



The comparison of defense mechanisms and styles in patients with Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) and healthy people

Manzar S. Shahidi Shadkam, Parviz Azad-Falah, PhD.,
Hossein Khedmat, PhD

پذیرش نهایی: ۸۸/۱۱/۱۸

مقایسه‌ی سبک‌ها و مکانیسم‌های دفاعی بیماران مبتلا به برگشت محتویات معده به مری و افراد سالم میانجیگر

منظر سادات شهیدی شادکام^۱، دکتر پرویز آزادفلاح^۲،

دکتر حسین خدمت^۳

بازنگری: ۸۸/۱۰/۱۱

تاریخ دریافت: ۸۸/۷/۱۷

Abstract

This study was aimed to investigate and compare the defense mechanisms & styles in Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) patients and healthy subjects. Sixty patients (30 female and 30 male) with GERD attending to an outpatient gastrointestinal clinic in Tehran, and diagnosed as GERD cases by a gastroenterologist and sixty other healthy subjects (30 female and 30 male) with the same age and similar entry criteria were selected as comparison group. Each group were evaluated on Defensive Style Questionnaire (DSQ-40). The means of variables in both groups were compared by T-test independent samples. The results showed that patients with GERD used more Immature Defense Mechanisms (IDM) and Neurotic Defense Mechanisms (NDM) than healthy group. Gastroesophageal reflux disease (GERD) is a chronic disease that affects patients quality of life. Recognition of inappropriate defense patterns in patients with GERD, with emphasis on the effects psychological factors in this disorder, can lead to especial treatment in order to adjust defensive patterns.

Keywords:

Gastroesophageal Reflux Disease (GERD), Defense Mechanism, Defense Style.

چکیده

این مطالعه با هدف بررسی و مقایسه‌ی سبک‌ها و مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به برگشت محتویات معده به مری (GERD) و افراد سالم، انجام پذیرفت. به این منظور ۶۰ بیمار (شامل ۳۰ زن و ۳۰ مرد) مبتلا به GERD، از بین بیماران مراجعه‌کننده به یک کلینیک تخصصی گوارش در شهر تهران، با تشخیص پزشک فوق تخصص گوارش به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. همچنین ۶۰ فرد سالم (شامل ۳۰ زن و ۳۰ مرد) که از نظر میانگین سنی و ملاک‌های ورود به گروه بیمار نزدیک بودند، به عنوان گروه مقایسه انتخاب شدند. هر دو گروه با استفاده از پرسشنامه‌ی سبک‌های دفاعی (DSQ-40)، مورد ارزیابی قرار گرفتند. میانگین‌های دو گروه در متغیر مورد نظر، با استفاده از آزمون T برای مقایسه‌ی دو گروه مستقل، مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که افراد مبتلا به GERD نسبت به افراد سالم، از سبک‌ها و مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته و روان‌آزرده، بیشتر استفاده می‌کردند. برگشت محتویات معده به مری، بیماری مزمنی است که بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا اثر می‌گذارد. شناخت الگوهای دفاعی نامناسب بیماران مبتلا به GERD، می‌تواند ضمن تاکید بر نقش عوامل روان‌شناختی در پدیدآیی اختلال، منجر به مداخلات درمانی خاص در جهت تعدیل شیوه‌های دفاعی باشد.

کلیدواژه‌ها:

بیماری برگشت محتویات معده به مری، مکانیسم دفاعی، سبک دفاعی.

۱- (نویسنده پاسخگو) کارشناس ارشد، گروه روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس

۲- دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس

۳- دانشیار گروه داخلی، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ...

مقدمه

GERD به طیفی از تظاهرات بالینی ناشی از برگشت محتویات معده به مری گفته می‌شود. این بیماری دارای علائم مربوط به مری و خارج مری است که از شایعترین علائم مربوط به مری میتوان به سوزش سردل (سوزش و ناراحتی پشت استخوان جناغ که از اپیگاستر یا پایین قفسه سینه شروع میشود، به طرف بالا تا گردن امتداد می‌یابد) و رگورژیتاسیون (حرکت بدون زحمت محتویات معده به داخل مری و یا حلق) اشاره کرد (زمیر، ۲۰۰۵؛ رایت و همکاران، ۲۰۰۵؛ کاریلاز، ۲۰۰۳). علائم خارج مری نیز شامل سرفه، گرفتگی صدا، آسم، ساییده شدن سطح دندان، زخم گلو، مزمن، التهاب گوش و درد غیرقلبی قفسه‌ی سینه است (زمیر، ۲۰۰۵، هودن و چی، ۲۰۰۳؛ کاریلاز، ۲۰۰۳؛ کولیک و همکاران، ۲۰۰۴؛ دی بیزو شرما، ۲۰۰۶؛ لنلینگرو همکاران، ۲۰۰۶). شایعترین علت برگشت اسید معده به مری، شلی موقت اسفنکتر تحتانی مری می‌باشد و از عوامل دیگر میتوان به کاهش فشار اسفنکتر تحتانی مری، افزایش فشار داخل شکم، به تعویق افتادن تخلیه‌ی معده، فتق هیاتال، مصرف برخی داروها (بویره مسدودکننده‌های کانال کلسیم) اشاره کرد (هیدل باغ، ۲۰۰۷). چاقی، مصرف الکل، سیگار و غذاهای چرب نیز از جمله عوامل محیطی موثر در ایجاد بیماری است (مینینگ و کلاسن، ۲۰۰۰؛ آرمسترانگ، ۲۰۰۵؛ ساندریتز، ۲۰۰۳). به عنوان مثال از جمله عوامل محیطی که در تشدید و فراوانی نشانه‌های GERD مؤثر است میتوان به مواد شیمیایی از جمله گاز خردل اشاره کرد. در مطالعه‌ی قانع و همکاران (۲۰۰۶)، دو گروه بیمار مبتلا به GERD با این تفاوت که یک گروه قبلاً در معرض گاز خردل قرار گرفته بود و گروه کنترل، فاقد این تاریخچه بود مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که شدت و فراوانی نشانه‌های بیماری در گروهی که در معرض گاز خردل

قرار گرفته بود به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود. مطالعات صورت گرفته بر روی دوقلوهای مونوزیگوت و دیزیگوت سوئدی (کامرون و همکاران، ۲۰۰۲) و انگلیسی (محمد و همکاران، ۲۰۰۳) حاکی از نقش ارث در این بیماری است. با توجه به موارد ذکر شده، عوامل زیستی در کنار عوامل اجتماعی از جمله سبک زندگی، در علت شناسی GERD سهیم می‌باشند. یکی از مهمترین علل پرداختن به GERD، افزایش شیوع آدنوکارسینوم مری است که مستقیماً با GERD رابطه دارد (فاس و آفمن، ۲۰۰۲؛ تورنر و همکاران، ۲۰۰۴).

