

Investigation of coping styles and hardiness in patients with functional dyspepsia

بررسی سبک های مقابله و سخت کوشی در مبتلایان به سوء هاضمه کنشی

Fataemeh Arab Alidousti, M.A.
Mahmoud Minakari, Ph.D.
Mohammad Minakari, M.D.

فاطمه عرب علیدوستی*
دکتر محمود میناکاری**
دکتر محمد میناکاری***

Abstract

This study investigates the coping styles and hardiness of patients with functional dyspepsia. 60 patients with functional dyspepsia (diagnosed based on Rome-II and endoscopy by gastroenterologists) who were matched with 60 healthy subjects responded to a checklist of coping styles – carver, scheier & weintrub and hardiness scale of kobasa. Data was analyzed using t-test for two dependent groups and multivariate analysis of variance (MANOVA) with randomized block design and backward regression analysis. Results indicated that patients with functional dyspepsia were significantly lower than the control group in hardiness, and using problem-focused copings and significantly higher in using ineffective copings and emotion-focused copings. Results of this study were consistent with previous research in other countries, which justify the medical and psychological treatments when necessary.

Keywords: coping style, hardiness, functional dyspepsia

چکیده

پژوهش حاضر به بررسی سبک های مقابله و سخت کوشی در مبتلایان به سوء هاضمه کنشی پرداخته است. ۶۰ بیمار (بنا بر تشخیص مبتنی بر Rome-II و اندوسکوپی توسط متخصصین گوارش) و ۶۰ فرد سالم هم‌تاسده با آنها با تکمیل فهرست سؤالات سبک های مقابله کارور، شیر و وتراب و مقیاس سخت کوشی کوباسا در این پژوهش شرکت کردند. در تجزیه و تحلیل یافته ها از آزمون t وابسته و تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) با طرح بلوکی تصادفی و رگرسیون چند متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که مبتلایان به سوء هاضمه کنشی بطور معنادار کمتر از افراد سالم سختک و شند و از سبک مقابله مسأله مدار کمتر از افراد سالم استفاده می کنند و سبک های مقابله بی اثر و متمرکز بر هیجان را بطور معنادار بیشتر از آنها بکار می گیرند. یافته های این پژوهش همخوان با نتایج پژوهش های پیشین در کشورهای دیگر و مؤید توجه به درمان های روانشناختی و پزشکی بر حسب مورد است.

واژه های کلیدی: سبک مقابله، سخت کوشی، سوء هاضمه کنشی

* کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی falidoosty@yahoo.com

** عضو هیأت علمی دانشگاه شهید بهشتی

*** عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان

مقدمه

سوءهاضمه کنشی (FD) بیماری است که با سوءهاضمه مداوم یا عودکننده (درد یا احساس ناراحتی در قسمت فوقانی شکم)، بدون وجود شواهدی از بیماری عضوی در بررسی ها از جمله بررسی آندوسکوپییک مشخص می شود و بیمار حداقل ۱۲ هفته در ۱۲ ماه گذشته این علائم را داشته است (سلزمن و همکاران، ۲۰۰۲). FD یکی از عمومی ترین مشکلات بالینی در بیماران سرپایی پزشکی است (مندلف، ۱۹۸۳، نقل از لی و همکاران، ۲۰۰۰). در حدود ۶۰ درصد از بیماران مبتلابه سوءهاضمه به عنوان بیمار FD شناخته می شوند (تالی و همکاران، ۱۹۹۸؛ ۱۹۹۱)، که این بیماران علائم بیماری را بدون علت بیوشیمیایی یا جسمانی نشان می دهند و به دنبال درمان آن هستند (چنگ، ۲۰۰۴). برحسب معیارهای تشخیصی II-Rome این بیماری از طریق حذف سایر مشکلات معده ای-روده ای کنشی نظیر نشانگان روده تحریک پذیر (IBS) تشخیص داده می شود (چنگ و همکاران، ۲۰۰۱). فرضیه های متعددی برای توجیه علائم FD مطرح شده اند، از جمله فرضیه اختلال حرکتی (کامپلینی و همکاران، ۱۹۹۶؛ دروسمن و همکاران، ۱۹۹۰؛ تالی و همکاران، ۱۹۹۸)، عدم تحمل غذایی آلرژیک (تاسی و همکاران، ۱۹۹۲، نقل از توانادل، ۱۳۸۴)، ازدیاد حساسیت احشایی (دروسمن و همکاران، ۱۹۹۰)، وجود عفونت هلیکوباکتریپیلوری (H.P) (فردریک و فیلیس، ۱۹۹۲، نقل از پاپسکا، ۲۰۰۶) و بالاخره فرضیه روانشناختی، که بر اثرات اختلالات روانی بر بروز شکایات گوارشی تکیه می کند (تالی و همکاران، ۱۹۹۱؛ دروسمن و همکاران، ۱۹۹۰). این اعتقاد تا آنجا پیش رفته است که برخی این بیماری را سوءهاضمه عصبی نامی ده اند (تالی و همکاران، ۱۹۹۸). البته وجود عفونت H.P که اکنون عامل برجسته ای برای این بیماری به نظر می رسد علت کافی برای ابتلاء نیست زیرا ۵۰ درصد افراد بالای ۷۰ سال مبتلا به این عفونت هستند اما همه آنها دچار علائم سوءهاضمه نمی شوند (پاپسکا، ۲۰۰۶). با توجه به اینکه در مبتلایان به FD مشکل عضوی که بتواند علائم آنها را توجیه کند پیدا نشده است، بنظر می رسد که عوامل روانشناختی در ایجاد علائم این بیماران نقش دارند (سلزمن و همکاران، ۲۰۰۲). نتایج پژوهشهای متعدد معرف تأثیر عوامل روانی هم برفرایندهای معده ای روده ای و هم بر ادراکات فاعلی این بیماران است (برای مثال هولتمن و همکاران، ۱۹۸۹، تالی و همکاران، ۱۹۸۶، کمیلری و همکاران، ۱۹۸۶، نقل از بنت و همکاران، ۱۹۹۱؛ ویتهد، ۱۹۹۶، نقل از لی و همکاران، ۲۰۰۰). بسیاری از پژوهشگران ارتباط احتمالی علائم FD را با فشار روانی^۴ مطرح کرده اند (برای مثال تامپسون، ۱۹۸۸، گیاکوسا و همکاران، ۱۹۸۷، استنیک و همکاران، ۱۹۶۴، بارتروپ و همکاران، ۱۹۹۱، نقل

از بنت و همکاران، ۱۹۹۱). ولی نتایج چند پژوهش نیز معرف عدم وجود تفاوت معنادار در وقایع فشارزای^۵ زندگی بین مبتلایان FD و همتایان نشان می باشند (جانسون و همکاران، ۱۹۹۵؛ تالی و همکاران، ۱۹۸۷، نقل از چنگ و همکاران، ۱۹۹۹). درحقیقت، پژوهش هایی که به بررسی ارتباط بین حوادث فشارروانی زا و سوءهاضمه کنشی پرداخته اند، نتایج متناقضی در برداشته اند. هو و همکاران (۱۹۹۱) با بررسی این تناقض ها دریافته اند که حوادث فشارزای زندگی بر مبتلایان به FD در مقایسه با همتایان سالمشان تأثیر منفی تری می گذارد. با حذف تأثیر فشارزای یکی از عوامل مؤثر در این بیماری سبک های مقابله^۶ و مدیریت فشارروانی ناکارآمد در این بیماران بود. لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴)، نقل از بشارت و همکاران، ۱۳۸۵) راهبردهای مقابله را به عنوان مجموعه ای از پاسخ های رفتاری و شناختی که هدفشان به حداقل رساندن فشارهای موقعیت استرس زا است، تعریف کرده اند. پژوهش های اخیر نشان داده اند که نوع راهبرد مقابله مورد استفاده به وسیله فرد نه تنها سلامت روانی که بهزیستی جسمانی وی را نیز تحت تأثیر قرار می دهد (پیکو، ۲۰۰۱، ویتون، ۱۹۸۵، نقل از بشارت و همکاران، ۱۳۸۵)

نتایج پژوهش ریختر (۱۹۹۱) نشان داد که ویژگی های روانشناختی بیماران مبتلا به FD بیشتر از تعداد حوادث فشارزای تجربه شده در آنها بر نشانه های FD تأثیرگذار هستند و مهارتهای مقابله ای از جمله متغیرهای روانشناختی مهمی است که احتمالاً بر نحوه واکنش افراد نسبت به فشارهای روانی زندگیشان اثر می گذارد به قول چنگ و همکاران (۲۰۰۱) ادراک منفی تر از حوادث فشارزا در بیماران مبتلا به FD می تواند نشان دهنده سبک مقابله ای^۷ در این بیماران باشد که نتایج مقابله نامطلوب تری را ایجاد می کند و در واقع ابتلاء به FD بجای اینکه نشان دهنده میزان دقیقی از تجارب فشارزا باشد، احتمالاً نشان دهنده برون دادهای ناشی از تلاشهای مقابله در این بیماران است. بنت و همکاران (۱۹۹۱) دریافته اند که مبتلایان به FD تمایل کمتری به استفاده از مکانیسم های مقابله رشد یافته^۷ دارند.

نتایج پژوهش های لی و همکاران (۲۰۰۰) و چنگ و همکاران (۲۰۰۴) معرف آنست که مبتلایان به FD کمتر از مقابله مسأله مدار استفاده می کنند، کمتر درصدد جلب حمایت اجتماعی هستند، کمتر مشکل را تعریف می کنند، توانایی کمتری در یافتن راه حل های منعطف دارند و به قول لازاروس و همکاران (۱۹۸۴)، نقل از لی و همکاران، ۲۰۰۰) قبل از عمل کردن کمترین ارزیابی سودوزیان راه حل های موجود می پردازند و به گفته تیلور و همکاران (۱۹۹۵) و لی و همکاران (۲۰۰۰) کمتر به اکتساب اطلاعات و جلب حمایت هیجانی دیگران می پردازند. هوگ و همکاران (۱۹۹۴) نشان دادند که مبتلایان به FD بطور معنادار از افراد سالم جوانتر بودند ($p = 0.04$) و تحصیلات

1- Functional dyspepsia

۲- Irritable bowel syndrome از شایع ترین اختلالات کنشی دستگاه گوارش است که با درد مزمن شکم و تغییرات اجابت مزاج و عدم علل عضوی برای این علائم مشخص می شود (میناکاری و همکاران، ۱۳۸۵).

3- Helicobacter pylori

4- stress

5- stressor

6- coping styles

7- mature

کمتر داشتند ($p = 0.001$). هو و همکاران (۱۹۹۱) و ریختر (۱۹۹۱) مطرح کردند که سن، مذکور بودن و ناهمخوانی^۱ طبقه اجتماعی، که دربرگیرنده تحصیلات و شغل است، فراوانی و شدت علائم سوءهاضمه را افزایش می‌دادند.

نتایج برخی از محققین مبین آنست که سخت کوشی^۲ در کاهش خطر ابتلاء به بیماری نقش دارد (کوباسا، ۱۹۶۷، کوباسا، مدی و کاهن، ۱۹۸۲، مورلاک، ۱۹۹۲، به نقل از حقیقی، ۱۳۷۸). مدی و کوباسا (۱۹۸۴) میان سخت کوشی روانشناختی و بیماری های جسمانی رابطه منفی یافتند. ماتیس و لکسی (۱۹۹۹، به نقل از وردی، ۱۳۷۸) نیز همبستگی منفی معناداری بین سخت کوشی و تعداد مراجعات به مراکز بهداشت بدست آوردند. قربانی (۱۳۷۳) به این نتیجه رسید که سخت کوشی می‌تواند به عنوان سپری در مقابل رشد الگوهای رفتاری که مهیا کننده بیماری های عروق کرونری هستند، باشد و نتیجه پژوهش بیاضی (۱۳۸۱) نیز آن را تأیید کرده است. سولومون و همکاران (۱۹۸۷) در پژوهش خود نتیجه گرفتند که سخت کوشی حتی در زمینه طول عمر بیماران مبتلا به ایدز بی تأثیر نیست (جمهری، ۱۳۸۱). نارساویچ و ویور (۱۹۹۴) نشان داده اند که وضعیت جسمانی افراد، همراه با سخت کوشی می‌تواند در پیش بینی ابتلاء به بیماری های ریوی مزمن نقش داشته باشد. ویژگی شخصیتی سخت کوشی، که براساس پژوهش های مذکور در سلامتی افراد و ابتلاء به بیماریها بسیار مؤثر است، تا به حال در مبتلایان به FD مورد بررسی قرار نگرفته است. اما از طریق ارتباط بین سخت کوشی و افسردگی مبنی بر اینکه آزمودنی های سختکوش و درمقایسه با آزمودنی های غیرسختکوش نشانه های جسمانی کمتر و میزان افسردگی پایین تر دارند (ناکانو، ۱۹۹۰، نقل از جمهری، ۱۳۸۱؛ شپرد و کاشانی، ۱۹۹۱) و در نظر گرفتن اینکه میزان افسردگی (هوک و همکاران، ۱۹۹۴؛ ناتاشا و همکاران، ۲۰۰۱) در مبتلایان به FD بیشتر از گروه کنترل است، احتمال سخت کوشی کمتر در این بیماران وجود دارد.

برحسب الگوی مفهومی وایب و ویلیامز (۱۹۹۲) سخت کوشی با بیماری در ارتباط است. براساس این الگو سخت کوشی با ایجاد پراش در ارزیابی رویدادها و پاسخهای مقابله، از برانگیختگی فیزیولوژیک منفی و آسیب زا (و در نهایت بیماری) جلوگیری می‌کند. لپیا (۱۹۹۴)، به نقل از فیض و همکاران، ۱۳۸۰) درمورد ارتباط سخت کوشی و سبک‌های مقابله مطرح می‌کند که افراد سختکوش و از روش‌های مقابله حل مسأله و حمایت اجتماعی استفاده می‌کنند. درعین حال کوباسا (۱۹۷۹)، به نقل از شپرد و کاشانی، ۱۹۹۱) معتقد است افراد سختکوش و برای مقابله با تغییرات زندگی، بیشتر از افراد غیرسختکوش از منابع حمایتی استفاده می‌کنند. فیض و همکاران (۱۳۸۰) نیز به این نتیجه رسیده‌اند که دانشجویان دارای سخت کوشی بالا بطور معنادار از روش‌های مقابله مسأله مدار استفاده می‌کنند. باتوجه به ارتباط سخت کوشی و سبک‌های مقابله و باتوجه به استفاده کمتر مبتلایان به FD از سبک مقابله مسأله مدار، این بیماران سخت کوشی کمتر از همتایان سالمشان دارند. هدف پژوهش حاضر تعیین سبک های مقابله و سخت کوشی در مبتلایان به FD به منظور شناخت بیشتر از ویژگی های روانشناختی

مؤثر در ابتلاء به این بیماری استفاده از آن در درمان بهتر آنهاست. فرضیه هایی که در این پژوهش مورد آزمون قرار گرفت عبارتند از: (۱) مبتلایان به FD کمتر از افراد سالم از مقابله مسأله مدار استفاده می‌کنند، (۲) مبتلایان به FD بیشتر از افراد سالم از مقابله بی اثر استفاده می‌کنند، و سوالات پژوهش عبارت بود از: (۱) آیا مبتلایان به FD بیشتر از افراد سالم از مقابله هیجان مدار استفاده می‌کنند؟ (۲) آیا مبتلایان به FD کمتر از افراد سالم سختکوش می‌باشند؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش - ۶۰ آزمودنی مبتلا به بیماری سوءهاضمه کنشی به عنوان گروه مورد و ۶۰ آزمودنی فاقد علائم بیماری به عنوان گروه سالم در این پژوهش شرکت کردند. در اسفندماه ۱۳۸۴ و بهار ۱۳۸۵، فهرست سوالات سبک های مقابله و مقیاس سخت کوشی کوباسا درمورد ۹۳ بیمار که به یکی از کلینیک های فوق تخصصی گوارش و یک بیمارستان دولتی تهران مراجعه کرده بودند، اجراء شد. ۶۰ نفر از این بیماران که توسط پزشک فوق تخصص گوارش و براساس معیارهای تشخیصی Rome-II وانجام اندوسکوپی مبتلاء به FD تشخیص داده شدند، برای گروه بیمار، و ۶۰ نفر از محل های عمومی مانند پارکها و با استفاده از روش همتاسازی باتوجه به معیارهای سن، جنس و تحصیلات برای گروه سالم انتخاب گردیدند و فهرست سوالات سبک های مقابله کارور، شیر و وینتراب و مقیاس سخت کوشی کوباسا روی افراد اخیر نیز اجراء شد. شرط شرکت افراد گروه سالم در پژوهش، علاوه بر معیارهای همتاسازی، این بود که مبتلا به بیماری های جدی پزشکی و روانپزشکی نباشند.

ابزار سنجش

معیارهای تشخیصی Rome-II این معیار، تشخیص واضح بین اختلالات معده ای روده ای ساختاری مانند (DU)^۳ و کنشی مانند (FD) را امکان پذیر می‌سازد و همچنین تشخیص صحیح بیماری را از طریق کنار گذاشتن سایر مشکلات معده ای روده ای کنشی مانند (IBS) فراهم می‌نماید. معیارهای تشخیصی FD شامل دو مورد است: (۱) وجود علائم سوءهاضمه ای (مانند درد اپی گاستریک^۴، احساس نفخ، حالت تهوع و استفراغ) در قسمت فوقانی شکم، (۲) عدم وجود شواهد اندوسکوپی مبنی بر وجود بیماری ناشی از اسیدهای گوارشی و نئوپلاستیک^۵ در مری، معده، پانکراس یا سیستم کبدی که بتواند علائم سوءهاضمه ای را توجیه نماید. تشخیص DU شامل معیار اول مربوط به تشخیص FD است با این تفاوت که فرد دارای شواهد اندوسکوپی مبنی بر وجود نقص در نواحی مخاطی نیز هست. بنابراین اندوسکوپی نقش اساسی در تشخیص افتراقی FD از DU دارد (چنگ و همکاران، ۲۰۰۱).

اندوسکوپی - شیوه ای است بدون نیاز به جراحی که جهت بررسی اختلالات معده ای روده ای بکار می‌رود و شامل عمل وارد کردن گاستروسکوپ^۶ در دستگاه گوارشی برای بررسی درون مری، معده و

1- incongruity

2- hardiness

3- duodenal ulcer بیماری زخم اثنی عشر

4- epigastric pain

5- neoplastic

6- gastroscop

اثنی عشر است (چنگ و همکاران، ۲۰۰۱).

فهرست سؤالات سبک های مقابله - این فهرست سؤالات دارای ۷۲ ماده است و ۱۸ سبک مقابله با تنیدگی را در قالب ۴ مقوله کلی مقابله مسأله مدار، مقابله هیجان مدار، مقابله کم اثر و مقابله بی اثر مورد ارزیابی قرار می دهد و این پرسشنامه ابتدا براساس الگوی لازاروس و الگوی خودتنظیمی رفتاری کارور، شیر و ویتتراب (۱۹۸۹) تهیه شده است و بعدها رفتارهای مقابله دیگری توسط اپشتاین می ی (۱۹۸۹)، نقل از جعفری زاده، (۱۳۸۲) به آن اضافه شده است. گزینه ها به صورت بلی - خیر است که به پاسخ بلی نمره یک و به پاسخ خیر نمره صفر تعلق می گیرد. برای بررسی هر سبک مقابله ۴ سؤال در نظر گرفته شده است. بدین ترتیب ۱۸ نمره در دامنه صفر تا ۴ برای هر یک از ۱۸ سبک مقابله مورد بررسی بدست می آید. همچنین ۴ نمره مستقل مربوط به هر یک از مقوله های متمرکز بر مسأله دامنه نمره از صفر تا ۲۰، متمرکز بر هیجان دامنه نمره از صفر تا ۲۰، مقابله کم اثر دامنه نمره از صفر تا ۱۲ و بی اثر دامنه نمره از صفر تا ۲۰ بدست می آید (کوشکی، ۱۳۸۴). کارور و همکاران (۱۹۸۹)، نقل از پزشکیان، (۱۳۷۴) پایایی این فهرست سؤالات را بین ۰/۴۲ تا ۰/۷۶ برای مقیاس های مختلف بدست آوردند. در ایران این فهرست سؤالات بوسیله ابراهیمی، ذوالفقاری و محمدخانی (۱۳۷۱)، نقل از پزشکیان، (۱۳۷۴) به فارسی برگردان و با توجه به فرهنگ جامعه ایرانی و با استفاده از سایر مقیاس های مقابله ای موجود مورد تجدیدنظر قرار گرفت. که در نتیجه ضریب پایایی بین ۰/۶۳ و ۰/۹۵ برای آن گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ پایایی مقوله های مقابله مسأله مدار، مقابله هیجان مدار، مقابله کم اثر و مقابله بی اثر با تعداد ۱۸۰ به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۶۰، ۰/۵۲ و ۰/۷۲ به دست آمد.

مقیاس سخت کوشی کوباسا - این مقیاس خود گزارش دهی، که به نسل سوم مقیاس های سخت کوشی شهرت یافته است (مدی، ۱۹۸۷)، دارای ۵۰ ماده و سه خرده مقیاس کنترل، تعهد و چالش است که به ترتیب دارای ۱۶، ۱۷ و ۱۷ ماده می باشند. آزمودنی نظر خود

را در یک مقیاس لیکرت ۴ درجه ای از صفر تا سه (اصلاً صحیح نیست، تقریباً صحیح است، غالباً صحیح است، کاملاً صحیح است) بیان می کند. برخی از ماده ها به صورت مثبت و برخی به شکل منفی طرح شده اند. در مطالعات گوناگون خارجی، پایایی مقیاس سخت کوشی به روش همسانی درونی مورد تأیید قرار گرفته است (مدی، ۱۹۸۷، اوکان، زاترا و رابینسون، ۱۹۸۸، پارکر و رندال، ۱۹۸۸، دوری و فلورین، ۱۹۹۱، ویلیامز و همکاران، ۱۹۹۲، نقل از حقیقی و همکاران، ۱۳۷۸). در مطالعه مدی (۱۹۹۰) برای مؤلفه های سخت کوشی یعنی تعهد، چالش و کنترل به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۵۲ و ۰/۵۲ و برای کل صفت سخت کوشی ۰/۷۵ بدست آمد (جمهری، ۱۳۸۱). همچنین همبستگی مقیاس فوق با پرسشنامه های مفصل تر سخت کوشی از جمله مقیاس تفصیلی سخت کوشی ۰/۸۹ بدست آمده است (اسکاو و ماریان، ۲۰۰۱، نقل از اسلامی، ۱۳۸۴). در مطالعه دیگری توسط وی (۱۹۹۴) ضرایب پایایی برای سه مؤلفه فوق به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۴، ۰/۷۵ و برای کل سخت کوشی ۰/۸۸ بدست آمده است. در ایران نیز ناخدا (۱۳۷۷) و یارعلی (۱۳۷۹) برای کل مقیاس سخت کوشی و خرده مقیاس های تعهد، کنترل و چالش به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۵۳، ۰/۴۸، ۰/۳۵ و ۰/۳۸، ۰/۶۰، ۰/۷۳، ۰/۵۱ و ۰/۲۷ را بدست آورده اند (زارع، ۱۳۸۲). در پژوهش حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ضریب پایایی کل مقیاس، ۰/۸۴ و ضریب پایایی مؤلفه های چالش، کنترل و تعهد به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۶۸ و ۰/۷۵ به دست آمد.

یافته ها

از نمونه ۶۰ نفری بیماران مبتلا به FD، ۳۷ نفر زن و ۲۳ نفر مرد و دقیقاً همین تعداد در دو جنس از نمونه افراد سالم با آنها همتا شدند. سن و میزان تحصیلات این دو گروه با آزمون t مستقل مقایسه شد. نتایج در جدول ۱ آمده است.

نتایج نشان می دهد که تفاوت سن و تحصیلات آزمودنی هادردو گروه مبتلا به FD و گروه سالم معنادار نیست و دو گروه از لحاظ این دو متغیر به خوبی همتا شده اند. سبک های مقابله و زیر مقیاس های آنها با آزمون تحلیل واریانس بلوکی تصادفی چند متغیره (MANOVA) بررسی شد. نتایج در جدول ۲ آمده است.

جدول ۱ - نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه سن و تحصیلات گروه مبتلایان به FD و افراد سالم

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تفاضل	درجه آزادی	t	سطح معناداری
سن	مبتلایان به FD	۳۲/۶۵	۱۱/۸۵	۰/۰۷۸	۵۴	۰/۷۸	۰/۹۳۸
	افراد سالم	۳۱/۶۳	۱۱/۶۵				
تحصیلات	مبتلایان به FD	۱۲/۲۹	۳/۴۷	-۰/۳۶۲	۵۴	-۰/۳۶۲	۰/۷۱۹
	افراد سالم	۱۲/۴۰	۳/۴۲				

جدول ۲- نتایج آزمون تحلیل واریانس بلوک تصادفی چند متغیره (MANOVA) برای مقایسه مبتلایان به FD و افراد سالم از لحاظ نیمرخ سبک های مقابله

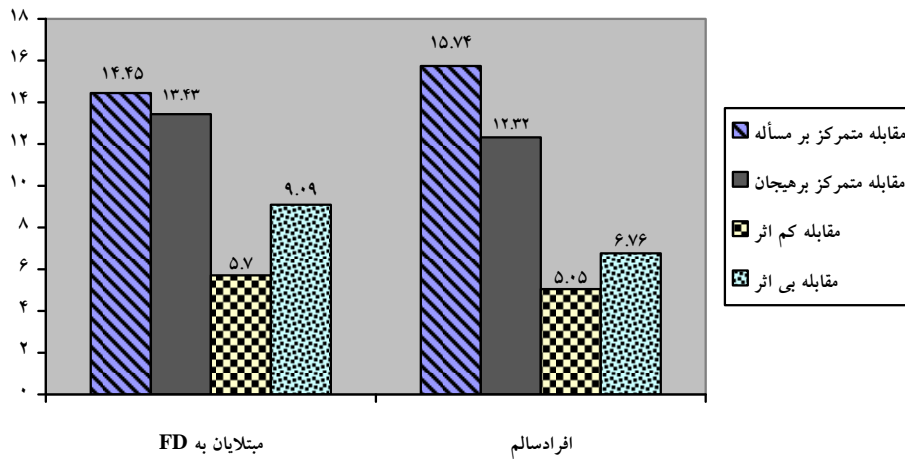
اثر	آماره	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری
بلوک	اثر پیلایی	۲/۰۵۶	۱/۰۵۸	۲۱۶	۲۱۶	۰/۳۴۱
	لانه ای ویلکز	۰/۰۴۹	۱/۰۷۸	۲۱۶	۲۰۶	۰/۲۹۴
	اثر هتلینگ	۴/۸۱۵	۱/۱۰۳	۲۱۶	۱۹۸	۰/۲۴۱
	بزرگترین ریشه روی	۲/۲۴۱	۲/۲۴۱	۵۴	۵۴	۰/۰۰۲
گروه	اثر پیلایی	۰/۲۶۵	۴/۶۰۳	۴	۵۱	۰/۰۰۳
	لانه ای ویلکز	۰/۷۳۵	۴/۶۰۳	۴	۵۱	۰/۰۰۳
	اثر هتلینگ	۰/۳۶۱	۴/۶۰۳	۴	۵۱	۰/۰۰۳
	بزرگترین ریشه روی	۰/۳۶۱	۴/۶۰۳	۴	۵۱	۰/۰۰۳

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود تفاوت مبتلایان به FD و افراد سالم از نظر سبک های مقابله براساس هر یک از آزمونهای چند متغیره معنادار است ($p=0/003$). تفاوت مربوط به بلوک ها براساس سه آزمون نخست معنادار نیست، اما براساس آماره بزرگترین ریشه^۱ روی معنادار است ($P=0/002$). با توجه به اینکه سه آزمون اول همه مقادیر ویژه (۴ مورد) را دربرمی گیرند اما آزمون چهارم فقط مقدار ویژه بزرگتر جدول ۳- نتایج تحلیل واریانسهای تک متغیره با طرح بلوک تصادفی برای مقایسه مبتلایان به FD و افراد سالم از لحاظ هر یک از سبک های مقابله

منبع واریانس	متغیر وابسته	مجموع مجزورات نوع III	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری
بلوک	مقابله متمرکز برمسأله	۳۴۹/۴	۵۴	۶/۴۷۰	۰/۸۷۲	۰/۶۹۲
	مقابله متمرکز بر هیجان	۷۴۸/۰	۵۴	۱۳/۸۵۱	۲/۰۵۷	۰/۰۰۵
	مقابله کم اثر	۲۳۱/۰	۵۴	۴/۲۷۷	۰/۹۱۲	۰/۶۳۲
	مقابله بی اثر	۸۴۱/۴	۵۴	۱۵/۵۸۲	۱/۱۰۶	۰/۳۵۷
گروه	مقابله متمرکز برمسأله	۴۵/۸	۱	۴۵/۸۲۷	۶/۱۷۶	۰/۰۱۶
	مقابله متمرکز بر هیجان	۳۳/۸	۱	۳۳/۸۲۷	۵/۰۲۳	۰/۰۲۹
	مقابله کم اثر	۱۱/۸	۱	۱۱/۷۸۲	۲/۵۱۳	۰/۱۱۹
	مقابله بی اثر	۱۴۸/۹	۱	۱۴۸/۹۴۵	۱۰/۵۶۸	۰/۰۰۲

باتوجه به جدول ۳ و با تعدیل خطای نوع اول^۱ تفاوت مبتلایان به FD و افراد سالم تنها در مورد مقابله بی اثر معنادار است ($p=0/002$). اما با اغماض از تراکم خطای نوع اول تفاوت های مربوط به مقابله متمرکز بر

مسأله ($p=0/016$) و متمرکز بر هیجان ($p=0/029$) نیز معنادار است. باتوجه به نمودار ۱ در مقابله متمرکز برمسأله میانگین گروه سالم و در سایر مقابله ها میانگین گروه بیمار بالاتر است.



