



## Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Mindfulness Training on Death Anxiety and Feelings of Emptiness in Elderly Women with Hypochondriasis

Zahra Marammazipour<sup>1</sup>, Ali Naghi Aghdasi<sup>2</sup>, Amir Panah Ali<sup>3</sup>

1. Department of Psycholog, Ta.C., Islamic Azad University, Tabriz, Iran E-mail: [z.marmazipoor@iau.ir](mailto:z.marmazipoor@iau.ir)
2. Department of Psychology, Ta.C., Islamic Azad University, Tabriz, Iran E-mail: [Aghdasi@iau.ac.ir](mailto:Aghdasi@iau.ac.ir)
3. Department of Counseling, Ta.C., Islamic Azad University, Tabriz, Iran E-mail: [Panahali@iau.ac.ir](mailto:Panahali@iau.ac.ir)

### ARTICLE INFO

**Article type:**  
Research Article

**Article history:**  
Received: 27 August 2025  
Received in revised form:  
07 May 2026  
Accepted: 23 May 2026  
**Published Online: 23  
September 2025**

**Keywords:**  
*Illness Anxiety Disorder,  
Schema Therapy,  
Mindfulness-Based  
Therapy,  
Death Anxiety,  
Feelings of  
Meaninglessness,  
Elderly Women.*

### ABSTRACT

**Background:** Aging is a critical stage in every human's development, which, due to age-related deficiencies and decline, brings about specific physical, cognitive, psychological, and social changes. The aim of the present study was to compare the effectiveness of schema therapy and mindfulness training on death anxiety and feelings of meaninglessness among elderly women with hypochondriasis (illness anxiety disorder) in 2024.

**Method:** This study was a quasi-experimental design with a pretest-posttest control group and a three-month follow-up. The statistical population consisted of elderly women residing in nursing homes Mehrjooyan in Ahwaz City who exhibited symptoms of illness anxiety disorder. To conduct this research, initially, 45 eligible elderly women who met the inclusion criteria were selected through convenience sampling. They were then randomly assigned to either the experimental groups (schema therapy and mindfulness-based therapy) or the control group, with 15 participants in each group. First, a pretest was administered to all three groups. The mindfulness-based training group received 8 sessions (one 60-minute session per week), and the schema therapy training group also received 8 sessions (one 60-minute session per week) of their respective interventions, while the control group was placed on a waiting list. Upon completion of the interventions, all three groups underwent a posttest, and finally, a follow-up assessment was conducted after a three-month interval. The data collection tools were the Templer Death Anxiety Scale (1970) and the Meaning in Life Questionnaire by Steger et al. (2006). The obtained data were analyzed using repeated measures analysis of variance (ANOVA) with the help of SPSS software, version 26.

**Results:** The results indicated that both mindfulness-based training and schema therapy were effective in reducing death anxiety and diminishing feelings of meaninglessness (increasing meaning in life) ( $P \leq 0.05$ ).

Furthermore, there was no significant difference between the effectiveness of mindfulness-based training and schema therapy in reducing death anxiety among elderly women ( $P \geq 0.05$ ). However, mindfulness-based training was more effective than schema therapy in reducing increasing meaning in life (feelings of meaninglessness) ( $P \leq 0.05$ ). Additionally, the obtained results remained stable during the follow-up period.

**Conclusion:** In conclusion, utilizing these therapeutic methods—mindfulness and schema therapy—can enhance the psychological well-being of elderly women with illness anxiety disorder, and the application of these approaches is recommended for counselors and psychologists.

**Citation:** Marammazipour, Z., Aghdasi, A, N.& Panah Ali, A. (2026). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Mindfulness Training on Death Anxiety and Feelings of Emptiness in Elderly Women with Hypochondriasis. *Journal of Clinical Psychology: Research and Practice Innovations*, 18(2), 1-19..

**DOI:** 10.22075/cprpi.2026.38782.3287

© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ **Corresponding Author:** Ali Naghi Aghdasi Assistant Professor, Department of Counseling, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran.

E-mail: [Aghdasi@iau.ac.ir](mailto:Aghdasi@iau.ac.ir), Tel: 09141811355

## Extended Abstract

### Introduction:

Aging is a sensitive stage of development that involves physical and psychological changes (Ergin et al., 2023). Some elderly individuals, despite having good physical health, are concerned about their well-being. This condition was historically known in psychiatric literature as hypochondriasis (American Psychiatric Association, 2013). In the fifth edition, text revision, of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR), this diagnostic category was redefined into two new frameworks: Somatic Symptom Disorder and Illness Anxiety Disorder (IAD). Considering the nature of the concerns reported in the current research population, the study's conceptual framework was designed based on Illness Anxiety Disorder. Illness anxiety is a construct that exists on a continuum from a lack of concern to excessive worry about health. The physical changes and psychological problems of the elderly may lead them to experience death anxiety (Miner et al., 2017) and meaninglessness in life (Andres et al., 2019). Regarding the improvement of psychological problems in the elderly, mindfulness interventions have been proposed and used to reduce death anxiety (Fallahi et al., 2024) and improve the meaning of life (Pandya Smrita, 2025), and schema therapy has been applied to reduce anxiety (Sharma et al., 2019) and meaninglessness (Webb, 2012).

### Method

The present study, approved under the ethical code IR.IUA.TABRIZ.REC.1404-168 by Islamic Azad University, Tabriz Branch, was a quasi-experimental trial with a pretest-posttest control group design and a three-month follow-up. The study population comprised elderly women residing at the Mehrjuyan nursing home in Ahvaz, who met the DSM-5-TR diagnostic

criteria for Illness Anxiety Disorder and satisfied the study's inclusion conditions. Given the study's objectives, a purposive sample of 45 eligible individuals was selected and then randomly allocated into three groups of 15 participants each: a schema therapy group, a mindfulness training group, and a control group. The data collection instruments were the Templer Death Anxiety Scale (DAS) (1970) and the Steger et al. Meaning in Life Questionnaire (MLQ) (2006), both of which have demonstrated acceptable validity and reliability. The schema therapy protocol, based on the model by Young et al. (2003), consisted of 8 sixty-minute sessions. The mindfulness training protocol was based on Kabat-Zinn's (1990) Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) program and involved 8 sixty-minute group sessions conducted weekly. The control group did not receive any active intervention. The dependent variables (death anxiety and sense of meaninglessness) were assessed at three time points: pretest, immediate posttest after the intervention, and at the three-month follow-up. The collected data were analyzed using repeated-measures analysis of variance (ANOVA).

### Results:

The results indicated that there was a difference in the mean scores of death anxiety and a sense of meaninglessness (lower meaning in life) among the two experimental groups (mindfulness and schema therapy) and the control group across the pre-test, post-test, and follow-up stages. To determine the size of the difference in effectiveness between the experimental groups and the control group, a mixed-design analysis of variance (mixed ANOVA) was employed. Prior to conducting the mixed ANOVA, its key assumptions—such as homogeneity of variances and normality of distribution—were tested and confirmed.

**Table 1. Univariate tests for comparing the effectiveness of mindfulness intervention and schema therapy on the variable of death anxiety and the components of meaning in life**

Source	Scale	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P	$\eta^2$
Within-Subjects (Time)	Death Anxiety	364/15	2	182/07	233/38	0/000	0/89
	Finding the meaning of life	971/75	2	485/87	188/83	0/000	0/87
	The degree of meaningfulness in life	932/86	2	466/43	158/96	0/000	0/85
Time $\times$ Group	Death Anxiety	0/82	2	0/41	0/52	0/593	0/01
	Finding the meaning of life	368/35	2	184/17	22/97	0/000	0/45
	The degree of meaningfulness in life	74/82	2	37/41	14/54	0/000	0/34
Error (Time)	Death Anxiety	43/69	58	0/78			
	Finding the meaning of life	144/08	58	2/57			
	The degree of meaningfulness in life	164/31	58	2/93			

Based on the findings reported in Table 5, it is clear that the interaction between group and the repeated factor for the variable of death anxiety is not statistically significant. This result indicates that there is no statistically significant difference between the two experimental groups (i.e., schema therapy and mindfulness). On the other hand, it is evident that the interaction between group and the repeated factor for the components of the meaning in life variable (finding the meaning of life) ( $F_{2,58}=14.54$ ;  $P<.01$ ), and the degree of meaningfulness in life ( $F_{2,58}=19.11$ ;  $P<.01$ ) is statistically significant. According to the descriptive statistics, for the mindfulness experimental group, the scores for the component of finding meaning in life increased from 13.33 in the pre-test to 22.33 in the post-test (i.e., an increase of about 9 points), and the changes remained largely stable in the follow-up phase with a value of 22.13. However, the scores of the schema therapy group increased from 17.66 to 22.86 (i.e., about 5 points), and the obtained result remained largely stable with a value of 22.53. Also, for the mindfulness experimental group, the scores for the component of degree of meaningfulness in life increased from 13.60 in the pre-test to 22.86 in the post-test (i.e., an increase of about 9 points), and the changes remained largely stable in the follow-up phase with a

value of 22.60. However, the scores of the schema therapy group increased from 17.80 to 22.86 (i.e., about 5 points), and the obtained result remained largely stable with a value of 21.66. This finding indicates that mindfulness is more effective in increasing the score of meaningfulness in life (reducing the feeling of emptiness) compared to schema therapy.

### Conclusion:

In explaining the effectiveness of mindfulness on death anxiety, it can be stated that mindfulness encourages individuals to practice attending to the characteristics of their experiences in a non-judgmental manner. This leads to specific encoding (as opposed to global generalization of information) in memory, which in turn facilitates specific retrieval from memory. Consequently, this approach aids in the non-judgmental modulation of emotions and the acceptance of emotions and physical phenomena as they occur. Schema therapy, within the therapeutic process, assists patients in challenging the maladaptive schemas that cause anxiety, thereby fostering a healthy inner voice and empowering their healthy mental state (Youshizadeh et al, 202).

Another finding of the research is that mindfulness-based therapy is more effective than schema therapy in increasing finding

meaning in life. Mindfulness, by strengthening non-judgmental awareness of the present moment and reducing focus on imaginary physical threats, provides the cognitive space necessary for meaning reconstruction; whereas schema therapy mainly focuses on reprocessing early maladaptive memories and faces time and cognitive limitations in the elderly population. Mindfulness, by reducing rumination and increasing attentional flexibility, allows the elderly person to break free from being trapped by bodily symptoms and rediscover valuable goals and relationships. The main mechanism of increasing the degree of meaningfulness in mindfulness is cultivating non-reactive awareness and acceptance of mortality, which reduces the feeling of existential emptiness; in contrast, schema therapy focuses more on reducing fear of illness and does not directly address the component of meaningfulness.

#### **Ethical Considerations:**

##### **Ethics Code:**

For the present study, ethical approval was obtained from the Islamic Azad University, Tabriz Branch, with the code IR.IUA.TABRIZ.REC.1404-168.

