



Comparison of Self-Care Behavior, Marital Stress and Fear of Childbirth in Women with Gestational Diabetes and Without Diabetes in Shiraz City

Fariba Tabe Bordbar^{1*}, Masomeh Esmaili², Razieh Eatesamipour³, Fatemeh Rejai⁴.

1. Associate Professor, Department of psychology, Payame Noor University (PNU), Tehran, Iran

2. Assistant Professor, Department of psychology, Payame Noor University (PNU), Tehran, Iran

3. Assistant Professor, Department of psychology, Payame Noor University (PNU), Tehran, Iran

4. MA, Department of Psychology, Payame Noor University (PNU), Tehran, Iran

Citation: Tabe bordbar, F., Esmaili, M., Eetesampour, R. and rajaei, F. (2024). comparison of self-care behavior, marital stress and fear of childbirth in women with gestational diabetes and without diabetes in Shiraz city. *Clinical Psychology Achievements*, 9(4), 1-12.

Abstract

Self-care to reduce maternal and neonatal complications. The present study was conducted with the aim of comparing self-care behavior, marital stress, and fear of childbirth in women with gestational diabetes and Without diabetes in Shiraz city. It is a descriptive design in a comparative causal way. The statistical population of the research was all women with gestational diabetes referred Hafez Maternity and Gynecology Hospital, as well as pregnant women without diabetes in Shiraz city in 2019. To conduct the research, among pregnant women referred to Hafez Shiraz Hospital, 50 women with gestational diabetes diagnosed by a specialist doctor (with FBS more than 120 or GCT more than 140) and 50 healthy pregnant women (with normal blood sugar) were selected voluntarily and available as samples. The measurement tools of the research included the European Questionnaire of Self-Care Behavior (Jarasma et al., 2003), Fear of Childbirth Questionnaire (Namazi, 1993), and the Stockholm Orth Marital Stress Scale (Gomer et al., 2000). Data analysis was done using multivariate analysis and Tukey's post hoc test in SPSS-23 software. The findings showed that there is a significant difference between the two groups of pregnant women with diabetes and pregnant women without this disease in terms of self-care behavior, marital stress, and fear of childbirth ($P < 0.001$). Pairwise comparisons indicated a higher level of these three variables among diabetic pregnant women. Based on the results, it can be said the score of pregnant women with diabetes is weak in self-care, on the other hand, they experience higher fear of childbirth and marital stress compared to pregnant women without diabetes. Since gestational diabetes is asymptomatic and at the same time full of complications, it seems necessary to recognize and find solutions to the sources of aggravation of this disease, such as marital stress and fear of childbirth, as well as performing self-care behaviors.

Keywords: self-care behavior, marital stress, fear of childbirth, healthy pregnant women, diabetic pregnant women

* **Corresponding Author:** Fariba Tabe Bordbar

E-mail: tabebordbar@pnu.ac.ir





مقایسه رفتار خود مراقبتی، استرس زناشویی و ترس از زایمان در زنان دارای دیابت بارداری و بدون دیابت شهر شیراز

فریبا تابع بردبار^{۱*}، معصومه اسماعیلی^۲، راضیه اعتصامی پور^۳، فاطمه رجائی^۴

۱. دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲. استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۳. استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۴. کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

