

مقایسه افکار خودبیمارپندارانه و رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی در سطوح مختلف اضطراب

مرگ

آذر عزیزاده یاغبستلو^۱، مسعود قربانعلی پور^{۲*}

۱. گروه روانشناسی، کارشناسی ارشد روانشناسی اسلامی مثبت گرا، دانشگاه آزاد اسلامی، خوی، ایران.

۲. دکتری روانشناسی، استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوی، ایران (نویسنده مسئول).

فصلنامه راهبردهای نو در روان شناسی و علوم تربیتی، دوره هفتم، شماره بیست و ششم، تابستان ۱۴۰۴، صفحات ۱۱-۱

چکیده

پژوهش حاضر، با هدف مقایسه افکار خودبیمارپندارانه و رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی در سطوح مختلف اضطراب مرگ در بین دانشجویان دانشگاه آزاد ارومیه انجام شده است. پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بوده و از جامعه آماری که شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد ارومیه در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ بود، ۳۵۱ نفر به عنوان نمونه به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه خودبیمارانگاری ایوانز، پرسشنامه نیمرخ سبک زندگی ارتقاء بخش سلامتی والکر و پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر استفاده شد. جهت آزمون فرضیه‌ها از تجزیه و تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA) و تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده گردید. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین افراد با سطوح مختلف اضطراب مرگ در افکار خودبیمارپندارانه وجود دارد ($P < 0/05$) و همچنین بین افراد با سطوح مختلف اضطراب مرگ در رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی و مؤلفه‌های آن (به جز مؤلفه فعالیت جسمانی و روابط بین فردی) نیز تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). نتایج این مطالعه نشان داد که اضطراب مرگ می‌تواند نقش بسزایی در افکار خودبیمارپندارانه و رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی افراد داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: افکار خودبیمارپندارانه، رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی، اضطراب مرگ.

مقدمه

افکار خودبیمارپندارانه اعتقاد فرد به ابتلا به یک بیماری جدی و یا اشتغال ذهنی با ابتلای به بیماری را شامل می‌شود که بر اساس تفسیر اشتباه آمیز یک یا چند نشانه فیزیکی مشخص می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۱، ۲۰۱۳، به نقل از قربانعلی پور و همکاران، ۱۳۹۰)؛ به عبارت دیگر، افکار خودبیمارپندارانه یعنی اینکه فرد عمدتاً با این عقیده دل‌مشغول است که بیماری خاصی دارد (سادوک، سادوک و روئیز، ۲۰۱۵، به نقل از رضاعی، ۱۳۹۷). این تصور خودبیمارپندارانه یعنی اشتغال ذهنی با موضوع بیماری باعث می‌شود که افراد معمولاً از علائم بدنی گوناگونی شکایت کنند (آبراموویتز، اولاتونجی و دیکون^۲، ۲۰۰۷، به نقل از قربانعلی پور و همکاران، ۱۳۹۰). همچنین احتمال دارد افراد با افکار خودبیمارپندارانه خود را در معرض خطر بالای مرگ در اثر یک بیماری خطرناک بدانند (وک، نگ، گولر و مولر-مارباچ^۳، ۲۰۱۴، به نقل از قربانعلی پور و همکاران، ۱۳۹۰). حال با توجه به اینکه، مرگ به منزله از دست رفتن بدن و کارکردهای حیاتی آن بوده و به علت اینکه این افکار خودبیمارپندارانه باعث می‌شود افراد هراس را از درون خود و بدن تجربه می‌کنند، این فرض قابل استدلال است که بخش عمده‌ای از این افکار ناشی از اضطراب مرگ باشد. در پژوهش‌هایی مرتبط، سالکوسکیس و کلارک^۴ (۱۹۹۳) معتقدند که اضطراب مرگ در خودبیمارپنداری، خود را به شکل هراس و گمان در خصوص مرگ به واسطه یک بیماری کشنده یا درمان‌ناپذیر نمایان می‌سازد. استارسویک (۲۰۰۵) نیز بر این باور است که این بیماران اشتغال ذهنی غیرقابل کنترل و مفرطی با موضوع مرگ داشته و هراس آن‌ها از مرگ، مرضی است (فر و والکر، ۲۰۰۵).

عامل دیگری که احتمال دارد تحت تأثیر اضطراب مرگ قرار گیرد، رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی می‌باشد. رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت شامل فعالیت‌هایی است که سطح بهزیستی و توان بالقوه سلامت افراد، خانواده‌ها و اجتماع را توسعه می‌دهد (توکلی و عمادی، ۲۰۱۵). اگرچه اغلب مردم از تأثیرات محافظت‌کننده رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی در برابر بیماری‌های مزمن آگاهی دارند اما تعدادی از آن‌ها هنوز از به‌کارگیری این رفتارها امتناع می‌ورزند و تعدادی نیز علی‌رغم برخورداری از سلامت کامل، نگرانی گسترده‌ای را در خصوص وضعیت سلامتی خود تجربه کرده و به‌صورت افراطی درگیر رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی می‌گردند (لمال و ون دل‌بالک^۵، ۲۰۱۰، به نقل از قربانعلی پور و همکاران، ۱۳۸۹). از طرفی، لازم به ذکر است که انسان در غرایز ابتدایی مانند حفظ سلامتی با دیگر حیوانات مشترک است. با این حال توانایی‌های عقلانی انسان این قدرت را به او بخشیده که بتواند تشخیص دهد که مرگ غیرقابل گریز است (پزینسکی، گرینبرگ و سولومون^۶، ۱۹۹۷، به نقل از قربانعلی پور و همکاران، ۱۳۸۹). آگاهی از مرگ غیرقابل گریز و اضطراب همراه آن به رفتارهای گوناگونی منجر می‌شود (پزینسکی و همکاران، ۱۹۹۷)؛

