مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی بیستم، شماره‌ی ۶، صفحه‌های ۳۶۶ ـ ۳۵۶ (بهمن ـ اسفند ۱۳۹۷)

مقاله‌ی پژوهشی

نگرانی‌ها و محدودیت‌های درک شده مادران مبتلا به دیابت بارداری: یک مطالعه کیفی

سیده سمیرا مخلصی[۱]، دکتر معصومه سیمبر[۲]، دکتر فهیمه رمضانی تهرانی[۳]، دکتر نورالسادات کریمان[٤]، دکتر حمید علوی مجد[٥]

۱) کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، ۲) مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ، تهران، ایران، ۳) مرکز تحقیقات اندوکرینولوژی تولیدمثل، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، ٤) گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، ٥) گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، **آدرس مکاتبه با نویسنده مسئول:** مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. دکتر معصومه سیمبر؛
e-mail: msimbar@yahoo.com

چکیده

مقدمه: دیابت بارداری علاوه بر افزایش خطر برای مادر و جنین، می‌تواند بر کلیه جنبه‌های زندگی مادران تاثیرگذار باشد لذا هدف از این مطالعه تبیین تجربیات مادران مبتلا به دیابت بارداری است. **مواد و روش‌ها:** این پژوهش یک مطالعه کیفی می‌باشد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته استفاده شد. مشارکت‌کنندگان مادران مبتلا به دیابت بارداری مراجعه‌کننده به بیمارستان طالقانی شهر تهران و هم‌چنین ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی بودند. پس از انجام ۲۵ مصاحبه با مادران مبتلا و ۸ مصاحبه با ارائه‌کنندگان خدمت، داده‌ها به اشباع رسید. داده‌ها با روش تحلیل محتوی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** مشارکت‌کنندگان در فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی خود و هم‌چنین ایفای نقش خود به عنوان مادر یا همسر، محدودیت‌هایی را درک می‌کردند؛ علاوه بر آن درمان بیماری منجر به ایجاد محدودیت‌هایی در زندگی روزمره آن‌ها گشته بود. بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌ها، دغدغه‌هایی که مادران باردار مبتلا به دیابت بارداری با آن درگیر بودند در ارتباط با سلامت خود، سلامت جنین و نوزاد و دغدغه‌های مرتبط با درمان و مراقبت بود. **نتیجه‌گیری:** ماماها و سایر ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی باید از تاثیر تشخیص دیابت بارداری بر زندگی مادران آگاهی داشته باشند و برای این مادران توصیه‌های فردی و فرهنگی مناسب به‌خصوص در مورد درمان ارائه دهند. هم‌چنین این مادران نیاز به اطلاعات مفید و مناسب دارند تا از این طریق نگرانی‌هایشان کاهش یابد.

واژگان کلیدی: مطالعه کیفی، دیابت بارداری، ایران
دریافت مقاله: ۹۷/۷/۲۱ـ دریافت اصلاحیه: ۹۷/۱۰/۲۹ ـ پذیرش مقاله: ۹۷/۱۱/۱٤

مقدمه

دیابت شایع‌ترین عارضه‌ی طبی در حاملگی است و به صورت شدت‌های مختلف عدم تحمل کربوهیدرات که اولین بار در دوران حاملگی شروع شده یا تشخیص داده می‌شود، تعریف می‌گردد. این تعریف بدون توجه به استفاده یا عدم استفاده از انسولین برای درمان به کار می‌رود.[۱] شیوع دیابت بارداری در تمام نقاط جهان در حال افزایش بوده[۲] و در نقاط مختلف ایران نیز متفاوت گزارش شده است. به نظر می‌رسد نژاد و قومیت‌های مختلف می‌توانند سبب ایجاد تفاوت در

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16834844.1397.20.6.7.0]

شیوع آن شوند.[۳] در یک متاآنالیز، میزان شیوع دیابت در ایران در مجموع در حدود ٤/۹ درصد برآورد شد.[٤]

دیابت بارداری با افزایش خطر برای مادر و جنین در دوران بارداری و در مراحل بعدی زندگی همراه است.[٤،٥] دیابت بارداری علاوه بر عوارض فیزیولوژیک، با پیامدهای روانی و اجتماعی فراوانی نیز همراه است. زنان مبتلا به دیابت بارداری استرس بیشتری نسبت به زنان باردار سالم تجربه می‌کنند. این زنان احساس می‌کنند که از نظر اجتماعی ایزوله بوده و تعداد بسیار کمی از مردم در مورد دیابت بارداری آگاهی دارند. برخی از زنان نیز داشتن دیابت بارداری را نوعی برچسب خوردن دانسته و از بیان آن خجالت می‌کشند.[۸-٦]

با وجودی که دیابت بارداری بر کلیه جنبه‌های زندگی زنان باردار مبتلا اثرگذار است، اکثر مطالعات بر روی غربالگری، درمان و پیامدهای این عارضه تمرکز کرده‌اند و در مقابل، دانش کمی درمورد نگرانی‌ها، نیازهای روانی و محدودیت‌های ناشی از بیماری برای مادران مبتلا به دیابت بارداری وجود دارد. مطالعات پیشین نشان داده‌اند که مادران مبتلا به دیابت بارداری احساس ناامیدی و هم‌چنین احساس عدم کنترل بر شرایط دارند.[۹،۱۰] برخی نیز گزارش کرده‌اند که توصیه‌های غذایی ارائه شده به مادران مبتلا، فردی نیست و تبعیت از آن‌ها سخت و پیچیده است.[۱۰،۱۱] شناخت تجربیات مادران مبتلا به دیابت بارداری نیازمند مطالعات کیفی است. تحقیق کیفی سبب ایجاد بصیرت نسبت به رفتار و سبک زندگی مردم، آگاهی‌ها، نگرش‌ها، احساسات، ارزش‌ها و تجربیات می‌گردد.[۱۲] مطالعات کیفی بسیار معدودی در مورد تجربیات مادران مبتلا به دیابت بارداری در ایران انجام شده است. در یک مطالعه کیفی در تهران، به منظور تبیین باورها و اعتقادات و راهبردهای مقابله‌ای مادران مبتلا به دیابت بارداری و تاثیر آن بر رفتارهای خودمراقبتی، ۱۲ مصاحبه نیمه ساختاریافته با مادران مبتلا به دیابت بارداری انجام شد و تحلیل محتوی، منجر به پدیدار شدن دو درون‌مایه نگرش به بیماری و راهبردهای مقابله‌ای گردید.[۱۳] در مطالعه کیفی دیگری پس از ۱۲ مصاحبه نیمه ساختار یافته با مادران مبتلا به دیابت بارداری، درماندگی و مشکلات درک شده از موانع خودمراقبتی، پذیرش بیماری و حمایت از تسهیل‌کننده‌های خودمراقبتی مادران مبتلا به دیابت بارداری مطرح شد.[۱٤] در این مطالعات کیفی تنها با مادران مبتلا به دیابت بارداری مصاحبه انجام شده است و هم‌چنین، تمرکز اصلی این مطالعات بر رفتارهای خودمراقبتی آن‌ها بوده است که با هدف اصلی و سوالات راهنمای مصاحبه‌ی مطالعه‌ی حاضر متفاوت است.

