

## باورها، اعتقادات و راهبردهای مقابله‌ای مادران مبتلا به دیابت بارداری: یک مطالعه کیفی

ترانه امامقلی خوشه‌چین<sup>۱</sup>، زهره کشاورز<sup>۲\*</sup>، مریم افراخته<sup>۳</sup>، الهام شکیبازاده<sup>۴</sup>، سقراط فقیه‌زاده<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۵/۲۵ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۷/۲۲

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** دیابت شایع‌ترین عارضه طبی دوران حاملگی می‌باشد. خودمراقبتی و پیشگیری از ابتلا به دیابت نوع ۲ در آینده از موارد اساسی در آموزش به بیماران است. یکی از عوامل مؤثر بر خود مراقبتی در دیابت، اعتقادات و باورهای مذهبی و فرهنگی می‌باشد. دیابت بارداری در ایران نیز یکی از مشکلات عمده سلامتی محسوب می‌گردد؛ لذا مطالعه حاضر باهدف تبیین باورها، اعتقادات و راهبردهای مقابله‌ای مادران مبتلا به دیابت بارداری انجام شد. **روش کار:** این تحقیق، یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوی می‌باشد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختاریافته فردی استفاده شده است. مشارکت‌کنندگان خانم‌های باردار مبتلا به دیابت بارداری با سن حاملگی بین هفته‌های ۳۶-۲۴ هفته بارداری بودند پس از انجام ۱۲ مصاحبه با مشارکت‌کنندگان، داده‌ها به اشباع رسیده و با شیوه تحلیل محتوی متعارف مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** تحلیل محتوی متعارف منجر به پدیدار شدن دو درون‌مایه نگرش به بیماری و راهبردهای مقابله‌ای گردید. درون‌مایه نگرش به بیماری شامل ۲ طبقه اعتقادات و باورهای پزشکی بود. درون‌مایه راهبردهای مقابله‌ای نیز شامل ۳ طبقه سازگاری، معنویت و عدم تطابق با شرایط بود. **نتیجه‌گیری:** تبیین باورها و اعتقادات مادران باردار مبتلا به دیابت بارداری منجر به برنامه‌ریزی و طراحی آموزش‌های مناسب در راستای ارتقا سطح سلامت، خودمراقبتی و پیشگیری از ابتلا به دیابت در آینده می‌گردد. **کلمات کلیدی:** دیابت بارداری، اعتقادات، باورها، راهبردهای مقابله‌ای، تحلیل محتوا

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره نهم، پی‌درپی ۸۶، آذر ۱۳۹۵، ص ۸۰۱-۷۹۱

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۹۱۲۲۱۰۱۹۹۸

Email: Keshavarzzohre @ yahoo.com

### مقدمه

مطالعه انجام‌شده در کرمانشاه با میزان ۰/۷ درصد و بیشترین میزان شیوع آن مربوط به مطالعه‌ای در کرج با مقدار ۱۸/۶ درصد بود (۳). این بیماری تأثیرات زیادی بر مادر و جنین دارد که شایع‌ترین آن‌ها عبارتند از: ماکروزومی، آسیب‌های حین زایمان، سزارین، پلی‌هیدرامینوس، پره‌اکلامسی، اختلالات متابولیک نوزادی (هیپوگلیسمی، هیپرکلسمی، هیپرربیلی روبینمی) و بالاخره عوارض دیررسی از جمله ابتلای مادر به دیابت نوع ۲ در دوران پس از زایمان (۲، ۴، ۵).

احتمال ابتلا به دیابت بارداری با سابقه خانوادگی دیابت نوع ۲، سن مادر ۳۵ سال یا بالاتر، وزن بالا و نژاد و قومیت ارتباط دارد (۸).

دیابت بارداری به‌صورت اختلال تحمل گلوکز که برای اولین بار در طی بارداری ایجاد یا تشخیص داده می‌شود، تعریف می‌گردد (۱). این تعریف بدون توجه به استفاده یا عدم استفاده از انسولین برای درمان، بکار می‌رود. این بیماری یک مشکل بهداشتی در حال افزایش در سراسر دنیا و یکی از شایع‌ترین عوارض حاملگی است. شیوع دیابت بارداری در نقاط مختلف جهان بین ۱ تا ۱۴ درصد گزارش شده است (۲). میزان شیوع دیابت بارداری در ایران در مجموع، ۴/۹ درصد برآورد شده است. کم‌ترین میزان شیوع دیابت بارداری مربوط به

<sup>۱</sup> دفتر پژوهش‌های دانشجویی، دانشجوی دکتری گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، واحد بین‌المللی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

<sup>۲</sup> استادیار مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> استاد زنان و زایمان بیمارستان شهدای تجریش، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

<sup>۴</sup> استادیار آموزش بهداشت و ارتقاء دانشکده بهداشت عمومی، دانشگاه تهران علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۵</sup> استاد آمار زیستی و اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

## روش کار

این پژوهش یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوی بود. جامعه پژوهش، مادران باردار ایرانی ۴۰-۱۸ ساله مبتلا به دیابت بارداری با سن حاملگی بین هفته‌های ۳۶-۲۴ هفته بارداری بودند که به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مراجعه نموده و تمایل به شرکت در تحقیق را داشتند. نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر هدف با حداکثر تنوع از نظر سن، وضعیت اجتماعی، اقتصادی و تحصیلات انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از:

زنان باردار مبتلا به دیابت تشخیص داده شده در بارداری بین سنین ۴۰ تا ۱۸ سال، سن حاملگی ۳۶-۲۴ هفته، تحت درمان با انسولین و یا رژیم‌درمانی، تمایل به شرکت در مطالعه، داشتن سواد خواندن و نوشتن، توانایی صحبت به زبان فارسی، عدم ابتلا به دیابت تشخیص داده شده قبل از بارداری، عدم وجود بیماری دیگری همراه با دیابت، عدم مصرف هر دارویی در دوران بارداری، عدم وجود عوارض بارداری. اختلالات شناختی یا بیماری‌های روانی، عدم وجود عوارض بارداری. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق فردی استفاده شد.

پس از ۱۲ مصاحبه اشباع داده حاصل شد. روش گردآوری داده‌ها فرم راهنمای سؤالات نیمه ساختاریافته بود.

