

هراس از مرگ در بیماران مبتلا به هیپوکندریا و اختلالات اضطرابی

دکتر اکبر سلیمان نژاد^۱

تاریخ دریافت ۸۸/۱۱/۱۸، تاریخ پذیرش ۸۹/۲/۲۳

چکیده

پیش زمینه و هدف: شواهدی در ادبیات پژوهش وجود دارد که نشان می‌دهد هراس از مرگ در میان اختلال خودبیمارپنداری و اختلالات اضطرابی پدیده‌ای شایع است. با این حال هیچ مقایسه‌ای بین این اختلالات در میزان هراس از مرگ صورت نپذیرفته است. از این رو هدف پژوهش حاضر مقایسه میزان هراس از مرگ در اختلال خودبیمارپنداری و اختلالات اضطرابی می‌باشد.

مواد و روش کار: بدین منظور روش نمونه‌گیری دسترس، برای انتخاب ۱۲۱ بیمار مبتلا به اختلال خودبیمارپنداری و اختلالات اضطرابی از میان کلیه مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی، به کار گرفته شد. مقیاس اضطراب مرگ، بر روی کلیه آزمودنی‌ها اجرا شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس و آزمون تعقیبی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان می‌دهد در حالی که بیماران مبتلا به وحشت‌زدگی، اضطراب فراگیر و استرس پس از ضربه، هراس از مرگ را تجربه می‌کنند اما هراس از مرگ در این اختلالات به‌طور چشمگیری کم‌تر از آن چیزی است که در اختلال خودبیمارپنداری مشخص شد.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش می‌توانند در مفهوم‌سازی و درمان خودبیمارپنداری و اختلالات اضطرابی مورد نظر قرار بگیرند.

کلید واژه‌ها: هراس از مرگ، هیپوکندریا، اختلالات اضطرابی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و یکم، شماره دوم، ص ۲۷۹-۲۷۳، تابستان ۱۳۸۹

آدرس مکاتبه: ارومیه دانشگاه پیام نور ارومیه تلفن: ۰۹۱۴۱۶۳۸۶۹۷

Email: akbar.solaymannejad@gmail.com

مقدمه

اگر هراس را یک هیجان طبیعی در نظر بگیریم، می‌توان گفت که هیچ‌هراسی به‌نجارتر از هراس از مرگ^۲ نیست. هراس از مرگ مشتمل بر افکار، ترس‌ها و هیجانات مرتبط با پایان زندگی می‌باشد (بلسکی^۳، ۱۹۹۹). این نوع هراس مفهومی چند بعدی است، در همین راستا هالتر و هالتر^۴ (۱۹۸۷)، به نقل از فرر و والکر^۵ (۲۰۰۷) هشت بعد برای آن در نظر گرفته‌اند. ۱- هراس از فرایند مردن ۲- هراس از مرگ زود هنگام ۳- هراس از مرگ افراد مورد علاقه ۴- هراس بیمارگونه از مرگ ۵- هراس از تباهی

۶- هراس از بدن پس از مرگ ۷- هراس از ناشناخته بودن مرگ و ۸- هراس از مرده. فلورین و میکولینسر^۶ (۱۹۹۳) به نقل از فرر و والکر، (۲۰۰۷) نیز سه بعد برای این مفهوم در نظر گرفته‌اند: ۱- بعد درون فردی که ناشی از تاثیر مرگ بر ذهن و بدن است و با هراس از عدم دستیابی به اهداف شخصی، عدم دستیابی به لذت‌ها و تباهی بدن مشخص می‌گردد. ۲- بعد بین فردی که با تاثیر مرگ بر روابط بین فردی مشخص شده و ۳- بعد فرافردی که شامل ترکیبی از هراس در خصوص دنیای پس از مرگ و تنبیه پس از مرگ می‌باشد.

