مقاله
پژوهشی

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 باهمّت[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 جامعه شناسی، 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 کلینیک های 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 داده ها 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 ($p< ۰/۰۰۱$)، ارزیابی مجدد/ سازگاری ($p< ۰/۰۰۱$)، مقابله اجتنابی ($p< ۰/۰۰۱$)، مقابله مساله‌مدار ($p< ۰/۰۰۱$)، مقابله هیجان مدار ($p< ۰/۰۱$) و مقابله فعالانه ($p< ۰/۰۵$) وجود داشت.*

نتیجه گیری: *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.*

واژه های کلیدی: *راهبردهای مقابله‌ای، اولسر پپتیک، شرایط استرس‌زا*

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی سال۹۵؛ دوره ۸ (۲): ۳۵۲-۳۴۱
Journal of North Khorasan University of Medical sciences 2016;8(2):341-352

وصول: ۹۵/۱/۳۰
اصلاح: ۹۵/۲/۲۱
پذیرش: ۹۵/۶/۲۳

DOI: *10.18869/acadpub.jnkums.8.2.341*
Cite this article as: *Masoudnia E, pournaghi J, Bahemmat Z. The comparison of Coping Strategies against Stressful Situations in Patients with Peptic Ulcer Symptoms and Healthy People with Ages 20 to 50 Years Old . jnkums. 2016; 8 (2) :341-352*

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-25]

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، نمونه هایی 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 می شود، بیماری بسیار شایعی است که در مردان بیشتر از زنان دیده می شود [۲]. رایج ترین علامت زخم پپتیک درد سوزشی می باشد 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 علایم به شرح زیر دیده شده کاهش وزن بدون دلیل، بی اشتهایی، بالا آوردن خون و خون در مدفوع یا قیری شدن مدفوع می باشد [۳]. اگرچه این بیماری میزان مرگ و میر بالایی را باعث نمی شود 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 خونریزی های حاد گوارش در دنیا، به علت زخم های پپتیک بوده است [۵]. شیوع زخم پپتیک در طول عمر هر فرد ۱۰-۵ درصد می باشد [۶]. پژوهش ها نشان می دهند شیوع زخم پپتیک در ایالات متحده در بین مردان تقریبا ۱۲ ٪ و در بین زنان ۱۰ ٪ است، بعلاوه، هر سال در جهان تقریباً ۱۵۰۰۰ مرگ در اثر عوارض زخم پپتیک رخ می دهد [۷]. این بیماری از نظر میزان شیوع در ایران سی و یکمین بیماری محسوب می شود [۸]. اتیولوژی اولسرهای پپتیک، بسیار پیچیده است مهمترین علت ایجاد کننده این بیماری، میکروب هلیکو باکتر پیلور می باشد. 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 داده اند 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 می شوند. 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 هند۸۰ ٪ 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 ۱/۳تا 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 داده اند. این اثر از طریق افزایش ترشح اسید در اثر استرس روانشناختی اعمال می شود [۱۱]. با وجود این که تجربه رویدادهای استرس‌زا بعنوان یک ریسک فاکتور عمده در اکثر پژوهش‌های با رویکرد زیستی ـ روانی ـ 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 داده اند که نوع راهبرد مقابله مورد استفاده فرد نه فقط سلامت روانی که بهزیستی جسمانی وی را نیز تحت تأثیر قرار می دهد [۱۳]. راهبردهای مقابله ای مجموعه ای از تلاشهای شناختی و رفتاری فرد است که جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنیدگی زا و کنار آمدن با مسائل و مشکلات به کار می رود و نقش اساسی و تعیین کننده در سلامت جسمانی و روانی ایفا می کند [۱۴].

