

اثر بخشی آموزش مدیریت تنش بر کیفیت زندگی افراد دچار بیماری بازگشت اسید معده به مری (GERD)

*ناهد ندائی (MA) - دکتر عباسعلی حسین خانزاده (PhD)^۱ - دکتر افشین شفقی (MD)^۲ - دکتر اکرم پرند (PhD)^۳

*نویسنده مسئول: دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

پست الکترونیک: nahid.nedae@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۰۲/۱۷ تاریخ پذیرش: ۹۲/۰۸/۱۲

چکیده

مقدمه: با وجود این که عوامل روانشناختی از جمله تنش می‌تواند در کیفیت زندگی افراد دچار بیماری بازگشت اسید معده به مری نقش مهمی ایفا کند، داده‌های کمی در مورد تأثیر مداخله‌های روانشناختی از جمله مدیریت استرس بر این امر در دسترس است.

هدف: تعیین اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر افزایش کیفیت زندگی در افراد دچار GERD که طی ۱۸ ماه به مطب پزشک فوق تخصص بیماری‌های گوارش و کبد واقع در شهر انزلی مراجعه کرده بودند.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مداخله‌ای که از نوع مداخله‌ای و با گروه کنترل بود، ۳۸ بیمار زن دچار GERD تأیید شده از سوی پزشک که تحت درمان دارویی قرار داشتند به صورت در دسترس انتخاب شده و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. بیماران در دو مرحله به پرسشنامه کیفیت زندگی در بیماری بازگشت اسید معده به مری پاسخ دادند: پیش‌آزمون (قبل از اجرای مدیریت تنش به شیوه گروهی که شامل دو بخش دانش‌افزایی و مهارت‌آموزی بود) و پس‌آزمون (بعد از این مداخله روانشناختی).

داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس یک‌راهه تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: آموزش مدیریت تنش باعث افزایش کیفیت زندگی کل ($p=0.01$) و چهار بعد آن، شامل: زندگی روزمره ($p=0.02$)، کیفیت زندگی ($p=0.02$)، وضعیت روحی ($p=0.05$)، و تکرانی‌ها و دغدغه‌ها ($p=0.04$) در افراد دچار GERD شد ولی بر سایر ابعاد (روابط، خواب، و غذا) تأثیر معنی‌دار نداشت.

نتیجه‌گیری: آموزش مدیریت تنش گروهی می‌تواند کیفیت زندگی بیماران دچار GERD را افزایش دهد.

کلید واژه‌ها: رفلوی معده به مری / فشار روانی / کیفیت زندگی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و سوم شماره ۹۱، صفحات: ۳۹-۴۶

مقدمه

گونه‌ای که در یک مطالعه نشان داده شد که نشانه‌های GERD در ایران نسبت به دیگر کشورهای آسیایی شایع‌تر بوده و با کشورهای غربی قابل مقایسه است (۴).

هزینه‌های ناشی از GERD بار چشمگیری به بخش‌های مختلف جامعه تحمیل می‌کند. به‌عنوان مثال، این بیماری سالانه حدود ۱۰ تا ۱۲ میلیارد دلار هزینه‌های طبی مستقیم دارد و داروهای ضدترشح اسید در زمره رایج‌ترین داروهای تجویزی در آمریکا هستند (۵). همچنین، GERD به شکلی معنی‌دار بر غیبت کارکنان از کار و بهره‌وری هنگام کار، تأثیر می‌گذارد (۶) و هزینه‌های مستقیم پزشکی و غیبت از کار در

تعریف رایج از بیماری بازگشت اسید معده به مری (Gastroesophageal Reflux Disease [GERD])، آن را وضعیتی تلقی می‌کند که بازگشت محتوای معده سبب نشانه‌های رنج‌آور و یا عوارض بیماری گردد (۱). نشانه‌های GERD در ۱۰-۲۰ درصد جمعیت غرب و حدود ۵ درصد جمعیت آسیا وجود دارد (۲). گرچه به علت تفاوت‌های مطالعات، مانند ویژگی‌های جمعیت نمونه و معیارهای تشخیصی، گزارش‌های منتشر شده درباره شیوع GERD در ایران به شکل چشمگیری متفاوت است اما در بسیاری از آنها بالا بودن میزان آن گزارش شده (۳) به

