

## بررسی تاثیر اضطراب مرگ و سن بر رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی

مسعود قربانعلی پور<sup>۱\*</sup>، دکتر احمد برجعلی<sup>۲</sup>، دکتر فرامز سهرابی<sup>۳</sup>، دکتر محمدرضا فلسفی نژاد<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۸۸/۱۱/۳۰، تاریخ پذیرش ۸۹/۱/۲۵

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** هدف از انجام این پژوهش تعیین تاثیر اضطراب مرگ و سن بر فراوانی رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی بود. **مواد و روش کار:** برای انجام این پژوهش روش نمونه گیری تصادفی برای انتخاب ۲۰۰ آزمودنی از میان جوانان (۲۰ تا ۳۵ سال) و سال خوردگان (۶۰ سال یا بالاتر) به کار گرفته شد. پرسشنامه‌های اجرا شده شامل نیم‌رخ سبک زندگی ارتقاء بخش سلامتی و اضطراب مرگ بودند. پژوهش‌گران به منظور آزمون فرضیه‌هایشان از یک طرح بین گروهی ۲ (جوانان در مقایسه با سالخوردگان)  $\times$  ۲ (اضطراب مرگ بالا در مقایسه با فقدان اضطراب مرگ) تجزیه و تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی استفاده کردند. **یافته‌ها:** اگرچه نتایج اثر معنی‌داری را برای سن نشان ندادند ولی اثر اضطراب مرگ معنی‌دار بود. اثر تعاملی اضطراب مرگ و سن نیز معنی‌دار بود. نتایج حاکی از آن بود که جوانان دارای اضطراب مرگ بالا در مقایسه با سالخوردگان دارای اضطراب مرگ بالا رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی بیشتری نشان می‌دهند. **بحث و نتیجه گیری:** نتایج این پژوهش حاکی از آن است که اضطراب مرگ عاملی تعیین کننده در فراوانی رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی در میان جوانان و سال خوردگان می‌باشد و افرادی که اضطراب مرگ بالایی دارند در مقایسه با افرادی که فاقد اضطراب مرگ می‌باشند بیشتر درگیر رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی می‌شوند. **کلید واژه‌ها:** سن، اضطراب مرگ، رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و یکم، شماره دوم، ص ۲۹۲-۲۸۶، تابستان ۱۳۸۹

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه علامه طباطبایی، گروه روان شناسی، تلفن: ۰۹۱۴۴۶۳۳۷۸۷

Email: masood\_a28493@yahoo.com.au

### مقدمه

نزدیکی دارند، تغییر کرده است (برانون و فیست<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷). از همین رو طی دهه گذشته ارتقاء سلامتی و پیشگیری از بیماری‌ها در کانون توجه قرار گرفته است، تا حدی که سازمان بهداشت جهانی<sup>۱۰</sup> بهبود و تداوم سبک زندگی سالم را بخشی از

طی قرن بیستم علل مرگ و میر از بیماری‌های عفونی مثل ذات الریه<sup>۵</sup> و سل<sup>۶</sup> به سمت بیماری‌های مزمنی مانند بیماری‌های قلبی<sup>۷</sup> و سرطان<sup>۸</sup> که با سبک زندگی و رفتارهای ناسالم ارتباط

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی دانشگاه علامه طباطبایی (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> استادیار روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی

<sup>۳</sup> دانشیار روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی

<sup>۴</sup> استادیار سنجش و اندازه گیری، دانشگاه علامه طباطبایی

<sup>۵</sup> pneumonia

<sup>۶</sup> tuberculosis

<sup>۷</sup> heart disease

<sup>۸</sup> cancer

<sup>۹</sup> Brannon & Feist

<sup>۱۰</sup> World Health Organization

وقتی افکار مرتبط با مرگ ناهشیار هستند مردم معمولاً از دفاع‌های پیچیده‌ای استفاده می‌کنند که آن‌ها را قادر می‌سازد تا مشارکت ارزشمندی در جهان معنی‌دار داشته باشند. بنابراین رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی می‌توانند به عنوان دفاعی سطحی در نظر گرفته شوند که برای رهایی از افکار هشیار مرتبط با مرگ مورد استفاده قرار می‌گیرند.

