



بررسی عوامل روانی - اجتماعی در بیماران مبتلا به زخم اثنی عشر

هوشمند لایقی^{***}، دکتر بهروز بیرشک^{**}، دکتر ناصر ابراهیمی دریانی^{***}

چکیده

در یک بررسی مقطعی عوامل روانی - اجتماعی در بیماران مبتلا به زخم اثنی عشر (N=20) و گروه گواه (N=20) که بر اساس متغیرهای سن، جنس و سواد همتا گردیده بودند، در دو مرحله فعال بیماری و سه ماه پس از پایان دوره دارو درمانی مورد بررسی قرار گرفتند. این عوامل عبارت بودند از: نشانه‌های آشفتگی روانشناختی، رویدادهای فشارزای زندگی، مهارت‌های مقابله‌ای و کیفیت روابط اجتماعی که به ترتیب با آزمونهای SCL-90-R، سیاهه رویدادهای زندگی، سیاهه مهارت‌های مقابله‌ای و مقیاس کیفیت روابط اجتماعی مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بین بیماری زخم اثنی عشر در مرحله فعال بیماری و نیز در پایان دوره درمان با نشانه‌های آشفتگی روانشناختی ارتباط معنی دار وجود دارد. مقایسه دو گروه زنان و مردان بیمار نشان داد که شدت نشانه‌ها در زنان بیشتر از مردان است و پس از پایان دارو درمانی کاهش شدت نشانه‌ها در زنان محسوس‌تر است. همچنین نتایج نشان داد که بیماران، رویدادهای فشارزای حاد (رویدادهایی که در مدت ۶ ماه پیش از آغاز یا عود بیماری رخ داده است) و مزمن (۶ ماه و بیشتر از آن) بیشتری را تجربه کرده‌اند و در مقایسه با گروه گواه، فشار و ناکامی بیشتری را تحمل نموده‌اند. میان بیماران و آزمودنی‌های گروه گواه در به کارگیری شیوه‌های مقابله با مشکلات تفاوت معنی داری دیده نشد. این بررسی همچنین نشان داد که پس از پایان دوره درمان میزان حمایت اجتماعی به ویژه حمایت والدین از بیماران کمتر و میزان کشمکش آنان با حمایت کنندگان به ویژه با همسر بیشتر و روابط بیماران با والدین سطحی‌تر شده است.

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار

۶۶

کلیدواژه: زخم اثنی عشر، آشفتگی‌های روانشناختی، رویدادهای زندگی، مهارت‌های مقابله‌ای، حمایت اجتماعی

کارشناس ارشد روانشناس بالینی، تهران، خیابان ایرانشهر جنوبی، اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها.
روانشناس، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.
متخصص بیماریهای داخلی، گوارش، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. تهران، انتهای بلوار کشاورز، بیمارستان امام خمینی.

سال پنجم، پیاپی ۱ و ۲، تابستان و پاییز ۱۳۷۸
Vol. 5/NO. 1&2/Summer & Fall, 1999

از آغاز سده بیستم تأثیر عوامل روانشناختی در پیدایش زخمهای دستگاه گوارش و ابعاد آنها مورد بحث و بررسی بسیاری از پژوهشها و نوشتارها بوده است (لوین^(۱) و لويس^(۲)، ۱۹۹۵). یکی از بیماریهای دستگاه گوارش زخم اثنی عشر است که بهمراه زخمهای خوش خیم معده، به عنوان زخمهای پپتیک^(۳) شناخته می شود و عبارت از آسیب پوشش مخاطی معده می باشد (هاريسون^(۴)، ۱۹۹۴). برآورد شده که نزدیک به ۱۰ درصد مردم در دوره ای از زندگی خود دارای نشانه های بالینی زخم اثنی عشر می باشند و شیوع آن در هر دو جنس یکسان است. در مدت یک سال نزدیک به ۶۰٪ از زخمها بهبود می یابند. در ۸۰ تا ۹۰ درصد آنان طی ۲ سال پس از آغاز بیماری دوباره عود می کنند (همان جا). بستگان درجه یک شخص مبتلا به زخم اثنی عشر سه برابر بیشتر از دیگران به این ناراحتی مبتلا می شوند و کسانی که گروه خونی O دارند، ۳۰ درصد بیشتر از دیگران شانس ابتلا به این بیماری را دارند. سیگار کشیدن، و نوشیدن الکل و قهوه از جمله عوامل خطرزای رفتاری برای زخم اثنی عشر به شمار می روند (فلدینگ^(۵)، ۱۹۸۵؛ پایپر^(۶)، نصیری^(۷) و همکاران، ۱۹۸۴، به نقل از لوین و لويس، ۱۹۹۵). داروهای غیر استروئیدی ضد التهابی^(۸) به مخاط دفاعی آسیب می رسانند. داروهای مسکن مانند ایبوپروفن، ایندومتاسین و آسپیرین از راه تضعیف سد دفاعی مخاطی می توانند باعث زخمهای گوارشی شوند (دریانی و همکاران، ۱۳۷۶). هلیکوباکتریپیلور^(۹) یک باسیل منحنی شکل، میکرواُتروفیل گرم منفی که ۰/۲-۰/۵ میکرو مو طول دارد در سال ۱۹۸۳ از معده انسان مورد کشت قرار گرفته است (وارن^(۱۰) و مارشال^(۱۱)، ۱۹۸۳؛ به نقل از لوین و لويس، ۱۹۹۵). کشت بیوپسی روده نمونه های بیماران نشان می دهد که در ۹۰ تا ۱۰۰٪ بیماران مبتلا به زخم اثنی عشر، ۶۰ تا ۷۰٪ بیماران مبتلا به زخم دستگاه گوارش و نزدیک به ۵۰٪ از بیماران مبتلا به سوء هاضمه بدون زخم، هلیکوباکتریپیلور وجود دارد.

هلیکوباکتریپیلوری همچنین در اغلب افراد بدون علامت که از جهات دیگر سالم به نظر می آیند دیده می شود (هاريسون، ۱۹۹۴). در ایران میزان شیوع آن در یک بررسی بین ۳/۸۶٪ تا ۹۱٪ گزارش گردیده است (مسرت، ۱۳۷۶).

