

آگاهی، نگرش و عملکرد زنان باردار نسبت به دیابت بارداری، در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

فاطمه بلالی میبیدی^{۱*} مینو محمودی^۲ مهدی حسنی^۳

خلاصه

مقدمه: دیابت بارداری شایعترین اختلال متابولیک دوران بارداری است که با توجه به عوارض متعددی که برای مادر و جنین دارد می تواند نتیجه بارداری را تحت تاثیر قرار دهد. آگاهی و نگرش در این خصوص در پیشگیری و تشخیص زود هنگام موثر خواهد بود.

هدف: این مطالعه با هدف تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد زنان باردار نسبت به دیابت بارداری در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شد.

روش: در این مطالعه مقطعی ۱۰۰۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی تابعه دانشگاه علوم پزشکی کرمان به روش نمونه گیری تصادفی منظم در سال ۱۳۸۹ مورد ارزیابی قرار گرفتند. ابزار گرد آوری داده ها، پرسش نامه پژوهشگر ساخته ای شامل چهار بخش: مشخصات فردی، سوالات سنجش آگاهی، نگرش و عملکرد بود. از ضریب همبستگی اسپیرمن و آزمون کای دو برای تحلیل داده ها استفاده شد.

نتایج: میانگین نمره آگاهی، نگرش و عملکرد مادران باردار به ترتیب $18/8/42 \pm 4/42$ ، $29/03 \pm 3/84$ از ۴۰ و $20/47 \pm 2/68$ از ۲۴ امتیاز بدست آمد. در مجموع ۱۳۸ نفر (۱۴/۲٪) از نمونه ها دارای آگاهی خوب و ۵۳ نفر (۱۵/۶٪) نگرش مثبت بودند و ۵۲۷ نفر (۵۳/۴٪) نمره عملکرد خوب کسب کردند. آزمونهای آماری بین آگاهی و عملکرد با سن، شغل، تحصیلات ($P < 0/05$) رابطه معنی دار نشان داد بطوریکه نمره آگاهی و عملکرد افراد با افزایش سن و تحصیلات افزایش داشت و در افراد با درآمد ماهانه ثابت بیشتر از سایرین بود. نمره نگرش با تحصیلات ($P = 0/030$) نیز ارتباط مستقیم و معنی دار بود. بین آگاهی با نگرش، آگاهی با عملکرد همچنین نگرش با عملکرد رابطه مستقیم و معنی دار بود ($P = 0/000$).

بحث و نتیجه گیری: طبق یافته ها آگاهی اکثریت نمونه ها ضعیف و نگرش آنها متوسط بود و بیشتر مادران منبع کسب اطلاعات خود پرسنل مراکز بهداشتی درمانی اعلام نموده بودند لذا اجرای برنامه های آموزشی برای پرسنل بهداشتی در راستای توانمندسازی مردم برای مراقبت از خود، خانواده و جامعه امری اجتناب ناپذیر است.

واژه های کلیدی: آگاهی، نگرش، عملکرد، دیابت بارداری

مقدمه

دیابت بارداری عبارت است از عدم تحمل کربوهیدرات با شدت-های متفاوت که برای اولین بار در جریان حاملگی شروع یا تشخیص داده می‌شود (۱،۲). به عبارتی دیابت بارداری به شرایطی اطلاق می‌شود که سطح گلوکز خون در طی بارداری بالا رفته و علائم دیابت در خانم بارداری که قبلاً دیابت برایش تشخیص داده نشده دیده شود (۳).

۱۴-۱۸ درصد از کل زنان باردار در معرض خطر دیابت بارداری هستند (۴). به طور متوسط در ۵-۲٪ کل بارداری‌ها مشاهده می‌شود (۱) و شیوع آن طی زمان با افزایش میانگین سن و وزن مادران افزایش یافته است (۲) شیوع دیابت بارداری در نقاط مختلف جهان بین ۱-۱۴ درصد گزارش شده است (۷-۵) در ایران مطالعات متعددی به منظور بررسی فراوانی دیابت بارداری انجام شده و نتایج متفاوتی نیز ارائه شده است. محققین مختلف شیوع دیابت بارداری در ایران را بین ۱۱/۹٪-۱/۳٪ در جمعیت تحت مطالعه خود اعلام نموده‌اند (۳، ۱۳-۸). مطالعات معدودی آگاهی، نگرش و عملکرد در زمینه دیابت مورد بررسی قرار داده‌اند. اما فقط قاسم‌زاده و همکاران مطالعه‌ای در سالهای ۸۴-۸۵ بر روی زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان خانواده ارتش انجام دادند. آن‌ها آگاهی ۱۹٪ و عملکرد ۱۳٪ زنان تحت مطالعه را خوب و نگرش ۲۸/۴٪ مادران نسبت به دیابت بارداری مثبت اعلام نمود (۱۴).

