مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی دهم، شماره‌ی ۶، صفحه‌های ۵۸۸ ـ ۵۸۱ (اسفند ۱۳۸۷)

مقاله‌ی پژوهشی

بررسی تجربه‌ی خوددرمانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

دکتر نگین مسعودی علوی، فاطمه سادات ایزدی، دکتر علیرضا عبادی، علی حاجی‌باقری

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی کاشان؛ **نشانی مکاتبه‌ی نویسنده مسئول:** کاشان، بلوار قطب راوندی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی کاشان، دکتر نگین مسعودی علوی
e-mail: masudialavi_N@kaums.ac.ir

چکیده

مقدمه: خوددرمانی رفتاری است که طی آن بیمار سعی می‌کند مشکلات مربوط به سلامت خود را، خود کنترل و مداوا کند. با توجه به شیوع بالای بیماری دیابت، پژوهشی کیفی از نوع فنومنولوژی با هدف بررسی تجربه‌ی خوددرمانی در مبتلایان به بیماری دیابت در شهر کاشان انجام شد. مواد و روش‌ها: در یک تحقیقی کیفی از نوع فنومنولوژی بیماران مبتلا به بیماری دیابت قندی نوع ۲ مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت شهر کاشان و بستری در بیمارستان مورد مصاحبه‌ی نیمه ساختاری قرار گرفتند. همه‌ی مصاحبه‌ها پس از کسب موافقت کتبی بیماران ضبط شد و با روش کلایزی تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها: در مجموع، ۲۰ بیمار مورد مصاحبه قرار گرفتند که ۱۴ نفر زن و ۶ نفر مرد بودند. متوسط سن شرکت‌کنندگان ۵۱ سال بود. ۸۰ کد مفهومی از مصاحبه‌ها استخراج شد و در ۷ طبقه قرار گرفت که شامل موارد زیر بودند: رفتارهای درمان‌طلبانه مانند پنهان کردن بیماری، عوامل تسهیل‌کننده‌ی خوددرمانی مانند هزینه‌ی درمان، عوامل مربوط به بیماری شامل شدت و نوع بیماری، عوامل مربوط به پزشک مانند ترس از پزشک و احساس بی فایدگی مراجعه به پزشک، عوامل مهار کننده‌ی خوددرمانی مانند آموزش، شیوه خوددرمانی مانند مصرف خودسرانه‌ی دارو و استفاده از مواد گیاهی و بالاخره یافته‌های خوددرمانی مانند تأخیر در درمان و بروز عوارض. نتیجه‌گیری: خوددرمانی رفتاری است پیچیده که به اشکال مختلف وجود دارد و عوامل متعددی بر آن اثر می‌گذارد. خوددرمانی در بیماری دیابت می‌تواند عواقبی مانند تأخیر در درمان در بر داشته باشد. می‌توان با آموزش بیمار و تسهیل دسترسی به امکانات درمانی رفتارهای مناسب درمان‌طلبانه را در بیماران دیابتی نوع ۲ تقویت نمود.

واژگان کلیدی: دیابت قندی، خوددرمانی، فنومنولوژی
دریافت مقاله: ۸۷/۲/۱۶ دریافت اصلاحیه: ۸۷/۵/۱۹ ـ پذیرش مقاله: ۸۷/۶/۱۰

مقدمه

خوددرمانی رفتاری است که طی آن شخص سعی می‌کند بدون کمک و نظر افراد حرفه‌ای بیماری یا مشکل سلامت خود را برطرف نماید.[۱] بیماران با تمایل خوددرمانی قوی ممکن است هیچ‌گاه به دنبال کمک و نظر حرفه‌ای نباشند.[۲] خوددرمانی با مفهومی مانند خودمراقبتی متفاوت است. خود مراقبتی به توانمندی بیمار اشاره دارد و ایجاد آن یکی از اهداف درمانی و مراقبتی است.[۳]

خوددرمانی رفتاری شایع در جهان است. در ایران ۳۰/۳٪ بیماران در بیماری‌های پوستی به خوددرمانی روی می‌آورند.[۴] تخمین زده می‌شود که ۸۳/۳٪ ایرانی‌ها به صورت خودسرانه دارو مصرف می‌کنند.[۵] در آمریکا ۴۲٪ مردم از روش‌های طب جایگزین برای خوددرمانی استفاده می‌نمایند.[۶] در تحقیقی ۷۵٪ مردم از مسکن‌ها استفاده می‌نمودند که تنها در ۴۵٪ موارد مؤثر بود.[۷] پدیده «کوه یخی» نشانه‌ها بر این واقعیت تأکید دارد که اغلب مشکلات بهداشتی و درمانی توسط خود بیماران درمان می‌شود. در واقع تخمین زده

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

می‌شود تنها یک نشانه از هر ۳۷ نشانه توسط پزشک بررسی و معالجه می‌گردد.[۸]