نمودار ۱- میانگین نمرات مبتلایان به FD و افراد سالم از نظر سبکهای مقابله

جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس بلوکی تصادفی چند متغیره (MANOVA) در مورد سخت کوشی را نشان می دهد.

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس بلوک تصادفی چند متغیره (MANOVA) برای مقایسه مبتلایان به FD و افراد سالم از نظر نیمرخ سخت کوشی

اثر	آماره	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری
بلوک	اثر پیلایی	۱/۵۴۴	۱/۰۶۰	۱۶۲	۱۶۲	۰/۳۵۵
	لانه ای ویلکز	۰/۱۰۸	۱/۰۶۷	۱۶۲	۱۵۶	۰/۳۴۲
	اثر هتلینگ	۳/۴۲۸	۱/۰۷۲	۱۶۲	۱۵۲	۰/۳۳۲
	بزرگترین ریشه روی	۱/۶۸۹	۱/۶۸۹	۵۴	۵۴	۰/۰۲۸
گروه	اثر پیلایی	۰/۲۶۵	۶/۲۵۶	۳	۵۲	۰/۰۰۱
	لانه ای ویلکز	۰/۷۳۵	۶/۲۵۶	۳	۵۲	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۰/۳۶۱	۶/۲۵۶	۳	۵۲	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۰/۳۶۱	۶/۲۵۶	۳	۵۲	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که در هر چهار آزمون MANOVA تفاوت مبتلایان به FD و افراد سالم معنادار است ($p=0/001$). در مورد تفاوت بین بلوک ها، تنها F مربوط به آماره بزرگترین ریشه روی معنادار است ($P=0/028$). از آنجا که آماره اخیر تنها براساس یکی از مقادیر ویژه محاسبه می شود و سه آماره دیگر همه مقادیر ویژه (۳)

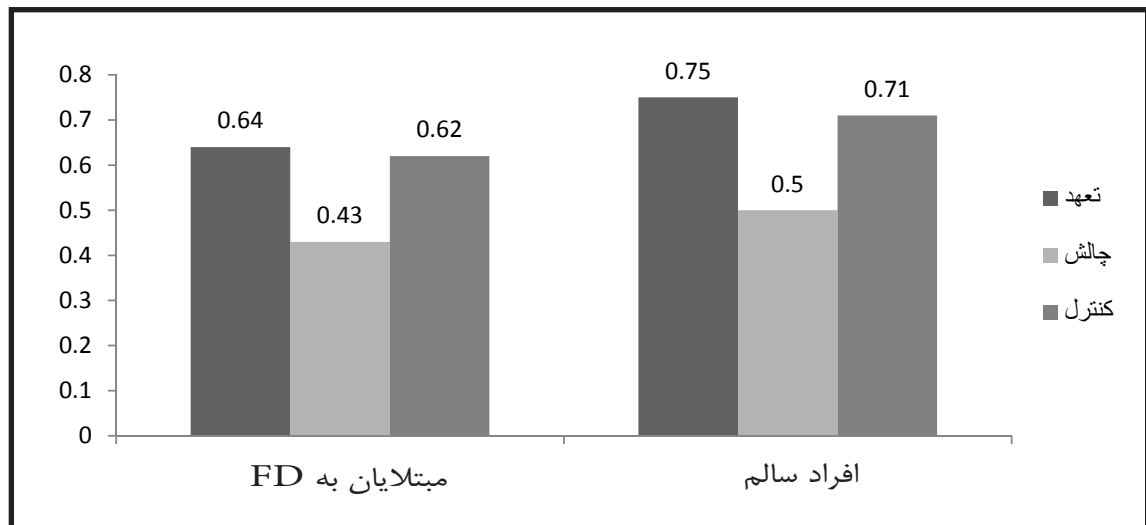
(مورد) را در نظر می گیرند و لذا می توان نتیجه سه آزمون اول را دقیقتر و تفاوت بین بلوک ها را غیر معنادار دانست. جهت بررسی ظریف تر تفاوت مبتلایان به FD و افراد سالم، نتیجه فوق از طریق تحلیل واریانس تک متغیره با طرح بلوک تصادفی برای هر یک از زیرمقیاسهای سخت کوشی پیگیری شد. نتایج در جدول ۵ آمده است.

۱- برای جبران تراکم خطای نوع اول براساس $4(1-\alpha_i)$ و حل این معادله براساس $\alpha=0/05$ میزان α_i در نتایج مذکور $0/013$ می باشد.

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانسهای تک متغیره با طرح بلوک تصادفی برای مقایسه مبتلایان به FD و افراد سالم از لحاظ هریک از زیرمقیاسهای سخت کوشی

منبع واریانس	متغیر وابسته	مجموع مجذورات نوع III	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
بلوک	تعهد	۱/۵۴۳	۵۴	۰/۰۲۹	۱/۲۷۹	۰/۱۸۴
	چالش	۱/۰۷۶	۵۴	۰/۰۲۹	۱/۰۶۵	۰/۴۰۹
	کنترل	۱/۲۲۷	۵۴	۰/۰۲۹	۱/۴۹۴	۰/۰۷۲
گروه	تعهد	۰/۳۱۴	۱	۰/۳۱۴	۱۴/۰۵۳	۰/۰۰۰
	چالش	۰/۱۴۵	۱	۰/۱۴۵	۷/۷۷۵	۰/۰۰۷
	کنترل	۰/۲۳۱	۱	۰/۲۳۱	۱۵/۱۷۹	۰/۰۰۰

بر اساس جدول ۵ تفاوت مبتلایان به FD و افراد سالم در هر سه زیرمقیاس سخت کوشی معنادار است^۱.



نمودار ۲- میانگین نمرات مبتلایان به FD و افراد سالم از نظر زیرمقیاسهای سخت کوشی

آخر رگرسیون انجام شده متغیرهای تحصیلات، سلامت جسمانی و مرد بودن به ترتیب پیش بینی کننده های معتبر سبک مقابله هیجان مدار هستند و هر سه متغیر پیش بینی کننده ۱۷/۱ کاهش نمره هیجان مداری هستند. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که با $f=7/845$ در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۰۱ از اعتبار کافی برخوردار است. رگرسیون در مورد سبک مقابله کم اثر در ۳ مرحله انجام شد و در مرحله آخر رگرسیون انجام شده متغیرهای تحصیلات، سلامت جسمانی به ترتیب پیش بینی کننده کاهش نمره مقابله کم اثر هستند. این دو متغیر ۸/۲ درصد از کاهش سبک مقابله کم اثر را پیش بینی می کنند. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که با $f=5/238$ در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۰۱ از اعتبار کافی برخوردار است. رگرسیون در مورد سبک مقابله بی اثر در ۱ مرحله انجام شد و

با توجه به نمودار ۲ در هر سه زیرمقیاس تعهد، چالش و کنترل، میانگین افراد سالم بالاتر از مبتلایان به FD است. قابلیت پیش بینی کنندگی متغیرهای سن، جنس و تحصیلات برای سخت کوشی و زیرمقیاس های آن و سبک های مقابله در مبتلایان به FD با رگرسیون چندمتغیره به روش واپس رونده بررسی شد. نتایج در جدول ۶ آمده است.