علائم دیابت بارداری شامل پرخوری، پرنوشی، پراداری، فشارخون بالا، چاقی، ادم، خارش، تعریق و حملات هیپوگلیسمیک می‌باشد اکثر مبتلایان به دیابت بارداری حتی تا ۷۰٪ موارد در گروه بدون علامت قرار می‌گیرند (۱۴). اختلال در متابولیسم گلوکز طی حاملگی نتایج زیانباری برای مادر و نوزاد در پی دارد و عامل قوی برای پیامدهای ناگوار حاملگی است که عوارض و میرایی حین زایمان را افزایش می‌دهد (۴، ۱۵) زنان مبتلا به دیابت بارداری در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به عوارض بارداری هستند (۱۶) عوارضی از قبیل پره اکلامپسی، افزایش فشارخون، زایمان زودرس، عوارض عفونی، هیدرامینوس، سقط آبی، مرگ جنین در داخل

رحم، مرگ‌های حول زایمان، ناهنجاریهای مادرزادی و... (۱۵، ۱۶) که با تشخیص و درمان به موقع بیماری می‌توان از وقوع این عوارض جلوگیری نمود (۱۳، ۱۰، ۹).

مطالعات نشان داده‌اند که ۶۰-۳۰٪ از زنانی که سابقه دیابت بارداری داشته‌اند در طول زندگی خود به دیابت نوع ۲ مبتلا شده‌اند (۱۲، ۱۷). همچنین تخمین زده می‌شود که دیابت بارداری در ۶۹-۳۰٪ بارداری‌های بعدی عود می‌کند (۱۸، ۱۶، ۳) به علاوه نوزادان مادران دیابتی در خطر بالاتری از دیابت می‌باشند (۱۷، ۱۶، ۴). بطوریکه خطر بیماری دیابت نوع یک در طول عمر این نوزادان به طور متوسط ۶ درصد است (۱۵، ۱۶).

میزان آگاهی، نگرش و عملکرد زنان در مورد دیابت بارداری در پیشگیری و تشخیص زودرس و کاهش عوارض آن موثر خواهد بود (۱۹، ۱۴). آموزش باعث تغییر پایدار در نگرش و عملکرد افراد و در نهایت تغییر در نحوه زندگی آنها خواهد شد (۱۹). بنابراین بررسی میزان آگاهی و نگرش نسبت به این موضوع و اطلاع رسانی بیشتر به زنان از راهکارهای موثر به نظر می‌رسد (۱۴) همچنین نشان داده شده که در طراحی هرگونه برنامه آموزشی در زمینه دیابت بارداری آگاهی و نگرش زنان باردار نسبت عوامل موثر در این زمینه اهمیت بسزایی دارد (۲۰). لذا با توجه به اهمیت بیماری و پیامدهای ناگوار آن در نوزادان و مادران مبتلا، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی سطح دانش و نگرش و عملکرد زنان باردار طراحی شد. در این مطالعه سعی شده تا دانش، نگرش و عملکرد زنان باردار نسبت به دیابت بارداری ارزیابی شود تا در صورت نیاز، برنامه‌های آموزشی بر اساس یافته‌ها تدوین گردد و با بالا بردن سطح آگاهی و نگرش زنان در مورد دیابت بارداری شاهد کاهش بروز بیماری و پیامدهای آن باشیم.

روش

در این مطالعه توصیفی- مقطعی ۱۰۰۰ زن باردار نسبت به دیابت بارداری در سال ۱۳۸۹ مورد ارزیابی قرار گرفتند. به این ترتیب که ابتدا مراکز بهداشتی درمانی شهرستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی کرمان به ترتیب حروف الفبا لیست کرده و با روش

