

Assessment of GDM Knowledge and Associated Factors among University Students in the UAE – A Cross-Sectional Study

Dear Respondent,
Please kindly fill the survey after signing the informed consent above. Thank you for your valuable time.

* Required

SECTION 1: SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS

Age*	_____
Gender*	<input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male
Emirate*	<input type="checkbox"/> Abu Dhabi <input type="checkbox"/> Dubai <input type="checkbox"/> Sharjah <input type="checkbox"/> Ajman <input type="checkbox"/> Ras Al Khaimah <input type="checkbox"/> Umm Al Quwain <input type="checkbox"/> Fujairah
City*	<input type="checkbox"/> _____
Weight	<input type="checkbox"/> _____
Height	<input type="checkbox"/> _____
Marital status*	<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widow <input type="checkbox"/> Other _____
Have you (or your spouse) been pregnant before? (if applicable) If yes, how many pregnancies?	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA
College*	<input type="checkbox"/> College of Business and Economics <input type="checkbox"/> College of Humanities and Social Science <input type="checkbox"/> College of Information Technology <input type="checkbox"/> College of Engineering <input type="checkbox"/> College of Education <input type="checkbox"/> College of Law <input type="checkbox"/> College of Agricultural and Veterinary Medicine <input type="checkbox"/> College of Science <input type="checkbox"/> College of Medicine and Health Science
Department*	<input type="checkbox"/> _____
Program*	<input type="checkbox"/> Undergraduate <input type="checkbox"/> Post graduate
Are you currently working as well? *	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If you are currently working, where	<input type="checkbox"/> I work in the health sector

do you work?	<input type="checkbox"/> I work outside the health sector <input type="checkbox"/> NA
Is there anyone in your home working in the health field? *	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No
Does anyone in your family have diabetes? Specify *	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Do you have any chronic diseases?	a. Yes b. No
If yes specify. (You can choose more than one answer)	<input type="checkbox"/> Pre-diabetes <input type="checkbox"/> diabetes mellitus, <input type="checkbox"/> hypertension, <input type="checkbox"/> lipid/cholesterol abnormalities, <input type="checkbox"/> heart disease, <input type="checkbox"/> stroke, <input type="checkbox"/> thyroid disease, <input type="checkbox"/> obesity, <input type="checkbox"/> others _____
Before now, have you ever heard what is called (gestational diabetes)? *	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Do you know someone who has had gestational diabetes? *	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA
Did you (or your spouse) have gestational diabetes during any of your pregnancies? *	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA
SECTION 2: GDM KNOWLEDGE	
Do you think that more pregnancies increase the chance of developing gestational diabetes? *	<input type="checkbox"/> Yes [1 point] <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I do not know
Do you think that women who have had gestational diabetes have a greater chance of developing it again? *	<input type="checkbox"/> Yes [1 point] <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I do not know
Do you think that weight gain/obesity before pregnancy may contribute to gestational diabetes? *	<input type="checkbox"/> Yes [1 point] <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I do not know
Do you think that a woman whose family member has diabetes has a higher chance of developing gestational diabetes? *	<input type="checkbox"/> Yes [1 point] <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I do not know
Do you think that rapid weight gain	<input type="checkbox"/> Yes [1 point]

