

Common Misconceptions Regarding Diabetes Mellitus among Clients Attending Comprehensive Health Service Centers: A Qualitative Study

Ali Fakhri^{1*}, Ali Falahati²

1. Social Determinants of Health, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

2. Kashan Health Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

Abstract

Background: Diabetes is a prevalent chronic disease accompanied by numerous misconceptions among the general population. This qualitative study aimed to identify and categorize misconceptions about diabetes among individuals visiting healthcare centers.

Methods: The findings of this study are part of a research project to design a tool aimed at assessing awareness regarding diabetes. To identify misconceptions about diabetes, 12 semi-structured interviews were conducted with individuals of both genders. The data were analyzed using qualitative content analysis.

Results: Out of 420 identified codes, 64 were extracted as misconceptions about diabetes. These misconceptions were categorized into domains including general characteristics of diabetes, risk factors, symptoms, complications, prevention and management of diabetes, and other beliefs.

Conclusion: Findings revealed misunderstandings regarding diagnostic criteria, risk factors, unrealistic symptoms, and unscientific care practices. The results underscore the need for targeted educational programs to correct misconceptions and enhance public awareness.

Keywords: Diabetes mellitus, Health misconceptions, Health education

Received: October 27, 5025; Accepted: April 22, 2026

Please cite this article as:

Fakhri A, Falahati A. Common Misconceptions Regarding Diabetes Mellitus among Clients Attending Comprehensive Health Service Centers: A Qualitative Study. *ijdl*. 2026; 26(2):153-161.

DOI: [10.18502/ijdl.v26i2.21918](https://doi.org/10.18502/ijdl.v26i2.21918)

*Corresponding Author: Ali Fakhri; Email: fakhri-a@kaums.ac.ir, Add: Department of Public Health, School of Health, 5th km Ravand Road, Kashan, Iran, Tel: +983155103642

تصورات نادرست درباره دیابت در میان مراجعین به مراکز خدمات جامع سلامت: یک مطالعه کیفی

علی فخری^{۱*}، علی فلاحتی^۲

۱- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

۲- مرکز بهداشت کاشان، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

چکیده

مقدمه: دیابت یکی از بیماری‌های مزمن شایع در جهان است که با تصورات نادرست متعددی در میان افراد جامعه همراه است. این مطالعه کیفی با هدف شناسایی و طبقه‌بندی تصورات نادرست درباره دیابت در میان مراجعین به مراکز خدمات جامع سلامت انجام شد.

روش‌ها: یافته‌های این مطالعه بخشی از یک مطالعه برای طراحی یک ابزار سنجش آگاهی در مورد دیابت است. به‌منظور شناسایی تصورات نادرست در مورد دیابت، ۱۲ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با افراد از هر دو جنس انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از تحلیل محتوای کیفی تحلیل شدند.

یافته‌ها: از ۴۲۰ کد شناسایی شده، ۶۴ کد به‌عنوان تصورات نادرست در مورد دیابت استخراج گردید. این تصورات در حوزه‌های مشخصات کلی دیابت، عوامل خطر، علائم، عوارض، پیشگیری و مراقبت از دیابت و سایر تصورات طبقه‌بندی شدند.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که تصورات نادرست شامل درک نادرست از معیارهای تشخیص دیابت، عوامل خطر، علائم غیرواقعی و روش‌های مراقبت غیرعلمی است. این یافته‌ها بر ضرورت برنامه‌های آموزشی هدفمند برای اصلاح تصورات نادرست و ارتقای آگاهی عمومی تأکید دارد.

واژگان کلیدی: دیابت، تصورات نادرست، آموزش سلامت

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۰۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۰۵

به این مقاله، به‌صورت زیر استناد کنید:

Fakhri A, Falahati A. Common Misconceptions Regarding Diabetes Mellitus among Clients Attending Comprehensive Health Service Centers: A Qualitative Study. *ijdl*. 2026; 26(2):153-161.

*نویسنده مسئول: علی فخری، آدرس: کاشان، کیلومتر ۵ بلوار قطب راوندی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، تلفن: ۰۳۱۵۵۱۰۳۶۴۲، پست الکترونیک: fakhri-a@kaums.ac.ir

مقدمه

دیابت به عنوان یکی از شایع ترین بیماری های مزمن غیر واگیر، چالش های قابل توجهی برای سیستم های بهداشتی در سراسر جهان ایجاد کرده است. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۲۲، در جهان ۸۳۰ میلیون نفر به این بیماری مبتلا بوده اند، و این رقم همچنان در حال افزایش است [۱]. در ایران، شیوع دیابت، به ویژه دیابت نوع دوم، به صورت نگران کننده ای رو به رشد است. مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده اند که درصد بالایی از جمعیت بزرگسال ایران به دیابت مبتلا هستند [۲]. این افزایش شیوع، همراه با عوارض مرتبط با دیابت مانند بیماری های قلبی - عروقی، نارسایی کلیوی، و نوروپاتی، بار اقتصادی و اجتماعی سنگینی بر دوش نظام سلامت کشور تحمیل می کند.