از آنجا که امروزه علم پزشکی بیمارمحور است، مداخلات تشخیصی و درمانی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران، به رغم درمان‌پذیر بودن یا نبودن بیماری، متمرکز شده است (چانگ، ۲۰۰۶). هدف از درمان GERD، حذف نشانه‌ها و بهبود کیفیت زندگی بیماران است (کامولزو همکاران، ۲۰۰۲؛ کامولزو و ولانوویچ، ۲۰۰۲). مطالعات نشان میدهند، افراد مبتلا به بیماریهای مزمن بیشتر در معرض خطر استرس‌های روانشناختی قرار می‌گیرند و شدت بیماری و فقدان حمایت‌های روانشناختی در میزان استرس ایجاد شده در بیماریهای مزمن، مؤثر است (ورهاک و همکاران، ۲۰۰۵). یافته‌ها از نقش بیماریزایی عوامل روانشناختی در پدیدآیی برگشت محتویات معده به مری، حمایت می‌کنند (پوستورینوو همکاران، ۱۹۹۱). استرس، نشانه‌های شبه GERD را ایجاد یا فعال میکند (کامولزو و ولانوویچ، ۲۰۰۲). و بیش از ۶۰ درصد بیماران مبتلا به GERD، اذعان میکنند که نشانه‌های بیماری در زمان استرس تشدید می‌یابد (بردلی و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از کامولزو و ولانوویچ، ۲۰۰۲). استرس بر میزان ترشح اسید و حتی قابلیت تحرک معده اثر می‌گذارد (بیرتو و همکاران، ۲۰۰۷). افراد به طور روزمره با استرس‌هایی که ماهیت متفاوت دارند، با سرخوردگیها، تهدیدها و



شخصیتی وسواس - بی‌اختیاری هستند (آفر و همکاران، ۲۰۰۰). در مطالعه‌ای دیگر، دفاعهای رشدنیافته با اضطراب، افسردگی و اختلالات خوردن همراه بوده‌اند (باند و پری، ۲۰۰۴). وایلنت که یکی از نظریه‌پردازان مطرح در زمینه‌ی مکانیسم‌های دفاعی است، عقیده دارد دفاعهای سازش‌یافته (از قبیل شوخ‌طبعی و نوعدوستی) و همین‌طور سبک دفاعی سازش‌یافته با سلامت جسمانی، رضایت از زندگی و کیفیت روابط دوستانه در ارتباط است. وی عقیده دارد؛ همانگونه که از آزمونهای هوش (IQ)، جهت سنجش هوش فرد استفاده می‌شود، میتوان از دفاعانیز به‌عنوان شاخص تعیین سلامت جسم و روان استفاده کرد (وایلنت، ۲۰۰۰). اهمیت مکانیسم‌های دفاعی در آمادگی برای اعمال جراحی و سیر بهبودی (فولدو همکاران، ۱۹۹۵؛ به نقل از حیدری نسب، ۱۳۸۵)، و فور مکانیسمی خاص همراه با بیماریهای جسمانی (هلمرز و همکاران، ۱۹۹۵؛ پاسچیر و همکاران، ۱۹۹۸؛ اولنی و همکاران، ۲۰۰۴؛ به نقل از همان منبع) از جمله مواردی است که اهمیت بررسی این مکانیسمها را نشان میدهد.

پایین بودن فشارخون سیستمولیک و دیاستولیک، در افرادی که از دفاعهای رشد یافته استفاده میکنند در مقایسه با افرادی که از دفاعهای رشد نیافته استفاده می‌کنند (مک گرگور و همکاران، ۲۰۰۳)، از جمله پژوهشهایی است که به اهمیت نقش مکانیسمهای دفاعی و ارتباط آنها با شاخصهای زیستی بدن پرداخته‌اند. در نتیجه علم مطالعه‌ی آسیب‌شناسی مکانیسم‌های دفاعی صرفاً به بیماریهای روانپزشکی نپرداخته است و مطالعات، از نقش مکانیسمهای دفاعی روانشناختی در علت‌شناسی بسیاری از بیماریهای جسمانی از جمله بیماریهای قلبی - عروقی و سرطان خبر می‌دهند. در مطالعه‌ی گروسارت - ماتیچک (۱۹۸۰، ۱۹۷۹؛ به نقل از اسپیلبرگر و ریسر، ۲۰۰۶) مکانیسمهای دفاعی انکار و

فقدان‌هایی که می‌توانند نتایج سهمگینی داشته باشند، مقابله میکنند. احساسها و هیجان‌هاییکه بر اساس عوامل برونی استرس برانگیخته می‌شوند، می‌توانند تعادل حیاتی فرد را به مخاطره اندازند. گرایش به تعادل حیاتی، مستلزم تحقق یک تعادل بهینه بین غریزه‌ی زندگی و مرگ است.

