

مقایسه راهبردهای مقابله‌ای در برابر شرایط استرس‌زا در افراد با علائم اولسر پپتیک و افراد سالم ۲۰ تا ۵۰ سال

ابراهیم مسعودنیا^{۱*}، سید جواد پورنقی^۲، زهرا باهممت^۳

^۱ دانشیار جامعه‌شناسی پزشکی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
^۲ فوق تخصص گوارش و کبد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
^۳ کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
^{*} نویسنده مسئول: دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
پست الکترونیک: masoudnia@guilan.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: بیماران شاکی از علائم گوارشی تعداد زیادی از مراجعین به کلینیک‌های عمومی و داخلی را تشکیل می‌دهند. به نظر می‌رسد که چگونگی واکنش افراد نسبت به رویدادهای استرس‌زا، مهم‌تر از خود استرس در تولید بیماری‌های گوارشی باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای و ابتلای به اولسر پپتیک انجام شد.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر از نوع مورد-شاهدی می‌باشد. ۲۰۰ نفر (۱۰۰ نفر بیمار مبتلا به زخم معده با علائم اولسرهای پپتیک (زخم اثنی عشر، زخم معده و زخم مری) با تشخیص زخم پپتیک که به بیمارستان امام رضا (ع) بجنورد مراجعه نموده و اندیکاسیون آندوسکوپی داشتند و ۱۰۰ نفر سالم که فاقد سابقه یا ابتلا به زخم پپتیک بودند) با سنین ۲۰ تا ۵۰ سال با یکدیگر مورد مقایسه قرار گرفتند. این افراد با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار سنجش عبارت بودند از: مقیاس راهبردهای مقابله‌ای (CSS) و چک لیست مشخصات دموگرافیک داده‌ها با استفاده از آماره یومن ویتنی و نرم‌افزار SPSS 20 تحلیل شدند.

یافته‌ها: تفاوت معناداری میان افراد با علائم اولسر پپتیک و افراد سالم از نظر راهبردهای مقابله‌ای جستجوی حمایت اجتماعی ($p < 0/001$)، ارزیابی مجدد/ سازگاری ($p < 0/001$)، مقابله اجتنابی ($p < 0/001$)، مقابله مساله‌مدار ($p < 0/001$)، مقابله هیجان‌مدار ($p < 0/01$) و مقابله فعالانه ($p < 0/05$) وجود داشت.

نتیجه‌گیری: راهبردهای مقابله هیجانی‌مدار و منفی در برابر شرایط استرس‌زا می‌تواند بعنوان یک ریسک فاکتور برای اولسر پپتیک عمل کند. بیماران با علائم اولسر پپتیک در مقایسه با افراد سالم از راهبردهای مقابله‌ای هیجانی و نامطلوب، مانند ارزیابی مجدد/ سازگاری و مقابله اجتنابی استفاده می‌کردند.

واژه‌های کلیدی: راهبردهای مقابله‌ای، اولسر پپتیک، شرایط استرس‌زا

مقدمه

بیماران شاکی از علائم گوارشی تعداد زیادی از مراجعین به کلینیک‌های عمومی و داخلی را تشکیل می‌دهند. بیماریهای گوارشی تأکیدی بر اهمیت مدل زیستی-روانی-اجتماعی در رویکرد بیماریها بوده و بیماریهایی همچون زخم پپتیک، نمونه‌هایی از بیماریهای روان تنی هستند [۱]. زخم پپتیک که به ضایعه مخاطی در معده، پیلور، دوازدهه و مری که با ایجاد یک حفره به طرف بیرون همراه است گفته می‌شود، بیماری بسیار شایعی است که در مردان بیشتر از زنان دیده می‌شود [۲]. رایج‌ترین علامت زخم پپتیک درد سوزشی می‌باشد این درد به صورت احساس درد در هر جایی از بالای ناف تا جناغ سینه، احساس سیری، تهوع خفیف، بدتر شدن درد زمانی که معده خالی است، در موارد کمتر علائم به شرح زیر دیده شده کاهش وزن بدون دلیل، بی‌اشتهایی، بالا آوردن خون و خون در مدفوع یا قیری شدن مدفوع می‌باشد [۳]. اگرچه این بیماری میزان مرگ و میر بالایی را باعث نمی‌شود اما با توجه به شیوع ۱۰ تا ۱۲ درصدی آن، پیامدهای روانی-اجتماعی، عاطفی و اقتصادی زیادی را به دنبال دارد [۴]. در حدود ۴۵ تا ۶۰٪ موارد بستری خونریزی‌های حاد گوارش در دنیا، به علت زخم‌های پپتیک بوده است [۵]. شیوع زخم پپتیک در طول عمر هر فرد ۵-۱۰ درصد می‌باشد [۶]. پژوهش‌ها نشان می‌دهند شیوع زخم پپتیک در ایالات متحده در بین مردان تقریباً ۱۲٪ و در بین زنان ۱۰٪ است، بعلاوه، هر سال در جهان تقریباً ۱۵۰۰۰ مرگ در اثر عوارض زخم پپتیک رخ می‌دهد [۷]. این بیماری از نظر میزان شیوع در ایران سی و یکمین بیماری محسوب می‌شود [۸]. اتیولوژی اولسرها پپتیک، بسیار پیچیده است مهمترین علت ایجاد کننده این بیماری، میکروب هلیکوباکتر پیلور می‌باشد. البته عواملی مانند: وراثت ضعف سیستم جسمانی و الگوهای غلط تغذیه نیز بعنوان ریسک فاکتورهای اولسر پپتیک شناخته شده‌اند. از این گذشته، پژوهش‌ها نشان دادند که شیوع اولسر پپتیک ناشی از هلیکوباکترپیلوری، خود تحت تأثیر عوامل اجتماعی و روانی است. برای مثال، مطالعات نشان داده‌اند که الگوی اپیدمیولوژیک این عفونت در کشورهای صنعتی و در حال توسعه متفاوت

