

## مقایسه شیوه‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به زخم معده و دوازدهه، سندرم روده تحریک‌پذیر و افراد عادی

### چکیده:

**مقدمه و هدف:** ارتباط بیماری‌های گوارشی و استرس روانشناختی از سال‌ها پیش مورد توجه بوده است. در این میان دو بیماری زخم معده و دوازدهه و سندرم روده تحریک‌پذیر بیشتر مرتبط فرض شده‌اند. علل و عوامل فراوانی برای بیماری‌های مذکور عنوان شده است. استرس و مسایل روانشناختی در برخی منابع به عنوان یکی از عوامل بسیار مهم مورد توجه قرار گرفته است. مطالعات اخیر نشان داده که ارزیابی افراد از حوادث استرس‌زا و پاسخ آنها به استرس به مراتب تأثیر گذارتر از خود استرس بر روی بیماری‌ها می‌باشد. هدف از این مطالعه تعیین و مقایسه شیوه‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به این دو بیماری و افراد عادی می‌باشد.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش تحلیلی (مورد - شاهدهی) بوده که در آن نمونه پژوهش عبارت بودند از: ۴۱ نفر افراد مبتلا به اولسرپپتیک، ۴۱ نفر افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و ۹۶ نفر افراد عادی همراه بیمار. پس از انتخاب افراد نمونه پرسشنامه شیوه مقابله‌ای کارور که مشتمل بر ۲۸ سؤال بوده و ۱۴ شیوه مقابله‌ای مختلف را اندازه می‌گرفت تکمیل می‌گردید. کلیه افراد نمونه‌های مختلف از میان مراجعین به کلینیک داخلی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج در سال ۱۳۸۴ انتخاب گردیدند. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری مجذورکای، تحلیل واریانس و پس از تحلیل شفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** این مطالعه نشان داد که بالاترین میانگین شیوه مقابله در هر دو جنس، مذهب‌گرایی و کمترین میانگین از آن مصرف مواد بوده است. یافته‌ها حاکی از آن بود که سه گروه در شیوه‌های مقابله‌ای عقب‌نشینی روانی، مقابله فعال، حمایت عاطفی، حمایت اجتماعی ابزاری، مثبت اندیشی برنامه‌ریزی و سرزنش خود به صورت معنی‌داری با هم تفاوت داشتند. بر اساس نتایج پژوهش سه گروه مختلف نمونه از سه نیمرخ مقابله‌ای متفاوت برخوردار می‌باشند.

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که افراد بیمار در مقایسه با افراد سالم از شیوه‌های مقابله‌ای منفی بیشتر استفاده می‌کنند و در مقابل استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای مثبت یا کارآمد در افراد عادی بیشتر مورد استفاده قرار گرفته است. بنابراین تلاش در جهت تغییر شیوه‌های ناکارآمد به شیوه‌های کارآمد می‌تواند در روش‌های کنترل بیماری مورد توجه قرار گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** زخم معده و دوازدهه، سندرم روده تحریک‌پذیر، شیوه‌های مقابله با استرس

دکتر شیرعلی خرامین\*

دکتر حسین نیلی\*\*

دکتر علی محمدی\*\*

دکتر قباد مبشری\*\*\*\*

\*دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه

علوم پزشکی یاسوج، دانشکده پزشکی،

گروه روانپزشکی

\*\*متخصص داخلی، استادیار دانشگاه علوم

پزشکی یاسوج، دانشکده پزشکی،

گروه بیماری‌های داخلی

\*\*\*متخصص روانپزشکی، استادیار دانشگاه علوم

پزشکی یاسوج، دانشکده پزشکی،

گروه روانپزشکی

\*\*\*\*پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج،

دانشکده پزشکی

تاریخ وصول: ۱۳۸۷/۲/۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۷/۷/۲۷

مؤلف مسئول: دکتر شیرعلی خرامین

پست الکترونیک: sapootang@yahoo.com

## مقدمه

وابسته به استرس فرض شده بود (۹ و ۱۰). به عبارتی تصور بر این بوده است که استرس روانشناختی نقش اساسی را در پدید آیی یا تشدید این بیماری بازی می‌کند. بر این اساس تحقیقات زیادی به مطالعه رابطه بین بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر و استرس پرداخته‌اند که اکثر آنان به وجود این رابطه اشاره نموده‌اند (۱۱-۱۵).

