

دیابت بارداری: راهنمای جامع مراقبت‌های پرستاری بر اساس آخرین شواهد (۲۰۲۵-۲۰۲۶)

مقدمه

دیابت بارداری (GDM) یکی از شایع‌ترین عوارض دوران بارداری است که به عنوان عدم تحمل کربوهیدرات با شروع یا تشخیص اولین بار در دوران بارداری تعریف می‌شود. بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت، از هر ۶ تولد زنده در جهان، یک مورد تحت تأثیر دیابت دوران بارداری قرار دارد و شیوع این بیماری به دلیل افزایش سن مادران و شیوع چاقی، روندی صعودی دارد. دیابت بارداری با عوارض جدی مادری و جنینی مانند پره‌اکلامپسی، زایمان زودرس، ماکروزومی (وزن تولد بیش از ۴ کیلوگرم)، دیستوشی شانه، هیپوگلیسمی نوزادان و افزایش خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ در مادر و چاقی و دیابت در کودک در آینده همراه است.

پرستاران و ماماها به عنوان اعضای کلیدی تیم مراقبت‌های دوران بارداری، نقشی حیاتی در تمام مراحل از غربالگری و تشخیص تا مدیریت و پیگیری پس از زایمان ایفا می‌کنند. این مقاله بر اساس آخرین دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت (WHO 2025) و راهنماهای بالینی معتبر (NHS ۲۰۲۵) تدوین شده است.

غربالگری و تشخیص

عوامل خطر و زمان انجام تست

بر اساس راهنمای بالینی (NHS ۲۰۲۵)، غربالگری دیابت بارداری با استفاده از تست تحمل گلوکز خوراکی (OGTT) برای زنان با عوامل خطر زیر در هفته ۲۴-۲۸ بارداری (ترجیحاً هفته ۲۶) توصیه می‌شود:

شرح	گروه خطر
≥ 30 کیلوگرم بر متر مربع بر اساس اندازه‌گیری در سونوگرافی غربالگری	شاخص توده بدنی (BMI)
تولد نوزاد با وزن ≤ 4.5 کیلوگرم در بارداری قبلی	سابقه ماکروزومی

والدین یا خواهر و برادر با دیابت نوع ۱ یا ۲	سابقه خانوادگی دیابت
از جمله آسیایی، آفریقایی-سیاه، کارائیب سیاه و خاورمیانه	منطقه قومی با شیوع بالای دیابت
به ویژه در صورت درمان با متفورمین	سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCOS)
در بارداری قبلی	سابقه مرده زایی بدون علت
مانند کوئتایین، الانزاین، آریپیپرازول، ریسپریدون و زیراسیدون	مصرف داروهای آنتی سایکوتیک

نکته: تست OGTT باید در هر سن بارداری در صورت وجود موارد زیر انجام شود :

گلیکوزوری جدید با درجه ۲+ در یک نوبت یا ۱+ در دو نوبت

پلی هیدرآمیوس ($AFI > 25$ سانتی متر) در سونوگرافی

وزن تخمینی جنین > 90 سانتیل (بر اساس نمودار رشد شخصی سازی شده)

در زنان با سابقه دیابت بارداری در بارداری قبلی، تست OGTT باید در اولین فرصت پس از ثبت نام انجام شود و در صورت طبیعی بودن، در هفته ۲۶ تکرار شود .

روش انجام تست OGTT

بر اساس راهنمای استاندارد، تست تحمل گلوکز خوراکی (OGTT) با ۷۵ گرم گلوکز به شرح زیر انجام می شود :

ناشتایی: آزمایش در صبح پس از حداقل ۸ ساعت ناشتایی انجام می شود. مصرف سیگار ممنوع است و تنها مقدار کمی آب ساده (بدون گاز و بدون طعم) مجاز است.

نمونه خون ناشتا: خونگیری برای اندازه گیری قند خون ناشتا قبل از انجام تست.

مصرف محلول گلوکز: معادل ۷۵ گرم گلوکز بی آب (پلی کال ۱۱۳ میلی لیتر) با آب مخلوط شده تا حجم نهایی ۳۰۰-۲۵۰ میلی لیتر، طی ۵ دقیقه مصرف شود.