از این رو، مطالعه‌ی پاسخ فرد به موقعیتهای استرس‌زا و ناراحت‌کننده، منجر به ایجاد پیشینه‌ی غنی اصطلاحاتی از جمله «دفاع» شد (زیدنر و اندلر، ۱۹۹۶). مکانیسمهای دفاعی اولین بار توسط فروید مطرح شدند. به عقیده‌ی فروید (۱۸۹۴؛ به نقل از زیگلر - هیل، چادها و استرمن، ۲۰۰۸)، شخص برای رهایی از امیال، تکانه‌ها و افکار ناخوشایند از مکانیسمهای دفاعی به‌عنوان ابزاری جهت اصلاح و تحریف واقعیت سود می‌جوید. این مکانیسمها می‌توانند سازشی و از طرف دیگر آسیب‌زا و غیرسازشی باشند (آفر و همکاران، ۲۰۰۰). ادراک ماز خود، اهداف و عقاید و احساسات مرتبط با واقعیات درونی و بیرونی به وسیله‌ی مکانیسمهای دفاعی تغییر می‌کند. این دفاعها مانند سیستم ایمنی بدن، اغلب بدون آنکه آگاهی و هشیاری نسبت به آنها داشته باشیم همواره در حال فعالیت هستند (برد، ۲۰۰۴). جرج وایلنت با استفاده از نیمرخهای روانی به دست‌آمده‌ی افراد در مصاحبه‌ها و پرسشنامه‌ها، اولین مطالعات بالینی را در زمینه‌ی مکانیسم‌های دفاعی انجام داد. او مکانیسمهای دفاعی را بر روی پیوستاری از دفاعهای رشد نیافته تا رشد یافته قرارداد و عقیده داشت، همه‌ی افراد صرف نظر از وجود آسیب روانی از آنها استفاده میکنند (بلايا و همکاران، ۲۰۰۶). مکانیسمهای دفاعی نقش مهمی در آسیب‌شناسی روانی و شکل‌گیری انواع اختلالات روانپزشکی دارند.

به عقیده‌ی فروید مجزاسازی، باطل‌سازی، دفاعهای مورد استفاده در افرادی با ویژگی



دانشجویان دانشگاه پیام نور و مراجعه‌کنندگان به یکی از کتابخانه‌های عمومی، انتخاب شدند. از آنجا که عوامل محیطی و اجتماعی، در ایجاد بیماری GERD نقشی تسهیل‌کننده به عهده دارند و برخی از این عوامل، خود دارای رابط‌های خاص با رگه‌های شخصیتی و عوامل روانشناختی فرد می‌باشند، محقق به کنترل شایع‌ترین این عوامل، تحت عنوان ملاک‌های ورود گروه بیمار و سالم پرداخت تا تبیین دقیق‌تری از فعالیت متغیرهای مورد نظر در این بیماری به دست آورد. در نتیجه ملاک‌های ورود گروه بیمار و سالم در پژوهش حاضر به شرح زیر بود:

- ۱- سن (بین ۲۵-۴۰)
- ۲- عدم اعتیاد به الکل و دخانیات
- ۳- نداشتن وزن اضافی براساس شاخص توده‌ی بدنی (BMI)
- ۴- عدم بارداری (درمورد آزمودنی‌های مونث)
- ۵- نداشتن بیماری‌های تاییدشده‌ی جسمانی و روانی مرتبط با ریفلاکس
- ۶- عدم مصرف هورمون‌ها و داروهای موثر بر فشار اسفنکتر تحتانی مری و ایجادکننده‌ی ریفلاکس

مقیاس‌های پژوهش

ملاک‌های ورود و اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها از جمله سن، جنس، سطح تحصیلات، شاخص توده‌ی بدنی و وضعیت تأهل از طریق پرسشنامه محقق ساخته، مورد ارزیابی قرار گرفت. میانگین سنی افراد بیمار ۳۱/۸۶ سال و میانگین سنی افراد سالم ۳۲/۹۵ سال بود. ۵۰ درصد افراد بیمار و ۶۳/۳ درصد افراد سالم، تحصیلات کارشناسی و کارشناسی ارشد داشتند. از نظر وضعیت تأهل، ۷۰ درصد افراد سالم و ۶۸/۳ درصد افراد بیمار، متأهل بودند. همچنین شاخص توده‌ی بدنی ۱۸ تا ۲۵، بیشترین فراوانی را در هر دو گروه نمونه به خود اختصاص داده بود.

سرکوبگری، احتمال ابتلا به بیماری قلبی را افزایش می‌دهند. آیزنک (۱۹۹۴)؛ به نقل از اسپیلبرگر و ریسر، (۲۰۰۶) نیز بر پایه‌ی مطالعات فراوان خود در زمینه‌ی شخصیت و سرطان، مکانیسم‌های دفاعی مورد استفاده در افراد مستعد سرطان را انکار و سرکوبگری می‌داند. همچنین مکانیسم‌های دفاعی انکار، فرونشانی (بازداری)، سرکوبگری، دلیل تراشی و خوارشماری (تخفیف‌انگاری) با شیوع بالای سرطان مرتبط بودن د (اسپیلبرگر و ریسر، ۲۰۰۶) و بیماران مبتلا به مالتیپلاس کلروزیس (MS) از مکانیسم دفاعی سرکوبگری و مجزاسازی بیشتر از گروه کنترل استفاده می‌کردند (کاوینگلیا و همکاران، ۱۹۹۰).

با توجه به اینکه شیوه‌های دفاعی به عنوان عامل میانجی بین اضطراب و سلامتی شناخته شده‌اند (فروید، ۱۹۳۳؛ به نقل از اندلر، کورباسون و فیلیون، ۱۹۹۸) و با توجه به شیوع بالای اختلالات روانپزشکی از قبیل اضطراب، افسردگی و بدنی‌سازی در اختلالات جسمانی بویژه GERD، بررسی رگه‌های شخصیتی من جمله سبک‌ها و مکانیسم‌های دفاعی بیمار، می‌تواند منجر به تسهیل روند درمان بیماری شود و تبیین روشنتری از عوامل زمینه‌ساز بیماری فراهم سازد.