بررسی های انجام گرفته در زمینه بیماریهای دستگاه گوارش بسیار گسترده بوده و دارای هدفها و الگوهای روش شناختی گوناگونی بوده اند. در الگوی روان تنی کوشش بر پیدا کردن رابطه علت و معلولی میان ویژگیهای شخصیتی و زخم اثنی عشر بوده است (الوارز^(۱۲)، ۱۹۳۲؛ درایپر^(۱۳)، ۱۹۳۲؛ الکساندر^(۱۴)، ۱۹۳۴؛ الکساندر، ۱۹۵۰؛ میرسکی^(۱۵)، ۱۹۵۸؛ به نقل از شیندلر^(۱۶) و رام چندانی^(۱۷)، ۱۹۹۱). در الگوی روانی - بدنی^(۱۸) با وجود تأیید آزمایشی یافته های بالینی الکساندر، واینر^(۱۹) و همکاران نتوانستند یافته هایی مبنی بر ارتباط میان ویژگیهای شخصیتی با ترشح اسید معده و ایجاد زخم دستگاه گوارش بیابند. از سوی دیگر میرسکی (۱۹۵۸) به نقل از همان جا) دریافت که میزان سرم پپسینوژن که با ترشح اسید معده ارتباط دارد بطور ژنتیکی تعیین می شود، نه با کشمکشهای روانشناختی. در الگوی بدنی - روانی^(۲۰) به دنبال کارهای واینر، میرسکی و انگل (۱۹۷۵)، به نقل از همان جا) به این نتیجه رسیدند که اگر چه ویژگیهای شخصیتی دارای اهمیت هستند، اما این ویژگیها برای فراهم آوردن مشکلات بدنی و تبیین زیاد

- | | |
|---|----------------------------|
| 1-Lewin | 2-Lewis |
| 3-peptic ulcers | 4-Harrison |
| 5-Fielding | 6-Piper |
| 7-Nasiri | |
| 8-nonsteroidal anti inflammatory drugs (NSAIDs) | |
| 9-Helicobacter Pylor | 10-Warren |
| 11-Marshall | 12-Alvarez |
| 13-Draper | 14-Alexander |
| 15-Mirsky | 16-Schindler |
| 17-Ramchandani | 18-Psychophysiologic model |
| 19-Weiner | 20-somatopsychic model |

بودن اسید معده در درجه دوم اهمیت قرار دارند. از این دیدگاه عوامل بدنی، ویژگیهای شخصیتی و عوامل فشارزای اجتماعی از اشکال فرعی الگوی زیستی - روانی - اجتماعی بیماری زخم دستگاه گوارش به شمار می‌آیند. در الگوی زیستی - روانی - اجتماعی ویژگیهای ژنتیکی و ارثی و عوامل روانشناختی مانند رویدادهای فشارزای زندگی با یکدیگر مورد بررسی قرار می‌گیرند (شنیدلر و رام چندانی، ۱۹۹۱). در حوزه عوامل شخصیتی از آغاز سده حاضر بسیاری بر این باور بوده‌اند که میان استرس و بیماریهای بدنی ارتباط وجود دارد و عوامل شخصیتی در این میان نقش دارند. ویژگیهای شخصیتی ماهیت و قدرت پاسخهای هیجانی را تعیین می‌کنند (لویس و لویس، ۱۹۹۵). نخستین روشهای بررسی در این زمینه بیشتر توصیفی و بدون گروه گواه بوده است. بدنبال پیدایش و رشد پرسشنامه‌های گوناگون در دهه ۱۹۶۰ و فراهم آمدن ابزار عینی و پایا برای ارزیابی ویژگیهای شخصیتی، پژوهشهای زیادی در این زمینه صورت گرفته است. لویس و لویس (همان جا) در بازنگری پژوهشهای مربوط به ویژگیهای شخصیتی و زخم دستگاه گوارش دریافتند که بیشتر این پژوهشها از نظر روش‌شناسی ضعیف بوده، دارای گروه گواه نبوده‌اند، شیوه نمونه‌گیری درست نبوده و یا شمار آزمودنیها اندک بوده است. آنان شواهد موجود مبنی بر ارتباط علی میان نوع شخصیت و زخم اثنی عشر را معتبر نیافتند. بطور کلی در سالهای اخیر نقش فشارزای رویدادهای زندگی در سبب‌شناسی زخمهای دستگاه گوارش در سه مقوله بررسی گردیده است. نخست آنکه استرس با تأثیر بر روند فیزیولوژیکی بدن، زخم ایجاد می‌نماید. دوم آنکه تجربه رویدادهای فشارزا می‌تواند پیدایش زخم را پیش بینی نماید و سوم آنکه تجربه رویدادهای فشارزا در میان گروه بیماران بیشتر و یا واکنش آنان نسبت به این رویدادها شدیدتر است (مک اینتاچ^(۱)، نصیری، مک نیل^(۲) و همکاران، ۱۹۸۵). از سوی دیگر چگونگی شیوه مقابله^(۳) با رویدادهای فشارزا خود مسئله

مهمی است که ممکن است حتی از شدت و فراوانی رویداد فشارزا مهمتر باشد (رائو^(۴) و همکاران، ۱۹۸۹). مقابله به عنوان یک فرآیند اجرایی، اشاره به تلاشهای شناختی و رفتاری برای چیره شدن، کاهش دادن یا تحمل نمودن درخواستهای خاص محیطی و یا نیازهای درونی دارد که به عنوان عوامل فشارآور و یا تهدید کننده منابع فرد به شمار می‌روند (فولکمن^(۵)، ۱۹۸۴؛ فولکمن و لازاروس^(۶)، ۱۹۸۴؛ به نقل از ادلمن^(۷)، ۱۹۹۵). در زمینه شیوه مقابله بیماران مبتلا به زخم اثنی عشر، چینی^(۸) و همکاران (۱۹۸۵) دریافتند که عقب ماندگان ذهنی مبتلا به زخم اثنی عشر در پاسخ به تقاضاهای محیطی ناامیدی بیشتری از خود نشان می‌دهند. گاس^(۹) و همکاران (۱۹۹۱) دریافتند که شیوه مقابله بیماران مبتلا به زخم اثنی عشر و گروه گواه تفاوت معنی داری با یکدیگر ندارند. حمایت اجتماعی^(۱۰) که به شکل گسترده‌ای مورد بررسی قرار گرفته است نیز از جمله عواملی است که به عنوان یک منبع مقابله‌ای می‌تواند اثرات زیانبار عوامل فشارزای محیطی را کاهش دهد (کوهن^(۱۱) و سایم^(۱۲)، ۱۹۸۵، ساراسون^(۱۳)، ساراسون و پیرس^(۱۴)، ۱۹۹۰، به نقل از لپور^(۱۵)، ایوانس^(۱۶) و اشنايدر^(۱۷)، ۱۹۹۱). حمایت اجتماعی عبارت از آن دسته از تعاملها یا ارتباطهاست که کمک واقعی برای افراد به همراه داشته در آنان این احساس را ایجاد می‌کند که در درون یک نظام اجتماعی قرار دارند، مورد علاقه هستند، از آنها مراقبت می‌شود و به یک گروه اجتماعی با ارزش وابسته هستند