^۱ استادیار روان‌پزشکی دانشگاه پیام نور ارومیه

^۲ Fear of death

^۳ Belskey

^۴ Hoelter & Hoelter

^۵ Furer & Walker

^۶ Florian & Mikulincer

هراس از مرگ را گزارش می‌کنند ۳- در تحقیقات مقطعی سال‌خوردگان سطح بالاتری از هراس از مرگ را در مقایسه با جوانان گزارش نکردند ۴- سطح تحصیلی، اقتصادی و اجتماعی بالاتر با سطح پایین‌تر هراس از مرگ همراه است و ۵- سطح بالای باورهای مذهبی و مشارکت در فعالیت‌های دینی لزوماً با سطح پایین هراس از مرگ همراه نیست. البته این یافته‌ها در سایر پژوهش‌ها مورد تأیید قرار نگرفته‌اند. در مطالعه‌ای که در بین دانش‌آموزان دبیرستان و دانشجویان دانشگاه در آمریکا صورت گرفت مشخص شد که زنان اضطراب مرگ بیشتری نسبت به مردان نشان می‌دهند (پیرس و همکاران^۷، ۲۰۰۷). در پژوهش داف و هونگ^۸ (۱۹۹۵) نیز مشخص شد افرادی که انگیزه مذهبی درونی دارند اضطراب مرگ کم‌تری دارند. همچنین در این پژوهش مشخص شد که اعتقاد قویتر به دنیای پس از مرگ با اضطراب مرگ کم‌تری همراه است.

برخی پژوهش‌ها نیز به بررسی میزان هراس از مرگ در بیماری‌های روانی پرداخته‌اند. شناخت هراس از مرگ در میان انواع بیماری‌های روانی از یک طرف زمینه را برای بازشناسی و تشخیص روابط میان آن‌ها و از طرف دیگر زمینه ساز طرح‌های درمانی موثرتر برای این اختلالات روانی می‌گردد. یکی از اختلالاتی که دارای همبودی بالایی با هراس از مرگ است اختلالا خودبیمارپنداری^۹ است. تعجب برانگیز نیست که هراس از مرگ در افراد مبتلا به خودبیمارپنداری بسیار شایع باشد زیرا نگرانی در خصوص مرگ و مردن اغلب دلیل اصلی هراس مردم از بیماری‌های خطرناک است. با توجه به این‌که مرگ مشتمل بر از دست دادن کارکردهای حیاتی بدن بوده و به علت این‌که بیماران مبتلا به خودبیمارپنداری هراس را از درون خود و بدن تجربه می‌کنند، این فرض قابل استدلال است که بخش عمده‌ای از خودبیمارپنداری ناشی از هراس از مرگ می‌باشد (استارسویک^{۱۰}، ۲۰۰۵). نوپز و همکاران^{۱۱} (۲۰۰۲) بین هراس از مرگ و خودبیمارپنداری، جسمانی‌سازی^{۱۲} و اضطراب سلامتی^{۱۳} در میان مراجعه‌کنندگان به یک درمانگاه همبستگی بالایی کشف کردند. آن‌ها دریافتند بیماران که دارای ملاک‌های خودبیمارپنداری بودند در مقایسه با بیماران که فاقد این ملاک‌ها بودند به‌طور قابل توجهی نمرات بالاتری در هراس از مرگ دریافت کردند. فرر و والکر^{۱۴} (۲۰۰۸) در

فروید^۱ یکی از اولین افرادی است که در این زمینه نظریه پردازی کرده است. او معتقد بود هراس از مرگ ناشی از خود مرگ نیست بلکه زاینده تعارضات حل نشده دوران کودکی است. وی به توانایی انسان در پذیرش مرگ و میرایی خویش تردید داشت و در سال ۱۹۱۵ در مقاله «اندیشه‌هایی درخور ایام جنگ و مرگ»^۲ نوشت که ناهشیار ما به مرگ خودمان اعتقادی ندارد و به گونه‌ای عمل می‌کند که گویی جاویدان هستیم. وی در ادامه می‌نویسد «حتی زمانی که ریاکارانه واقعیت مرگ را می‌پذیریم، در ناهشیار اعتقادی به مرگ خود نداریم» (به نقل از فرر و والکر، ۲۰۰۷). پیروان فروید نیز بر این باورند که هراس از مرگ از اضطراب فقدان ابژه^۳ ناشی می‌شود، در واقع آنان معتقدند که این نوع اضطراب، ترس طبیعی و ارگانیک از نیست شدگی است. راین گولد در این رابطه با قطعیت می‌گوید که اضطراب نیست شدگی، بخش از تجربه کودکی نیست، بلکه تجربه بد از مادری محروم‌کننده است (بکر^۴، ۱۹۹۷، به نقل از توکلی، ۱۳۸۴).

