

## نیاز سنجی آموزشی زنان باردار از دیابت حاملگی جهت انجام زایمان ایمن و تولد نوزاد سالم

مریم هاشمی بنی<sup>۱</sup>، محمد رحیمی مدیسه<sup>۲\*</sup>، اشرف خسروی<sup>۱</sup>، افسانه ملکپور تهرانی<sup>۱</sup>، زیبا علیجانی<sup>۱</sup>، زهرا ایازی<sup>۱</sup>  
دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران؛<sup>۱</sup> کمیته تحقیقات دانشجویی، مرکز تحقیقات گیاهان دارویی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۳/۷/۲۷ تاریخ پذیرش: ۹۳/۸/۲۶

### چکیده:

زمینه و هدف: دیابت حاملگی با شیوعی حدود ۷ درصد موارد حاملگی، مختص زنان باردار می باشد و موجب عدم تحمل گلوکز در آنان می گردد. عدم تشخیص و درمان به موقع آن موجب عوارض جدی در مادر و جنین طی دوران بارداری و هنگام زایمان می شود. این مطالعه با هدف نیاز سنجی آموزشی زنان باردار از دیابت حاملگی جهت انجام زایمان ایمن و تولد نوزاد سالم طراحی و اجرا شده است.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی مقطعی، ۱۰۱ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد در بهار سال ۱۳۹۳، به روش نمونه گیری آسان انتخاب و وارد مطالعه شدند. از پرسشنامه ای محقق ساخته متشکل از ۴۰ سوال شامل سه بخش سوالات دموگرافیک، آگاهی سنجی و نیاز سنجی آموزشی به عنوان ابزار جمع آوری اطلاعات استفاده شد. میزان آگاهی و نیاز آموزشی زنان باردار در خصوص زایمان ایمن و تولد نوزاد سالم ارزیابی گردید.

یافته ها: زنان با تحصیلات در مقطع کاردانی، همچنین زنانی که در بستگان خود دارای فرد دیابتی بودند، اطلاعات بیشتری در مورد دیابت داشتند. به طور میانگین ۹۲/۱ درصد زنان باردار به سوالات آگاهی سنجی پاسخ صحیح و ۷/۹ درصد پاسخ اشتباه دادند. در راستای نیاز سنجی آموزشی ۶۴/۱ درصد اعلام نمودند که در رابطه با موضوعات مرتبط با دیابت دوران بارداری نیاز به آموزش دارند و ۳۵/۹ درصد اعلام نمودند نیاز به آموزش ندارند. ۸۷/۳ درصد زنان از عوارض دیابت حاملگی بر سلامت جنین و نوزاد آگاهی متوسط و خوب و ۱۲/۷ درصد آگاهی ضعیف داشتند.

نتیجه گیری: زنان باردار با سن کمتر از ۳۵ سال، به علت عدم اطلاع از پایین بودن میزان آگاهی خود، بیشتر در معرض خطر بوده و نیاز به توجه و آموزش بیشتری در زمینه دیابت حاملگی جهت انجام زایمان ایمن و تولد نوزاد سالم دارند.

واژه های کلیدی: دیابت، حاملگی، زایمان ایمن، نیاز آموزشی، نیازسنجی.

### مقدمه:

که انتظار می رود تا سال ۲۰۳۰ تعداد مبتلایان به دیابت به دو برابر میزان فعلی آن برسد و این اپیدمی دیابتی، شامل زنان باردار نیز می گردد. دیابت بارداری، به عنوان یک بیماری خاموش، پدیده حاملگی را تحت تأثیر قرار می دهد؛ بر مادر و جنین اثرات سوء گذاشته و منجر به پیامدهای نامطلوب در دوران بارداری و هنگام زایمان می گردد (۴). این

عدم تحمل گلوکز در طی حاملگی، به عنوان دیابت شیرین حاملگی طبقه بندی می شود (۱). دیابت حاملگی با شیوع حدود ۷ درصد موارد حاملگی، یکی از عوارض شایع دوران حاملگی است (۲،۳). در سراسر جهان، افزایش پیش رونده ی شیوع دیابت در دهه های اخیر مشهود و به عنوان یکی از معضلات بهداشتی مطرح می باشد به طوری

به شرایط مبتلایان به این نوع دیابت، این افراد باید ۶ هفته بعد از ختم حاملگی دوباره معاینه شده و طبق تعریف دیابت و بر اساس میزان قند خون کنترل شده مجدداً ارزیابی شوند (۱۲-۱۰).