1-McIntosh	2-McNeil
3-coping style	4-Rao
5-Folkman	6-Lazarus
7-Edelmann	8-Chaney
9-Guss	10-social support
11-Cohen	12-Syme
13-Sarason	14-Pierce
15-Lepore	16-Evans
17-Schneider	

روش

به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش در یک پژوهش مقطعی نشانه‌های آشفتگی روانشناختی، رخداد رویدادهای فشارزای حاد و مزمن، تجربه فشار و ناراحتی ناشی از رویدادهای فشارزا، شیوه‌های مقابله و میزان حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به زخم اثنی عشر و گروه گواه سالم در دو مرحله فعال بیماری و پس از پایان دوره دارو درمانی مورد بررسی قرار گرفت. از مودنیهای پژوهش شامل ۲۰ نفر (۱۲ مرد و ۸ زن) بودند که بر اساس تشخیص آندوسکوپی زخم اثنی عشر داشتند. این بیماران از میان بیمارانی که از تاریخ ۱۲/۱۱/۷۵ تا ۲۸/۲/۷۶ به مطب متخصص بیماریهای داخلی و گوارش جهت تشخیص و درمان مراجعه نموده بودند، انتخاب گردیدند. آزمودنیهای گروه گواه شامل ۲۰ نفر (۱۲ مرد و ۸ زن) بودند که از نظر متغیرهای جمعیت شناختی، سن، جنس، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل با گروه بیمار هم‌تاسازی شده بودند. این افراد بیشتر از بین کارکنان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انتخاب و بنا به تشخیص پزشک سالم بودند. مرحله دوم پس از گذشت ۸۰-۷۰ روز از دارودرمانی در مورد ۱۸ نفر از آزمودنیهای بیمار و ۲۰ نفر افراد گروه گواه به اجرا درآمد. در مورد ۱ بیمار زن و ۱ بیمار مرد که بهبود نیافته بودند و درمان دارویی برای آنان ادامه داشت، آزمونها تکمیل نگردید. برای گردآوری داده‌های پژوهش از ابزار زیر استفاده شده است.

پرسشنامه SCL-90-R: این آزمون یک مقیاس خودسنجی چند بعدی است که به منظور اندازه گیری نشانه‌های آشفتگی روانشناختی تهیه گردیده است. نشان داده شده است که این آزمون در برابر بالا رفتن آشفتگیهای روانشناختی ناشی از درد مزمن (هندلر^(۶))، دراگوتیس^(۷)،

(هاب فول^(۱))، به نقل از نوریس^(۲) و کانیاستی^(۳))، (۱۹۹۶). در زمینه ارتباط حمایت اجتماعی و بیماری زخم اثنی عشر، تنانت^(۴) (۱۹۸۶) بر این باور است که از حمایت اجتماعی ضعیف در این بیماران می‌توان بعنوان یک عامل خطر نام برد. واکس^(۵)، (۱۹۸۸) دریافت که این بیماران در مقایسه با گروه گواه از میزان حمایت اجتماعی کمتری برخوردارند.

آنچه در این پژوهش مورد توجه قرار گرفته بررسی نشانه‌های آشفتگی روانشناختی، میزان وقوع رویدادهای فشارزای زندگی، فشار و ناکامی ناشی از وقوع رویدادهای شیوه مقابله با مشکلات و میزان حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به زخم اثنی عشر و گروه گواه سالم است. بدین منظور فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر مطرح گردید:

- ۱- نشانه‌های آشفتگیهای روانشناختی در بیماران مبتلا به زخم اثنی عشر در زمان شروع یا عود بیماری بیشتر از گروه گواه سالم است.
- ۲- نشانه‌های آشفتگیهای روانشناختی در بیماران مبتلا به زخم اثنی عشر پس از پایان دوره دارو درمانی بیشتر از گروه گواه سالم است.
- ۳- میزان رخداد رویدادهای فشارزای حاد (در طول ۶ ماه پیش از آغاز یا عود بیماری) و مزمن برای گروه بیماران بیشتر از گروه گواه سالم است.
- ۴- بیماران مبتلا به زخم اثنی عشر در برابر رویدادهای فشارزای حاد و مزمن، شدت بیشتری از فشار یا ناراحتی و نیز ناکامی را نسبت به گروه گواه سالم تجربه نموده‌اند.
- ۵- شیوه مقابله بیماران با مشکلات در دوره فعال بیماری و پس از پایان دارو درمانی نسبت به گروه گواه سالم پایین تر است.
- ۶- کیفیت روابط اجتماعی در گروه بیماران در دوره فعال بیماری و پس از پایان دارو درمانی نسبت به گروه گواه سالم پایین تر است.

1-Hobfoll	2-Norris
3-Kaniasty	4-Tennant
5-Vaux	6-Hendler
7-Derogatis	

اولاً^(۱)، لانگ^(۲)، ۱۹۷۷ به نقل از دراگوتیس، ۱۹۸۲) حساس است. این آزمون به ویژه در پژوهشهای مربوط به استرس به کار برده شده است (کارینگتون^(۳) و همکاران، ۱۹۸۰؛ به نقل از همان جا). این آزمون دارای ۹۰ پرسش است که هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس ۵ گزینهای (از "هیچ" تا "به شدت") پاسخ داده می شود. این آزمون در ۹ بعد شکایات جسمانی، وسواس - اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روانپریشی نشانه های روانشناختی را می سنجد. همچنین سه شاخص کلی ناراحتی در این آزمون، ضریب کلی ناراحتی^(۴)، معیار ضریب ناراحتی^(۵) و جمع علائم مرضی^(۶) است. بررسیهای چندی برای تعیین انواع اعتبار آن صورت گرفته است و پایایی آن به روش بازآزمایی بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ گزارش گردیده است (نانالی^(۷)، ۱۹۷۰؛ به نقل از میرزایی، ۱۳۵۹). در ایران پایایی این آزمون بیشتر از ۰/۸۰ (میرزایی، ۱۳۵۹) و در بررسیهای همه گیر شناسی پایایی آن ۰/۹۷ و کارایی آن بیش از ۰/۹۰ ارزیابی شده است (باقری یزدی، بوالهیری، شاه محمدی، ۱۳۷۳؛ بهادرخان، ۱۳۷۲؛ کوبه، ۱۳۷۲؛ جاویدی، ۱۳۷۲).