نتایج در مورد سبک مقابله مسأله مدار در ۴ مرحله انجام و در مرحله آخر نشان داده شد که ۴/۳ درصد از تغییرات سبک مقابله مسأله مدار توسط سالم بودن قابل تبیین است. نتایج تحلیل واریانس برای اعتبار معادله رگرسیون نشان داد که با $f=5/307$ در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ رگرسیون انجام شده از اعتبار برخوردار است. نتایج در مورد سبک مقابله هیجان مدار در ۲ مرحله انجام شد و در مرحله

۱- با حل معادله بر اساس $i(1-\alpha)$ $\alpha=0/05$ بر اساس α مقدار i برای جبران تراکم خطای نوع اول ۰/۰۱۷ می باشد.

جدول ۶- ضریب همبستگی چند گانه و نتایج رگرسیون به روش واپس رونده

متغیر	مراحل	متغیر	R	R2	R2	خطای معیار برآورد	B	SE	Beta	t	p
مقابله	۴	ثابت					۰/۳۵			۳۹/۹۷	۰/۰۰۰
مسأله مدار		سلامت جسمانی	۰/۲۰۸	۰/۰۴۳	۰/۰۳۵	۲/۷۸	۰/۵۱		۰/۲۰	۲/۳۰	۰/۰۲۳
	۲	ثابت					۱۶/۶۸۷			۱۵/۸۷۳	۰/۰۰۰
مقابله هیجان مدار		تحصیلات	۰/۴۱۴	۰/۱۷۱	۰/۱۴۹	۲/۹۵۷	۰/۰۸۲	-۰/۲۰	-۰/۲۲۰	-۲/۵۲۰	۰/۰۱۳
	۳	مرد بودن					-۱/۷۶		-۰/۲۶۹	-۳/۰۷۵	۰/۰۰۳
		ثابت					۸/۷۹۱			۸/۴۱۴	۰/۰۰۰
مقابله کم اثر	۳	سن	۰/۲۸۷	۰/۰۸۲	۰/۰۶۶	۲/۰۹۵	-۰/۰۴۰	۰/۰۱۷	-۰/۲۱۹	-۲/۳۶۳	۰/۰۲۰
		سواد					-۰/۱۶۶		-۰/۲۶۰	-۲/۸۱۰	۰/۰۰۶
	۱	ثابت					۱۵/۴۵۷			۸/۴۵۰	۰/۰۰۰
مقابله بی اثر		سن	۰/۴۷۹۹	۰/۲۲۹	۰/۲۰۳	۳/۵۰۹	-۰/۰۵۷	-۰/۰۳۰	-۰/۱۷۳	-۱/۹۲۳	۰/۰۵۷
	۳	تحصیلات					-۰/۳۲۱		-۰/۲۷۸	-۳/۰۸۸	۰/۰۰۳
		سلامت جسمانی					-۲/۰۷۹		-۰/۲۶۶	-۳/۲۴۲	۰/۰۰۲
	۳	مرد بودن					-۱/۶۲۲		-۰/۲۰۲	-۲/۲۸۹	۰/۰۲۴
		ثابت					۰/۵۵۰			۱۰/۱۹۴	۰/۰۰۰
تعهد	۳	تحصیلات	۰/۳۴۸	۰/۱۲۱	۰/۱۰۶	۰/۱۵۲۷۶	۰/۰۰۸	۰/۰۰۴	۰/۱۶۹	۱/۹۴۶	۰/۰۵۴
		سلامت جسمانی					۰/۰۹۷	۰/۰۲۸	۰/۳۰۱	۳/۴۷۷	۰/۰۰۱
	۳	ثابت					۰/۴۹۷		-۰/۱۴۷	۱۲/۸۵۲	۰/۰۰۰
چالش		تحصیلات	۰/۲۹۳	۰/۰۸۶	۰/۰۷۰	۰/۱۳۶۴۱	-۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	-۰/۰۰۱	-۱/۶۶۵	۰/۰۹۹
	۳	سلامت جسمانی					۰/۰۷۰		۰/۰۲۵	۲/۷۹۸	۰/۰۰۶
		ثابت					۰/۵۲۵			۱۰/۹۲۲	۰/۰۰۰
کنترل	۳	تحصیلات	۰/۳۵۵	۰/۱۲۶	۰/۱۱۱	۰/۱۳۶۲۵	۰/۰۰۸	۰/۰۰۴	۰/۱۸۹	۲/۱۹۰	۰/۰۳۰
		سلامت جسمانی					۰/۰۸۵	۰/۰۲۵	۰/۲۹۷	۳/۴۳۰	۰/۰۰۱
	۳	ثابت					۴۹/۲۹۳		۳/۹۶۶	۱۲/۴۲۹	۰/۰۰۰
سخت کوشی		تحصیلات	۰/۳۹۵	۰/۱۵۶	۰/۱۴۱	۱۱/۲۳۷۹۲	۰/۶۳۲	۰/۳۰۲	۰/۱۷۸	۲/۰۹۱	۰/۰۳۹
		سلامت جسمانی					۸/۴۴۱		۲/۰۵۲	۴/۱۱۳	۰/۰۰۱

