

نشانگان اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به زخم پتیک

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۷/۱۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۸/۲۸

دکتر علی الهیاری*

حسین یوسفی**

دکتر کاظم رسول زاده طباطبایی***

پدرام طباطبایی****

چکیده

مطالعه حاضر به بررسی ارتباط میان نشانگان افسردگی و اضطراب با زخم پتیک در ۳۰ بیمار مبتلا به زخم پتیک (۸ مورد مبتلا به زخم معده و ۲۲ مورد مبتلا به زخم اثنی عشر) در مقایسه با ۳۰ نفر در گروه نرمال می پردازد. هر دو گروه به لحاظ سن، جنس و پیشینه تحصیلی یکسان بودند. تمامی شرکت کنندگان پرسشنامه MCMII را تکمیل نمودند نتایج نشان می دهند که میزان افسردگی و اضطراب در مبتلایان به زخم پتیک به شکل معنی داری بالاتر از گروه نرمال است. اهمیت در نظر گرفتن نشانگان افسردگی و اضطراب در هر اقدام بالینی جهت درمان مبتلایان به زخم پتیک یکی از مهمترین تلویحات ضمنی این مطالعه است.

واژه های کلیدی: زخم پتیک، اضطراب، افسردگی.

*استادیار روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس

**کارشناس ارشد روانشناسی، دانش آموخته دانشگاه تربیت مدرس، (نویسنده مسئول)، آدرس الکترونیک:

yousefi.h@gmail.com

***استادیار روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس

****کارشناس ارشد روانشناسی، دانش آموخته دانشگاه تهران

مقدمه

امروزه با استقرار حوزه وسیع و رو به رشد روانشناسی سلامت^۵ پژوهشگران خاطر نشان می سازند هیچ گونه دلیل منطقی برای استقرار یک بیماری در خارج از قلمرو روان- تنی^۶ آن وجود ندارد. هدف این قلمرو آن است که تمامی مولفه های زیست شناسی، روانشناختی و اجتماعی را که در هر رویداد پزشکی در کارند متمایز کرده و به آنها وحدت ببخشد (استورا^۷، ۱۹۹۱).

زخم پپتیک^۸ به برهم خوردن یکپارچگی مخاطی معده^۹ و یا اثنی عشر^{۱۰} اطلاق می شود که منجر به پیدایش نقص موضعی و یا فرورفتگی ناشی از التهاب فعال می گردد (هاریسون^{۱۱} ۲۰۰۱؛ نقل از براون والد^{۱۲}، ۱۳۸۰). در تعریفی دیگر آمده است؛ ساییدگی بافت سطحی معده، اثنی عشر یا هر دو که با افزایش اسید هیدروکلوریک^{۱۳} و پپسین^{۱۴}، در طی یک دوره تنیدگی هیجانی، همراه است (مالفرتنیر^{۱۵} و دیگران، ۲۰۰۹).

از اوایل قرن گذشته نظریه پردازان قلمرو ارتباط جسم و ذهن ابعاد مختلف تأثیر و تعامل عوامل روانشناختی در پیدایش زخم پپتیک را به بحث گذاشته اند (لوین و لوین^{۱۶}، ۱۹۹۵). پژوهش های کنونی اذعان دارند که بیماری زایی^{۱۷} زخم پپتیک، دخالت دارند (جونز، ۲۰۰۶^{۱۸}، داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی^{۱۹} ژنتیک، استعمال دخانیات، الکل، کافئین و عوامل روانشناختی و روان پوشی در بیماری زایی زخم پپتیک، دخالت دارند (جونز، ۲۰۰۶^{۲۰}؛ لون اشتاین^{۲۱} ۲۰۰۲؛ گودوین و استین^{۲۲}، ۲۰۰۳؛ آو^{۲۳}، ۲۰۰۶؛ فوکونشی و دیگران^{۲۴}، ۱۹۹۷).

