

بررسی اثربخشی درمان وجودی بر اضطراب سلامت، احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۰۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۰۲

خلاصه

مقدمه

مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد که سالمندان معمولاً اضطراب سلامت، احساس تنهایی و اضطراب مرگ بیشتری را تجربه می‌کنند. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان وجودی بر اضطراب سلامت، احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان انجام شد.

روش کار

این پژوهش از نوع پژوهش‌های کاربردی و نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و یک دوره پیگیری با گروه کنترل است. از سالمندان مقیم خانه‌های سالمندان شهرستان تهران در سال ۱۴۰۰، تعداد ۳۰ نمونه به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل جایگزین شدند. بدین ترتیب که ابتدا برای هر دو گروه پیش‌آزمون اضطراب سلامت، احساس تنهایی و اضطراب مرگ اجرا شد، سپس طرح درمان وجودی برای گروه آزمایش اجرا شد اما برای گروه کنترل، مداخله‌ای اعمال نشد، در نهایت پس‌آزمون و آزمون پیگیری از هر دو گروه به عمل آمد. یافته‌های پژوهش از طریق تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

نتایج

یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین نمرات پس‌آزمون و آزمون پیگیری اضطراب سلامت، احساس تنهایی و اضطراب مرگ در گروه آزمایش کاهش پیدا کرد و نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که مداخله نقاشی درمانی بر کاهش اضطراب سلامت، احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان اثربخش است ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری

با توجه به اثربخشی درمان وجودی، لزوم کاربردی‌ترین درمان وجودی بر مشکلات روانی و عاطفی سالمندان به ویژه کاهش اضطراب سلامتی، احساس تنهایی و اضطراب مرگ ضروری می‌باشد.

کلمات کلیدی

درمان وجودی، اضطراب سلامت، احساس تنهایی، اضطراب مرگ، سالمندان

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

لیلا اسدی^۱

محمدرضا صیرفی^{۲*}

مروارید احدی^۳

اگرچه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.

استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

استادیار روانپزشکی، بیمارستان آموزشی درمانی روانپزشکی رازی، تهران، ایران.

Email: msf_3@yahoo.com

مقدمه

افزایش چشمگیر جمعیت سالمندان در سراسر دنیا پدیده‌ای است که از قرن بیستم آغاز شده و در قرن بیست و یکم که قرن سالخوردگی جمعیت دنیا است، ادامه دارد. تعداد افراد بالای ۶۵ سال به سرعت رو به افزایش است و تخمین زده می‌شود که جمعیت افراد جهان در فاصله سال ۱۹۰۰ تا ۲۰۵۰، یک و نیم برابر و جمعیت سالمندان دو و نیم برابر خواهد شد (۱). سالمندی روندی طبیعی است که از زمان حیات جنین شروع می‌شود و تا زمان مرگ ادامه می‌یابد و به‌طور طبیعی با افول تدریجی عملکرد بیشتر بافتهای بدن تا پایان زندگی همراه است (۲). افراد در دوره سالمندی با مجموعه‌ای از ناتوانی‌های جسمی، روانی و محرومیت‌های اجتماعی مواجه می‌شوند که باید با آنها کنار بیایند (۳). یکی از اختلالاتی که موجب درد و رنج سالمندان می‌شود، اضطراب است (۴). اضطراب یکی از شایعترین بیماریهای قرن حاضر است که ابعاد مختلفی مثل اضطراب حالت، اضطراب صفت، اضطراب سلامت و اضطراب مرگ دارد (۵). با توجه به اینکه سلامت جسمانی برای زنده ماندن ضروری است، سالمندان به دلیل از بین رفتن سلول‌های جوان و همچنین کاهش ایمنی بدن، افکار و نگرانی‌های زیادی در باره سلامتی‌شان دارند (۶). که این افکار و نگرانی‌ها باعث می‌شود تا علائم جسمانی ساده را نیز به عنوان بیماری وخیم تلقی کنند، و دچار اضطراب سلامت^۱ و یا حالت شدیدتر آن اختلال خودبیمارانگاری^۲ شوند (۷). اضطراب سلامت با نگرانیهای مداوم و شدید درباره‌ی سالمندی مشخص می‌شود و در اصطلاح تشخیصی کسانی که بوسیله اضطراب سلامت ناتوان شوند، تشخیص خودبیمارانگاری می‌گیرند (۸). اضطراب سلامت تشخیص جدیدی در آخرین طبقه بندی روانپزشکی آمریکا است که تا حدودی جایگزین اختلال خودبیمارانگاری شده است (۹). یکی از جنبه‌های مبتلا به اضطراب و خودبیمارانگاری این است که اضطراب سلامتی آنقدر زیاد است که اطمینان‌دهی فقط تسکین موقتی خواهد داشت. سالمندان ممکن است

پذیرند که ترس‌هایشان افراطی است ولی نمی‌پذیرند که پزشک به آنها اطمینان داده که مشکلی ندارند. تحقیقات مربوط به شیوع خودبیمارانگاری نسبت به تحقیقات انجام گرفته بر روی سایر اختلالات ذهنی کمتر است (۱۰). آمار نشان می‌دهد که ۴ تا ۵ درصد از بیماران در مطب‌های پزشکی عمومی دچار خودبیمارانگاری هستند. ۱۰ درصد دیگر از آنها علائمی از خودبیمارانگاری را دارند و به‌طور کامل به این اختلال مبتلا نیستند (۱۱). در پژوهش کورف و همکاران (۱۲) گزارش شده که خودبیمارانگاری و اضطراب فراگیر ارتباط قوی با درد مزمن دارد. اغلب افراد مبتلا به اضطراب، از خودبیمارانگاری و درد رنج می‌برند. همچنین پژوهشی نشان داد که اضطراب سلامت در سالمندان به میزان معنی‌داری زیاد است (۱۳).