ادبیات این حیطه همچنین حاکی از آن است که سن یکی از تعیین‌کننده‌های اساسی رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی است. افراد سالخورده در مقایسه با افراد جوان و میان‌سال معمولاً نمرات بالاتری را در رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی بدست می‌آورند. در پژوهشی که آرنولد و بکر<sup>۹</sup> (۲۰۰۴) انجام دادند مشخص شد که گروه سال‌خورده در مقایسه با گروه جوان در بین ۶ زیر مقیاس پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقاء بخش سلامتی در ۵ زیر مقیاس، فعالیت‌های فیزیکی، تغذیه، تعهد به سلامتی، روابط بین فردی و مدیریت استرس نمرات بهتری کسب می‌کنند. اما این دو گروه در زیر مقیاس رشد معنوی تفاوت معنی‌داری نشان ندادند. در پژوهشی دیگر باگ ول و بوش<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۰) نشان دادند که سال‌خوردگان در مقایسه با میان‌سالان نمرات پایین‌تری در فعالیت‌های فیزیکی و نمرات بالاتری در نیاز به برنامه ریزی برای سلامتی نشان دادند. اگرچه آراس، اگلتری و ولشیمیر<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۶) رابطه معنی‌داری بین رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی و سن کشف نکردند اما نشان دادند که بین افزایش سن، مدیریت استرس و تعهد نسبت به سلامتی در میان مردان بالای ۴۵ سال رابطه معنی‌داری وجود دارد. در پژوهشی دیگر جکسون<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۶) نیز نشان داد که زنان سال‌خورده در مقایسه با زنان جوان بیشتر به رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی می‌پردازند. پژوهشگران همچنین دریافته‌اند که سن رابطه نزدیکی با رفتارهای جسجوی سلامتی دارد. برای مثال مشخص شده که با افزایش سن تجربه ماموگرافی<sup>۱۳</sup> در بین زنان افزایش می‌یابد (هام<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۶). بنابراین قابل پیش بینی است که سالخوردگان در مقایسه با جوانان تمایل بیشتری برای رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی داشته باشند.

با این حال وقتی تاثیر تعاملی اضطراب مرگ و سن بر رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی مورد بررسی قرار می‌گیرد با نتایج پیچیده‌ای در ادبیات پژوهش مواجه می‌شویم. برای مثال پژوهشی که کت و همکاران<sup>۱۵</sup> (۲۰۰۵) انجام دادند نشان داد که جوانان

شعار خود در سال ۲۰۰۰ قرار داد (مارتینز و مک نیل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). اگرچه اغلب مردم از تاثیرات محافظت‌کننده رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی<sup>۲</sup> در برابر بیماری‌های مزمن آگاهی دارند اما تعدادی از آن‌ها هنوز از بکارگیری این رفتارها امتناع می‌ورزند و تعدادی نیز علی‌رغم برخورداری از سلامت کامل، نگرانی گسترده‌ای را در خصوص وضعیت سلامتی خود تجربه کرده و به صورت افراطی درگیر رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی می‌گردند (لمال و ون دل‌بالک، ۲۰۱۰).

یکی از متغیرهایی که بر بکارگیری افراطی و بیمارگونه رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی یا عدم بکارگیری این رفتارها، تاثیر بسزایی دارد، اضطراب مرگ<sup>۳</sup> است. 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 کنتل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). 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 غیر قابل‌گریز است (پزینسکی، گرینبرگ و سولومون<sup>۵</sup>، ۱۹۹۷). آگاهی از مرگ غیر قابل‌گریز و اضطراب همراه آن به رفتارهای گوناگونی منجر می‌شود (همان منبع). به عبارت دیگر وقتی مردم با اضطراب مرگ روبرو 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<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶). بنابراین مردم تحت تاثیر اضطراب مرگ ممکن است به رفتارهای ارتقاء بخش یا تهدید کننده سلامتی بپردازند.