افزایش آگاهی در مورد نگرانی‌ها و محدودیت‌های مادران مبتلا به دیابت بارداری می‌تواند به ارائه‌کنندگان خدمات برای درک بهتر مادران مبتلا به منظور حمایت، تشویق و آموزش آن‌ها کمک کند. لذا هدف از این مطالعه تبیین تجربیات مادران مبتلا به دیابت بارداری است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوی قراردادی است که با استفاده از مصاحبه‌های عمیق انفرادی باز و نیمه ساختاریافته، تجربیات زندگی مادران مبتلا به دیابت بارداری را مورد بررسی قرار می‌دهد. این مطالعه دارای تاییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد IR.SBMU.PHNM.1395.494 می‌باشد.

جامعه مورد مطالعه، مادران مبتلا به دیابت بارداری مراجعه‌کننده به بیمارستان طالقانی شهر تهران بودند. هم-چنین جهت غنای داده‌ها با افراد کلیدی شامل ارائه کنندگان مراقبت‌های درمانی (متخصص زنان، متخصص غدد، متخصص تغذیه، متخصص بهداشت باروری، مراقب سلامت، ماما و مسئول بخش غدد بیمارستان طالقانی) مصاحبه عمیق فردی انجام شد.

از معیارهای ورود به مطالعه برای مادران مشارکت‌کننده، ابتلا به دیابت بارداری در بارداری فعلی، تابعیت ایرانی، عدم وجود اختلالات جسمی و روان‌شناختی دیگر به گفته‌ی بیمار بود. نمونه‌گیری به‌صورت مبتنی بر هدف با حداکثر تنوع در زمینه‌های سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، سن بارداری، نوع درمان (رژیم غذایی یا انسولین، درمان بستری یا سرپایی) تا اشباع داده‌ها ادامه یافت که در مجموع، تعداد شرکت‌کنندگان در این مطالعه به ۲۵ نفر رسید. از معیارهای ورود افراد کلیدی، حداقل ۲ سال تجربه کاری در مورد مراقبت از زنان باردار مبتلا به دیابت بارداری بود. نمونه‌گیری در گروه افراد کلیدی نیز به صورت مبتنی بر هدف در کسانی که مشخصات واحدهای پژوهش را داشتند، انجام گردید. درمجموع با ۸ نفر از متخصصین مصاحبه فردی انجام شد.

جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های عمیق انفرادی و بر اساس راهنمای سوالات انجام شد. پس از تعیین

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16834844.1397.20.6.7.0]

راهنمای سوالات، به صورت آزمایشی با ۳ نفر از مشارکت‌کنندگان مصاحبه شده و پس از بازنگری تیم تحقیق، اصلاح و مورد استفاده قرار گرفت (جدول ۱)

جدول ۱- سوالات راهنمای مصاحبه با مادران مبتلا به دیابت بارداری و متخصصین در مورد تجربه مادران مبتلا به دیابت بارداری

سوالات راهنما مصاحبه با مادران مبتلا به دیابت بارداری
زمانی که مطلع شدید مبتلا به دیابت شده‌اید چه احساسی پیدا کردید؟
در مورد دیابت بارداری چه فکری می‌کنید؟
ابتلا به این بیماری بر احساس سلامتی و زندگی روزمره شما چه تاثیری داشته است؟
مهم‌ترین نگرانی شما در ارتباط با دیابت بارداری چیست؟ چرا؟
سوالات راهنما مصاحبه با متخصصین
واکنش اولیه‌ی زنان در زمان مطلع شدن ابتلا به این بیماری چیست؟ چه عواملی در این واکنش موُثر است؟
دیابت بارداری چگونه زندگی مادران مبتلا را تحت تاثیر قرار می‌دهد؟
مادران مبتلا به دیابت بارداری چه نگرانی‌ها و دغدغه‌هایی را مطرح می‌کنند؟

جدول ۲- درون‌مایه‌ها، طبقات اصلی و زیرطبقات استخراج شده از تحلیل داده‌های کیفی

زیرطبقات	طبقات اصلی	درون‌مایه
اجتماعی	محدودیت در فعالیت‌ها	محدودیت‌های درک شده
تفریحی		
مادری	محدودیت در ایفای نقش	
به عنوان همسر		
رژیم غذایی	محدودیت‌های ناشی از درمان	
درمان دارویی		
ارزیابی قند خون		
ختم بارداری		
سلامت جنین و نوزاد	دغدغه‌ی مرتبط با سلامتی	نگرانی‌های مرتبط با حاملگی پرخطر
سلامت مادر		
ارائه خدمات درمان و مراقبت	دغدغه‌های مرتبط با درمان و مراقبت	
هزینه‌های درمان		

مادرانی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند و رضایت خود را برای شرکت در مطالعه اعلام کردند، زمان و مکان انجام مصاحبه به آن‌ها اعلام شد. در صورتی که مادر تمایل به انجام مصاحبه در بیمارستان داشت، مصاحبه در یک اتاق جداگانه و آرام انجام پذیرفت. یکی از مصاحبه‌ها در منزل مشارکت‌کننده به علت عدم تمایل وی به انجام مصاحبه در بیمارستان انجام گردید. پیش از شروع رسمی جلسات مصاحبه، رضایت برای انجام و ضبط مصاحبه کسب شد. مصاحبه با برقراری ارتباط و جلب اعتماد مشارکت‌کنندگان آغاز گردید؛ سپس از آن‌ها خواسته شد تا درک و تجربه خود را در مورد دیابت بارداری بازگو کنند. سوالات بعدی بر اساس پاسخ‌های اولیه افراد و راهنمای سوالات پرسیده شد. با پیشرفت مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل هم‌زمان و شکل‌گیری طبقات، مسیر مصاحبه‌های بعدی تعیین گشت. به‌علاوه در طول مصاحبه، متناسب با پاسخ‌های ارائه شده از سوالات عمق‌دهنده مانند: "ممکن است در این مورد بیشتر توضیح بدهید؟"، "ممکن است یک مثال از موضوعی که برایتان اتفاق افتاده است، تعریف کنید تا بهتر متوجه

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

[DOR: 20.1001.1.16834844.1397.20.6.7.0]

منظورتان بشوم؟" استفاده شد. در پایان مصاحبه از مشارکت‌کنندگان خواسته شد که اگر صحبتی مانده بیان کنند. ضمن آن که در حین مصاحبه، محقق به حالات چهره و حرکات بدنی مشارکت‌کننده توجه نموده و در یادداشت‌های خود لحاظ نمود. در این مطالعه نوشتن یادآورها و یادداشت در عرصه از همان ابتدای کار، کلیدی برای روشن ساختن مسیر سوالات بعدی بود.

برای مصاحبه با افراد کلیدی، محقق به مکان‌هایی که دسترسی به ایشان امکان پذیر بود مانند مطب، دفتر کار، مراکز مراقبت بهداشتی-درمانی مراجعه کرده و در صورت تمایل ایشان و کسب رضایت شفاهی، مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته با استفاده از راهنمای سوالات از پیش تعیین شده انجام گرفت.

در مطالعه‌ی حاضر، داده‌های حاصل از مصاحبه با روش تحلیل محتوی قراردادی گرانهایم[i] و لاندمن[ii] تجزیه و تحلیل گشت؛[۱۵] بدین‌ترتیب که ابتدا پس از انجام هر مصاحبه در کوتاه‌ترین زمان ممکن اطلاعات ضبط شده کلمه به کلمه بر روی کاغذ ثبت شد و سپس مصاحبه‌های پیاده شده با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA 10 واحدهای معنایی مشخص گردید و سپس واحدهای معنایی به کد تبدیل شدند. تمامی متن مصاحبه کدگذاری گشت. در طول فرآیند کدگذاری، پژوهش‌گر به‌صورت مداوم کدگذاری را کنترل نمود تا از توافق کدها بین اعضای تیم پژوهش اطمینان حاصل کند. سپس کدها بر اساس خصوصیات مشترک خود در زیرطبقات مناسب قرار گرفتند و هر چند زیرطبقه مرتبط با یکدیگر در یک طبقه جای گرفت. پس از استخراج طبقات، آن دسته از آن‌ها که مفهوم مشترکی را می‌رساندند، یک درون مایه را تشکیل دادند.