است به طوری که در کشورهای صنعتی به تدریج و با افزایش سن، شیوع عفونت افزایش می‌یابد اما در کشورهای در حال توسعه بیشتر افراد در سن کودکی و درصد زیادی از افراد جوان نیز پس از بزرگسالی عفونی می‌شوند. گذشته از سن، خطر اصلی دیگر برای کسب عفونت فقر است. مطالعات نشان داده که بین سطح اقتصادی-اجتماعی افراد و شیوع این عفونت ارتباط نزدیکی وجود دارد [۹]. برای نمونه در کشور هند ۸۰٪ افراد زیر ۲۰ سال دارای سطح اقتصادی-اجتماعی پایین از نظر آنتی بادی ضد هلیکوباکتر پیلوری مثبت می‌باشند. اما شیوع عفونت در کشورهای توسعه یافته دارای سطح اجتماعی - اقتصادی بالاتر بین ۱/۳ تا ۱۹/۴٪ گزارش شده است [۱۰]. مطالعات اخیر، همواره به استرس بعنوان یکی از ریسک فاکتورهای مهم در سبب‌شناسی اولسر پپتیک توجه نشان داده به همین سبب آن را یکی از انواع مهم اختلالات روان‌تنی می‌دانند [۴]. مطالعات اولیه زخم معده، نقش عوامل روانشناختی را در تولید زخم معده مستعد نشان داده‌اند. این اثر از طریق افزایش ترشح اسید در اثر استرس روانشناختی اعمال می‌شود [۱۱]. با وجود این که تجربه رویدادهای استرس‌زا بعنوان یک ریسک فاکتور عمده در اکثر پژوهش‌های با رویکرد زیستی - روانی - اجتماعی تلقی شده است اما بسیاری از محققان بر این باورند که چگونگی واکنش افراد نسبت به رویدادهای استرس‌زا، مهمتر از خود استرس در تولید بیماری است [۱۲]. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که نوع راهبرد مقابله مورد استفاده فرد نه فقط سلامت روانی که بهزیستی جسمانی وی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۳]. راهبردهای مقابله‌ای مجموعه‌ای از تلاشهای شناختی و رفتاری فرد است که جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنیدگی‌زا و کنار آمدن با مسائل و مشکلات به کار می‌رود و نقش اساسی و تعیین کننده در سلامت جسمانی و روانی ایفا می‌کند [۱۴]. لازاروس و فولکمن^۱ [۱۵] راهبردهای مقابله‌ای را روش تغییر موقعیتها و یا تفسیر موقعیتها می‌دانند. به نظر آنها، این راهبردها فرایند پویا و مداوم هستند و به طور کلی به

1-Lazarus, Folk man

پژوهشهای پیشین [۲۶-۲۳] غالباً بر نقش عوامل زیست شناختی، برای مثال ویروس هلکوباکتریلوری و با رویکرد بالینی تمرکز داشتند. در این میان تاثیر متغیرهای اجتماعی - روانی در بروز و گسترش اولسرها پپتیک، بویژه در ایران نادیده گرفته شده است. اما پژوهشهای اندکی به بررسی رابطه راهبردهای مقابله‌ای در شرایط استرس‌زا با اولسر پپتیک در ایران پرداخته‌اند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه میان راهبردهای مقابله‌ای در برابر موقعیت‌های استرس‌زا و ابتلای به اولسر پپتیک انجام شده است.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع مورد - شاهدی بود. داده‌های این مطالعه از ۱۰۰ بیمار ۲۰ تا ۵۰ سال با تشخیص زخم پپتیک که به بیمارستان امام رضا (ع) بجنورد مراجعه نموده و اندیکاسیون آندوسکوپی داشتند (گروه مورد) و ۱۰۰ فرد فاقد علائم اولسر پپتیک که با روش خودسنج مورد بررسی قرار گرفته و هیچگونه علائم گوارشی را گزارش نکرده بودند (گروه شاهد) و در بازه زمانی مهر تا آذر ماه ۱۳۹۴ جمع آوری شد. با بهره‌گیری از فرمول تعیین حجم نمونه نسبت کاکران و مقدار اشتباه مجاز $d = 0.07$ ، تعداد نمونه لازم برابر با ۱۹۶ نفر محاسبه شد. به جهت پیشگیری از احتمال بی‌پاسخی و کاهش تعداد نمونه، تعداد نمونه برابر با ۲۰۰ نفر (۱۰۰ نفر بیمار و ۱۰۰ نفر سالم) انتخاب شدند. نمونه بیماران با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. همچنین، افراد سالم با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و با رعایت روش‌های کنترل تحقیقی و از جامعه مشابه، یعنی شهر بجنورد برای مقایسه انتخاب شدند. شرکت افراد در مطالعه، براساس رضایت آنها و اختیاری بود و قبل از تکمیل پرسشنامه، هدف مطالعه برای آنها توضیح داده می‌شد. معیار ورود در گروه بیماران، تشخیص علائم اولسر پپتیک در آنها از طریق انجام تست تشخیصی آندوسکوپی بود و در گروه افراد سالم، معیار ورود، عدم داشتن علائم اولسر پپتیک بوده است. قبل از جمع‌آوری داده‌ها، مجوز-های لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی اخذ شد.

دو نوع تقسیم می‌شوند: مسأله مدار و هیجان‌مدار. راهبردهای مقابله‌ای مسأله مدار بیانگر اعمالی هستند که هدفشان تغییر یا کاهش موقعیتهای فشارزاست. معمولاً زمانی که موقعیت یا رویداد، قابل تغییر باشد و یا فرد چنین تصور کند که می‌تواند موقعیت را کنترل کرده و آن را تغییر دهد، از راهبرد مسأله مدار استفاده می‌کند [۱۶]. مهم‌ترین این راهبردها عبارتند از: جستجوی حمایت اجتماعی تلاش‌ها در راستای کسب حمایت هیجانی و اطلاعاتی از دیگران و راهبرد فعالانه: تلاش‌های فعال برای تغییر موقعیت. راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار عبارت است از تنظیم پاسخ هیجانی فرد در برابر مسأله. در صورتی که موقعیت یا رویداد، غیرقابل تغییر باشد و یا فرد چنین تصویری داشته باشد در این حالت از راهبرد هیجان‌مدار استفاده می‌نماید [۱۶]. مهم‌ترین این راهبردها عبارتند از: خویشتن‌داری: تلاش شخص برای تنظیم و کنترل احساسات خود؛ ارزیابی دوباره/ سازگاری: تلاش برای یافتن معنای مثبت در تجربه با تأکید بر رشد شخصی و راهبرد اجتناب/گریز: تلاش برای رهایی یا اجتناب از موقعیت [۱۲].