سیاهه رویدادهای زندگی: این آزمون شامل ۶۷ رویداد زندگی است. ۶۱ ماده آن از سیاهه رویدادهای زندگی پیکل^(۸) و همکاران (۱۹۷۱)، ۲ ماده آن از سیاهه رویدادهای زندگی مهاجر و همکاران (۱۳۶۸) و ۴ ماده آن با توجه به نتایج مصاحبه با بیماران بدست آمده است. با توجه به یافته های پژوهشی روانشناختی که در علت شناسی اختلالهای گوارشی بر مفهوم "ناکامی در رسیدن به هدف"^(۹) تأکید دارند (گریگ^(۱۰)، براون^(۱۱)، ۱۹۸۴؛ به نقل از الارد^(۱۲) و همکاران، ۱۹۹۰)، این مفهوم در سیاهه رویدادهای زندگی مورد بررسی قرار گرفت. نخست آزمودنیها تعیین می نمودند که آیا رویداد استرس زایی در ۶ ماه گذشته یا بیشتر از آن برایشان رخ داده است یا خیر، سپس در صورت رخداد آن، میزان فشار یا ناراحتی آن

رویداد را درجه بندی می نمودند و آنگاه تعیین می نمودند که رویداد مورد نظر تا چه میزان آنها را از رسیدن به اهداف مهمشان در زندگی بازداشته است. به منظور ارزیابی پایایی این آزمون، سیاهه رویدادهای زندگی در مورد ۱۶ آزمودنی (۸ بیمار مبتلا به زخم اثنی عشر و ۸ فرد سالم) به صورت آزمون - بازآزمون به فاصله زمانی دو هفته اجرا گردید. پایایی بدست آمده از روش بازآزمایی در مورد کل ماده ها و هر دو گروه ۰/۹۷ بود.

چک لیست مهارتهای مقابله ای: این آزمون ابزاری چند بعدی است که با استفاده از الگوی استرس و الگوی خود نظم بخشی رفتاری به عنوان الگوهای نظری راهنما (کارور^(۱۳) و اسکیر^(۱۴)، ۱۹۸۱، ۱۹۸۳، ۱۹۸۵؛ اسکیر و کارور، ۱۹۸۸) سه نوع طبقه بندی کلی مقابله را معرفی می نماید. هر طبقه دارای انواع شیوه های مقابله فردی است (کارور، اسکیر، وینتراب^(۱۵)، ۱۹۸۹). در ایران این آزمون برای نخستین بار توسط محمد خانی (۱۳۷۱) به فارسی برگردانیده شده، با توجه به فرهنگ ایرانی و همچنین با استفاده از سایر مقیاسهای مقابله ای موجود، مورد تجدید نظر قرار گرفته و مقیاسهای مقابله ای بررسی اپشتین^(۱۶) و می یر^(۱۷) (۱۹۸۹)، به نقل از محمد خانی، ۱۳۷۱) نیز به آن اضافه گردیده است. این چک لیست دارای ۱۸ مقیاس جداگانه و هر مقیاس دارای ۴ ماده و در کل پرسشنامه دارای ۷۲ ماده است. در ایران پایایی مقیاسهای این آزمون از طریق روش بازآزمایی روی دانش آموزان دبیرستان به فاصله دو هفته بررسی شد. بالاترین پایایی مربوط به مقیاس روی آوردن به مذهب مساوی با

1-Avella	2-Long
3-Carrington	4-global severity index (GSI)
5-positive symptom distress index (PSDI)	
6-positive symptom total	7-Nunnally
8-Paykel	9-goal frustration
10-Greig	11-Brown
12-Ellard	13-Carver
14-Scheier	15-Weintraub
16-Epstein	17-Meier

۰/۹۵ و پایین‌ترین مقیاس مربوط به عدم درگیری رفتاری مساوی با ۰/۶۳ بود (ابراهیمی، ۱۳۷۱). در بررسی دیگری پهلوانی (۱۳۷۵) این چک لیست را روی ۲۰ نفر از افراد متأهل متشکل از افراد بارور و نابارور اجرا نمود. ضریب پایایی بدست آمده با روش دو نیمه کردن و تصحیح اسپیرمن - براون^(۱) برای کل آزمون ۰/۸۴ بود. مقیاس کیفیت روابط اجتماعی^(۲): این مقیاس یک ابزار خودسنجی می‌باشد که به منظور ارزیابی کیفیت روابط با افراد مهم و کلیدی زندگی، تهیه شده است. این مقیاس نه تنها برداشت فرد را از ارتباطهای حمایتی در دسترس اندازه می‌گیرد، بلکه دارای سه مقیاس حمایت اجتماعی، تعارض و عمق نیز هست (پیرس، ساراسون، ساراسون، ۱۹۹۱). بررسی توانایی روانسنجی آزمون، نتایج رضایت بخشی داشته است (همان جا). در ایران پایایی این مقیاس با روش بازآزمایی بر روی ۲۰ آزمودنی بهنجار، دیپلم، متأهل با یک فاصله دو هفته‌ای مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج نشان می‌دهد که میزان پایایی آن معادل ۰/۷۳ است (ابراهیمی، ۱۳۷۱). حسینی قدمگاهی (۱۳۷۶) با ترجمه و تنظیم مجدد و تغییراتی در شکل و محتوای فرم ترجمه شده پیشین، اقدام به محاسبه پایایی این پرسشنامه از طریق بازآزمایی کرده و پرسشنامه را در مورد ۱۰ دانشجوی متأهل تکمیل نموده و مجدداً پس از یک هفته آزمون تکرار گردیده است. ضریب پایایی برای کل پرسشنامه ۰/۸۳/۲= و برای حمایت اجتماعی ۰/۷۱/۲=، عمق روابط ۰/۷۰/۲= و تعارض ۰/۸۳/۲= می‌باشد.

