

Comparing Profile of Mental Health and Strategies for Coping with Stress in Women with and without Gastroesophageal Reflux Disease

Farhad Kahrazehi^{1,*}, Shifteh Shahabi², Zahra Moghanizadeh²,
Zaynab Shirin Tarkeshdooz², Babak Keshvari²

¹ Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran

² Department of Psychology, Islamic Azad University, Zahedan branch, Zahedan, Iran

ABSTRACT

Background:

Gastroesophageal reflux disease (GERD) is a common disorder, which is associated with mental disorders. Therefore, it is essential to study mental health and strategies for coping with stress, in such individuals. This study was performed to compare Profile of Mental Health and Strategies for Coping with Stress in Women with and without Gastroesophageal Reflux Disease.

Materials and Methods:

The design of this study was descriptive-causal comparative. The population included all women with and without Gastroesophageal Reflux Disease, from Zahedan province in year 2018. 46 women who were detected as having GERD and were advised to receive gluten-free products from the relevant centers and gastrointestinal clinic were selected and 47 healthy individual who were matched with respect to demographic characteristics with the patients with GERD were selected by purposive sampling method. The participants answered SCL-90-R and Andler & Parker coping strategies questionnaires.

Results:

The results of multivariate analysis of variance showed that the mean scores of somatic symptoms ($F = 17.41$), interpersonal sensitivity ($F = 3.8$), depression ($F = 10.59$), anxiety ($F = 16.68$), phobia ($F = 4/97$), psychosis ($F = 4/34$), and avoidance style ($F = 20/20$) were significantly more in patients with GERD compared with healthy people.

Conclusion:

Mental health in patients with GERD is significantly worse than healthy people and the use of avoidant coping strategies in such patients is more common than healthy individuals. Therefore, it is essential to pay attention to the psychological status of such patients.

Keywords: Gastroesophageal Reflux Disease, Mental Health, Strategies for Coping with Stress

please cite this paper as:

Kahrazehi F, Shahabi S, Moghanizadeh Z, Shirin Tarkeshdooz Z, Keshvari B. Comparing Profile of Mental Health and Strategies for Coping with Stress in Women with and without Gastroesophageal Reflux Disease. *Govaresh* 2019;24:81-87.

*Corresponding author:

Farhad Kahrazehi, Ph.D
Department of Psychology, University of Sistan and
Baluchestan, Zahedan, Iran
Tel: + 98 54 31136224
Fax: + 98 54 33447186
E-mail: farhad_kahraz@ped.usb.ac.ir

Received: 08 Feb. 2019

Edited: 05 May 2019

Accepted: 06 May 2019

مقایسه نیمرخ سلامت روانی و سبک‌های مقابله با تنیدگی در زنان مبتلا و غیر مبتلا به ریفلاکس معده به مری

فرهاد کهرآزنی^{۱*}، شیفته شهبابی^۲، زهرا مغنی زاده^۲، زینب شیرین ترکش دوز^۲، بابک کشوری^۲

^۱ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران
^۲ گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

چکیده

زمینه و هدف:

بیماری ریفلاکس معده به مری یکی از بیماری‌های شایع دستگاه گوارش است که با اختلالات روانی رابطه دارد، از این رو ضروری است در این افراد سلامت روانی و سبک‌های مقابله با تنیدگی به عنوان مسائل روان‌شناختی مورد بررسی قرار گیرد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه نیمرخ سلامت روانی و سبک‌های مقابله با تنیدگی در زنان مبتلا به ریفلاکس معده به مری و زنان سالم انجام گرفت.

روش بررسی:

طرح پژوهش توصیفی از نوع علمی - مقایسه ای بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران زن مبتلا به ریفلاکس معده به مری زاهدان در سال ۱۳۹۷ بود که از بین این افراد ۴۶ نفر از بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌ها و ۴۷ فرد سالم که از لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی با گروه بیمار هم‌تا شده بودند با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به پرسشنامه‌های چک لیست نشانگان روانی^۱ (SCL-90-R) و راهبردهای مقابله ای اندلر و پارکر پاسخ دادند.

یافته‌ها:

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد میانگین نمرات شکایات جسمانی ($F = 17/41$)، حساسیت بین فردی ($F = 3/8$)، افسردگی ($F = 10/59$)، اضطراب ($F = 16/68$)، ترس مرضی ($F = 4/97$)، روان پریشی ($F = 4/34$) و سبک اجتنابی ($F = 20/24$) به‌طور معنی‌داری در افراد بیمار بیشتر از افراد سالم است.

نتیجه‌گیری:

سلامت روانی در بیماران ریفلاکس معده به مری کمتر از افراد سالم است و استفاده از راهبردهای اجتنابی مقابله با استرس در میان بیماران بیشتر از افراد سالم است. از این رو توجه به وضعیت روان‌شناختی این بیماران ضروری است.