مطابق الگوی فرایند دوگانه<sup>۷</sup> (پزینسکی، گرینبرگ و سولومون، سولومون، ۱۹۹۹) مردم در برابر افکار هشیار و ناهشیار مرتبط با مرگ از مکانیسم‌های دفاعی متفاوتی استفاده می‌کنند. زمانی که افکار مرتبط با مرگ هشیار باشند مردم یا از دفاع‌های ساده‌ای که مشتمل بر سرکوبی<sup>۸</sup> فعال چنین افکاری است، استفاده می‌کنند یا به گونه‌ای افکار مرتبط با مرگ را تحریف می‌کنند که گویی این حادثه در سال‌های بسیار دور برای آن‌ها اتفاق خواهد افتاد. اما

<sup>1</sup> Martins & McNeil

<sup>2</sup> health promoting behavior

<sup>3</sup> death anxiety

<sup>4</sup> Firestone & Catlett

<sup>5</sup> Pyszczynski, Greenberg & Solomon

<sup>6</sup> Arndt, Routledge & Goldenberg

<sup>7</sup> dual- process model

<sup>8</sup> suppression

<sup>9</sup> Arnold & Becker

<sup>10</sup> Bagwell & Bush

<sup>11</sup> Arras, Ogletree & Welshimer

<sup>12</sup> Jackson

<sup>13</sup> mammography

<sup>14</sup> Ham

<sup>15</sup> Catt et al

تصادفی استفاده شد. بدین منظور با مراجعه به کانون بازنشستگان شهر ارومیه لیستی از بازنشستگان آموزش و پرورش تهیه و به صورت تصادفی از میان بازنشستگان بالای ۶۰ سال ۱۰۰ نفر (با میانگین ۶۲/۴) انتخاب شدند. ۱۰۶ نفر از آزمودنی‌ها را خانم‌ها و ۹۴ نفر را آقایان تشکیل می‌دادند. برای ترغیب آزمودنی‌ها و افزایش ضریب دقت و صحت پاسخگویی به سوال‌های آزمون‌های پژوهش به آن‌ها گفته شد که در صورت تمایل می‌توانند با نوشتن نام، شماره داوطلبی و یا شماره تلفن از نتیجه آزمون مطلع شوند. لازم به ذکر است که کلیه شرکت کنندگان داوطلبانه در پژوهش همکاری نمودند. ملاک‌های خروج عبارت بودند از وجود سابقه اختلال نورولوژیکی یا مشکل طبی جدی. پس از انتخاب نمونه آزمون بالینی مورد نظر روی آن‌ها اجرا می‌شد. پس از اجرای پرسش‌نامه‌ها آزمودنی‌ها بر اساس سن و میزان اضطراب مرگ به چهار گروه جوانان دارای اضطراب مرگ بالا، جوانان دارای اضطراب مرگ پایین، سالخوردگان دارای اضطراب مرگ بالا و سالخوردگان دارای اضطراب مرگ پایین تقسیم شده و در داخل یک طرح بین گروهی ۲ (جوانان در مقایسه با سالخوردگان)  $\times$  ۲ (اضطراب مرگ بالا در مقایسه با فقدان اضطراب مرگ) و با استفاده از شاخص آماری تجزیه و تحلیل واریانس دو راهه، در میزان رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی مورد مقایسه قرار گرفتند.

پرسش‌نامه اضطراب مرگ<sup>۲</sup>:

این پرسش‌نامه در سال ۱۹۷۰ توسط تمپلر<sup>۳</sup> ساخته شده است و شامل ۱۵ ماده است که نگرش آزمودنی‌ها را به مرگ می‌سنجد. آزمودنی‌ها پاسخ‌های خود را به هر سؤال با گزینه‌های بلی یا خیر مشخص می‌کنند. پاسخ بلی نشانگر وجود اضطراب در فرد است. بدین ترتیب، نمره‌های این مقیاس می‌تواند بین صفر تا ۱۵ متغیر باشد که نمره بالا معرف اضطراب زیاد افراد در مورد مرگ است. بررسی‌های به عمل آمده در مورد روایی و پایایی مقیاس اضطراب مرگ نشان می‌دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی برخوردار است. 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 (به نقل از رجیبی و بحرانی، ۱۳۸۰). توماس و همکاران (۲۰۰۲) نیز پایایی این پرسش‌نامه را با استفاده از روش آزمون بازآزمون ۰/۷۶ و ثبات درونی آن ۰/۸۳ محاسبه کرده‌اند. پایایی و روایی این پرسش‌نامه را در ایران رجیبی و بحرانی (۱۳۸۰) مورد بررسی قرار داده و بر این اساس ضریب پایایی تصنیفی را ۰/۶۰ و ضریب همسانی درونی را