۱. گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۲. مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان، رشت، ایران

۳. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی مدیریت تنش بر افزایش کیفیت زندگی در افراد دچار GERD صورت گرفت که به مطب پزشکی فوق تخصص بیماری‌های گوارش و کبد واقع در شهر انزلی مراجعه کرده بودند.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر از نوع مداخله‌ای و به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه مورد مطالعه عبارت بود از همه بیمارانی که از تاریخ اول بهمن ۱۳۹۰ تا اول مرداد ۱۳۹۱ به مطب پزشکی فوق تخصص بیماری‌های گوارش و کبد واقع در شهر انزلی مراجعه کرده و تشخیص GERD در آنها داده شده بود. نمونه مورد مطالعه ۳۸ بیمار زن بودند که با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش (دامنه سنی بین ۱۸ تا ۶۰ سال، داشتن تحصیلات دست‌کم سوم راهنمایی، فراوانی دو بار سوزش سر دل یا بیشتر در هفته طی سه ماه گذشته، زیر درمان دارویی بودن، و علاقه به شرکت در دوره درمانی مدیریت تنش) و خروج از آن (باردار بودن؛ ابتلای به انواع پیچیده GERD به عنوان مثال مری بارت [Barrett's Esophagus (BE)], تنگی مری (Esophageal Stricture)، یا تنگی مجرای معده (Peptic Stenosis)؛ ابتلای به بیماری‌های گوارشی غیر از GERD مثل نشانگان روده تحریک‌پذیر [Irritable Bowel Syndrome (IBS)؛ ابتلای به مشکلات شدید سلامتی که مانع حضور موثر در نشست‌ها باشد؛ نیاز به استفاده روزانه از داروی ضدالتهابی غیراستروئیدی (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs) یا آسپرین؛ نیاز به استفاده روزانه از داروهای اعصاب؛ مصرف الکل و سیگار) به صورت در دسترس انتخاب شده و به‌طور تصادفی ساده در دو گروه ۱۹ نفره (آزمایش و کنترل) جای داده شدند. پس از پیش‌آزمون، افزون بر ادامه درمان‌های متداول پزشکی در هر دو گروه، برای گروه آزمایش نشست‌ها درمانی مدیریت تنش برگزار شد. یک هفته پس از اتمام این نشست‌ها، از هر دو گروه، پس‌آزمون به عمل آمد. داده‌ها با پرسشنامه کیفیت زندگی در بیماری بازگشت اسید معده به مری [Quality of life (REFLUX-QUAL)]

کارکنان دچار این بیماری، نشان‌دهنده بار قابل‌توجهی بر کارکنان و کارفرمایان است (۷).

تأثیر GERD بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت بیمار (Health-Related Quality of Life [HRQOL]) (۸) بیماران نیز بخوبی مشخص شده‌است. به‌راستی، نشانه‌ها و عوارض بسیاری که این بیماری به همراه دارد به شکل گسترده‌ای بر کیفیت زندگی فرد تأثیر می‌گذارد (۹). به‌عنوان مثال، سوزش سر دل (Heartburn) که نشانه اصلی GERD است (۵) مزاحم طیف گسترده‌ای از فعالیت‌ها، از جمله حضور در موقعیت‌های اجتماعی، مانند غذا خوردن با خانواده و دوستان و فعالیت‌های فیزیکی مانند کارهای خانه، باغبانی و ورزش می‌شود (۱۰). به‌طوری که افراد دچار اختلال در بهزیستی (Well-being) خود را معادل بیماران دچار نارسایی قلبی ابراز می‌کنند (۱۱). تأثیر ژرفی که GERD بر کیفیت زندگی افراد مبتلا برجای می‌گذارد، یکی از عواملی است که اهمیت بررسی این بیماری و درمان آن را روشن می‌سازد (۱۲).

