Journal of Research in Psychological Health

March 2020, Volume 13, Issue 4

Comparison of the effectiveness Death Awareness-Based Intervention whit Cognitive-Behavioral Intervention on Symptoms of Panic and Death Anxiety in Patients with Panic Disorder

Fateme Malekshahi Beiranvand *[1], Roshanak Khodabakhsh Pirkalani [2*], Zohreh Khosravi [3], Farideh Ameri[4]

۱. *(Corresponding Author)Ph.D. student of psychology, Faculty of Education and Psychology,Alzahra University, Tehran, Iran F.malekshahi@alzahra.ac.ir*
۲. *Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education & Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran*
۳. *Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education & Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran*
٤. *Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education & Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran*

Citation: Malekshahi Beiranvand F, Khodabakhsh Pirkalani R, Khosravi Z, Ameri F.Comparison of the effectiveness Death Awareness-Based Intervention whit Cognitive-Behavioral Intervention on Symptoms of Panic and Death Anxiety in Patients with Panic Disorder. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2020; 13 (4), 73-87. [Persian].

Key words: death awareness, panic disorder, women, death anxiety

Highlights

- Reducing of death anxiety has a significant role in controlling the symptoms of panic disorder.
- Death Awareness-Based Intervention leads to reduced death anxiety and symptoms of panic disorder.

Abstract

This study investigates the impact of adding death-based intervention to cognitive-behavioral therapy on symptoms of panic and death anxiety among patients with panic disorder. It is also - compared with cognitive-behavioral intervention. The participants were female patients with panic disorder from one of the psychiatric and counseling centers, Qom city, 2019. The clients were interviewed by the researcher besides the psychiatrist's diagnosis. The patients were 10, 11 and 9 by number in the first experimental group, second experimental group, and control group. The utilized instruments were Templar Death Anxiety Scale, Anxiety Sensitivity Questionnaire, Cognitive-Behavioral Intervention, and death awareness- based intervention. The collected data were analyzed by repeated measures ANOVA and Friedman test. Results showed that the mean scores of death anxiety and panic symptoms were significantly lower for both groups of the post-test and follow-up in death awareness- based intervention in comparison with the cognitive-behavioral and the control groups. Findings indicate that the treatment of panic disorder might be more effective by reducing or eliminating death anxiety simultaneously. It could also reduce the risk of recurrence.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.7.9]

[DOI: 10.52547/rph.13.4.73]

مقایسه و اثربخشی مداخلهٔ مبتنی بر مرگ‌آگاهی با مداخلهٔ شناختی‌رفتاری بر اختلال وحشت‌زدگی و اضطراب مرگ

فاطمه ملکشاهی بیرانوند[1*]، روشنک خدابخش پیرکلانی[2]، زهره خسروی[3]، فریده عامری[4]

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا (نویسندهٔ مسئول) F.malekshahi@alzahra.ac.ir
۲. گروه روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.
۳. گروه روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.
۴. گروه روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.

تاریخ دریافت
۱۳۹۸/۱/۵

تاریخ پذیرش
۱۳۹۸/۱۲/۲۷

واژگان کلیدی
مرگ آگاهی، اختلال هراس، زنان، اضطراب مرگ

یافته‌های اصلی

- کاهش اضطراب مرگ نقش معناداری در کنترل علائم اختلال وحشت‌زدگی دارد.
- مداخلهٔ مبتنی بر مرگ‌آگاهی به کاهش اضطراب مرگ و کاهش علائم اختلال وحشت‌زدگی منجر می‌شود.

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی افزودن مداخلهٔ مبتنی بر مرگ‌آگاهی به درمان شناختی‌رفتاری بر اختلال وحشت‌زدگی و اضطراب مرگ است. جامعهٔ آماری شامل بیماران زن مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی در شهر قم بود که در سال‌های ۹۸-۹۷ برای درمان به یکی از مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی و روان‌پزشکی مراجعه نمودند. مراجعین علاوه بر تشخیص روان‌پزشک توسط پژوهشگر، مصاحبهٔ بالینی شدند. در گروه اول آزمایشی ۱۰ نفر، گروه دوم آزمایشی ۱۱ نفر و در گروه گواه ۹ نفر با پژوهشگر همکاری کردند. ابزار مورد استفاده عبارت بود از مقیاس اضطراب مرگ تمپلر، پرسشنامهٔ حساسیت اضطرابی، مداخلهٔ شناختی‌رفتاری و مداخلهٔ مبتنی بر مرگ‌آگاهی. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون فریدمن انجام شد. یافته‌ها نشان داد میانگین نمرات اضطراب مرگ و علائم وحشت‌زدگی در پس‌آزمون و پیگیری در گروه مداخلهٔ مبتنی بر مرگ‌آگاهی نسبت به گروه شناختی‌رفتاری و گروه کنترل به‌طور معنی‌داری پایین‌تر است. با توجه به یافته‌ها به نظر می‌رسد که لازم است هم‌زمان با درمان اختلال وحشت‌زدگی، اضطراب مرگ آن‌ها نیز با مداخلات روان‌شناختی مؤثر، کاهش یابد یا برطرف شود تا درمان اختلال وحشت‌زدگی آن‌ها اثربخشی بیشتری داشته و از عود مجدد جلوگیری شود.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.7.9]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.73]

مقدمه

واقعیت مرگ یکی از چالش‌هایی است که همه ما با آن مواجه هستیم. اجتناب از یاد مرگ و موضوعات مرتبط با آن، ظاهراً برای انسان‌ها کارآمد است. پس افراد تا جایی که بتوانند سعی می‌کنند خود را از موقعیت‌های مرتبط با مرگ دور نگه دارند. اما این روش‌های معمول اجتنابی زمانی که ما با یک بحران، استرس یا مسئله‌ای مهم روبه‌رو می‌شویم معمولاً کارآمد نیستند و این خود موجب ترس بیشتر از مرگ می‌شود. این ترس بیشتر باعث ایجاد رنج درونی، محدودکردن روابط، کاهش رضایت از زندگی، افت عملکرد روزانه و افزایش ابتلا به اختلالات روان‌شناختی می‌شود (۱). اضطراب و ترس نیز تجربه‌های انسانی جهان‌شمولی‌اند که در سازگاری و بقای انسان نقشی اساسی دارند. عملکرد اصلی ترس، آگاهاندن فرد از یک تهدید یا خطر است (۲). اختلال وحشت‌زدگی یعنی بروز مکرر حملات وحشت‌زدگی که به‌صورت غیرمنتظره رخ می‌دهد و به شکل فوران ناگهانی ترس شدید یا احساس ناراحتی فوق‌العاده بروز می‌کند و در عرض چند دقیقه به اوج خود می‌رسد و در طی همین مدت حداقل چهار علامت از سیزده علامت جسمی یا شناختی که شامل تپش قلب، تعریق، لرزش، احساس تنگی نفس، احساس خفگی، درد قفسه سینه، تهوع، احساس سرگیجه، احساس گرما یا لرز، احساس خواب‌رفتگی، گسست از واقعیت یا از خویشتن، ترس از دست دادن کنترل یا دیوانه شدن و ترس از مردن، دیده می‌شود. مشخصهٔ اختلال وحشت‌زدگی حملات و دوره‌های مجزای ترس شدید هستند که فراوانی آن از بروز چند حمله در روز تا صرفاً تعداد انگشت‌شماری حمله در یک‌سال فرق می‌کند. زن‌ها دو تا سه برابر بیشتر از مردها به اختلال وحشت‌زدگی مبتلا می‌شوند (۳).

اختلال وحشت‌زدگی یکی از اختلالات اضطرابی است که هزینهٔ ابتلا به آن هم برای فرد و هم برای جامعه بالا است. افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی سطوح بالایی از ناتوانی‌های شغلی، بین‌فردی و جسمانی را تجربه می‌کنند. این افراد بالاترین استفاده‌کنندگان خدمات پزشکی، مانند ویزیت‌های اضطراری و بستری‌های سرپایی هستند. همچنین دو برابر سایر بیماران روان‌پزشکی روز کاری را از دست می‌دهند و نسبت به افراد مبتلا به بیماری‌های پزشکی لاعلاج و مزمن، نقص عملکردی بیشتری را گزارش می‌دهند. در نتیجه هزینه‌های مستقیم (به‌عنوان مثال، بستری شدن در بیمارستان) و غیرمستقیمی (بهره‌وری شغلی) به نظام سلامت جامعه تحمیل می‌کنند (۴).