روش

آزمودنی‌ها

نمونه مورد مطالعه در این پژوهش، شامل ۲ گروه مقایسه بود که حجم هر گروه ۶۰ نفر (۳۰ زن و ۳۰ مرد) می‌باشد. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود و همه‌ی آزمودنی‌های مورد درخواست، پرسشنامه را تکمیل نمودند. گروه بیمار، افراد مبتلا به بیماری GERD بودند که بر اساس تشخیص پزشک فوق تخصص گوارش، از بین بیماران مراجعه‌کننده به یک کلینیک تخصصی گوارش انتخاب شدند و گروه سالم نیز شامل افراد غیرمبتلا به GERD بودند که از میان



ماده‌ی مربوطه کاملاً مخالف باشد نمره‌ی ۱ و در صورت موافقت کامل، نمره‌ی ۹ کسب میکند. این پرسشنامه ۲۰ مکانیسم دفاعی را در سه سطح رشد نیافته، روان‌آزرده و رشدیافته مورد ارزیابی قرار می‌دهد (اندرروز و همکاران، ۱۹۹۳؛ زیگلر-هیل، چادها و استرمن، ۲۰۰۸). پرسشنامه‌ی سبک‌های

سبک‌ها و مکانیسم‌های دفاعی، با استفاده از پرسشنامه‌ی سبک‌های دفاعی (DSQ-40) که توسط آن‌دروز و همکاران در سال ۱۹۹۳ تدوین گردید، سنجیده شد. DSQ-40 یک مقیاس خودگزارش‌دهی است که شامل ۴۰ ماده می‌باشد و در مقیاس لیکرت ۹ درجه‌ای تنظیم شده است. در صورتی که آزمودنی با

شاخص‌ها		بیمار		سالم		دفاع‌ها
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t	سطح معناداری	
۶/۲۸	۱/۵۶	۵/۷۵	۱/۶۳	۱/۷۹۸	۰/۰۷۵	دلیل‌تراشی
۲/۳۱	۲/۰۶	۲/۵۶	۲/۰۴	-۰/۶۶۸	۰/۵۰۵	فرافکنی
۲/۸۶	۱/۸۳	۲/۷۵	۲/۱۷	-۰/۲۸۸	۰/۷۷۴	انکار
۴/۲۷	۲/۰۶	۴/۴۰	۲/۰۶	۰/۳۵۴	۰/۷۲۴	تفرق
۳/۹۷	۱/۹۵	۴/۵۹	۱/۵۵	-۱/۹۱۱	۰/۰۵۸	نالارزنده‌سازی
۳/۸۴	۲/۲۱	۳/۶۶	۱/۷۴	-۰/۴۹۳	۰/۶۲۳	گذار به عمل
۵/۶۹	۲/۱۵	۴/۸۰	۲/۲۴	۲/۲۱۵	۰/۰۲۹	بدنی‌سازی
۴/۲۸	۲/۶۵	۳/۶۷	۲/۶۸	۱/۲۴۷	۰/۲۱۵	خیالپردازی
۳/۷۰	۲/۰۲	۳/۹۵	۲/۲۸	-۰/۶۳۲	۰/۵۲۸	لایه‌سازی
۳/۰۵	۲/۰۶	۳/۱۶	۱/۸۶	-۰/۳۲۵	۰/۷۴۶	پرخاشگری انفعالی
۳/۳۴	۱/۹۶	۲/۳۶	۱/۸۴	۲/۸۰۰	۰/۰۰۶	جا به جایی
۳/۱۰۸	۲/۵۰	۳/۴۱	۲/۰۳	-۰/۷۲۹	۰/۴۶۷	مجزاسازی
۴/۳۳	۰/۹۷	۳/۷۶	-۰/۹۶	۳/۲۵	۰/۰۰۱	سبک رشد نیافته

جدول ۱- نتایج آزمون t در مورد مکانیسم‌ها و سبک دفاعی رشد نیافته‌ی افراد گروه بیمار و سالم



در گروه‌های مطالعه به تفکیک در دانش‌آموزان و دانشجویان و جنسیت گروه نمونه‌گیری و نیز سبک‌های دفاعی نشان می‌دهد، بالاترین آلفای کلی در مردان دانشجو (۰/۸۱) و پایینترین آلفای کلی در دانش‌آموزان دختر (۰/۶۹) مشاهده می‌شود. در سبک‌های دفاعی، بالاترین آلفا مربوط به سبک رشد نیافته (۰/۷۲) و کمترین مربوط به سبک روان‌آزرده می‌گردد (۰/۵۰). همه‌ی همبستگی‌های مربوط به دو بار اجرای پرسشنامه در گروه‌های مورد مطالعه معنادار هستند. براساس این یافته، مشخص‌گردید پرسشنامه سبک‌های دفاعی در گروه‌های مورد مطالعه از اعتبار مناسبی برخوردار است (همان منبع).

یافته‌ها

برای مقایسه‌ی شاخص‌های مربوط به مکانیسم‌های دفاعی دو گروه از آزمون t برای مقایسه گروه‌های مستقل استفاده شد. طبق نتایج به دست آمده، بین افراد دو گروه مبتلا به GERD و سالم در

دفاعی (DSQ-40) در ایران توسط حیدری نسب (۱۳۸۵) مورد بررسی و هنجاریابی قرار گرفت. برای بررسی روایی محتوای آن، پرسشنامه به گروهی از متخصصان روانشناس ارائه و از آنها خواسته شد میزان ارتباط هر عبارت را با تعاریف مکانیسم‌های دفاعی برگرفته از منابع معتبر در یک مقیاس ۵ درجه‌ای که به سبک لیکرت تنظیم گردیده بود، مشخص کنند. جهت بررسی روایی همزمان، همبستگی مکانیسم‌ها با ویژگی‌های شخصیتی بر اساس پرسشنامه ۵ عاملی شخصیتی نئو (FFI-NEO) مورد مطالعه قرار گرفت. روایی سازه پرسشنامه نیز براساس محاسبه‌ی همبستگی هر ماده (عبارت) با مکانیسم و سبک مرتبط، مورد ارزیابی قرار گرفت. بنابراین یافته‌های مربوط به روایی، مشخص شد پرسشنامه همانند نسخه‌ی اصلی از روایی مطلوبی برخوردار است (حیدری نسب، ۱۳۸۵).