یکی دیگر از مسائل روانی که در سالمندان بالا گزارش شده است، احساس تنهایی می‌باشد (۱۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که محرومیت از فعالیت‌های اجتماعی، سالمندان را برای ابتلا به افسردگی مستعد می‌کند و سبب افزایش احساس تنهایی در آنها می‌شود (۱۵). تنها بودن به معنای آن است که فرد از دیگران جدا باشد؛ اما احساس تنهایی به احساس فرد اشاره دارد. بنابراین تنها بودن ممکن است همراه احساس تنهایی باشد یا نباشد. احساس تنهایی تجربه‌ای آزاردهنده و پریشان کننده است که مشکلات روانشناختی و جسمانی شدیدی را به دنبال دارد. به عبارت دیگر احساس تنهایی، مجموعه‌ای پیچیده از احساس‌ها و شناخت‌ها، پریشانی‌ها و تجربه هیجان-های منفی است که از کمبودهای ادراک شده فردی در روابط خصوصی و اجتماعی ناشی می‌شود (۱۶). افرادی که از احساس تنهایی بالا رنج می‌برند در مدت طولانی توانایی‌های جسمانی، روانشناختی و عاطفی‌شان کمتر می‌شود و توان آنها در جهت مقابله با مشکلات رایج در زندگی کاهش می‌یابد (۱۷).

² hypochondriasis¹ health anxiety

اصلی که در این رویکرد به آن‌ها توجه می‌شود عبارتند از: مرگ، آزادی، تنهایی، بی‌معنایی (۲۴). نظریه پردازان اصالت وجود، مرگ را به عنوان لازمه کشف معنا و هدف زندگی تلقی می‌کنند. شناخت مرگ دیدگاهی درباره زندگی ایجاد می‌کند و به شخص کمک می‌کند تا اصیل‌تر زندگی کند. افسردگی مرگ، اشخاص را برمی‌انگیزاند تا مسئولیت‌پذیر باشند و به فرصت‌هایی که زندگی به آن‌ها می‌دهد واکنش مثبت نشان دهند (۲۵). پژوهش خضری مقدم و همکاران (۲۱) نشان داد که درمان وجودی بر بهبود امید به زندگی و افسردگی سالمندان تاثیر مثبتی دارد. پژوهش مارسا و همکاران (۲۲) نیز نشان داد که درمان وجودی بر افزایش روحیه سالمندان موثر است. عین بیگی، سلیمانان و جاجرمی (۲۶) نشان دادند که درمان وجودی بر افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی در سالمندان موثر است. راتانشورن و برائون (۲۷) در پژوهشی به تاثیر درمان وجودی بر احساس تنهایی پرداختند که این پژوهش نشان داد که با استفاده از درمان وجودی بر احساس تنهایی افراد غلبه کرد و بدین ترتیب زمینه ساز بهبود سلامت روان آنها شد. یک پژوهش نیز نشان داد که گروه درمانی وجودی بر درمان اضطراب وجودی موثر است (۲۸).

همانطور که بیان شد از مشکلات روانشناختی عمده سالمندان مطابق با شواهد پژوهشی، اضطراب سلامت، احساس تنهایی و اضطراب مرگ است. مرور پژوهش‌ها نشان از آن دارد که درمان وجودی بر طیف گسترده‌ای از متغیرهای روانشناختی تاثیر دارد اما در زمینه تاثیر آن بر سالمندان اضطراب سلامت، احساس تنهایی و اضطراب مرگ پژوهش محدود است. در کل می‌توان گفت سالمندان بیشتر از افراد دیگر نیازمند دریافت کمک‌های روانشناختی برای کنار آمدن به احساس تنهایی و اضطراب ناشی از نزدیک شدن به مرگ می‌باشند، و از آنجا که در زمینه اثربخشی درمان وجودی بر سالمندان شکاف پژوهشی وجود دارد، هدف پژوهش حاضر تعیین

مطابق با شواهد پژوهشی، یکی دیگر از مسائل سالمندان، اضطراب مرگ^۱ است (۱۸). اضطراب مرگ مفهومی چندبعدی دارد و اغلب به عنوان ترس از مردن خود و دیگران تعریف می‌شود. اضطراب مرگ، پیشبینی مرگ خود و ترس از فرایند مرگ و مردن در مورد افراد مهم زندگی است (۱۹). اضطراب مرگ در زندگی اغلب افراد وجود دارد و بر اساس سن، جنسیت، وضعیت روانی و اعتقادات مذهبی در افراد متفاوت است. نگرانی‌ها درباره مرگ ممکن است کیفیت زندگی را به طور منفی تحت تاثیر قرار دهد (۲۰).

با توجه به این که حالات روانشناختی سالمندان نظیر شیوع اضطراب سلامتی، احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سالمندان می‌تواند بر بیماری‌های جسمی آنان تاثیر بگذارد و رشد آن را تسریع کند، مشاوره و روش‌های روان‌درمانی متفاوتی برای تسکین آلام روانی سالمندان در چند سال اخیر متداول شده است (۲۱). بنابراین لزوم مداخلات روانشناختی در این موارد ضروری به نظر می‌رسد که از این مداخلات مهم و مورد توجه در پژوهش حاضر درمان وجودی^۲ است که می‌تواند در زمینه‌ی بهبود سلامت روانی و غنی‌سازی زندگی سالمندان تاثیرگذار باشد، درمان وجودی است (۲۲).