با وجود پیشرفت های چشم گیر در تشخیص و مدیریت دیابت، تصورات نادرست در میان افراد جامعه همچنان یکی از موانع اصلی در پیشگیری، کنترل، و مدیریت مؤثر این بیماری محسوب می شوند [۳]. نداشتن آگاهی یا داشتن تصورات نادرست می تواند بر رفتارهای مرتبط با سلامت تأثیر منفی بگذارند و باعث کاهش پایبندی به رژیم های درمانی، عدم رعایت رژیم غذایی مناسب، و بی توجهی به پیگیری های پزشکی شوند [۴، ۵]. برای مثال، برخی افراد ممکن است معتقد باشند که دیابت نتیجه مصرف بیش از حد قند است یا اینکه این بیماری قابل پیشگیری نیست، که این تصورات می توانند به رفتارهای ناسالم منجر شوند [۶]. تنوع فرهنگی، تفاوت های منطقه ای، و محدودیت های دسترسی به آموزش های بهداشتی در برخی مناطق، به گسترش تصورات نادرست درباره دیابت دامن زده است. به عنوان مثال، برخی از افراد ممکن است دیابت را به عوامل غیرعلمی مانند «استرس های روانی» نسبت دهند [۳]، درحالی که عوامل خطر اصلی مانند چاقی، کم تحرکی، و سابقه خانوادگی نادیده گرفته می شوند. یک مطالعه انجام شده در دهه ۹۰ در ایران نشان داده است که حتی در پزشکان که انتظار می رود آگاهی کامل داشته باشند، اطلاعات ناکافی درباره دیابت وجود دارند [۷]. این یافته ها این فرضیه را تقویت می کنند که برخی از اطلاعات و نگرش های افراد، حتی در گروه های تحصیل کرده، ممکن است از منابع غیرعلمی مانند فرهنگ عامه، رسانه های غیرمعتبر، یا تجربیات شخصی ناشی شده باشد.

با وجود مطالعات متعدد در زمینه آگاهی عمومی از دیابت در ایران، خلاء پژوهشی در شناسایی تصورات نادرست وجود دارد.

اکثر تحقیقات پیشین برای ارزیابی سطح آگاهی بر واقعیات دیابت تمرکز کرده اند و کمتر به مطالعه تصورات نادرست پرداخته اند که می توانند موانع اصلی در پیشگیری و مدیریت دیابت باشند. این مطالعه با هدف پر کردن این خلاء، به بررسی تصورات نادرست در میان مراجعین به مراکز خدمات جامع سلامت می پردازد و پایه ای برای مداخلات آموزشی فرهنگ محور فراهم کند تا آگاهی عمومی بهبود یابد و رفتارهای سالم تر در میان بیماران ترویج شود. در نهایت، این پژوهش تلاش می کند تا با ارائه شواهد کیفی، به کاهش بار دیابت و بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک کند.

روش ها

این پژوهش بخشی از یک پژوهش بزرگتر به منظور مقایسه آگاهی نسبت به دیابت در گروه های مختلف جامعه است. در پژوهش مورد اشاره به منظور گنجاندن برخی تصورات نادرست در مورد دیابت در قالب ابزار سنجش آگاهی، یک مطالعه مقدماتی کیفی برای شناسایی این تصورات، با رویکرد تحلیل محتوی در مراکز خدمات جامع سلامت کاشان در سال ۱۴۰۲ انجام شد. بنابراین روش تحلیل کیفی به کار رفته در این بخش، تحلیل محتوای کیفی متعارف (conventional content analysis) است؛ در این رویکرد متن مصاحبه ها چندباره خوانده شد، گدهای اولیه استخراج گردید و گدهای مشابه یا هم معنی ادغام و در قالب دسته های موضوعی مرتبط با علائم، عوامل خطر، عوارض و مراقبت طبقه بندی شدند. هدف عملی ما تولید آیت های پرسشنامه مبتنی بر تصورات نادرست شایع بود و نه انجام یک تحلیل تفسیرگرایانه یا پدیدارشناسانه عمیق؛ از این رو مراحل تکمیلی و تفسیر مفهومی روش هایی مانند Colaizzi یا اجرای کامل چارچوب Graneheim & Lundman انجام نگرفته است.

نمونه گیری هدفمند بوده و شامل ۶ مرد و ۶ زن با میانگین سن ۴۵ سال (محدوده ۶۰-۳۰ سال)، سطوح سواد از ابتدایی تا دانشگاهی، و ترکیبی از افراد مبتلا (۵ نفر) و غیرمبتلا (۷ نفر) به دیابت برای پوشش تنوع دیدگاه ها از میان مراجعین به مراکز خدمات جامع سلامت است. معیار ورود شامل تمایل به مشارکت و توانایی برقراری ارتباط مؤثر و معیار خروج تحصیلات پزشکی بود تا از تأثیر دانش تخصصی بر پاسخ ها جلوگیری شود.

داده ها از طریق مصاحبه های نیمه ساختاریافته جمع آوری شدند. مصاحبه ها با استفاده از یک راهنمای مصاحبه شامل سؤالات باز

در مورد دیابت انجام گرفت. هر مصاحبه بین ۳۰ تا ۴۵ دقیقه طول کشید و با رضایت کتبی مشارکت‌کنندگان توسط گوشی همراه ضبط شد.

تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی انجام شد [۸]. ابتدا مصاحبه‌ها کلمه به کلمه پیاده‌سازی شدند. سپس، واحدهای معنایی استخراج و به‌صورت گدهای اولیه فهرست شدند. اشباع نظری پس از مصاحبه هشتم در حوزه‌های عوامل خطر و علائم و پس از مصاحبه دهم در حوزه‌های پیشگیری و عوارض حاصل شد. از میان ۴۲۰ کد استخراج شده، ۱۴۴ کد به‌عنوان تصور نادرست شناسایی شدند که با حذف موارد مشابه به ۶۴ کد نهایی رسید و در ۶ حوزه؛ مشخصات کلی دیابت، عوامل خطر، علائم، عوارض، پیشگیری و مراقبت از دیابت و سایر تصورات طبقه‌بندی شدند. اعتبارپذیری براساس معیارهای لینکلن و گوبا؛ اعتمادپذیری از طریق مثلث‌سازی محققان، انتقال‌پذیری با توصیف دقیق زمینه فرهنگی کاشان، وابستگی با بازبینی مشارکت‌کنندگان، و تأییدپذیری با بررسی مستقل همکار تضمین شد.