این نکته که اقدام فیزیولوژی و زیست‌شیمیایی (Biochemical) به تنهایی برای تصمیم‌گیری بالینی در مورد GERD کافی نیست، از سوی متخصصان بیماری‌های معده و روده گواهی شده‌است (۱۳ و ۱۴). به‌طور کلی، بیماری‌های دستگاه گوارش به علت فراوانی و مشکلات مربوط به درمانشان هنوز یک مشکل درمانی جدی هستند (۱۵). به عنوان مثال، بر اساس اطلاعات اخیر، یکی از علل بالقوه شکست داروهای بازدارنده پمپ پروتون [Proton Pump Inhibitors (PPIs)] در درمان نشانه‌های GERD، همبودی (Comorbidity) عوامل روانشناختی و تنش هیجانی با این بیماری است (۱۶). به همین دلیل پیشنهاد می‌شود که بهتر است کمک برای تنش به درمان بیماران اضافه شود (۱۳). علاوه بر این، زمانی که بیماران دچار GERD در معرض تنش قرار می‌گیرند در نبود بازگشت اسید نیز آن را درک می‌کنند که این نکته ممکن است به حساب میزان پاسخ کم به درمان‌های سنتی گذاشته شود. در نتیجه، نیاز به از بین بردن فاصله بین پژوهش‌های روان‌تنی و شیوه بالینی برای توسعه درمان‌های موفق‌تر GERD روشن می‌شود (۱۷). در نتیجه،

محاسبه شد. مقدار بدست آمده برای کل سوالها ۰/۹۴ بود و برای زیرمقیاسها در محدوده ۰/۷۳ تا ۰/۹۱ قرار داشت. خلاصه طرح درمانی مدیریت تنش: ۸ جلسه مدیریت تنش به صورت هفتگی و هر بار به مدت ۹۰ دقیقه توسط پژوهشگر برگزار شد. هر جلسه متشکل از دو بخش بود؛ بخش اول به آشنایی با مفهوم تنش و شیوه مدیریت تنش، معرفی مواد غذایی محرک GERD و آموزش اصول مناسب تغذیه، آشنایی با فواید ورزش برای کاهش تنش و افزایش سلامت جسمی و ذهنی، و آموزش مهارت‌های مدیریت تنش شامل، بازسازی شناختی، آموزش ابرازگری، مدیریت خشم، مدیریت موثر زمان، و معنویت‌گرایی اختصاص داده شد. در بخش دوم نیز روش‌های مختلف تنش‌زایی شامل تنش‌زدایی پیشرونده عضلانی (Progressive Muscle Relaxation) (برای ۱۶، ۸، و ۴ گروه ماهیچه)، یوگا (حرکات مفید برای کاهش تنش و بهبود اختلال گوارشی)، مراقبه (Meditation) (مراقبه آب شفافبخش، و مراقبه شمارش تنفس)، تجسم (تجسم خلوت دریاچه کوهستان)، تنفس (تنفس دیافراگمی، و تنفس در ابرهای سفید) آموزش داده شد.

Questionnaire in Gastroesophageal Reflux جمع‌آوری شد. پرسشنامه شرکت سانوفی-اونتیس © (Sanofi-Aventis. All rights reserved.) بکار رفت که ۳۷ عبارت بسته‌پاسخ دارد و در گستره مقیاس لیکرت پنج‌رتبه‌ای (از یک تا پنج به اضافه یک گزینه با نمره برابر صفر برای بعضی پرسشها که ممکن است در برخی افراد صدق نکند) تنظیم شده‌است. این پرسشنامه ابعاد زندگی روزمره، روابط، کیفیت زندگی، وضعیت روحی، نگرانی‌ها و دغدغه‌ها، خواب، و غذا را می‌سنجد. نمره هر بعد و نمره کل به یک مقیاس از صفر تا صد تبدیل می‌شود که صفر برابر کیفیت زندگی بدتر و صد مساوی کیفیت زندگی بهتر است. چون روایی (Validity) و پایایی (Reliability) پرسشنامه مذکور بر بیماران داخل کشور بررسی نشده بود، روایی زبانی (Linguistic Validity) آن به روش ترجمه-ترجمه برعکس (Forward-backward Translation) بررسی و روایی محتوایی (Content Validity) نیز با ارائه پرسشنامه به دو متخصص گوارش تأیید شد. همسانی درونی (Internal Consistency) آن در یک مطالعه مقدماتی با حجم ۶۰ نفر و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و نرم‌افزار SPSS۱۶