مبتلا به سرطان در مقایسه با سالخوردگان مبتلا به سرطان تمایل بیشتری به دریافت مراقبت‌های پزشکی دارند. همچنین در پژوهش دی پائولو، گریفین، یانگ و نیمیر<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) مشخص شد که سن رابطه منفی با هراس از ویرانی یا از بین رفتن دارد. در واقع گروه‌های سنی مختلف میزان متفاوتی از اضطراب مرگ را گزارش می‌کنند که این تفاوت به رفتارهای مرتبط با سلامتی متفاوتی منجر می‌شود. به‌طور خلاصه ادبیات پژوهش حاکی از یافته‌های متناقض در خصوص تاثیر سن و اضطراب مرگ بر رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی است. حال با توجه به یافته‌های متناقض که از طرفی حاکی از افزایش رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی در میان سالخوردگان و از طرف دیگر نشانگر کاهش رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی در میان سالخوردگان در زمان بیماری می‌باشد و همچنین با توجه به این‌که تاکنون هیچ پژوهشی در کشور ما به بررسی تاثیر اضطراب مرگ بر رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی نپرداخته است، هدف مطالعه حاضر این است که تاثیر اضطراب مرگ و سن را بر رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی را در جمعیت بالینی ایرانی مورد بررسی قرار داده و با داده‌های سایر کشورها مقایسه نماید و بتواند مبانی تئوریکي ارائه نماید که تعیین کننده حوزه‌های شناخت اضطراب مرگ بطور عام و در جامعه ایران به طور خاص باشد. در واقع این پژوهش درصدد کشف تاثیر سن از یکسو و اضطراب مرگ به عنوان متغیری که در جوانی و سال‌خوردگی باعث تفاوت در فراوانی رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی می‌شود، از سوی دیگر می‌باشد و بر اساس یافته‌های پیشین این پژوهش بر این فرض استوار است که اضطراب مرگ به اشتغال بیشتر مردم در رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی منجر می‌شود.

## مواد و روش کار

این پژوهش به صورت مقطعی انجام شده و یک مطالعه توصیفی است. انتخاب آزمودنی‌های جوان از میان معلمان شهر ارومیه و با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای صورت پذیرفت. بدین منظور شهر ارومیه به پنج منطقه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکزی تقسیم شد و از این میان دو منطقه به صورت تصادفی انتخاب شدند سپس از میان مدارس دو منطقه مرکزی و شرقی شهر ارومیه ۲۰ مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شدند و با مراجعه به مدارس از میان معلمان که بین ۲۰ تا ۳۵ سال داشتند ۱۰۰ نفر (با میانگین ۳۳/۷) مورد آزمون قرار گرفتند. برای انتخاب آزمودنی‌های سال‌خورده نیز از روش نمونه‌گیری

<sup>۲</sup> Death anxiety scale

<sup>۳</sup> Templer

<sup>۱</sup> Depaola, Griffin, Young & Neimeyer

انگلیسی به انگلیسی برگردانده شد و نواقص ترجمه اصلاح شد. ضریب اعتبار مقاس نیمرخ سبک زندگی ارتقاء بخش سلامتی برای پژوهش حاضر از طریق بازآزمایی  $I=0/78$  و هماهنگی درونی سوال‌های پرسش‌نامه از طریق آلفای کرونباخ  $\alpha=0/89$  به دست آمد.

### یافته‌ها

در این قسمت به تحلیل و آزمون داده‌های پژوهش پرداخته شده است. ابتدا آماره‌های توصیفی مربوط به متغیر وابسته ارائه شده و نتایج آزمون لوین مبنی بر تساوی واریانس‌ها در مورد متغیر وابسته آمده است و آنگاه نتایج تحلیل واریانس دو راهه در مورد متغیر وابسته ارائه گردیده است. در نهایت آزمون تعقیبی برای مقایسه جفتی گروه‌ها ارائه شده است. در این پژوهش ۲۰۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که میانگین و انحراف معیار آن‌ها در رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی در جدول ۱ ارائه شده است.

