ ,  $X^2 = ۲۹/۸۵۰$ ,  $W^2 = ۰/۴۴۶$ ), این امر نشان‌دهنده این است که پیش فرض برابری واریانس‌ها و کوواریانس‌ها برای تحلیل کوواریانس تأیید نشده است.

**جدول ۶** نتایج آزمون مقابله درون گروهی اثربخشی درمان شفقت درمانی بر اضطراب هستی

| منبع         | اندازه | SS      | df | MS     | F     | Sig   | توان آزمون |
|--------------|--------|---------|----|--------|-------|-------|------------|
| اضطراب هستی* | درجه ۱ | ۱۹/۰۱۲  | ۱  | ۱۹/۰۱۲ | ۴/۴۵۸ | ۰/۰۲۵ | ۰/۱۲۷      |
| گروه         | درجه ۲ | ۴/۰۰۴   | ۱  | ۴/۰۰۴  | ۵/۲۷۷ | ۰/۰۱۲ | ۰/۲۴۷      |
| خطا          | درجه ۱ | ۴۹۵/۴۷۵ | ۲۸ | ۱۳/۰۳۹ |       |       |            |
|              | درجه ۲ | ۵۴۸/۸۲۵ | ۲۸ | ۱۹/۴۴۳ |       |       |            |

داده‌های جدول ۶ نشان می‌دهد که اثر زمان بر نمرات اضطراب هستی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ( $P > ۰/۰۱$ ,  $F_{(۱,۲۷)} = ۵/۲۷۷$ ) و این امر نشان‌دهنده این است که بین سه مرحله زمانی در نمرات اضطراب هستی تفاوت معناداری وجود دارد و تغییرات روند در این سه مرحله از روند درجه ۲ برخوردار است. به این معنا که پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر متفاوت بوده‌اند.

**جدول ۷** نتایج آزمون موخلی برای آزمون برابری واریانس و کوواریانس اثربخشی درمان یکپارچه معنوی بر اضطراب هستی

| موخلی | $\chi^2$ | df | sig   | اپسیلون |       |       |
|-------|----------|----|-------|---------|-------|-------|
|       |          |    |       | گیسر    | گیسر  | گیسر  |
| ۰/۵۳۲ | ۲/۲۷۴    | ۲  | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۸۱   | ۰/۷۱۶ | ۰/۵۰۰ |

<sup>۱</sup> Mauchley's Test of Sphericity

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که بین واریانس‌ها و کوواریانس‌های گروه‌های آزمایشی و گواه در نمرات اضطراب هستی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/01$ ,  $X^2 = 23/274$ ,  $W(2) = 0/523$ )، این امر نشان‌دهنده این است که پیش فرض برابری واریانس‌ها و کوواریانس‌ها برای تحلیل کوواریانس تأیید نشده است.

**جدول ۸** نتایج آزمون مقابله درون گروهی اثربخشی درمان یکپارچه معنوی بر اضطراب هستی

| منبع       | اندازه | SS      | df | MS     | F     | Sig   | توان آزمون |
|------------|--------|---------|----|--------|-------|-------|------------|
| اضطراب     | درجه ۱ | ۳۰/۰۱۳  | ۱  | ۳۰/۰۱۳ | ۱/۷۴۲ | ۰/۱۹۳ | ۰/۰۴۴      |
| هستی* گروه | درجه ۲ | ۱۸/۷۰۴  | ۱  | ۱۸/۷۰۴ | ۴/۲۱۰ | ۰/۰۰۸ | ۰/۳۳۱      |
| خطا        | درجه ۱ | ۶۴۸/۹۷۵ | ۲۷ | ۱۸/۰۷۸ |       |       |            |
|            | درجه ۲ | ۵۸۷/۳۵۸ | ۲۷ | ۱۵/۴۴۲ |       |       |            |

داده‌های جدول ۸ نشان می‌دهد که اثر زمان بر نمرات اضطراب هستی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ( $P > 0/01$ ,  $F_{(1,27)} = 4/210$ ) و این امر نشان‌دهنده این است که بین سه مرحله زمانی در نمرات اضطراب هستی تفاوت معناداری وجود دارد و تغییرات روند در این سه مرحله از روند درجه ۲ برخوردار است. به این معنا که پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر متفاوت بوده‌اند.