چکیده

دیابت بارداری یکی از شایع ترین مشکلات سلامتی در بارداری است که نیازمند مشارکت از طریق خود مراقبتی برای کاهش عوارض مادری و نوزادی است. مطالعه حاضر باهدف مقایسه رفتار خود مراقبتی، استرس زناشویی و ترس از زایمان در زنان دارای دیابت بارداری و بدون دیابت شهر شیراز انجام شد. طرح این پژوهش از نوع توصیفی به شیوه ی علی مقایسه ای بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان دارای دیابت بارداری مراجعه کننده به بیمارستان زنان و زایمان حافظ و همچنین زنان باردار فاقد دیابت شهر شیراز در سال ۱۳۹۹ بودند. برای انجام پژوهش از میان زنان باردار مراجعه کننده، ۵۰ زن مبتلا به دیابت بارداری طبق تشخیص پزشک متخصص (دارای FBS بیشتر از ۱۲۰ یا GCT بیشتر از ۱۴۰) و ۵۰ زن باردار سالم (با قند خون نرمال) به صورت داوطلبانه و در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار اندازه گیری پژوهش، شامل پرسشنامه اروپایی رفتار خود مراقبتی (جاراسما و همکارانش، ۲۰۰۳)، پرسشنامه ترس از زایمان (نمازی، ۱۳۷۲) و مقیاس استرس زناشویی استکهلم اورث (گومر و همکارانش، ۲۰۰۰) بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل چند متغیره و آزمون تعقیبی توکی در نرم افزار SPSS-۲۳ انجام شد. یافته ها نشان داد که بین دو گروه زنان باردار مبتلا به دیابت و زنان باردار فاقد این بیماری از نظر رفتار خود مراقبتی، استرس زناشویی و ترس از زایمان تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.001$). مقایسه های زوجی حکایت از میزان بالاتر این سه متغیر در میان زنان باردار دیابتیک بود. بر اساس نتایج می توان گفت میزان نمره زنان باردار دیابتی در خود مراقبتی دچار ضعف می باشند، از سوی دیگر ترس از زایمان و استرس زناشویی بالاتری را نیز در مقایسه با زنان باردار فاقد دیابت تجربه می نمایند. از آنجاکه دیابت بارداری بدون علامت و درعین حال پر عارضه است، شناخت و پیش آگاهی و چاره جویی نسبت به منابع تشدیدکننده این بیماری از قبیل استرس زناشویی و ترس از زایمان و نیز انجام رفتارهای خود مراقبتی، ضروری به نظر می رسد.

کلید واژه ها: رفتار خود مراقبتی، استرس زناشویی، ترس از زایمان، زنان باردار سالم، زنان باردار دیابتیک

مقدمه

بارداری یکی از خوشایندترین و بحرانی‌ترین دوران در زندگی اکثر زنان است، این رویداد با تغییرات جسمی و روانی قابل توجهی همراه است که نقش مهمی در ایجاد تعادل در عملکرد سیستم‌های مختلف بدن زنان با توجه به نیازهای جنین ایفا می‌کند (Jahan & Haque, 2022). اگرچه این تغییرات برای بقای جنین و سازگاری بدن مادر با شرایط جدید ضروری است، اما زنان باردار را در برابر مشکلات جسمی و روحی آسیب‌پذیر می‌کند (Kazemi et al., 2020).

یکی از شایع‌ترین عوارض بارداری، دیابت بارداری است که به‌عنوان عدم تحمل گلوکز تعریف می‌شود که شروع یا اولین تشخیص آن در دوران بارداری است. شیوع دیابت بارداری در بسیاری از کشورها به سرعت در حال افزایش است (Ye et al., 2022). شیوع دیابت بارداری بر اساس نژاد و خصوصیات بالینی و نوع آزمایش تشخیصی از ۱-۱۴ درصد متفاوت می‌باشد. میزان دیابت بارداری در زنان ایرانی بر اساس معیارهای انجمن بین‌المللی گروه‌های مطالعات دیابت و بارداری (IADPSG) ۲۹ درصد گزارش شده است. دیابت بارداری با افزایش خطر اختلالات سلامت روان از جمله افسردگی قبل از تولد و پس از زایمان، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه همراه است (Delanerolle et al., 2021). مراقبت از سلامت روان برای مادران مبتلا به دیابت بارداری ضروری است (Kolivand et al., 2018). با توجه به نتایج مطالعات انجام شده در خصوص فرهنگ ایرانی و نیازهای زنان باردار مبتلا به دیابت، مواردی مانند: آگاهی و توانایی (شناخت بیماری و توانمندسازی مادر)، سبک زندگی (آموزش تغذیه و فعالیت بدنی)، سلامت روان (مشاوره و تعامل) و حمایت خانواده و آموزش خود مراقبتی لازم است مورد توجه قرار گیرد (Moradi et al., 2020).