during pregnancy may contribute to gestational diabetes? *	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I do not know
What is the usual time for diagnosing gestational diabetes in the absence of risk factors? *	<input type="checkbox"/> Week 12 – 22 <input type="checkbox"/> Week 24 – 28 [1 point] <input type="checkbox"/> Week 32 – 35 <input type="checkbox"/> I do not know
What is the test (analysis) used to diagnose gestational diabetes? *	<input type="checkbox"/> Urine analysis <input type="checkbox"/> Blood analysis <input type="checkbox"/> Blood analysis after drinking glucose solution [1 point] <input type="checkbox"/> I do not know
What is the treatment plan that is used for a woman with gestational diabetes? (You can choose more than one answer) *	<input type="checkbox"/> Diet and exercise [1 point] <input type="checkbox"/> Insulin injection OR Oral diabetes medications [1 point] <input type="checkbox"/> I do not know
Gestational diabetes...? (You can choose more than one answer) *	<input type="checkbox"/> Usually disappears after birth [1 point] <input type="checkbox"/> Can affect the newborn baby if gestational diabetes is not treated [1 point] <input type="checkbox"/> A woman with gestational diabetes may develop Type II diabetes in the future [1 point] <input type="checkbox"/> I do not know
SECTION 3: GDM KNOWLEDGE SOURCES	
From where/whom did you hear about GDM? (You can choose more than one answer) *	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Hospital staff (specify) _____ <input type="checkbox"/> School <input type="checkbox"/> Workplace <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Newspaper/ magazines <input type="checkbox"/> Social media <input type="checkbox"/> Other online resources <input type="checkbox"/> Family/ friends <input type="checkbox"/> Neighborhood <input type="checkbox"/> Others (specify) _____ <input type="checkbox"/> NA

Assessment of GDM Knowledge and Associated Factors among University Students in the UAE – A Cross-Sectional Study

Dear Respondent,
Please kindly fill the survey after signing the informed consent above. Thank you for your valuable time.

* Required

القسم الأول: صفات وخصائص الحالة الاجتماعية	
* العمر:	<input type="checkbox"/> _____
* الجنس:	<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر
* المنطقة:	<input type="checkbox"/> أبو ظبي <input type="checkbox"/> دبي <input type="checkbox"/> الشارقة <input type="checkbox"/> عجمان <input type="checkbox"/> رأس الخيمة <input type="checkbox"/> أم القيوين <input type="checkbox"/> الفجيرة
* المدينة:	<input type="checkbox"/> _____
الوزن:	<input type="checkbox"/> _____
الطول:	<input type="checkbox"/> _____
* الحالة الاجتماعية:	<input type="checkbox"/> أعزب /عزباء <input type="checkbox"/> متزوج / متزوجة <input type="checkbox"/> مطلق / مطلقة <input type="checkbox"/> أرمل /أرملة <input type="checkbox"/> غيره _____
* هل كنتِ (أو زوجتك) حاملاً من قبل؟ (إذا كان السؤال مطابق لحالتك)	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة نعم، فكم عدد حالات الحمل؟ <input type="checkbox"/> لا ينطبق
* اسم الكلية:	<input type="checkbox"/> كلية الإدارة والاقتصاد <input type="checkbox"/> كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية <input type="checkbox"/> كلية تقنية المعلومات <input type="checkbox"/> كلية الهندسة <input type="checkbox"/> كلية التربية <input type="checkbox"/> كلية القانون <input type="checkbox"/> كلية الزراعة والطب البيطري <input type="checkbox"/> كلية الطب والعلوم الصحية
القسم :	<input type="checkbox"/> _____
* البرنامج؟	<input type="checkbox"/> الجامعية <input type="checkbox"/> دراسات عليا
* هل تعمل حالياً؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