لازاروس و فولکمن[1] [۱۵] راهبردهای مقابله ای را روش تغییر موقعیتها و یا تفسیر موقعیتها می دانند. به نظر آنها، این راهبردها فرایند پویا و مداوم هستند و به طور کلی به

1 -Lazarus, Folk man

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-25]

دو نوع تقسیم می شوند: مسأله مدار و هیجان‌مدار. راهبردهای مقابله ای 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 می تواند موقعیت را کنترل کرده و آن را تغییر دهد، از راهبرد مسأله مدار استفاده می کند [۱۶]. مهم ترین این راهبردها عبارتند از: جستجوی حمایت اجتماعی تلاش ها در راستای کسب حمایت هیجانی و اطلاعاتی از دیگران و راهبرد فعالانه:تلاش های فعال برای تغییر موقعیت. راهبردهای مقابله ای هیجان مدار عبارت است از تنظیم پاسخ هیجانی فرد در برابر مسأله. در صورتی که موقعیت یا رویداد، غیرقابل تغییر باشد و یا فرد چنین تصوری داشته باشد در این حالت از راهبرد هیجان مدار استفاده می نماید [۱۶]. مهم ترین این راهبردها عبارتند از: خویشتن داری: 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 داده اند که راهبردهای مقابله ای به عنوان واسطه بین استرس و بیماری شناخته شده اند [۱۷]. راهبردهای مقابله ای نقش مهمی درکاهش اضطراب، افسردگی و مشکلات جسمی دارند [۱۸]. ریمازفسکی و دادک[1] [۱۹] دریافتند 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 استرس مدار مانند اولسر پپتیک بیشتر در کسانی مشاهده می شود که پیوسته از مقابله هیجانی استفاده می کنند [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].

پژوهشهای پیشین [۲۶-۲۳] غالبا بر نقش عوامل زیست شناختی، برای مثال ویروس هلکوباکترپیلوری و با رویکرد بالینی تمرکز داشتند. در این میان تاثیر متغیرهای اجتماعی – روانی در بروز و گسترش اولسرهای 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 ـ 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 = ۰/۰۷، 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.

1- Rymaszewska & Dudek

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-25]

در تحقیق حاضر، از ابزار اندازه‌گیری زیر استفاده شد: چک لیست ویژگیهای اجتماعی ـ 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 مقابله ای افراد در برابر شرایط استرس‌زا به کار برده می شود [۲۷]. مقیاس اصلاح شده راهبردهای مقابله‌ای مرکب از ۲۸ آیتم است که هفت مولفه با عنوان‌های: جستجوی حمایت اجتماعی (۴ آیتم)، مقابله فعالانه (۲ آیتم)، ارزیابی مجدد/ سازگاری (۷ آیتم)، مقابله اجتنابی (۵ آیتم)، مقابله هیجان‌مدار (۲ آیتم)، مقابله مساله‌مدار (۵ آیتم)، و مقابله خویشتن‌داری (۲ آیتم) را می‌سنجد. همه آیتم‌های مقیاس CSS-R، در قالب یک طیف پنج گزینه‌ای (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم، خیلی کم) درجه‌بندی شدند. این مقیاس نخستین بار توسط مسعودنیا [۲۷]، در مطالعه‌ای بر روی بیماران با علائم آرتریت 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 بهره گیری 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 مساله مدار=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 هیجان مدار=۰/۷۹ و مقابله مساله مدار =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 مؤلفه-های راهبردهای مقابله‌ای استفاده شد. همچنین برای تعیین سهم متغیرهای دموگرافیک و مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای در پیش‌بینی عضویت گروهی از رگرسیون لوجستیک استفاده گردید. سطح معناداری برابر با ۰/۰۵ گرفته شد.

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 ۳۵۰۰۰۰ 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 ($U = ۳۱۶۰/۵$ ،$p < ۰/۰۱$)، ارزیابی مجدد/ سازگاری ($U=۱۴۱۵/۵$ ،$p < ۰/۰۱$)، مقابله اجتنابی ($U = ۲۱۹۰/۵$ ،$p < ۰/۰۱$)، مقابله مساله‌مدار ($p< ۰/۰۱$، $U = ۴۰۳۴/۵$)، مقابله هیجان‌مدار ($p < ۰/۰۱$، $U = ۳۱۶۸/۵$) و مقابله فعالانه ($U = ۳۹۷۵/۰$ ،$p < ۰/۰۱$) وجود داشت. میانگین رتبه افراد سالم بر روی خرده مقیاس راهبرد مقابله‌ای جستجوی حمایت اجتماعی، مقابله مسأله‌مدار 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 ($U = ۴۶۲۸/۰$ ،$p > ۰/۰۱$).