یکی دیگر از نظریه پردازان حوزه هراس از مرگ، انسان شناس معروف ارنست بکر (۱۹۷۳) است. او به شدت مدعی است که هراس از مرگ، ترسی طبیعی است و در هر کس وجود دارد، و ترسی بنیادین است که همه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ترسی که هیچ کس از آن ایمن نیست، گرچه ممکن است بسیار تغییر شکل یابد. او معتقد است روان نژندی‌های اضطرابی، حالت فوبیک گوناگون و حتی تعداد قابل توجهی از حالت‌های خودکشی‌گرایی در افسردگی و بسیاری از اسکیزوفرنی‌ها هراس از مرگ را، که در همه جا حاضر است، نشان می‌دهند. از نظر او هراس از مرگ در تعارض‌های عمده موجود در شرایط روان آسیب‌شناختی تنیده می‌شود و انسان‌ها با انکار مرگ در تلاشند تا هراس خود را نسبت به این پدیده تا حدی کنترل کنند (به نقل از توکلی، ۱۳۸۴).

پژوهش‌های صورت پذیرفته در خصوص هراس از مرگ حاکی از آن هستند که این نوع هراس پدیده‌ای شایع است. کاستنبام^۵ (۲۰۰۰) با مروری اجمالی بر تحقیقات انجام شده در خصوص هراس از مرگ در جمعیت غیر بالینی نشان داد که ۱- هراس از مرگ در میان جمعیت عمومی پدیده‌ای شایع است. در همین راستا اگر اس^۶ (۱۹۶۹) گزارش کردند که ۱۶ درصد مردم هراس از مرگ دارند و ۳ درصد دارای هراس مرضی در این خصوص می‌باشند ۲- زنان نسبت به مردان سطح بالاتری از

⁷ pierce et al

⁸ Duff & Hong

⁹ H ypochondriasis

¹⁰ Starcevic

¹¹ Noyes et al

¹² Somatization

¹³ Health anxiety

¹ Freud

² Thought for the time on war and death

³ Anxiety of object - loss

⁴ Becker

⁵ Kastebbaum

⁶ Agras te al

برخی مواقع سلامتی یا موضوعات مرتبط با درمان (جراحی)، برانگیزاننده استرس پس از ضربه می‌باشند (ندستون و تریر، ۲۰۰۳). پژوهش‌های انجام شده در این خصوص نیز به همبستگی معنی‌داری میان هراس از مرگ و PTSD دست یافته‌اند (چانگ و همکاران^۶، ۲۰۰۰).

علی‌رغم برجستگی هراس از مرگ در میان انواع اختلالات روانی این موضوع کم‌تر در پژوهش و درمان مد نظر قرار گرفته است. همچنین با توجه به این‌که تاکنون هیچ پژوهشی میزان هراس از مرگ را در انواع اختلالات روانی مورد مقایسه قرار نداده است هدف مطالعه حاضر این است که میزان هراس از مرگ را در جمعیت بالینی ایرانی مشخص و با داده‌های سایر کشورها مقایسه نماید و بتواند مبانی تئوریکي ارائه نماید که تعیین کننده حوزه‌های شناخت هراس از مرگ بطور عام و در جامعه ایران به طور خاص باشد. در واقع پژوهش حاضر در صدد است تا میزان هراس از مرگ را در میان اختلال خودبیمارپنداری و اختلالات اضطرابی مورد بررسی و مقایسه قرار دهد و براساس پژوهش‌های تجربی پیشین، فرض این پژوهش بر این است که افراد مبتلا به اختلال خودبیمارپنداری میزان بالاتری از هراس از مرگ را خواهند داشت.