خود مراقبتی می‌تواند منجر به تغییر سبک زندگی، بهبود و استفاده از رژیم‌های غذایی مناسب، درمان‌های متناوب، کاهش استرس روانی و هیجانی، مصرف دارو و تمرینات ورزشی شود (Gupta et al., 2020). خود مراقبتی در دوران بارداری اصول و فعالیت‌هایی دارد که به حفظ سلامت مادر و جنین کمک می‌کند. خود مراقبتی، اقدامات و فعالیت‌های آگاهانه، آموخته شده و هدف‌داری است که توسط فرد به منظور حفظ حیات و تأمین و ارتقای سلامت خود و خانواده‌اش انجام می‌گیرد و در دوران بارداری عبارت است: از اصول و برنامه‌های مراقبتی به طوری که شرایطی فراهم شود که منجر به پیامدهای مطلوب بالینی شود تا در پی آن مشکلات کمتری برای مادر و فرزند در دوران بارداری و زایمان بوجود آید (Murina et al., 2021). گفتنی است که در زنان سالم باردار، خود مراقبتی راحت‌تر انجام می‌گیرد زیرا دارویی مصرف نمی‌شود و در نتیجه مادر، خود مراقبتی مورد نیاز که ناشی از عوارض دارو و درمان است (که در زنان دارای دیابت بارداری وجود دارد)، را تجربه نمی‌کند (Ansarzadeh et al., 2020). خود مراقبتی در زنان دارای دیابت بارداری، پیچیده و مشکل است زیرا بیمار باید به پیش‌نشانه‌ها و رعایت رژیم‌های دارویی متعهد باشد، تغییرات وضعیت خود را بشناسد و آن‌ها را ارزیابی کند، گزینه درمانی مناسب را انتخاب کرده و اثربخشی آن را ارزیابی کند. اصل مهم در خود مراقبتی، پذیرش و مشارکت بیمار جهت پیروی از رژیم مراقبتی رفتارهای سازگار مناسب با شرایط مزمن بیماری و انجام رفتارهای خود مراقبتی است (Bennett et al., 2000). در یک مطالعه ایرانی گزارش شد که زنان مبتلا به دیابت بارداری دارای ضعف اساسی در خود مراقبتی می‌باشند (Dolatian & Alavi Majd, 2014). هیسلسر گزارش نمود تبعیت از رفتارهای خود مراقبتی منجر به کاهش ۵۰ درصدی عوارض دیابت خواهد شد (Heisler et al., 2002). وجود فشارهای روانی ناشی از ابتلا به دیابت و ترس ناشی از عوارض ناشناخته آن می‌تواند سازگاری با مسائل زناشویی را نیز دچار اختلال سازد بنابراین، این گروه از زنان ممکن است استرس زناشویی بیشتری را تجربه کنند (Peyrot et al., 1988). استرس زناشویی، سطح بالای ناسازگاری عاطفی است که بر عواطف و رفتار هریک از زوجین، تعاملات زن-شوهر و ادراکات هریک از زوجین از رفتار دیگری تأثیر گذاشته و بر تعارضات زناشویی و مشکلات رفتاری بین زوجین می‌افزاید (Slade et al., 2019). استرس از طریق کاستن زمان باهم بودن زوجین و به اشتراک‌گذاری تجارب، تضعیف احساس باهم بودن، کاهش تعاملات مثبت، افزایش ایجاد مشکلات شخصیتی و روانی، افزایش خطر ابتلا به مشکلات جسمانی و روان‌شناختی و کاهش خودافشایی در زوجین بر کیفیت و ثبات رابطه زناشویی تأثیری منفی بر جای می‌گذارد (Randall & Bodenmann, 2017). استرس زناشویی، چه به صورت فشار جسمانی ناشی از بیماری، و چه با منشأ روانی، تغییراتی را در سطح قند خون ایجاد می‌کند که خود ممکن

است برای بیماران دیابتی مشکل آفرین شود. بی شک آگاهی از استرس زناشویی و میزان تأثیر آن بر قند خون، به‌ویژه برای افراد دیابتی بسیار حائز اهمیت است (Tabande et al., 2016).