¹. american psychiatric association

². Abramovitz, Olatonji & Deacon

³. Veck, Neng, Goller & Muller- Mrbach

⁴. Salkovskis & Clark

⁵. Lemal & Van Den Bluck

⁶. Pyszczynski, Greenberg & Solomon

به عبارت دیگر، وقتی مردم با اضطراب مرگ روبه‌رو می‌شوند واکنش‌های متفاوتی از خود نشان می‌دهند. از یک طرف آن‌ها به افزایش رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی متمایل می‌شوند و از طرف دیگر ممکن است رفتارهایی را اتخاذ کنند که سلامتی آن‌ها را مورد تهدید قرار دهد (آرنت، راتلج و گلدنبرگ^۱، ۲۰۰۶)؛ بنابراین، یکی از متغیرهایی که احتمال دارد بر به‌کارگیری افراطی و بیمارگونه رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی یا عدم به‌کارگیری این رفتارها، تأثیر داشته باشد، اضطراب مرگ است و مردم تحت تأثیر اضطراب مرگ ممکن است به رفتارهای ارتقاء بخش یا تهدیدکننده سلامتی بپردازند. با توجه به موارد مذکور، و باوجود شیوع بالای افکار خودبیمار پندارانه در اختلالات روانی مختلف و افراد دارای بیماری‌های طبی گوناگون و میزان بالای رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی و اهمیت آن‌ها، آن‌گونه که باید شناخته نشده‌اند، در نتیجه، یافتن علل مستقیم و غیرمستقیم مؤثر در بروز و تشدید آن‌ها ضروری می‌باشد. یکی از عواملی که احتمال می‌رود در افکار خودبیمارپندارانه و رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی افراد نقش داشته باشد، اضطراب مرگ می‌باشد. اضطراب مرگ عموماً به عنوان احساس ناراحتی توأم با ترسی که معطوف به مرگ خود یا دیگران است و با در نظر گرفتن مرگ به عنوان پایان حیات یا تجسم مراسم تدفین و جسد برانگیخته می‌شود، تعریف می‌شود (فیرستون و کتل^۲، ۲۰۰۹). تا به امروز پژوهشی که به نقش اضطراب مرگ در افکار خودبیمارپندارانه و رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی افراد یکجا بپردازد، صورت نگرفته و پژوهش‌های خیلی محدودی آن‌هم به‌طور جداگانه اضطراب مرگ را با افکار خودبیمارپندارانه و رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی یا در ارتباط با متغیرهای دیگر مورد بررسی قرار داده‌اند. به عنوان مثال، فر و ول‌ترین^۳ (۲۰۱۰) در پژوهشی دریافتند که تقریباً نیمی از به اضطراب مرگ ملاک‌های خودبیمار پنداری را نیز دارند. نويز، استوارت، لانگبن، هپل، لانگلی و همکاران^۴ (۲۰۰۲) نیز بین اضطراب مرگ و خودبیمارپنداری، جسمانی سازی و اضطراب سلامتی در میان مراجعه‌کنندگان به یک درمانگاه همبستگی بالایی کشف کردند. آن‌ها دریافتند بیمارانی که دارای ملاک‌های خودبیمارپنداری بودند در مقایسه با بیمارانی که فاقد این ملاک بودند به‌طور قابل‌توجهی نمرات بالاتری در اضطراب مرگ دریافت کردند. همچنین، سلیمان نژاد (۱۳۸۹)، دریافت که هراس از مرگ در اختلالات وحشت‌زدگی، اضطراب فراگیر و استرس پس از ضربه به‌طور چشمگیری کمتر از آن چیزی است که در اختلال خودبیمارپنداری مشخص شد. همچنین در پژوهشی که آرنولد و بکر^۵ (۲۰۰۴) انجام دادند مشخص شد که، گروه سالخورده در مقایسه با گروه جوان در بین شش زیرمقیاس پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء بخش سلامتی در ۵ زیر مقیاس نمرات بهتری کسب می‌کنند. نتایج پژوهش قربانعلی پور و همکاران (۱۳۸۹) نیز حاکی از آن بود که اضطراب مرگ باعث اشتغال مفرط افراد در رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی می‌شود؛ یعنی، افرادی که اضطراب مرگ بالایی دارند در مقایسه با افرادی که فاقد اضطراب مرگ می‌باشند بیشتر درگیر رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی می‌شوند. با توجه به پیچیده و چندبعدی بودن مفهوم اضطراب مرگ و اهمیت اثرات اضطراب مرگ بر روی افراد، خصوصاً