کلید واژه: ریفلاکس معده به مری، سلامت روانی، سبک‌های مقابله با استرس

گوارش/ دوره ۲۴، شماره ۲/ تابستان ۱۳۹۸-۸۱

1. Symptom Check List (SCL-90-R)

زمینه و هدف:

بیماری برگشت اسید از معده به مری که ریفلاکس معده^۱ نیز نامیده می‌شود، یکی از شایعترین بیماری‌های دستگاه گوارش است. (۱) این بیماری نقصی در سد طبیعی ضد ریفلاکس است که سبب حرکت معکوس محتویات به مری است که ایجاد علایم بالینی و یا آسیب مخاطی را به دنبال دارد. (۲) افتراق بین ریفلاکس طبیعی یا فیزیولوژیک با بیماری ریفلاکس معده نامشخص است زیرا بعضی از درجات ریفلاکس، فیزیولوژیک است. ریفلاکس فیزیولوژیک معمولاً پس از صرف غذا رخ داده، کوتاه مدت و بدون علامت است و به ندرت در زمان خواب اتفاق می‌افتد. اما ریفلاکس پاتولوژیک با علایم یا آسیب مخاطی همراه بوده و اغلب شامل اپیزودهای شبانه است. در واقع در این بیماری دقایقی بعد از صرف غذا، بخصوص غذاهای پر ادویه، چرب و آبدی، محتویات معده

1. Gastroesophageal Reflux Disease

*نویسنده مسئول: فرهاد کهرآزنی

زاهدان، دانشگاه سیستان و بلوچستان، گروه روان شناسی

تلفن: ۰۵۴-۳۱۱۳۶۲۲۴

نمابر: ۰۵۴-۳۳۴۴۷۱۸۶

پست الکترونیک: farhad_kahraz@ped.usb.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۷/۱۱/۱۷

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۸/۲/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۸/۲/۱۶

به دهان برگشت می‌کند و باعث احساس سوزش در پشت جناغ سینه می‌شود که معمولاً دقایقی به طول می‌انجامد. (۳)

گرچه این بیماری ماهیتی خوش خیم دارد ولی در صورت بی‌توجهی و طولانی شدن بیماری گاه عواقب وخیمی به همراه خواهد داشت و تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا می‌گذارد. (۴) بیماری برگشت اسید از معده به مری به آسیب‌هایی منجر خواهد شد، از جمله این آسیب‌ها: زخم در محل اتصال معده و مری (در اثر التهاب مری، بافت مخاطی آن دچار آسیب شده و به زخم منجر می‌شود)؛ تنگ شدن مری به صورت مقاوم که التهاب مری آن را شامل می‌شود (التهاب مری که از ریفلاکس ایجاد می‌شود)؛ مری بارت (تغییر بافت یا تبدیل بافت انتهایی مری به سمت سلول‌های پوشاننده دیواره روده)؛ آدنوکارسینوم مری (از انواع سرطان مری می‌باشد و بین ۵۰ تا ۸۰ درصد این نوع سرطان‌ها را شامل می‌شود). (۵) مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد شیوع این بیماری در ایران بالا می‌باشد. در مطالعه‌ای شیوع در دانشجویان دانشگاه تهران ۹ درصد (۶) و در اهداکنندگان خون در پایگاه انتقال خون تهران ۱۱/۳ درصد بود. (۷) در مطالعه‌ای شیوع این بیماری در کشورهای اروپایی بین ۱۰ تا ۲۰ درصد و در سایر کشورها، ۵ درصد گزارش شده است. (۸)

علی‌رغم اثرات جسمانی زیادی که این بیماری ایجاد می‌کند، در یک محیط بالینی، بروز نشانگان ریفلاکس معده سبب فراخوانی واکنش‌های روانی متعدد مانند جمله استرس مزمن، اختلالات خواب و اختلال در عملکرد عاطفی نیز می‌گردد که این علائم منجر به کاهش سلامت روانی و کیفیت زندگی این بیماران می‌شود. (۹) یکی از نخستین واکنش‌های روان‌شناختی هنگام رویارویی با این بیماری، احساس اضطراب و خشم است. (۱۰) در این مرحله بیمار با توجه به تحمل اضطراب شدید، مطرح می‌کند یا به خود تلقین می‌کند که چرا او مبتلا به بیماری شده و این حق وی نبوده است. (۱۱ و ۱۲) دومین واکنش، احساس گناه و به تبع آن افسردگی است. (۱۳) این گروه بیماری را داغ ننگ یا استیگما می‌دانند و به علت پیامدهای اجتماعی نامطلوب بیماری، احساس گناه و افسردگی می‌کنند. (۱۴) تحقیقات زیادی نیز نشان داده است که این بیماران بیش از سایر افراد افسردگی دارند. (۱۵) ممکن است استرس نیز نقش مهمی در ایجاد علائم ریفلاکس داشته باشد؛ زیرا اغلب بیماران مبتلا به بیماری، تشدید علائم بیماری را در رابطه با وقایع استرس‌زا دارند، (۱۶) برخی مطالعات نشان داده‌اند که حرکات غیر پیش‌رونده در انتهای مری، طی پرسش‌های استرس‌زا ایجاد می‌شود؛ بنابراین شرایط استرس‌زا ارتباط تنگاتنگی می‌توانند با این بیماری داشته باشند، (۱۷) اما گروهی بر این باورند آنچه که بر سلامت افراد تأثیر می‌گذارد خود استرس نیست بلکه الگوی مقابله با استرس است. بر همین اساس راهبردهای مقابله با استرس به‌عنوان عاملی که در ارتباط بین فشار روانی و اختلال‌های روان‌پزشکی مداخله می‌کنند، مورد توجه بوده است. (۱۸) در بررسی سبک‌های مقابله‌ای افرادی که در گذشته استرس‌های زیادی را تحمل کرده، تحت تأثیر ریفلاکس معده به مری بیشتری قرار می‌گیرند. (۱۹) گرچه مقابله کردن شامل فعالیت‌های زیادی می‌شود، غالب راهبردهای مقابله‌ای، منعکس‌کننده