مطالعات نشان داده‌اند که راهبردهای مقابله‌ای به عنوان واسطه بین استرس و بیماری شناخته شده‌اند [۱۷]. راهبردهای مقابله‌ای نقش مهمی در کاهش اضطراب، افسردگی و مشکلات جسمی دارند [۱۸]. ریمافسکی و دادک^۱ [۱۹] دریافته‌اند که اولسر پپتیک ممکن است در بیمارانی ایجاد شود که شخصیت و تجربه زندگی آنها را مستعد واکنش جسمی به محرک‌های استرس‌زا می‌کند. برخی از مطالعات، مقابله هیجانی را بعنوان موثرترین واسطه رابطه استرس - بیماری معرفی کردند [۲۰]. بیماری‌های استرس‌مدار مانند اولسر پپتیک بیشتر در کسانی مشاهده می‌شود که پیوسته از مقابله هیجانی استفاده می‌کنند [۲۱]. از سوی دیگر تلاش‌های مقابله مسأله‌مدار و مؤثر در برابر شرایط استرس‌زا باعث می‌شود تا استرس، کمتر فشارزا تلقی شود و واکنش نسبت به آن نیز در راستای کاهش پیامدهای منفی آن باشد [۲۲].

یافته‌ها

در این مطالعه، ۲۰۰ نفر (۱۰۰ بیمار مبتلا به اولسر پپتیک و ۱۰۰ فرد سالم و بدون علائم اختلال‌های گوارشی) مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی برای گروه بیماران (مورد) ۳۴/۸ با انحراف معیار ۸/۲ و برای گروه شاهد (افراد سالم) ۳۳/۲ سال با انحراف معیار ۰/۷ بود. از نظر تحصیلات، بیشتر پاسخگویان در گروه بیماران بیشتر افراد (۷۳٪)، دارای مدرک دیپلم و پایین‌تر، و کمترین آن‌ها (۶/۰٪) دارای مدرک فوق لیسانس بودند. در گروه شاهد نیز بیشتر افراد (۵۹٪) دارای مدرک تحصیلی دیپلم و پایین‌تر و کمترین آن‌ها (۵٪) دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس و بالاتر بودند. به لحاظ سطح درآمدی، بیشتر افراد در گروه مورد و شاهد (۲۳٪) زیر ۳۵۰۰۰ تومان درآمد داشتند و بیشتر افراد دو گروه (۴۲٪ گروه شاهد و ۴۶٪ گروه مورد) در محدوده ۳۵۱۰۰۰ تا ۷۵۲۰۰۰ قرار داشتند. همچنین در گروه بیماران، ۵۰٪ از اولسر اثنی عشر، ۲۸٪ از اولسر معده و ۲۲٪ نیز از اولسر مری رنج می‌بردند.

با استفاده از آزمون یومن ویتنی برای گروه‌های مستقل، بیماران با علائم اولسر پپتیک و افراد سالم از نظر ۷ راهبرد مقابله‌ای مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری میان افراد با علائم اولسر پپتیک و افراد سالم از نظر راهبردهای مقابله‌ای جستجوی حمایت اجتماعی ($p < ۰/۰۱$, $U = ۳۱۶۰/۵$)، ارزیابی مجدد/سازگاری ($p < ۰/۰۱$, $U = ۱۴۱۵/۵$)، مقابله اجتنابی ($p < ۰/۰۱$, $U = ۲۱۹۰/۵$)، مقابله مساله‌مدار ($p < ۰/۰۱$, $U = ۴۰۳۴/۵$)، مقابله هیجان‌مدار ($p < ۰/۰۱$, $U = ۳۱۶۸/۵$) و مقابله فعالانه ($p < ۰/۰۱$, $U = ۳۹۷۵/۰$) وجود داشت. میانگین رتبه افراد سالم بر روی خرده مقیاس راهبرد مقابله‌ای جستجوی حمایت اجتماعی، مقابله مساله‌مدار و مقابله فعالانه بیشتر از گروه بیماران بود. همچنین، میانگین رتبه گروه بیماران بر روی خرده مقیاس‌های مقابله‌های هیجان محور، یعنی مقابله اجتنابی، ارزیابی مجدد/سازگاری، و خویش‌تنداری بیشتر از افراد سالم بود. تفاوت معناداری میان بیماران مبتلا به اولسر پپتیک و افراد سالم از نظر راهبرد خویش‌تنداری مشاهده نشد ($p > ۰/۰۱$, $U = ۴۶۲۸/۰$).

در تحقیق حاضر، از ابزار اندازه‌گیری زیر استفاده شد: چک لیست ویژگی‌های اجتماعی - جمعیت‌شناختی و بالینی، شامل سن، میزان تحصیلات، سابقه بیماری‌های گوارشی، و نوع اولسر.

مقیاس اصلاح شده راهبردهای مقابله‌ای (CSS-R): این مقیاس برای سنجش راهبردهای مقابله‌ای افراد در برابر شرایط استرس‌زا به کار برده می‌شود [۲۷]. مقیاس اصلاح شده راهبردهای مقابله‌ای مرکب از ۲۸ آیت است که هفت مولفه با عنوان‌های: جستجوی حمایت اجتماعی (۴ آیت)، مقابله فعالانه (۲ آیت)، ارزیابی مجدد/سازگاری (۷ آیت)، مقابله اجتنابی (۵ آیت)، مقابله هیجان‌مدار (۲ آیت)، مقابله مساله‌مدار (۵ آیت)، و مقابله خویش‌تنداری (۲ آیت) را می‌سازد. همه آیت‌های مقیاس CSS-R، در قالب یک طیف پنج گزینه‌ای (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم، خیلی کم) درجه‌بندی شدند. این مقیاس نخستین بار توسط مسعودی [۲۷]، در مطالعه‌ای بر روی بیماران با علائم آرتريت روماتوئید مورد استفاده قرار گرفت و اعتبار و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت. در مطالعه وی، میزان پایایی و همسانی درونی هفت خرده مقیاس پرسشنامه یاد شده با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ، در دامنه قابل قبولی قرار داشت (جستجوی حمایت اجتماعی = ۰/۹۰، مقابله فعالانه = ۰/۸۶، ارزیابی مجدد/سازگاری = ۰/۷۷، مقابله اجتنابی = ۰/۷۵، مقابله هیجان‌مدار = ۰/۸۲، مقابله مساله‌مدار = ۰/۹۱). در مطالعه حاضر، با استفاده از روش آلفای کرونباخ، پایایی درونی مقیاس اصلاح شده راهبردهای مقابله‌ای، به ترتیب: جستجوی حمایت اجتماعی = ۰/۸۵، مقابله فعالانه = ۰/۷۸، ارزیابی مجدد/سازگاری = ۰/۷۶، مقابله اجتنابی = ۰/۷۲، مقابله هیجان‌مدار = ۰/۷۹ و مقابله مساله‌مدار = ۰/۸۱ محاسبه شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 20 تحلیل شدند. با توجه به رتبه‌ای بودن داده‌ها، از روش یومن ویتنی برای مقایسه میانگین رتبه بیماران و افراد سالم از نظر مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای استفاده شد. همچنین برای تعیین سهم متغیرهای دموگرافیک و مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای در پیش‌بینی عضویت گروهی از رگرسون لجستیک استفاده گردید. سطح معناداری برابر با ۰/۰۵ گرفته شد.