یافته‌ها

همان‌گونه که در روش اجرا گفته شد، یافته‌های این مطالعه تصوراتی نادرست در مورد دیابت هستند که در کنار سایر اطلاعات در خصوص دیابت، در تهیه ابزاری برای سنجش آگاهی و نگرش به‌کار گرفته شده‌اند. یافته‌های این مطالعه در شش حوزه اصلی طبقه‌بندی شدند: مشخصات کلی دیابت، عوامل خطر، علائم، عوارض، پیشگیری و مراقبت از دیابت و سایر تصورات که در ادامه، به‌صورت خلاصه به مهم‌ترین آنها اشاره می‌شود؛

الف- مشخصات کلی دیابت

۱- یک اشتباه رایج در خصوص دیابت، میزان قند خون وریدی برای تشخیص دیابت است که تنها داده‌ای بود که در مصاحبه‌ها به اشباع نرسید به این معنی که می‌توان انتظار داشت افراد بی‌شمار دیگری، عددی از میزان قند خون وریدی غیر از اعداد اعلام شده توسط مشارکت‌کنندگان در این مطالعه را معادل دیابت بدانند.

«...قدیم می‌گفتن ۱۵۰ زمانی که ما جوان بودیم ولی الان میگن ۱۱۰ به بالا...» م ۳
این نقل‌قول می‌تواند به غیر از تفاوت نظرات اشخاص، تغییر

نظرات در طول زمان را هم نشان دهد که بخشی از آن به تغییر در تعریف علمی دیابت بر می‌گردد ولی بیش از آن حاکی از آن است که عوامل متعددی از جمله گذشت زمان می‌تواند دیدگاه مردم در خصوص تعریف دیابت را تغییر دهد. این تفاوت دیدگاه‌ها می‌تواند یکی از عوامل ناآگاهی تعداد زیادی از افراد مبتلا به دیابت نسبت به بیماری خود باشد.

یک اشتباه دیگر در مورد میزان قند خون، ادعا در خصوص حد خطرناک آن بود. یکی از مشارکت‌کنندگان مقدار بالای ۲۰۰ و دیگری مقدار قند وریدی بالای ۳۰۰ و ۴۰۰ را ملاک خطرناکی میزان قند خون می‌دانست. این تصور نیز تحلیلی مشابه تصور نادرست قبلی دارد که می‌تواند مراقبت دیابت را تحت تأثیر قرار دهد.

۲- در بیان مشارکت‌کنندگان تقسیم‌بندی‌های غیرعلمی از دیابت، از جمله دسته‌بندی انواع دیابت براساس سن زیر ۳۰ سال و بالای ۳۰ سال مطرح گردید که می‌تواند تحت تأثیر سن غربالگری در برنامه مبارزه با دیابت قرار گرفته باشد اما تقسیم‌بندی‌های دیگری نیز نقل گردید؛

«...در اثر چاقی که چربی و اینا زیاد میشه اونم یکی از انواع دیابت، چون خود چربی هم کار اون قند را می‌کنه دیگه...» م ۴
«...دیابت عصبی، مثلاً طرف عصبانی می‌شه و اعصابش به هم

می‌ریزه قندش می‌ره بالا...» م ۱۲

این تقسیم‌بندی‌ها تداخل تصورات و تجربیات شخصی با مفاهیم زیست‌پزشکی را نشان می‌دهد.

۳- اشتباه دیگر در خصوص نحوه تشخیص دیابت بدون در نظر گرفتن لزوم غربالگری دیابت بود، این تصور وجود داشت که شبیه بیماری‌های دیگر با بروز نشانه‌ها، شک ایجاد شده و با آزمایش، تشخیص قطعی می‌شود. این تصور از این جهت مهم است که می‌تواند باعث تشخیص دیررس موارد دیابت شود.

۴- در مورد پیش‌آگهی دیابت اعتقاد به این که دیابت قابل درمان نیست چند بار مطرح شد؛

«...دیابت خوب نمی‌شه...» م ۱

این تصور اشتباه ریشه در تجربیات شخصی دارد و می‌تواند منجر به ناامیدی از درمان شود.

ب) عوامل خطر دیابت

۱- عمده مشارکت‌کنندگان سن را به‌عنوان عامل خطر دیابت می‌شناختند اما تصور نادرست در این خصوص به حساب آوردن سن بالا به‌عنوان تنها عامل خطر بود. برخی زنان و برخی مردان را بیشتر مستعد دیابت می‌دانستند. ادعای تأثیر شرایط جغرافیایی

(د) عوارض دیابت

بیشتر تصورات غلط مشارکت‌کنندگان در حیطهٔ عوارض می‌گنجید؛

۱- یک تصور اشتباه، بی‌ارتباط دانستن دیابت با عوارض مطرح شده برای دیابت بود.

۲- یک ادعا نیز بیشتر شدن ابتلا به سرماخوردگی و آنفلوانزا بود. که البته با ضعف سیستم ایمنی قابل توجیه است اما به‌عنوان عارضهٔ معمول قابل قبول نیست.

۳- برگشت‌ناپذیر بودن عوارض دیابت مورد تأکید بود که از نظر علمی صددرصد نیست و برای عوارض میکروواسکولار و ماکروواسکولار متفاوت است.