امروزه اعتقاد بر این است که استرس به تنهایی و به صورت مستقیم نمی‌تواند فرد و سلامت روانی و جسمی او را متأثر کند، بلکه نوع برداشت و ارزیابی فرد از استرس و در نتیجه شیوه مقابله‌ای اتخاذ شده او در مقابل استرس تعیین کننده خواهد بود (۱۶ و ۱۷). بر این اساس یکی از عوامل مهم و تعیین کننده در میزان زیان‌بار بودن استرس نوع و شیوه مقابله‌ای انتخاب شده می‌تواند باشد (۱۸).

تحقیقات زیادی به بررسی شیوه‌های مقابله‌ای در بیماری‌های مختلف پرداخته است (۲۰ و ۱۹)، گرچه تعداد اندکی از این مطالعات به بررسی شیوه‌های مقابله‌ای در سندرم روده تحریک‌پذیر پرداخته (۲۲ و ۲۱)، اما نتایج متناقضی را در برداشته‌اند. از طرف دیگر هیچ‌گونه مطالعه‌ای در رابطه با نوع شیوه‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به زخم گوارشی وجود نداشته است، لذا پژوهش حاضر به منظور پر کردن این خلاء و شناسایی شیوه‌های مقابله‌ای در بیماران فوق و تعیین نیمرخ روانی این بیماران در مقایسه با افراد عادی طراحی شده است.

استرس‌های روانشناختی و پاسخ‌های عاطفی به استرس می‌توانند عملکرد سیستم گوارشی را تحت تأثیر قرار دهند. نقش عواطف و هیجانات مختلف بر قسمت‌های متفاوت سیستم گوارشی کاملاً مشخص و ثابت شد است (۱).

در بین بیماران گوارشی ارتباط دو بیماری زخم‌های گوارشی و سندرم روده تحریک‌پذیر بیشتر از سایرین مورد توجه بوده است (۲). نقش استرس و فشارهای روانی ناشی از مشکلات اجتماعی و اقتصادی در بیماری‌های زخم معده از سال‌ها پیش مورد توجه قرار گرفته است (۲ و ۱). گرچه با کشف نقش هلیکوباکتریلوری در این بیماری‌ها توجه به استرس و نقش آن کم‌رنگ گردید، اما رفته رفته با کشف ناتوانی هلیکوباکتریلوری برای توجیه علت همه موارد بیماری توجه مجدد به نقش استرس پررنگ‌تر گردید (۳).

طیف وسیعی از تحقیقات اخیراً به رابطه بین استرس و زخم پپتیک چه در حیوانات و چه در انسان‌ها اشاره نموده‌اند (۸ - ۴) و همه این تحقیقات وجود این رابطه را تأیید می‌کنند. این ارتباط می‌تواند به علت نوعی عامل همراه با هلیکوباکتریلوری، به عنوان محرکی برای تولید اسید گاستریک و یا گرایش به رفتارهای خطرناک مرتبط با بیماری باشد (۵).

در زمینه رابطه بین سندرم روده تحریک‌پذیر و استرس اطمینان بیشتری در پژوهش‌ها دیده می‌شود. از مدت‌ها پیش این اختلال یک اختلال

## مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه تحلیلی (مورد - شاهدهی) بوده که در آن سه گروه مختلف؛ افراد عادی، مبتلایان به زخم معده و سندرم روده تحریک‌پذیر از نظر نوع شیوه مقابله با استرس با هم مقایسه شده‌اند.

کلیه افراد نمونه‌های مختلف از میان مراجعین به کلینیک داخلی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج در سال ۱۳۸۴ انتخاب گردیدند. در این پژوهش ۴۱ نفر با تشخیص متخصص داخلی به عنوان زخم پپتیک (معده و دوازدهه)، ۴۱ نفر بر اساس ملاک‌های رومن ۳ (۲۳) دارای تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر و ۹۶ نفر از همراهان بیماران که تا حد امکان با گروه بیمار هم‌تا باشند به عنوان افراد نمونه مورد مطالعه انتخاب گردیدند. در صورت داشتن بیماری روان‌تنی فرد انتخاب شده برای گروه شاهد از نمونه حذف می‌گردید.