نظریهٔ روان‌شناسی وجودی، علت‌العلل کژکاری‌های انسانی را در اضطراب‌های بنیادین وجودی می‌جوید که مهم‌ترین آن‌ها اضطراب مرگ[۱] است. رویکرد وجودی علت ابتلای افراد به اختلالات روان‌شناختی را در عدم روبه‌رو شدن این افراد با مسائل مهم وجودی خود می‌داند. این افراد با انکار و مواجه نشدن با آن ظاهراً از خود مراقبت می‌کنند، درحالی‌که این انکار تبدیل به اضطراب روان‌رنجوری می‌شود که در اختلالات روان‌شناختی مختلف مشاهده می‌شود (۵، ۶).

مطالعاتی به ردپای حضور اضطراب مرگ در اختلالات اضطرابی از جمله اختلال وحشت‌زدگی، فوبی خاص، اضطراب اجتماعی، اضطراب جدایی و اضطراب فراگیر پرداخته‌اند (۷).

اختلال وحشت‌زدگی، یکی از اختلالاتی است که نقش اضطراب مرگ در آن برجسته است؛ به‌طوری که در تابلوی بالینی این اختلال ترس از مرگ قریب‌الوقوع یکی از نشانه‌های تشخیصی آن است و مطالعاتی نشان داده شده است که اضطراب مرگ می‌تواند در تشخیص این اختلال به‌عنوان یک مؤلفهٔ مهم در نظر گرفته شود. اضطراب مرگ و نگرانی‌های وجودی اغلب نقش بسیار مهمی در اختلال وحشت‌زدگی دارند. (۸، ۹)

نتایج پژوهشی که به بررسی ارتباط بین اضطراب مرگ و اختلال وحشت‌زدگی، اختلال اضطراب بیماری و اضطراب اجتماعی در نمونه‌ای از بیماران پرداخت، نشان داد که افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی میزان اضطراب مرگشان به

[۱] Death anxiety

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.7.9]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.73]

طرز معناداری بالاتر از گروه کنترل و بالاتر از گروه افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی است (۱۰). در پژوهش‌هایی هم که به رابطه با تفاوت‌های جنسیتی در تجربه کردن اضطراب مرگ، پرداخته‌اند، نشان داده شده است که زنان اضطراب مرگ بالاتری را نسبت به مردان تجربه می‌کنند (۱۱).

مطابق با نظریات روان‌درمانگران وجودی میل به بقا در برخورد با آگاهی از اجتناب‌ناپذیری مرگ باعث ایجاد تنش در انسان می‌شود و مواجهه با این تعارض وجودیِ هسته‌ای به‌عنوان بنیادی‌ترین سطح اضطراب، زمینه‌ساز زیستنی اصیل خواهد بود. آنان بیان می‌کند که اگرچه مرگ جسماً ما را نابود می‌کند، اما اندیشه و یاد مرگ نجاتمان می‌دهد و انسان را از شیوهٔ غیراصیل، منحرف، آسوده و سرشار از نگرانی‌های روزمره به شیوه‌ای اصیل و مسئولانه از زندگی انتقال می‌دهد. مرگ یادآور ضروری زندگی است. تنها زمانی که مستقیماً با آن چهره به چهره می‌شویم، می‌توانیم فرصتی که برای زندگی داریم را جدی بگیریم و بهترین استفاده را از آن بکنیم (۱۲، ۱۳). در مرگ‌آگاهی ما به دنبال این هستیم تا افراد مرگ و واقعیت مرگ را با دفاع‌هایی که دارند، انکار نکنند. باید به افراد کمک شود به‌جای اینکه ترس از مرگ سرکوب یا انکار شود یا با ترس‌های دیگری جابه‌جا شود، با این موضوع مواجه شوند، آن را بشناسند و احساسات مختلفی از جمله ترس، غم و خشم را که به وجود می‌آیند، تجربه کرده و یک‌راهی برای اینکه این افکار و احساسات را با دیگران به اشتراک بگذارند پیدا کنند (۱۴).

درمان شناختی‌رفتاری یکی از درمان‌های مؤثر برای اختلال وحشت‌زدگی است و بر دارودرمانیِ صرف ارجحیت دارد و یکی از درمان‌های انتخابی برای این اختلال است (۱۵، ۱۶، ۱۷). بر طبق این مدل، افراد به این دلیل دچار حملات وحشت‌زدگی می‌شوند که دارای گرایش نسبتاً دیرپایی برای تفسیر دامنه‌ای از احساس‌های بدنی، به‌عنوان نشانه‌هایی فاجعه‌بار هستند. احساس‌هایی که مورد سوءتعبیر قرار می‌گیرند عمدتاً آن‌هایی هستند که در پاسخ‌های اضطراب بهنجار به چشم می‌خورند (مانند تپش قلب، نفس‌نفس زدن و سرگیجه). البته احساس‌های دیگری را نیز در برمی‌گیرند. منظور از سوءتعبیر فاجعه‌بار این است که این احساس‌ها به‌عنوان نشانه‌ای از وقوع بی‌درنگ فاجعه‌ای جسمی یا روانی ادراک می‌شوند (۱۸). این در حالی است که در پژوهش‌های بسیاری در تبیین و سبب‌شناسی اختلالات اضطرابی از جمله اختلال وحشت‌زدگی به اضطراب مرگ و اجتناب افراد مبتلا به این اختلال نسبت به مرگ و موقعیت‌های مرتبط با آن پرداخته شده است (۱۹) این تحقیقات نشان می‌دهد برای درمان افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی باید درمان اضطراب مرگ به‌عنوان بخش مهمی از درمان آن‌ها در نظر گرفته شود (۲۰).

پژوهش‌ها بالا بودن اضطراب مرگ را در مبتلایان به اختلال وحشت‌زدگی نشان داده‌اند و به‌عنوان یک مؤلفهٔ مهم در این اختلال در نظر گرفته شده است و درمان یا کاهش آن می‌تواند در بهبودی افراد مبتلا به این اختلال بسیار مؤثر واقع شود. همچنین اضطراب مرگ، مسئله‌ای چندوجهی است که با روابط ساده خطی قابل تبیین نیست و در پژوهش‌های کیفی امکان واکاوی عمیق و هم‌زمان ابعاد مهم و متغیرهای تأثیرگذار وجود دارد؛ بنابراین مداخلهٔ تدوین‌شده بر پایهٔ یک پژوهش کیفی انجام شد که در پی کشف عوامل مؤثر و زمینه‌ساز در اضطراب مرگ بالای افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی، راهبردهای مورد استفادهٔ این افراد برای مواجه با آن و پیامدهای آن از طریق روش زمینه‌ای است (۲۱، ۲۲) تا از این طریق بتوان مداخله‌ای به‌منظور افزایش آگاهی نسبت به مرگ و کاهش اضطراب آنان کرد. بنابراین از آن به‌عنوان یک مداخلهٔ ترکیبی با درمان شناختی‌رفتاری که درمان انتخابی برای این اختلال است استفاده شد و اثربخشی آن مورد بررسی قرار گرفت.