در این پژوهش، با انجام مصاحبه‌های عمیق، تنوع مشارکت‌کنندگان در پژوهش، درگیری مستمر پژوهش‌گر با داده‌ها، کنترل داده‌ها و کدهای استخراج شده با همکاران و مشارکت کنندگان، اعتبار و مقبولیت داده‌ها تامین گردید.[۱۶]

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۵ نفر از زنان باردار مبتلا به دیابت بارداری با محدوده سنی ۱۸ تا ۴۲ سال و سن بارداری ۹ تا ۳۸ هفته مورد مصاحبه قرار گرفتند. افراد شرکت‌کننده دارای سطوح تحصیلی مختلف (ابتدایی تا ارشد)، سطح اقتصادی متفاوت (ضعیف، متوسط، خوب)، تعداد بارداری متفاوت (نولی‌پار یا مولتی‌پار) و هم‌چنین خانه‌دار و شاغل بودند. برای درمان افراد شرکت‌کننده در این مطالعه از رویکردهای مختلفی (رژیم غذایی، انسولین، متفورمین) استفاده شده بود و برخی از افراد شرکت‌کننده به‌علت دیابت بارداری در بیمارستان بستری شده بودند. همسران افراد شرکت کننده نیز داری سطوح مختلف تحصیلی (بی‌سواد تا کارشناس) و وضعیت اشتغال متفاوت (آزاد، کارمند، کارگر و بی‌کار) بودند. تمام افراد شرکت‌کننده، بارداری تک قلو داشتند و فاقد اختلالات شناختی و روانی بودند. در این مطالعه جهت غنای داده‌ها با ۸ نفر از افراد کلیدی نیز با سابقه کاری مختلف (۲ تا ۲۰ سال) و تعداد ویزیت ماهانه مختلف مادران مبتلا به دیابت بارداری (۳ تا ٤٠ نفر) مصاحبه انجام شد. تحلیل محتوی منجر به پدیدار شدن دو درون مایه محدودیت‌های درک شده و دغدغه‌های درک شده گردید. درون‌مایه‌ها، طبقات اصلی و زیرطبقات استخراج شده در مورد تجربیات مشارکت‌کنندگان از دیابت بارداری در جدول ۱ نشان داده شده است.

۱- محدودیت درک شده:

مشارکت‌کنندگان در فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی و هم‌چنین ایفای نقش خود به عنوان مادر یا همسر محدودیت-هایی را درک می‌کردند که آن را ناشی از دیابت بارداری می‌دانستند؛ علاوه بر آن درمان بیماری منجر به محدودیت-هایی در زندگی روزمره آن‌ها گشته بود.

الف) محدودیت در فعالیت‌ها

اکثریت شرکت‌کنندگان پس از ابتلا به دیابت بارداری، مهمانی رفتن یا برگزاری مهمانی و هم‌چنین رفتن به مسافرت، پیک نیک و رستوران را به علت لزوم رعایت رژیم غذایی یا مشکلات ناشی از نگه‌داری و تزریق انسولین کاهش داده بودند.

"خیلی سخت شده... اصلا دوست ندارم مهمونی برم... چون انسولین رو باید با خودم ببرم و بلافاصله قبل از غذا بزنم... اینا اذیتم می‌کنه"(خانم مولتی‌پار ۳۰ هفته تحت درمان با انسولین)

ب) محدودیت در ایفای نقش

برخی از شرکت‌کنندگان اظهار می‌کردند که پس از ابتلا به دیابت بارداری مانند قبل به فرزندانشان و نظافت منزل رسیدگی نمی‌کنند. مشارکت‌کنندگان علت این موضوع را

i - Graneheim
ii - Lundman

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16834844.1397.20.6.7.0]

مشغله فکری ناشی از تشخیص دیابت بارداری و یا ضعف و گرسنگی ناشی از رژیم غذایی سخت‌گیرانه عنوان می‌کردند.

"بی‌حوصله شدم..کتاب زبان دخترمو این هفته نگاه نکردم، قبل از دیابت خیلی زرنگ بودم و کارهامو با وسواس انجام می‌دادم."(خانم مولتی‌پار ۲۸ هفته تحت درمان با رژیم غذایی)

برخی از مشارکت‌کنندگان برای تبعیت از رژیم غذایی مجبور بودند دو نوع غذا برای خود و خانواده درست کنند، اما اکثر افراد فقط غذاهای مجاز خود را تهیه می‌کردند و از این‌که رژیم غذایی آن‌ها بر رژیم غذایی فرزندان و همسر نیز تاثیر گذاشته احساس ناراحتی می‌کردند.

"این بارداریم اصلا ماکارونی درست نکردم برای بچه-ها..پسرم میگه حالا که دیابت داری ما نباید هیچی بخوریم. "(خانم مولتی‌پار ۳۰ هفته تحت درمان با رژیم غذایی)

در رابطه با ایفای نقش به عنوان همسر، برخی از مشارکت‌کنندگان دیابت بارداری را عاملی برای تغییر ارتباط عاطفی با همسرشان می‌دانستند که این تغییر گاهی مثبت و گاهی نیز منفی بیان می‌شد. علاوه بر آن، کاهش ارتباط جنسی با همسر نیز به علت کاهش میل جنسی و یا ترس از صدمه به جنین توسط مشارکت‌کنندگان بیان شد.

"هر روز باهاش (همسرم) سر چیزهای الکی دعوا راه می‌ندازم... از وقتی فهمیدم دیابت دارم چون استرس دارم و فکرم مشغوله نمی‌خوام کنار شوهرم باشم.. روابط زناشوییم خیلی کم شده "(خانم مولتی‌پار ۲۸ هفته تحت درمان با رژیم غذایی)

ج) محدودیت ناشی از درمان

رعایت رژیم غذایی، تزریق انسولین، اندازه‌گیری قند خون و ختم زودتر از موعد بارداری از جمله گزینه‌های مراقبتی و درمانی است که می‌تواند با محدودیت‌هایی برای مادر همراه باشد.

رعایت رژیم غذایی به تنهایی یا همراه با انسولین یکی از مهم‌ترین درمان‌ها برای مادران باردار مبتلا به دیابت بارداری می‌باشد. بسیاری از مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، این درمان را در دوران بارداری سخت و همراه با مشکلات و محدودیت‌هایی می‌دانستند. رژیم غذایی باعث شده بود که بسیاری از مادران از مواد غذایی مورد علاقه خود محروم شوند. برخی نیز معتقد بودند نباید خانم باردار را از مواد غذایی خاصی محروم کرد و این می‌تواند بر جنین وی تاثیرگذار باشد و به این علت علی‌رغم محدودیت، میوه و غذا مورد علاقه خود را مصرف می‌کردند اما این افراد معتقد بودند از مصرف این مواد غذایی لذتی نمی‌برند و آن را با ترس و لرز مصرف می‌کنند.

"مثلا عشقم طالبیه ولی خوب نمی‌تونم بخورم. یه قاچ کوچیک دیشب خوردم که قندم فوران نکنه..آدم توی بارداری خیلی چیزارو هوس می‌کنه..الان میوه‌های فصل که میاد همه شیرینن دیگه..فقط خیار می‌تونی بخوری"

مصرف مواد غذایی در ساعات مشخص و به مقدار مشخص، از جمله محدودیت‌هایی بود که برخی مادران مبتلا مطرح کردند.