۰/۷۳ گزارش کرده اند. برای بررسی روایی مقیاس اضطراب مرگ از دو آزمون مقیاس نگرانی مرگ و مقیاس اضطراب آشکار استفاده شده که نتیجه آن ۰/۰۴ برای ضریب همبستگی مقیاس اضطراب مرگ با مقیاس نگرانی مرگ و ۰/۳۴ برای ضریب همبستگی مقیاس اضطراب مرگ با مقیاس اضطراب آشکار بود (رجبی و بحرانی، ۱۳۸۰).

پرسش‌نامه نیمرخ سبک زندگی ارتقاء بخش سلامتی:

این پرسش‌نامه توسط والکر و دیگران<sup>۱</sup> (۱۹۸۷) به منظور سنجش فراوانی رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی ساخته شد. این مقیاس دارای ۵۲ سوال می‌باشد که در طیف لیکرت از یک (هرگز) تا ۴ معمولاً نمره گذاری می‌شوند. نمره کل این مقیاس از ۵۲ تا ۲۰۸ متغیر می‌باشد. سازندگان این مقیاس، پایایی این پرسش‌نامه را ۰/۸۱ و ثبات درونی آن را ۰/۹۳ گزارش کرده اند. این پرسش‌نامه ابتدا به فارسی ترجمه و سپس توسط دو دکتری زبان

جدول شماره (۱): شاخص‌های توصیفی مربوط به رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
جوانان با اضطراب بالا	۴۲	۱۲۱/۵۹	۱۵/۱۱
جوانان با اضطراب پایین	۵۴	۸۶/۴۳	۶/۹
سالخوردگان با اضطراب بالا	۵۴	۱۰۹/۷۳	۱۴/۶۵
سالخوردگان با اضطراب پایین	۵۰	۹۲/۵۴	۹/۳۲

در جامعه تایید گردید ( $P = 0/24$ ). تایید پیش فرض تساوی واریانس‌ها در جامعه بدین معنی است که واریانس یا پراکندگی نمرات رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی در جامعه مساوی است. نتایج تحلیل واریانس نمرات رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی در بین گروه‌ها در جدول (۲) ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود گروه جوان با اضطراب مرگ بالا دارای بالاترین میزان استفاده از رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی و گروه جوان با اضطراب مرگ پایین دارای کمترین میزان استفاده از رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی می‌باشد. پیش فرض لوین مبنی بر تساوی واریانس‌های گروه‌ها

جدول شماره (۲): خلاصه تحلیل واریانس رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی در بین گروه‌ها

مدل	میانگین مجذورات	درجه آزادی	نسبت F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان
اضطراب	۶۰۱۴۹/۹۲	۱	۵۹۰/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱/۰
سن	۸۱/۷۳	۱	۰/۸۰۲	۰/۳۷	۰/۰۰۴	۰/۱۴
اضطراب * سن	۴۴۸/۵۶۱	۱	۴/۴۰	۰/۰۳	۰/۰۲۲	۰/۵۵
خطا	۱۹۹۷۷/۱۸	۱۹۶				

<sup>1</sup> Walker & et al

سلامتی معنی دار نبوده ولی اثر تعاملی اضطراب مرگ و سن بر رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی معنی دار می باشد ( $P < 0/03$ ). با توجه به معنی دار بودن اثر تعاملی اضطراب مرگ و سن جهت مقایسه گروه‌های مختلف در میزان رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی از آزمون تعقیبی توکی استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

همان گونه که نتایج در جدول (۲) نشان می‌دهد اثر اضطراب مرگ بر رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی در بین گروه‌ها معنی دار است ( $P < 0/001$ ). میزان تفاوت بین گروه‌ها ۰/۷۵ است، یعنی ۷۵ درصد از واریانس نمرات کل باقی مانده مربوط به عضویت گروهی است. توان آماری برابر ۱ بوده است یعنی میزان دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌های معنی دار ۱۰۰ درصد است. همچنین نتایج حاکی از آن است که اثر سن بر رفتارهای ارتقاء بخش