تلاش فرد برای بهبود یک موقعیت دشوار می‌باشند؛ موقعیت‌هایی از قبیل طراحی یک نقشه یا انجام عمل (مقابله مسأله‌مدار) یا تلاش‌های فرد برای کاهش احساسات ناخوشایند (مقابله هیجان‌مدار) از قبیل گریه کردن، خیال‌پردازی و پرداختن به رفتارهای عیب‌جویانه و بالاخره در پیش گرفتن فعالیت‌هایی که هدف آنها اجتناب از موقعیت تنیدگی‌زا می‌باشد. (۲۰) به نظر می‌رسد افراد با بیماری ریفلاکس معده در مقایسه با افراد بدون این بیماری به احتمال بیشتری در تدارک ذهنی برای حوادث تنیدگی‌زا درگیرند، به علاوه افراد با این بیماری در مقایسه با افراد فاقد این بیماری، گزارش می‌کنند که در مورد پنهان کردن حالت اضطرابی ناشی از این بیماری طرح‌ریزی فکری بیشتری دارند، از موقعیت‌های تنیدگی‌زا اجتناب می‌کنند و در مورد فراهم کردن عملکرد خود در موقعیت تنیدگی‌زا، طرح‌ریزی فکری کمتری دارند. (۲۱) خطر ادراک شده همراه با راهبردهای مقابله‌ای معینی همچون مقابله هیجان‌مدار، بر سلامت روانی این بیماران اثر مخربی دارد. برعکس، ارایایی متمایل به مثبت همراه با مقابله مسئله‌مدار می‌تواند به عنوان پوششی از سلامت روانی این بیماران در معرض حملات مداوم بازگشت اسید، حمایت نماید. (۲۲) با توجه به آنچه بیان شد، می‌توان گفت که راهبردهای مقابله‌ای سازش یافته، سبب کاهش آسیب‌پذیری در موقعیت‌های تنیدگی‌زا برای بسیاری از بیماران می‌شوند.

در بحث سلامت روانی نیز در بیماران مبتلا به برگشت معده، تاکنون تحقیقات بسیار محدودی انجام گرفته است. سلامت روانی یکی از ابعاد مهم سلامتی است و طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی در درون مفهوم کلی سلامتی که همان توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی روانی و جسمی و نه وجود بیماری و عقب ماندگی است جای می‌گیرد. (۲۳) مفهوم سلامت روانی، در واقع جنبه‌ای از مفهوم کلی سلامتی است و بر کلیه روش‌ها و تدابیری اطلاق می‌شود که برای جلوگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی، درمان و توانبخشی آنها به کار می‌رود. (۲۴) در یک تحقیق نتایج نشان داد در این بیماران، اختلالاتی نظیر اضطراب، اختلالات روان‌تنی، اختلالات عملکرد اجتماعی و افسردگی بیش از افراد سالم بوده است. (۱۹) نتایج پژوهشی دیگر نیز نشان داد که سلامت روانی در افراد مبتلا به ریفلاکس در سطح پایین‌تری به نسبت افراد سالم قرار دارد. همچنین کیفیت زندگی در این افراد به خصوص در شش کارکرد نقش فیزیکی، سرزندگی، اجتماعی، درد بدنی، درک سلامت عمومی، سلامت روانی پایین‌تر از افراد سالم بود. (۲۵) همچنین طی تحقیقی در آمریکا ۳۸ بیمار مبتلا به ریفلاکس معده و افسردگی اساسی (۲۴ زن و ۱۴ مرد) و ۳۸ فرد غیر مبتلا مورد بررسی قرار گرفتند. اختلاف معنی‌داری بین نمرات افسردگی در گروه مبتلا و غیر مبتلا وجود داشت، (۲۶) اما با این حال، در برخی مطالعات، ارتباطی بین استرس‌های محیطی و تجربی با ریفلاکس مری مشاهده نشده است و نقش اختلالات روان و چگونگی اثرات آن در این اختلال کاملاً مشخص نیست. (۱۴) با توجه به نتایج متناقضی که در زمینه سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به ریفلاکس معده به مری وجود دارد و همچنین شناخت پاسخ‌هایی که این افراد نسبت به شرایط ناگوار تنیدگی می‌دهند؛ نیاز است تحقیقات

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد مقیاس‌های ۹ گانه SCL-۹۰-R در گروه زنان بیمار و سالم

متغیرها	زنان بیمار (انحراف استاندارد) میانگین	زنان سالم (انحراف استاندارد) میانگین
شکایات جسمانی	۱/۰۴ (۰/۴۱)	۰/۶۰ (۰/۵۷)
وسواس فکری - عملی	۱/۰۸ (۰/۴۵)	۰/۸۶ (۰/۹۶)
حساسیت بین فردی	۰/۹۵ (۰/۳۵)	۰/۶۹ (۰/۸۳)
افسردگی	۱/۷۲ (۰/۴۳)	۰/۶۷ (۰/۷۳)
اضطراب	۰/۹۷ (۰/۳۸)	۰/۵۲ (۰/۶۵)
خصوصیت (پرخاصگری)	۱/۰۶ (۰/۴۳)	۰/۷۸ (۰/۹۸)
ترس مرضی	۱/۰۲ (۰/۴۸)	۰/۷۳ (۰/۷۱)
افکار پارانوئیدی	۱/۱۲ (۰/۴۹)	۰/۹۳ (۱/۰۴)
روان پرشی	۰/۹۱ (۰/۲۸)	۰/۷۱ (۰/۵۸)
سبک مسئله مدار	۳/۰۶ (۸/۳۱)	۳/۱۲۹ (۷/۲۴)
سبک هیجان مدار	۲/۶۱ (۵/۷۲)	۲/۶۹ (۷/۵۹)
سبک اجتنابی	۴۳/۷۸ (۱۱/۶۷)	۳۵/۲۵ (۱۰/۶۳)