##### **Financial support:**

No financial support was received for the present study from any individuals, legal entities, or organizations.

##### **Authors' Contributions:**

The first author of the article is a Ph.D. student at Islamic Azad University, Tabriz Branch; the second author is the supervisor and corresponding author; and the third author was the advisor of the present research.

##### **Conflict of Interest:**

The authors declare no conflict of interest regarding the conduct and writing of this research. The corresponding author assumes full responsibility for the data, information, and results of the study.

#### **Acknowledgments:**

We extend our sincere gratitude to all those who assisted us in conducting this research.





## مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و آموزش ذهن‌آگاهی بر اضطراب مرگ و احساس پوچی زنان سالمند مبتلا به خودبیمارانگاری

زهرا مرمزی پور<sup>۱</sup>، علی نقی اقدسی<sup>۲</sup>، امیر پناه علی<sup>۳</sup>

۱. گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران [z.marmazipoor@iau.ir](mailto:z.marmazipoor@iau.ir)

۲. گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران [Aghdasi@iau.ac.ir](mailto:Aghdasi@iau.ac.ir)

۳. گروه روانشناسی و مشاوره، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران [Panahali@iau.ac.ir](mailto:Panahali@iau.ac.ir)

### چکیده

### مشخصات مقاله

#### نوع مقاله:

پژوهشی

#### تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۰۵

بازنگری: ۱۴۰۵/۰۲/۱۷

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۰۲

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱

#### کلیدواژه‌ها:

اختلال اضطراب بیماری،  
طرحواره‌درمانی،  
درمان ذهن آگاهی،  
اضطراب مرگ،  
احساس پوچی،  
زنان سالمند.

**زمینه:** سالمندی از مراحل حساس در دوران رشد هر انسان است که به سبب کمبودها و زوال‌های مرتبط با سن، تغییرات جسمانی، شناختی، روانی و اجتماعی خاصی را به دنبال دارد. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و آموزش ذهن آگاهی بر اضطراب مرگ و احساس پوچی زنان سالمند مبتلا به خودبیمارانگاری (اختلال اضطراب بیماری) در سال ۱۴۰۳ بود.

**روش:** این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل زنان سالمند ساکن در خانه سالمندان مهرجویان شهر اهواز با علائم اختلال اضطراب بیماری بود. به منظور انجام این پژوهش، از بین زنان سالمند ابتدا به شیوه نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۵ نفر که ملاک‌های ورود به مطالعه حاضر را داشتند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (طرحواره‌درمانی) و (درمان مبتنی بر ذهن آگاهی) و گروه کنترل (هر گروه به تعداد ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابتدا از هر سه گروه پیش‌آزمون بعمل آمد. گروه آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی ۸ جلسه (هفته‌ای یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) و گروه آموزش مبتنی بر طرحواره‌درمانی هم ۸ جلسه (هفته‌ای یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) آموزش‌های مربوطه را دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. بعد از اتمام آموزش‌ها، هر سه گروه پس از آزمون دریافت کردند و در نهایت با فاصله سه ماهه مرحله پیگیری انجام شد. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰) و معنا در زندگی استگر و همکاران (۲۰۰۶) بود. داده‌های به دست آمده با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره‌درمانی در کاهش اضطراب مرگ و کاهش افزایش معنا در زندگی (کاهش احساس پوچی) موثر هستند ( $P \leq 0/05$ ). در ضمن بین اثربخشی آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره‌درمانی در کاهش اضطراب مرگ زنان سالمند تفاوتی وجود نداشت ( $P \geq 0/05$ ). در حالی که درمان ذهن آگاهی در ارتباط با افزایش معنا در زندگی (کاهش احساس پوچی) اثربخش‌تر از طرحواره‌درمانی بود ( $P \leq 0/05$ ). همچنین نتایج به دست آمده در دوره پیگیری پایدار بود.

**نتیجه‌گیری:** نتیجه‌گیری می‌شود با استفاده از این روش‌های درمانی ذهن آگاهی و طرحواره‌درمانی می‌توان سلامت روانی زنان سالمند دارای اختلال اضطراب بیماری را بهبود بخشید و به کارگیری این روش‌ها از سوی مشاوران و روانشناسان توصیه می‌شود.

**استناد:** مرمزی پور، زهرا، اقدسی، علی نقی. و پناه علی، امیر. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و آموزش ذهن‌آگاهی بر اضطراب مرگ و احساس یوچی زنان سالمند مبتلا به خودیمارانگاری. *مجله روان‌شناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل*، ۱۸ (۲)، ۱-۱۹.

DOI: 10.22075/cprpi.2026.38782.3287

© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ نویسنده مسئول: علی نقی اقدسی، استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران. [Aghdasi@iau.ac.ir](mailto:Aghdasi@iau.ac.ir)

تلفن: ۰۹۱۴۱۸۱۳۵۵

UNCORRECTED PROOF

## مقدمه

در مورد سلامتی و در انتهای دیگر اضطراب بیش از حد در مورد سلامتی وجود دارد. از جمله اضطراب‌ها در جمعیت سالمندان وجود اضطراب مرگ<sup>۴</sup> است و بخش عمده‌ای از آن ناشی از کمبودهای مختلف و زوال‌های مرتبط با سن است (۸). اضطراب مرگ با تغییرات الگوی خواب (۹)، افسردگی (۱۰)، گوشه‌گیری و انزواطلبی (۱۱)، استرس (۱۲)، احساس تنهایی (۱۱) و کاهش سلامت‌روان (۸، ۱۳) سالمندان ارتباط دارد.

تغییرات جسمانی و مشکلات روحی روانی در اواخر عمر و نزدیک شدن به واقعیت مرگ، سالمندان را به احساس پوچی (بی‌معنایی<sup>۵</sup>) در زندگی سوق می‌دهد (۱۴). از مهمترین نظریه پردازان در ارتباط با معنای زندگی، ویکتور فرانکل است، او معتقد است که مفهوم معنای زندگی بر سه پایه استوار است: آزادی اراده، معنابوی و معنای زندگی. آزادی اراده به این معناست که انسان در انتخاب جایگاهی که با آن مواجهه می‌شود، آزاد است. معنابوی در خود مسئولیت به همراه دارد. مسئولیت ساختن جامعه و فرهنگ، انتخاب شکل مرگ و معناداری زندگی. در این راستا، نتایج مطالعه اورنگ و همکاران (۱۵) نشان داد که عامل سن می‌تواند موجب افزایش معنای زندگی و بهزیستی روانشناختی شود. بنابراین می‌توان دوران سالمندی را دوره بازنگری و ارزیابی خود دانست و آن را در ادامه راه زندگی، زمان رشد و شکوفایی و آرامش قلمداد کرد. معناداری به اشخاص اجازه می‌دهد رویدادها را تفسیر کنند و با توجه به نحوه زندگی و خواسته‌هایشان، برای خود ارزش‌هایی مهیا سازند. اگر زندگی انسان از ارزش‌های واقعی و مثبت برخوردار باشد، معنادار است (۱۶). به این ترتیب، کشف معنا را نه تنها می‌توان تجلی واقعی انسان بودن بشر دانست، بلکه معیاری برای بهداشت و سلامت روان نیز می‌باشد (۱۷).

احساس پوچی (فقدان معنا در زندگی) از جمله مسائل روانشناختی است که امکان دارد هر فردی بالاخص سالمندان با آن روبرو شوند. تغییرات جسمانی و مشکلات روحی-روانی در اواخر عمر و نزدیک شدن به چالشی مانند مرگ، آنها را به پوچی و بی‌معنایی در زندگی سوق می‌دهد.

سالمندی<sup>۱</sup> از مراحل حساس در دوران رشد هر انسان است که تغییرات جسمانی، شناختی و اجتماعی خاصی را به دنبال دارد (۱، ۲). به گزارش مرکز اطلاعات سازمان ملل متحد (۳) تعداد سالمندان ایران در سال ۲۰۵۰ به رقم ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر معادل ۲۶ درصد از کل جمعیت خواهد رسید. با توجه به روند پیر شدن جمعیت در سال‌های اخیر در دنیا و بخصوص ایران، توجه به مقوله سلامت‌روان در دوره سالمندی یک امر ضروری است (۴). گاهی مشاهده می‌شود که سالمندان علیرغم برخورداری از سلامت جسمانی، نگران سلامت جسمانی خودشان هستند. اصطلاحی که در ادبیات روان‌پزشکی گذشته عمدتاً تحت عنوان خودبیمارانگاری یا هیپوکندریاسیس<sup>۲</sup> شناخته می‌شد (۵). با انتشار ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، این طبقه تشخیصی حذف و نشانه‌های آن در دو چارچوب جدید «اختلال علائم جسمانی» و «اختلال اضطراب بیماری» بازتعریف شد. محور اصلی اختلال اضطراب بیماری، ترس یا اشتغال ذهنی با ابتلا به یک بیماری جدی است، در حالی که اختلال علائم جسمانی بر خود نشانه‌های جسمانی و ناراحتی ناشی از آنها تأکید دارد (۶). با توجه به ماهیت نگرانی‌های گزارش شده در جامعه مورد مطالعه حاضر، چارچوب مفهومی این پژوهش بر مبنای اختلال اضطراب بیماری (IAD)<sup>۳</sup> طراحی شده است. بنا بر ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۷). اختلال اضطراب بیماری با نگرانی زیاد درباره داشتن یا پیشرفت یک بیماری پزشکی جدی و تشخیص داده نشده مشخص می‌شود. نگرانی بیماران ناشی از ترس بی‌اساس از داشتن بیماری است تا نشانه‌های جسمی و این نگرانی علیرغم معاینات جسمی و منفی بودن آزمایشات طبی، تداوم پیدا می‌کند. در این اختلال نشانه‌های جسمی وجود ندارد و اگر هم وجود داشته باشد، جزئی هستند و اغلب نشان‌دهنده تفسیر اشتباه حس‌های بدنی عادی است. اضطراب بیماری سازه‌ای ابعادی است که در یک انتهای آن فقدان نگرانی

1. Elderly

2. Hypochondriasis

3. Illness Anxiety Disorder

4. Death Anxiety

5. Meaningless

مطالعات کدلا و همکاران<sup>۶</sup> (۱۸) نشان داد معنای زندگی عامل مهمی علیه احساس ناامیدی در بیماران رو به مرگ است. از سوی دیگر، مارکو و همکاران<sup>۷</sup> (۱۹) نیز بیان می-کنند احساس پوچی (بی‌معنایی) در زندگی به مشکلات سلامت روانی و افسردگی، ناامیدی و خودآزاری بدون هدف و خودکشی منجر می‌شود.