مصاحبه‌ها توسط محقق و بر اساس راهنمای مصاحبه انجام شد. پس از انجام هماهنگی‌ها و کسب اجازه از دانشگاه، رعایت موازین اخلاقی و کسب رضایت مشارکت‌کنندگان، مصاحبه‌ها در مکان و زمانی که برای مشارکت‌کنندگان مناسب بود، انجام شد. در ضمن به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات به‌طور محرمانه حفظ خواهند شد. از مشارکت‌کنندگان خواسته شد تا تجربیات خود را در بارداری توأم با ابتلا به دیابت بازگو کنند. سؤالات بعدی بر اساس پاسخ‌های اولیه افراد و راهنمای مصاحبه پرسیده شد. در پایان مصاحبه، از مشارکت‌کننده خواسته شد که اگر صحبتی مانده، بیان کند. زمان مصاحبه بسته به شرایط و موقعیت مشارکت‌کننده‌ها متفاوت بود و درواقع مدت مصاحبه وابسته به زمان به اشباع رسیدن داده‌ها و دریافت پاسخ‌های مناسب به سؤالات پژوهش بوده و هر مصاحبه حدوداً ۳۰ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. مصاحبه‌ها با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان ضبط و سپس کلمه به کلمه پیاده شد و برای کنترل صحت آن‌ها، به مشارکت‌کنندگان نشان داده شد. ابتدا فایل صوتی مصاحبه‌ها به‌صورت دست‌نوشته در آمده و سپس با مطالعه دقیق دست‌نوشته‌ها، محقق تلاش نمود تا

زنان با دیابت بارداری در معرض خطرات زیادی از جمله دیابت نوع ۲ در آینده می‌باشند. عواملی که برای پیشگیری از دیابت نوع ۲ نیاز است به آن‌ها پرداخته شود عبارت‌اند از تأثیر احساسی دیابت بارداری، ارائه اطلاعات به‌موقع و شفاف به زنان در مورد خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ در آینده و انجام مداخلات مناسب برای پیشگیری از این بیماری که خود می‌تواند بر سلامت کل خانواده مؤثر باشد (۹).

تغییر رفتار و مداخله باهدف جلوگیری و مدیریت دیابت قبل و در دوران بارداری به‌احتمال‌زیاد اگر بدون در نظر گرفتن مسائل اجتماعی و فرهنگی ارائه شوند بی‌اثر خواهد بود. آموزش انفرادی باید با مداخلات در سطح جامعه تکمیل شوند و با در نظر گرفتن محدودیت‌های اجتماعی و شکل و خصوصیات فرهنگی که افراد در آن زندگی می‌کنند و با حق انتخاب صورت گیرد (۱۰).

مسائل فرهنگی، اقتصادی و اعتقادات در مورد سلامت و بیماری ممکن است بر رفتارها و مراقبت‌های بهداشتی افراد مبتلا به دیابت تأثیرگذار باشد (۱۱، ۱۲).

دین‌داری و معنویت ارتباط پایدار و مستحکمی با سلامت جسمی و روانی دارد. به‌طورکلی، اثرات مثبت دین‌داری و معنویت عبارت‌اند از سطوح پایین‌تر از پریشانی روانی و نشانه‌های افسردگی، کیفیت بهتر زندگی و کاهش مرگ‌ومیر (۱۳، ۱۴).

شواهد علمی زیادی در زمینه رابطه مثبت بین مذهب و سلامت وجود دارد. دین‌داری و معنویت از مسیرهای مهمی مانند تأثیر بر رفتارهای بهداشتی و روابط اجتماعی می‌تواند بر سلامت تأثیر داشته باشند. احساس قدرت مسیر دیگری است که دین و معنویت جهت مقابله با استرس و سختی‌های زندگی ارائه می‌دهند (۱۵).

مطالعات نشان داده‌اند که دین و معنویت عوامل مهمی در سازگاری با دیابت بوده و انجام اقدامات خود مراقبتی را تسهیل می‌کنند (۱۶).

در بسیاری از موارد دین و معنویت معمولاً به‌عنوان مکانیسم‌های مقابله به کار می‌روند (۱۷، ۱۸).

بنابراین با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی در جوامع مختلف، دیدگاه، تجربه و موانع و تسهیل‌کننده‌های خود مراقبتی در مورد بیماری‌ها متفاوت می‌باشند. همچنین با توجه به اینکه باروها و عقاید، نقش پررنگی در رفتار افراد ایفا می‌کنند و این باورها در خود مراقبتی افراد مبتلا به دیابت تأثیرگذار می‌باشند، لذا پژوهش حاضر باهدف تبیین باورها و اعتقادات و راهبردهای مقابله‌ای مادران مبتلا به دیابت بارداری و تأثیر آن بر رفتارهای خود مراقبتی مادران، صورت پذیرفت.

## یافته‌ها

در این پژوهش بیماران شامل ۱۲ خانم باردار مبتلا به دیابت بارداری با طیف سنی ۲۵ تا ۳۸ سال بودند. میزان تحصیلات مشارکت‌کنندگان بین تحصیلات ابتدایی تا فوق‌لیسانس بود. ۲۵ درصد از مشارکت‌کنندگان علاوه بر رژیم غذایی انسولین نیز استفاده می‌کردند.

تحلیل محتوای متعارف منجر به پدیدار شدن دو درون‌مایه نگرش به بیماری و راهبردهای مقابله‌ای گردید. درون‌مایه اعتقادات شامل ۲ طبقه باورهای مذهبی و باورهای پزشکی بود. درون‌مایه راهبردهای مقابله‌ای نیز شامل ۳ طبقه سازگاری، معنویت و عدم تطابق بود (جدول شماره ۲).

محور ۱: اعتقادات و باورها. طبقات به‌دست‌آمده در این قسمت عبارت‌اند از: باورهای مذهبی و باورهای پزشکی  
اغلب مشارکت‌کنندگان عقیده داشتند که ابتلای آن‌ها به دیابت مشیت الهی بوده و برخی نیز اظهار نارضایتی از تقدیر نموده و بسیاری از آن‌ها احساس مقصر بودن در ابتلا به دیابت می‌کردند و تصور می‌کردند مصرف زیاد مواد غذایی و یا شیرینیجات علت ابتلای آن‌ها به دیابت بوده است.  
در رابطه با احساس قصور در ابتلا به دیابت بارداری خانمی اشاره می‌کرد:

"من اصلاً چیزهای شیرین اول هم دوست داشتم متوسط بودم حالا فکر می‌کنم تو حاملگی زیاد خوردم اینجوری شدم" (خانم ۲۸ ساله تحصیلات سیکل رژیم غذایی).  
بسیاری از مشارکت‌کنندگان به نقش قضا و قدر و تقدیر افراد در ابتلا به دیابت بارداری اعتقاد داشتند. در این رابطه مشارکت‌کننده‌ای بیان کرده است:

"بالاخره قسمت بوده دیگه هر کسی قسمتش به جوره مال منم اینجوری بوده" (خانم ۳۴ ساله دیپلم رژیم غذایی + انسولین).  
"میگم چرا من" (خانم ۳۴ ساله دیپلم رژیم غذایی + انسولین).  
در رابطه با باورهای پزشکی زنان باردار مبتلا به دیابت، در دو دسته با باورهای صحیح و باورهای نادرست پزشکی قرار گرفتند.  
تعدادی از مشارکت‌کنندگان باورهای غلطی در مورد رژیم غذایی و درمانهای دیابت داشتند. برخی از آن‌ها استفاده از انسولین و یا رژیم غذایی را برای جنین مضر می‌دانستند.  
"من از انسولین خوشم نمی‌یاد چون بالاخره خود ماده انسولین هم برای بچه ضرر داره، دارو حساب میشه یه وقت خدای نکرده مشکلی ایجاد بشه" (خانم ۲۶ ساله لیسانس رژیم غذایی).