از شاخص الفای کرونباخ استفاده شد که میزان آن ۰/۸۹ محاسبه گردید. تجزیه و تحلیل داده ها در نرم افزار SPSS.۱۷ انجام و $p < 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین سنی شرکت کنندگان $26/89 \pm 5/28$ بدست آمد. ۸۳۶ نفر (۸۳/۷٪) زنان باردار خانه دار، ۴۷۹ نفر (۴۷/۹٪) دیپلمه، ۴۸۶ نفر (۴۸/۶٪) بین هفته ۱۵ تا ۲۸ حاملگی بسر می بردند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی زنان باردار آزمودنی برحسب سطح تحصیلات و شغل و سن بارداری در سال ۱۳۸۹

مشخصات		تعداد	درصد
تحصیلات	بیسواد	۲۵	۲.۵
	زیر دیپلم	۲۳۹	۲۳.۹
	دیپلم	۴۷۹	۴۷.۹
	بالای دیپلم	۲۲۷	۲۲.۷
	دانشجو	۲۹	۲.۹
شغل	خانه دار	۸۳۶	۸۳.۶
	کارمند	۱۱۲	۱۱.۲
	شغل آزاد	۲۵	۲.۵
	دانشجو	۲۷	۲.۷
سن حاملگی	پایان هفته ۱۴	۱۳۲	۱۳.۲
	۱۵-۲۸ هفته	۲۸۶	۴۸.۶
	هفته ۲۹ به بالا	۳۸۲	۳۸.۲

۱۳۸ نفر (۱۳/۸٪) سابقه سقط داشته و ۴۳۷ نفر (۴۳/۷٪) مادران اولین تجربه بارداری داشتند. ۶۵۹ نفر (۶۵/۹٪) اطلاعاتی در زمینه دیابت بارداری شنیده بودند در این میان ۳۵۷ نفر (۳۵/۷٪) از طریق پرسنل مراکز بهداشتی و درمانی و ۲۳۸ نفر (۲۳/۸٪) از طریق رادیو و تلویزیون، اطلاعات خود را کسب کرده بودند.

۶۴۸ نفر (۶۴/۹٪) تعریف درستی از دیابت بارداری داشته در حالیکه ۷۵۷ نفر (۷۵/۹٪) نمی دانستند که دیابت بارداری اغلب بعد از بارداری ادامه پیدا می کند. ۴۱۲ نفر (۴۱/۳٪) زنان باردار تولد نوزاد درشت، ۴۲۹ نفر (۴۳٪) مرده زایی یا

نمونه گیری تصادفی منظم ۲۵ مرکز بهداشتی درمانی انتخاب و از هر مرکز ۴۰ زن باردار که جهت انجام مراقبت های دوران بارداری مراجعه می کردند نمونه تکمیل گردید. هیچ گونه اجباری جهت شرکت در پژوهش وجود نداشت. کلیه شرکت کنندگان با آگاهی از روند مطالعه و رضایت کامل وارد مطالعه شدند.

اطلاعات با تکمیل پرسش نامه ای شامل چهار بخش: سوالات دموگرافیک و زمینه ای و منابع کسب اطلاعات، ۸ گویه سنجش نگرش ۵ گزینه ای لیکرت، ۸ سوال سنجش عملکرد سه گزینه ای و ۱۸ سوال آگاهی سنجی (سه گزینه ای بلی، خیر، نمی دانم) جمع آوری شدند.

هر سوال سنجش آگاهی فقط یک پاسخ صحیح داشت. در بخش نگرش جملات با ماهیت منفی به هریک از اظهار نظرهای (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) ۵-۱ امتیاز تعلق گرفت. و درجملات با ماهیت مثبت این امتیازدهی برعکس شدند. در بخش سوالات مربوط به عملکرد به هر یک از گزینه های بلی، گاهی، خیر امتیازی بین ۳-۱ در نظر گرفته شد. دامنه نمره در بخش های آگاهی ۱۸-۰، نگرش ۴۰-۸ و عملکرد ۲۴-۸ متغیر بود. پاسخدهی کمتر از ۵۰٪ جواب صحیح آگاهی، عملکرد ضعیف و نگرش منفی، پاسخدهی بین ۷۵٪-۵۰٪ آگاهی، نگرش، عملکرد متوسط و بالای ۷۵٪ پاسخدهی صحیح آگاهی و عملکرد خوب و نگرش مثبت در نظر گرفته شد. آگاهی افراد به سه دسته کمتر از ۱۰ ضعیف، ۱۰-۱۳ متوسط و بیشتر از ۱۳ خوب، عملکرد به سه دسته کمتر از ۱۷ ضعیف، ۱۷-۲۰ متوسط و بیشتر از ۲۰ خوب و نگرش افراد نیز به سه گروه کمتر از ۲۴ منفی، ۲۴-۳۲ خنثی و بیشتر از ۳۲ مثبت تقسیم شد. برای تعیین ارتباط داده های حاصل از تقسیم بندی با متغیرهای شغل، تحصیلات و تعداد بارداری-ها از آزمون مجذور کای و برای تعیین ارتباط متغیر سن با نمره آگاهی، نگرش و عملکرد از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد.