روش پژوهش

روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی است که در آن دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل در سه وهلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد بررسی قرار گرفتند. متغیر

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.7.9]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.73]

مستقل عضویت گروهی در گروه‌های مداخله (شامل ترکیب مداخلهٔ شناختی‌رفتاری با مداخلهٔ مرگ‌آگاهی، مداخلهٔ شناختی‌رفتاری و گروه گواه) و متغیر وابستهٔ نمرات کسب‌شده از مقیاس اضطراب مرگ و حساسیت اضطرابی بود. افراد مورد پژوهش را زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی که در زمستان ۹۷ و بهار ۹۸ به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر قم مراجعه کرده بودند، تشکیل می‌دادند. با توجه به محدودیت جامعهٔ آماری، نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به دلیل مراجعهٔ تدریجی بیماران به مراکز مشاوره، امکان گمارش تصادفی نمونه‌ها در گروه‌های درمانی نیز وجود نداشت. مراجعین توسط پژوهشگر مصاحبهٔ بالینی شدند و قرار ملاقات اولیه‌ای جهت برگزاری جلسهٔ توجیهی و جمع‌آوری پیش‌آزمون ترتیب داده شد که در نهایت در دو گروه آزمایشی ۱۲ و در گروه گواه ۱۱ نفره مایل به همکاری بودند و موافقت خود را برای شرکت در پژوهش اعلام نمودند. لازم به ذکر است که تا مرحلهٔ پس‌آزمون در گروه اول، ۱ نفر و در گروه گواه ۲ نفر ریزش کردند و در مرحلهٔ پیگیری نیز ریزش کم‌وبیش ادامه داشت و در نهایت در گروه اول آزمایشی ۱۰ نفر، گروه دوم آزمایشی ۱۱ نفر و در گروه گواه ۹ نفر با پژوهشگر همکاری نمودند. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، همهٔ شرکت‌کنندگان در هر سه گروه، رضایت داوطلبانه برای شرکت در طرح پژوهشی داشتند و مخیر بودند هر زمان که مایل باشند، به همکاری خود خاتمه دهند. اطلاعاتی در مورد نوع درمان، نحوهٔ حضور آن‌ها در جلسه، تعداد و زمان جلسات به بیماران داده شد. رازداری به‌عنوان اصلی اساسی در درمان توضیح داده شد و در نهایت مراجعانی که رضایت خود را برای شرکت در گروه‌ها اعلام کردند، انتخاب شدند. برای گروه گواه جهت رعایت اخلاق در پژوهش و حذف اثرات غیراختصاصی درمان یک کارگاه آموزشی دو ساعته برگزار شد که در آن اطلاعات اولیه راجع به وحشت‌زدگی به بیماران ارائه شد؛ اما هیچ راهبردی ارائه نمی‌شد. به آن‌ها گفته شد که اگر تمایل داشته باشند بعد از اجرای طرح می‌توانند در جلسات درمانی شرکت کنند.

گمارش نمونه‌ها در گروه‌های درمانی مستلزم دارا بودن ملاک‌های ورود و خروج پژوهش بود. ملاک‌های ورود عبارت بود از: تشخیص اختلال وحشت‌زدگی توسط روان‌پزشک بر اساس ملاک‌های DSM-5، مقطع سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی، رضایتمندی از شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج نمونه عبارت بود از: دریافت هر نوع درمان دارویی روان‌پزشکی یا روان‌درمانی، وجود سایکوز، اختلال دوقطبی یا عقب‌ماندگی ذهنی، عدم حضور در جلسات بیش از سه جلسه.

همان‌طور که اشاره شد در پژوهش حاضر از دو روش مداخله‌ای برای اختلال وحشت‌زدگی و اضطراب مرگ استفاده شد. برای مداخلهٔ شناختی‌رفتاری از بستهٔ کوتاه‌شده‌ای که دی. ام. کلارک و همکاران وی تهیه کردند و در دانشگاه آکسفورد درجه بالایی از موفقیت را نشان داد، استفاده شد. مداخلهٔ ۱۲جلسه‌ای که در صورت لزوم درمانگر می‌تواند آن را کوتاه نماید و اختصاصاً بر اختلال وحشت‌زدگی تأکید نماید (۲۳). به‌منظور تدوین مداخلهٔ مبتنی بر مرگ‌آگاهی از یک پژوهش کیفی با استفاده از روش نظریهٔ زمینه‌ای[1] استفاده شد. نظریهٔ زمینه‌ای روشی است که به بررسی و مشاهدهٔ منظم داده‌های کیفی مانند مصاحبه‌ها و یادداشت‌های استخراج‌شده از مشاهده‌ها به‌منظور استخراج نظریه می‌پردازد (۲۴). این روش همسان با وضعیت معرفت‌شناختی سؤالات مطالعه بود. به‌منظور مطابقت با روش پژوهش، انتخاب نمونه بر مبنای ملاک‌های نمونه‌گیری هدفمند[2] انجام گرفت. جامعهٔ پژوهش شامل تمام زنانی بود که به‌صورت هدفمند و گلوله برفی از مراکز درمانی و خدمات مشاوره‌ای شهر قم انتخاب شدند و تمایل به بیان و به اشتراک گذاشتن تجربیات خود داشتند. وجود اختلال در بیماران از طریق مصاحبهٔ تشخیص جامع بین‌المللی انجام شد. روش جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبهٔ نیمه‌ساختاریافته با پرسش‌های بازپاسخ بود. ابتدا پژوهشگر توضیحات لازم را به شرکت‌کنندگان در زمینهٔ اهداف پژوهش ارائه کرد و ضمن اعتمادسازی، رضایت آن‌ها برای شرکت در پژوهش کسب شد. برای بررسی مقبولیت یا قابلیت پذیرش،[3] دیدگاه مشارکت‌کنندگان، متن مصاحبه‌ها

[1] Grounded theory
[2] Purposeful sampling
[3] Credibility

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.7.9]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.73]

و مفاهیم به‌دست‌آمده از آن به‌صورت تصادفی به تعدادی از نمونه‌ها برگردانده شد تا اطمینان حاصل شود که تفسیر نتایج مشابه با نظر آن‌ها است. در مواردی که این مشابهت وجود نداشت، برای رفع ابهام دوباره از فرد سؤالاتی پرسیده شد و مراحل پیاده کردن مصاحبه و کدگذاری مجدد انجام و نتایج نهایی دوباره به فرد مورد نظر ارائه گردید. از روش بررسی قابلیت اطمینان[1] نیز استفاده شد که بدین منظور متن خام مصاحبه‌ها به دو متخصص پژوهشگر کیفی ارائه گردید و در مواردی که ناهماهنگی وجود داشت، سعی شد تا نظرات به هم نزدیک گردد. به‌منظور تحلیل داده‌ها از روش استراوس[2] و کوربین[3] استفاده گردید. بدین منظور اطلاعات به‌دست‌آمده از مصاحبه روی کاغذ پیاده‌سازی شد. متن مصاحبه‌ها به‌صورت مکرر مطالعه شد تا درک کلی به دست آید. سپس متن حاصل از مصاحبه خلاصه گردید و به هر جمله مفهومی اختصاص یافت (به این مرحله در اصطلاح کدگذاری باز گفته می‌شود). بعد از استخراج تمام مفاهیم اولیه، داده‌های حاصل از کدگذاری باز با یکدیگر مقایسه شد و کدهای مشابه در یک طبقه قرار گرفت (کدگذاری محوری) و در مرحلهٔ سوم طبقاتی که در مرحلهٔ کدگذاری محوری به دست آمده بود، به یک طبقهٔ مرکزی یا اصلی مرتبط گردید. حاصل کدگذاری ۱۱۰ زیرمقوله، ۲۵ مقوله و یک مقولهٔ هسته بود. بر اساس مدل پارادایمی پژوهش می‌توان گفت که ادراکی که زنان از مرگ داشتند شامل نگرش منفی (ترس از مرگ، مبهم بودن مرگ، ترس از مرگ عزیزان، نیستی، درماندگی) و نگرش مثبت (رهایی‌بخش) بود. عواملی که بر این ادراک که حول محور اصلی ترس از مرگ است، تأثیر می‌گذارد، عوامل مربوط به خود (توقف زندگی، برملاشدن ضعف انسان)، عوامل مربوط به دیگران (سرنوشت بازماندگان، مرگ عزیزان)، ماهیت مرگ (فرایند مردن، عدم شناخت مرگ و ماهیت آن)، عوامل اخروی (عقوبت گناه) بود که ترس از مرگ را در زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی ایجاد می‌کند. راهبردهای مورد استفادهٔ شرکت‌کنندگان شامل راهبردهای اجتنابی (محدودکردن روابط، دوری از موقعیت‌های مرتبط با مرگ، رها کردن فکر مرگ، ماندن در حالت ترس) و راهبردهای تسلی‌بخش (وعده مثبت دادن به خود، درنظر گرفتن رحمت خداوند، انجام اعمال نیکوکارانه) که هر دو دسته راهبردهای دفاعی است که آن‌ها برای عدم مواجه با اضطراب مرگ از آن‌ها استفاده می‌کنند. و در نهایت استفاده از این راهبردهای اجتنابی و موقتی باعث ایجاد پیامدهای منفی از جمله تجربه کردن هیجانات منفی، اختلال در روابط بین فردی، کاهش تجربیات مثبت، مختل شدن عملکرد روزانه، توجه افراطی نسبت به سلامتی در آن‌ها می‌شود. بر این اساس می‌توان گفت که آنچه باعث اضطراب مرگ در زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی می‌شود ابهام‌های حاصل از مرگ و ناتوانی و ضعف در برابر این ابهام‌ها است. این ابهام و ناآگاهی شامل ابهام در فرایند مردن، میزان درد حاصل از آن، ابهام دربارهٔ زندگی بازماندگان پس از مرگ آن‌ها، عدم شناخت دربارهٔ جهان پس از مرگ و میزان و نوع عقوبت بود و این موضوع در حالی به دست آمد که همین افراد به‌جای تلاش برای افزایش مرگ‌آگاهی و شناخت نسبت به جنبه‌های مختلف آن، نه‌تنها تلاشی برای شناخت مرگ و ابعاد مختلف آن انجام نمی‌دادند، بلکه با راهبردهای اجتنابی و تسلی‌بخش سعی می‌کردند تا از نظر رفتاری، شناختی و هیجانی تا جایی که بتوانند دوری کنند و این امر خود به افزایش اضطراب مرگ در آن‌ها منجر می‌شد. با توجه به یافته‌های به‌دست‌آمده مداخله‌ای برای افزایش مرگ‌آگاهی و مواجه آنان با این موضوع طراحی شد که شامل مؤلفه‌های رفتاری، هیجانی و شناختی باشد (۲۱، ۲۲).