¹. Arndt, Routledge& Goldenberg

². Firestone& Catlett

³. Furer&Weltzin

⁴. Noyes, Stuart, Lengbehn, Happel, Longley & Yagla

⁵. Arnold & Becker

جوانان و شیوه‌های سازگاری با آن، همچنین با توجه به فقدان پژوهش در خصوص نقش اضطراب مرگ در افکار خودبیمارپندارانه و رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی افراد، این پژوهش درصدد تلاش برای پاسخگویی به این سؤال می‌باشد که آیا بین افراد با سطوح مختلف اضطراب مرگ در میزان افکار خودبیمارپندارانه و رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد ارومیه در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ بودند. از بین این افراد بر اساس جدول مورگان ۳۵۱ دانشجو با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند معیارهای ورود به پژوهش شامل: دانشجو بودن، فرد فاقد اختلال روانی خاص باشد و رضایت برای شرکت در دوره پژوهشی و معیارهای خروج از پژوهش، دانشجو نبودن و داشتن اختلال روانی بود. درنهایت، پس از کسب مجوز از دانشگاه آزاد ارومیه از بین ۵ دانشکده دانشگاه آزاد ارومیه، ۳ دانشکده (دانشکده‌های علوم انسانی، علوم پایه و فنی و مهندسی) به صورت تصادفی انتخاب شد، سپس از هر کدام از این دانشکده‌ها باز به صورت تصادفی ۳ رشته انتخاب (دانشکده علوم انسانی شامل رشته‌های، حسابداری، حقوق و روان‌شناسی؛ دانشکده علوم پایه شامل، فیزیک، ریاضی و زمین‌شناسی؛ دانشکده فنی و مهندسی شامل، عمران، برق و مهندسی پزشکی) و بالاخره از هر یک از سه رشته انتخاب شده ۳۹ دانشجو انتخاب گردید و ضمن توضیح اهداف پژوهش و جلب نظر دانشجویان به منظور شرکت در پژوهش، پرسشنامه‌های پژوهش بین آن‌ها توزیع و از آنان خواسته شد تا به این پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. تقسیم‌بندی اضطراب مرگ به سه سطح بالا، متوسط و پایین نیز بدین صورت بود که نمرات شش و هفت نقاط برش در نظر گرفته شده‌اند، یعنی نمرات بالاتر از هفت نشان‌دهنده اضطراب مرگ بالا و نمرات پایین‌تر از شش نشانگر اضطراب مرگ پایین می‌باشند و نمرات شش و هفت نیز نشانگر اضطراب مرگ متوسط می‌باشد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تجزیه و تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) و تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده شد.

ابزار

پرسشنامه خودبیمارانگاری: پرسشنامه خودبیمارانگاری ایوانز (۱۹۸۰) حاوی ۳۶ سؤال پنج گزینه‌ای و در بعضی موارد دوگزینه‌ای با نمره بین ۰-۶۰ است و نمره (۰-۲۰) نشان‌دهنده سلامت فرد، نمره (۲۱-۳۰) مرزی، نمره (۳۱-۴۰) خودبیمارانگاری خفیف، نمره (۴۱-۶۰) خودبیمارانگاری متوسط و نمره (بالای ۶۰) خودبیمارانگاری شدید را نشان می‌دهد (ایوانز، ۱۹۸۰). ضریب پایایی پرسشنامه مذکور در پژوهش طلایی، فیاضی بردبار، نصیری، ثمری، میرشجاعیان و همکاران (۱۳۸۸)، بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شده است. به علاوه همبستگی بالای پرسشنامه با سایر آزمون‌های سنجش خودبیمارانگاری مانند خرده مقیاس خودبیمارانگاری پرسشنامه شخصیت سنج چندوجهی مینه سوتا (MMPI) و چک لیست علامتی ۹۰ سؤالی (SCL-90) بیانگر اعتبار مناسب آن می‌باشد.

پرسشنامه نیمرخ سبک زندگی ارتقاء بخش سلامتی: این مقیاس بر اساس الگوی ارتقاء سلامت پندر به منظور تعیین میزان انجام و به کارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی افراد طراحی شده است (نوروزی و همکاران، ۲۰۱۳) و یک ابزار چندبعدی برای سنجش رفتارهای ارتقاء سلامت محسوب می شود. این پرسشنامه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را در شش بعد؛ مسئولیت پذیری سلامتی، فعالیت فیزیکی، تغذیه، رشد معنوی، مدیریت تنش و روابط بین فردی اندازه گیری می کند. این مقیاس دارای ۵۲ سؤال می باشد که در طیف لیکرت ۴ درجه ای ۱ (هرگز) تا ۴ (معمولاً) نمره گذاری می شوند. نمره کل این مقیاس از ۵۲ تا ۲۰۸ متغیر می باشد. پایایی نسخه اصلی توسط والکر و همکاران با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ برای زیرمقیاس های شش گانه و ۰/۹۴ برای کل مقیاس به اثبات رسیده است (توکلی و عمادی، ۲۰۱۵؛ محمدی زیدی و همکاران، ۲۰۱۲). روایی و پایایی نسخه فارسی این ابزار توسط محمد زیدی و همکاران (۲۰۱۲) در مراجعین مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی قزوین بررسی و ضریب آلفای کرونباخ آن در ابعاد رشد معنوی ۰/۶۴، مسئولیت پذیری ۰/۸۶، روابط بین فردی ۰/۷۵، مدیریت تنش ۰/۹۱، فعالیت فیزیکی ۰/۷۹، تغذیه ۰/۸۱ و در کل مقیاس ۰/۸۰ گزارش شده است. ضریب اعتبار مقیاس در پژوهش (قربانعلی پور و همکاران، ۱۳۸۹)، از طریق باز آزمایی ۰/۷۸، و هماهنگی درونی سؤال های پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب مرگ: این مقیاس، یک پرسشنامه خود اجرایی متشکل از ۱۵ سؤال صحیح - غلط است. دامنه نمرات از صفر تا پانزده می باشد و نمره زیاد (نمره بالاتر از متوسط "نمره ۸") معرف درجه بالایی از اضطراب مرگ است (رجبی و بحرانی، ۱۳۸۵). نمره یک در صورتی که پاسخ فرد نشان دهنده وجود اضطراب باشد و نمره صفر در صورتی که پاسخ فرد نشان دهنده نبود اضطراب باشد (مسعود زاده، ستاره، محمد پور و مدانلو کردی، ۱۳۸۷). در فرهنگ اصلی ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس ۰/۸۳ و روایی همزمان آن بر اساس همبستگی با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۲۷ و با مقیاس افسردگی ۰/۴۰ گزارش شده است (تمپلر، ۱۹۷۰). رجبی و بحرانی (۲۰۰۱) پایایی و روایی این مقیاس را مورد بررسی قرار داده اند که بر اساس آن ضریب پایایی تصفی را ۰/۶ و ضریب همسانی درونی را ۰/۷۳ گزارش کرده اند. در پژوهش کجباف و همکاران (۱۳۹۴)، پایایی این پرسشنامه با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و دو نیمه سازی، بررسی شد که نتایج به دست آمده به ترتیب عبارت بود از: ۰/۶۵ و ۰/۷۸ که نشان دهنده پایایی قابل قبول این ابزار است.