هان و همکاران (Han et al., 2022) در پژوهش خود نشان دادند که دیابت دوران بارداری می‌تواند اثرات منفی بر استرس ادراک شده، استرس والدینی و رضایت زناشویی داشته باشد. در گزارشی دیگر هان و همکاران (Han et al., 2024) نشان دادند که اضطراب مادران باردار دیابتیک بر روابط زناشویی آنان اثرگذار است؛ و این رابطه از طریق کاهش رضایت زناشویی و افزایش فشار در روابط می‌تواند به صورت منفی بر زندگی زوجین اثرگذار نماید. با توجه به عدم آگاهی کافی مادران از عوارض بیماری دیابت و همچنین پایین بودن سطح تحمل روانی در آنان استرس زایمانی تشدید خواهد شد و این مسأله به خصوص در زنانی که بارداری اول خود هستند بیشتر است. زنانی که ترس نسبت به زایمان را تجربه می‌کنند، از نظر افزایش مداخلات جراحی و عواقب زایمانی بسیار آسیب‌پذیرتر می‌شوند، ترس از زایمان یکی از مشکلات عمده تولد و دوران بعد از زایمان است. در اغلب زنان ترس زایمان همراه با افزایش درد، زایمان طولانی و تجربه ناخوشایند زایمانی است (Peyrot et al., 1988). وقتی ترس از زایمان در زنان باردار به وجود می‌آید فکر آن‌ها را مشغول کرده و تا زمانی که این ترس ادامه داشته باشد آن‌ها دچار استرس و در نتیجه دچار نگرانی می‌شوند. این در حالی است که این مهم در بیماران دیابتی نمود بیشتری پیدا می‌کند و آنان را نسبت به زنان باردار سالم بیشتر دچار استرس و اضطراب می‌نماید. چرا که دیابت بارداری در هنگامه زایمان باعث خطرات بیشتری برای مادر و فرزند این دسته از زنان نسبت به زنان سالم می‌شود (SHOJAI et al., 2006). در پژوهشی که توسط واجالا (Vaajala et al., 2023) صورت گرفت دیابت بارداری و سن بالای مادر قوی‌ترین پیش‌بینی کننده ترس از زایمان بود. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۸)، سالانه ۲۱۰ میلیون حاملگی در جهان روی می‌دهد که از میان بیش از ۵ میلیون در اثر عوارض مربوط به حاملگی و زایمان فوت می‌کنند. ۲۵ درصد کل مرگ زنان در سنین باروری (۴۹-۱۵ سال)، در کشورهای جهان سوم، ناشی از عوارض حین حاملگی و زایمان است. ایران کشوری در حال توسعه و با منابع اقتصادی محدود و با جمعیتی جوان می‌باشد و در حدود ۱۱ میلیون نفر از این جمعیت را زنان در سنین باروری تشکیل می‌دهند که در معرض بیماری دیابت قرار دارند (Abebe et al., 2022). از آنجاکه دیابت بارداری بدون علامت و درعین حال پر عارضه است، کنترل قند خون مادران باردار و شناسایی دیابت حاملگی به همراه شناخت و پیش‌آگاهی و چاره‌جویی نسبت به منابع تشدیدکننده این بیماری از قبیل استرس زناشویی و ترس از زایمان و نیز انجام رفتارهای خود مراقبتی، ضروری به نظر می‌رسد و درعین حال می‌تواند خطر ایجاد عوارض فوق را به میزان قابل توجهی کاهش دهد، بنابراین تبعیت از رفتارهای خود مراقبتی در زنان مبتلا به دیابت بارداری از اهمیت بسزایی برخوردار است و این زنان می‌توانند با کسب مهارت‌های مراقبت از خود، بر آسایش، توانایی‌های عملکردی و فرآیندهای بیماری خود تأثیرگذار باشند. زنان دارای دیابت بارداری به علت عواقب بیماری و درمان، با تغییر در نیازهای خود مراقبتی مواجه خواهند بود و برای مواجهه با مشکلات بیماری نیاز به رفتارهای خود مراقبتی دارند. در سال‌های اخیر تمرکز بر درمان‌های حمایتی و آموزشی به طور فزاینده‌ای مورد توجه قرار گرفته است و تمرکز درمان نیز بیشتر بر روی پذیرش درمان و مراقبت از خود است (Khadivzadeh et al., 2015). با توجه به مطالب گفته شده، مسایلی چون عدم پذیرش بیماری، حساس شدن به نوسانات قند خون، تزریق انسولین، محدودیت در رژیم غذایی و نیاز برای مراقبت دقیق و پیوسته از خود و احتمال بروز عوارض جسمی جدی مانند مشکلات کلیوی، چشمی، قلبی باعث بروز مشکلات روان‌شناختی چون استرس و اضطراب و ترشح هورمون استرس در زنان باردار دیابتی می‌گردد (Hajifaraji & Dolatkah, 2017) که بر میزان قند خون آنان اثر خواهد گذاشت لذا ضرورت توجه به بهداشت روان در زنان باردار خصوصاً دیابتی‌ها را مشخص‌تر می‌نماید. از آنجاکه پژوهشی