در خصوص بهبود مشکلات روانشناختی سالمندان، درمانگران درمان‌های غیردرویی زیادی مطرح و به کار گرفته‌اند. در سال‌های اخیر، علاقه فزاینده‌ای به تمرکز بر مداخلات ذهن‌آگاهی<sup>۸</sup> عمدتاً به دلیل افزایش شواهد مبنی بر مفید بودن تاثیر آن بر سلامت جسمی و روانی وجود داشته است (۲۰). ذهن آگاهی به وضعیت روانی با آگاهی فوری و آرام با نظارت تقریباً تمام محتویات ذهنی در هر لحظه، از جمله احساسات، ادراکات، شناخت‌ها و احساسات هوشیار اشاره دارد (۲۱). استراتژی‌های توسعه ذهن آگاهی شامل آموزش توجه پایدار، کنترل هیجان، آگاهی جسمانی، آگاهی بدون قضاوت (۲۲)، کنجکاو و پذیرش «اینجا و اکنون»، فاصله گرفتن از دیدگاهی متمرکز بر خود، و گشودگی به تجربه کنونی است (۲۳). مداخلات مبتنی بر حضور ذهن یک رویکرد مؤثر برای سالمندانی است که به دنبال مدیریت درد و بیماری‌های مزمن (۲۰)، کاهش اضطراب مرگ (۲۴)، افسردگی (۲۵)، بهبود توانایی توجه، آگاهی و عملکردهای شناختی (۲۲) هستند. در این راستا نتایج پژوهش‌ها حاکی از همبستگی مقطعی بین ذهن-آگاهی و معنا (۲۶)، اثربخشی جلسات هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود معنای زندگی سالمندان (۲۷)، و اثربخشی ذهن‌آگاهی بر معنا در زندگی (۲۸) است.

از جمله درمان‌های دیگری که در ارتباط با مشکلات روانشناختی متعدد مطرح و به کار گرفته شده است، طرحواره‌درمانی<sup>۹</sup> است. طرحواره‌درمانی توسط یانگ مطرح شد و یکی از روش‌های نوین، چندبعدی و ترکیبی است که وجه اشتراکی با رویکردهای رفتاردرمانی شناختی، نظریه روابط شیء، گشتالت درمانی، روابط شیء، رفتاردرمانی دیالکتیک و روانشناسی مثبت‌گرا است (۲۹) و بر این نکته

متمرکز است که ممکن است انسان‌ها در پدیدآمدن ناراحتی‌ها دخالت نداشته باشند، اما در تداوم مشکلات خود حتماً نقش دارند (۳۰). تئوری، طرحواره‌ها از الگوهای پایدار و درونی رفتار در دوران کودکی از طریق تجربیات عاطفی اولیه تشکیل شده‌اند، که به عنوان یک راهنما برای تفسیر اطلاعات و حل مسائل به کار می‌روند و به طور مستقیم بر رفتار و افکار ما تأثیر می‌گذارند (۳۱، ۳۲). شواهد نشان داده است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه نقش مهمی را در بروز اختلالات روانی (۳۳، ۳۴) داشته و با انواع مشکلات روانشناختی همچون افسردگی (۳۵)، افکار خودکشی (۳۶)، اضطراب (۱۳)، مشکلات بین فردی (۳۷) و بی‌معنایی در بزرگسالی (۳۷) در ارتباط هستند. از آنجا که افزایش جمعیت سالمندان، جامعه را با مشکلات و مسائل جدی روبرو خواهد ساخت، بنابراین سالمندی و شرایط ویژه افراد سالمند و تامین بهداشت روانی آنها از جمله مسائلی است که توجه ویژه‌ای را می‌طلبد. پژوهش‌های بیان شده نشان می‌دهند سالمندان چه در منزل و یا در مراکز نگهداری با وجود مراقبت و پرستاری با مسائل و چالش‌هایی روبرو هستند که می‌تواند در سلامت روان آنها تأثیر نامطلوبی بگذارد. بنابراین جهت غلبه بر این چالش‌ها، انجام پژوهش‌های مداخله‌ای در راستای ارتقاء سلامت روان این افراد ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. اگرچه براساس پژوهش‌های انجام شده هر دو روش درمان مبتنی بر طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی روش‌های اثربخشی هستند، اما مقایسه آنها می‌تواند به مراکز درمانگری ویژه سالمندان، کلینیک‌های مشاوره، روانشناسان، روان‌پزشکان و خانواده‌های آنان، تصویری روشن از روش مداخله مؤثر بر کاهش مشکلات روانشناختی ارائه و راهکارهای مناسب برای کاهش سازه‌های روان‌شناختی منفی فراهم سازد.

### روش

پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.IUA.TABRIZ.REC.1404-168 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه است. جامعه آماری این پژوهش را زنان سالمند ساکن در خانه سالمندان مهرجویان شهر اهواز تشکیل می‌دادند که علائم بالینی اختلال اضطراب بیماری را بر اساس

6. Kudla et al

7. Marco et al

8. Mindfulness

9. Schema Therapy

در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون بلافاصله پس از درمان و پیگیری سه‌ماهه انجام و داده‌ها با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

معیارهای DSM-5-TR دارا بودند. با توجه به ماهیت مطالعه، این جامعه آماری خاص و محدودیت‌های عملی در دسترسی به آن، حجم نمونه به صورت هدفمند شامل ۴۵ نفر تعیین شد که به‌طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره (طرحواره‌درمانی، آموزش ذهن‌آگاهی و گروه کنترل) گمارده شدند. این حجم نمونه با حجم‌های مورد استفاده در پژوهش‌های مشابه در حوزه روان‌درمانی سالمندان همخوانی داشته و برای تحلیل‌های آماری پارامتریک برنامه‌ریزی شده کفایت می‌کند. مداخلات توسط درمانگر دارای گواهی پایان دوره طرحواره‌درمانی و مدرس دارای صلاحیت ذهن‌آگاهی، هر یک با حداقل ۵ سال سابقه کار با جمعیت سالمند، در خانه سالمندان مهرجویان در شهر اهواز انجام شد. در این پژوهش، ملاک‌های ورود شامل: (۱) تشخیص اختلال اضطراب بیماری بر اساس ملاک‌های DSM-5-TR که با مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته تأیید شد، (۲) زن بودن و سن ۶۵ سال یا بالاتر، (۳) سکونت در خانه‌های سالمندان شهر اهواز، (۴) کسب نمره قابل قبول ( $\geq 22$ ) در آزمون وضعیت شناختی مختصر (MMSE)<sup>10</sup> جهت اطمینان از توانایی درک و مشارکت، و (۵) توانایی و تمایل به شرکت منظم در جلسات. و ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: (۱) ابتلای همزمان به اختلالات روان‌پزشکی عمده دیگر مانند روان‌پریشی، افسردگی اساسی شدید با خطر خودکشی، یا اختلال مصرف مواد فعال، (۲) داشتن بیماری جسمی حاد یا ناپایدار که مشارکت را مختل کند، (۳) دریافت همزمان روان‌درمانی منظم یا تغییر عمده در داروهای روان‌پزشکی در سه ماه گذشته، و (۴) نقص حسی شدید جبران‌نشده یا انصراف از ادامه مشارکت. پروتکل طرحواره‌درمانی بر اساس الگوی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) شامل ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و پروتکل آموزش ذهن‌آگاهی بر اساس برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) کابات‌زین (۱۹۹۰) شامل ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی و هفته‌ای یک جلسه اجرا گردید. پس از تکمیل پرسشنامه‌های خط پایه، گروه‌های مداخله، پروتکل‌های درمانی ساختاریافته خود را دریافت کردند، درحالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ارزیابی متغیرهای وابسته (اضطراب مرگ و احساس پوچی)

<sup>10</sup>. Mini-Mental State Examination

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش ذهن آگاهی کابات زین (۲۰۰۳؛ به نقل از احمدی و همکاران، ۱۳۹۸) (۳۸)

شماره جلسات	شرح کلی مداخله
اول	۱- معرفی شرکت کنندگان ۲- تشریح مختصر ویژگی های دوره پیروی و مشکلات روانشناختی آن دوره، و شرح مختصری از منطق درمان ذهن آگاهی ۳- تکنیک خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن و صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام این مدیتیشن ها، ۴- تکلیف خانگی: حضور در لحظه و بسط دادن تکنیک خوردن کشمش به سایر فعالیت ها
دوم	۱- انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد این تجربه؛ ۲- بحث در مورد تکلیف خانگی، موانع تمرین و راه حل های برنامه ذهن آگاهی برای آن؛ ۳- بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات؛ ۴- انجام مدیتیشن در حالت نشسته؛ ۵- تکلیف: ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره
سوم	۱- تمرین دیدن و شنیدن در این تمرین از شرکت کنندگان خواسته می شود به نحوی غیرقضاوتی و به مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند ۲- مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی؛ ۳- بحث در مورد تکلیف خانگی تمرین سه دقیقه ای فضای تنفسی؛ این مدیتیشن سه مرحله دارد: توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن؛ ۴- انجام یکی از تمرینهای حرکات ذهن آگاه؛ ۵- تکلیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرین ۳ دقیقه ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید و ذهن آگاهی رویدادی ناخوشایند
چهارم	۱- مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس، صداهای بدن و افکار که مدیتیشن نشسته چهاربعدی نیز نامیده می شود ۲- بحث در مورد پاسخ های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت های دشوار و نگرش ها و رفتارهای جایگزین؛ ۳- تمرین قدم زدن ذهن آگاه ۴- تکلیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای (در یک رویداد ناخوشایند)
پنجم	۱- انجام مدیتیشن نشسته؛ ۲- ارائه و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن؛ ۳- تکلیف: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره .
ششم	۱- تمرین فضای تنفسی سه دقیقه ای؛ ۲- بحث در مورد تکلیف خانگی در گروه های دوتایی؛ ۳- ارائه تمرینی با عنوان "خلق، فکر، دیدگاه هایی جداگانه" با این مضمون: محتوای افکار، اکثر واقعیت نیستند؛ ۴- پذیرش احساسات به عنوان احساس ۵- تکلیف: انتخاب ترکیبی از مدیتیشن ها که ترجیح شخصی باشد. به علاوه انجام فضای تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره
هفتم	۱- مدیتیشن چهاربعدی و آگاهی نسبت به هرآنچه در لحظه به هشیاری وارد می شود؛ ۲- مضمون این جلسه این است: بهترین راه مراقبت از خودم چیست؛ ۳- ارائه تمرینی که در آن شرکت کنندگان مشخص می کنند کدام یک از رویدادهای زندگی شان خوشایند و کدامیک ناخوشایند است و علاوه بر آن چگونه می توان برنامه ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد؛ ۴- آموزش پذیرش بدون قضاوت و داوری؛ ۵- تکلیف: انجام ترکیبی از مدیتیشن که برای فرد مرجح است، تمرین تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند. ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید
هشتم	۱- اسکن؛ ۲- مضمون این جلسه این است: استفاده از آنچه تا کنون یاد گرفته اید ۳- تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای؛ ۴- بحث در مورد روش های کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن؛ ۵- مطرح شدن سؤالاتی در مورد کل جلسات، از این قبیل که آیا شرکت کنندگان به انتظارات خود دست یافته اند؟ آیا احساس می کنند شخصیت شان رشد کرده است؟ آیا احساس می کنند مهارت های مقابله شان افزایش یافته و آیا دوست دارند تمرین های مدیتیشن شان را ادامه دهند. اجرای پس آزمون.