الف) چک لیست نشانگان روانی (SCL-۹۰-R): آزمون SCL-۹۰-R برای اولین بار در سال ۱۹۷۳ به وسیله دراگوتیس و همکاران براساس تجربیات بالینی و تحلیل‌های روان‌سنجی قبلی به صورت و شکل فعلی ارائه و معرفی شد. (۲۷) این آزمون شامل ۹۰ ماده در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۰ = هیچ، ۱ = کمی، ۲ = تاحدی، ۳ = زیاد، ۴ = به شدت) می‌باشد. این ابزار ۹ بعد علایم روان‌پزشکی (شکایات جسمانی، وسواس فکری و عملی، حساسیت میان فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی) را مورد بررسی قرار می‌دهد. در هنجاریابی اصلی آزمون، بالاترین آلفای کرونباخ مربوط به افسردگی (۰/۹۰) و کمترین آن مربوط به روان‌پریشی (۰/۷۷) بوده است. بررسی پایایی به شیوه باز آزمایی نیز، ضرایب ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ را نشان داده است. (۲۸) در ایران نیز ساختار عاملی آن تأیید شده است و پایایی پرسشنامه مناسب گزارش شده است. (۲۹)

ب) پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای اندلر و پارکر: این پرسشنامه توسط اندلر و پارکر تهیه شده و توسط اکبر زاده ترجمه شد است. (۳۰) این ابزار شامل ۴۸ گویه است و پاسخ‌ها به روش لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) مشخص شده است که سه زمینه اصلی رفتارهای مقابله‌ای را در بر می‌گیرد: مقابله مسئله مدار، مقابله هیجان مدار و مقابله اجتنابی یا فرار از مسئله. نمره‌گذاری براساس طیف لیکرت است و بیشترین نمره برای هر گویه ۵ و حداقل ۱ است. برای به دست آوردن پایایی این ابزار در گروه دانشجویان از آلفای کرونباخ استفاده شده که در مقابله مسئله مدار پسران ۰/۹۲ و دختران ۰/۸۵ و در مقابله اجتنابی پسران ۰/۸۵ و دختران ۰/۸۲ به دست آمده است. (۳۱) اعتبار پرسشنامه با موقعیت‌های تنیدگی را از طریق آلفای کرونباخ در پژوهش قریشی راد در سطح ۰/۸۳ به دست آمده است. روایی پرسشنامه مذکور نیز طی پژوهش‌هایی در ایران انجام شده، تأیید شده است. به منظور محاسبه همبستگی عوامل پرسشنامه مقابله با استرس از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده و نتایج ذیل به دست آمده است: مسئله مدار ۰/۵۸، هیجان مدار ۰/۵۵ و اجتنابی ۰/۹۳. (۳۱)

یافته‌ها:

در این پژوهش میانگین گروه سنی گروه بیماران ریفلاکس معده به مری ۲۹/۸۲ و میانگین سنی گروه افراد سالم ۹۳/۳۳ بود. در گروه بیماران ۳/۴ درصد دیپلم، ۷۳/۹ درصد لیسانس و ۲۱/۷ درصد فوق لیسانس بودند و در گروه افراد سالم ۱۲/۸ درصد دیپلم، ۵۹/۶ درصد لیسانس و ۲۷/۷ درصد فوق لیسانس بودند. همچنین در گروه بیماران ۴۳/۵ درصد مجرد و ۵۶/۵ درصد متأهل بودند. در گروه سالم نیز ۳۴ درصد مجرد و ۶۶ درصد متأهل بودند. میانگین و (انحراف استاندارد) نمرات SCL-۹۰-R (شکایات جسمانی، وسواس فکری و عملی، حساسیت میان فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت (پرخاصگری)، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی) و سبک‌های مقابله با تنیدگی (مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی) در زنان با بیماری ریفلاکس معده به مری و سالم در جدول ۱ آمده است.

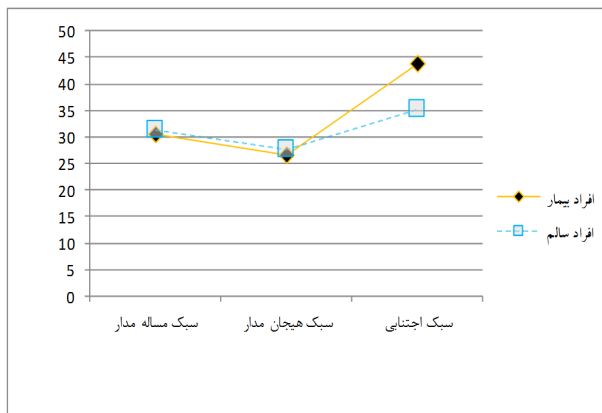
بیشتری در این زمینه انجام گیرد تا وضعیت سلامت روان‌شناختی این بیماران را شناسایی کرد و با برقراری ارتباط و حمایت روانی از طریق بکارگیری مراقبت‌های مناسب در جهت کاهش این مسائل روان‌شناختی اقدام کرد. از سوی دیگر، با توجه به اهمیت سلامت روانی و جسمانی زنان و نقش مهم و اثرگذار آنان در سلامت سایر اعضای خانواده و از این جهت که بیماری‌هایی نظیر رفلاکس معده، مشکلات بیشتری برای زنان ایجاد می‌کند تا مردان، بنابراین نیاز است تحقیقات آسیب‌شناسی تمرکز بیشتری بر این گروه داشته باشند. بر این اساس پژوهش حاضر به بررسی پاسخ به این پرسش می‌پردازد که آیا تفاوت معناداری در نیمرخ سلامت روانی و سبک‌های مقابله‌ای با استرس در زنان دچار ریفلاکس معده به مری و زنان سالم وجود دارد؟

