

تأثیر مشاوره حمایتی زوجها بر رفتار خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت بارداری تحت درمان با انسولین: کار آزمایشی بالینی تصادفی شده

سحر رستمپور^۱، فاطمه عرفانیان ارغوانیان^۲، معصومه کردی^۳، محمدتقی شاکری^۴، فریده اخلاقی^۵، سید محسن اصغری نکاح^۵

چکیده

نوع مقاله:

مقاله اصیل

زمینه و هدف: دیابت بارداری شایع‌ترین اختلال طبی در دوران بارداری است که تأثیرات منفی بسیاری بر جسم و روان مادر باردار و جنین می‌گذارد. طبق مطالعات موجود نقش مشاوره و حمایت همسر در دیابت بارداری کمتر بررسی شده است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره حمایتی زوجها بر رفتار خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت بارداری تحت درمان با انسولین انجام یافته است.

روش بررسی: در این کارآزمایی بالینی تصادفی ۶۴ زن مبتلا به دیابت بارداری با سن بارداری ۲۰-۲۶ هفته مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان ام‌البنین (س) مشهد در سال ۹۸-۱۳۹۷ به روش در دسترس انتخاب و با تخصیص تصادفی بلوک‌بندی شده چهار تایی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. مشاوره حمایتی زوجها توسط پژوهشگر به مدت ۳ جلسه یک ساعته با فاصله یک هفته برای گروه مداخله و همسرانشان برگزار شد. پرسشنامه خودمراقبتی دیابت در دو مرحله قبل و ۴ هفته بعد از اتمام مداخله در هر دو گروه تکمیل و داده‌ها با استفاده از آزمون تی مستقل و تی زوجی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین نمره خودمراقبتی قبل از مداخله بین دو گروه، اختلاف آماری معناداری نداشتند ($p > 0/05$). اما بعد از مداخله، اختلاف میانگین نمرات خودمراقبتی قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله $12/09 \pm 7/06$ و در گروه کنترل $00 \pm 2/60$ بود که افزایش معناداری در نمره خودمراقبتی گروه مداخله نسبت به کنترل مشاهده شد ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: مشاوره حمایتی زوجها به ارتقای رفتار خودمراقبتی مبتلایان به دیابت بارداری کمک می‌کند و می‌توان از آن به عنوان روشی مؤثر در کاهش پیامدهای نامطلوب ناشی از دیابت بارداری استفاده کرد.

ثبت کارآزمایی بالینی: IRCT20181002041202N1

واژه‌های کلیدی: مشاوره، حمایت، خودمراقبتی، دیابت بارداری

نویسنده مسؤول: فاطمه عرفانیان ارغوانیان؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

e-mail: erfaniarf@mums.ac.ir

– دریافت مقاله: دی ماه ۱۳۹۸ – پذیرش مقاله: اسفند ماه ۱۳۹۸ – انتشار الکترونیک مقاله: ۹۹/۳/۲۰

مقدمه

دیابت بارداری به عنوان یک بیماری خاموش، شایع‌ترین اختلال طبی در دوران بارداری است که تأثیرات منفی بسیاری بر جسم و روان مادر باردار می‌گذارد (۱). این بیماری با

خطر بالایی از عوارض و مرگ و میر دوران بارداری همراه است و با افزایش میزان هزینه‌های مصرفی بهداشتی و مراقبت‌های پری‌ناتال، دغدغه جدی برای هر سیستم بهداشتی به حساب می‌آید (۲). دیابت بارداری به درجاتی از اختلال تحمل گلوکز اطلاق می‌شود که برای اولین بار در دوران بارداری شروع یا تشخیص داده می‌شود (۳). دیابت بارداری یک بیماری متابولیک و غدد درون‌ریز است و زمانی ایجاد می‌شود که عملکرد

۱- گروه آموزشی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲- گروه آموزشی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران؛ مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳- گروه آموزشی آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران؛ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۴- گروه آموزشی زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۵- گروه آموزشی روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

پانکراس مادر، توان مقابله با شرایط دیابت زای بارداری را نداشته باشد (۳).

حدود ۷۰٪ مبتلایان به دیابت بارداری بدون علامت و ۳۰٪ باقی‌مبتلایان علامت‌دار و دارای علائمی نظیر: پرنوشتی، پرخوری، پرادراری، گيجی و اختلالات بینایی هستند (۵ و ۴). شیوع دیابت بارداری با توجه به نژاد، قومیت، سن، جثه و معیارهای غربالگری متفاوت و از ۱ تا ۱۴٪ در سراسر جهان متغیر است (۱۶ و ۳). براساس یک مرور نظام‌مند که با استفاده از کلیه مطالعات در ایران در سال ۱۳۹۵ انجام یافته، شیوع دیابت بارداری در حد ۳/۴٪ گزارش شده که دامنه آن در بالاترین میزان ۱۸/۵٪ و در کم‌ترین میزان ۱/۳٪ گزارش شده است (۷). براساس معیارهای جدید تشخیصی ارایه شده توسط کارگروه مطالعات بارداری انجمن بین‌المللی دیابت (The International Association of Diabetes and Pregnancy Study Group: IADPSG)، در سال ۲۰۱۸ شیوع دیابت بارداری ۲/۴ برابر افزایش یافته است (۸).

اضافه وزن و چاقی قبل از بارداری، سابقه ابتلا خویشاوندان درجه اول به دیابت نوع دو، سابقه ابتلا به دیابت بارداری در حاملگی‌های قبلی، سن، پاریته بالای مادر، سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، حاملگی چندقلویی و سابقه تولد نوزاد ماکروزوم (بالای چهار کیلوگرم) از جمله عوامل خطر ابتلا به دیابت بارداری هستند (۹). افزایش خطر ماکروزومی، هیپر بیلی روبینمی، هیپوگلیسمی نوزادی، هیپوگلیسمی، ناهنجاری‌های قلبی و مرده‌زایی از عوارض جنینی دیابت بارداری می‌باشد (۵). عوارض مادری ابتلا به دیابت بارداری شامل: پلی‌هیدر آمینوس، پره‌اکلامپسی، اکلامپسی،

زایمان زودرس و افزایش خطر ابتلا به دیابت نوع دو در سنین بالاتر است (۱۰).

شیوع روزافزون، عوارض نامطلوب جدی و هزینه‌های مربوط به آن، درمان و کنترل بیماری را امری ضروری می‌سازد، ولی با این حال با انجام صحیح مراقبت‌های دوران بارداری، تشخیص به موقع و مشارکت فعال بیمار و خانواده، تا حدود زیادی این عوارض قابل پیشگیری هستند (۱۱ و ۱۲). راهکارهای کنترل و درمان دیابت بارداری در واژه‌ای به نام خودمراقبتی خلاصه می‌شود. خودمراقبتی اولین قدم برای کمک به بیماران جهت مدیریت بهتر بیماریشان می‌باشد. خودمراقبتی در دیابت بارداری شامل: رعایت رژیم غذایی، داشتن فعالیت منظم ورزشی، پایش دقیق قندخون و تزریق به موقع و صحیح انسولین می‌باشد و هدف آن کنترل سطح گلوکز خون و کاهش عوارض و مرگ و میر مادری و جنینی است (۱۳ و ۱۴).