**جدول شماره (۳): مقایسه گروه‌های مختلف در میزان رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی**

گروه	تفاوت میانگین‌ها	معنی داری
جوانان با اضطراب مرگ بالا		
سالخوردگان با اضطراب مرگ بالا	۱۱/۸۶	۰/۰۴
سالخوردگان با اضطراب مرگ پایین	۲۹/۰۵	۰/۰۰۰
جوانان با اضطراب مرگ پایین	۳۵/۱۶	۰/۰۰۰
جوانان با اضطراب مرگ پایین		
سالخوردگان با اضطراب مرگ بالا	-۲۶/۳	۰/۰۰۰
سالخوردگان با اضطراب مرگ پایین	-۶/۱۴	۰/۰۹۴
سالخوردگان با اضطراب مرگ بالا		
سالخوردگان با اضطراب مرگ پایین	۱۷/۱۹	۰/۰۰۰

رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی در میان جوانان دارد. این یافته نتایج بدست آمده از پژوهش‌های پیشین را مورد حمایت قرار می‌دهد. برای مثال این یافته با نتایج پژوهش ماکس فیلد و دیگران<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) که نشان دادند علی‌رغم احتمال بالای مرگ در افراد سالخورده در مقایسه با جوانان، آن‌ها دفاع‌های کم‌تری از خود در برابر مرگ نشان می‌دهند، هم‌سو و هماهنگ است. به طور کلی در پژوهش‌های صورت پذیرفته مشخص شده است که افراد سالخورده سطوح بالای اضطراب مرگ را تجربه نمی‌کنند و حمایت اندکی برای این فرضیه که افراد پا به سن گذاشته اضطراب مرگ بالایی را تجربه می‌کنند، وجود دارد. همان‌طور که هکن هاسن و شولز<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) بیان کردند افزایش آگاهی نسبت به احتمال مرگ و اضطراب همراه آن ممکن است سبب شود تا سالخوردگان راهبردهای مناسب با سن خود را جهت محافظت در برابر آگاهی نسبت به مرگ و اضطراب همراه آن اتخاذ کنند. در تبیین این یافته که سالخوردگان دارای اضطراب مرگ بالا کم‌تر از جوانان دارای اضطراب مرگ بالا به رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی می‌پردازند لازم به ذکر است که پژوهش‌ها نشان داده اند که جوانان در مقایسه با بزرگسالان با توجه به پیش بینی‌های مبهمی که در خصوص مرگ دارند، واکنش‌های شدیدتری در مقایسه با

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود مقایسه کلیه گروه‌ها در میزان رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی به غیر از گروه‌های جوان دارای اضطراب مرگ پایین با سالخوردگان دارای اضطراب مرگ پایین نشانگر تفاوت معنی دار کلیه گروه‌ها با یکدیگر می‌باشد.

### بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر سن و اضطراب مرگ بر فراوانی رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی است. نتایج حاکی از آن است که اگرچه تاثیر سن بر رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی معنی دار نیست اما تاثیر اضطراب مرگ بر این رفتارها معنی دار است. همچنین تعامل میان سن و اضطراب مرگ نیز معنی دار است، به این صورت که جوانان دارای اضطراب مرگ بالا در مقایسه با سالخوردگان دارای اضطراب مرگ بالا با فراوانی بیشتری به رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی می‌پردازند. با این حال جوانانی که اضطراب مرگ پایینی دارند، رفتارهای ارتقاء بخش کم‌تری را نیز در مقایسه با سالخوردگان دارای اضطراب مرگ پایین، نشان می‌دهند. در این پژوهش مشخص شد که اضطراب مرگ تاثیر مهمی بر

<sup>1</sup> Maxfield et al

<sup>2</sup> Heckenhausen & Schulz

باشند به سه دلیل سالخوردگان بیشتر درگیر رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی می‌شوند. ۱- تعهد بیشتر نسبت به سلامتی ۲- راهبردهای اثربخش مدیریت استرس ۳- کنترل بیشتر بر روی سلامتی (اراس و دیگران، ۲۰۰۶).