همکاران (۲۰۰۱، ۱۹۹۹) احتمال متفاوت بودن راهبردهای مقابله در مبتلایان به FD مطرح شده بود، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که این گروه در مقایسه با افراد سالم بطور معنا دار کمتر از مقابله مسأله مدار استفاده می کنند. این نتایج همخوان با نتایج لی و همکاران (۲۰۰۰) و چنگ و همکاران (۲۰۰۴) می باشد. نتایج پژوهش حاضر مبنی بر استفاده بیشتر مبتلایان به FD از راهبردهای هیجان مدار همسوی با نتایج پژوهش های لی و همکاران (۲۰۰۰) و چنگ و همکاران (۲۰۰۴) معرف آنست که مبتلایان به FD کمتر از مقابله مسأله مدار استفاده می کنند، کمتر درصدد جلب حمایت اجتماعی هستند، کمتر مشکل را تعریف می کنند، توانایی کمتری در یافتن راه حل های منعطف دارند و به قول لازاروس و همکاران (۱۹۸۴)، نقل از لی و همکاران، (۲۰۰۰) قبل از عمل کردن کمترین ارزیابی سود و زیان راه حل های موجود می پردازند و به گفته تیلور و همکاران (۱۹۹۵) و لی و همکاران (۲۰۰۰) کمتر به اکتساب اطلاعات و جلب حمایت هیجانی دیگران می پردازند. بررسی ویژگی سخت کوشی در پژوهش حاضر نشان داد که مبتلایان به FD کمتر از افراد سالم سخت کوشند این افراد هم در اهمیت، ارزش و معنای اینکه چه کسی هستند و چه فعالیت هایی انجام می دهند، هم در قابل پیش بینی و کنترل دانستن وقایع زندگی شان و هم در باور به این امر که تغییر، و نه ثبات و امنیت، جنبه طبیعی زندگیست و در نهایت انعطاف پذیری شناختی و قدرت تحمل موقعیت های مبهم و ناراحت کننده زندگی که برخوردار از ویژگی سخت کوشی به همراه دارد (کوباسا، ۱۹۸۸، مدی، ۱۹۹۰، نقل از قربانی، ۱۳۷۴) ضعیفند، که در ایجاد زمینه برای ابتلاء به بیماری FD در این افراد مؤثر است. با توجه به نوع مقابله های مبتلایان به FD بنظر می رسد بیشتر به مقابله هایی متمایلند که به نوعی به نقص در تفکرات آنها برمی گردد. البته این مطلب یک نتیجه گیری ضمنی از یافته های پژوهش حاضر می باشد و قطعاً نتیجه گیری در این زمینه منوط بر بررسی های دقیق تر در این زمینه می باشد. محدودیت ها: ۱) نمونه پژوهش فقط از مراجعین به یکی از کلینیک های خصوصی و بخش گوارش و کبد یک بیمارستان دولتی مستقر در تهران انتخاب شده است. ۲) جمع آوری اطلاعات فقط از طریق مقیاس سخت کوشی کوباسا و فهرست سؤالات سبک های مقابله صورت پذیرفت، که در صورت امکان می توانست با استفاده از روش های دیگر نیز انجام گیرد. پیشنهادات: ۱) انجام تحقیق مشابه در نمونه ای وسیع تر از مبتلایان به سوءهاضمه کنشی و زخم گوارشی مراجعه کننده به کلینیک های خصوصی، درمانگاه های دولتی و پزشکان عمومی. ۲) با در نظر گرفتن تأثیر ادراکات فاعلی در بیماران مورد پژوهش پیشنهاد می شود که در پژوهش های بعدی غیر از شیوه خود گزارش دهی از سایر شیوه های جمع آوری اطلاعات که تأثیر خود بیمار در آن ها کم رنگ تر است، نظیر ثبت میزان سخت کوشی فرد و یا سبک های مقابله مورد استفاده وی از طریق مشاهده گران متخصص نیز استفاده شود.

مراجع

اسلامی، منصوره (۱۳۸۴). ارتباط کیفیت زندگی با راهبردهای مقابله با استرس در بیماران قلبی عروقی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء.

نشان داد که متغیرهای سن، تحصیلات، سلامت جسمانی و مرد بودن به ترتیب پیش بینی کننده کاهش مقابله بی اثر هستند. این متغیرها ۲۲/۹ درصد از کاهش سبک مقابله بی اثر را پیش بینی می کنند. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که با $f=8/559$ در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۰۱ رگرسیون انجام شده اعتبار دارد. نتایج در مورد زیرمقیاس تعهد در ۳ مرحله انجام شد و در مرحله آخر رگرسیون انجام شده متغیرهای تحصیلات، سلامت جسمانی به ترتیب پیش بینی کننده کاهش نمره تعهد هستند. این دو متغیر ۱۲/۱ درصد از تغییرات زیرمقیاس تعهد را پیش بینی می کنند. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که با $f=8/056$ در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۰۱ رگرسیون انجام شده اعتبار دارد. رگرسیون در مورد زیرمقیاس چالش در ۳ مرحله انجام شد و در مرحله آخر رگرسیون انجام شده متغیرهای تحصیلات، سلامت جسمانی به ترتیب پیش بینی کننده کاهش نمره چالش هستند. این دو متغیر ۸/۶ درصد از تغییرات زیرمقیاس تعهد را پیش بینی می کنند. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که با $f=5/478$ در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۰۱ رگرسیون انجام شده اعتبار دارد. نتایج در مورد زیرمقیاس کنترل در ۳ مرحله انجام شد و در مرحله آخر رگرسیون انجام شده متغیرهای تحصیلات، سلامت جسمانی به ترتیب پیش بینی کننده نمره کنترل هستند. این دو متغیر ۱۲/۶ درصد از تغییرات زیرمقیاس کنترل را پیش بینی می کنند. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که با $f=8/413$ در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۰۱ رگرسیون انجام شده اعتبار دارد. رگرسیون در مورد سخت کوشی نیز در ۳ مرحله انجام شد و در مرحله آخر رگرسیون انجام شده متغیرهای تحصیلات، سلامت جسمانی به ترتیب پیش بینی کننده نمره چالش هستند. این دو متغیر ۱۵/۶ درصد از تغییرات سخت کوشی را پیش بینی می کنند. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که با $f=10/769$ در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۰۱ رگرسیون انجام شده اعتبار دارد.

بررسی و تفسیر نتایج

نتایج رگرسیون های انجام شده معرف آنست که عدم ابتلاء به سوءهاضمه کنشی پیش بینی کننده استفاده بیشتر از سبک مسأله مدار است و تحصیلات پیش بینی کننده معتبری برای کاهش استفاده از سبک های مقابله کم اثر و بی اثر است. در ضمن مرد بودن پیش بینی کننده هیجان مداری کمتر در این افراد می باشد. به طور کلی عدم ابتلاء به بیماری سوءهاضمه کنشی پیش بینی کننده معتبری برای افزایش سخت کوشی و زیرمقیاس های آن می باشد. این نتایج مؤید یافته های کوباسا، مدی و کاهن (۱۹۸۲) و وایب و ویلیامز (۱۹۹۲) مبنی بر همراه بودن سخت کوشی با ابتلاء کمتر به بیماریها می باشد. پژوهش حاضر نشان داد که مبتلایان به FD بطور معنادار بیشتر از افراد سالم از مقابله بی اثر استفاده می کنند. این نتیجه همسو با یافته های چنگ و همکاران (۲۰۰۱)، مبنی بر اینست که ادراک منفی تر از حوادث فشارزا در بیماران مبتلا به FD احتمالاً نشان دهنده سبک مقابله بی اثر در این بیماران می باشد و این مسأله در نهایت منجر به نتایج مقابله ای نامطلوب تری در این گروه می گردد. همانگونه که در پژوهش های بنت و همکاران (۱۹۹۱)، چنگ و

مجیدیان، فرزاد (۱۳۸۴). بررسی رابطه باورهای خود کارآمدی و سخت روئی با استرس شغلی مدیران مقاطع متوسطه شهر سمنان، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی. میناکاری، محمود، زالی، محمدرضا، میناکاری، محمد، حیدری، محمود و عرب علیدوستی، فاطمه (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی مربوط به سلامت در مبتلایان به نشانگان روده تحریک پذیر، مجله روانشناسی معاصر، دوره اول، شماره ۲، ۲۲-۱۳.

وردی، مینا. مهرابی زاده هنرمند، مهناز و نجاریان، بهمن (۱۳۷۸). رابطه کمال گرایی و سرسختی روانشناختی با سلامت روانی و عملکرد تحصیلی. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، شماره ۱، ۲، ۷۰-۵۱.

Bennett, E., Beaverpaire, J., Langluddecke, P., Kellow, J., & Tennat, C., (1991). Life stress and Non-ulcer Dyspepsia: A case-control study. *Journal of Psychosomatic Research*, vol.33, No.415, 579-590.

Camilleni, M. (1996). Nonulcer dyspepsia: a look in to the future maro clin proe, 614-22.

Carver, C.S, Scheier, M.F & others (1989). Assessing strategies: A theoritically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56: 267-283.

Chan, D.W.(1994). The chinese ways of coping questionnaire: Assessing coping in secondary school teachers and students in Hong Kong. *Psychological Assessment*, 6, 108-16.

Cheng, Cecilia:, Hui, Wai-mo, & Lam, S. (1999). Coping style of individuals with functional dyspepsia. *Psychosomatic Medicine*, Vol 61, pp 789-795.

Cheng, C., Hui, W., & Lam, S. (2001). Coping with first-time endoscopy for a select sample of Chinese patients with Functional dyspepsia and doudenal ulcer: An observational study.

Cheng, C., Hui, W., & Lam, S. (2004). Psychosocial factors and perceived severity of functional dyspeptic symptoms: A Psychosocial interactionist model. *Psychosomatic Medicine*, 66, 85-91.

Drossman, D.A., Thompron, W.G., Tally, N.J., & others (1990). Identification of rebgroups of functional gastro-entestinal disorder. *Gastrointrol Int*, 3, 145-72.

Haug, T., Tangen, S. S., Wilhelmsen, I., Berstad, A. & Ursin, H. (1994). Psychological factors and somatic symptoms in functional dyspepsia. A comparison with duodenal ulcer and healthy controls. *Journal of Psychoso-*

بشارت، محمدعلی، تاشک، آنهیتا و رضا زاده، سید محمد رضا (۱۳۸۵). تبیین رضایت زناشویی و سلامت روانی برحسب سبک های مقابله. *مجله روانشناسی معاصر*، دوره اول، شماره ۱، ص ۵۶-۴۸.

بیاضی، محمدحسین (۱۳۷۶). بررسی ارتباط بین تیپ های شخصیت، سخت روئی، استرس، بیماری کرونر قلب در افراد مبتلا به بیماری کرونر قلب و افراد عادی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.

پزشکیان، فاطمه (۱۳۷۴). بررسی شیوه های مقابله با استرس در نوجوانان ۱۷-۱۳ ساله شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا.

توانادل، فاطمه (۱۳۸۴). بررسی فراوانی افسردگی در بیماران مبتلا به دیس پپسی مراجعه کننده به درمانگاه گوارش بیمارستان حضرت رسول (ص) طی ۳ ماه دوم سال ۱۳۸۳، پایان نامه دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

جعفری زاده، ذبیح ... (۱۳۸۲). بررسی مؤلفه های شخصیتی و راهبردهای مقابله در معتادان به تریاک، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم بهزیستی و توانبخشی.

جعفری صدر، محسن (۱۳۷۸). رابطه بین جنسیت و سبک های مقابله با استرس در دانش آموزان مراکز پیش دانشگاهی شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.

جمهری، فرهاد (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین سخت روئی و گرایش به افسردگی و اضطراب در بین زنان و مردان دانشجوی دانشگاههای تهران، پایان نامه دکترای روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی.

حقیقی، جمال. عطاری، یوسفعلی. رحیمی، سیدعلی سینا و سلیمانی نیا، لیلا (۱۳۷۸). رابطه سرسختی و مؤلفه های آن با سلامت روانی در دانشجویان پسر دوره کارشناسی دانشگاه. *مجله علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، دوره سوم، سال ششم، شماره های ۳ و ۴، ص ۱۸-۱.

زارع، مهدی (۱۳۸۲). مقایسه رابطه حمایت اجتماعی و سخت روئی با فرسودگی شغلی رانندگان اتوبوسهای شرکت واحد اتوبوسرانی و رانندگان شرکت تاکسیرانی شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.

زمانی، رضا و حمید، نجمه (۱۳۷۸). بررسی تأثیر فشارروانی بر برخی از متغیرهای سیستم ایمنی با توجه به نقش سرسختی روانشناختی. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، دوره سوم، سال ششم، شماره های ۳ و ۴، ص ۴۲-۲۷.

غباری، باقر و خراسانی، نازیلا (۱۳۷۶). رابطه عوامل تنش زا، میزان سخت روئی و واکنشهای زیستی شیمیایی روانی دانش آموزان دبیرستان های تبریز، پایان نامه فوق لیسانس، دانشگاه آزاد اسلامی.

فیض، عبد...، نشاط دوست، حمید طاهر و نائلی، حسین (۱۳۸۰). بررسی رابطه سرسختی روانشناختی و روشهای مقابله با تنیدگی. *مجله روانشناسی*. سال پنجم، شماره ۴، ۳۱۵-۳۰۳.

قربانی، نیما (۱۳۷۴). سخت روئی: ساختار وجودی شخصیت. پژوهشهای روانشناختی، شماره ۳ و ۴، ۹۲-۷۶.

کوشکی، شیرین (۱۳۸۴). تأثیر اختلال های شخصیتی و شیوه های مقابله ی معتادان بر نگرش آنها نسبت به سوء مصرف مواد و انتخاب نوع ماده ی مصرفی. *مجله مطالعات روانشناختی*، شماره های ۴ و ۵، ۴۷-۷۰.

- matic Research, 38(4), 281-291.
- Hui, W. M., Shiu, L. P., & Lam, S. K. (1991). A biopsychosocial model for functional dyspepsia. *Am J Gastroenterol*, 86, 292-296.
- Jonsson B. H., Theorell, T., & Gotthard, R. (1995). Symptoms and personality in patients with chronic functional dyspepsia. *J. Psychosom Res*, 39, 93-102.
- Lee, S. Y., Park, M. C., Choi, S. C., Nah, Y. H., Abbey, S. E. & Rodin, G. (2000). Stress, coping, and depression in non-ulcer dyspepsia patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, (1), 93-99.
- Narsavage, G. L. , & Weaver, T. E. (1994). Psychologic status, coping and hardiness as predictors of outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing Research*, 43(2), 90-94.
- Natasha, A., Koloski, B. A., Nicholas, J., Talley, M. D., Philip, M., & Boyce, M. D. (2001). Predictors of health care seeking for irritable bowel syndrome and nonulcer dyspepsia: A critical review of the literature on symptom and psychosocial factors . *The American Journal of Gastroenterology* , 96 , No.5, 1340-1349.
- Popescu, O. (2006). Psychotherapy treatment of psychosomatic diseases. *Magazine for hypnosis and hypnotherapy*. Uploaded 28/3/2006. <http://www.hipnotrans.ro>
- Richter, J. E. (1991). Stress and psychologic and environmental factors in functional dyspepsia. *Scand J. Gastroenterol*, 26(suppl 182), 40-46.
- Selsman, M., Laurence, S., Friedman, M., & Slezinger, H. (2002). Slezinger & Fordtran's *Gastrointestinal & Liver disease*
- Shepperd, A. J. & Kashani, H. J. (1991). The relationship of hardiness, gender and health outcomes in adolescents. *Journal of Personality*, 59(4), 747-768.
- Solkaso, L. & Tomanek, P. (1994). *Psychological Studies*, 36, 390-392.
- Talley, N. J., Zinsmeister A.R., Van Dyke, C., & Melton, L. J. (1991). Epidemiology of colonic symptoms and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* , 101, 927-34.
- Talley, N. J., Boyce, P., Jones, M. (1998). Dyspepsia and health care seeking in a community. How important are psychological factors?. *Dig Dis Sci*, 43, 1016-22.
- Taylor, S. E. (1995). *Health psychology*. (third ed.). New York: McGraw Hill, inc.
- Weibe, D. J. (1992). Hardiness & stress moderation. *Journal of Personality & Social Psychology*, 60, 89-99.