جدول ۲. پروتکل ۸ جلسه ای رواندرمانی مبتنی بر طرحواره درمانی (به نقل از تقی یار و همکاران، ۱۳۹۵) (۳۹)

تعداد جلسات	عنوان جلسات	اهداف جلسات	تکلیف جلسات
اول	برقراری	-برقراری ارتباط و معرفی اعضا	زنان سالمند طی چندروز آینده روابط خود با فرزند و دیگران

ارزیابی اولیه، اجرای پیش‌آزمون	ارتباط و ارزیابی اولیه، اجرای پیش‌آزمون	بیان قواعد گروه و اهداف و معرفی دوره تعهد گرفتن شناخت مشکل فعلی	را دقت کند و مشکلات فعلی خود را شناسایی کند. سپس این مشکلات را طبق توضیحات جلسه بصورت اختصاصی بنویسد و در مقابل آن اهداف خود را در مورد مشکل باتوجه به دوره درمان بنویسد.
دوم	آموزش در مورد طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای	آموزش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، انواع و مشخصات آنها، توضیح سبک‌های مقابله‌ای برقراری ارتباط بین مشکلات زندگی فعلی و طرح‌واره‌ها	زنان سالمند برگه اطلاعات در مورد طرحواره‌ها را خوب مطالعه کرده و چند موقعیت که دچار سرخوردگی می‌شوند را در زندگی خود در نظر بگیرند و نوع طرح‌واره‌ای که در آن هنگام برانگیخته می‌شود و با آن مرتبط است را بنویسند و سبک‌های مقابله‌ای خود را برای کنار آمدن با آن طرح‌واره‌ها نیز مشخص نمایند.
سوم	راهبردهای شناختی	ارائه منطق تکنیک‌های شناختی و استعاره جنگ، اجرای آزمون اعتبار طرحواره، استفاده از سبک درمانی رویارویی همدلانه، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرح‌واره	زنان سالمند تا جلسه بعد چند مورد از رفتارهای طرح‌واره‌ها را در نظر بگیرند، طرحواره زیربنایی آن، شواهد تأییدکننده و ردکننده آن را یادداشت کنند.
چهارم	تکنیک‌های شناختی	ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای مادران برقراری گفتگو بین جنبه طرح‌واره و جنبه سالم استفاده از بازی مدافع شیطان آموزش تدوین و ساخت کارهای آموزشی	زنان سالمند در منزل بین جنبه طرح‌واره و جنبه سالم‌شان با استفاده از تکنیک‌های صندلی خالی گفتگویی برقرار سازند و بنویسند.
پنجم	راهبردهای تجربی	ارائه منطق تکنیک تجربی و اهداف آن تصویرسازی ذهنی ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال انجام گفتگوی خیالی	نوشتن نامه به فردی که در دوران کودکی به آنها آسیب رسانده است و آن‌را در جلسه به همراه خود بیاورند.
ششم	الگوشکنی رفتاری	ارائه منطق تکنیک‌های رفتاری، بیان هدف تکنیک‌های رفتاری، تعیین فهرست جامعی از رفتارهای خاص به عنوان موضوع تغییر، ارائه راهمایی برای تهیه فهرست رفتار، اولویت بندی رفتارها برای الگوشکنی و مشخص کردن مشکل سازترین آنها، افزایش انگیزه برای تغییر رفتار	زنان سالمند طی چند روز آینده چند موقعیتی که سرخورده شده‌اند را در زندگی در نظر گرفته و توجه کنند که چه احساسی داشته‌اند و چه فکری کرده و چه رفتاری انجام داده‌اند و در صورت بروز رفتار مشکل‌آفرین، رفتار سالم جایگزین را مقابل آن بنویسند.
هفتم	تکنیک‌های رفتاری	-افزایش انگیزه برای تغییر رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی و ایفای نقش، غلبه بر موانع تغییر رفتار، ایجاد تغییرات مهم در زندگی	از زنان سالمند خواسته می‌شود که برای رفتاری که هنوز در آن تغییری ایجاد نشده با پرسیدن این سوال از خود "اگر این طرح‌واره را نداشتم چه کار می‌کردم؟" رفتار جایگزین را بیابند و مزایا و معایب تغییر در برابر عدم تغییر را یادداشت کنند.
هشتم	اجرای پس	خلاصه جلسات قبل، بررسی تکالیف	

	انجام شده و رفع اشکال، جمع بندی و نتیجه گیری نهایی با کمک اعضاء، ارائه پس آزمون مربوط، تشکر و قدردانی	آزمون، جمع بندی و اختتام	
--	---	--------------------------	--

پرسشنامه شامل دو زیرمقیاس میزان یافتن معنا (جستجوی معنا) است که شامل سئوالات: ۲-۳-۷-۸-۱۰؛ و میزان معناداری زندگی فردی (وجود معنا) می باشد که دربرگیرنده سئوالات: ۱-۴-۵-۶-۹ می باشد. در ضمن سئوالات: ۱-۲-۵-۶-۹-۱۲-۱۳-۱۶-۱۸ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. بدین شکل که گزینه کاملاً درست نمره ۱ و گزینه کاملاً نادرست نمره ۷ را اخذ خواهد نمود. پایایی زیر مقیاس های وجود معنا و جستجوی معنا به روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۷۳ است (۴۷). جمالی (۴۸) جهت بررسی اعتبار پرسش نامه، ضریب پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ به دست آورده است. هم چنین ضریب پایایی پرسشنامه معنا در زندگی در پژوهش پیمانفر و همکاران (۴۹). با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ به دست آمده است در پژوهش مصر آبادی و همکاران (۵۰) برای بررسی روایی سازه و تشخیصی از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد که نشان داد تمام بارهای عاملی هر دو عامل به طور معناداری بالای ۰/۰۵ بودند. همچنین ضریب روایی تشخیصی ۰/۸۹ گزارش شد یعنی این ابزار می تواند با دقت بسیار بالا، افراد دارای سطوح مختلف معنا در زندگی را از یکدیگر تفکیک کند. در پژوهش حاضر نیز مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۶ به دست آمد که حاکی از مطلوبیت آن برای استفاده در پژوهش حاضر است.

#### روند اجرای پژوهش

در پژوهش حاضر نخست با مراجعه به خانه سالمندان مهرجویان شهر اهواز در سال ۱۴۰۳ مبنی بر جذب آزمودنی جهت اجرای پژوهش اقدام شد. پس از بررسی شرایط ورود به طرح، جهت انجام پژوهش حاضر، سالمندان زن بر اساس راهنمای تشخیصی (DSM-5-TR) اختلال اضطراب بیماری تشخیص داده شدند، مورد مصاحبه قرار گرفتند و نسبت به شرایط و طول مداخله ها و همچنین بی خطر بودن آن اطلاعات کافی را دریافت کردند. قبل از

#### ابزار

**پرسشنامه اضطراب مرگ (DAS):** این پرسشنامه در سال ۱۹۷۰ توسط تمپلر ساخته شد و شامل ۱۵ ماده است که نگرش آزمودنی ها به مرگ را می سنجد. پاسخ به هر یک از آیتم ها به صورت پنج درجه ای از کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً موافقم (۴) می باشد. نمره گذاری سئوالات ۲، ۳، ۵، ۶، ۷ و ۱۵ معکوس می باشد، نمره های این مقیاس می تواند از ۰ تا ۱۵ متغیر باشد که نمره بالاتر از ۸ معرف اضطراب زیاد افراد در مورد مرگ است. سناینو و کلاین (۴۰) ضرایب آلفای کرونباخ را برای عامل های سه گانه ای که با روش تحلیل عوامل و ویرایش ایتالیایی این مقیاس به دست آمده است، به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۴۹ و ۰/۶۰ گزارش کرده اند. (۴۱). رجبی و بحرانی (۴۲) در ایران پایایی و روایی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داده و براین اساس ضریب پایایی دو نیمه کردن را ۰/۶۰ و ضریب همسانی درونی را ۰/۷۳ گزارش کرده اند (۴۳). در پژوهش صمدی فرد و همکاران (۴۴) ضریب پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و در پژوهش کیارسی و همکاران (۴۵) مقدار آلفای کرونباخ پرسشنامه اضطراب مرگ ۰/۶۹ به دست آمده است. در پژوهش حاضر نیز مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد که برای استفاده در پژوهش حاضر مناسب بود.

#### پرسشنامه معنا در زندگی استگر و همکاران

(MIQ)<sup>۱۱</sup>: پرسشنامه معنا در زندگی توسط استگر، فریزر، اویشی و کالر (۲۰۰۶) (۴۶) ساخته شده است. پس از به دست آوردن نمره هر عبارت، زیر مقیاس ها نیز به ترتیب زیر محاسبه می گردد. سئوالات پرسشنامه در قالب مقیاس لیکرت نمره گذاری می شوند. (کاملاً نادرست: نمره ۱، خیلی نادرست: نمره ۲، کمی نادرست: نمره ۳، نه درست و نه نادرست: نمره ۴، کمی درست: نمره ۵، خیلی درست: نمره ۶ و کاملاً درست: نمره ۷ را شامل می شود. این

<sup>11</sup>- Meaning in life Questionnaire stegger

گروه پس از آزمون گرفته شد. بعد از گذشت حدود ۳ ماه از هر سه گروه مرحله پیگیری بعمل آمد و داده‌های به دست آمده از گروه‌ها در سه مرحله در قالب شاخصهای توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و تحلیل استنباطی با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

#### یافته‌ها

شرکت کنندگان در پژوهش حاضر مشتمل بر ۴۵ نفر شامل (۱۵ نفر گروه آزمایش اول (درمان ذهن‌آگاهی)، ۱۵ نفر گروه آزمایش دوم (طرحواره‌درمانی) و ۱۵ نفر گروه کنترل بود. میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۶۸/۵۳ (۳/۳۵)، طرحواره‌درمانی ۶۹/۲۶ (۵/۴۴) و گروه کنترل ۶۹/۸۶ (۴/۴۷) بود. در گروه آزمایش مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۹ نفر دارای تحصیلات تا پنجم ابتدایی، ۳ نفر سیکل، و ۳ نفر دیپلم بودند. در گروه آزمایش طرحواره‌درمانی ۱۲ نفر دارای تحصیلات تا پنجم ابتدایی، و ۳ نفر سیکل بودند. در گروه کنترل ۹ نفر دارای تحصیلات تا پنجم ابتدایی، ۵ نفر سیکل، و ۱ نفر دیپلم داشتند.