برای جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس مقابله‌ای کارور استفاده شده است که برای ارزیابی انواع سبک‌های مقابله‌ای طراحی شده است. این مقیاس چهارده سبک مقابله‌ای را می‌سنجد که مبتنی بر نتایج حاصل از نظریه‌های شخصیت در باره نحوه برخورد افراد با رویدادهای تنش‌زاست. این سبک‌ها عبارتند از: مقابله فعال، برنامه‌ریزی، ایجاد وقفه در فعالیت‌های دیگر، مقابله از راه خویش‌تن‌داری، جستجوی حمایت اجتماعی بنا به دلایل ابزاری، جستجوی حمایت اجتماعی بنا به دلایل هیجانی، تفسیر مجدد مثبت و

رشد، پذیرش مشکل، روی آوردن به مذهب، متمرکز شدن بر هیجانات و ابراز عواطف، انکار مشکل، عقب‌نشینی رفتاری، عقب‌نشینی روانی و استفاده از الکل و سایر داروها. این مقیاس در دو شکل کوتاه با ۲۸ سوال و فرم بلند با ۶۰ سوال به وسیله کارور و همکاران ساخته شده است. در این پژوهش از فرم کوتاه پرسشنامه استفاده شده است. پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۵ تا ۰/۹۰ گزارش و اعتبار آن مورد تأیید قرار گرفته است (۲۰). این پرسشنامه در ایران هنجاریابی و مورد استفاده قرار گرفته است (۲۴).

در ضمن پایایی این مقیاس در یک طرح پایلوت قبل از اجرا با آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و با استفاده از نظر متخصصان مورد تأیید سه متخصص قرار گرفت.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS<sup>(۱)</sup> و آزمون‌های آماری مجذورکای<sup>(۲)</sup>، تحلیل واریانس یک طرفه<sup>(۳)</sup> و پس آزمون شفه<sup>(۴)</sup> مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌ها

تعداد ۶۷ نفر از افراد نمونه زن و ۱۱۱ نفر مرد بودند که میانگین سن آنان ۲۸±۸/۴۱ سال بوده است. تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مختلف نمونه از نظر جنس و سن مشاهده نگردید (جدول ۱).

1- Statistical Package for Social Sciences  
2-Chi-Square Test  
3-Analysis of Varians (ANOVA)  
4-Schefe

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بالاترین نمره میانگین گروه عادی در شیوه مقابله‌ای مربوط به مذهب‌گرایی (۶/۸۷) و کمترین میانگین این گروه استفاده از مواد (۲/۴) و بعد از آن عقب‌نشینی رفتاری (۲/۹۶) می‌باشد. در گروه بیماران اولسرپپتیک، بالاترین نمره میانگین در شیوه مقابله‌ای مذهب‌گرایی (۶/۸) و کمترین نمره مصرف مواد (۲/۵۳) می‌باشد. بیشترین نمره میانگین سندرم روده تحریک‌پذیر در شیوه مقابله‌ای مذهب‌گرایی (۶/۲۶) و کمترین در استفاده از مواد (۲/۲۴) می‌باشد (نمودار ۱).

با مقایسه سه گروه مختلف نمونه (عادی، اولسرپپتیک و سندرم روده تحریک‌پذیر) با استفاده از تحلیل واریانس، تفاوت معنی‌داری بین سه گروه مختلف در بعضی از شیوه‌های مقابله‌ای وجود داشته است که این تفاوت در شیوه‌های مقابله‌ای عقب‌نشینی روانی ( $F=5/15$  و  $p<0/05$ )، مقایسه فعال ( $F=4/11$  و  $p<0/01$ )، حمایت عاطفی ( $F=8/32$  و  $p<0/001$ )، حمایت اجتماعی ابزاری ( $F=16/69$  و  $p<0/001$ )، مثبت‌اندیشی ( $F=8/37$  و  $p<0/001$ )، برنامه‌ریزی ( $F=7/22$  و  $p<0/001$ ) و سرزنش خود ( $F=4/99$  و  $p<0/001$ ) به صورت معنی‌دار دیده می‌شود.