۴- غیرقابل کنترل بودن علی‌رغم درمان نیز مورد اشاره بود که می‌تواند تأثیرات امیدواری در بهبود بیماران را کاهش دهد.

۵- بر برخی عوارض به‌عنوان نشانه‌ای از بالاتر رفتن قند خون تأکید می‌شد که پیش‌تر هم عامل تشخیص دیررس دیابت دانسته شد.

۶- این تصور وجود داشت که همهٔ موارد دیابت به زخم پا و قطع پا منجر می‌شود.

۷- عوارض دیابت شبیه تهاجم تومور به اعضای دیگر دانسته می‌شد؛

«...دیابت مثل تومور به کلیه، قلب، چشم، و کبد سرایت می‌کند...» م ۴

این عبارت غیرعلمی احتمالاً ریشه در فهم نادرست از سیر دیابت دارد، که دیابت را مانند سرطان «تهاجمی» می‌بیند.

۸- اشاره به عارضه‌دار شدن اندام‌ها و دستگاه‌ها بدون تأیید علمی؛

«...دیابت به معدت میزنه، زخم می‌کند...» م ۱۱

این تصور احتمالاً از تجربیات شخصی ناشی می‌شود.

۹- زخم پا خطرناک‌ترین عارضهٔ دیابت قلمداد می‌شد.

۱۰- دیابت مرگ خاموش دانسته می‌شد.

۱۱- برای زخم پای دیابتی، درمان‌های غیرعلمی مطرح می‌شد.

(و) پیشگیری و مراقبت از دیابت

۱- بدیهی بود که مشارکت‌کنندگان با تصور نادرست نسبت به بروز دیابت با مصرف قند و شیرینی، راه مراقبت را نیز منحصر به محدود کردن مصرف آنها بدانند؛

«...نه اصلاً پرهیز نکن فقط مراعات شیرینی را بکن...» م ۳

این دیدگاه شخصی‌سازی شده، مسئولیت سلامت را به رژیم

بر بروز دیابت نیز مطرح شد. این تصورات نیز می‌تواند تشخیص به موقع موارد دیابت را دچار مخاطره کند.

۲- یک ادعای پرتکرار در مورد عامل به‌وجود آمدن دیابت، مصرف بالای قند و شیرینی بود؛

«...قند و شیرینی و اینا باعث دیابت می‌شه...» م ۶

تکرار زیاد این تصور، به‌نظر می‌رسد منشاء فرهنگی داشته باشد و می‌تواند عوامل واقعی مانند ژنتیک یا چاقی ناشی از کم تحرکی را نادیده بگیرد.

۳- تأکید فراوان بر نقش استرس در میان مشارکت‌کنندگان مشاهده می‌شد:

«...دیابت جنبهٔ ارثی داره و استرس! چون اطرافیانم که دیدم دیابتی شدند، پیش زمینهٔ استرس و اضطراب شدید را داشتند...» م ۵

۴- اعتقاد به مادرزادی بودن دیابت نیز توسط یکی از مشارکت‌کنندگان اعلام شد.

(ج) علائم دیابت

۱- صحبت از برخی علائم که اعتبار علمی ندارد مثل کف در ادرار و خارش مقعد در کلام برخی مشارکت‌کنندگان مشاهده شد که می‌تواند حاصل تجربهٔ شخصی باشد.

۲- یک علامت که در مصاحبه‌ها زیاد تکرار می‌شد میل به خوردن شیرینی بود. شاید این تصور اشتباه با این اصل که انسان نسبت به آنچه از آن منع می‌شود، حریص‌تر می‌شود، هم‌خوانی داشته باشد و میل واقعی نباشد.

۳- گاهی نشانه‌های عوارض دیابت نشانهٔ خود دیابت تلقی شده بود مثل دوبینی یا کم‌نوری چشم به‌عنوان نشانه گرفتاری‌های چشمی، گزگز شدن دست و پا به‌عنوان نشانه درگیری سیستم عصبی، ابتلا بیش از حد به بیماری‌های عفونی در دیابت کنترل نشده و یا ادم که با نارسایی کلیه ایجاد می‌شود. این تصورات اشتباه می‌تواند تشخیص دیابت را تا زمان بروز عوارض به تأخیر بیندازد.

۴- و اشاره به برخی نشانه‌های عجیب؛

«...اگه کف دستت را فشار دادی پوستت سفید موندش قندت بالاس یعنی با دست فشار بدی سریع بر نگرده طرف دیابت داره...» م ۱۰

که می‌توان آن را یک تجربهٔ شخصی نادرست دانست که ریشه در بی‌اعتمادی به روش‌های تشخیصی پزشکی داشته باشد.

ساده محدود می‌کند.

۲- اعتقاد به لزوم رعایت رژیم سخت غذایی؛

«...اگر کسی به دیابت مبتلا شده است باید رژیم بسیار سخت و محدودی داشته باشد...» م ۵

برعکس دیدگاه نادرست قبلی، این تصور نادرست می‌تواند پذیرش مسئولیت سلامت توسط بیمار را ناممکن جلوه بدهد.

۳- باور به عدم رعایت تغذیه بعد از شروع درمان؛

«...این فکر می‌کنن انسولینی که میزنن یا قرصی که می‌خورن دیگه درمان دیابت دیگه هرچی عشقشون کشید باید بخورن...» م ۵
این تصور می‌تواند در درمان پزشکی تداخل ایجاد کند.

۴- ندانستن نقش انسولین، تا آنجا که تصور می‌شد در مواقع افت قند خون تجویز می‌شود؛

«...معمولاً انسولین تزریق می‌کنن که قندشون افتاده، برای متعادل کردن قند...» م ۹

این تصور می‌تواند نگرانی‌ها در مورد سپردن خودمراقبتی به بیماران بدون آگاه‌سازی کافی را افزایش دهد.

۵- اینکه تنها راه کنترل دیابت انسولین است.

۶- اعتقاد به مصرف دارو و فرآورده‌های گیاهی مثل «عرق بید مشک»، «عرق برگ گردو»، «چای یونجه»، «تریاک»، «کرفس»، «شوید»، «عرق بوقناق» و «پوست سبز گردو توی چای» برای درمان دیابت؛

این گیاهان محلی، تداخل طب سنتی را برجسته می‌کنند.

۷- اعتقاد به لزوم پرهیز از مصرف میوه‌ها به خاطر شیرینی شان.

این تصور می‌تواند سلامت را در حیطه‌های دیگر به خطر بیاندازد.

۸- باور به مضر بودن داروهای ضد دیابت و انسولین

۹- باور به تأثیر مطلق فرآورده‌های رژیمی؛

«...الان اینجوری که ما می‌بینیم خیلی خویه شکلات رژیمی، قند رژیمی، هر غذایی رژیمش اومده که برا قنده مثلاً... آره دیگه میگن که استفاده کنید...» م ۱۰

این باور احتمالاً ریشه در تصور نادرست نسبت به مصرف شیرینی به عنوان عامل اصلی دیابت دارد. همچنین می‌تواند ریشه فرهنگی در اعتماد بیش از حد به تبلیغات محصولات غذایی داشته باشد که به هر حال می‌تواند جریان کنترل دیابت را مختل کند.

۱۰- اعتقاد افراطی به نقش استرس در بالارفتن و آرامش در پایین آمدن قند خون؛

«...اگه آروم باشی قندت روی ۱۷۰ تا ۱۸۰ است، ولی اگه استرس داشته باشی ۴۰۰ می‌شه...» م ۱۱

۱۱- باور به نیاز به مصرف دارو به صورت مادام‌العمر

ه) سایر موارد

۱- اعتقاد به اینکه دیابت به طور کامل قابل پیشگیری است.

۲- باور به قابل پیشگیری بودن دیابت با واکسن؛

«...اگر قبلاً واکسن زده بودند و پیشگیری کرده بودند بهتر از درمان بود...» م ۴

چنین تصور نادرستی، این مسئولیت را متوجه بخش سلامت می‌کند که باید پاتوژنز دیابت را نیز به مردم و بیماران بیاموزد.

۳- اعتقاد به قابل پیشگیری نبودن دیابت

۴- مطرح کردن احتمال ابتلای شیرخوار

۵- ممنوعیت اهدای خون توسط بیماران دیابتی به خاطر ضعف

۶- ممنوعیت اهدای خون به خاطر ترس از انتقال بیماری؛

«...نمی‌توانند خون اهدا کنن، دیگه چون فکر کنم این ویروس از طریق خون منتقل می‌شه...» م ۲

این تصور نادرست نیز ناشی از ناآگاهی از پاتوژنز دیابت است.

۷- تشخیص دیابت از روی ظاهر فرد؛

«...یکسری پزشک‌های طب سنتی هستند که از ظاهر افراد تشخیص میدن دیابت را. و احتمال هم می‌دم که می‌شه تشخیص داد از کف پا، کف دست...» م ۸

این بیان، تداخل طب سنتی با برنامه‌های مراقبت دیابت را گوشزد می‌کند.

۸- انتقال دیابت بارداری به جنین؛

«...دیابت بارداری ممکنه سبب انتقال به جنین هم بشه یعنی ممکنه که کودک در آینده به دیابت مبتلا بشه...» م ۹

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان‌دهنده گستردگی تصورات نادرست دربارهٔ دیابت در میان مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی است که تا حدود زیادی با نتایج مطالعات پیشین در ایران هم‌خوانی دارد [۹]. مطالعات متعددی در ایران بر سنجش میزان آگاهی جامعه از دیابت تمرکز داشته‌اند و عموماً سطح آگاهی را ضعیف ارزیابی کرده‌اند. با این که سطح آگاهی مبتلایان دیابت از کسانی که مبتلا نیستند، بالاتر است [۱۰]، Mohammadi و همکاران سطح آگاهی بیماران دیابتی را در اهواز در خصوص علائم، عوارض و پیشگیری و کنترل دیابت ناکافی دانسته‌اند [۱۱]. سطح پایین آگاهی، به‌ویژه در زمینه شناسایی عوارض زودرس و دیررس دیابت، نگران‌کننده است. اما نگرانی زمانی تشدید

مورد مطالعه و در این جا، مقایسهٔ توصیفی آن با گزارش‌های مشابه از سایر مناطق ایران است. تحلیل عمیق‌تر ریشه‌های فرهنگی، اقتصادی، یا آموزشی تفاوت‌ها در کاربرد گیاهان دارویی و همچنین نقد انتقادی این تفاوت‌ها، نیازمند طراحی پژوهشی متفاوت با رویکردی متمرکز بر قوم گیاه‌شناسی (Ethnobotany) و مطالعات جامعه‌شناختی - اقتصادی است که در برگیرندهٔ متغیرهای کیفی و کمی مربوط به بافت فرهنگی و اقتصادی هر منطقه باشد.