نمونه خون ۲ ساعته: خونگیری مجدد ۲ ساعت پس از شروع مصرف محلول گلوکز. در طول تست، بیمار نباید سیگار بکشد یا فعالیت بدنی داشته باشد.

تفسیر نتایج

تشخیص دیابت بارداری بر اساس معیارهای زیر انجام می‌شود :

وضعیت	قند خون ناشتا	قند خون ۲ ساعته
طبیعی	< 5.6 میلی‌مول در لیتر	< 7.8 میلی‌مول در لیتر
دیابت بارداری	≥ 5.6 میلی‌مول در لیتر	≥ 7.8 میلی‌مول در لیتر

توجه:

در صورت قند خون ناشتا ≤ 7.0 میلی‌مول در لیتر در زمان تشخیص، درمان فوری با انسولین (با یا بدون متفورمین) همراه با تغییرات رژیم غذایی و ورزش توصیه می‌شود .

هیپوگلیسمی واکنشی (قند خون ۲ ساعته کمتر از مقدار ناشتا) یک پاسخ فیزیولوژیک در برخی زنان است و نیازی به ارجاع به تیم دیابت ندارد مگر اینکه علائم هیپوگلیسمی وجود داشته باشد .

در زنان با سابقه جراحی بای‌پس معده یا اسلیو معده، تست OGTT قابل تحمل نیست و باید به مامای تخصصی دیابت ارجاع داده شوند .

غربالگری در سن بارداری بیش از ۳۶ هفته شواهد کافی ندارد و توصیه نمی‌شود .

مراقبت‌های پرستاری پس از تشخیص

پس از تشخیص دیابت بارداری، یک برنامه مراقبتی جامع و مبتنی بر شواهد آغاز می‌شود. بر اساس WHO 2025، مدیریت دیابت بارداری بر سه اصل اساسی استوار است: تغییرات سبک زندگی، خودپایشی قند خون، و در صورت لزوم، درمان دارویی .

۱. آموزش و توانمندسازی بیمار (نقش کلیدی پرستار)

پرستار و ماما نقش اصلی را در آموزش و توانمندسازی بیمار ایفا می‌کنند. محتوای آموزشی باید شامل موارد زیر باشد :

آشنایی با بیماری: توضیح اینکه دیابت بارداری چیست، چرا رخ می‌دهد و چرا کنترل آن مهم است.

تغییرات سبک زندگی: نقش رژیم غذایی، وزن و ورزش (مانند پیاده‌روی ۳۰ دقیقه پس از هر وعده غذایی).

تأکید بر جایگزینی غذاهای با شاخص گلیسمی بالا با غذاهای با شاخص گلیسمی پایین .

خودپایشی قند خون: آموزش استفاده از دستگاه گلوکومتر و ثبت مقادیر قند خون در نوبت‌های مشخص.

درمان دارویی: توضیح اینکه در صورت عدم کنترل قند خون با رژیم و ورزش طی ۱-۲ هفته، درمان با متفورمین یا انسولین آغاز خواهد شد.

آگاهی از عوارض: توضیح اینکه کنترل خوب قند خون در طول بارداری، خطر ماکروزومی، تروما هنگام زایمان، القای زایمان، سزارین، هیپوگلیسمی نوزاد و مرگ پری‌ناتال را کاهش می‌دهد.

خطرات بلندمدت: افزایش خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ در آینده و خطر چاقی و دیابت در کودک در آینده.

۲. خودپایشی قند خون (SMBG)

بر اساس WHO 2025، خودپایشی قند خون برای تمام زنان مبتلا به دیابت بارداری توصیه می‌شود، اما فرکانس آن باید بر اساس نوع دیابت، نوع درمان و ثبات کنترل قند خون، فردی‌سازی شود.