مهم‌ترین عامل زمینه‌ساز مرگ و میر در بیماری دیابت عدم انجام خودمراقبتی است (۱۵). طبق مطالعات موجود زنان مبتلا به دیابت بارداری از خودمراقبتی و حمایت کم‌تری برخوردارند (۱۶). در حال حاضر نقطه مشترک تمام مداخلات آموزشی خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت بارداری افزایش دانش و آگاهی است و کم‌تر به مسایل ارتقای انگیزه و اعتماد به نفس که عوامل تأثیرگذاری در خودمراقبتی هستند پرداخته شده است. مشاوره با افزایش انگیزه و توان تصمیم‌گیری اساس مدیریت دیابت می‌باشد و نقش مهمی در اداره این عارضه دارد (۱۷ و ۱۸). در میان انواع شیوه‌های مشاوره موجود، تشویق به انجام فعالیت‌های خودمراقبتی از اهداف اصلی

مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان ام‌البین (س) مشهد از آبان ۱۳۹۷ تا اردیبهشت ۱۳۹۸ انجام یافت.

حجم نمونه براساس مطالعه مقدماتی و با استفاده از فرمول مقایسه میانگین‌ها

$$n = \frac{(S_1^2 + S_2^2) \times (Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2}$$

با

توجه به میانگین $(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)^2$ ، انحراف معیار $(s_1^2 + s_2^2)$ متغیر رفتار خودمراقبتی با ضریب اطمینان ۹۵٪ ($Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1.96$) و توان ۸۰٪ ($Z_{1-\beta} = 0.84$) تعداد ۳۰ نفر در هر گروه تعیین شد که با احتساب ریزش نمونه‌ها به ۳۶ نفر در هر گروه (مجموعاً ۷۲ نفر) افزایش یافت.

$$n = \frac{(4.1^2 + 6.7^2)(1.96 + 0.84)^2}{(55.5 - 39.5)^2} = 30.22$$

روش نمونه‌گیری به شیوه در دسترس و تخصیص افراد به گروه‌ها به صورت تخصیص تصادفی بلوکه‌بندی شده چهارتایی انجام یافت. بدین صورت که ابتدا حجم هر بلوک مشخص شد (بلوک چهارتایی)، سپس لیست بلوک‌ها با کمک سایت Randomize.com مشخص شد و اعداد به آن‌ها اختصاص یافت (اعداد ۱ تا ۱۸ برای ۷۲ نفر) و هر کدام از اعداد با لیست تخصیص درمان مخصوص به خود در یک پاکت قرار گرفت. سپس افراد وارد شده به پژوهش پاکت‌های حاوی اعداد بین یک تا ۱۸ را به صورت تصادفی انتخاب کردند و تخصیص افراد به دو گروه مداخله و کنترل براساس لیست بلوک‌های چهارتایی هر عدد مشخص شد.

مشاوره حمایتی می‌باشد (۱۹). در مطالعه Glavin و همکاران مشاوره حمایتی باعث کاهش افسردگی مادران در دوره نفاس گردید (۲۰). در مطالعه Manne و همکاران مشاوره حمایتی باعث کاهش علایم افسردگی در مبتلایان مبتلا به سرطان‌های زنان شد (۲۱).

طبق مطالعات موجود زنان مبتلا به دیابت بارداری از خودمراقبتی و حمایت کم‌تری برخوردارند (۱۶). حمایت خانواده یک جزء حیاتی در کنترل دیابت است و زنانی که حمایت بیشتری از جانب همسر خود دریافت می‌کنند، به انجام رفتارهای خودمراقبتی و کنترل قندخون متعهدتر و پای‌بندتر هستند (۲۲).

همسران زنان مبتلا به دیابت بارداری یکی از عناصر اصلی در انجام فعالیت‌های خودمراقبتی هستند، ولی در روند کنونی کنترل و درمان دیابت در کشور نقش این عنصر حیاتی کم رنگ بوده و از توانایی آن‌ها در حمایت از همسرانشان استفاده مناسب و کافی صورت نمی‌گیرد (۲۳ و ۲۴). لذا با توجه به نقش تأثیرگذار همسران مبتلایان به دیابت بارداری در انجام فعالیت‌های خودمراقبتی و کنترل قندخون و با توجه به این که تشویق به انجام فعالیت‌های خودمراقبتی از اهداف مشاوره حمایتی است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره حمایتی زوج‌ها بر خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت بارداری تحت درمان با انسولین انجام گرفت.

روش بررسی

این مطالعه کارآزمایی بالینی در مورد ۶۴ زن باردار مبتلا به دیابت بارداری تحت درمان با انسولین با سن بارداری ۳۰-۲۶ هفته

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات فردی-مامایی و پرسشنامه رفتار خودمراقبتی دیابت بارداری بود. پرسشنامه اطلاعات فردی-مامایی حاوی ۲۷ سؤال در حیطه‌های مشخصات فردی و مامایی (۷ سؤال، شامل سؤالاتی نظیر: سن مادر، تحصیلات و شغل مادر و همسر، وضعیت مسکن و درآمد)، مشخصات مامایی (۱۸ سؤال شامل سؤالاتی در زمینه: سوابق بارداری، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، نتایج حاصل از بارداری قبل، سن بارداری، منبع کسب اطلاعات پیرامون دیابت بارداری و میزان حمایت خانواده و نتایج حاصل از آزمایش‌های نمونه‌ها (۲ سؤال شامل آزمایش‌های قندخون سه ماهه اول بارداری و تست تحمل گلوکز با ۷۵ میلی‌گرم گلوکز خوراکی) بود. روایی محتوایی این پرسشنامه مورد تأیید ۷ تن از اعضای هیأت علمی و صاحب‌نظران قرار گرفته است.

جهت بررسی رفتار خودمراقبتی از پرسشنامه خودمراقبتی دیابت بارداری استفاده شد. پرسشنامه خودمراقبتی، برگرفته از مقیاس خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی (Summary of Diabetes Self-Care Activities: SDSCA) (Toobert و Glasgow)، یک پرسشنامه خودگزارشی ۱۲ سؤالی است که فعالیت‌های خودمراقبتی رژیم غذایی (۶ سؤال شامل سؤالاتی در زمینه بررسی تعداد روزهای پیروی از رژیم غذایی، تقسیم دفعات تغذیه در طول روز، مصرف میوه، سبزیجات، لبنیات پرچرب و شیرینی)، فعالیت بدنی (۲ سؤال شامل سؤالاتی در زمینه بررسی میزان فعالیت فیزیکی و انجام ورزش طی هفت روز هفته)، پایش قندخون (۳ سؤال شامل سؤالاتی در

