

Research Paper

Comparing the Effect of Compassion Therapy and Integrated Spiritual Therapy on Existential Anxiety in Older Adults With Chronic Pain

Hossein Bohlouli¹, *Mehran Azadi², Fariba Hasani³, Parvaneh Qodsi⁴

1. Department of Psychology, KI.C., Islamic Azad University, Kish, Iran.
2. Department of Psychology, TS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.
3. Department of Counseling, TC.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.
4. Department of Psychology, TC.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.



Citation 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)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2026; 21(1):154-165. <https://doi.org/10.32598/sija.2025.3930.1>

<https://doi.org/10.32598/sija.2025.3930.1>

ABSTRACT

Objectives Aging is consistently associated with chronic pain and anxiety. While various treatment strategies have been explored, research comparing these approaches specifically for the elderly remains limited. One such approach considered by therapists is compassion-based treatment. Another method is the integrated spirituality psychotherapy model, a comprehensive and multifaceted treatment that incorporates several therapeutic techniques and a spiritual-monotheistic theme. This model aims to restore values in the elderly, fostering the integration and consolidation of their entire personality. The present study was conducted to compare the effectiveness of compassion therapy and integrated spiritual therapy on existential anxiety in elderly individuals experiencing chronic pain.

Methods & Materials The present study was designed as an applied, semi-experimental research with pre-test, post-test, and follow-up phases, including a control group. The statistical population comprised elderly individuals with chronic pain residing at the Anusha Elderly Center in Tehran during the year 2023. A sample size of 45 eligible elderly individuals was selected through convenience sampling. These participants were then randomly assigned to three groups of 15: group one received compassion therapy, group two received integrated spiritual therapy, and group three served as the control group, receiving no intervention. The first experimental group underwent the Paul Gilbert and Russell Colts protocol for compassion therapy, while the second experimental group received the Pargament's integrated spirituality therapy, incorporating a cognitive-behavioral approach. 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, employing analysis of variance with repeated measures.

Results The results showed that in terms of demographics, the highest frequency within the compassion therapy group (6 people, 40%), spirituality group (7 people, 46.66%), and control group (5 people, 33.33%) was observed in the age range of 76 to 80 years. Also, the effect of time on existential anxiety scores across the three stages (pre-test, post-test, and follow-up) was significant ($P < 0.01$, $F_{(1,27)} = 4.21$), demonstrating a notable difference in existential anxiety scores between these time points.

Conclusion Compassion therapy is more effective than integrated spiritual therapy in reducing existential anxiety in the elderly with chronic pain. It is recommended that compassion therapy, recognized as an effective non-pharmacological method for mitigating existential anxiety in this demographic, be utilized on an ongoing basis.

Keywords Shafaq therapy, Integrated spiritual therapy, Existential anxiety, Dealing with pain, Elderly people

Article Info:

Received: 14 Aug 2024

Accepted: 08 Jan 2025

Available Online: 01 Apr 2026

*** Corresponding Author:****Mehran Azadi, Assistant Professor.**

Address: Department of Psychology, TS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 0371638

E-mail: mehran.azadi@gmail.com

Copyright © 2026 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

Ageing is a natural part of human life. Old age is an effective and valuable stage in life [1]. The number of older people over 60 years of age is expected to increase day by day. The aging period is often accompanied by numerous chronic pains. Pain is a debilitating condition that confronts the elderly not only with the pressure of pain, but also with many other stressors that affect various parts of their lives. This ultimately leads to demoralization of the patient, feelings of hopelessness, helplessness, and depression in the elderly [3]. Studies have shown that older adults are more susceptible to anxiety due to decreased financial and physical independence, lack of activity and movement, decreased self-confidence, loss of loved ones and friends, and chronic illnesses. One of the common types of anxiety in older adults is existential anxiety. It is a condition in which an elderly person experiences feeling of worry, anxiety, or fear related to death [4]. Older adults experience more death anxiety than other people. Therefore, the inevitable confrontation with death in old age can be a source of fear and anxiety.

Studies conducted over the past few decades have concluded that existential anxiety becomes evident as the elderly get closer to death, such as in the elderly who have become disabled and ill [5]. Existential anxiety is a conscious or unconscious psychological state resulting from a defense mechanism and occurs when the elderly feel threatened by death [6]. Since existential anxiety is a multidimensional construct, it can be said that it affects many aspects of the lives of the elderly, and with appropriate intervention, self-care and mental health promotion can be improved.

This integrated spirituality-oriented psychotherapy model is a comprehensive, multifaceted therapeutic approach that integrates several therapeutic methods with spiritual monotheistic content. It seeks to revive values in older adults that can integrate and bring coherence to their personalities as a whole. In this approach, described as a holistic therapy for older adults, four biological, psychological, social, and spiritual dimensions are addressed [18]. Whenever one of these dimensions is impaired or becomes deficient, older adults may experience mental illness and behavioral abnormalities. However, little attention has been paid to the relationship between religious and spiritual coping—particularly spiritual coping—and existential anxiety or pain-coping strategies [19].

Existential anxiety is considered the origin of many mental disorders [22]. Although extensive research has been conducted on anxiety, existential anxiety remains less well understood than other anxiety disorders; consequently, its treatment poses greater challenges. Moreover, no studies have specifically examined the effectiveness of self-compassion in reducing existential anxiety. Since existential anxiety is a multidimensional construct, it can be argued that it affects many aspects of older adults' lives. Therefore, through appropriate intervention, self-care and the promotion of mental health among older adults can be improved.

The present study aimed to compare the effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) and spiritually integrated psychotherapy (SIP) on existential anxiety in Iranian older adults with chronic pain.