اهداف قند خون در دیابت بارداری بر اساس راهنمای (NHS ۲۰۲۵):

هدف	زمان اندازه‌گیری
<۵.۳ میلی‌مول در لیتر	قند خون ناشتا
<۷.۸ میلی‌مول در لیتر	۱ ساعت پس از غذا

دفعات اندازه‌گیری پیشنهادی:

درمان با رژیم و ورزش یا درمان خوراکی یا انسولین با دوز واحد: اندازه‌گیری قند خون ناشتا و ۱ ساعت پس از هر وعده غذایی به صورت روزانه.

درمان با انسولین با دوزهای متعدد: اندازه‌گیری قند خون ناشتا، قبل از هر وعده غذایی، ۱ ساعت پس از هر وعده غذایی و قبل از خواب به صورت روزانه.

نکته مهم: استفاده از مانیتورینگ مداوم گلوکز (CGM) برای زنان با دیابت بارداری به صورت روتین توصیه نمی‌شود و شواهد کافی برای بهبود پیامدهای بالینی در این گروه وجود ندارد.

۳. مدیریت تغذیه و سبک زندگی

بر اساس WHO 2025، مدیریت تغذیه پایه و اساس درمان دیابت بارداری است و رویکرد آن مبتنی بر اصول تغذیه سالم عمومی است، نه یک رژیم "کنترل قند" جداگانه.

اصول کلیدی تغذیه:

کربوهیدرات‌های پیچیده: غلات کامل، سبزیجات، میوه‌ها و حبوبات به عنوان منابع اصلی کربوهیدرات. مصرف روزانه حداقل ۴۰۰ گرم سبزیجات و حداقل ۲۵ گرم فیبر غذایی توصیه می‌شود. محدودیت قندهای آزاد: قندهای افزوده شده نباید بیش از ۵-۱۰ درصد از انرژی کل روزانه را تشکیل دهند. پرهیز از محدودیت شدید کربوهیدرات: رژیم‌های بسیار کم کربوهیدرات و گرسنگی طولانی‌مدت می‌تواند منجر به سوءتغذیه و محدودیت رشد جنین شود و توصیه نمی‌شود.

فعالیت بدنی:

حداقل ۱۵۰ دقیقه فعالیت هوازی با شدت متوسط در هفته (مانند پیاده‌روی سریع، شنا)

ترکیب با تمرینات مقاومتی سبک در صورت امکان

در صورت عدم وجود موارد منع مصرف، فعالیت بدنی نباید به دلیل تشخیص GDM محدود شود

مدیریت وزن:

هدف، پیشگیری از افزایش وزن بیش از حد است، نه کاهش وزن عمدی

افزایش وزن باید بر اساس شاخص توده بدنی (BMI) قبل از بارداری و با نظر پزشک تنظیم شود

۴. درمان دارویی

زمانی که تغییرات رژیم غذایی و ورزش به تنهایی قادر به کنترل قند خون در محدوده هدف (طی ۱-۲ هفته) نباشند، درمان دارویی آغاز می‌شود. بر اساس WHO 2025، هر دو داروی متفورمین و انسولین به عنوان گزینه‌های خط اول برای درمان دیابت بارداری معرفی شده‌اند.

پروتکل درمانی گام‌به‌گام بر اساس (NHS ۲۰۲۵):

توضیح	درمان	گام
-------	-------	-----

در صورت عدم کنترل طی ۱-۲ هفته، به گام بعدی بروید	رژیم غذایی + ورزش	گام ۱
در صورت عدم کنترل یا عدم تحمل، به گام بعدی بروید	متفورمین	گام ۲
در صورت عدم کنترل، انسولین به درمان اضافه می‌شود	انسولین (به علاوه متفورمین)	گام ۳

نکات کلیدی در درمان دارویی :

اگر قند خون ناشتا ≥ 7.0 میلی‌مول در لیتر در زمان تشخیص باشد، درمان فوری با انسولین (با یا بدون متفورمین) به همراه تغییرات سبک زندگی آغاز می‌شود.

اگر قند خون ناشتا بین $6.0-6.9$ میلی‌مول در لیتر همراه با عوارضی مانند ماکروزومی یا پلی‌هیدرامنیوس باشد، درمان فوری با انسولین (با یا بدون متفورمین) در نظر گرفته می‌شود.

داروهای SGLT2 و GLP-1 آگونیست‌ها به دلیل عدم وجود شواهد ایمنی کافی در بارداری، ممنوع هستند .

مراقبت‌های پرستاری ویژه در دوران بارداری

۱. پایش رشد جنین و مایع آمنیوتیک

بر اساس راهنمای (NHS ۲۰۲۵) برای تمام زنان با دیابت بارداری، سونوگرافی برای ارزیابی رشد جنین، حجم مایع آمنیوتیک و داپلر عروق از زمان تشخیص (اما نه قبل از ۲۶ هفته) هر ۴ هفته یکبار تا زمان زایمان انجام می‌شود .

برنامه پایش توصیه‌شده :

هفته ۲۸: سونوگرافی رشد، مایع آمنیوتیک و داپلر + ویزیت کلینیک دیابت

هفته ۳۲: سونوگرافی رشد، مایع آمنیوتیک و داپلر + ویزیت کلینیک دیابت

هفته ۳۶: سونوگرافی رشد، مایع آمنیوتیک و داپلر + ویزیت کلینیک دیابت + بحث در مورد روش زایمان و جمع‌آوری کلستروم

هفته ۳۸-۳۹: سونوگرافی رشد، مایع آمنیوتیک و داپلر + ویزیت کلینیک دیابت + برنامه‌ریزی برای القای زایمان
یا سزارین

۲. برنامه‌ریزی زایمان

بر اساس راهنمای (NHS ۲۰۲۵)، القای زایمان بین هفته ۳۸+۰ تا ۴۰+۶ (با در نظر گرفتن کنترل قند خون و عوارض مادری یا جنینی) توصیه می‌شود.

مشاوره قبل از زایمان باید شامل موارد زیر باشد:

خطر دیستوشی شانه و عوارض مرتبط

خطر خونریزی پس از زایمان و ترومای پرینه

خطر هیپوگلیسمی نوزاد

اهمیت زایمان در بیمارستانی با قابلیت احیای پیشرفته نوزادان به صورت ۲۴ ساعته

عدم ترخیص نوزاد تا حداقل ۲۴ ساعت پس از تولد (برای اطمینان از حفظ قند خون و تغذیه مناسب)

۳. تزریق استروئیدهای قبل از زایمان در زنان با دیابت بارداری

در صورت خطر زایمان زودرس و نیاز به تزریق کورتیکواستروئید برای بلوغ ریه جنین، زنان با دیابت بارداری نیاز به پایش ویژه قند خون دارند. بر اساس راهنمای (NHS ۲۰۲۵):

پایش قند خون قبل از غذا، ۱ ساعت پس از هر غذا و قبل از خواب در طول دوره مصرف استروئید

در صورت دو بار قند خون ≤ 12 میلی‌مول در لیتر با فاصله ۱ ساعت، نیاز به مشاوره فوری با تیم دیابت

مراقبت‌های پرستاری در دوران پس از زایمان

۱. مراقبت از نوزاد

بر اساس راهنمای (NHS ۲۰۲۵):

پایش قند خون نوزاد بلافاصله پس از تولد و تا ۲۴ ساعت پس از آن

تغذیه زودهنگام و مکرر نوزاد (شیر مادر یا شیر خشک) برای پیشگیری از هیپوگلیسمی

در صورت نیاز، اندازه‌گیری قند خون نوزاد تا زمانی که سطح آن در محدوده طبیعی باشد

۲. مراقبت از مادر

قطع داروهای کاهنده قند خون: در زنان با دیابت بارداری، داروهای کاهنده قند خون (متفورمین و انسولین) بلافاصله پس از زایمان قطع می‌شوند.

تغذیه و فعالیت: بازگشت به رژیم غذایی سالم و فعالیت بدنی مناسب

پیشگیری از دیابت نوع ۲: انجام تست تحمل گلوکز خوراکی (OGTT) ۶-۱۳ هفته پس از زایمان برای بررسی دیابت پایدار.