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی کل و هر یک از ابعاد آن

مولفه	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
زندگی روزمره	آزمایش	۴۴/۵۷	۲۰/۳۱	۵۷/۱۰	۱۷/۸۹
	کنترل	۶۲/۲۱	۲۰/۶۷	۵۹/۱۳	۲۱/۵۴
روابط	آزمایش	۶۳/۱۵	۲۹	۸۲/۲۳	۲۰/۵۴
	کنترل	۸۰/۹۲	۲۱/۷۹	۷۸/۲۸	۲۱/۹۸
کیفیت زندگی	آزمایش	۴۶	۱۴/۲۸	۵۴/۵۶	۱۸/۳۴
	کنترل	۵۴/۳۶	۱۸/۱۷	۵۱/۷۶	۱۷/۴۹
وضعیت روحی	آزمایش	۴۱/۰۶	۲۲/۸۹	۵۴/۴۴	۱۸/۱۷
	کنترل	۴۴/۸۰	۲۳/۷۱	۴۷/۸۲	۲۱/۶۰
نگرانی‌ها و دغدغه‌ها	آزمایش	۴۰/۷۸	۲۳/۶۴	۵۷/۱۰	۲۴/۲۸
	کنترل	۶۴/۲۱	۳۱/۲۸	۶۱/۵۷	۲۶/۵۱
خواب	آزمایش	۵۸/۴۲	۳۲/۵۳	۶۸/۴۲	۲۸/۹۶
	کنترل	۶۷/۶۳	۱۷/۸۲	۷۰	۲۱/۲۱
غذا	آزمایش	۳۶/۸۴	۲۳/۲۸	۳۴/۵۳	۲۴/۷۷
	کنترل	۴۷/۳۶	۲۹/۳۳	۴۴/۰۷	۲۶/۳۰
کیفیت زندگی کل	آزمایش	۴۵/۳۵	۱۵/۷۵	۵۵/۹۳	۱۵/۶۹
	کنترل	۵۷/۵۵	۱۶/۲۹	۵۶/۵۲	۱۶/۲۱

نتایج

جدول ۲. بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون مربوط به کیفیت زندگی کل و هر یک از ابعاد آن در دو گروه آزمایش و کنترل

مؤلفه	F	سطح معناداری
زندگی روزمره	۱/۰۲	۰/۳۱
روابط	۰/۴۹	۰/۴۸
کیفیت زندگی	۰	۰/۹۸
وضعیت روحی	۱/۳۷	۰/۲۴
نگرانی‌ها و دغدغه‌ها	۱/۳۵	۰/۲۵
خواب	۱/۱۸	۰/۲۸
غذا	۰/۰۵	۰/۸۱
کیفیت زندگی کل	۲/۶۶	۰/۱۱

* $P < 0.05$. ** $P < 0.01$.

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد ابعاد کیفیت زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها ارائه شده‌است. در جدول ۲ نتایج آزمون F برای بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون کیفیت زندگی کل و هر یک از ابعاد آن در گروه آزمایش و کنترل گزارش شده‌است و همان‌طور که دیده می‌شود آماره F در هیچ یک از موارد دو گروه، معنی‌دار نیست. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون کیفیت زندگی کل و هر یک از ابعاد آن در دو گروه برابر است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در کیفیت زندگی کل و هر یک از ابعاد آن

