Journal of Diabetes Nursing
2020; Volume 9 Number 1

pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

Relationship Between Gestational Diabetes and Postpartum Stress

Eram Fatemeh[1], **Koochakzai Maryam *[1]**, Nehbandani Sanaz [1]

1. Zabol university of Medical sciences ,Zabol, Iran

Article information:

Original Article

Received: **2020/12/8**

Accepted: **2021/01/19**

JDN 2021; 9(1)

1308-1317

Corresponding Author:
Maryam Koochakzaei
Zabol University of Medical Sciences
m61.parsa@gmail.c

Abstract

Introduction: The first month after delivery is the most critical time for mothers, and it is associated with increased postpartum stress related to non-acceptance of motherhood, negative physical changes, and lack of social support. Medical problems, such as gestational diabetes may lead to postpartum stress. The present study aimed to determine the relationship between gestational diabetes and postpartum stress in patients referred to Zabol health centers

Materials and Methods: This descriptive-analytical study was performed on 50 pregnant women with a definite diagnosis of diabetes and 50 healthy pregnant women referred to health centers in Zabol in 2019-2020. The needed data were collected using the demographic questionnaire and Hyung Postpartum Stress Questionnaire which include three areas of maternal duties and responsibilities, social and interpersonal problems, and negative physical changes. Postpartum stress was compared in the two groups. Data analysis was performed in SPSS software (version 21) using the t-test. A p-value less than 0.05 was considered statistically significant

Results: The two groups were similar in terms of statistical and midwifery variables. The mean scores of postpartum stress related to achieving a maternal role in gestational diabetes and control groups were obtained at 110.64±15.46 and 57.76±11.11, respectively. Moreover, mean scores of postpartum stress associated with negative physical changes in gestational diabetes and control groups were reported as 47.05±6/50 and 26.32±6.70, respectively. The mean scores of postpartum stress related to lack of social support in women in gestational diabetes and control groups were 57.79±8/17and 32.28±4.67, respectively. Independent t-test showed that the two groups of gestational diabetes and control were significantly different in the mean scores of postpartum stress related to motherhood, negative physical changes, and lack of social support (P=0.0001).

Conclusion: Gestational diabetes can be a potential risk factor for postpartum stress and tensions, and women in the gestational diabetes group experience more perceived stress. Therefore, in diabetic pregnant women, apart from controlling blood sugar, more attention should be paid to their mental and emotional state and the presence of symptoms of stress and tension in postpartum patients in order to prevent the subsequent complications.

Keywords: *Qualitative study, Type II diabetes, Community health center.*

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Journal homepage: http://jdn.zbmu.ac.ir
	How to site this article: Eram F, Koochakzai M, Nehbandani S. The Relationship between Gestational Diabetes and postpartum stress. J Diabetes Nurs. 2021; 9 (1) :1308-1317

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1399.9.1.1.9]

فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زابل
سال ۹، شماره ۱، زمستان ۹۹
صفحات: ۱۳۱۷-۱۳۰۸

pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

بررسی رابطه دیابت بارداری با تنیدگی های پس از زایمان

فاطمه ارم[۱]، مریم کوچک زایی[۱]، ساناز نهبندانی[۱]

۱. دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.

نویسنده مسئول: مریم کوچک زایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل **m61.parsa@gmail.com**

