

# پیش‌بینی رفتارهای خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت بارداری بر اساس باور فرد به توانایی خود (خودکارآمدی) معصومه کردی<sup>۱</sup>، مه سیما بنائی<sup>۲\*</sup>، دکتر نگار اصغری پور<sup>۳</sup>، سید رضا مظلوم<sup>۴</sup>، دکتر فریده اخلاقی<sup>۵</sup>

۱. استادیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. مربی گروه پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۵. استاد گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۲/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۴/۰۳

## خلاصه

**مقدمه:** دیابت بارداری یکی از مسائلی است که منجر به پیامدهای نامطلوب بارداری می‌شود. خودمراقبتی، اولین قدم برای کمک به بیماران جهت مدیریت بهتر بیماری شان است که یکی از عوامل مرتبط با آن، باور فرد به توانایی خود در انجام یک کار یا انطباق با یک موقعیت فشارزا (خودکارآمدی) است، لذا مطالعه حاضر با هدف پیش‌بینی رفتارهای خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت بارداری بر اساس باور فرد به توانایی خود (خودکارآمدی) انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه همبستگی پیش‌بینی کننده در سال ۱۳۹۴ بر روی ۴۰۰ زن مبتلا به دیابت بارداری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی و درمانگاه‌های مامایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر مشهد انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات فردی، خودمراقبتی برگرفته از مقیاس خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی (SDSCA) و خودکارآمدی پیرامون دیابت بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و مدل رگرسیون خطی انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** ۲۴۸ نفر (۶۲٪) از زنان مبتلا به دیابت بارداری، خودکارآمدی متوسط و ۲۶۱ نفر (۶۵/۲٪) خودمراقبتی متوسط داشتند. بر اساس نتایج آزمون پیرسون، بین خودکارآمدی با خودمراقبتی، همبستگی مستقیم و معنی‌داری وجود داشت ( $r=0/31$ ,  $p<0/0001$ ). همچنین بر اساس مدل رگرسیون خطی عمومی، خودکارآمدی به عنوان متغیر پیش‌بینی کننده خودمراقبتی محسوب می‌شد ( $p<0/0001$ ).

**نتیجه‌گیری:** خودکارآمدی قادر به پیش‌بینی رفتارهای خودمراقبتی در زنان مبتلا به دیابت بارداری می‌باشد. همچنین با توجه به رابطه خطی مستقیم بین این دو متغیر در این مطالعه و خودکارآمدی متوسط در زنان مبتلا به دیابت بارداری، ضروری است اهمیت مداخلات روان‌شناختی در درمان دیابت بارداری مورد تأکید قرار گیرد.

**کلمات کلیدی:** خودکارآمدی، خودمراقبتی، دیابت بارداری

\* نویسنده مسئول مکاتبات: مه سیما بنائی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۹۱۵۱۱؛ پست الکترونیک:

banaei@m@yahoo.com

## مقدمه

در سراسر جهان، افزایش پیش‌رونده شیوع دیابت، به عنوان یکی از معضلات بهداشتی مطرح می‌باشد؛ به طوری که انتظار می‌رود تا سال ۲۰۳۰، تعداد مبتلایان به دیابت به ۲ برابر میزان فعلی برسد که این اپیدمی دیابتی، شامل زنان باردار نیز می‌شود (۱). مطالعات نشان می‌دهند در جوامعی که دیابت نوع ۲ شیوع بیشتری دارد، دیابت بارداری نیز شایع‌تر است (۲). دیابت بارداری به صورت درجات مختلف عدم تحمل کربوهیدرات که اولین بار در دوران بارداری شروع و یا تشخیص داده شود، تعریف می‌شود (۳) و به طور معمول از اواسط بارداری شروع شده و تا آخر بارداری ادامه دارد (۴). دیابت بارداری، مهم‌ترین عارضه طبی و اختلال متابولیکی شایع در زمان بارداری است و شیوع آن در سراسر نقاط جهان در حال افزایش است (۵)؛ به طوری که ۱۸-۱۴٪ از کل زنان باردار در معرض خطر دیابت بارداری هستند (۶) که کمترین میزان شیوع آن در ایران در اردیبه‌ل با ۱/۳٪ و بیشترین شیوع آن در کرج با مقدار ۱۸/۶٪ گزارش شده است (۷). دیابت بارداری به عنوان یک بیماری خاموش، بر مادر و جنین اثرات سوء گذارده و منجر به پیامدهای نامطلوب بارداری و زایمانی می‌شود (۸). زنان مبتلا به دیابت بارداری، مستعد ابتلاء به دیابت نوع ۲، افزایش خطرات حول و حوش زایمانی و ناهنجاری‌های مادرزادی به دنبال اختلال در کنترل قندخون بوده و ۹۰٪ این نوع حاملگی‌ها، همراه با عارضه جدی مامایی است که افزایش پره‌اکلامپسی، پیلونفریت و فشارخون را به دنبال دارد (۹). این عوارض با مراقبت‌های دوران بارداری و با مشارکت فعال بیمار، قابل پیشگیری است (۱۰). بنابراین با توجه به شیوع روزافزون این اختلال و هزینه‌های مربوط به آن، درمان و کنترل بیماری ضروری است (۱۱). با این حال، این بیماری، درمان قطعی ندارد (۱۲) و مهم‌ترین عامل کنترل آن، رفتارهای خودمراقبتی است (۱۳)؛ زیرا بیش از ۹۵٪ مراقبت‌ها بر عهده خود بیمار است (۱۴).

خودمراقبتی، اولین قدم برای کمک به بیماران جهت مراقبت و مدیریت بهتر بیماریشان می‌باشد و شعار

سلامت سال ۲۰۱۴ "یک عمر سلامتی با خودمراقبتی" ضرورت ارتقای توانمندی افراد را برای مراقبت از سلامت خود نشان می‌دهد (۱۵). منظور از خودمراقبتی، تزریق صحیح و به موقع انسولین، رعایت رژیم غذایی، فعالیت‌های ورزشی منظم، شناسایی علائم افزایش قندخون، مصرف منظم داروها و افزایش کیفیت زندگی است (۱۶). طبق نظر اورم، مراقبت از خود، فعالیت‌هایی است که هر فرد برای خود آن را تشخیص و انجام می‌دهد تا به این وسیله حیات و تندرستی خود را حفظ کند و احساس سلامتی داشته باشد (۱۷). همچنین خودمراقبتی، عمل سنجیده‌ای است که برای پاسخ به نیازهای ایجاد شده توسط بیماری انجام می‌شود. این رفتار از طریق تعامل و ارتباط با گروه‌های بزرگ اجتماعی کسب می‌شود (۱۸).

