مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی بیست و هفتم، شماره‌ی ۱، صفحه‌های ۱۰ ـ ۱ (۱۴۰۴)

مقاله‌ی پژوهشی

بررسی شیوع دیابت، خوددرمانی دیابت و انواع و علل آن در شهر کاشان

دکتر علی فخری

مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان ایران. **نشانی مکاتبه با نویسنده مسئول:** کاشان، کیلومتر ۵ جاده راوند، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، دانشکده بهداشت، دکتر علی فخری؛
e-mail: fakhri-a@kaums.ac.ir

چکیده

مقدمه: دیابت نوع ۲ ضمن شیوع بالا، عوارض زیادی نیز به همراه دارد. کنترل دیابت با مصرف داروهای کاهنده قند خون و انسولین و نیز اصلاح سبک زندگی ممکن است اما، درمان خودسرانه دیابت توسط بیماران رواج دارد که می‌تواند عوارض زیادی داشته باشد. اطلاع از شیوع این پدیده و علل آن به یافتن راه‌های برخورد با این پدیده کمک می‌کند. مواد و روش‌ها: با بررسی ۲۲۸۰ نمونه طی نمونه‌گیری خوشه‌ای از شهر کاشان، شیوع دیابت، عوامل زمینه‌ای مرتبط، شیوع خوددرمانی و انواع و علل آن، به استناد خوداظهاری، سنجیده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توسط نرم‌افزار **SPSS** تحلیل شد. یافته‌ها: شیوع دیابت نوع ۲ در بین بزرگسالان شهر کاشان ۱۲/۶۳ ٪ بود. تفاوت معنی‌داری از نظر سن، جنس، سطح تحصیلات، تاهل و وضعیت شغلی مشاهده شد (**P<۰/۰۰۱**). شیوع خودرمانی ۶۲/۱۵ ٪ محاسبه شد. ارتباط آماری بین خوددرمانی دیابت با متغیرهای زمینه‌ای جنس، گروه‌های سنی و تحصیلات دیده نشد. خوددرمانی در افراد متأهل (**P=۰/۰۲۸**) و شاغل (**P=۰/۰۰۳**) بیشتر بود. رایج‌ترین روش‌های خوددرمانی دیابت شامل مصرف فرآورده‌های گیاهی و پس از آن درمان بیماری با تجدید نسخه، بدون مشاوره پزشک بود. هزینه بالای دارو، آزمایش‌ها، معاینه توسط پزشک و پرداخت بخش کوچکی از هزینه‌ها از سوی سازمان‌های بیمه‌گر، رایج‌ترین علل روی آوردن به خوددرمانی بودند. نتیجه‌گیری: شیوع دیابت نوع ۲ و شیوع درمان خودسرانه آن در بیماران مبتلا به دیابت در کاشان بالاست که عمدتاً به علت هزینه‌های بالای درمان و کمبود پوشش خدمات بیمه است. تحقیقات آینده باید بر مداخلات مبتنی بر جامعه و ارزیابی اثربخشی برنامه‌های آموزشی در کاهش خوددرمانی متمرکز شوند.

واژگان کلیدی: دیابت نوع ۲، خوددرمانی، طب جایگزین

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۵/۲۸ـ دریافت اصلاحیه: ۱۴۰۴/۷/۱ ـ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۷/۲۷

مقدمه

دیابت نوع ۲ یکی از چهار بیماری اصلی غیرواگیر مورد توجه سازمان جهانی بهداشت است. نتایج کوهورت منتشر شده در سال ۲۰۲۱، شیوع دیابت در ایرانیان را ۱۵٪ و شیوع پیش دیابت را ۲۵/٤٪ اعلام کرده است و این در حالیست که تنها ٤۱/۲٪ از مبتلایان، قند خون کنترل شده دارند.[۱] بر اساس گزارش‌های بین‌المللی، در سال ۲۰۲۲ شیوع دیابت استاندارد شده با سن در جمعیت بالای ۳۰ سال در ایران حدود ۱۹/۷٪ بوده که بالاتر از میانگین جهانی (۱۷/٦٪) است.[۲]

عوامل خطر اصلی دیابت نوع ۲ شامل چاقی، کم‌تحرکی، رژیم غذایی ناسالم و سابقه خانوادگی است که با تغییر سبک زندگی قابل پیشگیری هستند. عوارض دیابت گرچه رو به کاهش گزارش می‌شود، شامل بیماری‌های قلب عروقی، رتینوپاتی، زخم پای دیابتی و مشکلات کلیوی است که بار اقتصادی و اجتماعی قابل‌توجهی بر مجموعه بهداشتی کشور تحمیل می‌کند. راه‌های کنترل دیابت نیز شامل مدیریت

دارویی (مانند مصرف متفورمین یا انسولین)، اصلاح سبک زندگی (تغذیه سالم و فعالیت بدنی) و غربالگری منظم برای پیشگیری از عوارض است.[۳] با این حال، گاهی به دلیل محدودیت‌های دسترسی به خدمات درمانی، بیماران به درمان خودسرانه با روش‌های جایگزین؛ مثل استفاده از فرآورده‌های گیاهی، روی می‌آورند. این رفتار خوددرمانی نامیده می شود و می‌تواند علت کنترل نامناسب قند خون باشد.[۴]

مطالعات زیادی به موضوع خوددرمانی در افراد مبتلا به دیابت پرداخته‌اند. برخی از آن‌ها خوددرمانی به طور کلی یعنی درمان خودسرانه بیماری‌ها نظیر سرماخوردگی را در افراد مبتلا به دیابت سنجیده اند که با درمان خودسرانه بیماری دیابت توسط فرد مبتلا به آن فرق دارد. خوددرمانی مطابق اولین تعریفی که سازمان بهداشت جهانی ارائه کرده است، انتخاب و استفاده از دارو توسط افراد برای درمان یا رفع علائم بیماری است که خود فرد تشخیص داده است.[۵] مطالعات زیادی شیوع این نوع خوددرمانی کلی را در جمعیت‌ها بررسی کرده‌اند. از این نحوه خوددرمانی تعاریف گوناگونی در مطالعات دیده می‌شود که این تعاریف با توجه به تفاوت در فرایند به دست آوردن دارو، مشاوره نداشتن با متخصصین سلامت، نوع منبع درمان و علت خوددرمانی، متفاوت هستند.[۶] تنوع در تعریف خوددرمانی انگیزه‌ای برای انجام یک مطالعه مروری در سال ۲۰۲۲، با حدود ٦٥ منبع حاوی تعاریف مختلف از خوددرمانی بوده است.[۷] بر اساس نتایج مطالعه فراتحلیل انجام شده، شیوع خوددرمانی کلی در جمعیت ایرانی ۵۳٪ ذکر شده است.[۸]