چکیده

مقدمه و هدف: ماه اول پس از زایمان بحرانی ترین زمان برای مادران بوده و با افزایش تنیدگی های پس از زایمان مربوط به عدم پذیرش نقش مادری و تغییرات بدنی منفی و فقدان حمایت اجتماعی همراه است. مشکلات طبی از جمله دیابت بارداری ممکن است منجر به تنیدگی های پس از زایمان شود . مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط دیابت بارداری با تنیدگی های پس از زایمان در مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی زابل انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی _ تحلیلی در سال ۹۹-۱۳۹۸ بر روی ۵۰ زن باردار با تشخیص قطعی دیابت و ۵۰ زن باردار سالم مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان زابل انجام شد. پرسشنامه های داده ها شامل پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه تنیدگی های پس از زایمان هیونگ که شامل سه حیطه تکالیف و مسئولیت های مادری ، مشکلات اجتماعی و بین فردی و تغییرات بدنی منفی بود. استرس پس از زایمان در دو گروه با هم مقایسه شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزارآماری spss (نسخه ۲۱) و آزمون آماری تی تست انجام شد . میزان p کمتر ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: متغیرهای آمار نگاری و مامایی بین دو گروه مشابه بود. میانگین نمره استرس های پس از زایمان مرتبط با دستیابی به نقش مادری در گروه دیابت بارداری وکنترل به ترتیب ۱۵/۴۶ ± ۱۱۰/۶۴و۱۱/۱۱± ۵۷/۷۶ ، میانگین نمره استرس های پس از زایمان مرتبط با تغییرات بدنی منفی در گروه دیابت بارداری و کنترل به ترتیب ۶/۵۰ ±۴۷ /۰۵ و۶/۷۰ ± ۲۶/۳۲ میانگین نمره استرس های پس از زایمان مرتبط با فقدان حمایت های اجتماعی در زنان گروه دیابت بارداری و کنترل به ترتیب ۸/۱۷ ± ۵۷/۷۹ و ۳۲/۲۸±۴/۶۷ بود. آزمون آماری تی مستقل نشان داد که میانگین نمره استرس های پس از زایمان مرتبط با دستیابی به نقش مادری ،تغییرات بدنی منفی و فقدان حمایت های اجتماعی در دو گروه دیابت بارداری و کنترل تفاوت معناداری داشتند (p(=۰/۰۰۰۱.

نتیجه گیری: دیابت بارداری می تواند یک عامل خطر احتمالی در بروز استرس و تنیدگی های پس از زایمان باشد وزنان در گروه دیابت بارداری، استرس درک شده، بیشتری را تجربه میکنند. لذا در زنان باردار دیابتی علاوه بر کنترل قند خون باید به وضعیت روحی و روانی و عاطفی آنان و وجود علائم استرس و تنیدگی پس از زایمان در این بیماران توجه بیشتری شود تا از عوارض آن پیشگیری گردد.

کلید واژه ها: تنیدگی، دوران پس از زایمان، دیابت بارداری

How to site this article: Eram F, Koochakzai M, Nehbandani S. The Relationship between Gestational Diabetes and postpartum stress. J Diabetes Nurs. 2021; 9 (1) :1308-1317

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1399.9.1.1.9]

مقدمه و هدف

تنیدگی یا استرس در روانشناسی به معنی فشار و نیرو است و هر محرکی که در انسان ایجاد تنش کند ، استرس زا یا عامل تنیدگی نامیده می شود . تنش ایجاد شده در بدن و واکنش بدن را تنیدگی می گوییم (۱) . شش هفته نخست بعد از زایمان (دوره نفاس) تعریف می گردد که یک دوره ناپایدار است طی این مرحله از سازگاری ، مادر و دیگر اعضای خانواده اختلال در تعادل روانی ـ اجتماعی را تجربه می کنند که باعث تنیدگی بعد از زایمان می شود (۲). استرس و تنیدگی های پس از زایمان احتمال صدمه به مادر و نوزاد را افزایش داده و عوامل استرس زا شامل دو دسته عوامل فیزیکی مانند درد پرینه، کمردرد، بی اختیاری ادرار، بواسیر ،یبوست، خستگی بدن، مشکلات خواب و مشکلات پستان می باشد (۳)، و عوامل استرس زا روانی مانند فشار روانی برای به دست آوردن وزن قبل از بارداری ، تغییرات جنسی، نگرانی در مورد نقش مادری ، تغذیه نوزاد ، رفتارهای غیرقابل پیش بینی نوزاد ، ارتباط زناشویی ضعیف و فقدان حمایت اجتماعی ، سابقه غم پس از زایمان ، وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین و بارداری ناخواسته می باشد (۴). تشخیص این عارضه به دلیل تغییرات معمول در دوره پس از زایمان از جمله تغییر در اشتها و الگوی خواب و خستگی بیش از حد چالش بر انگیز است (۵). در مطالعاتی که در انگلیس و سوئد انجام شده شیوع استرس در بارداری را به ترتیب ۳۷-۳۳ درصد و ۷-۵ درصد گزارش کرده اند.