روش بررسی:

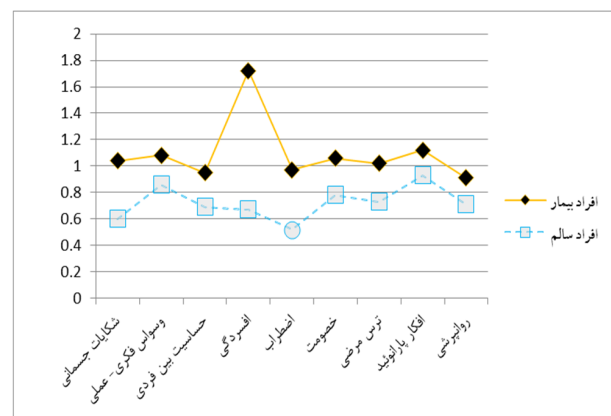
پژوهش حاضر توصیفی و از نوع علی - مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش را همه بیماران زن ریفلاکس معده به مری مراجعه‌کننده به مطب و کلینیک‌های بیماری‌های گوارشی در شهر زاهدان در سال ۱۳۹۷ تشکیل داد که از بین آنها به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۵۰ نفر بیمار انتخاب شدند. نمونه گروه شاهد با روش هم‌تا کردن متغیرهای سنی و وضعیت تأهل، تحصیلی و شغلی از همراهان بیماران و به تعداد ۵۰ نفر انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های چک لیست نشانگان روانی (SCL-۹۰-R) و راهبردهای مقابله‌ای اندلر و پارکر استفاده شد. در پایان پس از حذف پرسشنامه‌های ناقص، داده‌های پرسشنامه ۹۳ نفر (۴۶ نفر برای گروه بیمار و ۴۷ نفر برای گروه سالم) با نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری ANOVA برای تعیین تفاوت بین گروهی در متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	SS	DF	MS	F	Sig	مجذور اتا
شکایات جسمانی	۴/۳۷	۱	۴/۳۷	۱۷/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۱۶
وسواس فکری - عملی	۱/۰۸	۱	۱/۰۸	۱/۷۹	۰/۱۸	۰/۰۱
حساسیت بین فردی	۱/۵۹	۱	۱/۵۹	۳/۸۵	۰/۰۵	۰/۰۴
افسردگی	۳/۹۳	۱	۳/۹۳	۱۰/۵۹	۰/۰۰۲	۰/۱۰
اضطراب	۴/۸۵	۱	۴/۸۵	۱۶/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۱۵
خصوصیت (پرخاشگری)	۱/۸۳	۱	۱/۸۳	۳/۱۷	۰/۰۷	۰/۰۳
ترس مرضی	۱/۸۵	۱	۱/۸۵	۴/۹۷	۰/۰۲	۰/۰۵
افکار پارانوئیدی	۰/۸۶	۱	۰/۸۶	۱/۳۱	۰/۲۵	۰/۰۱
روان پرشی	۰/۹۰	۱	۰/۹۰	۴/۳۴	۰/۰۴	۰/۰۴
سبک مسئله مدار	۲/۲۴	۱	۲/۲۴	۰/۰۵	۰/۸۲	۰/۰۰۱
سبک هیجان مدار	۲۷/۰۴	۱	۲۷/۰۴	۰/۷۶	۰/۳۸	۰/۰۰۸
سبک اجتنابی	۱۶۹۰/۴۲	۱	۱۶۹۰/۴۲	۲۰/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۱۸



شکل ۲: نیمرخ راهبردهای مقابله ای زنان دو گروه بیمار و سالم



شکل ۱: نیمرخ سلامت روانی زنان دو گروه بیمار و سالم

واریانس چندگانه را مجاز شمرد. نتایج در جدول ۲ گزارش شده است. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری در جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات شکایات جسمانی ($F = 17/41$)، حساسیت بین فردی ($F = 3/8$)، افسردگی ($F = 10/59$)، اضطراب ($F = 16/68$)، ترس مرضی ($F = 4/97$)، روان پرشی ($F = 4/34$) و سبک اجتنابی ($F = 20/24$) به‌طور معنی‌داری در افراد بیمار بیشتر از افراد سالم است. جهت شفاف‌سازی این تفاوت‌ها، نتایج در شکل ۱ و ۲ ارائه شده است.

براساس شکل ۱ در همه مشکلات روان‌شناختی نمرات زنان گروه بیمار بیشتر از زنان سالم است و بیشترین اختلاف نمره و مشکل مربوط به افسردگی است.

