مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی شانزدهم، شماره‌ی ۳، صفحه‌های ۱۶۴ ـ ۱۵۶ (مرداد ـ شهریور ۱۳۹۳)

مقاله‌ی پژوهشی

مقایسه‌ی خودمراقبتی در بارداری، حمایت اجتماعی درک‌شده و استرس درک‌شده در زنان مبتلا به دیابت بارداری و زنان باردار سالم

فاطره مؤمنی جاوید[۱]، دکتر معصومه سیمبر[۲]، دکتر ماهرخ دولتیان[۳]، دکتر حمید علوی مجد[۴]

۱) گروه بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۲) مرکز تحقیقات مادری ایمن، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۳) مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۴) گروه آمار زیستی، دانشکده‌ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی،
نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول: تهران، تقاطع خیابان ولی‌عصر و اتوبان نیایش، روبروی بیمارستان قلب شهید رجایی، مرکز تحقیقات مادری ایمن، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، طبقه سوم، کدپستی: ۱۹۹۶۸۳۵۱۱۹، دکتر معصومه سیمبر؛ e-mail: msimbar@sbmu.ac.ir

چکیده

مقدمه: بارداری عارضه‌دارشده با دیابت مستلزم افزایش منابع بهداشتی و مراقبتی به منظور کنترل مناسب میزان قند در طول بارداری و کاهش عواقب شدید پری ناتال می‌باشد. امروزه تغییر در سبک زندگی الگوی ابتلا به بیماری‌ها را تغییر داده است. پژوهش حاضر با هدف تعیین و مقایسه‌ی برخی از عوامل موثر بر سبک زندگی (خودمراقبتی در بارداری، حمایت اجتماعی درک شده، استرس درک شده) در زنان مبتلا به دیابت بارداری و زنان باردار سالم انجام شد. مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی توصیفی مقایسه‌ای حاضر روی ۱۰۰ زن باردار با تشخیص قطعی دیابت بارداری و هم زمان با آن ۱۰۰ زن باردار سالم، مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۲ انجام شد. گردآوری داده‌ها، از راه مصاحبه و تکمیل پرسش‌نامه‌ی خودمراقبتی در بارداری، حمایت اجتماعی درک‌شده و استرس درک‌شده صورت گرفت. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ استفاده شد. یافته‌ها: متغیرهای آمارنگاری و مامایی بین دو گروه مشابه بود. میانگین نمره‌ی خودمراقبتی در بارداری در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به دیابت بارداری به‌ترتیب ۷۱/۹۰ و ۸۱/۸۷ (P<۰/۰۰۱) و میانگین نمره‌ی حمایت اجتماعی درک‌شده به ترتیب ۶۵/۷۵ و ۷۳/۸۸ (P<۰/۰۰۱)، و میانگین نمره‌ی استرس درک‌شده به ترتیب ۵۱/۵۷ و ۶۰/۲۷ (P<۰/۰۰۱) بود. نتیجه‌گیری: زنان در گروه مبتلا به دیابت بارداری؛ خود مراقبتی، حمایت اجتماعی درک شده و استرس کمتری را تجربه می‌کردند. این یافته ضرورت توجه بیشتر به خودمراقبتی و حمایت اجتماعی زنان در طی بارداری را نشان می‌دهد که می‌توان با افزایش آگاهی و آموزش به زنان باردار در زمینه‌ی داشتن سبک زندگی مناسب در دوران بارداری و هر مداخله‌ای که منجر به ارتقای سبک زندگی در آنان شود، از بروز دیابت در بارداری پیشگیری نمود.

واژگان کلیدی: دیابت بارداری، خودمراقبتی در بارداری، استرس درک شده، حمایت اجتماعی درک شده
دریافت مقاله: ۹۲/۱۲/۱۲ـ دریافت اصلاحیه: ۹۳/۲/۲۸ ـ پذیرش مقاله: ۹۳/۳/۳

مقدمه

دیابت شایع‌ترین عارضه در بارداری است. دیابت بارداری به صورت درجات مختلف عدم تحمل به کربوهیدرات که اولین بار در دوران بارداری شروع شده یا تشخیص داده می‌شود، تعریف می‌گردد.[۱] شیوع دیابت بارداری در سراسر نقاط جهان در حال افزایش است[۲] در نقاط مختلف ایران شیوع آن متفاوت گزارش شده است. به

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

احتمال زیاد نژاد و قومیت‌های مختلف می‌توانند سبب ایجاد تفاوت در شیوع دیابت بارداری شوند.[۳] در مطالعه‌ی متاآنالیز، میزان شیوع در ایران در مجموع ۴/۹٪ برآورد شد.[۴]

مطالعات نشان داده‌اند که بیش از ٪۵۰ از زنان مبتلا به دیابت بارداری طی بیست سال آینده به دیابت نوع دو مبتلا خواهند شد.[۵] هم‌چنین، دیابت هفتمین علت منجر به مرگ در سال ۲۰۳۰ خواهد بود.[۶] دیابت بارداری با افزایش خطر برای مادر و جنین در دوران بارداری و در مراحل بعدی زندگی همراه است.[۴،۷،۸] از آنجا که بارداری عارضه‌دار شده با دیابت مستلزم افزایش منابع بهداشتی و مراقبتی به منظور کنترل میزان قند مناسب در طول بارداری و کاهش عواقب شدید پری ناتال می‌باشد، افزایش شیوع دیابت بارداری نگرانی جدی را برای سیستم بهداشتی در سراسر جهان ایجاد کرده است.[۵]