هدف از خودمراقبتی، کنترل سطح گلوکز خون در محدوده طبیعی و کاهش تنوع عوارض می‌باشد (۱۵). مطالعه هیس‌لر و همکاران (۲۰۰۲) نشان داد برنامه‌های خودمراقبتی، بروز عوارض دیابت را تا بیش از ۵۰٪ کاهش می‌دهد (۱۹). برخی مطالعات نیز نشان داده‌اند که درمان دیابت به میزان زیادی بستگی به رفتار و خودمراقبتی دارد (۲۰). عوامل چندگانه‌ای از متغیرهای فردی تا متغیرهای روانی بر رفتارهای خودمراقبتی در دیابت تأثیرگذار است (۲۱) و مطالعاتی که عوامل مرتبط با خودمراقبتی در دیابت را بررسی کرده‌اند، نقش مهمی برای عامل خودکارآمدی قائل شده‌اند (۲۲، ۲۳).

خودکارآمدی به عنوان یک مفهوم از مفاهیم تئوری یادگیری اجتماعی مطرح شده است و اولین بار در سال ۱۹۷۷ توسط بندورا مطرح شد (۲۴) که در واقع، باور و انتظار فرد مبنی بر ظرفیت تأثیرگذاری بر پیامد مطلوب، از طریق تلاش‌های فردی است (۲۵) و تعامل بین عوامل فردی، رفتاری و محیطی در سلامتی و بیماری را که در کنترل دیابت بااهمیت می‌باشند، توضیح می‌دهد (۱). اگرچه عوامل دیگری وجود دارند که به عنوان برانگیزاننده‌های رفتار انسان عمل می‌کنند، اما همه آنها تابع باور فرد هستند. چنانچه بندورا مهم‌ترین پیش شرط جهت تغییر رفتار را خودکارآمدی می‌داند که بین آگاهی و عمل ارتباط برقرار می‌کند

(۲۶). خودکارآمدی، اطمینان خاطر فرد نسبت به خود در انجام یک فعالیت خاص می‌باشد و افراد را قادر می‌سازد تا با استفاده از مهارت‌ها در برخورد با موانع، کارهای فوق‌العاده‌ای انجام دهند. بنابراین خودکارآمدی عاملی مهم برای انجام موفقیت‌آمیز عملکرد و مهارت‌های انسانی لازم برای انجام آن است. عملکرد مؤثر، هم به داشتن مهارت و هم باور در توانایی انجام آن مهارت‌ها نیاز دارد. از طرفی خودکارآمدی بر میزان تلاش برای انجام یک وظیفه اثر می‌گذارد و از منابع مختلف از جمله توفیق‌ها و شکست‌های فرد، مشاهده موفقیت یا شکست دیگران و ترغیب کلامی سرچشمه می‌گیرد (۲۷). همچنین با توجه به اینکه خدمت‌رسانی در حوزه بهداشت و سلامت جامعه در بیشتر کشورهای دنیا از جمله ایران با چالش‌های مهمی مواجه است، خودکارآمدی موجب می‌شود تا وابستگی به سامانه‌های بهداشت و درمان کاهش یابد (۲۶).

تحقیقات انجام شده نشان می‌دهند افرادی که از نظر خودکارآمدی قوی هستند، معتقدند که قادرند به طور مؤثری از عهده کنترل رویدادهای زندگی خود برآیند. این درک و عقیده به آنها دیدگاهی متفاوت از کسانی می‌دهد که از نظر خودکارآمدی ضعیف هستند؛ زیرا این احساس اثر مستقیمی بر رفتار آنان دارد (۲۸). در واقع، خودکارآمدی بالا باعث افزایش انگیزه و ممارست فرد در به‌دست آوردن هدف مورد نظر خواهد شد (۲۶). چنانچه در مطالعه اندرسون و همکاران (۲۰۰۰) افراد مبتلا به دیابت که دارای خودکارآمدی بالاتری بودند، نگرش مثبتی نسبت به دیابت و درک بهتری از این بیماری داشتند (۲۹) و بر اساس نتایج مطالعه باستانی و همکاران (۲۰۱۰) بین خودکارآمدی با سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۱).

به نظر می‌رسد سازه خودکارآمدی بر تبعیت از درمان، ایفای نقش می‌کند (۳۰). نتایج مطالعه بوگر و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که خودکارآمدی یک پیش‌گویی کننده قوی خود مدیریتی بیماران دیابتی می‌باشد (۳۱)، در حالی که چلبووی و همکار (۲۰۰۶) و گیلیبراند و همکار (۲۰۰۶) ارتباطی بین خودکارآمدی و خودمراقبتی در دیابت نیافتند (۳۲، ۳۳).

از آنجایی که در رویکردهای اهداف توسعه هزاره توانمندسازی زنان، ارتقای بهداشت روانی زنان و کاهش مرگ و میر کودکان، مورد توجه جدی در حیطه مراقبت‌های بهداشتی اولیه بوده است، بنابراین توجه به خودکارآمدی و خودمراقبتی در زنان مبتلا به دیابت بارداری می‌تواند عامل کلیدی مهمی در پیشگیری از پیامدهای نامطلوب مادری و نوزادی باشد (۲۰). با توجه به اهمیت بیماری دیابت بارداری و تناقضات نتایج مطالعات پیشین (۲۴) و با توجه به اینکه در محیط‌های فرهنگی متفاوت، می‌توان انتظار نتایج متفاوتی از مطالعه متغیرهای روانی داشت (۲۰) و با عنایت به این که اطلاعات اندکی در مورد خودکارآمدی زنان باردار دیابتیک وجود دارد (۱)، مطالعه حاضر با هدف پیش‌بینی رفتارهای خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت بارداری (متغیر ملاک) بر اساس باور فرد به توانایی خود (خودکارآمدی) (متغیر پیش‌بین) در درمانگاه‌های مامایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد (ام البنین (س)، امام رضا (ع) و قائم (عج)) و مراکز بهداشتی- درمانی شهر مشهد انجام شد.

## روش کار

این مطالعه همبستگی پیش‌بینی کننده در فاصله زمانی خرداد تا آبان سال ۱۳۹۴ بر روی ۴۰۰ زن مبتلا به دیابت بارداری در شهر مشهد انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمام زنان مبتلا به دیابت بارداری بودند که جهت کنترل بارداری به مراکز بهداشتی- درمانی و درمانگاه‌های مامایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد مراجعه می‌کردند. جهت انجام نمونه‌گیری توسط پژوهشگر، درمانگاه‌های مامایی (ام البنین (س)، امام رضا (ع) و قائم (عج)) و مراکز بهداشتی- درمانی به عنوان چارچوب نمونه‌گیری این پژوهش انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای بود؛ به طوری که انتخاب مراکز بهداشتی- درمانی اصلی به صورت طبقه‌ای، انتخاب مراکز فرعی بهداشتی- درمانی تحت پوشش مراکز اصلی به صورت خوشه‌ای و نمونه‌گیری افراد از مراکز فرعی بهداشتی منتخب و نیز درمانگاه‌های مامایی ام‌البنین (س)، قائم (عج) و امام رضا (ع) به صورت در دسترس انجام شد. ابتدا مراکز بهداشتی- درمانی اصلی