معیارهای ورود به مطالعه شامل: ملیت ایرانی، ابتلا به دیابت بارداری نوع A2 (افراد) که پس از انجام آزمایش تحمل گلوکز خوراکی دو ساعته با ۷۵ میلی‌گرم گلوکز، قندخون ناشتا، یک ساعت پس از غذا و دو ساعت پس از غذا به ترتیب بیش‌تر مساوی ۹۲، ۱۸۰ و ۱۵۳ میلی‌گرم در دسی‌لیتر بوده، و پس از دو هفته رعایت رژیم غذایی قندخون ناشتا بالای ۹۳ و یا دو ساعت بعد از غذا بالای ۱۲۰ باشد و نیازمند تزریق انسولین باشند (۳)، رضایت آگاهانه کتبی، تمایل همسر به همراهی در پژوهش، سکونت در مشهد، دسترسی به تلفن، حداقل سواد پنجم ابتدایی، قادر به برقراری ارتباط کلامی، سن بارداری ۲۰-۲۶ هفته براساس سونوگرافی سه ماهه اول یا تاریخ دقیق اولین روز آخرین قاعدگی (Last Menstrual Period: LMP) و معیارهای عدم ورود شامل: زوج‌ها جزو کارکنان شاغل در بیمارستان باشند، مصرف دخانیات و الکل داشته باشد، ابتلا به اختلالات روانی، ابتلا به چاقی قبل از بارداری ($Body Mass Index (kg/m^2)$)، ابتلا به بیماری‌های طبی (مانند بیماری قلبی و عروقی، افزایش فشارخون، صرع، میگرن، بیماری تیروئید و غیره)، حاملگی پرخطر و مصرف کورتیکوئیدها و تجربه حوادث استرس‌زا طی ۶ ماه گذشته بود. در صورت عدم تمایل زوج‌ها به ادامه حضور در پژوهش، وقوع شرایط خاص پزشکی که امکان ادامه حضور در پژوهش را غیرممکن سازد، غیبت مادر باردار یا همسرش در هر یک از جلسات مشاوره، وقوع حوادث استرس‌زا در طی اجرای پژوهش و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها افراد از مطالعه خارج می‌شدند.

زمینه تعداد دفعات انجام تست قندخون) و تزریق انسولین (۱ سؤال شامل تعداد دفعات تزریق انسولین به صورت منظم)، بیماران را طی ۷ روز گذشته بررسی می‌کند. پاسخ‌گویی به تمامی سؤالات این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت هفت سطحی (۷-۰) است. بدین صورت که در هیچ روز هفته انجام نداده ام نمره «صفر» و هفت روز هفته انجام دادم نمره «۷» می‌گیرد. سؤالات ۵ و ۶ حیطه رژیم غذایی معکوس نمره‌گذاری می‌شود، بدین صورت که در هیچ روز هفته انجام نداده‌ام نمره «۷» و هفت روز هفته انجام دادم نمره «صفر» می‌گیرد (۲۳). حداقل نمره اکتسابی حاصل از این پرسشنامه «صفر» و حداکثر نمره «۸۴» است. کسب نمره بالاتر در هر حیطه و در کل پرسشنامه نشان‌دهنده خودمراقبتی بهتر است. روایی این پرسشنامه در مطالعه کردی و همکاران با روش روایی محتوایی و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ $0/70 =$ تأیید شد (۱۳). در مطالعه حاضر نیز روایی این پرسشنامه به شیوه روایی محتوایی مورد تأیید اعضای هیأت علمی و صاحب‌نظران قرار گرفته و پایایی این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ $(0/75 =)$ تأیید شده است.

پس از تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه دانشگاه _____
(IR.MUMS.NURSE.REC.1397.035) و کسب معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری و مامایی مشهد و ارایه به مسئولان بیمارستان، پژوهشگر در محل درمانگاه دیابت بیمارستان ام‌البینین (س) اقدام به گردآوری داده‌ها کرد، بدین صورت که ضمن معرفی خود و شرحی از

پژوهش، اهداف و روش کار، در صورت تمایل زنان مبتلا به دیابت بارداری تحت درمان با انسولین، فرم پرسشنامه انتخاب نمونه‌ها را به صورت مصاحبه تکمیل می‌کرد. سپس آن‌هایی که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه وارد مطالعه می‌شدند و به صورت تخصیص تصادفی بلوکه‌بندی شده چهارتایی در یکی از دو گروه مداخله و یا کنترل قرار می‌گرفتند. در مرحله قبل از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل، پرسشنامه‌های مشخصات فردی-مامایی و خودمراقبتی دیابت بارداری توسط مادران تکمیل شد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها سه جلسه مشاوره حمایتی زوج‌ها برای افراد گروه مداخله انجام یافت.

مداخله توسط پژوهشگر به صورت ۳ جلسه مشاوره ۶۰ دقیقه‌ای با فاصله زمانی یک هفته برای هر زوج (مادر باردار و همسرش) با استفاده از رویکرد مبتنی بر تخلیه احساسات، حل مسأله و حمایت از راهبردهای مقابله‌ای (۱۹)، در درمانگاه دیابت بیمارستان ام‌البینین (س) انجام یافت. جلسه اول مشاوره به مدت ۶۰ دقیقه با هدف آشنایی زوج‌ها با موضوع بحث و هدف پژوهش و اهمیت حمایت در زمینه خودمراقبتی برگزار شد و با استفاده از رویکرد مبتنی بر تخلیه احساسات، از مادران و همسرانشان خواسته شد تا درباره شرایط، احساسات، نگرانی‌های مرتبط با دیابت بارداری صحبت نمایند.

جلسه دوم مشاوره به مدت ۶۰ دقیقه با رویکرد حمایت از سازوکارهای مقابله‌ای، ضمن تشویق زوج‌ها از طریق تأکید بر توانایی‌ها و

دارویی و پایش قندخون با راهنمای عملی برای اصلاح رفتار تشویق شدند. در طول مطالعه پیگیری تلفنی جهت یادآوری جلسه بعدی مشاوره و پاسخ‌گویی به سؤالات حداکثر به مدت ده دقیقه انجام می‌یافت. گروه کنترل نیز مراقبت‌های معمول درمانگاه (آموزش رژیم غذایی، فعالیت بدنی، پایش قندخون و مصرف انسولین) را دریافت نمودند. یک ماه پس از اتمام مداخله پژوهشگر جهت انجام پس‌آزمون پرسشنامه خودمراقبتی دیابت بارداری را برای تکمیل در اختیار نمونه‌ها (گروه مشاوره حمایتی زوجها و کنترل) قرار داد.

استعدادهایشان در زمینه راهبردهای صحیح مقابله‌ای در برابر دیابت بارداری، برای افزایش امید و اعتماد به نفس از تکنیک حمایتی اطمینان بخشی استفاده شد و همچنین فن آرام‌سازی جاکبسون برای افزایش تن آرامی آموزش داده شد و ده دقیقه پایانی جلسه به تمرین عملی این فن آرام‌سازی پرداخته شد (۱۹).