شروع هر گونه برنامه مداخله‌ای، کد اخلاقی مربوط به موضوع پژوهش حاضر اخذ شد و همچنین تمامی آزمودنی‌ها قبل از شرکت در پژوهش فرم رضایت نامه شخصی آگاهانه برای شرکت در پژوهش را تکمیل کردند و نسبت به رازداری و عدم افشای اطلاعات به آنها اطمینان داده شد. سپس به آزمودنی‌ها در مورد روش‌های درمانی مورد استفاده و همچنین روال پژوهش توضیحاتی داده شد. قبل از شروع مداخلات، آزمودنی‌ها از طریق ابزارها مورد نظر، مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از مصاحبه بالینی و تکمیل ابزار پژوهش و تعیین افراد واجد شرایط تعداد ۴۵ نفر زنان دارای اختلال اضطراب بیماری انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند. دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. گروه آزمایش نخست طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه درمان ذهن‌آگاهی و گروه دوم نیز طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه طرحواره‌درمانی را دریافت کردند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. جلسات درمانی ذهن‌آگاهی مبتنی بر برنامه آموزش کابات زین و جلسات درمانی طرحواره‌درمانی نیز منطبق بر جلسات آموزشی یانگ بود. بعد از اتمام آموزش‌های گروه‌های آزمایش، از هر سه

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرها در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
اضطراب مرگ	ذهن‌آگاهی	پیش آزمون	۱۱/۳۳	۱/۶۷
		پس آزمون	۷/۲۶	۱/۰۹
		پیگیری	۷/۲۰	۱/۰۸
طرحواره‌درمانی	طرحواره‌درمانی	پیش آزمون	۱۳	۱/۳۰
		پس آزمون	۸/۴۶	۱/۵۵
		پیگیری	۸/۶۶	۱/۱۱
کنترل	کنترل	پیش آزمون	۱۱/۰۶	۱/۶۲
		پس آزمون	۱۰/۷۳	۱/۴۳
		پیگیری	۱۱/۱۳	۱/۲۴
یافتن معنای زندگی	ذهن‌آگاهی	پیش آزمون	۱۳/۳۳	۲/۸۲
		پس آزمون	۲۲/۳۳	۳/۳۵
		پیگیری	۲۲/۱۳	۳/۷۰
طرحواره‌درمانی	طرحواره‌درمانی	پیش آزمون	۱۷/۶۶	۳/۸۸
		پس آزمون	۲۲/۸۶	۴/۶۸
		پیگیری	۲۲/۵۳	۴/۹۹

۴/۳۹	۱۲/۶۸	پیش آزمون	کنترل	میزان معناداری در زندگی
۵/۱۱	۱۲/۸۳	پس آزمون		
۶/۱۳	۱۳/۰۹	پیگیری		
۲/۹۴	۱۳/۶۰	پیش آزمون	ذهن آگاهی	
۳/۵۸	۲۲/۸۶	پس آزمون		
۳/۵۰	۲۲/۶۰	پیگیری		
۳/۸۵	۱۷/۸۰	پیش آزمون	طرحواره درمانی	
۵/۲۸	۲۲/۸۶	پس آزمون		
۵/۴۵	۲۱/۶۶	پیگیری		
۳/۶۸	۱۴/۱۹	پیش آزمون	کنترل	
۴/۹۲	۱۴/۳۷	پس آزمون		
۴/۵۳	۱۳/۹۱	پیگیری		

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین نمرات میانگین اضطراب مرگ و مولفه های معنای زندگی (یافتن معنا و میزان معناداری) در بین دو گروه آزمایش ذهن آگاهی و طرحواره درمانی و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد و نمرات آزمودنی های گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون تفاوت محسوسی دارند و این در حالی است که بین نمران گروه کنترل در سه مرحله اندازه گیری تفاوت آنچنانی به چشم نمی خورد. به منظور میزان تفاوت اثربخشی گروه آزمایش و گروه کنترل، از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل واریانس آمیخته، پیش فرض های مهم آن مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی نرمال بودن توزیع پراکندگی متغیرهای وابسته از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که با توجه به سطح

معناداری بالاتر از ۰/۰۵ برای همه گروه ها و در هر سه مرحله (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری)، داده ها از توزیع نرمال برخوردار بود. به منظور بررسی همگنی ماتریس کواریانس ها از آزمون باکس استفاده شد. با عنایت به معنادار نبودن مقدار F که برابر با ۱/۲۹ بود، لذا ماتریس کواریانس ها از شرط همگنی برخوردار بود. برای بررسی پیش فرض کرویت از آزمون موچلی استفاده شد. با توجه به اینکه اندازه آزمون موچلی برای هیچ یک از متغیرهای اضطراب مرگ و مولفه های معنای زندگی (یافتن معنا و میزان معناداری) معنی دار نیست می توان نتیجه گرفت که پیش فرض کرویت برقرار است. با عنایت به برقراری پیش فرض های آماری می توان از نتایج آزمون های چند متغیره برای تحلیل فرضیه ها استفاده کرد. در جدول ۴ نتیجه آزمون های چند متغیره گزارش شده است.

نتایج جدول ۴. آزمون های چند متغیره برای مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و ذهن آگاهی

مجذور	سطح معنی داری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرضیه	F	مقدار	اثر درون آزمودنی	
۰/۹۵۳	۰/۰۰۰	۱۱۰	۶	۱۲۶/۰۷	۰/۹۳۵	اثربخشی	عامل
۰/۹۵۳	۰/۰۰۰	۱۰۸	۶	۱۲۶/۰۷	۰/۰۴۷	لامبدای ویلک	مکرر
۰/۹۵۳	۰/۰۰۰	۱۰۸	۶	۱۲۶/۰۷	۲۰/۱۷۱	اثر هاتلینگ	
۰/۹۵۳	۰/۰۰۰	۵۵	۳	۱۲۶/۰۷	۲۰/۱۷۱	بزرگترین ریشه روی	

۰/۴۸۳	۰/۰۰۲	۱۱۰	۶	۵/۸۴	۰/۴۸۳	اثربخشی	گروه
۰/۴۸۳	۰/۰۰۲	۱۰۸	۶	۵/۸۴	۰/۵۱۷	لامبدای ویلک	*
۰/۴۸۳	۰/۰۰۲	۱۰۶	۶	۵/۸۴	۰/۹۳۶	اثر هاتلینگ	عامل
۰/۴۸۳	۰/۰۰۲	۵۵	۳	۵/۸۴	۹/۹۳۶	بزرگترین ریشه روی	مکرر

برای مثال اثربخشی برابر با  $F_{6,110}=5.84$ ;  $P<.01$ ؛  $0/483$ ؛

تحلیل گزارش شده در جدول ۴ بسیار کلی است و نمی‌توان بدرستی مشخص کرد که دقیقاً بین دو گروه آزمایش در کدام یک از متغیرهای پژوهش تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به منظور پاسخ به این فرضیه به صورت دقیق‌تر باید از آزمون‌های مقایسه‌ای استفاده کرد.

آن چیزی که باید در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به آن توجه کرد این است که همواره معنی‌داری تعامل گروه و عامل مکرر به عنوان عامل اساسی تأثیر مداخله مورد بررسی قرار می‌گیرد. با توجه به نتیجه گزارش شده در جدول ۴ مشخص است که تعامل گروه و عامل مکرر بر اساس هر چهار روش آزمون‌های چندمتغیره معنی‌دار است

جدول ۵. آزمون‌های تک‌متغیره برای مقایسه اثربخشی مداخله ذهن‌آگاهی و طرحواره‌درمانی در متغیر اضطراب مرگ و مولفه‌های معنای

منبع	مقیاس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور ایستا
عامل مکرر	اضطراب مرگ	۳۶۴/۱۵۶	۲	۱۸۲/۰۷۸	۲۳۳/۳۸۶	۰/۰۰۰	۰/۸۹۳
	یافتن معنای زندگی	۹۷۱/۷۵۶	۲	۴۸۵/۸۷۸	۱۸۸/۸۳۶	۰/۰۰۰	۰/۸۷۱
	میزان معناداری در زندگی	۹۳۲/۸۶۷	۲	۴۶۶/۴۳۳	۱۵۸/۹۶۸	۰/۰۰۰	۰/۸۵۰
تعامل گروه و عامل مکرر	اضطراب مرگ	۰/۸۲۲	۲	۰/۴۱۱	۰/۵۲۷	۰/۵۹۳	۰/۰۱۸
	یافتن معنای زندگی	۷۴/۸۲۲	۲	۳۷/۴۱۱	۱۴/۵۴۰	۰/۰۰۰	۰/۳۴۲
	میزان معناداری در زندگی	۱۱۲/۱۵۶	۲	۵۶/۰۷۸	۱۹/۱۱۲	۰/۰۰۰	۰/۴۰۶
خطا (عامل مکرر)	اضطراب مرگ	۴۳/۶۹۸	۵۸	۰/۷۸۰			
	یافتن معنای زندگی	۱۴۴/۰۸۹	۵۸	۲/۵۷۳			
	میزان معناداری در زندگی	۱۶۴/۳۱۱	۵۸	۲/۹۳۴			

برای مولفه‌های متغیر معنای زندگی (یافتن معنای زندگی)  $F_{2,58}=14.54$ ;  $P<.01$ ؛ و میزان معناداری در زندگی  $F_{2,58}=19.11$ ;  $P<.01$ ؛ از نظر آماری معنی‌دار است با توجه به نتایج آمار توصیفی مشخص است که برای گروه آزمایش ذهن‌آگاهی نمرات مولفه یافتن معنا در زندگی در مرحله پیش آزمون  $13/33$ ، به  $22/33$  در پس‌آزمون افزایش

بر اساس یافته‌های گزارش شده در جدول ۵ مشخص است که تعامل گروه و عامل مکرر برای متغیر اضطراب مرگ از نظر آماری معنی‌دار نیست. این نتیجه دال بر این است که بین دو گروه آزمایش (یعنی طرحواره‌درمانی و ذهن‌آگاهی) از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. از سوی دیگر مشخص است که تعامل گروه و عامل مکرر

یافت (یعنی در حدود ۹ نمره)، و تغییرات به دست آمده در مرحله پیگیری هم با مقدار ۲۲/۱۳ تا حدود زیادی پایدار مانده است. ولی نمرات گروه طرحواره درمانی از ۱۷/۶۶ به ۲۲/۸۶ افزایش پیدا کرد (یعنی حدودا ۵ نمره)، و نتیجه به دست آمده هم با مقدار ۲۲/۵۳ تا حدود زیادی پایدار مانده است. همچنین برای گروه آزمایش ذهن آگاهی نمرات مولفه میزان معناداری در زندگی در مرحله پیش آزمون ۱۳/۶۰، به ۲۲/۸۶ در پس آزمون افزایش یافت (یعنی در حدود ۹ نمره)، و تغییرات به دست آمده در مرحله پیگیری هم با مقدار ۲۲/۶۰ تا حدود زیادی پایدار مانده است. ولی نمرات گروه طرحواره درمانی از ۱۷/۸۰ به ۲۲/۸۶ افزایش پیدا کرد (یعنی حدودا ۵ نمره)، و نتیجه به دست آمده هم با مقدار ۲۱/۶۶ تا حدود زیادی پایدار مانده است. این یافته دال بر اثربخش تر بودن ذهن آگاهی در افزایش نمره معناداری در زندگی (کاهش احساس پوچی نسبت به طرحواره درمانی است.