با آغاز بارداری چنان تغییراتی در بدن مادر ایجاد می‌شود که او را تبدیل به فردی جدید با ویژگی‌های جسمانی و روانی جدید می‌نماید که سبب تغییر در رفتارهای بهداشتی و سبک زندگی وی می‌شود.[۹،۱۰] برخی از عوامل خطر مرتبط با سبک زندگی و بیماری دیابت نوع دو بررسی شده که عبارت از: تغذیه‌ی ناسالم، عدم فعالیت فیزیکی، استعمال دخانیات، مصرف الکل، عوامل اقتصادی ـ اجتماعی و شرایط محیطی، استرس و حمایت اجتماعی درک شده نامطلوب می‌باشند.[۶،۱۱]

خودمراقبتی در دوران بارداری عبارت است از اصول و برنامه‌های مراقبتی به طوری‌که شرایطی فراهم شود که منجر به پیامدهای مطلوب بالینی شود[۱۲] و حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل روانشناسی ـ اجتماعی می‌باشد که به عنوان تسهیل کننده‌ی رفتار بهداشتی شناخته شده است. هم‌چنین مشاهده گردیده هم حمایت اجتماعی عمومی و هم حمایت مربوط به دیابت با پیروی از رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی همبستگی دارد.[۱۳] فقدان حمایت اجتماعی به عنوان یک فاکتور خطر مهم سلامت مادر در دوران بارداری می‌باشد و اثرات مخربی بر پیامدهای بارداری دارد.[۱۴] هم‌چنین، حمایت اجتماعی در دیابت به عنوان یک دیدگاه روانی به شبکه سازی اجتماعی در راستای توانایی فرد در سازگاری با دیابت تعریف شده است.[۱۵]

در پژوهشی روی موش‌ها نشان داده شد، سطح قند خون پس از القا استرس نسبت به حالت عادی افزایش می‌یابد.[۱۶] استرس مزمن ممکن است به اختلالات جسمی نظیر چاقی، مقاومت به انسولین، سندرم متابولیک، زخم‌های گوارشی، فشار خون بالا و بیماری قلبی منجر شود.[۱۷] از سوی دیگر سیلوریا[i] و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه‌ی خود دریافتند بین استرس درک شده و دیابت بارداری ارتباط معنی‌داری وجود ندارد.[۱۸]

پژوهش‌های مختلفی اثر حمایت اجتماعی و خودمراقبتی در بیماران با دیابت نوع دو را نشان داده‌اند. اما مطالعه‌ای مبنی بر اینکه این عوامل در پیشگیری از دیابت بارداری نقش دارند یا خیر در ایران انجام نشده است.

بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین و مقایسه‌ی خودمراقبتی در بارداری، حمایت اجتماعی درک شده و استرس درک شده در زنان مبتلا به دیابت بارداری و زنان باردار سالم انجام شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به روش توصیفی مقایسه‌ای روی ۲۰۰ زن باردار انجام شد. ۱۰۰ زن باردار با تشخیص قطعی دیابت بارداری (گروه مبتلا) و۱۰۰ زن باردار سالم (گروه غیرمبتلا) مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های مامایی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۲ مورد بررسی قرار گرفتند. در مطالعه‌ی حاضر نمونه‌گیری به روش تصادفی چند مرحله‌ای بود. در مرحله‌ی اول به صورت سهمیه‌ای از هر یک از طبقات مراکز آموزشی ـ درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، نمونه‌ها برحسب اندازه‌ی طبقه سهمیه‌بندی شدند و در مرحله‌ی دوم تعدادی مرکز به صورت تصادفی انتخاب شده و هر مرکز به عنوان یک خوشه در نظر گرفته شد. در مرحله‌ی سوم در مراکز انتخاب شده به صورت مبتنی بر هدف تا رسیدن به تعداد نمونه‌ی مورد نیاز نمونه‌گیری انجام گردید. معیارهای ورود به بررسی شامل: ملیت ایرانی، تست تحمل گلوکز مثبت (در گروه مبتلا به دیابت بارداری)، سن ۱۸ تا ۳۵ سال، سن بارداری ۲۴ تا ۲۸ هفته براساس اولین روز آخرین قاعدگی دقیق و قابل اعتماد یا سونوگرافی سه ماهه اول بارداری، بارداری تک قلو، تعداد زایمان کمتر از ۴، عدم وجود سابقه‌ی ماکروزومی (وزن هنگام تولد بیشتر از ۴۰۰۰ گرم) در

i - Silveira

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

بارداری‌های قبلی، عدم وجود سابقه‌ی مرگ و میر نوزادی در بارداری‌های قبلی، عدم وجود سابقه‌ی نوزاد یا جنین ناهنجار در بارداری‌های قبلی، عدم ابتلا به دیابت در بارداری قبلی، عدم وجود سابقه‌ی خانوادگی دیابت نوع دو، عدم وجود سابقه‌ی سقط‌های مکرر بیش از سه بار، عدم وجود سابقه‌ی نازایی و سندرم تخمدان پلی‌کیستیک شناخته شده، عدم ابتلا به چاقی (BMI>۳۰)، عدم ابتلا به بیماری‌های شناخته شده‌ی مزمن (فشار خون مزمن، بیماری‌های قلبی ـ عروقی، بیماری کلیوی، خونی، تیروئید، اتوایمیون) بودند.

