

بررسی آگاهی و نگرش و رفتارهای خود مراقبتی زنان باردار نسبت به دیابت بارداری

منیژه پیردل^۱

چکیده

مقدمه: دیابت بارداری شایعترین اختلال متابولیک دوران بارداری است که با پیامدهای نامطلوب بالایی همراه است. میزان آگاهی و نگرش مادران در پیشگیری و تشخیص زود هنگام و رفتارهای خود مراقبتی در کنترل بیماری موثر خواهند بود. لذا، مطالعه حاضر با هدف بررسی سطح آگاهی، نگرش و رفتارهای خود مراقبتی در زنان باردار در ارتباط با دیابت بارداری انجام گرفت.

روش پژوهش: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، ۲۰۰ زن باردار مراجعه کننده به درمانگاه مراقبت بارداری که به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شده بودند مورد ارزیابی قرار گرفتند. اطلاعات از طریق پرسشنامه جمع آوری شد. داده ها با استفاده از آمار توصیفی، کای دو و ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین نمره رفتارهای خود مراقبتی در زمینه دیابت $16/7 \pm 3/6$ و ۶۲ درصد افراد از نظر رفتارهای خود مراقبتی در سطح ضعیف قرار داشتند. بین آگاهی و نگرش با سن، شغل و سطح تحصیلات رابطه معنی دار وجود داشت. مادرانی که سن و سطح تحصیلی بالاتری داشتند از آگاهی و نگرش بالاتری نسبت به سایرین برخوردار بودند. نمره رفتار خود مراقبتی با سن و سطح تحصیلات مادران ارتباط آماری معنی داری را نشان داد. همچنین بین آگاهی و نگرش با رفتارهای خود مراقبتی ارتباط مثبت و معنی داری وجود داشت ($P = 0/01$).

نتیجه گیری: در این مطالعه با توجه به سطح آگاهی متوسط، نگرش و رفتارهای خود مراقبتی نامطلوب در زمینه دیابت بارداری جهت افزایش آگاهی زنان مداخلات آموزشی مناسب باید صورت گرفته و نگرش آنها نیز مورد ارزیابی قرار گیرد. دانش و اطلاعات ناکافی در ارتباط با جنبه های مختلف دیابت بارداری می تواند منجر به آگاهی و نگرش محدود گردد که بر رفتارهای خود مراقبتی تاثیرگذار است. آگاهی و نگرش بالاتر در نهایت منجر به بهبود نتایج بارداری و عملکرد افراد خواهد شد.

کلمات کلیدی: آگاهی، خود مراقبتی، دانش، دیابت بارداری، نگرش

تاریخ دریافت نهایی: ۱۳۹۹/۱۲/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۱۳

استاد: پیردل م، بررسی آگاهی و نگرش و رفتارهای خود مراقبتی زنان باردار نسبت به دیابت بارداری، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۰؛ ۱۱(۱): ۳۷-۲۵

^۱ - کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آستارا، آستارا، ایران،

E-mail: m.pirdel@iau-astara.ac.ir <https://orcid.org/0000-0001-6694-0271>

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیرتجاری تنها در صورتی

مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه:

دیابت بارداری عبارت است از عدم تحمل کربوهیدرات با شدتهای متفاوت که برای اولین بار در جریان حاملگی شروع یا تشخیص داده می‌شود. دیابت بارداری در تمامی گروههای نژادی رو به افزایش است. تخمین زده می‌شود ۱۶/۲ درصد از زنان در طی بارداری مبتلا به دیابت بارداری می‌باشند (۱). با این حال، شیوع آن بر اساس روشهای تشخیصی و نژاد بین ۱۴-۳۶/۶ درصد ذکر شده است. در آمریکا، شیوع دیابت بارداری ۴-۱۰ درصد، در انگلستان ۵ درصد، در هند ۲۱-۳/۸ درصد و در ایران ۳/۹-۱/۱۱ درصد گزارش نموده‌اند (۵-۲).

دیابت حاملگی شایعترین نوع دیابت می‌باشد که باعث ایجاد عوارض بارداری می‌گردد و یک عارضه با خطر متوسط محسوب می‌شود و شیوع آن طی زمان با افزایش میانگین سن و وزن مادران افزایش می‌یابد (۶). اختلال در متابولیسم گلوکز طی حاملگی نتایج زاینباری برای مادر و نوزاد در پی دارد و عامل قوی برای پیامدهای ناگوار حاملگی است که عوارض و میرایی حین زایمان را افزایش می‌دهد. تخمین زده می‌شود که دیابت بارداری در ۳۰-۶۹ درصد بارداریهای بعدی عود کند (۷).

با وجود هزینه‌هایی که برای پیشگیری و کنترل دیابت صرف شده، هر روز بر تعداد مبتلایان به آن افزوده می‌شود که به نظر می‌رسد نقطه ضعف در آگاهی از رفتارهای خود مراقبتی باشد. رفتار خود مراقبتی مفهومی کلیدی در ارتقای سلامت است و شامل تصمیمها و فعالیتهایی است که یک شخص برای سازگاری با مشکل سلامتی یا بهبود سلامت خویش به کار می‌برد (۸). آگاهی یکی از ابعاد مهم در حیطه سلامت است. دانش ناکافی در مورد بیماری منجر به درک ضعیف از اطلاعات پزشکی می‌شود. این امر در نهایت منجر به کاربرد محدود از استراتژیهای مراقبتی و نتایج نامطلوب بارداری می‌گردد. مطالعات نشان داده‌اند که اطلاعات و آگاهی زنان باردار در زمینه دیابت به ویژه دیابت بارداری محدود است (۹). احتمالاً وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین، تبعیض اجتماعی، دانش ناکافی تغذیه ای و عدم آگاهی در رابطه با برنامه ریزی و مراقبت های مناسب بارداری از موانع بالقوه در بدست آوردن نتایج موثر بارداری برای زنان مبتلا به دیابت بارداری می‌باشند (۱۰).

میزان آگاهی، نگرش و عملکرد زنان در مورد دیابت بارداری در پیشگیری و تشخیص زودرس و کاهش عوارض آن موثر خواهد بود. آموزش باعث تغییر پایدار در نگرش و عملکرد افراد و در نهایت تغییر در نحو زندگی آنها خواهد شد. داشتن آگاهی خوب به بیماران و کسانی که در معرض خطر هستند اجازه می‌دهد تا مداخلات زود هنگام را انجام دهند و با ایجاد تغییرات ساده در شیوه زندگی که شامل افزایش فعالیت بدنی و کنترل رژیم غذایی است و انجام شیوه‌های خود مراقبتی صحیح از بسیاری از عوارض بیماری جلوگیری کرده و نقش موثری در پیشگیری و درمان زود هنگام داشته باشند (۱۱). بنابراین بررسی میزان آگاهی و نگرش نسبت به این موضوع و اطلاع رسانی بیشتر به زنان از راهکارهای موثر به نظر می‌رسد. همچنین نشان داد شده است که در طراحی هرگونه برنامه آموزشی در زمینه دیابت بارداری آگاهی و نگرش زنان باردار نسبت به عوامل موثر دیگر در این زمینه اهمیت بسزایی دارد (۱۲). مطالعات معدودی آگاهی، نگرش و عملکرد در زمینه دیابت مورد بررسی قرار داده‌اند. لذا با توجه به اهمیت بیماری و پیامدهای ناگوار آن در نوزادان و مادران مبتلا و اهمیت شناخت و انجام رفتارهای خود مراقبتی در بهبود و کنترل بیماری دیابت و با توجه به افزایش شیوع دیابت در کشور مطالعه حاضر با هدف ارزیابی سطح دانش و نگرش و رفتارهای خود مراقبتی زنان باردار طراحی شد تا دانش و نگرش زنان باردار نسبت به دیابت بارداری ارزیابی شود تا

در صورت نیاز برنامه‌های آموزشی بر اساس یافته‌ها تدوین گردد و با بالا بردن سطح آگاهی و نگرش زنان در مورد دیابت بارداری شاهد کاهش بروز بیماری و پیامدهای آن باشیم.

روش پژوهش:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی می‌باشد که بر روی ۲۰۰ نفر از زنان باردار که به درمانگاه زنان بیمارستان شهید بهشتی آستارا جهت انجام مراقبت‌های دوران بارداری مراجعه کرده بودند در سال ۹۶ انجام گرفت. روش نمونه‌گیری در این مطالعه، نمونه‌گیری تصادفی ساده بود. به این صورت که با در نظر گرفتن تعداد حجم نمونه و با استفاده از جدول اعداد تصادفی، از میان شماره‌های داده شده برای افراد مراجعه کننده به درمانگاه زنان هر روز تعدادی از نمونه‌ها بصورت تصادفی انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفتند.

مشخصات واحدهای مورد پژوهش عبارت بودند از زنان باردار سالم با سن حاملگی ۳۷-۴۲ هفته، حاملگی تک قلوئی عدم ابتلا به بیماری‌های روانی و افسردگی و تمایل به شرکت در مطالعه. زنان باردار با شرایط زیر از مطالعه حذف شدند: سابقه‌ی ابتلا به دیابت قبل از بارداری و طی بارداری فعلی، مصرف داروهایی که بر متابولیسم گلوکز اثر دارند مانند استروئیدها، ابتلا به بیماری‌های مزمن کبدی، اختلالات اندوکراین.

پژوهشگر پس از کسب اجازه از بیمارستان و ضمن معرفی خود از مادرانی که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند رضایت نامه آگاهانه کتبی اخذ نمودند و توضیح دادند که افراد هر زمان تمایل داشتند می‌توانند از نمونه‌گیری خارج شوند. در طی نمونه‌گیری تأکید گردید که نتایج مطالعه به صورت محرمانه نگهداری شده و به صورت کلی منتشر خواهد شد. همچنین اصول اخلاقی و امانت داری در استفاده از سایر منابع و تحقیقات رعایت شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه بر اساس اهداف پژوهش بود. ابزارها شامل فرم مشخصات فردی-اجتماعی و مامایی شامل ۱۳ سوال، پرسشنامه مربوط به سنجش آگاهی مادران باردار شامل ۱۳ سوال (دو گزینه ای بله، خیر- ۶ سوال مربوط به آگاهی درباره دیابت و عوامل خطر، ۴ سوال مربوط به غربالگری و درمان و ۳ سوال درباره پیامد مادری و نوزادی)، پرسشنامه سنجش نگرش مادران باردار شامل ۸ سوال و پرسشنامه سنجش رفتارهای خود مراقبتی شامل ۸ سوال بود. دامنه نمره در بخش آگاهی ۱۳-۰، نگرش ۴۰-۸ و رفتارهای خود مراقبتی ۲۴-۸ متغیر بود. هر سوال سنجش آگاهی فقط یک پاسخ صحیح داشت. آگاهی افراد در سه سطح نمره بین ۴-۰ ضعیف، نمره بین ۸-۵ متوسط و نمره بین ۱۳-۹ خوب قرار گرفت.

در بخش نگرش جملات با ماهیت منفی به هریک از اظهار نظرهای (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) امتیاز ۵-۱ تعلق گرفت و درجملات با ماهیت منفی این امتیازدهی بر عکس شد. نگرش افراد در سه سطح کمتر از ۲۵ (منفی)، بین ۲۵-۳۲ (بی تفاوت) و بیشتر از ۳۲ (مثبت) قرار گرفت. سوالات بخش رفتارهای خود مراقبتی (سه گزینه‌ای) به نمره کمتر از ۱۷ ضعیف، ۲۰-۱۷ متوسط و بیشتر از ۲۰ خوب تقسیم شد. در روایی پرسشنامه‌های استفاده شده در مطالعه از روش روایی محتوا استفاده گردید و در پایایی از روش آزمون مجدد استفاده شد.

بعد از جمع آوری پرسشنامه‌ها؛ بر طبق توضیحات فوق آگاهی، نگرش و عملکرد افراد محاسبه گردید و ارتباط بین آگاهی، نگرش و رفتارهای خود مراقبتی افراد با متغیرهای سن، تحصیلات، شغل، تعداد زایمان و منبع دریافت اطلاعات بررسی شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط آزمونهای کای دو و ضریب همبستگی اسپیرمن با استفاده از نرم افزار آماری SPSS.16/win انجام شد. در این مطالعه P کمتر از ۰/۰۵ معنی دار تلقی گردید.

یافته‌ها:

در این مطالعه میانگین سنی زنان $28/87 \pm 4/9$ سال بود. ۳۹ درصد زنان بی‌سواد و ۷۲ درصد از آنها خانه دار بودند. در ارتباط با سابقه زایمان ۴۴/۵ درصد نخست‌زا و ۵۵/۵ درصد چندزا بودند. ۵۱/۳ درصد سن حاملگی بین ۳۷-۳۸ هفته داشتند. ۸۹/۷ درصد ساکن شهر بودند. در زمینه دیابت ۳۹/۵ درصد از زنان آموزش دریافت کرده بودند و ۶۷ درصد آنان منبع دریافت اطلاعاتشان از طریق پزشک و پرسنل مراکز بهداشتی و درمانی و ۲۸ درصد از طریق تجربیات اقوام و دوستان با سابقه قبلی ابتلا به دیابت بود. بررسی نتایج نشان داد که فقدان حمایت‌های مالی (۴۳/۳ درصد) و عدم آمادگی افراد برای تغییر برنامه غذایی (۲۳/۳ درصد) از دلایل اصلی در عدم کنترل و مدیریت صحیح دیابت در بارداری می‌باشد. در ارتباط با فعالیت بدنی، ۵۲/۹ درصد فعالیت کم، ۲۷/۹ درصد فعالیت متوسط و ۱۹/۲ درصد فعالیت بدنی شدید داشتند.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که ۶۷ درصد از زنان دارای آگاهی در سطح متوسط، ۵۹ درصد دارای میزان نگرش بی‌تفاوت و ۶۲ درصد در زمینه دیابت رفتارهای خود مراقبتی ضعیفی داشتند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر اساس چگونگی سطح آگاهی، نگرش و رفتار خود مراقبتی

Table 1. Frequency distribution of participant according to knowledge, attitude and self-care levels

متغیر		
درصد	فراوانی	
۲۰٪	۴۰	خوب (۹-۱۳)
۶۷٪	۱۳۴	متوسط (۵-۸)
۱۳٪	۲۶	ضعیف (۰-۴)
۳۲٪	۶۴	مثبت >۳۲
۵۹٪	۱۱۸	بی تفاوت (۲۵-۳۲)
۹٪	۱۸	منفی <۲۵
۵٪	۳۰	خوب >۲۰
۲۳٪	۴۶	متوسط (۱۷-۲۰)
۶۲٪	۱۲۴	ضعیف <۱۷

در ارتباط با ارزیابی کلی سطح آگاهی میانگین نمره کل $5/5 \pm 2/4$ بود که بیشتر افراد در سطح آگاهی متوسط قرار داشتند. بررسی سطح آگاهی کل نشان داد که اکثریت افراد از عوامل خطر دیابت آگاهی داشتند که بیشترین موارد مربوط به افزایش وزن ($72/1$ درصد) و سابقه قبلی دیابت ($62/7$ درصد) بود. در حالی که کمترین سطح آگاهی در ارتباط با تشخیص و غربالگری دیابت بود که مربوط به آگاهی اندازه‌گیری قند خون در بارداری ($9/3$ درصد) می‌باشد. (جدول ۲).

در ارزیابی سطح نگرش زنان میانگین نمره کل $25/5 \pm 9/6$ بود که بیشتر افراد نگرش بی‌تفاوت داشتند که بیشترین موارد مربوط به تاثیر تعداد زیاد بارداری بر دیابت ($82/2$ درصد) و مراجعه به پزشک در زمان وجود علائم (72 درصد) بود (جدول ۳).

جدول ۲: توزیع فراوانی افراد مورد پژوهش بر اساس بیشترین پاسخ در زمینه آگاهی نسبت به دیابت بارداری

Table 2. Frequency distribution of participant according to highest scored about Knowledge of gestational diabetes

درصد	فراوانی	سوالات
۵۶%	۱۱۲	۱- آشنا بودن با دیابت بارداری
۴۵%	۹۰	۲- وقوع دیابت برای اولین بار در حاملگی
۵۴%	۱۰۸	۳- سابقه خانوادگی دیابت
۴۹%/۱۶	۹۹	۴- تعداد بارداری زیاد
۶۲%/۱۷	۱۲۵	۵- سابقه قبلی دیابت بارداری
۷۲%/۱۱	۱۴۴	۶- افزایش وزن قبل و بعد از بارداری
۹۳%	۱۹	۷- اندازه‌گیری قند خون در بارداری
۲۲%/۲	۴۴	۸- انجام تست در هفته ۲۴-۲۸ بارداری
۲۹%/۳	۵۹	۹- تاثیر رژیم غذایی، ورزش و کنترل وزن
۲۱%/۱۷	۴۳	۱۰- داروها و انسولین
۳۸%/۱۷	۷۷	۱۱- از بین رفتن دیابت بعد از بارداری
۲۵%/۱۶	۵۱	۱۲- عوارض نوزادی
۲۳%/۳	۶۷	۱۳- عوارض مادری (ابتلا به دیابت آشکار)

جدول ۳: توزیع فراوانی افراد مورد پژوهش بر اساس بیشترین پاسخ در زمینه نگرش نسبت به دیابت بارداری

Table 3. Frequency distribution of participant according to highest scored about attitude of gestational diabetes

سوالیات	فراوانی	درصد	
نگرش (مثبت)	۱- بهترین زمان کنترل قند خون (قبل از بارداری، سه ماهه دوم)	۱۲۴	۶۲%
	۲- تاثیر رژیم غذایی در کاهش یا افزایش قند خون	۱۱۰	۵۵%
	۳- افزایش وزن ایده آل در بارداری	۱۰۲	۵۱.۵%
نگرش (بی تفاوت)	۴- افزایش دیابت بارداری با فشار خون بالا	۶۴	۳۳%/۲
	۵- افزایش ابتلا به دیابت بارداری با تعداد بارداری زیاد	۱۶۴	۸۲%/۲
	۶- مراجعه به پزشک با مشاهده علائم	۱۴۴	۷۲%
نگرش (منفی)	۷- تاثیر ورزش و پیاده روی در کنترل دیابت	۱۲۴	۶۲%/۳
	۸- افزایش دیابت بارداری با افزایش سن	۱۳۸	۶۹%

جدول ۴: توزیع فراوانی افراد مورد پژوهش بر اساس بیشترین پاسخ افراد به سوالات در زمینه رفتارهای خود مراقبتی

Table 4. Frequency distribution of participant according to highest scored about self-care status for gestational diabetes

سوالیات	فراوانی	درصد
۱- اندازه گیری قند خون قبل از بارداری	۶۴	۳۲%
۲- کنترل قند خون در طی بارداری	۹۰	۴۵%
۳- رژیم غذایی سالم	۱۰۴	۵۲%
۴- کنترل وزن در طی بارداری	۵۸	۲۹%/۳
۵- انجام ورزشهای سبک و پیاده روی	۵۲	۲۶%
۶- مراجعه منظم به پزشک و توجه به دستورات	۹۶	۴۸%
۷- خود پایشی قند خون	۳۰	۱۵%/۳
۸- مصرف صحیح داروها	۷۶	۳۸%/۳

در زمینه بررسی رفتارهای خود مراقبتی در زمینه دیابت میانگین نمره کل $16/3 \pm 7/6$ و بیشتر افراد از نظر رفتارهای خود مراقبتی در سطح ضعیف قرار داشتند. یافته‌های بررسی حاضر نشان داد که بیشترین فعالیت خود مراقبتی در زمینه رعایت رژیم غذایی سالم و مراجعه منظم به پزشک و ضعیف‌ترین بعد خود مراقبتی در زمینه خود پایشی قند خون، انجام فعالیت فیزیکی در کنترل دیابت و کنترل وزن در طی بارداری بود.

در این مطالعه افرادی که در رده سنی بین ۲۸-۳۲ سال قرار داشتند از آگاهی خوب، نگرش مثبت و رفتارهای خود مراقبتی متوسط برخوردار بودند. افراد بی‌سواد در مجموع آگاهی و رفتار خود مراقبتی ضعیف و نگرش منفی داشتند و زنان خانه‌دار از آگاهی متوسط و نگرش بی‌تفاوت و رفتار خود مراقبتی ضعیف برخوردار بودند. افرادی که ۲ بار و بیشتر زایمان کرده بودند آگاهی، نگرش خوب و رفتار خود مراقبتی متوسط داشتند. در افرادی که منبع دریافت اطلاعاتشان در زمینه دیابت پزشک و مراقبین بهداشتی و درمانی بود سطح آگاهی و نگرش خوب و رفتارهای خود مراقبتی متوسط بود که نسبت به سایرین تفاوت چشمگیری داشت.

در بررسی آماری بین نمره سطح آگاهی با سن، سطح تحصیلات و شغل ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($p=0/003$). افرادی که سطح تحصیلات بالاتری داشتند، شاغل بودند و سن بالای ۳۰ سال داشتند از سطح آگاهی بالایی برخوردار بودند. نگرش افراد با سطح تحصیلات ارتباط مستقیم و معنی‌داری داشت. این در حالی است که بین تعداد زایمان ($p=0/003$)، شغل افراد ($p=0/49$)، سن ($p=0/83$) و منبع دریافت اطلاعات در زمینه دیابت ($p=0/28$) ارتباط معنی‌داری یافت نشد. نمره رفتارهای خود مراقبتی زنان نیز با سن و سطح تحصیلات ارتباط معنی‌داری داشت. در حالی که با تعداد زایمان ($p=0/50$) و شغل افراد ($p=0/32$) رابطه‌ای مشاهده نگردید. همچنین بین نمره آگاهی با نمره رفتارهای خود مراقبتی ($r=0/499$; $P=0/01$) و نمره نگرش با نمره رفتارهای خود مراقبتی ($r=0/246$; $P=0/01$) ارتباط آماری مثبت و معنی‌دار وجود داشت.

بحث و نتیجه‌گیری:

در زمینه آگاهی، نگرش و عملکرد زنان باردار نسبت به دیابت بارداری مطالعات محدودی انجام شده است. در این مطالعه عمده نمونه‌ها آگاهی متوسط و نگرش بی‌تفاوت و رفتار خود مراقبتی ضعیف و نامطلوبی نسبت به دیابت بارداری داشتند که در سایر مطالعات نیز آگاهی بیشتر زنان در حد متوسط بود (۱،۳،۴،۵،۷،۱۳). که این امر بیانگر اهمیت آموزش و ارتقای آگاهی افراد در زمینه دیابت می‌باشد. در ارتباط با سوالات حیطه آگاهی اکثریت افراد مورد بررسی آگاهی خوبی درباره تعریف و عوامل خطر دیابت بارداری داشتند. ولی درباره غربالگری و روش تشخیصی از آگاهی کافی برخوردار نبودند که با مطالعات الهارتی (۲۰۱۹)، ددو (۲۰۱۷) و الامورگان (۲۰۱۶) هم خوانی داشت (۳-۵). در حالی که در مطالعات بهاوادهارینی (۲۰۱۷) و پوت (۲۰۱۳) اکثریت افراد از عوامل خطر دیابت بارداری و در مطالعه قاسم‌زاده (۱۳۸۶) درباره تعریف و میزان قند خون ناشتا در دیابت بارداری آگاهی نداشتند که این امر می‌تواند نشان دهنده کاهش اطلاع‌رسانی، متفاوت بودن تعداد نمونه‌ها، سطح تحصیلات و منابع دریافت آموزشهای لازم در زمینه دیابت بارداری باشد (۱۵، ۱۳، ۱۰).

در حیطه نگرش بیشتر افراد درباره بهترین زمان کنترل قند خون و تاثیر رژیم غذایی بر دیابت نگرش مثبت داشتند. در ارتباط با تاثیر تعداد زایمان بر دیابت و مراجعه به پزشک در زمان مشاهده علائم بی‌تفاوت بودند. این یافته پژوهش با مطالعه قاسم‌زاده

و همکاران (۱۳۸۶) همخوانی دارد (۱۴). بیش از نیمی از زنان از علایم دیابت آگاهی ندارند که این امر می‌تواند به دلیل دریافت اطلاعات ناکافی و نامناسب در ارتباط با دیابت باشد که در نهایت می‌تواند به عملکرد مراقبتی ضعیفی منجر گردد. بنابراین اطلاع رسانی در این زمینه ضرورت دارد.

طبق یافته‌ها در این مطالعه در حیطه رفتارهای خود مراقبتی اکثریت زنان باردار نسبت به رعایت رژیم غذایی سالم و مراجعه منظم به پزشک وضعیت خود مراقبتی مطلوبی داشتند و از مصرف قند و چربی اضافی اجتناب می‌کردند که با سایر مطالعات همخوانی دارد (۱۴، ۶) ولی در زمینه انجام فعالیت‌های ورزشی، کنترل وزن و خود پایشی قند خون وضعیت خود مراقبتی مطلوبی نداشتند که با سایر مطالعات همسویی ندارد. به نظر می‌رسد تفاوت در وضعیت خود مراقبتی افراد در پژوهش‌های مختلف ناشی از متفاوت بودن عوامل مختلفی از جمله تفاوت در برنامه‌های آموزشی و تفاوت در میزان دانش و نگرش نسبت به خود مراقبتی باشد. تاثیر آموزش بر ارتقای رفتارهای خود مراقبتی در افراد مبتلا به دیابت گزارش شده است. فرایند آموزش با تاثیر بر سطوح آگاهی و نگرش نقش تعیین‌کننده‌ای در برنامه خود مراقبتی دارد.

در این پژوهش همسو با بسیاری از مطالعات، سطح آگاهی با سن، تحصیلات و شغل افراد و نگرش با سطح تحصیلات ارتباط معنی‌داری داشت. به نظر می‌رسد که سواد بالاتر ابزاری برای توانمندی بیشتر در زنان با تحصیلات بالاتر در کسب اطلاعات باشد. بر اساس مطالعات سطح تحصیلات پایین‌تر با بی‌توجهی نسبت به پیامدهای جدی در دیابت حاملگی همراه است (۱۶). در مطالعه الهارتی (۲۰۱۹)، الامورگانی (۲۰۱۶) و شیریرام (۲۰۱۳) با وجود تحصیلات بالا از آگاهی و نگرش خوب و بالایی برخوردار نبودند که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۱۶، ۱۷، ۳، ۴). با این حال در سایر مطالعات سطح تحصیلات ارتباط معنی‌داری با سطح آگاهی افراد داشت (۲۱-۸، ۱۰، ۱۸). دلیل این ارتباط ممکن است به این دلیل باشد که زنان تحصیل کرده ممکن است دسترسی بیشتری به مقالات یا مطالب مرتبط با دیابت داشته باشند. همچنین می‌توانند اطلاعات ارائه شده توسط پزشک و مراقبین بهداشتی را بهتر درک کنند. آگاهی، نگرش و عملکرد می‌تواند با سن افراد تغییر یابد. گزارش شده است که افراد بالای ۳۵ سال از آگاهی و نگرش بهتری برخوردار هستند (۱۴). با افزایش سن نمره آگاهی و عملکرد در زنان باردار افزایش می‌یابد که این امر می‌تواند به دلیل دریافت آموزش‌هایی باشد که با گذر زمان و در طی مراقبت‌های بارداری کسب کرده‌اند. با این حال، گزارش شده است که بین سن پایین (کمتر از ۳۰) و سطح آگاهی و نگرش افراد ارتباط معناداری وجود دارد که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۲۳، ۲۲، ۱۸).

در این مطالعه بین شغل و سطح آگاهی افراد ارتباط وجود داشت که با مطالعه الامورگانی (۲۰۱۶) همخوانی دارد (۴). در این مطالعه آگاهی و عملکرد زنان باردار شاغل بیشتر از سایر گروه‌های شغلی بود. چنین به نظر می‌رسد که افراد شاغل به دلیل بالاتر بودن سطح تحصیلات، در دسترس داشتن محیط آموزشی مناسب، امکان برقراری ارتباط موثر داشتن تعامل بیشتر و کسب اطلاعات کافی از آگاهی بالاتری برخوردار هستند.

بین رفتارهای خود مراقبتی با سن و تحصیلات ارتباط معناداری در مطالعه حاضر یافت شد که با سایر مطالعات همخوانی دارد (۲۴-۲۶). افراد با تحصیلات بالاتر، قدرت قضاوت و تصمیم‌گیری بهتری برای انجام رفتارهای خود مراقبتی دارند. با افزایش تحصیلات و آگاهی فرد از عوارض دیابت و درک آن نگرش او تغییر کرده که این خود منجر به بروز رفتار مد نظر

خواهد شد. میزان تحصیلات زیاد، خود مراقبتی بیماری را تسهیل می‌کند در حالی که میزان تحصیلات پایین این فرایند را با مشکل همراه می‌سازد.

همچنین در مطالعه حاضر، بین آگاهی و نگرش با رفتارهای خود مراقبتی ارتباط مثبت و معنی‌دار یافت شد که با مطالعه دورین و همکاران (۲۰۱۸) همسویی دارد. خود مراقبتی به معنی توانمندسازی افراد برای مدیریت شرایط خاص مانند ناخوشی، بیماری‌های مزمن و داشتن کنترل بیشتر بر زندگی می‌باشد. با افزایش آگاهی به طور معنی‌داری سطح نگرش افراد افزایش یافته و رفتارهای خود مراقبتی و عملکرد آنان نیز بهبود می‌یابد (۲۴). ارتقاء دانش افراد ضروری به نظر می‌رسد و حتی مهمتر از آن، باید نگرش افراد نسبت به خود مراقبتی، با استفاده از روش‌ها و تکنیک‌های موثر مانند مصاحبه انگیزشی و بحث گروهی بهبود یابد.

اغلب زنان باردار پزشک و پرسنل مراکز بهداشتی درمانی را به عنوان منبع کسب اطلاعات خود گزارش کردند که با مطالعات دیگر همخوانی دارد (۴، ۶). در مطالعات منیر (۲۰۱۹) خانواده و دوستان (۱)، اسلام (۲۰۱۷) بیمارستان و خانواده (۲۷)، بورا (۲۰۱۶) اینترنت (۲۸) منبع کسب اطلاعات بود. با این حال بین نمره آگاهی، نگرش و رفتارهای خود مراقبتی و منبع دریافت اطلاعات ارتباط معنی‌داری یافت نشد. بر اساس مطالعه ما، نقش کتاب، مجلات، پوستر و وسایل ارتباط جمعی در دریافت اطلاعات خود مراقبتی کم رنگ بود. با توجه به نقش حساس و کلیدی پرسنل بهداشتی و با توجه به این امر که یکی از نکات اساسی در ارتقای آگاهی، نگرش و عملکرد آموزش صحیح می‌باشد بنابراین، ارتقای سطح دانش و بهبود نگرش ارائه دهندگان خدمات بهداشتی برای بالا بردن آگاهی جامعه ضرورت دارد.

فقدان حمایت‌های مالی و عدم آمادگی برای تغییر برنامه غذایی از دلایل اصلی در عدم کنترل و مدیریت صحیح برنامه‌های مرتبط با دیابت بارداری بود. در مطالعه منیر (۲۰۱۹) این عوامل نقش کمتری در ایجاد مانع در امر مراقبتی را داشت (۱). در سایر مطالعات انجام شده آگاهی پایین، کمبود حمایت اجتماعی و محدودیت مالی از موانع انجام برنامه‌های خود مراقبتی بودند (۲۹، ۳۰). کمبود زمان و نداشتن وقت نیز می‌تواند به عنوان یکی دیگر از موانع انجام خود مراقبتی باشد که این مساله می‌تواند از سطح تحصیلات پایین زنان، عدم توجه به ضرورت انجام رفتارهای خود مراقبتی و عدم برخورداری از مهارت‌های لازم برای انجام خود مراقبتی و نگرش نامطلوب نسبت به امر مراقبت نشات گرفته باشد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که اکثریت نمونه‌ها از آگاهی در سطح متوسط بویژه در زمینه غربالگری، تشخیص و درمان و نگرشی بی‌تفاوت نسبت به علائم دیابت بارداری برخوردار بودند. همچنین رفتارهای خود مراقبتی مادران ضعیف بود. داشتن دانش کافی و بهتر در مورد دیابت بارداری در زنان منجر به تغییراتی در جهت اتخاذ یک سبک زندگی سالم‌تر، الگوی بهتر مراقبت از سلامت و در نتیجه جلوگیری و تشخیص زود هنگام بیماری می‌شود و منجر به بهبود حاملگی و پیامدهای نوزادی می‌گردد. برای ارتقاء آگاهی مادران و استفاده بهتر از خدمات بهداشتی درمانی باید برنامه‌ریزی و مداخلات آموزشی لازم صورت گیرد. در این زمینه پزشکان، کارکنان بهداشتی و درمانی و رسانه‌های جمعی نقش عمده‌ای در ایجاد آگاهی و نگرش مثبت در زنان دارند. همچنین می‌توان با استفاده از روش‌ها و تکنیک‌های موثر مانند مصاحبه انگیزشی و بحث گروهی نگرش افراد نسبت به امر خود مراقبتی را بهبود داد.

محدودیت‌های پژوهش

در مطالعه حاضر تنها زنانی مورد بررسی قرار گرفتند که بیمار نبودند. این مساله تعمیم‌پذیری نتایج مطالعه را محدود می‌سازد. از طرف دیگر به دلیل کمبود مطالعات مشابه در ایران امکان انجام مقایسات دقیق و مناسب برای محقق فراهم نبود. سطح سواد، تحصیلات و استرس‌های شغلی و خانوادگی این امکان را در برداشت که پاسخ‌دهی به سوالات پرسشنامه‌ها را با مشکل مواجه نماید. لذا، محقق پرسشنامه‌ها را به صورت مصاحبه ساختار یافته با شرکت کنندگان در زمان ۲۰-۱۵ دقیقه تکمیل کرد. با این حال کنترل کامل این مورد از عهده پژوهشگر خارج بوده است.

سپاسگزاری

در پایان بر خود واجب می‌دانم از همکاران محترم بیمارستان شهید بهشتی و افرادی که در اجرای این مطالعه ما را یاری رساندند کمال تشکر را داشته باشم.

REFERENCES

1. Monir N, Zeba Z, Rahman A. Comparison of Knowledge of Women with Gestational Diabetes Mellitus and Healthy Pregnant Women Attending at Hospital in Bangladesh. *J Curr Adv Med Res*. 2019; 6(1):32-37.
2. Jiwani A, et al. Gestational diabetes mellitus: results from a survey of country prevalence and practices. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2012; 25(6): 600-10.
3. Alharthi A.S, Althobaiti Kh. A., Alswat Kh.A. Gestational Diabetes Mellitus Knowledge Assessment among Saudi Women. *Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2018; 6(8):1522-1526.
4. Elamurugan S, Arounassalame B. What do Mothers know about gestational diabetes: knowledge and awareness. *Indian Journal of Obstetrics and Gynecology Research*; 2016; 3(4):393-396.
5. Dedo Azu T, Essel J. Awareness and knowledge of gestational diabetes mellitus among pregnant women at the Tema General Hospital, Ghana. *An International Journal of Nursing and Midwifery*. 2017; 1(2): 33-40.
6. Balali F, Mahmoudi M, Hasani M. Knowledge, Attitude and Practice of Pregnant Women Referred to Health Care Centers of Kerman University of Medical Sciences in regard to Gestational Diabetes. *J Qual Res Health Sci*. 2011; 11 (1 and 2):17-24. [Text in Persian]
7. Carreno CA, et al. Excessive early gestational weight gain and risk of gestational diabetes mellitus in nulliparous women. *Obstetrics and gynaecology*. 2012; 119(6):1227.
8. Lakshmi D, et al. Study on knowledge about gestational diabetes mellitus and its risk factors among antenatal mothers attending care, urban Chidambaram. *Int J Community Med Public Health*. 2018; 5:4388-92.

9. Taghipour A, Moshki M, Mirzaei N. Determination of Effective Factors on Self-care Behaviors in Women with Diabetes Referring to Mashhad Health Centers. *Iran J Health Educ Health Promot.* 2018; 5(4):328-335.
10. Bhavadharini B, et al. Knowledge about Gestational Diabetes Mellitus amongst Pregnant Women in South Tamil Nadu. *J Diabetol.* 2017;8:22-6.
11. Jesmin S, et al. The incidence, Predisposing Factors, Complication and Outcomes of Preeclampsia in Diabetes Pregnancy. *Birdem Med J.* 2011;1:10-4.
12. Carolan-Olah MC. Educational and intervention programmes for gestational diabetes mellitus (GDM) management: An integrative review. *Collegian.* 2016; 23(1):103-14.
13. Carolan M, Steele C, Margetts H. Attitudes towards gestational diabetes among a multiethnic cohort in Australia. *J Clin Nurse.* 2010;19(17-18):2446-53.
14. Ghasem zadeh S, et al. The Study on the knowledge, attitude and function of gestated mothers about gestational diabetes that referred to army khanvadeh hospital from 2005 to 2006. *JAUMS.* 2007; 5 (3):1325-30. [Text in Persian]
15. Poth M, Carolan M. Pregnant women's knowledge about the prevention of gestational diabetes mellitus: A qualitative study. *Br J Midwifery.* 2013; 21(10): 692-700.
16. Shriram V, et al. Awareness of gestational diabetes mellitus among antenatal women in a primary health center in South India. *Indian journal of endocrinology and metabolism.* 2013; 17(1):146.
17. Elmekresh A, et al. Gestational diabetes awareness in women of childbearing age in Sharjah. *Glob J Obes Diabetes Metab Syndr.* 2017; 4(2): 051-053.
18. Bhowmik B, et al. Evaluation of knowledge regarding gestational diabetes mellitus: a Bangladeshi study Evaluation of knowledge regarding gestational diabetes mellitus: a Bangladeshi study. *Public Health.* 2018;161:67-74.
19. Hussain Z, Yusoff ZM, Sulaiman SA. Evaluation of knowledge regarding gestational diabetes mellitus and its association with glycaemic level: A Malaysian study. *Prim Care Diabetes.* 2015; 9(3): 184-90.
20. Abdo Salhi A, et al. Assessment of the knowledge of pregnant women regarding the effects of GDM on mothers and neonates at a Maternal and Children hospital in Najran, Saudi Arabia. *International Journal of Medicine in Developing Countries.* 2019; 3(4):370-375.
21. Dhyani V, et al. Awareness of gestational diabetes mellitus among pregnant women attending a tertiary health center. *Indian J Health Sci Biomed Res.* 2018;11:51-5.
22. Petry CJ. Gestational diabetes: risk factors and recent advances in its genetics and treatment. *Br J Nutr.* 2010;104(6):775-87.
23. Price LA, et al. Awareness of Gestational Diabetes and its Risk Factors among Pregnant Women in Samoa. *Hawaii J Med Public Health.* 2017;76(2):48-54.
24. Doreen Macherera Mukona., et al. Knowledge of Gestational Diabetes Mellitus and Self Care Practices in Pregnancy. *EC Diabetes and Metabolic Research.* 2019; 3 (1): 26-34.

25. Carolan M., et al. Women's experiences of factors that facilitate or inhibit gestational diabetes self-management. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2012; 12 (1): 99.
26. Mukona D., et al. Physical activity in pregnant women in Africa: A systematic review. *International Journal of Nursing and Midwifery*. 2016; 8(4): 28-34.
27. Islam b, Islam MF, et al. Knowledge and attitude regarding gestational diabetes mellitus (GDM) among obese pregnant women coming for antenatal checkup at a tertiary care hospital. *Int J Chem Stud*. 2017; 5(5): 179-89.
28. Buraczewska E, et al. An analysis of the level of knowledge about diabetes among pregnant women. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2016; 18(3): 225–229.
29. Bayliss EA, et al. Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *The Annals of Family Medicine*. 2003;1(1):15-21.
30. Mead H, et al. Barriers to effective self-management in cardiac patients: the patient's experience. *Patient education and counseling*. 2010;79(1):69-76.