درمان وجودی ساختار مطلوبی برای کار روی مسائل وجودی مراجعان است که سؤال‌های عمیقی را درباره‌ی ماهیت وجودی انسان، اضطراب، ناامیدی، تنهایی و انزوا مطرح می‌کند و به جای سلب اختیار فرد، بر رابطه‌ی مراجع و درمانگر، مواجهه‌ی صادقانه، و تغییر به عنوان یک عمل شجاعانه، و کار از سوی مراجع تاکید می‌کند (۲۳). این شیوه درمان بر ابعاد بین‌فردی و فرافردی انسان تمرکز می‌کند و سعی دارد جهان‌بینی فرد را هدف قرار دهد و به آن دست یابد. دستیابی به چنین هدفی نیازمند تمرکز بر روشنگری و فهم عقاید و ارزش‌های شخصی و آشکارسازی مکنونات و ناگفته‌هاست. این رویکرد درصدد است فرد را قادر سازد که آگاهانه‌تر، با اصالت‌تر و هدفمندانه‌تر زندگی کند و بتواند محدودیت‌ها و تضادهای وجود انسان را بپذیرد. چهار مقوله

² existentialism treatment

¹ thanatophobia

اثربخشی درمان وجودی بر اضطراب سلامت، احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان بود.

روش کار

این پژوهش از نوع پژوهش‌های کاربردی و نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایش و گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی سالمندان مقیم خانه‌های سالمندان شهرستان تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. از جامعه مذکور، ۳۰ نمونه به صورت در دسترس از طریق فراخوان انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل جایگزین شدند؛ ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از دارا بودن حداقل ۶۰ سال سن، عدم شرکت همزمان در دوره درمانی دیگر، برخوردار بودن از قدرت شنوایی و بینایی قابل قبول، عدم ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی و اختلالات شناختی مثل دمانس و آلزایمر، داشتن رغبت و رضایت برای شرکت در پژوهش، عدم اعتیاد به هرگونه مواد مخدر و محرک و عدم ابتلا به بیماری‌های لاعلاج یا صعب‌العلاج. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از غیبت بیش از دو جلسه در مداخله درمانی، اقدام به مصرف داروهای مرتبط با اعصاب و روان، انصراف از شرکت در دوره درمانی. بدین ترتیب که ابتدا برای هر دو گروه پیش‌آزمون اضطراب سلامت، احساس تنهایی و اضطراب مرگ اجرا شد، سپس طرح درمان وجودی برای گروه آزمایش اجرا شد اما برای گروه کنترل، هیچگونه مداخله‌ای اعمال نشد. به منظور رعایت مسائل اخلاقی پژوهش، رضایت‌نامه‌ای تهیه شد که در آن به صورت کلی هدف پژوهش توضیح داده شده بود. درباره محرمانه بودن پرسشنامه‌ها و نتایج آنها به آزمودنی‌ها توضیحات لازم داده شد؛ در انتها به منظور رعایت اخلاق پژوهشی، بعد از اتمام مرحله اجرای پژوهش مداخله درمان وجودی برای گروه کنترل نیز اعمال شد. بلافاصله بعد از اتمام مداخلات برای گروه آزمایش، پس‌آزمون پرسشنامه‌های پژوهش برای هر سه گروه اجرا شد. سپس به منظور سنجش پایداری نتایج، ۲ ماه بعد از اتمام پس‌آزمون،

آزمونی با عنوان آزمون پیگیری انجام شد. در نهایت با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به تحلیل یافته‌ها پرداخته شد.

ابزار

پرسشنامه اضطراب سلامتی: پرسشنامه اضطراب سلامت (HAI-18) برای سنجش اضطراب سلامت استفاده می‌شود. فرم کوتاه این پرسشنامه توسط سالکوسیس و وارویک در سال ۲۰۰۲ طراحی شده است که مشتمل بر ۱۸ سؤال است. نمره گذاری این پرسشنامه به صورت لیکرت چهار درجه‌ای است که از صفر تا سه نمره گذاری می‌شود، نمره بالاتر نشان‌دهنده اضطراب سلامتی بالاتر است. این پرسشنامه دارای سه عامل به نام‌های ابتلا به بیماری، پیامدهای بیماری و نگرانی کلی سلامتی می‌باشد. اعتبار آزمون-بازآزمون این پرسشنامه ۰/۹۰ به دست آمد و ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (۲۹). در سال ۱۳۹۰ پرسشنامه بین ۳۷۵ آزمودنی از بین معلمان اندیشک اجرا شد که اعتبار این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد که حاکی از پایایی رضایتبخش پرسشنامه اضطراب سلامت می‌باشد (۳۰).

پرسشنامه احساس تنهایی: این پرسشنامه در سال ۱۳۸۶ توسط دهشیری و همکاران ساخته شد و دارای ۳۸ سؤال است. طیف مورد استفاده در پرسشنامه بر اساس طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت می‌باشد (شامل: خیلی کم، کم، تا اندازه‌ای، زیاد و خیلی زیاد). دامنه تغییرات نمرات این پرسشنامه بین ۳۸ تا ۱۹۰ است که نمره بالاتر نشان‌دهنده احساس تنهایی بیشتر است. ضریب پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است. همچنین روایی همگرا و واگرایی مقیاس از طریق محاسبه همبستگی آن با نمرات مقیاس احساس تنهایی UCLA و مقیاس شادکامی آکسفورد به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۶۸ گزارش شده است. روایی سازه مقیاس نیز از طریق تحلیل عاملی تایید شده است (۳۱). قابل ذکر است که پایایی مقیاس در پژوهش میکائیلی و همکاران (۱۳۹۱) با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد (۳۲).