ابزار پژوهش

در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات و اندازه‌گیری متغیرها از برگ اطلاعات جمعیت‌شناختی، مقیاس اضطراب مرگ تمپلر و مقیاس حساسیت اضطرابی استفاده شد.

الف) برگ اطلاعات جمعیت‌شناختی: به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات فردی شرکت‌کنندگان، برگ اطلاعات فردی توسط

[1] Dependability
[2] Strauss
[3] Corbin

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.7.9]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.73]

پژوهشگر طراحی شد که اطلاعاتی مانند سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال بیماران درخواست می‌شد.

ب) مصاحبهٔ تشخیصی جامع بین‌المللی:[1] این ابزار یک مصاحبهٔ تشخیصی ساختاریافته، استاندارد و جامع برای ارزیابی اختلال‌های روان‌پزشکی است که توسط سازمان جهانی بهداشت تهیه شده و با کمک آن می‌توان بر اساس تعاریف و معیارهای DSM-5 و ICD-10 تشخیص‌های معتبری در زمینهٔ اختلال‌های روانی به عمل آورد. ساختاریافتگی بالای CIDI باعث می‌شود که تأثیر اطلاعات و تفسیر

مشاهده‌گر به حداقل برسد. این امر به پایایی پرسشنامه منجر می‌شود. در ایران روایی و پایایی این مصاحبه نیز مورد بررسی قرار گرفته است (۲۵، ۲۶).

ج) مقیاس اضطراب مرگ تمپلر:[2] مقیاس اضطراب مرگ تمپلر ۱۵ ماده دارد و پرکاربردترین مقیاس برای سنجش اضطراب مرگ است. این پرسشنامه در ایران، در موارد مختلفی برای ارزیابی اضطراب مرگ مورد استفاده قرار گرفته است. شرکت‌کنندگان پاسخ خود را به هر ماده در یک پیوستار پنج‌درجه‌ای (۱= کاملاً مخالفم، ۵= کاملاً موافقم) رتبه‌بندی می‌کنند. نمره‌های این مقیاس بین ۱۵ تا ۷۵ متغیرند که نمرهٔ بالاتر بیانگر اضطراب مرگ شدیدتر است (۲۷). در یک پژوهش پایایی دونیمه‌سازی مقیاس را ۰/۷۶ و همبستگی هر سؤال با نمره کل را از ۰/۳۰ تا ۰/۷۴ و با میانگین ۰/۴۴ برای گروه دانشجویان گزارش کردند (۲۸). در مطالعهٔ همسانی درونی مقیاس ۰/۷۸ و پایایی دونیمه‌سازی آن ۰/۷۳ به‌دست آمد. برای بررسی روایی این مقیاس از مقیاس اضطراب آشکار استفاده شد که نتیجهٔ آن ۰/۳۴ همبستگی بین این دو مقیاس بود (۲۹).

د) پرسشنامهٔ حساسیت اضطرابی:[3] برای اندازه‌گیری نشانه‌های اختلال وحشت‌زدگی از پرسشنامهٔ حساسیت اضطرابی استفاده شد. این پرسشنامه توسط پیترسون و ریس (۱۹۸۷) تدوین شده است که یک مقیاس خودسنجی ۱۶ آیتمی است که بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (خیلی کم= ۰ تا خیلی زیاد= ۴) است. دامنهٔ نمرات بین ۰ تا ۶۴ است، این آزمون دارای همسانی درونی و پایایی آزمون-بازآزمون قابل قبولی است. همچنین، از روایی پیش‌بین، سازه و ملاکی کافی برخوردار است (۳۰). در مطالعه‌ای پایایی این مقیاس با استفاده از آزمون ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد (۳۱).

مداخلهٔ شناختی‌رفتاری

جلسهٔ اول مداخله شناختی‌رفتاری، به آشنایی درمانگر با مراجعین، ایجاد رابطهٔ درمانی، توضیحاتی در خصوص روند برگزاری جلسات، اصول و قراردادهای درمانی، شامل حضور به‌موقع مداوم، رازداری، مشارکت در مباحث و انجام تکالیف و درخواست از بیماران برای شروع خودنظارتی بر علائم وحشت‌زدگی و تهیهٔ فهرستی از موقعیت‌های هراس‌آور پرداخته شد. جلسهٔ دوم به‌مرور تکالیف خانگی، توضیح حملات وحشت‌زدگی، توصیف علت وحشت‌زدگی، آشنایی با نقش عوامل فیزیولوژیک در تشدید نشانه‌ها، یادگیری بازآموزی تنفس و درخواست از بیماران برای تمرین بازآموزی تنفس در بین دو جلسه به‌منظور تسلط بر آن اختصاص داشت. جلسهٔ سوم به ارائهٔ منطق مداخله بر اساس رویکرد شناختی‌رفتاری، آموزش آرام‌سازی، ارائهٔ دستورالعمل آرام‌سازی، تمرین بازآموزی تنفس همراه با تن‌آرامی در منزل پرداخته شد. جلسهٔ چهارم تا هشتم به توصیف نقش افکار در حملهٔ وحشت‌زدگی، شناسایی افکار و باورهای و مفروضه‌های ناکارآمد، افکار فاجعه‌آمیز و شناسایی سوءتعبیرهای بیمار دربارهٔ وحشت‌زدگی و چالش با آن‌ها پرداخته شد.