اگرچه اکثر پژوهش‌ها حاکی از آن هستند که با افزایش سن فراوانی رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی نیز بیشتر می‌گردد (جکسون، ۲۰۰۶ و هام، ۲۰۰۶). با این حال در پژوهش حاضر تفاوت معنی‌داری بین جوانان و سالخوردگان در رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی کشف نشد. عدم همسویی نتایج این پژوهش با پژوهش‌های پیشین شاید به دلیل دامنه سنی محدود پژوهش حاضر باشد. در واقع مقیاس نیم‌رخ سبک زندگی ارتقاء بخش سلامتی برای اندازه‌گیری رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی در دامنه سنی ۱۸ تا ۹۲ سال ساخته شده است اما در این پژوهش گروه میان‌سال مورد بررسی قرار نگرفتند. برای دستیابی به نتایج معتبرتر توجه به گروه‌های سنی نوجوان و میانسال به نظر ضروری می‌رسد.

این پژوهش از چندین محدودیت برخوردار است. اولین محدودیت این پژوهش تعداد افراد مورد بررسی می‌باشد. در این پژوهش ۲۰۰ نفر برای آزمون فرضیه‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. مطمئناً افزایش تعداد افراد مورد بررسی نتایج معتبرتری را در پی خواهد داشت. محدودیت دیگر این پژوهش استفاده از یک نمره کلی برای اضطراب مرگ و رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی است. در واقع ابعاد اضطراب مرگ و رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی در این پژوهش مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. محدودیت سوم این پژوهش استفاده از پرسش‌نامه خود سنجی است که این مساله قدرت تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت روبرو می‌سازد. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی از طرفی در جهت رفع محدودیت‌های این پژوهش گام بردارند و از طرف دیگر به بررسی تاثیر متغیرهای دیگری مانند جنسیت بر رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی بپردازند.

## References:

1. Martins RK, Mc Neil DW. Review of motivational interviewing in promoting health behavior. *J Clin Psychol* 2009; 29: 283-93.
2. Lemal MS, Van den Bluck J. Testing the effectiveness of a skin cancer narrative in

بزرگسالان نشان می‌دهند (ماکس فیلد و دیگران، ۲۰۰۷، راسمسن و برمز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷). در واقع این نکته به این معنی است که سالخوردگان به دلیل این‌که کم‌تر تحت تاثیر پیش‌بینی‌های مبهم در خصوص مرگ قرار می‌گیرند در نتیجه کم‌تر به رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی دست می‌زنند (بن-آری و فیندلر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵، ریف و دان<sup>۳</sup>، ۱۹۸۵، ریف و هیدریچ<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷).

همان‌طور که اشاره شد یکی از یافته‌های این پژوهش درگیری بیشتر جوانان دارای اضطراب مرگ بالا در رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی، در مقایسه با جوانان دارای اضطراب مرگ پایین می‌باشد. این یافته با باور جوانان مبنی بر دوری نسبی مرگ نسبت به آن‌ها، مغایر است. همان‌طور که هنلی و داناوان<sup>۵</sup> (۲۰۰۳) بیان کرده‌اند جوانان فکر می‌کنند که مرگ به سراغ آن‌ها نخواهد آمد مگر این‌که با حادثه‌ای روبرو شوند که مرگ را به آن‌ها یادآوری کند. زمانی که مرگ به آن‌ها یادآوری شد آنگاه به پیام‌های مرتبط با سلامتی توجه کرده و بیشتر درگیر رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی می‌شوند. بنابراین یادآوری مرگ زمینه‌ساز درگیری جوانان در رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی می‌گردد. از طرفی همان‌طور که راتلج، آرنت و گلدنبرگ (۲۰۰۴) بیان می‌کنند اضطراب مرگ ناهشیار ممکن است برای سلامتی افراد تهدید کننده باشد. آن‌ها معتقدند وقتی نگرانی‌های مرتبط با مرگ در زیر سطح آستانه هشیاری فعالیت می‌کند رفتارهای دفاعی اساسی تحت تاثیر اعتماد به نفس بالای این افراد قرار گرفته و بدون توجه به وضعیت سلامتی، فرد خود را درگیر رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی نمی‌کند.

در این پژوهش همچنین مشخص شد که سالخوردگان دارای اضطراب مرگ پایین در مقایسه با جوانان دارای اضطراب مرگ پایین بیشتر درگیر رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی می‌شوند. چندین پژوهش از این یافته حمایت می‌کند برای مثال جکسون (۲۰۰۶) دریافت که با افزایش سن زنان میزان آزمایش‌های ماموگرافی نیز در آن‌ها افزایش می‌یابد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود بدون در نظر گرفتن سن وقتی افراد اضطراب مرگ نداشته

promoting positive health behavior: A pilot study. *J Prevent Med* 2010; 19: 225-36.