Methods & Materials

This is a quasi-experimental study with a pre-test/post-test/two-month follow-up design. The study population consists of older adults with chronic pain visited the Anusha Elderly Care Center in Tehran, Iran, in 2023. Based on Cohen's table, the required sample for this study was calculated as 45 (15 per three groups of CFT, SIP, and control). The instrument was the Existential Anxiety Questionnaire (EAQ) [23] designed by Weems, Costa, Dehon, and Berman in 2014 based on Tillich's theory. This scale has 13 items and 3 subscales, including death-fate, emptiness-meaninglessness, and guilt-condemnation. The scoring for this questionnaire is 1 (yes) and 0 (no). The total score ranges from 13 to 65. The internal consistency of this tool using Cronbach's alpha is 0.72 and its test-retest reliability is also 0.72 [24]. The construct validity of this test was also confirmed by Weems et al. [24]. The CFT group received group CFT based on Gilbert's protocol at eight 90-minute sessions. The SIP group received SIP based on Pargament's cognitive behavioral theory, at eight 90-minute sessions. Descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency, percentage) and inferential statistics (independent T-test, mixed analysis of variance, Scheffe's test) were used to analyze the data.

Results

Most of participants in three groups of CFT (n=6, 40%), SIP (n=7, 46.66%), and control (n=5, 33.33%) were aged 76-80 years. Also most of them in the SIP group (n=9, 60%) and control group (n=8, 53.33%) were male, while in the CFT group, most of them were female (n=8, 53.33%).

Table 1. The mean EAQ scores in three study groups

Group	Mean±SD		
	Pre-test	Post-test	Follow-up
Control	80.36±995.3	45.29±872.4	55.30±395.2
CFT	60.34±926.3	50.25±335.4	40.26±722.2
SIP	60.36±734.5	35.26±163.5	90.27±597.3

In the two experimental groups, the mean EAQ scores decreased in the post-test and follow-up phases. In the control group, the decrease was reported only in the post-test phase; it increased in follow-up phase (Table 1).

The effect of time factor on EAQ scores in the CFT group was significant ($F_{(1,27)}=5.277$, $P<0.01$), indicating a significant difference among the three time points. The effect of time factor on EAQ scores in the SIP group was also significant ($F_{(1,27)}=4.210$, $P<0.01$). The difference between the CFT and SIP groups on existential anxiety was significant ($P=0.033$). The CFT increased existential anxiety more compared to SIP.

Conclusion

The findings of the study showed a significant difference between the effectiveness of CFT and SIP in reducing existential anxiety in older adults with chronic pain; CFT is a more effective than SIP. In this study, it was not possible to differentiate between older people based on their social, economic, etc. Based on the results, it is recommended that CFT be used continuously in older people with chronic pain to reduce existential anxiety.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Participants completed a written informed consent form before entering the study. The method and purpose of the research were fully explained to the participants. This Article was approved by the [Islamic Azad University, Kish International Branch, Kish, Iran](#) (Code: IR.IAU.TNB.REC.1403.041).

Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Authors' contributions

All authors contributed equally to the conception and design of the study, data collection and analysis, interpretation of the results, and drafting of the manuscript. Each author approved the final version of the manuscript for submission.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

We would like to thank all the seniors and officials of the Anusha Senior Center who helped in conducting the research.



مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی شفقت‌درمانی و درمان یکپارچه معنوی بر اضطراب هستی در سالمندان با درد مزمن

حسین بهلولی^۱، *مهران آزادی^۲، فریبا حسنی^۳، پروانه قدسی^۴

۱. گروه روانشناسی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.
۲. گروه روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۳. گروه مشاوره، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۴. گروه روانشناسی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.



Citation 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)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2026; 20(4):154-165. <https://doi.org/10.32598/sija.2025.3930.1>

<https://doi.org/10.32598/sija.2025.3930.1>

چکیده

اهداف: سالمندی همواره با دردهای مزمن و اضطراب سپری می‌شود و در جهت درمان آن راهکاری متعددی بررسی شده است. درزمینه مقایسه راهکارهای درمانی در قشر سالمندان کمتر پژوهشی صورت پذیرفته است و یکی از رویکردهای مورد توجه درمانگران، رویکرد درمان مبتنی بر شفقت است. روش درمانی دیگر الگوی روان‌درمانی یکپارچه معنویت است که با ادغام چندین روش درمانی و درون‌مایه‌ای معنوی توحیدی، می‌کوشد ارزش‌هایی را در سالمند احیا کند که توان یکپارچه‌سازی و انسجام بخشیدن به کل شخصیت سالمند را داشته باشند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شفقت‌درمانی و درمان یکپارچه معنوی بر اضطراب هستی در سالمندان با درد مزمن انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع کاربردی و یک طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون 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 بود که به صورت دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به ۳ گروه ۱۵ نفره (گروه اول تحت درمان شفقت‌درمانی، گروه دوم تحت درمان یکپارچه معنوی و گروه سوم گروه کنترل که مداخله‌ای دریافت نکرد) تقسیم شدند. گروه آزمایش اول پروتکل پل گیلبرت و ارسال کولتس را دریافت کرد و گروه آزمایش دوم درمان یکپارچه معنویت با رویکرد شناختی-رفتاری پارگمنت را دریافت کرد و گروه کنترل برنامه‌ای را دریافت نکرد. ابزار پژوهش پرسش‌نامه اضطراب هستی (EAQ) بود. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد و روش تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بود.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد از نظر جمعیت‌شناسی در گروه‌های شفقت‌درمانی (۶ نفر معادل ۴۰ درصد)، معنویت (۷ نفر معادل ۴۶/۶۶ درصد) و کنترل (۵ نفر معادل ۳۳/۳۳ درصد)، بیشترین فراوانی مربوط به محدوده سنی ۷۶ الی ۸۰ سال است. همچنین اثر زمان بر نمرات اضطراب هستی در ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($F_{(1,12)} = 4.21, P > .01$) و این امر نشان‌دهنده این است که بین ۳ مرحله زمانی در نمرات اضطراب هستی تفاوت معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: شفقت‌درمانی به نسبت درمان یکپارچه معنوی بر اضطراب هستی در سالمندان با درد مزمن مؤثرتر است. پیشنهاد می‌شود از روش شفقت‌درمانی که به‌عنوان یکی از روش‌های مؤثر غیردارویی در کاهش اضطراب هستی سالمندان با درد مزمن نقش داشته است، به‌طور مداوم بهره گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: شفقت‌درمانی، درمان یکپارچه معنوی، اضطراب هستی، مقابله با درد، سالمندان

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۲۴ مرداد ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۹ دی ۱۴۰۳

تاریخ انتشار: ۱۲ فروردین ۱۴۰۵

* نویسنده مسئول:

دکتر مهران آزادی

نشانی: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب تهران، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی.