در شکل ۲ نمرات زنان سالم در سبک‌های مسئله مدار و هیجان مدار اندکی بیشتر از زنان گروه بیمار است. با این حال در سبک اجتنابی افراد گروه بیمار نمره خیلی بیشتری از گروه سالم به دست آورده‌اند.

قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس چند متغیری باید یادآور شد که پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. اولین پیش‌فرض نرمال بودن متغیرهای وابسته است که نتایج شاخص کجی و کشیدگی نشان داد نمره همه متغیرها در فاصله ۲ تا -۲ قرار دارد و پیش‌فرض نرمال بودن متغیرها رعایت شده است. نتایج آزمون لون نیز برای بررسی همگنی واریانس‌های بین گروهی نیز نشان داد که آماره F برای همه متغیرها معنادار نبود ($p > 0/05$). با توجه به عدم تخطی از این پیش‌فرض، از ارزش لامبدای ویلکز برای بررسی معناداری اثرهای چندمتغیری این ارزش استفاده شد. نتایج آزمون لامبدای ویلکز در آزمون تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که اثر گروه بر ترکیب متغیرها معنی‌دار است ($0/60 = \text{لامبدای ویلکز}$)، و $p < 0/001$ ، $F_{(12,80)} = 4/40$. نتایج نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی‌دار است و میزان این تفاوت ۳۹ درصد است. یعنی ۳۹ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تأثیر متقابل متغیرهای وابسته است. آزمون فوق قابلیت استفاده از تحلیل

بحث:

پژوهش حاضر با هدف مقایسه نیمرخ سلامت روانی و سبک‌های مقابله با تنیدگی در افراد دچار ریفلاکس معده به مری و افراد سالم انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که در بیشتر مؤلفه‌های سلامت روانی (شکایت‌های جسمانی، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، ترس مرضی و روان پریشی) تفاوت معناداری بین افراد دچار ریفلاکس معده به مری و سالم مشاهده و افراد بیمار از مشکلات روان‌شناختی بیشتری در مقایسه با افراد سالم برخوردار بودند. یافته‌های این پژوهش با نتایج تحقیقات قبلی در مورد رابطه بیماری ریفلاکس معده به مری با مشکلات روان‌شناختی، (۱۰-۱۷ و ۲۵-۲۶) همسو می‌باشد.

در تبیین رابطه بین بیماری ریفلاکس معده به مری و نشانه‌های روان‌پزشکی می‌توان به مبنای زیستی این اختلال و روابط آن با مسائلی نظیر استرس و اضطراب اشاره کرد؛ به این صورت که مطالعات تجربی نشان داده‌اند که استرس‌های حاد می‌توانند باعث افزایش ترشح اسید شوند. (۱۱) همچنین استرس می‌تواند تخلیه معده را کند نماید و با همین مکانیسم به بروز ریفلاکس معده بیانجامد. (۱۶) ۶۰٪ بیماران با علائم ریفلاکس معده، بدتر شدن علائم را در زمان استرس دارند. از سوی دیگر استرس با اضطراب و افسردگی نیز رابطه نزدیکی دارد و در این تحقیق نیز نشان داده شد که بیشترین تفاوت بین دو گروه بیمار و سالم در شدت افسردگی است. (۱۴) در این راستا نتایج تحقیقات نشان داده است که اضطراب و افسردگی نیز با ۲ تا ۴ برابر خطر بیماری ریفلاکس همراه است. (۱۲) در مطالعه جانسون روی بیمارانی که ریفلاکس داشتند، در مقایسه بیمارانی که افسردگی مازور داشتند و افرادی که افسردگی مازور نداشتند دریافت، بازگشت ریفلاکس پس از عمل جراحی در بیمارانی که افسردگی مازور داشتند، به میزان چشمگیری بیشتر بود. (۱۰)

مطابق با تحقیق حاضر و تحقیقات پیشین، می‌توان گفت رابطه نزدیکی بین سلامت سیستم عصبی و سلامت سیستم گوارشی وجود دارد. اگر سیستم عصبی تقویت شده باشد اثر سودمندی بر روی دستگاه گوارش خواهد داشت. (۲۴) همچنین سیستم عصبی تحت تأثیر انرژی دستگاه گوارش است (مثلاً اگر آدرنالین بالا باشد یعنی در حالت عصبانیت و اضطراب، اعضای گوارشی انرژی کمتری را دریافت می‌کنند. به خاطر کاهش دریافت انرژی از سیستم عصبی، عملکرد دستگاه گوارش نیز کاهش پیدا می‌کند). (۱۷) از سوی دیگر افزایش فراوانی و شدت نشانه‌های ریفلاکس تأثیر منفی زیادی روی سلامت و کیفیت زندگی می‌گذارد. تحقیق کاردوسی و همکاران در مورد سلامت روان‌شناختی در افراد مبتلا به ریفلاکس و افراد سالم این امر را تأیید می‌کند. در این طرح مشاهده شد، کیفیت زندگی به‌خصوص در جنبه‌های نقش فیزیکی، اجتماعی، درد بدنی، درک سلامت عمومی، سرزندگی و سلامت روانی در افراد مبتلا به ریفلاکس به‌طور چشمگیری به نسبت افراد سالم پایین‌تر می‌باشد. (۱۶) در مجموع در تأثیر سلامت روانی و بیماری ریفلاکس معده می‌توان گفت که ممکن است حالات روانی نظیر افسردگی، اضطراب و استرس‌های حاد به تغییرات حرکتی مری و عملکرد اسفنکتری تحتانی مری شود؛ اما این که این علائم می‌توانند در طولانی‌مدت نیز باعث این تغییرات شوند، مشخص نیست. ممکن است عوامل روانی، موجب افزایش تغییرپذیری مری شوند و درک افراد از علائم این اختلال را تشدید کنند. (۱۲) تاکنون هیچ‌گونه ارتباط مستقیمی بین شدت علائم ریفلاکس و شدت پاتولوژی و آسیب مخاطی نشان داده نشده است و این امر دلالت بر نقش عوامل روانی در درک افراد از علائم ریفلاکس دارد. (۲۶)