یافته‌ها

جدول ۱ وضعیت آزمودنیها را در متغیرهای سن و تحصیلات نشان می‌دهد. همانطور که اطلاعات ارائه شده در جدول نشان می‌دهند بین آزمودنیهای دو گروه از نظر متغیرهای سن و تحصیلات، تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود ندارد. فرضیه‌های اول و دوم این مطالعه مربوط به بررسی

جدول ۱ - میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t آزمودنیهای دو گروه پژوهش بر حسب سن و میزان تحصیلات

متغیرها	بیمار		گواه	
	میانگین انحراف	میانگین انحراف	نتیجه	آزمون t
سن	۳۷	۱۱	۳۶	۱/۹۳ N.S.
تحصیلات	۱۲/۳۵	۲/۷۶	۱۳/۱	۳/۱۹ N.S.

نشانه‌های آشفتگی روانشناختی در بیماران و گروه گواه در مراحل فعال بیماری و بهبودی بیماری پس از مدت زمان درمان با میانگین زمانی ۳ ماه می‌باشد. یافته‌های مربوط به نتایج آزمون t بر روی نمرات بدست آمده در ابعاد ۹ گانه آزمون SCL-90-R در جدول شماره ۲ آورده شده است. بدین ترتیب فرضیه اول پژوهش "بیماران مبتلا به زخم اثنی عشر در مرحله فعال بیماری نسبت به افراد سالم از آشفتگیهای روانشناختی بیشتری رنج می‌برند"، مورد تأیید قرار گرفت. همچنین فرضیه دوم پژوهش "بیماران مبتلا به زخم اثنی عشر در مرحله بهبودی نیز همچنان از آشفتگیهای روانشناختی بیشتری نسبت به گروه سالم در رنج هستند"، در ۵ بعد از ابعاد نه گانه آزمون مورد تأیید قرار گرفت. فرضیه‌های سوم، چهارم، پنجم و ششم پژوهش با تحلیل نتایج بدست آمده از سیاهه رویدادهای زندگی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. این نتایج مربوط به میزان رخداد رویدادهای فشارزای حاد و مزمن، درک استرس ناشی از این رویدادها و میزان ناکامی ناشی از آنها می‌شود که در جدول ۳ آمده است.

همان طور که در جدول ۳ دیده می‌شود بیماران نسبت به افراد گروه گواه رویدادهای فشارزای حاد و مزمن بیشتر و استرس و ناکامی بیشتری را در برابر رویدادهای

1-Spearman - Brown

2-Quality Relationship Inventory (QRI)

جدول ۲- میانگین، انحراف معیار و نمره‌های آزمون آزمون بیماران در مراحل فعال و بهبودی و گروه گواه در مراحل اولیه و دوم در مقیاسهای نه‌گانه SCL-90-R و شاخصهای سه‌گانه آن

معنی‌داری	نمره t	گواه (مرحله دوم)		بیمار (مرحله بهبودی)		سطح معنی‌داری	نمره t	گواه (مرحله اول)		بیمار (مرحله فعال)		ابعاد
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۰/۰۵	۲/۶۱/۱	۰/۲۹	۰/۵۵	۰/۵۹	۰/۰۱	۳/۳	۰/۳۸	۰/۳۵	۰/۷۴	۰/۷۹	پرخاشگری	
N.S.	۱/۷۴/۱	۰/۰۵	۰/۳۴	۰/۰۳	۰/۰۵	۲/۴۴	۰/۲۱	۰/۱۷	۰/۴۶	۰/۴۴	ترس مرضی	
۰/۰۵	۲/۲۱/۱	۰/۳۸	۰/۷۲	۱/۱۳	۰/۰۵	۲/۴۶	۰/۵۱	۰/۸۴	۰/۷۹	۱/۳۶	افکار پارانوییدی	
۱۰/۰۵	۳/۸۷/۱	۰/۱۷	۰/۲۵	۰/۷۵	۰/۰۱	۳/۸۷	۰/۱۷	۰/۳۴	۰/۹۴	۱/۱۷	شکایات جسمانی	
۵۰/۰۵	۲/۵/۱	۰/۶۸	۰/۵۹	۰/۹۲	۰/۰۱	۳/۴۹	۰/۴۳	۰/۶۹	۰/۶	۱/۲	وسواس - اجبار	
N.S.	۶/۸/۱	۰/۵۳	۰/۵۵	۰/۷۸	۰/۰۵	۲/۲۱	۰/۳۹	۰/۶۹	۰/۷۷	۱/۱۲	حساسیت در روابط متقابل	
۱۰/۰۵	۶/۷/۱	۰/۳۱	۰/۴۷	۰/۶۷	۰/۰۱	۳/۰۸	۰/۳۵	۰/۵۳	۰/۷۳	۱/۰۹	افسردگی	
N.S.	۷/۶/۱	۰/۳۲	۰/۴۶	۰/۶۳	۰/۰۱	۲/۹۹	۰/۳۸	۰/۳۹	۰/۸۲	۰/۹۹	اضطراب	
۵۰/۰۵	۱۵/۱	۰/۸۹	۰/۲۱	۰/۴۳	۰/۰۵	۲/۳۲	۰/۳۴	۰/۳۶	۰/۵۲	۰/۶۸	روانپریشی	
۵۰/۰۵	۷/۱/۳	۰/۳۸	۰/۳۸	۰/۷۰	۱۰/۰	۳/۷	۰/۲۵	۰/۲۸	۰/۵۸	۱/۰۰۳	GSI	
۵۰/۰۵	۱/۲	۰/۳۸	۰/۲۹	۱/۵۲	۱۰/۰	۳/۵۹	۰/۲۷	۰/۳۹	۰/۵۷	۱/۹	PSDI	

جدول ۳- میانگین، انحراف معیار و نمره‌های آزمون دوگروه بیمار و گواه بر حسب شمار رویدادهای فشارزای حاد، مزمن، استرس ناشی از این رویدادها و میزان ناکامی ناشی از آنها

گروهها	متغیرها	سیاهه رویدادهای زندگی	میانگین	انحراف معیار	آزمون t	سطح معنی داری
بیمار	رویدادهای فشارزای حاد	۷/۳	۳/۳۴			
گواه	که ۶ ماه پیش از شروع یا عود بیماری رخ داده است	۴/۲۵	۲/۸۸		۳/۰۹	۰/۰۱
بیمار	رویدادهای فشارزای مزمن که بیشتر از ۶ ماه پیش از شروع یا عود بیماری رخ داده است	۴/۴	۳/۰۸			
گواه	میزان درک استرس ناشی از رویدادهای فشارزای حاد	۱/۲	۱/۴		۴/۲۲	۰/۰۰۱
بیمار	میزان درک ناکامی ناشی از رویدادهای فشارزای حاد	۲۳/۹۵	۱۴/۹۱			
گواه	میزان درک ناکامی ناشی از وقوع رویدادهای مزمن	۹/۴۵	۱۱/۶۱		۳/۴۳	۰/۰۰۱
بیمار	میزان درک ناکامی ناشی از وقوع رویدادهای مزمن	۵/۲۵	۴/۷۴			
گواه		۲/۲	۲/۹۵		۲/۴۴	۰/۰۵

فشارزای حاد زندگی تجربه نموده‌اند. بدین ترتیب فرضیه‌های سوم، چهارم، پنجم و ششم نیز مورد تأیید قرار گرفتند.