مواد و روش کار

این پژوهش به صورت مقطعی انجام شده و یک مطالعه توصیفی است. انتخاب آزمودنی‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس صورت پذیرفت. ملاک‌های خروج عبارت بودند از وجود سابقه اختلال نورولوژیک یا ضربه به سر، مشکل طبی جدی، مصرف الکل و مواد. نمونه بیماران از میان بیماران سرپایی مراجعه کننده به مراکز درمانی روانپزشکی شهرستان ارومیه انتخاب شدند. بیمار ابتدا توسط روانپزشک بوسیله مصاحبه نیمه ساختاریافته ارزیابی می‌شد و در صورت تایید اختلال خودبیمارپنداری و اختلالات اضطرابی (وحشت‌زدگی، اضطراب فراگیر، استرس پس از ضربه و وسواس) بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR، یا تایید سلامت روانی (گروه شاهد)، توسط یک روانپزشک و روان‌شناس بالینی دیگر به صورت فردی ارزیابی شده و آزمون بالینی مورد نظر روی او اجرا می‌شد. لازم به ذکر است که گروه شاهد از میان همراهان بیماران انتخاب شدند. آزمودنی‌ها شامل ۱۳۸ نفر (۳۲ نفر مبتلا به خودبیمارپنداری، ۲۹ فرد مبتلا به وحشت‌زدگی، ۲۴ فرد مبتلا به اضطراب فراگیر، ۲۳ فرد مبتلا به استرس پس از ضربه و

پژوهشی بیماران روان پزشکی سرپایی، بیماران سرپایی یک درمانگاه پزشکی خانوادگی و کارگران یک شرکت محلی را در زیر مقیاس‌های، مقیاس نگرش به بیماری مقایسه کردند. آن‌ها دریافتند که بیماران مبتلا به خود بیمار پنداری نمرات خیلی بیشتری از دیگر گروه‌ها در زیر مقیاس‌های نگرانی درباره بیماری، نگرانی درخصوص درد، باورهای خود بیمار پندارانه، هراس از مرگ، هراس از بیماری، اشتغال ذهنی با بدن و تجربیات درمان (استفاده از خدمات بهداشتی) بدست می‌آورند.

هراس از مرگ در برخی اختلالات اضطرابی^۱ نیز شیوع فراوانی دارد. افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی^۲، هراس شدیدی از مردن، غش کردن یا یک بیماری خطرناک را به عنوان پیامد حمله وحشت‌زدگی تجربه می‌کنند (فرر، والکر و استین، ۲۰۰۷). البته بر خلاف انتظار قریب الوقوع بودن مرگ در طول حمله وحشت‌زدگی، مرگ در خودبیمارپنداری بر اساس انتظاری اضطراب آمیز در خصوص مرگ در آینده ای نامعلوم است (استارسوویک، ۲۰۰۵). در پژوهشی که توسط فرر و همکاران (۱۹۹۷) صورت پذیرفت، مشخص شد که بیماران مبتلا به وحشت‌زدگی در مقایسه با بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی^۳ و گروه کنترل به‌طور چشمگیری نمرات بالاتری را در مقیاس هراس از مرگ دریافت می‌کنند. همچنین تقریباً نیمی از افراد مبتلا به وحشت‌زدگی واجد ملاک‌های خودبیمارپنداری نیز بودند در حالیکه تنها ۵ درصد از افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی واجد ملاک‌های خودبیمارپنداری بودند و افرادی که ملاک‌های هر دو اختلال وحشت‌زدگی و خودبیمارپنداری را داشتند هراس از مرگ بیشتری را گزارش کردند.

