

اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر کاهش نشانه‌های بیماری در زنان مبتلا به بیماری بازگشت اسید معده به مری

ناهید ندائی^{۱*}، عباسعلی حسین خانزاده^۲، افشین شفق^۳، اکرم پرنده^۴

خلاصه

مقدمه: استرس نقش مهمی در تشدید نشانه‌های بیماری بازگشت اسید معده به مری (Gastroesophageal reflux disease یا GERD) ایفا می‌کند. هدف از انجام مطالعه حاضر، تعیین میزان اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر کاهش نشانه‌ها در افراد مبتلا به این بیماری بود.

روش: این پژوهش نیمه تجربی به صورت طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه شاهد انجام شد. از میان بیمارانی که از بهمن سال ۱۳۹۰ تا مرداد سال ۱۳۹۱ به مطب پزشک فوق تخصص بیماری‌های گوارش در شهر انزلی مراجعه کرده بودند و بنا به تشخیص پزشک به بیماری GERD مبتلا بودند، ۳۸ بیمار زن انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و شاهد قرار گرفتند. پس از انجام پیش‌آزمون به کمک مقیاس ارزیابی نشانه بیماری بازگشت اسید معده به مری، ضمن ادامه درمان‌های متداول پزشکی در دو گروه، ۸ جلسه مدیریت استرس گروهی برای گروه آزمایش برگزار شد. در پایان، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون‌های تحلیل کوواریانس یک طرفه، Paired t و Independent t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: آموزش مدیریت استرس، ابعاد فراوانی هر یک از نشانه‌های بیماری ($t = 0/01$) و ناراحتی یا کسالت مربوط به هر نشانه بیماری ($P < 0/001$) را در افراد گروه آزمایش کاهش داد، اما بر تعداد نشانه‌های بیماری آن‌ها تأثیر معنی‌داری نداشت.

نتیجه‌گیری: آموزش مدیریت استرس گروهی می‌تواند در کنترل نشانه‌های GERD تأثیرگذار باشد. بنابراین، توصیه می‌شود که از این شیوه نیز در کنار درمان‌های دارویی استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: بیماری بازگشت اسید معده به مری، آموزش مدیریت استرس، نشانه‌ها

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران ۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران ۳- دانشیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران ۴- فوق دکتری روان‌شناسی کودکان و نوجوانان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسؤول، آدرس پست الکترونیک: nahid.nedae@gmail.com

دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۱۲/۸ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۹۴/۵/۷ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۷/۱۴

مقدمه

بیماری بازگشت اسید معده به مری (Gastroesophageal reflux disease یا GERD) اختلال شایع و پرهزینه‌ای است (۱) که به عنوان بازگشت اسید معده به مری همراه با آسیب مخاطی یا نشانه‌های شدیدی که به اختلال در کیفیت زندگی منجر می‌گردد، تعریف می‌شود (۲). شواهد حاکی از آن است که میزان شیوع این بیماری طی دو دهه گذشته افزایش یافته است که اگر این روند ادامه یابد، می‌تواند سبب افزایش سریع بروز عوارض جدی مرتبط با آن، از جمله آدنوکارسینوم مری (Esophageal adenocarcinoma) و همچنین، هزینه‌های تحمیل شده بر نظام‌های مراقبت بهداشتی و کارفرمایان گردد (۳). از سوی دیگر، تأثیر گسترده و عمیق این اختلال بر کیفیت زندگی افراد مبتلا مشخص است و ترکیب نشانه‌ها، محدودیت‌های رژیم غذایی و محدودیت‌های عملکردی می‌تواند در احساس کلی بهزیستی (Well-being) این افراد تأثیر منفی بگذارد (۴).

اگرچه GERD را می‌توان ناشی از اختلالات محل اتصال معده به مری دانست، اما استرس و سایر عوامل روان‌شناختی مرتبط نیز می‌توانند نقش مهمی در روند این بیماری ایفا کنند (۵)؛ به طوری که یافته‌ها از نقش بیماری‌زایی پریشانی‌های روان‌شناختی (Psychological distresses) در پدید آمدن این اختلال حمایت می‌کنند (۶). همچنین، بیشتر افراد مبتلا به این بیماری گزارش کرده‌اند که استرس، نشانه‌های بیماری آن‌ها را تشدید می‌کند (۷).