در پژوهش حاضر به منظور گردآوری داده‌ها از فرم اطلاعاتی شماره‌ی یک برای بررسی معیارهای ورود به مطالعه و چک لیست بررسی قند خون و فرم اطلاعاتی شماره‌ی دو حاوی ویژگی‌های آمارنگاری و مامایی و پرسش‌نامه خود مراقبتی در بارداری، پرسش‌نامه‌ی استرس درک شده و حمایت اجتماعی درک شده استفاده گردید. پرسش‌نامه‌ی خودمراقبتی در بارداری محقق ساخته بود و در این مطالعه اعتبار و پایایی آن سنجیده شد. این پرسش‌نامه حاوی ۱۳ پرسش است که در مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از "هرگز" (با نمره صفر) شروع و به "همیشه" (نمره سه) ختم می‌شود. کمینه نمره‌ی آن صفر و بیشینه‌ی آن ۳۹ می‌باشد.

پرسش‌نامه‌ی استرس درک‌شده‌ی کوهن برای سنجش استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار می رود و افکار و احساسات درباره‌ی حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنارآمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. در پژوهش حاضر از نسخه‌ی ۱۴ ماده‌ای آن استفاده شده است.[۷] معیار منفی نشانگر عدم توانایی مقابله با استرس و ۷ معیار مثبت نشانگر تطابق خوب فرد با عوامل استرس زا می‌باشد. پاسخ‌ها در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت که از "هرگز" (با نمره صفر) شروع و به "بسیاری از اوقات" (با نمره چهار) ختم می‌شود.[۱۹] کمترین نمره صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. نمره‌ی بالاتر نشان دهنده‌ی استرس درک‌شده‌ی بیشتر است. پایایی نسخه‌ی فارسی توسط باستانی و همکاران (۱۳۸۷)، با روش همسانی درونی محاسبه شده که ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۴ به دست آمده است. محمدی یگانه و همکاران (۱۳۸۷) نیز پایایی این ابزار را تایید کرده‌اند.[۲۰،۲۱] در مطالعه‌ی دربان و همکاران (۱۳۹۰) پایایی این پرسش‌نامه به روش همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.[۲۲]

پرسش‌نامه‌ی حمایت اجتماعی درک شده توسط ساراسون[i] و همکاران (۱۹۸۳) طراحی گردیده و همسانی درونی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷محاسبه، و توسط ناصح و همکاران (۱۳۸۹) به نسخه فارسی برگردانده شد و اعتبار و پایایی درونی آن مورد سنجش قرار گرفت، که همسانی درونی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵محاسبه گردید.[۲۳،۲۴] پرسش‌نامه‌ی حمایت اجتماعی درک شده حاوی ۱۲ سؤال در مقیاس لیکرت می‌باشد. پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت که از "کاملاً مخالفم" (نمره صفر) شروع و به "کاملاً موافقم" (نمره ۶) ختم می‌شود. کمینه نمره‌ی آن صفر و بیشینه نمره ۷۲ می‌باشد.[۲۴] در نهایت برای قابل مقایسه کردن سه متغیر خودمراقبتی در بارداری، حمایت اجتماعی درک‌شده و استرس درک‌شده با یکدیگر، و نیز عدم وجود مرجع مشخص، نمره‌ی به دست آمده از پرسش‌نامه‌ی خودمراقبتی در بارداری، حمایت اجتماعی درک‌شده و استرس درک‌شده به روش آماری به مقیاس صفر تا ۱۰۰ تبدیل شد. بر این اساس، نمره‌ی ۳۳ –۰ به عنوان نامطلوب، ۶۶–۳۴ متوسط و ۱۰۰–۶۷ مطلوب در نظر گرفته شد.

با توجه به این که در پژوهش حاضر این پرسش‌نامه‌ها برای زنان باردار مورد استفاده قرارگرفت، اعتبار و پایایی تک تک پرسش‌نامه‌ها سنجیده شد. برای بررسی اعتبار از دو روش کمّی اعتبار محتوا شامل نسبت اعتبار محتوا (CVR) و شاخص اعتبار محتوا (CVI) استفاده گردید. به این ترتیب که با مطالعه‌ی جدیدترین منابع علمی در دسترس از جمله کتب، مقالات و نشریه‌های علمی، و با توجه به اهداف پژوهش و با راهنمایی اساتید محترم، پرسش‌نامه به همراه برگه‌ی حاوی توضیحات لازم در اختیار ۱۰ نفر از متخصصین مربوطه قرار گرفت. متخصصین شامل پنج نفر از اعضای هیأت علمی گروه مامایی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و سه نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (یک نفر فوق تخصص غدد و دو نفر، متخصص طب اجتماعی) و دو نفر متخصص تغذیه از اعضای هیأت علمی دانشکده‌ی تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بودند. برای تعیین CVR فرم مخصوص با سه سؤال ۱- ضروری است ۲- مفید است ولی ضروری نیست و ۳- ضروری نیست، طراحی گردید و در اختیار متخصصین قرار گرفت. در مطالعه‌ی

i -Sarason

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

حاضر CVR در بُعد خودمراقبتی در بارداری ۰/۸۳، بُعد حمایت اجتماعی درک شده ۰/۸۶ و در بُعد استرس درک شده ۰/۹۵ محاسبه گردید. بر اساس جدول لاوشه و تعداد متخصصین ارزیابی کننده (۱۰ نفر) و کمینه‌ی ارزش نسبت اعتبار محتوی ۰/۶۲ انتخاب شد، در صورتی‌که عدد به دست آمده از عدد جدول بزرگتر باشد حاکی از این است که وجود معیار مربوطه با سطح معنی‌داری آماری قابل قبول (P<۰/۰۵) در این ابزار ضروری و مهم است.

به منظور تعیین CVI فرم مخصوص مقیاس‌ها از نظر «مربوط بودن»، «واضح بودن» و «روان بودن»، در طیف لیکرت چهار قسمتی برای هر شاخص، در اختیار متخصصین قرار گرفت و با استفاده از فرمول محاسبه گردید. CVI در بُعد خودمراقبتی در بارداری ۰/۹۱، بُعد حمایت اجتماعی درک شده ۰/۹۹ و در بُعد استرس درک شده ۰/۹۰ محاسبه گردید. CVI>۰/۷۹ قابل قبول، ۰/۷۹> CVI > ۰/۷۰ نیاز به بازبینی و اصلاح سوال و CVI<۰/۷۰ غیر قابل قبول و حذف سؤال مورد نظر می‌باشد.

در پژوهش حاضر، پایایی سه پرسش‌نامه‌ی یاد شده از دو روش همسانی درونی و آزمون مجدد اندازه‌گیری شد. به منظور انجام همسانی درونی، در یک مطالعه‌ی آزمایشی پرسش‌نامه بین ۳۰ نفر از زنان باردار واحد پژوهش توزیع گردید (این افراد در مرحله‌ی نمونه‌گیری نهایی وارد نشدند) و داده‌های به‌دست آمده تجزیه و تحلیل گردیدند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه‌ی سبک زندگی ۰/۸۵ به دست آمد. هم‌چنین، برای انجام آزمون مجدد ۱۵ نفر از زنان باردار انتخاب شده در روش همسانی درونی، ۱۲ روز پس از مرحله‌ی اول دوباره پرسش‌نامه را تکمیل کردند و ضریب همبستگی اسپیرمن بین دو مرحله‌ی تکمیل ابزار سنجیده شد. این ضریب همبستگی برای کل پرسش‌نامه r=۰/۹۱ (بعد خود مراقبتی۰/۹۲، بعد حمایت اجتماعی درک شده ۰/۹۷ و بعد استرس درک شده ۰/۹۵) به‌دست آمد.

پس از کسب مجوز کتبی از مراکز محیط پژوهش، نمونه‌گیری آغاز گردید. زنان دارای ویژگی‌های واحدهای پژوهش بر اساس فرم داده‌های شماره یک (معیارهای ورود به مطالعه) و چک لیست بررسی میزان قند خون پس از کسب رضایت‌نامه‌ی کتبی به مطالعه وارد شدند. بر اساس چک لیست بررسی میزان قند خون و معیار تشخیصی دیابت بارداری در هفته ۲۴-۲۸، زنان باردار به دو گروه مبتلا به دیابت بارداری و غیر مبتلا تقسیم شدند. پس از توضیح اهداف پژوهش و روش کار به واحدهای پژوهش، فرم‌های اطلاعاتی شامل ویژگی‌های آمارنگاری، مامایی و پرسش‌نامه‌ی استرس درک شده و حمایت اجتماعی درک شده و خودمراقبتی در بارداری به روش مصاحبه تکمیل گردید و زنان از ابتدای بارداری تا هفته ۲۸ از نظر متغیرهای یاد شده مورد مطالعه قرار گرفتند.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده در این پژوهش از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ استفاده گردید. از آمار توصیفی برای ارایه‌ی داده‌ها به صورت جداول فراوانی، نمودارها، درصد، میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی برای تجزیه و تحلیل، و یافتن ارتباط از آزمون های آماری شامل تی مستقل، آزمون مجذور خی، نسبت شانس و من ـ ویتنی، و از آزمون رگرسیون لجستیک چندگانه برای مقایسه‌ی تمام متغیرهای مستقل در دو گروه استفاده گردید.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر نمونه‌گیری در فاصله‌ی اول شهریور تا پایان آذر ۱۳۹۲ انجام شد و تعداد ۲۰۰ زن باردار مراجعه کننده به محیط پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. مقایسه‌ی انجام شده بین دو گروه نشان داد که از نظر متغیرهای مداخله‌گر احتمالی در بروز دیابت بارداری شامل سن، تعداد بارداری، تعداد زایمان، سن حاملگی، تعداد سقط و عوامل اقتصادی ـ اجتماعی شامل: سطح تحصیلات، سطح تحصیلات همسر، شغل، شغل همسر، درآمد، مالکیت واحد مسکونی، اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. یافته‌ها نشان دادند که از نظر متغیرهای مامایی از قبیل سن اولین بارداری، انجام مراقبت پیش از بارداری، سن حاملگی در اولین مراقبت، اختلاف آماری معنی‌داری در دو گروه وجود نداشت، اما از لحاظ شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان در دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت (جدول ۱).