در دیابت حاملگی بدون علامت، ابتلا به دیابت بدون علائم بوده و مشکل اصلی این بیماری تشخیص آن است. اکثر بیماران مبتلا به دیابت حاملگی در این گروه قرار می‌گیرند؛ به طوری که حدود ۷۰ درصد موارد دیابت حاملگی، بدون علائم بالینی می‌باشند. برای تشخیص دیابت در این گروه از بیماران با هدف جلوگیری و کاهش عوارض در مادر و جنین، بررسی زودرس این اختلال با کمک آزمایشات غربالگری طی دوره ی حاملگی ضروری است؛ زیرا عدم کنترل دیابت تا ۹۰ درصد در نوزادان و تا ۳۰ درصد در مادر، با مرگ و میر همراه است (۵، ۱۳). به علاوه، این افراد در معرض خطر ابتلا به دیابت نیز هستند؛ لذا انجام بررسی های غربالگری و جستجوی دیابت حاملگی، امکان انجام اقدامات پیشگیرانه را برای مادر و نوزاد فراهم می‌کند. در دیابت حاملگی بدون علامت، قند خون مادر باردار حدود ۲۰ درصد پایین تر از حد معمول بوده و به طور معمول بین ۵۵-۵۶ میلی گرم بر دسی لیتر می‌باشد (۶، ۱۰). همچنین در نوع دوم دیابت که دیابت علامت دار نامیده می‌شود اختلالات بینایی، پرنوشی، پرخوری، پر ادراری، کاهش وزن و گیجی شایع و خطرناک بوده و آن‌ها را نیز باید کنترل نمود (۱۴، ۱۵) که لازم است با برنامه و تدابیری به این مهم دست یافت. در این بین یکی از راه های مشارکت والدین جهت ارتقاء سلامت خود و جنینی که در حال پرورش آن هستند، آموزش آن‌ها می‌باشد. در همین راستا برای دسترسی به اهداف آموزشی ابتدا باید نیازسنجی آموزشی مورد بررسی قرار گیرد. بررسی و تعیین نیازهای آموزشی مادران باردار بسیار مهم و با اهمیت است؛ زیرا پس از نیازسنجی آموزشی می‌توان در صورت لزوم اقدام به

اختلال به دو گروه مهم "بدون علامت و علامت دار" تقسیم می‌شود. عدم تشخیص و درمان به موقع این نوع از دیابت، موجب افزایش عوارض در مادر و جنین خواهد شد.

از آنجایی که به طور فیزیولوژیک، قند خون ناشتای خانم های باردار پایین تر از حد معمول است، کشف این بیماری با بررسی های بیشتر، اهمیت بسیار زیادی دارد و انجام آزمایشات روتین مانند بررسی قند خون ناشتا، تقریباً هیچ ارزشی در تشخیص دیابت دوران حاملگی ندارد (۵، ۶). گلوکز (قند) خون این افراد غیرمعمول و بیشتر از حد طبیعی بوده و انجام آزمایش تحمل گلوکز در این نوع از دیابت لزومی ندارد (۵، ۷).

زنان بارداری که سن آن‌ها کمتر از ۲۵ سال و دارای وزن طبیعی و فاقد سابقه ی دیابت در اعضای درجه یک خانواده ی خود مانند پدر، مادر، خواهر و یا برادر هستند، کمتر در معرض خطر ابتلا به دیابت حاملگی می‌باشند؛ اما عوامل خطر سازی وجود دارند که احتمال ابتلاء مادر به دیابت حاملگی را افزایش می‌دهند که شامل سن بالای ۳۰ سال، سابقه وجود دیابت در اعضای خانواده، فشار خون بالا، تعداد بارداری های بیشتر از ۵ مورد، سابقه سقط و زایمان زودرس می‌باشند. تشخیص بالینی دیابت حاملگی، بسیار مهم بوده و درمان آن شامل استفاده از رژیم غذایی و در صورت لزوم تزریق انسولین در مادر و مراقبت از جنین و نوزاد در مراحل قبل و بعد از زایمان است تا بتوان عوارض ناشی از این نوع دیابت را که شامل مرگ و آسیب های جنینی، آسیب های حین زایمان و همچنین عوارض مادری آن مانند انجام سزارین و فشار خون مزمن می‌باشد را کاهش داد (۸، ۹). گرچه تعدادی از مبتلایان به این نوع دیابت ممکن است بعد از زایمان دچار دیابت شوند؛ اما در اغلب زنان مبتلا به دیابت حاملگی ممکن است بعد از زایمان وضعیت تنظیم گلوکز خون به حد طبیعی باز گردد. با توجه

آموزش افراد نمود و سطح آگاهی و مهارت آن ها را در جهت کاهش موارد پرخطر افزایش داد (۱۶).