با استفاده از روش‌های آماری پس از تحلیل شفه، مقایسه گروه‌های مختلف در هر کدام از این

شیوه‌ها نشان داد که تفاوت بین گروه عادی با گروه سندرم روده تحریک‌پذیر در شیوه مقابله عقب‌نشینی روانی معنی‌دار است (به ترتیب ۵/۱ در برابر ۴/۲۶؛  $p<0/05$ ). همچنین تفاوت معنی‌داری بین میانگین گروه عادی و سندرم روده تحریک‌پذیر در شیوه مقابله‌ای فعال مشاهده شده است (به ترتیب ۶/۲۶ در برابر ۵/۶؛  $p<0/05$ ). تفاوت گروه عادی (۶) با اولسرپپتیک (۴/۸۳) و سندرم روده تحریک‌پذیر (۵/۰۴) در شیوه مقابله‌ای حمایت عاطفی، در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. شیوه مقابله‌ای حمایت اجتماعی ابزاری نیز در بین گروه‌های عادی (۶/۶۹) و اولسرپپتیک (۵/۸۵) و سندرم روده تحریک‌پذیر (۴/۹) در جدول ۴ آمده است. این تفاوت در سطحی کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. در این پژوهش داده‌ها نشان می‌دهند که گروه‌های عادی در شیوه‌های مقابله‌ای مثبت‌اندیشی با میانگین (۶/۸۷)، برنامه‌ریزی (۶/۶۵) و سرزنش خویش (۵/۱۹) با میانگین‌های دو گروه دیگر یعنی اولسرپپتیک (به ترتیب: ۶/۴۳، ۶/۱۲، ۴/۴۳) و سندرم روده تحریک‌پذیر (به ترتیب: ۵/۶۰، ۲/۹۵، ۴/۱۷) تفاوت آماری معنی‌داری دارند. همچنین نتایج نشان می‌دهد که بین میانگین گروه اولسرپپتیک و سندرم روده تحریک‌پذیر، در شیوه‌های مقابله‌ای حمایت اجتماعی ابزاری و مثبت‌اندیشی تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد.

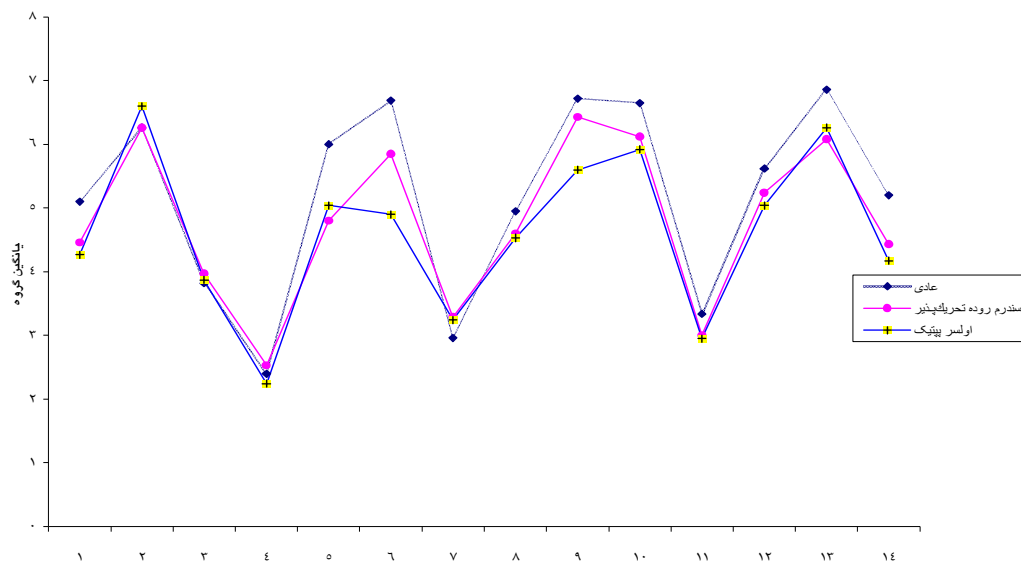
جدول ۱: توزیع گروه‌های نمونه بر حسب جنس و سن