اما خوددرمانی مد نظر مطالعه ما، درمان بیماری دیابت به صورت خودسرانه توسط فرد مبتلا به دیابت است که شامل انواع خوددرمانی از قبیل حداقل یک بار تجدید نسخه بدون مشورت پزشک، مصرف گیاهان و سایر انواع خوددرمانی دیابت طی ۳ ماه گذشته می‌شود. به دلیل ثبت نشدن اطلاعات مربوط به رفتارهای خوددرمانی بیماران، نظام سلامت آگاهی کاملی از این رفتار ندارد؛ هر چند مطالعات پراکنده، بالا بودن شیوع آن را بیان کرده‌اند.[۹،۱۰] حال با عنایت به موفقیت‌های نظام سلامت در کنترل نسبی دیابت،[۱۱] لازم است برای برخورد مناسب با این پدیده نیز، که می‌تواند عوارض جدی در پی داشته باشد،[۱۲] درباره شیوع، چگونگی و علل آن در مناطق مختلف بررسی‌های لازم صورت پذیرد. هدف ما از طراحی و اجرای این پژوهش بررسی شیوع خوددرمانی بیماری دیابت در بیماران مبتلا، نحوه آن و نیز علل این رفتار در شهر کاشان بود. از آنجا که مطالعه روی بیماران مبتلا به دیابت دارای پرونده در درمانگاه‌های دیابت ممکن است نتایج را دچار خطا کند، در این مطالعه، جمع‌آوری اطلاعات به صورت میدانی مد نظر قرار گرفته و لذا در محاسبه شیوع دیابت، موارد خود اظهاری لحاظ شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه بخشی از یک مطالعه بزرگتر برای بررسی خود درمانی در بیماران مبتلا به فشار خون بالا، دیابت و چربی خون بالا در سال‌های ۱۳۹۸ تا ۱٤۰۲ در شهر کاشان است. حجم نمونه به استناد شیوع فشارخون بالا و شیوع خوددرمانی در مبتلایان به آن، ۲۵۰۰ نفر محاسبه و با ملاحظه احتمال ریزش، ۳۰۰۰ نفر مد نظر قرار گرفت. نمونه‌گیری چند مرحله‌ای به صورت خوشه‌ای انجام شد. از ۳۲ مرکز جامع خدمات شهری، ۱۰ مرکز به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس با مراجعه به نقشه منطقه تحت پوشش این مراکز، هر منطقه به ۳۰ خوشه تقسیم و از هر خوشه ۱۰ خانه به صورت تصادفی نظام‌مند (انتخاب اولین خانه به صورت تصادفی و سپس هر ۵ خانه)، مد نظر واقع شد. اعضای خانوار با سن ۳۰ سال و بالاتر واحد نمونه را تشکیل دادند. با بررسی ۱۰ نفر در هر خوشه، نمونه‌گیری از آن خوشه پایان می‌یافت. در ابتدا ضمن ثبت اطلاعات عمومی؛ ابتلا به دیابت با تشخیص پزشک و تجویز دارو مورد سؤال قرار می‌گرفت تا بر اساس خوداظهاری، افراد مبتلا به دیابت شناسایی شوند. سپس برای افرادی که به صورت خوداظهاری، خوددرمانی دیابت را مطرح می‌کردند، سوالات خوددرمانی مطرح می‌شد و برای آنان که یکی از انحاء خوددرمانی را تجربه کرده بودند، علل خوددرمانی مورد پرسش قرار می‌گرفت. با عنایت به همزمانی با شیوع بیماری کووید-۱۹، به تحلیل داده‌های دریافت شده از ۲۲۸۰ نفر از ساکنین بسنده شد.

با توجه به هدف مطالعه؛ مبنی بر محاسبه شیوع خوددرمانی در بیماران مبتلا به دیابت، برای یافتن شیوع واقعی این پدیده، از بررسی بیماران دارای پرونده در مراکز درمانی (با فرض کمتر بودن احتمال خوددرمانی آن‌ها نسبت به جامعه مبتلایان به دیابت)، پرهیز و به منازل جامعه تحت پوشش مراجعه شد. در مراجعه به منازل نیز، از بین

روش‌های مختلف، روش خود اظهاری مبنی بر تشخیص دیابت توسط پزشک و مصرف داروی ضد دیابت ملاک ابتلا به بیماری دیابت قرار گرفت. جهت جمع‌آوری اطلاعات به صورت میدانی از پرسش‌نامه استفاده شد. پیش نویس اولیه پرسش‌نامه توسط تیم پژوهش تهیه شد. تهیه دارو بدون مشورت پزشک، تجدید نسخه از طریق داروخانه بدون مشورت پزشک و مصرف گیاهان نمونه‌هایی از انواع خوددرمانی و هزینه بالای معاینه توسط پزشکان، بی‌اعتمادی به پزشکان و داشتن آگاهی و مهارت در کنترل بیماری، مثال‌هایی از علل خوددرمانی بودند. روایی پرسش‌نامه با استفاده از روایی محتوا[i] و نظرخواهی از ۱۰ کارشناس بررسی شد. مطابق روش پولیت[ii] برای محاسبه روایی محتوا برای هر پرسش، از شاخص اعتبار محتوا در سطح مورد [iii] و برای محاسبه روایی محتوی کلی ابزار، از معدل شاخص اعتبار محتوا در سطح مقیاس[iv] استفاده شد که به ترتیب با مقادیر بالای ۰/۷۸ برای پرسش‌ها و ۰/۸٤ برای محتوی کلی ابزار، مطلوب در نظر گرفته شد.[۱۳] پایایی پرسش‌نامه نیز با تکمیل آن توسط ۳۰ نفر سنجیده شد و با ضریب آلفای کرونباخ بالای ۰/۷ مورد تأیید قرار گرفت. در صورت اظهار سابقه دیابت با تشخیص پزشک، پرسش‌نامه خوددرمانی تکمیل گردید.