با تغییر در سبک زندگی و رژیم غذایی مردم در کشورهای مختلف، ابتلاء به بیماری ها از جمله دیابت و دیابت بارداری رو به افزایش است و زنان مبتلا به دیابت بارداری، مستعد ابتلاء به دیابت نوع دو، افزایش خطرات حول زایمان و آنومالی های مادرزادی به دنبال اختلال در کنترل قند خون بوده (۱۷) و ۹۰ درصد این نوع حاملگی ها با عوارض جدی مامایی همراه هستند که افزایش پره اکلامپسی، پیلونفریت، زایمان زودرس و فشار خون به ویژه بعد از هفته ۳۴ حاملگی را به دنبال دارند (۴) و باید توجه داشت که ۳-۵ درصد مرگ و میر پره ناتال و مرگ و میر مادران باردار به علت عوارض پیچیده ی دیابت و عدم کنترل قند خون است (۱۷)؛ لذا با توجه به موارد ذکر شده و اهمیت دیابت بارداری، این مطالعه با هدف نیازسنجی آموزشی زنان باردار از دیابت حاملگی جهت انجام زایمان ایمن و تولد نوزاد سالم انجام گردید.

### روش بررسی:

در این مطالعه توصیفی که به صورت مقطعی در بهار سال ۱۳۹۳ انجام گردید، تعداد ۱۰۱ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی مهدیه و چالشر و مرکز بهداشت شهرستان شهرکرد که برای دریافت مراقبت های دوران بارداری مراجعه نموده بودند، به روش نمونه گیری آسان انتخاب و وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به این مطالعه شامل زنانی بود که در محدوده ی سنی ۱۸-۴۵ سال قرار داشتند و حاملگی ایشان با انجام آزمایشات گراویندکس (Gravindex) و HCG مشخص گردیده و بیماری مزمن و پیچیده ای نداشتند. زنانی که دارای سن کمتر از ۱۸ و بیشتر از ۴۵ سال بودند و یا بارداری ایشان هنوز تأیید نگردیده بود؛ همچنین زنانی که دارای بیماری مزمن و پیچیده ای بودند از این مطالعه خارج شدند.

ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه ای محقق ساخته مشکل از ۴۰ سوال شامل سه بخش سوالات دموگرافیک، آگاهی سنجی و نیازسنجی آموزشی بود که روایی محتوی آن توسط ۵ نفر از اعضای محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد تأیید و نظرات آن ها در خصوص گویه های پرسشنامه اعمال گردید. همچنین با انجام Test Retest و با آلفای کرونباخ ۰/۷۵ پایایی و اعتبار پرسشنامه تأیید گردید. پرسشنامه ها با انجام مصاحبه، بررسی پاسخ آزمایش بارداری و اندازه گیری فشار خون خانم های باردار و توسط ۲ نفر پرستگر زن فارغ التحصیل در رشته ی کارشناسی مامایی و کاردانی بهداشت خانواده برای زنان باردار تکمیل گردید. شرکت مراجعه کنندگان در این مطالعه اختیاری و در هر مرحله از تکمیل پرسشنامه، امکان انصراف از پاسخگویی به سوالات وجود داشت.

اطلاعات جمع آوری شده از طریق پرسشنامه ها پس از دسته بندی و ورود به رایانه، با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و استفاده از آمار توصیفی از جمله گزارش فراوانی ها، نسبت بین آن ها، میانگین و انحراف معیار گزارش گردید.

### یافته ها:

حداقل و حداکثر سن شرکت کنندگان بین ۱۸-۴۵ سال بود و بیشترین و کمترین درصد شرکت کنندگان به ترتیب در گروه سنی ۳۰-۲۶ سال با میزان ۳۳/۷ درصد و گروه سنی ۴۱ سال و بالاتر با میزان ۳ درصد قرار داشتند. اکثر شرکت کنندگان در مطالعه (۶۴/۴ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم بودند و تنها ۸/۹ درصد دارای مدرک کاردانی و ۲۴/۷ دارای مدرک کارشناسی بودند. ۱۵ درصد از شرکت کنندگان سابقه ی سقط جنین را گزارش نمودند. از کل موارد سابقه ی سقط جنین ۶۰ درصد مربوط به افراد با تحصیلات دیپلم و کمتر از آن و ۴۰ درصد مربوط به افراد با تحصیلات کارشناسی بود. نتیجه ی

۱۲/۷ درصد آگاهی ضعیف داشتند. بالاترین میزان آگاهی شرکت کنندگان در خصوص سوالات مطرح شده در مورد دیابت، مربوط به افراد دارای تحصیلات کاردانی بود (جدول شماره ۱).