نگرانی درخصوص مرگ خود یا اطرافیان، بخشی از الگوی گسترده نگرانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر^۴ نیز می‌باشد. استارسوویک و همکاران (۱۹۹۴) دریافتند که ۱۸ درصد افراد مبتلا به GAD واجد علائم خودبیمارپنداری نیز می‌باشند و این در حالی است که ۵۰ درصد از افراد مبتلا به وحشت‌زدگی واجد علائم خودبیمارپنداری هستند. آنان دریافتند که آن دسته از افراد مبتلا به GAD که علائم خودبیمارپنداری را نیز دارند سطح بالاتری از هراس از مرگ را گزارش می‌کنند.

افراد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه^۵ نیز اغلب سطح بالایی از نگرانی درباره سلامت فیزیکی شان گزارش می‌کنند. در

¹ Anxiety disorders

² Panic disorder

³ Social anxiety

⁴ Generalized anxiety disorder

⁵ Post Traumatic Stress

⁶ Tedstone & Tarrier

⁷ Chung et al

(۱۳۸۷) به فارسی ترجمه شده و پایایی آن از طریق آزمون، بازآزمون ۰/۸۷ محاسبه شده است.

یافته‌ها

در این قسمت به تحلیل و آزمون داده‌های پژوهش پرداخته شده است. ابتدا آماره‌های توصیفی مربوط به متغیر وابسته قبل از کنترل آماری متغیرهای مداخله‌گر ارائه شده و نتایج آزمون لوین مبنی بر تساوی واریانس‌ها در مورد متغیر وابسته آمده است و آنگاه نتایج تحلیل کوواریانس در مورد متغیر وابسته پس از کنترل متغیر مداخله‌گر ارائه گردیده است. در این تحلیل‌ها سن به عنوان متغیر کنترل و جنسیت به عنوان متغیر تعدیل کننده در نظر گرفته شده است. سپس آماره‌های توصیفی مربوط به متغیر وابسته پس از کنترل آماری متغیر مداخله‌گر و در نهایت آزمون تعقیبی برای مقایسه جفتی گروه‌ها ارائه شده است.

در این پژوهش ۱۲۱ نفر، شامل ۲۷ نفر مبتلا به اختلال خودبیماری‌پنداری، ۲۱ نفر مبتلا به استرس پس از ضربه، ۲۱ نفر مبتلا به اضطراب فراگیر، ۲۶ نفر مبتلا به وحشت‌زدگی و ۲۶ نفر فرد سالم مورد بررسی قرار گرفتند که میانگین و انحراف معیار آن‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

۳۰ فرد سالم) بودند که پس از اتمام نمونه‌گیری، پرسش‌نامه‌هایشان بررسی شد و پس از اعمال معیارهای خروج از مطالعه، ۵ نفر از گروه خودبیماری‌پنداری، ۳ نفر از گروه وحشت‌زدگی، ۳ نفر از گروه اضطراب فراگیر، ۲ نفر از گروه استرس پس از ضربه و ۴ نفر نیز از گروه سالم حذف گردیدند. بنابراین نمونه پژوهش شامل ۱۲۱ نفر بود.

ابزار پژوهش: پرسش‌نامه اضطراب مرگ^۱: این پرسش‌نامه توسط تمپلر^۲ (۱۹۷۰) به منظور سنجش میزان اضطراب مرگ ساخته شد. دارای ۱۵ سوال صحیح و غلط می‌باشد که بر حسب جواب صحیح یا غلط به آن نمره یک یا صفر تعلق می‌گیرد (نمره یک در صورتی که پاسخ فرد نشان دهنده وجود اضطراب و نمره صفر در صورتی که پاسخ فرد نشان دهنده عدم وجود اضطراب باشد). امتیاز پرسش‌نامه از صفر (عدم وجود اضطراب) تا پانزده (اضطراب مرگ خیلی بالا) در نظر گرفته شده است که نمرات شش و هفت نقاط برش در نظر گرفته شده اند.