پس از جمع‌آوری داده‌ها، جداول فراوانی وضعیت خود درمانی و شیوع دیابت بر حسب متغیرهای زمینه‌ای ترسیم شده و آزمون‌های مربع کای و دقیق فیشر برای متغیرها انجام شد.

مجوزهای لازم برای انجام این پژوهش از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی کاشان اخذ شد و پیش نویس آن با کد IR.KAUMS.NUHEPM.REC.1397.069 به تصویب رسید.

یافته‌ها

نسبت تعداد نمونه مورد بررسی به نمونه پیش‌بینی شده ۹۱٪ بود. مشارکت‌کنندگان مطالعه بیشتر خانم‌ها بودند (۱۱۶۹ نفر معادل۵۱/۳ ٪). بیشترین گروه سنی افراد بین ۳۹-۳۰ سال و کمترین گروه سنی ۷۰ سال به بالا بودند (جدول ۱). مشارکت‌کنندگان در مطالعه عمدتاً متأهل (۱۹۸۹ نفر معادل ۷۸/۲ ٪) و بیشترین مشارکت‌کنندگان خانه‌دار و کمترین آن‌ها دانشجو بودند. هم چنین بیشتر افراد دارای تحصیلات ابتدایی بودند (۶۹۱ نفر معادل۳۰٪).

به استناد خود اظهاری مشارکت‌کنندگان، شیوع دیابت با احتساب نمونه مورد بررسی در بزرگسالان مقیم کاشان ۱۲/۶۳ ٪ بود. در این مطالعه، زنان بیشتر از مردان مبتلا به دیابت بودند (۱۴/۷ ٪). بیشترین شیوع دیابت در گروه سنی ۶۹-۶۰ (۲۷/۱ ٪) و کمترین در گروه سنی ۳۹-۳۰ دیده شد (۱/۶ ٪). در افراد بیوه (۲۵/۲ ٪) و هم چنین افراد بازنشسته (۱۸/۷ ٪) نیز ابتلا به دیابت نسبت بالاتری داشت. به‌علاوه شیوع دیابت در افراد بی‌سواد بیشترین میزان (۲۴/۷٪) و با سطح تحصیلات دانشگاهی (۶ ٪) کمترین میزان را داشت.

تفاوت معنی‌داری در شیوع دیابت در شرکت‌کنندگان از نظر جنس (P=۰/۰۰۲)، سن، سطح تحصیلات، تأهل و وضعیت شغلی مشاهده شد (P<۰/۰۰۱) (جدول ۱).

با توجه به نقش برجسته سن و جنس بر بیماری‌های غیرواگیر، با ملاحظه احتمال تأثیر پذیرفتن سطح سواد و شغل و تأهل از سن و جنس، به بررسی رابطه متقابل متغیرهای مذکور پرداخته شد. نظر به محدودیت فضا برای ترسیم جداول، مهم‌ترین یافته‌های جداول، به صورت متنی ارائه می‌گردد؛ بدین ترتیب در هر دو جنس، شیوع دیابت در بین گروه‌های سنی تفاوت معناداری داشت (P<۰/۰۰۱). در تمام سطوح تحصیلات، بیشترین شیوع دیابت در سنین بالاتر دیده شد و با طبقه‌بندی نمونه به دو گروه شاغل و غیر شاغل و نیز به دو گروه مجرد و متأهل نیز ارتباط دیابت با گروه‌های سنی پایدار ماند (P<۰/۰۰۱). اما با بررسی روابط بین این متغیرها در دو جنس مشاهده شد که در گروه‌های سنی، در دو گروه ۵۹-۵۰ سال (P=۰/۰۰۵) و ۷۰ سال و بالاتر (P=۰/۰۲۶)، از نظر ابتلا به دیابت بین دو جنس تفاوت هست. با عنایت به تأثیرپذیری ارتباط جنس با دیابت از سن، تأثیرپذیری ارتباط تحصیلات و شاغل بودن و تأهل از سن نیز بررسی شد که در هر سه مورد این ارتباط متقابل برقرار بود و در گروه‌های سنی، ارتباط بین دیابت و این سه متغیر تأیید نشد.

در میان شرکت‌کنندگان مطالعه با سابقه دیابت، ۱۷۹ نفر حداقل یک بار طی ۳ ماه گذشته اقدام به خوددرمانی کرده بودند (۶۲/۱۵٪). ارتباط آماری بین خوددرمانی دیابت با متغیرهای زمینه‌ای شامل جنس، گروه‌های سنی، شغل و

i-Content validity
ii-Polit
iii-Item level Content Validity Index
iv-Scale Content Validity Index

تحصیلات دیده نشد (P>۰/۰۵)، اما ارتباط خود درمانی دیابت با تأهل از نظر آماری معنی‌دار بود (P=۰/۰۰۷). طبقه‌بندی به دو گروه شاغل و غیر شاغل نیز معنادار بودن ارتباط آماری را نشان داد (P=۰/۰۰۳)(جدول ۲).

جدول ۱- فراوانی و درصد مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان و ابتلا به دیابت