اعتبار پرسشنامه‌ی سبک‌های دفاعی نیز از طریق روش باز آزمایی و نیز محاسبه‌ی آلفای کرونباخ انجام شده است. ضریب اعتبار باز آزمایی و ضریب آلفا

شاخص‌ها		بیمار		سالم		آزمون t (df=۱۱۸)
دفاع‌ها	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t	سطح معناداری
دیگردوستی	۶/۱۵	۱/۵۱	۵/۷۶	۱/۵۱	۱/۴۱۶	۰/۱۶۰
تشکل واکنشی	۳/۵۸	۲/۱۰	۳/۷۳	۲/۰۳	-۰/۳۸۳	۰/۷۰۲
آرمانی‌سازی	۵/۲۳	۲/۱۵	۵/۰۵	۲/۰۵	-۰/۴۵۵	۰/۶۵۰
باطل‌سازی	۵/۷۳	۲/۰۱	۵/۰۲	۱/۶۸	۲/۰۹۰	۰/۰۳۹
سبک روان‌آزرده	۵/۵۱	۱/۱۵	۴/۶۶	۱/۱۲	۴/۰۶۶	۰/۰۰۰۱

جدول ۲- نتایج آزمون t در مورد مکانیسم‌ها و سبک دفاعی روان‌آزرده‌ی افراد گروه بیمار و سالم



شاخص‌ها		بیمار		سالم		آزمون t (df=۱۱۸)
دفاع‌ها	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t	سطح معناداری
دیگ‌دوستی	۶/۱۵	۱/۵۱	۵/۷۶	۱/۵۱	۱/۴۱۶	۰/۱۶۰
تشکل واکنشی	۳/۵۸	۲/۱۰	۳/۷۳	۲/۰۳	-۰/۳۸۳	۰/۷۰۲
آرمانی‌سازی	۵/۲۳	۲/۱۵	۵/۰۵	۲/۰۵	-۰/۴۵۵	۰/۶۵۰
باطل‌سازی	۵/۷۳	۲/۰۱	۵/۰۲	۱/۶۸	۲/۰۹۰	۰/۰۳۹
سبک روان‌آزرده	۵/۵۱	۱/۱۵	۴/۶۶	۱/۱۲	۴/۰۶۶	۰/۰۰۰۱

جدول ۳- نتایج آزمون t در مورد مکانیسم‌ها و سبک دفاعی رشد یافته‌ی افراد گروه بیمار و سالم

افراد مبتلا به GERD به شکل معناداری، بیشتر از آنها استفاده کردند.

جدول ۲ یافته‌های آماری مربوط به سبک دفاعی روان آزرده و مکانیسم‌های دفاعی آن را در افراد دو گروه بیمار و سالم نشان می‌دهد.

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل نمرات مکانیسم‌ها و سبک دفاعی روان آزرده، نشان می‌دهد که افراد

استفاده از سبک دفاعی رشد نیافته تفاوت معنادار ($P < ۰/۰۰۱$) وجود دارد. میانگین نمرات سبک دفاعی رشد نیافته در افراد بیمار حاکی از این است که افراد مبتلا به GERD از سبک دفاعی رشد نیافته، بیشتر استفاده می‌کنند.

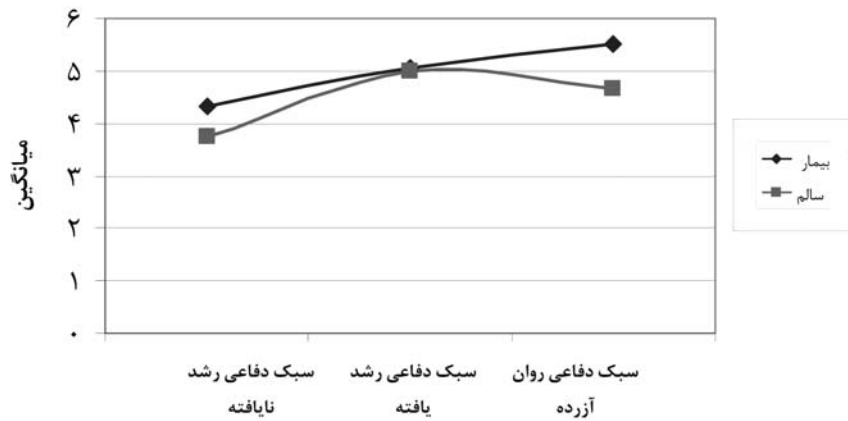
بدنی‌سازی ($p < ۰/۰۵$) و جا به جایی ($p < ۰/۰۱$) از جمله مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته‌ای بودند که

شاخص‌ها		بیمار		سالم		آزمون t (df=۱۱۸)
دفاع‌ها	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t	سطح معناداری
فروشنایی	۴/۵۱	۲/۲۳	۴/۵۶	۱/۸۳	-۰/۱۳۴	۰/۸۹۴
والایی‌گرایی	۴/۴۵	۱/۸۷	۴/۲۸	۲/۰۶	-۰/۴۵۷	۰/۶۴۹
شوخی‌طبعی	۴/۶۵	۲/۱۹	۴/۸۲	۱/۹۹	-۰/۴۶۸	۰/۶۴۱
پیشاپیش‌نگری	۶/۶۳	۱/۵۵	۶/۳۶	۱/۲۷	۱/۰۶۳	۰/۲۹۰
سبک رشد یافته	۵/۰۶	۱/۳۰	۵/۰۱	۱/۱۳	-۰/۲۳۶	۰/۸۱۴

جدول ۳- نتایج آزمون t در مورد مکانیسم‌ها و سبک دفاعی رشد یافته‌ی افراد گروه بیمار و سالم



میانگین نمرات سبک های دفاعی افراد بیمار و سالم



نمودار الف - میانگین نمرات سبکهای دفاعی افراد بیمار و سالم

به این پدیده را دو چندان ساخته است. اولین گزارش در زمینه‌ی کنترل و مدیریت تنیدگی، در اواسط دهه‌ی ۱۹۳۰، بر روی بیماران مبتلا به زخم معده صورت گرفت و امروزه بر تعامل بین شاخصهای زیستی معده - روده‌ای (قابلیت حرکت یا تخلیه‌ی معده) و شاخصهای روانی - اجتماعی (حوادث استرس زای زندگی، شیوه‌های مقابله و آسیب‌شناسی روانی) تاکید می‌شود (لی و همکاران، ۲۰۰۰).