#### جدول شماره ۱: میزان آگاهی زنان باردار در مورد دیابت حاملگی با توجه میزان تحصیلات

سطح تحصیلات	میزان آگاهی (درصد)	
	متوسط	خوب
دیپلم و کمتر	۱۵/۴	۸۴/۶
کاردانی	۰	۱۰۰
کارشناسی	۳/۸	۹۶/۲
جمع	۱۱	۸۹

از مجموع ۱۲ سوال بررسی میزان آگاهی و نیازسنجی آموزشی مطرح شده در این مطالعه، به طور میانگین ۹۲/۱ درصد پاسخ صحیح و ۷/۹ درصد پاسخ اشتباه دادند و در همین راستا ۶۴/۱ درصد اعلام نمودند که در رابطه با موضوعات مرتبط با دیابت دوران بارداری نیاز به آموزش دارند و ۳۵/۹ درصد اعلام نمودند که نیاز به آموزش ندارند (جدول شماره ۲ و ۳).

#### جدول شماره ۲: برآیند فراوانی نسبی و حدود اطمینان ۹۵٪ بر پایه ی مقادیر پاسخگویی به سوالات نگرش و تعیین نیاز به آموزش

نسبت	حدود اطمینان ۹۵ درصد
۹۲/۷	۸۷/۲-۹۶/۹
۷/۹۳	۳-۱۲/۷
۶۴/۱	۶۰/۲-۶۷/۹
۳۵/۹	۳۲-۳۹/۷

آزمایشات دوران بارداری ۸۲/۲ درصد شرکت کنندگان طبیعی و ۱۷/۸ درصد غیر طبیعی بود. از بخش غیر طبیعی نتیجه آزمایشات ۶/۹ درصد دارای قندخون غیر طبیعی، ۸/۹ درصد دچار عفونت ادراری و ۲ درصد نیز دارای سایر مشکلات بودند. تنها ۱۱ درصد شرکت کنندگان دچار افزایش وزن غیر طبیعی بودند. ۲۵/۷ درصد از افراد شرکت کننده در خانواده ی خود دارای فرد دیابتی بودند و ۷۴/۳ درصد افراد شرکت کننده در خانواده خود فرد مبتلا به دیابت نداشتند. میانگین فشارخون سیستولی شرکت کنندگان  $98/8 \pm 10/41$  بود که دامنه فشار خون سیستولی بین ۷۰ الی ۱۴۰ میلیمتر جیوه داشتند. همچنین دامنه فشار خون دیاستول نیز ۴۰ الی ۱۰۰ میلیمتر جیوه با میانگین  $62/6 \pm 7/91$  بود.

در پاسخ به سوال کلی نیاز به آموزش در مورد دیابت، ۷۳/۳ درصد شرکت کنندگان در مطالعه جواب مثبت و ۲۶/۷ درصد جواب منفی دادند. با توجه به اهمیت ریسک فاکتورها در ایجاد دیابت، ۱۳ درصد شرکت کنندگان فاقد فعالیت روزانه مانند پیاده روی و ورزش بودند و ۴۱ درصد کمتر از یک ساعت و ۴۶ درصد، ۱-۲ ساعت در شبانه روز پیاده روی و ورزش می کردند. در پاسخ به سوال میزان خواب در شبانه روز، میزان خواب شرکت کنندگان بین ۵-۱۴ ساعت بود که ۴۲/۶ درصد (بیشترین میزان)، ۹-۱۰ ساعت و ۲ درصد (کمترین میزان) بیشتر از ۱۲ ساعت خواب در شبانه روز داشتند. از نظر دفعات خوردن غذا، ۶۵/۳ درصد سه وعده، ۳۰/۷ درصد بیش از سه وعده و ۴ درصد کمتر از سه وعده غذا می خوردند. اکثریت افراد شرکت کننده در مطالعه (۸۰/۲ درصد) در بین وعده های غذایی تنقلات استفاده می کردند.

در بین کلیه شرکت کنندگان در مطالعه ۸۷/۳ درصد زنان از عوارض دیابت حاملگی بر سلامت جنین و نوزاد آگاهی متوسط و خوب و