بیماران، تصمیم‌گیرندگان اصلی هستند که چه زمان به پزشک مراجعه نمایند و یا در صورت مراجعه به پزشک آیا دستورات درمانی را رعایت نمایند یا خیر. تأخیر در مراجعه به مراکز درمانی در بیماری‌های شدید از دیرباز از مشکلات حیطه‌ی بهداشت و درمان بوده است. مثال واضح، پاسخ بیماران به علامتی مانند درد قفسه سینه در سکته‌های قلبی است که گاه بیماران ساعت‌ها هیچ اقدامی انجام نمی‌دهند در حالی‌که این مشکل نیاز به اقدامی فوری دارد.[۹] خوددرمانی در صورت استفاده نامناسب از داروها و مواد دیگر می‌تواند عوارض خطرناکی ایجاد نماید.[۱۰] استفاده از خوددرمانی در بیماری دیابت نیز شایع است و بسیاری از بیماران استفاده از مواد گیاهی را بی خطر می‌دانند.[۱۱]

در ۳۰ سال گذشته تعداد بیماران دیابتی ۲ برابر شده است[۱۲] و شاهد مرگ و میر فزاینده‌ی این بیماری هستیم به شکلی که در حال حاضر این بیماری علت اصلی نارسایی شدید مزمن کلیه، قطع عضو و نابینایی در افراد ۲۰ تا ۷۴ سال است.[۱۳] با توجه به مرگ و میر و عوارض شدید بیماری دیابت، خوددرمانی نامناسب می‌تواند عواقب شدیدی داشته باشد.

خوددرمانی رفتاری است که از عوامل زیادی مانند درآمد، فرهنگ بومی، تحصیلات و سن می‌تواند تأثیر پذیرد.[۱۰] در حال حاضر اطلاعات در مورد خوددرمانی در بیماری دیابت نوع ۲ محدود است و پژوهش‌های کمی به چرایی رفتارهای خوددرمانی توجه نموده‌اند.[۹] خوددرمانی در عین حال باید در بستر اجتماعی و فرهنگی خود مورد بررسی قرار گیرد بنابراین مطالعه‌ای کیفی از نوع پدیدارشناسی (فنومنولوژی)[i] با هدف بررسی تجربه‌ی خوددرمانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در شهر کاشان انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کیفی و از نوع پدیدارشناسی بود. در مطالعه‌ی کیفی به جای بررسی چند متغیر مشخص و از پیش تعیین شده در تعداد زیاد افراد، تجارب و پدیده‌ها به صورت عمقی و با روش‌های کیفی در تعداد کمتری انجام می‌شود. معیار تعداد شرکت‌کنندگان، اشباع داده‌ها است یعنی در مصاحبه‌های جدید داده‌ی اضافه‌تری وارد نمی‌شود و تم‌های قبلی تکرار می‌شود. در مطالعه‌های کیفی نقل قول از بیماران و کسانی که تجربه‌ی دست اول از پدیده‌ی مورد بررسی را دارند جایگزین اعداد و آمارهای تحقیقات کمی می‌شود.[۱۴] پدیدار شناسی، یکی از انواع مطالعه‌های کیفی است. در این نوع مطالعه تجربه‌های افرادی که با پدیده‌ی مورد مطالعه سر و کار داشته‌اند در اختیار پژوهشگر قرار می‌گیرد و پژوهشگر، قادر است که معانی مربوط به آن تجربه را از چشم افرادی که این تجربه را گذرانده‌اند دیده و بدون هر گونه قضاوت، به شرح معانی آن تجربه به همان صورتی که هست بپردازد.[۱۵]

در این مطالعه نیز سعی شد درک بیشتری از تجربه‌ی خوددرمانی در بزرگسالان مبتلا به دیابت قندی نوع ۲ به دست آید. نمونه‌گیری مبتنی بر هدف از مراجعه‌کنندگان به مرکز دیابت شهر کاشان و بیماران بستری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۸۶ انجام شد. شرط ورود به مطالعه ابتلا به بیماری دیابت به مدت حداقل ۱ سال و سن بیشتر از ۱۸ سال بود.

برای جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاری با سؤالات باز استفاده شد. برخی از سؤالات عبارت بودند از:

- وقتی احساس بیماری می‌کنید چه اقدامی انجام می‌دهید؟
- فکر می‌کنید چه مشکلاتی نیاز به مراجعه به پزشک دارند؟
- آیا شده به خوددرمانی بپردازید لطفاً تجربه‌های خود را توضیح دهید.