**جدول ۹** نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها بر اضطراب هستی

| تفاوت گروه‌ها               | تفاوت میانگین‌ها | انحراف استاندارد | سطح معناداری |
|-----------------------------|------------------|------------------|--------------|
| شفقت درمانی - یکپارچه معنوی | ۶/۱۵۲            | ۱/۲۲۰            | ۰/۰۳۲        |
| شفقت درمانی - کنترل         | ۹/۶۲۷            | ۱/۲۲۰            | ۰/۰۰۱        |
| یکپارچه معنوی - کنترل       | ۳/۰۷۲            | ۱/۲۲۰            | ۰/۰۰۱        |

نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد که تفاوت اثر دو شیوه درمان شفقت درمانی و درمان یکپارچه معنوی بر اضطراب هستی ( $p = 0/033$ ) معنادار است. به طوری که درمان شفقت درمانی در مقایسه با یکپارچه معنوی اضطراب هستی را بیشتر افزایش داده است. بر این اساس در آزمون فرضیه پنجم چنین نتیجه‌گیری شد که بین اثربخشی شفقت درمانی و یکپارچه معنوی بر اضطراب هستی در سالمندان با درد مزمن تفاوت وجود دارد و درمان شفقت درمانی در مقایسه با یکپارچه معنوی روش موثرتری برای کاهش اضطراب هستی در سالمندان با درد مزمن است.

## بحث

یافته های پژوهش نشان داد که بین اثربخشی شفقت درمانی و یکپارچه معنوی بر اضطراب هستی در سالمندان با درد مزمن تفاوت وجود دارد و درمان شفقت درمانی در مقایسه با یکپارچه معنوی روش موثرتری برای کاهش اضطراب هستی در سالمندان با درد مزمن است. این نتیجه با نتایج سایر مطالعات (۱۱، ۱۲، ۱۳) همسو می باشد. در تبیین یافته های پژوهش می توان گفت اضطراب هستی شامل نگرانی در مورد زندگی، مرگ و خود هستی است. در حالی که این احساسات می توانند چالش برانگیز باشند، می توانند کاتالیزوری برای داشتن یک زندگی رضایت بخش تر و معنادارتر باشند. بر اساس نظریه یالوم سالمندان به دلیل آگاهی از ناتوانیهای جسمی یا ادراک منفی از خود و یا آگاهی از ادراک منفی ناشی از عدم ارتباط اجتماعی دچار احساس تنهایی می گردند، که خود باعث تنش، بیماریهای مختلف، بیحوصلگی و اضطراب می شوند. در زمینه اضطراب هستی میتوان گفت که اضطراب از تلاشهای فرد برای زنده ماندن و حفظ کردن و دفاع کردن از وجود خویش ناشی می شود و احساسهایی را که اضطراب به وجود می آورد، جنبه اجتناب ناپذیر شرایط انسان است (۲۹). در تبیین این یافته که شفقت درمانی بر اضطراب هستی به نسبت درمان معنویت موثرتر می باشد می توان گفت درمان متمرکز بر شفقت براساس رویکرد تحولی عصب شناختی برای مشکلات سلامت ذهنی شکل گرفته است و اضطراب هستی سالمندان از طریق شفقت درمانی بهتر تحت تاثیر قرار می گیرد و شفقت درمانی بر چهار حوزه تجارب پیشین و تاریخچه ای، ترس های اساسی، راهکارهای احساس امنیت، پیامدها و نتایج پیش بینی نشده و غیرعمدی، متمرکز است که این وجه تمایز منجر به اثر بهتر در سالمندان می گردد.

سالمندی که دارای بیماری همراه با درد مزمن هستند این امری طبیعی است که هر از چند گاهی ماهیت جهان و مکان خود را در آن زیر سوال ببرید. این سوالات وجودی صرفاً بخشی طبیعی از زندگی با رازهای حل نشده بسیاری هستند. با این حال، اگر این سؤالات فعالیت های روزمره سالمند را تحت الشعاع قرار دهد و احساس نگرانی، ترس یا وحشت شدید را القا کند، ممکن است دچار اضطراب وجودی شده باشد. اگر در مورد وجود یا آنچه پس از آن اتفاق می افتد احساس نگرانی می کنند، مطمئناً تنها نیستند. اما این همیشه باعث نمی شود که استرس کمتری داشته باشد. با صرف زمان برای درک و پرداختن به احساسات وجودی خود، می تواند آرامش بیشتری پیدا کند و زندگی مورد علاقه خود را داشته باشد. هدف معنوی درمانی این است که ابزارهایی را در اختیار سالمند قرار دهد که برای رفع موانع رسیدن به این شناخت عمیق تر نیاز دارد. این ارتباط ذهن، بدن و روح را ارج می نهد و سالمند را به نسبت رویکرد شفقت درمانی بستر با بینش ها و ابزارهای آگاهانه روانی و معنوی برای رشد و تحول مجهز می کند. بدین ترتیب سالمندان موجوداتی چند بعدی هستند. معنویت درمانی این را تشخیص می دهد و بر ارتباط متقابل ذهن، بدن، قلب و روح تمرکز می کند. در نتیجه گیری نهایی نتایج باید به محدودیت های این پژوهش توجه داشت: در این پژوهش امکان تفکیک سالمندان با پایگاه اجتماعی، اقتصادی و... میسر نبود. در نهایت پیشنهاد می شود از روش شفقت درمانی که به عنوان یکی از روشهای