فرضیه هفتم "بیماران مبتلا به زخم اثنی عشر در مرحله فعال بیماری و در مرحله بهبودی به گونه‌ای متفاوت از گروه گواه با مشکلات روبرو می‌شوند و شیوه مقابله متفاوتی دارند." این فرضیه با نتایج بدست آمده از سیاهه مهارت‌های مقابله‌ای مورد تأیید قرار نگرفت و بیماران در مقایسه با گروه گواه شیوه مقابله متفاوتی نشان ندادند. نتایج بدست آمده از مقیاس کیفیت روابط اجتماعی در گروه بیماران و گواه در دو مرحله بیماری و بهبودی (فرضیه هشتم پژوهش) در جدول ۴ آمده است.

نتایج تحلیل آزمون کیفیت روابط اجتماعی نشان داد که میان بیماران در مرحله فعال بیماری و گروه گواه در مقیاس‌های حمایت اجتماعی، تعارض و عمق روابط با حمایت کنندگان (یعنی والدین، همسر، دوستان) تفاوت معنی داری وجود ندارد. اما همچنانکه در جدول ۴ دیده

می‌شود، پس از درمان بیماران، بین دوگروه در مقیاس‌های حمایت اجتماعی و تعارض تفاوت معنی داری وجود دارد. بدین ترتیب در مرحله بهبودی، بیماران از حمایت اجتماعی کمتر به ویژه از سوی والدین و تعارض بیشتر با حامیان به ویژه تعارض با همسر و عمق کمتر روابط با والدین برخوردارند. بنابراین فرضیه هشتم پژوهش در مرحله اول مورد تأیید قرار نگرفت و در مرحله دوم در ابعاد حمایت اجتماعی، تعارض و عمق روابط با والدین مورد تأیید قرار گرفت.

یافته‌های جنبی این بررسی نشان داد که دست کم یکی از بستگان نسبی ۷۵٪ افراد مورد بررسی مبتلا به زخم اثنی عشر بوده‌اند. ۸۵٪ افراد دلیل بیماری خود را عصبی شدن دانسته‌اند. گروه خونی ۶۰٪ افراد مورد بررسی «O» بوده است. ۶۰٪ افراد اظهار نموده‌اند که بیماری تأثیر منفی در عملکرد شغلی و روابط خانوادگی آنان داشته است و ۳۵٪ این بیماری را دارای اثر منفی بر روابط با دوستان خود دانسته‌اند.

جدول ۴- میانگین، انحراف معیار و نمره آزمون t دو گروه بیمار و گواه در مرحله بهبودی در مقیاسهای حمایت اجتماعی، تعارض و عمق روابط آزمون کیفیت روابط اجتماعی (QRI)

متغیرها	مقیاس‌های آزمون QRI	میانگین	انحراف معیار	نمره t	سطح معنی‌داری
گروه بیمار			۱/۶۸	۰/۳۲	
گروه بیمار	حمایت اجتماعی	۲/۰۶	۰/۴۹	-۲/۸۵	۰/۰۱
گواه بیمار		۱/۳۳	۱/۰۸		
گواه بیمار	حمایت اجتماعی والدین	۲/۰۴	۰/۰۹	-۲/۲۱	۰/۰۵
گواه بیمار		۱/۲۵	۰/۳۵		
گواه بیمار	تعارض	۰/۹۸	۰/۳۶	۲/۲۵	۰/۰۵
گواه بیمار		۱/۴۳	۰/۸۹		
گواه بیمار	تعارض با همسر	۰/۸۸	۰/۷	۲/۱۵	۰/۰۵
گواه بیمار		۲/۰۴	۰/۴۴		
گواه بیمار	عمق روابط	۲/۲۵	۰/۳۱	-۱/۷۲	N.S.
گواه بیمار		۱/۵۱	۱/۱۵		
گواه بیمار	عمق روابط با والدین	۲/۴۶	۰/۶۹	-۳/۰۳	۰/۰۰۵

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۷۴

بحث در یافته‌ها

در این پژوهش عوامل روانی - اجتماعی در بیماران مبتلا به زخم اثنی عشر و گروه گواه در دو مرحله فعال بیماری و بهبودی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین بیماری زخم اثنی عشر و نشانه‌های آشفتگی روانشناختی ارتباط معنی دار وجود دارد و این بیماران در مرحله فعال بیماری از نشانه‌های آشفتگی روانشناختی بیشتری رنج می‌بردند. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش واکس، (۱۹۸۸) که آزمون SCL-90 را در مورد بیماران مبتلا به زخم دستگاه گوارش بکار برد و دریافت که در این بیماران نشانه‌های آشفتگی روانشناختی در ابعاد

اضطراب، افسردگی، شکایات جسمانی و وسواس بیشتر است، همخوانی دارد. همچنین یافته‌های این پژوهش با بسیاری از پژوهش‌ها که ویژگی‌های شخصیتی و نشانه‌های روانپزشکی را از جمله بررسی پایپر و همکاران (۱۹۸۱)، مک اینتاج و همکاران (۱۹۸۵)، فلدمن^(۱) و همکاران (۱۹۸۶)، تنانت و همکاران (۱۹۸۶)، جس^(۲) و بیج^(۳) (۱۹۹۴) مورد بررسی قرار داده‌اند. اما از آنجا که بیماری خود می‌تواند به عنوان یک منبع آشفتگی به شمار رود، افراد بیمار تمایل دارند رویدادهای اخیر زندگی خویش را