آمده در مورد روایی و پایایی مقیاس اضطراب مرگ نشان می‌دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی برخوردار است. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های خارجی و داخلی مورد تایید قرار گرفته است؛ در پژوهش شفایی و همکاران (۳۳) از تعیین ضریب همسانی درونی یا آلفای کرونباخ نیز به منظور بررسی پایایی مقیاس اضطراب مرگ استفاده شد که مقدار ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب مرگ: تمپلر این پرسشنامه را در سال ۱۹۷۰ ساخت و شامل ۱۵ ماده است که نگرش آزمودنی‌ها را به مرگ می‌سنجد. آزمودنیها پاسخهای خود را به هر سؤال با گزینه‌های بلی یا خیر مشخص می‌کنند. پاسخ بلی نشاندهنده وجود اضطراب در فرد است. به این ترتیب نمره‌های این مقیاس بین صفر تا ۱۵ متغیر است که نمره بالا معرف اضطراب زیاد افراد در مورد مرگ است. بررسی‌های به عمل در مان وجودی

جدول ۱. خلاصه درمان وجودی

جلسه اول	در این جلسه برای اولین بار گروه به طور رسمی فعالیت خود را شروع می‌کند. در جوی دوستانه، گروه با یکدیگر آشنا می‌شوند و با همکاری همدیگر شروع به تدوین قوانینی برای گروه می‌کنند. هدف از این جلسه آشنایی رهبر و اعضا با همدیگر و بیان قوانین و دلایل تشکیل گروه است. در پایان جلسه به عنوان تکلیف جلسه ی اول از هر یک اعضا خواسته شد تا در برگ‌های مخصوص، ویژگی‌ها و خصوصیات و صفات مربوط به خود را مشخص کنند.
جلسه دوم	ابتدا مرور اجمالی جلسه ی اول، بررسی تکلیف ارائه شده، به چالش کشاندن پاسخ اعضا به سوال "من چه کسی هستم" و پس از آن بحث در مورد مفهوم خودآگاهی در گروه. هر یک از اعضا نظرهای خود را درباره ی آن بیان می‌کنند و از دیدگاه وجودی خود آگاهی بررسی می‌شود. سرانجام تکلیفی متناسب با بحث جلسه به اعضا ارائه می‌شود.
جلسه سوم	پرداختن به تکلیف و مباحث جلسه ی قبل، اجرای فن "خط عمر" توسط همه اعضا و گفتگو درباره ی آن، بررسی تفکر و نگرش اعضا نسبت به مرگ و نیستی، به چالش کشاندن نگرش اعضا توسط رهبر، جمع بندی و ارائه تکلیف. از اعضا خواسته می‌شود برای جلسه آینده از دید پدیدارشناختی خود توصیفی از ویژگی‌های مرگ را بیان کنند.
جلسه چهارم	مرور تکالیف و مباحث جلسه قبل، بررسی تجارب اعضا درباره فقدان و سوگ و ارائه بازخورد، مواجهه تجسمی اعضا با مرگ، تشریح نقش مرگ در زندگی توسط رهبر گروه و مشارکت اعضا، خلاصه کردن و جمع بندی جلسه، برای جلسه آینده از اعضا خواسته می‌شود تا اعلامیه فوتی را از مرگ خود یا یک عزیز برای هفته آینده طراحی کنند.
جلسه پنجم	بررسی تکلیف داده شده، بررسی پاسخ اعضا به سوال های "آیا من انسان تنهایی هستم؟" و "آیا" تنهایی رنج آور است؟" بحث در این باره و ارائه بازخورد، پرداختن به تجارب اعضا درباره احساس تنهایی، جمع بندی مباحث جلسه.
جلسه ششم	پرداختن به سوال "من برای چه زندگی میکنم؟" و "من برای چه کسی زندگی می‌کنم؟" آیا "زندگی دارای هدف و معنا است؟" و تبادل نظر بین اعضا و تجارب هر یک از اعضا درباره احساس پوچی و بیهودگی، جمع بندی مباحث جلسه.
جلسه هفتم	اعضا در مورد مسائلی که می‌تواند بر افکار و احساسات فرد موثر باشد به گفتگو می‌نشینند از تصویر سازی ذهنی استفاده می‌شود و به این ترتیب از اعضا خواسته می‌شود تا یکی از موقعیت‌های موفقیت آمیز یا شکست و ناکامی خود را تصور کنند و احساس خود را در این باره بیان کنند و به دنبال آن حس مسئولیت پذیری و فردیت را تجربه کنند. و در نهایت نتیجه گیری با کمک اعضا صورت می‌گیرد.
جلسه هشتم	احساس های ادراک شده و بیان شده را تک تک به اشتراک گذاشته و آنها را در نقاط مختلف بدن شناسایی و تجربه می‌کنند و بدین صورت با بدن ارتباط برقرار می‌کنند و در مورد بیماری های مختلف در نقاط مختلف بدن و اضطراب ابتلا به آنها گفتگو می‌کنند.
جلسه نهم	درباره اضطراب ابتلا به بیماری‌ها و بیماری‌های مزمن صحبت می‌شود و با شناخت و آگاهی بدنی و ذهنی بصورت همزمان به تحلیل اضطراب می‌پردازند.
جلسه دهم	تشریح مباحث مطرح شده در جلسات گذشته توسط اعضا، تبیین ارتباط و پیوند بین مفاهیم خود آگاهی، تنهایی، بدن آگاهی، آزادی و مسئولیت، مرگ و بی‌معنایی تسط رهبر و اعضا اشاره به فرایند گروه از آغاز تا پایان و ساختن معنای جدید در انتهای جلسه.