جلسه سوم مشاوره به مدت ۶۰ دقیقه، به بررسی موانع انجام رفتارهای خودمراقبتی پرداخته شد و با استفاده از رویکرد تمرکز بر مسأله (۲۰)، زوجها به ایجاد یک برنامه عملی قابل اجرا در زمینه تغذیه، فعالیت بدنی، رژیم

جدول ۱- ساختار و محتوای جلسات مشاوره حمایتی زوجها بر رفتار خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت بارداری تحت

درمان با انسولین

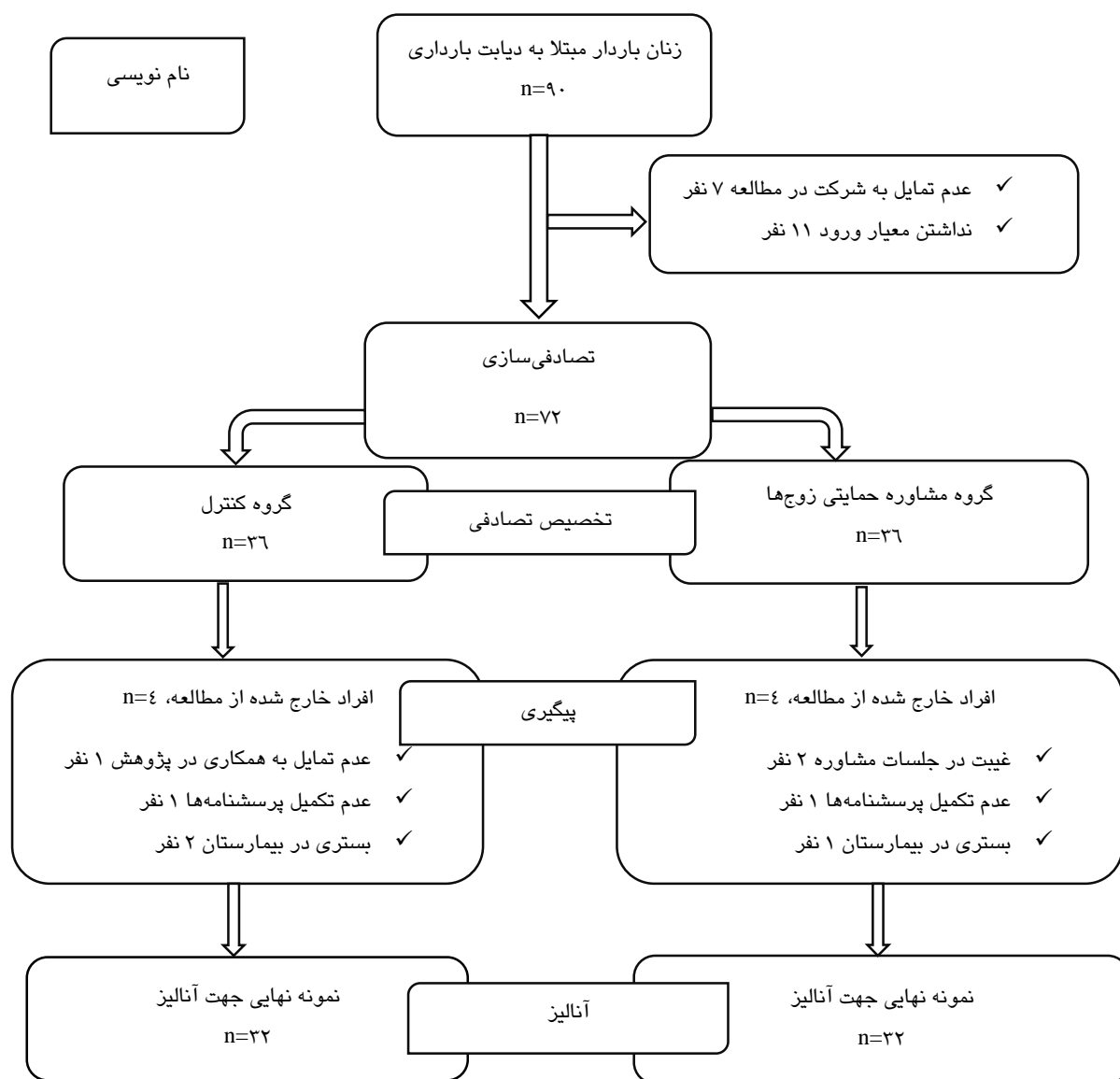
جلسه (زمان)	محتوا
جلسه اول (۶۰ دقیقه)	برقراری ارتباط مثبت و همدلانه طبق اصول صحیح مشاوره، اطمینان بخشی به زوجها برای حفظ محرمانگی مکالمات، توضیح در زمینه موضوع بحث و هدف پژوهش و انتظارات از زوجها در خصوص همکاری و حضور در طی جلسات، توضیح و توجیه علت درخواست حضور همسر و همراهی وی در جلسات با توجه به توانایی‌ها و تأثیر مهم وی و همچنین اهمیت حمایت در زمینه کنترل دیابت بارداری، با استفاده از تکنیک‌های حمایتی گوش دادن فعال، همدلی و تخلیه احساسات در جریان رابطه ایمن و راحت شکل گرفته شده بین زوجها و ماما، از زوجها درخواست می‌شود که به ابراز احساسات، نگرانی‌ها، ترس‌ها و افکار آزاردهنده خود در مورد دیابت بارداری، برطرف کردن آن دسته از احساسات و افکار ناشی از دانسته‌های غلط و ابهامات، معرفی رفتارهای خودمراقبتی در دیابت بارداری، ایجاد یک چالش ذهنی در زمینه مقایسه عاقبت دیابت بارداری با رعایت رفتار صحیح خودمراقبتی و بدون رعایت رفتار صحیح خودمراقبتی
جلسه دوم (۶۰ دقیقه)	با طرح سؤالات باز پاسخ از زوجها درخواست می‌شد تا راهکارهایی که برای مقابله با این عارضه را انتخاب و اجرایی نمودند چه در زمینه مبتنی بر هیجان و یا حل مسأله توضیح دهند، تشویق استعدادها و توانایی زوجها در زمینه اتخاذ راهکارهای صحیح مقابله‌ای، استفاده از تکنیک اطمینان بخشی، آموزش فن آرام‌سازی جاکبسون برای کاهش تنش‌های ناشی از این عارضه
جلسه سوم (۶۰ دقیقه)	با طرح سؤالات باز پاسخ از زوجها درخواست می‌شود توضیح دهند تا چه حد به رفتار خودمراقبتی صحیح دست یافتند و چه موانعی پیش روی انجام خودمراقبتی برای آنها قرار دارد. از زوجها سؤال می‌شود که در چه زمینه‌ای (رژیم غذایی، فعالیت بدنی، رعایت رژیم دارویی و پایش قندخون) خود را نیازمند کمک و تغییرات بیش‌تر می‌دانند. سپس با توجه به شرایط و موقعیت، زوجها جهت تدوین اجرای یک برنامه عملی در زمینه رفتارهای خودمراقبتی در زمینه دیابت بارداری راهنمایی می‌شوند.

مطالعه، اطمینان از محرمانه بودن آن‌چه در طی جلسات مشاوره بیان می‌شود و آزاد بودن زوجها برای خروج از مطالعه در هر مرحله از پژوهش بوده است.