یافته ها

در این پژوهش ۳۵۱ دانشجو در سه گروه (اضطراب مرگ بالا، متوسط و پایین) حضور داشتند که بررسی میانگین متغیرهای وابسته (افکار خودبیمارپندارانه، رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی و مؤلفه های آن) در هر گروه نشان می دهد که نمره های رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی برای افراد با اضطراب مرگ بالا در بالاترین مقدار ($SD=6/64$ و $M=146/28$) و نمره های مؤلفه مدیریت تنیدگی رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی برای افراد با اضطراب مرگ پایین در پایین ترین حد ($SD=3/36$ و $M=20/51$) بوده است. در ادامه به یافته های استنباطی با استفاده از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس یک راهه و تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیری پرداخته می شود. قبل از استفاده از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس یک راهه، پیش فرض های مهم این آزمون آماری مورد بررسی قرار

گرفت. پیش فرض‌های استفاده از تجزیه و تحلیل واریانس یکراهه با استفاده از آزمون کالموگروف- اسمیرنف و آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که سطح معناداری آن‌ها بالای ۵ درصد بود ($P > 0.05$). به عبارتی هر دو مفروضه آزمون مذکور برقرار بودند و استفاده از تحلیل واریانس یکراهه برای فرضیه اول پژوهش بلامانع بود.

جدول ۱. نتایج آزمون ANOVA برای مقایسه افکار خودبیمارپندارانه در سطوح مختلف اضطراب مرگ

منبع مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
گروه	۲	۴۸۵۵/۷۱۸	۱۷۱/۹۳۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹۷
خطا	۳۴۸	۲۸/۲۴۱			
کل	۳۵۱	۵۴۰۶۱۸/۰۰۰			

همان‌طور که جدول ۱، نشان می‌دهد نسبت F حاصله برای متغیر افکار خودبیمارپندارانه به لحاظ آماری معنادار است ($P < 0.001$) و $F(2, 348) = 171.936$ ؛ بنابراین بین سه گروه از لحاظ میزان افکار خودبیمارپندارانه تفاوت معنادار وجود دارد و فرضیه تأیید می‌شود. به منظور تعیین اینکه تفاوت بین کدام گروه‌هاست، آزمون توکی انتخاب شده است که نتایج آن نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین گروه‌های بالا و پایین اضطراب مرگ با یکدیگر در نمره افکار خودبیمارپندارانه به لحاظ آماری معنادار است ($P < 0.05$). نتایج آزمون نشان می‌دهد که افراد دارای سطح اضطراب مرگ بالا ($M = 44.67$ و $SD = 4.08$) دارای افکار خودبیمارپندارانه بیشتری هستند. به منظور آزمون فرضیه دوم نیز از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس یکراهه (ANOVA) استفاده شد. ابتدا به منظور بررسی صحت مفروضه نرمال بودن و همگنی واریانس‌های خطای متغیر وابسته از آزمون کالموگروف - اسمیرنف و آزمون لون استفاده شده که نتایج آن حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات و تأیید مفروضه همگنی واریانس متغیر وابسته می‌باشد. لذا می‌توانیم تحلیل را با اطمینان انجام دهیم.