**جدول شماره ۳: توزیع فراوانی و درصد پاسخگویی به سوالات و نیاز به آموزش در زنان باردار شرکت کنندگان در مطالعه**

ردیف	گویه / سوال	چگونگی پاسخگویی			نیاز به آموزش
		ندارست	دارد	ندارد	
۱	خانم هایی که یکی از بستگان نسبی شان دچار دیابت است، احتمال ابتلا به دیابت حاملگی در آنان بیشتر است.	۹۱/۱	۸/۹	۶۸/۳	۳۱/۷
۲	خانم های باردار و کم تحرک، کمتر در معرض دیابت حاملگی هستند.	۸۹/۱	۱۰/۹	۶۰/۴	۳۹/۶
۳	خانم های باردار و چاق، کمتر در معرض دیابت حاملگی هستند.	۹۷	۳	۵۷/۴	۴۲/۶
۴	احتمال ابتلا به دیابت نوع ۲، در زنان مبتلا به دیابت حاملگی، کمتر است.	۷۰/۳	۲۹/۷	۷۶/۲	۲۳/۸
۵	زنان مبتلا به دیابت حاملگی، در دوران بارداری نیاز به مراقبت و درمان (مصرف دارو یا تزریق انسولین) ندارند.	۹۱/۱	۸/۹	۷۰/۳	۲۹/۷
۶	زنان مبتلا به دیابت حاملگی، باید زایمان خود را در یک مرکز مجهز درمانی انجام دهند.	۹۷	۳	۶۰/۴	۳۹/۶
۷	نوزادان مادران دیابتی، باید بعد از تولد تحت مراقبت ویژه درمانی قرار بگیرند.	۹۵	۵	۵۹/۴	۴۰/۶
۸	خانم های مبتلا به دیابت حاملگی، در بارداری های بعدی خود در معرض افزایش قند خون نیستند.	۹۳/۱	۶/۹	۷۱/۳	۲۸/۷
۹	زنان مبتلا به دیابت حاملگی، در طول بارداری نیاز مند مشاوره با متخصص تغذیه در مورد میزان مواد غذایی و کالری مورد نیاز خود هستند.	۹۹	۱	۶۵/۳	۳۴/۷
۱۰	تغییر سبک زندگی زنان در جامعه امروز، مانند کم تحرکی و استراحت زیاد، از دیابت حاملگی جلوگیری می نماید.	۸۹/۱	۱۰/۹	۶۰/۴	۳۹/۶
۱۱	تغییر رژیم غذایی زنان جوان و استفاده از غذاهای پرکالری زمینه ساز دیابت حاملگی و نداشتن زایمان طبیعی و ایمن است.	۹۷	۳	۶۱/۴	۳۸/۶
۱۲	ابتلا به دیابت حاملگی و نداشتن زایمان طبیعی و ایمن می تواند سلامت و زندگی جنین و نوزاد را تهدید نماید.	۹۶	۴	۵۸/۴	۴۱/۶
نسبت کل					
		۹۲/۰۷	۷/۹۳	۶۴/۱	۳۵/۹

داده ها بر حسب درصد بیان شده اند.

**بحث:**

نتایج این تحقیق نشان داد که زنانی که در بستگان خود فرد دیابتی دارند، با توجه به پیگیری های درمانی انجام شده توسط ایشان، میزان اطلاعات و آگاهی شان در مقایسه با زنانی که با افراد دیابتی کمتر مراد داشته اند، بیشتر و می توانند با تغییر نگرش های خود نسبت به این بیماری، عملکرد بهتری جهت مدیریت آن داشته باشند. این نتایج با نتایج مطالعه ی قاسم زاده و همکاران که نشان داد، آگاهی و نگرش افراد با عملکرد آن ها رابطه مستقیم دارد، یعنی هر چه میزان آگاهی افراد بیشتر و نگرش آن ها بهتر باشد، عملکرد مناسب تری را از آن ها مشاهده خواهیم نمود

بررسی نیازهای آموزشی اولین گام جهت انجام مداخلات آموزشی است (۱۸) که در این مطالعه با توجه به اهمیت دیابت بارداری در سلامت مادر و نوزاد به آن پرداخته شد. در این مطالعه بالاترین میزان تقاضای آموزش، مربوط به گروه زنانی بود که دارای تحصیلات دیپلم و کمتر از دیپلم بودند. تدوین و اجرای برنامه های آموزشی در مورد مراقبت های دوران بارداری و با تأکید بر دیابت حاملگی، باعث کاهش و حذف بروز بارداری های پر خطر و ارتقاء سلامت مادران و تولد نوزادان سالم و در نهایت سلامت افراد جامعه می گردد (۱۶).

ندارند، ممکن است تعدادی به سوالات، پاسخ صحیح داده باشند و در واقع هم نیاز به آموزش نداشته باشند؛ اما حدود ۸ درصد این افراد نه تنها به سوالات پاسخ صحیح نداده اند، بلکه بیان نموده اند که نیاز به آموزش هم ندارند که قطعاً چنین مادرانی با توجه به نقش و جایگاهی که از نظر پیشگیری از بیماری ها و ارتقاء سلامت خود و اعضای خانواده دارند، در صورت عدم آموزش و آگاهی یافتن از بارداری ایمن می توانند صدمات جبران ناپذیری را به فرزندان و پس از آن به افراد جامعه وارد نمایند.