عناصر ظاهری و درونی آن‌ها را دریافت نماید. پس از بازخوانی مکرر واحدهای معنایی و پیام‌های اصلی مشخص شدند. بخش‌های متون به‌دست‌آمده، خلاصه‌شده و کدگذاری گردید. در این بخش، هر کلمه و عبارت نوشته‌شده، به‌عنوان واحد تجزیه‌وتحلیل در نظر گرفته شد. سپس کدهای مشابه در یک زیر طبقه و زیر طبقات مرتبط در یک طبقه و در نهایت با توجه به طبقات، دو درون‌مایه نگرش به بیماری و راهبردهای مقابله‌ای حاصل شد.

برای ارزیابی درستی و قابلیت اطمینان در مطالعه حاضر از چهار ملاک ارائه‌شده توسط لینکن و گوبا شامل اطمینان‌پذیری، اعتبار و مقبولیت، قابلیت تصدیق یا تأیید پذیری و انتقال‌پذیری استفاده شد. از مواردی که پژوهشگر در این تحقیق رعایت نمود درگیری طولانی‌مدت با موضوع تحقیق و داشتن ارتباط مناسب با مشارکت‌کنندگان بوده است. روش دیگری که در این تحقیق برای اعتبار و مقبولیت تحقیق استفاده شد، تأیید مطالب توسط مشارکت‌کنندگان می‌باشد، مطالب استخراج‌شده در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار داده شد تا مشخص گردد مطالب استخراج‌شده با نظرات و احساسات آن‌ها مطابقت دارد و از صحت کدها و تفسیر داده‌ها اطمینان حاصل شود. همچنین جهت تأمین مقبولیت داده‌ها، تحلیل‌های انجام‌شده و جنبه‌های مختلف پژوهش، توسط افراد متخصص در زمینه تحقیق کیفی مرور و بررسی گردید. جهت تأیید انتقال‌پذیری نیز، یافته‌ها با چند تن از کسانی که معیارهای ورود به مطالعه را دارند ولی در مطالعه شرکت نداشتند در میان‌گذارد. در این مطالعه جهت انتقال‌پذیری یافته از فن نمونه‌گیری با حداکثر تنوع استفاده نمودیم. جهت افزایش اطمینان‌پذیری و ثبات داده‌ها نیز از روش کدگذاری مجدد استفاده شد. بدین‌صورت که پس از حداقل دو هفته مصاحبه‌ها مجدداً کدگذاری گردیده و سپس نتایج دو کدگذاری با هم مقایسه شدند. جهت تأیید پذیری، مراحل و روند تحقیق به‌طور دقیق از ابتدا تا انتها ثبت و گزارش گردید تا داوران خارجی بتوانند طبق این اسناد حسابرسی را انجام دهند و اگر محقق دیگری بخواهد تحقیق مشابهی را انجام دهد راهنمایی شود. در این پژوهش از تلفیق روش‌های جمع‌آوری داده‌ها مانند مصاحبه و یادداشت‌های عرصه استفاده شده است. همچنین محقق با انتخاب مصاحبه بدون ساختار سعی نمود تا از تأثیر عقاید و پیش‌فرض‌های خود بر جمع‌آوری و تجزیه‌وتحلیل داده‌ها جلوگیری نماید.

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های کیفی در این مطالعه، از روش تجزیه‌وتحلیل محتوای کیفی متعارف و نرم‌افزار MAXQDA 10 استفاده شد.

"مثلاً رعایت‌غذایش و اینا خیلی سخته دیگه، بالاخره آدم می‌گه  
یه جووری هم رژیم بگیره که روی وزن بچه هم اثر بدی نداشته باشه  
( خانم ۲۶ ساله لیسانس رژیم غذایی).

برخی از مشارکت‌کنندگان نیز اطلاعات و باورهای پزشکی  
صحیحی داشتند. به‌طور مثال مشارکت‌کنندگان از تأثیر استرس بر  
کنترل قند خون آگاهی داشتند. همچنین برخی از افراد در مورد  
تأثیر سن و چاقی بر روند افزایش قند خون اطلاع داشتند.

الآن چون خودم مثلاً آرامش به خودم میدم خودم رعایت  
می‌کنم اصل قند هم آرامشه و با آرامش کردن و کنترل کردن قند  
میاد پائین ( خانم ۲۵ ساله تحصیلات دوم راهنمایی رژیم غذایی ).

"قطر گفتن رژیم بگیرین بعد دکترم گفتن احتمال داره از  
استرس و اعصاب هم باشه که قندت میره بالا ( خانم ۳۰ ساله  
لیسانس رژیم غذایی + انسولین).

"یک سری دکترها گفتن به سن چهل سالگی بررسی جزو  
دیابتی‌ها حساب می‌شی ( خانم ۳۴ ساله دیپلم رژیم غذایی +  
انسولین ).

آگه رعایت نکنی چاق بشی شیرینی جات بخوری جزو دیابت  
حساب میشی ( خانم ۳۴ ساله دیپلم رژیم غذایی + انسولین ).

محور ۲: راهبردهای مقابله‌ای: طبقات به‌دست آمده در این  
قسمت عبارت‌اند از: سازگاری، معنویت، عدم تطابق با شرایط.

در این زمینه اکثریت مشارکت‌کنندگان با گذشت زمان با  
بیماری خود سازگاری یافته بودند و بیماری خود را پذیرفته و  
اقدامات خود مراقبتی را انجام می‌دادند. مادران در این زمینه حمایت  
اطرافیان را نیز بسیار مهم ذکر کرده بودند. همچنین فکر موقتی  
بودن بیماری و بهبود آن پس از زایمان سبب سازگاری و تحمل  
شرایط در آن‌ها شده بود. اگرچه دیابت بارداری یک وضعیت موقتی  
است و پس از زایمان بهبود می‌یابد ولیکن با گذشتن زمان از  
تشخیص بیماری، زنان با شرایط فعلی و بیماری سازگار گردیده و با  
پذیرش بیماری، جهت خودمراقبتی توانمندتر و خودکارآمد  
می‌شوند. برخی از مادران نیز از طب مکمل جایگزین برای کاهش  
قند خون استفاده می‌کردند.

"حالا انسولین رو عادت کردم می‌زنم ( خانم ۳۴ ساله دیپلم  
رژیم غذایی + انسولین ).

البته شوهرم حامی خیلی خوبیه خیلی من رو دلداری می‌ده  
و می‌گه اصلاً بد فکر نکن مثبت فکر کن ( خانم ۳۰ ساله فوق لیسانس  
رژیم غذایی ).