گروه نمونه	زن	مرد	کل	میانگین سن (سال)
عادی	۳۸	۵۸	۹۶	۲۸/۰۵±۶/۰
اولسر پپتیک	۱۸	۲۳	۴۱	۳۰/۶۳±۱۲
سندرم روده تحریک‌پذیر	۱۱	۳۰	۴۱	۲۸/۸±۸/۳۷
جمع	۶۷	۱۱۱	۱۷۸	۲۸±۸/۴۱

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات گروه‌های مختلف نمونه در شیوه‌های مقابله‌ای چهارده گانه

شیوه مقابله‌ای	افراد عادی	بیماران اولسر پپتیک	بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر	جمع	سطح معنی‌داری
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
عقب‌نشینی روانی	۵/۱۰±۱/۵۷	۴/۴۶±۱/۶۵	۴/۲۶±۱/۳۴	۴/۷۶±۱/۵	-/۰.۵
مقابله فعال	۶/۲۶±۱/۲۳	۶/۲۶±۱/۳۲	۵/۶±۱/۳۳	۶/۱۱±۱/۳	-/۰.۱۸
انکار	۳/۸۲±۱/۶۵	۳/۹۷±۱/۶۹	۳/۸۷±۱/۷۳	۳/۸۷±۱/۶	NS*
مصرف مواد	۲/۴۰±۱/۱۳	۲/۵۳±۱/۵۳	۲/۲۴±۰/۹۶	۲/۳۹±۱/۲	NS*
حمایت عاطفی	۶±۱/۶۲	۴/۸۲±۱/۹۷	۵/۰۴±۱/۷۷	۵/۵۱±۱/۸	-/۰.۰۰۰۱
حمایت اجتماعی - ایزاری	۶/۶۹±۱/۲۲	۵/۸۵±۱/۱۲	۴/۹۰±۲/۱۰	۶/۰۸±۱/۸	-/۰.۰۰۰۱
عقب‌نشینی رفتاری	۲/۹۶±۱/۲۱	۳/۲۹±۱/۶۳	۳/۲۴±۱/۲۸	۳/۱۰±۱/۳	NS*
تخلیه	۴/۹۵±۱/۲۸	۴/۶۰±۱/۳۲	۴/۵۳±۱/۶۸	۴/۷۸±۱/۴	NS*
مثبت اندیشی	۶/۷۲±۱/۱۷	۶/۴۳±۱/۶۸	۵/۶۰±۱/۸۱	۶/۴۰±۱/۵	-/۰.۰۰۰۱
برنامه‌ریزی	۶/۶۵±۱/۳۴	۶/۱۲±۱/۵۶	۵/۹۲±۱/۱۴	۶/۳۶±۱/۳	-/۰.۰۰۸
شوخ طبعی	۳/۳۴±۱/۶۰	۳/۰۰±۱/۳۶	۲/۹۵±۱/۴۸	۳/۱۷±۱/۵	NS*
پذیرش	۵/۶۲±۱/۴۸	۵/۲۴±۱/۶۹	۵/۰۴±۱/۵۳	۵/۴۰±۱/۵	NS*
مذهب‌گرایی	۶/۸۷±۱/۳۳	۶/۸۰±۱/۵۶	۶/۲۶±۱/۵۸	۶/۷۱±۱/۴	NS*
سرزنش خویش	۵/۱۹±۱/۵	۴/۴۳±۱/۵۳	۴/۱۷±۱/۸۲	۴/۷۸±۱/۶	-/۰.۰۰۱

\*NS: Not Significant



شیوه‌های مقابله‌ای چهارده‌گانه به ترتیب: عقب‌نشینی روانی، مقابله فعال، انکار، استفاده از مواد، حمایت عاطفی، اجتماعی ایزاری، عقب‌نشینی رفتاری، تخلیه، مثبت‌اندیشی، برنامه‌ریزی، شوخ طبعی، پذیرش، مذهب‌گرایی، و سرزنش خویش

نمودار ۱: نیمرخ مقابله‌ای گروه‌های مختلف نمونه در مقابل استرس

## بحث و نتیجه‌گیری

نقش استرس و فشارهای روانی ناشی از مشکلات اجتماعی و اقتصادی در بیماری‌های زخم معده از سال‌ها پیش مورد توجه قرار گرفته است (۲ و ۱). این پژوهش به منظور بررسی و مقایسه شیوه‌های مقابله‌ای متفاوت، در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر و اولسرپپتیک و همچنین افراد عادی طراحی شده است.