جدول ۲. نتایج آزمون ANOVA برای مقایسه رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی در سطوح مختلف اضطراب مرگ

منبع مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
گروه	۲	۲۷۴۸/۷۹۸	۱۵/۱۵۳	۰/۰۰۱	۰/۰۸۰
خطا	۳۴۸	۱۸۱/۳۹۷			
کل	۳۵۱	۷۰۹۵۴۴۳/۰۰۰			

همان‌طور که جدول ۲، نشان می‌دهد نسبت F حاصله به لحاظ آماری معنادار است ($P < 0.001$) و $F(2, 348) = 15.153$ ؛ بنابراین بین سه گروه در رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی تفاوت معنادار وجود دارد و فرضیه تأیید می‌شود. به منظور تعیین اینکه تفاوت بین کدام گروه‌هاست، آزمون توکی انتخاب شده است که نتایج آن نشان داد که، افراد در سطوح بالا و پایین اضطراب مرگ در نمره رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی با یکدیگر تفاوت معناداری دارند ($P < 0.05$). افراد دارای سطح اضطراب مرگ بالا از این نظر در سطح بالاتری قرار دارند ($M = 146.28$ و $SD = 6.64$). به منظور مقایسه مؤلفه‌های رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی در سطوح

مختلف اضطراب مرگ از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده شد. بدین منظور ابتدا آزمون باکس به منظور بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس ارائه شده است و نتایج نشانگر آن است که ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته در میان سطوح متغیر مستقل (اضطراب مرگ) همگن است ($P > 0/247$, $F(3/595, 42) = 2/984$, $P > 0/247$) و $F(3/595, 42)$ و $688/153$ (Box M=). در ادامه نتایج ارزیابی F چند متغیری در جدول ۳، آمده است.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های معناداری MANOVA برای اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته

منابع	ارزش F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی	خطا	معناداری
گروه اثر پیلایی	۰/۴۳۲	۱۵/۷۹۸	۱۲	۶۸۸	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۶۰۷	۱۶/۲۰۵	۱۲	۶۸۶	۰/۰۰۱
T هاتلینگ	۰/۵۸۳	۱۶/۶۱۲	۱۲	۶۸۴	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه ری	۰/۴۳۵	۲۴/۹۲۲	۶	۳۴۴	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۳، مشاهده می‌شود نتیجه آزمون لامبدای ویلکز معنادار است ($P < 0/001$, $F(16/205, 12) = 16/205$). معنادار بودن این آزمون نشان می‌دهد که حداقل در یکی از مؤلفه‌های رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی بین سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد. در ادامه نتایج تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیری ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیری بر میانگین نمرات متغیرهای وابسته در سطوح مختلف اضطراب مرگ

منابع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
گروه	مسئولیت پذیری	۱۷۷/۸۵۲	۲	۸۸/۹۲۶	۱۰/۹۴۰	۰/۰۰۱
	فعالیت جسمانی	۱۲۳/۴۰۲	۲	۶۱/۷۰۱	۶/۲۸۶	۰/۰۰۲
	تغذیه	۳۱۵/۵۱۰	۲	۱۵۷/۷۵۵	۱/۴۱۱	۰/۰۰۱
	تعالی معنوی	۵۳۵/۵۹۵	۲	۲۶۷/۷۹۸	۲۰/۴۶۳	۰/۰۰۱
	روابط بین فردی	۷۴/۷۴۱	۲	۳۷/۳۷۰	۴/۰۴۵	۰/۰۱۸
	مدیریت تنیدگی	۳۳۷/۹۳۷	۲	۱۶۸/۹۶۹	۲۰/۹۲۲	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۴، مشاهده می‌شود مقدار F حاصله برای همه مؤلفه‌های رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی به جز مؤلفه فعالیت جسمانی و روابط بین فردی معنادار است؛ بنابراین نتیجه می‌گیریم که فرض برابری میانگین مؤلفه‌های رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی (به جز مؤلفه فعالیت جسمانی و روابط بین فردی) در سه گروه در سطح $0/05$ و با اطمینان $0/95$ رد می‌شود؛ بنابراین سه گروه در همه مؤلفه‌های رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی (به جز مؤلفه فعالیت جسمانی و روابط بین فردی) با یکدیگر تفاوت معناداری دارند ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، مقایسه افکار خودبیمارپندارانه و رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی در سطوح مختلف اضطراب مرگ بود. اولین فرضیه این پژوهش این بود که، بین افراد با سطوح مختلف اضطراب مرگ در افکار خودبیمارپندارانه تفاوت وجود دارد. نتایج تجزیه و تحلیل واریانس نشان می‌دهد که بین افراد با سطوح مختلف اضطراب مرگ در افکار خودبیمارپندارانه تفاوت وجود دارد و افراد دارای اضطراب مرگ بالا در مقایسه با افراد دارای اضطراب مرگ متوسط و پایین دارای افکار خودبیمارپندارانه بیشتری هستند. این نتایج با یافته‌های پژوهش فر و ول‌ترین (۲۰۱۰)، پژوهش نويز و همکاران (۲۰۰۲)، همچنین، استارسویک و همکاران (۱۹۹۴) و بالاخره، پژوهش سلیمان نژاد (۱۳۸۹)، مبنی بر اینکه دریافت که هراس از مرگ در اختلالات وحشت‌زدگی، اضطراب فراگیر و استرس پس از ضربه به‌طور چشمگیری کمتر از آن چیزی است که در اختلال خودبیمارپنداری مشخص شد، همسو می‌باشند. در تبیین یافته نخست پژوهش حاضر می‌توان به این نکته اشاره کرد که، افراد دارای افکار خودبیمارپندارانه، توجه انتخابی بیشتر بر علائم بدنی و تمایل شدیدتری به کشف نشانه‌های جسمانی در خود دارند (به نقل از داوودی، نرگسی و مهرابی زاده هنرمند، ۱۳۹۱). در افراد با افکار خودبیمارپندارانه، اشتغال ذهنی درباره بدن و اعمال بدن ویژگی کلیدی این افراد می‌باشد (بارلو و دیورند، ۱۹۴۲، به نقل از فیروزبخت، ۱۳۹۴). همچنین در این افراد ترس از پیر شدن و مرگ وجود دارد (به نقل از گنجی، ۱۳۹۲) و خود را تحت خطر بالایی برای مرگ در اثر ابتلا به بیماری جسمانی خطرناک می‌دانند، می‌توان گفت، این افراد هراس خود از مرگ را به شکل هراس از بدن و بیماری نشان می‌دهند (فیرستون و کتلت، ۲۰۰۹) بدین معنا که، تهدید ادراک شده از جانب افراد دارای افکار خودبیمارپندارانه، از بدنشان ناشی می‌شود و از آنجاکه بدن بخش عمده‌ای از خودانگاره افراد را در ذهن می‌سازد، هنگامی که در آن تغییری به وجود می‌آید، نه تنها فقدان یک عملکرد بدنی حس می‌شود، بلکه نوعی احساس روان‌شناختی از دست دادن یکپارچگی خویش نیز حاصل می‌شود (وفایی، عسگری زاده و رحمتی، ۱۳۹۰) در نتیجه و با توجه به اینکه مرگ، مشتمل بر فروپاشی بدن و کارکردهای آن است، می‌توان گفت که بخش عمده‌ای از هراس افراد با افکار خودبیمارپندارانه، مشتمل بر هراس از مرگ است (هایبرت و همکاران، ۲۰۰۵)؛ بنابراین اضطراب مرگ بالا باعث تمرکز بیشتر افراد بر روی خود و در نتیجه تشدید احساسات بدنی فرد می‌شود و از طرفی تشدید احساسات بدنی منجر به اضطراب بالا می‌شوند و این جریان، یک دور باطل ایجاد می‌کند. در نتیجه، در صورت برطرف شدن اضطراب مرگ افراد، میزان ادراک تهدید بدنی و در نتیجه، افکار خودبیمارپندارانه نیز کاهش خواهد یافت. با توجه به آنچه گفته شد، تمرکز بر اضطراب مرگ و کاهش آن، موجب حذف یا کاهش افکار خودبیمارپندارانه ناشی از آن خواهد شد (باست، ۲۰۰۷).