در زمینهٔ نشانه‌های دیابت، تصورات غیرواقعی مانند «ادرار کف‌آلود»، «رنگ پریدگی»، یا «خارش مقعد» نشان‌دهندهٔ اطلاعات نادرست در مورد علائم دیابت است. این که نشانه‌های عوارض دیابت به‌عنوان نشانه‌های دیابت معرفی می‌شوند مخصوص ایران نیست. در مطالعهٔ Koley و همکاران نیز به‌طور مثال نزدیک به ۳۰ درصد از بیماران مشارکت‌کننده، بهبود با تأخیر زخم را نشانهٔ دیابت تلقی کرده بودند [۱۲]. به هر حال این تصور نادرست نیز نگران‌کننده است چرا که می‌تواند منجر به تأخیر در مراجعه به پزشک شود. جایی که فرهنگ عامه و اطلاعات غیرعلمی از طریق شبکه‌های اجتماعی یا گفت‌وگوهای روزمره گسترش می‌یابد. آموزش عمومی در مورد علائم واقعی دیابت، مانند تشنگی مفرط، تکرر ادرار، و خستگی مزمن، می‌تواند به کاهش این سوءفهم‌ها کمک کند [۱].

در مورد عوارض دیابت، تصوراتی مانند «دیابت به معده یا گوارش آسیب می‌زند» نشان‌دهندهٔ عدم درک صحیح از عوارض واقعی دیابت، مانند بیماری‌های قلبی - عروقی، نروپاتی و نفروپاتی است [۱].

در حوزهٔ مراقبت و درمان، تصورات نادرستی مانند «داروهای دیابت مضر هستند چون شیمیایی‌اند» که مشابه یافته‌های مطالعات دیگران است [۲۰] یا «دیابتی‌ها با مصرف قرص یا انسولین نیازی به رژیم غذایی ندارند» نشان‌دهندهٔ نیاز مبرم به آموزش‌های علمی است. این تصورات می‌توانند به خوددرمانی، استفاده از داروهای گیاهی غیرمعتبر، یا نادیده گرفتن رژیم غذایی مناسب منجر شوند. به‌عنوان مثال، مطالعه‌ای در ایران نشان می‌دهد که استفاده از درمان‌های سنتی و گیاهی به‌دلیل باور به بی‌خطر بودن آنها در میان بیماران دیابتی رایج است، درحالی‌که این روش‌ها ممکن است با داروهای استاندارد تداخل داشته باشند [۱۷]. علاوه بر این، تصوراتی مانند «ورزش برای قند بالا خطرناک است» شاید بی‌ارتباط با این واقعیت نباشد که در دامنهٔ فعالیت‌های خود مراقبتی، تحرک فیزیکی و ورزش کمترین نمرات را به خود اختصاص می‌دهند [۱۹].

تنوع تصورات نادرست در مطالعات مختلف می‌تواند دلایل متنوعی از تفاوت در زمینه‌های فرهنگی و جغرافیایی گرفته تا عملکرد متفاوت نظام سلامت در آموزش مردم داشته باشد. یک مطالعه در پاکستان بیان می‌کند که «این که غذاهای تلخ می‌توانند قند را پایین بیاورند»

می‌شود که افراد جامعه تصور کنند اطلاعات درستی دارند، درحالی‌که دچار تصورات اشتباه شده‌اند و تصور نادرستی دارند. این مطالعه با تمرکز بر شناسایی تصورات نادرست، به بررسی این چالش پرداخته است.

تأکید مطالعهٔ ما بر درک نادرست از معیارهای تشخیص دیابت به‌عنوان یکی از تصورات غلط با مطالعات دیگر هم‌خوانی دارد [۱۲] این تصورات و یا تصورات غلطی نظیر این که دیابت فقط مخصوص سنین بالاست [۴] می‌تواند منجر به تأخیر در تشخیص و درمان دیابت شود. در مطالعهٔ انجام شده برای تخمین جهانی از دیابت‌های تشخیص داده نشده، بالا بودن آن در برخی کشورها، ضمن تأکید بر نقش نظام‌های سلامت، به ناآگاهی از معیارهای مورد اشاره نسبت داده شده است [۱۳]، که به نوبهٔ خود مانع کنترل دیابت می‌شود [۹]. تصوراتی مانند «کم بودن قند خون باعث دیابت می‌شود» نشان‌دهندهٔ فقدان عمیق از درک صحیح پاتوفیزیولوژی دیابت است. این تصورات ممکن است به‌دلیل فهم نادرست از مطالب منتقل شده از منابع غیرعلمی یا فرهنگ عامه شکل گرفته باشند. در مورد تصورات نادرست دربارهٔ عوامل خطر دیابت نیز به همین صورت است به‌عنوان مثال، اعتقاد به اینکه «مصرف شیرینی باعث دیابت می‌شود» نشان‌دهندهٔ نادیده گرفتن عوامل خطر شناخته شده‌ای مانند کم‌تحرکی، و سابقهٔ خانوادگی است. این یافته‌ها با مطالعات در سایر نقاط جهان هم‌راستا هستند؛ در امارات به‌طور مثال دو سوم و در هند نزدیک به نیمی از افراد مورد مطالعه چنین باوری داشته‌اند که نشان می‌دهند تمرکز بیش از حد بر عوامل محیطی یا رژیم غذایی خاص، مانند مصرف قند و شکر، می‌تواند سایر عوامل خطر مانند ژنتیک و سبک زندگی و رژیم غذایی را تحت‌الشعاع قرار دهد [۱۴، ۱۳]. مطالعات داخلی که در خصوص تصورات نادرست بیماران دیابتی انجام شده‌اند نیز عمدتاً آن را مربوط به اطلاعات تغذیه‌ای می‌دانند [۱۵].