نتایج مطالعه سالاری و همکاران نشان داد که ۱۶/۷ درصد مادران استرس شدید و ۱۳/۶ درصد مادران استرس خفیف را تجربه کردند. (۶). در برخی مطالعات نشان داده شده که اختلالات طبی مانند دیابت در دوران بارداری باعث استرس در زنان باردار می شود. دیابت بارداری شایع ترین عارضه متابولیک دوران بارداری است که یک اختلال عدم تحمل کربوهیدرات است، برای اولین بار در دوران بارداری شروع و تشخیص داده شده است (۷). و چنانچه دیابت بارداری تحت درمان قرار نگیرد احتمال بروز آنومالی جنین ، ماکروزومی ، دیستوشی شانه ، هیپوگلیسمی نوزاد و هیپر بیلی روبینمی در نوزاد افزایش می دهد (۸). دیابت باعث کاهش حافظه و یادگیری می گردد. این کاهش یادگیری در فرزندان مادران دیابتی نیز گزارش شده است (۹). در پژوهشی بر روی موش ها نشان داده شد ، سطح قند خون پس از القا استرس نسبت به حالت عادی افزایش می یابد (۱۰).

عدم پذیرش بیماری ، حساس شدن به نوسانات قند خون ، تزریق انسولین ، محدودیت در رژیم غذایی و نیاز برای مراقبت دقیق و پیوسته از خود و احتمال بروز عوارض جسمی جدی مانند مشکلات کلیوی ، چشمی ، قلبی باعث بروز مشکلات روان شناختی چون استرس و اضطراب در افراد میگردد (۱۱) از طرفی دیگر ترشح هورمون استرس (گلوکاگون، کاته کولامین ، کورتیزول) که به نوعی درافزایش میزان گلوکز موثرند را افزایش می دهد (۱۲). به گونه ای که فشار روانی نقش دوگانه علت و معلول در رابطه با بیماری دیابت ایفا نموده ، بدین ترتیب که از یک طرف موجب افزایش گلوکز ودر نتیجه افزایش هموگلوبین (A1c) شده که پیامد آن نیاز به دفعات بیشتر استفاده از دارو یا انسولین دارد (۱۳). شیوع دیابت بارداری بین ۱ تا ۱۴ درصد در کشورهای مختلف گزارش شده است (۱۴) در شهر تهران حدود ۴،۷ درصد گزارش شده است و میزان عود دیابت بارداری در طی بارداری های بعد حدود ۳۰ تا ۶۹ درصد می باشد (۱۵). مطالعات فراوانی که درمورد تاثیر گذار بودن آموزش مدیریت استرس و مداخلات روان درمانی موثر بر بیماران دیابتی انجام شده است ، نقش استرس و اضطراب را جزء عوامل تهدید کننده یا تشدید کننده بیماری دیابت معرفی کرده (۱۶). در حالیکه نتایج باند و ویدیلا و همکارانش نشان دادند که بین سطوح

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.23455020.1399.9.1.1.9]

استرس و اضطراب متغیرهای مربوط به دیابت بارداری رابطه ای وجود ندارد (۱۷). بنابراین با توجه به عدم اطمینان از ارتباط دیابت بارداری با استرس بعد از زایمان و نتایج ضد و نقیض آن و همچنین به دلیل شیوع بالای دیابت و اهمیت مشکلات روانشناختی مانند استرس و اضطراب همراه با آن، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین دیابت بارداری با تنیدگی های پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی زابل انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه توصیفی – تحلیلی در سال ۹۹-۱۳۹۸ بر روی ۱۰۰ زن باردار، شامل ۵۰ زن باردار با تشخیص قطعی دیابت و ۵۰ زن باردار سالم مراجعه کننده به مراکز بهداشتی – درمانی شهرستان زابل که برای انجام مراقبت های دوران بارداری مراجعه کرده بودند انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سواد خواندن ، نوشتن، ایرانی، ساکن شهر زابل ، محدوده سنی ۴۱-۲۱ سال ، بارداری تک قلو، ترم ، نداشتن سابقه نازایی و مرده زایی و نداشتن حادثه ناگوار طی یک سال گذشته (فوت اقوام درجه یک، تصادف ، سرقت از منزل)، نداشتن سابقه افسردگی در دوران زندگی و بارداری های قبلی، نداشتن عارضه مامایی شامل پره اکلامپسی، اختلالات تیروئید و آنمی و زندگی با همسر بود. و معیارهای خروج از مطالعه شامل : عدم تمایل به ادامه همکاری، فوت بستگان در فاصله زمانی مطالعه، فوت نوزاد به هنگام تولد و بستری شدن نوزاد به دلیل بیماری بود.

گرد آوری داده ها بر پایه مصاحبه انجام شد. داده ها با استفاده از پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه تنیدگی پس از زایمان هیونگ بوده است (۳). پرسشنامه جمعیت شناختی ، یک پرسشنامه محقق ساخته و شامل سوالات (سن مادر، جنسیت نوزاد، میزان تحصیلات ، وضعیت اشتغال ، خواسته بودن بارداری ، تحت پوشش بیمه ، تعداد بارداری ، تعداد زایمان ، سابقه مرده زایی ، سقط، محل سکونت ، سابقه دیابت بارداری و روش کنترل قند خون و سابقه دیابت اعضای درجه ۱ خانواده و سابقه وزن نوزاد بالای ۴ کیلوگرم) بوده است. پرسشنامه تنیدگی پس از زایمان هیونگ شامل عوامل سه گانه تکالیف مادری و مسئولیت های مادری ، مشکلات اجتماعی و بین فردی و تغییرات بدنی منفی می باشد که ۶۵ گویه دارد و بر روی پیوستار پنج درجه ای از به هیچ وجه (۱) تا همیشه (۵) پاسخ داده شده است که با توجه به عنوان مطالعه از سه بخش سوالات مربوط به تکالیف مادری (۳۲سوال) و تغییرات بدنی (۱۳سوال) و حمایت اجتماعی (۱۷سوال) استفاده شد. دامنه نمرات از۴۵ تا ۲۲۲ متفاوت بود که نمره بالاتر نشان گر تنیدگی بیشتر بوده است. روایی نسخه انگلیسی پرسشنامه به وسیله ۱۷ کارشناس بهداشت باروری، مامایی و روانشناسی بالینی بررسی نمره و هماهنگی بین آنها با شاخص روایی محتوای ۹۲/۰۸ درصد بدست آمده است و روایی همگرا از طریق همبستگی با" سیاهه افسردگی بک" و روایی واگرا از طریق همبستگی با "پرسشنامه سلامت عمومی" و همچنین به شیوه تحلیل عاملی مورد تایید قرار گرفته است. آلفای کرونباخ خرده مقیاس های تکالیف مادری ، تغییرات منفی بدنی و مشکلات اجتماعی و بین فردی به ترتیب ۰/۹۲ ، ۰/۹۴ ، ۰/۸۶ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۰به دست آمد . در ایران نیز روایی نسخه فارسی پرسشنامه توسط رجبی و همکاران به روش تحلیل عاملی و روایی همگرا با سیاهه افسردگی بک و روایی واگرا با مقیاس عزت نفس روزنبرگ مورد تایید قرارگرفته است . پایایی پرسشنامه در مطالعه رجبی و همکاران از طریق آلفای کرونباخ به ترتیب برای تکالیف مادری و تغییرات بدنی و فقدان حمایت اجتماعی از طریق آلفای کرونباخ بترتیب ۰/۸۹و۰/۹۵و ۰/۹۵ برای خرده مقیاس ها و ۰/۹۷ برای کل پرسشنامه بدست آمد (۲). پایایی کل پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر نیز مورد بررسی قرار گرفت که برای کل پرسشنامه عدد ۰/۸۹به دست آمد.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1399.9.1.1.9]

نمونه گیری به صورت خوشه ای چند مرحله ای تصادفی انجام شد بدین ترتیب که در مرحله ی اول هر کدام از شبکه های بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل به عنوان یک خوشه در نظر گرفته شده سپس لیستی از مراکز بهداشت موجود در هر خوشه تهیه شده و بر اساس آن تعداد مراکز موجود در هر خوشه به صورت سهمیه ای در مجموع ۲۰ مرکز به صورت تصادفی انتخاب شد.

پس از کسب رضایت شخصی از واحد های پژوهش ، زنان باردار واجد شرایط ورود به مطالعه جهت غربالگری همگانی دیابت بارداری در هفته ۲۸-۲۴ بارداری به آزمایشگاه مرکزی شهرستان زابل ارجاع داده و در صورت غیر طبیعی بودن حداقل یکی از نتایج آزمون تحمل گلوکز خوراکی دو ساعته با ۷۵ گرم گلوکز(OGTT) بر اساس دستورالعمل غربالگری و تشخیص دیابت بارداری ایران (قند خون ناشتا بیشتر یا مساوی ۹۲ میلی گرم بر دسی لیتر، قندخون ۱ساعت پس از مصرف گلوکز بیشتر یا مساوی ۱۸۲میلی گرم بر دسی لیتر، قند خون ۲ ساعت پس از مصرف گلوکز بیشتر یا مساوی ۱۵۳ میلی گرم بر دسی لیتر) تشخیص دیابت بارداری قطعی می شد. پس از آن زنان باردار به دو گروه مبتلا به دیابت بارداری و غیر مبتلا تقسیم شدند. نمونه ها در دو گروه به لحاظ سن و تعداد بارداری همسان شدند. ۴ تا ۶ هفته پس از زایمان پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه تنیدگی پس از زایمان هیونگ توسط شرکت کنندگان در دو گروه تکمیل شد. افراد مبتلا به دیابت بارداری در طی مطالعه بسته به میزان قند خون تحت درمان با رژیم غذایی یا انسولین قرار داشتند و به منظور رعایت مسائل اخلاقی افراد مبتلا به تنیدگی پس از زایمان در این پژوهش جهت ارزیابی به مشاور ارجاع داده شدند.

تجزیه وتحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه۲۱ انجام شد. جهت مقایسه متغیرهای کیفی از آزمون کای دو و جهت مقایسه متغیرهای کمی از آزمون تی تست استفاده شد سطح معنی داری برای آزمونها P کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

براساس نتایج مطالعه میانگین سن در گروه مبتلا به دیابت بارداری ۴/۵۶±۲۲/۸۲ سال و در گروه کنترل ۲۰/ ۵±۲۱/۰۲ سال بود. همچنین بررسی سواد مشارکت کنندگان در پژوهش نشان داد که ۳۷ نفر (۷۴درصد) از زنان گروه دیابت بارداری و کنترل در سطح تحصیلی دیپلم و پایین تر قرار داشتند که تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه وجود نداشت و ۴۲ نفر (۸۴درصد) از افراد گروه مبتلا و ۴۳ نفر (۸۶درصد) از افراد گروه غیر مبتلا بین جنسیت نوزاد متولد شده و جنسیت مطلوب و مورد انتظار مادر تطابق وجود داشت و ۱۴ نفر (۲۸درصد) از افراد گروه مبتلا و۸ نفر (۱۶درصد) از افراد گروه غیر مبتلا سابقه سقط داشتند . دو گروه از نظر وضعیت بیمه ، وضعیت شغلی ، جنسیت نوزاد و نوع حاملگی از دیدگاه واحد های پژوهش و همسران تفاوت آماری معنی داری نداشتند (جدول شماره ۱).

بر اساس نتایج آزمون آماری تی مستقل میانگین نمره استرس های پس از زایمان مرتبط با دستیابی به نقش مادری زنان گروه دیابت بارداری ۱۵/۴۶± ۱۱۰/۶۴ و در گروه کنترل۱۱/۱۱ ± ۵۷/۷۶ و میانگین نمره استرس های پس از زایمان مرتبط با تغییرات بدنی منفی زنان گروه دیابت بارداری ۶/۵۰ ± ۴۷/۰۵ در گروه کنترل ۶/۷۰± ۲۶/۳۲ و میانگین نمره استرس های پس از زایمان مرتبط با فقدان حمایت های اجتماعی در زنان گروه دیابت بارداری ۸/۱۷± ۵۷/۷۹ و در گروه کنترل ۴/۶۷± ۳۲/۲۸ مشخص گردید که از لحاظ نمره استرس های پس از زایمان در سه خرده مقیاس دستیابی به نقش مادری، تغییرات بدنی منفی و فقدان حمایت اجتماعی تفاوت

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1399.9.1.1.9]

آمـاری معنی داری بین دو گروه وجود داشـــت (۰/۰۰۰۱
.p=(

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی ویژگی های جمعیت شناختی و مامایی

ویژگی	گروه مبتلا به دیابت بارداری	گروه غیر مبتلا به دیابت بارداری	p
وضعیت بیمه دارد ندارد	 (۹۲) ۴۶ (۸) ۴	 (۹۰) ۴۵ (۱۰) ۵	۰/۹
وضعیت شغلی خانه دار شاغل	 (۸۶) ۴۳ (۱۴) ۷	 (۸۸) ۴۴ (۱۲) ۶	۰/۲
جنسیت نوزاد دختر پسر	 (۴۸) ۲۴ (۵۲)۲۶	 (۵۴)۲۷ (۴۶)۲۳	۰/۵
نوع حاملگی خواسته ناخواسته	 (۹۴)۴۷ (۶) ۳	 (۸۸) ۴۴ (۱۲) ۶	۰/۲

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین نمره استرس های پس از زایمان مرتبط با دستیابی به نقش مادری و تغییرات بدنی منفی و فقدان حمایت های اجتماعی در دو گروه دیابت بارداری و کنترل

متغیر	**گروه مبتلا به دیابت بارداری**	**گروه غیرمبتلا به دیابت بارداری**	p-value
	انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین	
نقش مادری	۱۱۰/۶۴ ±۱۵/۴۶	۵۷/۷۶ ± ۱۱/۱۱	۰/۰۰۰۱
تغییرات بدنی منفی	۴۷/۰۵ ±۶/۵۰	۲۶/۳۲ ±۶/۷۰	۰/۰۰۰۱
فقدان حمایت اجتماعی	۵۷/۷۹ ±۸/۱۷	۳۲/۲۸ ±۴/۶۷	۰/۰۰۰۱

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1399.9.1.1.9]

بحث و نتیجه گیری

با بررسی نتایج این مطالعه به نظر میرسد دیابت بارداری با استرس های پس از زایمان در ارتباط باشد به طوری که نمره تنیدگی های پس از زایمان در گروه دیابت بارداری به طور معناداری بیشتر از افراد گروه سالم بود. نتایج مطالعه نهبندانی و همکاران که به بررسی رابطه دیابت بارداری با افسردگی پس از زایمان پرداختند با نتایج مطالعه حاضر هم راستا می باشد و هر دو بیان می کنند که دیابت بارداری می تواند یک عامل خطر احتمالی در بروز افسردگی پس از زایمان باشد زیرا استرس در صورت عدم درمان منجر به افسردگی می شود (۱۸). نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه نویدیان و همکاران همخوانی دارد و بیان می کند حمایت های اجتماعی ، جنسیت نوزاد ، طول مدت ازدواج و قومیت در پیش بینی تنیدگی پس از زایمان نقش مهمی داشته لذا افزایش حمایت های اجتماعی در برنامه های مراقبتی پس از زایمان پیشنهاد می شود (۱۹). نتایج مطالعه حاجی فرجی و همکارش تحت عنوان دیابت بارداری و چالش های مرتبط با ریز مغذی ها از دیدگاه علم تغذیه با نتایج مطالعه حاضر از نظر یکی از مقیاس های تنیدگی تحت عنوان تغییرات بدنی منفی هم راستا بوده و هر دو بیان میکنند که مشکل چاقی چالش بزرگ در مشاوره بیماران و اقدامات مداخله ای در دوران بارداری و پس از آن می باشد (۲۰). مطالعه حاضر با نتایج مطالعه امامقلی خوشه چین و همکاران از نظر یکی از مقیاس های تنیدگی تحت عنوان حمایت اجتماعی هم راستا بود نتایج هر دو مطالعه مطرح کننده آن است که مادران جهت انجام اقدامات خود مراقبتی، نیاز به کسب اطلاعات بیشتر از طریق مراقبین سلامت و دریافت حمایت بیشتر از جانب اطرافیان دارند (۲۱). در مطالعه ای که توسط فراری و همکاران از سال ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۶ تحت عنوان علائم افسردگی ، اختلال در متابولیسم گلوکز و چربی احشایی بر روی ۲۰۲ زن مبتلا به دیابت بارداری انجام شده است، مشخص گردید افراد با تحمل گلوکز پاتولوژیک بالا علائم افسردگی خفیف تا متوسط (۵۹٪) بیشتر از افراد فاقد دیابت بارداری بوده است و همچنین نسبت خواب (PSQI) به استرس (PSS) در این مطالعه دارای تفاوت آماری قابل توجهی بوده است و با نتایج مطالعه حاضر با توجه به اینکه یکی از مهم ترین بیماری های روانی که با استرس ارتباط دارد افسردگی است، هم خوانی دارد (۲۲) . در مطالعه ای مروری که توسط گیلبرت و همکاران از سال ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۸ انجام شده است با نتایج مطالعه حاضراز نظر دو مقیاس حمایت اجتماعی و تغییرات بدنی هم خوانی دارد زیرا هر دو مطرح می کنند که بهزیستی روانی – اجتماعی (حمایت اجتماعی و خودکارآمدی) با فعالیت فیزیکی و انتخاب رژیم غذایی در زنان مبتلا به دیابت بارداری ارتباط مثبت دارد (۲۳) . در مطالعه ای مروری که توسط رازئی و همکاران سال (۲۰۱۳) انجام شده است با نتایج مطالعه حاضر از نظر مقیاس حمایت اجتماعی و پذیرش نقش مادری مطابقت دارد و هر دو بیان می کنند نگرانی های مادر مربوط به نقش مادری و عدم حمایت اجتماعی از سوی همسر و اطرافیان در زنان مبتلا به دیابت، باعث پریشانی ذهنی و افزایش استرس در مادر می شود (۲۴)

از سوی دیگر سیلوریا وهمکاران سال (۲۰۱۳) در مطالعه خود دریافتند بین استرس درک شده و دیابت بارداری ارتباط معنی داری وجود ندارد. مومنی جاوید و همکاران در مطالعه خود گزارش کردند که زنان در گروه مبتلا به دیابت بارداری ، خود مراقبتی ، حمایت اجتماعی درک شده و استرس کمتری را تجربه می کنند که با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی ندارد . به نظر می رسد علت عدم همخوانی در مطالعه ذکر شده با نتایج مطالعه حاضر تفاوت در زمان انجام بررسی بوده به طوری که استرس های مربوط به دوران پس از زایمان متفاوت با دوران بارداری بوده است (۶). این مطالعه نقش مهم نتایج این مطالعه در بهبود پیامد های آتی مادر و فرزند **و** توجه بیشتر کارکنان و سیاستگذاران

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.23455020.1399.9.1.1.9]

بهداشتی به استراتژیهای مقابله با استرس های پس از زایمان در زنان دیابتی است. از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به این نکته اشاره کرد که میزان استرس از روزی به روزی دیگر فرق دارد و اندازه گیری آن در روزهای متفاوت در دوره پس از زایمان ممکن است کمی همراه با سوگیری (Bias) باشد. با توجه به شیوع بالا تنیدگی های پس از زایمان به عنوان معضل خانوادگی در زنان باردار دیابتیک پیشنهاد می شود دیابت به عنوان یک عامل خطر جدید برای تنیدگی ها و استرس پس از زایمان در نظر گرفته شود. و با تدابیر پیشگیرانه و درمان به موقع از عوارض آن کاست و عملکرد خانوادگی و کیفیت زندگی بیمار را بهبود بخشید.

نتیجه گیری

دیابت بارداری یک عامل خطر احتمالی جهت ابتلاء به استرس پس از زایمان است. به نظر می رسد زنان باردار دیابتی علاوه بر کنترل وضعیت قند خون خود باید به وضعیت روحی و روانی و عاطفی خود توجه کنند، لذا متخصصین زنان، ماماها و تمام دست اندرکاران مراقبتهای بهداشتی که ارزیابی پس از زایمان را برعهده دارند، باید آموزشهای لازم را برای تشخیص زودرس علائم استرس پس از زایمان دیده و این اطلاعات را به زنان مبتلا به دیابت بارداری به عنوان افراد در معرض خطر انتقال دهند تا با شناسایی زودهنگام و انجام اقدامات پیشگیرانه از عوارض نامطلوب این بیماری کاسته شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش دارای کد اخلاق با شماره IR.ZBMU.REC.1398.055 از دانشگاه علوم پزشکی زابل است و نکات اخلاقی از جمله رازداری، محرمانه‌ماندن اطلاعات شخصی و غیره رعایت شد.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که در این مقاله هیچ‌گونه تضادمنافعی وجود ندارد.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1399.9.1.1.9]

References

1. Akbari E, Mashhadi A, Azimi Z, Nazhad RA, Pichakolaei AA. Comparing cognitive emotion regulation, stress, depression, anxiety, and stress related to life events in people with and without periodontal disease. Journal of Dental Medicine. 2018; 30(4): 230-42.

2. Rajabi G, Naderi Z. Psychometric properties for the Persian version of the postpartum stress scale. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2013; 19(1): 65-72.

3. Hung CH, Lin CJ, Stocker J, Yu CY. Predictors of postpartum stress. Journal of Clinical Nursing. 2011; 20(5-6): 666-74.

4. Beck CT, Gable RK, Sakala C, Declercq ER. Posttraumatic stress disorder in new mothers: Results from a two-stage US national survey. Birth. 2011; 38(3): 216-27.

5. Ahmed AE, Albalawi AN, Alshehri AA, AlBlaihed RM, Alsalamah MA. Stress and its predictors in pregnant women: a study in Saudi Arabia. Psychology Research and Behavior Management. 2017; 10: 97.

6. Shishehgar S, Dolatian M, Majd HA. A survey of relationship between social support with quality of life as well as stress among pregnant women referred to Shahryar hospital affiliated to social security organization in 1391. Advances in Nursing & Midwifery. 2014; 23(81): 27-32.

7. Dolatian M, Alavi Majd H. Comparison of pregnancy self-care, perceived social support and perceived stress of women with gestational diabetes and healthy pregnant women. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2014; 16(3): 156-64.

8. Galan HL, Battaglia FC, Reece EA, Coustan DR, Gabbe SG. The biology of abnormal fetal growth and development. Diabetes in women. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.

9. Hojjati V, Asadi E, Golalipour MJ. Effect of gestational diabetes on astrocyte density in CA1 and CA3 subfields of hippocampus in Rat offspring. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2012; 14(1): 19-25.

10. Prelog PR, Šimic MV, Sršen TP, Makovec MR. Contextual-relationship and stress-related factors of postpartum depression symptoms in nulliparas: a prospective study from Ljubljana, Slovenia. Reproductive Health. 2019; 16(1): 1-9.

11. Khodabakhshi Koolaee A, Falsafinejad M, Navidian A. Evaluation of effectiveness of resilience training on psychological well-being of patients with type II diabetes. Journal of Diabetes Nursing. 2016; 4(3): 30-40.

12. Baigan K, Khoshkonesh A, Habibi Askarabad M, Fallahzade H. Effectiveness of dialectical behavioral group therapy in alexithymia, stress, and diabetes symptoms among type 2 diabetes patients. Journal of Diabetes Nursing. 2016; 4(3): 8-18.

13. Steinhardt MA, Mamerow MM, Brown SA, Jolly CA. A resilience intervention in African American adults with type 2 diabetes. The Diabetes Educator. 2009; 35(2): 274-84.

14. Cepeda-Valery B, Cheong AP, Lee A, Yan BP. Measuring health related quality of life in coronary heart disease: the importance of feeling well. International Journal of Cardiology. 2011; 149(1): 4-9.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1399.9.1.1.9]

15. Afkhami M, Rashidi MA. Gestational diabetes mellitus. Hormozgan Medical Journal. 2007; 11(1): 1-2.

16. Akbarnataj K, Hassanzadeh R, Dousti Y, Fakhri M, Shirafkan A. The effects of some psychological comorbidities and diabetes: a review article. Journal of Diabetes Nursing. 2014; 2(3): 69-83.

17. Dolatian M, Alavi Majd H. Comparison of pregnancy self-care, perceived social support and perceived stress of women with gestational diabetes and healthy pregnant women. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2014; 16(3): 156-64.

18. Nehbandani S, Nahidi F, Kariman N, Nasiri M. Relationship between gestational diabetes and postpartum depression. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2016; 19(7): 18-24.

19. Iranshahr I, Zabol I. Correlation between postpartum stress and social support in nulliparous women. Journal of Health Promotion Management. 2015; 5(1): 40-9.

20. Hajifaraji M, Dolatkhah N. Gestational diabetes mellitus and associated challenges from the perspective of nutrition science: a review article. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2017; 27(149): 202-24.

21. Emamgholi Khooshehchin T, 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. 2017; 5(4): 76-89.

22. Ferrari U, Banning F, Freibothe I, Tröndle K, Sacco V, Wichmann C, et al. Depressive symptoms, impaired glucose metabolism, high visceral fat, and high systolic blood pressure in a subgroup of women with recent gestational diabetes. Journal of Psychiatric Research. 2018; 97: 89-93.

23. Gilbert L, Gross J, Lanzi S, Quansah DY, Puder J, Horsch A. How diet, physical activity and psychosocial well-being interact in women with gestational diabetes mellitus: an integrative review. BMC Pregnancy and Childbirth. 2019; 19(1): 1-6.

24. 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 Promotion Journal of Australia. 2010; 21(2): 130-7.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1399.9.1.1.9]