مجلهٔ غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
سال چهارم ـ شمارهٔ ۲ ـ صفحه‌های ۸۸ ـ ۸۵ (تابستان ۱۳۸۱)

مقالهٔ پژوهشی

بررسی و مقایسهٔ الگوهای رفتاری در بیماران دیابتی نوع یک و دو

دکتر یونس کلافی،[۱] دکتر غلامرضا پیشداد،[۲] دکتر صمد باقری[۳]

چکیده

مقدمه: بیماری‌های جسمی با ساختارهای روانشناختی انسان، رابطه‌ای تنگاتنگ دارند که اثرگذاری و اثرپذیری هر یک بر دیگری و از دیگری، از سده‌های پیشین، مورد توجه پژوهشگران زمینه‌های پزشکی بوده است. در رده‌بندی‌های دانش روانپزشکی، دیابت در نمایهٔ بیماری‌های روان ـ 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 رابطهٔ 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 پرسشنامهٔ جنکینز که دارای روایی و پایایی 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=۰/۰۳۷). نتیجه‌گیری: این یافته نقش الگوهای رفتاری و ساختار روانی را در سیر بالینی بیماری دیابت مطرح می‌سازد و بر اهمیت جایگاه مداخلات روانشناختی در درمان دیابت تأکید می‌کند.

واژگان کلیدی: دیابت قندی، الگوهای رفتاری A، بیماری‌های روان ـ تنی

مقدمه

در بروز و تکوین هر بیماری، عناصر و شرایط گوناگونی از جمله زمینه‌های وراثتی، اجتماعی و تعامل کارکرد ویژگی‌های روانشناختی و رفتاری انسان نقش دارند. در برخی از متون علمی دربارهٔ وجود رابطه میان الگوهای رفتاری A و بیماری‌های غدد درون ریز به ویژه دیابت گزارش‌هایی بیان شده است.[۱] افرادی که الگوهای رفتاری A دارند عموماًسخت 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 کوشا نیستند.[۲]

یافته‌های پژوهشی که اسکرودنسکی و همکاران در ۱۹۹۸ انجام دادند، بر وجود ارتباط میان الگوهای رفتاری A با دیابت نوع جوانی اشاره دارد.[۳]

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

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

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

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

در پژوهش دیگری گزارش می‌شود که الگوهای رفتاری A در افراد مبتلا به سندرم متابولیک X (مقاومت به انسولین) متداول است.[۴] برخی یافته‌های آزمایشگاهی نیز نشان داده است که افراد دیابتی با الگوهای رفتاری نوع A در مقایسه با گروه شاهد از سطح پرولاکتین و کورتیزول بالاتری برخوردارند که این هورمون‌ها در بروز بیماری‌های مزمن نقش دارند[۵] و همچنین کلسترول و تری‌گلیسیرید در این گونه افراد در مقایسه با گروه شاهد بیشتر است.[۶]

پژوهش‌های فریدمن (۱۹۶۰) نشان می‌دهد که میزان ترشح اپی‌نفرین 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 بیماری‌های غدد درون ریز دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۸۰ـ۱۳۷۹ انجام شده است و هدف از آن بررسی چگونگی ارتباط الگوهای رفتاری با بیماری دیابت است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی ـ مقطعی است. جمعیت مورد بررسی یکصد و پنجاه نفر بود که سه گروه پنجاه نفری دیابت نوع یک و دو و شاهد را در بر می‌گرفت. 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 بیمه‌های اجتماعی برگزیده شدند. محدودهٔ سنی بیماران ۴۵ـ۱۶ سال بود و حداقل دارای سواد ابتدایی 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 بیسواد بودند، از جمعیت مورد مطالعه حذف شدند.

برای سنجش الگوهای رفتاری از آزمون استاندارد فعالیت جنکینز (۱۹۶۵)[i] بهره گرفته شد. روایی و پایایی این پرسشنامه در مراکز معتبر پژوهشی دنیا تأیید شده است که سه زمینهٔ مهم رفتاری

۱. سخت‌کوشی[ii]
۲. پرشتابی[iii]
۳. ناشکیبایی[iv]

را می سنجد و دربرگیرندهٔ پنجاه و هفت پرسش در این زمینه است.[۹،۱۰]

برای تعیین معنی‌دار بودن الگوهای رفتاری میان گروه‌های مورد و شاهد از آزمون ANOVA بهره گرفته شد. داده‌ها با برنامهٔ رایانه‌ای SPSS از نظر آماری تجزیه و تحلیل شد که شرح آن در بخش نتایج ارایه شده است.

یافته‌ها

جمعیت مورد پژوهش سه گروه پنجاه نفری (دیابت نوع یک و دو و شاهد) بود که از این تعداد هشتاد نفر زن بودند.

محدودهٔ سنی گروه یک ۱۶ تا ۴۵ سال با میانگین سنی ۳۰/۷۲ و انحراف معیار ۹/۵۲ بود و محدودهٔ سنی گروه دو

i- Standard Jenkins activity survey
ii- Hard driving
iii- Job involvement
iv- Speed – impatience

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

۲۸ تا ۴۵ سال با میانگین سنی ۳۹/۷۶ و انحراف معیار ۵/۰۲ بود. میانگین سنی افراد گروه شاهد ۳۰/۸۶ با انحراف معیار ۷/۲۶ بود که محدودهٔ سنی ۴۵-۲۰ 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 ۲۹/۴٪ مردان و ۴۸/۵٪ 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 مقایسهٔ گروه مبتلا به دیابت نوع یک با شاهد تفاوت معنی‌دار وجود داشت (p=۰/۰۳۷). ولی تفاوت میان گروه مبتلا به دیابت نوع دو با شاهد معنی‌دار نبود (p=۰/۲۲۹).

بحث

پژوهش حاضر نشان می‌دهد که احتمال دارد الگوی رفتاری A در بروز یا تشدید بیماری دیابت نقش داشته باشد. پژوهشگران بر این باورند که الگوی رفتاری A به تنهایی عنصری آسیب‌زا برای تندرستی است.[۱۱] آشکار است که تعامل چنین عناصر شناختی و عوامل سبب‌ساز دیابت در چگونگی و پیش آگهی این بیماری سهیم خواهند 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 توانایی‌هاست. هنگامی که فشارهای محیطی به گونه‌ای توانایی مهار محیط را کاهش می‌دهند، الگوهای رفتاری A آشکارتر می‌شوند که به نظر می‌رسد نمایانگر نوعی تلاش همه جانبه برای ایجاد دوبارهٔ 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 روشن است، بلکه مانعی نیز بر راه تلاش است. افراد دارای الگوی رفتاری A به گونه‌ای فعال، آگاهی خود را از محرک‌هایی که سر راه اجرای تکالیف آنهاست، پنهان می‌دارند و گاهی ممکن است حتی نشانه‌های یک حملهٔ قلبی قریب الوقوع را نیز نادیده بگیرند. اثرات چنین الگوهای رفتاری سبب می‌شود که افراد دارای الگوی رفتاری A در برابر تجربهٔ درماندگی، 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 دربارهٔ 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 اثرپذیر است.[۱۴] پژوهش‌های اورنیتس اثر برخی محرک‌های محیطی و الگوهای رفتاری را در راه‌اندازی ژن‌ها تأیید می‌کند.[۱۵]

برخی پژوهش‌ها که بر پایهٔ واکنش ترشحی سیستم ایمنی در پاسخ به استرس استوار است، نشان می‌دهد که میزان ایمونوگلوبولین ترشحی IGA از بزاق 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 عمدهٔ پزشکی در قرن بیست و یکم، نگرش درمانی رو به فزون کاهش‌گر[i] به بیماری‌های روان - تنی است، یعنی اختلالات جسمانی را در سمتی و روانشناختی 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 روانشناختی برای مواردی کاربرد پیدا می‌کنند که بیماری منشأ روانی دارد. در حالی که هر کدام از اینها با

i- Reductionism

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

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

سپاسگزاری

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

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 artry 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.
۱۲. رضوانی احمد. در ترجمهٔ نظریه‌های شخصیت، کارور اس‌سی، شی‌یر اف م. چاپ اول. مشهد: معاونت فرهنگی آستان قدس رضوی، ۱۳۷۵، صفحات ۲۲۳-۲۱۳.
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.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]