سال پنجم، بهار ۱۳۷۸
Vol. 5/NO. 182/Summer & Fall, 1999

1-Feldman
3-Bech

2-Jess

بزرگ جلوه دهند (براون و هریس^(۱))، ۱۹۷۸ به نقل از لوین اشتاین^(۲) و همکاران، ۱۹۹۶). برخی بررسیها نشان داده‌اند که نشانه‌های روانشناختی از پیامدهای بیماری زخم اثنی عشر به شمار می‌روند و نه علت بیماری (تنانت و همکاران، ۱۹۸۶) و یا این نشانه‌ها را واکنش‌های ناسازگارانه روانشناختی نسبت به بیماری زخم اثنی عشر می‌دانند (جس و بیچ، ۱۹۹۴). با وجود این بررسی دوباره گروه بیماران و گواه پس از ۳ ماه نشان داد که تنها در برخی از ابعاد نشانه‌های آشفتگی روانشناختی در بیماران کاهش یافته است و تفاوت همچنان در ابعاد شکایات جسمانی، وسواس - اجبار، افسردگی، پرخاشگری و افکار پارانوئیدی معنی دار است. این نتایج با بررسی طولی لوین اشتاین و همکاران (۱۹۹۶) که اظهار می‌دارند ویژگیهای ناپایدار شخصی، ناسازگاری اجتماعی، افسردگی و خشونت به عنوان متغیرهای پیش بینی کننده زخم دستگاه گوارش به شمار می‌روند، همخوانی دارد. این بررسی نشان داد که بیماران مبتلا به زخم اثنی عشر نسبت به گروه گواه سالم رویدادهای فشارزای حاد و مزمن و میزان فشار روانی بیشتری را تجربه نموده‌اند (جدول ۳). یافته‌های این بررسی با یافته‌های بررسیهای انجام شده توسط آلپ^(۳) و همکاران (۱۹۷۰)، میسون^(۴) و همکاران (۱۹۸۱)، فلدمن و همکاران (۱۹۸۶)، آندا^(۵) و همکاران (۱۹۹۲)، هولتمن^(۶) و همکاران (۱۹۹۲) به نقل از لوین اشتاین و همکاران (۱۹۹۶)، گیلیگان^(۷) و همکاران، ۱۹۸۷، الارد و همکاران (۱۹۹۰) همخوانی دارد اما با یافته‌های پژوهشهای پایپر و همکاران (۱۹۸۱)، توماس^(۸) و همکاران (۱۹۸۰)، فلدمن (۱۹۸۶) همخوانی ندارد. به نظر می‌رسد که موضوع ناکامی در رسیدن به هدف از دلایل معنی دار در اختلالات دستگاه گوارش می‌باشد (گریگ و براون، ۱۹۸۴؛ به نقل از الارد و همکاران، ۱۹۹۰). در پژوهش حاضر نیز آزمودنیهای گروه بیمار و گواه در برابر رویدادهای فشارزایی که تجربه نموده بودند، میزان ناکامی در رسیدن به اهداف را نیز درجه‌بندی نمودند. نتایج نشان

داد که بیماران در برابر رویدادهای فشارزای مزمن زندگی ناکامی بیشتری را تجربه می‌نمایند (جدول ۳). نتایج یاد شده با یافته‌های بررسیهای کریک و براون (۱۹۸۴) به نقل از الارد و همکاران، ۱۹۹۰) همخوانی دارد.

شیوه مقابله با مشکلات نیز از جمله موارد بررسی شده در این پژوهش بود. نتایج نشان داد که شیوه مقابله این بیماران در بکارگیری راهبردهای مقابله‌ای به شکل مقابله مبتنی بر حل مسئله، مقابله مبتنی بر هیجان، مقابله کم اثر و بی اثر و زیر گروههای جداگانه آنها، در مقایسه با گروه گواه سالم در دوره فعال بیماری و پس از طی دوره درمانی، هیچگونه تفاوت معنی داری نشان نداد. نتایج یاد شده با بررسی گاس و همکاران (۱۹۹۱) همخوانی داشته و با نتایج پژوهش چینی و همکاران (۱۹۸۵) همخوان نیست. در زمینه کیفیت روابط اجتماعی بیماران مبتلا به زخم دستگاه گوارش بررسیهای کمی انجام شده است. از آنجا که آزمون کیفیت روابط اجتماعی، حمایت اجتماعی، تعارض و عمق روابط آزمودنیها را با والدین، همسر و دوستان اندازه می‌گیرد، یافته‌های این بررسی نشان می‌دهد که میزان درک حمایت اجتماعی بطور کلی و حمایت والدین، همسر و دوستان بطور اختصاصی در بیماران متفاوت از افراد گروه گواه در مرحله فعال بیماری نیست. در مرحله بهبودی نتایج نشان داد که بیماران در مقایسه با گروه گواه از حمایت اجتماعی کمتری، به ویژه از سوی والدین برخوردارند و تعارض آنان با حمایت کنندگان و به ویژه با همسر بیشتر و روابط آنان با والدین از عمق کمتری برخوردار است (جدول ۴).

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که عوامل ژنتیکی، ارثی و آلوده شدن به هلیکوباکتریلوری نقش مهمی در بیماری زخم اثنی عشر دارند. ۶۰ درصد از

1-Harris	2-Levenstein
3-Alp	4-Mason
5-Anda	6-Holtman
7-Gilligan	8-Thomas

بیماران گروه خونی O داشتند و ۷۵ درصد از آنها اظهار داشتند که دست کم یکی از بستگان نسبی آنها به بیماری زخم اثنی عشر مبتلا هستند. نمونه برداری از مخاط اثنی عشر بیماران نشان داد که ۹۰ درصد آنان آلوده به هلیکوباکتریلوری می‌باشند. ۸۵ درصد آنان "عصبی شدن" را عامل مؤثری در ایجاد زخم به شمار آورده‌اند و در مورد ۸۵ درصد آنان پزشک معالج توصیه نموده بود که عصبانی نشوند (جدول ۵). یافته‌های یاد شده به ترتیب با یافته‌های پژوهشی هاریسون، (۱۹۹۴)، و مسرت (۱۳۷۶) همخوانی دارد.

عدم انتخاب تصادفی آزمودنیهای پژوهش، متعدد بودن آزمونها، تعداد کم آزمودنیها، عدم کنترل سوگیری ناشی از خودسنجی آزمودنیها و عدم انجام آزمایش آندوسکوپی در مرحله بهبودی بیماران را باید از محدودیتهای پژوهش حاضر دانست.