جدول ۱: ویژگی‌های اجتماعی - دموگرافیک شرکت‌کنندگان

متغیرها	بیماران	افراد سالم
میزان تحصیلات	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
زیردیپلم	۷۳ (٪ ۷۳)	۵۹ (٪ ۵۹)
دیپلم تا لیسانس	۲۱ (٪ ۲۱)	۳۶ (٪ ۳۶)
فوق لیسانس تا دکتری	۶ (٪ ۶)	۵ (٪ ۵)
میزان درآمد ماهیانه (تومان)		
< ۳۵۰۰۰	۲۳ (٪ ۲۳)	۲۳ (٪ ۲۳)
۳۵۱۰۰۰-۷۵۰۰۰۰	۴۲ (٪ ۴۲)	۴۶ (٪ ۴۶)
> ۳۵۰۰۰	۳۵ (٪ ۳۵)	۳۱ (٪ ۳۱)
نوع اولسر (گروه بیمار)		
معده	۲۸ (٪ ۲۸)	
اثنی عشر	۵۰ (٪ ۵۰)	
مری	۲۲ (٪ ۲۲)	

جدول ۲: مقایسه بیماران با علائم اولسر پپتیک و افراد سالم از نظر راهبردهای مقابله‌ای

سطح معناداری	U	افراد سالم n = ۱۰۰		بیماران با علائم اولسر پپتیک n = ۱۰۰		راهبردهای مقابله‌ای
		جمع رتبه‌ها	میانگین رتبه	جمع رتبه‌ها	میانگین رتبه	
p < ۰/۰۰۱	۳۱۶۰/۵۰۰	۱۱۸۸۹/۵۰	۱۱۸/۹۰	۸۲۱۰/۵۰	۸۲/۱۱	جستجوی حمایت اجتماعی
p < ۰/۰۰۱	۲۱۹۰/۵۰۰	۷۲۴۰/۵۰	۷۲/۴۱	۱۲۸۵۹/۵۰	۱۲۸/۶۰	مقابله اجتنابی
p < ۰/۰۰۱	۱۴۱۵/۵۰۰	۶۴۶۵/۵۰	۶۴/۶۶	۱۳۶۳۴/۵۰	۱۳۶/۳۵	ارزیابی مجدد/سازگاری
p < ۰/۰۵	۴۰۳۴/۵۰۰	۱۱۰۱۵/۵۰	۱۱۰/۱۶	۹۰۸۴/۵۰	۹۰/۸۵	مقابله مساله‌مدار
p < ۰/۰۰۱	۳۱۶۸/۵۰۰	۸۲۱۸/۵۰	۸۲/۱۹	۱۱۸۸۱/۵۰	۱۱۸/۸۲	مقابله هیجان‌مدار
p < ۰/۰۵	۳۹۷۵/۰۰۰	۱۱۰۷۵/۰۰	۱۱۰/۷۵	۹۰۲۵/۰۰	۹۰/۲۵	مقابله فعالانه
۰/۳۵۷	۴۶۲۸/۰۰۰	۱۰۴۲۲/۰۰	۱۰۴/۲۲	۹۶۷۸/۰۰	۹۶/۷۸	خویشتنداری

جدول ۳: الگوی رگرسیون لجستیک برای پیش‌بینی ابتلای به اولسر پپتیک با توجه به متغیرهای دموگرافیک و راهبردهای مقابله‌ای در برابر شرایط استرس‌زا

الگوی دوم					الگوی اول					متغیرها
P	OR ¹	Wald	SE	B	P	OR ¹	Wald	S.E.	B	
										متغیرهای دموگرافیک
					N. S. ^a	۱/۰۲	۱/۱۱	۰/۰۱۹	۰/۰۲۰	سن (به سال)
					N. S.	۰/۹۲۸	۲/۶	۰/۰۴۵	-۰/۰۷۵	تحصیلات (به سال)
					N. S.	۱/۳۳	۰/۲۱۷	۰/۶۲۲	۰/۲۹۰	مکان زندگی (روستا/شهر)
										راهبردهای مقابله‌ای
۰/۰۰۰**	۰/۵۸۱	۱۶/۴	۰/۱۳۴	-۰/۵۲۲						جستجوی حمایت اجتماعی
۰/۰۰۰**	۰/۴۷۶	۳۳/۸	۰/۱۲۸	-۰/۷۴۳						ارزیابی مجدد/ سازگاری
۰/۰۰۰**	۰/۷۲۵	۱۵/۹	۰/۰۸	-۰/۳۲۲						مقابله اجتنابی
۰/۰۲۵*	۱/۱۸	۲/۱	۰/۱۱۹	۰/۱۶۹						مقابله مسأله‌مدار
N. S.	۰/۶۴	۳/۲	۰/۲۴۶	-۰/۴۳۷						مقابله هیجان‌مدار
N. S.	۰/۹۱	۰/۲۶۶	۰/۱۷۴	-۰/۰۹						مقابله فعالانه
۰/۰۴۹*	۱/۳	۳/۸۰	۰/۱۴۱	۰/۲۷۶						خویش‌اندازی
				۱۲۱/۶					۲۷۲/۲	-2 Log likelihood
				۰/۷۲۱					۰/۰۳۳	Nagelkerke R ²
				۰/۵۴۱					۰/۰۲۵	R ² Cox & Snell
				۱۵۰/۷**					۴/۹۸	χ^2
				۸۸/۵					۶۰/۵	Total predicted
				۲۰۰					۲۰۰	N

*P<۰/۰۵; **P<۰/۰۱

^a معنادار نیست

1: Odds ratio

توانستند

(c² = 52.59, P < 0.001; Nag.R² = 0.704)