متغیر	دسته‌بندی	تعداد (٪)	ابتلا به دیابت		مقدار P
			ندارد (٪)	دارد (٪)	
جنس	مرد	۱۱۱۱(۴۸/۷)	۹۹۵(۸۹/۶)	۱۱۶(۱۰/۴)	۰/۰۰۲
	زن	۱۱۶۹(۵۱/۳)	۹۹۷(۸۵/۳)	۱۷۲(۱۴/۷)	
سن	۳۰-۳۹	۵۷۶(۲۵/۳)	۵۶۷(۹۸/۴)	۹(۱/۶)	<۰/۰۰۱
	۴۰-۴۹	۵۲۳(۲۲/۹)	۴۸۳(۹۲/۴)	۴۰(۷/۶)	
	۵۰-۵۹	۵۱۴(۲۲/۵)	۴۳۸(۸۵/۲)	۷۶(۱۴/۸)	
	۶۰-۶۹	۳۶۹(۱۶/۲)	۲۶۹(۷۲/۹)	۱۰۰(۲۷/۱)	
	۷۰<	۲۹۸(۱۳/۱)	۲۳۵(۷۸/۹)	۶۳(۲۱/۱)	
تاهل	مجرد	۱۲۱(۵/۳)	۱۱۷(۹۶/۷)	۴(۳/۳)	<۰/۰۰۱
	متاهل	۱۹۸۹(۸۷/۲)	۱۷۴۶(۸۷/۸)	۲۴۳(۱۲/۲)	
	مطلقه	۱۵(۰/۷)	۱۳(۸۶/۷)	۲(۱۳/۳)	
شغل	بیوه	۱۵۵(۶/۸)	۱۱۶(۷۴/۸)	۳۹(۲۵/۲)	<۰/۰۰۱
	کارگر	۱۶۳(۷/۱)	۱۵۵(۹۵/۱)	۸(۴/۹)	
	کارمند	۲۲۶(۹/۹)	۲۱۸(۹۶/۵)	۸(۳/۵)	
	آزاد	۴۱۷(۱۸/۳)	۳۸۴(۹۲/۱)	۳۳(۷/۹)	
	خانه‌دار	۱۰۲۰(۴۴/۷)	۸۵۹(۸۴/۲)	۱۶۱(۱۵/۸)	
	داتشجو	۸(۰/۴)	۸(۱۰۰)	۰	
	بیکار	۳۹(۱/۷)	۳۷(۹۴/۹)	۳(۵/۱)	
	بازنشسته	۴۰۷(۱۷/۹)	۳۳۱(۸۱/۳)	۷۶(۱۸/۷)	
تحصیلات	بی‌سواد	۲۷۵(۱۲/۱)	۲۰۷(۷۵/۳)	۶۸(۲۴/۷)	<۰/۰۰۱
	ابتدایی	۶۹۱(۳۰/۳)	۵۷۰(۸۲/۵)	۱۲۱(۱۷/۵)	
	راهنمایی	۳۳۶(۱۴/۷)	۳۰۷(۹۱/۴)	۲۹(۸/۶)	
	دیپلم	۵۶۲(۲۴/۶)	۵۱۷(۹۲)	۴۵(۸)	
	دانشگاهی	۴۱۶(۱۸/۲)	۳۹۱(۹۴)	۲۵(۶)	

جدول ۲- فراوانی و درصد خوددرمانی دیابت به تفکیک عوامل دموگرافیک

متغیر	گروه‌ها	خوددرمانی		P value
		ندارد (٪)	دارد (٪)	
جنس	مرد	۴۳(۳۷/۴)	۷۲(۶۲/۶)	۰/۹۴۵
	زن	۶۵(۳۷/۸)	۱۰۷(۶۲/۲)	
گروه‌های سنی	۳۰-۳۹	۵(۵۵/۶)	۴(۴۴/۴)	۰/۰۶۲
	۴۰-۴۹	۱۰(۲۵/۶)	۲۹(۷۴/۴)	
	۵۰-۵۹	۲۷(۳۵/۵)	۴۹(۶۴/۵)	
	۶۰-۶۹	۳۴(۳۴/۰)	۶۶(۶۶/۰)	
	≥۷۰	۳۲(۵۰/۸)	۳۱(۴۹/۲)	
تاهل	مجرد	۲۵(۵۵/۶)	۲۰(۴۴/۴)	۰/۰۰۷
	متاهل	۸۳(۳۴/۳)	۱۵۹(۶۵/۷)	
شغل	شاغل	۹(۱۸/۸)	۳۹(۸۱/۳)	۰/۰۰۳
	غیر شاغل	۹۹(۴۱/۴)	۱۴۰(۵۸/۶)	
تحصیلات	بی‌سواد	۳۳(۴۸/۵)	۳۵(۵۱/۵)	۰/۰۶۳
	ابتدایی	۴۸(۳۹/۷)	۷۳(۶۰/۳)	
	راهنمایی	۷(۲۵/۰)	۲۱(۷۵/۰)	
	دیپلم	۱۱(۲۴/۴)	۳۴(۷۵/۶)	
	دانشگاهی	۹(۳۶/۰)	۱۶(۶۴/۰)	

بیشترین مورد خوددرمانی دیابت، مصرف فرآورده‌های گیاهی (مورد توصیه پزشکان ۱۱/۸ ٪ و توصیه شده توسط غیر پزشک ۲۶/۶ ٪) و پس از آن درمان بیماری با تجدید نسخه بدون مشورت پزشک (۳۰/۷ ٪) و کمترین مورد خوددرمانی نیز مصرف دارو بدون تجویز پزشک (ولی با تشخیص بیماری توسط پزشک) (۶/۶ ٪) و مراجعه به پزشک فقط با مشاهده علائم (۶/۶٪) بود. مصرف داروی دیگران به عنوان خوددرمانی دیابت ذکر نشد (جدول ۳).

جدول ۳- فراوانی انواع خوددرمانی و نسبت آن‌ها در مبتلایان به دیابت در میان بزرگسالان شهر کاشان

سوالات	همیشه (٪)	چند بار (٪)	یک‌بار (٪)	هیچوقت (٪)	مجموع حداقل یک بار خود درمانی (٪)
ادامه درمان بیماری بدون اجازه و مراجعه مجدد به پزشک	۵۳(۱۸/۵)	۳۴(۱۱/۸)	۱(۰/۳)	۱۹۹(۶۹/۳)	۸۸(۳۰/۷)
بدون تجویز پزشک پس از تشخیص بیماری	۱۱(۳/۸)	۶(۲/۱)	۲(۰/۱)	۲۶۸(۹۳/۴)	۱۹(۶/۶)
مراجعه به پزشک با مشاهده علائم	۱۲(۴/۲)	۵(۱/۷)	۲(۰/۷)	۲۶۸(۹۳/۴)	۱۹(۶/۶)
مصرف داروی تجویزی پزشک با مشاهده علائم	۳۴(۱۱/۸)	۲۱(۷/۳)	۱(۰/۳)	۲۳۱(۸۰/۵)	۵۶(۱۹/۵)
مصرف داروی دیگران*	–	–	–	–	–
مصرف گیاهان توصیه شده توسط پزشکان	۱۳(۴/۵)	۱۹(۶/۶)	۲(۰/۷)	۲۵۳(۸۸/۲)	۳۴(۱۱/۸)
مصرف گیاهان به توصیه دیگران	۲۳(۸)	۵۰(۱۷/۵)	۳(۱)	۲۱۰(۷۳/۴)	۷۶(۲۶/۶)
کنترل بیماری با تغییر شیوه زندگی	۴۷(۱۶/۵)	۲۴(۸/۴)	۳(۱/۱)	۲۱۱(۷۴)	۷۴(۲۶)

*این گزینه توسط مشارکت‌کنندگان گزارش نشد.