تلفن: ۰۳۷۱۶۳۸۰ (۹۱۲) +۹۸

پست الکترونیکی: mehran.azadi@gmail.com



Copyright © 2026 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

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 کمبودهای مرتبط با سن، همراه با افزایش سن، اضطراب مرگ نیز افزایش یابد؛ بنابراین 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 انجام‌شده حاکی از آن است که اضطراب و پیامدهای ناشی از آن منجر به کاهش عملکرد عمومی و بهزیستی روان‌شناختی سالمندان می‌شود؛ بنابراین تسکین اضطراب هستی در سالمندان می‌تواند نقش مهمی در بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی آن‌ها داشته باشد [۷].

باتوجه به آنچه بیان شد، ورود به مرحله سالمندی، مستلزم آمادگی است که باید انتظارات و ترجیحات خاصی با آن همراه باشند تا سالمندان 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 به‌طور معناداری عزت نفس، سطح امید، عواطف مثبت و سلامت روانی را در سالمندان بهبود بخشد و در مقابل، هیجانات منفی آنان را کاهش دهد [۹]. نتایج حاصل از مطالعه استوت نشان داد که رفتار نامهربانانه و عدم شفقت با خود، رفتاری توأم با نامهربانی و شفقت نسبت به دیگران را نیز در پی خواهد داشت [۱۰]. در مقابل این مسئله نیز اثبات شده است که رفتار مهربانانه و شفقت با خود، رفتاری توأم با مهربانی و شفقت نسبت به دیگران را به دنبال دارد.

درحقیقت نتایج پژوهش پرسکوت [۱۱] نشان داد افرادی که رتبه بالاتری از نظر شفقت با خود دارند، در روابطشان نیز رفتارهای مثبت‌تری از خود نشان می‌دهند. 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 شفقت‌درمانی، توانایی مواجهه با احساسات و افکار دردناک (به‌جای اجتناب از آن‌ها)، بدون اغراق و شفقت نسبت به خود را شامل می‌شود. تمرین‌های شفقت‌درمانی بر ذهن‌آرامی، تن‌آرامی، شفقت به خود و ذهن‌آگاهی تأکید می‌کنند 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 می‌تواند تأثیرگذاری مناسبی جهت افزایش امید به زندگی سالمندان داشته باشد. شفقت‌ورزی در سالمندان با بهزیستی ذهنی، نگرش نسبت به سالمندی و بهزیستی روان‌شناختی ارتباط مثبت قابل توجهی دارد [۱۴].

سالمندی بخشی از زندگی طبیعی انسان است. سالمندی دوران ورزیدگی، پختگی، زمان احساس بی‌نیازی به فرصت، رسیدگی به خویشتن، سیر به‌سوی کمال و مرحله‌ای 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 به‌روز افزایش یابد. این امر مستلزم تغییرات بنیادین اجتماعی، به‌ویژه به‌منظور 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. نیازهای روانی و وجودی نیز باید در کانون توجه قرار گیرند. دوره سالمندی غالباً با دردهای مزمن متعددی همراه است. درد، وضعیتی تحلیلی‌برنده است، به‌نحوی که سالمند دردمند را نه تنها با فشار ناشی از درد، بلکه با بسیاری از عوامل فشارآور دیگر که بخش‌های گوناگون زندگی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، روبه‌رو می‌کند. درد، توانایی‌های عاطفی و هیجانی سالمند را کاهش داده و خواست مداوم سالمند برای رهایی از آن در بیشتر اوقات دست‌نیافتنی می‌شود. این امر، نهایتاً باعث تضعیف روحیه بیمار، احساس ناامیدی، درماندگی و افسردگی در سالمند می‌شود [۳].

یکی از مسائل روانی شایع دوره سالمندی اضطراب است، چراکه این دوره مملو از انواع احساس کمبودها و ناتوانی‌هاست. مطالعات نشان داده است سالمندان به دلیل کاهش استقلال مادی و جسمانی، کمبود فعالیت و حرکت، کاهش اعتمادبه‌نفس، 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^۱ 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 بنابراین رویارویی اجتناب‌ناپذیر انسان با مرگ در دوره سالمندی به‌عنوان 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 انجام‌شده در چند دهه گذشته به این نتیجه رسیده‌اند که وقتی سالمندان به مرگ نزدیک‌تر می‌شوند، مانند سالمندان مسنی که دچار ناتوانی و بیماری شده‌اند، اضطراب هستی آشکار می‌شود [۵]. اضطراب هستی، نتیجه اجتناب‌ناپذیر روبه‌رو شدن با تصورات وجودی، یعنی مرگ، انتخاب، آزادی، بی‌معنایی و احساس تنهایی است و زمانی ایجاد می‌شود که رویارویی با رنج و عذاب، واقعیت‌های فناپذیر بودن،

1. Existential anxiety

بین مقابله‌های دینی و معنوی، به‌ویژه 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 شود. درحالی‌که در درمان‌های مذهب‌محور فقط از اعتقادات مذهبی مراجعان و از منابع مذهبی آنان برای درمان استفاده می‌شود [۲۰]. درحقیقت مطالعات اندکی به روان‌درمانی با رویکرد معنوی اختصاص یافته است [۲۱]. اضطراب هستی خاستگاه بسیاری از بیماری‌های روانی است [۲۲]. اگرچه پژوهش‌های زیادی درمورد 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 خودشفقت‌بخشی بر اضطراب هستی صورت گرفته باشد، انجام نشده است. از آنجایی‌که اضطراب هستی، سازه‌ای چندبعدی است 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. براساس آنچه بیان شد، مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شفقت‌درمانی 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 نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری ۲ 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 (۵ نفر برای هر سه گروه) محاسبه شد. در مطالعه حاضر، اعضای نمونه با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج، با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شد و تخصیص نمونه‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل به‌صورت تصادفی انجام شد.