از جمله ملاحظات اخلاقی مورد توجه در این مطالعه شامل رایحه اطلاعات در خصوص فرآیند و مراحل مشاوره، تعداد جلسات، ضرورت رضایت آگاهانه کتبی برای ورود به

نتایج حاصل از آزمون کولموگروف اسمیرنوف (مدخله و کنترل از آزمون تی‌مستقل، مقایسه میانگین قبل و بعد در هر گروه از آزمون تی‌زوجی و برای مقایسه متغیرهای کیفی در دو گروه از آزمون‌های مجذور کای و دقیق فیشر استفاده شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام یافت. برای توصیف اطلاعات فردی-مأمایی از میانگین، انحراف معیار و جدول توزیع فراوانی استفاده شد. ابتدا توسط آزمون کولموگروف اسمیرنوف بر خورده‌ای متغیرهای کمی از توزیع طبیعی تعیین شد و در ادامه براساس



نمودار ۱- فلوجارت شرکت‌کنندگان در مراحل مختلف تحقیق

یافته‌ها

در ابتدای مطالعه ۷۲ نفر وارد مطالعه شدند و در طی پژوهش ۸ نفر از مطالعه خارج شدند (۳ نفر به دلیل عدم تمایل به همکاری در پژوهش، ۲ نفر به علت عدم تکمیل پرسشنامه‌ها و ۳ نفر به دلیل بستری شدن در بیمارستان). در نهایت تجزیه و تحلیل داده‌ها بر روی اطلاعات حاصل از ۶۴ نفر در پایان مطالعه انجام یافت.

براساس آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov) متغیرهای کمی از توزیع نرمال برخوردار بود، لذا نتایج حاصل از آزمون تی مستقل نشان داد که دو گروه از نظر متغیرهای کمی سن مادر، سن بارداری، شاخص توده بدنی، وزن قبل از بارداری و وزن کنونی، قندخون ناشتای سه ماهه اول بارداری، تعداد فرزند و فاصله بارداری تا زایمان قبلی تفاوت آماری معناداری نداشتند و همگن بودند ($p > 0.05$) (جدول شماره ۲).

نتایج حاصل از آزمون مجذور کای نشان داد که دو گروه از نظر متغیرهای کیفی سابقه ابتلا به دیابت بارداری، سابقه خانوادگی ابتلا به دیابت نوع دو، وضعیت بارداری، تحصیلات

مادر، شغل مادر و حمایت خانواده همگن هستند. همچنین نتایج حاصل از آزمون دقیق فیشر نشان داد که دو گروه از نظر متغیرهای کیفی سابقه تولد نوزاد ماکروزوم و درآمد خانواده دارای تفاوت آماری معنادار نیستند و همگن هستند (جدول شماره ۳).

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که قبل از مداخله تفاوت معناداری در میانگین نمرات رفتار خودمراقبتی بین دو گروه مداخله (41.84 ± 7.29) و کنترل (42.63 ± 7.84) وجود نداشته است ($p = 0.681$). اما نتایج آزمون تی مستقل چهار هفته پس از اتمام مداخله نشان داد که میانگین نمره رفتار خودمراقبتی در گروه مداخله (53.94 ± 3.58) افزایش معناداری نسبت به گروه کنترل (42.63 ± 6.51) داشته است ($p < 0.001$). نتایج آزمون تی زوجی برای مقایسه درون گروهی نشان داد که در گروه مداخله، میانگین رفتار خودمراقبتی چهار هفته پس از اتمام مداخله به طور معناداری از قبل از مداخله بوده است ($p < 0.001$)، اما تفاوت معناداری در گروه کنترل ($p = 1/000$) مشاهده نشد (جدول شماره ۴).

جدول ۲- مقایسه مشخصات فردی- مامایی زنان مبتلا به دیابت بارداری تحت درمان با انسولین مراجعه‌کننده به درمانگاه

بیمارستان ام‌البینین (س) در دو گروه مداخله و کنترل در سال ۹۸-۱۳۹۷

نتایج آزمون	کنترل (۳۲ نفر)	مداخله (۳۲ نفر)	گروه
			متغیر کمی
تی مستقل $p = 0.950$	انحراف معیار \pm میانگین ۳۱/۳۱ \pm ۵/۹۵	انحراف معیار \pm میانگین ۳۱/۲۲ \pm ۵/۹۰	سن مادر (سال)
$p = 0.227$	۲۸/۷۵ \pm ۱/۲۱	۲۸/۳۸ \pm ۱/۲۳	سن بارداری (هفته)
$p = 0.245$	۲۵ \pm ۲/۶۱	۲۵/۶۹ \pm ۲/۰۳۹	شاخص توده بدنی (کیلوگرم/مترمربع)
$p = 0.071$	۷۲/۲۲ \pm ۱۰/۰۴	۶۷/۸۴ \pm ۱۰/۷۲	وزن قبل از بارداری (کیلوگرم)
$p = 0.149$	۸۱/۷۲ \pm ۱۰/۶۸	۷۸ \pm ۹/۶۴	وزن کنونی (کیلوگرم)
$p = 0.312$	۹۱/۰۶ \pm ۵/۳۶	۸۸/۹۷ \pm ۷/۹۴	قندخون ناشتای سه ماهه اول بارداری (میلی‌گرم بر دسی‌لیتر)
$p = 0.186$	۱/۳۴ \pm ۰/۸۶۵	۱/۰۳ \pm ۰/۹۹	تعداد فرزند
$p = 0.161$	۳/۵۹ \pm ۲/۳۶	۳/۲۵ \pm ۲/۰۹	فاصله بارداری تا زایمان قبل (سال)

جدول ۳- مقایسه مشخصات فردی- مامایی (کیفی) زنان مبتلا به دیابت بارداری تحت درمان با انسولین مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان ام‌البینین (س) در دو گروه مداخله و کنترل در سال ۹۸-۱۳۹۷

