# بررسی میزان درک خطر دیابت در زنان با سابقه دیابت بارداری در شهر کاشان ۱۳۹۲

**احسان رنگرز[*1]، علی حاج باقری[2]، زهرا رمضان زاده[3]، زهرا حیدری [4]**

۱-کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۲-کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۳-کارشناس پرستاری، بیمارستان شهید بهشتی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۴-کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

*نویسنده مسئول: احسان رنگرز- پست الکترونیکی: EhsanRangraz@yahoo.com

## چکیده

**مقدمه و هدف:** با توجه به هشدار سازمان بهداشت جهانی، شیوع بالای دیابت و عوارض ناشی از آن در دوران بارداری و عدم وجود اطلاعاتی درباره میزان درک خطر دیابت و عوارض آن در زنان دارای سابقه دیابت بارداری تصمیم گرفته شد، این میزان مورد ارزیابی قرار گیرد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی به‌صورت مقطعی و با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در بین ۳۱۵ زن با سابقه دیابت بارداری انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه استاندارد درک خطر دیابت (RPS-DD)۱ بود. در این مطالعه مقطعی میزان درک بیمار نسبت به خطر دیابت در حیطه‌های مختلف و ارتباط آن با سایر متغیرها مورد بررسی واقع شد.

**یافته‌ها**: میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۶/۳±۳۰/۳۶ بود. ۶۹ درصد از مادران داشتن دیابت بارداری را از عوامل خطر ابتلا به دیابت می‌دانستند و ۳۳ درصد نیز شانس ابتلا به دیابت در مقایسه با زنان هم سن خود را بالاترمی دیدند. بیش از نود درصد مادران درک خطر بالایی از ابتلا به دیابت داشتند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** با وجود اینکه درک خطر دیابت در زنان با سابقه دیابت بارداری بالا بود و درصد زیادی از آن‌ها اعتقاد داشتند که در سبک زندگی‌شان تغییراتی برای عدم ابتلا به دیابت ایجاد کرده‌اند، اما معیارهای نشان‌دهنده این واقعیت از قبیل میزان مصرف میوه و سبزی، میزان فعالیت فیزیکی و شاخص توده بدنی (BMI)۲ این مادران در سطح مطلوبی قرار نداشت. در کنار آموزش باید به اهمیت پیگیری زنان، برنامه‌های مراقبت در منزل و مشاوره حضوری توجه بیشتری معطوف شود.

**واژه‌های کلیدی:** درک خطر، دیابت حاملگی، سابقه دیابت بارداری.

[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-23 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.3.6.3 ]

**مقدمه**

دیابت شایع ترین بیماری غدد درجهان و مسئول چهار میلیون مرگ درسال است(۱) شیوع جهانی دیابت درسال۲۰۱۰، درمیان بزرگسالان(سنین۷۹-۲۰) ۶.۴ درصد معادل ۲۸۵میلیون نفر می باشد واین میزان به ۷.۷درصد معادل ۴۳۹ میلیون درسال ۲۰۳۰افزایش خواهد داشت(۱). این بیماری به عوارضی مثل عوارض قلبی عروقی، نفروپاتی، عصبی، جنسی وبیماری‌های ایسکمیک قلبی، پرفشاری خون، رتینوپاتی، نوروپاتی، کاتاراکت و دیگر عوارض مثل عفونت‌هایی که درحین بیماری ایجاد می‌شود، منجر می شود. دیابت به سبب عوارضش از عمده علل ناتوانی ها مثل کوری، نارسایی کلیه، ترومبوز عروق کرونر و..است(۲). درتحقیقات مختلف شیوع عوارض میکروواسکولار در بیماران مبتلا به دیابت بین ۵ تا۳۵درصد گزارش شده است(۳) عوارض دیابت اغلب حتی قبل از تشخیص بیماری شروع می‌شوند و حدود ۵۰درصد بیماران دیابتی دربدو تشخیص دچار حداقل یکی از عوارض مزمن دیابت هستند، که از این میان ۲۱درصد دچار رتینوپاتی ، ۱۸درصد دچار مشکلات قلبی و ۱۴ درصد دچار مشکلات خونرسانی به پاها می باشند. این عوارض باعث می شوند که درمجموع، طول عمر افراد مبتلا به دیابت ۱۵سال کاهش یابد(۴) تحقیقی در ایران نشان داد که شیوع دیابت در افراد بالاتر از ۶۰ سال ۲۲درصد بوده و دراین افراد عوارضی مانند فشارخون، افزایش چربی خون وآلزایمر بیش از افراد غیر دیابتی بود(۵)که نشان می دهد دیابت مشکل جدی سلامت درایران محسوب می شود. دیابت بارداری (GDM) عبارت است ازعدم تحمل کربوهیدرات بطورگذرا، با شدت های مختلف که برای اولین بار درجریان بارداری شروع و یا تشخیص داده می شود (۶،۷). بروز دیابت بارداری درحال افزایش است. درحال حاضر۱تا۱۴درصد از زنان حامله دچار دیابت بارداری می شوند(۸). درتحقیق دیگری شیوع دیابت بارداری بین ۲تا۵درصد تخمین زده شده است(۹). در نقاط مختلف ایران شیوع دیابت بارداری بین ۱/۳٪تا۸/۹٪ گزارش شده است(۱۰). بروز دیابت بارداری در ایران ۱۰/۲درصد تخمین زده شده است. دیابت بارداری باعث مخاطراتی برای زن باردار و نوزاد او می شود. بزرگی نوزاد و خطر صدمات حین تولد و دیستوشی شانه، مرگ درون رحمی، عوارضی مانند هیپوگلیسمی و سندرم دیسترس تنفسی از خطراتی است که نوزاد را تهدید می کند. همچنین عوارضی مانند فشارخون بالا ، پره اکلامپسی و احتمال بالاتر بروز دیابت، مادر را می تواند درگیر کند(۱۱). علی رغم بهبودی به دست آمده در نتایج بارداری در سال‌های اخیر، زنان مبتلا به دیابت بارداری در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به عوارض بارداری هستند. این عوارض می تواند هم مادر و هم نوزاد را تهدید کند. عوارض مادری دیابت شامل زایمان پیش از موعد، عوارض عفونی، هیدروآمنیوس و افزایش فشار خون می باشد. عوارض نوزادی شامل مرگ جنین در داخل رحم، ناهنجاریهای مادرزادی و متابولیکی، پلی سیتمی، هیپربیلی روبینمی، کاردیومیوپاتی، سندرم دیسترس تنفسی، مرگ و میر پری ناتال به علت ناهنجاری‌ها و نیز مرگ توجیه نشده در نوزادان است(۱۲). تحقیقات نشان داده است در زنان دارای سابقه GDM احتمال ابتلا مجدد به دیابت بارداری، پیش دیابتی شدن(اختلال در تحمل گلوکز وقندخون ناشتا)و ابتلا به دیابت نوع دو ،بیشتراست(13). نتایج مطالعه ای روی ۲۴۱۶خانم باردار در شهر تهران نشان داد که ۸/۱٪ از زنان با سابقهGDM به دیابت



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-23 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.3.6.3 ]

آشکار مبتلا شدند(۱۴). با وجود این حقیقت ,زنان باسابقه دیابت بارداری ممکن است خودشان را در معرض خطر برای ابتلا به دیابت در آینده نبینند(۱۵).علیرغم این واقعیت که زنان مبتلا به دیابت بارداری دارای خطر بیشتری برای ابتلا به دیابت هستند، یک تحقیق مروری نشان داد که با بررسی ۱۸ مقاله تحقیقاتی در مورد رفتارهای بهداشتی پس از زایمان در این زنان و اصلاح رفتار در مورد فعالیت فیزیکی و رژیم غذایی به ندرت صورت گرفته است (۱۶).توصیه می شود زنان مبتلا به دیابت بارداری ۶ تا ۱۲ هفته پس از زایمان جهت ابتلا به دیابت نوع دو مورد بررسی قرار گیرند. علیرغم این توصیه اغلب زنان برای این امر مراجعه نمی کنند و یا تغییری در رفتارهای سلامتی خود نشان نمی دهند. درک خطر بروز بیماری خاص نقش مهمی در رفتار های پیشگیری کننده دارد. در زنان مبتلا به دیابت بارداری درک خطر پایین می تواند مانعی باشد برای رفتارهای مناسب جهت پیگیری و تغییر در شیوه زندگی (۱۷،۱۸). یافته هایی که در یک مطالعه ای توسط اسپیرتو و همکاران بر روی ۶۷زن با سابقه دیابت بارداری انجام شد نشان داد دو-سوم آنها اعتقاد داشتند که در طول بارداری بعدی دچار دیابت بارداری نمی شوند. همچنین این یافته ها نشان داد که یک-پنجم از این زنان خود را در معرض خطر دیابتی شدن نمی دانستند (۱۵). در تحقیقی برروی زنانی که در حین حاملگی دچار دیابت بارداری بودند مشخص شد ۶۱درصد آنها خود را در معرض خطر دیابت نوع دو در طی ۱۰ سال آینده می دانستند(17). مدل های نظری درک خطر را یک تصمیم گیرنده مهمی برای تغییر رفتار می دانند. در یک مدل پیشگیری از دیابت، درک های دقیق تر وبالاتر از خطر را مشوق یک سبک زندگی سالم شامل رژیم غذایی سالم و فعالیت فیزیکی کافی و بالعکس کم ارزش تلقی کردن درک را منجر به انجام اقداماتی در جهت ممانعت از رفتارهای پیشگیرانه می داند, هر چند ارتباط میان درک خطر و رفتار, متناقض است ولی برخی از مطالعات ارتباط بین درک خطر و رفتار های پیشگیرانه را اثبات می کند(۱۹). باتوجه به هشدار سازمان بهداشت جهانی و شیوع بالای دیابت و عوارض ناشی از آن در دوران بارداری و غیر بارداری و نبودن اطلاعاتی درباره میزان درک خطر زنان دارای سابقه GDM نسبت به دیابت و عوارض آن در کشور ما ایران، تصمیم گرفته شد میزان درک خطر این اختلال در زنان با سابقهGDM در شهر کاشان مورد ارزیابی قرار گیرد تا در صورت لزوم با برنامه های آموزشی مناسب و افزایش درک آنان، از بروز دیابت در این گروه پر خطر جلوگیری شود.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی است. جامعه این پژوهش را زنان مراجعه کننده به مرکز درمانی شهید بهشتی کاشان که دارای سابقه دیابت بارداری طی ۱۰سال گذشته بودند تشکیل دادند. شرایط ورود به مطالعه شامل: سابقه ابتلا به دیابت بارداری طی ۱۰ سال گذشته، عدم ابتلا به دیابت آشکار در حال حاضر، عدم وجود اختلال روانی شناخته شده وهمکاری جهت تکمیل پرسشنامه بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول برآورد نسبت بر اساس جایگزینی $p=0/16,d=0/05$ و$Z=1/96$ برابر ۲۰۶ نفر به دست آمد که جهت افزایش اعتبار مطالعه ۳۱۵ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. روش گردآوری اطلاعات به این صورت بود که پژوهشگران با مراجعه به مرکز



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-23 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.3.6.3 ]

درمانی شهید بهشتی در آبان ماه ۱۳۹۲ لیست زنان مبتلا به دیابت حاملگی طی ۱۰ سال گذشته را استخراج کردند و با استفاده از جدول اعداد تصادفی زنان بصورت تصادفی جهت ورود به تحقیق دعوت شدند. این فرآیند تا تکمیل مطالعه دنبال شد. آن دسته از مادرانی که فاقد سواد خواندن و نوشتن بودند یک محقق سؤالات را برای آنها خوانده و پاسخ ها را علامت می زد. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه دو قسمتی بود. قسمت اول شامل سؤالات: مشخصات دموگرافیک و سوابق بهداشتی واحدهای مورد پژوهش، سابقه وجود دیابت در خانواده درجه اول و سابقه استفاده از انسولین طی بارداری بود. این اطلاعات با استفاده از مطالعه کتابخانه ای تهیه شده بود. قسمت دوم ابزار، پرسشنامه استاندارد درک خطر دیابت (RPS-DD)[1] که یک پرسشنامه خود گزارشی است و میزان درک خطر دیابت را در زنان با سابقه GDM بررسی می کند(20)این پرسشنامه دارای چهار بخش است: بخش اول در ۶ گویه درک بیمار نسبت به سلامتی اش را منعکس می کند. دراین قسمت افراد می توانند در گزینه های لیکرت ۴ تایی از کاملاً موافقم تا کاملا مخالفم درک خود را نشان دهند بخش دوم مربوط به درک بیمار از عوامل خطرزای دیابت است. این بخش دارای ۷ گویه می باشد. در این قسمت گزینه های(میزان خطر را بالا می برد)، (تاثیری ندارد)، (میزان خطر را پایین می برد)و (نمی دانم) قابل انتخاب است. بخش سوم مربوط به درک بیمار از عوامل جلوگیری کننده از ابتلا به دیابت می باشد و دارای گزینه های(به شدت موافقم)تا(به شدت مخالفم) می باشد. بخش چهارم پرسشنامه دارای چهار سؤال می باشد که در مورد برنامه ریزی جهت جلوگیری از ابتلا به دیابت در آینده است. بخش اول تا سوم براساس مقیاس لیکرت نمره داده شد. امتیاز بخش چهارم نیزجداگانه حساب شد. این پرسشنامه توسط افراد مورد مطالعه تکمیل شد ونمرات برای هر شاخص جمع آوری شد. مادرانی که در هر حیطه نمرات کمتری بدست آورند درک بیشتری در آن حیطه دارند. برای روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا استفاده شده است. پرسشنامه پس از بومی سازی در اختیار ۵ نفر از اعضاء هیات علمی دانشکده قرار گرفته و بعد از جمع آوری نظرات آنان اعمال گردید. برای ارزیابی پایایی پرسشنامه از روش آزمون مجدد استفاده شد. میزان پایایی پرسشنامه r=0/87 محاسبه شد. نمرات هر بخش با نمرات سایر مادران و همچنین شاخص هایی نظیر سن،میزان تحصیلات,تعداد بارداری مقایسه شد. داده ها با استفاده از روش آماری، T Student test و آنالیز واریانس به کمک نرم افزار آماری SPSSویرایش۱۱۵ مورد ارزیابی قرار گرفتند. این تحقیق در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کاشان مورد تأیید قرار گرفت و اصول اخلاقی عهدنامه هلسینکی در آن رعایت شد. از جمله اهداف تحقیق برای زنان بیان شده و رضایت نامه آگاهانه مبنی بر موافقت شرکت در تحقیق اخذ گردید. همچنین کلیه اطلاعات شخصی محرمانه در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها**

میانگین سنی افراد مورد مطالعه۶/۳۱±۳۶/۳۰بود .تنها ۷/۳ دارای تحصیلات دانشگاهی بودند و شغل ۷۶/۸درصد از زنان خانه دار بود.۸۱/۹ ٪از افراد مورد مطالعه بیش ازیکبار بارداری و ۳۳/۷درصد بیش از یکبار دیابت همراه با بارداری داشتند. ۵۱/۳درصد در طی دیابت بارداری خود از



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-23 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.3.6.3 ]

انسولین جهت درمان استفاده می کردند. متخصصین زنان و زایمان ومتخصصین تغذیه درمجموع با۸۳/۵ درصد بیشترین ومتخصص غدد با ۱/۰درصد کمترین گروه مشاوره دهنده به مادران در طی دیابت بارداری بودند. ۴۳/۸درصد از پاسخ دهندگان بیش از یکسال به فرزندی که ماحصل حاملگی همراه با دیابت بارداری بود، شیردهی داشتند. میزان مصرف میوه و سبزی و همچنین فعالیت فیزیکی مادران در سطح مطلوبی قرار نداشت. فقط ۲٪ از مادران به اندازه توصیه شده (حداقل۵وعده در روز) از میوه و سبزی استفاده می کردند.۵۶/۵٪ بین ۳تا۴وعده و ۴۱/۵٪ از مادران کمتر از ۳وعده در روز از میوه و سبزی استفاده می کردند.۲۵درصد از مادران به اندازه توصیه شده(حداقل ۲۰ دقیقه ۳باردر هفته) و۲۰ درصد ازمادران, ۲۰دقیقه یک تا دوبار در هفته, فعالیت فیزیکی داشتند. میانگین نمره درک بیمار نسبت به سلامتی ۱۳/۳۵ بود که نشان می داد اکثریت حجم نمونه، درک متوسطی ازعوامل مربوط به سلامتی خود دارند، بطوریکه ۴۷٪ از زنان مؤافق بودند که می توانند عوامل تهدید کننده سلامتی شان را کنترل کنند و تنها ۳۳٪ از مادران شانس ابتلا به دیابت در مقایسه با زنان هم سن خود رابالاتر می دیدند. همچنین ۶۸٪ از زنان تلاش جهت پیشگیری از ابتلا به دیابت را مؤثر می دانستند. در رابطه با درک خطر دیابت، مادران در پاسخ به این سوال که احتمال دیابتی شدنتان را در ۱۰سال آینده چقدر می دانید، ۱۴/۶٪ از مادران به گزینه احتمال زیاد، ۷۶/۸٪ به گزینه احتمال متوسط، ۲/۵٪ به گزینه احتمال کم و ۱/۶٪ گزینه هیچ احتمالی را در نظر گرفتند. جدول۱توزیع درک خطر در ارتباط با سایر متغیرها را نشان می دهد. درمطالعه از مادران در خصوص عدم تغییر و تعدیل در روش زندگی شان در مواردی مانند رژیم غذایی ، ورزش و احتمال مبتلاشدنتان به دیابت سؤال شد که ۶۱.۶٪ ازآنها به گزینه احتمال زیاد پاسخ داده بودند. در سؤال های آخر درباره‌ی وجود تغییر و برنامه‌ریزی برای تغییر در سبک زندگی جهت جلوگیری از ابتلا به دیابت سؤال شد که ۹۳/۷٪ از زنان بیان کردند که جهت جلوگیری از ابتلا به دیابت سبک زندگی خود را تغییرداده اند و۸۳/۲٪ از مادران نیزبرای تغییردر سبک زندگی برنامه ریزی کرده اند. آنالیزهای آماری نشان داد بین سابقه انسولین تراپی حین دیابت بارداری و میزان درک خطر ارتباط معناداری وجود دارد(P=0/03)به طوری که زنانی که طی بارداری از انسولین جهت درمان استفاده می کردند از درک خطر بالاتری برخوردار بودند. همچنین مادرانی که مدت شیردهی طولانی تری به فرزندان خود داشتند، درک خطر بالاتری را نشان دادند. تست (Independent Samples Test) نشان داد مادرانی که در حیطه های درک عوامل خطر، برنامه ریزی جهت تعدیل زندگی در آینده ودرک کلی,نمرات بهتری(پایین تری) را کسب کرده بودند از درک خطر بالاتری نیزبرخوردار بودند. نتایج این تست بین میزان مصرف میوه و سبزی، میزان فعالیت فیزیکی و شاخص توده بدنی بامیزان درک خطرمادران ارتباط معناداری نشان نداد. ارتباط میان پاسخ به سؤال[ آیا برای جلوگیری از ابتلا به دیابت سبک زندگی خود را تغییر داده اید] و میزان مصرف میوه و سبزی ـ میزان فعالیت فیزیکی و شاخص توده بدنی(BMI) مادراندر این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت که آنالیزهای آماری ارتباط معناداری را بین این دو نشان نداد. یافته ها حاکی از آن است که بین میزان درآمد خانوار ومیزان مصرف میوه و سبزی این زنان ارتباط معنادارمستقیمی وجود دارد(p=0/05).



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-23 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.3.6.3 ]

درآنالیزهای آماری ارتباط معناداری میان میزان درک خطر و اعتقاد به وجود اصلاح در سبک زندگی یافته شد(P=0/05) به طوری که ۸۹درصد ازمادرانی که درک خطر متوسط تا بالایی را گزارش داده بودند اعتقاد داشتند که سبک زندگی خود را جهت جلوگیری از ابتلا به دیابت تغییر داده اند. ارتباط میان پاسخ به سؤال[آیابرای جلوگیری از ابتلا به دیابت سبک زندگی خود را تغییر داده اید] و میزان مصرف میوه و سبزی ـ میزان فعالیت فیزیکی و شاخص توده بدنی(BMI) مادران مورد بررسی قرار گرفت که آنالیزهای آماری ارتباط معناداری را بین این دو نشان نداد. یافته های مطالعه حاکی از آن است که بین میزان درآمد خانوار ومیزان مصرف میوه و سبزی این زنان ارتباط معنادارمستقیمی وجود دارد(p=0/05). بررسی های آماری ما نشان داد ۸۳درصد از مادرانی که به میزان مناسب وتوصیه شده از میوه وسبزی استفاده می کنند حین بارداری همراه با دیابت از متخصصین تغذیه مشاوره می گرفته اند واکثر مادرانی که توسط متخصصین تغذیه و متخصصین غدد مشاوره می شدندعقیده داشتند که سبک زندگی خود را برای جلوگیری از ابتلا به دیابت اصلاح نموده اند. تمام مادرانی که شاخص توده بدنی نرمالی داشتند [BMI≤(9/5-24/5)] تنها از متخصص تغذیه، متخصص زنان و ماما مشاوره گرفته بودند.



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-23 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.3.6.3 ]

| متغیر | کل | هیچ احتمالی | احتمال کم | احتمال متوسط | احتمال زیاد | P value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| تعداد | 315 | 5 | ۸ | ۲۴۲ | ۴۶ | ****** |
| سن(سال) | ۳۲.۷±۶.۵ | ۳۳±۱۱.۵ | ۳۰±۷.۲ | ۳۲.۷±۶۶ | ۳۳.۳±۵.۵ | ۰/۴۷ |
| **تحصیلات** | | | | | | ۰/۳۵۵ |
| ابتدایی | ۱۰ | ۱ | ۴ | ۲۵ | ۱ | |
| راهنمایی | ۳۰ | ۴ | ۱۲ | ۶۷ | ۲ | |
| متوسطه | ۵۳ | ۱ | ۲۴ | ۱۳۲ | ۵ | |
| دانشگاهی | ۷ | ۱ | ۵ | ۱۶ | ۱ | |
| ***شغل*** | | | | | | ۰/۶۴۳ |
| خانه دار | ۷۷ | ۵ | ۶ | ۱۸۵ | ۳۴ | |
| کارمند | ۲۱ | ۱ | ۲ | ۵۳ | ۹ | |
| سایر | ۲ | ۰ | ۱ | ۳ | ۲ | |
| **درآمد ماهیانه خانوار:** | | | | | | ۰/۸۲۹ |
| کمتراز ۵۰۰۰۰۰ | ۳۴ | ۲ | ۱۱ | ۹ | ۳ | |
| بین ۵۰۰هزارتا۱میلیون | ۵۶ | ۲ | ۳۱ | ۱۳ | ۴ | |
| بیشترازیک میلیون | ۳ | ۱ | ۲ | ۱۰ | ۱ | |
| سابقهGDM درفامیل درجه یک | ۳۵ | ۲ | ۳ | ۸۰ | ۱۶ | ۰/۹ |
| سابقه چربی خون | ۲۱ | ۳ | ۲ | ۴۳ | ۱۱ | ۰/۱۱۰ |
| سابقه فشار خون | ۱۱ | ۲ | ۱ | ۲۴ | ۲ | ۰/۰۱۸ |
| **سابقه استفاده از انسولین طی دیابت بارداری** | ۵۱ | ۳ | ۱ | ۱۲۷ | ۲۹ | ۰/۰۰۳ |
| شاخص توده بدنی فعلی | ۳۱.۲±۶.۹ | ۲۹±۲.۸ | ۳۰±۶.۵ | ۳۱±۷.۴ | ۳۲.۷±۵.۰ | ۰/۷۲ |
| **مشاوره** : | | | | | | ۰/۵۹۵ |
| **متخصص زنان و زایمان** | ۵۴ | ۳ | ۶ | ۱۳۶ | ۲۵ | |
| **متخصص تغذیه** | ۳۴ | ۲ | ۱ | ۸۱ | ۳۵ | |
| **متخصص غدد** | ۲.۵ | ۰ | ۰ | ۶ | ۱ | |
| **ماما** | ۷ | ۲ | ۱ | ۱۸ | ۱ | |
| **سایر** | ۲.۵ | ۰ | ۱ | ۶ | ۱ | |
| درک بیمار نسبت به کنترل عوامل سلامتی(۱۸-۹) | ۱۳.۵±۱.۷ | 15.3±0.5 | 12±0.8 | 13.6±1.7 | 13.3±1.7 | ۰/۰۹ |
| درک بیمار نسبت به عوامل خطرزا(۱۹-۷)* | ۹±۲.۶ | 14±2.6 | 9±1.8 | 8.8±2.5 | 9.1±2.8 | ۰/۰۲ |
| درک بیمار از عوامل جلوگیری کننده خطر(۳۰-۹) | ۹.۷±۱.۷ | 8.5±1.6 | 10.4±1.6 | 9.8±1.8 | 1.1±1.1 | /۲ |
| درک تاثیر تعدیل زندگی در آینده(۱۱-۴)* | ۵.۴±۰.۹ | 9.24±0.3 | 6.8±0.6 | 5.5±0.6 | 4.6±0.9 | ۰/۰۰۲ |
| درک کلی(۵۰-۲۸)* | ۳۷.۶±۴.۱ | 47±3.6 | 37±2.4 | 37.7±3.6 | 35.2±4.3 | ۰/۰۵ |



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-23 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.3.6.3 ]

**بحث و نتیجه‌گیری**

مادرانی که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند در سطح بالایی از درک خطر نسبت به دیابت قرار داشتند به طوری که ۹۱درصد ازمادران درک خطربالایی را برای ابتلا به دیابت در ده سال آینده در نظر گرفتند و۶۱درصد نیزاحتمال ابتلابه دیابت را درصورت عدم اصلاح سبک زندگی شان بالا می دیدند. اطلاعات مادران درباره کنترل عوامل مربوط به سلامت درسطح رضایت بخشی قرارنداشت به طوری که کمتر از نیمی ازمادران اعتقاد داشتند که می توانند روی عوامل سلامتی خود کنترل داشته باشند. اطلاعات مادران درباره عوامل خطرابتلابه دیابت نسبتاً مناسب بود چراکه بیش از۵۰درصد از مادران از ریسک فاکتورهای دیابت اطلاع داشتند. در مطالعه کیم و همکاران نیز درک خطر ابتلا به دیابت در زنان مبتلابه دیابت بارداری تقریباً مشابه تحقیق فعلی بود و ۵۷درصد زنان درک بالایی از خطر دیابت داشتند(۲۱). دراین تحقیق و تحقیق zera، درک بالای خطر دیابت منجر به تغییر رفتار در زنان نشده بود. لذا به نظر می رسد تنها آگاهی برای تغییر در رفتار زنان کفایت نمی کند، خصوصاً که اغلب زنان پس از بارداری مسئولیت سنگین نگهداری از کودک را برعهده می گیرند که ممکن است توانایی آنهارا برای تغییر رفتار و انجام رفتارهای بهتر سلامتی مانند فعالیت فیزیکی بیشتر تحت تأثیر قرار می دهد. درکنار آموزش باید به اهمیت پیگیری زنان، برنامه های مراقبت در منزل و مشاوره حضوری توجه بیشتری معطوف گردد. این تحقیق از معدود تحقیقات انجام شده در زمینه درک خطر دیابت در زنان مبتلا به دیابت بارداری است. لذا لازم است تحقیقات بیشتری برروی این زنان خصوصاً باپیگیری طولانی مدت پس از زایمان انجام گیرد. مطالعه ای که توسط نیکول و همکاران در سال ۲۰۰۹ جهت بررسی مقایسه ای وضعیت خطر واقعی نسبت به برداشت خطر شخصی برای ابتلا به دیابت در میان داروسازان انجام شد نشان داد دارو شناسانی که در خطر بیشتری برای ابتلا به دیابت قرار داشتند تعصب نابه جا کمتر و منطق گرایی بیشتری برای ابتلا به دیابت داشتند و کنترل شخصی روی عوامل مربوط به سلامت هردو گروه کم خطر و پرخطر به یک اندازه بود(۲۲). نتایج مطالعه کیم و همکاران که در سال ۲۰۰۷ تحت عنوان بررسی درک خطر دیابت در زنان دارای سابقه دیابت حاملگی انجام شد نشان داد ۹۰٪ زنان شناسایی شده GDM را یک فاکتور خطر برای دیابت در آینده می دانستند(۲۳) امادرمطالعه حاضر این رقم تنها۶۹درصد بود. نتایج مطالعه کیم (۲۳)نشان داد فقط ۱۶/۵٪ باور داشتند که خودشان شانس ابتلا به دیابت را دارند اما این رقم در مطالعه حاظر تا۳۳ درصد تخمین زده شده بود. نتایج مطالعه ای که توسط والکر و همکاران در سال ۲۰۰۳ بر روی ۵۳۵ پزشک غیر دیابتی انجام شد نشان داد ،جامعه ی پزشکان با درک متوسطی از خطر دیابت در مقابل خطر های جسمی خودشان برخوردار هستند. همچنین مطالعات نشان می دهد پزشکان با خطر بالاتری از ابتلا به دیابت(N=196) نسبت به پزشکانی که در خطر کمتری قرار دارند (N=313) از ادراک خطر مقایسه ای بالاتری (P01/0>) برخوردارند. با این حال



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-23 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.3.6.3 ]

۵۰ درصد پزشکان با خطر بالا،با گزارش خوش بینانه ای خود را نسبت به افراد هم سن و هم جنس خود، کمتر در معرض خطر دیابت می دیدند(۲۴). مامتوجه شدیم بین میزان درک خطروسابقه استفاده از انسولین طی بارداری همراه با دیابت ارتباط معناداری وجود دارد.در مطالعه کیم و همکاران(۲۳) این ارتباط وجود داشت که نویسنده علت آن را بروز شدت خطر دیابت برای مادران و آموزش وتحت نظر قرار گرفتن این افراد در نظر گرفته بوددکه علل آن را می توان برای این مطالعه نیز در نظرگرفت. بیش از۹۰درصد از زنان باسابقه دیابت حین بارداری(GDM) اعتقاد داشتند که جهت جلوگیری ازابتلا به دیابت روش زندگی خود رابهبود بخشیده اند، این درحالی است که میزان معیارهایی از قبیل میزان مصرف میوه و سبزی، میزان فعالیت فیزیکی وشاخص توده بدنی(BMI)که نشان دهنده وجود این حقیقت باشد درسطح مناسبی قرار ندارد. در مطالعه ای که توسط ماری و همکاران انجام شد نشان داد افرادی که در خطر بالای ابتلا به دیابت قرار داشتند تصمیمی برای تعدیل سبک زندگی اتخاذ نکرده بودند(۲۵) این در حالی است که مطالعه ما نشان داد بیش از ۸۰ درصد از مادران اعتقاد داشتند که برای تعدیل زندگی خود مصمم هستند. ما احتمال می دهیم زنان درزمینه تأثیر و میزان مطلوب مصرف میوه وسبزی، فعالیت فیزیکی وکنترل وزن اطلاع دارند اما از مقادیر مناسب هرکدام بی اطلاع هستند که می تواند ناشی از آموزش ناکافی این مادران باشد. لذا وجود برنامه های آموزشی طولانی و پیوسته و پیگیری این مادران باید در اولویت خدمات مراکز بهداشتی قرار گیرد تا از میزان بروز دیابت ودر نتیجه ازهزینه های گزاف درمان این مادران جلوگیری کند. مطالعه درک خطر بالایی را برای مادران کاشانی نشان داد اما مشخص کرد که درک خطر صرفاً موجب بهبود کیفیت زندگی این افراد نمی شود و آموزش به این مادران در زمینه سبک زندگی درست به شدت مورد نیاز می باشد. لذامطالعات بیشتری نیاز است که پس از یک برنامه آموزشی مناسب برای این مادران رفتارهای این مادران را بصورت مستمر وطولانی پیگیری کند تا چگونگی تأثیر این آموزش ها در سبک زندگی مشخص گردد.

**قدردانی :**

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان که حمایت مالی این طرح رابرعهده گرفت وکلیه اعضای محترم هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان بالاخص سرکار خانم ها دکترایزدی

ودکترمسعودی وهمچنین جناب آقایان آقاجانی و عزیزی که راهنمایی های ارزنده ایشان چراغ راهی در به سرانجام رساندن هرچه بهتراین پژوهش بود؛ تشکر و قدر دانی می شود.



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-23 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.3.6.3 ]

# Risk Perception for Developing Diabetes in Women with a Prior History of Gestational Diabetes Mellitus in Kashan City in 2013

**Rangraz E. [*1], Hajbagheri A.[2], Ramezanzadeh Z.[3], Heydari Z.[4]**

1. Bachelor of Nursing, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.
2. MSc in Nursing, Instructor, School of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.
3. Bachelor of Nursing, Shahid Beheshti Hospital, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.
4. Bachelor of Nursing, Isfahan University of Medical Sciences and Health Services, Isfahan, Iran.

***Corresponding author:** Rangraz E., E-mail: EhsanRangraz@yahoo.com

## Abstract

**Introduction**: This study was performed with regard to the concerns of World Health Organization about diabetes mellitus, high prevalence of diabetes mellitus and the associated complications during pregnancy, and the absence of information about risk perception for developing diabetes in women with a prior history of gestational diabetes.

**Methodology**: This cross-sectional study was conducted on a random sample of 315 women with a previous history of gestational diabetes mellitus. Data were collected using Risk Perception Survey for Developing Diabetes (RPS-DD). In this study, we evaluated risk perception for developing diabetes from different aspects and examined its correlation with other variables.

**Results**: The mean age of participants was 30.36±6.3 years. The majority of participants (69%) referred to a prior history of gestational diabetes as a risk factor for developing diabetes mellitus. More than 90% of participants believed that they were greatly at risk of developing diabetes mellitus. Moreover, 33% of subjects considered themselves to be at a higher risk of diabetes mellitus, compared to their same-age counterparts. Moreover, more than 90% of mothers had a high perceived risk of diabetes mellitus.

**Conclusion**: Despite the high perceived risk of developing diabetes mellitus among the participants and changes these individuals had made in their lifestyle for avoiding diabetes, the evaluation of different factors (e.g., use of vegetables and fruits, physical activity, and body mass index) indicated unsatisfactory results. These findings imply the importance of patient follow-up, home-based care and counseling, along with educational programs for these hwomen.

**Keywords**: Gestational Diabetes Mellitus, Lifestyle, Risk Perception.

[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-23 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.3.6.3 ]

## References


1. Shawj.E,Sicree P.Z , Zimmet P.Z,global global estimates of the prevalence of diabetes for2010 and2030.Diabetes Res Clin Pract.2010;87(1);4-14
2. Ahmadi A,Hasan Zadeh J,Rahimi M M,Lashgari L.factors affecting the quality of life in patient with type2 diabetes chahar Mahal Bakhtiari.J north khorasan univ Med sci .2011;3(1);7-13.{in Persian}
3. Hosseini Ms ,Rostami Z ,Saadat A, Saadatmand SM ,Naeimi E. anemia and microvascular complication in patients with type 2 diabetes mellitus .nephrourol. 2014:6(4):e19976
4. Indonesian Diabetes association.guidlines on the management and prevention of prediabetes .Acta Med Indones.2014:46(4):348-59
5. Taheri Tanjani P,Moradinazar M,Esmail Motlagh M,Najafi F.The prevalence of diabetes mellitus(DM)type 2 among Iranian elderly population and Its association with other age related diseases,2012.Arch Gerontol geriatr.2014;4943-50167(14)00224-6
6. Cunningham FG, Leveno KJ-Bloom SL- Hauth JC- Rouse DJ , Spong CY. Diabetes. In Cunningham FG, Twickler DM, Wendel GD(Editors). Williams obstetrics. 23rd edition .New York: McGraw Hill; 2010:1104-1119.
7. Powers AC. Diabetes Mellitus .In: Fauci AS/Braunwald E- Kasper DL- Hauster SL- Longo DL-Jameson J, et al (Editors). Harrison's principles of internal medicine17th edition. New York . Mc Graw Hill; 2008:2275-78.
8. Singh AK, Singh R ,Metformin in gestational diabetes ;An emerging contender .Indian J Endocerinol Metab.2015;19(2);236-44.
9. Ashwal E ,Hod M, Gestational Diabetes Mellitus ; where are we now ? clinchim Acta .2015;50009-8981(15)00043-1.
10. Khohniko.M;Abbas Zadeh.SH;Larijani .B;studies examining the prevalence of GDM in Iran;iranian journal of diabetes and metabolism.2008;8;1-10. .{in Persian}
11. Rouholamin S,Eshaghian S,Allame Z, Neonatal outcome in women with gestational Diabetes mellitus treated with metformin In compare with insulin; A Randomized clinical trial .J Res Med sci.2014;19(10);970-5.
12. Reece EA , Homko CJ .diabetes mellitus in pregnancy in : scolt JR , gibbs RS , karlan by. Danforth's obstructs & gynecology. 2003:247-56
13. Kim C, Newton K, Knopp RH: Gestational diabetes and incidence of type 2 diabetes mellitus: a systematic review. Diabetes Care. 2002; 25:1862–1868.
14. Hosein Nejad A,Maghbuli j,Larijani B.Prevalence of diabetes in postpartum period in women having pervious history of gestational diabetes mellitus; iranian journal of diabetes and metabolism.2004,1;27-34.
15. Spirito A, Ruggiero L, Bond A, Rotondo L, Coustan DR: Screening measure to assess knowledge of diabetes in pregnancy. Diabetes Care. 1990; 13:712–718.,
16. Kaiser B, Razurel C,Determinents of postpartum physical activity dietary habits and weight loss after gestational diabetes mellitus .J Nur manag .2013;21(1);58-69.
17. Zera CA , Nicklas JM, Levkoff SE, Seely EW. Diabetes risk perception in women with recent gestational diabetes;delivery to the postpartum visit .J Matern fetal Neonatal Med.2013;26(7);691-6.
18. Smith-Morris CM: Diagnostic controversy: gestational diabetes and the meaning of risk for Pima Indian women. Med Anthropol. 2005; 24:145–177 ,
19. Janz NK, Becker MH: The Health Belief Model: a decade later. Health Educ Q. 1984; 11:1– 47
20. Risk perception survey for developing diabetes،Michigan diabetes research and training center http://www.med.umich.edu/mdrtc/profs/survey.html#rps-dd




[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-23 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.3.6.3 ]

21. Kim C , MC Ewen LN , Piette JD , Goewey J, Ferrara A , Walker EA. risk perception for diabetes among women with histories of gestational diabetes Mellitus.Diabetes care.2007;30(9);2281-2286.
22. Pinelli NR, Berlie HD, Slaughter RL. Risk perception for developing diabetes among pharmacists-Ann Pharmacother. 2009; 43(6):1050-6.
23. Kim C, McEwen LN, Piette JD, Goewey J, Ferrara A, Walker EA .Risk perception for diabetes among women with histories of gestational diabetes mellitus. Diabetes Care. 2007;30(9):2281-6 .
24. walker EA .Mertz CK . Kalten MR-Risk perception for developing diabetes: comparative risk judgments of physician ،Diabetes Care. 2003; 26(9):2543-8.
25. HIVERT MR,WARNER AS, Berlie HD , SHRADER P, GRANT RW -Diabetes Risk Perception and Intention to Adopt Healthy Lifestyles Among Primary Care Patients: DIABETES CARE, OCTOBER 2009,NUMBER 10.

[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-23 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.3.6.3 ]