"روی ساعت ناهار و شامت تاثیر داره. یه قوانین خاصی برام گذاشتن...مثلا گفتن تا ده و نیم نباید شام بخوری یا مثلا نون سنگک به اندازه کف دست بخور "(خانم مولتی‌پار ۳۸ هفته تحت درمان با انسولین و مت فورمین)

در صورتی که رژیم غذایی قادر به کنترل قند خون مادران باردار مبتلا به دیابت بارداری نباشد، تزریق انسولین شروع می‌گردد. از محدودیت‌هایی که مشارکت‌کنندگان برای این درمان در این مطالعه مطرح کردند نیاز به تزریق مکرر و به موقع این دارو بود.

"هرجا میرم باید دغدغه داشته باشم انسولینم جای گرم نمونه و توی یخچال بزارم..سر ساعت بزنم..مثل آدم آهنی ساعتت کوک باشه باید بلند بشی انسولین بزنی و بلافاصله صبحانه بخوری..اینا برام سخته"(خانم مولتی‌پار ۳۸ هفته تحت درمان با انسولین)

بسیاری از مادران باردار مبتلا به دیابت بارداری مجبور به اندازه‌گیری قند خون خود از طریق گلوکومتر و یا آزمایشگاه هستند. تکرر دفعات آزمایش قند خون، ناشتا بودن طولانی مدت برای اندازه‌گیری قند خون ناشتا و انجام تست قند خون به طور مکرر با گلوکومتر از محدودیت‌های درک شده‌ی مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر در ارتباط با این روش مراقبتی بود.

"وقتی که برای مادری انسولین تجویز می‌کنیم، ازشون می‌خوایم که قندشون رو با گلوکومتر کنترل کنن..یکی از مشکلاتی که مادران باهاش مواجه هستن همین کنترل مکرر قند خون هست و از این که باید سر ساعتی قندشون رو کنترل کنن یا مدام دستشون سوراخ بشه به ما شکایت می-کنن" (متخصص غدد با سابقه ۱۲ سال)

"باید ناشتا بمونم تا ساعت ۹ صبح که ۸ ساعت ناشتا باشم که آزمایش بدم..چون باید روزی ٤- ٥ بار قندمو چک

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

[DOR: 20.1001.1.16834844.1397.20.6.7.0]

بکنم. ناشتا، دو ساعت بعد از صبحانه، نهار، شام..بعضی موقع‌ها هم چون انسولین میزنم نصف شب بلند می‌شم و قندمو چک می‌کنم. اذیت میشم خیلی "(خانم مولتی‌پار ۳۸ هفته تحت درمان با انسولین و مت فورمین)

یکی از تدابیر درمانی در مادران مبتلا به دیابت بارداری تحت درمان با انسولین، ختم بارداری به روش سزارین در هفته ۳۸ می‌باشد که به منظور پیشگیری از مرگ غیرقابل توجیه جنین و پیشگیری از فلج بازویی در جنین‌های ماکروزوم می‌باشد. برخی از مشارکت‌کنندگان از اجبار برای زایمان سزارین به علت دیابت بارداری و یا زایمان پیش از موعد احساس نارضایتی داشتند.

"مشکل و نگرانی شدیدم این شده که از هرکی سوال می‌کنم میگه شما نمی‌تونی زایمان طبیعی بکنی..من از سزارین وحشت زیادی دارم..نمی‌خوام سزارین بشم چون مشکلات سزارین می‌دونم چه جوریه. دوست دارم بچه‌ام طبیعی به دنیا بیاد..این خیلی زیاد نگرانم کرده"(خانم نولی‌پار ۲۹ هفته تحت درمان با انسولین)

۲- نگرانی‌های مرتبط با حاملگی پرخطر

دغدغه‌ها عواملی هستند که منجر به ایجاد نگرانی و تشویش خاطر مادران باردار مبتلا به دیابت بارداری می‌شوند و می‌توانند بر کیفیت زندگی آن‌ها تاثیر منفی داشته باشد. بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌ها دغدغه‌هایی که مادران باردار مبتلا به دیابت بارداری با آن درگیر بودند در مورد سلامت خود، سلامت جنین و نوزاد، دغدغه‌های مرتبط با درمان و مراقبت بود.

الف) دغدغه‌های مرتبط با سلامتی:

بسیاری از مشارکت‌کنندگان دغدغه‌ی اصلی خود را سلامت جنین یا نوزاد مطرح می‌کردند و برای سلامتی جنین بیشتر از سلامت خود اهمیت قایل می‌شدند. افزایش وزن نوزاد، افت قند خون پس از تولد، مرگ جنین، ناهنجاری جنین و نارس بودن نوزاد، سلامتی نوزاد در آینده (ابتلا به چاقی و دیابت) از جمله موارد نگرانی مطرح شده توسط مادر بود. بسیاری از مادران اطلاعات مربوط به پیامدهای بارداری را از ارائه‌کنندگان خدمت و گاهی نیز از اینترنت دریافت می‌کردند.

" خیلی از مادرها از سلامت جنین نگران هستن و زمانی که به مطب مراجعه می‌کنند اطلاعات زیادی از اینترنت سرچ کردند و بسیار نگران هستن و سوالاتشون حول و حوش سلامتی جنین‌شون هست" (متخصص زنان با سابقه ٦ سال)

"بیشتر نگرانیم بخاطر بچه است که خفه نشه..یا مثلا بعد از زایمان افت قند پیدا نکنه"(خانم مولتی‌پار ۳٤ هفته تحت درمان با انسولین)

"بیشتر به خاطر این که بچه یهویی مشکل نداشته باشه..میگم یه وقت چون من دیابت دارم چشمش مشکلی نداشته باشه؛ دکتره می‌گفت قلبش شاید مشکل داشته باشه..فکر می‌کنم که اصلا سالم به دنیا نمیاد:"(خانم مولتی‌پار ۳۷ هفته تحت درمان با انسولین)

"وزن زیاد برای مادر و بچه سخته..هم در بارداری برای مادر سخته هم وقتی بچه چاق به دنیا بیاد این چاقی روش می‌مونه و مستعد هزارجور مریضی می‌شه"(خانم مولتی‌پار ۲۸ هفته تحت درمان با رژیم غذایی)

نگرانی درمورد سلامت جنین باعث شده بود که اکثر مشارکت‌کنندگان از کاهش حرکت جنین احساس نگرانی بیشتری کنند و دچار استرس شوند.

"الان تند تند میام صدای قلب گوش کنم... هر وقت تکون نخوره می‌ترسم و سریع میام صدای قلبشو گوش کنم"(مولتی‌پار ۳۷ هفته تحت درمان با انسولین)

علاوه بر نگرانی از تاثیر افزایش قند خون بر سلامت جنین و نوزاد، درمان دیابت بارداری اعم از درمان با رژیم غذایی و درمان دارویی نیز برای مادران ایجاد نگرانی کرده بود. بسیاری از مشارکت‌کنندگان از تاثیر رژیم غذایی بر وزن‌گیری جنین و برخی نیز از تاثیر رژیم غذایی بر هوش و زیبایی جنین نگران بودند. علاوه بر آن، نگرانی در مورد عوارض درمان دارویی مانند انسولین و مت فورمین بر روی جنین از دیگر دغدغه‌های مادران مطرح می‌شد.