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-25]

جدول ۱: ویژگی‌های اجتماعی ـ دموگرافیک شرکت‌کنندگان

متغیرها	بیماران فراوانی (درصد)	افراد سالم فراوانی (درصد)
میزان تحصیلات		
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 اواسر پپتیک و افراد سالم از نظر راهبردهای مقابله‌ای

راهبردهای مقابله‌ای	بیماران با علائم اولسر پپتیک n = ۱۰۰		افراد سالم n = ۱۰۰		U	سطح معناداری
	میانگین رتبه	جمع رتبه‌ها	میانگین رتبه	جمع رتبه‌ها		
جستجوی حمایت اجتماعی	۸۲/۱۱	۸۲۱۰/۵۰	۱۱۸/۹۰	۱۱۸۸۹/۵۰	۳۱۶۰/۵۰۰	p < ۰/۰۰۱
مقابله اجتنابی	۱۲۸/۶۰	۱۲۸۵۹/۵۰	۷۲/۴۱	۷۲۴۰/۵۰	۲۱۹۰/۵۰۰	p < ۰/۰۰۱
ارزیابی مجدد/سازگاری	۱۳۶/۳۵	۱۳۶۳۴/۵۰	۶۴/۶۶	۶۴۶۵/۵۰	۱۴۱۵/۵۰۰	p < ۰/۰۰۱
مقابله مساله‌مدار	۹۰/۸۵	۹۰۸۴/۵۰	۱۱۰/۱۶	۱۱۰۱۵.۵۰	۴۰۳۴/۵۰۰	p < ۰/۰۵
مقابله هیجان‌مدار	۱۱۸/۸۲	۱۱۸۸۱/۵۰	۸۲/۱۹	۸۲۱۸/۵۰	۳۱۶۸/۵۰۰	p < ۰/۰۰۱
مقابله فعالانه	۹۰/۲۵	۹۰۲۵/۰۰	۱۱۰/۷۵	۱۱۰۷۵/۰۰	۳۹۷۵/۰۰۰	p < ۰/۰۵
خویشتنداری	۹۶/۷۸	۹۶۷۸/۰۰	۱۰۴/۲۲	۱۰۴۲۲/۰۰	۴۶۲۸/۰۰۰	۰/۳۵۷

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-25]

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

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

*P<۰/۰۵; **P<۰/۰۱

[a] معنادار نیست

1: Odds ratio

بمنظور پیش بینی متغیر ملاک ابتلای به اولسر پپتیک، تحلیل رگرسیون لوجستیک 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، توانستند ($\chi^2 = 52.59, P < 0.001; Nag.R^2 = 0.704$) ۳/۳ درصد از واریانس متغیر ابتلا یا عدم ابتلای به اولسر پپتیک را تبیین کنند ($Nag.R^2$ = ۰/۰۳۳, P > ۰/۰۵, χ^2 = ۴/۹۸). این نتیجه نشان می‌دهد که متغیرهای دموگرافیک سهم اندکی در پیش‌بینی ابتلا یا عدم ابتلای

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-25]

افراد به اولسر پپتیک داشتند و اثر آنها قابل چشم‌گوشی 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 ابتلای به اولسر پپتیک برخوردار بودند و توانستند ۷۲/۱ ٪ از واریانس متغیر ابتلا یا عدم ابتلای به اولسر پپتیک را تبیین کرده و ۶۸/۸ ٪ از از مقدار تبیین واریانس را بهبود ببخشند ($Nag_{.}$ = ۰/۷۲۱ ,P < ۰/۰۱ ,χ^2 = ۱۵۰/۷). در کل، مدل رگرسیون لوجستیک در مرحله اول و با متغیرهای کنترل توانسته است ۶۰/۵ درصد، و در مرحله دوم و با اضافه شدن سازه راهبردهای مقابله‌ای به مدل، ۸۸/۵ ٪ از آزمودنی‌ها را به درستی طبقه بندی 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 هیجان محور، 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 استرس زا استفاده کنند. این نتیجه، با یافته‌های تحقیقات پیشین [۳۱-۲۸] هماهنگ است. همچنین، نتایج ما با یافته‌های مصطفایی و همکاران [۳۲]، خرامین و همکاران [۳۳]، هان [۳۴] و اوا و همکاران [۳۵] همسو است. پژوهش‌ها نشان دادند که استفاده از راهبردهای مقابله هیجانی، مانند ارزیابی مجدد/

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

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[1]، 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

1 - Buffering hypothesis

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-25]

نشان می‌دهد که افراد با علائم اولسر پپتیک، تمایل بیشتری نسبت به فراموش کردن مشکل خود دارند و با انجام فعالیت های 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 نشانه های درماندگی مثل افسردگی را افزایش می دهد [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، صرفا برای قابل تحمل کردن آن-ها و نه تغییر شرایط گزارش کردند. این نتیجه با یافته‌های مسعودنیا [۴۱] همخوانی دارد. وی نشان داد که افراد با اتخاذ راهبرد مقابله‌ای ارزیابی مجدد/ سازگاری، سعی می-کنند با نگاه به روی مثبت و یا سعی در ادراک جنبه های 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 مساله 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 موقعیت های استرس‌زا را گزارش کردند. آنها تمایل بیشتری به اتخاذ مقابله هیجان مدار که مبتنی بر تلاش فرد در جهت تحت کنترل گرفتن عوامل استرس زا، 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 پی-نبرند و کمتر به آشکارسازی یا افشای مشکلات خود به دیگران گرایش دارند.

چنانکه گفته شد، پاسخ‌های مقابله‌ای به عنوان کوشش-های هیجانی، شناختی و رفتاری به منظور افزایش تطابق فرد با محیط و یا تلاش‌هایی برای پیشگیری از پیامدهای منفی شرایط فشار زا 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 می سازد [۲۲]. وقتی فرد از سبک-های 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 می شود و آشفتگی هیجانی را کاهش می دهد. 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

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-25]

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 می کند.

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 نمونه گیری در دسترس بود. از آنجا که در این روش نمونه‌گیری از افرادی که در دسترس هستند برای شرکت در مطالعه دعوت بعمل می آید 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 مسأله‌مدار 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 مسأله مانند جستجوی حمایت اجتماعی، مقابله فعالانه و مقابله مسأله‌مدار در برابر شرایط استرس‌زا بهره می‌بردند. از نتایج این 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.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-25]

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, Ejtehadi 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, Shojaee M. Tehran: Motarjemin 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, Folk man S, Stress, appraisal, and coping, New York: Springer; 1984.
16. Bond FW, Dryden W, Handbook of brief cognitive behavior Therapy,Jhon Wiley and sons Ltd, The Atrium, soutbern Gate, chichester, west Sussex 19 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, Mc Crae 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. Alizdehfard S, Relationship between alexithymia and peptic ulcer disease: Does aggression is a mediator variable, Health Psychol 2013; 4(1), 83-71. [Persian]

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-25]

26.Heidari Z, Personality charachteristics 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 Gastroentrol 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.Mostafaee 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.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-25]

Original Article

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 J [2], Bahemmat Z [3]*

[1]Associate professor of Medical Sociology, Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.
[2]Fellowship in Gastroenterology and Hepatology, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.
[3]MA 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*

Journal of North Khorasan University of Medical sciences 2016;8(2):341-352

Received: 18 Apr 2016
Revised: 10 May 2016
Accepted: 13 Sep 2016

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-25]