"مثلاً من اونجا بیمارستان که بستری بودم همتختیم با من بود  
به من می‌گفت چطور تو اینقدر خوشحالی ناراحت نیستی می‌گفتم  
برای اینکه مشکل من دائمی نیست ( خانم ۲۵ ساله تحصیلات  
دوم راهنمایی رژیم غذایی ).

"والا چون اول اصلاً دیابت نمی‌دونستم چیه هم تجربه هم ندارم  
مجله در باره دیابت می‌خونم سخته ولی برای سلامتی خودم تلاش  
می‌کنم ( خانم ۲۸ ساله تحصیلات سیکل رژیم غذایی ).

"رژیم گرفتم گفتم برای سلامتی بچه‌ام برای خودم تلاش کنم  
( خانم ۳۰ ساله لیسانس رژیم غذایی + انسولین ).

"این نکته‌های ریز رو انجام نمی‌دادم شیرینی رو می‌خوردم یه  
موقع هایی پشت سرش می‌رفتم از این کدوهای ریز می‌خوردم که  
قند رو بیاره پائین که واقعاً هم می‌آورد پائین شنبلیله می‌ریختم تو  
ماست ( خانم ۳۸ ساله دیپلم رژیم غذایی ).

برخی از مشارکت‌کنندگان به مسائل معنوی جهت بهبود  
بیماری خود متوسل شده بودند. آن‌ها از توکل و توسل به خدا و دعا  
و نیایش برای بهبود بیماری خود استفاده می‌کردند.

"سوره یاسین رو می‌خوندم بعد می‌خوردم می‌گفتم حالا هر  
چی شد دیگه. خودم با توکل به خدا با سوره‌های قران با این چیزها  
توکل‌مان به خداست تا ببینیم چی میشه ( خانم ۳۸ ساله دیپلم  
رژیم غذایی ).

"دیگه منم امیدم به خداست توکل می‌کنم به خدا بچه‌ام به دنیا  
بیاد بینم از سرم باز میشه دیابت یا نه ( خانم ۳۰ ساله تحصیلات  
سیکل رژیم غذایی ).

"فقط توکلم به خداست می‌گفتم بنده کاریه نیست اگر خدا  
نخواد هیچ اتفاقی نمی‌افته ( خانم ۳۸ ساله دیپلم رژیم غذایی ).

تعدای از مشارکت‌کنندگان نیز در مقابل بیماری از روشهای فرار  
از واقعیت استفاده کرده بودند و بیماری خود را نپذیرفته و یا از  
واقعیت فرار می‌کردند و برخی نیز قصد داشتند بیماری را بی اهمیت  
جلوه داده و خود را به بی‌خیالی بزنند.

"آره دیگه خودم رو زدم به بی‌خیالی دیگه از وقتی که قند  
گرفتم دیگه چیزی رو حس نمی‌کنم ( خانم ۲۶ ساله لیسانس رژیم  
غذایی ).

"کتاب دیابت حاملگی رو دادن اصلاً باز نکردم چون هرچی ندونه  
آدم راحت‌تره ( خانم ۲۶ ساله لیسانس رژیم غذایی ).

**جدول (۱): مشخصات مشارکت‌کنندگان در بخش کیفی مطالعه**

کد	سن	تحصیلات	شغل	سن حاملگی	تعداد حاملگی	نوع رژیم	سابقه خانوادگی دیابت	نوع مراقبت
۰۱	۲۵	دوم راهنمایی	خانه‌دار	۳۲ هفته	۳	رژیم غذایی	منفی	دولتی
۰۲	۳۴	دیپلم	خانه‌دار	۳۳	۲	رژیم غذایی + انسولین	منفی	دولتی
۰۳	۲۶	لیسانس	خانه‌دار	۲۸	۱	رژیم غذایی	منفی	خصوصی
۰۴	۲۸	سیکل	خانه‌دار	۲۷	۲	رژیم غذایی	منفی	دولتی
۰۵	۳۸	دیپلم	خانه‌دار	۳۵	۴	رژیم غذایی	منفی	دولتی + خصوصی
۰۶	۲۸	چهارم ابتدایی	خانه‌دار	۳۴	۲	رژیم غذایی	منفی	دولتی
۰۷	۳۰	فوق لیسانس	ماما	۲۸	۱	رژیم غذایی	مثبت	خصوصی
۰۸	۳۰	سیکل	کار در شرکت	۲۹	۳	رژیم غذایی	منفی	دولتی
۰۹	۲۸	لیسانس	خانه‌دار	۳۲	۱	رژیم غذایی	منفی	دولتی + خصوصی
۱۰	۳۰	لیسانس	کارمند	۳۶	۱	رژیم غذایی + انسولین	مثبت	خصوصی
۱۱	۲۷	لیسانس	خانه‌دار	۲۷	۴	رژیم غذایی	مثبت	خصوصی
۱۲	۳۳	دیپلم	خانه‌دار	۳۱	۲	رژیم غذایی + انسولین	منفی	خصوصی

**جدول (۲): اعتقادات، باورها و راهبردهای مقابله‌ای**

درون‌مایه	طبقات	کدها
نگرش به بیماری	باورها و اعتقادات	اعتقاد به تقدیر
		احساس قصور
		نارضایتی از سرنوشت
سازگاری	باورهای پزشکی	باورهای درست پزشکی
		باورهای غلط پزشکی
		پذیرش بیماری
راهبردهای مقابله‌ای	معنویت	درمان‌های جایگزین
		توکل و توسل
		دعا و نیایش
عدم تطابق با شرایط		بی‌خیالی
		عدم پذیرش بیماری
		فرار از واقعیت بیماری

## بحث

مطالعه‌ای در این زمینه در دیابت بارداری به‌دست نیامد اما در مطالعه‌ای که توسط Jijomon و همکارانش بر روی افراد دیابتی (غیر باردار) صورت گرفته است ۳۰ درصد از بیماران دیابتی عقیده داشتند که دیابت به خاطر گناهان گذشته آنها ایجاد شده و ۸۱٫۶ درصد مخالف این بودند که دیابت ناشی از لعنت خدا است (۱۱).

در این تحقیق اغلب مشارکت‌کنندگان عقیده داشتند دیابت آن‌ها نتیجه مصرف زیاد شیرینیجات و مواد غذایی بوده است. برخی نیز علت دیابت خود را بد شانس و یا خواست خدا، قضا و قدر، استرس و وراثت مطرح کرده بودند. در بررسی‌های انجام شده

خود مراقبت نکرده‌اند خود را مقصر می‌دانند. در این مطالعه یک خانم به خاطر اینکه شغل استرس‌زای خود را کنار نگذاشته است خود را مقصر می‌داند در صورتی که سایر خانمها به دلیل بارداری در سن بالا و افزایش خطر برای خود و فرزندشان احساس گناه و تقصیر می‌کردند (۲۵).