نتایج آزمون	گروه		متغیر کیفی
	مداخله (۲۲ نفر) تعداد (درصد)	کنترل (۲۲ نفر) تعداد (درصد)	
* $p=0/0774$	۲۱/۹ (۲۸/۱)	۲۱/۹ (۷۸/۱)	دارد ندارد سابقه ابتلا به دیابت بارداری
* $p=0/079$	۲۱ (۶۵/۶)	۱۴ (۴۳/۸)	دارد ندارد سابقه خانوادگی ابتلا به دیابت نوع دو
** $p=0/0554$	۲ (۶/۳)	۱ (۳/۱)	دارد ندارد سابقه تولد نوزاد ماکروزوم
* $p=0/396$	۲۲ (۶۸/۸)	۲۵ (۷۸/۱)	برنامه‌ریزی شده بدون برنامه‌ریزی وضعیت بارداری
* $p=0/0784$	۶ (۱۸/۸) ۳ (۹/۴) ۲ (۶/۳) ۱۲ (۳۷/۵) ۲ (۶/۳) ۶ (۱۸/۸) ۱ (۳/۱)	۳ (۹/۴) ۲ (۶/۳) ۲ (۶/۳) ۱۳ (۴۰/۶) ۴ (۱۲/۵) ۸ (۲۵) ۰ (۰)	ابتدایی راهنمایی متوسطه دیپلم فوق دیپلم لیسانس فوق لیسانس و بالاتر تحصیلات مادر
* $p=0/0897$	۲۸ (۸۷/۵) ۳ (۹/۴) ۱ (۳/۱)	۲۹ (۹۰/۶) ۲ (۶/۳) ۱ (۳/۱)	خانه دار شاغل در حال تحصیل شغل مادر
** $p=0/0646$	۴ (۸۷/۵) ۲۸ (۱۲/۵) ۰ (۰)	۴ (۸۷/۵) ۲۸ (۱۲/۵) ۰ (۰)	کم‌تر از حد کفاف در حد کفاف بیش‌تر از حد کفاف درآمد خانواده
* $p=0/0847$	۰ (۰) ۰ (۰) ۱۲ (۳۷/۵) ۱۳ (۴۰/۶) ۷ (۲۱/۹)	۰ (۰) ۴ (۱۲/۵) ۱۴ (۴۳/۸) ۱۰ (۳۱/۳) ۴ (۱۲/۵)	خیلی کم کم متوسط زیاد خیلی زیاد حمایت خانواده

* مجذور کای، ** دقیق فیشر

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت بارداری تحت درمان با انسولین مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان ام‌البینین (س) در سال ۹۸-۱۳۹۷، قبل و یک ماه بعد از اتمام مداخله به تفکیک گروه

نتیجه آزمون درون گروهی	زمان			گروه
	تغییرات انحراف معیار ± میانگین	پس از مداخله انحراف معیار ± میانگین	قبل از مداخله انحراف معیار ± میانگین	
* $p<0/001$	۱۲/۰۹ ± ۷/۵۶	۵۳/۹۴ ± ۳/۵۸	۴۱/۸۴ ± ۷/۲۹	مداخله (۲۲ نفر)
** $p=1/000$	۰ ± ۳/۶۰	۴۲/۶۳ ± ۶/۵۱	۴۲/۶۳ ± ۷/۸۴	کنترل (۲۲ نفر)
	* $p<0/001$	* $p<0/001$	* $p=0/681$	نتیجه آزمون بین گروهی

* تی مستقل، ** تی زوجی

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشاوره حمایتی زوج‌ها بر رفتار خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت بارداری تحت درمان با انسولین انجام یافت، نتایج نشان داد که چهار هفته پس از اتمام مداخله، رفتار خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت بارداری در گروه مداخله افزایش معناداری نسبت به گروه کنترل داشته است.

مطالعه خدیوزاده و همکاران که با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده رفتار خودمراقبتی بر استرس درک شده در زنان مبتلا به دیابت بارداری تحت درمان با انسولین انجام یافت از مطالعات همسو با مطالعه حاضر است (۲۵). در این کارآزمایی بالینی تصادفی دارای گروه کنترل تعداد ۶۰ زن مبتلا به دیابت بارداری تحت درمان با انسولین در هفته ۳۰-۲۴ بارداری مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان ام‌البنین (س) وارد مطالعه شدند. مداخله به صورت چهار جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای با فاصله زمانی یک هفته برگزار شد. محتوای جلسات شامل: اطلاعاتی پیرامون دیابت بارداری و حیطة‌های خودمراقبتی (رژیم غذایی، فعالیت بدنی، پایش قندخون و تزریق انسولین) بود. نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی آموزش مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده بر ارتقای رفتار خودمراقبتی و کاهش میزان قندخون ناشتا و دو ساعت پس از غذا و استرس درک شده در زنان مبتلا به دیابت بارداری تحت درمان با انسولین بوده است. جامعه هدف مشابه، سعی در فهم نگرانی‌ها و نگرش مادران مبتلا نسبت به دیابت بارداری و

لزوم انجام خودمراقبتی از جمله شباهت‌های مطالعه حاضر با مطالعه خدیوزاده و همکاران بوده است که می‌تواند دلیلی بر نتایج هم‌راستای این دو مطالعه باشد.

مظلوم و همکاران یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی با هدف تعیین تأثیر مشاوره گروهی بر بُعد فیزیولوژیک خودمراقبتی و میزان هموگلوبین گلیکوزیله بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در مورد ۷۲ بیمار دیابتی نوع دو مراجعه‌کننده به مرکز دیابت پارس‌یان در سال ۱۳۹۳ انجام دادند که از دیگر مطالعات همسو با مطالعه حاضر است. مشاوره به صورت پنج جلسه نود دقیقه‌ای با تعداد دفعات دو بار در هفته برگزار شد. محتوای جلسات شامل بررسی مشکلات تغذیه و رژیم غذایی، ورزش، عوارض دیابت، مسایل روانی مرتبط با دیابت، داروهای دیابت و خودکنترلی قندخون بود. دو ماه بعد از اتمام مداخله نتایج نشان داد در مرحله بعد از مداخله، میزان خودمراقبتی به طور معناداری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش و میزان HbA1C به طور معناداری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است (۱۵). انجام مداخله به صورت فرآیند مشاوره‌ای، توجه به مسایل مربوط به ابعاد روانی دیابت، بررسی موانع انجام رفتار خودمراقبتی و لزوم اهمیت خودکارآمدی از جمله شباهت‌های مطالعه حاضر با مطالعه مظلوم و همکاران است که می‌تواند دلیل همسویی این دو مطالعه باشد.

اما در مطالعه کارآزمایی بالینی Mons و همکاران که با هدف تعیین تأثیر مشاوره حمایتی تلفنی بر مبتلایان به دیابت نوع دو

انجام یافت، مشاوره حمایتی تلفنی به کار گرفته شده علی‌رغم بهبود در مقادیر شاخص‌های گلیسمی در گروه مداخله، هیچ تفاوت معنادار میان گروهی (گروه مداخله نسبت به کنترل) گزارش نکرد که با مطالعه ما ناهمخوان است. تفاوت مطالعه Mons با مطالعه حاضر انجام مشاوره حمایتی به صورت تلفنی صرفاً با فرد مبتلا (و نه همسر وی)، تمرکز بر جنبه‌های عمومی سلامت بیماران (فشارخون، کلسترول، شاخص‌های گلیسمی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت روان و افسردگی) و همچنین استفاده از پرسشنامه‌های متفاوت بوده است (۲۶).

پیمانی و همکاران در مطالعه کارآزمایی بالینی که با هدف تعیین تأثیر سرویس پیام کوتاه تلفن همراه (SMS) بر خودمراقبتی دیابت در مورد ۱۵۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی دیابت پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام یافت، دارای نتایج همسو با مطالعه حاضر بوده است (۲۷). در این مطالعه بیماران به سه گروه (پیامک هدفمند، پیامک غیرهدفمند و کنترل) تقسیم شدند و متناسب با نوع گروه پیامک‌های دریافتی متفاوت بود.