معیارهای ورود به پژوهش: رضایت آگاهانه، سن ۶۰ سال و بالاتر، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم وجود ناشنوایی و نابینایی براساس تشخیص پزشک، عدم وجود اختلال شناختی، مانند آلزایمر، دمانس و دلیریوم، ابتلا به دردهای مزمن که به تأیید پزشک رسیده باشد و تحت مصرف دارو باشند، داشتن اضطراب هستی براساس پرسش‌نامه اضطراب هستی^۲ (EAQ) و کسب نمره برش ۴۰.

معیارهای خروج: سابقه ناشنوایی و نابینایی براساس تشخیص پزشک، سابقه اختلال شناختی مانند آلزایمر، دمانس و دلیریوم.

سالمندانی که از بیماری‌های روانی رنج می‌برند تأکید می‌کنند که درک مشکلات خود از لحاظ مذهبی یا معنوی می‌تواند 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. باتوجه‌به این واقعیت که سالمندان مبتلا به بیماری‌های روانی جدی در حال حاضر با تعصبات و تبعیض گسترده مبارزه می‌کنند، به نظر می‌رسد حفظ یا تقویت وابستگی‌های مذهبی موجود و سیستم‌های حمایتی سالمندان به‌عنوان بخشی از طرح درمان یا توان‌بخشی آن‌ها باشد [۱۵]. معنویت بخش خارق‌العاده‌ای از زندگی به شمار می‌رود. 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 درهم‌تنیده می‌شود. معنویت منحصرأً مختص زمان بحران و گذار نیست. در تار و پود زندگی روزمره در هم تنیده شده است [۱۶].

الگوی روان‌درمانی یکپارچه معنویت یک درمان جامع و چندوجهی است که با ادغام چندین روش درمانی و درون‌مایه‌ای معنوی توحیدی، می‌کوشد ارزش‌هایی را در سالمند احیا کند که توان یکپارچه‌سازی 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 آنجاکه در بیشتر نظام‌های روان‌درمانی 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 درازمدت توفیق چندانی نداشته‌اند. در رویکرد نوین یکپارچه معنویت، مراجع به‌عنوان یک کل یکپارچه و تجزیه‌ناپذیر نگریسته شده و 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 گونه‌ای باشد که سالمند به فطرت الهی و هسته درونی وجودش نزدیک شود، بی‌شک تمایل به خوبی و رفتار مطلوب در وی احیا شده و سلامت روانی وی به دست می‌آید. درمان یکپارچه معنوی اساساً هدف‌مدار است و بر مسئولیت‌پذیری سالمند در برابر خود، خدا و جامعه تأکید می‌کند در این روش که به‌عنوان درمان کل‌نگرانه سالمندی توصیف شده است، ابعاد چهارگانه زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی مورد توجه درمانی قرار می‌گیرد [۱۸]. هرگاه یکی از این ابعاد دچار اختلال و نارسایی شود، سالمند دچار بیماری روانی و ناهنجاری‌های رفتاری می‌شود. باین‌حال توجه کمی به رابطه

2. Existential Anxiety Questionnaire (EAQ)

خصوصیت ۰/۳۱ به دست آمد که همبستگی مثبت و معناداری داشت. اعتماد دهقان منشادی و مظفری [۲۵]، با سنجش پایایی مقیاس اضطراب هستی، ضرایب آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها و عوامل مرگ و سرنوشت، بی‌معنایی و پوچی و احساس گناه و محکومیت را به ترتیب ۰/۵۱، ۰/۴۱، ۰/۵۱ درصد به دست آوردند. همچنین افزون‌براین پژوهش باباخانی و آزرمی [۲۸] طی بررسی اعتبار هم‌زمان و هم‌گرا نیز نتایج مطلوبی را نشان می‌دهند. همچنین پایایی ابزار نیز با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۶ درصد به دست آمد. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ پرسش‌نامه در نمره کل ۰/۸۶ محاسبه شد.

پروتکل شفقت‌درمانی

محتوای جلسات مشاوره گروهی مبتنی بر شفقت‌درمانی براساس روش گیلبرت به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا می‌شود (جدول شماره ۱).

ابزار پژوهش پرسش‌نامه اضطراب هستی EAQ [۲۳] بود. این پرسش‌نامه توسط ویمز، کاستا، دهن و برمن در سال ۲۰۱۴ براساس نظریه تیلیج طراحی شده است. پرسش‌نامه شامل ۱۳ ماده و ۳ مؤلفه است. هر مؤلفه ۲ بخش دارد که هر یک ۲ ماده دارد. آزمون شامل ۳ مؤلفه مرگ و سرنوشت، پوچی و بی‌معنایی و گناه و محکومیت است. فرایند نمره‌دهی این پرسش‌نامه به صورت $1 = 0$ و $0 = 65$ و پایین نمره ۱۳ است. افرادی که نمره بالاتر کسب کنند اضطراب هستی کمتر /بیشتری را تجربه می‌کنند. پایایی آزمون توسط ویمز و همکاران [۲۴] به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ درصد به دست آمد و به روش بازآزمایی ۰/۷۲ درصد برآورد شد. اعتبار سازه این آزمون توسط ویمز و همکاران [۲۴] با اجرای تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی تأیید شد.