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر مشخص کرد که افراد مبتلا به GERD، به صورت معناداری به نسبت افراد سالم، بیشتر از مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته استفاده می‌کردند. این یافته، همسو با مطالعه‌ی وایلنت (وایلنت، ۱۹۹۸؛ وایلنت، ۱۹۷۹؛ به نقل از مک گرگور و همکاران، ۲۰۰۳) است که به ارتباط الگوهای مختلف دفاعی با میزان سلامت جسمی و اختلالات روان تنی اشاره میکند و عقیده دارد؛ رشد نایافتگی و استفاده‌ی غیراصولی از مکانیسم‌های دفاعی با افزایش نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی (چان، ۱۹۹۷) و مرگ و میر و بیماری (وایلنت، ۱۹۹۸؛ به نقل از نیکل و ایگل، ۲۰۰۶) همراه می‌گردد.

مبتلا به GERD نسبت به گروه سالم، بیشتر از این سبک استفاده می‌کنند. یافته‌ها حاکی از معنادار بودن ($p < 0.001$) تفاوت میانگین نمرات سبک دفاعی روان آزرده، بین افراد دو گروه بیمار و سالم است. در استفاده از مکانیسم دفاعی باطل سازی، گروه بیمار با گروه سالم، تفاوت معنادار ($p < 0.05$) دارند.

همانگونه که مشاهده می‌شود، بین افراد دو گروه بیمار و سالم تفاوت معناداری در سبک دفاعی رشد یافته و مکانیسم‌های دفاعی آن دیده نمی‌شود. نمودار الف - اطلاعات مربوط به تفاوت میانگین نمرات سبکهای دفاعی دو گروه بیمار و سالم را به خوبی نشان می‌دهد.

بحث

مطالعات فراوانی به بررسی رابطه‌ی بین استرس، اختلالات جسمانی و کنشوری روانی افراد پرداخته‌اند و هرکدام بر تعامل تن و روان و اهمیت و جایگاه عوامل روانشناختی در اختلالات جسمانی تاکید ورزیده‌اند. انسان قرن بیست و یکم، بیش از پیش نسبت به استرس و پیامدهای آن هشیار شده است و این هوشیاری لزوم بررسی چگونگی کنشوری روانی



توانمندی پایین من و رشد نیافتگی مکانیسم‌های دفاعی در آنها است و این مسأله همخوان با یافته‌ی فلدمن (۱۹۹۸) است که در آن بیماران مبتلا به زخم‌های گوارش در مقایسه با افراد مبتلا به بیماری‌های دیگر، مهارت کمتری در سازگاری با حوادث استرس‌زا داشتند. مکانیسم دفاعی باطل‌سازی در سبک روان‌آزرده، از جمله دفاعیهایی بود که بیماران مبتلا به GERD بیشتر از افراد سالم از آن استفاده می‌کردند. باطل‌سازی به منزله‌ی مکانیسم دفاعی متداول در روان‌آزردگی و سواس است (آفر و همکاران، ۲۰۰۰). این یافته همسو با مطالعه‌ی لی (۲۰۰۴) است، که در آن بعد و سواس در مقیاس BSRS در بیماران مبتلا به GERD، با ۳۸/۷ درصد، از لحاظ فراوانی رتبه چهارم را به خود اختصاص داده است.

بیماری GERD مشکل جدی بسیاری از کشورهای غربی است و مطالعات نشان می‌دهند که شیوع این بیماری حداقل در جوامع شهری ایران، رو به افزایش است (احسانی و همکاران، ۲۰۰۷). تنفس بدبو، سردرد، اضطراب، کابوس و بیقراری شبانه در افراد مبتلا به GERD (صابری فیروزی و همکاران، ۲۰۰۷)، از جمله عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی بیمار است. عوارض و آثار جبران‌ناپذیر این بیماری، پیشگیری و تشخیص و درمان به موقع آن را ضروری می‌سازد. نشانه‌های روان‌شناختی همراه با این بیماری، نقش مهمی در رفتار جستجوی درمان و مراقبت بهداشتی ایفا می‌کنند. به گونه‌ای که افسردگی و اضطراب همراه، همانند کاتالیزوری عمل میکنند که بیمار را در جستجوی مراقبت پزشکی سوق می‌دهند (ونگ و همکاران، ۲۰۰۳). احساس خصومت، افسردگی و اضطراب که نسبت به گروه کنترل در این بیماران شیوع بیشتری دارد (لی و همکاران، ۲۰۰۴)، در ریشه‌ی اکثر اختلالات روان‌تنی یافت می‌شود. زمینه‌یابیها حاکی است که ۵۰ درصد

از جمله مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته‌ای که افراد مبتلا به GERD بیشتر از آن استفاده کردند، مکانیسم جا به جایی و بدنی‌سازی است. در این راستا، افزایش نمره‌ی مکانیسم دفاعی بدنی‌سازی در بیماران مبتلا به GERD نسبت به افراد سالم را می‌توان همسو با پژوهش بیکر و همکاران (۱۹۹۵) دانست که در آن افراد مبتلا به GERD در مقایسه با گروه کنترل، در مقیاس بدنی‌سازی، افسردگی و اضطراب SCL-90-R، نمره‌ی بالاتری بدست آوردند. در پژوهش لی و همکاران (۲۰۰۴) نیز شاخص بدنی‌سازی در گروه مبتلا به GERD نسبت به گروه کنترل، نمرات بالاتری را به خود اختصاص داده بود. نون رودریگز و میراندا-سیولو (۲۰۰۸)، از بالا بودن نمره‌ی مقیاس بدنی‌سازی SCL-90-R، در بیماران مبتلا به GERD نسبت به جمعیت سالم خبر می‌دهند. دومین مکانیسم رشد نیافته‌ی مورد استفاده در بیماران مبتلا به GERD، مکانیسم دفاعی جا به جایی، بود. استفاده از مکانیسم دفاعی جا به جایی در بیماران مبتلا به GERD، میتواند به دلیل کسب نمره‌ی بالا در مقیاس افسردگی (بیکر و همکاران، ۱۹۹۵) باشد. افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن نسبت به افراد سالم، بیشتر در معرض خطر ابتلا به اختلالات روان‌شناختی از جمله افسردگی قرار می‌گیرند (ورهاک و همکاران، ۲۰۰۵). با توجه به مزمن بودن ماهیت بیماری GERD و وجود سطح بالاتر افسردگی در بیماران مبتلا به GERD (کامولز و ولانوویچ، ۲۰۰۲)، این یافته همسو با پژوهش لندمارک و همکاران (۲۰۰۸) است که در آن جا به جایی، یکی از مکانیسم‌های خاص دفاعی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی شناخته شده است. درکل، شیوع رگه‌های شخصیتی از جمله برانگیختگی، رشد نیافتگی، کناره‌گیری و انزوای اجتماعی در بیماران مبتلا به زخم‌های گوارش (فلدمن و همکاران ۱۹۸۶؛ به نقل از گرانو و همکاران، ۲۰۰۶)، خود حاکی از



Biertho, L., Sanjeev, D., Sebjang, H., Antony, M., Anvari, M. (2007). "The influence of psychological factors on the outcomes of laparoscopic Nissen fundoplication". *Ann Surg Innov Res*, 1:2,10.1186/1750-1164-1-2.