در گروه پیامک هدفمند مطالب ارسالی منطبق بر موانع انجام خودمراقبتی در هر فرد بود ولی در گروه پیامک غیرهدفمند بدون توجه به موانع ذکر شده توسط بیمار پیامک‌ها به صورت تصادفی ارسال می‌شدند. پیامک‌های ارسالی شامل چهار حیطه خودمراقبتی یعنی رژیم غذایی، فعالیت بدنی، پایش قندخون و رژیم دارویی بود. نتایج حاصل از مطالعه افزایش معنادار رفتار خودمراقبتی در هر دو

گروه پیامک را در مقایسه با گروه کنترل نشان داد. توجه به موانع انجام فعالیت‌های خودمراقبتی و افزایش اطلاعات از جمله شباهت‌های مطالعه حاضر با مطالعه پیمانی و همکاران بوده است که می‌تواند دلیل همسویی این دو مطالعه باشد.

مطالعه کارآزمایی بالینی پریزاد و همکاران که با هدف ارتقای رفتار خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام یافت، از دیگر مطالعات همسو با مطالعه حاضر است (۲۸). در این پژوهش آموزش خودمراقبتی از طریق تلفن و پیام کوتاه انجام یافت که باعث افزایش نمرات خودمراقبتی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شد. محتوای مکالمات تلفنی شامل ارزیابی وضعیت کنترل قندخون در حیطه رعایت رژیم غذایی، فعالیت بدنی، خودپایشی قندخون و رژیم دارویی بود. توجه به حیطه‌های متفاوت رفتار خودمراقبتی در دیابت و سعی در ارتقای آن از جمله شباهت‌های مطالعه حاضر با مطالعه پریزاد و همکاران است که می‌تواند دلیل همسویی این دو مطالعه باشد.

مطالعه Ko و Lee نیز از مطالعات همسو با مطالعه حاضر است که آموزش اصلاح شیوه زندگی از طریق بحث گروهی و تماس تلفنی در مادران مبتلا به دیابت بارداری را مؤثر دانست (۲۹). این مداخله به مدت ۴ هفته، بهبودی قابل توجهی در رفتار خودمراقبتی این بیماران نشان داد.

از نقاط قوت این پژوهش، انجام یک شیوه مشاوره کم هزینه و تأثیرگذار توسط ماما است که در طی مراقبت‌های بارداری انجام می‌گرفت.

در زنان مبتلا به دیابت بارداری می‌شود. لذا پیشنهاد می‌شود، این شیوه مشاوره توسط ماما در کنار سایر مراقبت‌های معمول در زمینه دیابت بارداری گنجانده و اجرا شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی با کد ۹۷۰۴۹۶ دانشگاه علوم پزشکی مشهد است. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه که حمایت مالی این طرح را بر عهده گرفتند و همچنین از اساتید محترم دانشکده پرستاری و مامایی و همکاری صمیمانه کارکنان بیمارستان ام‌البنین (س) مشهد و مادران عزیزی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

همچنین انتخاب درمانگاه بیمارستان ام‌البنین (س) به علت سهولت دسترسی مراجعه مادران از مراکز بهداشتی در مناطق مختلف شهر مشهد به درمانگاه بیمارستان بود که این امر تعمیم نتایج به کل جامعه را ممکن می‌سازد.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، تفاوت‌های فردی شرکت‌کنندگان در پژوهش بود که تا حدودی توسط تخصیص تصادفی کنترل شد. همچنین پرسشنامه خودمراقبتی به صورت خودگزارشی تکمیل می‌شد که تأیید صحت آن از عهده پژوهشگر خارج بود و به صحت گفته‌های شرکت‌کنندگان اعتماد شد. به دلیل اجرای جلسات توسط پژوهشگر نیز امکان کورسازی وجود نداشت.

به طور کلی مشاوره حمایتی زوجها توسط ماما، منجر به ارتقای رفتار خودمراقبتی

منابع

- 1 - Niaz Azari M, Abdollahi M, Zabihi Hesari NK, Ashoori J. [Effect of spiritual group therapy on anxiety and quality of life among gestational diabetic females]. *Religion and Health*. 2017; 5(1): 11-20. (Persian)
- 2 - Ferrara A. Increasing prevalence of gestational diabetes mellitus: a public health perspective. *Diabetes Care*. 2007 Jul; 30 Suppl 2: S141-6. doi: 10.2337/dc07-s206.
- 3 - Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. *Williams obstetrics*. 25th ed. New York: McGraw-Hill; 2018.
- 4 - Delavari A, Mahdavi Hazaveh A, Norooznejad A, Yarahmadi Sh. [Planning of diabetes control in Iran, ministry of health and medical education undersecretary for health disease management center]. 2nd ed. Tehran: Seda Publications; 2004. (Persian)
- 5 - Ghasemzadeh S, Dadmanesh M, Safari A, Ebrahimi S. [The study on the knowledge, attitude and function of gestated mother' s about gestational diabetes that referred to army khanvadeh hospital from 2005 to 2006]. *Annals of Military and Health Sciences Research*. 2007; 5(3): 1325-1330. (Persian)
- 6 - Murgia C, Orru M, Portoghese E, Garau N, Zedda P, Berria R, et al. Autoimmunity in gestational diabetes mellitus in Sardinia: a preliminary case-control report. *Reprod Biol Endocrinol*. 2008 Jun 29; 6: 24. doi: 10.1186/1477-7827-6-24.
- 7 - Jafari-Shobeiri M, Ghojzadeh M, Azami-Aghdash S, Naghavi-Behzad M, Piri R, Pournali-Akbar Y, et al. Prevalence and risk factors of gestational diabetes in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Iran J Public Health*. 2015 Aug; 44(8): 1036-44.
- 8 - Mosayebi Z, Amir M, Chaman R, Khosravi A. The incidence rate of gestational diabetes and relevant factors on pregnant women in the city of Shahroud in 2014. *International Journal of Health Studies*. 2018; 4(1): 5-9. doi: 10.22100/ijhs.v4i1.1336.
- 9 - Cheung KW, Wong SF. Gestational diabetes mellitus update and review of literature. *Reproductive System & Sexual Disorders*. 2012; S2: 008. doi: 10.4172/2161-038X.S2-008.