"دوتا سونو که اون ٤-٥ روز که اونجا (بستری در بیمارستان) بودم دادم، گفت بچه‌ات تازه یک کیلوئه، فکر کن من آخر هفت ماهم و بچه تازه یک کیلو...همش می خواستم نوار قلب بگیرن و ان اس تی انجام بدن می‌گفتن خیلی کوچولوئه."(خانم مولتی‌پار ۳۳ هفته تحت درمان با انسولین)

"خیلی چیزها رو نمی‌تونم بخورم..این اواخر بیشتر گرسنه می‌مونم ولی قرص ویتامین خارجیشو می‌خورم چون میگم نکنه گرسنه می‌مونم برای هوش بچه‌ام ضرر داشته باشه"(خانم مولتی‌پار ۳۷ هفته تحت درمان با انسولین)

"نگرانم انسولین روش تاثیر نداره..دکتر گفت اثر نداره..ولی با خودم فکر می‌کنم میگم به این هم نیست که دارو اثری نداشته باشه. من سر این خیلی اضطراب دارم "(خانم مولتی‌پار ۳۰ هفته تحت درمان با انسولین)

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

[DOR: 20.1001.1.16834844.1397.20.6.7.0]

علاوه بر نگرانی از سلامتی جنین و نوزاد، مادران مبتلا در مورد سلامتی خود نیز ابراز نگرانی می‌کردند. یکی از نگرانی و دغدغه‌های مهم مادران مبتلا به دیابت بارداری، ترس از پایداری دیابت در آینده بود که اکثر مادران آن را مطرح می‌کردند. امید به این که این بیماری موقتی است و پس از زایمان برطرف می‌شود، به آن‌ها آرامش می‌داد و در مقابل ترس از پایداری دیابت در آینده از دغدغه‌های آن‌ها به شمار می‌رفت.

"می‌ترسم وقتی بچه رو درمیارن باز قندم بره بالا..قند بارداری نباشه.."(خانم مولتی‌پار ۳۵ هفته تحت درمان با انسولین)

"امروز اینجا (بیمارستان) می‌گفتن که شانسیه و ممکنه بعد از زایمان هم روت بمونه..خیلی نگرانم خوب، این بیماری راحتی نیست که آدم راحت از کنارش بگذره."(خانم نولی‌پار ۱۱ هفته تحت درمان با مت فورمین)

یکی دیگر از نگرانی‌های مادران مبتلا در مورد سلامت خود، ترس از افت قند خون به علت تزریق انسولین و یا افزایش قند خون و هم‌چنین نگرانی از تاخیر در ترمیم زخم بعد از زایمان بود.

"وقتی انسولین میزنم آب قند درست می‌کنم همش استرس اینو دارم که قندم نیفته و بی‌هوش نشم.. جوری هست که به همسرم زنگ می‌زنم می‌گم شب بیا خونه موقع انسولین منه من یه هو از حال می‌رم"(مولتی‌پار ۲۷ هفته تحت درمان با انسولین)

"ولی می‌دونی کی نگران می‌شم وقتی تست می‌گیرم می‌بینم یه دفعه‌ای بالا رفته اون موقع خیلی نگران می‌شم. مدام می‌گم من چکار کردم؟ یعنی چی شده؟ چرا رفته بالا؟..آزمایش که میدم تا جوابشو بگیرم هی ذهنم درگیره."(خانم مولتی‌پار ۳۸ هفته تحت درمان با انسولین)

ب)دغدغه‌های مرتبط با درمان و مراقبت:

براساس تجزیه و تحلیل داده‌ها، دغدغه‌های مراقبت و درمان شامل دغدغه‌های مرتبط با ارائه‌ی خدمات درمان و مراقبت و هزینه‌های درمان بود.

با توجه به اهمیت دیابت بارداری و حساس بودن این دوران و این که ارائه خدمات مراقبت و درمان برای مادران باردار مبتلا به دیابت بارداری ضروری می‌باشد، ارتقاء و بهبود خدمات می‌تواند در ارتقاء سطح سلامت و کیفیت زندگی آنان نقش مهمی را ایفا کند و در مقابل، نارضایتی از ارائه‌ی خدمات می‌تواند تاثیر منفی در سلامتی و کیفیت زندگی مادران باردار مبتلا داشته باشد. درمان مادران مبتلا به دیابت بارداری مستلزم همکاری متخصصین مختلف است. اکثر مشارکت‌کنندگان برای انتخاب پزشک سردرگم بودند و از مراجعه‌ی مکرر به پزشکان متخصص متعدد مانند متخصص زنان، داخلی، غدد و تغذیه خسته شده بودند و این موضوع زندگی اعضای خانواده را نیز تحت تاثیر قرار داده بود.

"رفت و آمدم به دکتر خیلی بیشتر شده..یعنی اینقدر می‌رم و میام که کلافه میشم و خودم هم خسته می‌شم..الان بیمارستان می‌بینم تنم می لرزه."(خانم نولی‌پار ۳۱ هفته تحت درمان رژیم غذایی)

"الان امتحان آقامونه..مثلا امروز امتحانشو خراب کرده..میگه اشکال نداره بچه سلامت باشه..ولی خودم عذاب وجدان می‌گیرم به خاطر من سه روزه صبح تا غروب میره بیمارستان."(خانم مولتی‌پار ۳۴ هفته تحت درمان با انسولین)

ترس و نگرانی از بستری شدن دغدغه‌ای بود که برخی از مادران باردار ابراز کردند.

"قندم تا چند باشه بستری می‌شم؟ چون این هم یه مسئله استرس‌آوری هست..نمی‌خوام بستری بشم..بیمارستان کلافه‌ام می‌کنه"(خانم نولی‌پار ۳۴ هفته تحت درمان با انسولین)

افزایش هزینه‌های درمان و مراقبت از جمله هزینه‌ی ویزیت متخصصین، هزینه داروی انسولین، هزینه دستگاه گلوکومتر و ورقه‌های دستگاه، هزینه آزمایش‌های قند خون و هزینه سونوگرافی و تست‌های سلامت جنین دغدغه‌ای بود که توسط برخی از مادران مبتلا به خصوص مادران بارداری که دارای وضعیت ضعیف یا متوسط اقتصادی بودند، مطرح شد.

"برخی از مادرها فقط یک بار میان پیش ما؛ یکی از دلایلش اینه که هزینه ویزیت متخصص‌های متفاوت براشون سخته..چون هم باید پیش ما بیان، هم غدد هم زنان..هزینه آزمایشات هم که جدا" (متخصص تغذیه با ۷ سال سابقه)

"دوباره دو هفته دیگه هم سونو و هم آزمایش و دوباره دکتر غدد..یعنی توی این ۲-۳ هفته فقط ۲۰۰ هزار تومن پول ویزیت و اینجور چیزا دادم. هنوز دستگاه و اینا هم نخریدم..هزینه‌ی اون هم هست"(خانم مولتی‌پار ۲۸ هفته تحت درمان با رژیم غذایی)

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

[DOR: 20.1001.1.16834844.1397.20.6.7.0]