۳/۳ درصد از واریانس متغیر ابتلا یا عدم ابتلای به اولسر پپتیک را تبیین کنند (Nag.R² = ۰/۰۳۳, P > ۰/۰۵). این نتیجه نشان می‌دهد که متغیرهای دموگرافیک سهم اندکی در پیش‌بینی ابتلا یا عدم ابتلای

بمنظور پیش‌بینی متغیر ملاک ابتلای به اولسر پپتیک، تحلیل رگرسیون لجستیک در دو مرحله (متغیرهای کنترل اجتماعی- دموگرافیک در مرحله اول و متغیر پیش‌بین راهبردهای مقابله‌ای در برابر شرایط استرس‌زا در مرحله دوم) انجام شد. نتایج (جدول ۳) نشان داد که مجموع متغیرهای کنترل وارد شده در مرحله اول،

افراد به اولسر پپتیک داشتند و اثر آنها قابل چشم‌پوشی بود. در مرحله دوم، متغیرهای پیش‌بین اصلی، یعنی راهبردهای مقابله‌ای وارد مدل شدند. این متغیرها از توان بالایی در پیش‌بینی متغیر ملاک ابتلا یا عدم ابتلا به اولسر پپتیک برخوردار بودند و توانستند $72/1\%$ از واریانس متغیر ابتلا یا عدم ابتلا به اولسر پپتیک را تبیین کرده و $68/8\%$ از مقدار تبیین واریانس را بهبود ببخشند ($Nag. = 0/721$ و $P < 0/01$, $\chi^2 = 150/7$). در کل، مدل رگرسیون لجستیک در مرحله اول و با متغیرهای کنترل توانسته است $60/5\%$ درصد، و در مرحله دوم و با اضافه شدن سازه راهبردهای مقابله‌ای به مدل، $88/5\%$ از آزمودنی‌ها را به درستی طبقه‌بندی نماید.

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین تفاوت میان افراد با علائم اولسر پپتیک و افراد فاقد علائم اختلال‌های گوارشی از نظر راهبردهای مقابله‌ای در برابر شرایط و تجربه‌های استرس‌زا انجام شد. با دسته‌بندی مجموعه راهبردهای مقابله‌ای بررسی شده به دو گروه راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار، نتایج ما نشان داد که بیماران با علائم اولسر پپتیک، بیش از افراد سالم از راهبردهای مقابله‌ای هیجانی یا هیجان‌محور، مانند ارزیابی مجدد/ سازگاری، مقابله اجتنابی، و مقابله هیجان‌مدار استفاده می‌کردند در حالی که افراد سالم، تمایل داشتند تا بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای مبتنی بر حل مسأله، مانند جستجوی حمایت اجتماعی، مقابله مسأله‌مدار و مقابله فعالانه برای مقابله با شرایط استرس‌زا استفاده کنند. این نتیجه، با یافته‌های تحقیقات پیشین [۲۸-۳۱] هماهنگ است. همچنین، نتایج ما با یافته‌های مصطفایی و همکاران [۳۲]، خرامین و همکاران [۳۳]، هان [۳۴] و او و همکاران [۳۵] همسو است. پژوهش‌ها نشان دادند که استفاده از راهبردهای مقابله هیجانی، مانند ارزیابی مجدد/

سازگاری، مقابله اجتنابی، مقابله هیجان‌مدار، بیش از راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار، مانند جستجوی حمایت اجتماعی، مقابله مسأله‌مدار و مقابله فعالانه در میان افراد با علائم فیزیکی یا روانی معمول است [۳۶-۳۸].

نتایج مطالعه حاضر درباره مقایسه بیماران با علائم اولسر پپتیک و افراد بدون علائم بیماری‌های گوارشی از نظر راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار نشان داد که افراد با علائم اولسر پپتیک، حمایت‌های اجتماعی ادراک شده کمتری از دیگران گزارش کردند و کمتر از افراد سالم، مسایل خود را برای حل یا رفع آن با دیگران در میان گذاشته‌اند. این نتیجه، با یافته‌های خرامین و دیگران [۲۸] همخوانی داشت. آنها نشان دادند که بیماران با علائم اختلال‌های گوارشی، کمتر از افراد سالم از روش‌های مقابله‌ای مبتنی بر جستجوی حمایت اجتماعی در مقابل شرایط استرس‌زا استفاده می‌کنند. در زمینه مکانیسم‌های اثرگذاری حمایت اجتماعی بر سلامت، دو فرضیه مطرح است. براساس فرضیه سپر^۱، حمایت اجتماعی از طریق محافظت افراد در برابر تأثیرات منفی استرس زیاد و از راه حائل شدن بین فرد و شرایط استرس‌زا، سلامت وی را تضمین می‌کند [۳۹]. مطابق با فرضیه تأثیر مستقیم، افراد با حمایت اجتماعی ادراک‌شده بالا، احساس تعلق و عزت نفس بیشتری دارند، نگرش مثبت نسبت به موضوعات داشته و صرف نظر از میزان استرس، می‌تواند فرد را در برابر عفونت‌ها مقاوم سازد [۴۰].

مطالعه ما نشان داد که افراد سالم بیش از بیماران با علائم اولسر پپتیک از روش‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار استفاده می‌کردند. آنها بیش از بیماران با علائم اولسر پپتیک، گزارش کردند که سعی نمودند تا شرایط استرس‌زا را تحلیل کرده و در جهت تخفیف یا رفع شرایط استرس‌زا، برنامه‌ریزی کرده و درباره بهترین راه کنترل مشکل خود فکر کرده بوند. محققان نشان دادند که افرادی که از راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار بهره می‌برند، از مهارت‌های شناختی و پویا برای مقابله با مشکل استفاده می‌کنند و در نتیجه از توانایی بیشتری برای حل مسأله و تغییر شرایط استرس‌زا برخوردارند [۴۱].

همچنین، بیماران با علائم اولسر پپتیک با افراد سالم از نظر استفاده از راهبرد مقابله فعالانه در برابر شرایط استرس‌زا تفاوت معنی‌دار داشتند. افراد سالم میانگین نمره بالاتری در زیر مقیاس مقابله فعالانه برخوردار بودند. این

نشان می‌دهد که افراد با علائم اولسر پپتیک، تمایل بیشتری نسبت به فراموش کردن مشکل خود دارند و با انجام فعالیت‌های کاری و تفریحی سعی می‌کردند استرس ناشی از مشکل را کاهش دهند نه آن که خود مشکل را تغییر داده یا رفع نمایند.

