

تأثیر مرگ‌آگاهی بر میزان بهوشیاری موقعیتی و خودشناسی انسجمی موقعیتی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

The effect of death-awareness on state mindfulness and state integrative self-knowledge among individuals with multiple sclerosis

Fazlollah Tavakoli

Nima Ghorbani

Masoud Nabavi

Mahdi Reza Sarafraz

Hadi Bahrami Ehsan

فضل‌الله توکلی *

نیما قربانی **

سیدمسعود نبوی ***

مهدی رضا سرافراز ****

هادی بهرامی احسان *****

Abstract

The aim of this study was to empirically investigate the effect of death-awareness on state mindfulness and state integrative self-knowledge. For existentialists, confrontation with the fact of one's personal death and tolerance of its inevitable anxiety is the most fundamental conflict of human beings. If such confrontation occurs, it leads to enhancement of one's self-awareness. Empirical testing of this existential assumption in a sample of multiple sclerosis patients as well as a sample of non-patients was the target of the study. Being plagued by such a disabling chronic disease was considered to be a boundary situation in which people are prone to existential suffering and probably better candidates for existential interventions. In this pseudo-experimental study, 32 female patients with MS and 34 female non-patients were chosen by accessibility method of sampling and were assigned to four groups: patient experimental group, patient control group, non-patient experimental group, and non-patient control group. Then in the experimental groups, an intervention supposed to induce death-awareness in participants was held in contrast to control groups whose intervention was not related to death. State mindfulness and state integrative self-knowledge were measured before and after intervention by State Mindfulness Scale (Brown & Ryan) and State Integrative Self-knowledge Scale (Ghorbani) respectively. The results of multivariate analysis of co-variance (MANCOVA) showed no significant difference between the groups. These findings may challenge terror management theory (TMT). Explanatory hypotheses and their theoretical implications are discussed.

Key words: death-awareness, terror management theory (TMT), mindfulness, integrative self-knowledge, multiple sclerosis (MS).

چکیده

روپارویی با واقعیت مرگ خویش و تحمل اضطراب آن بنیادی‌ترین تعارض بشر است که اگر اتفاق بیفتد، می‌تواند آگاهی فرد را از خویش به‌عنوان یک کل منسجم در زمان افزایش دهد. پژوهش حاضر بر آن بود که تأثیر «مرگ‌آگاهی» را بر «خودشناسی انسجمی» و «بهوشیاری» در یک «موقعیت» خاص، به نحوی تجربی بیازماید. در منظر وجودگرایان، مرگ-آگاهی، به مثابه یک اضطراب وجودی، راهی ناگزیر به سوی زیست اصیل است. بررسی تجربی این مفروضه در یک نمونه مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) و یک نمونه غیرمبتلا هدف این پژوهش بوده است. بیماری، یک موقعیت مرزی تلقی شده است که به طور طبیعی فرد را برای مداخله وجودی مستعد می‌سازد. در این مطالعه شبه‌آزمایشی، ۳۲ بیمار زن مبتلا به MS و ۳۴ زن غیربیمار، به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب، و به چهار گروه تقسیم شد: گروه آزمایشی بیمار، گروه کنترل بیمار، گروه آزمایشی غیربیمار، گروه کنترل غیربیمار. آنگاه در گروه‌های آزمایشی، مداخله‌ای که گمان می‌رفت آزمون‌ها را مرگ‌آگاه کند، انجام شد و در گروه‌های کنترل مداخله‌ای دیگر که با مرگ بی‌ارتباط بود، مداخله در هر دو گروه شامل نمایش فیلمی کوتاه، نوشتن و حرف زدن درباره آن می‌شد. پیش و پس از مداخله، خودشناسی انسجمی موقعیتی با مقیاس خودشناسی انسجمی موقعیتی (قربانی) و بهوشیاری موقعیتی با مقیاس بهوشیاری موقعیتی (براون و رایان) اندازه‌گیری شدند. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکووا) بین هیچ‌یک از گروه‌ها تفاوت معناداری نشان نداد. این نتایج، نظریه مدیریت وحشت را به چالش می‌کشد. فرضیه‌های تبیینی و پیامدهای نظری آن بحث و بررسی شده است.

واژه‌های کلیدی: مرگ‌آگاهی، نظریه مدیریت وحشت، خودشناسی انسجمی، بهوشیاری، مولتیپل اسکلروزیس

email: fazlollahtavakkoli@gmail.com

* دانشجوی دکتری روانشناسی

** استاد دانشکده روانشناسی دانشگاه تهران

*** دانشیار دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد

**** استادیار روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز

***** دانشیار دانشکده روانشناسی دانشگاه تهران

Received: 15 Feb 2015 Accepted: 9 Jan 2016

دریافت: ۹۳/۱/۲۶ پذیرش: ۹۴/۱۰/۱۹

مقدمه

مرگ در معنای حالتی از وجود یا عدم وجود^۱، معضله‌ای بوده است که گرچه مفهوم آن در فرهنگ‌های مختلف تفاوت چشمگیری نشان می‌دهد، همچنان در همه جا و همه وقت، «راز غایی» زندگی تلقی شده است (کستنبام، ۲۰۰۳، ص ۲۲۴). وجودگرایان معتقدند با وجود اینکه مرگ واضح‌ترین و قابل درک‌ترین دلواپسی غایی^۲ بشر است، اضطرابی در فرد برمی‌انگیزد که برای بیشتر انسان‌ها قابل تحمل نیست، به گونه‌ای که اغلب از آگاهی هشیار افراد دور نگه داشته می‌شود (کوبلر-راس، ۲۰۰۹؛ می و یالوم، ۲۰۰۰؛ روزنبلات، گرینبرگ، سولومون، پیزینسکی و لاپین، ۱۹۸۹؛ یالوم، ۱۹۸۰؛ محمدپور، ۲۰۱۱). تعارض اگزیستانسیال اصلی، تنشی است که میان آگاهی از اجتناب‌ناپذیری مرگ و آرزوی ادامه زندگی وجود دارد (یالوم، ۲۰۱۱، ص ۱۶۵). هر آنچه تهدیدکننده و رنج‌آور ارزیابی می‌شود، از آن جهت این‌گونه است که تداعی‌کننده مرگ است (یالوم، ۱۹۸۰؛ می و یالوم، ۲۰۰۰؛ علی‌اکبری دهکردی و دلیر، ۲۰۰۹). اگر سلامتی را بسط هشیاری و خودشناسی تعریف کنیم (قربانی، ۲۰۱۳) و رویارویی را جوهره تمام فنون روان‌درمانی بدانیم (مک کالو و همکاران، ۲۰۰۳)، ارزش رویارویی واقعی با مرگ و مرگ‌آگاه شدن برابر با تمام درمان است (یالوم، ۱۹۸۰؛ می و یالوم، ۲۰۰۰؛ علی‌اکبری دهکردی و دلیر، ۲۰۰۹). راه دادن هیچ محرکی به هشیاری به اندازه راه دادن مرگ به هشیاری باعث بسط هشیاری و خودشناسی نمی‌شود، چون اساساً «خود» برای چیرگی بر اضطراب مرگ تحول یافته است. رویارویی با مرگ، فرصت دوباره‌ای برای وارسی «خود» به دست می‌دهد (یالوم، ۱۹۸۰؛ فایرستون و کتلت، ۲۰۰۹). ایده اصلی در روان-پویا شناسی اگزیستانسیال^۳ این است که با کنار گذاشتن مکانیسم‌های دفاعی و آگاهی از دلواپسی‌های غایی و تحمل اضطراب ناشی از آن، آگاهی فرد از «من» به مثابه یک کل منسجم در زمان ارتقاء می‌یابد (یالوم، ۱۹۸۰؛ فایرستون و کتلت، ۲۰۰۹؛ علی‌اکبری دهکردی و دلیر، ۲۰۰۹؛ صفارزاده، ۲۰۱۰).