با وجود این که مطالعات روان‌تنی نشان می‌دهند که عوامل روان‌شناختی نقش مهمی را در گسترش، سیر بالینی و درمان بیماری‌های گوارشی ایفا می‌کنند (۸)، تا همین اواخر، GERD به صورت جهان‌شمول تحت عنوان یک

اختلال فیزیکی ناشی از وجود بیش از حد اسید و مواد بازگشتی معده به مری در نظر گرفته می‌شد. با این حال، عوامل فیزیکی به تنهایی توضیح کافی برای این بیماری نیست (۹)؛ به طوری که تسکین مؤثر نشانه‌ها که در بسیاری از افراد مبتلا به این بیماری هدف اصلی است (۱۰)، پیچیده‌تر از فقط بهبود فیزیولوژی آسیب‌شناختی (Pathophysiology) این اختلال می‌باشد (۱۱). به عنوان مثال، اگرچه داروهای بازدارنده پمپ پروتون (Proton pump inhibitors یا PPIs) قوی‌ترین مهارکننده‌های اسید هستند و بر درمان التهاب مری و برطرف کردن نشانه‌ها تأثیر بسزایی دارند (۱۲)، اما ۲۰ درصد از بیماران مبتلا به سوزش سر دل (Heartburn)، به این داروها پاسخ نمی‌دهند (۱۳) که این امر می‌تواند حاصل همبودی (Comorbidity) پریشانی روان‌شناختی با GERD باشد و به همین علت ممکن است جهت درمان موفق این بیماری، لازم باشد که افراد مبتلا مورد ارزیابی روان‌شناختی قرار گیرند و مداخله احتمالی در این زمینه انجام شود (۱۴).

پژوهش‌های اندکی در زمینه تأثیر درمان‌های روان‌شناختی بر GERD انجام شده است. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی آموزش گروهی مدیریت استرس بر کاهش نشانه‌های بیماری در افراد مبتلا که به مطب پزشک فوق تخصص بیماری‌های گوارش و کبد واقع در شهر انزلی مراجعه کرده بودند، انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی بود و طرح آن به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه شاهد انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل تمام بیمارانی بود که از تاریخ

در طی مداخله درمانی که شامل ۸ جلسه مدیریت استرس به صورت هفتگی و هر بار به مدت ۹۰ دقیقه بود، تلاش گردید بیماران با مفهوم استرس و شیوه مدیریت استرس و همچنین، فواید ورزش برای کاهش استرس و افزایش سلامت جسمی و ذهنی آشنا شوند و ضمن شناخت مواد غذایی محرک GERD، اصول مناسب تغذیه را بیاموزند. همچنین، روش‌های مختلف تنش‌زدایی (شامل تنش‌زدایی پیش‌رونده عضلانی، یوگا، مراقبه، تجسم و تنفس) و مهارت‌های مدیریت استرس (شامل بازسازی شناختی، آموزش ابرازگری، مدیریت خشم، مدیریت مؤثر زمان و معنویت‌گرایی) به آن‌ها آموزش داده شد. در سازماندهی محتوای جلسات از کتاب‌هایی مانند راهبردهای مدیریت استرس (۱۵) و راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری (۱۶) استفاده شد.

داده‌ها با استفاده از مقیاس ارزیابی نشانه بیماری بازگشت اسید معده به مری (Gastroesophageal reflux disease symptom assessment scale یا GSAS) جمع‌آوری شد. این پرسش‌نامه خودگزارش‌دهی متعلق به سرویس‌های جهانی Janssen (© Janssen Global Services, LLC USA. All rights reserved.) است و ۱۵ عبارت بسته پاسخ دارد. ابعاد این مقیاس عبارت از تعداد نشانه‌ها، فراوانی نشانه‌ها و ناراحتی یا کسالت مربوط به هر نشانه می‌باشد و به دست آوردن یک نمره بالا در هر یک از آن‌ها نشان دهنده فراوانی بیشتر نشانه‌ها، شدت نشانه‌ها یا ناراحتی مربوط به هر نشانه است. از آنجایی که روایی (Validity) و پایایی (Reliability) پرسش‌نامه مذکور بر روی بیماران داخل کشور بررسی نشده بود، روایی زبانی (Linguistic validity) آن به وسیله روش ترجمه-ترجمه برعکس (Forward-backward translation) مورد

اول بهمن سال ۱۳۹۰ تا اول مرداد سال ۱۳۹۱ به مطب پزشک فوق تخصص بیماری‌های گوارش و کبد واقع در شهر انزلی مراجعه کرده بودند و طبق تشخیص پزشک، به بیماری GERD مبتلا بودند. نمونه‌های مورد مطالعه را ۳۸ بیمار زن تشکیل دادند که با توجه به معیارهای ورود و خروج، به صورت در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی ساده در دو گروه ۱۹ نفره (آزمایش و شاهد) قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل دامنه سنی بین ۶۰-۱۸ سال، داشتن تحصیلات حداقل سوم راهنمایی، فراوانی دو بار سوزش سر دل یا بیشتر در هفته طی سه ماه گذشته، تحت درمان دارویی بودن و علاقه به شرکت در دوره درمانی مدیریت استرس بود. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت از باردار بودن، ابتلا به انواع پیچیده GERD به عنوان مثال BE (Barrett's esophagus)، تنگی مری (Esophageal stricture) یا تنگی مجرای معده (Peptic stenosis)، ابتلا به بیماری‌های گوارشی غیر از GERD مانند نشانگان روده تحریک‌پذیر (Irritable bowel syndrome یا IBS)، ابتلا به مشکلات شدید سلامتی که مانع حضور مؤثر در جلسات باشد، نیاز به استفاده روزانه از داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی (Non-steroidal anti-inflammatory drugs یا NSAIDs)، استفاده از استروئیدهای خوراکی یا آسپرین، نیاز به استفاده روزانه از داروهای اعصاب و مصرف الکل و سیگار بود. پس از انجام پیش‌آزمون، ضمن ادامه درمان‌های متداول پزشکی در هر دو گروه، برای گروه آزمایش جلسات درمانی مدیریت استرس توسط پژوهشگر برگزار شد و یک هفته پس از اتمام این جلسات هر دو گروه مجدد مورد ارزیابی قرار گرفتند.

تعداد نشانه‌ها، فراوانی نشانه‌ها و ناراحتی یا کسالت مربوط به هر نشانه به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۵ و ۰/۷۲ به دست آمد.

نتایج

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های GSAS در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها ارایه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های GSAS (*Gastroesophageal reflux disease symptom assessment scale*)

مؤلفه	گروه	پیش‌آزمون میانگین \pm انحراف معیار	پس‌آزمون میانگین \pm انحراف معیار
تعداد نشانه‌های بیماری	آزمایش	۹/۱۲ \pm ۳/۷۲	۷/۱۲ \pm ۳/۷۵
	شاهد	۹/۸۷ \pm ۳/۶۰	۹/۸۵ \pm ۳/۵۶
فراوانی هر یک از نشانه‌های بیماری	آزمایش	۳/۹۹ \pm ۲/۵۸	۲/۱۷ \pm ۱/۵۸
	شاهد	۴/۱۷ \pm ۳/۱۷	۴/۸۷ \pm ۳/۶۲
ناراحتی یا کسالت مربوط به هر نشانه بیماری	آزمایش	۱/۰۱ \pm ۰/۶۵	۰/۷۰ \pm ۰/۵۸
	شاهد	۱/۰۶ \pm ۰/۴۶	۱/۱۵ \pm ۰/۵۳

آزمایش و شاهد در پس‌آزمون با پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس یک‌طرفه استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۲ ارایه شده است. با توجه به میزان F و سطح معنی‌داری، بین دو گروه در میزان ناراحتی یا کسالت مربوط به هر نشانه بیماری تفاوت معنی‌داری وجود داشت، اما در مؤلفه تعداد نشانه‌های بیماری تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد.

از آنجایی که بررسی فرضیه همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو مؤلفه تعداد نشانه‌های بیماری و ناراحتی یا کسالت مربوط به هر نشانه بیماری در گروه‌های آزمایش و شاهد نشان داد که آماره F این ابعاد در دو گروه معنی‌دار نیست، نتیجه‌گیری شد که شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون این دو مؤلفه در دو گروه برابر بود. بنابراین، برای بررسی تفاوت گروه‌های

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس یک طرفه تفاوت دو گروه در مؤلفه‌های تعداد نشانه‌های بیماری و ناراحتی یا کسالت مربوط به هر نشانه بیماری

مؤلفه	SS آزمایشی	SS خطا	MS آزمایشی	MS خطا	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
تعداد نشانه‌های بیماری	۳/۹۴	۱۳۱/۵۶	۳/۹۴	۳/۷۵	۱/۰۴	۰/۳۱۰	۰/۰۲
ناراحتی یا کسالت مربوط به هر نشانه بیماری	۰/۹۱	۱/۸۴	۰/۹۱	۰/۰۵	۱۷/۴	< ۰/۰۰۱**	۰/۳۳

SS: Sum of squares; MS: Mean of squares

P < ۰/۰۱۰**، P < ۰/۰۵۰*

نشانه‌های بیماری در گروه‌های آزمایش و شاهد نشان داد که آماره F این مؤلفه در دو گروه در سطح ۰/۰۱ معنی دار است، نتیجه گرفته شد که شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون آن در دو گروه برابر نیست. بنابراین، برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش و شاهد در پس‌آزمون با پیش‌آزمون در این مؤلفه، به جای تحلیل کوواریانس از آزمون‌های Independent t و Paired t استفاده شد که نتایج آن در جداول ۳ و ۴ گزارش شده است.

نتایج آزمون Independent t جهت بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش و شاهد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون فراوانی هر یک از نشانه‌های بیماری در جدول ۳ گزارش شده است.

برای بررسی این که میانگین کدام یک از گروه‌ها در پس‌آزمون ناراحتی یا کسالت مربوط به هر نشانه بیماری پس از تعدیل و کنترل نمرات پیش‌آزمون کمتر است، میانگین‌های تصحیح شده گزارش شد. لازم به ذکر است که برای برآورد میانگین‌های نهایی از تصحیح Bonferroni استفاده شد. میانگین گروه آزمایش در ناراحتی یا کسالت مربوط به هر نشانه بیماری (۰/۸۱) از میانگین گروه شاهد (۱/۱۴) کمتر بود که با توجه به آزمون F در جدول ۲ معنی دار می‌باشد. بنابراین، با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که آموزش مدیریت استرس باعث کاهش ناراحتی یا کسالت مربوط به هر نشانه بیماری افراد مبتلا به بیماری بازگشت اسید معده به مری می‌شود.

از آنجایی که بررسی فرضیه همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون مؤلفه فراوانی هر یک از

جدول ۳. نتایج آزمون Independent t جهت بررسی تفاوت دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون فراوانی هر یک از نشانه‌های بیماری

منبع	آماره t	درجه آزادی	سطح معنی داری	تفاوت میانگین
پیش‌آزمون	-۰/۰۷	۳۶/۰۰	۰/۹۴۰	-۰/۰۵
پس‌آزمون	-۱/۱۸	۲۹/۵۱	۰/۲۴۰	-۰/۸۹

P < ۰/۰۱۰**، P < ۰/۰۵۰*

نه در پیش‌آزمون و نه در پس‌آزمون تفاوتی وجود نداشت. در جدول ۴ نیز نتایج آزمون Paired t برای بررسی روند

با توجه به جدول ۳، آماره t برای پیش‌آزمون (-۰/۰۷) و پس‌آزمون (-۱/۱۸) معنی دار نبود و این نشان می‌دهد که از لحاظ فراوانی هر یک از نشانه‌های بیماری، بین دو گروه

تغییرات هر یک از گروه‌های آزمایش و شاهد از پیش‌آزمون به پس‌آزمون گزارش گردید.

جدول ۴: نتایج آزمون Paired t برای بررسی تفاوت دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون فراوانی هر یک از نشانه‌های بیماری

گروه	تفاوت میانگین	انحراف معیار	آماره t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
آزمایش	۱/۰۱	۱/۶۰	۲/۷۵	۱۸	۰/۰۱۰ **
شاهد	۰/۱۷	۱/۱۴	۰/۶۷	۱۸	۰/۵۱۰

*P < ۰/۰۵۰, **P < ۰/۰۱۰

مدیریت استرس نسبت به گروه شاهد از سلامت بهتری برخوردار شدند. بررسی منابع در دسترس نشان داد که تا زمان انجام مطالعه حاضر، پژوهشی که با هدف اثربخشی مدیریت استرس بر نشانه‌های بیماری بازگشت اسید معده به مری انجام شده باشد، وجود نداشت. به طور کلی، اطلاعات اندکی درباره تأثیر درمان‌های روان‌شناختی بر این بیماری در دست می‌باشد و فقط چند پژوهش انگشت‌شمار و قدیمی در این زمینه وجود دارد که نتایج حاصل از آن‌ها با یافته‌های مطالعه حاضر، همسو بود. البته این پژوهش‌ها با توجه به هزینه بالای روش‌های مورد استفاده، مطالعه موردی منفرد (Single case study) بودند (۱۷).