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات فردی، خودمراقبتی برگرفته از مقیاس خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی (SDSCA)<sup>۲</sup> و خودکارآمدی پیرامون دیابت بود. پرسشنامه اطلاعات فردی، حاصل مروری بر مطالعات انجام شده در این زمینه و محقق ساخته بود. پرسشنامه خودمراقبتی، تعدیل یافته و برگرفته از مقیاس خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی (SDSCA) توبرت و گلاسگو (۳۴) و با توجه به منابع و کتب معتبر علمی تنظیم شده است؛ به این صورت که سؤالات مقیاس SDSCA بررسی شده و سؤالاتی که مربوط به مراقبت از پا بوده حذف و به قسمت رژیم غذایی و پایش قند خون با توجه به جمعیت مورد مطالعه، ۲ سؤال اضافه شد که در نهایت شامل ۱۴ سؤال مربوط به فعالیت‌های خودمراقبتی می‌باشد و به افراد مورد مطالعه اجازه می‌دهد میزان پای‌بندی به رفتارهای خودمراقبتی مربوط به دیابتشان را در ۷ روز گذشته گزارش کنند. این پرسشنامه شامل ۶ قسمت: داشتن رژیم غذایی سالم (۶ سؤال)، فعالیت بدنی (۲ سؤال)، پایش قند خون (۳ سؤال)، تزریق انسولین (۱ سؤال)، مصرف صحیح داروی خوراکی (۱ سؤال) و سیگار کشیدن (۱ سؤال) می‌باشد. سؤالات با دامنه نمرات صفر تا ۷ در مقیاس لیکرت است و پاسخ‌ها به صورت صفر (به معنی در هیچ یک از روزهای هفته انجام ندادم) تا ۷ (هر ۷ روز هفته انجام دادم) طبقه‌بندی شده است. نمره‌دهی آن نیز بر اساس مقیاس SDSCA بوده و به غیر از سؤال سیگار که نمره ۰ یا ۱ داده می‌شود، به سایر سؤالات نمره ای بین ۰ تا ۷ داده می‌شود (۳۵، ۳۶). با توجه به اینکه به فرد صرفاً رژیم غذایی، فعالیت بدنی، پایش قند خون، مصرف متفورمین یا تزریق انسولین و یا هر یک از این موارد با هم توصیه شده بود، افراد با توجه به نوع درمان به پرسشنامه پاسخ می‌دادند. بنابراین سؤالات مربوط به همان قسمت برای فرد در نظر گرفته و نمره داده شد. از آنجایی که درمان افراد متفاوت و در نتیجه تعداد سؤالات پاسخ داده شده متفاوت بود، جهت یکسان‌سازی امتیاز کل پرسشنامه، نمره دریافتی هر

شهرستان مشهد (مراکز بهداشتی- درمانی ۱، ۲، ۳، ۴، ۵) که شامل تمام مراکز سطح شهر مشهد (پنج مرکز) می‌شوند، هرکدام به عنوان یک طبقه (در مجموع ۵ طبقه) در نظر گرفته شدند تا نمونه‌گیری در همه آن‌ها انجام شود. سپس فهرستی از تمام مراکز بهداشتی- درمانی شهری فرعی تحت پوشش هر یک از مراکز پنج‌گانه اصلی فوق تهیه شد. در هر طبقه بین ۵-۱ مرکز بهداشتی- درمانی فرعی متناسب با تعداد این مراکز در هر مرکز اصلی، به صورت تصادفی (از طریق قرعه‌کشی) به عنوان خوشه انتخاب شدند. از هر خوشه منتخب، با توجه به جمعیت تحت پوشش (متناسب با حجم)، بین ۷۹-۱۰ نفر که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، به صورت در دسترس انتخاب شدند. در مجموع هر ۵ مرکز بهداشتی- درمانی اصلی، ۱۵ مرکز بهداشتی- درمانی فرعی و ۴۰۰ واحد پژوهش انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: ایرانی و ساکن مشهد، تشخیص دیابت بارداری توسط پزشک و گذشتن حداقل یک هفته از تشخیص (زیرا پرسشنامه خودمراقبتی، فعالیت‌های خودمراقبتی مربوط به ۷ روز گذشته را می‌سنجد)، بارداری تک‌قلو، دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم اعتیاد به مواد مخدر، عدم سابقه یا ابتلای فعلی به بیماری طبی<sup>۱</sup> دیگر، عدم تحصیل در رشته‌های علوم پزشکی، عدم اختلالات گفتاری و شنوایی که مانع برقراری ارتباط با پژوهشگر باشد و عدم بستری در بیمارستان بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل بیمار به ادامه شرکت در مطالعه، عدم تکمیل کامل پرسشنامه‌ها، عدم تحویل پرسشنامه‌های خودمراقبتی پس از ۲ هفته پیگیری و بستری در بیمارستان قبل از اتمام دوره پیگیری بود. برای تعیین حجم نمونه از مطالعه مقدماتی استفاده شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول مقایسه حجم نمونه برای یک رابطه با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪، ۳۹۸ نفر برآورد شد که با احتساب ۵٪ ریزش نمونه، ۴۱۸ نفر وارد مطالعه شدند.

<sup>۱</sup> بیماری قلبی، تنفسی، کلیوی، اختلالات تیروئیدی، صرع، فشار خون بالا، کم خونی، بیماری‌های مقاربتی، عفونی، عصبی، سل فعال، هیپاتیت B، نقص ایمنی انسانی، سرطان، دیابت آشکار

<sup>۲</sup> Summary of diabetes self-care activities

فرد از کل پرسشنامه بر تعداد سؤالات پاسخ داده شده تقسیم شد و بر اساس نمره به دست آمده، در یکی از سه دسته ضعیف، متوسط و قوی قرار داده شدند؛ به طوری که نمره نهایی خودمراقبتی در مبنای  $0-6/57$  تعیین شده بود و نمره  $2/18-0$  ضعیف،  $4/37-2/19$  متوسط و  $4/38-6/57$  قوی در نظر گرفته شد.

پرسشنامه خودکارآمدی در خصوص بیماران دیابتیک، توسط مرکز تحقیقات دانشگاه استنفورد آمریکا (۳۷) طراحی شده است و در یک مطالعه ایرانی (۱) در خصوص خودکارآمدی در زنان باردار نیز مورد سنجش قرار گرفته است. همچنین گزارش شده است این پرسشنامه از ابزارهای استاندارد و معتبر می باشد که به کرات در پژوهش های متعدد از جمله در چند مطالعه ایرانی مورد استفاده قرار گرفته است (۱). این پرسشنامه شامل ۸ سؤال با دامنه نمرات از یک تا ۱۰ در مقیاس لیکرت است و پاسخ ها به صورت ۱ (اصلاً مطمئن نیستم) تا ۱۰ (کاملاً مطمئن هستم) طبقه بندی شده است. با محاسبه مجموع نمرات ۸ آیتم، نمره خودکارآمدی به دست می آید و اگر بیش از ۲ سؤال پاسخ داده نشود، پرسشنامه نمره گذاری نمی شود. در کل دامنه نمرات بین ۸-۸۰ در نظر گرفته شده که نمرات بالاتر نشان دهنده میزان بیشتر خودکارآمدی است (۳۸)؛ به طوری که افراد بر اساس نمرات دریافتی به سه دسته ضعیف (۳۲-۸)، متوسط (۵۶-۳۳) و خوب (۸۰-۵۷) تقسیم بندی شدند.