خودشناسی انسجامی^۴، «فهم فرایندهای جاری در خود است به گونه‌ای که از لحاظ زمانی یکپارچه^۵ باشد که در چنین فهمی، تجربه فرارونده آگاهی در لحظه حال با بازنمایی‌های ذهنی باثباتی که از تجارب گذشته تکوین یافته‌اند، منسجم می‌شود.» (قربانی، ۲۰۱۳؛ قربانی، واتسون، بینگ، دیویسون و لبرتون، ۲۰۰۳). بنا بر تعریف دیگری «خودشناسی انسجامی به‌عنوان تلاش سازگارانه «خود» در فهم و ادغام تجربه‌هایش در طی زمان تعریف می‌شود. در این دیدگاه، «خودآگاهی» عبارت است از تلاش

^۱. a state of existence or nonexistence

^۲. ultimate concern

^۳. existential psychodynamics

^۴. integrative self-knowledge

^۵. temporally integrated

«خود» در ادغام تجربه‌های گذشته با آگاهی تجربی کنونی و پیوستن آن به آینده مطلوب مورد انتظار.» (سرافراز، بهرامی احسان و زرنیدی، ۲۰۱۱). در مطالعه‌ای در مورد بیماران اتوایمیون (مانند مولتیپل اسکلروزیس) مشخص شد که مقیاس خودشناسی انسجامی می‌تواند پیش‌های روان‌تنی بیماران اتوایمیون را آشکار کند (قربانی، موسوی، واتسون و چن، ۲۰۱۱). بهوشیاری^۱ را توجه و آگاهی ارتقاء یافته تعریف کرده‌اند (براون و رایان، ۲۰۰۳ و ۲۰۰۴). به هر میزان که فرد توجه خود را به محرک‌هایی که در هر لحظه در میدان پدیداری‌اش قرار دارند، صرف نظر از آن‌ها که آن‌ها را دوست دارد یا دوست ندارد، قصدمندانه معطوف کند، بهوشیارتر است (براون و رایان، ۲۰۰۳ و ۲۰۰۴؛ قربانی، ۲۰۱۳). بهوشیاری را می‌توان با جنبه‌ای از خودشناسی انسجامی برابر دانست که ماهیتی تجربه‌ای^۲ دارد (قربانی، ۲۰۱۳).

تحقیقات بسیاری همبستگی مثبت این سازه‌ها را با نشانگرهای سلامت روان آشکار ساخته‌اند (قربانی، واتسون و هارگیس، ۲۰۰۸؛ سرافراز، بهرامی احسان و زرنیدی، ۲۰۱۱؛ قاسمی‌پور، ۲۰۱۳؛ براون و رایان، ۲۰۰۳ و ۲۰۰۴). مطالعات قابل توجهی، همبستگی بالای دو سازه خودشناسی انسجامی و بهوشیاری را با یکدیگر نشان داده‌اند (قربانی، ۲۰۱۳، فصل پنجم). هر دو سازه در تحقیقات حوزه روانشناسی تجربه‌ای و وجودگرا به‌کار رفته‌اند (به عنوان مثال: نیمیک، براون، کشدن، کوزولینو، برین، لوسک-بریستول و رایان، ۲۰۱۰؛ قربانی و همکاران، ۲۰۱۲).

بنا بر نظریه مدیریت وحشت^۳، جهان‌بینی‌های فرهنگی^۴ و عزت نفس^۵ در انسان‌ها به مثابه یک دفاع برای مدیریت وحشت ناشی از برجسته شدن مرگ^۶ تحول می‌یابند. بدین‌سان تهدید مرگ مهم‌ترین و بنیادی‌ترین منبع ساختارهای روانی سازش‌یافته و سازش‌نیافته مانند عزت نفس بالا و پایین است (محمدی، قربانی و عبداللهی، ۲۰۱۰؛ عبداللهی، هنثورن و پیژینسکی، ۲۰۱۱؛ گرینبرگ، سولومون، پیژینسکی، روزنبلات، ویدر، کرکلند و لاین، ۱۹۹۰؛ روزنبلات و همکاران، ۱۹۸۹). پژوهشگران حوزه TMT نشان داده‌اند که با برجسته کردن مرگ، دفاع‌هایی که مانند ضربه‌گیری^۷ در برابر اضطراب عمل می‌کنند، فعال می‌شوند و افراد در آن موقعیت خودآگاهی پایینی را تجربه می‌کنند (برک، مارتنز و فوشه، ۲۰۱۰؛ گرینبرگ و همکاران، ۱۹۹۰؛ روزنبلات و همکاران، ۱۹۸۹). به بیان دیگر، برجستگی مرگ باعث می‌شود که افراد از حالت متمرکز شدن بر خود اجتناب کنند (آرنت، گرینبرگ، سیمون، پیژینسکی و

^۱. mindfulness

^۲. experiential

^۳. Terror Management Theory (TMT)

^۴. cultural worldviews

^۵. self-esteem

^۶. mortality salience

^۷. anxiety buffer

سولومون، ۱۹۹۸؛ پیزینسکی، گرینبرگ و سولومون، ۱۹۹۹). پژوهش حاضر می‌کوشد با روش تجربی، این مفهوم‌بندی از واکنش انسان به تهدید مرگ را بررسی کند. آیا الزاماً واکنش‌هایی که بر اثر مرگ-آگاهی رخ می‌دهند، دفاعی هستند؟.

نظریه مدیریت وحشت، ناتوانی انسان را در پذیرش^۱ فناپذیری خود مفروض می‌گیرد و مداخله‌هایی که در پژوهش‌های حوزه‌ی TMT به کار بسته می‌شوند (دستکاری برجستگی فناپذیری^۲)، کاملاً با این مفروضه هماهنگ‌اند: محقق صرفاً آزمودنی را در معرض محرک‌های تداعی‌گر مرگ قرار می‌دهد و تلاشی برای رویارو کردن او با حقیقت میرایی خود نمی‌کند، آن‌گونه که آزمودنی را به پذیرش آن وادارد (کوزولینو، ۲۰۰۶). در عوض، درمانگران وجودی می‌کوشند که علاوه بر آنکه فرد را در معرض محرک-های تداعی‌گر مرگ قرار می‌دهند، با او چالش کنند، دفاع‌ها را خنثی سازند، فرد را با میرایی خود رویارو^۳ کنند و او را به تحمل اضطراب مرگ و پذیرش آن تا جایی که ممکن است سوق دهند. در پژوهش حاضر نیز با مبنا قرار دادن روان‌رمانی وجودی، مداخله‌ای به کار بسته شد که از «دستکاری برجستگی مرگ» TMT فراتر می‌رود. اگر بهوشیاری و خودشناسی انسجامی در موقعیت مداخله ارتقاء یابد، آن‌گاه هم در مفروضه TMT می‌توان تردید کرد و هم از آن فراتر رفت و مرگ‌آگاهی را به معنای دقیق و واقعی آن امکان‌پذیر دانست. از این رهگذر، می‌توان تغییراتی را که مرگ‌آگاهی در زندگی افراد به بار می‌آورد، صرفاً دفاعی ندانست و آن را در کانون روان‌شناسی مثبت‌نگر قرار داد (لی، ۲۰۰۸؛ فری‌اس، واتکینز، ویر و فرا، ۲۰۱۰؛ ویل، یول، آرنست، وس، راتلج و روتینز، ۲۰۱۲).

در یک تقسیم‌بندی کلی، می‌توان مداخلات مرگ‌آگاهی را به دو دسته تقسیم کرد: دسته‌ای از مداخلات برای پژوهش‌ها طراحی شده‌اند و دسته‌ای دیگر در کار بالینی و درمانی به کار می‌روند. این دسته اخیر را نیز می‌توان به دو دسته تقسیم کرد (یالوم، ۱۹۸۰، فصل پنجم؛ کوپر، ۲۰۰۳، ص ۷۶): روش‌های طبیعی و روش‌های مصنوعی. در روش‌های طبیعی، مداخله بر حالتی از نزدیکی به مرگ که به صورت طبیعی رخ داده متمرکز می‌شود، مانند سرطان و ایدز. در روش‌های مصنوعی، درمانگر آگاهی از مرگ را برای مراجع می‌آفریند، مانند اینکه مراجع، آگاهی ترحیم خود را بنویسد. یالوم و کوپر (همان) فهرستی از این روش‌ها را مرور کرده‌اند.