هزینه بالای دارو، آزمایش‌ها و معاینه توسط پزشک، هم‌چنین سهم کم بیمه‌ها در پرداخت هزینه‌ها، به ترتیب بیشترین علت اقدام افراد به خود درمانی بود. البته آگاهی و مهارت در کنترل بیماری، صرف وقت زیاد برای مراجعه به پزشک و ارجاع به پزشک متخصص نیز درصد بالایی از دلایل را به خود اختصاص می‌داد. عدم آگاهی زیاد به بیماری و عوارض و همچنین عدم اهمیت بیماری و عوارض آن کمترین علت اقدام افراد برای خود درمانی بیماری آن‌ها بیان شد (جدول ۴).

جدول ۴ – فراوانی و نسبت علل خود درمانی در بزرگسالان شهر کاشان مبتلا به دیابت

علت اقدام	فراوانی و نسبت علل اقدام به خوددرمانی دیابت	
	بله (٪)	خیر (٪)
عدم اعتمادبه پزشکان	۲۸(۱۵/۳)	۱۵۵(۸۴/۷)
عدم برخورد مناسب پزشکان	۱۹(۱۰/۴)	۱۶۳(۸۹/۶)
عوارض داروها	۳۴(۱۸/۶)	۱۴۹(۸۱/۴)
اعتیاد به داروها	۷۰(۳۸/۳)	۱۱۳(۶۱/۷)
مفید دانستن گیاهان	۶۵(۳۵/۵)	۱۱۸(۶۴/۵)
فواید سایر اقدامات درمانی	۳۴(۱۸/۶)	۱۴۹(۸۱/۴)
ویزیت گران پزشکان	۱۴۰(۷۶/۵)	۴۳(۲۳/۵)
هزینه بالای داروها	۱۴۷(۸۰/۳)	۳۶(۱۹/۷)
هزینه بالای آزمایشات	۱۴۱(۷۷)	۴۲(۲۳)
ارجاع به پزشک متخصص	۱۱۴(۶۲/۳)	۶۹(۳۷/۷)
صرف وقت زیاد برای ویزیت	۱۲۴(۶۷/۸)	۵۹(۳۲/۲)
توصیه خانواده و دوستان به شیوه درمان	۲۸(۱۵/۳)	۱۵۵(۸۴/۷)
آگاهی و مهارت در کنترل بیماری	۱۳۴(۷۳/۲)	۴۹(۲۶/۸)
عدم اهمیت بیماری و عوارض	۱۳(۷/۱)	۱۶۹(۹۲/۹)
نرسیدن آسیب به بدن در اثر بیماری	۲۳(۱۲/۶)	۱۶۰(۸۷/۴)
عدم آگاهی زیاد به بیماری و عوارض	۵(۲/۷)	۱۷۸(۹۷/۳)
سهم کم بیمه‌ها	۱۳۸(۷۵/۴)	۴۵(۲۴/۶)
غیر قابل درمان بودن بیماری	۱۸(۹/۸)	۱۶۵(۹۰/۲)

بحث

یافته‌های این مطالعه که به استناد خود اظهاری مبنی بر تشخیص توسط پزشک و مصرف داروی ضد دیابت همراه بوده است، نشان‌دهنده شیوع ۱۲/۶۳ ٪ دیابت در بزرگسالان مقیم کاشان و شیوع خوددرمانی دیابت در ۶۲/۱۵ ٪ از بیماران است که عمدتاً به صورت تکرار نسخه تجویزی پزشک بدون مشورت با او و نیز مصرف فرآورده‌های گیاهی است. علت عمده خود درمانی توسط بیماران، هزینه بالای داروها، آزمایش‌ها و معاینه توسط پزشک، همچنین سهم کم بیمه‌ها از پرداخت هزینه‌ها و در عین حال داشتن آگاهی و مهارت در کنترل بیماری عنوان شده است.

شیوع دیابت در کاشان بر اساس این مطالعه، از مقادیر منتشر شده بر اساس نظام مراقبت عوامل خطر در سال ۲۰۲۱، یعنی ۱۴/۱۵ ٪ کمتر است[۱۴] و نزدیک به نتایج گزارشی است که با تشخیص بر اساس خود اظهاری شیوع دیابت را در بالغین بالای ۲۵ سال، در مردان ۹/۶ ٪ و در زنان ۱۳ ٪ گزارش کرده است.[۱۵] شیوع محاسبه شده بر اساس فراتحلیل ۵۳ مطالعه در سال ۲۰۲۳ نیز شیوع را در مردان ۱۰/۸ ٪ و در زنان ۱۳/۴ ٪ برآورد کرده است.[۱۶]

بالاتر بودن شیوع دیابت در سنین بالاتر در این مطالعه، مشابه با نتایج مطالعات جهانی است که سن را عامل خطر دیابت می‌داند. شیوع بالاتر دیابت در زنان نسبت به مردان در گروه‌های سنی بالاتر در این مطالعه شبیه مطالعات دیگر می‌تواند به نقش محافظت‌کننده هورمون‌ها در زنان در سنین باروری یا سبک زندگی مرتبط با جنسیت گره بخورد.[۱۷-۱۹] یافته‌ها نشان داد که تفاوت معنی‌دار در شیوع دیابت بر اساس متغیرهای دموگرافیک تحصیلات، وضعیت تأهل و شغل نیز تحت تأثیر سن است.

خوددرمانی دیابت در ۶۲/۱۵٪ از بیماران مبتلا به دیابت در کاشان گزارش شد که با شهرهای دیگر متفاوت است. به طور مثال از شیوع آن در همدان (۵۰/۹ ٪) بیشتر و از شیوع در زاهدان (۸۰/۷ ٪) کمتر است. یکی از علل این تفاوت به یکسان نبودن تعریف از خوددرمانی بر می‌گردد.[۹،۱۰] خوددرمانی در مطالعه حاضر و مطالعه همدان درمان خودسرانه دیابت توسط بیماران است اما خوددرمانی در مطالعه زاهدان، خوددرمانی در بیماران مبتلا به دیابت به صورت کلی است و شامل درمان سایر بیماری‌ها نظیر سرماخوردگی توسط بیمار مبتلا به دیابت می‌شود. نکته دیگر دوره زمانی وقوع خوددرمانی است که در مطالعه حاضر خوددرمانی در سه ماه گذشته سؤال شده است، اما در دو مطالعه دیگر به این دوره اشاره نشده است. موضوع مهم دیگر تعداد دفعات اقدام به خوددرمانی است. ما در این مطالعه حداقل یک بار خوددرمانی را ملاک قرار داده‌ایم اما در دو مطالعه دیگر به این جزئیات اشاره نشده است. تنها همین سه تفاوت در تعریف خوددرمانی کافی است تا مقایسه شیوع تقریباً ناممکن باشد. مشکل تا حدی است که مرور نظام مند ۱۵۸ مطالعه، دستیابی به پرسش‌نامه واحد برای اندازه‌گیری خوددرمانی را ناموفق می‌داند.[۲۰] سانتاماریا[i] و همکاران در مرور مطالعاتی که خوددرمانی را تعریف کرده‌اند، ۱۶ اصطلاح یا متغیر متفاوت را شناسایی کرده‌اند که نویسندگان در تعریف خوددرمانی استفاده کرده‌اند.[۷] این تنوع در تعریف منجر به گزارش شیوع خوددرمانی از ۱۳٪ تا ۹۲٪ شده است. البته به جز اختلاف در تعریف خوددرمانی و روش‌های انجام پژوهش، فرهنگ متفاوت و عملکرد متفاوت نظام سلامت و نقش داروسازها و داروخانه‌ها نیز مؤثر دانسته شده است.[۶] با این همه، مقایسه شیوع خوددرمانی در مطالعه حاضر با کمترین شیوع ذکر شده یعنی ۱۳٪ که مربوط به مطالعه‌ای در کویت؛ شامل مصرف دارو و گیاهان توسط بیماران مبتلا به دیابت طی دو ماه گذشته است، می‌تواند نگرانی را متوجه مسؤولین سلامت منطقه کند. در مطالعه کویت، علت پایین بودن نسبت خوددرمانی، سیاست‌های سخت گیرانه درباره نسخه‌نویسی و پوشش فراگیر و مناسب خدمات بیمه دانسته شده است.[۲۱] بنابراین خدمات مناسب بیمه به عنوان علت پایین بودن خوددرمانی در آن مطالعه با خدمات نامناسب بیمه به عنوان علت مطرح شده برای خوددرمانی در مطالعه حاضر، هم‌خوانی دارد.

در این مطالعه خوددرمانی دیابت با سن و جنسیت ارتباطی نداشت. اما برخی مطالعات برتری جنس مؤنث[۹،۲۱،۲۲] و برتری گروه سنی متوسط[۲۲] را در خوددرمانی کلی در افراد مبتلا به دیابت تایید می‌کنند. برتری جنس مؤنث در درمان خودسرانه دیابت نیز در مطالعات مطرح شده است.[۱۰،۲۳] در مطالعه ما، با وجود برتری نسبی در گروه با تحصیلات مابین بی‌سواد و دانشگاهی، ارتباط تأیید شده آماری وجود نداشت. مطالعات دیگر نیز در بیان ارتباط خوددرمانی با سطح تحصیلات، منظر متفاوتی دارند.[۹،۱۰،۲۱،۲۲]

---

i-Santamaria

در مطالعه حاضر شیوع خوددرمانی دیابت در شاغلین بیشتر بود. در مطالعه زاهدان خوددرمانی در بیماران مبتلا به دیابت غیر شاغل بالاتر بوده است. همچنین در مطالعه ما بیماران متأهل بیشتر به خوددرمانی مبادرت کرده بودند ولی برخی مطالعات بالاتر بودن خوددرمانی در مجردها را مطرح می‌کنند.[۲۳،۲۴] ضمن پذیرفتن تأثیر عوامل اجتماعی فرهنگی بر این تفاوت‌ها، شاید تفاوت در محاسبه خوددرمانی به صورت کلی یا خوددرمانی دیابت بر نتایج اثر گذاشته باشد. خوددرمانی بیشتر در شاغلین را نیز شاید بتوان در این دانست که سطح سواد این دسته افراد بالاتر است و آگاهی و مهارت خود را برای این کار کافی می‌دانند؛ ضمن این‌که به استناد تعریف سازمان بهداشت جهانی که سواد سلامت را حاصل فعالیت‌ها و تعاملات بیشتر می‌داند،[۲۵] بالا بودن سواد سلامت در شاغلین و متأهلین قابل توجیه است.

در مطالعه ما خوددرمانی با گیاهان در قالب داروهای گیاهی، جوشانده و یا مصرف برگ، میوه و ریشه گیاهان، با توصیه افراد غیر پزشک، بالای ۲۶ ٪ بوده است. در مطالعه ما عرق بوقناق مصرف زیادتری نسبت به بقیه داشت (۶۰/۳ ٪ از موارد خوددرمانی با گیاهان). عرق کاسنی (۷/۹ ٪)، گزنه (۶/۳ ٪) و عرق برگ گردو (۶/۳ ٪) نیز در مراتب بعدی قرار داشتند. گیاهان مورد مصرف در مطالعات، متفاوت هستند. به طور مثال در عربستان، «دارچین»، «شنبلیله» و «رزماری» مورد مصرف مبتلایان به دیابت بوده است.[۲۳] همین تفاوت را در نقاط مختلف ایران نیز می‌توان از مطالعات برداشت کرد؛ به طور مثال در حالی‌که برای کنترل دیابت در جنوب ایران مصرف «گردو»، «شنبلیه» و «هندوانه ابوجهل» متداول است،[۲۶] در مرکز ایران «عصاره خارشتر»، «دارچین» و «گزنه» مطرح است[۲۷] که این تفاوت‌ها احتمالاً به پوشش گیاهی و شرایط فرهنگی بر می‌گردد.