از سوی دیگر و در زمینه راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار، نتایج مطالعه ما نشان داده که بیماران با علائم اولسر پپتیک بیش از افراد سالم از راهبردهای مقابله‌ای هیجانی در برابر شرایط استرس‌زا بهره می‌گرفتند. محققان نشان دادند [۴۲] که بیماران با علائم گوارشی تمایل دارند از یک سبک مقابله‌ای خشک و انعطاف‌ناپذیر در شرایط استرس‌زا استفاده نمایند. این سبک مقابله باعث می‌شود تا مشکلات آنها بدوت توجه به قابلیت تغییر، ثابت باقی بمانند. در خصوص راهبرد مقابله‌ای اجتنابی، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که دوری گزیدن از عامل استرس‌زا، از طریق نادیده گرفتن و بی اهمیت دانستن شرایط و نیز گرایش به مصرف داروهای آرام بخش و مصرف سیگار در بین بیماران بیشتر از افراد سالم گزارش شده بود. یک مطالعه نشان داد [۴۳] که بیماری‌های گوارشی شدید با راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی در رابطه هستند که با تلاش در جهت فرار بجای درگیر شدن با شرایط استرس‌زا و سازگاری ضعیف مشخص می‌گردد. محققان نشان دادند که مقابله اجتنابی به عنوان راهبردی کوتاه مدت، کارآمد شناخته شده ولی در درازمدت مانع سازش روانشناختی می‌شود و نشانه‌های درماندگی مثل افسردگی را افزایش می‌دهد [۱۲]. در ارتباط با راهبرد مقابله‌ای ارزیابی مجدد/ سازگاری نتایج ما نشان داد که افراد با علائم اولسر پپتیک، در مقایسه با افراد سالم، تلاش بیشتری به منظور تفسیر شرایط استرس‌زا، صرفاً برای قابل تحمل کردن آن‌ها و نه تغییر شرایط گزارش کردند. این نتیجه با یافته‌های مسعودنی [۴۱] همخوانی دارد. وی نشان داد که افراد با اتخاذ راهبرد مقابله‌ای ارزیابی مجدد/ سازگاری، سعی می‌کنند با نگاه به روی مثبت و یا سعی در ادراک جنبه‌های مثبت مشکل به منظور قابل تحمل ساختن شرایط استرس‌زا از درگیر شدن با مسأله با هدف حل یا رفع آن اجتناب کنند. این در واقع راهبردی برای بازسازی دوباره مسأله از نظر شناختی یا موقعیت استرس‌زا با هدف کنار

آمدن با مسأله است. همچنین، بیماران با علائم اولسر پپتیک بیش از افراد سالم از راهبرد مقابله‌ای هیجانی یا هیجان‌مدار استفاده می‌کردند. مقابله هیجان‌مدار شامل کلیه فعالیت‌ها یا افکاری می‌شود که فرد به منظور کنترل و بهبود احساسات نامطلوب ناشی از شرایط فشارزا به کار می‌گیرد. نتایج نشان داد که افراد بیمار، پاسخ‌های هیجانی بیشتری نسبت به افراد سالم در موقعیت‌های استرس‌زا را گزارش کردند. آنها تمایل بیشتری به اتخاذ مقابله هیجان‌مدار که مبتنی بر تلاش فرد در جهت کنترل گرفتن عوامل استرس‌زا، نظیر ابراز هیجانات نسبت به یک دوست قابل اطمینان یا یک عضو خانواده است داشتند.

و سرانجام، هم بیماران با علائم اولسر پپتیک و هم افراد سالم به یک اندازه از راهبردهای مقابله‌ای خویشتن‌داری در مقابل شرایط استرس‌زا استفاده می‌کردند. یکی از دلایل احتمالی این عدم تفاوت، یک ویژگی مشترک فرهنگی در ایران است. براساس این ویژگی فرهنگی، غالب مردم تمایل دارند کاری کنند که مردم به مشکل آنها پی‌نبرند و کمتر به آشکارسازی یا افشای مشکلات خود به دیگران گرایش دارند.

چنانکه گفته شد، پاسخ‌های مقابله‌ای به عنوان کوشش‌های هیجانی، شناختی و رفتاری به منظور افزایش تطابق فرد با محیط و یا تلاشی برای پیشگیری از پیامدهای منفی شرایط فشارزا توصیف شده است. بر این اساس، محققان نشان دادند که اگر این تلاش‌های مقابله با استرس از نوع مؤثر با کفایت و سازگارانه باشد، استرس کمتر فشارزا تلقی شده و واکنش نسبت به آن نیز در راستای کاهش پیامدهای منفی آن خواهد بود. اگر سبک یا الگوی مقابله ناسازگار و ناکافی باشد نه تنها استرس را کنترل نمی‌کند بلکه خود این واکنش، منبع فشار به شمار آمده و شرایط را بدتر می‌سازد [۲۲]. وقتی فرد از سبک‌های مقابله کارآمد استفاده می‌کنند، به طور مستقیم با مشکل درگیر شده و تمام توان خود را برای حل مشکل به کار می‌گیرند. این وضعیت باعث نظم و انسجام فکری می‌شود و آشفتگی هیجانی را کاهش می‌دهد. همچنین در سایه انسجام فکری و آرامش هیجانی بدست آمده، منبع استرس بهتر شناسایی می‌گردد و ممکن است قابل کنترل نیز ارزیابی شود. شناخت منبع استرس از یک سو و قابل

مطالعه می‌توان برای تدوین برنامه‌های مداخله‌ای با هدف تغییرات شناختی و رفتاری و منظور کاهش ابتلای افراد به بیماری‌های گوارشی استفاده نمود.

تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می‌بینند که از همکاری‌های ریاست و پرسنل محترم بیمارستان امام رضا (ع) بجنورد که در جمع‌آوری داده‌های این مطالعه کمک شایانی کردند قدردانی نمایند.

