



نقش میانجی استرس، اضطراب، افسردگی در رابطه بین تیپ شخصیتی D و سوء هاضمه عملکردی

احمد شریف نژاد^۱، محمد رضا صیرفی^{۲*}، شیدا سوداگر^۲، مهدی افضل آقایی^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران

۲- استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران

۳- فوق تخصص گوارش بالغین، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

مقدمه

سوء هاضمه عملکردی، یک اختلال مزمن دستگاہ گوارش فوقانی است که نابهنجاری عضوی یا بیوشیمیایی آن را تبیین نمی‌کند. هدف از پژوهش حاضر ارزیابی نقش میانجی استرس، اضطراب، افسردگی در رابطه بین تیپ شخصیتی D و سوء هاضمه عملکردی است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک پژوهش همبستگی است. بر این اساس تعداد ۲۲۴ بیمار سوء هاضمه عملکردی زن و مرد با روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود انتخاب شدند. استرس، اضطراب و افسردگی بیماران به وسیله مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21)، تیپ شخصیتی به وسیله مقیاس شخصیتی تیپ D (DS-14) و شدت سوء هاضمه عملکردی بعد از تشخیص اولیه پزشک فوق تخصص گوارش، به وسیله پرسشنامه علائم گوارشی GRRS ارزیابی شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SmartPLS استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد که تیپ شخصیتی D به طور مستقیم بر شدت سوء هاضمه عملکردی تاثیر دارد (میزان تاثیر ۰/۴۱). بعلاوه تیپ شخصیتی D با میانجی‌گری افسردگی (۰/۳۱) و اضطراب (۰/۲۱) بر شدت سوء هاضمه در سطح اطمینان ۰/۹۵ تاثیر دارد. اما به دلیل معنی‌دار نبودن ضریب مسیر بین متغیر استرس و سوء هاضمه عملکردی ($T < 1/96$ value)، تاثیر غیرمستقیم متغیر تیپ شخصیتی D بر شدت سوء هاضمه عملکردی با میانجی‌گری استرس تایید نشد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان دهنده اهمیت نقش عوامل روانشناختی تیپ شخصیتی D، اضطراب و افسردگی در سوء هاضمه عملکردی است.

کلیدواژه‌ها

استرس، اضطراب، افسردگی، تیپ شخصیتی D، سوء هاضمه عملکردی

مقاله پژوهشی اصیل

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۱/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۲/۸

*نویسنده مسئول: محمد رضا صیرفی،

گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی،

واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز،

ایران

تلفن:

پست الکترونیک:

Msf_3@yahoo.com



سطوح ترشح اسید معده یا افزایش حساسیت به اسید و یا هر دو مکانیسم. فرضیه اختلال حرکتی، این پیشنهاد را مطرح می‌سازد که اختلالات حرکتی دستگاه گوارش فوقانی نظیر، رفلکس معده- مری، گاستروپارزی، اختلالات حرکتی روده کوچک یا دیس کنزی صفاوی سبب بروز علایم و شکایات سوء هاضمه می‌شوند و فرضیه گاستریت ناشی از ویروس، التهابات عفونی ناشی از هلیکوباکتریپیلوری و «عدم تحمل غذایی» که بر اثرات آلرژیک یا پاسخ‌های ترشحاتی وابسته به مواد غذایی خاصی تکیه می‌کند. بالاخره فرضیه روانی، بر اثرات اختلالات روانی در بروز شکایات گوارشی تکیه می‌کند و افسردگی و اضطراب یا اختلالات سایکوسوماتیک را منشاء اولیه بیماری می‌دانند. اعتقاد به فشار روانی در سوء هاضمه تا آنجا پیش رفته است که برخی از صاحب نظران، سوء هاضمه بدون زخم را سوء هاضمه عصبی نامیده‌اند (۲). شواهدی نشان می‌دهد که بین عوامل روانشناختی و دریافت‌های حسی، عملکرد معده و نشانه‌های سوء هاضمه ارتباط وجود دارد. در این بیماری، عملکرد محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال که پاسخ بدن به استرس را تنظیم می‌کند، مختل می‌شود. همچنین اختلال عملکردی اعصاب سمپاتیک در بیماران سوء هاضمه، بر کنش معده- روده‌ای تأثیر می‌گذارند (۶). اختلال سوء هاضمه از جمله اختلالات روان تنی است که آشفتگی‌های روانی- اجتماعی در بیشتر مبتلایان به این اختلالات به خصوص در افرادی که برای درمان مراجعه می‌کنند، وجود دارد. شایع‌ترین اختلالات دیده شده در این بیماران، اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی (مثل افسردگی اساسی)، اختلالات سوماتوفرم مثل اختلال جسمانی کردن و اختلال درد است (۶). اختلالات شخصیت نیز در این بیماران از جامعه معمول بیشتر است، ویژگی شخصیتی نوروگرایبی (عصبیت، ناسازگاری و بی ثباتی هیجانی) در

سوء هاضمه عملکردی^۱، یک اختلال مزمن دستگاه گوارش فوقانی است که ناهنجاری عضوی یا بیوشیمیایی آن را تبیین نمی‌کند. این نشانه‌ها شامل درد در قسمت فوقانی شکم، احساس سیری زودرس بعد از شروع غذا خوردن، احساس پری معده، نفخ معده و تهوع هستند. سوء هاضمه به دو نوع عمده (۱) با زخم (۲) بدون زخم تقسیم می‌شود (۱). بیماری سوء هاضمه عملکردی با درد یا ناراحتی در قسمت فوقانی شکم تعریف می‌شود که به مدت ۳ ماه در طی ۱۲ ماه به صورت ممتد یا با فاصله احساس می‌شود و این احساس ناراحتی یا درد در غیاب شواهدی مبنی بر وجود بیماری جسمی توجیه کننده علایم است (۲). این بیماری به عنوان یک اختلال روان- تنی مورد توجه قرار گرفته است (۳).

به طور کلی فیزیوپاتولوژی سوء هاضمه، کاملاً شناخته شده نیست. اگرچه ناهنجاری‌های حرکتی، تغییر حس احشایی و عوامل روانشناختی به ویژه استرس به عنوان علل احتمالی مطرح شده‌اند، اما در یک نظریه جدید که بیشتر مقبولیت یافته، تعامل بین عوامل زیست شناختی، روانشناختی و اجتماعی مورد تأکید قرار گرفته است (۳). شیوع این بیماری در جوامع غربی ۱۷-۲۹ درصد، ژاپن ۲۰٪ و در کشورهای در حال توسعه ۳۰-۱۵ تخمین زده شده است. شیوع سوء هاضمه عملکردی در شهر تهران ۸/۵٪ گزارش شده است (۴). هرچند سیر این بیماری با مرگ و میر همراه نیست، اما بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد و از نظر اقتصادی نیز با هزینه‌های درمانی زیادی در جامعه همراه است، به طوری که هزینه‌های سالیانه سوء هاضمه عملکردی در ایالات متحده بیش از ۸ بلیون دلار تخمین زده شده است (۵).

فرضیه‌های متعددی برای توجیه بروز علایم و نشانه‌های سوء هاضمه بدون زخم عنوان شده است: فرضیه افزایش

¹Functional Dyspepsia



اودوها^۳ و همکاران (۱۱)، لی^۴ و همکاران (۱۲)، باقریان (۱۳)، اویسی و همکاران (۱۴) در پژوهش‌های خود نشان دادند اضطراب و افسردگی نقش مهمی در اتیولوژی سوء هاضمه عملکردی دارد و بین استرس، افسردگی و اضطراب با سوء هاضمه عملکردی رابطه معنی‌داری وجود دارد.

هدف پژوهشگر در این پژوهش، بررسی نقش میانجی اضطراب، افسردگی، استرس در رابطه بین تیپ شخصیتی D با سوء هاضمه عملکردی است.

از آنجا که سوء هاضمه عملکردی بیماری شایعی است و بیشتر پژوهش‌های انجام شده در این زمینه بر اساس مدل زیستی بوده (در مدل‌های زیستی مکانیسم‌های آسیب شناسی عملکرد بدن نقش مهمی در تبیین نشانه‌های سوء‌هاضمه بیماران دارند و در این دیدگاه، تاخیر در تخلیه معده، اختلال در انطباق معده با غذا، افزایش حساسیت به اتساع معده، عفونت به هلیکوباکتر پیلوری و تغییر حساسیت اثنی عشر به اسید و لیبیدها را عامل بروز نشانه‌های بیماری می‌داند) اما بر اساس مدل روانشناختی به این بیماری پرداخته نشده است. لذا با توجه به این واقعیت که بسیاری از اختلالات روانی خود را به صورت جسمانی نشان می‌دهند، لزوم شناخت عوامل روانشناختی موثر بر بیماری سوء هاضمه عملکردی ضروری می‌نماید. تعیین عوامل روانشناختی در بیماران سوء هاضمه عملکردی می‌تواند به برنامه‌ریزان و دست‌اندرکاران سلامت کمک کند تا در فراهم کردن حمایت‌ها و مداخلات لازم در خصوص پیشگیری از ابتلای افراد مستعد، درمان چند بعدی و کاهش هزینه‌های درمانی گام بردارند.

بیماران سوء هاضمه عملکردی از جمعیت بهنجار بیشتر است و اضطراب و افسردگی از پیش‌بینی‌کننده‌های ابتلا به این بیماری گزارش شده است (۷).

یکی از متغیرهای مهم در سوء‌هاضمه عملکردی تیپ شخصیتی D است. این تیپ شخصیتی از طریق استرس، اضطراب و افسردگی در سوء هاضمه نقش دارد. دنولت اولین بار تیپ شخصیتی D را که مخففی برای شخصیت درمانده است معرفی کرد. به اعتقاد دنولت^۱ (۸)، بررسی روانشناختی زمینه‌های ایجاد کننده بیماری، نیازمند بررسی ویژگی‌های شخصیتی است که در طول زمان و موقعیت‌ها ثابت هستند.

شخصیت تیپ D با تعامل دو ویژگی شخصیتی ثابت و کلی تعریف می‌شود که عبارت است از: الف) عواطف منفی و ب) بازداری اجتماعی. افرادی که تیپ شخصیتی D دارند به تجربه هیجانات منفی از قبیل خلق افسرده، اضطراب، خشم و احساسات خصمانه همراه با بازداری این هیجانات هنگام اجتناب از تماس‌های اجتماعی گرایش دارند و عوامل شخصیتی با تاثیر بر سطح فشار روانی، اضطراب، پرخاشگری و تعارض‌های بین فردی می‌توانند در سبب شناسی اختلالات گوارشی عملکردی نقش عمده داشته باشند (۹). این تیپ شخصیتی ارتباط قوی و پایداری با افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده دارد به نوعی که پیش‌بینی کننده افسردگی و اضطراب می‌باشند. افراد دارای تیپ شخصیتی D سطوح بالای تنش مزمن و استرس را گزارش می‌کنند (۸). همچنان که در سایر پژوهش‌ها می‌بینیم استرس، افسردگی و اضطراب رابطه معنی‌داری با سوء هاضمه عملکردی دارند. ایپوینگ^۲ و همکاران (۱۰)، وان

^۳Van Oudenhove

^۴Lee

^۱Denollet

^۲Xiaoping



مواد و روش‌ها

در پژوهش حاضر از بین بیماران مبتلا به سوء هاضمه عملکردی (۵۶٪ زن و ۴۴٪ مرد)، مراجعه کننده به پلی کلینیک تخصصی (کلینیک گوارش) بیمارستان ۲۲ بهمن نیشابور طی ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۶ تعداد ۲۲۴ نفر که دارای ملاک‌های ورود به طرح بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. (در مورد حجم نمونه لازم برای مدل‌های ساختاری توافق کلی وجود ندارد اما به اعتقاد بسیاری از پژوهشگران حداقل حجم نمونه لازم ۲۰۰ نفر می‌باشد. در مدل‌های ساختاری حجم نمونه بر اساس متغیرهای پنهان تعیین می‌شود نه متغیرهای مشاهده پذیر. در اینجا ۲۰ نمونه برای هر عامل (متغیر پنهان) لازم است. متغیرهای پنهان همان عامل‌ها یا ابعاد مدل هستند و متغیرهای مشاهده‌پذیر نیز همان سوالات پرسشنامه می‌باشند (۱۵).

بر این اساس و با توجه به متغیرهای موجود، نمونه مورد پژوهش شامل ۲۲۴ بیمار مبتلا به سوء هاضمه عملکردی (است). تمامی بیماران پیش از پر کردن پرسشنامه‌ها، رضایت خود را از فرایند پژوهش اعلام کردند. بیماران پس از مراجعه به پزشک فوق تخصص گوارش و تشخیص سوء هاضمه، پرسشنامه‌های مقیاس تیپ شخصیتی D فرم ۱۴ سوالی، پرسشنامه ارزیابی بیمار از اختلال گوارش فوقانی- شاخص شدت نشانه gsrs و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس DASS فرم ۲۱ سوالی را تکمیل نمودند. در خصوص سن افراد محدوده ۲۰-۴۵ انتخاب گردید چرا که شیوع سوء هاضمه در بزرگسالی است. هر چند در خصوص رابطه بین سن و سوء هاضمه اختلاف نظر وجود دارد (۱۶).

ملاک ورود: ۱- تشخیص بالینی سوء هاضمه عملکردی بر اساس الف) ارزیابی بالینی پزشک ب) فقدان هر گونه پاتولوژی محرز ۲- داشتن سواد و آگاهی کافی ۳-

موافقت آگاهانه ۴- سن بالای ۲۱ و زیر ۴۵ سال. ملاک خروج: ۱- وجود بیماری جسمی جدی دیگر ۲- وجود اختلال عمده روانپزشکی در بیمار ۳- عدم همکاری بیمار. پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. پس از گردآوری داده‌ها و ورود آنها به رایانه، تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SmartPLS انجام شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه علایم گوارشی (GSRS)^۱

پرسشنامه علایم گوارشی یک ابزار سنجش بیمارستانی است که توسط رویکی^۲ (۱۷) و بر اساس بررسی علایم معده روده‌ای و تجربه بالینی ساخته شده و برای ارزیابی علایم شایع اختلالات گوارشی بکار می‌رود. این پرسشنامه دارای ۱۵ سوال است که هر سوال بر اساس مقیاس ۷ نقطه‌ای لیکرت از عدم ناراحتی (۰) تا ناراحتی شدید (۶) نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه دارای ۵ زیر مقیاس سندرم سوء هاضمه، سندرم یبوست، سندرم اسهال، دل درد و سندرم ریفلکس است. افزایش نمره در هر مقیاس بیانگر شدت علایم است. اعتبار ۵ زیر مقیاس GSRS بر حسب ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۰، ۰/۸۳، ۰/۶۱ و ۰/۶۲ برآورد گردیده است. به منظور بررسی اعتبار سازه یا ساختار عاملی، از روش تحلیل مولفه‌های اصلی با چرخش از نوع واریماکس و برای بررسی پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. اعتبار نمونه ایرانی برای کل مقیاس GSRS و ۵ زیر مقیاس آن به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۶، ۰/۷۵، ۰/۸۷ و ۰/۶۱ بوده است (۱۸).

مقیاس شخصیتی تیپ D (DS-14)

این مقیاس توسط دنولت (۱۹) بطور اختصاصی برای ارزیابی عواطف منفی، بازداری اجتماعی (درون‌گرایی) و

^۱ Gastrointestinal Symptom Rating Scale

^۲Revicki



۰/۸۶ و برای خرده آزمون SI، ۰/۷۷ گزارش نمودند (۲۳).

مقیاس‌های افسردگی، اضطراب، استرس (DASS)
لاویبوند (۲۴) یک شاخص واحد را برای ارزیابی نشانه‌های اصلی افسردگی و اضطراب تهیه نمودند که در آن روایی افتراقی بین این دو سازه به حداکثر می‌رسد. سپس بر اساس یک فرایند، موفق به شناسایی عامل سومی به نام استرس شدند. نتایج تحقیقات ایشان در نهایت به مقیاس‌های افسردگی، اضطراب، استرس (DASS) منجر شد که شامل ۴۲ ماده است. DASS شامل سه مقیاس مجزای افسردگی، اضطراب و استرس است که هر مقیاس از ۱۴ ماده تشکیل شده است. ماده‌ها بر مبنای یک مقیاس ۴ درجه‌ای و در دامنه بین صفر (هیچ گاه در مورد من صادق نیست) تا ۳ (کاملاً در مورد من صادق است) رتبه‌بندی می‌شود. دامنه نمرات برای هر مقیاس ۰-۲۴ است. مقیاس افسردگی، ناامیدی، عزت نفس پایین و عاطفه مثبت پایین، را اندازه می‌گیرد. مقیاس اضطراب، برانگیختگی خودمختار، بیش‌انگیزگی فیزیولوژیکی و احساس ذهنی ترس را اندازه‌گیری می‌کند و مقیاس استرس، تنش، سراسیمگی و عاطفه منفی را اندازه می‌گیرد.

تحقیقات بعدی منجر به انتشار نسخه ۲۱ سوالی DASS-21 با ۷ ماده برای هر مقیاس شد (۲۵). تحقیقات زیادی نشان می‌دهد که DASS هم در نسخه ۲۱ سوالی و هم در ۴۲ سوالی آن شاخص معتبر و روایی از افسردگی، اضطراب و استرس در جمعیت‌های بزرگسال بالینی و غیر بالینی است.

مطالعات نشان داده‌اند که مقیاس‌های DASS هم در نسخه ۴۲ و هم در نسخه ۲۱ ماده‌ای همسانی درونی عالی دارند و در مقیاس افسردگی بین ۹۱-۹۷، اضطراب بین

در نهایت ارزیابی تیپ شخصیتی D ساخته شده است. دارای ۱۴ سوال است که در ۵ حالت درجه‌بندی شده لیکرت به صورت درست، نسبتاً درست، بینابینی، نسبتاً نادرست و نادرست می‌باشد و به ترتیب نمرات ۰، ۱، ۲، ۳، ۴ به آن اختصاص داده شده است. نمره cut off تعیین شده بالای ۱۰ در هردو زیر مقیاس برای شناسایی افراد با تیپ شخصیتی D بکار می‌رود. برای بررسی اعتبار سازه از مقیاس‌های اضطراب آشکار تیلور (TMAS)، خرده مقیاس‌های برون‌گرایی و نوروتیسیسم فرم کوتاه پرسشنامه شخصیتی آیزنگ، مقیاس برون‌گرایی پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا (MMPI) و مقیاس مالو-کرون استفاده شده است. مقیاس اضطراب آشکار تیلور و نوروتیسیسم فرم کوتاه پرسشنامه شخصیتی آیزنگ در سنجش عواطف منفی اعتبار داشتند و ۸ پرسش انتخاب شده عاطفه منفی، همبستگی مثبتی با نمرات این مقیاس‌ها داشتند (۲۰).

۸ پرسش‌بازداری اجتماعی نیز همبستگی منفی با مقیاس‌های برون‌گرایی EPQ، MMPI داشتند. دنولت در پژوهش‌های بعدی نشان داد که عواطف منفی و بازداری اجتماعی همبستگی بالایی با مقیاس‌های نوروتیسیسم و برون‌گرایی پرسشنامه ۵ عامل بزرگ شخصیتی در افراد سالم ($R=0/68-0/59$) (۲۱) و در بیماران قلبی ($R=0/65-$ $R=0/68$) (۲۲) دارد.

باقریان و همکاران آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در نمونه ۱۷۶ نفری برای خرده مقیاس NA، ۰/۸۴ و برای خرده آزمون SI، ۰/۸۶ بدست آوردند. همچنین پایایی بازآزمایی این مقیاس‌ها در یک نمونه ایرانی ۷۱ نفری از افراد سالم را به فاصله یک ماه برای خرده مقیاس NA،



آزمون استرس ادراک شده ۰/۴۹ بودند. در پژوهش حاضر از نسخه فارسی DASS ۲۱ سوالی استفاده شده است.

یافته‌ها

در این پژوهش برای بررسی اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها، جنسیت، تاهل، سطح تحصیلات، سن و اشتغال آنها مورد پرسش قرار گرفته است. در متغیر سن، بیشترین فراوانی در گروه سنی ۲۶-۳۰ سال (۳۳٪) و سن آزمودنی‌ها بین ۲۱-۴۶ سال بود (شایان ذکر است شیوع سوء هاضمه در بزرگسالی است). در متغیر تحصیلات نتایج نشان داد دیپلم با ۴۴٪ بیشترین فراوانی و دکتری با ۲٪ کمترین فراوانی را داشتند. ۵۶٪ از آزمودنی‌ها زن، ۴۴٪ مرد، ۲۳٪ مجرد، ۷۴٪ متأهل و ۳٪ مطلقه بودند. در خصوص اشتغال ۵۰٪ آزمودنی‌ها دارای شغل آزاد، ۳۰٪ خانه‌دار و ۲۰٪ کارمند بودند.

برای آزمون فرضیه‌های تحقیق از مدل‌سازی معادلات ساختاری با نرم‌افزار SmartPLS استفاده شده است. توجه با این نکته ضروری است که این نرم‌افزار هیچ پیش فرضی درباره توزیع داده‌ها ندارد و برای ارزیابی برازش مدل مفهومی تحقیق، سه بخش برازش مدل اندازه‌گیری، برازش مدل ساختاری و برازش کلی بررسی می‌شود (۲۴).

ارزیابی برازش مدل ساختاری

به منظور ارزیابی مدل ساختاری پژوهش، مقادیر R^2 (واریانس تبیین شده)، f^2 (معیار اندازه تاثیر) و Q^2 (معیار قدرت پیش بینی مدل تحقیق) مربوط به متغیرها محاسبه شد (جدول ۱ و ۲).

۸۱-۹۲ و استرس بین ۸۸-۹۵ می‌باشد. همبستگی‌های بین مقیاس دامنه‌ای شامل: افسردگی، اضطراب (۴۵-۷۱)، اضطراب- استرس (۶۵-۷۳ درصد) و افسردگی- استرس (۵۷-۷۹ درصد) را در بر می‌گیرد.

در پژوهشی بر روی دانشجویان، پرسشنامه افسردگی بگ (BDI) و اضطراب بک (BAI) و DASS اجرا شد. همبستگی مقیاس اضطراب DASS با BAI برابر $R=0/81$ و مقیاس افسردگی DASS با BAI برابر $R=0/74$ و مقیاس استرس DASS با سیاهه استرس دانش‌آموزان، $R=0/76$ بود (۲۳). همچنین در مطالعات متعددی روایی و پایایی DASS بر روی جمعیت ایرانی بررسی شده است. در یک مطالعه مقدماتی، ضرایب آلفا برای مقیاس‌های افسردگی و اضطراب به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ بدست آمد. همچنین ضرایب آزمون - بازآزمون برای این مقیاس‌ها به ترتیب برابر ۰/۷۴ و ۰/۷۰ بدست آمد. روایی محتوا نیز که از سوی سه نفر روانشناس بالینی با استفاده از مقیاس ۵ درجه‌ای برآورد شد در مورد هر دو مقیاس مناسب بود (۲۵).

در مطالعه دیگری صاحبی و همکاران (۲۶) پایایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21) را از طریق محاسبه همسانی درونی و روایی آن را با استفاده از تحلیل عاملی و روایی ملاک را با اجرای همزمان آزمون‌های افسردگی بک، اضطراب زونگ و استرس ادراک شده بررسی کردند. در کل، ضرایب پایایی و روایی بدست آمده بسیار رضایت‌بخش و در سطح $P<0/01$ معنی‌دار بود. همبستگی مابین مقیاس افسردگی DASS با BDI ۰/۷۰ و بین مقیاس اضطراب با آزمون اضطراب زونگ، ۰/۷۵ و بین مقیاس استرس با



جدول ۱- مقادیر R^2 و Q^2

متغیر	Q^2	R^2
افسردگی	۰/۲۳	۰/۵۵
اضطراب	۰/۱۳	۰/۴۷
استرس	۰/۲۷	۰/۶۷
سوء هاضمه	۰/۰۶	۰/۵۸
تیپ شخصیتی D	۰/۲۷	۰/۹۲

جدول ۲- مقادیر f^2 (معیار اندازه تاثیر)

مسیر	f^2
افسردگی و سوء هاضمه	۰/۸۵
اضطراب و سوء هاضمه	۰/۱۷
استرس و سوء هاضمه	۰/۲۹
تیپ شخصیتی D و سوء هاضمه	۰/۳۵

برازش مدل کلی (معیار GoF^1)

معیار GoF برای برازش مدل کلی پژوهش (مدل اندازه گیری و مدل ساختاری) بکار می‌رود. مقدار GoF برای این مدل برابر با ۰/۶۷ محاسبه شد ($GoF=0/67$) که تایید کننده برازش مناسب و قوی مدل کلی پژوهش است.

فرضیه پژوهش

تیپ شخصیتی D با میانجی‌گری اضطراب، افسردگی و استرس بر سوء هاضمه عملکردی اثر دارد. برای آزمون این فرضیه به بررسی ضرایب استاندارد شده مسیرهای مربوط به فرضیه و ضرایب معنی‌داری آنها پرداخته شد. مقدار این ضرایب در جدول شماره ۳ درج گردیده است. نمودار ۴ مقادیر T -value و نمودار ۵ مقادیر ضرایب مسیر و ضرایب معنی‌داری آنها را در برون‌داد نرم‌افزار SmartPLS نشان می‌دهد.

مقادیر جدول ۱ و ۲ نشان دهنده برازش قابل قبول برای مدل ساختاری این پژوهش می‌باشد.

($R^2 > 0/33$ ، $Q^2 > 0/02$ و $f^2 > 0/15$). هر چه مقدار R^2 مربوط به سازه‌های یک مدل بیشتر باشد، نشان از برازش بهتر مدل است. سه مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳، ۰/۶۷ به عنوان ملاک برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی معرفی شده است. مقدار f^2 اندازه تاثیر یک متغیر بر متغیر دیگر است. مقادیر ۰/۰۲، ۰/۱۵، ۰/۳۵ به ترتیب نشان از اندازه تاثیر کوچک، متوسط و بزرگ یک سازه بر سازه دیگر است. معیار Q^2 قدرت پیش‌بینی مدل را مشخص می‌کند. مدلی هایی که دارای برازش ساختاری قابل قبول هستند، باید قابلیت پیش‌بینی شاخص‌های مربوط به سازه‌های درون زای مدل را داشته باشد. در مورد شدت قدرت پیش‌بینی مدل در مورد سازه‌های درون زای، سه مقدار ۰/۰۲، ۰/۱۵، ۰/۳۵ تعیین شده است (۲۷).

¹ Goodness of Fit



جدول ۳- ضرایب معنی‌داری و ضرایب مسیر

ردیف	مسیر	ضریب مسیر	ضریب معنی‌داری (T-value)
۱	تیپ شخصیتی D و سوء هاضمه	۰/۴۱	۲/۴۲
۲	تیپ شخصیتی D و افسردگی	۰/۷۶	۲۷/۰۶
۳	افسردگی و سوء هاضمه	-۰/۴۲	۲/۸۹
۴	تیپ شخصیتی D و اضطراب	۰/۷۰	۱۸/۲۷
۵	اضطراب و سوء هاضمه	۰/۳۰	۲/۴۰
۶	تیپ شخصیتی D و استرس	۰/۸۰	۳۲/۹۷
۷	استرس و سوء هاضمه	-۰/۰۵	۰/۵۶

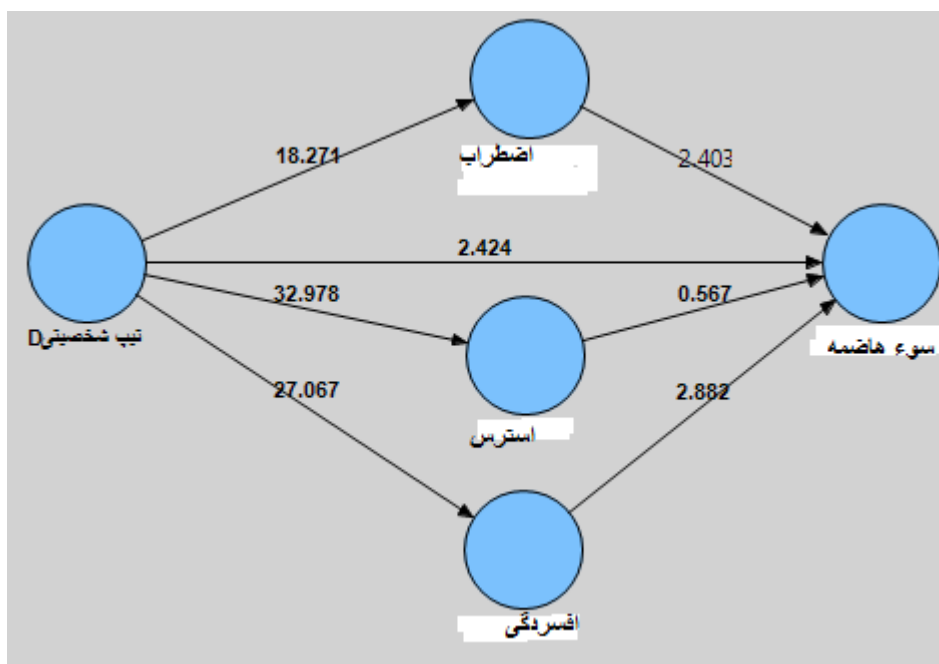
جدول ۳ نشان می‌دهد که مقدار ضریب مسیر برای تمام ردیف‌ها به جز ردیف ۷ معنی‌دار بوده است ($T > 1/96$) که حاکی از تاثیر مستقیم متغیر تیپ شخصیتی D بر سوء هاضمه عملکردی و همچنین تاثیر غیرمستقیم متغیر تیپ شخصیتی D بر سوء هاضمه عملکردی با میانجی‌گری افسردگی و اضطراب در سطح اطمینان ۰/۹۵ است. بنابراین می‌توان گفت که تیپ شخصیتی D بر سوء هاضمه عملکردی با میانجی‌گری افسردگی و اضطراب اثر دارد.