در مطالعهٔ ما «عرق بید مشک»، «عرق برگ گردو»، «چای یونجه»، «تریاک»، «کرفس»، «شوید»، «عرق بوقناق» و «پوست سبز گردو» توی چای برای درمان دیابت مطرح شد. اما مطالعهٔ انجام شده در عربستان، «دارچین»، «شنبلیله» و «رزماري» را مطرح می‌نماید [۱۶]. همین تفاوت را در نقاط مختلف ایران نیز می‌توان از مطالعات برداشت کرد؛ به‌طور مثال درحالی‌که برای کنترل دیابت در جنوب ایران مصرف «گردو»، «شنبلیله» و «هندوانه ابوچهل» متداول است [۱۷]، در مرکز ایران «عصارهٔ خارشتر»، «دارچین» و «گزنه» مطرح است و «توت سفید خشک» محبوب بیماران دیابتی است [۱۵]. هدف اصلی این مطالعه، که بر پایهٔ مصاحبه‌های انجام شده با مردم شکل گرفته، صرفاً شناسایی و توصیف گیاهان دارویی مورد استفاده در مدیریت دیابت در منطقه

به عنوان مبنایی برای تدوین آیت‌های پرسشنامه بوده است. ضمن این که انتشار آنها را برای آگاه شدن مدیران سلامت از این تصورات نادرست، مفید می‌دانیم، مقایسه توصیفی آنها با سایر مطالعات را نیز جهت تأیید و برجسته‌سازی موارد مشابه و متفاوت در تصورات نادرست در جمعیت‌های گوناگون لازم دیدیم. این رویکرد به ما کمک می‌کند تا فراگیر بودن برخی از این تصورات نادرست را نشان دهیم و درک اولیه از تنوع یا شباهت‌های منطقه‌ای را فراهم آوریم. با این حال، اذعان داریم که در راستای اهداف خاص این مطالعه که بر شناسایی و طبقه‌بندی تمرکز داشت، به تحلیل عمیق‌تر تفاوت‌های روش‌شناختی، بافتاری یا نظری که منجر به تضادها یا نتایج متفاوت در مطالعات دیگر شده‌اند، نپرداخته‌ایم.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که تصورات نادرست درباره دیابت در میان مراجعین به مراکز خدمات جامع سلامت گسترده است و در حوزه‌های تشخیص، عوامل خطر، علائم، عوارض، پیشگیری و مراقبت تأثیرگذار است. این تصورات می‌توانند منجر به تشخیص دیررس، عدم پایبندی به درمان و رفتارهای ناسالم شوند. نتایج بر ضرورت اجرای برنامه‌های آموزشی هدفمند، مبتنی بر شواهد علمی و فرهنگ‌محور تأکید دارد تا آگاهی عمومی ارتقا یابد و بار بیماری کاهش پیدا کند. پیشنهاد می‌شود تحقیقات آینده بر ارزیابی تأثیر مداخلات آموزشی بر اصلاح این تصورات تمرکز کنند و مطالعات مقایسه‌ای در مناطق مختلف ایران انجام شود تا تفاوت‌های فرهنگی مشخص شود.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

سپاسگزاری

این پژوهش با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام شده است که بدینوسیله بابت این حمایت تشکر می‌شود.

شایع‌ترین باور نسبت به دیابت است [۱۸]. درحالی که مطالعه امارات و مطالعه ما بروز دیابت با مصرف بالای قند و شکر و شیرینی را تأکید می‌کند که می‌تواند زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی داشته باشد. درحالی که پیش از این Babak و همکاران از بین تصورات غلط بیماران دیابتی، «مصرف میوه‌ها چون قندشان طبیعی است مشکلی ندارد» را مورد تأکید قرار داده‌اند [۹]، مطالعه ما «اعتقاد به پرهیز از مصرف میوه‌ها» را به عنوان تصور غلط اشاره می‌کند که نشانه این است که هر دو نوع دیدگاه‌های افراطی و تقریبی را در خصوص دیابت می‌توان مشاهده کرد.

تفاوت گیاهان مورد استفاده برای دیابت مورد اشاره در این مطالعه با مطالعات دیگر نیز شاید نشان دهنده این باشد که استفاده از گیاهان برای درمان بیماری دیابت به شرایط فرهنگی و جغرافیایی متفاوت بر می‌گردد، کما این که در یک مطالعه حتی در استان‌های مختلف، گیاهان متنوعی برای درمان بیماری‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد [۲۰]. در مطالعه ما هیچ مصاحبه شونده‌ای واگیر بودن دیابت را مطرح نکرد، یافته‌ای که مطالعه Babak و همکاران در ایران مؤید آن و حتی مطالعه‌ای نظیر مطالعه Koley و همکاران در هند که سطح آگاهی از دیابت را پایین می‌داند، عفونی بودن و واگیر بودن دیابت را از سوی مشارکت‌کنندگان رد می‌کند [۹، ۱۲]. راه نیافتن نادرستی به این باور را می‌توان به تجربه بیماری در خود و اطرافیان مربوط دانست. شاید این نکته را بتوان در مشاوره‌ها به کار گرفت و با اعداد و ارقام بیماران را قانع کرد که رفتار نادرست آنها در مورد تغذیه یا تحرک باعث افزایش از دست رفتن کنترل میزان قند خون شده است تا این آموزش، آگاهی ماندگاری برای آنها به جای گذارد.