مصاحبه‌ها توسط نویسنده‌ی اول و دوم مقاله تا اشباع داده‌ها انجام شد. همه‌ی مصاحبه‌ها پس از کسب اجازه از شرکت‌کنندگان ضبط و سپس نگاشته شد. مطالعه توسط کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کاشان تأیید شد. برای تجزیه و تحلیل از روش کلایزی[۱۵] استفاده شد که شامل مراحل زیر است:

۱- توصیف پدیده
۲- جمع آوری شرح شرکت‌کنندگان از پدیده
۳- خواندن توصیفات شرکت‌کنندگان از پدیده

---

i- فنومنولوژی به تحقیقی فلسفی درباره‌ی پدیده‌هایی که به روح ما عرضه می‌شوند و شرح و بیان آنها اطلاق می‌شود.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

۴- استخراج مفاهیم و جملات مهم
۵- بررسی مکرر جملات و داده‌های مهم
۶- سازمان‌بندی مفاهیم استخراج شده در خوشه‌های مفهومی
۷- نگارش توصیف پدیده بر اساس اطلاعات و طبقات به دست آمده
۸- بازگرداندن توصیف به دست آمده به شرکت‌کنندگان برای اعتبار سنجی آنها[۱۵]

در این مطالعه یافته‌ها برای اعتبارسنجی به شرکت‌کنندگان داده شد و آنها یافته‌ها را تأیید نمودند و همه‌ی مراحل پژوهش توسط کارشناس پژوهش‌های کیفی نظارت گردید.

یافته‌ها

اشباع داده‌ها پس از مصاحبه با ۲۰ بیمار (۱۴ نفر زن و ۶ نفر مرد) به دست آمد. نه نفر با انسولین درمان می‌شدند و ۱۱ نفر از داروهای خوراکی استفاده می‌نمودند. از بیماران مورد مصاحبه، ۱۲ بیمار مراجعه‌کننده‌ی سرپایی به درمانگاه دیابت بوده و ۸ بیمار در بخش داخلی بستری بودند. متوسط سن شرکت‌کنندگان ۵۱ سال، جوان‌ترین آن ها ۱۸ و پیرترین ۸۰ سال سن داشت. متوسط مدت ابتلا به دیابت ۹/۸ سال بود. مصاحبه‌ها ۲۰ تا ۴۵ دقیقه طول کشید (متوسط ۳۵ دقیقه) و علاوه بر دیابت، ۸ بیمار؛ فشارخون بالا، ۶ بیمار مشکلات کلیوی و ۴ بیمار مشکلات قلبی داشتند. در مجموع، ۸۰ متغیر از اطلاعات استخراج شد که در ۷ طبقه دسته‌بندی گردید (طبقات و زیر طبقات در جدول ۱ قابل مشاهده‌اند).

طبقه‌ی اول ـ رفتارهای درمان‌طلبانه: به نظر می‌رسد خوددرمانی جزیی از رفتار بزرگ‌تری است به نام رفتارهای درمان‌طلبانه. رفتارهای درمان‌طلبانه‌ی متفاوتی در بیماران قابل مشاهده است. برخی از بیماران برای هر مشکلی به پزشک مراجعه می‌نمایند حتی یکی از بیماران اشاره نمود که بعد از خدا پزشک خود را مهم‌ترین عامل در زندگی خود می‌داند.

در مقابل، برخی از بیماران مشکل را انکار نموده، درمان را پشت گوش می‌اندازند:

زن ۴۵ ساله‌ای می‌گفت: به خودم می‌گم صبح می‌رم دکتر، صبح که می‌شه میگم عصری می‌رم همین‌طور امروز و فردا می‌کنم.

بسیاری از بیماران برحسب شدت و نوع مشکلات تصمیم می‌گیرند و تنها در مشکلات شدید به پزشک مراجعه می‌نمایند:

مرد ۶۳ ساله‌ای می‌گفت: «من اصلاً دکتر نمی‌رفتم تا بعد از سکته اول بیمارستان بستری‌ام کردند.»

جالب توجه بیمارانی هستند که به طور مکرر و برای هر مشکلی به پزشک مراجعه می‌نمایند ولی به دستورات پزشک توجهی ندارند. در این میان بیماران زیادی به روش‌های متفاوت خوددرمانی می‌کنند.

طبقه‌ی دوم ـ عوامل مؤثر مرتبط با بیماری: شدت و نوع بیماری و نوع علایم و نشانه‌ها در تصمیم درمانی بیمار بسیار مهم است:

مرد ۴۹ ساله‌ای می‌گفت «اگه گلوم درد کنه می‌رم دکتر چون آنتی‌بیوتیک می‌خواد ولی اگه سردرد داشته باشم خودم تو خونه می‌خوابم خوب می‌شه.»

طبقه‌ی سوم ـ عوامل مؤثر بر خوددرمانی مربوط به پزشک: اگر بیمار از عملکرد پزشک راضی بوده و به او اعتماد داشته و احساس کند که درمان صحیحی برای او انجام شده و حالش بهتر شده است، تمایل بیشتری برای مراجعه سریع‌تر به پزشک دارد.