۵ Health psychology

۶ psychosomatic

۷ Stora,J,B

۸ Peptic ulcer

۹ stomach

۱۰ duodenum

۱۱ Harrison

۱۲ Braunwald,E

۱۳ Hydrochloric acid

۱۴ pepsin

۱۵ Malfertheiner,P

۱۶ Lewin & Lewis

۱۷ pathogenesis

۱۸ Helicobacter pylori

۱۹ Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSALDS)

۲۰ Jones,M,P

۲۱ Levenstein,s

۲۲ Goodwin & Stein

۲۳ Aou,S

۲۴ Fukunishi,J

یک مکانیسم روانی فیزیولوژیک مهم زخم پپتیک بدین صورت است که عوامل روانشناختی میزان ترشح اسید معده را افزایش می دهند. از بین عوامل روانشناختی و روان پو یشی^{۲۵} مرتبط با زخم پپتیک، گرچه استرس^{۲۶} از حمایت پژوهشی بیشتری برخوردار است اما عوامل دیگر به ویژه اضطراب^{۲۷} و افسردگی^{۲۸} مورد توجه بسیاری از پژوهشگران در این حیطه پژوهشی رو به رشد است (لون اشتاین، ۲۰۰۲؛ آیو، ۲۰۰۶؛ فوکونشی و دیگران، ۱۹۹۷، لون اشتاین و دیگران، ۱۹۹۷، لون اشتاین، ۲۰۰۰). از سوی دیگر، استرس در تعامل با عوامل ژنتیک، باکتری، روانشناختی و رفتاری (تغذیه، دخانیات، الکل) در گسترش بیماری تاثیر می گذارد (استورا، ۱۹۹۱؛ لون اشتاین، ۲۰۰۲).

نگاهی به پژوهش های مختلف در قلمروهای مرتبط با بیماری زخم پپتیک، مخصوصاً مت غیرهای روانشناختی مرتبط با آن از یکسو و اهمیت بالینی افسردگی و اضطراب، بعنوان اختلال های شایع روانشناختی از سوی دیگر، و کمبود چنین پژوهش هایی در جامعه ما، اهمیت و ضرورت نظری و عملی موضوع را روشن می سازد. از این رو تلاش می شود نشانگان اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به زخم پپتیک بررسی شود. چرا که شناسایی متغیرها و آسیب های روانشناختی مرتبط با زخم پپتیک می تواند در پیش گیری، تشخیص و مداخلات درمانی تکمیلی و نیز کاهش هزینه های مربوط به این مراحل یاری رسان باشد. این پژوهش علاوه بر اینکه از لحاظ موضوع و اهداف مورد بررسی در مسیر حرکت های کنونی در گستره روان شناسی سلامت است، مکمل پژوهش های دیگر در قلمرو بیماری های روان- تنی نیز می باشد.

روش

این پژوهش از نوع پس رویدادی است. از بین مبتلایان به زخم معده و زخم اثنی عشر که در فاصله زمانی ۱۳۷۹/۴/۱ لغایت ۱۳۸۱/۴/۱ برای دریافت درمانهای لازم به بخش های تشخیصی و درمانی بیمارستان شریعی مراجعه کردند تعداد ۳۰ نفر به شیوه تصادفی و براساس ملاک های سن (۲۰ تا ۴۵ سال)، تحصیل (حداقل سیکل) و بیماری زخم پپتیک شامل زخم اثنی عشر و زخم معده، انتخاب شدند. تشخیص نهایی زخم پپتیک براساس مشاهده پرونده آندوسکوپی بیمار با تشخیص و نظارت پزشک صورت گرفت. ۱۰ نفر از این تعداد را زنان و ۲۰ نفر دیگر را مردان تشکیل دادند؛ ۸ نفر از آنان مبتلا به زخم معده و ۲۲ نفر دیگر مبتلا به زخم اثنی عشر بودند. میانگین سنی بیماران مبتلا به زخم م عده و زخم اثنی عشر به ترتیب ۳۰/۸۸ و ۳۷/۷۳ بود.

گروه کنترل پژوهش را تعداد ۳۰ نفر از همراهان بیماران مراجعه کننده به سایر بخشهای بیمارستان شریعی تشکیل دادند که ملاک های انتخاب عبارت بودند از عدم سابقه یا ابتلا به زخم پپتیک و سایر بیماریهای گوارشی در همراهان و خانواده آنها و یکسان بودن با گروه بیمار از لحاظ سایر متغیرهای سن، جنس و تحصیلات. بعد از انتخاب گروه بیمار براساس ملاکهای مربوطه، خطوط کلی پژوهش و شرکت در پژوهش برای آنان ترسیم شد و آنها به گونه ای تشویق به همکاری شدند که در قبال پژوهش دچار سوگیری نشوند و از سویی صداقت لازم برای تکمیل پرسش نامه ها حاصل شود. بعد از این مقدمات، پرسش نامه را تکمیل نمودند. پس از اجرا در حد امکان به سئوالات مختلف بیماران و نیز درخواست برخی از آنها برای شرح بیشتر حالات رفتاریشان پاسخ داده شد. همچنین اطلاعاتی درباره شروع، شدت و مدت بیماری زخم پپتیک و نیز درمانها و نتایج آنها و دیگر آسیب های روانشناختی و جسمی اخذ گردید. بعد از انتخاب گروه کنترل بر اساس ملاکهای مورد نظر پژوهش و تلاش برای