#### بحث:

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و آموزش ذهن آگاهی بر اضطراب مرگ و احساس پوچی (بی معنایی در زندگی) زنان سالمند مبتلا به اختلال اضطراب بیماری انجام شد. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان داد مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی در کاهش اضطراب مرگ در زنان سالمند با علائم اختلال اضطراب بیماری اثربخش هستند ولی بین دو مداخله مذکور تفاوت معناداری وجود نداشت. به عبارت دیگر اثربخش تر بودن یکی از مداخله‌ها بر دیگری در پژوهش حاضر تایید نشد. پژوهشی که به بررسی مقایسه اثربخشی بین دو رویکرد ذهن آگاهی و طرحواره درمانی در متغیر اضطراب مرگ بپردازد یافت نشد اما نتیجه پژوهش فلاحی و همکاران (۲۴) که به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب مرگ در سالمندان شهر کرمانشاه پرداخته بود و نتیجه پژوهش مبنی بر عدم تفاوت بین دو رویکرد در اثربخشی آنها بر اضطراب مرگ تا حدودی نزدیک به نتیجه پژوهش حاضر است. اما در رابطه با اثربخشی ذهن آگاهی بر اضطراب مرگ می توان به پژوهش‌های منصور مقدم و همکاران (۵۱)؛ فلاحی و همکاران (۲۴)؛ لیناردون و

همکاران (۴۷)؛ رینگسینگ و همکاران (۵۲) و فرانکو و همکاران<sup>۱۲</sup> (۵۳) اشاره کرد که با یافته پژوهش حاضر همسویی دارد. در تبیین اثربخشی ذهن آگاهی بر اضطراب مرگ زنان سالمند می توان گفت ذهن ما اغلب در مورد وقایع اقدام به تفسیر و استنباط می کند و به مرور باعث واکنش‌ها و احساسات پایدار می شود. در افرادی مثل سالمندان به دلیل مسائل روانشناختی خاص از جمله اضطراب مرگ همیشه به سمت افکار منفی و ناراحت کننده گرایش پیدا می کند که این خود باعث تداوم آنها می شوند، اما ذهن آگاهی با ترغیب افراد به تمرین برای توجه به ویژگی‌های تجارب به شیوه‌ای از قضاوت موجب کدگذاری اختصاصی (به جای تعمیم کلی اطلاعات) در حافظه می شود که این امر باز خوانی اختصاصی از حافظه را به همراه دارد. در نتیجه این روش به تعدیل احساسات بدون قضاوت و واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی همان طور که اتفاق می افتد کمک می کند. همچنین بر اساس نظریه کابات- زین (۲۱) در روش ذهن آگاهی به افراد تن آرامی، تکنیک تنفس، بینش و مهارت‌هایی برای مقابله با استرس‌ها و شکایات آموزش داده می شود که این آموزش‌ها هم عملکرد جسمانی و هم عملکرد ذهنی را تقویت می کند که بر اساس آن می توان انتظار داشت که افراد نگرش مثبت تری نسبت به توانایی‌های خود داشته باشند و در کنار آمدن با استرس‌ها به طور موفقیت آمیز عمل کنند. در نتیجه افراد ذهن آگاه مشکلات خود را بدون قضاوت نگاه می کنند، مشکلات و هیجانات خود را می پذیرند، توانایی مقابله با مشکلات را یاد می گیرند، در مقابله با استرس‌ها از تن آرامی و تکنیک تنفس استفاده می کنند و نگرش مثبتی به توانایی‌های خود پیدا می کنند (۵۴) و همه این عوامل می توانند در کاهش اضطراب مرگ نقش موثری ایفا کنند.

در زمینه اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش اضطراب مرگ زنان سالمند با علائم اختلال اضطراب بیماری که تا حدودی با نتایج پژوهش عقیلی و همکاران (۵۵) همسویی دارد می توان گفت که در این رویکرد درمانی، طرحواره‌های خاص هر بیمار مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته و نیمرخ چندبعدی برای وی ترسیم می شود. راهبردهای درمانی

12. Franco et al

ناسازگار اولیه متمرکز است و در جمعیت سالمند با محدودیت زمانی و شناختی مواجه می‌شود. اختلال خودبیمارانگاری سالمندان اغلب با ترس از مرگ و پوچی هستی‌شناختی همراه است که ذهن‌آگاهی از طریق پذیرش تجربه‌های بدنی بدون تفسیر فاجعه‌آمیز، و پیوند آن با ارزش‌های درونی، فرایند یافتن معنا را تسهیل می‌کند (۲۱). علاوه بر این، ذهن‌آگاهی با کاهش نشخوار فکری و افزایش انعطاف‌پذیری توجه، به سالمندان امکان می‌دهد از گیرافتادگی در نشانه‌های بدنی رها شده و اهداف و روابط ارزشمند را دوباره کشف کند. در طرحواره‌درمانی، تغییر عمیق طرحواره‌های اولیه به جلسات طولانی‌تر و ظرفیت بالای حافظه رویدادی نیاز دارد که در سالمندان دچار افت شناختی خفیف اغلب میسر نیست. از این رو، ذهن‌آگاهی با رویکرد مبتنی بر «بودن» به جای «انجام» مسیر کوتاه‌تر و مؤثرتری برای بازآفرینی معنا در این گروه آسیب‌پذیر فراهم می‌آورد. در ارتباط با اثربخش‌تر بودن درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با طرحواره‌درمانی در افزایش میزان معناداری در زندگی سالمندان مبتلا به خودبیمارانگاری می‌توان گفت ذهن‌آگاهی از طریق شکستن چرخه پویش تهدید بدنی و تفسیر فاجعه‌آمیز احساسات جسمی، فضای شناختی لازم برای اتصال لحظه حال به ارزش‌های شخصی را فراهم می‌کند، در حالی که طرحواره‌درمانی معطوف به بازپردازش خاطرات کودکی است که در این گروه سنی با افت حافظه رویدادی کارآمدی کمتری دارد. مکانیسم اصلی افزایش میزان معناداری در ذهن‌آگاهی، پرورش آگاهی غیرواکنشی و پذیرش مرگ‌پذیری است که احساس پوچی هستی‌شناختی را کاهش و ظرفیت لذت‌بردن از تعاملات روزمره را افزایش می‌دهد؛ در مقابل، طرحواره‌درمانی بیشتر بر کاهش ترس از بیماری متمرکز است و به طور مستقیم به مؤلفه معناداری نمی‌پردازد. همچنین تمرینات ذهن‌آگاهی در سالمندان با بهبود حساسیت به پاداش در مدارهای پیشانی-لینبیک همراه است که مستقیماً درجه معناداری احساس‌شده را بالا می‌برد.

در زمینه اثربخشی طرحواره‌درمانی بر یافتن معنا در زندگی می‌توان گفت طرحواره‌درمانی از طریق شناسایی و بازپردازش طرحواره‌های ناسازگار اولیه (مانند نقص/شرم،

مناسب و مرتبط با تجربیات هر شخص به ویژه تجربیاتی که مانع از همکاری، یادگیری و مواجهه و پیشگیری از پاسخ می‌شوند طراحی می‌شوند. افکار خودکار منفی و برداشت‌های نادرست که منجر به اضطراب (مرگ) در سالمندان می‌شود هر دو پیامدهای جانبی طرحواره‌ها محسوب می‌شوند که این طرحواره‌ها اطلاعات ورودی را از نظر گذراننده، کدبندی و ارزشیابی می‌کنند، همچنین طرحواره‌ها تعیین می‌کنند که چه چیزی ادراک شده و چه چیزی ادراک نشود. بیماران با علائم اضطرابی معمولاً طرحواره‌های خود را مورد سؤال قرار نمی‌دهند و آن‌ها را به عنوان واقعیت مسلم در زندگی خود می‌پذیرند. طرحواره-درمانی در فرایند درمان به بیمار کمک می‌کند تا با زیر سوال بردن طرحواره‌های معیوب منجر به اضطراب، صدای سالمی را در ذهن خود به وجود بیاورد و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازد (۵۶). یکی دیگر از دلایل اثربخشی طرحواره‌درمانی استفاده از تکنیک‌های رفتاری است. تکنیک‌های رفتاری به مراجع کمک می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرحواره - خواست، سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری را جانشین سازد. تکنیک‌های رفتاری به مراجع کمک می‌کنند تا از طرحواره‌ها فاصله بگیرد و به او کمک می‌کنند تا به جای اینکه طرحواره را یک حقیقت مسلم درباره خود بدانند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بدانند (۵۷).