در مطالعه حاضر، روایی فرم انتخاب واحد پژوهش، پرسشنامه مشخصات فردی، پرسشنامه خودمراقبتی و خودکارآمدی به روش روایی محتوا تعیین شد؛ بدین صورت که پرسشنامه خودکارآمدی پس از برگردان به فارسی و پرسشنامه خودمراقبتی پس از تهیه از منابع معتبر و با توجه به ابزارهای موجود و پس از اعمال تغییرات بر روی آن متناسب با جمعیت مورد مطالعه، این ابزارها به ۸ تن از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری- مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که در این زمینه اطلاعاتی داشتند ارائه شد. پس از کسب نظرات ایشان و انجام اصلاحات توصیه شده، محتوای پرسشنامه مورد ارزیابی و تأیید نهایی قرار گرفت و پس

از بررسی و لحاظ نمودن پیشنهادات و اصلاحات لازم، ابزار نهایی مورد استفاده قرار گرفت.

پایایی پرسشنامه خودکارآمدی توسط لوریگ (۲۰۰۸) با استفاده از روش آزمون- آزمون مجدد با  $I=0/80$  گزارش شده است (۳۹). همچنین پایایی نسخه فارسی توسط باستانی و همکاران (۲۰۱۰) با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد و ضریب آلفای کرونباخ آن  $0/87$  به دست آمد (۱). پایایی نسخه فارسی مقیاس خلاصه فعالیت های خودمراقبتی (SDSCA) توسط دیدارلو و همکاران (۲۰۱۱) به روش آلفای کرونباخ  $0/74$  به دست آمده است (۴۰). در مطالعه حاضر جهت تعیین پایایی ابزارها نیز از آلفای کرونباخ استفاده شد؛ بدین ترتیب که پس از کسب رضایت از ۳۰ زن مبتلا به دیابت بارداری که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، پرسشنامه ها در اختیار آنان قرار می گرفت که پایایی پرسشنامه خودکارآمدی و خودمراقبتی به ترتیب با ضریب آلفای کرونباخ  $0/82$  و  $0/70$  تأیید شد.

روش انجام کار به این صورت بود که پس از تأیید معاونت پژوهش و کمیته اخلاق دانشگاه و کسب معرفی نامه از دانشکده پرستاری و مامایی مشهد و ارائه آن توسط پژوهشگر به مسئولین مراکز بهداشتی و درمانگاه ها و کسب اجازه از سرپرست این مراکز، پژوهشگر با مراجعه به واحد مامایی، اقدام به نمونه گیری کرد. کل فرآیند نمونه گیری ۵ ماه به طول انجامید. ابتدا اهداف و روش مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات بیمار، توضیح و از مشارکت کنندگان رضایت نامه کتبی اخذ گردید. سپس پرسشنامه مشخصات فردی، خودکارآمدی و خودمراقبتی در اختیار افراد واجد شرایط قرار گرفت و پژوهشگر در مورد نحوه تکمیل صحیح پرسشنامه ها به آنها توضیح داد. پرسشنامه ها زمانی که واحدهای پژوهش در انتظار انجام مراقبت های بارداری نشستند و یا بعد از انجام مراقبت ها در اختیارشان قرار می گرفت. مدت تکمیل پرسشنامه ها به صورت خودگزارش دهی حدود ۲۰ دقیقه طول می کشید و پس از تکمیل، پژوهشگر در صورت مشاهده سؤالات بدون پاسخ، با پرسش از واحدهای پژوهش آن ها را تکمیل می کرد.

استفاده شد. در تمام آزمون‌ها ضریب اطمینان ۰/۹۵ و میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

با خروج ۱۸ نفر از مطالعه (۳ نفر به دلیل بستری در بیمارستان، ۲ نفر به دلیل عدم تمایل به ادامه همکاری، ۱۲ نفر به دلیل عدم مراجعه مجدد جهت تحویل دادن پرسشنامه‌های خودمراقبتی، ۱ نفر به دلیل زایمان قبل از اتمام دوره پیگیری)، در نهایت تجزیه و تحلیل بر روی ۴۰۰ نفر انجام گرفت.

میانگین سن مادران باردار  $31/3 \pm 5/6$  سال و شاخص توده بدنی  $27/5 \pm 4/8$  کیلوگرم بر مترمربع بود. به تمام واحدهای پژوهش توصیه رژیم غذایی، فعالیت بدنی و پایش قند خون شده بود؛ علاوه بر این به ۱۲۴ نفر (۳۱/۰٪) فقط انسولین، به ۱۱ نفر (۲/۷۵٪) فقط متفورمین و به ۱۱ نفر (۲/۷۵٪) متفورمین و انسولین توصیه شده بود. میانگین قند خون ناشتای واحدهای پژوهش در ابتدای مطالعه،  $107/9 \pm 34/7$  و پس از ۲ هفته پیگیری،  $95/7 \pm 22/4$  میلی گرم بر دسی لیتر بود و قند خون ۲ ساعت بعد از غذا پس از دو هفته پیگیری نیز  $129/6 \pm 38/2$  بود. جدول ۱ توزیع فراوانی سایر متغیرهای زمینه‌ای را نشان می‌دهد.

به منظور پیگیری خودمراقبتی واحدهای پژوهش، ۲ نسخه دیگر از پرسشنامه خودمراقبتی در اختیار آنان قرار داده شد تا در پایان هر هفته، ظرف ۲ هفته آینده تکمیل کنند و سپس به مراکز مذکور تحویل دهند. تاریخ مراجعه دوم نیز به آنها گفته شد و پژوهشگر یک شماره تلفن در اختیار واحدهای پژوهش قرار داد تا در صورت داشتن سؤالی در مورد پژوهش با وی تماس بگیرند. جهت یادآوری مراجعه، ۱ الی ۲ روز قبل از زمان مراجعه با افراد مورد پژوهش تماس گرفته می‌شد. قند خون ناشتا و ۲ ساعت بعد از غذا پس از ۲ هفته پیگیری ثبت شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) انجام شد. برای توصیف داده‌ها، از آمار توصیفی شامل شاخص‌های آماری (فراوانی، میانگین و انحراف معیار)، جهت بررسی ارتباط بین دو متغیر اصلی خودکارآمدی و خودمراقبتی (به صورت کمی) از آزمون ضریب همبستگی پیرسون، جهت بررسی پیش‌بینی خودمراقبتی بر اساس خودکارآمدی از مدل رگرسیون خطی عمومی و جهت بررسی اثر متغیرهای مداخله‌گر بر ارتباط خودمراقبتی و خودکارآمدی از رگرسیون چندگانه استفاده شد. همچنین به منظور بررسی میانگین نمره خودمراقبتی بر حسب سطوح متغیرهای مداخله‌گر از آزمون تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه یا کروسکال والیس

جدول ۱- توزیع فراوانی زنان مبتلا به دیابت بارداری بر حسب متغیرهای فردی و مامایی

متغیر	تعداد (درصد)
سن (سال)	کمتر از ۲۰ (۲/۵)
	۲۰-۲۴ (۹/۰)
	۲۴-۳۴ (۵۸/۰)
	بیشتر یا مساوی ۳۴/۱ (۳۰/۵)
شاخص توده بدنی قبل از بارداری (کیلوگرم بر متر مربع)	کمتر از ۱۹/۸ (۳/۵)
	۱۹/۸-۲۵/۹ (۳۷/۰)
	بیشتر یا مساوی ۲۶ (۵۹/۵)
سطح تحصیلات	ابتدایی (۲۱/۲)
	راهنمایی (۱۴/۲)
	دبیرستان (۳۹/۸)
	دانشگاهی (۲۴/۸)
شغل	خانه دار (۹۰/۸)
	شاغل (۷/۰)
	محصل یا دانشجوی (۲/۲)

۱۱ (۲/۸)	طبقه اول	طبقه اجتماعی- اقتصادی
۱۱۵ (۲۸/۷)	طبقه دوم	
۲۲۴ (۵۶/۰)	طبقه سوم	
۴۷ (۱۱/۷)	طبقه چهارم	
۳ (۰/۸)	طبقه پنجم	
۳۳۱ (۸۲/۸)	خواسته	نوع بارداری
۶۹ (۱۷/۲)	ناخواسته	
۸۵ (۲۱/۲)	بلی	سابقه ابتلاء به دیابت بارداری
۳۱۵ (۷۸/۸)	خیر	
۳۷۱ (۹۲/۸)	بلی	علاقه نسبت به یادگیری فعالیت‌های خودمراقبتی
۲۹ (۷/۲)	خیر	

معنی‌داری وجود داشت ( $p < 0.0001$ ,  $t = 0.31$ ). همچنین بر اساس مدل رگرسیون خطی عمومی، خودکارآمدی در این مدل، سطح معنی‌دار کمتر از ۰/۰۵ داشت و به عنوان متغیر پیش‌بینی کننده خودمراقبتی محسوب شد ( $p < 0.0001$ )؛ به طوری که ۹/۶٪ واریانس خودمراقبتی را پیش‌بینی می‌کرد (جدول ۲).

از کل زنان مبتلا به دیابت بارداری، ۶۷ نفر (۱۶/۸٪) خودکارآمدی ضعیف، ۲۴۸ نفر (۶۲/۰٪) خودکارآمدی متوسط و ۸۵ نفر (۲۱/۲٪) خودکارآمدی خوبی داشتند. همچنین ۲ نفر (۰/۵٪) خودمراقبتی ضعیف، ۲۶۱ نفر (۶۵/۲٪) خودمراقبتی متوسط و ۱۳۷ نفر (۳۴/۳٪) خودمراقبتی قوی داشتند. بر اساس نتایج آزمون پیرسون، بین خودمراقبتی با خودکارآمدی رابطه خطی مستقیم و

جدول ۲- نتایج آزمون رگرسیون خطی در مورد رابطه دو متغیر خودکارآمدی و خودمراقبتی

نتیجه آزمون	F	R	df	$\beta$	میانگین $\pm$ انحراف معیار	متغیر
$p < 0.0001$	۴۳/۵	۰/۳۱	۱	۰/۰۲	۴۵/۸۷ $\pm$ ۱۳/۶	خودکارآمدی
-	-	-	-	-	۳/۹۹ $\pm$ ۰/۸	خودمراقبتی

همراه خودکارآمدی به عنوان متغیرهای مستقل و خودمراقبتی، به عنوان متغیر وابسته وارد مدل رگرسیون خطی عمومی شدند. بر اساس آزمون رگرسیون چندگانه در بررسی اثر همزمان متغیرهای تأثیرگذار بر رابطه بین خودکارآمدی و خودمراقبتی، از بین متغیرهای مورد بررسی به جز متغیر شغل (شاغل بودن) که از مدل رگرسیون خارج شد، سایر متغیرها در مجموع همبستگی چندگانه معنی‌داری با خودمراقبتی داشتند ( $p < 0.0001$ )؛ به طوری که ۱۴/۳٪ واریانس خودمراقبتی را پیش‌بینی می‌کردند. همچنین از بین متغیرهای موجود در مدل رگرسیون، متغیر سن ( $p = 0.016$ ) رابطه خطی معنی‌دار جداگانه‌ای با خودمراقبتی داشت (جدول ۳).

معادله خط پیش‌بینی خودمراقبتی بر اساس متغیر خودکارآمدی به صورت زیر بود که بر مبنای آن می‌توان نمره خودمراقبتی هر فرد را با دانستن نمره خودکارآمدی او به دست آورد:

$$\text{(نمره خودکارآمدی} \times 0.02) + 3.07 = \text{نمره خودمراقبتی}$$

همچنین در این مطالعه بین خودمراقبتی با قند خون ناشتا پس از دو هفته پیگیری ( $p = 0.373$ ,  $t = 0.04$ ) ارتباط خطی معنی‌داری وجود نداشت؛ ولی با قند خون ۲ ساعت بعد از غذا پس از ۲ هفته پیگیری ( $p = 0.016$ ،  $t = 0.12$ ) ارتباط خطی مستقیم و معنی‌دار وجود داشت. به منظور کنترل متغیرهای تأثیرگذار، متغیرهای سن، سابقه ابتلاء به دیابت بارداری، شغل، علاقه نسبت به یادگیری فعالیت‌های خودمراقبتی، شاخص توده بدنی، نوع بارداری، تحصیلات و طبقه اجتماعی- اقتصادی به

جدول ۳- نتیجه آزمون همبستگی چندگانه در مورد اثر متغیرهای فردی و مامایی بر ارتباط خودکارآمدی با خودمراقبتی در زنان مبتلا به دیابت بارداری

متغیر	$\beta$	p	Exp. $\beta$
خودکارآمدی پیرامون دیابت بارداری	۰/۰۲۱	<۰/۰۰۰۱	۰/۳۲۳
سن	۰/۰۱۹	۰/۰۱۶	۰/۱۱۹
سابقه ابتلاء به دیابت بارداری	۰/۱۹۶	۰/۰۵۹	۰/۰۹۱
شغل (خانه‌دار)	۰/۱۹۲	۰/۲۴۸	۰/۰۶۳
علاقه نسبت به یادگیری فعالیت های خود مراقبتی	۰/۱۴۱	۰/۳۸۲	۰/۰۴۲
شاخص توده بدنی	۰/۰۰۳-	۰/۷۲۱	۰/۰۱۸-
نوع بارداری	۰/۰۱۰-	۰/۹۲۹	۰/۰۰۴-
تحصیلات	۰/۰۲۸-	۰/۵۰۷	۰/۰۳۵-
طبقه اجتماعی- اقتصادی	۰/۰۴۶-	۰/۴۵۷	۰/۰۳۷-
شغل (محصل یا دانشجو)	۰/۱۹۹-	۰/۵۳۲	۰/۰۳۴-

در بررسی میانگین نمره خودمراقبتی بر حسب سطوح متغیرهای تأثیرگذار، میانگین نمره خودمراقبتی در افراد با سابقه ابتلاء به دیابت بارداری  $۰/۹ \pm ۴/۲$  و در افراد فاقد سابقه ابتلاء به دیابت بارداری  $۰/۸ \pm ۳/۹$  بود که این تفاوت بر اساس آزمون آماری تی مستقل معنی‌دار بود ( $p < ۰/۰۵$ )، اما میانگین نمره خودمراقبتی بر اساس سطوح سن، شغل، علاقه نسبت به یادگیری فعالیت‌های خودمراقبتی، شاخص توده بدنی، نوع بارداری، تحصیلات و طبقه اجتماعی- اقتصادی تفاوت آماری معنی‌داری نداشت (جدول ۴).