منابع

ابراهیمی، امرا... (۱۳۷۱). بررسی تفاوت شیوه‌های مقابله با استرس و کیفیت حمایت اجتماعی در جانبازان قطع نخاعی افسرده و غیر افسرده مقیم منزل. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

ابراهیمی دریانی، ناصر؛ علویان، سید مؤید؛ نصیری طوسی، محسن؛ احمدی پور، فرهاد (۱۳۷۶). راهنمایی: سوء هاضمه زخم معده و اثنی عشر. چاپ اول. تهران: انتشار جابر.

باقری یزدی، سید عباس، بوالهیری، جعفر، شاه محمدی، داود (۱۳۷۳). بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۱، ۴۱-۳۲.

بهادرخان، جواد (۱۳۷۲). بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی گناباد، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

پهلوانی، هاجر (۱۳۷۵). بررسی عوامل استرس زای راهبردهای مقابله و رابطه آن با سلامت روانی در افراد نابارور. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

جاویدی، حجت ا... (۱۳۷۲). بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت فارس، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

حسینی قدمگاهی، جواد؛ دژکام، محمود؛ بیانزاده، سیداکبر؛ فیض، ابوالحسن (۱۳۷۶). کیفیت روابط اجتماعی، میزان استرس و راهبردهای مقابله با آن در بیماران عروقی قلب. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال چهارم، شماره ۱، ۲۴-۱۴. کوبه، فرخ (۱۳۷۳). بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق آذر شهر. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

محمدخانی، پروانه (۱۳۷۱). بررسی راهبردهای مقابله با استرس و علائم در مبتلایان به اختلال وسواس اجبار. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

مسرت، صادق (۱۳۷۶). هلیکوباکتریلوری عامل مهم در بوجود آمدن بیماریهای معده و دوازدهه. مجله گوارش، شماره ۱ و ۲، سال اول.

میرزایی، رقیه (۱۳۵۹). ارزیابی پایایی و اعتباریابی آزمون SCL-90 در ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی و علوم رفتاری: دانشگاه تهران.

متقی پور، یاسمن؛ مهاجر، مرتضی؛ کاتوزیان، بهروز (۱۳۷۰). رتبه بندی رویدادهای استرس زای زندگی. مجله دارو درمان. شماره مسلسل ۹۶، سال هشتم.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.

Chaney, R., Eyman, R., Givens, C., & Caldes, C. (1985).

- Inability to cope with environmental stress: Peptic Ulcers in mentally retarded persons. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 519-524.
- Derogatis, L. (1982). Self - report measures of stress. In L., Goldberger, and S., Breznitz, (eds.): *Handbook of stress theoretical and clinical aspects*, (PP. 270-290). New York: Macmillan Inc.
- Edelmann, R. J. (1995). Stress, In V., Atkin and H., Jellicoe, (Eds.): *Behavioral Sciences for health professionals*, (PP. 22-33). London: W. B. Saunders Company Ltd.
- Ellard, K., Beaurepaire, M., Piper, D., & Tennant, C. (1990). Acute and chronic stress in duodenal ulcer disease. *Gastroenterology*, 99, 1628-32.
- Feldman, M., Walker, P., Grenn, J., & Weingarden, K. (1986). Life events stress and psychosocial factors in men with peptic ulcer disease, a multidimensional case controlled study. *Gastroenterology*, 91, 1370-90.
- Gilligan, I., Fung, L., Piper, D., & Tennant, C. (1987). Life events stress and chronic difficulties in duodenal ulcer: a case control study. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 27-23.
- Guss, L., Vanheck, A., Vingerjochs, M., & Gerbrand, C., Vanhout, M. (1991). Coping and extreme response tendency in duodenal ulcer patients, *Psychosomatic Medicine*, 53, 566-575.
- Isselbacher, K. J., Braunwald, E., Wilson, J. D., Martin, J. B., Fauci, A. S., & Kasper, D. L. (1994). *Harrisons's principles of internal medicine*. (13rd ed.), New York: McGraw-Hill.
- Jees, P., & Bech, P., (1994). The validity of Eysenk's neuroticism dimension within the Minnesota Multiphasic Personality Inventory in patient with duodenal ulcer. *Psychotherapy Psychosomatic*, 62, 168-75.
- Lepore, S. J., Evans, G. W. & Schneider, M. L. (1991). Dynamic role of social support in the link between chronic stress and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 899-909.
- Levenstein, S., Praniera, C., Varvo, V., Area, M., Seribano, M., & et al. (1996). Long term symptom patterns in duodenal ulcer; psychosocial factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 462-472.
- Levenstein, M. D., Kaplan, G. A., & Smith, M., Wiesinger, S. (1997). Psychological predictors of peptic ulcer incidence in Alameda Country study. *Journal of Gastroenterology*, 24, 140-146.
- Lewin, J., & Lewis, S. (1995). Organic and psychosocial risk factor for duodenal ulcer. (Review). *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 531-48.
- McIntosh, J. H., Nasiry, R. W., McNeil, D., Coates, C., Mitchell, H., & Piper, D. W. (1985). Perception of life events stress in patients with chronic duodenal ulcer. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 20, 563-568.
- Norris, F. H., & Kaniasty, K. (1996). Recieved and percived social support in times of stress: a test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 498-511.
- Piper, D. W., McIntosh, J.H., Ariotti, D. E., Calogiuri, J. V., Brown, R. W., & Shy, C.M. (1981). Life events and chronic duodenal ulcer. *A case control study*. *Gut*, 22, 1011-1017.
- Rao, K., Subbakkrishna, D., & Prabna, G. G. (1989). Development of coping checklist, a primary report. *Indian Journal of Psychiatry*, 31, 128-33.
- Sarason, B., Pierce, G. R., Shearin, E. N., Sarason, I. G., &

- Watts, J. A. (1997). Perceived social support and working models of self and actual other. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 273-85.
- Schindler, B., & Ramchandani, D. (1991). Psychologic factors associated with peptic ulcer disease. *Medical Clinics of North America*, 75, 865-876.
- Tennant, C., Goulston, K., & Langeluddecke, P. (1986). Psychological correlates of gastric and duodenal ulcer disease. *Psychological Medicine*, 16, 365-371.
- Thomas, J., Greig, M., & Piper, D. W. (1980). Chronic gastric ulcer and life events. *Gastroenterology*, 78, 905-911.
- Vaux, A. (1988). Social Support: theory, research, and intervention. New York: Praeger.
- Xiao, S. (1991). Psychologic correlation peptic ulcer. *Chung-Hua-Shen-Ching-Shen-Ko - Tsa-Chin*, 24, 5, 317.
-