مؤلفه	SS آزمایشی	SS خطا	MS آزمایشی	MS خطا	F	سطح معناداری	اندازه اثر
زندگی روزمره	۹۴۱/۰۰	۶۰۱۰/۲۷	۹۴۱/۰۰	۱۷۱/۷۲	۵/۴۸	۰/۰۲*	۰/۱۳
روابط	۱۱۹۷/۶۱	۱۱۵۲۸/۷۸	۱۱۹۷/۶۱	۳۲۹/۳۹	۳/۶۳	۰/۰۶	۰/۰۹
کیفیت زندگی	۸۱۶/۲۹	۵۲۴۹/۷۶	۸۱۶/۲۹	۱۴۹/۹۹	۵/۴۴	۰/۰۲*	۰/۱۳
وضعیت روحی	۷۶۰/۵۲	۶۵۵۷/۹۴	۷۶۰/۵۲	۱۸۷/۳۷	۴/۰۵	۰/۰۵*	۰/۱۰
نگرانی‌ها و دغدغه‌ها	۱۱۸۴/۰۰	۹۲۹۲/۷۵	۱۱۸۴/۰۰	۲۶۵/۵۰	۴/۴۵	۰/۰۴*	۰/۱۱
خواب	۲۷۹/۸۰	۸۵۰۹/۸۳	۲۷۹/۸۰	۲۴۳/۱۳	۱/۱۵	۰/۲۹	۰/۰۳
غذا	۱۹/۷۳	۸۶۶۸/۳۵	۱۹/۷۳	۲۴۷/۶۶	۰/۰۸	۰/۷۷	۰
کیفیت زندگی کل	۶۳۶/۳۲	۳۷۰۱/۸۲	۶۳۶/۳۲	۱۰۵/۷۶	۶/۰۱	۰/۰۱**	۰/۱۴

* $P < 0.05$. ** $P < 0.01$.

SS: مجموع مجذور MS: میانگین مجذور

در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون با پیش‌آزمون نشان داده شده‌است. با توجه به میزان F و سطح معنی‌داری، بین دو گروه در میزان کیفیت زندگی کل و چهار بعد زندگی روزمره، کیفیت زندگی، وضعیت روحی، و نگرانی‌ها و دغدغه‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین، در مولفه‌های روابط، خواب، و غذا تفاوت معنی‌داری بین دو گروه دیده نمی‌شود. برای بررسی این‌که میانگین کدام‌یک از گروه‌ها در پس‌آزمون کیفیت زندگی کل و مولفه‌های زندگی روزمره، کیفیت زندگی، وضعیت روحی، و نگرانی‌ها و دغدغه‌ها در افراد دچار GERD می‌شود ولی تأثیر معنی‌داری بر ابعاد روابط، خواب، و غذا ندارد.

میانگین‌های تصحیح‌شده نشان داده شده‌است. برای برآورد میانگین‌های نهایی از تصحیح بنفرونی استفاده شد. با توجه به جدول ۴ میانگین گروه آزمایش در کیفیت زندگی کل، ابعاد زندگی روزمره، کیفیت زندگی، وضعیت روحی و نگرانی‌ها و دغدغه‌ها از میانگین گروه کنترل در این متغیرها بیشتر است که با توجه به آزمون F در جدول ۳، معنی‌دار است. بنابراین، با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که آموزش مدیریت تنش باعث افزایش معنی‌دار کیفیت زندگی کل و ابعاد زندگی روزمره، کیفیت زندگی، وضعیت روحی، و نگرانی‌ها و دغدغه‌ها در افراد دچار GERD می‌شود ولی تأثیر معنی‌داری بر ابعاد روابط، خواب، و غذا ندارد.

جدول ۴. میانگین‌های برآورد شده نهایی مربوط به کیفیت زندگی کل و هر یک از ابعاد آن در گروه‌ها

مولفه	گروه	میانگین	خطای استاندارد
زندگی روزمره	آزمایش	۶۳/۵۵	۳/۱۵
	کنترل	۵۲/۶۷	۳/۱۵
کیفیت زندگی	آزمایش	۵۷/۹۵	۲/۸۵
	کنترل	۴۸/۳۷	۲/۸۵
وضعیت روحی	آزمایش	۵۵/۶۲	۳/۱۴
	کنترل	۴۶/۶۴	۳/۱۴
نگرانی‌ها و دغدغه‌ها	آزمایش	۶۵/۴۲	۳/۹۱
	کنترل	۵۳/۲۵	۳/۹۱
کیفیت زندگی کل	آزمایش	۶۰/۶۲	۲/۴۴
	کنترل	۵۱/۸۳	۲/۴۴

بحث و نتیجه‌گیری

(Neurobiological Mechanisms) برانگیخته‌شده با

رویدادهای تنش‌زای درازمدت، ممکن است به کاهش آستانه ادراک درد مری منجر شده و پیامد آن حساس شدن شدید مری به رویدادهای آسیب‌شناختی و حتی فیزیولوژی باشد (۲۱).