نمایه‌ی توده‌ی بدن[i] قبل از بارداری در دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. میانگین نمایه‌ی توده‌ی بدن قبل از بارداری در گروه مبتلا به دیابت بارداری برابر با ۲۳/۸۳ و در گروه غیر مبتلا برابر با ۲۳/۹۰ کیلوگرم بر متر مربع برآورد گردید.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد گروه مبتلا به دیابت بارداری (۶۹٪) و گروه غیرمبتلا (۹۹٪) از نظر خودمراقبتی

i -Body Mass Index

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

دربارداری در سطح مطلوب قرار داشتند. میانگین نمره‌ی خودمراقبتی در بارداری در زنان مبتلا به دیابت بارداری برابر با ۷۱/۹۰ و در گروه غیر مبتلا برابر با ۸۱/۸۷ می‌باشد که این تفاوت بر اساس آزمون آماری تی مستقل بین دو گروه معنی‌دار بود (P<۰/۰۰۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی ویژگی‌های آمارنگاری و مامایی در در دو گروه مبتلا به دیابت بارداری و غیرمبتلا مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی درمانی

ویژگی‌ها	گروه مبتلا به دیابت بارداری	گروه غیر مبتلا به دیابت بارداری	P†	آزمون
	انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین		
سن	۲۸/۶۸±۳/۸۳	۲۷/۸۰±۴/۵۶	۰/۱۸۱	تی مستقل
سن بارداری در اولین مراقبت	۵/۸۸±۲/۶۷	۵/۳۱±۲/۹۵	۰/۱۵۴	تی مستقل
نمایه‌ی توده‌ی بدن قبل از بارداری	۲۳/۸۳±۲/۹۴	۲۳/۹۰±۳/۳۵	۰/۸۶۶	تی مستقل
تحصیلات	تعداد (٪)	تعداد (٪)		
	۴۳(۴۳)	۵۵(۵۵)	۰/۹۷۶	من ویتنی
وضعیت اشتغال				
خانه‌دار	۸۶(۸۶)	۹۲(۹۲)	۰/۱۷۵	مجذور خی
شاغل	۱۴(۱۴)	۸(۸)		
مالکیت واحد مسکونی				
شخصی	۳۸(۳۸)	۳۹(۳۹)	۰/۸۸۴	کای دو
اجاره‌ای	۶۲(۶۲)	۶۱(۶۱)		
درآمد	۵۹(۵۹)	۶۵(۶۵)	۰/۱۸۴	من ویتنی
تعداد بارداری	۴۳(۴۳)	۵۰(۵۰)	۰/۴۱۱	من ویتنی
سن بارداری	۳۴(۳۴)	۳۷(۳۷)	۰/۵۸۴	تی مستقل
سابقه‌ی سقط (دارد)	۲۶(۲۶)	۲۳(۲۳)	۰/۶۲۲	مجذور خی
تعداد زایمان	۵۷(۵۷)	۶۲(۶۲)	۰/۵۶۳	من ویتنی
مراقبت قبل از بارداری (دارد)	۲۷(۲۷)	۳۰(۳۰)	۰/۶۳۸	مجذور خی
شرکت در کلاس آمادگی زایمان (دارد)	۱۳(۱۳)	۲۶(۲۶)	۰/۰۲۰	مجذور خی

* اعداد به صورت میانگین±انحراف معیار بیان شده‌اند، † مقدار P<۰/۰۵ از نظر آماری معنی‌دار است.

همچنین ۵۲٪ و ۷۲٪ واحدهای پژوهش از نظر حمایت اجتماعی درک‌شده به ترتیب در دو گروه مبتلا به دیابت بارداری و غیر مبتلا در سطح مطلوب قرار داشتند. میانگین حمایت اجتماعی درک شده در گروه مبتلا به دیابت بارداری ۶۵/۷۵ و در گروه غیرمبتلا ۷۳/۸۸ برآورد گردید که این تفاوت براساس آزمون آماری تی مستقل بین دو گروه معنی‌دار بود (P<۰/۰۰۱) و میزان استرس درک شده در گروه مبتلا (۸۲٪) و گروه غیر مبتلا (۶۳٪) متوسط بود، و میانگین نمره استرس درک شده در گروه مبتلا برابر با ۵۱/۵۷ و در گروه غیر مبتلا برابر با ۶۰/۲۷ برآورد گردید (P<۰/۰۰۱) (جدول‌های آماری۲، ۳، ۴).

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

جدول ۲- توزیع فراوانی و مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی خودمراقبتی در بارداری در دو گروه مبتلا به دیابت بارداری و غیرمبتلا

دیابت بارداری / خودمراقبتی در بارداری	مبتلا		غیرمبتلا		نتیجه آزمون تی مستقل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
متوسط (۶۶-۳۴)	۳۱	۳۱	۱	۱	
مطلوب (۱۰۰- ۶۷)	۶۹	۶۹	۹۹	۹۹	
جمع	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	
میانگین	۷۱/۹۰		۸۱/۸۷		*P<۰/۰۰۱
انحراف معیار	۱۱/۴۸۴		۷/۵۴۲		۲۰۰=تعداد

* مقدار P<۰/۰۵ از نظر آماری معنی‌دار است.

جدول ۳- توزیع فراوانی و مقایسه‌ی میانگین نمره میزان حمایت اجتماعی درک شده در دو گروه مبتلا به دیابت بارداری و غیرمبتلا

دیابت بارداری / حمایت اجتماعی درک شده	مبتلا		غیرمبتلا		نتیجه آزمون تی مستقل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
نامطلوب (۳۳-۰)	۳	۳	۳	۳	
متوسط (۶۶-۳۴)	۴۵	۴۵	۲۷	۲۷	
مطلوب (۱۰۰-۶۷)	۵۲	۵۲	۷۰	۷۰	
جمع	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	
میانگین	۶۵/۷۵		۷۳/۸۸		
انحراف معیار	۱۴/۶۲۶		۱۵/۲۲۸		*P<۰/۰۰۱ ۲۰۰=تعداد

* مقدار P<۰/۰۵ از نظر آماری معنی‌دار است.