کوزولینو، استپلز، میر و سمبوستی (۲۰۰۴) در برابر مداخله TMT مداخله دیگری طراحی کرده‌اند که از تجربه‌های نزدیک مرگ الهام گرفته شده است. آنها در مداخله خود از آزمودنی می‌خواهند که حوادثی را که در سناریویی که دارند می‌خوانند، آمده به خوبی تجسم کنند و سپس گویی که آن حوادث

^۱. acceptance

^۲. mortality salience manipulation

^۳. confrontation

تأثیر مرگ‌آگاهی بر میزان بهوشیاری موقعیتی و خودشناسی انسجامی موقعیتی ...

واقعاً برایشان رخ داده، به چهار سؤال بازپاسخ جواب دهند. دو پرسش اول، بر رویارو شدن با مرگ واقعی خود متمرکزاند، در برابر مفهوم انتزاعی فناپذیری که در مداخله TMT به کار می‌رود. پرسش‌های ۳ و ۴ مرور زندگی در تجربه نزدیک مرگ را انعکاس می‌دهند. این مداخله نیز یک مداخله پژوهشی بوده است. کوزولینو (۲۰۰۶) پیشنهاد می‌دهد که این مداخله که مداخله تأمل درباره مرگ^۱ نامیده شده است، بر خلاف مداخله TMT، با سیستم وجودی اختصاص یافته به زمان و مکان و بافت خاص و شخصی شده درگیر می‌شود.

لیمی و ویلسون (۲۰۰۸) بعد از بررسی جامع هشت مداخله دستورالعمل‌دار برای حل و فصل مسائل وجودی بیمارانی که یک بیماری کشنده و لاعلاج را تجربه می‌کنند، چنین نتیجه‌گیری کرده‌اند که فهم متخصصان حوزه سلامت از مشکلات معنوی و وجودی بسیار نابسند است. اگرچه تلاش‌هایی برای تعریف کردن این سازه‌ها صورت گرفته است، هنوز به تعاریف روشن و چارچوب‌های نظری کارآمد برای طراحی مداخلات مؤثر احتیاج است.

حجم عمده‌ای از تحقیقات و مداخلات وجودگرایانه به بیماران مبتلا به سرطان یا ایدز اختصاص یافته است (برای نمونه: هناک و دنیلسون، ۲۰۰۹؛ لیمی و ویلسون، ۲۰۰۸؛ لیتل و سپرز، ۲۰۰۴؛ یالوم، ۱۹۸۰؛ وایزمن و وردن، ۱۹۷۶). به نظر یالوم، بیماری کشنده و لاعلاج، به مثابه یک «موقعیت مرزی^۲» عمل می‌کند: «موقعیت مرزی عبارت است از رویداد یا تجربه‌ای فشارآور و اضطرابی که فرد را به رویارویی با «موقعیت» اگزستانسیال خود در جهان سوق می‌دهد: تجربیاتی نظیر رویارویی با مرگ خویش، یک تصمیم‌گیری اساسی برگشت‌ناپذیر و غیر قابل تغییر و یا فروپاشی طرحواره‌هایی که تا کنون معنای بنیادینی برای زندگی فراهم می‌کرده‌اند.» (یالوم، ۲۰۱۱، ص ۲۴ و ص ۲۳۱؛ یالوم، ۱۹۸۰، ص ۸ و ص ۱۵۹). در این پژوهش، ابتلا به مولتیپل اسکلروزیس^۳ (MS) یک موقعیت مرزی در نظر گرفته شده است. مولتیپل اسکلروزیس، با علت ناشناخته، شایع‌ترین بیماری سیستم اعصاب مرکزی است که باعث ناتوانی افراد بالغ جوان می‌شود و نسبت ابتلاء زنان به مردان حداقل دو برابر است (مسعودی، نبوی و احمدی، ۲۰۰۸؛ سلیمانی، حبیبی و بشرپور، ۲۰۱۲). MS کشنده نیست، اما ویژگی‌هایی دارد که آن را از یک بیماری ساده تا حد یک موقعیت مرزی ارتقاء می‌دهد: دوره اوج بروز آن (۲۰-۳۵ سال) سنینی است که فرد هم‌زمان با مسئولیت‌های شخصی و حرفه‌ای و موقعیت‌هایی چون تشکیل خانواده و یافتن شغل و امنیت مالی مواجه می‌شود؛ از کار افتادگی ناشی از آن، استقلال و توانایی فرد را در ایفای نقش مؤثر در خانواده و اجتماع تهدید می‌کند، فرد احساس کفایت و اعتماد به نفس خود را از کف می‌دهد و

^۱. death reflection

^۲. boundary situation

^۳. multiple sclerosis (MS)

نسبت به سلامت جسمی و ذهنی عدم اطمینان او را فرا می‌گیرد و به خاطر روند پیش‌بینی‌ناپذیر عودها، بیمار قادر نیست برای آینده خود برنامه‌ریزی کند (راسل و همکاران، ۲۰۰۶). مفروضه اصلی این است که رویارویی با مرگ، MS و هر وضعیت مخاطره‌آمیزی که به فرو ریختن این باور منجر شود که فرد می‌تواند در فرایندی پیش‌بینی‌پذیر، کنترل زندگی خود را در دست گیرد، تعارض‌های وجودی را فرامی‌خواند و فرد را در موقعیت مرزی قرار می‌دهد.

هماهنگ با این مفروضه، الله‌بخشیان، جعفرپور و پرویزی (۲۰۱۱) بهزیستی وجودی و معنوی بیماران مبتلا به MS را بررسی کرده‌اند. یافته‌های آن‌ها بهزیستی معنوی متوسط را در بیماران MS نشان داد. همچنین بررسی مقایسه‌ای دو وجه بهزیستی معنوی، یعنی بهزیستی وجودی و بهزیستی دینی نشان داد که بهزیستی وجودی بیماران از بهزیستی دینی بالاتر بود. این یافته‌ها را می‌توان با توجه به سیر دژنراتیو و پیش‌بینی‌ناپذیر بیماری MS تبیین کرد. بهزیستی معنوی در گروه سنی ۴۹-۴۰ سال از سایر گروه‌های سنی بالاتر بود که می‌توان آن را به دلیل روی آوردن به معنویت در نتیجه ورود به سنین بالاتر دانست؛ پدیده‌ای که احتمالاً در سازگاری فرد با واقعیت مرگ (که با افزایش سن، شخص به آن نزدیک‌تر می‌شود) مؤثر است (الله‌بخشیان، جعفرپور و پرویزی، ۲۰۱۱). مک‌نالتی، لیونه و ویلسون (۲۰۰۴) در پژوهش خود درباره عدم قطعیت ادراک شده، بهزیستی معنوی، و سازگاری روانی-اجتماعی در بیماران مبتلا به MS به این نتیجه رسیدند که هم عدم قطعیت ادراک شده و هم بهزیستی معنوی، به طور مستقل، سازگاری روانی-اجتماعی را پیش‌بینی می‌کردند. همچنین هر دو جنبه بهزیستی معنوی، یعنی باور به تعهدات مذهبی و حس وجودی از هدفمندی و رضایت در زندگی در رابطه میان عدم قطعیت ادراک شده و سازگاری روانی-اجتماعی نقش متغیر میانجی را نشان دادند.