- 10 - Khoshnmat Nikoo M, Abbaszadeh Ahranjani S, Larijani B. A review on the prevalence of gestational diabetes mellitus (GDM) in different regions of Iran. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*. 2009; 8: 7.
- 11 - Ford K, Weglicki L, Kershaw T, Schram C, Hoyer PJ, Jacobson ML. Effects of a prenatal care intervention for adolescent mothers on birth weight, repeat pregnancy, and educational outcomes at one year postpartum. *J Perinat Educ*. 2002 Winter; 11(1): 35-8. doi: 10.1624/105812402X88588.
- 12 - 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 Aug; 11(4): 177-84. doi: 10.1111/j.1440-172X.2005.00518.x.
- 13 - Kordi M, Banaei M, Asgharipour N, Mazloum SR, Akhlaghi F. [Prediction of self-care behaviors of women with gestational diabetes based on belief of person in own ability (self-efficacy)]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2016; 19(13): 6-17. doi: 10.22038/IJOGI.2016.7277. (Persian)
- 14 - Vasli P, Eshghbaz F. [Survey condition regarding self-caring of children suffering from diabetes type 1 and its relation with family reaction]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2009; 19(69): 38-44. (Persian)
- 15 - Mazlom S, Firooz M, Hasanzade F, Kimiaee S, Raoufzaeb A. [The effect of group counseling on physiological aspect of self-care and HbA1C level of patients with diabetes type II]. *Evidence Based Care Journal*. 2015; 5(2): 25-36. doi: 10.22038/ebcj.2015.4500. (Persian)
- 16 - Momeni Javid F, Simbar M, Dolatian M, Alavi Majd H. [Comparison of pregnancy self-care, perceived social support and perceived stress of women with gestational diabetes and healthy pregnant women]. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2014; 16(3): 156-164. (Persian)
- 17 - Hanninen J, Takala J, Keinanen-Kiukaanniemi S. Good continuity of care may improve quality of life in Type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 2001 Jan; 51(1): 21-7. doi: 10.1016/s0168-8227(00)00198-4.
- 18 - Ramezani T. [Degree of depression and the need for counseling among women with breast cancer in Kerman chemotherapeutic centers]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2001; 6(4): 70-80. (Persian)
- 19 - Abrams AN, Muriel AC, Wiener L. *Pediatric psychosocial oncology: textbook for multidisciplinary care*. Cham: Springer International Publishing; 2016. doi: 10.1007/978-3-319-21374-3.
- 20 - Glavin K, Smith L, Sorum R, Ellefsen B. Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression. *J Adv Nurs*. 2010 Jun; 66(6): 1317-27. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05263.x.
- 21 - Manne SL, Rubin S, Edelson M, Rosenblum N, Bergman C, Hernandez E, et al. Coping and communication-enhancing intervention versus supportive counseling for women diagnosed with gynecological cancers. *J Consult Clin Psychol*. 2007 Aug; 75(4): 615-628. doi: 10.1037/0022-006X.75.4.615.
- 22 - Idalski Carcone A, Ellis DA, Weisz A, Naar-King S. Social support for diabetes illness management: supporting adolescents and caregivers. *J Dev Behav Pediatr*. 2011 Oct; 32(8): 581-90. doi: 10.1097/DBP.0b013e31822c1a27.
- 23 - Hamadzadeh S, Ezatti Zh, Abedsaeidi Z, Nasiri N. [Coping styles and self-care behaviors among diabetic patients]. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2013; 25(80): 24-33. (Persian)
- 24 - Razeed H, van der Ploeg HP, Blignault I, Smith BJ, Bauman AE, McLean M, et al. Beliefs, barriers, social support, and environmental influences related to diabetes risk behaviours among women with a history of gestational diabetes. *Health Promot J Austr*. 2010 Aug; 21(2): 130-7. doi: 10.1071/he10130.
- 25 - Khadivzadeh T, Hoseinzadeh M, Azhari S, Esmaily H, Akhlaghi F, Sardar MA. [Effects of self-care education on perceived stress in women with gestational diabetes under insulin treatment]. *Evidence Based Care Journal*. 2015; 5(3): 7-18. doi: 10.22038/EBCJ.2015.4850. (Persian)
- 26 - Mons U, Raum E, Kramer HU, Ruter G, Rothenbacher D, Rosemann T, et al. Effectiveness of a supportive telephone counseling intervention in type 2 diabetes patients: randomized controlled study. *PLoS One*. 2013 Oct 30; 8(10): e77954. doi: 10.1371/journal.pone.0077954.
- 27 - Peimani M, Rambod C, Ghodsi R, Nasli Esfahani E. [Effectiveness of short message service-based intervention (sms) on self-care in type 2 diabetes]. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2016; 15(4): 267-276. (Persian)
- 28 - Parizad N, Hemmati Maslakpak M, Khalkhali HR. [Promoting self-care in patients with type 2 diabetes: tele-education]. *Hakim Health Systems Research Journal*. 2013; 16(3): 220-227. (Persian)
- 29 - Ko JM, Lee JK. Effects of a coaching program on comprehensive lifestyle modification for women with gestational diabetes mellitus. *J Korean Acad Nurs*. 2014 Dec; 44(6): 672-81. doi: 10.4040/jkan.2014.44.6.672.

The effect of couples' supportive counseling on self-care behavior in women with insulin-treated gestational diabetes: A randomized clinical trial

Sahar Rostampour¹ Fatemeh Erfanian Arghavanian² Masoumeh Kordi² Mohammad Taghi Shakeri³ Farideh Akhlaghi⁴ Seyyed Mohsen Asghari Nekah⁵

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Jan. 2020
Accepted: Mar. 2020
e-Published: 9 Jun. 2020

Corresponding author:
Fateme Erfanian Arghavanian
e-mail:
erfanianf@mums.ac.ir

Background & Aim: Gestational diabetes mellitus is the most common medical disorder during pregnancy that has many negative psychosomatic effects on the pregnant women and their fetus. According to existing studies, the role of counseling and husband's support in gestational diabetes has been less studied, so the present study aimed to determine the effect of couples' supportive counseling on self-care behavior in women with insulin-treated gestational diabetes.

Methods & Materials: In this randomized clinical trial, 64 pregnant women (26-30 weeks of gestation) with gestational diabetes referred to the diabetes clinic of Umm al-Banin Hospital in Mashhad in 2018-2019 were divided into the intervention or control groups using the 4-way blocking method. For the women and their husbands in the intervention group, couples' supportive counseling was conducted by the researcher in the form of three one-hour sessions with one week interval. A diabetes self-care questionnaire was completed in two stages, before and four weeks after the intervention for both groups, and data were analyzed by independent *t*-test and paired *t* test using the SPSS software version 16.

Results: There were no statistically significant differences between the two groups in pre-intervention self-care scores ($P>0.05$). After the intervention, the difference between the mean of self-care scores before and after the intervention in the intervention group was 12.09 ± 7.56 and in the control group was 0.00 ± 3.60 , which a significant increase was observed in the self-care score for the intervention group compared to the control group ($P<0.001$).

Conclusion: Couples' supportive counseling helps to promote self-care behavior in patients with gestational diabetes and can be used as an effective method to reduce the adverse consequences of gestational diabetes.

Clinical trial registry: IRCT20181002041202N1

Key words: counseling, support, self-care, gestational diabetes

Please cite this article as:

- Rostampour S, Erfanian Arghavanian F, Kordi M, Shakeri MT, Akhlaghi F, Asghari Nekah SM. [The effect of couples' supportive counseling on self-care behavior in women with insulin-treated gestational diabetes: A randomized clinical trial]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2020; 26(1): 58-71. (Persian)

- 1 - Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
- 2 - Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran; Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
- 3 - Dept. of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran; Social Factors Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
- 4 - Dept. of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
- 5 - Dept. of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran