



دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی

بررسی پیش بینی سازگاری روانی اجتماعی با بیماری بر اساس مولفه های
کانون کنترل سلامت در بیماران دیابتی نوع II در شهرستان شیراز

توسط

ساره رئوفی

استاد راهنما :

دکتر عبدالعزیز افلاک سیر

اسفند ۹۱

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

به نام خدا

اظهارنامه

اینجانب ساره رئوفی (۸۸۰۳۷۴) دانشجوی رشته روانشناسی بالینی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی ، اظهار می دارم که این پایان نامه حاصل پژوهش خودم بوده و در جاهایی که از منابع دیگران استفاده کرده ام ، نشانی دقیق و مشخصات کامل آنها را نوشته ام . همچنین اظهار می نمایم که تحقیق و موضوع پایان نامه ام تکراری نیست و تعهد می نمایم که بدون مجوز دانشگاه دستاوردهای آن را منتشر ننموده و یا در اختیار غیر قرار ندهم . کلیه حقوق این اثر مطابق با آیین نامه مالکیت فکری و معنوی متعلق به دانشگاه شیراز است.

نام و نام خانوادگی : ساره رئوفی

تاریخ و امضا :

به نام خدا

بررسی پیش بینی سازگاری روانی اجتماعی با بیماری بر اساس مولفه های کانون کنترل سلامت در

بیماران دیابتی نوع II در شهرستان شیراز

به کوشش:

ساره رئوفی

پایان نامه

ارائه شده به تحصیلات تکمیلی دانشگاه به عنوان بخشی

از فعالیت های تحصیلی لازم برای اخذ درجه کارشناسی ارشد

در رشته :

روانشناسی بالینی

از دانشگاه شیراز

شیراز

جمهوری اسلامی ایران

ارزیابی شده توسط کمیته پایان نامه با درجه :.....

دکتر عبدالعزیز افلاک سیر ، استادیار بخش روانشناسی بالینی (رئیس کمیته).....

دکتر فرهاد خرمايي ، استادیار بخش روانشناسی بالینی.....

دکتر جواد ملازاده ، استادیار بخش روانشناسی بالینی.....

اسفند ۱۳۹۱

تقدیم به

پدر و مادر عزیزم

سپاسگزاری

اکنون که این پایان نامه ، با لطف و عنایت حضرت حق به پایان رسیده است ، خداوند مهربان را شاکرم و بر خود لازم می دانم از سرقدرشناسی ، سپاسگزار دوستان و عزیزانی باشم که در طی این طریق همراهم بوده اند . در این راستا از استاد گرانقدرم جناب آقای دکتر افلاک سیر که راهنمایی این پایان نامه را به عهده گرفتند ، تشکر می کنم. همچنین از اساتید محترم مشاور در این پایان نامه ، جناب آقای دکتر خرمایی و جناب آقای دکتر ملازاده کمال تشکر را دارم . همچنین ، از تمامی دوستان و همکارانی که مرا در اجرای این پژوهش یاری نمودند .

چکیده

بررسی پیش بینی سازگاری روانی اجتماعی با بیماری بر اساس مولفه های کانون کنترل سلامت در بیماران دیابتی نوع II در شهرستان شیراز

دیابت یکی از شایع ترین بیماری های مزمن عصر حاضر است که بروز و شیوع آن در دنیا و ایران به طور فزاینده ای در حال افزایش است. عوامل روانی و نگرش، نقش عمده ای را در سازگاری با بیماری دیابت به عهده دارند. از این رو پژوهش حاضر به بررسی نقش کانون کنترل سلامت در سازگاری با این بیماری پرداخته است. در پژوهش حاضر تعداد ۱۱۸ نفر به روش نمونه گیری در دسترس از بین کسانی که به کلینیک دیابت درمانگاه شهید مطهری شهر شیراز مراجعه کرده بودند برگزیده شدند. اطلاعات از طریق دو پرسش نامه کانون کنترل سلامت (MHLC) و پرسشنامه سازگاری روانی اجتماعی با بیماری (PAIS) جمع آوری شد. پس از تحلیل داده ها نتایج پژوهش نشان داد که بین سازگاری با بیماری و کانون کنترل درونی سلامت، رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. مولفه ی کانون کنترل درونی سلامت ارتباط مثبت و معنادار با خرده مقیاس های محیط اجتماعی، روابط خانوادگی و جهت گیری مراقبت بهداشتی دارند. مولفه ی کانون کنترل اعتقاد به خدا قابلیت پیش بینی مثبت و معنادار خرده مقیاس محیط خانه را دارد. همچنین بر اساس یافته های پژوهش، مولفه کانون کنترل درونی بیشترین سهم را در پیش بینی سازگاری روانی اجتماعی با بیماری بر عهده دارد. همچنین در این پژوهش، بین کانون کنترل شانس و کانون کنترل قدرت-دیگران با سازگاری با بیماری رابطه معناداری یافت نشد. به طور کلی یافته ها نشانگر وجود ارتباط و همبستگی معنادار بین کانون کنترل سلامت و سازگاری با بیماری است. بدین معنی که گرایش به کانون کنترل درونی سلامت باعث افزایش سازگاری با بیماری می شود.

واژگان کلیدی: کانون کنترل سلامت، سازگاری روانی اجتماعی با بیماری، دیابت II، MHLC، PAIS.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱۲	کلیات.....
۱۳	مقدمه.....
۱۵	۲-۱- بیان مسئله.....
۱۵	۳-۱- اهداف تحقیق.....
۱۶	۴-۱- ضرورت و اهمیت تحقیق.....
۱۶	۵-۱- سوالات تحقیق.....
۱۷	۶-۱- فرضیه های تحقیق.....
۱۷	۷-۱- تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها.....
۱۹	فصل دوم.....
۱۹	مبانی نظری و پیشینه تحقیق.....
۲۰	۲- مبانی نظری و تحقیقات پیشین.....
۲۰	۱-۲- مبانی نظری.....
۲۰	۱-۱-۲- بیماری دیابت.....
۲۱	انواع دیابت.....
۲۱	همه گیرشناسی دیابت.....
۲۲	سبب شناسی دیابت.....
۲۳	عوارض دیابت.....
۲۳	۲-۱-۲- عوامل خطر در دیابت نوع دو و مراقبت از خود.....
۲۴	۱-۲-۱- کاهش وزن و دیابت.....
۲۶	۲-۲-۱-۲- فعالیت های بدنی و دیابتی.....

۲۶	..... تغذیه صحیح و دیابت ۳-۲-۱-۲
۲۷	..... استرس و دیابت ۴-۲-۱-۲
۲۸	..... عوامل روانشناختی مؤثر بر رفتارهای مراقبت از خود در دیابت ۳-۱-۲
۲۸	..... حمایت اجتماعی ۱-۳-۱-۲
۳۱	..... خود کارآمدی ۲-۳-۱-۲
۳۳	..... الگوهای شخصی ۳-۳-۱-۲
۳۳	..... نظریه مهار سلامت ۲-۲
۳۴	..... الگوی سازگاری ۳-۲
۳۴	..... سازگاری با بیماری مزمن
۵۸	..... طرح تحقیق و بیان متغیرها ۳-۳
۵۹	..... ابزار های پژوهش ۴-۳
۵۹	..... ۱-۴-۳. مقیاس کانون کنترل سلامت (MLC)
۶۲	..... ۲-۴-۳. مقیاس سازگاری روانی اجتماعی با بیماری (PAIS)
۶۳	..... ۵-۳. روش اجرا
۶۳	..... ۶-۳. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
۶۴	..... فصل چهارم
۶۴	..... یافته‌های پژوهش
۶۵	..... ۴-۱. ارائه نتایج و تحلیل یافته ها
۶۵	..... مقدمه
۶۵	..... یافته های جمعیت شناختی
۶۵	..... ۴-۱-۱. یافته‌های توصیفی
۶۷	..... ۴-۲-۱. یافته‌های استنباطی
۷۸	..... فصل پنجم

۷۸	..... بحث و نتیجه گیری
۷۹	..... ۵- بحث و نتیجه گیری
۷۹	..... ۱-۵- مقدمه
۷۹	..... ۲-۵- بحث در مورد یافته ها
۸۶	..... ۳-۵- دلالت های ضمنی
۸۸	..... ۴-۵- محدودیت های پژوهش
۸۸	..... ۵-۵- پیشنهادات پژوهش
۸۹	..... منابع
۸۹	..... الف. فارسی
۹۱	..... ب. انگلیسی
۱۰۰	..... پیوست ها

فصل اول

کلیات

با سپری شدن زمان در قرن ۲۱، بیشتر شاهد جهانی شدن، تغییر در سبک زندگی مردم و صنعتی شدن هستیم که یکی از نتایج این پیشرفت‌ها تغییر در الگوی بیماری‌هاست. امروزه به سبب پیشرفت علمی و پزشکی، بیماری‌های عفونی جای خود را به بیماری‌های مزمنی چون سرطان، بیماری‌های قلبی، و دیابت داده است (نارین^۱ و همکاران، ۲۰۰۰). در حال حاضر مردم، با مشکلات پزشکی مزمنی زندگی می‌کنند که در گذشته از عوامل تهدیدکننده حیات به شمار می‌رفت. ارتقای روشهای درمانی موجب شده تا مردم از طول عمر بالایی برخوردار شوند ولی این امر به نوبه خود شیوع بیماری‌های مزمن را در بین آنها افزایش داده است (وایت^۲، ۲۰۰۱). دیابت نوع II بیماری مزمن و غیر واگیرداری است که با ایجاد مشکل در سوخت و ساز گلوکز، چربی و پروتئین ظاهر شده و باعث صدمه به ارگان‌های مختلف فرد مبتلا می‌شود و به عنوان یک بیماری شایع در هزاره سوم مطرح شده است و به دلایل متعددی از جمله شیوع بیماری، میزان عوارض، مرگ و میر ناشی از بیماری و هزینه‌های بسیار هنگفت توجه سیستم بهداشتی-درمانی را به خود معطوف نموده است. مطالعات نشان دادند که بیماری دیابت می‌تواند بر روی عملکرد فیزیکی، توسعه عوارض، وضعیت روحی و روانی، ارتباطات فردی، خانوادگی و اجتماعی تاثیر منفی داشته باشد (لاستمن^۳ و همکاران، ۲۰۰۰). دیابت نوع I و نوع II دو شکل اصلی این بیماری هستند. تقریباً ۸۵ تا ۹۰ درصد افراد دیابتی به دیابت نوع II مبتلا می‌باشند. در سبب شناسی دیابت نوع I بیشتر عفونت‌ها، ژنتیک و اختلال سیستم ایمنی مطرح است، در حالی که در بروز دیابت نوع II نقش عوامل محیطی نظیر چاقی، تحرک بدنی کم، مصرف غذاهای با چربی و کالری بالا، فشارخون و کلسترول بالا، حاملگی و

¹ Narayan

² White

³ Lustman

استرس برجسته می باشد (برونر و سودارث^۱ ، ۲۰۰۸ ، ترجمه نوقابی و نیری ، ۱۳۸۶) . در واقع می توان گفت دیابت نوع II یک بیماری است که به شدت با سبک زندگی مرتبط است و مولفه های رفتاری و هیجانی بسیار قوی دارد تا جایی که برخی صاحب نظران همچون گلاسگو^۲ (۱۹۹۷) آنرا در حقیقت یک مسئله رفتاری قلمداد می کند (به نقل از اسنوک^۳ و اسکینر^۴ ، ۲۰۰۶) . بنابراین انتظار می رود که تغییر در شناخت ها ، باورها و نگرش های افراد به ایجاد یک سری تغییرات رفتاری در جهت افزایش رفتارهای خود مراقبتی منجر شود . رفتار خود مراقبتی یک مفهوم کلیدی در ارتقای سلامت است و هرگونه اقدامی که برای افزایش و نگهداری سطح سلامتی و خود شکوفایی فرد و یا گروه صورت می گیرد ، اشاره دارد (ریچتر^۵ و همکاران ، ۱۹۸۷) . پالانسکی^۶ و همکاران (۱۹۹۲) معتقدند که عوامل روانی و نگرش نقش عمده ای را در کنترل دیابت به عهده دارند . تحقیقات نشان می دهد افرادی که نگرش منفی نسبت به بیماری خود دارند و آنرا جدی ، غیر قابل کنترل و مزمن می دانند ، بسیار منفعلانه عمل می کنند ، عملکرد اجتماعی بسیار ضعیفی داشته و ناتوانایی های زیادی از خود بروز می دهد (وایت ، ۲۰۰۱) . در حقیقت واکنش افراد از برداشت موقعیت ها متأثر از برداشت ها و ارزیابی شناختی آنها از آن موقعیت هاست . در بیماری دیابت نیز که نیازمند مشارکت بیمار در فرآیند درمان می باشد ، پیامد درمان به باورهای بهداشتی بیمار و درک وی از بیماری وابسته است . طبق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۷ تعداد مبتلایان به دیابت ۱۲۴ میلیون نفر بود که در سال ۲۰۰۰ این تعداد به ۱۷۱ میلیون نفر رسیده و در صورت عدم به کارگیری راهبردهای مناسب ، پیشگیری و درمان ، این میزان در سال ۲۰۳۰ به ۳۶۶ میلیون نفر افزایش خواهد یافت . پژوهشگران در سال ۲۰۰۵ شیوع دیابت در ایران را ۷/۷ درصد (۸/۳ در زنان و ۷/۱ در مردان) گزارش کرده اند . بر اساس مطالعه ی استقامتی وهمکاران (۲۰۰۷) ، شیوع دیابت در ایران در سال ۲۰۰۷ حدود ۸/۷ درصد (۹/۲ در زنان و

¹ Brunner & Suddarth

² Glasgow

³ Snoek

⁴ Skinner

⁵ Richter

⁶ Polonsky

۷/۵) در مردان بوده است. در ایران برآوردها متفاوت بوده و شیوع دیابت از ۴/۲ تا ۱۵/۹٪ متغیر است. قریب به ۳ تا ۴ میلیون بیمار مبتلا به دیابت در ایران وجود دارد و این بیماری در کل جمعیت به طور متوسط شیوعی معادل ۲-۳٪ و در افراد بالای ۳۰ سال ۷/۳٪ شیوع دارد. دیابت نهمین علت مرگ در زنان و شانزدهمین علت مرگ در مردان محسوب می شود. این امر نشان دهنده ی روند رو به رشد میزان شیوع این بیماری است. به طور کلی بر اساس پژوهشی که توسط جی-شاو روی برآورد جهانی دیابت بین سال های ۲۰۱۰ تا ۲۰۳۰ بین ۲۱۶ کشور جهان انجام گرفت ، چنین حاصل گردید که شیوع دیابت در بالغین ۲۰-۷۹ ساله جهان از ۶/۹ درصد در سال ۲۰۱۰ به ۷/۷ در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید . بر اساس یافته های مطالعه ی آنها میزان شیوع دیابت در مناطق شهری و در زنان بالاتر از میزان شیوع آن در مناطق روستایی و مردان است. شایع ترین نوع دیابت ، دیابت II می باشد که به طور تقریبی در میان ۹۰ درصد بیماران دیابتی رایج است. قابل ذکر است که طبق گزارش کارشناس دیابت دانشگاه علوم پزشکی شهر شیراز در شهر شیراز از هر ده نفر یک نفر به بیماری دیابت مبتلا است . بنابراین به نظر می رسد که موضوع دیابت و عوارض ناشی از آن و راهکارهای مقابله و کنترل این بیماری از اهمیت بسیاری برخوردار است.

۲-۱- بیان مسئله

به طور کلی یکی از عوامل سازگاری روانی- اجتماعی با بیماری در بیماران دیابتی II ممکن است کانون کنترل سلامت در این افراد باشد. با توجه به اینکه دیابت یکی از بیماری هایی است که بدون در نظر گرفتن عوامل روانی نمی توان امید به بهبود و سازگاری با بیماری داشت ، از این رو در پژوهش حاضر با بررسی نقش مولفه های کانون کنترل سلامت در سازگاری روانی اجتماعی با این بیماری ، به این سوال پاسخ می دهیم.

۳-۱- اهداف تحقیق

- بررسی نقش پیش بینی کانون کنترل قدرت -دیگران در سازگاری روانی- اجتماعی با بیماری دیابت نوع II

- بررسی نقش پیش بینی کانون کنترل درونی در سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری دیابت
نوع II

- بررسی نقش پیش بینی کانون کنترل شانس در سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری دیابت
نوع II

- بررسی نقش پیش کانون کنترل اعتقاد به خدا در سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری
دیابت نوع II

۴-۱- ضرورت و اهمیت تحقیق

دیابت به عنوان یک بیماری مزمن ، از نظر مدیریت بیماری و لزوم خودمدیریتی ، پیچیده ترین بیماری محسوب می شود. ۹۵ درصد مراقبت و درمان دیابت در افراد بزرگسال توسط خود بیمار انجام می شود (مدیریت شخصی). بنابراین ، مهم است که خود فرد ، مرکز کنترل و تصمیم گیری در درمان روزمره ی بیماری خود باشد. در افراد دارای کنترل ضعیف و مشکلات مقابله ، تا زمانی که مسائل روانشناختی مشخص نشده اند ، آموزش و ابزارهای مدرن مدیریت دیابت موثر نخواهد بود. بنابراین دیابت در قلب مسائل رفتاری است و عوامل اجتماعی و روانشناختی نقش حیاتی در مدیریت دیابت دارند . با علم به اینکه مدیریت دیابت پیچیده است و عواملی بجز مراقبت از خود می توانند اثر منفی بر کنترل قند خون داشته باشند ، تعیین عوامل روانی - اجتماعی موثر بر کنترل مناسب قند خون ، نقش مهمی در درمان روانشناختی بیماران ، افزایش مراقبت از خود ، پیشگیری از عوارض بیماری ، ارتقای کیفیت زندگی بیماران وسازگاری روانی اجتماعی با بیماری دارد . این امر مستلزم رویکردی جامع به دیابت و عوامل تاثیر گذار بر آن است .

۵-۱- سوالات تحقیق:

۱- آیا کانون کنترل قدرت- دیگران پیش بینی کننده سازگاری روانی اجتماعی در بیماران دیابت نوع II می باشد؟

۲- آیا کانون کنترل شانس پیش بینی کننده سازگاری روانی اجتماعی در بیماران دیابت نوع II می باشد؟

۱-۶- فرضیه های تحقیق

۱- پیش بینی می شود بین کانون کنترل درونی و سازگاری روانی اجتماعی با بیماری دیابت نوع II رابطه مثبت معنادار وجود داشته باشد .

۲- پیش بینی می شود بین کانون کنترل اعتقاد به خداوند و سازگاری روانی اجتماعی با بیماری دیابت نوع II رابطه مثبت و معنادار وجود داشته باشد.

۱-۷- تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

کانون کنترل سلامت

تعریف مفهومی: کانون کنترل سلامت در واقع درجه اعتقاد فرد به این امر است که سلامت او تحت کنترل عوامل درونی است یا عوامل بیرونی . کسانی که کانون کنترل سلامت از نوع درونی دارند به این امر معتقدند که پیامد ها و حوادث معین در نتیجه رفتار و اعمال خود آنها می باشد و تعیین کننده سلامتی آنها به طور مستقیم اعمال و رفتارهای آنان می باشد . در عوض کسانی که کانون کنترل سلامت از نوع بیرونی دارند به این امر معتقدند که پیامد های معین و حوادث رخ داده در زندگی آنها به واسطه نیروهایی مانند پزشکان ، شانس و ... تعیین می گردند (والستون^۱ ، والستون ، دولیس^۲ ، ۱۹۷۸) .

تعریف عملیاتی : بر حسب نمره ای که فرد از فرم C مقیاس چند وجهی کانون کنترل سلامت می گیرد ، تعریف می شود . این مقیاس شامل چهار مولفه کانون کنترل دونی ، شانس ، پزشک و اعتقاد به خداوند است.

¹ Wallston

² Devellis

سازگاری روانی اجتماعی با بیماری

تعریف مفهومی: سازگاری پاسخ به تغییرات محیط است که اجازه می دهد یک ارگانیسم به طور مناسب تری با آن تغییرات سازش یابد. در روانشناسی سازگاری به حالت مطلوب یا نقطه نهایی^۱ اشاره دارد. سازگاری با بیماری، فرآیند حفظ نگرش مثبت نسبت به خود و جهان علی رغم مشکلات جسمی است (شارپ و کوران^۲، ۲۰۰۶). در پژوهش حاضر سازگاری بیماران بر حسب نمره آنها در مقیاس سازگاری روانی اجتماعی نسبت به بیماری سنجیده شد (دروگتیس و دروگتیس^۳، ۱۹۹۰).

تعریف عملیاتی: براساس نمره ای که فرد در مقیاس سازگاری روانی- اجتماعی با بیماری (PAIS) می گیرد تعریف می شود.

1. end point

2. Sharpe, L., & Curran, L.

3. Derogatis, L., & Derogatis, M. F.

فصل دوم

مبانی نظری و پیشینه تحقیق

۲- مبانی نظری و تحقیقات پیشین

۲-۱ مبانی نظری

۲-۱-۱- بیماری دیابت

دیابت ملیتوس یکی از چالش های عمده بهداشت، از لحاظ هزینه، میزان مرگ و میر و شیوع آن در کشورهای صنعتی از قبیل آمریکا است (گاندر- فردریک، کاکس و کلارک^۱؛ ۲۰۰۲). از آنجا که یک ششم هزینه های مراقبت از سلامت صرف درمان دیابت می شود می توان برآورد که سالانه در مجموع در حدود ۱۳۰ میلیارد دلار برای هزینه های مستقیم و غیر مستقیم صرف می شود. دیابت به عنوان هفتمین علت عمده مرگ و میر در آمریکا رده بندی می شود (هوغان ، دال و نیکولوف^۲، ۲۰۰۳؛ سارافینو^۳ ۲۰۰۶).

دیابت ملیتوس اختلال غدد درون ریز است که با ایجاد مشکل در سوخت و ساز گلوکز، چربی و پروتئین ظاهر می شود و به طور ویژه شامل اختلال هایی در تولید و استفاده از هورمون لوزالمعده ای ، یعنی انسولین است که برای سوخت و ساز گلوکز ضروری است . دیابت نوع دو، ماحصل فرآیندی دوگانه و مداوم مقاومت کبد، ماهیچه ها، و بافت چربی در مقابل انسولین و اختلال در ترشح انسولین است. در فردی که تحمل انسولین آسیب دیده (IGT) دارد در طول این فرآیند ابتدا ترشح انسولین در حین غذا خوردن کاهش می یابد (پارتلی و ویر^۳، ۲۰۰۲). بعد از صرف غذا سطح بالای قند خون به خودی خود ممکن است به همراه کمبود اولیه ی ترشح انسولین به تخریب تدریجی و پیشرونده ی سلول های بتا منجر شود و چرخه ی معیوبی را به وجود آورد . ملاک اولیه ی تشخیص دیابت عبارت است از سطح بالا و نابهنجار گلوکز در جریان خون که هایپرگلیسمی^۴ یا قند خون بالا نامیده میشود.

¹.Gonder-Fredrick, Cox, .&Clarke

².Hogan, Dall&Nikolov

³.Pratley&Weyer

⁴.Hyperglycemia

انواع دیابت

به لحاظ سبب شناختی، دو نوع متمایز دیابت وجود دارد. دیابت ملیتوس نوع یک و دو. چنانچه دیابت حاملگی و دیابت همراه با دیگر بیماری‌ها را به دیابت‌های نوع یک و دو اضافه کنیم به چهار نوع دیابت دست خواهیم یافت. دیابت ملیتوس نوع یک، که قبل‌ها به عنوان دیابت «وابسته به انسولین»^۱ یا «آغاز نوجوانی»^۲ شناخته می‌شود، نوعی بیماری است که با شروع زودهنگام رابطه دارد به طوری که به عنوان مثال در میان کودکان، نوجوانان و بزرگسالان جوان تشخیص داده می‌شود. دیابت ملیتوس نوع دو، با عنوان دیابت «غیر وابسته به انسولین»^۳ شناخته می‌شود که به طور تقریبی در میان ۹۰ درصد بیماران دیابتی رایج است (گاندر- فردریک و همکاران، ۲۰۰۲). دیابت ملیتوس نوع دو، به طور معمول با سن و چاقی رابطه دارد، به عنوان نمونه در میان افراد میانسال و پیر تشخیص داده می‌شود. در واقع بررسی‌های همه‌گیرشناسی جدید رابطه روشنی را بین سن و شیوع دیابت نوع دو در آمریکا نشان داده است. به طور تقریبی ۱۱ درصد افراد ۶۵ سال به بالا و ۶ درصد کسانی که بین ۴۵ الی ۶۴ سال سن دارند مبتلا به دیابت هستند در حالی که تنها ۱/۵ درصد افراد ۱۸ تا ۴۴ سال به این بیماری مبتلا هستند (هریس^۴، ۱۹۹۸).

همه‌گیرشناسی دیابت

برآورد شده است که به طور تقریبی ۱۶ میلیون نفر شامل ۶ درصد جمعیت بزرگسال در آمریکا به دیابت مبتلا می‌شوند و نیمی از آنها بدون تشخیص باقی می‌مانند. اعداد حاضر افزایشی در خور توجه را در شیوع میزان دیابت در طول چند دهه اخیر از ۰/۳۷ درصد در سال ۱۹۳۵ با ۵/۱ درصد بین سالهای ۱۹۸۸ و ۱۹۹۹ نشان می‌دهد (مکداد و همکاران^۵، ۲۰۰۱).

شیوع جهانی دیابت نوع دو، تا حدودی در میان مردان بیشتر از زنان است، اما از آنجا که به طور عمومی امید به زندگی در زنان بیشتر است و آنها طول عمر درازتری دارند بیش از

^۱.Insulin dependent

^۲. Juvenile onset

^۳. Noninsulin dependent

^۴.Harris

^۵.Mokdad, Ford, Bowman, Nelson, Engelgau, et al.