منسجم با در نظر گرفتن متغیرهایی مرتبط با روابط زوجین همچون استرس زناشویی و متغیرهای مرتبط با خود زنان باردار به صورت یکجا کمتر صورت گرفته است انجام پژوهش‌هایی از این دست از جنبه کاربردی جهت تدوین مدل‌های درمانی و مداخلاتی برای کاستن اثرات منفی روانی دیابت بارداری بر خانواده و مادر باردار کمک‌کننده است. از این منظر مطالعه حاضر باهدف مقایسه رفتار خود مراقبتی، استرس زناشویی و ترس از زایمان در زنان دارای دیابت بارداری و بدون دیابت شهر شیراز انجام شد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش، کلیه زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان حافظ در شهر شیراز در سال ۱۳۹۹ بود. حجم نمونه در تحقیقات مقایسه‌ای و آزمایشی بر اساس نظر دلور حداقل ۳۰ نفر است که به علت ریزش احتمالی نمونه برای هر گروه ۵۰ نفر از طریق همتاسازی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی (سن، سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی، تعداد بارداری، سن تشخیص بارداری یکسان) همتاسازی شدند؛ به طوری که در سنین بین ۱۸ تا ۳۵ سال و در هفته ۸ بارداری قرار داشتند و شامل تمام سطوح تحصیلی از زیر دیپلم تا بالاتر از فوق لیسانس بودند. ملاک تشخیص دیابت در مادران بر اساس معیارهای و شاخص‌های انجمن دیابت آمریکا بود (Józwa et al., 2021) و بر همین اساس برای تشخیص دیابت بارداری بالابید پزشک متخصص زنان دارای FBS بیشتر از ۱۲۰ یا GCT بیشتر از ۱۴۰ و یا GTT صفر) ۵۰ نفر به‌عنوان گروه دیابتیک و ۵۰ نفر که فاقد این شرایط بودند به‌عنوان زنان باردار فاقد دیابت در نظر گرفته شدند. با دسترسی به پرونده‌های زنان باردار در بیمارستان ملاک‌های ذیل به‌عنوان معیارهای ورود (ایرانی بودن، عدم سابقه قند خون قبل از بارداری، در مورد قند خونی‌ها FBS بیش از ۱۲۰ طبق برگه آزمایش، و نرمال بودن قند خون برای زنان باردار سالم، سن حاملگی هفته ۸ و سن تقویمی ۱۸ تا ۳۵، عدم اعتیاد به مواد مخدر، دارا بودن جنین تک قلو و عدم شاغل بودن، بارداری اول و بدون سابقه سقط یا مرده زایی) در نظر گرفته شد و معیارهای خروج عبارت بودند از عدم تمایل آزمودنی، تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها و مرگ جنین. هر پرسشنامه به صورت حضوری توزیع و توضیحاتی توسط پژوهشگر در مورد هدف از انجام تحقیق و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها و محرمانه بودن اطلاعات داده شد. این پژوهش با کد اخلاق IR.PNU.REC.1402.079 مصوب شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS-۲۳ و آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره انجام شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه رفتار خود مراقبتی (Self-Care Behavior Questionnaire): پرسشنامه اروپایی رفتار خود مراقبتی جاراسما و همکارانش دارای ۱۲ گویه است (Jaarsma et al., 2003). پاسخ هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از "کاملاً این‌طور است" با نمره ۱ به منظور مشخص نمودن انجام مناسب رفتار تا "اصلاً این‌طور نیست" (با امتیاز ۵) در تغییر است، امتیاز این پرسشنامه بین ۱۲ تا ۶۰ خواهد بود. امتیاز ۱۲ تا ۲۸ خوب، ۲۹ تا ۴۴ متوسط و ۴۵ تا ۶۰ ضعیف می‌باشد. هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه کمتر باشد، نشان‌دهنده میزان بهتر رفتار خودمراقبتی افراد خواهد بود و بالعکس. امتیاز به دست آمده از ۱۲-۶۰ متغیر است و نمرات کمتر به معنای مراقبت از خود بهتر محسوب می‌شود. روایی و پایایی آن توسط سازندگان مطلوب گزارش شده است (Jaarsma et al., 2003). در ایران نیز روایی صوری و محتوایی این ابزار توسط ۱۰ نفر از اساتید پرستاری و مامایی مورد تأیید قرار گرفته و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۶۸ محاسبه شد (SHOJAI et al., 2006). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و مقدار آن ۰/۷۷ گزارش داده شد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه می‌باشد.