استفاده از شیوه مقابله‌ای گرایش به مذهب، در بین تمام گروه‌ها از بالاترین میانگین برخوردار بوده است. با توجه به روحیه مذهبی مردم استان، به نظر این میزان بالای استفاده از شیوه مقابله‌ای مذهبی و پناه آوردن به مذهب، در موارد پرفشار می‌تواند امری عادی باشد. همچنین توجه به رابطه بین مذهب و گرایش به مواد مخدر که در آن افراد با گرایش مذهبی بالاتر، کمتر از مواد مخدر استفاده می‌نمایند (۲۵)، میانگین پایین استفاده از شیوه مقابله‌ای مصرف مواد در بین تمام شیوه‌های مقابله‌ای می‌تواند مرتبط با این امر باشد.

نتایج پژوهش، حاکی از تفاوت معنی‌دار در بسیاری از شیوه‌های مقابله بین دو گروه بیماری و افراد عادی بوده که این مسئله با تحقیقات پیشین در ارتباط می‌باشد (۲۹-۲۶ و ۲۲-۱۹).

از آنجا که شیوه‌های مقابله‌ای به دو گروه کارآمد (مثبت) و ناکارآمد (منفی) تقسیم‌بندی می‌شوند (۳۰)، به نظر می‌رسد که استفاده افراد گروه‌های بیمار، از شیوه‌های ناکارآمد مثل

عقب‌نشینی رفتاری بسیار زیاد بوده و استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای مثبت از قبیل، مثبت‌اندیشی، جستجوی حمایت عاطفی، جستجوی حمایت اجتماعی و غیره کمتر بوده است. بنابراین می‌توان گفت که شیوه‌های مقابله‌ای کارآمد، در گروه‌های بیمار، در حد پایین مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در مورد استفاده از شیوه مقابله‌ای فعال و سرزنش خویشتن، نتایج نشان می‌دهد که افراد اولسرپپتیک بیشتر از افراد عادی از مقابله فعال استفاده می‌کنند. همچنین افراد عادی بیشتر از دو گروه دیگر از شیوه مقابله‌ای سرزنش خود استفاده می‌کنند. به نظر می‌رسد که اولاً افراد دارای اولسرپپتیک بیش از حد خود را درگیر کارها می‌نمایند، به عبارتی بیشتر از افراد عادی سعی می‌کنند روی حل مشکل پافشاری نمایند. ثانیاً در مورد شیوه مقابله‌ای سرزنش خود به نظر می‌آید که این دو گروه بیشتر محیط را مقصر دانسته، به همین دلیل مقابله فعال در آنان بیشتر است و در نتیجه کمتر متوجه حل مشکل در درون خود می‌باشند.

در کل می‌توان گفت که شیوه‌های مقابله‌ای سه گروه مورد مطالعه در موارد بسیار زیادی متفاوت بوده و هر کدام دارای نیمرخ روانی مخصوص به خود بوده است. گرچه چگونگی ارتباط این نوع از شیوه‌های مقابله‌ای و بیماری تحقیقات بیشتری را می‌طلبد. از طرف دیگر با توجه به عدم حذف بیماران با هلیکوباکترپیلوری مثبت می‌تواند

نتایج گروه اولسر پپتیک را تا حدودی آغشته به اثر متغیر مزاحم نماید. به نظر می‌رسد انجام پژوهشی با حذف موارد بالا می‌تواند به روشن شدن این ارتباط کمک نماید.

### **تقدیر و تشکر**

بدین وسیله از کلیه افراد نمونه و همچنین شورای پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج تقدیر و تشکر می‌گردد.