در مقاله مروری دنیسن، موس-موریس، و چالدر (۲۰۰۹)، عدم قطعیت به نحوی نسبتاً قوی با سازگاری پایین‌تر مرتبط بود. این مؤلفان، اجتناب‌شکنی و پذیرش زندگی در عدم قطعیت را دو عامل مهم دخیل در سازگاری با MS یافتند. این دو عامل در مداخله و مفهوم‌بندی پژوهش حاضر پوشش داده شده‌اند: اگر بیماران را بتوان با فاجعه مرگ گریزناپذیر خود که زمان رخداد و چگونگی آن مشحون از عدم قطعیت است، مواجه کرد، بیماران احتمالاً خواهند توانست به نحو مؤثرتری با استرس ناشی از بیماری و عدم قطعیت آن کنار بیایند. بر این اساس، فرضیه‌های این پژوهش عبارت بودند از: ۱. مرگ-آگاهی در افزایش سطح بهوشیاری موقعیتی و خودشناسی انسجامی موقعیتی در افراد غیرمبتلا به MS اثربخش است. ۲. مرگ‌آگاهی در افزایش سطح بهوشیاری موقعیتی و خودشناسی انسجامی موقعیتی در افراد مبتلا به MS اثربخش است. ۳. تغییرات سطح بهوشیاری موقعیتی و خودشناسی انسجامی

تأثیر مرگ‌آگاهی بر میزان بهوشیاری موقعیتی و خودشناسی انسجامی موقعیتی ...

موقعیتی در اثر مرگ‌آگاهی در بیماران مبتلا به MS، به‌طور معناداری بیشتر از تغییرات سطح بهوشیاری موقعیتی و خودشناسی انسجامی موقعیتی در اثر مرگ‌آگاهی در افراد غیرمبتلا به MS است.

روش

پژوهش حاضر که از نوع «شبه‌آزمایشی» و با طرح «پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل» بود، بر روی ۳۲ بیمار زن مبتلا به MS و ۳۴ زن غیر بیمار انجام شد. شرکت‌کنندگان به ۴ گروه تقسیم شدند: ۱. گروه آزمایشی غیر بیمار، ۲. گروه کنترل غیر بیمار، ۳. گروه آزمایشی بیمار، ۴. گروه کنترل بیمار. در تمام گروه‌ها پس از پر کردن فرم رضایت آگاهانه، خودشناسی موقعیتی و بهوشیاری موقعیتی پیش‌آزمون شدند، مداخله انجام شد و سپس از آن دو مقیاس پس‌آزمون به عمل آمد. جامعه آماری این پژوهش برای گروه بیماران مبتلا به MS، «همهٔ بیماران زن مبتلا به MS ساکن شهر تهران در شهریور ۹۲» بود. برای گروه غیربیمار، جامعه آماری را «زنان ساکن شهر تهران در شهریور ۹۲» تشکیل می‌داد. با توجه به طرح پژوهش، برای هر یک از گروه‌ها، حجم نمونه ۲۰ نفر مناسب تشخیص داده شد، اما به علت برخی محدودیت‌ها، در نهایت ۳۴ نفر در گروه‌های غیر بیمار (۱۷ نفر آزمایشی و ۱۷ نفر کنترل) و ۳۲ نفر در گروه‌های بیمار (۱۷ نفر آزمایشی و ۱۵ نفر کنترل) جای گرفتند. به سبب دشواری نمونه‌گیری تصادفی حقیقی، نمونه‌گیری به روش غیرتصادفی در دسترس انجام گرفت. تشخیص MS، بر اساس قضاوت بالینی دکتر سید مسعود نبوی، فوق‌تخصص نوروایمونولوژی و MS، روی بیماران شرکت‌کننده گذاشته شده بود.

مداخلهٔ آزمایشی: این مداخله به صورت انفرادی انجام می‌گرفت. ابتدا با لپ‌تاپ پژوهشگر، فیلمی نمایش داده می‌شد. این فیلم صامت و سیاه و سفید بود. در این فیلم، ابتدا حدود یک دقیقه تصاویری از تولد نوزاد نمایش داده می‌شد، سپس ۲۰ ثانیه، تصویر سیاه و ثابت بود و بعد حدود یک دقیقه تصاویری مرتبط با مرگ نشان داده می‌شد: مرد جوانی روی تخت بیمارستان در کما، تصاویر غسل میت، تشییع جنازه و به خاک سپاری. سپس به آزمودنی برگه‌ای سفید داده می‌شد و پژوهشگر به او می‌گفت "دربارهٔ تصاویری که دیدید هر چه به ذهنتان می‌رسد بنویسید." در بیماران مبتلا به MS، اگر نوشتن سخت بود از آزمودنی خواسته می‌شد که هر چه به ذهنش می‌رسد، بگوید. بعد دوباره همان فیلم برای آزمودنی به نمایش درمی‌آمد و سپس این تکلیف از آزمودنی خواسته می‌شد: "یک خط مستقیم رسم کنید. ابتدای این خط، تولد شماست و انتهای این خط، مرگتان. حال با علامتی بر روی این خط، مشخص کنید که اکنون در کجا هستید. ۵ دقیقه به آن فکر کنید." پژوهشگر با هدف «روبارویی شخص با مرگ خود و برانگیختن اضطراب مرگ»، سعی می‌کرد آزمودنی را به تجسم مرگ خویش وادارد.

مداخله گروه کنترل: این مداخله نیز به صورت انفرادی انجام می‌گرفت. برای گروه‌های کنترل مداخله و ترتیباتی پیش‌بینی شده بود که تا حد ممکن به مداخله و ترتیبات گروه‌های آزمایشی شباهت داشته باشد، اما نشانه‌ای از مرگ در آن نباشد. ابتدا با لپ‌تاپ پژوهشگر، فیلمی صامت و سیاه و سفید نمایش داده می‌شد. در تصویر ابتدایی این فیلم این نوشته می‌آمد: "پدر سارا از هنگام تولد دخترش تا حالا که دوازده ساله است، هر هفته از او فیلم گرفته است. در کلیپی که می‌بینید با استفاده از یکی از فنون تصویربرداری همه این فیلم‌ها به هم متصل شده و با تند کردن تصاویر، به ترتیب از پی هم آمده است. سارای نوزاد، در دو دقیقه و چهل و پنج ثانیه، سال به سال بزرگ می‌شود تا به دوازده سالگی برسد. ببینید." بعد از دیدن این فیلم، از شرکت‌کننده خواسته می‌شد که "دربارۀ تصاویری که دیدید هر چه به ذهنتان می‌رسد بنویسید." بعد دوباره همان فیلم برای مشارکت‌کننده به نمایش درمی‌آمد و سپس این تکلیف از آزمودنی خواسته می‌شد: "به نظر شما در ادامۀ زندگی سارا چه اتفاقاتی خواهد افتاد؟ پنج دقیقه به آن فکر کنید." پژوهشگر آزمودنی را تشویق می‌کرد که مثل یک سناریونویس، ادامه داستان زندگی سارا را در ذهن خود مجسم کند.

ابزار

ابزارهای اندازه‌گیری در این پژوهش عبارت بودند از:

الف) نسخه موقعیتی مقیاس خودشناسی انسجامی^۱: نسخه صفتی مقیاس خودشناسی انسجامی توسط قربانی، واتسون و هارگیس (۲۰۰۸)، با ادغام دو وجه تجربه‌ای و تأملی خودشناسی ساخته شده است. این ابزار دارای ۱۲ ماده است و دامنه ۵ درجه‌ای پاسخ‌های آن از «کاملاً نادرست» (۱)، تا «کاملاً درست» (۵)، درجه‌بندی می‌شود. در نمره‌گذاری این مقیاس، تعدادی موارد معکوس وجود دارد. همسانی درونی، روایی ملاک و همگرایی این مقیاس در ایران و آمریکا مطلوب گزارش شده است (میانگین ضرایب آلفای این مقیاس در مطالعات مذکور، ۰/۸۰ بوده است). (قربانی و همکاران، ۲۰۰۸). نسخه موقعیتی این مقیاس از روی نسخه صفتی آن و توسط پژوهشگر و با تأیید قربانی (قربانی، گفتگوی شخصی) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۹ ماده است و مانند نسخه صفتی، دامنه ۵ درجه-ای پاسخ‌های آن از «کاملاً نادرست» (۱)، تا «کاملاً درست» (۵)، درجه‌بندی می‌شود. آلفای کرونباخ مقیاس در این پژوهش، ۰/۸۵ به دست آمد. نمره این مقیاس را می‌توان شاخصی برای «دفاعی بودن» تلقی کرد (قربانی، گفتگوی شخصی).

^۱. Integrative Self-Knowledge Scale, state version

تأثیر مرگ‌آگاهی بر میزان بهوشیاری موقعیتی و خودشناسی انسجامی موقعیتی ...

ب) نسخه موقعیتی مقیاس بهوشیاری^۱ MAAS: نسخه صفتی این مقیاس ۱۵ ماده‌ای، توسط براون و رایان (۲۰۰۳)، ساخته شده است که پاسخ‌های افراد را در یک طیف ۶ درجه‌ای از «تقریباً همیشه» (۱) تا «تقریباً هیچ وقت» (۶) درجه‌بندی می‌کند. روایی این مقیاس، مطلوب (براون و رایان، ۲۰۰۳)، و همسانی درونی آن روی نمونه ایرانی ۰/۸۱ و نمونه آمریکایی ۰/۸۲ گزارش شده است (قربانی، واتسون و ویتینگتون، ۲۰۰۹). در این پژوهش، از نسخه موقعیتی این مقیاس استفاده شد. نسخه موقعیتی این مقیاس دارای ۵ ماده است که بهوشیاری را در کوتاه‌مدت یا در یک موقعیت خاص می‌سنجد و از نسخه صفتی آن استخراج شده است. این مقیاس در مطالعات ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی از خود نشان داده است. براون و رایان (۲۰۰۳) آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. مطالعات روایی سازه، همبستگی بالای این مقیاس را با نسخه صفتی آن و نیز نشانگرهای سلامت روان نشان داده‌اند (براون و رایان، ۲۰۰۳). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ این مقیاس، ۰/۷۲ بدست آمده است. این مقیاس، پاسخ‌های افراد را در یک طیف ۷ درجه‌ای از «اصلاً» (۰) تا «خیلی زیاد» (۶) درجه‌بندی می‌کند. در پژوهش حاضر، نمره‌گذاری آن به این صورت است که هر چه نمره فرد کمتر باشد، فرد بهوشیاری موقعیتی بالاتری دارد. نمره این مقیاس را نیز می‌توان شاخصی برای دفاعی بودن در نظر گرفت (قربانی، گفتگوی شخصی).

یافته‌ها

جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان را در گروه‌های چهارگانه نشان می‌دهد.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در گروه‌های چهارگانه

تعداد سال‌های تحصیل	تعداد سال‌هایی که از تشخیص MS می‌گذرد		سن	N	میانگین	انحراف معیار	گروه کنترل	شرکت‌کنندگان غیر بیمار
	میانگین	انحراف معیار						
۲/۷۴	۱۴/۸۲	-	-	۱۳/۵۸	۳۸/۱	۱۷	گروه کنترل	شرکت‌کنندگان غیر بیمار
۳/۳۷	۱۵/۴۱	-	-	۱۲/۱۷	۳۳/۶۴	۱۷	گروه آزمایشی	شرکت‌کنندگان غیر بیمار
۲/۶	۱۵/۷۳	۶/۹۹	۶/۳	۷/۳	۳۳/۵۳	۱۵	گروه کنترل	شرکت‌کنندگان بیمار
۳/۴۱	۱۳/۶۵	۴/۴۹	۶/۱	۱۰/۶۴	۳۶/۶۵	۱۷	گروه آزمایشی	شرکت‌کنندگان بیمار

^۱. Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), state version

مقایسه گروه‌ها از نظر سن ($P=0/58$ و $F=0/66$ ، $df=3$ ، $ss=250$) و سطح تحصیلات ($P=0/23$ و $F=1/47$ ، $df=3$ ، $ss=41/63$) با استفاده از تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد که گروه‌ها از این نظر همگن هستند و تفاوت معناداری بین آنها وجود ندارد. طول دوره بیماری دو گروه شرکت‌کننده بیمار نیز با به‌کارگیری آزمون t مقایسه شد که از این نظر تفاوتی میان دو گروه وجود نداشت ($t=-0.1$ ، $df=3$ ، $P=0.92$). جدول ۲ میانگین، انحراف استاندارد و آلفای متغیرها را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۲- میانگین، انحراف استاندارد و آلفای متغیرها را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آلفای کرونباخ
پیش‌آزمون	بهبوشیاری موقعیتی	۱/۵۴	۰/۷۲
	خودشناسی انسجامی موقعیتی	۲/۳	۰/۸۵
پس‌آزمون	بهبوشیاری موقعیتی	۱/۸۵	۰/۷۸
	خودشناسی انسجامی موقعیتی	۲/۷۱	۰/۸۸

برای آزمون فرضیه‌های این پژوهش، آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) مناسب تشخیص داده شد. قبل از انجام تحلیل‌ها، باید داده‌ها را از نظر هماهنگی با مفروضه‌های زیربنایی تحلیل، ارزیابی نمود. مفروضه‌های تحلیل مانکووا عبارتند از: ۱. بررسی داده‌های مفقود و الگوی معنادار احتمالی آنها، ۲. بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، ۳. بررسی مقادیر پرت، ۴. وجود رابطه خطی میان متغیرها، ۵. پایایی^۱ متغیرهای همپراش، ۶. همگنی^۲ واریانس خطای متغیرها، ۷. همگنی کواریانس بین متغیرها، ۸. عدم وجود هم‌خطی چندگانه^۳ بین متغیرهای وابسته، و ۹. نرمال بودن توزیع باقی‌مانده‌ها (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۰۷). با توجه به این که در میان داده‌ها، داده مفقودی به چشم نمی‌خورد، مفروضه اول محقق بود. برای بررسی مفروضه دوم، یعنی نرمال بودن توزیع داده‌ها، از دو آزمون کالموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک و با توجه به نمودار هیستوگرام استفاده شد. جدول ۳ به شرح نتایج دو آزمون ذکر شده می‌پردازد. همان‌طور که این جدول نشان می‌دهد، توزیع نمره‌های متغیرها از فرض نرمال بودن تبعیت نمی‌کرد.

^۱. reliability

^۲. homogeneity

^۳. multicollinearity

تأثیر مرگ آگاهی بر میزان بهوشیاری موقعیتی و خودشناسی انسجامی موقعیتی ...

جدول ۳- ارزیابی نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از دو آزمون کالموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک

شاپیرو-ویلک			کالموگروف-اسمیرنوف			متغیر
معناداری	درجه آزادی	مشخصه آماری	معناداری	درجه آزادی	مشخصه آماری	
۰/۰۰۲	۶۶	۰/۹۳۵	۰/۰۱۰	۶۶	۰/۱۲۷	بهوشیاری موقعیتی (پیش‌آزمون)
۰/۰۱۶	۶۶	۰/۹۵۴	۰/۰۶۲	۶۶	۰/۱۰۶	خودشناسی انسجامی موقعیتی (پیش‌آزمون)
۰/۰۰۲	۶۶	۰/۹۳۷	۰/۰۴۳	۶۶	۰/۱۱۱	بهوشیاری موقعیتی (پس‌آزمون)
۰/۰۱۴	۶۶	۰/۹۵۳	۰/۰۹۵	۶۶	۰/۱۰۱	خودشناسی انسجامی موقعیتی (پس‌آزمون)

در این موارد، باید داده‌ها را با استفاده از روش‌های تبدیل، به داده‌های نرمال تبدیل کرد (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۰۷). در نتیجه، داده‌ها با استفاده از فرمول رنکیت^۱ تبدیل شدند. بررسی مجدد داده‌های تبدیل شده نشان داد که این داده‌ها از فرض نرمال بودن تبعیت می‌کنند. (جدول ۴)

جدول ۴- ارزیابی نرمال بودن توزیع داده‌های تبدیل شده با فرمول رنکیت با استفاده از دو آزمون کالموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک

شاپیرو-ویلک			کالموگروف-اسمیرنوف			متغیر
معناداری	درجه آزادی	مشخصه آماری	معناداری	درجه آزادی	مشخصه آماری	
۰/۴۵	۶۶	۰/۹۸۲	۰/۲۰	۶۶	۰/۰۶۵	بهوشیاری موقعیتی (پیش‌آزمون)
۰/۹۹۶	۶۶	۰/۹۹۵	۰/۲۰	۶۶	۰/۰۵۵	خودشناسی انسجامی موقعیتی (پیش‌آزمون)
۰/۵۶۱	۶۶	۰/۹۸۴	۰/۲۰	۶۶	۰/۰۵۲	بهوشیاری موقعیتی (پس‌آزمون)
۰/۹۹۸	۶۶	۰/۹۹۶	۰/۲۰	۶۶	۰/۰۴۷	خودشناسی انسجامی موقعیتی (پس‌آزمون)

مفروضه سوم، یعنی بررسی مقادیر پرت، با استفاده از نمودار باکس^۱ انجام گرفت که برقرار بود. مفروضه چهارم، وجود رابطه خطی میان متغیرهاست. این مفروضه، با استفاده از نمودار پراکنندگی^۲ مورد بررسی

^۱. Rankit

قرار گرفت و رابطه خطی تأیید شد. مفروضه پنجم، پایایی متغیر همپراش^۳ است که در این پژوهش، عبارت بودند از: پیش‌آزمون بهوشیاری موقعیتی و پیش‌آزمون خودشناسی انسجامی موقعیتی. با توجه به جدول ۲ که آلفای کرونباخ بالایی برای دو متغیر نشان می‌دهد، می‌توان گفت که این مفروضه نیز برقرار است؛ چه، آلفای کرونباخ شاخصی برای همسانی درونی است و همسانی درونی یک آزمون را می‌توان به مثابه شاخصی برای پایایی آن در نظر گرفت. مفروضه ششم، همگنی واریانس خطاهاست که با آزمون لئون بررسی می‌شود. نتایج این آزمون، در جدول ۵ آمده است که نشان می‌دهد این مفروضه نیز در داده‌های پژوهش وجود دارد.

جدول ۵- بررسی برابری واریانس خطاها با استفاده از آزمون لون

متغیر وابسته	F	df ₁	df ₂	معناداری
بهوشیاری موقعیتی	۰/۹۵۶	۳	۶۲	۰/۴۱۹
خودشناسی انسجامی موقعیتی	۱/۷۸۵	۳	۶۲	۰/۱۵۹

مفروضه هفتم با مشخصه Box' M بررسی شد که در جدول ۶ نتایج آن آمده است.

جدول ۶- مشخصه Box' M برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس داده‌ها

Box's M	F	df ₁	df ₂	معناداری
۱۰/۱۱۶	۱/۰۵۸	۹	۴۱۷۳۹/۸۱۴	۰/۳۹۱

برای بررسی عدم وجود همخطی چندگانه بین متغیرهای وابسته، مفروضه هشتم، ابتدا ماتریس همبستگی بین متغیرها بدست داده شد (جدول ۷)، سپس با در نظر گرفتن اینکه همبستگی میان متغیرهای وابسته بیش از ۰/۷ نیست، همخوانی داده‌ها با این مفروضه نیز به تأیید رسید.

۱. box plot
۲. scatter plot
۳. covariate

تأثیر مرگ آگاهی بر میزان بهوشیاری موقعیتی و خودشناسی انسجامی موقعیتی ...

جدول ۷- ماتریس همبستگی میان متغیرهای پژوهش

بهوشیاری موقعیتی (پیش-آزمون)	خودشناسی انسجامی موقعیتی (پیش-آزمون)	بهوشیاری موقعیتی (پس-آزمون)	خودشناسی انسجامی موقعیتی (پس-آزمون)
۱	۰/۴۸۹**	۰/۶۵۰**	۰/۴۱۱**
خودشناسی انسجامی موقعیتی (پیش-آزمون)	۱	۰/۵۸۴**	۰/۷۴۴**
بهوشیاری موقعیتی (پس-آزمون)		۱	۰/۶۳۱**
خودشناسی انسجامی موقعیتی (پس-آزمون)			۱

** همبستگی، در سطح ۰/۰۱ (دو دانه) معنادار است.

سرانجام، نرمال بودن توزیع باقی مانده‌ها، با استفاده از نمودار باقی مانده‌ها^۱ بررسی و احراز گردید. در طرح مانکوا، پس‌آزمون بهوشیاری موقعیتی و خودشناسی انسجامی موقعیتی، به‌عنوان متغیر وابسته و پیش‌آزمون این دو متغیر، به‌عنوان متغیر همپراش در نظر گرفته شد. همچنین گروه‌های مورد مقایسه، دو گروه آزمایشی و کنترل افراد غیربیمار و افراد بیمار، یعنی هر چهار گروه پژوهش بودند. نتیجه‌ی آزمون چندمتغیره مانکوا نشان داد که بین هیچ‌یک از گروه‌ها از نظر پس‌آزمون متغیرهای وابسته تفاوتی وجود ندارد (جدول ۸).

جدول ۸- نتایج آزمون چندمتغیره مانکوا جهت مقایسه تفاوت میانگین‌های متغیرهای وابسته

در دو گروه

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	معناداری
اثر پیلای ^۲	۰/۱۰۸	۱/۱۴۰	۶	۱۲۰	۰/۳۴۴
لامبدا ویلکز ^۳	۰/۸۹۴	۱/۱۳۶	۶	۱۱۸	۰/۳۴۶
اثر هتلینگ ^۴	۰/۱۱۷	۱/۱۳۲	۶	۱۱۶	۰/۳۴۸
بزرگترین ریشه روی ^۵	۰/۰۹۹	۱/۹۸۷	۳	۶۰	۰/۱۲۶

^۱. residual plot

^۲. Pillai's Trace

^۳. Wilk's Lambda

^۴. Hotelling's Trace

^۵. Roy's Largest Root

این نتایج نشان می‌دهد که پس از کنترل نمره‌های پیش‌آزمون خودشناسی انسجامی موقعیتی و بهوشیاری موقعیتی در دو گروه آزمایشی و کنترل افراد غیربیمار و بیمار، نمره‌های پس‌آزمون این چهار گروه، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند و این به معنای رد تمامی فرضیه‌های پژوهش حاضر است.

بحث و نتیجه‌گیری

رخ ندادن تفاوت در گروه‌های کنترل کاملاً مورد انتظار بود، اما در گروه‌های آزمایشی این امر برخلاف انتظار پژوهشگر بود. مرگ‌آگاهی یک سازه جدید در روان‌شناسی تجربی است که هنوز راه تثبیت شده‌ای برای عملیاتی کردن آن وجود ندارد. مداخله پژوهش حاضر بنا بر تقسیم‌بندی یالوم، یکی از روش‌های مصنوعی برای مرگ‌آگاهی بوده است: «تمرینی ساده و کوتاه که تقریباً همیشه واکنش‌های قدرتمند و عمیقی برانگیخته است.» (یالوم، ۱۹۸۰، ص ۱۷۴؛ کوپر، ۲۰۰۳، ص ۷۶). اما در جلسه کوتاه اجرای پژوهش (حدود نیم ساعت)، فرصت چالش با دفاع‌ها و رفع «موانع» محدود بود. همچنین، این مداخله از حیث ساختار و اهداف و شکل اجرا به «مداخله معناسازی» ویرجینیا لی بسیار نزدیک بود و در واقع می‌شد آن را خلاصه‌ای بسیار کوتاه از مداخله ۴ جلسه‌ای لی دانست (نگاه کنید به: لی، ۲۰۰۸). هدف این مداخله مانند مداخله کوزولینو درگیر کردن سیستم وجودی تجربه‌ای و شخصی بود در برابر مداخله انتزاعی و ذهنی TMT. نتیجه‌ای که حاصل شد، از یک طرف اگرچه مطابق انتظار پژوهشگر، باعث ارتقاء بهوشیاری و خودشناسی انسجامی موقعیتی نشد، اما از طرف دیگر نیز، مفروضه‌های TMT را تأیید نکرد، چه در صورت صحت مفروضه‌های TMT، آزمودنی‌ها باید دچار کاهش معنادار بهوشیاری و خودشناسی انسجامی می‌شدند. این نتیجه‌گیری با نحوه استدلال و یافته‌های کوزولینو همسوست و نظریه مدیریت وحشت را به چالش می‌کشد (کوزولینو، ۲۰۰۶). اگر طول مداخله بیشتر بود (مثلاً به جای نیم ساعت، یک یا دو ساعت بود)، یا اگر شدتی بیشتر داشت، یا مداخله در فواصلی تکرار می‌شد و به یک بار مداخله بسنده نمی‌شد، شاید نتایجی متفاوت بدست می‌آمد. این احتمالات، با نتایج پژوهش‌های قبلی (علی‌اکبری دهکردی و دلیر، ۲۰۰۹؛ صفارزاده، ۲۰۱۰) همسوست که در آنها آزمودنی‌ها در جلسات اول مرگ‌آگاهی دفاعی می‌شدند، اما به تدریج دفاع‌ها را کنار می‌گذاشتند. دفعی بودن مداخله این پژوهش، به یک‌باره اضطراب مرگ زیادی را فرامی‌خواند و شاید حالتی شوک‌آور داشت؛ به گونه‌ای که آزمودنی فرصت نمی‌یافت آن را لمس کند و با واکنشی سریع نسبت به آن، همراه با افت کارکردهای شناختی‌اش از خود دفاع می‌کرد و مجال چالش با دفاع نیز برای پژوهشگر وجود نداشت. نکته دیگر آنکه، مداخله پژوهش حاضر برخلاف نسخه اولیه‌اش که در محیط درمانی، توسط مشاور یا درمانگر و روی افرادی اجرا می‌شود که شکایت‌های روانی دارند یا از برخی مشکلات به ستوه آمده‌اند (یالوم، ۲۰۱۱ ص ۲۵۲؛ کوپر،