در بررسی میانگین نمره خودمراقبتی بر حسب سطوح متغیرهای تأثیرگذار، میانگین نمره خودمراقبتی در افراد با سابقه ابتلاء به دیابت بارداری  $۰/۹ \pm ۴/۲$  و در افراد فاقد سابقه ابتلاء به دیابت بارداری  $۰/۸ \pm ۳/۹$  بود که این تفاوت بر اساس آزمون آماری تی مستقل

جدول ۴- نتایج آزمون‌ها در مورد رابطه متغیرهای فردی و مامایی با خودمراقبتی

نتیجه آزمون	متغیر
* $p=۰/۲۷۷, df=۳, \chi^2=۳/۸$	سن
* $p=۰/۹۳۱, df=۳, \chi^2=۰/۴$	شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع)
** $p=۰/۲۷۰, df=۳, F=۱/۳$	سطح تحصیلات
** $p=۰/۱۴۴, df=۲, F=۱/۹$	شغل
** $p=۰/۲۹۹, df=۴, F=۱/۲$	وضعیت اجتماعی- اقتصادی
*** $p=۰/۸۰۵, df=۳۹۸, t=۰/۲$	نوع بارداری
*** $p=۰/۰۱۱, df=۳۹۸, t=-۲/۵$	سابقه ابتلاء به دیابت بارداری
*** $p=۰/۳۰۷, df=۳۹۸, t=-۱/۰۲$	علاقه نسبت به یادگیری فعالیت‌های خودمراقبتی

\*کروسکال والیس، \*\*آنالیز واریانس یک طرفه، \*\*\*تی مستقل

مادر و نوزادی بر روی ۱۰۰ زن مبتلا به دیابت بارداری و نخست‌زا انجام شد، ۵۸ نفر (۵۸٪) از زنان خودکارآمدی بالایی داشتند (۲۰). با توجه به اینکه در ارتباط با مداخلات مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی، خودکارآمدی به عنوان یک متغیر روانی اجتماعی اصلی محسوب می‌شود؛ بنابراین درصد پایین خودکارآمدی، میزان قابل تأملی است (۱). همچنین خودکارآمدی پایین زنان مبتلا به دیابت بارداری، می‌تواند منجر به عدم پیروی آنان از رژیم‌های توصیه شده برای کنترل

## بحث

در مطالعه حاضر ۲۴۸ نفر (۶۲٪) از زنان مبتلا به دیابت بارداری، خودکارآمدی متوسطی داشتند. در این راستا در مطالعه باستانی و همکاران (۲۰۱۰) نیز با بررسی ۱۰۰ زن مبتلا به دیابت بارداری، فقط ۵۷ نفر (۵۷٪) از زنان مبتلا به دیابت بارداری، دارای خودکارآمدی بالایی بودند (۱). در مطالعه کلهر و همکاران (۲۰۱۵) که با هدف تعیین ارتباط خودکارآمدی زنان مبتلا به دیابت بارداری با پیامدهای



قندخون و به تبع آن، احتمال افزایش پیامدهای نامطلوب بارداری و زایمانی شود (۴۱).

در مطالعه حاضر در ارتباط با سطح خودمراقبتی، حدود ۲۶۱ نفر (۶۵/۲٪) از زنان مبتلا به دیابت بارداری خودمراقبتی متوسط داشتند، در حالی که در مطالعه مؤمنی جاوید و همکاران (۲۰۱۴) که با استفاده از پرسشنامه خودمراقبتی در بارداری و محقق ساخته (۱۳ سؤال) و در شهر تهران انجام شد، ۶۹ نفر (۶۹٪) از زنان مبتلا به دیابت بارداری خودمراقبتی مطلوبی داشتند (۵). در مطالعه حمدزاده و همکاران (۲۰۱۳) که بر روی ۲۸۵ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۱ و ۲ و با استفاده از مقیاس خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی (SDSCA) انجام شد، فقط ۷۵ نفر (۲۷/۳٪) از افراد خودمراقبتی قوی داشتند و اکثر افراد دارای خودمراقبتی متوسط و ضعیف بودند (۳۵). در مطالعه باکودانو و همکاران (۲۰۱۰) در مکزیک که بر روی ۲۵۱ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ و با استفاده از مقیاس توانایی خودمراقبتی (۲۵ سؤال) انجام شد، فقط ۸۳ نفر (۳۳/۵٪) از بیماران، خودمراقبتی خوبی داشتند (۴۲). خودمراقبتی تحت تأثیر فاکتورهای زمینه‌ای از قبیل سن، عوامل فرهنگی و اجتماعی، دانش، انگیزش، نگرش، عملکرد و عوامل محیطی است (۱۷، ۴۳). سن یکی از عوامل مؤثر بر خودمراقبتی است که میانگین سنی در مطالعه حاضر، از مطالعه مؤمنی جاوید بیشتر بود و می‌تواند یکی از علل تفاوت در خودمراقبتی مطالعه حاضر با مطالعه مؤمنی جاوید باشد. از طرفی، جمعیت‌های مورد مطالعه در مطالعه حاضر با مطالعه حمدزاده و باکودانو نیز متفاوت بود. همچنین ابزار گردآوری داده‌ها در مطالعه حاضر و مؤمنی جاوید متفاوت بود. در مطالعه حاضر از پرسشنامه خودمراقبتی محقق ساخته و برگرفته از SDSCA استفاده شد و افراد، ۲ هفته جهت خود مراقبتی پیگیری شدند و نمره نهایی خودمراقبتی، حاصل میانگین ۳ بار اندازه‌گیری بود که از این طریق، احتمال فراموشی پیرامون فعالیت‌های خودمراقبتی کاهش می‌یافت؛ ولی در مطالعه حمدزاده پرسشنامه SDSCA، صرفاً در ابتدای مطالعه به روش مصاحبه تکمیل شده بود.

در مطالعه حاضر بین خودکارآمدی و خودمراقبتی در زنان مبتلا به دیابت بارداری، رابطه خطی مستقیم و معنی‌داری وجود داشت. خودمراقبتی می‌تواند تحت تأثیر باورهای بهداشتی نظیر خودکارآمدی قرار گیرد (۴۱). به عبارتی، هرچه خودکارآمدی فرد بیشتر باشد، عملکرد وی موفقیت‌آمیزتر می‌شود و بر چگونگی تفکر و رفتار و در نتیجه تبعیت از رژیم‌های درمانی تأثیر می‌گذارد (۱). این نتیجه با نظریه بندورا همخوانی داشت که عنوان می‌کند خودکارآمدی روی انگیزش فرد تأثیر گذاشته و هرچه اعتقاد قوی‌تر باشد، فرد فعال‌تر بوده و مداومت رفتار در به دست آوردن هدف خاص، بیشتر خواهد بود (۲۵). در این راستا، در مطالعه مروتی شریف آباد و همکار (۲۰۰۹) که با استفاده از پرسشنامه‌های CIDS (۲۱ سؤال) و پرسشنامه خودمراقبتی توبرت و گلاسگو بر روی ۱۲۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۱ و ۲ انجام شد، خودکارآمدی همبستگی مثبت و معنی‌داری با رفتارهای خودمراقبتی داشت؛ به طوری که افراد مورد مطالعه هرچه بیشتر به کارایی و توانایی خود در جهت انجام رفتارهای خودمراقبتی اعتماد داشتند، رفتار مورد نظر را بیشتر انجام می‌دادند (۲۴). همچنین در مطالعه شکیبازاده و همکاران (۲۰۱۰) که با استفاده از پرسشنامه خودکارآمدی (۸ سؤال) و مقیاس خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی (SDSCA) بر روی ۱۲۸ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد، بین خودکارآمدی با رفتارهای خودمراقبتی همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت (۲۱). به عبارتی می‌توان نتایج مطالعه حاضر و مطالعه مروتی شریف آباد و شکیبازاده را اینگونه توجیه کرد که بیماران با خودکارآمدی بالاتر، هدف‌های بالاتری را برای خود در نظر می‌گیرند، در انتظار پیامدهای بهتری هستند، موانع کمتری بر سر راه خودمراقبتی احساس می‌کنند و انگیزه بیشتر و در نتیجه خودمراقبتی بیشتری نیز دارند (۲۱، ۴۰، ۴۴). ولی در مطالعه چلبووی و همکاران (۲۰۰۶) که خودکارآمدی و حمایت اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی را در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ بررسی شد، خودکارآمدی و رفتار خودمراقبتی همبستگی معنی‌داری نداشتند (۳۲). علت اختلاف در نتایج مطالعه حاضر با مطالعه چلبووی، انجام

احتمال فراموشی فعالیت‌های خودمراقبتی کاهش می‌یافت. پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده بر روی تأثیر آموزش خودکارآمدی بر کنترل تنش‌ها و ارتقاء خودمراقبتی در زنان مبتلا به دیابت بارداری و در جامعه آماری گسترده‌تر و نیز با کنترل متغیرهای فرهنگی- اجتماعی مختلف متمرکز شوند. همچنین تحقیقاتی با هدف تعیین سایر عوامل روانشناختی مرتبط با خودمراقبتی انجام شود.

### نتیجه‌گیری

خودکارآمدی قادر به پیش‌بینی رفتارهای خودمراقبتی در زنان مبتلا به دیابت بارداری می‌باشد. با توجه به رابطه خطی مستقیم بین این دو متغیر و میزان خودکارآمدی پایین زنان مبتلا به دیابت بارداری، ضرورت تقویت خودکارآمدی در زنانی که خودکارآمدی ضعیف دارند، احساس می‌شود.

### تشکر و قدردانی

این پژوهش منتج از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد مامایی مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد طرح ۹۳۱۷۶۰ می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که حمایت مالی این طرح را بر عهده داشتند و همچنین از همکاری صمیمانه مسئولین مراکز بهداشتی- درمانی، درمانگاه‌های مامایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد و واحدهای پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

مطالعه در جمعیت‌های متفاوت و استفاده از ابزارهای سنجش مختلف است؛ به طوری که در مطالعه چلبووی، از پرسشنامه خودکارآمدی ۲۹ سؤالی استفاده شده بود. همچنین از آنجایی که طبق نظر اورم عامل مراقبت از خود تحت تأثیر فاکتورهایی از قبیل عوامل فرهنگی و اجتماعی، دانش، سیستم مراقبت بهداشتی، الگوی زندگی و عوامل محیطی است (۱۷، ۴۳) و میانگین سنی و نمره خودمراقبتی هم در مطالعه حاضر از مطالعه چلبووی کمتر بود، خود این عوامل می‌توانند باعث نتایج متفاوت در مطالعه حاضر و مطالعه مذکور شود.

در مطالعه حاضر همچنین بین خودمراقبتی و قندخون ۲ ساعت بعد از غذا پس از ۲ هفته پیگیری رابطه خطی مستقیم و معنی‌داری وجود داشت. پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند که در دیابت بارداری، حفظ گلوکز خون در حد مطلوب پس از صرف غذا، به پیش از صرف غذا ارجحیت دارد (۳).

از محدودیت‌های این مطالعه، عدم امکان نظارت دقیق بر فعالیت‌های خودمراقبتی و استفاده از پرسشنامه خودمراقبتی به صورت خودگزارشی بود که به پاسخ‌های بیمار اعتماد شد و جهت اطمینان از فعالیت‌های خودمراقبتیشان، قندخون ناشتا و ۲ ساعت بعد از غذا پس از ۲ هفته پیگیری، توسط پژوهشگر ثبت شد. از نقاط قوت مطالعه حاضر این بود که افراد به مدت ۲ هفته پیگیری شدند و ۳ بار پرسشنامه خودمراقبتی در ابتدای مطالعه و طی دو هفته تکمیل می‌شد و نمره نهایی خودمراقبتی حاصل میانگین سه پرسشنامه بود و

### منابع

1. Bastani F, Zarrabi R. Correlations of self-efficacy among women with gestational diabetes. J Hayat 2010; 16(3):56-65. (Persian).
2. Sayehmiri F, Bakhtyari S, Darvishi P, Sayehmiri K. Prevalence of gestational diabetes mellitus in Iran: a systematic review and meta-analysis study. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2013; 15(40):16-23. (Persian).
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetrics. 24<sup>th</sup> ed. New York: McGraw Hill; 2014. P. 322-3.
4. Kopp W. Role of high-insulinogenic nutrition in the etiology of gestational diabetes mellitus. Med Hypotheses 2005; 64(1):101-3.
5. Momeni JF, Simbar M, Dolatian M, Alavi MH. Comparison of pregnancy self-care, perceived social support and perceived stress of women with gestational diabetes and healthy pregnant women. Iran J Endocrinol Metab 2014; 16(3):156-64. (Persian).
6. Mohammadbeygi A, Tabatabaei HR, Mohammad-salehi N. Modeling the determinants of gestational diabetes in Shiraz. Feyz 2009; 13(1):37-42. (Persian).
7. Almasi SZ, Salehiniya H. The prevalence of gestational diabetes mellitus in Iran (1993-2013): a systematic review. J Isfahan Med Sch 2014; 32(299):1396-1412. (Persian).