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که میانگین سبک اجتنابی مقابله با استرس در بیماران ریفلاکس معده به‌طور معنی‌داری بالاتر از گروه شاهد بود و در دیگر سبک‌های مقابله تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. با بررسی ادبیات پژوهشی، پژوهشگران تحقیق همسویی با این نتیجه نیافتند؛ اما نتایج این پژوهش به‌صورت ضمنی همسو با نتایج تعدادی از پژوهش‌ها است که نشان داده‌اند نحوه مدیریت و مقابله با استرس در بیماران ریفلاکس معده اهمیت فراوانی دارد و منجر به کاهش اثرات منفی این بیماری می‌گردد. (۲۲ و ۲۱) با این حال در پژوهش‌های فراوانی اثرات راهبردهای مقابله‌ای در بیماری‌های روان‌پزشکی نشان داده شده است. (۱۸ و ۲۰) در تبیین این یافته می‌توان گفت بیمارانی مبتلا به ریفلاکس معده نمونه مورد مطالعه این پژوهش، افراد جوان، باهوش و تحصیل‌کرده را تشکیل داد که سیر پیش‌رونده بیماری‌شان کند بود. همچنین آنها به دنبال گذشت زمان زیادی از شروع بیماری و پی بردن به این موضوع که فشار روانی باعث تشدید علائم بیماری آنها می‌شود، سعی می‌کنند تا حد امکان از عامل استرس‌زا اجتناب کنند تا به دنبال آن علائم بیماری آنها تشدید نشود به همین دلیل این بیماران در مقایسه با افراد سالم در سبک مقابله‌ای اجتنابی نمرات بالاتری را کسب کردند. براساس نتایج پژوهش و از آنجا که بیماران از سبک مقابله‌ای اجتنابی بیشتر استفاده می‌کنند به نظر می‌رسد مقابله اجتنابی به‌عنوان راهبردی کوتاه‌مدت، کارآمد شناخته شده اما در دراز مدت مانع سازش روان‌شناختی می‌شود و نشانه‌های درماندگی مثل افسردگی را افزایش می‌دهد. (۳۲) بنابراین تغییر این سبک به سبک مقابله مسئله مدار کمک مؤثری به بیماران کند.

در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به ریفلاکس معده به مری از نیمرخ سلامت روانی پایین‌تری در مقایسه با هم‌تایان سالم برخوردار بودند. به‌طوری که این بیماران در بسیاری از شاخص‌های سلامت روانی نظیر افسردگی، اضطراب، استرس و نشانه‌های جسمانی، نمره بیشتری در مقایسه با افراد سالم کسب کردند؛ همچنین این افراد سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی بیشتری در مقایسه با گروه سالم داشتند. این نتایج نشان‌دهنده ارتباط تنگاتنگ مسائل روان‌شناختی همراه با مشکلات جسمانی در این بیماران است و باید در مداخلات درمانی و آموزشی برای این بیماران، مسائل روان‌شناختی هم‌زمان با مسائل جسمانی مورد توجه قرار گیرد. علی‌رغم تلویحات کاربردی زیادی که از این پژوهش قابل استنباط است، استفاده از ابزارهای خودگزارش دهی، استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب نمونه از یک منطقه جغرافیایی و یک جنس، از جمله محدودیت‌هایی بودند که در این پژوهش وجود داشت؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از ابزارها و نمونه‌های متنوع‌تر و از هر دو جنس برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده کرد؛ علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود این بیماران هم‌زمان با درمان‌های دارویی و خدمات پزشکی از خدمات روان‌شناختی و مشاوره نیز بهره‌گیرند.

نتیجه‌گیری:

نتیجه این پژوهش نشان می‌دهد که زنان مبتلا به ریفلاکس معده به مری سلامت روانی پایین‌تری در مقایسه با زنان سالم دارند و از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی بیشتری در مقایسه با گروه شاهد استفاده می‌کنند. با توجه به مشکلات روان‌شناختی بیشتر در این بیماران، بنابراین همکاری متخصصین گوارش با روان‌شناسان و روان‌پزشکان می‌تواند در کمک‌رسانی به این بیماران اثرات مثبتی به بار آورد.

