

بررسی و مقایسه الگوهای رفتاری در بیماران دیابتی

نوع یک و دو

دکتر یونس کلافی^(۱)، دکتر غلامرضا پیشدار^(۲)، دکتر صمد باقری^(۳)

چکیده

مقدمه: بیماری‌های جسمی با ساختارهای روانشناسی انسان، رابطه‌ای تنگاتنگ دارند که اثرگذاری و اثربخشی هر یک بر دیگری و از دیگری، از سده‌های پیشین، مورد توجه پژوهشگران زمینه‌های پزشکی بوده است. در رده‌بندی‌های دانش روانپزشکی، دیابت در نمایه بیماری‌های روان - تنی جای دارد که در این بیماری‌ها پیرامون نقش الگوهای رفتاری و فشارهای روانی در بروز و تداوم بیماری‌های جسمی بحث می‌شود. هدف از این پژوهش بررسی چگونگی رابطه الگوهای رفتاری نوع A با بیماری دیابت نوع یک و دو است. مواد و روش‌ها: پنجاه بیمار مبتلا به دیابت نوع یک، پنجاه بیمار نوع دو و پنجاه نفر یه عنوان گروه شاهد بررسی شدند. برای سنجش الگوهای رفتاری A از پرسشنامه جنکیتز که دارای روایی و پایابی جهانی است بهره گرفته شد. یافته‌ها: داده‌های آماری نشان داد که بیشتر افراد دیابتی نوع یک (۷۴٪) الگوهای رفتاری A را در مقایسه با دیابتی‌های نوع دو و گروه شاهد آشکار می‌کنند ($p=0.037$). نتیجه‌گیری: این یافته نقش الگوهای رفتاری و ساختار روانی را در سیر بالینی بیماری دیابت مطرح می‌سازد و بر اهمیت جایگاه مداخلات روانشناسی در درمان دیابت تأکید می‌کند.

وازگان کلیدی: دیابت قندی، الگوهای رفتاری A، بیماری‌های روان - تنی

گزارش‌هایی بیان شده است.^۱ افرادی که الگوهای رفتاری A دارند عموماً سخت کوش، زیاده خواه، وقت شناس، رقابت جو و پرخاشگرند که همواره در سخن گفتن و غذا خوردن شتاب دارند و از ناکامی به شدت خشمگین می‌شوند.^۲ الگوهای رفتاری B ویژگی‌های افرادی است آرام، با حوصله و با بازداری بیشتر و پرخاشگری کمتر که برای رسیدن به اهداف خود کوشانیستند.^۳

یافته‌های پژوهشی که اسکرودنسکی و همکاران در ۱۹۹۸ انجام دادند، بر وجود ارتباط میان الگوهای رفتاری A با دیابت نوع جوانی اشاره دارد.^۴

مقدمه

در بروز و توکین هر بیماری، عناصر و شرایط گوناگونی از جمله زمینه‌های وراثتی، اجتماعی و تعامل کارکرد ویژگی‌های روانشناسی و رفتاری انسان نقش دارند. در برخی از متون علمی درباره وجود رابطه میان الگوهای رفتاری A و بیماری‌های غدد درون ریز به ویژه دیابت

(۱) بخش روانپزشکی، بیمارستان حافظ،
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شیراز
(۲) بخش داخلی، بیمارستان نمازی،
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شیراز
(۳) دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شیراز
نشانی مکاتبه: شیراز - بیمارستان حافظ
E-mail: ykalafee@yahoo.com

جدول ۱- توزیع فراوانی گروههای مورد تحقیق بر حسب سن و جنس

گروه شاهد		دیابت نوع دو				دیابت نوع یک				سن
مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن			
تعداد (درصد)										
(۶۰) ۳	(۴۰) ۲	-	-	(۵۶/۲) ۹	(۴۳/۸) ۷	-	-	۱۶-۲۴		
(۶۴/۵) ۲۰	(۳۵/۵) ۱۱	(۴۱/۷) ۵	(۵۸/۲) ۷	(۴۲/۹) ۶	(۵۷/۱) ۸	-	-	۲۵-۳۴		
(۴۲/۹) ۶	(۵۷/۱) ۸	(۳۱/۶) ۱۲	(۶۸/۴) ۲۶	(۴۵) ۹	(۵۵) ۱۱	-	-	۳۵-۴۵		
(۵۸) ۲۹	(۴۲) ۲۱	(۳۴) ۱۷	(۶۶) ۳۳	(۴۸) ۲۴	(۵۲) ۲۶	-	-	جمع		

ابتداً بودند و از بروز بیماری آنها مدت ۶ ماه یا بیشتر سپری شده بود. برای رعایت معیارهای پاسخگویی به پرسشنامه، بیمارانی که سن آنها کمتر از شانزده سال بود یا بیساد بودند، از جمعیت مورد مطالعه حذف شدند.

برای سنجش گوهای رفتاری از آزمون استاندارد فعالیت جنکینز^۱ بهره گرفته شد. روایی و پایایی این پرسشنامه در مراکز معتبر پژوهشی دنیا تأیید شده است که سه زمینه مهم رفتاری

۱. سختکوشیⁱⁱ
۲. پرشتابیⁱⁱⁱ
۳. ناشکیبایی^{iv}

را می سنجد و دربرگیرنده پنجاه و هفت پرسش در این زمینه است.^{۹۰}

برای تعیین معنی دار بودن گوهای رفتاری میان گروههای مورد و شاهد از آزمون ANOVA بهره گرفته شد. داده ها با برنامه رایانه ای SPSS از نظر آماری تجزیه و تحلیل شد که شرح آن در بخش نتایج ارایه شده است.

یافته ها

جمعیت مورد پژوهش سه گروه پنجاه نفری (دیابت نوع یک و دو و شاهد) بود که از این تعداد هشتاد نفر زن بودند. محدوده سنی گروه یک ۱۶ تا ۴۵ سال با میانگین سنی ۳۰/۷۲ و انحراف معیار ۹/۵۲ بود و محدوده سنی گروه دو

در پژوهش دیگری گزارش می شود که گوهای رفتاری A در افراد مبتلا به سندرم متابولیک X (مقاومت به انسولین) متداول است.^۴ برخی یافته های آزمایشگاهی نیز نشان داده است که افراد دیابتی با گوهای رفتاری نوع A در مقایسه با گروه شاهد از سطح پرولاتکین و کورتیزول بالاتری برخوردارند که این هورمون ها در بروز بیماری های مزمن نقش دارند^۵ و همچنین کلسترون و تریگلیسیرید در این گونه افراد در مقایسه با گروه شاهد بیشتر است.^۶

پژوهش های فریدمن (۱۹۶۰)^۷ نشان می دهد که میزان ترشح اپی نفرین و نوراپی نفرین در افراد نوع A بیشتر از افراد دیگر است^۷ و همچنین زمان لخته شدن خون نیز بیشتر

از میزان طبیعی است.^۸

پژوهش حاضر احتمالاً نخستین پژوهش در این زمینه در ایران است که در مراکز آموزشی و پژوهشی روانپزشکی و بیماری های غدد درون ریز دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۷۹-۸۰ انجام شده است و هدف از آن بررسی چگونگی ارتباط گوهای رفتاری با بیماری دیابت است.

مواد و روش ها

این پژوهش از نوع توصیفی - مقطوعی است. جمعیت مورد بررسی یکصد و پنجاه نفر بود که سه گروه پنجاه نفری دیابت نوع یک و دو و شاهد را در بر می گرفت. این افراد به روش تصادفی در میان مراجعان به مراکز درمانگاهی فوق تخصصی شهید مطهری و شهید فقیهی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز و درمانگاه نادر کاظمی وابسته به سازمان بیمه های اجتماعی برگزیده شدند. محدوده سنی بیماران ۱۶-۴۵ سال بود و حداقل دارای سواد

i- Standard Jenkins activity survey

ii- Hard driving

iii- Job involvement

iv- Speed – impatience

نوعی تلاش همه جانبی برای ایجاد دوباره مهار بر محیط باشد.^{۱۲} تلاش برای مهار محیط ممکن است از چندین راه تهدید شود؛ از آن جمله احساس خستگی مفرط که نه تنها تهدیدی بسیار روشی است، بلکه مانع نیز بر راه تلاش است. افراد دارای الگوی رفتاری A به گونه‌ای فعال، آگاهی خود را از حرکت‌هایی که سر راه اجرای تکالیف آنهاست، پنهان می‌دارند و گاهی ممکن است حتی نشانه‌های یک حمله قلبی قریب الوقوع را نیز نادیده بگیرند. اثرات چنین الگوهای رفتاری سبب می‌شود که افراد دارای الگوی رفتاری A در برابر تجربه درمانگی، آسیب پذیرتر از افراد دارای الگوی رفتاری B باشند.

پژوهش‌های کلندر و همکارانش نقش استرسورهای محیطی را در راهاندازی ژن‌های آسیب‌پذیر و بروز بیماری نشان می‌دهد.^{۱۳}

پژوهش‌های کلندر درباره اندرکنش (تعامل) میان ژن و رفتار و محیط، چگونگی تغییر پایدار ارتباطات سیناپسی و تقویت آنها را با آموزه‌های محیطی از طریق تنظیم بروز ژن‌ها نشان می‌دهد و بیان می‌کند که توانایی ژن برای تولید پروتئین ویژه در پاسخ به عوامل محیطی اثرباز است.^{۱۴} پژوهش‌های اورنیتیس اثر برخی حرکت‌های محیطی و الگوهای رفتاری را در راهاندازی ژن‌ها تأیید می‌کند.^{۱۵}

برخی پژوهش‌ها که بر پایه واکنش ترشحی سیستم ایمنی در پاسخ به استرس استوار است، نشان می‌دهد که میزان ایمونوگلوبولین ترشحی IGA از بزرگ در پاسخ به استرس در افراد نوع A کمتر از افراد نوع B است و واکنش سیستم ایمنی آنها در برابر استرس‌های جزیی ضعیفتر است. احتمال دارد که همراهی زمینه‌های گفته شده در چگونگی سیر بالینی بیماری دیابت در افراد مستعد نقش داشته باشد.

یکی از خطرهای عمده پزشکی در قرن بیست و یکم، نگرش درمانی رو به فزون کاهش‌گر^۱ به بیماری‌های روان-تنی است، یعنی اختلالات جسمانی را در سمتی و روان‌شنা�ختی را در سوی دیگر قرار می‌دهد و کارکردهای امروزی اغلب به گونه‌ای است که آن گروه از بیماری‌ها که زمینهٔ زیستی و ژنتیکی دارند تنها با دارو درمان می‌شوند و درمان‌های روان‌شنা�ختی برای مواردی کاربرد پیدا می‌کنند که بیماری منشأ روانی دارد. در حالی که هر کدام از اینها با

۲۸ تا ۴۵ سال با میانگین سنی ۲۹/۷۶ و انحراف معیار ۰/۰۲ بود. میانگین سنی افراد گروه شاهد ۳۰/۸۶ با انحراف معیار ۷/۲۶ بود که محدوده سنی ۲۰-۴۵ سال را بر می‌گرفت (جدول ۱).

در میان بیماران نوع یک، ۷۵٪ مردان و ۷۳٪ زنان الگوی رفتاری A و به ترتیب ۲۵٪ و ۲۷٪ الگوی رفتاری B داشتند. در بیماران نوع دو ۴۸/۵٪ مردان و ۴۸/۴٪ زنان الگوی رفتاری B داشتند.

در بررسی توزیع فراوانی الگوهای رفتاری بر حسب میزان سواد، ۷۶٪ افراد با الگوی رفتاری A در سطح دبیرستان و بالاتر و ۲۴٪ افراد الگوی رفتاری B تحصیلات دبیرستانی و دیپلم داشتند.

در بیماران دیابتی نوع دو ۴۱٪ افراد با الگوی رفتاری A و ۵۹٪ افراد نوع B در سطح دبیرستان و دیپلم بودند. داده‌های آماری نشان می‌داد که بیماران دیابتی نوع یک ۷۴٪ الگوی رفتاری A و ۲۶٪ نوع B داشتند. در گروه بیماران دیابتی نوع دو، ۴۲٪ نوع A و ۵۸٪ نوع B بودند. در مقایسه گروه مبتلا به دیابت نوع یک با شاهد تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p=0.037$). ولی تفاوت میان گروه مبتلا به دیابت نوع دو با شاهد معنی‌دار نبود ($p=0.229$).

بحث

پژوهش حاضر نشان می‌دهد که احتمال دارد الگوی رفتاری A در بروز یا تشديد بیماری دیابت نقش داشته باشد. پژوهشگران بر این باورند که الگوی رفتاری A به تنها‌ی عنصری آسیب‌زا برای تدرستی است.^{۱۶} آشکار است که تعامل چنین عناصر شناختی و عوامل سبب‌ساز دیابت در چگونگی و پیش آگهی این بیماری سهیم خواهد بود.

روان‌شناسان بر این باورند که گرایش به پیشرفت در الگوی رفتاری A همواره با رقابت همراه است و در میان این گونه افراد نوعی نیاز به توانمندی دیده می‌شود. این افراد می‌خواهند مهار جنبه‌های پر اهمیت محیط خود را به دست گیرند و آن را نگهدارند. در مردان، محیط عموماً به معنای زمینه برای پیشرفت یا کار محسوب می‌شود و برای زنان به معنای فضایی برای بروز ویژگی‌ها در تعامل میان فردی و نشان دادن توانایی‌های است. هنگامی که فشارهای محیطی به گونه‌ای توانایی مهار محیط را کاهش می‌دهند، الگوهای رفتاری A آشکارتر می‌شوند که به نظر می‌رسد نمایانگر

دکتر علی صادقی حسن آبادی از بخش پزشکی اجتماعی، دکتر حسن حقشناس و آقای غلامرضا ده بزرگی از بخش روانپزشکی و پرسنل محترم مرکز مشاوره، تحقیقات و کامپیوتر معاونت پژوهشی، مرکز بهداشت شهرستان شیراز و مجتمع درمانی نادر کاظمی به سبب همکاری‌های بی‌دریغشان سپاسگزاری می‌نمایند.

زبان خود سخن می‌گویند و همیشه در تعامل هستند و تنها برای پزشک جامعه‌نگر دریافت زبان مشترک آنها ممکن است.

سپاسگزاری

نویسنگان از آقایان دکتر محمدرضا پنجه شاهین معاونت محترم پژوهشی و دکتر اسفندیار ستوده مرام و

References

1. Stoudemire Al, Stephen MC Daniel J. Psychological factors affecting medical conditions. In: Sadock B, Sadock V, editors. Synopsis of psychiatry 8th edition, New York: Lippincott Williams & Wilkins; 1997. P. 797-828.
2. Cramer D. Type A behaviour pattern, extraversion, neuroticism and psychological distress. Br J Med Psychol. 1991; 64:73-83.
3. Skorodensky M, Juhas T, Vyrost J, Bacova V. [A/B type behavior in relation to changes in the ocular background in juvenile diabetics] Cesk Pediatr. 1992; 47:284-8
4. Pogatsa G. [From type 2 diabetes to metabolic X syndrome] Orv Hetil. 1999; 140:635-40
5. Sapse AT. Stress, cortisol, interferon and "stress" diseases. I. Cortisol as the cause of "stress" diseases. Med Hypotheses. 1984; 13:31-44.
6. Rosenman RH, Friedman M. Behavior pattern, blood lipids and coronary heart disease. JAM med. Ass. 1963; 934-938.
7. Friedman M. Excretion of katecholamines, 17 ketosteroids. Associated with high incidence of clinical coronary artery disease. J. Clin. Invest. 1960; 39; 758-764.
8. Friedman M, Rosenman, RH, CARROLL V. change in the serum cholesterol and blood clottuing time in the men subjected to Occupational stress; circulation. 1958; 17: 851-861.
9. Stephen J. Zyzanski, dalvid Jenkins. J Chron Dis. 1970; 22:781-795.
10. Jenkins CD, Friedman M, Rosenman RH. The Jenkins activity survey for health prediction. Chapel Hill, NC, David Jenkins; 1965.
11. Watanabe M, Yamaoka K. Association of borderline glucose tolerance to dietary intakes and examined at the annual health examination. Nippon-Koshu-Eisei. 1993; 40:969-80.
12. رضوانی احمد. در ترجمه نظریه‌های شخصیت، کارور اس‌سی، شییر اف.م. چاپ اول. مشهد: معاونت فرهنگی آستان قدس رضوی، ۱۳۷۵، صفحات ۲۱۲-۲۲۲.
13. Kendler KS, Kessler RC, Walters EE, MacLean C, Neale MC, Heath AC, Eaves LJ. Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. Am J Psychiatry. 1995; 152:833-42.
14. Kandel ER. A new intellectual framework for psychiatry. Am J Psychiatry. 1998 ; 155:457-69.
15. Ornits, EM. Developmental aspects of neurophysiology in child and adolescent psychiatry: A comprehensive Textbook. 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1996:39-51.