مداخلهٔ مبتنی بر مرگ‌آگاهی

این مداخله بر سه جزء استوار است: جزء اول آن بر آگاهی شناختی[4] در مورد مرگ و موضوعات مرتبط با آن تمرکز دارد که از طریق آشنایی با مفهوم مرگ، تبیین و ضرورت مرگ‌آگاهی، ارائهٔ دانش تخصصی در مورد مراحل مرگ (۳۲)، تغییرات آن و دنیای پس از مرگ صورت گرفت. جزء دوم مداخله بر شناسایی، بیان و به اشتراک‌گذاری هیجانات

[1] Composite International Diagnostic Interview
[2] Templer Death Anxiety Scale
[3] Anxiety Sensitivity Index
[4] cognitive awareness

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.7.9]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.73]

مرتبط با مرگ استوار بود که از روش‌هایی استفاده شد که به افراد برای فراخوانی احساسات کمک می‌کند؛ از جمله استفاده از فنون توجه آگاهی به‌منظور تجربهٔ هیجانات مرگ، خیال‌پردازی هدایت‌شده، به اشتراک‌گذاری تجربیات و احساسات شخصی دربارهٔ مرگ در بحث‌های گروهی و تکلیف فراخوانی افکار و احساسات نسبت به مرگ. جزء سوم مداخله به بهره‌جویی از روش‌های عملی و رفتاری برای مواجهه با رفتارهای اجتنابی اعضاء پرداخته شد که این مهم از طریق فن ترسیم خط زندگی، اجرای تمرین فراخوان (۱۲)، بازنگری در ارزش‌های زندگی (۱۲، ۳۳) و در نهایت به بیان و به اشتراک‌گذاری نگرش‌ها نسبت به مرگ پس از اتمام جلسات پرداخته شد.

یافته‌ها

در این بخش مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان ارائه شده است. مشخصات مذکور عبارت‌اند از: سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان و وضعیت اشتغال. ازآنجاکه در این پژوهش دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل مشارکت داشته‌اند، هر یک از مشخصات مذکور به تفکیک گروه‌های یادشده ارائه شده است.

جدول ۱. متغیرهای جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در گروه شناختی‌رفتاری، ترکیب شناختی‌رفتاری و مرگ‌آگاهی و گروه کنترل

متغیر		گروه کنترل		گروه شناختی‌رفتاری و مرگ‌آگاهی		گروه شناختی‌رفتاری		سطح معنی‌داری
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
وضعیت تأهل	متأهل	۵	۵۵/۶	۶	۶۰/۰	۷	۶۳/۶	۰/۹۳۵
	مجرد	۴	۴۴/۴	۴	۴۰/۰	۴	۳۶/۴	
سطح تحصیلات	دانشگاهی	۴	۴۴/۴	۵	۵۰/۰	۶	۵۴/۵	۰/۹۹۵
	دیپلم	۳	۳۳/۳	۳	۳۰/۰	۳	۲۷/۳	
	سیکل	۲	۲۲/۲	۲	۲۰/۰	۲	۱۸/۲	
وضعیت اشتغال	آزاد	۱	۱۱/۱	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰/۵۸۹
	بیکار	۰	۰/۰	۲	۲۰/۰	۳	۲۷/۳	
	خانه‌دار	۴	۴۴/۴	۴	۴۰/۰	۵	۴۵/۵	
	دانشجو	۳	۳۳/۳	۳	۳۰/۰	۱	۹/۱	
	کارمند	۱	۱۱/۱	۱	۱۰/۰	۲	۱۸/۲	

سطح معنی‌داری آزمون خی‌دو در جدول بالا نشان می‌دهد متغیرهای وضعیت تأهل (۰/۹۳۵)، سطح تحصیلات (۰/۹۹۵) و وضعیت اشتغال (۰/۵۸۹) در سه گروه با هم همگن هستند.

جدول۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای سن و تعداد فرزندان در گروه‌های تحقیق

متغیر	گروه کنترل	گروه شناختی‌رفتاری و مرگ‌آگاهی	گروه شناختی‌رفتاری	سطح معنی‌داری
	میانگین ± انحراف استاندارد	میانگین ± انحراف استاندارد	میانگین ± انحراف استاندارد	
سن	۳۲/۷±۹/۱۳	۳۲/۱±۸/۱۳	۳۳/۱±۷/۶۷	۰/۹۶۲
تعداد فرزندان	۱/۳±۱/۷۳	۱/۷±۲/۰۵	۱/۲±۱/۴۲	۰/۸۳۸

بر اساس یافته‌های جدول بالا بر طبق آزمون تحلیل واریانس متغیرهای سن (P = ۰/۹۶۲) و تعداد فرزندان (P = ۰/۸۳۸) تفاوت معنی‌داری در سه گروه مشاهده نشد. به عبارتی هر سه گروه از نظر متغیرهای یادشده همگن هستند. سه گروه، از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی سن و سطح تحصیلات مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج تحلیل خی‌دو نشان داد که بین سه گروه از لحاظ سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و اشتغال تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. همچنین نتایج

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.7.9]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.73]

مقایسهٔ میانگین سنی سه گروه از طریق تحلیل واریانس نشان داد که بین سه گروه از لحاظ سن تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

نتیجهٔ آزمون کلموگروف اسمیرنوف[1] با آماره ۰/۲۶۰ و p-۰/۰۳۶ نشان می‌دهد متغیر اضطراب مرگ در مرحلهٔ پیش‌آزمون در گروه شناختی‌رفتاری دارای توزیع نرمال نیست؛ بنابراین نمی‌توان برای تحلیل داده‌ها از آزمون پارامتریک استفاده کرد. پس تحلیل داده‌های این متغیر با استفاده از آزمون فریدمن انجام شده است.

[1] Kolmogorov-Smirnov

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.7.9]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.73]

جدول ۳. مقایسهٔ میانگین اضطراب مرگ در سه گروه

زمان مشاهده	گروه کنترل	آزمون فریدمن	گروه شناختی‌رفتاری و مرگ‌آگاهی	آزمون فریدمن	گروه شناختی‌رفتاری	آزمون فریدمن
	میانگین رتبه‌ها		میانگین رتبه‌ها		میانگین رتبه‌ها	
پیش‌آزمون	۱/۵۰	x^2 = ۳/۹۴۱ ۲=درجه آزادی p = ۰/۱۳۹	۳/۰۰	x^2 = ۱۸/۲۰۰ ۲=درجه آزادی p < ۰/۰۰۰۱	۳/۰۰	x^2 = ۲۲/۰۰۰ ۲=درجه آزادی p < ۰/۰۰۰۱
پس‌آزمون	۲/۱۱		۱/۱۰		۱/۰۰	
پیگیری	۲/۳۹		۱/۹۰		۲/۰۰	

نتایج آزمون فریدمن در گروه کنترل نشان داد: میانگین نمرهٔ اضطراب مرگ شرکت‌کنندگان در سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری ندارد (p = ۰/۱۳۹). گروه شناختی‌رفتاری و مرگ‌آگاهی نشان داد: میانگین نمرهٔ اضطراب مرگ شرکت‌کنندگان در سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری دارد (p < ۰/۰۰۱) و گروه شناختی‌رفتاری نیز نشان داد میانگین نمرهٔ اضطراب مرگ شرکت‌کنندگان در سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری دارد (p < ۰/۰۰۱).

نتیجهٔ آزمون بونفرونی نشان می‌دهد در مرحلهٔ پس‌آزمون میانگین نمرهٔ اضطراب مرگ گروه کنترل بیشتر از دو گروه مداخله بوده است. در مرحلهٔ پس‌آزمون میانگین نمرهٔ اضطراب مرگ گروه شناختی‌رفتاری از گروه شناختی‌رفتاری و مرگ‌آگاهی بیشتر است. در مرحلهٔ پیگیری نیز میانگین نمرهٔ اضطراب مرگ گروه کنترل بیشتر از دو گروه مداخله بوده است. در مرحلهٔ پیگیری میانگین نمرهٔ اضطراب مرگ گروه شناختی‌رفتاری از گروه شناختی‌رفتاری و مرگ‌آگاهی بیشتر است.