فرضیه دوم این پژوهش این بود که، بین افراد با سطوح مختلف اضطراب مرگ در رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی تفاوت وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین افراد با سطوح مختلف اضطراب مرگ در میزان رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی تفاوت معنادار وجود دارد و افراد دارای اضطراب مرگ بالا نسبت به افراد دارای اضطراب مرگ پایین به‌طور معناداری رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی بیشتری استفاده می‌کنند ولی در مقایسه با افراد دارای اضطراب مرگ متوسط تفاوت معناداری نداشتند، که

مبنی بر تأیید فرضیه می‌باشد. نتایج این پژوهش با نتایج برخی پژوهش‌ها هماهنگ و همسو می‌باشد. به‌عنوان مثال، پژوهش آرنولد و بکر^۱ (۲۰۰۴) و نتایج پژوهش قربانعلی پور و همکاران (۱۳۸۹) که حاکی از آن بود که اضطراب مرگ باعث اشتغال مفرط افراد در رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی می‌شود. این یافته را می‌توان بر اساس الگوی فرآیند دوگانه تبیین کرد، مطابق الگوی فرآیند دوگانه (پزینسکی و همکاران، ۱۹۹۹) در برابر افکار مرتبط با مرگ، مکانیزم‌های دفاعی انسان در برابر اضطراب از مرگ غیرقابل اجتناب، در دو سبک مجزا عمل می‌کنند به شکلی که در ابتدا افکار مرگ در سطح هشیار مکانیزم‌های متفاوتی را نسبت به مواجهه با همین افکار در سطح ناهشیار، برمی‌انگیزاند. دفاع‌های نزدیک نوع اولیه دفاع در برابر افکار هشیار مرتبط با مرگ است و شامل عملیات شناختی متمرکز بر تهدید نشأت گرفته از فهم واقعیت سخت و غیرقابل تحمل مرگ هستند که با مکانیزم‌های دفاعی سرکوبی و دلیل تراشی فرد را قادر به تحمل اضطراب می‌کند. همچنین دفاع‌های دور، از طریق ارزش خود در یک جهان معنادار و ابدی اضطراب مرگ را مدیریت می‌کند. این دفاع‌ها به‌جای اینکه مشکل مرگ را همچون دفاع‌های نزدیک به خارج هشیار بیفکنند یا آن را با توجیه‌های عقلانی مختلف به آینده دورتر بفرستند، با معنادار ساختن، ارزشمند کردن و بادوام‌تر کردن زندگی فرد، امنیتی برای فرد مهیا می‌کنند تا او بتواند با اضطراب مرگ موجود به بهترین وجه مقابله کند (به نقل از طالبی و منیرپور، ۱۳۹۴). طبق این الگو می‌توان گفت، اندیشیدن به مرگ ترسناک بوده و اغلب افراد ترجیح می‌دهند به آن فکر نکنند و هر شخص ممکن است نسبت به آن برداشت و واکنشی منحصر به فرد داشته باشند (نادری و شکوهی، ۲۰۱۰؛ شیخی، عیسی زادگان، بشرپور و مارویی میلان، ۲۰۱۳). افزایش آگاهی نسبت به مرگ و اضطراب همراه آن سبب می‌شود افراد مکانیزم‌های دفاعی مختلفی را جهت محافظت در برابر آگاهی نسبت به مرگ و اضطراب همراه آن اتخاذ کنند. به‌طور تجربی اضطراب مرگ معمولاً بخشی از تجربه ناآگاه است و دسته‌ای از مطالعات که درباره آگاهی از مرگ انجام گرفته نشان داده است که اضطراب مرگ بالا دفاع‌های فعالانه‌ای مانند حواس‌پرتی، اجتناب و انکار را در پی دارد که موجبات آگاهی کمتری از اضطراب مرگ را فراهم می‌آورد (جاست و همکاران، ۲۰۰۷؛ گرینبرگ و همکاران، ۱۹۹۴). با توجه به ابهام، کنترل ناپذیری و غیرقابل تغییر بودن فرآیند مرگ، اضطراب به‌طور عمده با راهبردهای اجتنابی مرتبط است. رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی می‌توانند به‌عنوان یکی از واکنش‌های دفاعی سطحی افراد دارای اضطراب مرگ بالا در نظر گرفته شوند که برای رهایی از افکار هشیار مرتبط با مرگ و اجتناب از اضطراب مرتبط با مرگ اغلب مورد استفاده قرار می‌دهند (به نقل از قربانعلی پور و همکاران، ۱۳۸۹). افراد دارای اضطراب مرگ بالا برای کاهش و قابل تحمل ساختن این اضطراب وجودی از رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی به‌عنوان راهبردهای مقابله با اضطراب ناشی از مرگ قریب‌الوقوع استفاده می‌کنند؛ به عبارت دیگر، آگاهی نسبت به مرگ و اضطراب همراه آن سبب می‌شود افراد رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی را به‌عنوان دفاعی در برابر آگاهی نسبت به مرگ و اضطراب همراه آن اتخاذ کنند تا بدین ترتیب با اجتناب یا انکار، از خود در برابر هراس ناشی از مرگ محافظت کنند. بدین ترتیب، رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی به‌عنوان یک عامل حفاظتی در برابر اضطراب مرگ عمل می‌کنند و طبق نتایج پژوهش، هرچقدر اضطراب مرگ افراد بالا باشد بیشتر از رفتارهای ارتقاء بخش