همچنین اعتبار ملاک آزمون با فهرست نشانگان بالینی، مقیاس شدت نشانه‌ها ۰/۵۸، اضطراب ۰/۵۴، افسردگی ۰/۶۱ و

جدول ۱. پروتکل شفقت‌درمانی [۶۲]

جلسه	محتوا	تمرین خانگی
یکم	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفت‌وگو 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 مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی	ثبت موارد احساس شرم و خودانتقادی در فعالیت‌ها و چالش‌های روزانه
دوم	شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت، بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی خصوصیات سالمندان دارای شفقت و موردی بر خودشفقتی اعضا، ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه	ثبت موارد فعالیت‌های روزمره و بررسی آنان
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 متنوع‌تر در ارتباط با مسائل سالمندان برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه
چهارم	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان سالمند دارای شفقت یا بدون شفقت، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقت‌آمیز، ارزش خودشفقتی و همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران و آموزش استعاره فیزیوتراپ، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به‌خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات	ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن
پنجم	پرورش ذهن شفقت‌ورز (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری) آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیشرو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز باتوجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن سالمندان با چالش‌های مختلف	بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیت‌های چالش‌انگیز روزانه و ثبت این موارد
ششم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصور شفقت‌ورزانه درباره خود، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابزار شفقت (شفقت کلامی، عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته (به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای خانواده و دوستان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی)	به‌کارگیری شفقت در فعالیت‌های روزانه
هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه شفقت‌آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد سالمند در آن موقعیت	نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و اطرافیان
هشتم	مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سوالات اعضا جهت شرکت در جلسات و اجرای پس‌آزمون	ثبت یادداشت خودشفقتی در چالش‌های روزانه

پروتکل روان‌درمانی

معنوی با تأکید بر مؤلفه‌های روان‌درمانی معنوی است که با استفاده از نظریه شناختی-رفتاری پارگامنت، در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طراحی شده است (جدول شماره ۲).

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که پژوهشگر بعد از کسب تأییدیه از کمیته اخلاق و اخذ مجوز کتبی و معرفی‌نامه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌الملل کیش، به مرکز سالمندان آنوشا واقع در تهران مراجعه و پس از معرفی خود به مسئولین ذی‌ربط، اهداف پژوهش و مراحل انجام کار را برای آن‌ها بیان کرد. پس کار نمونه‌گیری آغاز شد. برای انجام پژوهش حاضر در ابتدا محتوای درمان براساس درمان‌های هر مداخله با استفاده از منابع علمی و معتبر و باتوجه به سازه‌های مدل موردبررسی تهیه شد. سپس جهت تعیین روایی محتوای آموزشی، محتوا در اختیار ۲ نفر از متخصصان و صاحب‌نظران قرار گرفت. پس از جمع‌بندی نظرات تغییرات لازم در محتوای درمانی اعمال شد. نمونه‌های پژوهش به روش هدمند (سالمندانی که دارای درد مزمن هستند) و براساس معیارهای ورود انتخاب شدند. سالمندان مرکز با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و همچنین تمایل به شرکت در تحقیق (با اخذ رضایت‌نامه کتبی) از طریق جایگزینی تصادفی به گروه‌های آزمایش و ۱ گروه کنترل تقسیم شدند (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) و پس از جایگزینی تصادفی، برای رعایت اصل کاربندی تصادفی، دوباره از روی تصادف یکی از گروه‌ها به‌عنوان گروه آزمایش و گروه کنترل انتخاب شد 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 کردند. گروه آزمایش اول و دوم منطبق با پروتکل درمان تحت درمان مذکور (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی) قرار گرفتند. ۳ ماه پس از آخرین جلسه مداخلات ذکر شده ۲ گروه آزمایش و کنترل، پس‌آزمون انجام شد و پرسش‌نامه‌ها مجدداً توسط سالمندان تکمیل شدند. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی، بیشینه و کمینه) و آمار استنباطی (آزمون تی مستقل^۳، تحلیل واریانس آمیخته^۴، مقایسه ترکیبی شفه^۵ و غیره) استفاده شد.

یافته‌ها

از نظر جمعیت‌شناختی در گروه‌های شفقت‌درمانی (۶ نفر معادل ۴۰ درصد)، معنویت (۷ نفر معادل ۴۶/۶۶ درصد) و کنترل (۵ نفر معادل ۳۳/۳۳ درصد) بیشترین فراوانی مربوط به محدوده سنی ۷۶ الی ۸۰ سال بود. به لحاظ سنی در گروه شفقت‌درمانی بیشترین فراوانی مربوط به جنسیت زن بود (۸ نفر معادل ۵۳/۳۳ درصد). در گروه معنویت بیشترین فراوانی مربوط به جنسیت مرد بود (۹ نفر معادل ۶۰ درصد) و در گروه کنترل بیشترین فراوانی مربوط به جنسیت مرد بود (۸ نفر معادل ۵۳/۳۳ درصد) (جدول شماره ۳).

3. Independent t Test
4. Mixed analysis of variance
5. Test Scheffe

جدول ۲. پروتکل درمان یکپارچه معنویت با رویکرد شناختی-رفتاری پارگامنت [۲۷]

جلسه	محتوا
یکم	معارفه و اجرای پیش‌آزمون، ایجاد ارتباط و جلب اعتماد، آگاه کردن 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، به‌کارگیری روش‌های شناختی برای برطرف کردن تحریفات شناختی درباره صفات خداوند و ارتباط خدا با انسان‌ها. افکار خودآیند تحریف‌شده، پیشایندها، افکار و پیامدها. ارائه تکالیف برای جلسه بعد.
چهارم	مرور تکالیف جلسه قبل، به‌کارگیری مقابله‌های 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. به‌کارگیری روش‌های رفتاری مانند ریلکسیشن (تنش‌زدایی) و حساسیت‌زدایی 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 به‌عنوان نشانه خداوند و لذت بردن از تحسین شاعرانه طبیعت (بخش تصاویر و فیلم). روش‌های مواجهه تدریجی، تصویری و در محیط واقعی، اجرای پس‌آزمون، پاسخ به سئوالات و جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

جدول ۳. متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر	تعداد (درصد)		
	آزمایش معنویت	کنترل	
سن	۳(۲۰)	۴(۲۶/۶۶)	۷۰ ال ۷۵
	۶(۴۰)	۷(۴۶/۶۶)	۷۶ ال ۸۰
	۵(۳۳/۳۳)	۲(۱۳/۳۳)	۸۱ ال ۸۵
	۱(۶/۶۶)	۲(۱۳/۳۳)	بالای ۸۵ سال
جنسیت	۸(۵۳/۳۳)	۷(۴۶/۶۶)	زن
	۷(۴۶/۶۶)	۸(۵۳/۳۳)	مرد

سالمند

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار اضطراب هستی

گروه	میانگین ± انحراف معیار		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
کنترل	۳۶/۸۰ ± ۳/۹۹۵	۲۹/۴۵ ± ۴/۸۷۲	۳۰/۵۵ ± ۲/۳۹۵
شفقت‌درمانی	۳۴/۶۰ ± ۳/۹۲۶	۲۵/۵۰ ± ۴/۳۲۵	۲۶/۴۰ ± ۲/۷۲۲
یکپارچه معنوی	۳۶/۶۰ ± ۵/۷۳۴	۲۶/۳۵ ± ۵/۱۶۳	۲۷/۹۰ ± ۳/۵۹۷

سالمند

داده‌های جدول شماره ۶ نشان می‌دهد اثر زمان بر نمرات اضطراب هستی در ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($F_{(1,33)} = 5/277, P > 0/01$) و این امر نشان‌دهنده این است که بین ۳ مرحله زمانی در نمرات اضطراب هستی تفاوت معناداری وجود دارد و تغییرات روند در این ۳ مرحله از روند درجه ۲ برخوردار است. به این معنا که پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر متفاوت بوده‌اند.

نتایج جدول شماره ۷ نشان می‌دهد بین واریانس‌ها و کوواریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات اضطراب هستی تفاوت معناداری وجود دارد ($\chi^2 = 23/274, P < 0/01$)، این امر نشان‌دهنده این است که پیش‌فرض برابری واریانس‌ها و کوواریانس‌ها برای تحلیل کوواریانس تأیید نشده است.

جدول شماره ۴ میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای مقابله با درد و اضطراب هستی در شرکت‌کنندگان گروه‌های پژوهش، در ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. همچنین جدول شماره ۳ نشان می‌دهد در ۲ گروه آزمایش میانگین نمرات اضطراب هستی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است. در مقابل تغییرات مشابهی در مراحل مزبور در گروه کنترل مشاهده نشد.

نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد بین واریانس‌ها و کوواریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات اضطراب هستی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01, \chi^2 = 29/850$)، این امر نشان‌دهنده این است که پیش‌فرض برابری واریانس‌ها و کوواریانس‌ها برای تحلیل کوواریانس تأیید نشده است.

جدول ۵. نتایج آزمون موخلی برای آزمون برابری واریانس و کوواریانس اثربخشی شفقت‌درمانی بر اضطراب هستی

اثرات درون آزمودنی	موخلی	کای اسکوتر	درجه آزادی	سطح معناداری	اپسیلون		
					گیسر	هوبن فلدت	کرانه پایین
اضطراب هستی	۰/۴۴۶	۲۹/۸۵۰	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶۴	۰/۶۷۴	۰/۵۰۰

سالمند

جدول ۶. نتایج آزمون مقابله درون گروهی اثربخشی شفقت‌درمانی بر اضطراب هستی

منبع	اندازه	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	توان آزمون
اضطراب هستی / گروه	درجه ۱	۱۹/۰۱۲	۱۹/۰۱۲	۱	۴/۴۵۸	۰/۰۲۵	۰/۱۲۷
	درجه ۲	۴/۰۰۴	۴/۰۰۴	۱	۵/۲۷۷	۰/۰۱۲	۰/۲۴۷
خطا	درجه ۱	۴۹۵/۴۷۵	۱۳/۰۳۹	۲۸			
	درجه ۲	۵۴۸/۸۲۵	۱۴/۴۴۳	۲۸			

سالمند

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

موخلی	کای اسکوتر	درجه آزادی	سطح معناداری	اپسیلون	گپسر
۰/۵۳۲	۲۳/۲۷۴	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۱۶	۰/۵۰۰

سالمند

نتایج جدول شماره ۹ نشان می‌دهد تفاوت اثر ۲ شیوه شفقت‌درمانی و درمان یکپارچه معنوی بر اضطراب هستی معنادار است ($P=۰/۰۳۳$) معنادار است. به طوری که شفقت‌درمانی در مقایسه با درمان یکپارچه معنوی اضطراب هستی را بیشتر افزایش داده است. براین اساس در آزمون فرضیه پنجم چنین نتیجه‌گیری شد که بین اثربخشی شفقت‌درمانی و درمان یکپارچه معنوی بر اضطراب هستی در سالمندان با درد مزمن تفاوت وجود دارد و شفقت‌درمانی در مقایسه با درمان یکپارچه معنوی روش مؤثرتری برای کاهش اضطراب هستی در سالمندان با درد مزمن است.