جدول ۴- توزیع فراوانی و مقایسه‌ی میانگین نمره میزان استرس درک شده در دو گروه مبتلا به دیابت بارداری و غیرمبتلا

دیابت بارداری / استرس درک‌شده	مبتلا		غیرمبتلا		نتیجه آزمون تی مستقل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
کم (۳۳-۰)	۵	۵	۲	۲	
متوسط (۶۶-۳۴)	۸۲	۸۲	۶۳	۶۳	
زیاد (۱۰۰- ۶۷)	۱۳	۱۳	۳۵	۳۵	
جمع	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	
میانگین	۵۱/۵۷		۶۰/۲۷		
انحراف معیار	۱۱/۴۶۴		۱۳/۱۲۶		*P<۰/۰۰۱ ۲۰۰=تعداد

* مقدار P<۰/۰۵ از نظر آماری معنی‌دار است.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

بحث

یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر نشان دادند خودمراقبتی در بارداری در دو گروه مبتلا به دیابت بارداری و غیرمبتلا متفاوت است. در پژوهشی روی افراد دیابتی مشخص گردید که افراد با خودمراقبتی بهتر، قند خون ناشتای پایین‌تری داشتند. این استدلال که رفتارهای مناسب خودمراقبتی در بیماران دیابتی منجر به کنترل بهتر قندخون آن‌ها می‌شود، هم‌چنین بیمارانی که خودمراقبتی بهتری داشتند، میزان نمایه‌ی توده‌ی بدن در آن‌ها کمتر بود.[۲۵] رفتارهای خودمراقبتی شامل رژیم غذایی مناسب برای کنترل قندخون، شرکت در فعالیت‌های فیزیکی مناسب، رعایت رژیم دارویی، خودکنترلی قندخون به منظور تعدیل رژیم غذایی، ورزش و مصرف دارو بود.[۲۵] در بررسی حاضر شرکت در کلاس آمادگی زایمان و انجام مراقبت‌های بارداری در موعد مقرر یکی از موارد خودمراقبتی در بارداری بود و آزمون مجذور خی اختلاف آماری معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد. بررسی پژوهش‌های مختلف نشان داد شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان و دریافت آموزش گروهی سبب استفاده مادران از تجارب همدیگر شده که علاوه بر کاهش اضطراب مادران، می‌تواند با افزایش آگاهی و مهارت در این دوران نقش به سزایی در کاهش بیماری‌ها، عوارض و ارتقای سلامت زنان باردار داشته باشد.[۲۶] از سوی دیگر عدم آگاهی زنان در بارداری سبب ایجاد اضطراب مادران در این دوره می‌شود که این ترس و اضطراب حس نگرانی به مغز داده و سبب افزایش ترشح هورمون‌های استرس شده و می‌تواند منجر به زایمان زودرس و افزایش مداخلات پزشکی و نیز ایجاد عوارض برای مادر و جنین شود.[۲۷] از آنجا که در کلاس‌های دوران بارداری علاوه بر مباحث آموزشی، تمرین‌های عصبی ـ عضلانی، فعالیت فیزیکی متوسط و تمدد اعصاب نیز اجرا می‌شود، می‌تواند علاوه بر کاهش شکایات بارداری سبب افزایش فعالیت روزانه در زنان باردار شود.[۲۸]

هم‌چنین، یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که میزان حمایت اجتماعی درک شده در زنان باردار سالم به طور معنی‌داری بیشتر از گروه مبتلا به دیابت بارداری بود. در پژوهشی نشان داده شد حمایت اجتماعی درک‌شده از خانواده با کنترل دیابت نوع دو ارتباط معنی‌دار آماری دارد.[۲۹] افرادی‌که از حمایت اجتماعی برخوردارند، کیفیت زندگی بهتری دارند.[۳۰] در مطالعه‌ی دیگری نشان داده شد فقدان حمایت اجتماعی به عنوان یک فاکتور خطر مهم سلامت مادر در دوران بارداری می‌باشد و اثرات زیان‌باری بر پیامدهای بارداری دارد.[۱۴]

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد میزان استرس درک شده در گروه مبتلا به دیابت بارداری کمتر از زنان باردار سالم بود. اگرچه استرس روانی ـ اجتماعی بر خطر ابتلا به دیابت نوع دو ارتباط مثبتی دارد، اما مطالعات در دوران بارداری پراکنده و محدود هستند. سیلوریا[i] و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی با هدف بررسی ارتباط استرس درک شده در دوران بارداری با بروز دیابت بارداری روی ۱۱۱۴ زن باردار اسپانیایی به روش آینده‌نگر کوهورت دریافتند که استرس روانی ـ اجتماعی در جمعیت مورد مطالعه به طور معنی‌داری با بروز دیابت بارداری ارتباط آماری ندارد.[۱۸] هم‌چنین، عوامل زیادی مانند افسردگی در بارداری، کیفیت زندگی نامطلوب، اضطراب در بارداری، وضعیت اقتصادی اجتماعی نامطلوب، در بروز استرس نقش دارند که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار نگرفته‌اند.[۳۱]

نمایه‌ی توده‌ی بدن قبل از بارداری در دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. عدم تفاوت در دو گروه در پژوهش حاضر می‌تواند به دلیل همگن بودن افراد بر اساس معیار ورود به مطالعه باشد، به نحوی‌که افراد چاق (نمایه‌ی توده‌ی بدن بیشتر از ۳۰) وارد مطالعه نشدند. هم‌چنین در مطالعه‌ی محسن‌پور و همکاران (۱۳۹۱) میانگین نمایه‌ی توده‌ی بدن قبل از بارداری در زنان مبتلا به دیابت ۲۳/۴۷ و در گروه باردار سالم ۲۳/۲۳ کیلوگرم بر مترمربع بود و بین دو گروه از لحاظ نمایه‌ی توده‌ی بدنی قبل از بارداری تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت.[۳۲] در بررسی دیگری میانگین نمایه‌ی توده‌ی بدن قبل از بارداری در گروه مبتلا به دیابت بارداری ۲۴/۱۷ و در گروه شاهد ۲۰/۵۷ محاسبه شد و بین دو گروه از لحاظ نمایه‌ی توده‌ی بدن قبل از بارداری تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت.[۳۳] تفاوت در یافته‌های بررسی‌ها می‌تواند به دلیل تفاوت حجم در مطالعات دیگر، همسان‌سازی نمونه‌ها، روش مطالعه و جامعه‌ی پژوهش باشد.

زنان در گروه مبتلا به دیابت بارداری خودمراقبتی، حمایت اجتماعی درک شده و استرس کمتری را تجربه می‌کردند و این ضرورت توجه بیشتر به خودمراقبتی و

i -Silveria

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

حمایت اجتماعی زنان در طی بارداری را نشان می‌دهد که می‌توان با افزایش آگاهی و آموزش به زنان باردار در زمینه‌ی داشتن سبک زندگی مناسب در دوران بارداری و هر مداخله‌ای که منجر به ارتقای سبک زندگی در آنان شود، از بروز دیابت در بارداری پیشگیری کرد.

سپاسگزاری: پژوهش‌گران مراتب سپاس خود را از همکاری ارزنده ریاست و پرسنل محترم مراکز آموزشی درمانی مورد پژوهش [(بیمارستان‌های لولاگر، امام حسین (ع) و طالقانی)] و زنان باردار مراجعه کننده به مراکز یاد شده در راستای ارتقا پیشرفت علمی کشور ابراز می‌دارد.

References

1. Cunningham FG, Leveno K J, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obstetrics. 23nd ed. New York: Mc Graw Hill; 2010. P. 1104-26.
2. Bener A, Saleh NM, Al-Hamaq A. Prevalence of gestational diabetes and associated maternal and neonatal complications in a fast-developing community: global comparisons. International Journal of Women's Health 2011; 3: 367.
3. Khoshniat Niku M, Abbaszadeh Sh, Larijani B. [Investigation of studies of prevalence of pregnancy diabetes in different areas of Iran] [Article in Persian]. J Sugar Lipid Iran 2008; 8: 1-10. [Farsi]
4. Sayehmiri F, Bakhtyari S, Darvishi P, Sayehmiri K. Prevalence of Gestational Diabetes Mellitus in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis Study. IJOGI 2013; 15: 16-23. [Farsi]
5. Ferrara, A. Increasing prevalence of gestational diabetes mellitus a public health perspective. Diabetes Care 2007; 30: 141-6.
6. Organization WH. Diagnostic criteria and classification of hyperglycemia first detected in pregnancy. [Internet]. 2013.
7. Halperin IJ, Feig DS. The role of lifestyle interventions in the prevention of gestational diabetes. Curr Diab Rep 2014; 14: 452.
8. Dabelea D, Janet K, Cynthia L, Kimberly J, Richard F, Robert S. Increasing prevalence of gestational diabetes mellitus (GDM) over time and by birth cohort: Kaiser Permanent of Colorado GDM Screening Program. Diabetes Care 2 2005; 28: 579-84.
9. Zolfaghari M. Complete collection nursing lessons. 5nd ed. Tehran: Boshra-Tohfeh; 2007. [Farsi]
10. Moshki M, Bahri N, Sadegh Moghadam L. Lifestyle of pregnant women living in Gonabad. J Research Health 2012; 2: 200-6. [Farsi]
11. Shojaeezadeh D, Estebsari Fa, Azam K,Batebi A, Mostafaee D. The comparision of effective factors for diabetic patients lifestyle with healthy. Iranian J Yazd Shahid Sadoghi University of Medical Sciences 2008; 16: 71-9.
12. Olds SB. Maternal-newborn nursing and women's health care. Vol. 1.2004: Prentice Hall.
13. Morowati Sharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. Social support and Self-care Behaviors in Diabetic Patients Referring to Yazd Diabetes Research Center. Iranian Journal of Tabibe Shargh 2008; 9: 275-84. [Farsi]
14. Elsenbruch S, Benson S, Rücke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK, et al. Social support during pregnancy:effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. Human reproduction 2007; 22: 869-77.
15. Coelho R, Amorim I, Prata J. Coping styles and quality of life in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. Psychosomatics 2003; 44: 312-8.
16. Chang J-S, You Y-H, Park S-Y, Kim J-W, Kim H-S, Yoon K-H, et al. Pattern of Stress-Induced Hyperglycemia according to Type of Diabetes: A Predator Stress Model. Diabetes and Metabolism Journal 2013; 37: p. 475-83.
17. Latendresse G(2009) The interaction between chronic stress and pregnancy: preterm birth from a biobehavioral perspective. Journal of Midwifery and Women Health 2009; 54: 8.
18. Silveira, Marushka L. Psychosocial stress in pregnancy and risk of gestational diabetes in hispanic women. in 141st APHA Annual Meeting (November 2- 6, 2013). APHA.
19. Leung DY, Lam T-h, Chan SS. Three versions of Perceived Stress Scale: validation in a sample of Chinese cardiac patients who smoke. BMC public health 2010; 10: 513.
20. Bastani F, Rahmatnejad L, Jahdi F, Haghani H. Breastfeeding self efficacy and perceived stress in nulliparous women. Iranian Journal of Nursing 2008; 21: 9-23. [Farsi]
21. Mohammadi Yeganeh L, Bastani F, Feizi Z, Agilar Vafaie M. The Effect of stress management training on mood and perceived stress in women consuming contraceptive pills. Iranian Journal of Nursing 2008; 21: 63-73. [Farsi]
22. Mazloom RS, Darban F,Vaghei S, Modares gharavi M, Kashani lotfabadi M, Shad M. The effect of Stress Inoculation Program (SIP) on nurses' Perceived stress in psychiatric wards. Journal of Care Based on Evidences 2012; 2: 42-54. [Farsi]
23. Sarason, IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support: The Social Support Questionnaire. Journal of Personality and Social Support 1983; 44: 127-39.
24. Nasseh M, Ghazinour M, Joghtaei MT, Nojomi M, Richter J. A Persian Version of the Social Support Questionnaire (SSQ). Iranian J Refah Ejtemaee 2012; 11: 251-66. [Farsi]
25. Jafarian Amiri SR, Zabihi A, Babaee Asl F, Eshkevari N, Bijani A. Self Care Behaviors in diabetic patient Referring to diabetes clinics in babol city. J Babol University of Medical Sciences 2010; 12: 73-8. [Farsi]
26. Toghyani R, Ramezani MA, Izadi M, Shahidi Sh, Aghdak P, Motie Z, NikkhahFard M. The Effect of Prenatal Care Group Education on Pregnant Mothers' Knowledge, Attitude and Practice. Iranian Journal of Medical Education 2008; 7: 317-23. [Farsi]
27. Lederman RP, Lederman E, Work BA, MacCann Jr, Daisy S. Relationship of psychological factors in preg-