¹. Arnold & Becker

سلامتی به عنوان دفاع در برابر اضطراب مرگ استفاده می کنند. در نتیجه، با توجه به موارد مذکور، کاهش اضطراب مرگ، موجب حذف یا کاهش رفتارهای دفاعی ناشی از آن و تعدیل و مدیریت استفاده از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی خواهد شد. بنابراین می توان گفت، که اضطراب مرگ سهم عمده ای در مشکلات روان شناختی دارد و به عبارتی اضطراب مرگ نقش بسزایی در افکار خودبیمارپندارانه و رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی دارد و اضطراب مرگ به عنوان عاملی پویا و تأثیرگذار در نظر گرفته شد. محدودیت های پژوهش حاضر عبارت اند از: فقدان پیشینه پژوهش کافی پیرامون متغیرهای افکار خودبیمارپندارانه و رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی، عدم کنترل متغیرهایی (مثلاً جنسیت) که به نوعی می توانند نتایج را مخدوش کنند و محدود نمودن بررسی ها به دانشجویان دانشگاه آزاد ارومیه که تعمیم پذیری یافته های پژوهش را با دشواری روبه رو می سازد و باید احتیاط کرد. در نتیجه، با توجه به نتایج پژوهش حاضر و سایر پژوهش های مشابه ضروری می نماید متغیرهای دیگری در ارتباط با اضطراب مرگ مورد بررسی قرار بگیرند. همچنین پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی جامعه آماری گسترده تری مدنظر قرار بگیرد و اینکه در کنار این نوع پژوهش، طرح های پژوهشی آزمایشی و مداخله ای نیز انجام گیرند.