مؤثر غیر دارویی در کاهش اضطراب هستی سالمندان با درد مزمن نقش داشته است به طور مداوم بهره گرفته شود.

### **نتیجه گیری**

با توجه به یافته های پژوهش می توان نتیجه گیری کرد که آموزش شفقت درمانی و درمان یکپارچه معنوی بر کاهش اضطراب هستی در سالمندان با درد مزمن مؤثر می باشد و شفقت درمانی به نسبت درمان یکپارچه معنوی بر اضطراب هستی در سالمندان با درد مزمن مؤثرتر می باشد.

### **ملاحظات اخلاقی**

این مطالعه بر گرفته از رساله دکتری با کد اخلاق IR.IAU.TNB.REC.1403.041 است. شرکت کنندگان قبل از ورود به مطالعه یک رضایتنامه کتبی آگاهانه را تکمیل کردند. نحوه و هدف از پژوهش برای شرکت کنندگان به طور کامل توضیح داده شد.

### **تعارض منافع**

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان در نگارش این پژوهش به یک اندازه مشارکت داشته اند.

### **تشکر و قدردانی**

در پایان نویسندگان بر خود لازم می دانند از تمامی سالمندانی که با صبوری در پژوهش حاضر شرکت کردند، قدردانی نمایند.

- 1- Taylor HO, Taylor RJ, Nguyen AW, Chatters L. Social Isolation, Depression, and Psychological Distress Among Older Adults. *J Aging Health*. 2018 Feb;30(2):229-246. doi: 10.1177/0898264316673511.
- 2- Hargittai, E., Piper, A.M. & Morris, M.R. From internet access to internet skills: digital inequality among older adults. *Univ Access Inf Soc* 18, 881–890 2019. <https://doi.org/10.1007/s10209-018-0617-5>
- 3- Dagnino APA, Campos MM. Chronic Pain in the Elderly: Mechanisms and Perspectives. *Front Hum Neurosci*. 2022 Mar 3;16:736688. doi: 10.3389/fnhum.2022.736688.
- 4- Nikoy Kouhpas E, Karimi Z, Rahmani B, Shoaee F. The Relationship Between Existential Anxiety and Demoralization Syndrome in Predicting Psychological Well-Being of Patient With Cancer. *PCP* 2020; 8 (3) :175-182
- 5- Tomaszek K, Muchacka-Cymerman A. Thinking about My Existence during COVID-19, I Feel Anxiety and Awe-The Mediating Role of Existential Anxiety and Life Satisfaction on the Relationship between PTSD Symptoms and Post-Traumatic Growth. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(19):7062. Published 2020 Sep 27. doi:10.3390/ijerph17197062
- 6- Pellens, H., Dezutter, J., Luyten, P., & Vanhooren, S. To be Scared or Scared to be: Existential Anxiety as a Mediator between Meaning Experience and Depression. *Journal of Humanistic Psychology*, 2022 0(0). <https://doi.org/10.1177/00221678221140617>
- 7- Abad, Y., Haroon Rashidi, H. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Rumination and Existential Anxiety in older adultsMen. *Aging Psychology*, 2022; 8(1): 10-1. doi: 10.22126/jap.2022.7147.1580
- 8- Lucre K, Clapton N. The Compassionate Kitbag: A creative and integrative approach to compassion-focused therapy. *Psychol Psychother*. 2021 Apr;94 Suppl 2:497-516. doi: 10.1111/papt.12291.
- 9- Montero-Marin J, Zubiaga F, Cereceda M, Piva Demarzo MM, Trenc P, Garcia-Campayo J. Burnout Subtypes and Absence of Self-Compassion in Primary Healthcare Professionals: A Cross-Sectional Study. *PLoS One*. 2016 Jun 16;11(6):e0157499. doi: 10.1371/journal.pone.0157499.
- 10- Stutts L. Increasing Self-Compassion: Review of the Literature and Recommendations. *J Undergrad Neurosci Educ*. 2022 Jun 1;20(2):A115-A119. doi: 10.59390/WSZK3327.
- 11- Prescott DS. Self-compassion in Treatment and with Ourselves. *Curr Psychiatry Rep*. 2023 Jan;25(1):7-11. doi: 10.1007/s11920-022-01401-9.
- 12- Sandham C, Deacon E. The role of self-compassion in diabetes management: A rapid review. *Front Psychol*. 2023 Mar 30;14:1123157. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1123157.
- 13- Fox DR, van Dam RA, Fisher R, Batley GE, Tillmanns AR, Thorley J, Schwarz CJ, Spry DJ, McTavish K. Recent Developments in Species Sensitivity Distribution Modeling. *Environ Toxicol Chem*. 2021 Feb;40(2):293-308. doi: 10.1002/etc.4925. PMID: 33170526.
- 14- Hsiao FH. Self-Compassion for Burnout and Compassion Fatigue in Caregivers. *J Nurs Res*. 2023 Feb 1;31(1):e251. doi: 10.1097/jnr.0000000000000544. PMID: 36692833.
- 15- Reist Gibbel, M. Toward a well-integrated psychology of religion and spirituality: A tribute to Kenneth I. Pargament. *Spirituality in Clinical Practice*, 2022 9(1), 7–12. <https://doi.org/10.1037/scp0000276>
- 16- Yıldırım M, Arslan G. A Moderated Mediation Effect of Stress-Related Growth and Meaning in Life in the Association Between Coronavirus Suffering and Satisfaction With Life: Development of the Stress-Related Growth Measure. *Front Psychol*. 2021;12:648236. Published 2021 Mar 16. doi:10.3389/fpsyg.2021.648236

- 17- Zarzycka M. Can Religious and Spiritual Struggle Enhance Well-Being? Exploring the Mediating Effects of Internal Dialogues. *Journal of religion and health*, 2020 59(4), 1897–1912. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-00755-w>
- 18- Sperry, L. (2005). Integrative spiritually oriented psychotherapy. In L. Sperry & E. P. Shafranske (Eds.), *Spiritually oriented psychotherapy* (pp. 307–329). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10886-013>
- 19- Alkhalifah JM, Bedaiwi AM, Shaikh N, Seddiq W, Meo SA. Existential anxiety about artificial intelligence (AI)- is it the end of humanity era or a new chapter in the human revolution: questionnaire-based observational study. *Front Psychiatry*. 2024;15:1368122. Published 2024 Apr 9. doi:10.3389/fpsyt.2024.1368122
- 20- Liu L, Cheng L, Qu X. From existential anxiety to posttraumatic growth:: The stranded traveler during the pandemic outbreak. *Ann Tour Res*. 2023;99:103548. doi:10.1016/j.annals.2023.103548
- 21- David LT, Truța C. Well-being and internal resources during the COVID-19 pandemic in relation to meaning in life and existential anxiety. *Front Psychol*. 2023;14:1168641. Published 2023 Aug 25. doi:10.3389/fpsyg.2023.1168641
- 22- Tomaszek K, Muchacka-Cymerman A. Student Burnout and PTSD Symptoms: The Role of Existential Anxiety and Academic Fears on Students during the COVID 19 Pandemic. *Depress Res Treat*. 2022;2022:6979310. Published 2022 Jan 28. doi:10.1155/2022/6979310
- 23- Weems CF, Costa NM, Dehon C, Berman SL. Paul Tillich's theory of existential anxiety: A preliminary conceptual and empirical examination. *Anxiety, Stress Coping An Int J*. 2004;17:383–99.
- 24- Weems CF, Russell JD, Neill EL, Berman SL, Scott BG. Existential anxiety among adolescents exposed to disaster: Linkages among level of exposure, PTSD, and depression symptoms. *J Trauma Stress*. 2016;29:1–8.
- 25- etemad J, dehghan manshadi Z, mozafari N. Investigation on psychometric properties of Existential Anxiety Questionnaire in elderly . *joge* 2017; 1 (3) :39-48
- 26- Gilbert, P. Colts R. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 2009, 15,3, 199-208.
- 27- Parchment, Kenneth A. *Integrated Spiritual Psychotherapy of Understanding and Expressing the Sacred Matter*, translated by: Alireza Zahiruddin, Dr. Masoud Janbozurgi, Reza Karimzadeh Naeem. Publisher: University Research Institute, 2023
- 28- Babakhani, F, Azermi, H. The effectiveness of existential group therapy on existential anxiety and quality of life in the elderly. *Psychology of Aging*, 1402; 9(2): 180-167. doi: 10.22126/jap.2023.8371.1668
- 29- Yalom, I. D. *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books. 2008