کنترل ارزیابی کردن آن از سوی دیگر به افزایش سلامت روانی و در نتیجه کاهش اسید معده و کاهش علائم گوارشی و در نتیجه سلامت جسمانی فرد کمک می‌کند. با توجه به وجود برخی محدودیت‌ها، لازم است تعمیم یافته‌های این مطالعه با احتیاط صورت پذیرد. نخستین محدودیت تحقیق حاضر، خودسنج بودن ابزار سنجش راهبردهای مقابله‌ای بود. خودسنج بودن ابزار اندازه‌گیری باعث می‌شود که تکمیل پرسشنامه‌ها تحت تأثیر یادآوری موقعیت‌های استرس‌زا در گذشته موقعیتهایی که در آن قرار دارند و نیز علاقه آنها به انحراف و دستکاری در تجربه‌های استرس‌زا و نیز راهبردهای مدیریت برداشت قرار گیرد [۲۷]. بنابراین، به محققان بعدی پیشنهاد می‌گردد تا از ابزارهای مستقیم‌تر که کمتر در معرض قضاوت‌های ذهنی و مبتنی بر یادآوری قرار دارند برای اندازه‌گیری راهبردهای مقابله‌ای استفاده نمایند. دومین محدودیت این تحقیق، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس بود. از آنجا که در این روش نمونه‌گیری از افرادی که در دسترس هستند برای شرکت در مطالعه دعوت بعمل می‌آید و با توجه به اینکه نمونه‌گیری‌های غیراحتمالی تخمین کاملاً درستی از واریانس یا میزان قطعیت برآورد ارائه نمی‌کنند، لذا تعمیم نتایج آن به جامعه باید با احتیاط صورت بپذیرد. به محققان آینده پیشنهاد می‌گردد تا برای افزایش دقت و کاهش خطای برآورد از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی استفاده نمایند.

نتیجه‌گیری

راهبردهای مقابله‌ای نامناسب و هیجانی می‌تواند بعنوان یک ریسک فاکتور برای بیماری‌های دستگاه گوارش مانند اولسر پپتیک عمل کند. تفاوت معناداری میان بیماران با علائم اولسر پپتیک و افراد سالم از نظر راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار وجود داشت. بیماران با علائم اولسر پپتیک بیش از افراد سالم، از راهبردهای مقابله‌ای هیجانی و نامطلوب، مانند ارزیابی مجدد/ سازگاری، مقابله اجتنابی و مقابله هیجان‌مدار استفاده می‌کردند. از سوی دیگر، افراد سالم، بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر حل مسئله مانند جستجوی حمایت اجتماعی، مقابله فعالانه و مقابله مسئله-مدار در برابر شرایط استرس‌زا بهره می‌بردند. از نتایج این

References

1. Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, editors, Harrison's principles of internal medicine, 15th edi. New York: Mc Graw-Hill; 2001. P. 1446-56.
2. Bahraini H, Gastrointestinal diseases, 1st ed. Tehran: Jahad Daneshgahi; 2004. P. 25-26 [Persian].
3. Ghorbani M, Salehi Z, Ejtehad F, Analysis of HSP70-2 gene G1267A polymorphism in Helicobacter pylori infected patients, J Mazandaran Univ Med Sci. 2014; 23 (2) :128-133. [Persian]
4. De Francesco V, Giorgio F, Hassan C, Manes G, Vannella L, Panella C, Ierardi E, Zullo A, Worldwide H. pylori antibiotic resistance: a systematic review", J Gastrointest Liv Disorder, 2010; 19(4):409-14.
5. Theocharis GJ, Thomopoulos KC, Sakellaropoulos G, Katsakoulis E, Nikolopoulou V, Changing trends in the epidemiology and Clinical outcome of acute upper gastrointestinal GI bleeding in a defined geographical area in Greece, J Clin Gastroenterol 2008; 42(2):128-33.
6. Broner LS, Sodarth DA, Gastrointestinal Diseases Nursing, Translated by Pooran Sami. Tehran: Boshra; 2002. P. 22[Persian].
7. Khadem H, Treatment in ulcer peptic diseases [Monograph on the internet], 2008 Jun, Available from: <http://daneshnameh.roshd.ir/mavara/mavara-index.php>, Accessed at sep 6, 2008.
8. Kooper BT, Hall MJ, Bari RA, A Summary in Gastrointestinal Diseases, Translated by Abrishamkar S, Shojae M. Tehran: Motarjemini 1991; P. 70[Persian].
9. Ghorbani-Dalini S, Kargar M, Doosti A, Abbasi P, Souod N, Optimization of real-time PCR method to assess the direct sensitivity of clarithromycin in Helicobacter pylori, J Microbial World, 2009; 2(3):149-154. [Persian]
10. Graham DY, Adam E, Reddy GT, Agarwal JP, Agarwal R, Evans JR, Seroepidemiology of Helicobacter pylori in India. Dig Dis. 1991; 36:1081-1091.
11. Lee S, Park M, Choy S, Nah Abbey SE, Rodin G, Stress coping and depression in non-ulcer dyspepsia patients, J Psychosom Res. 2000; 49(1): 93-9.
12. Masodnia E, Perceived Self-efficacy and Coping Strategies in Stressful Situations, I J Psychiat Clin Psychol 2008; 13 (4): 405-415. [Persian]
13. Piko B, Gender differences and similarities in adolescent's ways of coping, Psychol Record 2001; 51: 223-236.
14. Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS, Ketcham AS, How coping mediates the effect of optimism and distress: A study of women with early stage breast cancer, J Personal Soc Psychol 1993; 65: 375-390.
15. Lazarus RS, Folkman S, Stress, appraisal, and coping, New York: Springer; 1984.
16. Bond FW, Dryden W, Handbook of brief cognitive behavior Therapy, John Wiley and sons Ltd, The Atrium, southern Gate, chichester, west Sussex PO19 8SQ, England, 2004.
17. Hobfoll SE, Schwarzer R, Chon KK, Disentangling the stress labyrinth interpreting the meaning of the term stress and it is studied in health context, Anx, Stress Cop. 1998; 11 (3): 181-212.
18. Billings A, Moos R, Life stressors and social resources affect posttreatment outcomes among depressed patients, J Abnorm Psychol 1985; 94: 140-53.
19. Rymaszewska J, Dudek D, Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych, Gdańsk: Via Medica; Gdańsk 2009; X: 64-69.
20. Somerfield MR, McCrae RR, Stress and coping research, Am Psychol 2000; 55: 556-627.
21. Pakenham K. Coping with multiple sclerosis: Development of a measure, Psychol, Health Med. 2004; 6: 411-428.
22. Heidari Pahlevani A, Kiran K, Comparing stress coping strategies among Iranian and Indian Clinical and nonclinical populations, Ind J Clin Psychol 2005; 32(2): 141-148.
23. Falahi A, Nadrian H, Mohammadi S, Baghiyani Moghadam M, Utilizing the PRECEDE Model to predict quality of life related factors in patients with Ulcer Peptic Disease in Sanandaj, Kurdistan, Iran, Payavard 2009; 3 (2 and 1): 30-43. [Persian]
24. Gholami S, Depression and general health in patients with peptic ulcer in Imam Hosein and Khatam-ol-Anbia in Shahrood, A doctorate thesis in Shahrood Islamic University, 2013. [Persian].
25. Alizadehfard S, Relationship between alexithymia and peptic ulcer disease: Does aggression is a mediator variable, Health Psychol 2013; 4(1), 83-71. [Persian]