جدول ۴. مقایسه‌های زوجی در دو بار اجرای متغیر اضطراب مرگ در سه گروه مورد بررسی گروه‌ها در اضطراب مرگ

زمان مشاهده	گروه(I)	گروه (J)	میانگین تفاوت(I-J)	سطح معنی‌داری
پس‌آزمون	گروه کنترل	گروه شناختی‌رفتاری و مرگ‌آگاهی	۲۶/۳	۰/۰۰۰
		گروه شناختی‌رفتاری	۱۸/۹	۰/۰۰۰
	گروه شناختی‌رفتاری و مرگ‌آگاهی	گروه کنترل	-۲۶/۳	۰/۰۰۰
		گروه شناختی‌رفتاری	-۷/۴	۰/۰۰۰
	گروه شناختی‌رفتاری	گروه کنترل	-۱۸/۹	۰/۰۰۰
		گروه شناختی‌رفتاری و مرگ‌آگاهی	۷/۴	۰/۰۰۰
پیگیری	گروه کنترل	گروه شناختی‌رفتاری و مرگ‌آگاهی	۲۰/۷	۰/۰۰۰
		گروه شناختی‌رفتاری	۱۴/۴	۰/۰۰۰
	گروه شناختی‌رفتاری و مرگ‌آگاهی	گروه کنترل	-۲۰/۷	۰/۰۰۰
		گروه شناختی‌رفتاری	-۶/۳	۰/۰۱۵

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.7.9]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.73]

گروه شناختی‌رفتاری	گروه کنترل	-۱۴/۴	۰/۰۰۰
	گروه شناختی‌رفتاری و مرگ‌آگاهی	۶/۳	۰/۰۱۵

میانگین نمرات وحشت‌زدگی شرکت‌کنندگان سه گروه نشان‌دهندهٔ کاهش علائم وحشت‌زدگی شرکت‌کنندگان دو گروه مداخله در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون است؛ اما روند تغییرات در گروه کنترل نشان‌دهندهٔ تغییرات ناچیز در میانگین وحشت‌زدگی شرکت‌کنندگان است. نتیجهٔ آزمون کلموگروف اسمیرنوف نشان می‌دهد متغیر وحشت‌زدگی در همهٔ مراحل و در همهٔ گروه‌ها دارای توزیع نرمال است؛ بنابراین می‌توان برای تحلیل داده‌ها از آزمون پارامتریک تحلیل اندازه‌گیری مکرر استفاده کرد.

جدول ۵. تحلیل نتایج آزمون‌های فیلای، لامبدای ویلکز و اثر هتلینگ در تحلیل کوواریانس چندمتغیره در گروه‌های مداخلهٔ مورد بررسی

	اثر	آماره آزمون	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری
زمان	اثر فیلای[1]	۰/۸۸۳	۹۸/۳۶۸	۲/۰۰۰	۲۶/۰۰۰	۰/۰۰۰
	لامبدای ویلکز[2]	۰/۱۱۷	۹۸/۳۶۸	۲/۰۰۰	۲۶/۰۰۰	۰/۰۰۰
	اثر هتلینگ[3]	۷/۵۶۷	۹۸/۳۶۸	۲/۰۰۰	۲۶/۰۰۰	۰/۰۰۰
	بزرگ‌ترین ریشه روی[4]	۷/۵۶۷	۹۸/۳۶۸	۲/۰۰۰	۲۶/۰۰۰	۰/۰۰۰
اثر متقابل زمان × گروه	اثر فیلای	۰/۸۲۵	۹/۴۸۸	۴/۰۰۰	۵۴/۰۰۰	۰/۰۰۰
	لامبدای ویلکز	۰/۱۸۵	۱۷/۲۱۰	۴/۰۰۰	۵۲/۰۰۰	۰/۰۰۰
	اثر هتلینگ	۴/۳۴۳	۲۷/۱۴۱	۴/۰۰۰	۵۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۴/۳۲۹	۵۸/۴۴۶	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۰
آزمون ام باکس=۳۲/۳۱۱ سطح معنی‌داری=۰/۰۰۸						

[1] Pillai's Trace
[2] Wilks' Lambda
[3] Hotelling's Trace
[4] Roy's Largest Root

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.7.9]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.73]

سطح معنی‌داری آزمون ام باکس نشان‌دهندهٔ نبود برقراری مفروضهٔ همگنی ماتریس کوواریانس است؛ بنابراین از آزمون بزرگ‌ترین ریشهٔ روی استفاده شد. نتیجه آزمون مذکور نشان می‌دهد اثر متقابل گروه و زمان معنی‌دار است. به عبارت دیگر در تغییرات در متغیر وحشت‌زدگی در سه گروه تفاوت معنی‌داری دارد.

جدول ۶. مقایسهٔ زوجی در دو بار اجرای متغیر وحشت‌زدگی در سه گروه مورد بررسی

زمان مشاهده	گروه(I)	گروه (J)	میانگین تفاوت(I-J)	سطح معنی‌داری
پس‌آزمون	گروه کنترل	گروه شناختی‌رفتاری و مرگ‌آگاهی	۳۴/۹	۰/۰۰۰
		گروه شناختی‌رفتاری	۲۹/۱	۰/۰۰۰
	گروه شناختی‌رفتاری و مرگ‌آگاهی	گروه کنترل	-۳۴/۹	۰/۰۰۰
		گروه شناختی‌رفتاری	-۵/۸	۰/۰۲۹
	گروه شناختی‌رفتاری	گروه کنترل	-۲۹/۱	۰/۰۰۰
		گروه شناختی‌رفتاری و مرگ‌آگاهی	۵/۸	۰/۰۲۹
پیگیری	گروه کنترل	گروه شناختی‌رفتاری و مرگ‌آگاهی	۲۷/۴	۰/۰۰۰
		گروه شناختی‌رفتاری	۲۲/۳	۰/۰۰۰
	گروه شناختی‌رفتاری و مرگ‌آگاهی	گروه کنترل	-۲۷/۴	۰/۰۰۰
		گروه شناختی‌رفتاری	-۵/۱	۰/۰۲۸
	گروه شناختی‌رفتاری	گروه کنترل	-۲۲/۳	۰/۰۰۰
		گروه شناختی‌رفتاری و مرگ‌آگاهی	۵/۱	۰/۰۲۸

نتیجهٔ آزمون بونفرونی نشان می‌دهد در مرحلهٔ پس‌آزمون میانگین نمرهٔ وحشت‌زدگی گروه کنترل بیشتر از دو گروه مداخله بوده است. در مرحلهٔ پس‌آزمون میانگین نمرهٔ وحشت‌زدگی گروه شناختی‌رفتاری از گروه شناختی‌رفتاری و مرگ‌آگاهی بیشتر است. در مرحلهٔ پیگیری نیز میانگین نمرهٔ وحشت‌زدگی گروه کنترل بیشتر از دو گروه مداخله بوده است. در مرحلهٔ پیگیری میانگین نمرهٔ وحشت‌زدگی گروه شناختی‌رفتاری از گروه شناختی‌رفتاری و مرگ‌آگاهی بیشتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسهٔ اثربخشی ترکیب درمان شناختی‌رفتاری و مداخله مبتنی بر مرگ‌آگاهی با درمان شناختی‌رفتاری بر کاهش اضطراب مرگ و علائم وحشت‌زدگی در زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی بود. بررسی نتایج با استفاده از آزمون بونفرنی و اندازه‌گیری مکرر انجام شد. درمجموع از یافته‌های به‌دست‌آمده چنین استنباط می‌شود که هر دو گروه مداخلهٔ درمانی توانسته‌اند در مقایسه با لیست انتظار به‌عنوان شرایط گواه، بر کاهش نمرات علائم اختلال وحشت‌زدگی بیماران اثربخش باشند و چنین اثر مثبتی هم در مرحلهٔ پس‌آزمون و هم در مرحلهٔ پیگیری مشهود بود. یافته‌ها همچنین حاکی از آن بود که بین اثربخشی دو مداخله بر نشانه‌های وحشت‌زدگی بیماران، مداخلهٔ ترکیبی با مرگ‌آگاهی اثربخش‌تر از مداخلهٔ شناختی‌رفتاری به‌تنهایی بود.