۲۰۰۳، ص ۷۶)، روی افراد عادی و توسط پژوهشگر اجرا شد. این مسأله می‌تواند تأثیر مداخله را تا حدی کاهش دهد، و سرانجام این مداخله، به هیچ وجه بار فرهنگی نداشت و به بیان دیگر با نگرش‌های آزمودنی‌ها نسبت به مرگ درگیر نمی‌شد. TMT نگرش‌های معنادهنده زندگی را که تشکل‌بخش فرهنگ‌اند، به یکباره تحت غریزه حفاظت از خود^۲ و سپری در برابر اضطراب مرگ می‌داند (گرینبرگ، کول و پیزینسکی، ۲۰۰۴). یالوم نیز وحشت مرگ را امری فطری و غریزی می‌داند که پیش از تحول زبان و بیان نیز وجود دارد (یالوم، ۲۰۱۱، ص ۷۷). این فطری‌نگری در تعیین نسبت انسان با مرگ ممکن است ما را از تفاوت‌های فرهنگی در نگرش‌ها نسبت به مرگ بازدارد (رایان و دسی، ۲۰۰۴). حتی اگر وحشت از مرگ، امری غریزی یا فطری باشد، نحوه مواجهه با وحشت مرگ و پاسخ‌های عاطفی، شناختی و رفتاری به آن نه تنها تابع تفاوت‌های فردی است بلکه از فرهنگی به فرهنگ دیگر تفاوت می‌کند که این تفاوت‌ها باید در طراحی مداخله مرگ‌آگاهی در نظر گرفته شود. مداخله به کار رفته در این پژوهش با فضای منفی کلی وجودگرایی هماهنگ بود که در آن وجه تراژیک مرگ برجسته است، و پاسخ‌هایی که در یک بافت فرهنگی خاص، مرگ را به زندگی ابدی بعد از مرگ متصل می‌کنند، به تمامی «دفاعی» تلقی می‌شوند. این ناسازی فرهنگی با محیط ایدیولوژیک آزمودنی‌ها می‌تواند به واقع آنها را دفاعی کند و به‌خصوص اگر پاسخ‌های خاصی را نیز همدوش مرگ‌آگاهی، «فطری» تلقی کنیم، این امر برجسته‌تر می‌شود. با این حال، حرکت این مداخله از سیستم پردازش وجودی ذهنی / انتزاعی / مقوله‌ای به سیستم وجودی تجربه‌ای / اختصاص‌یافته به زمان و مکان و بافت / شخصی‌شده (کوزولینو، ۲۰۰۶) آن قدر بود که اگر فرضیات پژوهش تأیید نشدند، دست کم آزمودنی‌ها دفاعی نیز نشدند، آن‌گونه که پیش‌بینی TMT درست از آب دربیاید. به نظر می‌رسد که مداخله این پژوهش چیزی در میانه مداخله TMT و مداخله کوزولینو بود و در نتیجه اثراتی هم که بار آورد، در میانه آن دو قرار گرفت. مفروضه اصلی این پژوهش این بود که مرگ‌آگاهی اگرچه دردناک است، باعث استذکار به سلسله‌ای از بینش‌های فطری می‌شود که برای فرد سلامت‌آفرین است. انتظار می‌رفت که مداخله مختصر این پژوهش، تأثیرات مثبت مرگ‌آگاهی را اگر نه در سطح صفت، حداقل در همان موقعیت نشان دهد. اما یافته‌های پژوهش، این مفروضه را به این صورت به چالش می‌کشند که این نحوه از مرگ‌آگاهی در همه افراد رخ نمی‌دهد؛ چون به دلایلی که تابع تفاوت‌های فردی و فرهنگی است، در هم شکستن مقاومت افراد برای کنار گذاشتن دفاع‌ها و رویارویی با مرگ به هیچ وجه کار آسانی نیست. پیش از پذیرش مرگ، فرد باید قادر شده باشد که بیماری را بپذیرد و مشاهدات بالینی به خوبی نشان می‌دهد که اغلب بیماران

^۱. death attitudes

^۲. self-preservation

از پس این کار بر نمی‌آیند و تذکر به مرگ در شرایط بیماری، آنها را به نحو مضاعفی دفاعی می‌کند (قربانی، گفتگوی شخصی).

محدودیت اصلی این پژوهش آن بود که مفهوم مرگ‌آگاهی، هنوز یک سازه نیست، یا اگر هم باشد یک سازهٔ خوش‌ساخت^۱ نیست. محدودیت دیگر آن بود که شرکت‌کنندگان از لحاظ بهوشیاری صفتی، خودشناسی انسجامی صفتی و جهت‌گیری مذهبی اندازه‌گیری نشدند. این سازه‌ها می‌توانند بر رابطه میان مرگ‌آگاهی و خودشناسی انسجامی موقعیتی و بهوشیاری موقعیتی تأثیرگذار باشند. از این رو، کنترل این متغیرها و بررسی نقش واسطه‌ای یا تعدیل‌کنندهٔ احتمالی در پژوهش‌های آتی باید مد نظر قرار گیرد. این ملاحظه احتمالاً می‌تواند توضیح دهد که چرا برخی از افراد با مواجهه با مرگ، به سطح بالاتری از رشد روانی می‌رسند و برخی دیگر آشفتگی روان‌شناختی بیشتر را تجربه می‌کنند. در حقیقت، روان‌درمانی اگزستانسیال، حوزهٔ پژوهشی بکر و جوانی است که ایده‌های مطرح شده در آن شایستهٔ پژوهش‌های دامنه‌دار کمی و کیفی‌اند (گرینبرگ، کول و پیزینسکی، ۲۰۰۴). امری که به سبب دشواری‌هایش و شاید بیش از همه به سبب مرگ‌گریزی عالم مدرن (آریس، ترجمه‌ی عبداللهی، ۲۰۱۳) همواره نسبت به آن تغافل می‌شود.