تاثیر غیرمستقیم متغیر تیپ شخصیتی D بر سوء هاضمه عملکردی با میانجی‌گری افسردگی تایید شد. مقدار تاثیر مستقیم متغیر تیپ شخصیتی D بر سوء هاضمه عملکردی برابر ۰/۴۱ است که نشان می‌دهد متغیر مستقل (تیپ شخصیتی D) به میزان ۴۱٪ بر متغیر وابسته (شدت سوء هاضمه عملکردی) اثر دارد. مقدار تاثیر غیرمستقیم متغیر تیپ شخصیتی D بر سوء هاضمه عملکردی با میانجی‌گری

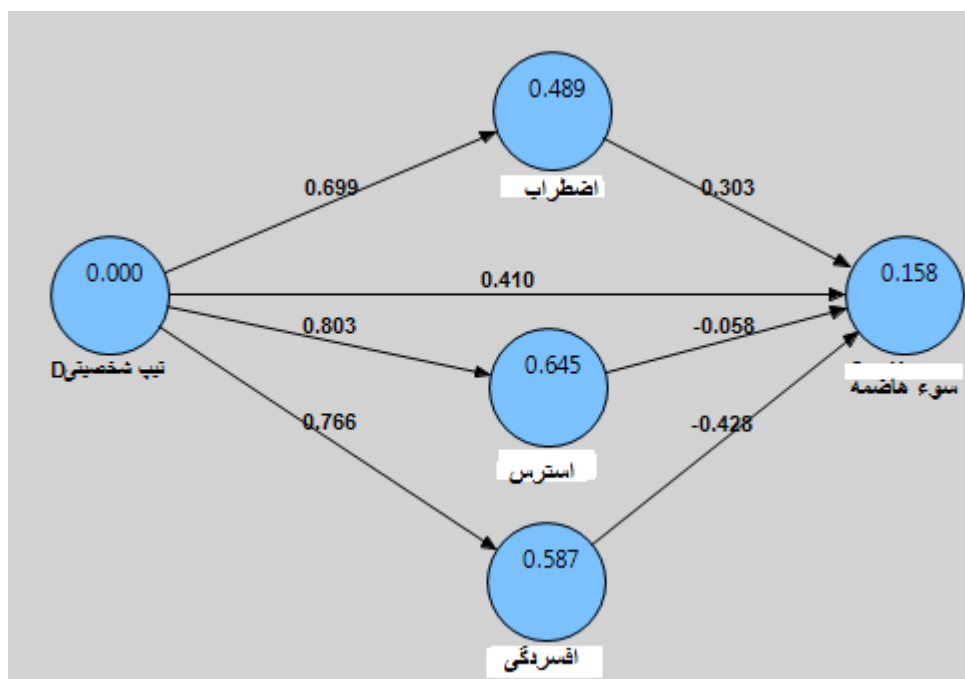
افسردگی برابر ۰/۳۱ است که نشان می‌دهد ۳۱٪ از اثرات متغیر مستقل (تیپ شخصیتی D) بر متغیر وابسته (سوء هاضمه عملکردی) از طریق غیر مستقیم، توسط متغیر میانجی (افسردگی) تبیین می‌شود.

همچنین تاثیر غیرمستقیم متغیر تیپ شخصیتی D بر سوء هاضمه عملکردی با میانجی‌گری اضطراب تایید شد. مقدار تاثیر غیرمستقیم متغیر تیپ شخصیتی D بر سوء هاضمه عملکردی با میانجی‌گری اضطراب برابر ۰/۲۱ است که نشان می‌دهد ۲۱٪ از اثرات متغیر مستقل (تیپ شخصیتی D) بر متغیر وابسته (سوء هاضمه عملکردی) از طریق غیر مستقیم، توسط متغیر میانجی (اضطراب) تبیین می‌شود.

اما به دلیل معنی‌دار نبودن ضریب مسیر بین متغیر استرس و سوء هاضمه عملکردی ($T\text{-value} < 1/96$)، تاثیر غیرمستقیم متغیر تیپ شخصیتی D بر سوء هاضمه عملکردی با میانجی‌گری استرس تایید نشد.



نمودار ۱- مقادیر T-value



نمودار ۲- مقادیر ضرایب مسیر



فرضیه پژوهش: تیپ شخصیتی D شدت بیماری سوء هاضمه عملکردی را پیش‌بینی می‌کند.

به منظور بررسی این فرضیه، ضریب استاندارد شده مسیر مربوط به فرضیه و ضریب معنی‌داری آن بررسی شد (جدول ۴).

جدول ۴- ضریب معنی‌داری و ضریب مسیر

ضریب معنی‌داری (T-value)	ضریب مسیر	مسیر
۲/۴۲	۰/۴۱	تیپ شخصیتی D و سوء هاضمه

مقادیر جدول بالا نشان می‌دهد که مقدار ضریب مسیر بین متغیر تیپ شخصیتی D و سوء هاضمه معنی‌دار بوده است ($T\text{-value} > 1/96$) که حاکی از تاثیر مستقیم و معنی‌دار متغیر تیپ شخصیتی D بر شدت سوء هاضمه عملکردی در سطح اطمینان ۰/۹۵ است و می‌توان گفت که متغیر تیپ شخصیتی D، شدت بیماری سوء هاضمه عملکردی را پیش‌بینی می‌کند. مقدار تاثیر مستقیم متغیر تیپ شخصیتی D بر سوء هاضمه عملکردی برابر ۰/۴۱ است که نشان می‌دهد متغیر مستقل (تیپ شخصیتی D) به میزان ۴۱٪ بر متغیر وابسته (شدت سوء هاضمه عملکردی) اثر دارد.

بحث

هدف از پژوهش حاضر ارزیابی نقش میانجی استرس، اضطراب، افسردگی در رابطه بین تیپ شخصیتی D و سوء هاضمه عملکردی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که تیپ شخصیتی D به طور مستقیم بر شدت سوء هاضمه عملکردی تاثیر دارد بعلاوه تیپ شخصیتی D با میانجی‌گری افسردگی و اضطراب بر شدت سوء هاضمه تاثیر دارد اما تاثیر تیپ شخصیتی D با میانجی‌گری استرس بر شدت سوء هاضمه عملکردی تایید نشد. در خصوص معنی‌دار نشدن نقش میانجی استرس، فرضیه‌های زیادی می‌تواند وجود داشته باشد. به نظر می‌رسد

چیزی که تیپ شخصیتی D، اضطراب و افسردگی را از استرس متمایز کرده ویژگی پایداری، شدت و طول مدت آنها است. از آنجا که استرس وابسته به موقعیت است و ممکن است علی‌رغم شدت، طول مدت زیادی نداشته باشد، شاید به همین دلیل نتوانسته نقش میانجی در رابطه بین تیپ شخصیتی و سوء هاضمه داشته باشد اما اضطراب و افسردگی به طور عمیق‌تر و ماندگارتر بر فرد تاثیر می‌گذارند.

از طرف دیگر افرادی که تیپ شخصیتی D دارند به تجربه هیجانات منفی از قبیل خلق افسرده، اضطراب، خشم و احساسات خصمانه همراه با بازداری این هیجانات گرایش دارند و عوامل شخصیتی با تاثیر بر سطح فشار روانی، اضطراب، پرخاشگری و تعارض‌های بین فردی می‌توانند در سبب شناسی اختلالات گوارشی عملکردی نقش داشته باشند. تیپ شخصیتی D ارتباط قوی و پایداری با افسردگی و اضطراب دارد به نوعی که پیش‌بینی‌کننده افسردگی و اضطراب است (۹). نتایج پژوهش حاضر در خصوص متغیر افسردگی و اضطراب همسو با پژوهش پن ایوپینگ و همکاران (۱۰)، وان اودو هاو و همکاران (۱۱)، شامن جیانگ و همکاران (۹)، اوپسی و همکاران (۱۴)، رنتو آزودو و همکاران (۹)، لی و همکاران (۹) است. پژوهش آنها نشان داد عوامل روانشناختی (اضطراب و



افسردگی) نقش مهمی در اتیولوژی سوء هاضمه عملکردی ایفا می‌کند و داروهای ضد افسردگی در درمان این بیماران و در بهبود هر دو دسته علائم جسمانی و روانی موثر بوده است. پژوهش‌های آنها نشان دهنده شیوع افسردگی و اضطراب در بیماران سوء هاضمه عملکردی است. آنها همچنین در پژوهش‌های خود مشاهده کردند که نمرات اضطراب و افسردگی بیماران دارای مشکلات گوارشی به طور معنی‌داری بالاتر از گروه بیماران بدون مشکل گوارشی بود. نتایج پژوهش لی و همکاران (۹) نیز نشان داد ۲۳/۵٪ از بیماران سوء هاضمه عملکردی افسردگی و اضطراب دارند. پژوهش‌هایی نیز به اهمیت نقش روان‌درمانی در این بیماران پرداخته‌اند که نشان می‌دهد اضافه کردن روان‌درمانی به درمان استاندارد پزشکی این بیماران، باعث بهبود معنی‌دار آماری آنها می‌شود و می‌تواند اثرات طولانی مدت داشته باشد (۱۷) و یا پژوهش‌هایی نشان دادند که روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت، کلیه نشانه‌های سوء هاضمه کنشی، شامل: سوزش سردل، تهوع، استفراغ، پری معده بعد از غذا، نفخ معده و درد فوقانی شکم را بهبود بخشید (۱۷). همه این مطالعات نشان دهنده اهمیت نقش عوامل روانشناختی (افسردگی و اضطراب) در پیشگیری و درمان سوء هاضمه عملکردی است.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده اهمیت نقش تیپ شخصیتی D و میانجی‌گری اضطراب، افسردگی در سوء هاضمه عملکردی است. همچنان که پیش از این گفته شد بین عوامل زیست‌شناختی و روانشناختی در سوء هاضمه عملکردی تعامل وجود دارد. توجه صرف به بعد زیست

شناختی و عدم توجه به عوامل روانشناختی موثر، باعث شناخت ناقص این بیماری و در نتیجه پیشگیری و درمان نا کارآمد می‌شود. آنچه ما امروز شاهد آن هستیم توجه پزشکان و دست‌اندرکاران مربوطه به ۳ فرضیه زیست‌شناختی در خصوص سوء هاضمه (a) - فرضیه افزایش سطوح ترشح اسید معده یا افزایش حساسیت به اسید b - فرضیه اختلالات حرکتی دستگاه گوارش فوقانی نظیر، رفلکس معده - مری، گاستروپارزی، اختلالات حرکتی روده کوچک یا دیس‌کنزی صفاوی c - فرضیه گاستریت ناشی از ویروس، التهابات عفونی ناشی از هلیکوباکتریلوری و «عدم تحمل غذایی» که بر اثرات آلرژی یا پاسخ‌های ترشحی وابسته به مواد غذایی خاصی تکیه می‌کند (۲) و عدم توجه یا کم‌اهمیت جلوه دادن فرضیه عوامل روانشناختی است. در این فرضیه بر اثرات اختلالات روانی در بروز شکایات گوارشی تکیه می‌شود و افسردگی و اضطراب یا اختلالات سایکوسوماتیک را منشاء اولیه این بیماری می‌دانند. (۲) از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش با توجه به ساختار آن (مدل یابی) کم بودن تعداد نمونه بود چرا که نمونه‌ها ابتدا باید توسط پزشک فوق تخصص گوارش تشخیص سوء هاضمه می‌گرفت (بعد از انجام آزمایش‌های تکمیلی) و در ادامه جهت سنجش شدت آن، پرسشنامه‌ها تکمیل می‌گردید. پیشنهاد می‌گردد جهت توسعه این پژوهش متغیرهای روانشناختی فعلی (تیپ شخصیتی D، استرس، اضطراب، افسردگی) با دیگر بیماری‌های گوارشی مانند IBS بررسی گردد.

این پژوهش برگرفته از رساله اینجانب احمد شریف‌نژاد در مقطع دکتری روانشناسی سلامت می‌باشد.



References

1. Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Koch, KL, Malagelada, JR, Tytgat, GN. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology* 1999; 45:37-42.
2. Talley NJ, Ruff K, Jiang X, Jung HK. The Rome III Classification of dyspepsia: will it help research?. *Dig Dis* 2008; 26:203-9.
3. Barry S, Dinan TG. Functional dyspepsia: are psychosocial factors of relevance?. *World J Gastroenterol* 2006; 12:27-7.
4. Barzkar M, Pourhoseingholi MA, Habibi M, Moghimi-Dehkordi B, Safaee A, Pourhoseingholi A, *et al.* Uninvestigated dyspepsia and its related factors in an Iranian community. *Saudi Med J* 2009; 30(3):397-402.
5. Okumura T, Tanno S, Ohhira M, Tanno S. Prevalence of functional dyspepsia in an outpatient clinic with primary care physicians in Japan. *J Gastroenterol* 2010; 45(2):187-97.
6. Tache Y, Bonaz B. Corticotropin-releasing factor receptors and stress-related alterations of gut motor function. *J Clin Invest* 2007; 117(1):33-40.
7. De la Roca-Chiapas JM, Solís-Ortiz S, Fajardo-Araujo M, Sosa M, Córdova-Fraga T, Rosa-Zarate A. Stress profile, coping style, anxiety, depression, and gastric emptying as predictors of functional dyspepsia: a casecontrol study. *J Psychosom Res* 2010;68(1):73-81.
8. Denollet J, S. Pedersen S. Anger, depression and anxiety in cardiac patients: The complexity of individual differences in psychological risk. *Journal of the American college of cardiology* 2009; 53(11):947-9.
9. Sher L. Type D personality: the heart, stress, and cortisol. *QJM* 2005; 98(5):323-9.
10. Xiaoping P, Yuyuan L, Weihong Sh, Fuying Y. Psychological factors in functional dyspepsia and its treatment. *Journal of Digestive Diseases* 2000; 1(1):17-20.
11. Van Oudenhove L, Vandenberghe J, Geeraerts B, Persoons P, Tack J. Determinants of symptoms in functional dyspepsia: gastric sensorimotor function, psychosocial factors or somatisation? *Neurogastroenterology. Gut* 2008; 57(12):1666-73.
12. Lee SP, Sung IK, Kim JH, Lee SY, Park HS, Shim CS. The Effect of Emotional Stress and Depression on the Prevalence of Digestive Diseases. *J Neurogastroenterol Motil* 2015; 21(2):273-82.
13. Bagherian-Sararoudi R, Kalantari H, Afshar H, Daghighzadeh H, Abotalebian F, Falah J, *et al.* Relationship between negative affectivity and severity of Irritable Bowel Syndrome (IBS) symptoms. *JBUMS* 2012; 14(2):73-81. [Persian]
14. Farsad H, Shamspour N, Oveisi N, Aghamiri SS, Shamspour N. The relationship between mental disorders and digestive problems among trauma victims after Bam earthquake at one the Kerman city hospital. *Quarterly Scientific Journal of Rescue and Relief* 2013; 5(3):22-8. [Persian]
15. Habibi A, Adan var, M. Structural Equation Modeling, Jahad University Press, First Edition;2016. [Persian]
16. Amini E, Hassanzadeh Keshтели A, Hashemi Jazi MS, Jahangiri P, Adibi P. Dyspepsis in iran: SEPAHAN systematic review No. *Int J Prev Med* 2012; 3(Suppl1) S18-S25.
17. Revicki DA, Wood M, Wiklund I, Crawley J. Reliability and validity of the gastrointestinal symptom rating scale in patients with gastroesophageal reflux disease. *Qual Life Res* 1998; 7(1):75-83.



18. Faramarzi M, Azadfallah P, Book HE, Rasolzadeh Tabatabai K, Taherim H, Kashifard M. The effect of psychotherapy in improving physical and psychiatric symptoms in patients with functional dyspepsia. *Iran J Psychiatry* 2015; 10(1):43-9.
19. Denollet J. Personality and coronary heart disease: the type-D scale-16 (DS16). *Ann Behav Med.* 1998; 20(3):209-15
20. Denollet J. Type D personality. A potential risk factor refined *J Psychosom Res* 2000; 49(4):255-66.
21. Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosom Med* 2005; 67(1):89-97.
22. Denollet J, Pedersen S, van Domburg R. Social inhibition modulates the effect of negative emotions on cardiac prognosis following percutaneous coronary intervention in the drug-eluting stent era. *Eur Heart J* 2006; 27(2):171-7.
23. Bagherian Sararoudi R. Type D personality. *J Res Behav Sci* 2010; 7(1):75-87. [Persian]
24. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behav Res Ther* 1995; 33(3):335-43.
25. Afzali A, Delavar A, Borjali A, Mirzamani M. Psychometric properties of the DASS-42 as Assessed in a Sample of Kermanshah High School Students. *Journal of Research in Behavioural Sciences* 2007; 5(2):81-92. [Persian]
26. Sahebi A, Asghari M, Salary R. Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population. *Journal of Iranian Psychologists* 2005; 1(4):299-312. [Persian]
27. Davari A, Rezazadeh A. [Structural Equation Modeling with LIS Software]. *Jahad University Press*; 2013. [Persian]