در مطالعه حاضر برخی از افراد باورها و اطلاعات درست و برخی اطلاعات نادرستی در مورد دلایل ابتلا به دیابت و درمانهای آن داشتند. در این زمینه نیز در مورد دیابت بارداری اطلاعاتی به دست نیامد اما در مورد دیابت نوع دو مطالعاتی انجام شده است.

مطالعه‌ای که توسط Jijomon و همکارانش بر روی افراد دیابتی (غیر باردار) صورت گرفته است ۵۱٫۲ درصد معتقد بودند که دیابت ناشی از مصرف زیاد قند و شکر می‌باشد (۱۱). احساس گناه و تقصیر در مورد ابتلا به دیابت نیز در اغلب جوامع مشترک بوده و با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد. در این زمینه نیز با ارائه اطلاعات و آگاهی کافی به مددجویان می‌توان این احساس را اصلاح کرد.

در مطالعه حاضر برخی از مادران نگران این امر بودند که رژیم غذایی و استفاده از انسولین بر رشد فرزندشان اثر سوئی داشته باشد. Greenhalgh و همکارانش در تحقیق خود بیان داشته‌اند که زنان در این تحقیق عقیده داشتند ورزش و رژیم غذایی سخت، اغلب سبب بدتر شدن این علائم می‌شود و با توصیه‌های اقوام و همسالان در تضاد است. بسیاری از زنان بر این باور بودند که ورزش در دوران بارداری به جنین آسیب می‌رساند و سبب تخلیه انرژی مادر می‌شود و غذا خوردن سبب قدرت دادن به مادر و جنین می‌شود (۱۰). نتایج این تحقیق با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌خوانی داشته در نتیجه باید اقدامات و آموزشهای لازم در جهت از بین بردن این تفکرات نادرست که گاهی منجر به عدم رعایت اقدامات مراقبتی مناسب و درمانهای لازم می‌شود، صورت گیرد.

در مطالعه حاضر بسیاری از مشارکت‌کنندگان به نحوی با بیماری خود سازگاری یافته بودند و بیماری خود را پذیرفته و اقدامات خود مراقبتی را انجام داده و برخی علاوه بر آن از طب مکمل و جایگزین نیز استفاده می‌کردند.

در مطالعه Tuncay و همکارانش بیان شده است یکی از استراتژی‌های مقابله‌ای که افراد مبتلا به دیابت استفاده می‌کردند پذیرش بیماری بوده است (۲۴).

Manne در مطالعه خود بیان کرده است که بیماران برای پذیرش بیماری و دست یافتن به ثبات عاطفی نیاز به حمایت اجتماعی بیشتری دارند (۲۶).

Lundberg نیز بیان کرده در زنان پشتیبانی جسمی، روانی و اقتصادی اعضای خانواده مانند همسر و فرزندان سبب ایجاد انگیزه در افراد، جهت مواجهه با بیماری و مدیریت و کنترل دیابت می‌شود.

Dalal نیز در تحقیق خود بر روی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن بیان کرده است که بیماران، عقیده دارند بیماری آن‌ها خواست خدا است (۱۹).

Sowattanangoon نیز در تحقیق خود در تایلند اعلام کرده است که اگرچه اغلب مردم در این منطقه بودایی هستند اعتقاد داشتند که دیابت نتیجه بد شانس و در نتیجه اعمال بد گذشته آن‌ها ایجاد شده (۲۰).

Hjelem در تحقیق خود به این نتیجه رسیده است که در زیمبابوه نیز افراد عقیده دارند دیابت آن‌ها در واقع تنبهی از سوی خداوند است (۲۱).

در مطالعه Mendenhall پاسخ برخی از شرکت‌کنندگان به این سؤال که چه چیزها عامل دیابت خود می‌دانید؟ عبارت بودند از نمی‌دانم (۴۹ درصد)، استرس یا تنش (۲۴ درصد)، عادات غذایی (۱۷ درصد) و وراثت (۱۴ درصد). سایر علل ذکر شده شامل: اعمال آن‌ها، قضاو قدر و سرنوشت، عدم فعالیت بدنی و چاقی بودند. در اغلب موارد، شرکت‌کنندگان در مطالعه، تنها یک علت را بیان کرده بودند، اما برخی چندین عامل را به‌عنوان علت دیابت ذکر کرده بودند (۲۲). Abdoli و همکارانش در تحقیق خود بیان داشته‌اند که افراد عقیده داشته‌اند که ابتلا به دیابت خواست خدا بوده زیرا زندگی ما دست خداوند است و این یک امتحان الهی است. آن‌ها عقیده داشتند نمی‌توان مشیت الهی را تغییر داد پس باید از بدن خود مراقبت کرد. زیرا معتقد بودند خدا به همه چیز داناست (۲۳).

Amarasekara در مطالعه اتنوگرافی خود در سریلانکا به این نتیجه رسیده است که برخی از افراد در این تحقیق عقیده داشته‌اند دیابت آن‌ها در نتیجه سرنوشت بد و به دلیل اعمال بد آن‌ها در گذشته و یا حال است (۱۲). نتایج تمامی مطالعات فوق با مطالعه حاضر هم‌خوانی داشته و نشان دهنده این امر است که در جوامع و فرهنگ‌های مختلف عقیده افراد در مورد علت ایجاد دیابت مشابه می‌باشد. بنابر این بر اساس این نتایج باید اقدامات لازم در جهت اصلاح عقاید نابجا صورت گیرد.

یکی از مطالب استخراج شده از مطالعه ما احساس گناه و تقصیر در مورد ابتلا به دیابت بوده است.

در مطالعه Tuncay و همکارانش نیز بیان شده یکی از استراتژی‌های مقابله‌ای استفاده شده توسط افراد مبتلا به دیابت سرزنش و مقصر دانستن خود بوده است. همچنین سرزنش و مقصر دانستن خود به‌طور قابل توجهی با حمایت عاطفی رابطه داشته و حاکی از این بوده که سرزنش و مقصر دانستن خود موجب استفاده بیشتر از حمایت عاطفی در افراد دیابتی می‌شود (۲۴).

در مطالعه Lawson نتایج نشان داده است که برخی زنان مبتلا به GDM احساس گناه کرده و از اینکه در دوران بارداری بخوبی از

همچنین عاملی جهت پشتیبانی فرد برای تلاش به‌منظور کاهش استرس و اضطراب است (۱۶).

Abdoli و همکارانش نیز در تحقیق خود بیان داشته‌اند یکی از تسهیل‌کننده‌های توانمند سازی ایرانی‌های مبتلا به دیابت حمایت از طرف خانواده بخصوص دختران می‌باشد (۲۳).

بر عکس در تحقیق Estevez نتایج نشان داد که نه حمایت همسر و نه اهمیت مذهبی به‌طور قابل توجهی با مدیریت دیابت مرتبط نبوده است (۲۷).