روایی پرسشنامه با نظر متخصصان اپیدمیولوژی و صاحب نظران پزشکی اجتماعی تایید گردید. برای بدست آوردن ضریب پایایی

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی سطح آگاهی، نگرش و عملکرد آزمودنی ها نسبت به دیابت بارداری برحسب متغیرهای دموگرافیک

عملکرد			نگرش			آگاهی			مشخصات دموگرافیک					
p	خوب	متوسط	ضعیف	p	مثبت	متوسط	منفی	p	خوب	متوسط	ضعیف	تعداد	رتبه	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)			تعداد (درصد)
$P=0/003$	(۲۹,۳)۷	(۵۸,۳)۱۴	(۱۲,۵)۳	$=0/003p$	(۰)۰	(۱۰۰)۳۵	(۰)۰	$P=0/000$	(۴)۱	(۴)۱	(۹۲)۳۳	بیسواد	تصنیفات	
	(۴۸,۱)۱۱۵	(۴۴,۸)۱۰۷	(۷,۱)۱۷		(۱۳,۷)۳۰	(۷۵,۱)۱۷۸	(۱۲,۲)۳۹		(۹,۱)۲۱	(۳۹,۷)۶۹	(۶۱,۳)۱۴۲			زیر دیپلم
	(۵۲)۳۴۵	(۳۹,۳)۱۸۵	(۸,۷)۴۱		(۱۵,۳)۷۲	(۷۵,۳)۳۵۴	(۹,۴)۴۴		(۱۳,۶)۶۳	(۳۷,۸)۱۲۹	(۵۸,۶)۲۷۲			دیپلم
	(۶۲,۸)۱۴۰	(۳۳,۶)۷۵	(۳,۶)۸		(۲۰,۷)۴۶	(۷۲,۱)۱۶۰	(۷,۲)۱۶		(۲۱,۷)۴۸	(۳۵,۳)۷۸	(۴۳)۹۵			بالای دیپلم
	(۶۹)۲۰	(۲۷,۶)۸	(۳,۴)۱		(۱۴,۳)۴	(۷۵)۲۱	(۱۰,۷)۳		(۱۷,۲)۵	(۳۱)۹	(۵۱,۷)۱۵			دانشجو
$P=0/011$	(۵۱,۶)۴۲۵	(۴۰,۴)۳۳۳	(۸)۶۶	$=0/057p$	(۱۵,۱)۱۲۴	(۷۵,۳)۶۱۹	(۹,۶)۷۹	$P=0/000$	(۱۲,۹)۱۰۵	(۳۷,۵)۲۳۳	(۵۹,۶)۴۸۳	تعداد بارداری ها	شغل	
	(۶۷,۹)۷۶	(۳۰,۴)۳۴	(۱,۸)۲		(۲۱,۶)۲۴	(۷۰,۲)۷۸	(۸,۱)۹		(۳۵,۲)۲۸	(۴۳,۲)۴۸	(۳۱,۵)۳۵			خانه دار
	(۴۰)۱۰	(۵۶)۱۴	(۴)۱		(۱۲)۳	(۸۰)۲۰	(۸)۲		(۴)۱	(۲۸)۷	(۶۸)۱۷			کارمند
	(۶۱,۵)۱۶	(۳۴,۶)۹	(۳,۸)۱		(۸)۲	(۸۴)۲۱	(۸)۲		(۱۶)۴	(۳۳)۸	(۵۲)۱۳			شغل آزاد
$P=0/877$	(۵۳,۳)۴۷۰	(۳۹,۶)۳۵۰	(۷,۲)۶۴	$=0/413p$	(۱۵,۵)۱۳۶	(۷۴,۷)۶۵۷	(۹,۸)۸۶	$P=0/331$	(۱۴,۷)۱۲۸	(۲۸,۷)۲۵۰	(۵۶,۶)۴۹۲	بارداری اول و دوم	تعداد بارداری ها	
	(۵۵,۳)۵۷	(۳۸,۸)۴۰	(۵,۸)۶		(۱۶,۳)۱۷	(۷۷,۹)۸۱	(۵,۸)۶		(۹,۸)۱۰	(۳۵,۳)۳۶	(۵۴,۹)۵۶			بارداری سوم و بالا

میانگین نمره آگاهی، نگرش و عملکرد مادران باردار به ترتیب $20/47 \pm 2/68$ از 24 امتیاز بدست آمد.

بررسی آماری بین نمره آگاهی با سن ($P=0/000$) رابطه معنی دار و مستقیمی را نشان داد. همچنین بین آگاهی افراد با شغل، تحصیلات ارتباط معنی داری مشاهده شد ($P=0/000$) بطوریکه آگاهی افراد کارمند بیشتر از سایر گروه‌های شغلی و با افزایش تحصیلات آگاهی نیز افزایش می‌یافت. ولی ارتباطی با تعداد بارداری‌ها ($P=0/231$) دیده نشد (جدول شماره ۲).

نگرش با تحصیلات ارتباط مستقیم و معنی دار داشت ($P=0/030$)، در حالیکه بین نمره نگرش با سن ($P=0/264$) ارتباطی دیده نشد همچنین بین نگرش با شغل ($P=0/557$) و تعداد بارداریها ($P=0/413$) نیز رابطه معنی داری دیده نشد. (جدول شماره ۲)

نمره عملکرد زنان باردار با سن ($P=0/000$) رابطه مستقیم و معنی دار داشت همچنین عملکرد زنان باردار با

تولد نوزاد مرده، 485 نفر ($48/6\%$) بروز ناهنجاری در جنین را از عوارض دیابت بارداری میدانستند.

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی سطح آگاهی، نگرش و عملکرد آزمودنی ها نسبت به دیابت بارداری

عملکرد		نگرش		آگاهی	
تعداد (درصد)	رتبه	تعداد (درصد)	رتبه	تعداد (درصد)	رتبه
(۷۱)۷۰	ضعیف	(۹۴)۹۲	منفی	۵۸۴	ضعیف
(۳۹/۵)۳۹۰	متوسط	(۷۵/۱)۳۳۸	متوسط	۲۸۴	متوسط
(۵۳/۴)۵۲۷	خوب	(۱۵/۶)۱۵۳	مثبت	(۱۴/۲)۱۳۸	خوب

613 نفر ($61/5\%$) از زنان باردار سابقه خانوادگی دیابت، 309 نفر ($31/1\%$) تعداد بارداری‌های زیاد، 581 نفر ($58/2\%$) حاملگی بالای 30 سال، 690 نفر ($69/1\%$) چاقی و 582 نفر ($58/2\%$) فشارخون بالا را از عوامل خطر ساز برای بروز دیابت بارداری می دانستند. 496 نفر ($49/7\%$) پراداری، 456 نفر ($45/7\%$) پرئوشی و 290 نفر ($29/1\%$) پرخوری را از علایم دیابت بارداری می دانستند.

در مطالعه رحیمی و همکاران سن، چاقی، سابقه خانوادگی دیابت، حاملگی شکم اول، سابقه دیابت بارداری و سابقه سقط عواملی بودند که بطور معناداری شانس ابتلا به دیابت بارداری را افزایش می‌دادند (۱۶). دکتر طباطبایی و همکاران نیز از بین عوامل خطر فقط سن، نمایه توده بدن مادر قبل از بارداری و تعداد بارداری قبلی با بروز دیابت بارداری رابطه معنی دار نشان داد (۱۱). قاسم زاده و همکاران نیز سن بالای ۳۰ سال را ریسک فاکتوری برای دیابت بارداری می‌دانستند. (۱۴) در این مطالعه اکثریت مادران باردار سن بالای ۳۰ سال، سابقه خانوادگی دیابت، تعداد بارداریهای زیاد و چاقی و فشارخون بالا را از عوامل خطر برای دیابت بارداری میدانستند. برای روشن شدن ارتباط این عوامل با دیابت بارداری نیاز به انجام مطالعات تکمیلی بیشتر می‌باشد.

در مطالعه حاضر اکثریت زنان باردار تولد نوزاد درشت، مرده زایی و بروز ناهنجاری در جنین را از عوارض دیابت بارداری نمی‌دانستند. بیش از نیمی از زنان پرخوری، پرنوشی و پراداری را از علائم بیماری نمی‌دانستند که گویای آگاهی ناکافی افراد در خصوص شناخت بیماری است و ضرورت اطلاع‌رسانی در زمینه دیابت بارداری را تاکید می‌نماید. این یافته پژوهش با مطالعه قاسم زاده و همکاران همسویی داشت (۱۴).

در مطالعه حاضر و مطالعه قاسم زاده در تهران نگرش مثبت در مورد کنترل قند خون در سه ماهه دوم بارداری در اکثر افراد تحت مطالعه وجود داشت و نسبت به این موضوع عملکردی مناسب نشان می‌دادند. بیشتر زنان باردار سنین بالاتر از ۳۰ سال را در افزایش دیابت بارداری موثر میدانستند و معتقد بودند که پیاده‌روی و انجام ورزش‌های سبک در کنترل دیابت بارداری موثر است. (۱۴)

طبق یافته‌ها در این مطالعه اکثریت زنان باردار نسبت به کنترل وزن، فشارخون و قندخون زمان بارداری عملکرد خوبی داشتند و از مصرف قند اضافی و چربی‌های اشباع شده

شغل ($P=0/011$) و تحصیلات ($P=0/003$) معنی دار بود. در حالیکه با تعداد بارداری‌ها ($P=0/837$) رابطه‌ای مشاهده نشد (جدول شماره ۲).

نمره آگاهی با نمره نگرش، نمره آگاهی با نمره عملکرد همچنین نمره نگرش با نمره عملکرد رابطه مستقیم و معنی دار داشت ($P=0/000$).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعات متعددی در زمینه غربالگری، بررسی شیوع و عوامل خطر ساز دیابت بارداری صورت گرفته است (۳، ۱۳-۸) در حالیکه در زمینه آگاهی، نگرش و عملکرد زنان باردار نسبت به دیابت بارداری فقط می‌توان به مطالعه قاسم‌زاده در تهران اشاره نمود (۱۴).

در این مطالعه عمده نمونه‌ها آگاهی ضعیف و نگرش متوسط نسبت به دیابت بارداری داشتند (جدول شماره ۳). این موضوع گویای ضرورت آموزش و ارتقای آگاهی می‌باشد. بررسی‌ها نشان می‌دهند که آموزش بر کنترل و درمان بیماری موثر است بطوریکه آموزش بیماران دیابتی سبب کاهش میزان بستری آنها در بیمارستان می‌شود (۲۱). آگاهی ضعیف اکثریت نمونه‌ها در این پژوهش با مطالعه بابایی و همکاران که آگاهی افراد بالای ۱۸ سال ساکن بندر بوشهر نسبت به بیماری دیابت در سال ۱۳۸۴ بررسی کرده بود همچنین با مطالعه جوادی و همکاران که بر روی بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت قزوین در سال ۱۳۸۳ انجام شده بود همسویی داشت در مطالعات فوق تنها درصد کمی از زنان مورد مطالعه با دیابت بارداری آشنایی داشتند. (۲۲، ۱۹) در حالیکه با مطالعه قاسم زاده و همکاران که آگاهی، نگرش و عملکرد بیشتر زنان باردار در حد متوسط قرار داشت همسویی نداشت. (۱۴) علت این امر می‌تواند درصد پایین‌تر افراد با تحصیلات بالاتر در این مطالعه در مقایسه با مطالعه قاسم زاده باشد.

بالای ۱۸ سال ساکن بندر بوشهر نسبت به دیابت بارداری در سال ۱۳۸۴ مورد مطالعه قرار داده بود سطح آگاهی با سن ارتباط معنی دار معکوس دیده شد (۲۲). علت این تفاوت می-تواند ناشی از انتخاب نمونه از جمعیت عمومی باشد. آنالیز آماری نشان داد که با افزایش آگاهی به طور معنا داری نگرش افراد افزایش یافته و نمره عملکرد نیز بهبود می‌یابد. از آنجاییکه اغلب زنان باردار، پرسنل مراکز بهداشتی درمانی را منبع کسب اطلاعات خود معرفی کرده بودند. با توجه به نقش حساس و کلیدی پرسنل بهداشتی و عنایت به اینکه یکی از نکات اساسی در ارتقای آگاهی، نگرش و عملکرد، آموزش صحیح می‌باشد بنابراین این ارتقای سطح دانش و بهبود نگرش ارائه دهندگان خدمات بهداشتی با بکارگیری شیوه‌های جدید و افراد مجرب و اتخاذ سیاست‌هایی برای بالا بردن آگاهی جامعه ضروری به نظر می‌رسد.

همسو با مطالعه بابایی، دومین منبع کسب اطلاعات زنان باردار رادیو و تلویزیون اعلام شده بود لذا تقویت برنامه های رادیویی و تلویزیونی و سایر رسانه های جمعی در راستای توانمندسازی مردم برای مراقبت از خود و خانواده امری لازم و ضروری است. و صدا و سیما نیز باید در این زمینه همت بیشتری در جهت ارتقای سطح آگاهی مردم بگمارد.

تشکر و قدردانی:

این پژوهش با کمک معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شد. از همکاران محترم معاونت پژوهشی و معاونت بهداشتی و مادران عزیزی که در انجام این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

(روغن‌های جامد) خودداری می‌کردند و روزانه ورزش‌های سبک انجام داده و یا پیاده‌روی می‌کردند. که با یافته‌های مطالعه قاسم زاده و همکاران همخوانی داشت (۱۴).

همسو با بسیاری از مطالعات، در این پژوهش با افزایش تحصیلات نمره آگاهی، نگرش و عملکرد افزایش می‌یافت که این ارتباط از نظر آماری معنی دار بود (۱۴، ۲۴-۲۲). به نظر می‌رسد که سواد بالاتر ابزاری برای توانمندی بیشتر در زنان با تحصیلات بالاتر در کسب اطلاعات باشد. بر اساس یافته‌های کارولن و همکاران که به منظور بررسی نگرش زنان باردار نسبت به دیابت حاملگی در یک جمعیت متشکل از نژادهای گوناگون در استرالیا انجام شد سطح تحصیلات پایین‌تر با بی‌توجهی نسبت به پیامدهای جدی دیابت حاملگی همراه بود (۲۰).

در این مطالعه آگاهی و عملکرد زنان باردار کارمند بیشتر از سایر گروه‌های شغلی بود چنین به نظر می‌رسد افراد کارمند به دلیل بالاتر بودن سطح تحصیلات و در دسترس داشتن محیط آموزشی مناسب و امکان برقراری ارتباط مؤثر و قوی از آگاهی بالاتری نسبت به سایر شغل‌ها برخوردار هستند. در مطالعه قاسم زاده و همکاران مادران بارداری که دانشجو بودند از آگاهی، نگرش و عملکرد بالاتری نسبت به سایرین برخوردار بودند (۱۴).

با افزایش سن نمره آگاهی و عملکرد در زنان باردار افزایش می‌یافت که این امر می‌تواند به دلیل دریافت آموزش‌هایی باشد که با گذر زمان و در طی مراقبت‌های بارداری کسب کرده اند. در مطالعه قاسم زاده و همکاران میزان آگاهی، نگرش و عملکرد خوب در افراد بالای ۳۵ سال بیشتر بوده است (۱۴). در حالیکه در مطالعه بابایی که آگاهی افراد

1. Abtahi H.R, Gharati M.R, Mohammadi M, nikkar M.M, Torbat M. Persian translation of Scott J.R, Gibbs R.S, Karlan B.Y, Haney A.F (editors), Danforth's Obstetrics and Gynecology, Chapter 15, 9th ed., 2003, Tehran, NOORE DANESH Publication, 2005; Chapter 15[Persian]
2. Dabela D, Snell – Bergeon J, Hartsfield C, et al. Increasing prevalence of gestational diabetes mellitus overtime and by birth cohort. *Diabetes Care* 2005;28(3):579-84.
3. Afkhami Ardakani M, Rashidi M. Gestational Diabetes. *JSSU* 2006; 14 (2) :82-93 [Persian]
4. Mohamadbeigi A, Tabatabaee H.R, Mohamadsalehi N. Modeling the determinants of gestational diabetes in Shiraz. *KAUMS Journal (FEYZ)* 2009; 13 (1) :37-42 [Persian].
5. Turok DK, Ratcliffe SD, Baxley EG. Management of gestational diabetes mellitus. *Am Fam Physician* 2003; 68(9): 1767-72.
6. Di Cianni G, Volpe L, Lencioni C, Miccoli R, Cuccuru I, Ghio A, et al . Prevalence and risk factor for gestational diabetes assessed by universal screening. *Diabetes Res Clin Pract* 2003; 62 (2): 131-7.
7. Barnett PH, Braunstein G. Diabetes mellitus. In: Carpenter CC, Andreoli TE (Editors). *Cecil essentials of medicine*, 2007; PP677-97.
8. Khoshnmat Nikoo M ، Abbaszadeh Ahranjani S ، Larijani B. A review on the prevalence of gestational diabetes mellitus (GDM) in different regions of Iran. 2009; 8 (1): 1-10[Persian]
9. Hematyar M, Khabiri M. Prevalence of gestational diabetes and comparison of mean maternal age in healthy and gestational diabetes patients at Javaheri hospital(2003-2006). *J Qazvin Univ Med Sci* 2008;12 (1):69-72 [Persian].
10. Manafi M, Khadem Ansari M., Rabeipour S, Hajeir M.S. GESTATION DIABETES MELLITUS INCIDENCE IN THE PREGNANT WOMEN REFERRED TO URMIA MEDICAL CENTERS. *URMIA MEDICAL JOURNAL* 2008; 19 (2) :158-162 [Persian]
11. Tabatabaei A, Fallah Z, Haghghi S, Farmani M, Horri N, Eslamian Z, Emami T, Hassan Zadeh AA, Amini M. Prevalence and Risk Factors for Gestational Diabetes Mellitus in Pregnant Women of Isfahan, Iran. *Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism* 2007; 9 (3): 251-9 [Persian]
12. Hadaegh F, Kheyrandish M, Shafeie R, Tohidi M. The Prevalence of Gestational Diabetes in Bandar Abbas. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2004; 6 (3) :225-233 [Persian].
13. Kashanizadeh N., Laloe A., Evaluation of 50-gr Glucose Tolerance Test for Detection of Gestational Diabetes in Pregnant Women without Risk Factor. *Kowsar Medical Journal* 2006; 11 (2) :205-212[Persian]
14. Ghasem zadeh S, Dadmanesh M, Safari A, Ebrahimi S. The Study on the knowledge, attitude and function of gestated mother's about gestational diabetes that referred to army khanvadeh hospital from 2005 to 2006. *JAUMS* 2007; 5 (3):1325-30 [Persian].
15. Mohammadbeigi A ، Tabatabaei H, Zeighami B ، Mohammad Salehi N. Determination of diabetes risk factors during pregnancy among women reside in Shiraz. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders* 2007;7 (1): 77-84[Persian]
16. Rahimi M, Dinari Zh, Najafi F. Prevalence of gestational diabetes and its risk factors in Kermanshah 2009. *BEHBOOD JOURNAL* 2010; 14 (3):244-250 [Persian]
17. Rooniasizadeh F. Persian translation of Harrison's Principales of Internal Medicine, By: Branwald, Tehran, TABIB Publication, 2002; p1675 [Persian]
18. MacNeill S, Dodds L, Hamilton D, Armson BA, VandenHof M. Rate and risk factors for recurrence of gestational diabetes. *Diabetes Care* 2001;24 (4):659-62.

19. Javadi A, Javadi M, Sarvghadi F. Awareness, Attitude and Practice of Diabetic Patients Referred to Boalisina Diabetes Center in Ghazvin in regard to Diabetes Disease. *JBUMS* 2004; 11 (3) :9-15 [Persian]
 20. Carolan M, Steele C, Margetts H. Attitudes towards gestational diabetes among a multiethnic cohort in Australia. *J Clin Nurse* 2010;19(17-18):2446-53.
 21. Franz MJ, Bantle JP, Beebe CA, Brunzel JD, Chiasson JL, Garg A, et al. Nutrition principles and recommendations in diabetes. *Diabetes care* 2004;27 suppl 1:s36-46.
 22. Dunn SM, Beeney LJ, Hoskins PL, Turtle JR. Knowledge and attitude change as predictors of metabolic improvement in diabetes education. *Soc Sci Med* 1990;31(10):1135-41.
 23. Babae QR, Soltanian AR, Khalkhaly HR, Rabieian M, Bahreini F, Afkhami Ardekani M. People Awareness on Diabetes Disease and Complications in Bushehr, Iran using Linear Models. *PAYAVARD SALAMAT JOURNAL* 2007;1(1) : 52-58 [Persian]
 24. Aranda JM Jr, Vazquez R. Awareness of hypertension and diabetes in the Hispanic community. *Clin Cornerstone* 2004; 6(3) 7-13.
- Tessaro I, Smith Sh.L, Ray Sh. Knowledge and perceptions of diabetes in an Appalachian population. *Prev Chronic Dis* 2005; 2(2): A13.