در خصوص اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری به‌صورت گروهی بر روی کاهش علائم در این اختلال پژوهش‌های پیشین به این نتیجه دست یافته‌اند که این درمان به‌صورت گروهی بر اختلال وحشت‌زدگی اثربخش است (۱۵، ۱۶). پژوهشگران در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی‌رفتاری چه به‌صورت گروهی و چه به‌صورت فردی بر کاهش نشانه‌های اختلال وحشت‌زدگی اثربخش است که همسو یا یافته‌های پژوهش حاضر است (۱۵) .

در رابطه با اثربخشی بیشتر در مداخله‌ای که در آن از مرگ‌آگاهی استفاده شده بود، لازم است به این نکته اشاره شود که هیچ پژوهشی به‌صورت مستقیم به اثربخشی مرگ‌آگاهی بر روی اختلال وحشت‌زدگی نپرداخته است، اما

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.7.9]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.73]

پژوهش‌های مختلفی به بررسی اثر مرگ‌آگاهی بر روی مشکلات روان‌شناختی و به‌خصوص اختلالات بالینی پرداخته‌اند که در ادامه به آن‌ها اشاره می‌شود. (۳۴).
پژوهشی که بررسی اثر مرگ‌آگاهی بر روان‌رنجوری پرداخته شده بود، نشان داد که به‌طور کلی افراد روان‌رنجور برای اینکه مرگ را به یاد نیاورند از یک سری دفاع‌ها استفاده می‌کنند تا اضطراب افکار مرگ را کاهش دهند. اما زمانی که از یادآوری مرگ برای کاهش این افکار استفاده می‌شود این اثر به‌طور قابل‌توجهی نمایان می‌شود؛ به‌طوری که در افرادی که روان رنجورتر بودند، با استفاده از یادآوری مرگ، میزان امید به زندگی‌شان نسبت به افرادی که کمتر روان‌رنجور بودند، افزایش بیشتری داشت. این می‌تواند نشان‌دهندهٔ این باشد که ازآنجایی‌که این افراد دفاع‌های بیشتری برای انکار مرگ و سرکوب کردن آن دارند، زمانی که مرگ‌آگاهی صورت گرفته و این دفاع‌ها کنار رفته، این افراد در شرایط روان‌شناختی بهتری قرار می‌گیرند که این پژوهش همسو با یافته‌های پژوهش است (۳۵).
همسو با نتایج یافت شده در یک مطالعه که به بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری بر اضطراب مرگ پرداخته، به این نتیجه دست یافته شد که گروه درمانی شناختی‌رفتاری از طریق کمک به شرکت‌کنندگان در پذیرش مرگ، موجب کاهش اضطراب مرگ در آنان می‌شود (۳۶). در پژوهش‌های مشابه که به بررسی اثربخشی مداخلهٔ شناختی‌رفتاری بر روی اضطراب مرگ و سلامت عمومی پرداختند، نشان داد در گروه آزمایش علاوه بر نتایج پس‌آزمون در مرحلهٔ پیگیری نیز تفاوت معنی‌داری در نمرات اضطراب مرگ و مؤلفه‌های سلامت روان نسبت به گروه کنترل مشاهده شد و همچنین نتایج نشان داد که درمان شناختی‌رفتاری می‌تواند به عنوان یکی از درمان‌های انتخابی برای کاهش اضطراب مرگ مورد استفاده قرار بگیرد (۳۷).
در یک پژوهش مروری نشان داده شد که اضطراب مرگ یک ساختار تشخیصی است که در اختلالات اضطرابی نقش مهمی دارد و در یک فراتحلیل که به بررسی ۱۵ مطالعه پرداخته شد، نشان داده شد که تمام مداخلات تأثیر کمی تا متوسط بر اضطراب مرگ دارد که پنج مطالعه که با استفاده از درمان شناختی‌رفتاری انجام شده بود اثرات بیشتری را نشان داد که همسو با نتایج پژوهش است (۳۸).
در یک مطالعه که همسو با نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش است از طریق یک روش کیفی به مطالعهٔ آگاهی از مرگ پرداخته شد که به دنبال بررسی سه موضوع بود: شناخت پدیدهٔ مرگ و شرایط آن، شناخت پدیده‌های روان‌شناختی مرتبط با مرگ خویش و عزیزان و همچنین تأثیر آگاهی از مرگ بر زندگی این افراد. این پژوهش به دنبال بررسی آگاهی از مرگ در مورد کسانی که به مرگ نزدیک هستند یا کسانی که یک تجربهٔ تروماتیک در مورد مرگ داشته‌اند، نبوده، بلکه به دنبال بررسی آگاهی از این بوده که دانستن اینکه ما موجودات میرایی هستیم و اثر این مطلب بر روی روند رشدی افراد چه نتایجی دارد. نتایج این پژوهش نشان داد که آگاهی از مرگ موجب افزایش مسئولیت‌پذیری در افراد می‌شود و همچنین افزایش یاد مرگ می‌تواند به غلبه کردن ما در ترس از مرگ کمک کند و درعین‌حال بهتر است که به‌جای انکار مرگ و عدم بحث و گفت‌وگو در مورد آن، به افراد کمک شود تا با یاد مرگ، با واقعیت مرگ مواجه شوند (۳۹).
همسو یا یافته‌های پژوهشی در یک تحقیق که به بررسی اثرات مثبت مرگ‌آگاهی پرداخته است، در تصور بسیاری از مردم مرگ خیلی چیز وحشتناکی به نظر می‌آید، درصورتی‌که واقعیت غیر از این است. دو مطالعه در این پژوهش صورت گرفت که به بررسی تجربیات افرادی می‌پردازد که به‌صورت واقعی با مرگ قریب‌الوقوع دست‌وپنجه نرم می‌کنند و افرادی که به‌صورت نمادین با مرگ روبه‌رو می‌شوند. نتایج نشان داد که گروهی که به‌طور واقعی با مرگ خود روبه‌رو می‌شدند و نسبت به آن آگاهی پیدا می‌کردند، نسبت به گروه کنترل، هیجانات مثبت بیشتری را تجربه می‌کردند. و در نهایت نشان دادند که تجربه کردن مرگ موضوعی حتمی است اما تجربه کردن وحشت از آن حتمی نیست (۴۰).
در یک تحقیق همسو که در پی شناسایی تأثیرات هشیارانه و ناهشیارانه آگاهی از مرگ بود و با استفاده از آزمایشی تأثیرات مثبت مواجه با مرگ را بررسی کرده است به این نتیجه دست یافتند که مرگ‌آگاهی به‌طور کلی پیامدهای

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.7.9]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.73]

مثبت فراوانی را به همراه دارد. مرگ‌آگاهی می‌تواند به افراد کمک می‌کند که به سلامت جسمانی خود اهمیت بدهند، ارزش‌های فراانسانی و نوع‌دوستانه را در نظر بگیرند، دیگران را دوست بدارند، ارتباط سالم و آرام‌بخشی را دیگران برقرار کنند، کارهای خیرخواهانه انجام بدهند، نگرش بازتر و خوش‌بینانه‌تری را داشته باشد و درنهایت سلامت روان بالاتری را داشته باشند (۳۴).

با توجه به نتایج حاصل از تحقیق حاضر، می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که اضطراب مرگ یکی از مؤلفه‌های مهم در اختلال وحشت‌زدگی بوده که ابهام و انکار آن به افزایش اضطراب مرگ منجر شده است، همچنین اجتناب از مواجه با مرگ موجب شدت گرفتن این مسئله و علائم وحشت‌زدگی می‌شود؛ ازاین‌رو لازم است هم‌زمان با درمان اختلال وحشت‌زدگی، اضطراب مرگ آن‌ها نیز با مداخلات روان‌شناختی مؤثر، کاهش یابد یا برطرف شود تا درمان اختلال وحشت‌زدگی آن‌ها اثربخشی بیشتری داشته باشد که در این پژوهش با استفاده از مداخلهٔ مبتنی بر مرگ‌آگاهی این امر صورت گرفته و اثربخشی آن تأیید شد. این مطالعه اولین مطالعه‌ای است که مداخله‌ای مبتنی بر مرگ‌آگاهی بر روی اختلال وحشت‌زدگی انجام داده است؛ بنابراین محدودیت‌هایی نیز دارد. استفاده از نمونه‌های در دسترس، عدم اجرای هم‌زمان هر دو روش مداخله‌ای و نیز مدت کوتاه پیگیری محدودیت‌هایی بودند که توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی به آن‌ها پرداخته شود.