Hjelm در مطالعات خود نشان داده است زنان زمانی توانسته بودند با این مسئله تطابق پیدا کنند و کنار بیایند که اطلاعاتی را از اینترنت و کتابها در این زمینه به‌دست آورده بودند. همچنین برخی ذکر می‌کردند که زمانی که با متخصص غدد ملاقات داشته‌اند آرامش بیشتری یافته‌اند (۲۸، ۲۹).

Lundberg بیان داشته که مشارکت‌کنندگان برای سازگاری با شرایط خود از دین کمک گرفته‌اند مشارکت‌کنندگان بودایی معتقد بودند که دیابت درجه اول ناشی از گذشته و نتایج اعمال آن‌ها هم در زندگی گذشته و یا در زندگی جاری است. آن‌ها بیماری خود را قبول کرده بودند و برای تنظیم رفتار خود جهت کنترل دیابت تلاش می‌کردند (۱۶).

بر اساس نتایج مطالعه قانعی و همکارانش در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ تنها ۲۱/۸ درصد افراد از طب جایگزین استفاده نکرده بودند و باقی افراد حداقل یکبار به یکی از روشهای داروهای گیاهی، آب درمانی، حجامت، هومیوپاتی، طب سوزنی، یوگا، هیپنوتیزم، دعا درمانی، رژیم غذایی خاص ( به جز رژیم معمول برای دیابت ) و اپیوئید ها روی آورده بودند (۳۰).

Chang در مطالعه خود در تایوان، بیان کرده طب مکمل در کنار درمانهای دارویی برای کنترل دیابت استفاده می‌شود (۳۱).

Xie به این نتیجه رسیده که طب سنتی چینی نیز به یک درمان رایج برای کنترل دیابت نوع دو تبدیل شده است (۳۲).

مطالعات مختلف نشان داده‌اند که استفاده از رژیم‌های گیاهی، ویتامین ها، مسائل معنوی و ورزش روشهای مختلف طب جایگزین و مکمل برای درمان دیابت می‌باشند (۳۳). نتایج مطالعات فوق تائید کننده یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر بوده و می‌توان با سازمان دهی مناسب به این عقاید و عملکردها از این روش‌ها به‌عنوان یک روش درمانی مکمل استفاده کرد.

یکی دیگر از راهبردهای مقابله‌ای استفاده شده در این تحقیق معنویت شامل توکل و توسل و دعا و نیایش بوده است.

Sridhar و Lynch در تحقیق خود به این نتیجه رسیده‌اند که دین و معنویت معمولاً به‌عنوان مکانیسم‌های مقابله به کار می‌روند (۱۷، ۱۸).

Lundberg بیان کرده همه زنان مسلمان توصیف کرده بودند که اعمال دینی خود را مانند قبل انجام می‌دهند. برخی بر این باور بودند که این مسئله به آن‌ها در کنترل بهتر بیماری کمک می‌کند. آن‌ها معتقد که آنچه رخ داده خواست خدا بوده است (۱۶). مطابق نتایج تحقیق جعفری و همکارانش، انجام مراسم عبادی و دینی حتی اگر برای مقاصد ظاهری نیز باشد منجر به افزایش خودمراقبتی در بیماران دیابتی خواهد شد. در این پژوهش بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی و خودمراقبتی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود داشت به این معنی که با افزایش جهت‌گیری مذهبی بیرونی خودمراقبتی در این افراد نیز افزایش می‌یابد.

در جهت‌گیری مذهبی بیرونی رفتن به اماکن مذهبی به‌دلیل حضور بیشتر در جامعه، اطلاعات افراد نسبت به بیماری‌شان بیشتر شده، امید بیشتری در زندگی پیدا کرده و در نتیجه خودمراقبتی بالاتری خواهند داشت (۳۴).

Abdoli و همکارانش در تحقیقی با عنوان تأثیر دین و اعتقادات بر توانمند سازی و عوامل تسهیل کننده و موانع توانمند سازی ایرانی‌های مبتلا به دیابت به این نتیجه رسیده‌اند که تسهیل کننده‌ها عبارت بودند از: تأثیر دین و اعتقادات، عقیده به اینکه پزشک یک فرد مقدس است، پذیرش دیابت به‌عنوان خواست خداوند، مراقبت از بدن به‌دلیل اینکه هدیه خداست و حمایت از طرف خانواده بخصوص دختران. همچنین در مورد کار آمدی بیان کرده بودند که با کمک خداوند می‌توانند بیماری خود را کنترل کنند.

در این تحقیق نتیجه‌گیری شده است که دین، معنویت و فرهنگ تأثیر زیادی بر زندگی افراد مبتلا به دیابت دارد (۲۳).

در مطالعه Tuncay و همکارانش بیان شده است استراتژی‌های مقابله‌ای که افراد مبتلا به دیابت استفاده می‌کردند عبارت بودند از: پذیرش، دین، برنامه‌ریزی، ایجاد تغییر مثبت، حمایت عاطفی، بی‌خیالی و فرار از واقعیت (۲۴).

Sridhar و Williams در تحقیقات خود به این نتیجه رسیده‌اند که در میان راهبردهای مقابله‌ای، توسل به معنویت همراه با رژیم غذایی، ورزش و دارو هم در کشورهای غربی و هم آسیایی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۳۵، ۳۶).

Lundberg بیان کرده مسلمانان تایلند نیز دائماً دعا می‌کنند و نماز می‌خوانند تا دیابت آن‌ها بهتر شود (۱۶).

Sowattanangoon نیز در تحقیق خود اعلام کرده است که اغلب مردم مبتلا به دیابت اعتقاد داشتند اعمال خوب و دعا باعث ایجاد یک زندگی بهتر خواهد شد (۲۰).

در مطالعه Amarasekara مشارکت‌کنندگان چه بودایی، هندو،

آرامش بر کنترل قند خون، می‌توان جهت بهبود کنترل قند خون، استفاده از این روشها را نیز به بیماران توصیه نمود.

در مطالعه حاضر یکی دیگر از راهبردهای مقابله‌ای عدم تطابق یعنی عدم پذیرش و فرار از واقعیت و یا بی‌خیالی بوده است. در مطالعه Tuncay و همکارانش نیز بیان شده است که افراد مبتلا به دیابت از استراتژی‌های مقابله‌ای بی‌خیالی و فرار از واقعیت استفاده می‌کردند و مهم‌ترین استراتژی تطابق احساسی نیز همین بی‌خیالی و فرار از واقعیت بوده است (۲۴).

### نتیجه‌گیری

یکی از مهم‌ترین راه‌های پیشگیری بیماری‌های مزمن، آموزش خودمراقبتی به افراد جامعه است. در این راستا جهت ارتقاء سلامت مادران مبتلا به دیابت بارداری و مراقبت بهینه در دوران بارداری و پس از زایمان، نیاز به درک و شناخت عوامل تأثیرگذار بر این امر دارد.