مشاوره پیشگیری: آموزش در مورد عوامل خطر دیابت نوع ۲ و اهمیت حفظ وزن سالم، رژیم غذایی مناسب و فعالیت بدنی منظم

تشخیص‌های پرستاری و مداخلات کلیدی

بر اساس شواهد موجود، تشخیص‌های پرستاری اصلی در دیابت بارداری عبارتند از:

تشخیص پرستاری	مداخلات کلیدی
عدم تعادل تغذیه‌ای (بیشتر از نیاز بدن)	آموزش رژیم غذایی سالم با تأکید بر کربوهیدرات‌های پیچیده و فیبر بالا؛ مشاوره با متخصص تغذیه؛ پایش وزن و شاخص توده بدنی
خطر عدم تعادل قند خون (هیپرگلیسمی)	آموزش خودپایشی قند خون؛ آموزش علائم هیپوگلیسمی و هیپرگلیسمی؛ تجویز دقیق داروها بر اساس دستور پزشک
اضطراب	کاهش اضطراب با ارائه اطلاعات دقیق و حمایت عاطفی؛ مشارکت خانواده در مراقبت؛ تشویق به بیان نگرانی‌ها
کمبود دانش	آموزش در مورد ماهیت بیماری، عوارض، اهمیت کنترل قند خون، عوارض داروها، و علائم هشداردهنده

خطر عوارض جنینی	پایش منظم رشد جنین و مایع آمنیوتیک؛ پایش ضربان قلب جنین؛ همکاری در برنامه‌ریزی زایمان
خطر سزارین / زایمان زودرس	آموزش در مورد علائم هشداردهنده زایمان زودرس؛ همکاری در برنامه‌ریزی زایمان

نقش کلیدی پرستار

پرستاران و ماماها در مراقبت از زنان با دیابت بارداری، نقشی چندوجهی و حیاتی ایفا می‌کنند:

ارزیاب بالینی: انجام غربالگری بر اساس عوامل خطر، پایش قند خون، پایش رشد جنین و شناسایی زودهنگام عوارض

آموزنده و توانمندساز: ارائه آموزش‌های دقیق در مورد تغذیه، ورزش، خودپایشی قند خون، مصرف داروها و علائم هشداردهنده

مدیر مراقبت: هماهنگی مراقبت‌های بین‌رشته‌ای (ماما، متخصص دیابت، متخصص تغذیه، متخصص زنان و زایمان)

حمایت‌کننده روانی: کاهش اضطراب و استرس، ارائه حمایت عاطفی، تشویق به پذیرش بیماری و مشارکت در تصمیم‌گیری

پیشگیری‌کننده: آموزش در مورد پیشگیری از دیابت نوع ۲ (پس از زایمان) تغذیه سالم، فعالیت بدنی، کنترل وزن، انجام تست OGTT پس از زایمان)

جمع‌بندی

دیابت بارداری یک بیماری شایع و رو به افزایش است که نیازمند رویکردی جامع، مبتنی بر شواهد و بیمارمحور در تمام مراحل از غربالگری تا پس از زایمان است. پرستاران و ماماها با ایفای نقش‌های خود به عنوان ارزیاب، مراقب، مربی و حمایت‌کننده، نقشی حیاتی در مدیریت موفق این بیماری، کاهش عوارض مادری و جنینی، و توانمندسازی زنان برای خودمراقبتی ایفا می‌کنند. رویکرد جدید WHO 2025 بر فردی‌سازی مراقبت‌ها، اهمیت تغذیه سالم و فعالیت بدنی به عنوان پایه درمان، و جایگاه متفورمین به عنوان گزینه‌ای معتبر در کنار انسولین تأکید دارد که نیاز به به‌روز بودن دانش پرستاران را بیش از پیش ضروری می‌سازد.



World Health Organization (WHO). Recommendations on care for women with diabetes during pregnancy. Geneva: WHO; 2025 .

Royal Cornwall Hospitals NHS Trust. Gestational Diabetes Mellitus (GDM) Clinical Guideline V2.0. December 2025 .

North Cumbria Integrated Care NHS Foundation Trust. Gestational Diabetes (Adult) v1.0. May 2025 .