Blaya, C., Dornelles, M., Blaya, R., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., Bond, M., & Manfro, G.G. (2006). "Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder"? *Defense mechanism and psychiatric disorder*, 28(3):179-83.

Bond, M.P., & Perry, J.C. (2004). "Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety and personality disorders". *American Journal of Psychiatry*, 161:1665-1671.

Brad, B. (2004). "Psychological Defense Mechanisms: A new perspective". *American Journal of Psychoanalysis*, 64(1):1-26.

Cameron, A.J., Lagergren, J., Henriksson, C., Nyren, O., Locke, Richard., & Pedersen, N. (2002). Gastroesophageal reflux disease in monozygotic and dizygotic twins. *Gastroenterology*, 122,55-59.

Caviglia, G., Crisi, A., Azzoni, A., Mazza, S., & Pinkus, L. (1990). "The mechanisms of repression and isolation in multiple sclerosis as regulators of personality system: a clinical study". *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*, 144(3): 209-15.

Chan, D. (1997). "Defensive styles and psychological symptoms among Chinese adolescents in Hong Kong". *Social Psychiatry and psychiatric Epidemiology*, 32(5):269-276.

Chang, F. (2006). "Medical economy and acid Reflux diseases". *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 5:129-132.

Dibaise, J.K., & Sharma, V.K. (2006). "Does gastroesophageal reflux contribute to the development of chronic sinusitis? A review of the evidence". *Disease of the Esophagus*, 19: 419-424.

Ehsani, M.J., Maleki, I., Mohammadzadeh, F., & Mashayekh, A. (2007). "Epidemiology of gastroesophageal reflux disease in Tehran, Iran". *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 22:1419-1422.

Endler, N.S., Courbasson, C.M.A., & Fillion, L. (1998). "Coping with cancer: the evidence for the temporal stability of the French-Canadian version of the Coping with Health Injuries and Problems (CHIP)". *Personality and Individual Differences*, 25:711-717.

Fass, R., Ofman, J.J. (2002). "Gastroesophageal Reflux Disease Should We Adopt a New Conceptual

بیماران داخلی و جراحی در کلینیکهای سرپایی تماماً اختلالات روانشناختی هم دارند (کاپلان، ۱۳۸۶). با توجه به وجود نشانه‌های روانشناختی در بیماری GERD و نتایج پژوهش اخیر، می‌توان از درمان‌های حمایتی از قبیل آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر با استرس در این بیماران سود جست. روش درمان مرکب؛ که در آن روانشناس به مشکلات روانشناسی بیمار می‌پردازد و پزشک متخصص داخلی به جنبه‌ی جسمی مشکل می‌پردازد، از جمله مواردی است که می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی این بیماران مفید واقع شود.

منابع فارسی

استورا، (۱۳۸۶). *تئیدگی یا استرس: بیماری جدید تمدن. ترجمه‌ی پریخ دادستان؛ تهران: انتشارات رشد.*
 حیدری نسب، لیللا. (۱۳۸۵). *مقایسه‌ی مکانیزم‌های دفاعی در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی براساس هنجاریابی و یافته‌های مبتنی بر روانسنجی پرسشنامه‌ی ایرانی سبک‌های دفاعی (DSQ)*. رساله‌ی دکتری چاپ نشده، دانشگاه تربیت مدرس.
 سادوک، بنیامین؛ سادوک، ویرجینیا. (۱۳۸۶). *خلاصه روانپزشکی کاپلان. ترجمه‌ی نصرت الله پورافکاری؛ تهران: شهرآب.*

References

Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). "The defense style questionnaire". *Journal of Nervous and mental Disease*, 181(4):246-56, (Abstract retrieved from www.Pubmed.gov).
 Armstrong, D. (2005). "Gastroesophageal reflux disease". *Current Opinion in Pharmacology*, 5:589-595.
 Baker, L.H., Lieberman, D., & Oehlke, M. (1995). "Psychological Distress in Patients with Gastroesophageal Reflux Disease". *The American Journal of Gastroenterology*, 90(10):1797-1803.