نتایج

۶۴/۱۶ (با انحراف معیار ۷/۳۲)، بدست آمد، نتایج مقایسه میانگین‌های سنی به روش تحلیل واریانس نشان داد این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار نیست.

در این پژوهش ۳۰ سالمند در دو گروه آزمایش و کنترل مشارکت داشتند که میانگین سن گروه کنترل ۶۴/۸۹ (با انحراف معیار ۶/۴۳) و گروه درمان وجودی (آزمایش)

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه	آزمون	میانگین	انحراف معیار
اضطراب سلامت	کنترل	پیش‌آزمون	37.20	5.99
		پس‌آزمون	36.92	5.58
		پیگیری	37.00	5.44
	درمان وجودی	پیش‌آزمون	38.00	5.41
		پس‌آزمون	30.60	4.77
		پیگیری	30.40	4.04
احساس تنهایی	کنترل	پیش‌آزمون	131.73	12.99
		پس‌آزمون	130.74	13.58
		پیگیری	131.13	12.44
	درمان وجودی	پیش‌آزمون	136.20	12.41
		پس‌آزمون	111.00	12.77
		پیگیری	110.13	12.04
اضطراب مرگ	کنترل	پیش‌آزمون	9.60	2.12
		پس‌آزمون	9.46	1.65
		پیگیری	9.46	1.98
	درمان وجودی	پیش‌آزمون	9.86	1.41
		پس‌آزمون	5.40	1.54
		پیگیری	5.06	1.89

همانطور که در جدول مشخص است میانگین اضطراب سلامت، احساس تنهایی و اضطراب مرگ درمان وجودی در مرحله پس‌آزمون و آزمون پیگیری نسبت به پیش‌آزمون

کاهش یافته است و بین پس‌آزمون و آزمون پیگیری تفاوت محسوس نیست؛ اما در نمرات سه نوبت آزمون گروه کنترل تفاوت خیلی جزئی بود.

جدول ۳. نتایج اندازه‌گیری مکرر برای بررسی درمان وجودی بر اضطراب سلامت، احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان

اثر	مقدار	F	DF	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	مجذور ای‌تا
اضطراب	عامل مکرر	52.924	2.000	27.000	.000	.797
سلامت	تعامل گروه با عامل مکرر	46.213	2.000	27.000	.000	.774
احساس	عامل مکرر	37.034	۲	۲۷	.000	.733
تنهایی	تعامل گروه با عامل مکرر	35.790	۲	۲۷	.000	.726
اضطراب	عامل مکرر	59.085	۲	۲۷	.000	.814
مرگ	تعامل گروه با عامل مکرر	52.792	۲	۲۷	.000	.796

($P < .01$). با توجه به اندازه اثر در متغیرهای اضطراب سلامتی ۰/۸۱، متغیرهای اضطراب سلامتی ۰/۷۷ و متغیرهای اضطراب سلامتی ۰/۴۱ مشخص است که تأثیر مداخله

مطابق با نتایج گزارش شده در جدول ۳ مشخص است که آزمون چند متغیره لامبدای ویلکز حاکی از معنی‌داری واریانس عامل تعامل گروه و زمان در هر سه متغیر است

پیگیری) از مقایسه زوجی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

درمان وجودی بر کاهش اضطراب سلامت، احساس تنهایی و اضطراب مرگ مثبت و معنی دار است. به منظور مقایسه نتایج در مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و آزمون

جدول ۴. مقایسه زوجی نمرات میانگین اضطراب سلامت، احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سه مرحله زمانی

متغیر	زمان الف	زمان ب	تفاوت میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری
اضطراب سلامت	پیش آزمون	پس آزمون	3.833*	.366	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون	- 3.833*	.366	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون	.067	.105	000/1
احساس تنهایی	پیش آزمون	پس آزمون	13.100*	1.521	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون	- 13.333*	1.522	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون	.233	.232	971/
اضطراب مرگ	پیش آزمون	پس آزمون	2.767*	.227	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون	- 2.467*	.224	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون	.167	.116	487/

درمان وجودی بر کاهش اضطراب سلامت، احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان داشت. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های پژوهش خضری مقدم و همکاران (۲۱)، مارسا و همکاران (۲۲)، عین بیگی، سلیمانان و جاجرمی (۲۶)، راتانشورن و برائون (۲۷) و بیورب و همکاران (۳۴) همسو بود.

در تبیین تاثیر درمان وجودی بر اضطراب سلامتی سالمندان می توان گفت که درمان وجودی با تاکید بر پذیرش رنج به عنوان بخش جدایی ناپذیر زندگی هر فرد، آزادی انتخاب در شرایطی که انتخاب بین گزینه‌های مطلوب نیست، بلکه انتخاب بین گزینه‌های نامطلوب می‌باشد را مهیا می‌سازد. در نتیجه، فرد با اطمینان دست به انتخاب می‌زند و مسئولیت انتخاب خود را می‌پذیرد و از این طریق امید، صبر، اراده، جرأت‌مندی و تاب‌آوری وی در برابر مشکلات افزایش می‌یابد. همچنین، این شیوه درمانی باعث ایجاد تغییرات عمیق در بینش آزمودنی‌ها نسبت به زندگی و معنا بخشیدن به زندگی با وجود بیماری و مشکلات می‌شود. بر مبنای