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که اعتقادات و فرهنگ تأثیر بسزای در کنترل دیابت و اقدامات خود مراقبتی دارد بنابراین به نظر می‌رسد شناخت فرهنگ و اعتقادات مادران مبتلا به دیابت بارداری می‌تواند سبب شود تا آموزش‌های مناسب‌تری بر اساس فرهنگ و اعتقادات افراد در زمینه دیابت بارداری داده شود که در این صورت آموزش‌های ما مؤثرتر و مفیدتر خواهد بود.

### تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از پایان‌نامه با عنوان تبیین تجربه مادران مبتلا به دیابت بارداری، طراحی و ارزیابی یک مداخله آموزشی مبتنی بر نتایج در مقطع دکتری تخصصی و با کد اخلاق IR.SBMU.PHNM.1394.316 است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی اجرا شده است. بنابراین از همکاران محترم معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و مادران عزیزی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

مسلمانان و کاتولیک عقیده داشتند اگر واجبات مذهبی خود را بخوبی انجام دهند یک زندگی سالم و بدون عوارض دیابت خواهند داشت (۱۲).

Sridhar و Sarri در مطالعات خود بیان کرده‌اند که رابطه مذهب و بیماری ممکن است مربوط به عادات زندگی ترویج شده توسط اعمال مذهبی باشد نه اینکه صرفاً به خود یک دین خاص نسبت داده شود (۳۷، ۳۸).

Lynch در تحقیق خود به این نتیجه رسیده است که دین و معنویت ممکن است از راه‌های بسیاری برای بهبود پیامدهای بالینی مؤثر باشند، برخی از گزارش‌ها نشان می‌دهد که ممکن است مدیریت افسردگی مرتبط با دیابت توسط دین و معنویت کمک به بهبود و کنترل بیماری نماید (۱۸) و Powell بیان کرده که این امر ممکن است سبب بهبود شیوه زندگی شود (۳۹).

Sridhar عقیده دارد ممکن است دین و معنویت به‌طور غیر مستقیم بر کنترل دیابت مفید باشند به‌طور مثال در یک مطالعه افراد تنها با استفاده از داروهای بومی، بیماری خود را کنترل می‌کردند در صورتی که استفاده از داروهای بیوشیمیایی مؤثر نبودند (۴۰).

در تحقیق Gupta و همکارانش یکی از تمتهای به‌دست آمده عبارت بود از نیروی الهی منبع توانایی و امید. همه شرکت‌کنندگان در این تحقیق رغبت و تمایل به بحث در مورد نقش معنویت در بیماری مزمن خود را داشتند.

اکثریت افراد به معنویت به‌عنوان یک منبع قدرت و امید اشاره کرده بودند برخی ابراز کرده بودند که ایمان عمیق و تکیه بر باورها و شیوه‌های معنوی به آن‌ها در مواجهه با چالش‌های ابتلا به دیابت کمک می‌کند (۴۱).

در تحقیق Estevez نتایج نشان می‌دهد که افراد دیابتی گزارش کرده‌اند که دین نقش چشمگیری در زندگی آن‌ها دارد.

علاوه بر آن به نظر می‌رسد که افرادی که دارای سطوح بالاتر اعتقادات مذهبی، پشتیبانی بیشتری از دوستان دریافت می‌کنند (۲۷). نتایج تمامی مطالعات فوق با یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر همسو بوده و با توجه به تأثیر دعا و نیایش بر آرامش افراد و اثرات

### References:

1. Bandyopadhyay M, Small R, Mary- Davey A. Attendance for Postpartum Glucose Tolerance Testing Following Gestational Diabetes among South Asian Women in Australia: A Qualitative Study. *J Womens Health Issues Care* 2015; 4(1): 1-8.

2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom S, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS. *Williams obstetrics*. 24nd ed. New York: Mc Graw Hill; 2014. P. 1125-43.
3. Sayehmiri F, Bakhtiari S, darvishi P, Sayehmiri K. Prevalence of gestational diabetes in Iran: a

- systematic review and meta-analysis. *Iran J Obstet Gynecol Infertility* 2013; 15 (4): 23-16. (Persian )
4. Metzger BE, Gabbe SG, Persson B, Buchanan TA, Catalano PA, Damm P, et al. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care* 2010;33(3):676–82.
  5. Carolan M .Women’s experiences of gestational diabetes self-management: A qualitativestudy. *Midwifery* 2013; 29: 637–45.
  6. Osgood ND, Dyck RF, Grassmann WK. The inter- and intragenerational impact of gestational diabetes on the epidemic of type 2 diabetes. *Am J Public Health* 2011;101(1):173–9.
  7. Oster RT, Johnson JA, Hemmelgarn BR, King M, Balko SU, Svenson LW, etal. Recent epidemiologic trends of diabetes mellitus among status Aboriginaladults. *CMAJ* 2011;183(12): 803-8..
  8. Goldstein RF, Gibson-Helm ME, Boyle JA, Teede HJ. Satisfaction with diagnosis process for gestational diabetes mellitus and risk perception among Australian women. *Int J Gynaecol Obstet* 2015; 129(1): 46-9.
  9. Parsons J, Ismail K, Amiel S, Forbes A. Perceptions among women with gestational diabetes. *Qual Health Res* 2014;24(4):575–85.
  10. Greenhalgh T, Clinch M, Afsar N, Choudhury Y, Sudra R, Campbell-Richards D, et al. Socio-cultural influences on the behaviour of South Asian women with diabetes in pregnancy: qualitative study using a multi-level theoretical approach. *BMC Medicine* 2015; 13(120): 1–15.
  11. Jijomon PP, Sharon T, Teena and Xavier R, Nayak MG. Health Beliefs on Management of Diabetes Mellitus. *NUJHS*; 2013; 3(2): 38-43.
  12. Amarasekara A, Fongkaew W, Turale S, Wimalasekara SW. Chanprasit C. An ethnographic study of diabetes health beliefs and practices in Sri Lankan adults. *Int Nurs Rev* 2014; 61(4): 507-14.
  13. Koenig HG. Concerns about measuring “spirituality” in research. *J Nerv Ment Dis* 2008;196(5):349–55.
  14. Levin J, Chatters L M, Joseph R. Theory in religion, aging, and health: An overview *J Relig Health* 2011; 50(2): 389-406.
  15. Williams DR, Sternthal MJ. Spirituality, religion and health: evidence and research directions. *Med J Aust* 2007; 21(186): 47-50.
  16. Lundberg PC, Thrakul S. Type 2 diabetes: how do Thai Buddhist people with diabetes practice self-management?. *J Adv Nurs* 2012; 68(3): 550–8.
  17. Sridhar G R. Diabetes, religion and spirituality. *Int J Diabetes Dev Ctries* 2013; 33(1): 5–7.
  18. Lynch CP, Hernandez-Tejada MA, Strom JL, Egede LE. Association between spirituality and depression in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2012; 38(3): 427–35.
  19. Dalal AK. Living with a chronic disease: Healing and psychological adjustment in Indian society. *Psychol Devel Soc* 2000; 12(1): 67–81.
  20. Sowattanagoon N, Kotchabhakdi N, Petrie K. The influence of Thai culture on diabetes perceptions and management. *Diabetes Res Clin Pract* 2009; 84: 245–51.
  21. Hjelem K, Mufanda E. Zimbabwean diabetics’ beliefs about health and illness: an interview study. *BMC Int Health Hum Rights* 2012; 10(7): 1–10.
  22. Mendenhall E, Shivashankar R, Tandon N, Ali M K, Narayan V, Prabhakaran D. Stress and diabetes in socioeconomic context: A qualitative study of urban Indians. *Soc Sci Med* 2012; 75(12): 2522 -9.
  23. Abdoli S, Ashktorab T, Ahmadi F, Parvizi S, Dunning T. Religion, faith and the empowerment process: Stories of Iranian people with diabetes. *Int J Nurs Pract* 2011; 17(3): 289–98.
  24. Tuncay T, Musabak I, Engin Gok D, Kutlu M. The relationship between anxiety, coping strategies and