- "Heart rate variability in patients with different manifestations of gastroesophageal reflux disease". *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical*, 116:39-45.
- Levenstein, S. (2000). "The very model of a modern etiology: a biopsychosocial view of peptic ulcer". *Psychosom Med*, 62(2): 176-85.
- Lenglinger, J., Ringhofer, C., Eisler, M., Devyatko, E., Cosentini, E., Wrba, F., Zacherl, J., & Riegler, M. (2006). "Diagnosis of Gastroesophageal Reflux Disease (GERD)". *European Surgery*, 38(4): 227-243.
- MacGregor, M.Wm., Davidson, K.W., Barksdale, C., Black, S., & MacLean, D. (2003). "Adaptive defense use and resting blood pressure in a population-based sample". *Journal of Psychosomatic Research*, 55:531-541.
- Meining, A., & Classen, M. (2000). "The Role of Diet and Lifestyle Measures in the Pathogenesis and Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease". *American Journal of Gastroenterology*. 95(10):2692-2696.
- Mohammed, I., Cherkas, L.F., Riley, S.A., & et al. (2003). "Genetic influences in gastroesophageal reflux disease: a twin study". *Gut*, 52:1085-1089.
- Nickel, R., & Egle, U.T. (2006). "Psychological defense styles, childhood adversities and psychopathology in adulthood". *Child Abuse & Neglect*, 30:157-170.
- Nunez-Rodriguez, M.H., & Miranda-Sivelo, A. (2008). "Psychological Factors in Gastroesophageal Reflux Disease Measured by SCL-90-R Questionnaire". *Dig Dis Sci*, 53 :3071-3075.
- Offer, R., Levie, R., Gothelf, D., Apter, A. (2000). "Defense Mechanisms, Negative Emotions, and Psychopathology in Adolescent Inpatients". *Comprehensive Psychiatry*, 41:35-41.
- Pustorino, S., Guerrisi, O., Calipari, G., Federico, G., Ianni, G., Scarpignato, E.M., Pizzimenti, C., Corona, G., Martinez, P., & Migliorato, D. (1991). [Psycho-emotional distress and gastroesophageal reflux syndrome]. *Minerva Gastroenterol Dietol*, 37(1):1-9.
- SaberiFiroozi, M., Khademolhosseini, F., Yousefi, M., Mehrabani, D., Zare, N., Heydari, S.T. (2007). "Risk factors of gastroesophageal reflux disease in shiraz, southern Iran". *World J Gastroenterol*, 7,13 (41): 5486-5491.
- Sandritter, T. (2003). "Gastroesophageal reflux disease in infants and children". *J Pediatr Health Care*, 17:198-203.
- Framework"? *The American Journal of Gastroenterology*, 97(8):1901-1908.
- Feldman, M. (1998). "Mental Stress and Peptic Ulcers: An Earthshaking Association". *The American Journal of Gastroenterology*, 93(3):291-293.
- Ghanei, M., Khedmat, H., Mardi, F., Hosseini, A. (2006). "Distal esophagitis in patients with mustard-gas induced chronic cough". *Dis Esophagus*, 19(4):285-8.
- Grano, N., Puttonen, S., Elovainio, M., Virtanen, M., Vaananen, A., Vahtera, J., Keltikangas-Jarvinen, L., & Kivimaki, M. (2006). "Impulsivity as a predictor of newly-diagnosed peptic ulcer disease: A prospective cohort study". *Personality and Individual Differences*, 41:1539-1550.
- Heidelbaugh, J.J. (2007). "Gastroesophageal Reflux Disease (GERD)". *UMHS GERD Guideline*, 1-11.
- Howden, C.W., & Chey, W.D. (2003). "Gastroesophageal Reflux Disease". *The Journal of family practice*, 52(3):240-247.
- Kahrilas, P.G. (2003). "Diagnosis of Symptomatic Gastroesophageal Reflux Disease". *American Journal of Gastroenterology*, 98(3): S15-S22.
- Kamolz, T., Granderath, F.A., Bammer, T., Pasiut, M., Wykypiel, jr, H., Herrmann, R., & Pointner, R. (2002). "Mid- and long-term quality laparoscopic fundoplication and re-fundoplication: a single unit review of more than 500 antireflux procedures". *DIGEST LIVER DIS*, 34:470-6.
- Kamolz, T., & Velanovich, V. (2002). "Psychological and emotional aspects of gastroesophageal reflux disease." *Diseases of The esophagus*, 15:199-203.
- Kulig, M., Nocon, M., Vieth, M., Leodolter, A., Jaspersen, D., Labenz, J., Meyer-Sabellek, W., Stolte, M., Lind, T., Malfertheiner, P., & Willich, S.N. (2004). "Risk factors of gastroesophageal reflux disease: methodology and first epidemiological results of the Pro GERD study". *Journal of Clinical Epidemiology*, 57:580-589.
- Landmark, T., Stiles, T.C., Fors, E.A., Holen, A., & Borchgrevink, P.C. (2008). "Defense mechanisms in patients with fibromyalgia and major depressive disorder". *Eur.J.Psychiat*. 22, 4:185-193.
- Lee, S.Y., Park, M.C., Choi, S.C., Nah, Y.H., Abbey, S.E., & Rodin, G. (2000). "Stress, coping, and depression in non-ulcer dyspepsia patients". *Journal of Psychosomatic Research*, 49:93-99.
- Lee, Y.C., Wang, H.P., Lin, L.Y., Lee, B.C., Chiu, H.M., Wu, M.S., Chen, M.F., Lin, J.T. (2004).



Spielberger, C.D., & Reheiser, E.C. (2006). "Psychological defense mechanisms, motivation and the use of tobacco". *Personality and Individuals Differences*, 41:1033-1043.

Toruner, M., Soykan, I., Ensari, A., Kuzu, I., Yurdaydin, C., Ozden, A. (2004). "Barrett's esophagus: Prevalence and its relationship with dyspeptic symptoms". *J.Gastroentrol.Hepatol*, 19:535-40.

Vaillant, G.E. (2000). "Adaptive mental mechanisms: Their role in a psychology". *American psychologist*, 55:89-98.

Verhaak, P.F.M., Heijmans, M.J.W.M., Peters, L., & Rijken, M. (2005). "Chronic disease and mental disorder". *Social Science & Medicine*, 60:789-797.

Wong, W.M., Lai, K.C., Lam, K.F., Hui, W.M., Hu, W.H., Lam, C.L., Xia, H.H., Huang, J.Q., Chan, C.K., Lam, S.K., Wong, B.C. (2003). "Prevalence, clinical spectrum and health care utilization of gastro-oesophageal reflux disease in a chinese population: a population-based study". *Aliment Pharmacol Ther*, 18:595-604.

Wright, C.E., Ebrecht, M., Mitchell, R., Anggiansah, A., & Weinman, J. (2005). "The effect of psychological stress on symptom severity and perception in patients with gastro-oesophageal reflux". *Journal of psychosomatic Research*, 59:415-424.

Zamir, D. (2005). "Gastroesophageal reflux". *European Journal Medicine*, 16:391-401.

Zeigler-Hill, V., Chadha, S., & Osterman, L. (2008). "Psychological defense and self-esteem instability: Is defense style associated with unstable self-esteem"? *Journal of Research in Personality*, 42:348-364.

Zeidner, M., & Endler, N.S. (1996). *Handbook of coping: theory, research, applications*. USA.