یعنی نمرات بالاتر از هفت نشان دهنده اضطراب مرگ بالا و نمرات پایین‌تر از ۶ نشان‌گر اضطراب مرگ پایین می‌باشند. توماس و همکاران^۳ (۲۰۰۲) پایایی این پرسش‌نامه را با استفاده از روش آزمون بازآزمون ۰/۷۶ و ثبات درونی آن ۰/۸۳ محاسبه کرده اند. در ایران اولین بار این پرسش‌نامه توسط مسعودزاده و همکاران

جدول شماره (۱): شاخص‌های توصیفی مربوط به تعداد و جنسیت در بیماران مبتلا به خودبیماری‌پنداری و اختلالات اضطرابی

اختلال	فراوانی	هراس از مرگ		جنسیت
		میانگین	انحراف استاندارد	
خودبیماری‌پنداری	۲۷	۹/۹۶	۲/۲۴	مرد ۱۳ زن ۱۴
استرس پس از ضربه	۲۱	۵/۸۵	۱/۶۵	مرد ۹ زن ۱۲
اضطراب فراگیر	۲۱	۶	۱/۵۱	مرد ۱۰ زن ۱۱
وحشت‌زدگی	۲۶	۹/۱۹	۲/۱۷	مرد ۱۲ زن ۱۴
گروه سالم	۲۶	۳/۵۷	۱/۳۹	مرد ۱۱ زن ۱۵

تایید پیش فرض تساوی واریانس‌ها در جامعه بدین معنی است که واریانس یا پراکندگی نمرات هراس از مرگ در جامعه مساوی است. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات هراس از مرگ در جدول (۲) ارائه شده است. در این تحلیل سن کنترل گردید یعنی اثر آن از روی نمرات هراس از مرگ برداشته شد و سپس گروه‌ها با توجه به نمرات باقی مانده مقایسه شدند.

همان‌طور که در جدول شماره یک مشاهده می‌شود گروه‌های خودبیماری‌پنداری، وحشت‌زدگی، اضطراب فراگیر، استرس پس از ضربه و گروه سالم، به ترتیب دارای بالاترین میزان هراس از مرگ می‌باشند. پیش فرض لوین مبنی بر تساوی واریانس‌های گروه‌ها در جامعه تایید گردید ($P=0/18$).

¹ Death anxiety scale

² Templer

³ Tomas et al

جدول شماره (۲): نتایج تحلیل کوواریانس نمرات هراس از مرگ در بین گروه‌ها پس از کنترل متغیر مداخله گر

منبع	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معنی داری (P)	مجذور اتا	توان
جنسیت	۱	۰/۲۸۴	۰/۸۵	۰/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۰۶
سن	۱	۱۷/۲۲	۵/۱۶۲	۰/۰۲	۰/۰۴۵	۰/۶۱
گروه	۴	۱۵۳/۹۵	۴۶/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱
خطا	۱۱۰	۳/۳۳				

بوده است یعنی میزان دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌های معنی دار ۱۰۰ درصد است. میانگین و خطای استاندارد نمرات کل باقیمانده در دو گروه آزمایشی و کنترل پس از کنترل متغیرهای مداخله گر در جدول (۳) آمده است.

همان‌گونه که نتایج در جدول (۲) نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین نمرات باقی مانده هراس از مرگ پس از کنترل متغیر مداخله گر در بین گروه‌ها معنی دار است ($P < 0/01$). میزان تفاوت بین گروه‌ها ۰/۶۲ است، یعنی ۶۲ درصد از واریانس نمرات کل باقی مانده مربوط به عضویت گروهی است. توان آماری برابر ۱

جدول شماره (۳): میانگین و خطای استاندارد نمرات کل باقی مانده هراس از مرگ

گروه‌ها	میانگین	خطای استاندارد
خودبیمارپنداری	۹/۸۱	۰/۳۵۷
استرس پس از ضربه	۶/۰۹	۰/۴۴۱
اضطراب فراگیر	۶/۱۱	۰/۴۰۳
وحشت‌زدگی	۹/۱۴	۰/۳۶۱
گروه سالم	۳/۶۵	۰/۳۶۲

مقایسه دو به دو گروه‌ها در میزان هراس از مرگ که با استفاده از آزمون تعقیبی توکی صورت گرفته در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول شماره (۴): مقایسه چندگانه خودبیمارپنداری و اختلالات اضطرابی در سطوح هراس از مرگ