منابع

- بارلو، دیوید اچ؛ و دیورند، وی مارک. (۱۹۴۲). آسیب شناسی روانی. ترجمه: مهرداد فیروزبخت. (۱۳۹۶). تهران: رسا، چاپ سوم.
- داوودی، ایران؛ نرگسی، فریده؛ و مهربانی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۹۱). باورهای ناکارآمد و صفات شخصیتی در معلمان دارا و فاقد اضطراب سلامتی. فصلنامه جنتاشاپیر، ۱۰-۱.
- رجبی، غلامرضا؛ بحرانی، محمود (۱۳۸۵). تحلیل عاملی سؤال های مقیاس اضطراب مرگ. مجله روان شناسی، ۲۰، ۳۳۴-۳۳۱.
- سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت؛ و روئیز، پدرو. (۲۰۱۵). خلاصه روان پزشکی؛ علوم رفتاری/ روان پزشکی بالینی بر اساس DSM-5. ترجمه: فرزین رضاعی (۱۳۹۷). تهران: انتشارات ارجمند، چاپ چهارم.
- سلیمان نژاد، اکبر (۱۳۸۹). هراس از مرگ در بیماران مبتلا به هیپو کندریا و اختلالات اضطرابی. مجله پزشکی ارومیه، ۲۱ (۲)، ۲۷۹-۲۷۳.
- طالبی، غلامرضا؛ و منیرپور، ناصر. (۱۳۹۴). پیش بینی اضطراب مرگ بر اساس مکانیزمهای دفاعی دانشجویان. کنفرانس بین المللی علوم انسانی، روان شناسی و علوم اجتماعی، تهران، ایران.
- طلایی، علی؛ فیاضی بردبار، محمدرضا؛ نصیری، افشین؛ ثمری، علی اکبر؛ میرشجاعیان، مهزاد؛ رضایی اردانی، امیر (۱۳۸۸). خودبیمارانگاری و عوامل وابسته به آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۱۷ (۱)، ۱.
- قربانعلی پور، مسعود؛ برجعلی، احمد؛ سهرابی، فرامرز؛ فلسفی نژاد، مصطفی (۱۳۸۹). بررسی تأثیر اضطراب مرگ و سن بر رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی. مجله پزشکی ارومیه، ۲۱ (۲)، ۲۹۲-۲۸۶.
- قربانعلی پور، مسعود؛ سلیمان نژاد، اکبر؛ و مهران فر، سحر (۱۳۹۰). افکار خودبیمارپندارانه در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی ماژور. مجله پزشکی ارومیه، ۲۲ (۳)، ۲۲۹-۲۲۳.
- کجباف، محمداقبر؛ قاسمیان نژاد جهرمی، علی نقی؛ و احمدی فروشانی؛ سید حبیب الله (۱۳۹۴). تأثیر گروه درمانی معنوی و وجودی بر میزان افسردگی، اضطراب مرگ و باور به ادامه حیات پس از مرگ با تکیه بر گزارشهای افراد تجربه کننده مرگ در دانشجویان. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۱۶ (۴)، ۱۳-۴.
- گنجی، مهدی. (۱۳۹۲). آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-5. تهران: ساوالان. چاپ دوم.
- مسعود زاده، عباس؛ ستاره، جواد؛ محمدپور تهمتن، رضا علی؛ و مدالو کردی، منا. (۱۳۸۷). شیوع اضطراب مرگ بین کارکنان یک بیمارستان دولتی شهر ساری. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۸ (۶۷)، ۸۴-۹۰.

- Abramovitz, J. S. Olatunji, B. O. & Deacon, B. J (2007). Health anxiety, hypochondriasis and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 38 (1), 86- 94.
- Arndt, J., Routledge, C., Goldenberg, J.L. (2006). Predicting proximal health responses to reminders of death: the influence of coping style and health optimism. *PsycholHealth*, 21, 593-614.
- Arnold, W., Becker, C.M. (2004). Health-promoting behaviors of older Americans versus young and middle aged adults. *EducGerontol*, 835, 30-44.
- Evans, C. (1980). *Understanding yourself*; Upgraded Edition, Signet Publications, 87.
- Firestone, R. C. (2009). *Beyond death anxiety*. New York: Springer Publishing Company
- Furer, P., & Walker, J. R. (2005). Treatment of Hypochondriasis with exposure. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35, 251-267.
- Furer, W.H., Weltzin, T.E., Hsu, L. (2010). Relationship between anorexia nervosa and obsessive and compulsive behaviors. *Psychiatr Ann*, 23, 365.
- Hiebert, C., Furer, P., McPhail, C., & Walker, J.R. (2005). Death anxiety: a central feature of hypochondriasis. *Depression and Anxiety*, 22, 215-217.
- Jost, J. T., Napier, J. L., Thorisdottir, H., Gosling, S. D., Palfai, T. P., & Ostafin, B. (2007). Are needs to manage extremity ?Personality and Social uncertainty and threat associated with political conservatism or ideological Psychology Bulletin, 33, 989-1007.
- Lemal, M.S., & Van den Bluck, J. (2010). Testing the effectiveness of a skin cancer narrative in promoting positive health behavior: A pilot study. *J Prevent Med*, 19, 225-236.
- Naderi, F., & Shokoohi, M. (2010). Relationship optimism, humor and social maturity with death anxiety in Golestan hospital in Ahwaz. *Journal of Social Psychology*, 4 (10), 85-94.
- Noyes, R., Stuart, S., Langbehn, D.R., Happel, R.L., Longley, S.L., Yagla, S.J. (2002). Childhood antecedents of hypochondriasis. *J Psychosom*, 43, 282-289.
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S. (1999). Why do we need what we need? a terror- management perspective on the roots of human social motivation. *Psychol Inq*, 8, 1- 20.
- Rajabi, G.H., & Bohrani, M. (2001). Death anxiety scale factor analysis questions. *Journal of*
- Salkovskis, P. M. & Clark, D. M. (1993). Panic disorder and hypochondriasis. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 15 (1), 48-23.
- Shiekhy, S., Issazadegan, A., Basharpour, S. & Maroei Millan, F. (2013). The relationship between death obsession and death anxiety, with hope among the nursing students of Urmia medical science university. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*, 11 (6), 1-10.
- Starcevic, V. (2005). Fear of death in hypochondriasis: Bodily threat and its treatment in implications. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35 (3), 227-237.
- Starcevic, V., Fallon, S., Uhlenhuth, E.H., Pathak, D. (1994). Generalized anxiety disorder, worries about illness, and hypochondriacal fears and beliefs. *Psychother Psychosom*, 61, 93-9.
- Tavakoli, M., & Emadi, Z. (2015). The relationship between health-promoting lifestyle, mental health, coping styles and religious orientation among Isfahan University Students. *J Res Behav Sci*, 13(1), 64-78.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of General Psychology*, 82, 177-165.