<input type="checkbox"/> اعمل في القطاع الصحي <input type="checkbox"/> اعمل خارج القطاع الصحي <input type="checkbox"/> لا ينطبق	*إذا كنت تعمل حالياً، فأين تعمل؟
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم _____	*هل يوجد أحد في منزلك يعمل في المجال الصحي؟
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم _____	هل يوجد شخص في المنزل الذي تعيش فيه مصاب بمرض السكري؟ حدد*
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	*هل انت مصاب بأمراض مزمنة؟
<input type="checkbox"/> مقدمات السكري <input type="checkbox"/> داء السكري <input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم <input type="checkbox"/> ارتفاع الدهون/الكوليسترول <input type="checkbox"/> أمراض القلب <input type="checkbox"/> جلطة دماغية <input type="checkbox"/> مرض الغدة الدرقية <input type="checkbox"/> مرض السمنة <input type="checkbox"/> غيرها _____ <input type="checkbox"/> لا ينطبق	*إذا كانت الإجابة نعم، (يمكنك اختيار أكثر من إجابة)
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	* (الحوامل) هل سمعت من قبل بما يسمى (مرض السكري عند
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق	*هل تعرف أحد أصيب بمرض سكر الحمل؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق	*هل أصبت (أو زوجتك) بسكري الحمل أثناء أي من حالات حملها؟
القسم الثاني: المعرفة بمرض السكري عند الحوامل	
<input type="checkbox"/> نعم [1 point] <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم	*هل تعتقد ان زيادة مرات الحمل تزيد من فرصة الإصابة بسكر الحمل؟
<input type="checkbox"/> نعم [1 point] <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم	هل تعتقد أن النساء الذين سبق لهم وأن أصيبوا بسكر الحمل لديهم فرصة أكبر * للإصابة به مرة أخرى؟
<input type="checkbox"/> نعم [1 point] <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم	هل تعتقد أن زيادة الوزن/ السمنة قبل الحمل قد يساهم في حدوث سكر الحمل؟*
<input type="checkbox"/> نعم [1 point] <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم	هل تعتقد/ تعتقد أن المرأة التي أحد أفراد عائلتها مصاب بالسكري لديها فرصة أكبر للإصابة بسكر الحمل؟*
<input type="checkbox"/> نعم [1 point] <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم	هل تعتقد أن سرعة زيادة الوزن أثناء الحمل قد يساهم في الإصابة بسكر * الحمل؟
<input type="checkbox"/> 22- 12 الاسبوع <input type="checkbox"/> 28 – 24 الاسبوع [1 point] <input type="checkbox"/> 35 – 23 الاسبوع	ما هو الوقت المعتاد لتشخيص سكر الحمل في حال عدم وجود عوامل الخطر * المتعلقة بوجوده؟

<input type="checkbox"/> لا أعلم	
<input type="checkbox"/> تحليل البول <input type="checkbox"/> تحليل الدم <input type="checkbox"/> تحليل الدم بعد شرب محلول الجلوكوز [1 point] <input type="checkbox"/> لا أعلم	* ما هو الاختبار (التحليل) المستخدم لتشخيص سكر الحمل؟
<input type="checkbox"/> [1 point] الحماية والتمارين الرياضية <input type="checkbox"/> OR حقن الأنسولين <input type="checkbox"/> [1 point] أدوية السكر عن طريق الفم <input type="checkbox"/> لا أعلم	ما هي الخطة العلاجية التي تستخدم للمصابة بسكر الحمل؟ (يمكن اختيار أكثر من إجابة)
<input type="checkbox"/> [1 point] عادةً يختفي بعد الولادة <input type="checkbox"/> من الممكن أن يؤثر على الطفل المولود <input type="checkbox"/> [1 point] إذا لم يتم علاج سكر الحمل <input type="checkbox"/> من الممكن أن المرأة المصابة بسكر الحمل أن تصاب بداء السكري من النوع الثاني مستقبلاً <input type="checkbox"/> لا أعلم	* سكر الحمل؟ (يمكن اختيار أكثر من إجابة)
<input type="checkbox"/> المستشفى <input type="checkbox"/> المدرسة <input type="checkbox"/> مكان العمل <input type="checkbox"/> التلفزيون <input type="checkbox"/> الجريدة / المجلة <input type="checkbox"/> وسائل التواصل الاجتماعي <input type="checkbox"/> مصادر أخرى من الإنترنت <input type="checkbox"/> العائلة/ الأصدقاء <input type="checkbox"/> الجيران <input type="checkbox"/> غيرها. حدد _____	* من أين سمعت (مصدر المعلومات) عن سكر الحمل عند الحوامل؟