زن ۶۳ ساله‌ای می‌گفت: «اگه آدم ۲- ۳ بار بره پیشه یک دکتر می‌فهمه که چیزی حالیش هست یا نه. دکتر باید مودب باشه و به حرف مریض به دقت گوش کنه و وقتی می‌ری پیشش حال آدم بهتر بشه.»

دسترسی به پزشک و مدتی که بیمار باید برای ویزیت پزشک منتظر بماند و یا مسافتی که برای رفتن به پزشک باید طی کند تقریباً توسط همه‌ی بیماران به عنوان عوامل مهم ذکر شده بود. هر ملاقات با پزشک تجربه‌ای است که می‌تواند خوشایند یا ناخوشآیند باشد و این امر در رفتار آتی بیمار مؤثر است.

برخی از بیماران از مراجعه به پزشک اکراه دارند یا از مراجعه می‌ترسند:

زن ۴۰ ساله‌ای می‌گفت: «من از دکتر رفتن می‌ترسم می‌گم نکنه بهن بگه باید انسولین بزنم یا کلیه‌ام از بین رفته»

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

جدول ۱- طبقات و زیرطبقات و تم‌های اصلی

طبقه اصلی	زیر طبقات و تم‌های اصلی
طبقه‌ی اول	- مشاوره‌ی سریع با پزشک همراه با رعایت دستورات درمانی
رفتار درمان‌طلبانه	- بی‌توجهی یا انکار مشکل و بیماری و عدم اقدام مؤثر و پشت گوش انداختن درمان
	- مشاوره با پزشک تنها در مشکلات شدید
	- مراجعه به پزشک بدون رعایت دستورات درمانی
	- خوددرمانی
طبقه‌ی دوم	- درک شدت بیماری
عوامل مؤثر مربوط به بیماری	- نوع بیماری
	- نوع علایم و نشانه‌ها
طبقه‌ی سوم	- رضایت بیمار از پزشک
عوامل مؤثر مربوط به پزشک	- اعتماد به پزشک و رعایت احترم بیمار
	- دسترسی به پزشک
	- فرآیند درمان و ارزیابی بیمار از آن
	- تجربه‌های قبلی
	- ترس از پزشک
	- ترجیح پزشک متخصص به پزشک عمومی
طبقه‌ی چهارم	- هزینه‌ی درمان
عوامل تقویت‌کننده‌ی خوددرمانی	- سختی در رعایت دستورات درمانی
	- مشکلات مکرر سلامتی
	- تنهایی و بی‌کسی
	- باور این که درمان‌های خانگی سالم‌تر هستند
	- مشغله‌ی زیاد بیمار
	- مداخله‌ی اطرافیان
	- جنس
طبقه‌ی پنجم	- آموزش
عوامل مهارکننده خوددرمانی	- ترس از خوددرمانی
	- مزه نامطلوب داروهای گیاهی
طبقه‌ی ششم	- مصرف خودسرانه‌ی دارو
شیوه‌ی خوددرمانی	- استفاده از مواد گیاهی و تریاک
	- استفاده از روش‌های دیگر مانند خوابیدن، ماساژ
	- ادامه‌ی تجربیات موفق
طبقه‌ی هفتم	- تاخیر در درمان
عواقب خوددرمانی	- عوارض خوددرمانی
	- کنترل نامطلوب قند خون
	- تعویض مکرر پزشک

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

اکثر بیماران تمایل دارند توسط متخصص درمان شوند و پزشک عمومی را برای درمان خود دارای صلاحیت نمی‌دانند. این امر دسترسی به پزشک را محدود می‌نماید.

طبقه‌ی چهارم ـ سایر عوامل تقویت‌کننده‌ی خوددرمانی: عوامل دیگری علاوه بر عوامل مربوط به پزشک می‌توانند خوددرمانی را تسهیل نمایند. از این میان هزینه‌ی درمان بسیار مهم است:

زن ۴۹ ساله‌ای می‌گفت: «اگه پول داشته باشی مشکلی نیست ولی مثلاً من خودم نمی‌تونم برم چشم پزشک. باید چشممو لیزر می‌کردم ولی پول نداشتم.»

علاوه بر هزینه‌ها، برخی مواقع رعایت دستورات درمانی و دارویی برای بیمار مشکل است و بیمار ممکن است به دلیل عدم رعایت دستورات درمانی مورد مواخذه‌ی پزشک قرار گیرد، بنابراین ممکن است تصمیم گیرد دیگر به پزشک مراجعه نکند. برخی بیماران به دلیل مشکلات متعدد سلامت احساس خستگی نموده، درمان را متوقف می‌نمایند و گاهی بیمار تقریبا تمام روزها احساس بدحالی دارد و تلاش می‌کند به جای مراجعه به پزشک خود مشکلاتش را حل نماید:

زن ۶۷ ساله‌ای می‌گفت: «خیلی روزا حالم بده، خیلی وقتها مضطربم، دیشب تا صبح خوابم نمی برد تازه قرص خوابم خوردم.

و زن ۴۰ ساله‌ای اینطور می‌گفت: «چشممو عمل کردم حالا می‌گه باید اون یکی رو هم عمل کنی، خانم خسته شدم.»

برخی از بیماران به تنهایی زندگی می‌کنند و به دلیل سلامت عمومی ضعیف نمی توانند به پزشک مراجعه نمایند:

زن ۶۰ ساله‌ای می‌گفت: «هیچ‌کس نیست منو ببره دکتر، من خودمم چشمم نمی‌بینه، تا همین اینجا یک ساعت کشید تا بیام»

این تمایل در بیماران وجود دارد که تصور نمایند داروهای گیاهی بهتر، مؤثرتر و سالم‌تر از داروهای تجویزی است. بعضی از بیماران مشغله‌ی زیادی دارند و زمان کافی برای مراجعه به پزشک ندارند. گاهی اوقات هم اطرافیان در فرایند درمان مداخله می‌نمایند:

زن ۶۲ ساله‌ای می‌گفت: «دکتر بهم ۵ تا قرص داد، دوستم بهم گفت این خیلی زیاده بهش عادت می‌کنی.»

به نظر می‌رسد زنان بیشتر تمایل به خوددرمانی دارند.

طبقه‌ی پنجم ـ عوامل مهار کننده خوددرمانی: آموزش و ترس از خوددرمانی از عواملی است که جلوی آن را می‌گیرد:

زن ۴۰ ساله‌ای می‌گفت: «دکتر بهم یک کتاب برای دیابت داد، خوندم دیدم دیابت چقدر خطرناکه، دیگه مرتب می‌رم دکتر.»

بیمار دیگر از زنان چنین می‌گفت: «هیچ‌وقت خودسرانه هیچی نمی‌خورم. کلیه ام آزار داره می‌ترسم بدتر بشه.»

مزه‌ی درمان‌های گیاهی نیز از عوامل مؤثر است:

زن ۴۰ ساله‌ای می‌گفت: «از عطاری دوا گرفتم و همونطور که گفته بود قاطیش کردم، مزه‌اش خیلی بد بود، دیگه نخوردم.»

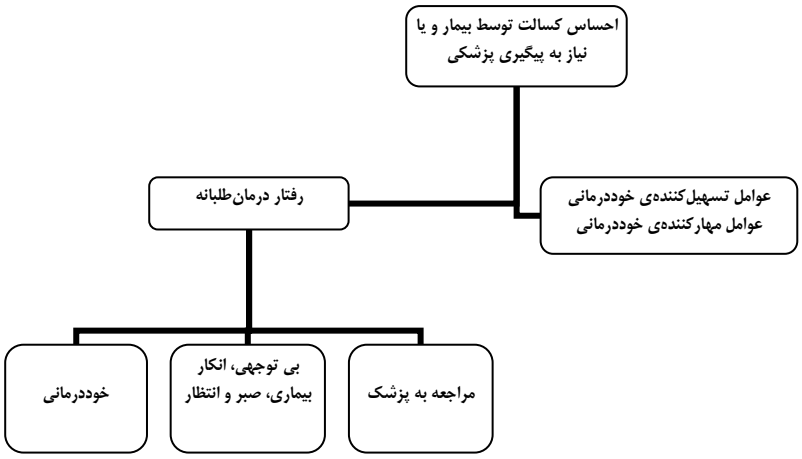
طبقه‌ی ششم ـ اَشکال خوددرمانی: مصرف خودسرانه‌ی دارو مهم‌ترین شکل خوددرمانی است. بیمار ممکن است دارو را بدون تجویز از داروخانه تهیه نماید، از داروهای قدیمی موجود در خانه استفاده کند و یا از داروهایی که برای اطرافیان، دوستان و همسایه‌ها تجویز شده استفاده کند و یا دوز داروی مصرفی خود را تغییر دهد. استفاده از مواد گیاهی، غذاها و تریاک نیز شایع است. آبغوره، تخم خیار و شنبلیله، عرق گزنه، عرق گردو، کدو و دارچین از جمله مواد گیاهی هستند که بیماران به صورت گسترده استفاده می‌کنند.

بسیاری از بیماران تنها استراحت می‌کنند و یا به دعا می‌پردازند و سعی می‌کنند حواس خود را از مشکل منحرف نمایند.

طبقه‌ی هفتم ـ عواقب خوددرمانی: تأخیر در درمان مهم‌ترین عارضه‌ی خوددرمانی است. کنترل نامناسب قند خون و ایجاد عوارض دارویی و درمانی از عواقب دیگر خوددرمانی است: زن ۴۹ ساله‌ای می‌گفت: «من مادر شوهرم پاش خواب می‌رفت و حس نداشت. بهش گفتن برگ گردو بهش ببند. برگ گردو دورش پیچید و بست. صبح همه پا تاول زده بود چند ماه گیرش بود.»

در مجموع بیماران پس از احساس کسالت و یا نیاز به پیگیری پزشکی تحت تأثیر عوامل تسهیل‌کننده و ممانعت کننده، رفتارهای درمان‌طلبانه‌ی متفاوت مانند مراجعه به پزشک و یا عدم توجه و انتظار برای رفع مشکل از خود بروز می‌دهند. برخی از بیماران نیز به خوددرمانی می‌پردازند. نمودار ۱ نمایی از روند رفتار درمان‌طلبانه را نشان می‌دهد.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]



نمودار ۱- نمایی از روند رفتارهای درمان‌طلبانه

بحث

بیماران رفتارهای درمان‌طلبانه‌ی متفاوتی را نشان می‌دهند از جمله خوددرمانی. خوددرمانی در بیماری دیابت می‌تواند عوارض مهمی به ویژه تأخیر در درمان را به دنبال داشته باشد.

در مطالعه‌ی حاضر مصرف خودسرانه‌ی دارو از مهم‌ترین اشکال خوددرمانی بود. مصرف خودسرانه‌ی دارو در جوامع مختلف قابل مشاهده است. در مطالعه‌ای در بلژیک تعداد داروها در خانه‌ها به طور تصادفی بررسی شد. در هر خانه به طور متوسط ۳۱ بسته‌ی دارویی وجود داشت که تنها ۳۴٪ آنها توسط پزشک تجویز شده بود.[۱۶] در فلسطین شیوع مصرف خودسرانه‌ی دارو در دانشجویان دانشگاه ۹۸٪ گزارش شده است.[۱۷] در تبریز ۸۱/۶٪ بیماران از دارو به صورت خودسرانه استفاده می‌کنند.[۱۸] مطالعه‌ای در ایران نشان داد که بیماران اطلاعاتی در مورد دوز، طول اثر و عوارض داروهایی که از داروخانه تهیه می‌کنند ندارند.[۱۹] برخی مطالعه‌ها یافته‌های متفاوتی دارند. در مطالعه‌ای روی بیمارن مبتلا به دیابت در کویت تنها ۱۳٪ مصرف دارو بدون مشورت با پزشک گزارش شد.[۲۰]

در مطالعه‌ی حاضر، خوابیدن و استراحت از روش‌های غیر دارویی خوددرمانی بود و مصرف مواد گیاهی نیز شایع بود. در مطالعه‌ی «زون» نیز خوددرمانی به اشکال مختلف مانند ماساژ، مصرف داروهای گیاهی و دعا دیده شد.[۲۱]

«جیروونگ» در مطالعه‌ای رفتارهای درمان‌طلبانه‌ی متفاوتی در بیماران مشاهده نمود مانند مراجعه به پزشک، صبر برای رفع علایم، استفاده از داروهای گیاهی و مشاوره با اطرافیان.[۲۲]

خوددرمانی مفهومی گسترده است و شامل خود تشخیصی و خودارزیابی نیز هست.[۲۳] عوامل زیادی بر خوددرمانی تأثیر دارند. مطالعه‌ی حاضر نشان داد عوامل مختلفی بر خوددرمانی اثر تقویت‌کننده و مهارکننده دارند. عواملی مانند نحوه‌ی برخورد پزشک، هزینه‌های درمانی و سهولت در دسترسی به امکانات درمانی مهم به نظر می‌رسند. در مطالعه‌ای مهم‌ترین عامل در مصرف خودسرانه‌ی دارو، بی اهمیت تلقی نمودن بیماری و ناتوانی در پرداخت هزینه‌ی درمان بود.[۵] در مطالعه‌ای در ایران، بیماران مهم‌ترین علل عدم مراجعه به پزشک را ناتوانی در پرداخت هزینه‌ها و عدم وقت کافی ذکر نمودند.[۲۴] مطالعه‌ی دیگر نشان داد که درمان علامتی توسط پزشک، بی‌اهمیت فرض شد مشکل از سوی بیمار و هزینه‌های درمانی مهم‌ترین عامل مصرف خودسرانه دارو بوده است.[۲۵] «مولدر» نیز مهم‌ترین علل تأخیر در درمان را هزینه‌ها و جدی تلقی نشدن بیماری و ترس از درمان برشمرد.[۲۶] در مطالعه‌ی سیستمی مهم‌ترین عوامل تأخیر در درمان عبارت بودند از سختی در دسترسی به امکانات درمانی، سن بالا، فقر و تحصیلات پایین. تأخیر در درمان در زنان شایع‌تر است.[۲۷] در مطالعه‌ی حاضر نیز زنان رفتارهای خوددرمانی بیشتری را ذکر نمودند. خوددرمانی می‌تواند منجر به تأخیر

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

در درمان و تشدید بیماری شود. «جیروونگ» نیز تأخیر در درمان را مهم‌ترین عارضه خوددرمانی دانست.[۲۲]

مطالعه‌ی حاضر نشان داد تأثیر مراجعه به پزشک و احساس بهبودی در بیمار از عوامل مهم تقویت‌کننده‌ی مراجعه به پزشک است. این امر در بیماری‌های مزمن که تأثیر مداخله‌های درمانی در بسیاری از موارد محدود است و گاهی با بهترین درمان نیز بیمار ممکن است مشکلاتی را تجربه نماید بسیار چالش برانگیز است، زیرا بیماران احساس می‌کنند اقداماتشان بی اثر است و یا پزشک به اندازه‌ی کافی حاذق نیست بنابراین خسته شده، درمان را رها می‌کنند. چگونه می‌توان این مشکل را حل نمود؟ سؤالات دیگری نیز مطرح است. چرا برخی از بیماران با وجود مراجعه به پزشک از دستورات درمانی پیروی نمی‌کنند؟ چرا زنان بیشتر به خوددرمانی می‌پردازند؟ چرا این اعتقاد قوی در میان مردم وجود دارد که داروها و مواد گیاهی بی‌خطر هستند؟ شیوع خوددرمانی در بیماران مبتلا به دیابت در ایران چقدر است؟ جوابگویی به این سؤالات نیازمند مطالعه‌های بیشتر است.

مردم در مورد مشکلات سلامتی بیماری‌ها طی تجربه‌ی روزانه خود و از طریق آزمون و خطا می‌آموزند که چه رفتاری نشان دهند،[۲۸] این رفتارها گاهی مشکلات متعددی در روند درمان مناسب ایجاد می‌نمایند. بیماری دیابت دارای عوارض خطرناکی است که پیشگیری از این عوارض نیازمند رفتار مناسب درمان‌طلبانه از طرف بیمار است. بیماران به اشکال مختلف به خوددرمانی می‌پردازند و در بسیاری مواقع در مورد کارهایی که می‌کنند با پزشک صحبت نمی‌کنند. اعضای تیم درمانی نیازمند اطلاعات بیشتر در مورد خوددرمانی در بیماری‌های مزمن و خطرناک مانند دیابت هستند تا بتوانند از عواقب آن بکاهند. می‌توان با آموزش به بیمار، سهولت در دسترسی به امکانات درمانی، تقویت ارتباط بین پزشک و بیمار و کاهش هزینه‌های درمانی ابعاد خوددرمانی را کاهش داد و از عوارض آن به خصوص تأخیر در درمان پیشگیری نمود.

سپاسگزاری: از زحمات کارکنان مرکز دیابت کاشان به ویژه سرکار خانم صدفی کمال تشکر را داریم و از بیمارانی که صادقانه ما را محرم خود فرض نموده، تجربیات خود را با ما در میان گذاشتند سپاسگزاریم. همچنین، از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان که هزینه‌های طرح را متقبل گردید، قدردانی می‌نماییم.

References

1. The American Heritage Institute, editor. Stedman's Medical Dictionary. 2nd ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
2. Wetzels R, Van Eijken M, Grol R, Wensing M, Van Weel C. Self management is not related to lower demand for primary care in independent living elderly. J Am Geriatr Soc 2005; 53: 918-9.
3. Kralik D, Koch T, Price K, Howard N. Chronic illness self-management: taking action to create order. J Clin Nurs 2004; 13: 259–67.
4. Saryazdi S, Nikian Y, Esfandiar Poor I, Khoshnevis Zadeh A. Patients' self-treatment of skin disorders. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services 1998; 3: 60-4.
5. Asefzadeh S, Anbarloei M, Habibi Sh, Rezaei M. Self-medication among the in-patients of Qazvin teaching hospitals. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences & Health Services 2002; 20: 48-54.
6. Combest W, Newton M, Combest A, Kosier JH. Effects of Herbal Supplements on the Kidney. Urol Nurs 2005; 25: 381-6.
7. Vallerand AH, Fouladbakhsh J, Templin T. Patients' choices for the self-treatment of pain. Appl Nurs Res 2005; 18: 90-6.
8. Stevenson FA, Britten N, Barry CA, Bradley CP, Barber N. Self-treatment and its discussion in medical consultations: How is medical pluralism managed in practice?. Soc Sci Med 2003; 57: 513-27.
9. Mcdonald IG, Daly J. On patient judgement. Intern Med J 2001; 31: 184–87.
10. Riley-Doucet CK, Fouladbakhsh JM, Vallerand AH. Canadian and American self-treatment of pain: a comparison study. Rural Remote Health 2004; 4: 286.
11. Moss MC, McDowell JR. Rural Vincentians' (Caribbean) beliefs about the usage of non-prescribable medicines for treating Type 2 diabetes. Diabet Med 2005; 22: 1492-6.
12. Chaturvedi N. The burden of diabetes and its complications: Trends and implications for intervention. Diabetes Res Clin Pract 2007; 76 Suppl 1: S3-S12.
13. Whittemore R, D'Eramo Melkus G, Grey M. Metabolic control, self-management and psychosocial adjustment in women with type 2 diabetes. J Clin Nurs 2006; 14: 195-203.
14. Strubert HJ, Carpenter DR, editors. Qualitative Research in Nursing–Advancing the Humanistic Imperative. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
15. Willis P. Things Themselves in Phenomenology. Indo-Pacific J Phenomenology 2001; 1: 1-14.
16. De Bolle L, Mehuys E, Adriaens E, Remon JP, Van Bortel L, Christiaens T. Home medication cabinets and self-medication: a source of potential health threats? Ann Pharmacother 2008; 42: 572-9.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

17. Sawalha AF. A descriptive study of self-medication practices among Palestinian medical and nonmedical university students. Res Social Adm Pharm 2008; 4: 164-72.
18. Somi MH, Behshid M, Zaman Zadeh V, Abbas Alizadeh Sh, Jabbari H, Yavari Kia P, et al. Health seeking behavior of residents in northwestern Tabriz. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences & Health Services 2003; 59: 81-77.
19. Mortazavi SAR, Hajebi G. Evaluating the knowledge and awareness of patients calling on pharmacies throughout Tehran, regarding their requested OTC drugs. Journal of The Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services 2004; 4: 304-299.
20. Awad A, Al-Rabiy S, Abahussain E. Self-medication practices among diabetic patients in Kuwait. Med Princ Pract 2008; 17: 315-20.
21. Zun LS, Gossman W, Lilienstein D, Downey L. Patients' self-treatment with alternative treatment before presenting to the ED. Am J Emerg Med 2002; 20: 473-75.
22. Jirojwong S, MacLennan R. Management episodes of incapacity by families in rural and remote queensland. Aust J Rural Health 2002; 10: 249-55.
23. Charlton BG. Self-management of psychiatric symptoms using over-the-counter (OTC) psychopharmacology: the S-DTM therapeutic model--Self-diagnosis, self-treatment, self-monitoring. Med Hypotheses 2005; 65: 823-28.
24. Heidari MR, Karami Nejad M, Rezaei Far M, Rezaei Dastjerdi E. Determination of the most prevalent reasons for requesting drugs without prescription in Kerman pharmacies. Journal of Babol University OF Medical Sciences 1999;4: 37-32
25. Tavakoli R. The survey of important socio-economic & cultural variables influencing self-medication. Daneshvar, Sciences-Research Journal of Shahed University 2001; 34: 9-12.
26. Mulder AA, Boerma RP, Barogui Y, Zinsou C, Johnson RC, Gbovi J, et al. Healthcare seeking behaviour for Buruli ulcer in Benin: a model to capture therapy choice of patients and healthy community members.Trans R Soc Trop Med Hyg 2008; 102: 912-20.
27. Storla DG, Yimer S, Bjune GA. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of Tuberculosis. BMC Public Health 2008; 8: 15.
28. Chui WK, Li SC. Advice-giving on self-medication: perspectives of community pharmacists and consumers in Singapore.J Clin Pharm Ther 2005; 30: 225-31.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

Original Article

Self Treatment Experience in Diabetes Mellitus Type 2

Masoudi Alavi N, Izadi F, Ebadi A, Hajbagheri A
Kashan University of Medical Sciences, I.Ir.Iran
e-mail: masudialavi_N@kaums.ac.ir

Abstract

Introduction: It has been recognized that adoption of self treatment or self management skills by diabetics is beneficial in treatment/management of their disorder. Self-treatment or self-management is the behavior that a patient follows to relieve his/her health related problems without professional supervision. Materials and Methods: In a qualitative and phenomenology study, adult patients with diabetes mellitus type 2, who were referred to the diabetes clinic in Kashan in 1386, were interviewed with and questioned about their experiences in self treatment; all interviews were recorded and data was analyzed using the Colizzi method. Results: Twenty patients (14 females and 6 males) participated in the study, average age 51 years. The 80 themes extracted from the interviews were clustered in 7 categories. Concealing the disease, such as denial; factors facilitating self treatment, such as treatment costs; factors related to disease such as type and severity of the disease; factors related to the physician, such as trust and availability; and hopeless of consulting the doctor; the restricting inhibitor factors like education, or unsupervised self treatment, such as self medication; self treatment related consequences like delayed recovery or complications. Conclusion: Self treatment is a complex behavior with different presentations that is influenced by so many interrelated factors. Self treatment in diabetes mellitus can have severe consequences, viz. delay in treatment. Patient education and facilitating easier access to treatment can improve the use of such treatments.

Keywords: Diabetes mellitus, Self treatment, Phenomenology

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]