بحث

در این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوی و با استفاده از مصاحبه عمیق فردی به تبیین تجربه ذهنی مادران مبتلا به دیابت بارداری پرداخته شد. افراد مشارکت‌کننده محدودیت‌ها و نگرانی‌های ناشی از دیابت بارداری از جمله محدودیت در فعالیت اجتماعی و تفریحی را مطرح کردند. یکی از علل این محدودیت‌ها، ناتوانی در رعایت رژیم غذایی در صورت انجام این فعالیت‌ها مطرح شد. در یک مطالعه فنومنولوژی مشارکت‌کنندگان برای خودمدیریتی دیابت بارداری از راهکارهایی مانند اجتناب از رفتن به مناسبت‌های اجتماعی که وسوسه‌انگیز است، استفاده می‌کردند. برخی از مادران مبتلا احساس می‌کردند که باید فعالیت اجتماعی خودشان را محدود کنند و زمانی که دوستانشان برای نهار بیرون می‌رفتند، آن‌ها اغلب به تنهایی غذا می‌خوردند.[۱۷] در مطالعه‌ی دیگری بیرون رفتن یا مهمانی رفتن به عنوان چالشی برای مادران مبتلا به دیابت بارداری باقی مانده بود که منجر به از دست رفتن برنامه‌ی زمانی غذا یا کنترل منظم قند خون می‌شد.[۱۸] علاوه بر این، مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر از تزریق انسولین در جمع دوستان یا در مکان‌های خارج از منزل خجالت می‌کشیدند و احساس خوبی نداشتند؛ این احساس در مادران مبتلا به دیابت بارداری قبلا توصیف نشده اما در افراد مبتلا به دیابت بررسی شده است. در یک مطالعه، افراد مبتلا به دیابت وظایف مربوط به مدیریت دیابت از جمله تزریق انسولین را برای جلوگیری از برچسب‌های اجتماعی در مکان‌های دیگر کم‌تر از خانه انجام می‌دادند.[۱۹]

محدودیت در ایفای نقش به‌عنوان مادر و همسر از دیگر محدودیت‌های مطرح شده در این مطالعه بود. در یک مطالعه‌ی کیفی برخی از مادران مبتلا به دیابت بارداری به این علت که نمی‌توانستند نقش‌های مادری خود را به خوبی انجام دهند و تشخیص این بیماری قسمت اعظم زندگی‌شان را مختل کرده بود، خود را بیمار توصیف می‌کردند.[۲۰] در مطالعه دیگری مادران مبتلا به دیابت بارداری، دیابت بارداری را به عنوان یک مسئولیت اضافی در نقش‌های چندگانه خود به عنوان مادر یا همسر یا فرد شاغل می‌دانستند. اغلب این افراد بیان می‌کردند که برای خرید مواد غذایی و آماده کردن آن، مراقبت فرزندان و مدیریت این مسئولیت‌ها علاوه بر مدیریت دیابت بارداری، نیاز به وقت اضافی دارند.[۲۱] محدودیت در نقش مادری یا همسری مطرح شده در این مطالعه در راستای نتایج مطالعه حاضر است. با این حال، مشارکت‌کنندگان تجربه‌ای را درمورد محدودیت در نقش فرد شاغل مطرح نکردند که این موضوع می‌تواند به‌علت بافت فرهنگی و ارزش‌های فرهنگی حاکم بر جامعه ایران باشد که در آن نقش زنان به‌عنوان مادر و همسر در مرکزیت و اهمیت نقش اجتماعی زن در مرتبه‌ی بعدی قرار دارد.

برخی از افراد مشارکت‌کننده در این مطالعه کاهش روابط جنسی را مطرح کرده بودند. قند خون بالا می‌تواند منجر به افزایش پرولاکتین سرم و هم‌چنین تغییر در انتقال‌دهنده‌های عصبی شود که با اختلال عملکرد جنسی ارتباط دارد. عامل دیگر اختلال عملکرد جنسی در زنان مبتلا ممکن است استرس و اضطراب ناشی از تشخیص دیابت بارداری باشد.[۲۲] مطالعات کمی در خصوص عملکرد جنسی زنان مبتلا به دیابت بارداری انجام شده است. در یک مطالعه تفاوت معناداری بین عملکرد جنسی زنان مبتلا به دیابت بارداری و زنان با حاملگی کم خطر در سه ماهه سوم دیده نشد؛[۲۳] اما در یک مطالعه‌ی مقطعی که با هدف ارزیابی عملکرد جنسی مادران مبتلا به دیابت بارداری انجام شد، مادران مبتلا به دیابت بارداری نسبت به مادران گروه کم‌خطر اختلال عملکرد جنسی بیشتری داشتند که این اختلاف از نظر آماری معنادار بود.[۲۲]

رعایت رژیم غذایی یکی از مهم‌ترین درمان‌ها برای مادران باردار مبتلا به دیابت بارداری می‌باشد. بسیاری از مشارکت‌کنندگان در این مطالعه این درمان را در دوران بارداری، سخت و همراه با مشکلات و محدودیت‌هایی می‌دانستند. در ایران مانند سایر کشورهای آسیایی زنان باردار تشویق می‌شوند که دوبرابر بخورند و خوب خوردن نشان‌دهنده‌ی شرایط اجتماعی ـ اقتصادی بالا می‌باشد؛[۲۴] بنابراین اعتقادات فرهنگی زنان ایرانی در مورد غذا با توصیه‌هایی که در زمان تشخیص دیابت بارداری دریافت می‌کنند متضاد است که این موضوع می‌تواند بر کیفیت زندگی آنان تاثیرگذار باشد. در مطالعه حاضر اغلب مشارکت‌کنندگان از این‌که فقط می‌توانند حجم کمی از غذاها را مصرف کنند یا نمی‌توانند میوه‌های مورد علاقه‌ی خود را مصرف کنند، ناامید و ناراحت بودند و از آنجا که رژیم غذایی اغلب ایرانیان کربوهیدرات است، برخی از مشارکت‌کنندگان مجبور بودند که برای سایر اعضای خانواده جداگانه غذا بپزند. این یافته ها هم‌راستا با یافته‌های برخی از مطالعات دیگر است.[۲۵،۲۶] یکی دیگر از محدودیت‌های

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16834844.1397.20.6.7.0]

درک شده‌ای که مشارکت‌کنندگان بیان کردند، مدیریت زمان بود. مصرف وعده‌های غذایی در یک زمان معین شده، تزریق مکرر و سرموقع انسولین، تکرار آزمایش‌های قند خون در آزمایشگاه یا با گلوکومتر نیاز به مدیریت زمان دارد. به‌طور مشابه در مطالعه‌ای، اغلب مشارکت‌کنندگان احساس می‌کردند که دیابت آن‌ها را کنترل می‌کند و مجبور به تغییر سبک زندگی به شکلی ناآشنا و گاهی ناخواسته هستند. این شیوه زندگی اجباری شامل کنترل منظم قند خون، تزریق انسولین و تنظیم دوز انسولین بود.[۲۷] اما در مطالعه کارولان، برخی از مشارکت‌کنندگان به دلیل کنترل راحت‌تر قند خون، از تزریق انسولین خوشحال بودند.[۱۷] در واقع در مطالعه کارولان مشارکت‌کنندگان نسبت به تزریق انسولین نگرش مثبت داشتند که این موضوع می‌تواند به علت تفاوت در ارائه خدمات و آموزش‌هایی باشد که به مادران مبتلا به دیابت بارداری در کشورهای دیگر داده می‌شود. بنابراین برای ارائه‌کنندگان خدمت مهم است که به مادران مبتلا و خانواده‌ی آن‌ها اطمینان دهند که تزریق انسولین نتیجه شکست آن‌ها نیست و این درمان به سلامت مادر و جنین کمک می‌کند و از طریق ایجاد آگاهی و نگرش مثبت، کیفیت زندگی مادران مبتلا را افزایش دهند.

در این مطالعه مهم‌ترین نگرانی مادران مبتلا، ابتدا سلامت جنین و سپس سلامتی خود بود. در مطالعات مختلف نگرانی در مورد سلامت نوزاد پیش از تولد و پس از آن مانند زایمان زودرس، محدودیت رشد و مرگ جنین و همچنین نگرانی از افزایش قند خون و ابتلا به دیابت در آینده برای مادر توسط مشارکت‌کنندگان مطرح شده بود.[۲۸-۳۰] در یک مطالعه کیفی، رژیم غذایی توصیه شده با ایجاد این تصور که این نوع رژیم غذایی مانع رشد جنین می‌شود و جنین مواد غذایی کافی را دریافت نمی کند، باعث نگرانی مشارکت کنندگان و همسران آن‌ها شده بود.[۱۱] اگر چه نتایج نشان داد که نگرانی در مورد پیامد بیماری در زنان مبتلا به GDM[i] رایج است، میزان آگاهی و اطلاعات در مورد دیابت بارداری و ارتباط موثر و رضایت‌بخش بین زنان بادار مبتلا به دیابت بارداری و ارائه‌کننده خدمت نیز می‌تواند بر کاهش نگرانی‌های مادران مبتلا تاثیرگذار باشد.[۳۱،۳۲] یافته‌های مطالعه حاضر نیز نشان داد که اطلاعات صحیح و مناسب در مورد بیماری برای جلوگیری از سوء تفاهم درباره پیامد GDM و حمایت بهتر برای به حداقل رساندن نگرانی مادران و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها ضروری است.

یکی از نگرانی‌های مطرح شده در مطالعه حاضر، نیاز به مراجعه مکرر به متخصصین مختلف بود. مادران ایرانی مبتلا به دیابت بارداری باید توسط متخصصین مختلف، از جمله متخصصین زنان، متخصصان غدد درون ریز و متخصصان تغذیه، ویزیت شوند. اکثر مشارکت‌کنندگان گزارش دادند که این نظارت گسترده باعث شده که زندگی خانوادگی آن‌ها تحت تاثیر قرار بگیرد. هم‌چنین ضرورت بستری شدن به دلیل مدیریت دیابت، نگرانی قابل توجهی برای مادران ایجاد کرده بود. درواقع استفاده بیشتر از خدمات تخصصی و بیمارستان‌ها می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را کاهش دهد.[۳۳] در یک مطالعه مداخله‌ای، مادران مبتلا به دیابت بارداری که مراجعه کمتری به پزشک داشتند و از تکنولوژی telemedicine استفاده می کردند نسبت به گروه شاهد کیفیت زندگی بالاتری داشتند.[۳۴] بنابراین برنامه کشوری ارائه شده، ممکن است بر زندگی زنان تاثیر منفی داشته باشد و ارائه یک برنامه خوب و عملکردی پذیرفته شده برای اکثریت این زنان مهم است.

افزایش هزینه‌های درمان از جمله نگرانی‌های مشارکت‌کنندگان در این مطالعه بود. در یک مطالعه کیفی که با هدف توصیف تجربه زنان با دیابت بارداری انجام شد، مشارکت‌کنندگان، محدودیت مالی و محدودیت دسترسی به حمل و نقل برای رفتن به پزشک را به عنوان مشکلاتی برای دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی تجربه کرده بودند.[۳۵] در مطالعه‌ای مادران مبتلا به دیابت بارداری بیان کردند که رعایت رژیم غذایی مانند دریافت پروتئین و میوه و سبزیجات برای آن‌ها گران و پرهزینه است.[۲۱]

این مطالعه از نوع کیفی بوده و یافته‌های آن می‌تواند درک عمیقی از نگرانی‌ها و محدودیت‌های مادران مبتلا به دیابت بارداری به وجود آورد که امکان دستیابی به آن در مطالعه‌های کمی وجود ندارد. در عین حال یکی از محدودیت‌های این پژوهش، عدم تمایل برخی از مادران مبتلا به دیابت بارداری جهت شرکت در مطالعه بود، بنابراین نمونه‌گیری از بین جمعیت داوطلب ممکن است سبب شود تا نتایج بدست آمده به طور کامل منعکس‌کننده تجربیات مادران مبتلا به دیابت بارداری نباشد. هم‌چنین در بین افراد مشارکت‌کننده، مادر بدون تحصیلات ابتدایی وجود نداشت که این موضوع ممکن است در نتایج مطالعه تاثیرگذار باشد. هرچند که

i -Gestational diabetes mellitus

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

[DOR: 20.1001.1.16834844.1397.20.6.7.0]

غیرقابل تعمیم بودن یافته‌های مطالعات کیفی از ویژگی‌های این گونه بررسی‌ها می‌باشد.

نتایج مطالعه کیفی حاضر نشان داد که مادران مبتلا به دیابت بارداری با دغدغه‌ها و محدودیت‌های تازه‌ای علاوه بر دغدغه‌ها و محدودیت‌های بارداری مواجه می‌شوند. لازم است اعضای تیم مراقبت دیابت از تاثیر تشخیص دیابت بارداری بر روی افراد آگاه باشند و به مادران مبتلا در مورد تصمیمات درمانی و تغییرات سبک زندگی آموزش دهند و با اطمینان‌دهی به آن‌ها از نگرانی و اضطراب ایشان کاسته و به تطابق آن‌ها با بیماری کمک کنند. هم‌چنین نتایج این پژوهش و تبیین تجربه مادران مبتلا به دیابت می‌تواند به عنوان اطلاعات پایه و بنیادین جهت پژوهش‌های آینده برای انجام اقدامات لازم جهت ارتقاء و بهبود سلامت مادران مبتلا به دیابت بارداری مورد استفاده قرار گیرد.

پیشنهاد می‌گردد مطالعات آینده به بررسی تاثیر مداخلات آموزشی جهت ارتقاء توانمندی مدیریت دیابت در مادران مبتلا به دیابت بارداری و کاهش نگرانی‌ها و محدودیت‌های ناشی از دیابت در آن‌ها بپردازد. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود مطالعه فنومنولوژی برای تبیین تجربیات مادران مبتلا به دیابت بارداری طراحی گردد.

سپاسگزاری: از تمامی مادران شرکت‌کنندگان در این مطالعه و هم-چنین ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی سپاسگزاریم که تجربیات خود را سخاوت‌مندانه به ما ارائه دادند. تضاد منافعی بین نویسندگان و منابع مالی وجود ندارد.

References

1. Cuningham F, Leveno K, Hauth J, Rose D. Williams Obstatrics United state of America: Mc Graw Hill; 2010. p 1240-1.
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. Int J Womens Health 2011; 3: 367-73.
3. Momeni Javid F, Simbar M, Dolatian M, Alavi Majd H. Comparison of lifestyles of women with gestational diabetes and healthy pregnant women. Glob J Health Sci 2014; 7: 162-9. [Farsi]
4. Sayehmiri F, Bakhtiari S, Darvishi P. Prevalence gestational diabetes mellitus in Iran: a systematic review and meta-analysis study. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2013; 15: 16-23.[Farsi]
5. Halperin IJ, Feig DS. The role of lifestyle interventions in the prevention of gestational diabetes. Curr Diab Rep 2014; 14: 452.
6. Daniells S, Grenyer BF, Davis WS, Coleman KJ, Burgess JA, Moses RG. Gestational diabetes mellitus: is a diagnosis associated with an increase in maternal anxiety and stress in the short and intermediate term? Diabetes Care 2003; 26: 385-9.
7. Rumbold AR, Crowther CA. Women's experiences of being screened for gestational diabetes mellitus. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2002; 42: 131-7.
8. Sjögren B, Robeus N, Hansson U. Gestational diabetes: a case-control study of women's experience of pregnancy, health and the child. J Psychosom Res 1994; 38: 815-22.
9. Persson M, Winkvist A, Mogren I. 'From stun to gradual balance'-women's experiences of living with gestational diabetes mellitus. Scand J Caring Sci 2010; 24: 454-62.
10. Razee H, van der Ploeg HP, Blignault I, Smith BJ, Bauman AE, McLean M, et al. Beliefs, barriers, social support, and environmental influences related to diabetes risk behaviours among women with a history of gestational diabetes. Health Promot J Austr 2010; 21: 130-7.
11. Bandyopadhyay M, Small R, Davey MA, Oats JJ, Forster DA, Aylward A. Lived experience of gestational diabetes mellitus among immigrant South Asian women in Australia. Aust N Z J Obstet Gynecol 2011; 51: 360-4.
12. Nouhjah S, Fayazi F, Afshinfar A. A Qualitative Study to Define Diabetic Women's Views about Health, Illness, Complications and Experienced Restrictions, Attending Ahvaz Diabetes. Clinic Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2014; 4: 235-4.
13. Khooshehchin TE, Keshavarz Z, Afrakhteh M, Shakibazadeh E, Faghihzadeh S. Beliefs, attitudes and coping behaviors of mothers with gestational diabetes: a qualitative study. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2016; 14: 791-801.[Farsi]
14. Khooshehchin TE, Keshavarz Z, Afrakhteh M, Shakibazadeh E, Faghihzadeh S. Explanation the experiences of mothers with gestational diabetes about the factors affecting self-care: A qualitative study. Journal of Clinical Nursing and Midwifery 2016; 5: 76-89. [Farsi]
15. Graneheim U, Lundman B. Quantitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. nurse educ today. Nurse Education Today 2004; 24: 105-12.
16. Lincoin Y, Guba E. naturalist inquiry. Beverly Hiss: Sage publication; 2001.
17. Carolan M. Women's experiences of gestational diabetes self-management: a qualitative study. Midwifery 2013; 29: 637-45.
18. Minooee S, Ramezani Tehrani F, Rahmati M, Mansournia MA, Azizi F. Diabetes incidence and influencing factors in women with and without gestational diabetes mellitus: A 15 year population-based follow-up cohort study. Diabetes Res Clin Pract 2017; 128: 24-31.[Farsi]
19. Tak-Ying Shiu A, Kwan JJ, Wong RY. Social stigma as a barrier to diabetes self-management: implications for multi-level interventions. J Clin Nurs 2003; 12: 149-50.
20. Whitty-Rogers J, Caine V, Cameron B. Aboriginal Women's Experiences With Gestational Diabetes Mellitus: A Participatory Study With Mi'kmaq Women in Canada. ANS Adv Nurs Sci 2016; 39: 181-98.
21. Kaptein S, Evans M, McTavish S, Banerjee AT, Feig DS, Lowe J, et al. The subjective impact of a diagnosis of gestational diabetes among ethnically diverse pregnant women: a qualitative study. Can J Diabetes 2015; 39: 117-22.
22. Souza Fde O, Dias LA, Franco Mde M, Guirro EC, Cavalli Rde C, Lara LA, et al. Assessment of female sexual

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

[DOR: 20.1001.1.16834844.1397.20.6.7.0]

function in pregnant women with gestational diabetes mellitus. J Sex Med 2013; 10: 1350-4.
23. Ribeiro MC, Nakamura MU, Scanavino Mde T, Torloni MR, Mattar R. Female sexual function and gestational diabetes. J Sex Med 2012; 9: 786-92.
24. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet 2008; 371: 243-60.
25. Draffin CR, Alderdice FA, McCance DR, Maresh M, Harper Md Consultant Physician R, McSorley O, et al. Exploring the needs, concerns and knowledge of women diagnosed with gestational diabetes: A qualitative study. Midwifery 2016; 40: 141-7.
26. Persson M, Winkvist A, Mogren I. 'From stun to gradual balance'-women's experiences of living with gestational diabetes mellitus. Scand J Caring Sci 2010; 24: 454-62.
27. Oster RT, Mayan MJ, Toth EL. Diabetes in pregnancy among First Nations women. Qual Health Res 2014; 24: 1469-80.
28. Nolan JA, McCrone S, Chertok IR. The maternal experience of having diabetes in pregnancy. J Am Acad Nurse Pract 2011; 23: 611-8.
29. Hirst JE, Tran TS, Do MA, Rowena F, Morris JM, Jeffery HE. Women with gestational diabetes in Vietnam: a qualitative study to determine attitudes and health behaviours. BMC Pregnancy Childbirth 2012; 12: 81.
30. Hui AL, Sevenhuysen G, Harvey D, Salamon E. Stress and anxiety in women with gestational diabetes during dietary management. Diabetes Educ 2014; 40: 668-77.
31. Crowther CA, Hiller JE, Moss JR, McPhee AJ, Jeffries WS, Robinson JS; Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women (ACHOIS) Trial Group. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. N Engl J Med 2005; 352: 2477-86.
32. Dalfrà MG, Nicolucci A, Bisson T, Bonsembiante B, Lapolla A; QLISG (Quality of Life Italian Study Group). Quality of life in pregnancy and post-partum: a study in diabetic patients. Qual Life Res 2012; 21: 291-8.
33. Kersnik J, Svab I, Vegnuti M. Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. Scand J Prim Health Care 2001; 19: 174-7.
34. Dalfrà MG, Nicolucci A, Lapolla A; TISG. The effect of telemedicine on outcome and quality of life in pregnant women with diabetes. J Telemed Telecare 2009; 15: 238-42.
35. Javid FM, Simbar M, Dolatian M, Majd HA, Mahmoodi Z. A Comparative Study on Dietary Style and Physical Activity of Women With and Without Gestational Diabetes. Acta Med Iran 2016; 54: 651-6.

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

[DOR: 20.1001.1.16834844.1397.20.6.7.0]

Original Article

Perceived Concerns and Constraints of Mothers with Gestational Diabetes: A Qualitative Study

Mokhlesi S[1], Simbar M[2], Ramezani Tehrani F[3], Kariman N[4], Alavi majd H[5]

[1]Student Research Committee, Midwifery and Reproductive Health Department, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, [2]Midwifery and Reproductive Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, [3]Reproductive Endocrinology Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences and Metabolism, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, [4]Midwifery and Reproductive Health Department, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, [5]Department of Biostatistics, Faculty of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti Medical University, Tehran, I.R. Iran

e-mail: msimbar@yahoo.com

Received: 13/10/2018 **Accepted**: 03/02/2019

Abstract

Introduction: Gestational diabetes, in addition to increased risk for mother and fetus, can affect all aspects of the mother's life. Therefore, the purpose of this study is to describe the experiences of mothers with gestational diabetes mellitus. Materials and Methods: This was qualitative study. Semi-structured open-ended interviews were conducted with 25 women with gestational diabetes mellitus and by 8 healthcare providers. All interviews were recorded and transcribed. The content analysis approach was used to analyze data. Results: Participants understood their limitations in social and recreational activities as well as their roles as a mother or a spouse. In addition, treatment of the disease caused limitations in their daily lives. Based on the data analysis, the concerns of pregnant women with gestational diabetes involved concerns of mothers with their health, fetal and neonatal health, as well as concerns about treatment and care. Conclusion: Midwives and other health care providers should be aware of the impact of the diagnosis of gestational diabetes on the lives of mothers and provide them with appropriate personal and cultural advice recommendations, especially on treatment, in addition to useful and useful information to reduce their concerns.

Keywords: Qualitative research, Gestational diabetes, Iran

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

[DOR: 20.1001.1.16834844.1397.20.6.7.0]