3. Firestone R, Catlett. *Beyond death anxiety*. New York: Springer Publishing Company; 2009.

<sup>1</sup> Rasmussen & Berms

<sup>2</sup> Ben- Ari & Findler

<sup>3</sup> Ryff & Dunn

<sup>4</sup> Ryff & Heidrich

<sup>5</sup> Henley & Donovan

- 4 Pyszczynski T, Greenberg J, Solomon S. Why do we need what we need? a terror-management perspective on the roots of human social motivation. *Psychol Inq* 1997; 8: 1-20.
- 5 Brannon L, Feist J. *Health psychology: an introduction to behavior and health*. 6<sup>th</sup> Ed. Belmont, CA: Wadsworth; 2007.
- 6 Pyszczynski T, Greenberg J, Solomon S. A dual-process model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: An extension of terrormanagement theory. *Psychol Rev* 1999; 106: 835-45.
- 7 Arndt J, Routledge C, Goldenberg JL. Predicting proximal health responses to reminders of death: the influence of coping style and health optimism. *Psychol Health* 2006; 21: 593-614.
- 8 Arnold W, Becker CM. Health-promoting behaviors of older Americans versus young and middle aged adults. *Educ Gerontol* 2004; 30: 835-44.
- 9 Bagwell MM, Bush HA. Improving health promotion for blue-collar workers. *J Nurs Care Quality* 2000; 14(4): 65-71.
- 10 Arras RE, Ogletree RJ, Welshimer KJ. Health-promoting behaviors in men age 45 and above. *Int J Men's Health* 2006; 5(1): 65-79.
- 11 Jackson T. Relationships between perceived close social support and health practices within community samples of American women and men. *The J Psychol* 2006; 140: 229-46.
- 12 Ham OK. Factors affecting mammography behavior and intention among Korean women. *Oncol Nurs Forum* 2003; 33(1): 113-19.
- 13 Catt S, Blanchard M, Hall JA, Zis M, Blizard R, King M. Older adults' attitudes to death, palliative treatment and hospice care. *Palliative Med* 2005; 19: 402-10.
- 14 Depaola SJ, Griffin M, Young JR, Neimeyer RA. Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: The role of gender and ethnicity. *Death Stud* 2003; 27: 335-54.
- 15 Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of Gen Psychol* 1970; 82: 165-177.
- 16 Rajabi G, Bohrani M. Factor analysis of death anxiety scale. *J Psychol* 2001; 20: 331-45. (Persian)
- 17 Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Psychometric properties of the Spanish form of Templer's death anxiety scale. *Psychol Rep* 2002; 91(2): 116-20.
- 18 Walker S, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile development and psychometric characteristics. *Nurs Res* 1987; 36(2): 76-81.
- 19 Maxfield M, Pyszczynski T, Kluck B, Cox CR, Greenberg J, Solomon S. Age-related differences in responses to thoughts of one's own death: mortality salience and judgments of moral transgressions. *Psychol Aging* 2007; 22: 341-53.
- 20 Heckenhausen J, Schulz R. A life-span theory of control. *Psychol Rev* 1995; 102: 284-304.
- 21 Rasmussen CA, Brems C. The relationship of death anxiety to age and psychosocial maturity. *Psychology* 1996; 130: 141-4.
- 22 Ben-Ari OT, Findler L. Proximal and distal effects of mortality salience on willingness to engage in health-promoting behavior along the life span. *Psychol Healthy* 2005; 20: 303-18.
- 23 Ryff C D, Dunn D D. A life-span developmental approach to the study of stressful events. *J Appl Dev Psychol* 1985; 6: 127.
- 24 Ryff CD, Heidrich SM. Experience and well-being: explorations on domains of life and how they matter. *Int J Behav Dev* 1997; 20: 193-206.
- 25 Henley N, Donovan R. Young people's response to death threat appeals: Do they really feel immortal? *Health Educ Res* 2003; 18(1): 1-14.
- 26 Routledge C, Arndt J, Goldenberg JL. A time to tan: Proximal and distal effects of mortality salience on sun exposure intentions. *Pers Soc Psychol B* 2004; 30: 1347-58.