منبع	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی داری
خودبیمار پنداری	۴/۱۰	۰/۵۳۸	۰/۰۰۰
اضطراب فراگیر	۳/۹۶	۰/۵۳۸	۰/۰۰۰
وحشت‌زدگی	۰/۷۷۷	۰/۵۰۸	۱
گروه سالم	۶/۳۸	۰/۵۰۸	۰/۰۰۰
استرس پس از ضربه	-۰/۱۴۲	۰/۵۷۱	۱
وحشت‌زدگی	-۳/۳۳	۰/۵۴۳	۰/۰۰۰
گروه سالم	۲/۲۸	۰/۵۴۳	۰/۰۰۱
اضطراب فراگیر	-۳/۱۹	۰/۵۴۳	۰/۰۰۰
گروه سالم	۲/۳۲	۰/۵۴۳	۰/۰۰۰
وحشت‌زدگی	۵/۶۱	۰/۵۱۳	۰/۰۰۰

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این پژوهش مقایسه میزان هراس از مرگ در خود بیمارپنداری و اختلالات اضطرابی بود. در این راستا مشخص

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود به غیر از دو گروه وحشت‌زدگی با خودبیمارپنداری و استرس پس از ضربه با اضطراب فراگیر، تفاوت کلیه گروه‌ها با یکدیگر معنی دار می‌باشد.

وحشت‌زدگی تجربه می‌کنند و معمولاً این علائم را حاکی از وجود یک بیماری خطرناک می‌دانند، تجربه هراس از مرگ در این افراد چندان تعجب برانگیز نیست. درحالی‌که افراد مبتلا به اضطراب فراگیر و استرس پس از ضربه نگرانی شان منحصراً معطوف به علائم جسمانی یا درخصوص از دست دادن زندگی نمی‌باشد، که همین امر زمینه ساز تفاوت معنی‌دار میان افراد مبتلا به وحشت‌زدگی با اضطراب فراگیر و استرس پس از ضربه می‌باشد.

در نهایت، همان‌طور که اشاره شد، همبودی بالای خودبیمارپنداری با اختلال وحشت‌زدگی و اضطراب فراگیر سبب شدت یافتن هراس از مرگ می‌شود و همان‌طور که در این پژوهش نیز مشخص شد افراد مبتلا به خودبیمارپنداری دارای بالاترین میزان هراس از مرگ می‌باشند. این نتایج، همگی اهمیت نقش هراس از مرگ را در خودبیمار پنداری تایید می‌کنند. اما نکته مبهم، چگونگی تاثیرگذاری یا تاثیرپذیری هراس از مرگ و خودبیمارپنداری از یکدیگر می‌باشد. در نتیجه پیشنهاد می‌شود، پژوهش‌های بعدی بر نقش هراس از مرگ به عنوان پیشاینده یا پساینده خودبیمارپنداری تمرکز نمایند.

در پایان لازم به ذکر است که این پژوهش از دو محدودیت برخوردار است. اولین محدودیت طولی نبودن طرح پژوهشی و در نتیجه عدم دسترسی به اطلاعاتی درخصوص نقش هراس از مرگ در خودبیمارپنداری و دیگر اختلالات اضطرابی است و دومین محدودیت این پژوهش استفاده از پرسش‌نامه خودسنجی است که این مساله قدرت تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت روبرو می‌سازد. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی در جهت رفع محدودیت‌های این پژوهش گام بردارند.

شد که افراد مبتلا به خود بیمارپنداری، وحشت‌زدگی، اضطراب فراگیر، استرس پس از ضربه و گروه سالم به ترتیب دارای بالاترین میزان هراس از مرگ می‌باشند. همچنین مشخص شد که بین افراد مبتلا به خودبیمار پنداری با افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، استرس پس از ضربه و گروه سالم در میزان هراس از مرگ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این یافته پژوهش با نتیجه پژوهش فرر و والکر (۲۰۰۷) که نشان دادند در بین بیماری‌هایی که هراس از مرگ در آن‌ها وجود دارد می‌توان شاهد همبودی خود بیمارپنداری با آن بیماری‌ها بود. برای مثال آن دسته از بیمارانی که ملاک‌های تشخیصی اختلال وحشت‌زدگی را دارند و هراس از مرگ را نیز تجربه می‌کنند، همبودی قابل توجهی با اختلال خودبیمارپنداری دارند. همچنین درصد بالایی از افراد مبتلا به اضطراب منتشر که هراس از مرگ را تجربه می‌کنند، مبتلا به خودبیمارپنداری نیز می‌باشند.

دست‌آورد دیگر این پژوهش عدم تفاوت معنی‌دار میان دو گروه خودبیمارپنداری و وحشت‌زدگی در میزان هراس از مرگ می‌باشد. این یافته پژوهش نیز با توجه به نتایج پژوهش فرر و همکاران (۱۹۹۷) که نیمی از افراد مبتلا به وحشت‌زدگی واجد ملاک‌های خودبیمارپنداری نیز می‌باشند، قابل تبیین است. در واقع همبودی بالای میان این دو اختلال زمینه ساز ویژگی‌های مشترک و عدم تفاوت معنی‌دار میان این دو اختلال می‌گردد.

از دیگر یافته‌های این پژوهش تفاوت معنی‌دار افراد مبتلا به وحشت‌زدگی با افراد مبتلا به اضطراب فراگیر و استرس پس از ضربه در میزان هراس از مرگ می‌باشد. با توجه به آنکه افراد مبتلا به وحشت‌زدگی علائم جسمانی شدیدی را در طول حمله

References:

1. Becker E. The birth and death of meaning. New York: Free Press; 1971.
2. Agras S, Sylvester D, Oliveau D. The epidemiology of common fears and fobia. Compr Psychiatry 1969;10: 151-6.
3. Belsky J. The psychology of aging. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Co; 1999. P 368.
4. Chung MC, Chung C, Easthope Y. Traumatic stress and death anxiety among community resident exposed to an aircraft crash. Death Stud 2000; 24: 689-704.
5. Duff R, Hong L. Age density, religiosity, and death anxiety in retirement communities. Rev Rel Res 1995; 37:19.
6. Furer P, Walker JR, Chartier MJ, Stein MB. Hypochondrial concerns and somatization in panic disorder. Depress Anxiety 1997; 6: 78 – 85.
7. Furer P, Walker JR. Treating health anxiety and fear of death: A practitioners' guide. New York: Springer Publishing; 2007.
8. Furer P, Walker JR. Death anxiety: a cognitive – behavioral approach. J Cognitive Psychother 2008; 22: 167- 80.
9. Kastenbaum R. The psychology of death. 3rd Ed. New York: Springer Publishing; 2000.

10. Noyes R, Stuart S, Langbehn DR, Happel RL, Longley SL, Yagla SJ. Childhood antecedents of hypochondriasis. *J Psychosom* 2002; 43: 282-9.
11. Pierce J, Cohen A, Chamber J, Meader R. Gender differences in death anxiety and religious orientation among US high school and college students. *Men Heal Rel Cul* 2007; 10(2): 143-50.
12. Starcevic V, Fallon S, Uhlenhuth EH, Pathak D. Generalized anxiety disorder, worries about illness, and hypochondriacal fears and beliefs. *Psychother Psychosom* 1994; 61: 93-9.
13. Starcevic V. Fear of death in hypochondriasis: bodily threat and its treatment implications. *J Contemp Psychot* 2005; 35: 227-37.
14. Tedstone JE, Tarrier N. Post traumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clin Psychol Rev* 2003; 23: 409-48.
15. Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. *J Gen Psychol* 1970;82: 165-77.
16. Tomas- Sabado J, Gomez-Benito J. Psychometric properties of the Spanish form of templer's death anxiety scale. *Psychol Rep* 2002; 91(2): 116-20.
17. Masoodzade H, Setare J, Mohammadpoor RA, Madanlokordi M. Fear of death in Sarri hospital staff. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2007;67:84-90 (Persian).