با توجه به آنچه گفته شد، مداخله‌های مختلف روانشناختی بایستی به‌تنهایی یا در کنار درمان دارویی برای درمان اختلال روانشناختی بیماران بکار گرفته شود (۱۶). به این منظور، در این پژوهش تلاش شد بیماران با نشانه‌های شناختی، هیجانی، و فیزیولوژی تنش آشنا شده و در زمان‌های ویژه‌ای از روز به بررسی میزان تنش خود بپردازند تا به این شکل بتوانند با بروز نشانه‌های اولیه آن، با استفاده از روش‌های مختلف مدیریت تنش که در نشست‌ها با آن آشنا شدند، از تأثیر تنش بر جسم خود بکاهند و به این ترتیب نشانه‌های بیماری در آنها کاهش یافته و در نتیجه کیفیت زندگی‌شان، افزایش یابد.

بر اساس این پنداشت که ارزیابی تنش بیشتر برپایه سوءتفاهم، کمبود اطلاعات یا اندیشه‌های غیرمنطقی استوار است (۲۲) برخی شیوه‌های مدیریت تنش مانند بازسازی شناختی و آموزش ابراز وجود، استفاده شدند تا فرآیند ارزیابی شناختی هدف قرار گیرد. سایر روش‌ها مانند مداخله تغذیه، آموزش تنش‌زدایی، ورزش و شیوه‌های مراقبه نیز که به‌طور مستقیم متوجه پاسخ‌های تنش‌اند، بکار گرفته شد تا با افزایش عوامل مقاومت زیستی، تأثیر پاسخ‌های تنش را کاهش دهند (۲۳).

با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری مدیریت تنش می‌تواند به عنوان درمان

هدف پژوهش ما بررسی میزان اثربخشی آموزش مدیریت تنش به شیوه گروهی بر افزایش کیفیت زندگی در افراد دچار GERD بود. یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخله شناختی- رفتاری مدیریت تنش باعث افزایش کیفیت زندگی کل و ابعاد زندگی روزمره، کیفیت زندگی، وضعیت روحی و نگرانی‌ها و دغدغه‌ها در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده‌است. بررسی منابع در دسترس نشان داد که تا هنگام انجام این مطالعه، پژوهشی با هدف اثربخشی مدیریت تنش بر کیفیت زندگی افراد دچار GERD، منتشر نشده‌است اما یافته‌های این پژوهش با نتایج برخی مطالعات پیشین در مورد تأثیر آموزش مدیریت تنش بر کیفیت زندگی افراد دچار سایر بیماری‌های دستگاه گوارش همچون سوءهاضمه غیر زخمی یا عملکردی (Non-ulcer or Functional Dyspepsia) (۱۸)، نشانگان روده تحریک‌پذیر (۱۹) و بیماری کرون [Crohn's Disease (CD)] (۲۰)، همخوانی دارد.

به‌طور چکیده، ادبیات کنونی نشان‌دهنده همبستگی بین تنش و GERD بوده و نشان داده شده تنش به نبودن ارتباط بین نشانه‌ها و قرار گرفتن در معرض اسید مری منجر می‌شود (۱۷). مطالعات مختلف اثر تنش بر روی دستگاه گوارش را ارزیابی کرده و نشان داده‌اند، افراد در معرض عوامل تنش‌زای درازمدت زندگی، نسبت به تنش حاد، بیشتر احتمال دارد از نشانه‌های GERD شکایت کنند. تنش درازمدت ممکن است به گوش‌به‌زنگی و در نتیجه بیش‌گزارشی شدت محرک منجر شود (۱۶). علاوه بر این، مکانیزم‌های عصب‌زیست‌شناختی

در پایان پیشنهاد می‌شود با توجه به این‌که روش‌های درمان روانشناختی مانند شیوه مدیریت تنش، آسان و کم‌هزینه بوده و در مقایسه با درمان دارویی عوارض جانبی به همراه ندارد، در کنار روش‌های پزشکی برای بالا بردن کیفیت زندگی بیماران استفاده شود.