26. Heidari Z, Personality characteristics of patients with peptic ulcer in Yazd city, A doctorate thesis in Yazd Islamic University, 2015.
27. Masoudnia E, Illness perception and coping strategies in patients with rheumatoid arthritis disease, *J Psychol*, 2008, 12: 136-153. [Persian]
28. Van Heck GL, Vinger Hoets AJ, Van Hout GC, Coping and extreme response tendency in Duodenal ulcer patient, *Psychosom. Med.* 1991; 53(5): 566-75.
29. Piper DW, Tennant C. Stress and personality in patients with chronic peptic ulcer, *J Clin Gastroenterol* 1993; 17(2):178.
30. Pinto C, Lele MV, Joglekar AS, Panwar VS, Dhavale HS, Stressful life – events, anxiety, depression and coping in patient of irritable bowel syndrome, *Assoc. Physic. India* 2000; 48(6); 589-93.
31. Solmaz M, Kavuk I, Sayar K, Psychological factors in irritable bowel syndrome, *Eu J Med Research* 2003; 8(2): 549-56.
32. Mostafae F, Roshan R, Jodeiri B, Comparing dysfunctional attitude and coping response between patients with peptic ulcer disease and healthy control, *J Qazvin Uni. Med. Sci.* 2012; 16 (1): 44-50. [Persian]
33. Kharamin SHA, Nilli H, Mohamadi A, Mobashery GH, Comparison of Coping Skills in Peptic Ulcer, Irritable Bowel Syndrome and Normal People, *Armaghan-e-Danesh* 2008; 13 (2): 95-104. [Persian]
34. Han KS, The effect of an integrated stress management program on the psychologic and physiologic stress reactions of peptic ulcer in Korea, *Int J Nurs Stud.* 2002; 39: 539–548
35. Ewa J, Agnieszka M, Konrad J, Krzysztof C, Maria S, Social support and strategies of coping with stress in patient with ulcer disease, *Zdr Publ* 2012; 122(2):143-148.
36. Pearlin LI, Schooler C, The structure of coping, *J Health Soc Behav.* 1978; 19: 2-21.
37. Folkman S, Schaefer C, Lazarus RS, Cognitive processes as mediators of stress and Human stress and cognition: A coping. In V. Hamilton & D. M. Warburton (Ed.); *Information processing approach* (pp.265-298). London, England: Wiley, 1979.
38. Leventhal H, Nerenz D, Strauss A, Self-regulation and the mechanisms for symptom appraisal. In: D. Mechanic (Ed.), *Monograph series in psychosocial epidemiology 3: Symptoms, illness behavior, and help-seeking* (pp.55-86), New York: Neale Watson, 1982.
39. Masoudnia E, *Medical sociology*, University of Tehran Press, Tehran, 2016 [Persian]
40. Sarafino EP, *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (3rd Ed.), New York: Wiley, 1999.
41. Masoudnia E, Impact of perceived vulnerability on student's coping strategies in stressful situations: An appraisal of health belief model, *Iranian J Psychiat Nurs*, 2015, 3(3): 76-84. [Persian]
42. Radziwon C, Lackner JM, Coping flexibility, GI symptoms, and functional GI disorders: How translational behavioral medicine research can inform GI practice, *Clin Translat, Gastroent*, 2015; 6:
43. Bengtsson M, Sjöberg K, Candamio M, Lerman A, Ohlsson B, Anxiety in close relationships is higher and self-esteem lower in patients with irritable bowel syndrome compared to patients with inflammatory bowel disease, *European Journal of Internal Medicine* 2013; 24(3): 266-272.

The comparison of Coping Strategies against Stressful Situations in Patients with Peptic Ulcer Symptoms and Healthy People with Ages 20 to 50 Years Old

Masoudnia E^{1*}, Pournaghi J², Bahemmat Z³

¹Associate professor of Medical Sociology, Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

²Fellowship in Gastroenterology and Hepatology, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.

³MA in Sociology, Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

*Corresponding author: University of Guilan, Rasht, Iran.
Email: masoudnia@guilan.ac.ir

Abstract

Background and Objectives: The patients with gastrointestinal symptoms comprised a large number of cases who referred to the general and interior clinics. It seems that the reaction of people to stressful events is more important than the stress in the generation of digestive diseases. The aim of this study was to determine the relationship between coping strategies and peptic ulcer.

Material & Methods: The present study was conducted with a cross-sectional and analytical design. Two hundred people (100 patients with peptic ulcer symptoms such as duodenal, gastric, and esophageal ulcer and endoscopic indication who were referred to the Imam Reza hospital in Bojnurd and confirmed for the peptic ulcer and 100 healthy subjects who had no history of peptic ulcer) were compared together. These people were selected using available sampling method. The measurement tools were included: Coping Strategies Scale (CSS) and socio-demographic checklist. Data were analyzed using the Mann-Whitney test and SPSS 20.

Results: There was a significant difference between people with peptic ulcer symptoms and healthy cases regarding to the coping strategies such as seeking social support ($p < 0.01$), reappraisal/adjustment ($p < 0.01$), avoidance coping ($p < 0.01$), problem-focused coping ($p < 0.01$), emotion-focused coping ($p < 0.01$), and confrontive-active coping ($p < 0.05$).

Conclusion: Emotional and negative coping strategies in stressful situations can act as a risk factor for the peptic ulcer. The people with peptic ulcer symptoms used more emotion-focused and negative coping strategies such as re-evaluation-adjustment, and avoidant coping in comparison with the healthy subjects.

Keywords: Peptic Ulcer, Coping Strategies, Stressful Situations

Received: 18 Apr 2016

Revised: 10 May 2016

Accepted: 13 Sep 2016