تصورات نادرست به دلیل تصورات غلط اجتماعی، اعتقادات فرهنگی و آموزش ضعیف به وجود می‌آیند و چه بسا از نسلی به نسل بعدی منتقل شوند [۴]. لذا لازم است که برای مقابله با این تصورات نادرست، برنامه‌های آموزشی مبتنی بر شواهد علمی اجرا شود. این برنامه‌ها باید از طریق مراکز خدمات جامع سلامت، رسانه‌های جمعی، و شبکه‌های اجتماعی اجرا شوند تا دسترسی به اطلاعات صحیح افزایش یابد. استفاده از روش‌های آموزش تعاملی، مانند کارگاه‌های آموزشی و مشاوره‌های فردی، می‌تواند به اصلاح تصورات نادرست کمک کند. علاوه بر این، همکاری بین پزشکان، پرستاران، و آموزش‌دهندگان سلامت می‌تواند در ارائه اطلاعات معتبر و متناسب با فرهنگ جامعه مؤثر باشد. در نهایت، افزایش آگاهی عمومی در مورد دیابت نه تنها به بهبود تشخیص و درمان کمک می‌کند، بلکه می‌تواند بار بیماری را در سطح جامعه کاهش دهد.

محدودیت‌های این مطالعه به هدف اصلی آن بر می‌گردد که شناسایی و طبقه‌بندی تصورات نادرست رایج در میان عموم درباره دیابت

References

1. World Health Organization. Diabetes Fact Sheet. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> [Accessed: 2025.07.28]
2. Esteghamati A, Larijani B, Aghajani MH, Ghaemi F, Kermanchi J, Shahrami A, et al. Diabetes in Iran: prospective analysis from first Nationwide diabetes report of National Program for prevention and control of diabetes (NPPCD-2016). *Sci Rep*. 2017; 7(1):13461.
3. Ruiz-Cervantes GM, García-Ulloa AC, Palacios-Vargas A, Lechuga-Fonseca C, Sierra-Esquivel A, Velasco-Pérez ML, et al. Prevalence of Misconceptions about Diabetes and their Association with Metabolic and Psychological Variables. *Diabetes Obes Int J*. 2021; 6(1): 000239.
4. Vijaya A, Rankhambe HB, Kumar S. Myths about Treatment of Diabetes in Common Public Myths about Treatment of Diabetes in Common Public. *Archives of Internal Medicine Research*. 2022; 5(3): 458-463.
5. Mikhael EM, Hassali MA, Hussain SA, Shawky N. Self-management knowledge and practice of type Diabetes2 diabetes mellitus patients in Baghdad, Iraq: a qualitative study. *Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*. 2019; 12:1-17.
6. Gillani AH, Amirul Islam FM, Hayat K, Atif N, Yang C, Chang J. et al. Knowledge, Attitudes and Practices Regarding Diabetes in the General Population: A Cross-Sectional Study from Pakistan Int. J. Environ. Res. Public Health 2018, 15, 1906.
7. Niroomand M, Ghasemi SN, Karimi-Sari H, Khosravi MH. Knowledge, Attitude, and Practice of Iranian Internists Regarding Diabetes: A Cross Sectional Study. *Diabetes Metab J*. 2017;41(3):179-186.
8. Braun V, & Clarke V, Thematic analysis. In H. Cooper MN, Coutanche LM, McMullen A. Panter T, Rindskopf D, & Sher KJ (Eds.). *APA handbook of research methods in psychology: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (2nd ed., pp. 65-81). Washington, DC: *American Psychological Association*; 2023.
9. Babak A, Fazli A, Keshvari M. Perceptions of patients with diabetes mellitus and health care providers of living with diabetes and its treatment and care: A qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2025;30:591-9.
10. Mousavi F, Shojaei P. Knowledge, Attitude, and Practice of Diabetes Mellitus. *Thrita J Neu*. 2021; 10(1):e114088.
11. Mohammadi S, Karim N, AbdTalib R, Amani R. Knowledge, Attitude and Practices on Diabetes Among Type 2 Diabetic Patients in Iran: A Cross-Sectional Study Science. *Journal of Public Health*. 2015; 3(4): 520-524.
12. Koley M, Saha S, Arya JS, Choubey G, Ghosh S. Chattopadhyay R, et al. Knowledge, Attitude, and Practice Related to Diabetes Mellitus Among Diabetics and Nondiabetics Visiting Homeopathic Hospitals in West Bengal, India. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*. 2016; 21(1):39-47.
13. Beagley J, Guariguata L, Weil C, Motala AA. Global estimates of undiagnosed diabetes in adults. *Diabetes research and clinical practice*. 2014; 130(3):150-160.
14. Al-Maskari F, El-Sadig M, Al-Kaabi JM, Afandi B, Nagelkerke N, Yeatts KB. Knowledge, Attitude and Practices of Diabetic Patients in the United Arab Emirates. *PLoS ONE*. 2013; 8(1): e52857.
15. Babak A, Rouzbahani S, Safaeian A, Poonaki F. Diabetes Mellitus Type2 and Popular Misconceptions: A Cross-Sectional Survey. *Research square*. 2016.
16. Almalki T, Almalki AG, Alqarni NA Alsudani R, Althobait TA, Alzahrani RA. Use of Complementary and Alternative Medicine Among Patients With Diabetes Mellitus: A Cross-Sectional Study. *Cureus* 2024;16(9): e69288.
17. 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(1):71-72.
18. Patil P, Nisha A N, Datta SS, Boratne AV. Popular Misconceptions Regarding the Diabetes Management: Where Should We Focus Our Attention? *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2013; 7(2):287-291.
19. Nejat N, Mohamadi Hezave AK, Aghae Pour SM, Rezaei K, Moslemi A, Mehrabi F. Self-care and related factors in patients with type II diabetes in Iran. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2021; 20:635-639.
20. Baharvand-Ahmadi B, Asadi-Samani M. A mini-review on the most important effective medicinal plants to treat hypertension in ethnobotanical evidence of Iran. *J Nephropharmacol*. 2017; 6(1):3-8.