- characteristics of patients with diabetes. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6(1): 79.
25. Lawson EJ, Rajaram S. A transformed pregnancy: the psychosocial consequences of gestational diabetes. *Sociol Health Illn* 1994;16(4): 536–62.
  26. Manne SL, Zautra AJ. Spouse criticism and support: Their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid arthritis. *J Pers Soc Psychol* 1989; 56(4): 608-17.
  27. Estevez R. Spousal support and diabetes management: Spousal support and diabetes management: The role of gender and religion. (Dissertations). University of North Texas; 2012.
  28. Hjelm K, Bard K, Apelqvist J. Swedish and Middle-Eastern-born women's beliefs about gestational diabetes. *Midwifery* 2005; 21(2): 44–60.
  29. Hjelm K, Bard K, Nyberg P, Apelqvist J. Management of gestational diabetes from the patient's perspective – a comparison of Swedish and Middle-Eastern born women. *J Clin Nurs* 2007;16(1): 168–78.
  30. Ghanei L, Amir Mohammad Kazemifar AM, Sonia Ovesi S, Mirzaee Baghini K. Use of complementary medicine replacement in patients with type 2 diabetes referes to Velayat hospital of Qazvin. *J Complementary Med* 2014; (4): 683-6. (Persian)
  31. Chang HA, Wallis M, Tiralongo E, Wang HL. Decision making related to complementary and alternative medicine use by people with Type 2 diabetes: a qualitative study. *J Clin Nurs* 2012; 21(21-22): 3205–15.
  32. Xie W, Zhao Y, Zhang Y. Traditional Chinese Medicine in treatment of patients with type 2 diabetes mellitus. *Evid Based Complement Alternat Med* 2011; 2011: 1-13.
  33. Chang HY, Wallis M, Tiralongo E. Use of complementary and alternative medicine among people living with diabetes: literature review. *J Adv Nurs* 2007; 58(4): 307–19.
  34. Jafari Y, Rahimi J, Bkgnazar S, Lashkardoost H, Mohaddes Hakkak H, Mousavi Jajarmi S, et al. The relationship between religious orientation and Self-care practice in patients with type 2 diabetes. *jnkums* 2015; 7(2): 453-63. (Persian)
  35. Williams FBR. African American women with type 2 diabetes understanding self-management. [Dissertation]. Tampa FL: University of South Florida; 2004.
  36. Sridhar GR, Desai NG. Dealing with depression in metabolic disorders. In, editor. *Depression in medically-ill patients*. ECAB. Clinical Update: Psychiatry. New Delhi: Elsevier; 2012. P.20–36.
  37. Sarri KO, Higgins S, Kafatos AG. Are religions 'healthy'? A review on religious recommendations on diet and lifestyle. *Hum Ecol* 2006; 14: 7–20.
  38. Sridhar GR. Containing the diabetes epidemic. *Natl Med J India* 2003; 16(2): 57–60.
  39. Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE. Religion and spirituality: linkages to physical health. *Am Psychol* 2003; 58(1): 36–52.
  40. Sridhar GR. Complementary and mainstream medicine: friend or foe? *Curr Sci* 2002; 83(3): 211–13.
  41. Gupta PS, Anandarajah G. The Role of Spirituality in Diabetes Self-Management in an Urban, Underserved Population: A Qualitative Exploratory Study. *Rhode Sland Medi J* 2014; 97(3): 31-5.

## BELIEFS, ATTITUDES AND COPING BEHAVIORS OF MOTHERS WITH GESTATIONAL DIABETES: A QUALITATIVE STUDY

Taraneh Emamgholi Khooshehchin<sup>1</sup>, Zohreh Keshavarz<sup>2\*</sup>, Maryam Afrakhteh<sup>3</sup>, Elham Shakibazadeh<sup>4</sup>, Soghrat Faghihzadeh<sup>5</sup>

Received: 16 Aug, 2016; Accepted: 14 Oct, 2016

### Abstract

**Background & Aims:** Diabetes is the most prevalent disease during pregnancy. Self-care and prevention of diabetes type II in future are the key factors in patients' education. Cultural and religious beliefs are of the effective key factors on self-care by diabetics. Gestational diabetes is one of the main health issues in Iran. Therefore, the present study is aimed at elaborating on the beliefs, and coping strategies of the mothers with gestational diabetes .

**Materials & Methods:** The study was carried out as a qualitative-content analysis method. Face to face semi-structured deep interviews were performed for data gathering. Participants were pregnant women diagnosed with gestational diabetes in 24th-36th week of pregnancy who referred to the clinics affiliated with Shahid Beheshti Medical Science University. Data saturation was achieved with 12 interviews and the collected data was analyzed using conventional content analysis method .

**Results:** conventional content analysis highlighted two themes; Attitude toward the disease and Coping strategies. The former was featured with 2 categories: religious beliefs and medical beliefs. The latter was featured with three layers: compatibility, spirituality, and incompatibility.

**Conclusion:** clarifying beliefs and coping behaviors of mothers with gestational diabetes leads to better and proper education planning and programming toward improvement of health, self-care, and prevention of diabetes .

**Keywords:** gestational diabetes, Attitude, Coping strategies, content analysis

**Address:** Tehran, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Department of Midwifery and Reproductive health, School of Nursing and Midwifery

**Tel:** +98 9122101998

**Email:** Keshavarzzohre @ yahoo.com

<sup>1</sup> Student research office, PhD candidate, Department of Reproductive health, School of Nursing and Midwifery, International Branch, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Assistant professor, Department of Midwifery and Reproductive health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Professor, Department of Obstetrics and gynecology of shohada Tajresh Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup> Assistant professor, Department of Health Education and Promotion School of public health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>5</sup> Professor, Department of Biostatistics, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.