همان‌طور که ذکر شد در دیابت بالاترین فراوانی خوددرمانی بعد از مصرف فرآورده‌های گیاهی در قالبی است که بیمار بدون مراجعه مجدد به پزشک، اقدام به مصرف همان داروهای تجویز شده قبلی کرده است. در مطالعه همدان نیز مصرف فرآورده‌های گیاهی و تکرار نسخه شایع‌ترین نوع خوددرمانی دیابت بوده است.[۱۰] تکرار نسخه در بیماری‌های مزمن دیگر هم شایع است. یک مطالعه بررسی خوددرمانی در بیماران قلبی عروقی در تونس نشان می‌دهد که ۷۰/۱۴ ٪ کسانی که خوددرمانی کرده‌اند، همان نسخه قدیمی خود را تجدید کرده‌اند.[۲۸] این موضوع می‌تواند با علل بیان شده برای خوددرمانی، یعنی هزینه بالای معاینه توسط پزشک، هزینه بالای آزمایش‌ها و سهم کم بیمه‌ها در پوشش دادن به هزینه‌های درمان توجیه شود. البته ارجاع بیمار به پزشک متخصص و صرف وقت زیاد برای ملاقات با پزشک نیز از دلایل پر تکرار بعدی است که باز هم در راستای هزینه بر شدن تشخیص و درمان بیماری‌ها قابل توجیه است. مشکلات مالی بیمار در تقبل هزینه معاینه توسط پزشک یا آزمایش‌ها می‌تواند منجر به خوددرمانی شود که محتاطانه‌ترین روش آن استفاده از داروهایی است که قبلا توسط پزشک تجویز شده است. اگرچه این کار ممکن است "کم‌خطرترین" شکل خوددرمانی به نظر برسد، اما بیمار از معاینه دوره‌ای، تنظیم مقدار دارو و بررسی عوارض محروم می‌ماند که خود می‌تواند بسیار خطرناک باشد. فروش داروها به صورت برخط می‌تواند به این موضوع دامن بزند و با عنایت به این‌که در این خرید و فروش‌های اینترنتی، مقدار دارو، اشکال دارویی، موارد تجویز و موارد منع و عوارض مورد توجه قرار نمی‌گیرد می‌تواند دردسر ساز باشد.[۱۱]

قالب پرتکرار دیگر خوددرمانی کنترل شیوه زندگی است که برای نظام سلامت امیدبخش است. البته این نکته که درمان‌های دارویی و اصلاح سبک زندگی در کنار هم خواهد توانست وضعیت بیماران را بهبود ببخشد و تکیه بر یکی از آن‌ها به تنهایی کافی نیست، نکته‌ای است که مراقبین سلامت باید سعی در آموزش آن به بیماران داشته باشند.

به جز علل هزینه‌ای، درصد بالایی از علت خود درمانی، آگاهی و مهارت فرد در کنترل بیماری ذکر شده است. نظر به تأکید نظام سلامت بر خود مراقبتی و خود مدیریتی ، ادعای داشتن آگاهی و مهارت در کنترل دیابت توسط بیماران، موضوعی رضایت‌بخش است اما مشروط به این که این ادعا صحیح باشد چرا که ممکن است آگاهی مورد ادعا، نادرست یا ناکافی باشد. با توسعه فضای مجازی به عنوان تیغ دو لبه، بیماران خسته از بیماری و مراقبت، در جستجوی راه‌های درمان دیابت، در معرض معرفی انواع راه‌های درمان دیابت قرار می‌گیرند لذا بوجود آمدن تصور بالا بودن آگاهی برای بیماران با بدست آوردن این گونه معلومات بعضاً اشتباه، دور از ذهن نیست. در این صورت تصور داشتن آگاهی و مهارت در کنترل بیماری به عنوان یکی از دلایل دارای سهم بالا در خوددرمانی، نشان‌دهنده نیاز به آموزش بهتر بیماران است.[۲۹،۳۰]

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که شیوع دیابت و شیوع درمان خودسرانه آن در بیماران مبتلا به دیابت در کاشان بالاست. نوع خوددرمانی نیز عمدتاً مصرف فرآورده‌های گیاهی و تجدید نسخه بدون مشورت پزشک است و بیشتر به علت هزینه‌های بالای درمان صورت می‌گیرد. نوع و علت خوددرمانی مسؤولیت‌هایی را متوجه مدیران و سیاست‌گذاران نظام سلامت در موضوع سازمان‌دهی طب سنتی، کاهش سهم بیماران از هزینه‌های درمانی و ارائه آموزش‌های مناسب خواهد کرد. تحقیقات آینده باید بر مداخلات مبتنی بر جامعه و ارزیابی اثربخشی برنامه‌های آموزشی و بیمه‌ای در کاهش خوددرمانی متمرکز شوند.

سپاس‌گزاری: این پژوهش با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری و نیز همکاری و هماهنگی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام شده است که بدین‌وسیله از معاونین و کارکنان مربوطه تشکر می‌نماییم.

تعارض منافع: هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References

1. Khamseh ME, Sepanlou SG, Hashemi-Madani N, Joukar F, Mehrparvar AH, Faramarzi E, et al. Nationwide Prevalence of Diabetes and Prediabetes and Associated Risk Factors Among Iranian Adults: Analysis of Data from PERSIAN Cohort Study. Diabetes Ther 2021; 12: 2921–38.
2. The Global Health Observatory. Available from: URL: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-diabetes-age-standardized
3. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.
4. Bayoumy IE, Dawod W. Herbal Use and Perceptions among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Kuwait. Clinical Research Notes 2022; 3: 1-7.
5. World Health Organization. The role of the pharmacist in self-care and self-medication [Internet]. Report of the fourth WHO consultative group on the role of the pharmacist, 1998. Available from: URL: http:// apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65860/ WHO_DAP_98.13.pdf?sequence=1
6. Alghanim SA. Self-medication practice among patients in a public health care system. East Mediterr Health J 2011; 17: 409-16.
7. Baracaldo-Santamaría D, Trujillo-Moreno MJ, Pérez-Acosta AM, Feliciano-Alfonso JE, Calderon-Ospina CA, Soler F. Definition of self-medication: a scoping review. Ther Adv Drug Saf 2022; 13: 1–14.
8. Azami-aghdash S, Mohseni M, Etemadi M, Royani S, Mosavi A, Nakhaee M. Prevalence and Cause of Self-Medication in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis Article. Iran J Public Health 2015; 44: 1580–93.
9. Ansari H, Hashemi SM, Boya S, Zare F, Peyvand M, Eskandari M. Prevalence of self-medication practices and drug use in patients with diabetes mellitus type 2: A cross sectional study in Southeast of Iran. Der Pharmacia Lettre 2016; 8: 192-7.
10. Sadri M, Einolghozati M, Barati M, Mohammadi Y. The Factors Related to Self-Treatment Behaviors among Type 2 Diabetic Patients: Application of the Theory of Planned Behavior. Evidence Based Care Journal 2023; 13: 27-34.
11. Hsu CC, Tu ST, Sheu WHH. 2019 Diabetes Atlas: Achievements and challenges in diabetes care in Taiwan. J Formos Med Assoc 2019; 118: S130e-S134.
12. Rahmawati R. Exploring medications for hypertension advertised online: A qualitative study in Indonesia. J Pharm Bioallied Sci 2020; 12(Suppl 2): S691–S697.
13. Polit D.F, Beck C.T, Owen S.V. Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. Res Nurs Health 2007; 30: 459-67.
14. Ameli A, Sheikhy A, Tabatabaei-Malazy O, Ahmadi N, Ebrahimpur M, Fallahzadeh A. et al. The diabetes cascade of care through the 14 years in Iran: findings of nationwide STEPS surveys 2007–2021. J Diabetes Metab Disord 2023; 22: 1731-43.
15. Shahraz S, Saeedi Moghaddam S, Azmin M, Peykari N, Yoosefi M, Mohebi F. Prevalence of Diabetes and Prediabetes, and Achievements in Diabetes Control in Iran; The Results of the STEPS of 2016. Arch Iran Med 2022; 25: 591-99.
16. Hazar N, Jokar M, Namavari M, Hosseini S, Rahmanian V. An updated systematic review and Meta-analysis of the prevalence of type 2 diabetes in Iran, 1996–2023. Front Public Health 2024; 12: 1322072.
17. Paoli MD, Zakharia A, WerstuckGH. The Role of Estrogen in Insulin Resistance A Review of Clinical and Preclinical Data. Am J Pathol 2021; 191: 1490-8
18. Ciarambino T, Crispino P, Leto G, Mastrolorenzo E, Para O, Giordano M. Influence of Gender in Diabetes Mellitus and Its Complication. Int J Mol Sci 2022; 23: 8850.
19. Mather KJ, Kim C, Christophi CA, Aroda VR, Knowler WC, Edelstein SE, et al. Steroid Sex Hormones, Sex Hormone–Binding Globulin, and Diabetes Incidence in the Diabetes Prevention Program. J Clin Endocrinol Metab 2015; 100: 3778 – 86.

20. Limaye D, Limaye V, Krause G, Fortwengel G. A systematic review of the literature on survey questionnaires to assess self-medicatin practices. Int J Comm Med Public Health 2017; 4: 2620-31.
21. Awad A, Al-Rabiy S, Abahussain E. Self-medication practices among diabetic patients in Kuwait. Med Princ Pract 2008; 17: 315-20.
22. Al-Omrani H, Marwah MK, Al-Whaib R. Mekkawy M, Shokr H. Patterns of Drug Utilization and Self-Medication Practices: A Cross Sectional Study. Pharmacy 2023; 11: 183.
23. Almalki T, Almalki AG, Alqarni NA, Alsudani R, Althobaiti TA, Alzahrani RA. Use of Complementary and Alternative Medicine among Patients with Diabetes Mellitus: A Cross-Sectional Study. Cureus 2024; 16: e69288.
24. Vahedi S, Jalali F, Bayati M, Delavari S. Predictors of self-medication in Iran: A national survey study. Iran J Pharm Res 2021; 20: 348-58.
25. World Health Organisation. Health Literacy. Available from: URL: https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference/health-literacy
26. Moravej H Salehi A, Shamsedini A, Kolouri S, Karamizadeh Z. Complementary and Alternative Medicine to Treat Diabetes Mellitus Type 1 in Southern Iran. Iran J Med Sci 2016; 41: 71-2.
27. Babak A, Rouzbahani S, Safaeian A, Poonaki F. Diabetes Mellitus Type2 and Popular Misconceptions: A Cross-Sectional Survey. Health Sci Rep 2025; 8: e71308.
28. Suciu M, Vlaia L, Boujneh E, Suciu L, Buda VO, Jianu N, et al. Prevalence and Determinants of Self-Medication Practices among Cardiovascular Patients from Béja, NorthWest Tunisia: A Community-Pharmacy-Based Survey. Pharmacy 2024; 12: 68.
29. Adhikari M, Devkota HR, Cesuroglu T. Barriers to and facilitators of diabetes self-management practices in Rupandehi, Nepal- multiple stakeholders' perspective. BMC Public Health 2021; 21: 1269.
30. Tuobenyiere J, Mensah GP, Korsah KA. Patient perspective on barriers in type 2 diabetes selfmanagement: A qualitative study. Nurs Open 2023; 10: 7003–13.

Original Article

Investigation of the Prevalence of Diabetes, Self-medication Practices, and their Types and Causes in Kashan City

Fakhri A

Social Determinants of Health (SDH) Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I.R. Iran

e-mail: fakhri-a@kaums.ac.ir

Received: 19/08/2025 **Accepted**: 19/10/2025

Abstract

Introduction: Type 2 diabetes, with its high prevalence, is associated with numerous complications. Diabetes management involves the use of glucose-lowering medications, insulin, and lifestyle modifications. However, self-medication of diabetes by patients is common and may lead to significant complications. Understanding the prevalence and causes of this phenomenon can develop strategies to address it. Materials and Methods: A cluster sampling method was used to study 2,280 individuals in Kashan, Iran, to assess the prevalence of diabetes, related background factors, the prevalence of self-medication, and its types and causes based on self-reported data. Statistical analyses were performed using SPSS software. Results: The prevalence of type 2 diabetes among adults in Kashan was 12.63%. Significant differences were observed in terms of age, gender, education level, marital status, and employment status (P<0.001). The prevalence of self-medication was 62.15%. No statistically significant association was found between self-medication and gender, age groups, and education level. Self-medication was higher among married (P=0.028) and employed participants (P=0.003). The most common forms of self-medication were the use of herbal products, followed by refilling prescriptions without consulting a physician. The primary reasons for self-medication included high medication costs, expensive laboratory tests, costly physician visits, and limited insurance coverage. Conclusion: The prevalence of type 2 diabetes and self-medication among diabetic patients in Kashan is high, primarily due to high treatment costs and inadequate insurance coverage. Future research should focus on community-based interventions and evaluating the effectiveness of educational programs in reducing self-medication.

Keywords: Type 2 diabetes, Self-medication, Alternative medicine