برای داشتن دوران بارداری سالم و زایمانی ایمن، لازم است آموزش های لازم به زنان باردار در خصوص میزان فعالیت و ساعات خواب و استراحت ایشان توسط مسئولین مربوطه ارائه گردد. همچنین با عنایت به تغییر سبک زندگی و استفاده از رژیم های غذایی پر کالری، چرب و آماده (فست فود) در خانواده ها، و به ویژه نسل جوان که هم اکنون در سنین باروری می باشند، لازم است مسئولین بهداشتی کشور ضمن بررسی نیازهای آموزشی زنان باردار جامعه، درخصوص استفاده از این گونه مواد غذایی و مشکلاتی از جمله افزایش فشار خون و دیابت حاملگی که زنان باردار را تهدید می کند، بیشتر بررسی نموده و آموزش های لازم را به زنان باردار ارائه نمایند. بر اساس بررسی های مختلف نیز استفاده از فست فود و کم تحرکی از ریسک فاکتورهای ایجاد دیابت محسوب می شوند (۲۳). در این راستا نتایج این مطالعه و مطالعه ی امانی و همکاران نشان می دهند که بخش قابل توجهی از مردم جامعه به استفاده از این مواد غذایی علاقه مند و در نتیجه در معرض خطرات ناشی از مصرف این قبیل غذاها می باشند (۲۴).

میزان خود مراقبتی و خودکار آمدی در افراد دارای سن پایین تر در مقایسه با افراد با سن بالاتر، کمتر است. در این مطالعه نیز به نظر می رسد که زنان باردار با سن کمتر (زیر ۳۵ سال)، به علت عدم اطلاع از پایین بودن میزان آگاهی خود، بیشتر در معرض

(۱۹)، در یک راستا می باشند. بررسی میزان آگاهی و نیازهای آموزشی زنان باردار با عمق بخشی به بررسی ها و شناخت نقاط قوت و ضعف در هر یک از گروه ها و طبقات اجتماعی، می تواند منجر به شناسایی افراد در معرض خطر و آسیب دیده گردیده؛ و با برنامه ریزی و آموزش این قبیل افراد، می توان به توانمند سازی آن ها، ارتقاء سلامتی و پیشگیری از مشکلات و بیماری هایی که در معرض خطر آن هستند، اقدام نمود (۱۶، ۱۸). با نیازسنجی آموزشی و اجرای برنامه های آموزشی می توان خود مدیریتی و خود کنترلی را در متقاضیان ارتقاء بخشید. همچنین با توجه به اینکه خودکارآمدی، یکی از عوامل پیش نیاز در خود مدیریتی و خودکنترلی دیابت بارداری تلقی می شود و درصد قابل ملاحظه ای از افراد تحت مطالعه، دارای خودکارآمدی پایین بوده اند؛ لذا ضروری است که با انجام مداخلات بهداشتی و راهبردهای آموزشی- مشاوره ای، خودکارآمدی زنان باردار افزایش یابد تا بدین ترتیب منجر به بهبود خود مراقبتی و ارتقای سلامت در آنان و نوزادان شان گردد (۴، ۲۰). در همین راستا نیز بیان شده است که همه ی افراد مبتلا و در معرض دیابت جهت کنترل بیماری و پیشگیری از عوارض آن به آموزش نیاز دارند (۲۰)، اما سوابق بعضی از مطالعات مشابه نشان می دهد که در هر دو جنس و حتی زنان باردار که ضامن سلامتی خود و فرزندشان می باشند، علی رغم ضعف در آگاهی و اطلاعات، خود را نیازمند به آموزش نمی دانند (۱۶، ۲۲). در بخش چگونگی پاسخگویی به سوالات آگاهی سنجی و نیازسنجی آموزشی این مطالعه نیز، صرفنظر از میزان پاسخگویی صحیح به سوالات مطرح شده، تعدادی از افراد به سوالات پاسخ اشتباه داده اند؛ که در این افرادی گروهی نیاز به آموزش را درخواست و بیان نموده اند و گروهی نیز در ارتباط با سوالات ۱۲ گانه، اعلام نموده اند که نیاز به آموزش ندارند. گرچه از مجموع ۳۹/۹ درصد افرادی که بیان نموده اند نیاز به آموزش

### کاربرد یافته های پژوهش در بالین:

با انجام نیازسنجی آموزشی زنان باردار در ارتباط با دیابت حاملگی و ارائه آموزش های لازم به ایشان، به طور قابل توجهی احتمال خطر برای مادر و جنین در این دوران کاهش و مادران ضمن کسب تجربه ای شیرین از دوران بارداری خود، نیاز کمتری به بستری شدن در بیمارستان در طول دوران بارداری و پس از آن پیدا نموده و عوارض زایمان نوزادی ماکرووزوم نیز متوجه آن ها نخواهد بود. از سوی دیگر، در صورت دیابتی نبودن مادر در دوران بارداری، نوزاد با وزن طبیعی متولد خواهد شد و احتمال ایجاد عوارضی همچون شکستگی استخوان های کتف، ترقوه و بازو، همچنین فلج ارب، شوک هیپوگلیسمیک و غیره در روزهای اول زندگی، کمتر متوجه آن ها خواهد بود و نیاز به بستری شدن طولانی مدت در بیمارستان نخواهند داشت.