پرسشنامه ترس از زایمان (Fear of Childbirth Questionnaire): پرسشنامه ترس از زایمان هارمن که دارای ۱۴ سؤال است. پاسخ هر سؤال بر اساس طیف لیکرتی ۴ تایی (از یک تا چهار) مشخص می‌شود که حداقل نمره ۱۴ و حداکثر نمره ۵۶ بود، نمره بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده نگرش مثبت و ترس کمتر هر دو گروه زنان باردار مبتلابه دیابت بارداری و زنان باردار سالم نسبت به موارد ذکر شده می‌باشد. روایی محتوا و پایایی توسط تنگلاک مانجوج، پرین و لاودر تایوان ۰/۸۳ مورد تأیید قرار گرفت (Tanglakmankhong et al., 2011). امین الرعایایی و آقایی در پژوهش خود میزان اعتبار پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ ارزیابی کردند (Taheri et al., 2015). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه مذکور با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد و مقدار آن ۰/۸۷ به دست آمد.

مقیاس استرس زناشویی استکهلم (SMSS) (Stockholm Marital Stress Scale): این مقیاس یک مصاحبه ساخت‌دار برای اندازه‌گیری استرس زناشویی است که توسط اورث گومر، وامالا، هورستن، گوستافسون، اشنیدرمن و میتلن ساخته شد (Orth-Gomer et al., 2000). در عین حال می‌توان از آن برای پژوهش دربارهٔ مردان و سایر اختلالات سلامت نیز استفاده کرد. مقیاس اصلی دارای ۱۷ سؤال است که به صورت لیکرت ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. هر چقدر نمره فرد در این مقیاس بالاتر باشد استرس موجود در روابط او و همسرش بیشتر خواهد بود. همسانی درونی این مقیاس را برابر ۰/۷۷ و اعتبار سازهٔ آن را با استفاده از مقیاس‌های مرتبط رضایت‌بخش گزارش کردند، پایایی آن ۰/۸۸. گزارش شده است (Behzapor et al., 2015). دریک پژوهش ایرانی ایران نیز پایایی آن ۰/۷۹. گزارش شده است (Behzapor et al., 2015). آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر نیز ۰/۸۴. به دست آمد.

یافته‌ها

تعداد افراد نمونه در این پژوهش ۱۰۰ نفر می‌باشند که شامل (۵۰ نفر زنان باردار مبتلا به دیابت بارداری و ۵۰ زن باردار سالم)، بیشترین فراوانی افراد با تحصیلات زیر دیپلم و دیپلم (۲۵ نفر زن باردار مبتلا به دیابت بارداری و ۲۸ نفر زن باردار سالم)، گروه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال دارای بیشترین فراوانی (۲۰ نفر زن باردار مبتلا به دیابت بارداری و ۲۱ نفر زن باردار سالم) و وضعیت اقتصادی متوسط دارای بیشترین فراوانی در هر دو گروه بود (۲۱ نفر زن باردار مبتلا به دیابت بارداری و ۲۲ نفر زن باردار سالم). دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی (سن، سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی، تعداد بارداری، سن تشخیص بارداری یکسان) هم‌تاسازی شدند؛ به طوری که در سنین بین ۱۸ تا ۳۵ سال و در هفته ۸ بارداری قرار داشتند و شامل تمام سطوح تحصیلی از زیر دیپلم تا بالاتر از فوق لیسانس بودند. پیش از انجام تحلیل داده‌ها پیش فرض‌های تحلیل چندمتغیره، آزمون کلموگروف اسمیرنوف (فرض نرمال بودن)، آزمون لویین (فرض برابری واریانس‌ها) انجام شد که هیچ‌کدام معنی‌دار نبودند؛ بنابراین فرض نرمال بودن برای رفتار خود مراقبتی، استرس زناشویی و ترس از زایمان در آزمون کولموگروف-اسمیرنوف به ترتیب $(p > 0/05)$ ، $(p > 0/05)$ و $(p > 0/05)$ ، لویین $(p > 0/05)$ ، $(p > 0/05)$ و $(p > 0/05)$ ، در همه متغیرهای مورد مقایسه در دو گروه (باردار دیابتیک و باردار غیر دیابتیک) برقرار می‌باشد. میانگین نمره رفتار خود مراقبتی، استرس زناشویی و ترس از زایمان در زنان باردار دیابتی به ترتیب، $26/87 \pm 5/78$ و $46/08 \pm 6/95$ و $23/65 \pm 5/28$ و در زنان باردار سالم $32/05 \pm 5/15$ ؛ $38/55 \pm 6/04$ و $17/44 \pm 4/53$ بود. برای بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس نتایج آزمون ام باکس عدم معناداری را برای همه متغیرها نشان داد که نشان‌دهنده مفروضه عدم تفاوت میان واریانس‌ها بود ($BOX = 12/08, p < 0/001$). نتایج آزمون خی دو بارتلت جهت بررسی کرویت نشان داد رابطه میان آن‌ها معنادار است ($X^2 = 7/43, p < 0/001$). نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب متغیرهای مورد مطالعه معنادار می‌باشد ($p < 0/001$). آزمون لامبدای ویلکز از سایر آزمون‌ها از قوت بیشتری برخوردار بود ($F = 14/978$). می‌توان گفت که حداقل بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در بین دو گروه مورد بررسی تفاوت معناداری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت در مرحله بعدی تحلیل واریانس یک راهه در متن مانوا نشان داده شده است.