داده‌های جدول شماره ۸ نشان می‌دهد اثر زمان بر نمرات اضطراب هستی در ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($F_{(۱,۲۷)}=۴/۲۱۰, P>۰/۰۱$) و این امر نشان‌دهنده این است که بین ۳ مرحله زمانی در نمرات اضطراب هستی تفاوت معناداری وجود دارد و تغییرات روند در این ۳ مرحله از روند درجه ۲ برخوردار است. به این معنا که پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر متفاوت بوده‌اند.

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

منبع	اندازه	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	توان آزمون
اضطراب هستی / گروه	درجه ۱	۳۰/۰۱۳	۳۰/۰۱۳	۱	۱/۷۴۲	۰/۱۹۳	۰/۰۴۴
	درجه ۲	۱۸۷۰۴	۱۸۷۰۴	۱	۴/۲۱۰	۰/۰۰۸	۰/۳۳۱
خطا	درجه ۱	۶۴۸/۹۷۵	۱۸/۰۷۸	۲۷			
	درجه ۲	۵۸۷/۳۵۸	۱۵/۴۴۲	۲۷			

سالمند

جدول ۹. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها بر اضطراب هستی

تفاوت گروه‌ها	میانگین \pm انحراف معیار	سطح معناداری
شفقت‌درمانی - یکپارچه معنوی	۶/۱۵۲ \pm ۱/۲۲۰	۰/۰۳۲
شفقت‌درمانی - کنترل	۹/۶۲۷ \pm ۱/۲۲۰	۰/۰۰۱
یکپارچه معنوی - کنترل	۳/۰۷۲ \pm ۱/۲۲۰	۰/۰۰۱

سالمند

بحث

در این پژوهش امکان تفکیک سالمندان با پایگاه متفاوت اجتماعی، اقتصادی و غیره میسر نبود. در نهایت پیشنهاد می‌شود از روش شفقت‌درمانی که به‌عنوان یکی از روش‌های مؤثر غیر دارویی در کاهش اضطراب هستی سالمندان با درد مزمن شناخته می‌شود، به‌طور مداوم بهره گرفته شود.

نتیجه‌گیری نهایی

باتوجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد آموزش شفقت‌درمانی و درمان یکپارچه معنوی بر کاهش اضطراب هستی در سالمندان با درد مزمن مؤثر است و شفقت‌درمانی به نسبت درمان یکپارچه معنوی بر اضطراب هستی در سالمندان با درد مزمن مؤثرتر است.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه با کد اخلاق (IR.IAU.TNB.REC.1403.041) در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌الملل کیش تصویب شده است. شرکت‌کنندگان قبل از ورود به مطالعه یک رضایت‌نامه کتبی آگاهانه را تکمیل کردند. نحوه و هدف از پژوهش برای شرکت‌کنندگان به‌طور کامل توضیح داده شد.

حامی مالی

این پژوهش هیچ‌گونه کمک مالی از سازمانی‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت‌نویسندگان

همه نویسندگان به‌طور یکسان در مفهوم و طراحی مطالعه، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، تفسیر نتایج و تهیه پیش‌نویس مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از تمامی سالمندانی و مسئولین مرکز سالمندان آنوشا که در انجام پژوهش یاری رساندند، قدردانی می‌شود.

یافته‌های پژوهش نشان داد بین اثربخشی شفقت‌درمانی و درمان یکپارچه معنوی بر اضطراب هستی در سالمندان با درد مزمن تفاوت وجود دارد و درمان شفقت‌درمانی در مقایسه با درمان یکپارچه معنوی روش مؤثرتری برای کاهش اضطراب هستی در سالمندان با درد مزمن است. این نتیجه با نتایج سایر مطالعات [۱۱-۱۳] همسواست.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت اضطراب هستی شامل نگرانی در مورد زندگی، مرگ و خود هستی است. درحالی که این احساسات می‌توانند چالش برانگیز باشند، می‌توانند کاتالیزوری برای داشتن یک زندگی رضایت‌بخش‌تر و معنادارتر باشند. براساس 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 می‌شوند که خود باعث تنش، بیماری‌های مختلف، بی‌حوصلگی و اضطراب می‌شوند. در زمینه اضطراب هستی می‌توان گفت اضطراب از تلاش‌های فرد برای زنده ماندن و حفظ کردن و دفاع کردن از وجود خویش ناشی می‌شود و احساس‌هایی را که اضطراب به وجود می‌آورد، جنبه اجتناب‌ناپذیر شرایط انسان است [۲۹].

در تبیین این یافته که شفقت‌درمانی بر اضطراب هستی به نسبت درمان معنویت مؤثرتر است می‌توان گفت درمان متمرکز بر شفقت، براساس رویکرد تحولی عصب‌شناختی برای مشکلات سلامت ذهنی شکل گرفته است و اضطراب هستی سالمندان از طریق شفقت‌درمانی بهتر تحت تأثیر قرار می‌گیرد. شفقت‌درمانی بر ۴ حوزه تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت، پیامدها و نتایج پیش‌بینی‌نشده و غیر عمدی متمرکز است که این وجه تمایز منجر به اثر بهتر در سالمندان می‌شود.

سالمندانی که با درد مزمن زندگی می‌کنند، گاهی به این فکر می‌کنند که جایگاهشان در جهان چیست و زندگی چه معنایی دارد. این پرسش‌های وجودی بخشی طبیعی از زندگی است، اما اگر این افکار آن قدر شدید شوند که باعث نگرانی، ترس یا اضطراب زیاد شده و زندگی روزمره فرد را مختل کنند، ممکن است نشانه‌ای از اضطراب وجودی باشند. نگرانی درباره مرگ، آینده یا معنای زندگی تجربه‌ای رایج است و بسیاری از افراد آن را تجربه می‌کنند. باین حال، آگاهی از اینکه دیگران نیز چنین نگرانی‌هایی دارند، همیشه از شدت استرس کم نمی‌کند. فرد می‌تواند با شناخت بهتر احساسات و دغدغه‌های وجودی خود، آرامش بیشتری پیدا کند و زندگی رضایت‌بخش‌تری داشته باشد. هدف معنویت‌درمانی این است که به سالمندان کمک کند با استفاده از ابزارهای روان‌شناختی و معنوی، موانع رشد و آرامش خود را کنار بزنند. این رویکرد، انسان را موجودی چندبعدی می‌داند و بر ارتباط میان ذهن، بدن، قلب و روح تأکید می‌کند. به همین دلیل تلاش می‌کند با تقویت این ابعاد، زمینه رشد، سازگاری و کیفیت بهتر زندگی را فراهم کند.