### تشکر و قدردانی:

بدین وسیله از پرسنل مراکز بهداشتی مهدیه و اشکفتک شهرستان شهرکرد، همچنین زنان باردار شرکت کننده در این مطالعه قدردانی می گردد.

خطر بوده و نیاز به توجه و آموزش بیشتری در این زمینه دارند که این یافته با نتایج برخی دیگر از مطالعات مطابقت دارد (۱۶، ۲۵).

### نتیجه گیری:

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه زنان باردار با سن کمتر از ۳۵ سال، به علت عدم اطلاع از پایین بودن میزان آگاهی خود، بیشتر در معرض خطر بوده و نیاز به توجه و آموزش بیشتری در زمینه دیابت حاملگی جهت انجام زایمان ایمن و تولد نوزاد سالم دارند. در واقع تجارب زنان باردار در حاملگی های اول، محدود و با توجه به پدیده ی تک فرزندی اغلب زنان باردار این دوره دارای تجارب کمتری بوده و به همین علت در معرض آسیب های بیشتری از جمله دیابت هستند؛ لذا برای جلوگیری از تهدیداتی که دیابت حاملگی برای مادران و فرزندان آن ها دارد، لازم است که مسئولین بهداشتی، این قبیل مادران را شناسایی و مورد نیازسنجی آموزشی قرار داده و بر اساس نیازهای مشخص شده، نسبت به برنامه ریزی و آموزش آنان اقدام نمایند تا ضمن حفظ و ارتقاء سلامت زنان باردار، به ارتقاء سلامت نوزادان و آینده سازان جامعه، توجه بیشتری گردد.

### منابع:

1. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Harrison's principles of internal medicine, 17th ed. USA: McGraw-Hill Professional; 2008.
2. Kjos SL, Buchanan TA. Gestational diabetes mellitus. New England Journal of Medicine. 1999; 341(23): 1749-56.
3. Mulla WR, Henry TQ, Homko CJ. Gestational diabetes screening after HAPO: has anything changed? Current Diabetes Reports. 2010; 10(3): 224-8.
4. Bastani F, Zarrabi R. Correlations of self-efficacy among women with gestational diabetes. hayat. 2010; 16(4): 56-65.
5. Delavary AR, Mahdavihazaveh AR, Norozinejad A, Azizy F, Goya MM. Physician and diabetes. Ministry of Health and Medical Education: Markaze Nashre Seda; 2004.
6. Dornhorst A, Beard RW. Gestational diabetes: a challenge for the future. Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association. 1993; 10(10): 897-905.
7. De Veciana M, Major CA, Morgan MA, Asrat T, Toohey JS, Lien JM, et al. Postprandial versus preprandial blood glucose monitoring in women with gestational diabetes mellitus requiring insulin therapy. The New England journal of medicine. 1995; 333(19): 1237-41.
8. Schwartz R, Teramo KA. Effects of diabetic pregnancy on the fetus and newborn. Seminars in Perinatology. 2000; 24(2): 120-35.

9. Pedersen Jr. The pregnant diabetic and her newborn: problems and management: Archives of Disease in Childhood. 1968; 43(229): 391.
10. Ben-Haroush A, Yogev Y, Hod M. Epidemiology of gestational diabetes mellitus and its association with Type 2 diabetes. Diabetic Medicine. 2004; 21(2): 103-13.
11. Kitzmiller JL, Cloherty JP, Younger MD, Tabatabaai A, Rothchild SB, Sosenko I, et al. Diabetic pregnancy and perinatal morbidity. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1978; 131(5): 560-80.
12. Murphy HR, Temple RC, Ball VE, Roland JM, Steel S, Zill EHR, et al. Personal experiences of women with diabetes who do not attend pre-pregnancy care. Diabetic Medicine. 2010; 27(1): 92-100.
13. Hanna FW, Peters JR. Screening for gestational diabetes; past, present and future. Diabetic Medicine. 2002; 19(5): 351-8.
14. Roche EF, Menon A, Gill D, Hoey H. Clinical presentation of type 1 diabetes. Pediatric Diabetes. 2005; 6(2): 75-8.
15. Kawano K, Hirashima T, Mori S, Saitoh Y, Kurosumi M, Natori T. Spontaneous long-term hyperglycemic rat with diabetic complications. Otsuka Long-Evans Tokushima Fatty (OLETF) strain. Diabetes. 1992; 41(11): 1422-8.
16. Rahimi-Madiseh M. Assessing educational needs of pregnant women about complications of Icterus Neonatorum. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences. 1999; 1(3): 49-54.
17. Gabbe SG, Graves CR. Management of diabetes mellitus complicating pregnancy. Obstetrics and gynecology. 2003; 102(4): 857-68.
18. Rahimi-Madiseh M, Rahimi-Madiseh S, Gorji M. Continuing education in nursing and midwifery personnel to develop the human resources strategy. Journal of Medical Education Development. 2010; 1(4):11-20.
19. 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 khavvadeh hospital from 2005 to 2006. Annals of Military and Health Sciences Research. 2007; 5(3): 1325-30.
20. Mensing C, Boucher J, Cypress M, Weinger K, Mulcahy K, Barta P, et al. National standards for diabetes self-management education. Diabetes Care. 2002; 25 (Suppl 1): 140-7.
21. Haas L, Maryniuk M, Beck J, Cox CE, Duker P, Edwards L, et al. National standards for diabetes self-management education and support. Diabetes Care. 2013; 36 (Suppl 1): 100-8.
22. Clement S. Diabetes self-management education. Diabetes Care. 1995; 18(8): 1204-14.
23. Fagen C, King JD, Erick M. Nutrition management in women with gestational diabetes mellitus: a review by ADA's Diabetes Care and Education Dietetic Practice Group. Journal of the American Dietetic Association. 1995; 95(4): 460-7.
24. Amani F, Rahimi E, Farzizadeh F, Didehvari E, Nasirpor F, Ahmadi F. Evaluation of the use of fast-food in Ardabil people. Special 8<sup>th</sup> students Congress in University of Medical Sciences. 2012: 156.
25. Jensen T, Borch-Johnsen K, Kofoed-Enevoldsen A, Deckert T. Coronary heart disease in young type 1 (insulin-dependent) diabetic patients with and without diabetic nephropathy: incidence and risk factors. Diabetologia. 1987; 30(3): 144-8.



## Educational needs assessment of gestational diabetes in pregnant women for safe delivery and healthy baby birth

Hashemi-Beni M<sup>1</sup>, Rahimi-Madiseh M<sup>2\*</sup>, Khosravi A<sup>1</sup>, Malekpur-Thehrani A<sup>1</sup>,  
Alijani Z<sup>1</sup>, Ayazi Z<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ShahreKord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran;

<sup>2</sup>Student Research Committee, Medical Plants Research Center, Shahrekord University of  
Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran.

Received: 19/Oct/2013 Accepted: 17/Nov/2014

**Background and aims:** Gestational diabetes, with an incidence of about 7 percent of pregnancies, is limited to pregnant women and causes glucose intolerance in these patients. Lack of diagnosis and early treatment can cause serious complications for both mother and fetus either during pregnancy or delivery. This study aimed to perform an educational needs assessment of gestational diabetes in pregnant women for safe delivery of healthy baby.

**Methods:** In this descriptive cross-sectional study, 101 pregnant women referred to health centers of Shahrekord University of Medical Sciences, were selected to educational needs assessment using convenience sampling. A questionnaire made by researcher was used for data collection consisted of 40 questions on demographics, knowledge assessment and educational needs assessment. The level of knowledge and educational needs of pregnant women on safe delivery of healthy baby was assessed.

**Results:** Women with an associate degree, as well as the women who have at least one diabetic case in their family had higher level of information about diabetes. 92.1% of women correctly answered the questions, while an average 7.9% failed. Regarding to the educational needs assessment, 64.1% declared that they need to learn about gestational diabetes whereas 35.9% did not need. A total of 87.3% of women had moderate to high level of knowledge on serious outcomes of gestational diabetes on fetal and neonatal health and 12.7% percent had poor knowledge.

**Conclusion:** Pregnant women younger than 35 years who are not aware of their low level of information are at higher risk. Therefore in order to have a safe delivery and a healthy baby birth, they need more education on gestational diabetes.

**Keywords:** Diabetes, Pregnancy, Safe delivery, Educational needs, Needs assessment.

**Cite this article as:** Hashemi-Beni M, Rahimi-Madiseh M, Khosravi A, Malekpur-Thehrani A, Alijani Z, Ayazi Z. Educational needs assessment of gestational diabetes in pregnant women. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2015; 4(1): 59-67.

---

**\*Corresponding author:**

Medical Plants Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R.  
Iran.Tel:00989132840272, E-mail: m\_rahimi7@yahoo.com