۲۵ psychodynamic

۲۶ stress

۲۷ anxiety

۲۸ depression

یکسان‌سازی آنها با گروه بیمار، در صورت نیاز توضیحاتی درباره اهداف پژوهش و پرسش نامه ارائه و سپس پرسش‌نامه توزیع شد.

از پرسشنامه بالینی چند محوری میلون- ۲ (MCMI-II)^{۲۹} جهت جمع‌آوری اطلاعات روانشناختی پژوهش بهره گرفته شد.

این پرسشنامه که توسط تئودور میلون^{۳۰} روان‌شناس بالینی و شخصیت در سال ۱۹۸۷ منتشر شد براساس نظریه زیستی- روانی- اجتماعی^{۳۱} میلون، تجربه بالینی و پژوهش تهیه شده است. MCMI-II فرم تجدید نظر شده MCI-I است که توسط میلون (۱۹۷۷) ساخته شده است (چوکا^{۳۲} ۱۹۹۷). MCMI-II از ۱۷۵ ماده کوتاه خود-توصیفی با پاسخ‌های درست- نادرست تشکیل شده و مناسب اجرای فردی و گروهی بر روی بیماران روانی است. نمره نهایی فرد پس از ۱۰ مرحله صحیح استخراج می‌شود. این پرسشنامه شامل ۲۲ مقیاس است که در سه گروه: الگوهای شخصیتی بالینی^{۳۳}، الگوهای بیمارگون شخصیت^{۳۴} و نشانگان های بالینی^{۳۵} دسته بندی شده اند. مقیاس‌ها، خصوصیات نسبت فراگیر و پایداری را که مشخص الگوی بیمار از رفتار، ادراک، تفکر، احساس و ارتباط با دیگران است را منعکس می‌نمایند (چوکا، ۱۹۹۷). نشانگان های بالینی MCMI-II با اختلالهای بالینی در محور I چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا^{۳۶} (DSMIV) هماهنگ است. متغیرهای اضطراب و افسردگی در پژوهش حاضر توسط مقیاس های اضطراب^{۳۷}، افسرده خویی^{۳۸} و افسردگی اساسی^{۳۹}، از مقیاسهای مربوط به نشانگان بالینی MCMI-II، اندازه گیری شدند.

در زمینه بررسی اعتبار^{۴۰} و روایی^{۴۱} پرسشنامه بالینی چند محوری میلون در خارج و داخل ایران تلاش هایی صورت گرفته است. میلون، ضریب پایایی مقیاسهای شخصیتی، مقیاسهای بیمارگون شخصیتی و مقیاسهای بالینی را به ترتیب در دامنه های ۰/۸۰ تا ۰/۹۸، ۰/۷۹ و ۰/۷۸ تا ۰/۹۱ گزارش می‌کند. وی همچنین حساسیت مقیاسها را در دامنه ۰/۵۰ تا ۰/۷۹، دامنه مخصوص از ۰/۹۱ تا ۰/۹۹، توانایی پیش بینی مثبت از ۰/۵۸ تا ۰/۸۰، توانایی پیش بینی منفی از ۰/۹۳ تا ۰/۹۸ و توانایی تشخیص کلی از ۰/۸۸ تا ۰/۹۷ گزارش می‌کند (خواجه موگهی، ۱۳۷۲). MCMI-II در سال ۱۳۷۳ توسط خواجه موگهی روی جامعه ایرانی هنجاریابی مقدماتی شد. در فرم فارسی میانگین ضریب ۲۰- کودر ریچاردسون در تمام مقیاس ها برابر ۸۴/۰ و میانه ۸۵/۰ به دست آمد. با روش بازآزمایی میانگین ضریب پلپایی در تمامی مقیاس ها برابر ۰/۸۵ و میانه ۰/۸۶ بدست آمد (خواجه موگهی، ۱۳۷۲).