مطابق با یافته‌های گزارش شده در این جدول مشخص است که بین میانگین پیش آزمون و پس آزمون، میانگین پیش آزمون و پیگیری از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < .01$). بطوریکه میانگین پس آزمون و پیگیری از میانگین پیش آزمون به لحاظ آماری در متغیر اضطراب سلامت، احساس تنهایی و اضطراب مرگ پایینتر است. همچنین بین میانگین نمرات پس آزمون و نمرات میانگین آزمون پیگیری به لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد که نشان از پایداری نتایج متاثر از مداخله درمانی بر اثر گذشت زمان دارد. بنابراین درمان وجودی بر کاهش اضطراب سلامت، احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان تاثیر گذاشته است و این اثر بر اثر زمان پایدار مانده است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تعیین بررسی اثربخشی درمان وجودی بر اضطراب سلامت، احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان انجام شد که نتایج نشان از تاثیر معنی‌دار و پایدار رویکرد

پژوهش مقدسی و منشی (۲۸) درمان وجودی از دو عنصر مهم مواجهه و درون‌نگری وجودی سود می‌برد. مواجهه افراد با دیگران در این روش راهی برای دیدن واقعیت هستی و برقراری ارتباطی صادقانه، مسئولانه و امن با سایر اشخاص است و از آنجا که اضطراب سلامتی ناشی از گریز و عدم مواجهه با ماهیت نامعین هستی و سایر انسانها است، لذا از این طریق، درمان می‌تواند با افزایش شجاعت مواجهه و زیستن در هستی به کاهش اضطراب سلامتی کمک کند. همچنین سالمندان در طی درمان وجودی یاد می‌گیرند که معنایی برای زندگی خود (حتی در سنین سالمندی و داشتن مسائل جسمانی متعدد) بیابند، هدفی را برای خود انتخاب کنند، از فرصت‌های زندگی حداکثر بهره را ببرند و مسئولانه، مسئولیت رفتارهای خود که منجر به بیماری و مشکلات شده را بپذیرند (۳۵-۳۴)، لذا این عوامل باعث می‌شوند که درمان وجودی باعث کاهش اضطراب سلامتی در سالمندان شود.

در تبیین تاثیر درمان وجودی بر احساس تنهایی سالمندان می‌توان گفت که بالا بودن احساس تنهایی سالمندان ساکن خانه سالمندان می‌تواند ناشی از انزوای اجتماعی آنان باشد. ناتوانی در دست یابی به حمایت‌های عاطفی و اجتماعی بیرونی که اضطراب گسترده‌ای را به همراه دارد، به تدریج سبب می‌شود که فرد نسبت به قابلیت‌های خود برای ایجاد روابط اجتماعی مورد نیازش دچار تردید شود، اطمینان لازم برای درگیر شدن در موقعیت‌های اجتماعی را از دست بدهد و قادر به تأمین نیازهای اجتماعی‌اش نباشد که نتیجه چنین وضعیتی فرورفتن بیشتر در احساس‌های عمیق و ناخوشایند تنهایی است (۳۲). سالمندان طی درمان وجودی یاد می‌گیرند که معنایی برای زندگی خود بیابند (۲۸)، روان‌درمانی وجودی که رویکرد فلسفی درباره مردم و وجودشان دارد به مضامین و موضوعات مهم زندگی می‌پردازد. این رویکرد بیشتر نوعی نگرش نسبت به برخی مضامین محسوب می‌شود تا یک رشته فنون و روش. این مضامین عبارتند از: اصالت، دروغ، همدلی، مرگ و زندگی، آزادی، مسئولیت‌پذیری در قبال خود و دیگران، معنایابی و کنارآمدن با بی‌معنایی (۲۵). رویکرد

وجودی بیش از رویکردهای دیگر به آگاهی انسان‌ها در مورد خودشان می‌پردازد و آنان را به گونه‌ای هدایت می‌کند تا آن سوی مشکلات و وقایع را ببینند (۲۲). در این این رویکرد درمانی سالمندان با توانمندی خود و همچنین توانایی فرد در نگرستن به ماورای مشکلات خویش و مسائل وجودی می‌پردازد. همچنین از تکنیک‌های مهم این رویکرد عمق بخشیدن به روابط صمیمانه و صادقانه با دیگران است. در این رویکرد تلاش نمی‌شود درد و رنج انسان از بین برود، زیرا زندگی انسان ماهیتاً توأم با رنج است. در عوض به انسان‌ها کمک می‌شود، با پذیرش واقعیت درد و رنج برای دردهای زندگی معنا بیابند که در این صورت دردها لذت بخش خواهند شد و با به کارگیری تکنیک‌های روابط صمیمانه و فرانگرش نسبت به خود، احساس تنهایی سالمندان کاهش پیدا می‌کند.