# Comparison of Coping Skills in Peptic Ulcer, Irritable Bowel Syndrome and Normal People

Kharamin SHA<sup>\*</sup>,  
Nilli H<sup>\*</sup>,  
Mohamadi A<sup>\*\*\*</sup>,  
Mobashery GH<sup>\*\*\*\*</sup>.

<sup>\*</sup>Assistant Professor of Psychology ,  
Department of Psychology, Faculty of  
Medicine, Yasuj University of Medical  
Sciences, Yasuj, Iran

<sup>\*\*</sup>Assistant Professor of Internal  
Medicine, Department of Internal  
Medicine, Faculty of Medicine, Yasuj  
University of Medical Sciences,  
Yasuj, Iran

<sup>\*\*\*</sup>Assistant Professor of Psychiatry,  
Department of Psychiatry, Faculty of  
Medicine, Yasuj University of Medical  
Sciences, Yasuj, Iran

<sup>\*\*\*\*</sup>General Practitioner, Faculty of  
Medicine, Yasuj University of Medical  
Sciences, Yasuj, Iran

**KEYWORDS:**  
**Peptic Ulcer,**  
**Irritable Bowel Syndrome,**  
**Coping Skills**

Received: 8/2/1/1387  
Accepted: 27/7/1387

**Corresponding Author: Javan AR**  
**Email: r\_javan1962@yahoo.com**

## ABSTRACT:

**Introduction & Objective:** The role of stress in gastronomic diseases has been known since a long time ago. IBS and peptic ulcer have been more investigated and are more suspected to be affected by stress. Recently some (such as Lazarus) believe that stress, itself alone, could not affect person but this is assessment and coping skill of person which determine this effect. This research was designed to investigate the coping skills in peptic ulcer, IBS and normal people.

**Material & Methods:** This is an analytic study in which 41 patient with IBS, 41 with peptic ulcer and 91 normal people were selected from people who referred to internist clinic. Using brief COPE scale, data were collected and analyzed by SPSS.

**Results:** The result showed that the religious and substance use as two coping skill were the highest and lowest skills used by men and women in tree groups respectively. The result also showed that three groups were different in active coping, using emotional support, using instrumental support, positive reframing, planning, self- blame and venting.

**Conclusion:** This study showed that patient groups used more negative coping skills, while normal people mostly used effective positive skills.



## REFERENCES:

1. Wolf S. The psyche and the stomach. A historical vignette. *Gastroenterology* 1981; 80: 605-14.
2. Bytzer P, Howell S, Leemon M, Young LJ, Jones MP, Talley NJ. Low socioeconomic class is a risk factor for upper and lower gastrointestinal symptoms: a population based study in 15000 Australian adults. *Gut* 2001;49:66-72.
3. Levenstein S, Ackerman S, Kiecolt-Glaser JK, Dubois A. Stress and peptic ulcer disease. *JAMA* 1999; 281(1):10-1.
4. Ackerman SH, Hofer MA, Weiner H. Age at maternal separation and *astric* erosion susceptibility in the rat. *Psychosom Med* 1975; 37: 180-4.
5. Levenstein S. Stress and peptic ulcer: life beyond *Helicobacter*. *BMJ* 1998; 316: 538-41.
6. Gilligan I, Fung L, Piper DW, Tennant C. Life event stress and chronic dif-ficulties in duodenal ulcer: a case control study. *J Psychosom Res* 1987; 31: 117-23.
7. Levenstein S, Kaplan GA, Smith M. Sociodemographic characteristics, life stressors, and peptic ulcer: a prospective study. *J Clin Gastroenterol* 1995; 21:185-92.
8. Levenstein S, Kaplan GA, Smith MW. Psychological predictors of peptic ulcer incidence in the Alameda County study. *J Clin Gastroenterol* 1997; 24: 140-6.
9. Whitehead WE. Assessing the effects of stress on physical symptoms. *Health Psychol* 1994; 13: 99-102.
10. Blanchard EB, Lackner JM, Jaccard J, Rowell D, Carosella AM, Powell C, et al. The role of stress in symptom exacerbation among IBS patients. *J Psychosom Res* 2008; 64(2):119-28.
11. Schwarz SP, Blanchard EB, Berreman CF, Scharff L, Taylor AE, Greene BR, et al. Psychological aspects of irritable bowel syndrome: comparisons with inflammatory bowel disease and nonpatient controls. *Behav Res Ther* 1993; 31: 297-304.
12. Blanchard EB, Radnitz C, Evans DD, Schwarz SP, Neff DF, Gerardi MA. Psychological comparisons of irritable bowel syndrome to chronic tension and migraine headache and non-patient controls. *Biofeedback Self Regul* 1986; 11: 221-30.
13. Drossman DA, McKee DC, Sandler RS, Mitchell CM, Cramer EM, Lowman BC, et al. Psychosocial factors in irritable bowel syndrome: a multivariate study of patients and non-patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1988; 95: 701-8.
14. Whitehead WE, Crowell MD, Robinson JC, Heller BR, Schuster MM. Effects of stress or life events on bowel symptoms: subjects with irritable bowel syndrome compared with subjects without bowel dysfunction. *Gut* 1992; 33: 825-30.
15. Levy RL, Cain KC, Jarrett M, Heitkemper MM. The relationship between daily life stress and gastrointestinal symptoms in women with irritable bowel syndrome. *J Behav Med* 1997; 20:177-93.
16. Lazarus RS. Psychological stress and the coping process. 1<sup>st</sup> ed. New York: McGraw-Hill;1966; 100.
17. Ellis A. Feeling better, getting better, staying better. 1<sup>st</sup> ed. USA: Impact Publishers; 2001; 120.
18. Holahan CJ, Moos RH. Risk, resistance, and psychological distress: A longitudinal analysis with adults and children. *Journal of Abnormal Psychology* 1987; 96: 3-13.
19. Fawzy FI, Fawzy NW, Hyn CS, Elashoff R, Guthrie D, Fahey JL, et al. Malignant melanoma: Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival six years later. *Archives of General Psychiatry* 1993; 50: 681-9.
20. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine* 1997; 4: 92-100.
21. Minderhoud IM, Oldenburg B, Wismeijer JA, Van Berge Henegouwen GP, Smout AJ. IBS-like symptoms in patients with inflammatory bowel disease in remission; relationships with quality of life and coping behavior. *Dig Dis Sci* 2004; 49(3): 469-74.
22. Pinto C, Lele MV, Joglekar AS, Panwar VS, Dhavale HS. Stressful life-events, anxiety, depression and coping in patients of irritable bowel syndrome. *J Assoc Physicians India* 2000; 48(6): 589-93.
23. Drossman DA, editor. Moderator. AGA Clinical Symposium - Rome III: New Criteria for the Functional GI Disorders: 2006 May. 20-25: Los Angeles, California: USA.

۲۴. بشارت محمدعلی، شالچی بهزاد. سبک‌های دل‌بستگی و مقابله با تنیدگی. فصلنامه روانشناسان ایران ۱۳۸۶؛ سال سوم، شماره ۱۱: ۲۳۶-۲۲۵.

۲۵. محمدی محمدعلی، دادخواه بهروز. نقش مذهب در پیشگیری از اعتیاد. فصلنامه اصول بهداشت روانی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل ۱۳۸۰؛ سال سوم، شماره ۱۰ و ۹: ۳۴-۲۷.

26. Van Heck GL, Vinger Hoets AJ, Van Hout GC. Coping and extreme response tendency in duodenal ulcer patient. *Psychosomatic Medicine* 1991; 53(5): 566-75.
27. Piper DW, Tennant C. Stress and personality in patients with chronic peptic ulcer. *Journal of Clinical Gastroenterol* 1993; 17(2):178.
28. Pinto C, Lele MV, Joglekar AS, Panwar VS, Dhavale HS. Stressful life – events, anxiety, depression and coping in patient of irritable bowel syndrome. *Association Physicians India* 2000; 48(6); 589-93.
29. Solmaz M, Kavuk I, Sayar K. Psychological factors in irritable bowel syndrome. *European Journal of Medical Researches* 2003; 8(2): 549-56.
۳۰. محمدخانی شهرام. در ترجمه: مهارت‌های زندگی، کلینیکه کریس ال (مؤلف). چاپ چهارم. تهران: انتشارات اسپند هنر، ۱۳۸۲؛ ۱۹ - ۶۰.