8. Ju H, Rumbold AR, Willson KJ, Crowther CA. Borderline gestational diabetes mellitus and pregnancy outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008; 8:31.
9. Langer O, Yogev Y, Most O, Xenakis EM. Gestational diabetes: the consequences of not treating. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192(4):989-97.
10. Ford K, Hoyer P, Weglicki L, Kershaw T, Schram C, Jacobson M. Effects of a prenatal care intervention on the self-concept and self-efficacy of adolescent mothers. *J Perinat Educ* 2001; 10(2):15-22.
11. McDowell J, Courtney M, Edwards H, Shortridge-Baggett L. Validation of the Australian/English version of the diabetes management self-efficacy scale. *Int J Nurs Pract* 2005; 11(4):177-84.
12. Hashemi T, Aliloo MM, Poorsharifi H, Bayrami M, Nemati SF. The role of personality characteristics and coping strategies in self-care of patients with type 2 diabetes. *J Clin Psychol* 2013, 5(2):89-99. (Persian).
13. Nordfeldt S, Johansson C, Carlsson A, Hammerijö JA. Prevention of severe hypoglycemia in type I diabetes: a randomized controlled population study. *Arch Dis Child* 2003; 88(3):240-5.
14. Noroozi A, Tahmasebi R, Shaybani B. Relationship between personality trait and self-management in diabetic patients referred to Bushehr medical centers in 2012-13. *Iran South Med J* 2014; 16(6):436-46. (Persian).
15. Hosseinzadeh M. Effect of multiple teaching methods to preventive behavior of postpartum type 2 diabetes in gestational diabetic women attendance to Mashhad health centers. [Msc Thesis]. Mashhad, Iran: Nursing and Midwifery Faculty of Mashhad University of Medical Sciences; 2015. (Persian).
16. Vasli P, Eshghbaz F. Survey condition regarding self-caring of children suffering from diabetes type I and it's relation with family reaction. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2009; 19(69):38-44. (Persian).
17. Memarian R. Orem's self-care nursing model. 1<sup>th</sup> ed. Tehran: Heydari; 1999. P. 93-111. (Persian).
18. Levin LS. Self-care: an international perspective. *Soc Policy* 1976; 7(2):70-5.
19. Heisler M, Bouknight RR, Hayward RA, Smith DM, Kerr EA. The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. *J Gen Intern Med* 2002; 17(4):243-52.
20. Kalhor M, Samiirad F, Barikani A, Safarpour D, Shirali MH. Relationship between self-efficacy with adverse delivery and neonatal outcomes in pregnant women with gestational diabetes admitted to kowsar hospital of Gazvin in 2013. *J Clin Care* 2015; 2(1):28-38. (Persian).
21. Shakibazadeh E, Rashidian A, Larijani B, Shojaezadeh D, Forouzanfar MH, Karimi Shahanjarini A. Perceived barriers and self-efficacy: impact on self-care behaviors in adults with type 2 diabetes. *J Hayat* 2010; 15(4):69-78. (Persian).
22. Ludlow A, Gein L. Relationships among self care, self-efficacy and HbA1c levels in individuals with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Can J Diabetes Care* 1995; 25:868-81.
23. Sarkar U, Fisher L, Schilinger D. Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy? *Diabetes Care* 2006; 29(4):823-9.
24. Morowatisharifabad M, Tonekaboni NR. Perceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd diabetes research center. *J Birjand Univ Med Sci* 2009; 15(4):91-9. (Persian).
25. Carson VB. *Mental health nursing: The nurse-patient journey*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000. P. 122-30.
26. Hosseini S. The effect of applying modified program "group aggression replacement training" on self-efficacy and HbA1c of teenagers with insulin-dependent diabetes. [Msc Thesis]. Mashhad, Iran: Nursing and Midwifery Faculty of Mashhad University of Medical Sciences; 2015. (Persian).
27. Sharifirad G, Azad Bakht L, Feizi A, Mohebi S, Kargar M, Rezaie A. The role of self-efficacy in self-care among diabetic patients. *J Health Syst Res* 2013; 7(6):648-59. (Persian).
28. Esmaeili M, Alikhani M, Gholamaragi M, Hosseini F. The quality of life and self efficacy of the patients under hemodialysis. *Iran J Nurs* 2005; 18(41-42):77-84. (Persian).
29. Anderson RM, Funnell MM, Fitzgerald JT, Marrero DG. The diabetes empowerment scale: a measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care* 2000; 23(6):739-43.
30. Mishalia M, Omera H, Heymann AD. The importance of measuring self-efficacy in patients with diabetes. *Fam Pract* 2011; 28(1):82-7.
31. Rahimian Boogar E, Besharat MA, Mohajeri Tehrani M, Telepasand S. Predictive role of self-efficacy, belief of treatment effectiveness and social support in diabetes mellitus self-management. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2011; 17(3):323-40. (Persian).
32. Chlebowy D, Garvin BJ. Social support, self-efficacy and outcome. exceptions: impact on self-care behaviors and glycemic control in Caucasian and African American adults with type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2006; 32(5):777-86.
33. Gellibrand R, Stevenson J. The extended health belief model applied to the experience of diabetes in young people. *Br J Health Psychol* 2006; 11(Pt 1):155-69.
34. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care* 2000; 23(7):943-50.
35. Hamadzadeh S, Ezatti ZH, Abedsaeidi ZH, Nasiri N. Coping styles and self-care behaviors among diabetic patients. *Iran J Nurs* 2013; 25(80):24-33. (Persian).
36. Wattanakul B. Factor influencing diabetes self-management behaviors among patients with T2DM in rural thailand. [Doctorate Thesis]. Chicago, US: College of Illinois University; 2012.

37. Stanford patient education research center. Stanford Medicine. Patient Education in the Department of Medicine. Available at: URL: <http://patienteducation.stanford.edu>; 2008.
38. Mashburn DD. Self efficacy, self reliance, adherence to self care, and glycemic control among Cherokee with type 2 diabetes. [Dissertation Thesis]. Minneapolis, US: University of Minnesota; 2012.
39. Lorig K, Ritter P, Villa F, Piette JD. Spanish diabetes self-management with and without automated telephone reinforcement: two randomized trials. *Diabetes Care* 2008; 31(3):408-14.
40. Didarloo A, Shojaeizadeh D, Eftekhar Ardabili H, Niknami S, HJizadeh E, Alizadeh M. Assessment of factors affecting self-care behavior among women with type 2 diabetes in Khoy City Diabetes Clinic using the extended theory of reasoned action. *J Sch Public Health Instit Health Res* 2011; 9(2):79-92. (Persian).
41. Crowther CA, Hiller JE, Moss JR, McPhee AJ, Jeffries WS, Robinson JS, et al. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 2005; 352(24):2477-86.
42. Baquedano IR, dos Santos MA, Martins TA, Zanetti ML. Self-care of patients with diabetes mellitus cared for at an emergency service in Mexico. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010; 18(6):1195-202.
43. Orem D, Taylor SG. *Nursing: concepts of practice*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Mosby Company; 1995.
44. Davari L, Eslami A, Hassanzadeh A. Evaluation of self-care and its relationship with perceived self-efficacy in patients type 2 diabetes in Khorramabad city. *Iran J Endocrinol Metab* 2014; 16(6):402-10. (Persian).