در نهایت در تبیین اثربخشی درمان وجودی بر اضطراب مرگ سالمندان می‌توان گفت که اضطراب مرگ در سالمندان به دلیل کاهش اعتماد به نفس، مشکلات جسمانی، ابتلا به بیماری‌های مزمن و کاهش استقلال مالی بالاست (۱). در درمان وجودی تلاش شد تا با بررسی تفکر و نگرش اعضا نسبت به مرگ و نیستی، تجارب سالمندان درباره فقدان و سوگ و ارائه بازخورد، مواجهه تجسمی سالمندان با مرگ، تشریح نقش مرگ در زندگی توسط درمانگر، سالمندان نسبت به اضطراب خود و همچنین با مفهوم مرگ آگاهی پیدا بکنند. مهمترین هدف درمان وجودی وجودی کمک به مراجع در به دست آوردن معنایی در زندگی به عنوان راهی برای کاهش اضطراب ناشی از تهدید فانی شدن است (۲۷). این امر معمولاً در دو مرحله کامل می‌شود. در مرحله اول، مراجع باید به آزادی انتخاب خود یعنی توان انتخاب آنچه برایش درست و آنچه که نادرست است، پی‌ببرد. این آزادی باید پشت سر گذاشتن تمامی محدودیت‌های گوناگون فکری از قبیل اعتقاد داشتن به اینکه تنها عقیده القا شده از طرف والدین درست است به طور کامل شناخته شود. پس از اینکه مراجع این آزادی و مسئولیت‌های ناشی از آن را

مهمترین محدودیت این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی بود. همچنین محدود بودن به سالمندان مقیم سرای سالمندان تهران بود که تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش را به سایر گروه‌های سنی و حتی سایر سالمندان محدود می‌کند. استفاده صرف از پرسشنامه خودگزارشی دیگر محدودیت پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود جهت تعمیم‌پذیری بهتر و عمق بخشیدن به نتایج، در پژوهش‌های آتی از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود و همچنین در کنار پرسشنامه از مصاحبه نیز استفاده شود.

پذیرفت، به مرحله دوم وارد می‌شود. در این مرحله مراجع می‌آموزد تا با تشخیص نیاز خود به بررسی تاثیر پیامدها انتخاب هایش بر وجود خود، مسئولیت تصمیم‌گیری هایش را بپذیرد. در نتیجه بر تشخیص اهمیت مسئولیت، آگاهی، آزادی و توان بالقوه تاکید می‌گردد (۳۶)، از این طریق بعد از آگاه شدن سالمندان نسبت به اضطراب‌های خود و منشأ آن و همچنین ارائه تکنیک‌های آن اضطراب مرگ سالمندان کاهش پیدا می‌کند.

References

- Ghadampour E, Rashidi F, Yousefvand M, Enayati B, Maleki S. The Efficacy was based on acceptance and commitment to change self-compassion and emotion regulation in couples with depression. *Journal of Psychological Studies*. 2019 Apr 21;15(1):113-30.
- Aranda-Salazar C, Mendoza-Ramos J, Soto A. Letter to editor: Clinically relevant drug–drug interactions among elderly people with dementia. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2019 Sep;75(9):1319-
- Crain, W. *Theories of development: concepts and applications*. London and New York: Routledge. 2016.
- Yildirim H, İşik K, Aylaz R. The effect of anxiety levels of elderly people in quarantine on depression during covid-19 pandemic. *Social Work in Public Health*. 2021 Feb 17;36(2):194-204.
- LeDoux JE, Pine DS. Using neuroscience to help understand fear and anxiety: a two-system framework. *American journal of psychiatry*. 2016 Sep 9(11): 1083-1093.
- Looper KJ, Kirmayer LJ. Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychological Medicine*. 2001 May;31(4):577-84.
- Duholm CS, Højgaard DR, Skarphedinsson G, Thomsen PH, Rask CU. Health anxiety symptoms in pediatric obsessive–compulsive disorder: patient characteristics and effect on treatment outcome. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2021 Apr 16:1-2.
- Tang NK, Salkovskis PM, Poplavskaya E, Wright KJ, Hanna M, Hester J. Increased use of safety-seeking behaviors in chronic back pain patients with high health anxiety. *Behaviour Research and Therapy*. 2007 Dec 1;45(12):2821-35.
- Tyrer, P., Tyrer, H. The departure of hypochondriasis is no loss. *Aust. N. Z. Journal of Psychiatry*. 2014; 48: 772–773.
- Bakan AB, Arlı SK, Yıldız M. Relationship between religious orientation and death anxiety in elderly individuals. *Journal of religion and health*. 2019 Dec;58(6):2241-50.
- Boudouda NE, Gana K. Validity Evidence for the Arabic Version of the Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits (MIHT). *Current Psychology*. 2020 Mar 9:1-0.
- Von Korff M, Crane P, Lane M, Miglioretti DL, Simon G, Saunders K, Stang P, Brandenburg N, Kessler R. Chronic spinal pain and physical–mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *Pain*. 2005 Feb 1;113(3):331-9.
- Meng F, Guo X, Zhang X, Peng Z, Lai KH. Examining the role of technology anxiety and health anxiety on elderly users' continuance intention for mobile health services use. In *Proceedings of the 53rd Hawaii International Conference on System Sciences* 2020 Jan 7.
- Rivero Jiménez B, Conde-Caballero D, Juárez LM. Loneliness among the elderly in rural contexts: a mixed-method study protocol. *International Journal of Qualitative Methods*. 2021 Feb 27;20:1609406921996861.
- Isik K, Başoğlu C, Yildirim H. The relationship between perceived loneliness and depression in the elderly and influencing factors. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2020 Jul 5;57(1):351-7.
- Wiseman H, Mayseless O, Sharabany R. Why are they lonely? Perceived quality of early relationships with parents, attachment, personality predispositions and loneliness in first-year university students. *Personality and individual differences*. 2006 Jan 1;40(2):237-48.