References

- [1] Taylor HO, Taylor RJ, Nguyen AW, Chatters L. Social isolation, depression, and psychological distress among older adults. *Journal of Aging Health*. 2018; 30(2):229-46. [DOI:10.1177/0898264316673511] [PMID]
- [2] Hargittai E, Piper AM, Morris MR. From internet access to internet skills: Digital inequality among older adults. *Universal Access in the Information Society*. 2019; 18:881-90. [DOI:10.1007/s10209-018-0617-5]
- [3] Dagnino APA, Campos MM. Chronic pain in the elderly: Mechanisms and perspectives. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2022; 16:736688. [DOI:10.3389/fnhum.2022.736688] [PMID]
- [4] Nikoy Kouhpas E, Karimi Z, Rahmani B, Shoae F. The relationship between existential anxiety and demoralization syndrome in predicting psychological well-being of patient with cancer. *PCP* 2020; 8(3):175-82. [DOI:10.32598/jpcp.8.3.515.1]
- [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. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(19):7062. [DOI:10.3390/ijerph17197062] [PMID]
- [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*. 2026; 66(3):771-92. [DOI:10.1177/00221678221140617]
- [7] Abad Y, Haroon Rashidi H. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on rumination and existential anxiety in older adults. *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. *Psychology and Psychotherapy*. 2021; 94(Suppl 2):497-516. [DOI:10.1111/papt.12291] [PMID]
- [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; 11(6):e0157499. [DOI:10.1371/journal.pone.0157499] [PMID]
- [10] Stutts L. Increasing self-compassion: Review of the literature and recommendations. *Journal of Undergraduate Neuroscience Education*. 2022; 20(2):A115-9. [DOI:10.59390/WSZK3327] [PMID]
- [11] Prescott DS. Self-compassion in treatment and with ourselves. *Current Psychiatry Reports*. 2023; 25(1):7-11. [DOI:10.1007/s11920-022-01401-9] [PMID]
- [12] Sandham C, Deacon E. The role of self-compassion in diabetes management: A rapid review. *Frontiers in Psychology*. 2023; 14:1123157. [DOI:10.3389/fpsyg.2023.1123157] [PMID]
- [13] Fox DR, van Dam RA, Fisher R, Batley GE, Tillmanns AR, Thorley J, et al. Recent developments in species sensitivity distribution modeling. *Environmental Toxicology and Chemistry*. 2021; 40(2):293-308. [DOI:10.1002/etc.4925] [PMID]
- [14] Hsiao FH. Self-compassion for burnout and compassion fatigue in caregivers. *Journal of Nursing Research*. 2023; 31(1):e251. [DOI:10.1097/jnr.0000000000000544] [PMID]
- [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. [DOI: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. *Frontiers in Psychology*. 2021; 12:648236. [DOI:10.3389/fpsyg.2021.648236] [PMID]
- [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):1897-912. [DOI:10.1007/s10943-018-00755-w] [PMID]
- [18] Sperry L. Integrative spiritually oriented psychotherapy. In: Sperry L; Shafranske E.P, editors. *Spiritually oriented psychotherapy*. American Psychological Association; 2005. [DOI: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. *Frontiers in Psychology*. 2024; 15:1368122. [DOI:10.3389/fpsyg.2024.1368122] [PMID]
- [20] Liu L, Cheng L, Qu X. From existential anxiety to posttraumatic growth: The stranded traveler during the pandemic outbreak. *Annals of Tourism Research*. 2023; 99:103548. [DOI:10.1016/j.annals.2023.103548] [PMID]
- [21] David LT, Truța C. Well-being and internal resources during the COVID-19 pandemic in relation to meaning in life and existential anxiety. *Frontiers in Psychology*. 2023; 14:1168641. [DOI:10.3389/fpsyg.2023.1168641] [PMID]
- [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. *Depression Research and Treatment*. 2022; 2022:6979310. [DOI:10.1155/2022/6979310] [PMID]
- [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*. 2004; 17:383-99. [DOI:10.1080/10615800412331318616]
- [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. *Journal of Traumatic Stress*. 2016; 29:1-8. [DOI:10.1002/jts.22128] [PMID]
- [25] Etemad J, Dehghan Manshadi Z, Mozafari N. Investigation on psychometric properties of Existential Anxiety Questionnaire in elderly. *Journal of Gerontology*. 2017; 1(3):39-48. [DOI:10.18869/acadpub.joge.1.3.39]
- [26] Gilbert P, Colts R. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2009; 15(3):199-208. [DOI:10.1192/apt.bp.107.005264]
- [27] Parchment KI. *Spiritually Integrated Psychotherapy: Understanding and Addressing the Sacred* [A. Zahiruddin, M. Janbozurgi & R. Karimzadeh Naeem, Persian trans.]. Qom: University Research Institute; 2023. [Link]
- [28] Babakhani F, Azermi H. [The effectiveness of existential group therapy on existential anxiety and quality of life in the elderly (Persian)]. *Psychology of Aging*. 1402; 9(2):167-80. [DOI:10.22126/jap.2023.8371.1668]
- [29] Yalom ID. *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books; 2008. [Link]