از آقایان علی میکاییلی و محمود امیربیگی بابت همکاری در این پژوهش صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

منابع

- Abdollahi, A., Henthorn, C., & Pyszczynski, T. (2010). Experimental peace psychology: Priming consensus mitigates aggression against outgroups under mortality salience. *Behavioral Sciences of Terrorism and Political Aggression*, 2(1), 30-37.
- Aliakbari Dehkordi, M., & Dalir, M. (2009). The effect of death-awareness on beliefs, avoidance, and depression in people with obsessive compulsive disorder. *Journal of psychological achievement*, (1), 87-106 (in Persian).
- Allahbakhshian, M., Jafarpour, M., & Parvizi, S. (2011). Spiritual well-being of patients with multiple sclerosis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 16(3), 202-206.
- Ariès, P. (2013). *History of death: western attitudes towards death from the medieval era up to now (Persian translation by Mohammad Javad Abdollahi)*. Tehran: Elm Publications.
- Arndt, J., Greenberg, J., Simon, L., Pyszczynski, T., & Solomon, S. (1998). Terror management and self-awareness: Evidence that mortality salience provokes

^۱. well-established

- avoidance of the self-focused state. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24(11), 1216-1227.
- Brown, K.W. & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Brown, K.W. & Ryan, R.M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: observations from experience. *Clinical Psychology science and practice*, 11, 242-248.
- Burke, B. L., Martens, A., & Faucher, E. H. (2010). Two decades of terror management theory: A meta-analysis of mortality salience research. *Personality and Social Psychology Review*, 14(2), 155-195.
- Cooper, M. (2003). *Existential therapies*. London: Sage Publications.
- Cozzolino, P. J. (2006). Death Contemplation, Growth, and Defense: Converging Evidence of Dual-Existential Systems?. *Psychological Inquiry*, 17(4), 278-287.
- Cozzolino, P. J., Staples, A. D., Meyers, L. S., & Samboceti, J. (2004). Greed, death, and values: From terror management to transcendence management theory. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(3), 278-292.
- Dennison, L., Moss-Morris, R., & Chalder, T. (2009). A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clinical psychology review*, 29(2), 141-153.
- Firestone, R., & Catlett, J. (2009). *Beyond death anxiety*. New York: Springer.
- Frias, A., Watkins, P. C., Webber, A. C., & Froh, J. J. (2011). Death and gratitude: Death reflection enhances gratitude. *The Journal of Positive Psychology*, 6(2), 154-162.
- Ghasemipour, Y., Robinson, J. A., & Ghorbani, N. (2013). Mindfulness and integrative self-knowledge: Relationships with health-related variables. *International Journal of Psychology*, 48(6), 1030-1037.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Bing, M. N., Davison, H. K., & LeBreton, D. (2003). Two facets of self-knowledge: Cross-cultural development of measures in Iran and the United States. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, (129), 238-268.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., & Hargis, M. (2008). Integrative self-knowledge scale: Correlations and incremental validity of a cross-cultural measure developed in Iran and the United States. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 142(4), 395-412.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., & Weathington, B. L. (2009). Mindfulness in Iran and the United States: Cross-cultural structural complexity and parallel relationships with psychological adjustment. *Current Psychology*, 28(4), 211-224.
- Ghorbani, N., Mousavi, A., Watson, P. J., & Chen, Z. (2011). Integrative Self-Knowledge and the Harmony of Purpose Model in Iranian Autoimmune Patients. *E-Journal of Applied Psychology*, 7(2).
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Chen, Z., & Norballa, F. (2012). Self-compassion in Iranian Muslims: relationships with integrative self-knowledge, mental health, and

- religious orientation. *International Journal for the Psychology of Religion*, 22(2), 106-118.
- Ghorbani, N. (2013). *Self narrated by self*. Tehran: Binesh-e-No Press (in Persian).
- Greenberg, J., Koole, S. L., & Pyszczynski, T. A. (Eds.). (2004). *Handbook of experimental existential psychology*. Guilford Press.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., & Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In *Public self and private self* (pp. 189-212). Springer New York.
- Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T., Rosenblatt, A., Veeder, M., Kirkland, S., & Lyon, D. (1990). Evidence for terror management theory II: The effect of mortality salience on reactions to those who threaten or bolster the cultural worldview. *Journal of personality and social psychology*, 58(2), 308-318.
- Henoch, I., & Danielson, E. (2009). Existential concerns among patients with cancer and interventions to meet them: an integrative literature review. *Psycho- Oncology*, 18(3), 225-236.
- Kastenbaum, R. (2003). Definitions of death. In R. Kastenbaum (Ed.), *Macmillan encyclopedia of death and dying* (pp. 224-229). New York, USA: Macmillan Reference USA.
- Kübler-Ross, E. (2009). *On death and dying: What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. Taylor & Francis.
- Lee, V. (2008). The existential plight of cancer: meaning making as a concrete approach to the intangible search for meaning. *Supportive Care in Cancer*, 16(7), 779-785.
- LeMay, K., & Wilson, K. G. (2008). Treatment of existential distress in life threatening illness: A review of manualized interventions. *Clinical Psychology Review*, 28, 472-493.
- Little, M., & Sayers, E. (2004). The skull beneath the skin: Cancer survival and awareness of death. *Psycho-Oncology*, 13, 190-198.
- Masoudei, M. E., Nabavi, M., & Ahmadei, F. A. (2008). Effect of self-care program on Ourem method on physical dimension of quality of life of MS Patients. *Shahrekord University of Medical Sciences Journal*, 10(2), 1-29.
- May, R., & Yalom, I. (2000). Existential psychotherapy. In: Corsini, R. & Wedding, D. (eds.), *current psychotherapies*. Itasca Illinois: F.E. Peacock Publishers Inc.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurely, C. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. USA: Guilford Press.
- McNulty, K., Livneh, H., & Wilson, L. M. (2004). Perceived Uncertainty, Spiritual Well-Being, and Psychosocial Adaptation in Individuals With Multiple Sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, 49(2), 91.
- Mohammadi, M., Ghorbani, N., & Abdollahi, A. (2010). Mortality salience and self-esteem: an experimental investigation. *Developmental psychology Iranian psychologists*, 25, 57-64 (in Persian).

- Mohammadpour, A. (2011). *Victor Frankl: the founder of logotherapy*. Tehran: Danzheh Press (in Persian).
- Niemiec, C. P., Brown, K. W., Kashdan, T. B., Cozzolino, P. J., Breen, W. E., Levesque-Bristol, C., & Ryan, R. M. (2010). Being present in the face of existential threat: The role of trait mindfulness in reducing defensive responses to mortality salience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(2), 344-365.
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., & Solomon, S. (1999). A dual-process model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: An extension of terror management theory. *Psychological Review*, 106(4), 835.
- Rosenblatt, A., Greenberg, J., Solomon, Pyszczynski, T., & Lyon, D. (1989). Evidence for terror management theory: I. The effects of mortality salience on reactions to those who violate or uphold cultural values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(4), 681-690.
- Russell, C. S., McAninch, V. M., White, M. B., & White, C. P. (2006). Why Me? Why Now? Why Multiple Sclerosis?: Making Meaning and Perceived Quality of Life in a Midwestern Sample of Patients With Multiple Sclerosis. *Families, Systems & Health*, 24(1), 65-81.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2004). Avoiding death or engaging life as accounts of meaning and culture: comment on Pyszczynski et al.(2004).
- Vail, K. E., Juhl, J., Arndt, J., Vess, M., Routledge, C., & Rutjens, B. T. (2012). When Death is Good for Life Considering the Positive Trajectories of Terror Management. *Personality and Social Psychology Review*, 16(4), 303-329.
- Saffarzadeh, A. (2010). *The effect of exposure to death on decreasing OCD symptoms* (Unpublished master's thesis). Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
- Sarafraz, M., Bahrami Ehsan, H., & Zarandi, A. (2011). Self-awareness processes and physical, psychological, social, and spiritual health. *Journal of Research in Psychological Health*, 4 (3 & 4), 32-42 (in Persian).
- Soleimani, A., Habibi, M., & Basharpour, S. (2012). The effectiveness of self-management training on dimensions of quality of life in people with multiple sclerosis. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 10 (7). 746-756 (in Persian).
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. USA: Pearson.
- Weisman, A. D., & Worden, J. W. (1976). The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 7(1), 1-15.
- Yalom, I. (1980). *Existential psychotherapy*. USA: Yalom Family Trust.
- Yalom, I. (2011). *Existential psychotherapy (Persian translation by Sepideh Habib)*. Tehran: Ney Press.