17. Domènech-Abella J, Lara E, Rubio-Valera M, Olaya B, Moneta MV, Rico-Urbe LA, Ayuso-Mateos JL, Mundó J, Haro JM. Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2017 Apr;52(4):381-90.
18. Peng, H., Han, L., & Wang, Y. The Relationship among the Old People's Health Perception, Self-Esteem and Thanatophobia. 2018.
19. Gire J T. How death imitates life: Cultural influences on conceptions of death and dying. *Reading in Psychology and Culture*, 2002; 15(2): 30-44.
20. Sinoff G. Thanatophobia (death anxiety) in the elderly: The problem of the child's inability to assess their own parent's death anxiety state. *Frontiers in Medicine*. 2017:11.
21. Khezri Moghadam N, Vahidi S, Ashormahani M. Efficiency of Cognitive-Existential Group Therapy on Life Expectancy and Depression of Elderly Residing in Nursing Home. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2018; 13 (1) :62-73
22. Marsa R, Bahmani B, Naghiyae M, Barekati S. The effectiveness of cognitive-existential group therapy on reducing demoralization in the elderly. *Middle East Journal of Family Medicine*. 2017;7(10):42.
23. Corsini, R.J. *Handbook of Innovative Therapies* (2nd Ed.). New York: John Wiley. 2008.
24. Kissane DW, Love A, Hatton A, Bloch S, Smith G, Clarke DM, Miach P, Ikin J, Ranieri N, Snyder RD. Effect of cognitive-existential group therapy on survival in early-stage breast cancer. *Journal of clinical oncology*. 2016 Sep 21.
25. Kissane DW, Bloch S, Smith GC, Miach P, Clarke DM, Ikin J, Love A, Ranieri N, McKenzie D. Cognitive- existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psycho- Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2003 Sep;12(6):532-46.
26. Einbeigi A, Soleimani A A, Jajarmi M. Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Existentialism Therapy on Increasing Improving Cognitive Flexibility in the Elderly. *JNKUMS*. 2021; 13 (1) :85-92
27. Ratanashevorn R, Brown EC. "Alone in the Rain (bow)": Existential Therapy for Loneliness in LGBTQ+ Clients. *Journal of LGBTQ Issues in Counseling*. 2021 Feb 1;15(1):110-27.
28. Moghaddasi R, Manshaei Gh. Comparing the effectiveness of existential group therapy with group art therapy on reducing ontological anxiety. *Researches in clinical psychology and counseling*, 2014; 5(2): 122-135.
29. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark D. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*. 2002 Jul;32(5):843-53.
30. Davoodi I, Nargesi F, Mehrabizadeh M. Dysfunctional beliefs and personality traits in teachers with and without health anxiety. *Jentashapir*, 2012; 3 (4): 21-34.
31. Dehshiri Gh, Borjali M, Sheykhi M, Habibi M. Construction and validation of loneliness scale among students. *Journal of Psychology*, 2009; 296, 47
32. Mikaeili N, Rajabi S, Abbasi M. Comparison of feelings of loneliness, mental health and self-efficacy in the elderly. *New findings in psychology*, 2013; 7 (22), 73-81.
33. Shafaii M, Payami M, Amini K, Pahlevan S. The relationship between death anxiety and quality of life in hemodialysis patients. *Journal of Hayat*. 2017; 22 (4) :325-338
34. Bauerib, N., Obermaier, S., Ozunal, S. E., & Baumeister, H. 2018. Effects of existential interventions on spiritual, psychological, and physical well-being in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psycho-Oncol*. 27, 2531-2545.
35. Shirali S, DashtBozorgi Z. Effect of existential group therapy on distress tolerance, existential anxiety, meta-worry and health worry in elderly women with cardiovascular disease. *Cardiovascular Nursing*. 2019; 7 (4): 24-33.
36. Buffardi G. The existential processing of archetypes: Some prospects for recognition and elaboration in existential therapy. *Journal of Humanistic Psychology*. 2021 Sep;61(5):733-44.

Original Article

The Effectiveness of Existential Therapy on Health Anxiety, Loneliness and Death Anxiety in the Elderly

Received: 29/06/2022 - Accepted: 24/07/2022

Leyla Asadi¹
Mohammad Reza Seyrafi*²
Morvarid Ahadi³

¹ Department of Psychology, UAE
Branch, Islamic Azad University,
Dubai, UAE.

² Assistant Professor, Department of
Psychology, Karaj Branch, Islamic
Azad University, Karaj, Iran.

³ Assistant Professor of Psychiatry,
Razi Psychiatric Hospital, Tehran,
Iran.

Email: msf_3@yahoo.com

Abstract

Introduction

A review of research shows that the elderly usually experiences more health anxiety, loneliness, and death anxiety. The aim of this study was to determine the effectiveness of existential therapy on health anxiety, loneliness and death anxiety in the elderly.

Material and Method

This research is an applied and quasi-experimental research with a pre-test-post-test design and a follow-up period with a control group. From the statistical population of the elderly living in nursing homes in Tehran in 1400, 30 samples were selected by convenience sampling and randomly replaced in two experimental groups and control group. Thus, first the health anxiety, loneliness and death anxiety tests were performed for both groups, then the existential treatment plan was performed for the experimental group, but no intervention was applied for the control group. Finally, the post-test and follow-up test were performed. Both groups performed. Findings were analyzed by repeated measures analysis of variance.

Results

The results showed that the mean scores of post-test and follow-up test of health anxiety, loneliness and death anxiety in the experimental group decreased and the results of repeated measures analysis of variance showed that painting therapy intervention reduced anxiety. Health, loneliness and death anxiety of the elderly are effective ($p < 0.001$).

Conclusion

Considering the effectiveness of existential therapy, the necessity of using existential therapy on psychological and emotional problems of the elderly, especially reducing health anxiety, loneliness and death anxiety is essential.

Key words

Existential therapy, Health anxiety, Loneliness, Death anxiety, Elderly

Acknowledgement: There is no conflict of interest