۲۹ Millon Clinical Multiaxial Inventory- II(MCMI-II)

۳۰ Millon,T

۳۱ Bio-psycho-society

۳۲ Choca,J,P

۳۳ Clinical personality pattern

۳۴ Severe personality scales

۳۵ Clinical syndrome

۳۶ Diagnosis and statistical manual of mental disorders4th Edition (DSMIV)

۳۷ anxiety

۳۸ dysthymia

۳۹ Major- depression (CC)

۴۰ reliability

۴۱ validity

یافته ها

شاخص های توصیفی مربوط به گروه های بیمار (زخم پپتیک، زخم معده و اثنی عشر) و گروه کنترل در قالب جداول ۱ و ۲ نشان داده شده است که مقایسه های تبعی آن در جدول ۳ آمده است.

به منظور بررسی معناداری اختلاف ترکیب خطی متغیرهای افسردگی اساسی، افسرده خویی، و اضطراب بر اساس آزمون MCMII II میان دو گروه مبتلا به زخم پپتیک و گواه از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد.

جدول ۱، اطلاعات توصیفی راجع به تعداد آزمودنیها در هر گروه، میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته به تفکیک سطوح متغیر عامل را نشان می دهد.

جدول ۱. اطلاعات توصیفی افراد گروه نمونه برحسب نشانگان افسردگی و اضطراب

تعداد نمونه	انحراف استاندارد	میانگین	تشخیص	
۳۰	۲۱.۳۰۰	۴۲.۵۰	کنترل	
۳۰	۱۷.۱۲۸	۵۹.۸۷	زخم پپتیک	افسردگی اساسی
۶۰	۲۰.۵۴۰	۵۲.۵۳	کل	
۳۰	۲۴.۸۹	۴۶.۸۰	کنترل	
۳۰	۲۱.۸۸	۷۵.۲۷	زخم پپتیک	افسرده خویی
۶۰	۳۷.۳۱	۶۱.۰۳	کل	
۳۰	۳۰.۹۲	۵۷.۷۰	کنترل	
۳۰	۱۹.۸۴	۸۸.۱۳	زخم پپتیک	اضطراب
۶۰	۲۹.۹۸	۷۲.۹۲	کل	

همانطور که در جدول ۱ نشان داده شده است در گروه زخم پپتیک میانگین افسردگی اساسی ($SD = 17.128$ و $M = 59.87$)، افسرده خویی ($SD = 21.88$ و $M = 75.27$) و اضطراب ($SD = 19.84$ و $M = 88.13$) بالاتر از میانگین افسردگی اساسی ($SD = 21.30$ و $M = 42.50$)، افسرده خویی ($SD = 24.89$ و $M = 46.80$)، و اضطراب ($SD = 30.92$ و $M = 57.70$) در گروه کنترل است.

جدول ۲. نتایج آزمون چند متغیری

سطح معناداری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرض شده	F	مقادیر	
۰/۰۰۱	۵۶.۰۰	۳	۸.۳۹۳	۰.۳۱۰	ابتلا به زخم پپتیک Pillai's Trace Wilk's Lambda Hotelling's Trace Roy's Largest Root
۰/۰۰۱	۵۶.۰۰	۳	۸.۳۹۳	۰.۶۹۰	
۰/۰۰۱	۵۶.۰۰	۳	۸.۳۹۳	۰.۴۵۰	
۰/۰۰۱	۵۶.۰۰	۳	۸.۳۹۳	۰.۴۵۰	

با توجه به اینکه آزمون باکس با فرض صفر مبنی بر اینکه ماتریس کوواریانس ها برابرند و آزمون لون (Leven) با فرض صفر مبنی بر اینکه واریانس های خطا برابرند، معنی دار نبودند، امکان استفاده از نتایج تحلیل واریانس چند متغیره فراهم گردید که نتایج آن در جدول ۲ منعکس شده است. مطابق محاسبه های انجام شده ترکیب خطی متغیرهای افسردگی اساسی، افسرده خوبی و اضطراب در دو گروه مبتلا به زخم پپتیک و کنترل متفاوت از یکدیگر می باشند. به عبارت دیگر براساس محاسبه لامبدا ویلکس $F(3.56)=0.69p<0.001$ معنی داری تفاوت مشاهده شده بین دو گروه مبتلا به زخم پپتیک و کنترل تایید می گردد.

جدول ۳. نتیجه تحلیل واریانس تک متغیری برای مقایسه دو گروه مبتلا به زخم پپتیک و گواه از لحاظ مقیاسهای «اضطراب»،

«افسرده خوبی» و «افسردگی اساسی» MCMII-II

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات نوع III	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
ابتلا به زخم پپتیک	افسردگی اساسی	۳۲۲۶.۶۶۷	۱	۳۲۲۶.۶۶۷	۸.۶۳۸	۰/۰۰۵
	افسرده خوبی	۱۲۱۵۵.۲۶۷	۱	۱۲۱۵۵.۲۶۷	۲۲.۱۳۵	۰/۰۰۰
	اضطراب	۱۳۸۹۲.۸۱۷	۱	۱۳۸۹۲.۸۱۷	۲۰.۵۸۳	۰/۰۰۰
خطا	افسردگی اساسی	۲۱۶۶۴.۲۶۷	۵۸	۳۷۳.۵۲۲		
	افسرده خوبی	۳۱۸۵۰.۶۶۷	۵۸	۵۴۹.۱۴۹		
	اضطراب	۳۹۱۴۷.۷۶۷	۵۸	۶۷۴.۹۶۱		
کل	افسردگی اساسی	۱۹۰۴۷۶.۰۰	۶۰			
	افسرده خوبی	۲۶۷۵۱۰.۰۰	۶۰			
	اضطراب	۳۷۲۰۵۱.۰۰	۶۰			

نتایج حاصل از اجرا تحلیل واریانس تک متغیره برای هر سه متغیر وابسته در سطح متغیر گروه بندی ابتلا به زخم پپتیک (مندرج در جدول ۳) حاکی از آن است که تفاوت بین دو گروه مبتلا به زخم پپتیک و کنترل در مقیاسهای افسردگی اساسی در سطح $P< 0/005$ ، افسرده خوبی و اضطراب براساس آزمون MCMII II در میان مبتلایان به زخم پپتیک به شکل معناداری بالاتر از میانگین آنها در افراد گروه کنترل می باشد. این یافته ها در راستای تایید اهداف مطرح شده در این پژوهش است.

جدول ۴. مقایسه دو گروه مبتلا به زخم پپتیک و گواه، در مقیاسهای «اضطراب»، «افسرده خوبی» و «افسردگی اساسی»

MCMII-II

متغیر وابسته	زخم پپتیک (I)	زخم پپتیک (J)	تفاوت میانگین (J-I)	خطای استاندارد	سطح معناداری
افسردگی اساسی	کنترل	مبتلا به زخم پپتیک	۱۴.۶۷	۴.۹۹	۰.۰۰۵
افسرده خوبی	کنترل	مبتلا به زخم پپتیک	۲۸.۴۶۷	۶.۰۵۱	۰.۰۰۰
اضطراب	کنترل	مبتلا به زخم پپتیک	۳۰.۴۳۳	۶.۷۰۸	۰.۰۰۰

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می شود، آزمون تفاوت جفت میانگین ها نشان می دهد که میانگین نمره مبتلایان به زخم پپتیک در هر سه مقیاس افسردگی اساسی، افسرده خویی و اضطراب به میزان معناداری بالاتر از گروه کنترل است.

نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که میزان اضطراب گروه بیمار (زخم پپتیک) به طور قابل ملاحظه ای بیشتر از گروه کنترل است. این تفاوت معنادار بیشتر از مقایسه های جداگانه گروه بیمار و کنترل در دو متغیر دیگر است (جدول ۴). این یافته ها به طور اعم همسوی با پژوهش هایی است (زولانسکی و اسمیت^{۴۲}، ۲۰۰۸؛ فریدمن^{۴۳}، ۱۹۸۹) که به ارتباط قوی بین نشانگان اضطرابی با بیماریهای جسمانی اشاره دارند و به طور اخص هماهنگ با آن دسته از پژوهش هایی است (جونز، ۲۰۰۶؛ لون اشتاین، ۲۰۰۲؛ آیو، ۲۰۰۶؛ زولانسکی و اسمیت، ۲۰۰۸؛ اسریدههار^{۴۴}، ۱۹۸۹؛ لانگلودک و دیگران^{۴۵}، ۲۰۰۸؛ لامین^{۴۶}، ۱۹۹۷؛ کان^{۴۷}، ۱۹۹۵) که بر ارتباط معنادار اضطراب با زخم پپتیک تاکید کرده اند؛ حتی برخی از این پژوهشگران (فریدمن، ۱۹۸۹؛ لامین، ۱۹۹۷؛ گلن^{۴۸}، ۱۹۹۸) عنوان می کنند که شواهد علمی مربوط به ارتباط اضطراب با شروع و جریان بهبودی زخم پپتیک، بیشتر از دیگر متغیرهای روانشناختی است.

برافراستگی مقیاس اضطراب (A) در MCMII-II، با تشویش، واکنش های هراسی، دودلی، تنش، بیقراری و ناهنجاری های جسمی مرتبط با تنش، ارتباط دارد. این مقیاس کم و بیش با احساس عدم پذیرش و درک از جانب دیگران، تمایل به خشمگین شدن بدون علت واضح مرتبط است. این مقیاس را در بین مقیاس های MCMII-II بعنوان حساس ترین شاخص اختلالات و استیصال روانشناختی توصیف کرده اند (چوکا، ۱۹۹۷، میلون، ۲۰۰۴؛ میلون، ۲۰۰۷؛ کان، ۱۹۹۵).

تفاوت معنادار گروه بیمار (زخم پپتیک) با گروه کنترل به لحاظ مقیاس های افسرده خویی (D) و افسردگی اساسی (CC) در MCMII-II به این معناست که نسانگان بالینی افسردگی افراد مبتلا به زخم پپتیک بیشتر از گروه کنترل است (جدول ۴).

این نتایج تاییدی است بر بسیاری از پژوهش هایی که نشانگان و تمایلات افسردگی را در بیماران مبتلا به زخم پپتیک گزارش کرده اند (جونز، ۲۰۰۶؛ آیو، ۲۰۰۶؛ لون اشتاین، ۲۰۰۰؛ لامین، ۱۹۹۷، زولانسکی و اسمیت، ۲۰۰۸). یافته ها و پژوهش هایی که به ارتباط میان افسردگی و زخم پپتیک اذعان دارند چنان قابل ملاحظه است که برخی از این پژوهشگران بیمار مبتلا به زخم پپتیک را معادل یک بیمار افسرده می دانند.

مقیاس CC می تواند آمیخته با مشکلات خوا، احساس استیصال، نگرانی از آینده، بیقراری، کندی روانی - حرکتی، احساس تحلیل رفتگی جسمانی، خشمگین شدن با کمترین تحریک، احساس بی ارزشی و انزوای اجتماعی، تنش و گم گشتگی باشد (چوکا، ۱۹۹۷؛ میلون، ۲۰۰۴؛ میلون، ۲۰۰۷).

۴۲ Zvolensky & Smits

۴۳ Friedman.H

۴۴ Sreedhar,k,p

۴۵ Longeluddeck.P

۴۶ Lamin

۴۷ Khan,S,A

۴۸ Goleman,D

روش و نتایج این پژوهش ادعا ندارد که علایم جسمانی الزاما معلول فرایندهای روانشناختی و روان پویایی هستند یا بالعکس (تبیین علی)؛ بلکه هدف از این پژوهش توجه به حضور و ارتباط نشانگان روانشناختی مثل اضطراب و افسردگی در شروع، استقرار و حتی پیشگیری و درمان زخم پتیک است (لون اشتاین، ۲۰۰۰؛ لون اشتاین، ۲۰۰۲؛ لذا نتایج این پژوهش را از دو منظر کاربردی و نظری می توان نگاه کرد: در قلمرو کلینیکی، درمان های روانشناختی و رفتاری اضطراب و اف سردگی در کنار مداخلات پزشکی بیماری زخم پتیک الزامی به نظر می رسد.

در قلمرو پژوهشی، تلاش برای فهم تعامل نشانگان افسردگی و اضطراب با زخم پتیک در ک نار سطوح مختلف فرآیندهای مغزی و فیزیولوژیایی، ارثی، عفونی، هیجانی، شناختی، رفتاری و اجتماعی می تواند در فهم و ترسیم یک تبیین نسبی از بیماری زایی زخم پتیک یاری رسان باشد. در نهایت همان طور که لون اشتاین (۲۰۰۲) عنوان می کند، بیماری زخم پتیک مدلی ارزشمند برای فهم تعامل پیچیده بین مجموعه عوامل مختلف زیستی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و رفتاری در فرایند پدیدآیی و گسترش بیماری است. در دسترس نبودن نتیجه تست هلیکوباکترپیلوری و عدم امکان گروه بندی اولیه آزمودنی ها در سطوح متغیرهای جنس و زخم پتیک از محدودیت های عمده مطالعه حاضر بوده که پیشنهاد می شود مدنظر پژوهش های مشابه قرار گیرد

Archive of SID

منابع

- استورا، بنجامین (۱۹۹۱). تنیدگی طی استرس. ترجمه پریخ دادستان. تهران: انتشارات رشد
- براون والد، یوجین (۱۳۸۰). بیماری های دستگاه گوارش، ترجمه فرشید علیاری و دیگران، از کتاب اصول طب داخلی هاریسون، ۲۰۰۱. چاپ اول، انتشارات سماط، تهران.
- خواجه موگهی، ناهید (۱۳۷۲). آماده سازس مقدماتیفرم فارسی پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون MCMII. پایان نامه کارشناسی ارشد، انیستیتو روانپزشکی تهران، ایران.
- گلمن، دانیل. (۱۹۹۸). هوش هیجانی. ترجمه نسرین پارسا (۱۳۸۰). تهران: انتشارات رشد.
- **Aou,s. (2006).** Role of medial hypothalamus on peptic ulcer and depression. International Congress Series 1287. 260-264
- **Choca, J.p.(1997).** Interpretative to Millon clinical multiaxial inventory. By the American Psychological Association.
- **Friedman, H. (2002).** Health psychology 2nd ed. New Jersey; R.R.Donnelley & Sons company.
- **Fukunishi, J & Kaji, N.& Hosaka, T.& Berger, D. & Rahe, R.H. (1997).** Relationship of alexithymia and poor social support to ulcerative changes on gastrofiberscopy, psychosomatics. 38, 20-6.
- **Goodwin, R.D, Stein, M.B.(2003).** Generalized Anxiety Disorder and Peptic Ulcer Disease among Adults in the United States. Psychother Psychosom. 72: 10-15.
- **Jones, Michael.P.(2006).** The role of psychosocial factors in peptic ulcer disease Beyond Helicobacter pylori and NSAIDs. J Psychosomatic Research 60: 407-412.
- **Khan, S.A.(1995).** Anxiety in psychometric patients. J personality and clinical studies. 6.119-121.
- **Lamin, C.B.(1997).** Psychological factor in peptic ulcer disease as measure by Millon Clinical Multiaxial Inventory. Dissertation Abstracts-International, 57-63.
- **Levenstein, S. (2000).** Psychosocial Factors in Peptic Ulcer and Inflammatory Bowel Disease. J Consulting and Clinical Psychology. 70(3): 739-750.
- Levenstein, S.(2000). The Very Model of a Modern Etiology: A Biopsychosocial View of Peptic Ulcer. Psychosomatic Medicine. 62: 176-185.
- **Levenstein, S&Kaplan, G.A& Smith, M.W.(1997).** Psychological predictors of peptic ulcer incidence in the Alameda country study.
- **Lewin, J&Lewis, S.(1995).** Organic and psychosocial risk factors fordupdenal ulcer. J psychosomatic Research. 39,531-548.
- **Longeluddeck, P & Goulston, K & Tennat, C. (1990).** Psychological factors in dyspepsia of unknown caus. J Psychosomatic Research. 34, 215-222.
- **Malfertheiner, P & Chn, F.KL& McColl, K.EL.(2009).** Peptic ulcer disease. Lancet; 374: 1449-61.
- **Millon, T.(2004).** Personality Disorders in Modern Life: John Wiley & Sons, Inc All rights reserved.
- **Millon, T.(2007).** Overcoming Resistant Personality Disorders, A Personalized Psychotherapy Approach: John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.
- **Sreedhar, K.P. (1989).** Nature of anxiety in peptic ulcer. Indian-J clinical Psychology. 16, 5-8.
- **Zvolensky, M. J& Smits Jasper, A.J. (2008).** Anxiety in Health Behaviors and Physical Illness. Springer Science+Business Media, LLC.