به عنوان مثال، محققان یک پژوهش سعی کردند تا با استفاده از پسخوراند زیستی (Biofeedback)، فشار در حال استراحت اسفنکتر تحتانی مری (Lower esophageal sphincter یا LES) را در یک بیمار افزایش دهند. در نتیجه، نشانه‌های بازگشت اسید و همچنین، تعداد رویدادهای منفرد بازگشت اسید، به طور معنی‌داری کاهش یافت (۱۸). در تحقیقی که روی یک بیمار دیگر انجام گرفت، درمان پسخوراند زیستی منجر به کاهش در بازگشت اسید و بهبود قابل توجهی در نشانه‌ها شد (۱۹). Klein و Spiegel در مطالعه خود، توانایی تنش‌زدایی ناشی از هیپنوتیزم برای مهار ترشح اسید معده را

با توجه به جدول ۴، آماره t تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون فراوانی هر یک از نشانه‌های بیماری در گروه آزمایش (۲/۷۵) در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود. مثبت بودن آماره t و تفاوت میانگین نشانگر آن است که میانگین فراوانی هر یک از نشانه‌های بیماری از پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش معنی‌داری یافته است و بیان‌کننده مؤثر بودن مداخله می‌باشد. در مورد گروه شاهد نیز باید گفت که مثبت بودن آماره t و تفاوت میانگین، نشان دهنده کاهش فراوانی هر یک از نشانه‌های بیماری از پیش‌آزمون به پس‌آزمون می‌باشد، اما این کاهش معنی‌دار نبود. بنابراین، با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که آموزش مدیریت استرس باعث کاهش فراوانی هر یک از نشانه‌های بیماری افراد مبتلا به بیماری بازگشت اسید معده به مری می‌شود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه گروهی بر کاهش نشانه‌های بیماری در افراد مبتلا به GERD انجام شد. نتایج نشان داد که مداخله شناختی- رفتاری مدیریت استرس باعث کاهش فراوانی هر یک از نشانه‌های بیماری و همچنین، ناراحتی یا کسالت مربوط به هر نشانه بیماری می‌شود. به عبارت دیگر، بیماران گروه آزمایش پس از گذراندن دوره

مدیریت استرس یکپارچه (Integrated stress management program یا ISMP) بر روی بیماران مبتلا به زخم معده (Peptic ulcer) انجام شد و نتایج آن بیان کرد که این برنامه هم در کاهش نشانه‌های استرس و هم بهبود زخم معده مؤثر بوده است (۲۵). در توجیه این یافته باید گفت، اعتقاد بر این است که استرس با افزایش فشار اسفنکتر تحتانی مری به هنگام استراحت، اختلال در شل‌سازی اسفنکتر و در نتیجه به تأخیر انداختن پاک‌سازی اسید از مری، نشانه‌های بیماری بازگشت اسید معده به مری را تشدید می‌کند (۲۶). از سوی دیگر، به نقل از Johnston و همکاران فرضیه پیشنهاد شده توسط بسیاری از محققان آن است که عوامل روان‌شناختی، فرد را به درک سوزش سر دل با غلظت کمتر یون هیدروژن و یا در دوره‌های کوتاه‌تر تماس مری با اسید، حساس می‌کنند (۹). با این حال، این فرضیه را نیز می‌توان مطرح کرد که مکانیسم‌های عصب زیست‌شناختی (Neurobiological mechanisms) برانگیخته شده همراه با رویدادهای استرس‌زای درازمدت، ممکن است باعث کاهش آستانه ادراک درد مری شود و به دنبال آن سبب حساسیت شدید مری به رویدادهای آسیب‌شناختی و حتی فیزیولوژیک گردد (۲۷). همچنین، McDonald-Haile و همکاران ادعا کردند که ممکن است در هنگام استرس، تأثیرات تحریکی سیستم لیمبیک به جای ترشح اسید، گیرنده‌های درد مری را فعال کند و در نتیجه در غیاب قرار گرفتن در معرض اسید واقعی، سبب تجربه دردناک قرار گرفتن در معرض اسید و تغییر بعدی در گزارش ادراک نشانه‌ها گردد (۲۱).

با توجه به آنچه گفته شد، بیان تنها یک رویکرد فیزیولوژیکی جهت درک و درمان نشانه‌های بیماری

مورد بررسی قرار دادند و جلسه همراه با هیپنوتیزم و جلسه بدون هیپنوتیزم مقایسه گردید. نتایج حاکی از کاهش تولید اسید پایه و خروجی اوج اسید تحریک شده با پنتاگاسترین (Pentagastrin) بود (۲۰).

پژوهشگران در یک تحقیق نظام‌مند نیز اثر تنش‌زدایی پیش‌رونده عضلانی بر رویدادهای بازگشت اسید را بررسی نمودند و توانستند نشان دهند که این روش، منجر به کاهش نشانه‌های ذهنی و همچنین، تماس کمتر مری با اسید به طور عینی می‌شود (۲۱). این یافته را می‌توان با نتایج پژوهش‌هایی که به بررسی اثربخشی مدیریت استرس بر سایر بیماری‌های دستگاه گوارش پرداخته‌اند (۲۵-۲۲)، نیز همسو دانست. برای مثال می‌توان به پژوهش زرگر و همکاران اشاره کرد که بر روی بیماران مبتلا به سوء هاضمه غیر زخمی (عملکردی) [Non-ulcer dyspepsia (Functional)] انجام شد و نتایج آن نشان داد که مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری، مدل درمانی قابل اعتمادی برای بهبود نشانه‌های بیماری افراد مبتلا به این بیماری است (۲۲). همچنین، نتایج تحقیق دیگری گزارش کرد که درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس در کاهش نشانه‌های بیماران مبتلا به IBS، تأثیر معنی‌داری دارد (۲۳).

نتایج پژوهش Garcia-Vega و Fernandez-Rodriguez بر روی افراد مبتلا به بیماری کرون نیز حاکی از کاهش معنی‌دار برخی از نشانه‌ها در بیماران تحت مدیریت استرس با نظارت درمانگر و همچنین، کاهش همه نشانه‌ها در گروه مدیریت استرس خودگردان (اگرچه کمتر از گروه مدیریت استرس با نظارت درمانگر) و حفظ نتایج تا ۱۲ ماه بعد از درمان در هر دو گروه تحت مدیریت استرس بود (۲۴). مطالعه دیگری با هدف تعیین اثرات یک برنامه

بازگشت اسید معده به مری ناقص است و بررسی شیوه‌های جایگزین، ضروری به نظر می‌رسد (۲۱). از سوی دیگر، در بسیاری از موارد به منظور دستیابی به بهبود بیشتر بیماری، بیماران باید در کنار درمان‌های پزشکی، تغییرات رفتاری خاصی را در زندگی روزمره خود ایجاد کنند (۲۸). واضح است که با وجود توصیه‌های پزشکی، ایجاد تغییرات رفتاری یا ترک عادت‌های روزانه (مانند کاهش وزن، رفتارهای خوردن و مدیریت استرس) همیشه آسان نیست و این امر اغلب تنها از طریق مداخله روان‌شناختی مناسب، دست‌یافتنی است (۵).

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، می‌توان پذیرفت که آموزش مدیریت استرس گروهی به شیوه شناختی-رفتاری، می‌تواند سبب کاهش نشانه‌های بیماری افراد مبتلا به GERD شود، اما با توجه به محدودیت‌های پژوهش، باید در تعمیم نتایج محتاط و منتظر انجام مطالعات بیشتر در این زمینه بود. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به محدود بودن نمونه‌ها به زنان، حذف بیماران مبتلا به انواع پیچیده GERD مانند BE از مطالعه و تفکیک نکردن بیماران مبتلا به نوع فرسایشی (Erosive reflux disease یا ERD) از غیر فرسایشی (Non-erosive reflux disease یا NERD) این بیماری، اندازه‌گیری نکردن اسید بازگشتی از معده به مری، عدم

هنجاریابی دقیق پرسش‌نامه مورد استفاده و پیگیری نکردن نتایج درازمدت مداخله اشاره نمود. علل محدودیت‌های موجود در مطالعه شامل عدم تمایل مردان به همکاری، عدم امکان استفاده از آندوسکوپی برای تمام بیماران، دسترسی نداشتن به دستگاه پایش pH مری، عدم امکان دستیابی به پرسش‌نامه هنجار شده در این زمینه در فرهنگ ایرانی و دسترسی نداشتن به همه افراد نمونه در درازمدت بود که با توجه به این توضیحات، توصیه می‌گردد در پژوهش‌های آینده این موارد نیز مد نظر قرار گیرد.

در پایان، با وجود شک و تردید برخی از بیماران (و حتی پزشکان) نسبت به استفاده از درمان‌های روان‌شناختی برای بیماری‌های جسمانی از جمله مشکلات گوارشی که ممکن است مانعی برای استفاده از این روش‌ها باشد، توصیه می‌گردد روش‌های درمان روان‌شناختی از جمله مدیریت استرس، در کنار روش‌های پزشکی جهت کاهش نشانه‌های GERD مورد استفاده قرار گیرد.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از همکاری بیماران عزیزی که در انجام پژوهش حاضر نهایت همکاری را نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

- Eisen G. The epidemiology of gastroesophageal reflux disease: what we know and what we need to know. *Am J Gastroenterol* 2001; 96(8 Suppl): S16-S18.
- Terblanche AJ. Gastro-oesophageal reflux disease in paediatric patients. *Prof Nurs Today* 2011; 15(4): 37-9.
- El-Serag HB. Time trends of gastroesophageal reflux disease: a systematic review. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 5(1): 17-26.
- Fennerty MB, Castell D, Fendrick AM, Halpern M, Johnson D, Kahrilas PJ, et al. The diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease in a managed care environment, Suggested disease management guidelines. *Arch Intern Med* 1996; 156(5): 477-84.
- Kamolz T, Pointner R. Gastroesophageal reflux disease. Heart-burn from a psychological view. *Minerva Gastroenterol Dietol* 2004; 50(3): 261-8.
- Pustorino S, Guerrisi O, Calipari G, Federico G, Ianni G, Scarpignato EM, et al. [Psycho-emotional distress and gastroesophageal reflux syndrome]. *Minerva Gastroenterol Dietol* 1991; 37(1): 1-9.
- Fass R, Naliboff BD, Fass SS, Peleg N, Wendel C, Malagon IB, et al. The effect of auditory stress on perception of intraesophageal acid in patients with gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 2008; 134(3): 696-705.
- Orzechowska A, Wysokinski A, Talarowska M, Zboralski K, Gruszczynski W. Psychological factors in the course of gastroesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2008; 15(4): 213.
- Johnston BT, Lewis SA, Love AH. Psychological factors in gastro-oesophageal reflux disease. *Gut* 1995; 36(4): 481-2.
- Dent J. Long-term aims of treatment of reflux disease, and the role of non-drug measures. *Digestion* 1992; 51(Suppl 1): 30-4.
- Kamolz T, Pointner R, Velanovich V. The impact of gastroesophageal reflux disease on quality of life. *Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques* 2003; 17(8): 1193-9.
- Wang YK, Hsu WH, Wang S, Lu CY, Kuo F, Su Y, et al. Current pharmacological management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology Research and Practice* 2013; 2013: 12.
- Rubenstein JH, Nojkov B, Korsnes S, Adlis SA, Shaw MJ, Weinman B, et al. Oesophageal hypersensitivity is associated with features of psychiatric disorders and the irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 26(3): 443-52.
- Nojkov B, Rubenstein JH, Adlis SA, Shaw MJ, Saad R, Rai J, et al. The influence of co-morbid IBS and psychological distress on outcomes and quality of life following PPI therapy in patients with gastro-oesophageal reflux

- disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2008; 27(6): 473-82.
15. Shokohi Yekta M, Parand A, Shirazian H, Moaiedzadeh E. Stress management strategies. Tehran, Iran: Sepidbarg Publications; 2012. [In Persian].
 16. Antoni M, Ironson GH, Schneiderman N. Cognitive-behavioral stress management: Workbook. Oxford, UK: Oxford University Press; 2007.
 17. Kamolz T. Gastroesophageal reflux disease: A psychological perspective of interaction and therapeutic implications. In: Granderath FA, Kamolz T, Pointner R, Editors. Gastroesophageal reflux disease: principles of disease, diagnosis, and treatment. Berlin, Germany: Springer Science & Business Media; 2006. p. 309-18.
 18. Gordon A, Gordon E, Berelowitz M, Bremner CH, Bremner CG. Biofeedback improvement of lower esophageal sphincter pressures and reflux symptoms. *J Clin Gastroenterol* 1983; 5(3): 235-7.
 19. Shay SS, Johnson LF, Wong RK, Curtis DJ, Rosenthal R, Lamott JR, et al. Rumination, heartburn, and daytime gastroesophageal reflux. A case study with mechanisms defined and successfully treated with biofeedback therapy. *J Clin Gastroenterol* 1986; 8(2): 115-26.
 20. Klein KB, Spiegel D. Modulation of gastric acid secretion by hypnosis. *Gastroenterology* 1989; 96(6): 1383-7.
 21. McDonald-Haile J, Bradley LA, Bailey MA, Schan CA, Richter JE. Relaxation training reduces symptom reports and acid exposure in patients with gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 1994; 107(1): 61-9.
 22. 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; 17(3): 148-55. [In Persian].
 23. Kamkar A, Golzary M, Farrokhi N, Aghae S. The effectiveness of cognitive-behavioral stress management on symptoms of patients with irritable bowel syndrome. *Armaghane-danesh* 2011; 16(4): 300-10. [In Persian].
 24. Garcia-Vega E, Fernandez-Rodriguez C. A stress management programme for Crohn's disease. *Behav Res Ther* 2004; 42(4): 367-83.
 25. Han KS. The effect of an integrated stress management program on the psychologic and physiologic stress reactions of peptic ulcer in Korea. *Int J Nurs Stud* 2002; 39(5): 539-48.
 26. Richter JE, Bradley LC. Psychophysiological interactions in esophageal diseases. *Semin Gastrointest Dis* 1996; 7(4): 169-84.
 27. Mayer E. The neurobiology of stress and gastrointestinal disease. *Gut* 2000; 47(6): 861-9.
 28. Meining A, Classen M. The role of diet and lifestyle measures in the pathogenesis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2000; 95(10): 2692-7.

Effectiveness of Stress Management Training in Reducing Symptoms of Gastroesophageal Reflux Disease among Women

Nahid Nedaei, M.A.^{1*}, Abbas-Ali Hossein Khanzadeh, Ph.D.², Afshin Shafaghi, M.D.³, Akram Parand, Ph.D.⁴

1. Department of Psychology, School of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

2. Associate Professor, Department of Psychology, School of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

3. Associate Professor, Gastroenterology and Liver Disease Research Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

4. School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

* Corresponding author; e-mail: nahid.nedaei@gmail.com

(Received: 26 Feb. 2015 Accepted: 5 Sep. 2015)

Abstract

Background & Aims: Considering the important role of stress in intensifying gastroesophageal reflux disease (GERD) symptoms, the aim of the present study was to determine the effectiveness of stress management training in reducing symptoms in patients with GERD.

Methods: In the present semi-experimental study, a pre-test post-test design with control group was used. From among the patients who had referred to a gastroenterology specialist in Anzali, Iran, from January 2011 to July 2012 and were diagnosed with GERD, 38 women were selected based on the inclusion criteria. The subjects were randomly divided into experimental and control groups. After performing the pre-test using the Gastroesophageal Reflux Disease Symptom Assessment Scale (GSAS), 8 sessions of group stress management training were held for the experimental group along with applying routine medical treatments to both groups. At the end of the intervention, post-test was conducted on both groups. The obtained data were analyzed using one-way analysis of covariance, independent t-test, and paired t-test.

Results: Stress management training reduced the dimensions of the frequency of each symptom ($t = 0.01$) and the discomfort or malaise associated with each symptom of the disease ($P < 0.001$) in the experimental group. However, it had no significant impact on the number of symptoms.

Conclusion: Group stress management training can be effective in controlling GERD symptoms. It is, therefore, suggested that it be used alongside pharmaceutical treatments.

Keywords: Gastroesophageal reflux disease (GERD), Stress management training, Symptoms