تشکر و قدردانی: با سپاس فراوان از بیماران عزیزی که در این پژوهش نهایت همکاری را به عمل آوردند.

این مقاله با استفاده از داده‌های یک پایان‌نامه در دانشگاه گیلان به نگارش درآمده است و نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

روانشناختی مکمل درمان پزشکی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دچار GERD بکار گرفته شود. اما این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز روبرو بود که سبب می‌شوند در گسترش نتایج جانب احتیاط رعایت شود. از این محدودیت‌ها می‌توان به محدود بودن نمونه به زنان و عدم هنجاریابی ریزبینانه پرسشنامه مورد استفاده، اشاره کرد که علت مورد نخست تمایل نداشتن مردان به همکاری و علت مورد دوم نبودن امکان دستیابی به پرسشنامه هنجار شده در مورد کیفیت زندگی وابسته به سلامت GERD در فرهنگ ایرانی و کمبود زمان در هنجاریابی دقیق پرسشنامه نامبرده بود.

منابع

1. Vakil N, Van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R. Global Consensus Group. The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-based Consensus. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 1900-1920.
2. Dent J, El-Serag HB, Wallander MA, Johansson S. Epidemiology of Gastro-oesophageal Reflux Disease: A Systematic Review. *Gut* 2005; 54: 710-717.
3. Fazel M, Keshteli AH, Jahangiri P, Daneshpajouhnejad P, Adibi P. Gastroesophageal Reflux Disease in Iran: SEPAHAN Systematic Review. *Int J Prev Med* 2012; 3, 10-17.
4. Pourshams A, Rahmani RA, Hatami K. Gastroesophageal Reflux Disease in Iran. *Govareh* 2005; 10, 48-53. [Text in Persian]
5. Lowe RC, Wolfe MM. Esophageal disorders. In: Andreoli TE, Carpenter CJC, Griggs CR, Benjamin JJ. *Andreoli and Carpenter's Cecil Essentials of Medicine*. 7th Edition. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2007: 384-389.
6. Wahlqvist P, Brook RA, Campbell SM, Wallander MA, Alexander AM, Smeeding JE, Kleinman NL. Objective Measurement of work Absence and on-the-Job Productivity: A Case-control Study of US Employees with and Without Gastroesophageal Reflux Disease. *J Occup Environ Med* 2008; 50: 25-31.
7. Joish NV, Donaldson G, Stockdale W, Oderda MG, Crawley J, Sasane R, Joshua-Gotlib S, Brixner ID. The Economic Impact of GERD and PUD: Examination of Direct and Indirect Costs Using a Large Integrated Employer Claims Database. *Curr Med Res Opin* 2005; 21: 535-544.
8. Ronkainen J, Aro P, Storskrubb T, Lind T, Bolling-Sternevald E, Junghard O, Talley NJ, Agreus L. Gastro-oesophageal Reflux Symptoms and Health-Related Quality of Life in the Adult General Population- the Kalixanda study. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 23: 1725-1733
9. Delavari A, Moradi Gh, Birjandi F, Elahi E, Saberifiroozi M. The Prevalence of Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) in the Islamic Republic of Iran: A Systematic Review. *Middle East J Dig Dis* 2012; 4: 5-15
10. Liker H, Hungin P, Wiklund I. Managing Gastroesophageal Reflux Disease in Primary Care: The Patient Perspective. *J Am Board Fam Pract* 2005; 18: 393-400.
11. Glise H, Hallerbäck B, Wiklund I. Quality of Life: A Reflection of Symptoms and Concerns. *Scand J Gastroenterol* 1996; 31: 14-17
12. Kamolz T, Velanovich V. Quality of Life in Gastro-Oesophageal Reflux Disease. *Digest Liver Dis* 2001; 33: 737-739.
13. Wiklund I. Quality of Life in Patients with Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 46-53
14. Wiklund I. Review of the Quality of Life and Burden of Illness in Gastroesophageal Reflux Disease. *Dig Dis* 2004; 22: 108-114.
15. Orzechowska A, Wysokiński A, Talarowska M, Zboralski K, Gruszczyński W. Psychological Factors in the Course of Gastroesophageal Reflux Disease and Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterol Pol* 2008; 15: 213-217.
16. Mizyed I, Fass SS, Fass R. Review Article: Gastro-Oesophageal Reflux Disease and Psychological Comorbidity. *Aliment Pharmacol Ther* 2009; 29: 351-358.
17. Wright EC, Ebrecht M, Mitchell R, Anggiansah A, Weinman J. The Effect of Psychological Stress on Symptom Severity and Perception in Patients with Gastro-oesophageal Reflux. *J Psychosom Res* 2005; 59: 415-424.
18. Zargar Y, Dehghanizadeh Z, Mehrabizadeh Honarmand M, Kadkhodaei A. The effectiveness of Stress Management Cognitive Behavior on Functional Dyspepsia Symptoms and Quality of Life in Patients with Functional Dyspepsia. *Govareh* 2012; 3: 148-155. [Text in Persian].
19. Kamkar A, Golzary M, Farrokhi NA, Aghae SH. The Effectiveness of Cognitive-behavioral Stress Management on Symptoms of Patients with Irritable

Bowel Syndrome, Armaghane-danesh 2011; 4: 300–310. [Text in Persian].

20. Garcia-Vega E, Fernandez-Rodriguez C. A Stress Management Programme for Crohn's Disease. *Behav Res Ther* 2004; 42: 367–383.

21. Mayer EA. The Neurobiology of Stress and Gastrointestinal Disease. *Gut* 2000; 47, 861–869.

22. Sarafino EP. Context and Perspectives in Health Psychology. In: Sutton S, Baum A, Johnston M. *The Sage Handbook of Health Psychology*. London; Sage, 2004: 1–26.

23. Steptoe A, Ayers S. Stress, Health and Illness. In: Sutton S, Baum A, Johnston M. *The Sage Handbook of Health Psychology*. London; Sage, 2004: 169–196.

Effectiveness of Stress Management Training on Quality of Life Among Patients with Gastroesophageal Reflux Disease

*Nedae N.(MA)¹- Hossein Khanzadeh A.(PhD)¹- Shafaghi A.(MD)²- Parand A. (PhD)³

*Corresponding Address: Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

Email: nahid.nedae@gmail.com

Received: 07 May/2013 Accepted: 03/Nov/2013

Abstract

Introduction: Although psychological factors such as stress can have adverse effects on quality of life in patients with Gastroesophageal Reflux Disease (GERD), there have not been sufficient research on the effects of psychological interventions such as stress management training on this condition.

Objective: The purpose of this study is to determine the effectiveness of stress management training in enhancing quality of life in patients with GERD who were referred to a Gastroenterology and Liver Disease specialist in Anzali, Iran, during the past 18 months.

Materials and Methods: The present research is conducted in the form of a semi-experimental study including a control group. We sampled 38 available female patients with GERD who were diagnosed by the specialists and received medical treatment; then, we randomly divided them into two groups – experimental and control. The patients responded to the Quality of life Questionnaire in Gastroesophageal Reflux [REFLUX-QUAL] at two stages: as a pretest –before implementing a group stress management training that included two stages of informing and training – and as a posttest – after the psychological intervention. We analyzed the resulting data using a one-way analysis of covariance.

Results: Stress management training improves the Global Quality of Life ($p= 0.01$), and four of its dimensions including Daily Life ($p= 0.02$), Quality of Life ($p= 0.02$), State of Mind ($p= 0.05$) and Worries and Concerns ($p= 0.04$) in patients with GERD, but did not significantly influence the other dimensions; Relationships, Sleep, and Food.

Conclusion: Group stress management training can increase the quality of life in patients with GERD.

Conflict of interest: non declared

Key words: Gastroesophageal Reflux/ Quality of Life/ Stress

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 91, Pages: 39- 46

Please cite this article as: Nedae N, Hossein Khanzadeh A, Shafaghi A, Parand A. Effectiveness of Stress Management Training on Quality of Life Among Patients with Gastroesophageal Reflux Disease. J of Guilan University of Med Sci 2014; 28(91):39- 46. [Text in Persian]

1. Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

2. Gastroenterology and Liver Disease Research Center, Guilan University of Medical Sciences and Health Services, Rasht, Iran

3. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran