مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی دوازدهم، شماره‌ی ۳، صفحه‌های ۲۴۲ ـ ۲۳۷ (شهریور ۱۳۸۹)

مقاله‌ی پژوهشی

خوددرمانی در بیماران مبتلا به دیابت شهر کاشان

دکتر نگین مسعودی‌علوی، لیلا اعلمی، صدیقه طایفی، زهرا صدفی

دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان؛ **نشانی مکاتبه‌ی نویسنده مسئول:** کاشان، بلوار قطب راوندی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، دانشکده پرستاری و مامایی، دکتر نگین مسعودی‌علوی؛
e-mail:masudialavi_n@kaums.ac.ir

چکیده

مقدمه: در بیماری دیابت وجود رفتارهای خوددرمانی می‌تواند عواقب ناگواری داشته باشد. در این مطالعه، خوددرمانی در بیماران دیابتی بستری در بیمارستان شهید بهشتی و مراجعان به مرکز دیابت شهر کاشان بررسی شد. مواد و روش‌ها: این پژوهش مقطعی در بیماران مبتلا به دیابت قندی بستری در بیمارستان شهید بهشتی و مراجعان به مرکز دیابت کاشان با سن بیش از ۱۸ سال انجام شد. پرسشنامه‌ی استفاده شده دارای ۲۵ سؤال با گزینه‌ی لیکرت ۴ تایی بود. اعتبار پرسشنامه با استفاده از روش اعتبار محتوا بررسی شد. روایی پرسشنامه ۰/۸۵ به دست آمد. در این مطالعه از روش‌های آمار تحلیلی کای دو، آزمون t، آنالیز رگرسیون، و تحلیل عاملی جهت تجزیه و تحلیل استفاده شد. یافته‌ها: تعداد ۴۰۰ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند. متوسط سن بیماران ۱۲/۹±۵۴/۹ سال بود. ۶۸/۲٪ نمونه‌ها، زن بودند. در این بررسی، ۱۷ نفر (۴/۲٪) به میزان زیاد و ۲۶۳ نفر به طور متوسط (۶۵/۸٪) و ۱۲۰ نفر (۳۰٪) به میزان کم به خوددرمانی می‌پرداختند. خوددرمانی با سن، مدت ابتلا، محل زندگی، نحوه‌ی درمان، ابتلا به بیماری کلیوی، وضعیت بیمه، نوع دیابت، وضعیت بیماران بستری و سرپایی ارتباطی نداشت. جنس زن، پرفشاری خون، و هیپرلیپیدمی، و تحصیلات با خوددرمانی ارتباط نشان داد. نتیجه‌گیری: با توجه به تمایل بیماران مبتلا به دیابت به خوددرمانی، پیشنهاد می‌شود که راه‌های درمان مشکلات شایع و عوارض دیابت به بیماران آموزش داده شود، تا بیماران بتوانند خوددرمانی را به شیوه‌ی مؤثری انجام دهند.

واژگان کلیدی: خوددرمانی، دیابت، عوامل مؤثر بر خوددرمانی

دریافت مقاله: ۸۸/۱۱/۱۹ ـ دریافت اصلاحیه: ۸۹/۲/۱۶ ـ پذیرش مقاله: ۸۹/۲/۱۹

مقدمه

افراد جامعه هنگام احساس ناخوشی برای رهایی از مشکل پیش آمده، رفتارهای متفاوتی را نشان می‌دهند مانند مراجعه به پزشک یا استراحت در خانه، به این رفتارها، رفتارهای درمان‌طلبانه می‌گویند.[۱] خوددرمانی یکی از این رفتارها است، که در آن شخص سعی می‌کند بدون کمک و نظر افراد حرفه‌ای، بیماری یا مشکل سلامت خود را بر طرف نماید.[۲] بیماران با تمایل خوددرمانی قوی ممکن است هیچ‌گاه به دنبال کمک و نظر حرفه‌ای برای درمان خود نباشند.[۳]

پژوهش‌ها حاکی از شیوع قابل توجه خوددرمانی به ویژه به شکل استفاده‌ی خودسرانه از دارو در میان افراد در جوامع مختلف است. در تبریز ۸۱/۶٪ بیماران به صورت خودسرانه از دارو استفاده می‌نمایند.[۴] در فلسطین شیوع مصرف خودسرانه‌ی دارو در دانشجویان دانشگاه ۹۸٪ گزارش شده است.[۵] در مطالعه‌ی دیگری، ۴۲٪ آمریکایی‌ها به طور خودسرانه از درمان‌های مکمل استفاده می‌کردند.[۶] تمامی بیماران قلبی بستری در شهر قزوین در منزل دارو نگهداری می‌کردند و ۸۶/۷٪ قبل از بستری به طور خودسرانه از داروهای گیاهی استفاده کرده بودند.[۷] بسیاری از بیماران پس از اقدام‌های کاملاً بی‌فایده و مصرف مواد

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-15]

بی‌اثر احساس بهبود می‌نمایند. این امر می‌تواند اقدام و تکرار خوددرمانی را تقویت نماید.[۸]

بیماران انتظار بهبود و نتایج مؤثر دارند در حالی که دوره‌ی درمان‌های شگفت‌انگیز و بسیار مؤثر به پایان رسیده است. این امر بیماران مزمن را از درمان‌های رسمی ناامید می‌کند[۹] و توجیه‌گر تمایل بیماران به درمان‌های مکمل است. خوددرمانی در مشکلات عضلانی و استخوانی، آلرژی‌ها، مشکلات تنفسی و بیماری‌های مزمن مانند دیابت شایع است.[۱۰]

در مطالعه‌ی کیفی در شهر کاشان مصرف خودسرانه‌ی دارو از اشکال مهم خوددرمانی در بیماران دیابتی بود. بیماران به استفاده از مواد گیاهی، غذاها، و تریاک نیز در خوددرمانی دیابت به کرات اشاره نمودند.[۱] خوددرمانی در دیابت می‌تواند عواقب وخیمی برای بیمار در بر داشته باشد. در یک گزارش موردی، یک بیمار مبتلا به دیابت برای درمان زخم پای خود – که در اثر راه رفتن زیاد ایجاد شده بود– از پارافین آب شده استفاده کرد که در نتیجه، سوختگی وسیعی رخ داد و نیازمند دبریدمان جراحی شد.[۱۱] در مطالعه‌ای در بیماران دیابتی، تاخیر در درمان، کنترل نامناسب قند خون و ایجاد عوارض دارویی و درمانی از مهم‌ترین عواقب خوددرمانی گزارش شد.[۱]

مطالعه‌های جامع در مورد شیوه‌ی تصمیم‌گیری برای درمان و خوددرمانی در بیماران دیابتی محدود است.[۱۲] مطالعه کیفی انجام شده در شهر کاشان نمی‌تواند شیوع این رفتار را نشان دهد،[۱] ضمن آن که تا کنون پرسشنامه‌ی اختصاصی در مورد خوددرمانی در دیابت در کشور طراحی نشده است. این در حالی است که بررسی رفتارهای خوددرمانی در این بیماران می‌تواند در فرایند مراقبتی مؤثر باشد. بنابراین پژوهشی توصیفی برای بررسی خوددرمانی در بیماران مبتلا به دیابت شهر کاشان انجام شد و پرسشنامه‌ای برای این منظور طراحی و بررسی شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش توصیفی–مقطعی برای بررسی خوددرمانی در بیماران مبتلا به دیابت شهر کاشان انجام شد. شرایط ورود به مطالعه عبارت بودند از سابقه‌ی ابتلا به دیابت قندی برای حداقل شش ماه بنا به تشخیص پزشک معالج و سن بیش از ۱۸ سال و هم‌چنین رضایت داوطلبانه جهت شرکت در تحقیق. بیمارستان شهید بهشتی کاشان و مرکز دیابت کاشان به عنوان محیط پژوهش در نظر گرفته شدند.

پس از تأیید مطالعه توسط کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کاشان، تمامی بیماران بستری شده در بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستان شهید بهشتی و مراجعان به مرکز دیابت از دی ماه ۱۳۸۷ تا تیر ماه ۱۳۸۸ که دارای شرایط واحدهای پژوهش بودند، بررسی شدند. هر بیمار تنها یک بار مورد پرسش قرار گرفت. بنابراین در موارد بستری و مراجعه مکرر تنها در بار اول پرسشنامه پر شد. در صورت آماده نبودن بیمار از نظر روحی و جسمی، دوباره برای تکمیل پرسشنامه مراجعه شد. در صورتی که بیمار بی‌سواد یا کم‌سواد بود و قادر نبود به طور مستقل پرسشنامه را پر کند، سؤال‌های پرسشنامه توسط پرسشگر خوانده شد و بیمار گزینه‌های آن را انتخاب نمود.

پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال بود که توسط پژوهشگران بر اساس یافته‌های پژوهشی کیفی طراحی شده‌بود.[۱] اعتبار پرسشنامه با استفاده از اعتبار محتوا و نظرخواهی از ۱۰ کارشناس بررسی شد. روایی پرسشنامه توسط روش دو نیمه کردن در ۲۴ بیمار بررسی شد و روایی آن ۰/۸۵ به دست آمد. پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال با گزینه‌های لیکرت چهارتایی (همیشه، اکثراوقات، گاهی اوقات، هیچ‌وقت) بود. بیماران می‌توانستند نمره‌ای بین ۲۵ تا ۱۰۰ از پرسشنامه کسب نمایند. نمره‌ی بالا نشانه‌ی خوددرمانی بیشتر و نمره‌ی کمتر نشانه‌ی خوددرمانی کمتر است. پرسشنامه توسط نمره‌ی خام کلی بررسی شد، هم‌چنین، بر حسب نتایج به دست آمده از تحقیق پایلوت کسب نمره‌ی ۱۰۰–۷۱ خوددرمانی زیاد، ۷۰–۵۱ خود درمانی متوسط و ۵۰–۲۵ خود درمانی کم محسوب شد.

در این مطالعه از آمار توصیفی مانند بیان فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. هم‌چنین، از روش‌های آمار تحلیلی مجذور خی، آزمون تی، رگرسیون چند متغیره، و تحلیل عاملی برای تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۶، استفاده شد.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-15]

جدول ۱- خصوصیات بیماران مورد بررسی و رابطه‌ی آنها با خوددرمانی

خصوصیات مورد بررسی	تعداد	درصد	متوسط امتیاز خوددرمانی
جنس*			
زن	۲۷۳	۶۸/۲	۴۶/۸±۸/۶†
مرد	۱۲۷	۳۱/۷	۴۳/۷±۸/۹
محل زندگی			
شهر	۳۳۶	۸۴/۸	۴۵/۸±۸/۹
روستا	۶۰	۱۵/۲	۴۵/۸±۸/۳
نوع درمان			
انسولین	۱۲۷	۳۲/۲	۴۶/۷±۸/۴
قرص	۲۶۷	۶۷/۸	۴۵/۴±۸/۹
تحصیلات*			
بی‌سواد	۱۷۴	۴۳/۹	۴۷/۱±۸/۴
زیر دیپلم	۱۷۶	۴۴/۵	۴۴/۹±۹/۲
دیپلم و بالاتر	۴۶	۱۱/۶	۴۴/۷±۸/۶
بیماری کلیوی			
دارد	۸۳	۲۰/۷	۴۵/۴±۹/۳
ندارد	۳۱۷	۷۹/۲	۴۵/۹±۸/۷
چربی خون بالا*			
دارد	۱۱۱	۲۷/۷	۴۷/۴±۸/۸
ندارد	۲۸۹	۷۲/۲	۴۵/۲±۸/۷
بیماری قلبی			
دارد	۱۳۴	۳۳/۵	۴۷±۸/۶
ندارد	۲۶۶	۶۶/۵	۴۵/۲±۸/۹
پرفشاری خون*			
دارد	۱۹۱	۴۷/۷	۴۷/۱±۹/۱
ندارد	۲۰۹	۵۲/۲	۴۴/۶±۸/۵
نوع دیابت			
نوع ۱	۱۲	۳	۴۷/۲±۷/۲
نوع ۲	۳۸۸	۹۷	۴۵/۷±۸/۹
نوع مراجعه			
بستری	۲۰۰	۵۰	۴۶/۵±۸/۷
سرپایی	۲۰۰	۵۰	۴۵/۱±۸/۹
سن			
کمتر از ۵۰ سال	۱۴۶	۳۶/۵	۴۵±۸/۸
۵۱ تا ۶۰ سال	۱۲۱	۳۰/۲	۴۶±۸/۱
بیش از ۶۰ سال	۱۳۳	۳۳/۲	۴۶/۴±۹/۴
مدت ابتلا			
کمتر از ۴ سال	۱۱۱	۲۸	۴۶/۱±۸/۴
۵ تا ۱۰ سال	۱۶۴	۴۱	۴۵/۱±۸/۵
بیش از ۱۱ سال	۱۲۳	۳۱	۴۶/۵±۹/۶

* ارتباط معنی‌دار را نشان می‌دهد (p< ۰/۰۵)؛ †اعداد به صورت میانگین±انحراف معیار نوشته شده‌اند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۰۰ بیمار بررسی شدند. از این میان، ۲۰۰ بیمار مراجعه‌کنندگان به درمانگاه دیابت و بیماران سرپایی بودند و ۲۰۰ بیمار در بیمارستان شهید بهشتی بستری بودند. متوسط سن بیماران ۱۲/۹±۵۴/۹ سال بود. بیشترین تعداد بیماران در گروه سنی بالای ۶۰ سال قرار داشتند (۳۳/۲٪). اغلب بیماران را زنان تشکیل می‌دادند (۶۸/۲٪) و ۱۲۷ نفر مرد بودند (۳۱/۸٪). متوسط مدت ابتلا به بیماری ۹/۵±۸/۳ سال بود. بیشتر بیماران به مدت ۵ تا ۱۰ سال به بیماری دیابت مبتلا بودند (۴۱/۲٪). بیشتر بیماران دارای تحصیلات ابتدایی بودند (۴۴/۴٪) و پس از آن افراد بی‌سواد قرار داشتند (۴۳/۹٪). اکثر بیمار متأهل بودند (۸۴/۲٪). ۹۷٪ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ بودند. ۱۲۷ بیمار (۳۱/۸٪) با درمان انسولین درمان می‌شدند، ۲۶۷ نفر (۶۶/۹٪) از قرص‌های کاهنده‌ی قند خون استفاده می‌کردند و ۵ نفر با رژیم غذایی به تنهایی درمان می‌شدند. ۸۳ بیمار (۲۰/۸٪) دچار مشکلات کلیوی، ۱۱۱ نفر (۲۷/۸٪) دچار افزایش چربی خون، ۱۳۴ نفر (۳۳/۵٪) دچار بیماری قلبی و ۱۹۱ بیمار (۴۷/۸٪) دچار فشار خون بالا بودند. متوسط هموگلوبین گلیکوزیله (HbA1c) در بیماران ۱/۷±۷/۸ ٪ بود که حاکی از کنترل متوسط قند خون در بیماران است.

در این بررسی، ۲۱/۷٪ بیماران ابراز نمودند که همیشه یا اکثر اوقات به خوددرمانی می‌پردازند، ۲۷٪ گاهی اوقات و ۵۰٪ هیچگاه خوددرمانی انجام نمی‌دادند. در نمره‌ی کلی پرسشنامه، ۱۷ نفر (۴/۲٪) به میزان زیاد و ۲۶۳ نفر به طور متوسط (۶۵/۸٪) و ۱۲۰ نفر (۳۰٪) به میزان کم به خوددرمانی می‌پرداختند. متوسط امتیاز خوددرمانی در بیماران ۸/۸±۴۵/۸ از ۲۵ الی ۱۰۰ امتیاز ممکن بود. جنس زن، تحصیلات پایین، ابتلا به فشار خون بالا و هیپرلیپیدمی با خوددرمانی ارتباط معنی‌دار مستقیم آماری نشان داد. خوددرمانی با میزان کنترل قند خون ارتباطی نشان نداد (p =۰/۳، r=۰/۰۶). ویژگی‌های بیماران و شیوه‌ی ارتباط آن با خوددرمانی در جدول ۱ قابل مشاهده است.

در آنالیز رگرسیون چند متغیره، فشار خون بالا و جنس در مجموع، ۴٪ رفتارهای خوددرمانی را توضیح می‌دادند (جدول ۲). در بررسی سؤال‌های پرسشنامه ۴۱/۵٪ بیماران ابراز نمودند که تنها اگر حالشان خیلی بد شود، به پزشک مراجعه می‌نمایند. ۶۲/۲٪ همیشه با اصرار خانواده به پزشک

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-15]

مراجعه می‌نمودند و ۳۰/۲٪ معتقد بودند که داروها و درمان‌های خانگی کاملاً بی‌ضرر هستند. تنها ۴٪ ابراز نمودند بدون تجویز پزشک از داروخانه، دارو تهیه می‌نمایند.

جدول ۲- رگرسیون چند متغیره‌ی خوددرمانی

متغیر*	R^2	t	ß نهایی	مقدار p
متغیر وابسته: خوددرمانی				
جنس	۰/۰۲۳	-۲/۷	-۰/۱۲۵	۰/۰۰۸
فشار خون	۰/۰۴	۲/۴	۰/۱۲۳	۰/۰۱۵

*متغیروابسته: خوددرمانی

بحث

یافته‌های مطالعه نشان داد که بیماران مورد بررسی به طور متوسط به خوددرمانی می‌پرداختند. جنس زن، تحصیلات بیشتر و ابتلا به مشکلات فشارخون بالا و افزایش چربی خون با خوددرمانی ارتباط داشت. سریزدی معتقد است، خوددرمانی به عنوان یکی از مشکلات مهم اجتماعی - اقتصادی - بهداشتی در همه‌ی جوامع وجود دارد.[۱۳]

در مطالعه‌ای در تبریز خوددرمانی به عنوان یک اقدام درمانی در ۳۶/۲٪ بیماران و عدم اجرای دستورهای دارویی در ۵۸/۸۹٪ مشاهده شد.[۱۴] معمولاً خودتشخیصی، خوددرمانی و خودارزیابی به دنبال هم رخ می‌دهند و به صورت چرخه‌ای ادامه می‌یابند.[۹] توکلی معتقد است درمان علامتی بیماری‌ها، مهم تلقی شدن بیماری و گرانی ویزیت پزشکان از علل مهم تأثیرگذار بر رفتار خوددرمانی است. هم‌چنین عواملی مانند سطح سواد، شغل و منطقه سکونت در شکل‌گیری این رفتار مؤثرند.[۱۵] در مطالعه‌ی حاضر سطح سواد با خود درمانی ارتباط نشان داد، در حالی که محل زندگی در شهر و یا روستا ارتباطی با خوددرمانی نداشت. به نظر می‌رسد با افزایش سطح سواد و اطلاعات، بیماران تمایل بیشتری به استفاده از درمان‌های رسمی دارند.

در مطالعه‌ای در شهر کرمان، بیماران در پاسخ به این سؤال که «چرا داروی بدون نسخه می‌خواهید؟»، جواب‌های مختلفی دادند. در ۲۰/۶٪ موارد عدم استطاعت مالی برای پرداخت حق ویزیت را مطرح کردند. در پاسخ به سؤال دوم که «چرا به پزشک مراجعه نمی‌کنید؟»، نیز در ۳۲/۴٪ موارد عدم استطاعت مالی برای پرداخت حق ویزیت، نداشتن وقت برای مراجعه به پزشک (۲۳/۷٪) و شلوغ بودن مطب پزشکان (۶٪) را ذکر نمودند.[۱۶] در یک مطالعه، افراد تحت پوشش بیمه‌های دولتی (۳۱/۳۷٪) بیش از افراد تحت پوشش بیمه‌های خصوصی (۱۴/۲۸٪) اقدام به خوددرمانی می‌نمودند. افراد حقوق‌بگیر (۲۱/۸۷٪) کمتر از افراد با شغل آزاد (۴۴/۴۳٪) اقدام به خوددرمانی می‌کردند.[۶] در تحقیق حاضر نوع بیمه با خوددرمانی ارتباطی نشان نداد. شاید علت این باشد که بیشتر بیماران (۹۵٪) بیمه بودند و امکاناتی که در شهر کاشان به بیماران تحت بیمه‌ی تامین اجتماعی و خدمات درمانی و یا بیمه‌ی روستایی و کمیته‌ی امداد قرار می‌گیرد، تفاوتی با یکدیگر ندارد. در مطالعه‌ی حاضر خوددرمانی ارتباطی با سن نشان نداد ولی با جنسیت زن ارتباط داشت. در پژوهشی افراد با سن بین ۳۵ تا ۵۴ سال بیشتر به خوددرمانی با درمان‌های جایگزین می‌پرداختند.[۱۰] در مطالعه‌ی سریزدی شیوع خوددرمانی در زن‌ها به طور معنی‌داری بیش از مردها بود.[۱۳] در تحقیق دیگری نیز زنان در مقایسه با مردان به میزان بیشتری به خوددرمانی با درمان‌های جایگزین می‌پرداختند.[۱۱] به نظر می‌رسد با توجه به این که زنان در شهر کاشان بیشتر خانه‌دار هستند، فرصت بیشتری برای اقدام‌های درمانی در خانه دارند. هم‌چنین امکانات محدودتر مادی در اختیار زنان، می‌تواند در تمایل ایشان به خوددرمانی- که به طور عمده ارزانتر است - مؤثر باشد. هم‌چنین، زنان دارای سطح تحصیلات کمتری بودند که می‌تواند با شیوع بیشتر رفتار خوددرمانی در ایشان ارتباط داشته باشد.

در این مطالعه، خوددرمانی با مدت ابتلا به دیابت ارتباطی نشان نداد. در حالی که شونبرگ در بیماران قلبی متوجه شد که با افزایش مدت ابتلا به بیماری خوددرمانی و استفاده از داروهای بدون نسخه بیشتر می‌شود.[۱۷] در این مطالعه ساکنان روستا و شهر به یک میزان به خوددرمانی می‌پرداختند. در مطالعه‌ی دیگری، میزان خوددرمانی در افراد روستایی ۴۷٪ و در ساکنان شهر ۳۵/۸٪ بود.[۱۸]

به نظر می‌رسد نوع بیماری‌های همراه در خوددرمانی مؤثر است. در پژوهشی نوع بیماری در خوددرمانی مؤثر بود به ترتیب در بیماری‌های تنفسی، اعصاب و روان، و گوارشی اقدام به خوددرمانی بیشتر بود.[۱۶] شونبرگ نشان داد استفاده از روش‌های خوددرمانی در بیماران قلبی گسترده است.[۱۷] نوع مشکلات نیز بر خوددرمانی اثر دارد. سرما خوردگی و درد پشت از مشکلاتی است که بیماران در آن به طور وسیع به خوددرمانی می‌پردازند.[۱۹] در

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-15]

اسپانیایی‌ها درد، احساس بی‌قوتی، سوءهاضمه، بی‌خوابی، چاقی، دیابت، و افزایش چربی خون مهم‌ترین مشکلاتی بودند که موجب می‌شوند افراد به خوددرمانی بپردازند.[۲۰] در مطالعه‌ی حاضر نیز ابتلا به فشار خون بالا و هیپرلیپیدمی با خوددرمانی ارتباط نشان داد، در حالی که بیماری‌های همراه دیگر مانند بیماری قلبی ارتباط معنی‌داری با خوددرمانی نداشت. دو بیماری همراه فشار خون بالا و بالا بودن چربی خون از مشکلاتی هستند که فاقد علایم بالینی بارزی هستند و به بیانی بیمار وجود این مشکلات را به طور دایم احساس نمی‌کند، در حالی که در بیماری‌های همراهی که دارای علایم بالینی بیشتری هستند (مانند نوروپاتی و یا مشکلات چشمی و قلبی)، بیماران تمایل بیشتری به درمان‌های مؤثرتر و رسمی دارند.

باور به شدت بیماری و باور به توانایی‌های خود و اعتقاد به تأثیر داروهای سنتی در رفتار خوددرمانی مؤثر است.[۲۱] در مطالعه‌ی حاضر نیز بسیاری از بیماران اعتقاد داشتند که داروهای سنتی و گیاهی کاملاً بی‌خطر هستند.

مراقبت از خود در بیماری‌های مزمن مفهومی اصلی و حیاتی تلقی می‌گردد. وقتی بیمار به طور آگاهانه نقش فعالی در مراقبت از خود به عهده می‌گیرد، نتایج درمانی بهبود قابل توجه خواهد یافت.[۲۲] در مقابل خوددرمانی به ویژه به شکل مصرف خودسرانه و بی‌رویه دارو، خالی از خطر نیست.[۲۳] بنابراین باید با توانمند نمودن بیماران دیابتی خصوصا افراد در معرض خطر مانند افراد با تحصیلات پایین و زنان- امکان بروز موارد خوددرمانی منجر به عوارض را کمتر نمود.

در رابطه با پژوهش‌های بعدی پیشنهاد می‌گردد عوارض خوددرمانی در بیماران مبتلا به دیابت بررسی شود و هم‌چنین تأثیر برخی از مواد گیاهی پرمصرف در امر خود درمانی در دیابت بر روی کنترل قند خون مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری: پژوهشگران سپاس و قدردانی خود را از بیمارانی که در تحقیق شرکت نمودند، ابراز می‌دارند. هم‌چنین از کارکنان محترم بیمارستان شهید بهشتی کاشان، مرکز دیابت کاشان و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان به دلیل تأمین هزینه‌ی این پژوهش کمال تشکر را دارند.

References

1. Masoudi Alavi N, Izadi F, Ebadi A, Hajbagheri A. Self Treatment Experience in Diabetes Mellitus Type 2. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2009; 10: 581-8. [Farsi]
2. American Heritage Institute, editor. Stedman's Medical Dictionary. 2nd ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 2004. p.1451.
3. 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.
4. Somi MH, Behshid M, Zamanzadeh V, Abbas-alizadeh Sh, Jabbari H, Yavarikia P, et al. Health seeking behavior of residents in northwestern Tabriz. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences and Health Services 2003; 59: 77-81. [Farsi]
5. Sawalha AF. A descriptive study of self-medication practices among Palestinian medical and nonmedical university students. Res Social Adm Pharm 2008; 4:164-72.
6. Combest W, Newton M, Combest A, Kosier JH. Effects of herbal supplements on the kidney. Urol Nurs 2005; 25: 381-6.
7. Asefzadeh S, Barkhordari F, Moghadam F. Self-medication among cardiovascular patients of Bu-Ali Hospital. Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2003; 26:91-94. [Farsi]
8. Hyland ME, Geraghty AW, Joy OE, Turner SI. Spirituality predicts outcome independently of expectancy following flower essence self-treatment. J Psychosom Res 2006; 60: 53-8.
9. 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.
10. Amarilles P, Gonzalez LI, Giraldo NA. Prevalence of Self-Treatment with Complementary Products and Therapies for Weight Loss: A Randomized, Cross-Sectional Study in Overweight and Obese Patients in Colombia. Curr Ther Res 2006; 67:66-78.
11. Putz Z, Toth N, Istenes I, Hermnyi Zs, Keresztes K, Kempler P, et al. Severe burn injury induced by unusual self-treatment in a patient with diabetic neuropathy (case report). Diabetes Rese-arch and Clinical Practice 2008; 79: S84.
12. Mcdonald IG, Daly J. On patient judgment. Intern Med J 2001; 31: 184–7.
13. 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. [Farsi]
14. Somi MH, Piri Z, Behshid M, Zaman Zadeh V, Abbas Alizadeh Sh. Self medication by residents of northwestern Tabriz. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences and Health Services 2003; 59: 82-6. [Farsi]
15. Tavakoli R. The survey of important socio-economic and cultural variables influencing self-

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-15]

medication. Daneshvar Medicine 2001; 34: 9-12. [Farsi]
16. 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 Babol University Medical Sciences 1999; 4: 32-7. [Farsi]
17. Schoenberg NE, Amey CH, Stoller EP, Drew EM. The pivotal role of cardiac self-care in treatment timing. Soc Sci Med 2005; 60: 1047–60.
18. Moghadam Nia AA, Ghadimi R. Self-medication of patients with common cold among 15-45 year old individuals, Babol, 1998. Journal of Babol University of Medical Sciences 2001; 5: 26-32. [Farsi]
19. Cherniack EP, Ceron-Fuentes J, Florez H, Sandals L, Rodriguez O, Palacios JC. Influence of race and ethnicity on alternative medicine as a self-treatment preference for common medical conditions in a population of multi-ethnic urban elderly. Complement Ther Clin Pract 2008; 14: 116-23.
20. Dundas ML, Dolsen M. Comparing Information on the Use of Hispanic Herbal Supplements Intended for Self-treatment: Concerns and Cautions. Topics in Clinical Nutrition 2006; 21: 293-99.
21. Chui WK, Li SC. Advice-giving on self-medication: perspectives of community pharm-acists and consumers in Singapore. J Clin Pharm Ther 2005; 30: 225-31.
22. Mettler M, Kemper DW. Information therapy: The strategic role of prescribed information in disease self-management. Stud Health Technol Inform 2006; 121: 373–83.
23. Osswald SS, Elston DM, Farley MF, Alberti JG, Cordero SC, Kalasinsky VF. Self-treatment of a basal cell carcinoma with "black and yellow salve". J Am Acad Dermatol 2005; 53: 509-11.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-15]

Original Article

Self Treatment in Diabetes Mellitus in Kashan

Masoudi Alavi N, Alami L, Taefi S, Sadafi Z
School of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I.R. Iran
e-mail:masudialavi_N@kaums.ac.ir

Received: 09/01/2009 **Accepted**: 09/05/2010

Abstract

Introduction: Self treatment in diabetes mellitus might have serious consequences. This study examined self treatment behaviors in patients with diabetes mellitus, in Kashan city. Materials and Methods: In this cross sectional study, patients aged over 18 years, with at least 6 months history of diabetes were asked to participate. A 25 item questionnaire with the 4 likert scale was used for recording data. The content validity of the questionnaire was approved and the reliability of the questionnaire was 0.85. The Chi square, T student and multiple regressions were used for data analysis. Results: A total of 400 patients participated in the study. Mean age of participants was 54.9±12.9 years; 68.2% percent were female; 4.2% had high self treatment score, while 65.8% had medium and 30% had low self treatment scores. Self treatment had no significant relationship with age, duration of disease, the place of living, kind of treatment, insurance, kind of diabetes or the inpatient outpatient status. Female gender, hypertension, hyperlipidemia and education had significant relationship with self treatment. Conclusion: There was a medium tendency for self treatment in patients. It seems that education focusing on treatment modalities might improve the effectiveness of self treatment in diabetes.

Keywords: Self treatment, Diabetes mellitus, Related factors

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-15]