REFERENCES:

- McDonald JW, Feagan BG, Jalan R, Kahrilas PJ. Evidence-based gastroenterology and hepatology. Wiley-Blackwell; 2019 May 6.
- Richter JE, Rubenstein JH. Presentation and epidemiology of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 2018;154:267-76.
- Khan S, Orenstein SR. Gastroesophageal reflux disease. Current and Future Developments in Surgery Volme 1. *Oesophagogastric Surgery* 2018;7:189-232.
- Oor JE, Roks DJ, Ünlü Ç, Hazebroek EJ. Laparoscopic sleeve gastrectomy and gastroesophageal reflux disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Surg* 2016;211:250-67.
- Herbella FA, Patti MG. Gastroesophageal reflux disease: From pathophysiology to treatment. *World J Gastroenterol* 2010;16:3745-9.
- Mahmudi S, Pourshams A, Akbari M, Malekzadeh R. The prevalence of irritable bowel syndrome and gastroesophageal reflux disease among Tehran University students. *Govaresh* 2012;8:159-62.
- Hatami K, Pourshams A, Azimi K, Sarrafi M, Mehrabani M, Mostajabi P, et al. Dyspepsia, gastroesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome among blood donors. *Govaresh* 2003;8:138-46.
- Stenard F, Iannelli A. Laparoscopic sleeve gastrectomy and gastroesophageal reflux. *World J Gastroenterol* 2015;21:10348-57.
- Herregods TV, Bredenoord AJ, Smout AJ. Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease: new understanding in a new era. *Neurogastroenterol Motil* 2015;27:1202-13.
- Jansson C, Nordenstedt H, Wallender MA, Johansson S, Johnsen R, Hveem K, et al. Severe gastro-esophageal reflux symptoms in relation to anxiety, depression and coping in population based study. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;26:683-91.
- Kessing BF, Bredenoord AJ, Saleh CM, Smout AJ. Effects of anxiety and depression in patients with gastroesophageal reflux disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2015;13:1089-95.
- Rathi P, Gill A, Vankar GK, Ohri N, Patel A. Study of Depression and Anxiety in Endoscopically Diagnosed Cases of Gastro-Oesophageal Reflux Disease (GERD). *Indian J Mental Health* 2018;5:15-28.
- Kim SY, Kim HJ, Lim H, Kong IG, Kim M, Choi HG. Bidirectional association between gastroesophageal reflux disease and depression: Two different nested case-control studies using a national sample cohort. *Sci Rep* 2018;8:11748.
- Okuyama M, Takaishi O, Nakahara K, Iwakura N, Hasegawa T, Oyama M, et al. Associations among gastroesophageal reflux disease, psychological stress, and sleep disturbances in Japanese adults. *Scand J Gastroenterol* 2017;52:44-9.
- Alrashed AA, Aljammaz KI, Pathan A, Mandili AA, Almatrafi SA, Almotire MH, et al. Prevalence and risk factors of gastroesophageal reflux disease among Shaqra University students, Saudi Arabia. *J Family Med Prim Care* 2019;8:462-7.
- Cardoso AL, Figueiredo AG, Sales LG, Neta AM, Barreto ID, Trindade LM. Gastroesophageal reflux disease: prevalence and quality of life of health science undergraduate students. *Argentina de Gastroenterologia* 2018;48:197-205.
- Choi JM, Yang JI, Kang SJ, Han YM, Lee J, Lee C, et al. Association between Anxiety and Depression and Gastroesophageal Reflux Disease: Results from a Large Cross-sectional Study. *J Neurogastroenterol Motil* 2018;24:593-602.
- Folkman S. Stress: appraisal and coping. Springer. New York; 2013.
- Aletaha N, Pourshams A, Nouraei S, Malekzadeh R. The Role of Psychosocial Disorders in Gastroesophageal Reflux Disease. *Govaresh* 2007;12:92-7.
- Russo TJ, Fallon MA. Coping with stress: Supporting the needs of military families and their children. *Early Childhood Education J* 2015;43:407-16.
- Bilgi MM, Vardar R, Yıldırım E, Veznedaroğlu B, Bor S. Prevalence of psychiatric comorbidity in symptomatic gastroesophageal reflux subgroups. *Dig Dis Sci* 2017;62:984-93.
- Ness-Jensen E, Hveem K, El-Serag H, Lagergren J. Life-style intervention in gastroesophageal reflux disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2016;14:175-82.
- Robinson P, Turk D, Jilka S, Cella M. Measuring attitudes towards mental health using social media: investigating stigma and trivialisation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2019;54:51-8.
- Roe D, Corrigan P, Link BG. Mental Health Stigma: so much progress and yet a long way to go-Introduction to special issue on stigma. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2017;54:3-5.
- Hosseini S H, Khaleghi Kiadehi N, Fakhri K, Alipour A, Zamani F. The Relationship between Mental Health and Quality of Life with Gastroesophageal Reflux. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2015;24:81-88.
- Kamolz T, Grandrath FA, Pointner R. Does major depression in patients with gastroesophageal reflux disease affect the outcome of laparoscopic antireflux surgery? *Surg Endosc* 2003;17:55-60.
- Derogatis LR, Cleary PA. Confirmation of the dimensional structure. Of the SCL-90: a study in construct validation. *J Clin Psychol* 1977;33:981-9.
- Derogatis LR, Rickels K, Rock A. The SCL-90-R and MMPI: A step in the validation of new self-report scale. *Br J Psychiatry* 1976;128:280-9.
- Habibzade A. Investigating the Mental Health of Female High School students in the city of Qom. *Knowledge Res Appl Psychol* 2014;1:108-17.
- Akbarzadeh N. Passing from adolescence to aging. Tehran: AL Zahra University 1997:68-73.(Persian)
- Qryshyrad F. Validation of coping with stressful situations scale, Andler and Parker. *J Behav Sci* 2010;4:1-7.
- Tiemensma J, Kaptein AA, Pereira AM, Smit JW, Romijn JA, Biermasz NR. Coping strategies in patients after treatment for functioning or nonfunctioning pituitary adenomas. *J Clin Endocrinol Metab* 2011;96:964-71.