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

nancy to progress in labor. Nursing Research 1979; 28: 94-7.
28. Mehdizadeh A, Roosta F, Kamali Z, Khoshgoo N. Evaluation Of The Effectiveness Of Antenatal Preparation For Childbirth Courses On The Health Of The Mother And The Newborn. J Iran University of Medical Sciences and Health Services 2004; 10: 455-62. [Farsi]
29. Carcone AI, Ellis DA, Weisz A, Naar-King S. Social support for diabetes illness management: Supporting adolescents and caregivers. Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP 2011; 32: 581.
30. Chan CW, Hon HC, Chien WT, Lopez V. Social support and coping in Chinese patient undergoing cancer surgery. Cancer Nurs 2004; 27: 230-6.
31. Ferrara A, Monique MH, Cheryl LA, Samantha F, Charles PQ, Tiffany P, et al. A Pregnancy and Postpartum Lifestyle Intervention in Women With Gestational Diabetes Mellitus Reduces Diabetes Risk Factors A feasibility randomized control trial. Diabetes Care 2011; 34: 1519-25.
32. Mohsenpoor A. Association between priodental disease and gestational diabetes [dissertation]. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services; 2013. [Farsi]
33. Alamolhoda SH, Kariman N, Hossein Panah A, Alavi Majd H. Relationship between Cigarette Smoking and Gestational Diabetes Mellitus. Iranian J Zanjan University of Medical Sciences 2010; 18: 34-41. [Farsi]

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

Original Article

Comparison of Pregnancy Self-Care, Perceived Social Support and Perceived Stress of Women with Gestational Diabetes and Healthy Pregnant Women

Momeni Javid F[1], Simbar M[2], Dolatian M[3], Alavi Majd H[4]

[1]Department of Reproductive Health, & [2]Research Center for Safe Motherhood (RCSM), Department of Reproductive Health and Midwifery, [3]Social Determinant of Health Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, & [4]Department of Biostatistics, Paramedical School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran

e-mail: msimbar@sbmu.ac.ir

Received: 03/03/2014 **Accepted**: 24/05/2014

Abstract

Introduction: Pregnancy complicated by diabetes requires increasing health care resources for controlling sugar levels during pregnancy and reduce the severe perinatal consequences. Now a days changing lifestyle patterns have changed susceptibility to disease. This study was conducted to determine and compare some of the lifestyle factors (pregnancy self-care, perceived social support and perceived stress) of women with gestational diabetes and healthy pregnant women. Materials and Methods: A comparative- descriptive study was conducted on 100 pregnant women with definite diagnosis of gestational diabetes (diabetic group) and 100 healthy pregnant women (controls) attending teaching health centers affiliated to the Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2013. Data were collected through interviews using a questionnaire related to pregnancy self-care, perceived social support and perceived stress. Data were analyzed using SPSS-18 software. Results: Demographics and obstetrics variables were similar in the diabetes and the controls groups mean pregnancy self-care score was 71.9 and 81.87, respectively (P<0.001), mean perceived social support the was 65.75 and 73.88, respectively (P<0.001), and mean score of perceived stress was 51.57 and 60.27, respectively (P<0.001). Conclusions: Study results showed that pregnant women with gestational diabetes had less self-care, social support and perceived stress. This study further reveals the importance of women's self-care and perceived social support during pregnancy. The incidence of gestational diabetes can be prevented through increased awareness and education of pregnant women regarding appropriate lifestyles during pregnancy and any interventions that could improve them.

Keywords: Gestational Diabetes Mellitus, Pregnancy Self-Care, Perceived Stress, Perceived Social Support

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]