References:

۱. Duff, R. & Hong, L. Age density, religiosity, and death anxiety in retirement communities. Rev Rel Res ۲۰۱۵; ۳۷ (۱۹).

۲. Barlow, D. H., Durand, M. Abnormal Psychology: An Integrated Approach. Wadsworth Publishing 2011.

۳. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5 th ed. Washington DC: American Psychiatric Association 2013.

٤. Barlow, H. Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic David (Editor), the Guilford Press, New York 2002.

٥. Necula, M. R., Simona, I. D & Bunea, O. Humanist Therapies in Postmodernity. Postmod. Open 2012; 3 (3):89-106

٦. Wong, P.T.P. Existential and humanistic theories. In J. Thomas, C., Segal, D.L., Hersen, M. (Eds). Comprehensive handbook of personality and everyday functioning: Wiley- Blackwell 2006.

۷. Iverach, L., Menzies, R.G.,Menzies, R.E. Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. Clin. Psychol. Rev 2014;34 (7): 580–593

۸. Furer, Patricia & Walker, John. Death Anxiety: A Cognitive-Behavioral Approach. J. Cogn. Psychother.. (2008) ; 22)2) :167-182.

۹. Randall E. Existential therapy of panic disorder: A single system study. Clin. Soc. Work J. 2001; 29: 259-67

۱۰. Furer P, Walker JR, Chartier MJ, Stein MB. Hypochondriacally concerns and somatization in panic disorder. J.Depress. Anxiety 1997; 6 : 78-85.

۱۱. Russac RJ, Gatliff C, Reece M, Spottswood D. Death anxiety across the adult years: an examination of age and gender effects. Death studies 2007; 31(6): 549-61

۱۲. Yalom I D. Existential psychotherapy. Basic book: Ney publication Tehran; 2015. [Persian].

۱۳. Van Deurzen E. Existential counseling and psychotherapy in practice. 2edn. London: SAGE 2001.

۱٤. Piven, J.S. Death, neurosis, and normalcy: on the ubiquity of personal and social delusions. J Am Acad Relig. 2003;71(1):135-56.

۱٥. Manfro, G. G., Heldt, E., Cordioli, A. V., & Otto, M. W. Cognitive-behavioral therapy in panic disorder. Rev. Bras. Psiquiatr 2008; 30(2).

۱٦. Prats, E., Domínguez, E., Rosado, S., Pailhez, G.,Bulbena, A &Fullana, M. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in a specialized unit. Actas esp psiquiatria 2014; 42(4): 176-84.

۱۷. Sadock, BJ., Sadock VA & Ruiz P. Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences Clinical Psychiatry. 11th ed. New York: Wolters Kluwer; 2015.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.7.9]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.73]

۱۸. Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behav. Res. Ther. 1986;24*(4), 461–470.
۱۹. Torres, A.R., & Crepaldi, A. L. Panic disorder and hypochondriasis: A review. Rev Bras Psiquiatr 2002; 24 (3): 144–151.
۲۰. Soleimannejad A. Fear of death in patient's whit hypochondriasis and anxiety disorder. Urimia University Medical Science 2010; 21(2): 273-79. [Persian]
۲۱. Malekshahi beiranvand, F., Khodabaksh pirkalani, R., Ameri, F., Khosravi, Z. , The causes of death anxiety in women with panic disorder and strategies to deal with it, Journal of Research in Behavioral Sciences 2019; 17(4): 633-642 [Persian]
۲۲. Khodabaksh pirkalani, R., Malekshahi beiranvand, F., Khosravi, Z. Ameri, F., Elements of death anxiety in women with panic disorder and its consequences, Rooyesh-e- Ravanshenasi Journal, (in press) [Persian]
۲۳. Leahy,R.,L., Holland, S. J.F., McGinn, L. K., Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders, 2th ed. Guliford 2012.
۲٤. Tracy SJ. Qualitative research methods: Collecting evidence, crafting analysis, communicating impact: Wiley- Blackwell; 2012.
۲٥. Amini H, Alaghbandrad J, Sharifi V, Davari Ashtiyani R, Kawyani H, Shahrivar Z, et all. Validity of Persian version of the Comprehensive International Diagnostic Interview (CIDI) to diagnose schizophrenia and bipolar disorder: Medical Faculty of Tehran University of Medical Sciences. 2006; 64 (8):31-42. [Persian].
۲٦. Davari Ashtiyani R, Alaghbandrad J, Sharifi V, Amini H, Kawyani H, Shabani A, et all. Reliability of the Persian version of the Comprehensive International Diagnostic Interview (CIDI) to diagnose schizophrenia and bipolar disorder. Adv Cog Sci 2004; 6: 1-9. [Persian].
۲۷. Templer DI, Lavoie M, Chalgujian H, Thomas-Dobson S. The measurement of death depression. J. Clin. Psychol.. 1990;46(6):834-9.
۲۸. Conte, H.R., Weiner, M.B., & Plutchik. R. Measuring death anxiety: Conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. J. Pers. Soc. Psychol. 1982; 43(4):775-785
۲۹. Rajabi, G.H., Bohrani,M. Item factor analysis of death anxiety scale. Journal of psychology 2002; 5 (20): 331-334 [Persian]
۳۰. Vossoughi A, Bakhshipour Roodsari A, Hashemi T, Fathollahi S. Structural Associations of NEO Personality Dimensions With Symptoms of Anxiety and Depressive Disorders. IJPCP 2012; 18 (3) :233-244 [Persian]
۳۱. Mashhadi, A. Ghasempour, A., Akbari, E.,Ilbaygi, R. & Hassanzadeh, SH (2013). The Role of Anxiety Sensitivity and Emotion Regulation in Prediction of Social Anxiety Disorder in Students, Knowledge & Research in Applied Psychology 2013;14(2): 89-99[Persian]
۳۲. Sarbey, B. Definition of death: brain death and what matters in a person. J Law Biosci 2016: 3(3). 743-752.
۳۳. Whelan. W. M, Warren. M. W. A Death Awareness Workshop: Theory, Application and Results. OMEGA 1981; 11(1).
۳٤. Kenneth, V & Jacob, J. An Appreciative View of the Brighter Side of Terror Management Processes. J. Soc. Sci. 2015; 4 (4): 1020-1045
۳٥. Maxfield, M., Solomon, S., Pyszczynski, T., and J Greenberg, J(2010). Mortality Salience Effects on the Life Expectancy Estimates of Older Adults as a Function of Neuroticism: J Aging Res. 2010; 26.
۳٦. Ghamari kivi H, Zahed bablan A, Fathi D. Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy on Death Anxiety among the Bereavement ElderlyMan. jgn. 2015; 1 (4) :60-69[Persian]
۳۷. Momeni, Kh. Rafiee, Z. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Death Anxiety and General Health of Mourning Elderly Women, journal of aging psychology 2018; 4 (2). 131-141 [in Persian]
۳۸. Menzies, R. Matteo, Z. Sharpe ,L. Ilan ,DN .The effects of psychosocial interventions on death anxiety: A meta-analysis and systematic review of randomized controlled trials. J Anxiety Disord 2018 ; 59: 64-73
۳۹. Wysoczañska, A. W . Everyday Awareness of Death: A Qualitative Investigation. J. Humanist. Psychol. 1999; 30 (3): 73-95
٤۰. Goranson, A., Ritter,R.S.,2, Waytz,A., Norton, M.I., Gray, K. Dying Is Unexpectedly Positive. Psychol. Sci. 2017 28(7) 988–999.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.7.9]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.73]