یافته دیگر پژوهش این بود که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با طرحواره‌درمانی در افزایش یافتن معنای زندگی نسبت به طرحواره‌درمانی اثربخش‌تر بوده است. در این راستا پژوهش کاملاً همسو با یافته پژوهش حاضر یافت نشد ولی نتایج پژوهش نیکان و همکاران (۵۸) مبنی بر اثربخش‌تر بودن ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی بیماران قلبی-عروقی تا حدودی نزدیک به یافته پژوهش حاضر است. از دلایل اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش یافتن معنای زندگی سالمندان زن با علائم اختلال اضطراب بیماری، می‌توان گفت ذهن‌آگاهی با تقویت آگاهی غیرفصاحتی نسبت به لحظه حال و کاهش تمرکز بر تهدیدهای جسمی خیالی، فضای شناختی لازم برای بازسازی معنا را فراهم می‌کند؛ در حالی که طرحواره‌درمانی عمدتاً بر بازپردازش خاطرات

انزوای اجتماعی، محرومیت هیجانی) که منبع اصلی احساس پوچی و بی‌معنایی هستند، زمینه‌ساز بازیابی معنا می‌شود. این رویکرد با استفاده از تکنیک‌های تجربی (تصویرسازی بازپردازشی، نامه‌نگاری به والدین در خیال) و شناختی (بازسازی باورهای مرکزی)، ارتباط گذشته‌ی آسیب‌زا با حال را بازتعریف کرده و فرد را از گیرافتادگی در الگوهای تکرارشونده ناکارآمد رهایی می‌بخشد (۵۹). در جمعیت سالمند مبتلا به خودبیمارانگاری، طرحواره‌درمانی با کاهش شدت طرحواره‌های مرتبط با آسیب‌پذیری در برابر بیماری و بی‌اعتمادی به بدن، فضایی برای اتصال مجدد به ارزش‌های فراتر از نگرانی‌های جسمی ایجاد می‌کند. به‌ویژه، مرحله رفتار بین‌فردی طرحواره‌درمانی (شکستن الگوهای مقابله‌ای از طریق رابطه درمانی محدود و اصلاحی)، به سالمند امکان می‌دهد عزت نفس و هدفمندی از دست رفته را تجربه کند که خود پیش‌درآمدی برای یافتن معنای پایدار در زندگی است. هرچند این فرایند نسبت به ذهن‌آگاهی زمان‌برتر است، اما در افرادی که ریشه‌های معنایی (فقدان معنا) حاصل ترومای اولیه دارد، تغییرات عمیق‌تر و ماندگارتری در هویت معنایی ایجاد می‌کند. در راستای اثربخشی طرحواره درمانی بر افزایش میزان معناداری در زندگی (کاهش احساس پوچی) که با نتیجه پژوهش اسدزاده و همکاران (۵۹) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی هیجان محور بر کاهش احساس پوچی و ناکامی در افراد دارای نشانه‌های مرزی همسویی دارد می‌توان گفت طرحواره‌درمانی به اصلاح و بازسازی باورهای بنیادین ناسازگار اولیه مانند شکست، محرومیت هیجانی، و معیارهای سخت‌گیرانه/عیب‌جویی می‌پردازد (۴۴). این طرحواره‌ها اغلب زیربنای احساس بی‌ارزشی، عدم رضایت و بی‌معنایی در زندگی هستند. با تغییر این طرحواره‌ها، حس فرد از ارزشمندی و هدفمندی خود بهبود می‌یابد. این رویکرد بر ارضای پنج نیاز هیجانی اصلی (دلبستگی ایمن، خودمختاری، خودانگیختگی، محدودیت‌های واقع‌بینانه و...) تمرکز دارد (۵۷). احساس پوچی و خلأ وجودی که ویکتور فرانکل به آن اشاره می‌کند، پیامد محرومیت مزمن از این نیازها در دوران کودکی و بزرگسالی است (۵۹). طرحواره درمانی مستقیماً به جبران این محرومیت‌ها و رفع آن می‌پردازد (۳۴).

پژوهش حاضر با وجود دستاوردها با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود: این پژوهش با وجود دستاوردهای خود، با چند محدودیت روبرو بود. با توجه به جامعه آماری خاص (زنان سالمند ساکن خانه سالمندان شهر اهواز)، تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر گروه‌های جمعیتی نیازمند احتیاط است. حجم نمونه محدود، قدرت آماری مطالعه را برای شناسایی اثرات کوچک کاهش می‌دهد. همچنین، به دلیل ماهیت مداخلات، امکان کورسازی شرکت‌کنندگان و درمانگران وجود نداشت که ممکن است منجر به تورش انتظار شده باشد. در نهایت، دوره پیگیری نسبتاً کوتاه (سه ماهه)، قضاوت درباره پایداری بلندمدت اثرات را ناممکن می‌کند. با عنایت به یافته‌های پژوهش و در جهت رفع محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در سایر فرهنگ‌ها و با هر دو جنس زن و مرد و با به کارگیری مداخلات در زمان کوتاه و با استفاده از فناوری‌های دیجیتال و سرگرم‌کننده و مقایسه نتایج آنها صورت گیرد. همچنین با توجه به اثربخش بودن رویکردهای درمانی ذهن‌آگاهی و طرحواره درمانی در کاهش اضطراب مرگ و کاهش پوچی (افزایش معنا در زندگی) سالمندان، پیشنهاد می‌شود محتوای درمان‌های مذکور در قالب بسته‌های آموزشی به صورت کاربردی تهیه و جهت بهبود وضعیت روانشناختی سالمندان زن در اختیار آنها قرار گیرد.

**تقدیر و قدردانی:** از همه کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، بسیار سپاسگزاریم.

**ملاحظات اخلاقی:** برای پژوهش حاضر کد اخلاق با کد IR.IUA.TABRIZ.REC.1404-168 توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز اخذ شده است.

**حمایت مالی:** هیچ گونه حمایت مالی برای پژوهش حاضر اعم از اشخاص حقیقی یا حقوقی و سازمانی دریافت نشده است.

**سهم نویسندگان:** نویسنده اول مقاله دانشجوی دکتری دانشگاه آزاد تبریز، نویسنده دوم استاد راهنما و نویسنده مسئول، و نویسنده سوم استاد مشاور پژوهش حاضر بود.

**تعارض منافع:** نویسندگان این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی در انجام و نگارش آن ندارند. نویسنده

<http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-6667-en.html>

8. Özer Ö., Özkan O., Büyüksirin B. Examination of Pandemic Awareness, Death Anxiety, and Spiritual Well-Being in Elderly Individuals. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. 2025;90(3):1293-312. <https://doi.org/10.1177/00302228221120122>
9. Miner B., Kryger M. H. Sleep in the Aging Population. *Sleep Medicine Clinics*. 2017;12(1):31-8. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2016.10.008>
10. Dinarvand N., Bargi Irani Z., Forstima Z. Comparing the effectiveness of positive-focus therapy and acceptance and commitment therapy on death anxiety and depression in elderly residents of nursing homes. *Psychology of Gerontology*. 2022;8(2):189-203. <https://doi.org/10.22126/jap.2022.7763.1623>
11. Guner Türkan Akyol, Erdogan Zeynep, Demir Isa. The effect of loneliness on death anxiety in the elderly during the COVID-19 pandemic. *OMEGA-journal of Death and Dying*. 2023;87(1):262-82. <https://doi.org/10.1177/00302228211010587>
12. Ferreira L. N., Pereira L. N., da Fe Bras M., Ilchuk K. Quality of life under the COVID-19 quarantine. *Quality of Life Research*. 2021;30(5):1389-405. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02724-x>
13. Sharma P., Asthana H. S., Gambhir I. S., Ranjan J. K. Death anxiety among elderly people: role of gender, spirituality and mental health. *Indian Journal of Gerontology*. 2019;33(3):240-54. [https://www.researchgate.net/publication/337604964\\_Death\\_Anxiety\\_among\\_Elderly\\_People\\_Role\\_of\\_Gender\\_Spirituality\\_and\\_Mental\\_Health](https://www.researchgate.net/publication/337604964_Death_Anxiety_among_Elderly_People_Role_of_Gender_Spirituality_and_Mental_Health)
14. Andreas Sylke, Dehoust Maria, Volkert Jana, Schulz Holger, Sehner Susanne, Suling Anna, Wegscheider Karl, Ausín Berta, Canuto Alessandra, Crawford Mike J. Affective disorders in the elderly in different European countries: Results from the MentDis\_ICF65+ study. *PLoS One*. 2019;14(11):e0224871. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224871>

مسئول، مسئولیت کامل داده‌ها، اطلاعات و نتایج پژوهش را عهده دار می‌باشد.

#### منابع

1. Ergin E., Yildirim D., Yildiz C. Ç., Usenmez S. Y. The relationship of death anxiety with loneliness and psychological well-being in the elderly living in a nursing home. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2023;88(1):333-46. <https://doi.org/10.1177/00302228221106054>
2. Zhang Y, Chen Y, Ma L. Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding. *J Clin Neurosci*. 2018 Jan;47:1-5. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2017.09.022>
3. Abad Y., Haroon-Rshaidi H. The effectiveness of compassion-based therapy on rumination and existential anxiety in the elderly. *Psychology of Aging*. 2023;8(1):1-10. [https://www.sid.ir/fa/VEWSSID/J\\_pdf/13000514010101.pdf](https://www.sid.ir/fa/VEWSSID/J_pdf/13000514010101.pdf)
4. Wu J., Fu D., Zhang L., Xie X., Wang X., Shen X., Liu S., Xu X., Cheng H., Ma X., Lin D. The Relationship between psychological vulnerability, aging attitudes and life meaning in elderly patients with comorbidities. *Health Promotion*. 2024;26(11):894-904. <https://doi.org/10.32604/ijmh.2024.056223>
5. Association American Psychiatric. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: Author; 2013. <https://psycnet.apa.org/record/2013-14907-000>
6. Association American Psychiatric. Diagnostic and statistical manual of mental disorders [Internet]. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022. <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
7. Ghasemi M., Jamilian H., Nourizadeh Abbarik M. Comparing Metacognitive Beliefs Between Hypochondriasis COVID-19 Patients and Healthy Individuals. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2021;24(4):616-27.

- <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1093/clipsy.bpg016>
22. Grensman A., Acharya B. D., Wändell P., Nilsson G. H., Falkenberg T., Sundin Ö., Werner S. Effect of traditional yoga, mindfulness-based cognitive therapy, and cognitive behavioral therapy, on health related quality of life: a randomized controlled trial on patients on sick leave because of burnout. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2018;18(1):80. <https://doi.org/10.1186/s12906-018-2141-9>
  23. Cairncross M., Miller C. J. The effectiveness of mindfulness-based therapies for ADHD: A meta-analytic review. *Journal of Attention Disorders*. 2020;24:627-43. <https://doi.org/10.1177/1087054715625301>
  24. Fallahi Fahimeh, Parandin Shima, Valizadeh Hadith. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and mindfulness-based therapy on death anxiety and loneliness in the elderly. *Quarterly Journal of New Psychological Research*. 2024;16(74):221-32. <https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.59381.5949>
  25. Chen S. M., Lin H. S., Atherton J. J., MacIsaac R. J., Wu C. J. Effect of a mindfulness programme for long-term care residents with type 2 diabetes: a cluster randomised controlled trial measuring outcomes of glycaemic control, relocation stress and depression. *International journal of older people nursing*. 2020;15(3):e12312. <https://doi.org/10.1111/opn.12312>
  26. Chu Steven Tsun-Wai, Mak Winnie WS. How mindfulness enhances meaning in life: a meta-analysis of correlational studies and randomized controlled trials. *Mindfulness*. 2020;11(1):177-93. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01258-9>
  27. Pandya Samta P. Art Therapy, Mindfulness-Based Art Therapy, Wellbeing and Meaning in Life of Retired Community-Dwelling Older Adults. *Art Therapy*. 2025:1-11. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07421656.2024.2424042>
  28. Bloch Jacob H, Farrell Jennifer E, Hook Joshua N, Van Tongeren Daryl R, Penberthy
  15. Orang S., Hashemi Razini H., Ramshini M., Orang T. Investigating the Meaning of Life and Psychological Well-being, in Youth, Adults, and Elderly (A Comparative Study of Three Age Groups). *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2018;13(2):182-97. [https://www.sid.ir/fa/VEWSSID/J\\_pdf/79213970204.pdf](https://www.sid.ir/fa/VEWSSID/J_pdf/79213970204.pdf)
  16. Frankl V. E. *Man's Search for Meaning*. Boston, MA: Beacon Press; 2017. <https://antilogicalism.com/wp-content/uploads/2017/07/mans-search-for-meaning.pdf>
  17. Yalom I. D. *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books; 2016. <https://www.amazon.com/Existential-Psychotherapy-Irvin-D-Yalom/dp/0465021476>
  18. Kudla D., Kujur J., Tigga S., Tirkey P., Rai P., Fegg M. J. Meaning in life experience at the end of life: validation of the Hindi version of the Schedule for Meaning in Life Evaluation and a cross-cultural comparison between Indian and German palliative care patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2015;49(1):79-88. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.05.013>
  19. Marco J. H., Garcia-Alandete J., Pérez S., Guillen V., Jorquera M., Espallargas P., Botella C. Meaning in life and non-suicidal self-injury: A follow-up study with participants with Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Research*. 2015;230(2):561-6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.10.004>
  20. Sarrami Foroushani N., Mohammadkhani P., Rasti J. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on the Symptoms of Pain Perception in Older Women. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2024;19(2):242-57. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>
  21. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003;10(2):144-56.

- 2023;28(9):2660-71.  
<https://doi.org/10.1080/13548506.2023.2179645>
35. Bishop A., Younan R., Low J., Pilkington P. D. Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2022;29(1):111-30.  
<https://doi.org/10.1002/cpp.2630>
36. Ha J., Park D. Suicidal ideation and suicide attempts among university students in South Korea during the COVID-19 pandemic: the application of interpersonal-psychological theory and early maladaptive schema. *PeerJ*. 2022;10:e13830.  
<https://doi.org/10.7717/peerj.13830>
37. Webb Jonice. *Running on empty: Overcome your childhood emotional neglect*: Morgan James Publishing; 2012.  
<https://www.amazon.com/Running-Empty-Overcome-Childhood-Emotional/dp/161448242X>
38. Ahmadi A., Ghaemi F., Farokhi N. A. Comparison of the Effectiveness of mindfulness training and commitment and acceptance therapy on sexual function in cancer patients in Isfahan. *Journal of Psychological Science*. 2019;18(83):2185-92.  
<http://psychologicalscience.ir/article-1-384-en.html>
39. Taghiyar Z., Pahlavanzadeh F., Samavi S. A. The effectiveness of schema therapy on marital frustration in married women. *Quarterly Journal of Women and Family Studies*. 2016;9(24):49-63.  
<https://sid.ir/paper/206268/en>
40. Saggino Aristide, Kline Paul. Item factor analysis of the Italian version of the Death Anxiety Scale. *Journal of clinical psychology*. 1996;52(3):329-33.  
[https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(199605\)52:3%3C329::aid-jclp11%3E3.0.co;2-k](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(199605)52:3%3C329::aid-jclp11%3E3.0.co;2-k)
41. mousavi S, Khalegh khah A, Abbasian S, Zebardast A. Comparison of Spiritual Health, Life Expectancy and Death Anxiety in Two Groups of Patients with Curable Cancer and Non-cancer Patients: Evidence of Gender Differences. *j.health* 2019; 10 (3) :346-358.
- J Kim, Davis Don E. The effectiveness of a meditation course on mindfulness and meaning in life. *Spirituality in Clinical Practice*. 2017;4(2):100.  
<https://static1.squarespace.com/static/572341085559869e244cdfc2/t/5b48e33a2b6a28de07e35470/1531503418974/Effectiveness+of+Meditation+Course+on+Mindfulness+and+Meaning+of+Life.pdf>
29. Hoffart Lunding S., Hoffart A. Perceived Parental Bonding, Early Maladaptive Schemas and Outcome in Schema Therapy of Cluster C Personality Problems. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2016;23(2):107-17.  
<https://doi.org/10.1002/cpp.1938>
30. De Klerk A., Keulen-De Vos M., Lobbestael J. The effectiveness of schema therapy in offenders with intellectual disabilities: A case series design. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 2021;47(3):218-26.  
<https://doi.org/10.3109/13668250.2021.1978956>
31. Bach B., Simonsen E., Christoffersen P., Kriston L. The Young Schema Questionnaire-3. *Cognitive Therapy Center*. 2015.  
<https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000272>
32. Arntz A., Rijkeboer M., Chan E., Fassbinder E., Karaosmanoglu A., Lee C. W., Panzeri M. Towards a reformulated theory underlying Schema Therapy: Position paper of an International Workgroup. *Cognitive Therapy and Research*. 2021;45(6):1007-20.  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10608-021-10209-5>
33. Faustino B., Vasco A. B., Delgado J., Farinha-Fernandes A., Guerreiro J. C. Early maladaptive schemas and COVID-19 anxiety: The mediational role of mistrustfulness and vulnerability to harm and illness. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2022;29(4):1297-308.  
<https://doi.org/10.1002/cpp.2706>
34. Słysz A., Urbańska J. Psychological consequences of experiencing the COVID-19 coronavirus pandemic: early maladaptive schemas and mental health and quality of life. *Psychology, Health & Medicine*.

- Religion. 2012;5(4):41-52.  
<http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-682-en.html>
50. Mesrabadi J., Estavar N., Jafarian S. Investigating the construct and diagnostic validity of the Meaning in Life Questionnaire in students. *Journal of Behavioral Sciences*. 2013;7(1):38-90.  
[https://www.behavsci.ir/article\\_67816\\_226be7ed3fb0f0229ab7b237b07ae91f.pdf](https://www.behavsci.ir/article_67816_226be7ed3fb0f0229ab7b237b07ae91f.pdf)
51. Mansour Moghadam Z., Haddad Ranjbar S., Manzari Tavakoli A. The effectiveness of mindfulness-based therapy on anxiety and depression in elderly patients with Parkinson's disease. *Journal of Gerontology*. 2025;10(1):25-34. <http://joge.ir/article-1-730-fa.html>
52. Reangsing C., Trakooltorwong P., Maneekunwong K., Thepsaw J., Oerther S. Effects of online mindfulness-based interventions (MBIs) on anxiety symptoms in adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Complementary Medicine and Therapies*. 2023;23(1):269.  
<https://doi.org/10.1186/s12906-023-04102-9>
53. Franco C., Amutio A., Mañas I., Gázquez J. J., Pérez-Fuentes M. C. Reducing anxiety, geriatric depression and worry in a sample of older adults through a mindfulness training program. *Terapia Psicológica*. 2017;35(1):71-9.  
<https://www.redalyc.org/pdf/785/78550673007.pdf>
54. Osaty K., Salehi M. [The Effectiveness of Mindfulness-Based Therapy on Depression, Anxiety, and Stress in Patients with Gender Dysphoria Disorder]. *J Clin Psychol*. 2020;12(46):63-70.  
<https://doi.org/10.22075/jcp.2020.19316.1781>
55. Aghili M., Hejazi F. Study and comparison of the effectiveness of therapeutic schema and mindfulness on early maladaptive schemas and stress of elderly people in day care centers in Gorgan city. *Clinical Psychology Achievements*. 2019;4(4):12-25.  
<https://doi.org/10.22055/jacp.2021.34189.1156>
- <http://healthjournal.arums.ac.ir/article-1-1926-en.html>
42. Rajabi Gh., Bahrani M. Factor analysis of questions on the death anxiety scale. *Journal of Psychology*. 2001;5(20):331-44.  
<https://sid.ir/paper/54487/en>
43. Ghorbanalizadeh M., Moghaddaszadeh A., Jafari A. Effectiveness of schema therapy and logotherapy on death anxiety in people with hypochondriasis]. *Clinical Psychology and Counseling Research*. 2017;7(1):52-66.  
<https://doi.org/10.22067/ijap.v7i1.51952>
44. Samadifard H., Narimani M. Prediction of Death Anxiety of Elderly Based on Mindfulness and Irrational Beliefs. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2017;5(3):15-21. <http://ijpn.ir/article-1-945-en.html>
45. Kiarasi Z., Emadian S. O., Hassanzadeh R. Comparison of Compassion-Focused Therapy and Meaning Therapy on Death Anxiety in Women with Breast Cancer. *Rooyesh-e-Raswanshani*. 2021;10(8, 65):185-95. <http://frooyesh.ir/article-1-2834-en.html>
46. Steger M. F., Frazier P., Oishi S. The meaningful Life questionnaire: assessing the presence of and search for meaningful. *Journal of Counseling Psychology*. 2006;53(1):80-93.  
<https://psycnet.apa.org/record/2006-00626-008>
47. Linardon J., Messer M., Goldberg S. B., Fuller-Tyszkiewicz M. The efficacy of mindfulness apps on symptoms of depression and anxiety: An updated meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*. 2024; 107:102370.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102370>
48. Jamali F. Investigating the relationship between religious attitudes, sense of meaning in life, and mental health in Tehran university students. Tehran: Faculty of Educational Sciences and Psychology, Al-Zahra University; 2003.  
<https://elmnet.ir/doc/10056408-56122>
49. Ali Akbari Dehkordi M., Peymanfar E., Mohtashami T. Comparing the feeling of loneliness and the sense of meaning in the lives of the elderly with different levels of religious attitude. *Journal of Psychology and*

58. Nikan abdolsamad, torabi ahmad, mohseninasab zahra, bahadori asie, javanmard zeinab, hosinirad masoome. Comparing the effectiveness of schema therapy and cognitive therapy based on mindfulness on stress, resilience, emotion regulation and psychological well-being of cardiovascular patients. Research in psychological health. 2023;17(1):46-60. <http://rph.khu.ac.ir/article-1-4370-en.html>
59. Asadzadeh F., Hassanzadeh M., Ghasemzadeh S. [The effectiveness of emotion-focused schema therapy on reducing feelings of emptiness and frustration in people with borderline symptoms]2024. [cited 2025 Dec 5]. <https://civilica.com/doc/2437507/>
56. Youshizadeh M., Dokaneifard F., Zare Bahramabadi M. [The Effectiveness of Schema Therapy and its Combination with Exposure and Response Prevention Method on the Severity of Obsessive-Compulsive Symptoms]. J Clin Psychol. 2023;14(56):77-88. <https://doi.org/10.22075/jcp.2022.26354.2401>
57. Riso P. L., du Toit L. P., Stein J. D., Young E. J. Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems: A Scientist practitioner guide. Washington: American Psychological Association; 2007. [https://www.researchgate.net/publication/232451683\\_Cognitive\\_schemas\\_and\\_core\\_beliefs\\_in\\_psychological\\_problems\\_A\\_scientist-practitioner\\_guide](https://www.researchgate.net/publication/232451683_Cognitive_schemas_and_core_beliefs_in_psychological_problems_A_scientist-practitioner_guide)