جدول ۱. نتایج تحلیل واریانس یک طرفه در متن مانوا بر روی میانگین نمرات رفتار خود مراقبتی، استرس زناشویی و ترس از زایمان

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
خودمراقبتی	۲۶۷۴/۶۵	۱	۲۶۷۴/۶۵	۱۸/۱۶۰	۰/۰۰۱
ترس از زایمان	۱۲۷۸/۱۳	۱	۱۲۷۸/۱۳	۱۴/۴۵	۰/۰۰۱
استرس زناشویی	۲۴۵۶/۳۲۵	۱	۲۴۵۶/۳۲۵	۱۶/۷۴۳	۰/۰۰۱

طبق جدول فوق تفاوت معناداری میان دو گروه از نظر میزان خودمراقبتی، ترس از زایمان و استرس زناشویی وجود دارد ($p < 0/001$).

جدول ۲. مقایسه زوجی برای مقایسه میانگین دو به دوی گروه‌ها

متغیر	گروه	میانگین	تفاوت دو میانگین	خطای استاندارد	پایین‌ترین حد	بالا‌ترین حد
خودمراقبتی	زنان باردار عادی	۲۶/۸۷	۵/۱۸	۵/۷۸	۳/۲۲	۱۹/۴۳
	زنان باردار دیابتیک	۴۶/۰۸		۶/۹۵		
استرس زناشویی	زنان باردار عادی	۳۲/۰۵	۷/۵۳	۵/۱۵	۲/۵۴	۱۳/۶۵
	زنان باردار دیابتیک	۳۳/۶۵		۵/۲۸		
ترس از زایمان	زنان باردار عادی	۱۷/۴۴	۶/۲۱	۴/۵۳	۹/۷۸	۲۲/۳۰
	زنان باردار دیابتیک	۳۸/۵۵		۶/۰۴		

نتیجه مقایسه زوجی برای مقایسه میانگین دو به دوی گروه‌ها نشان می‌دهد که از لحاظ رفتار خود مراقبتی، استرس زناشویی و ترس از زایمان بین دو گروه زنان باردار تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). طبق جدول فوق از نظر رفتار خود مراقبتی زنان باردار دارای دیابت وضعیت بدتری داشتند نسبت به زنان باردار فاقد بیماری دیابت. از سوی دیگر استرس زناشویی در بین زنان باردار دیابتیک بیشتر از زنان عادی بود. همچنین ترس از زایمان بیشتری را زنان باردار دیابتیک گزارش نمودند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این مطالعه مقایسه رفتار خود مراقبتی، استرس زناشویی و ترس از زایمان در زنان دارای دیابت بارداری و بدون دیابت شهر شیراز بود. نتایج نشان داد که بین دو گروه از نظر رفتار خود مراقبتی تفاوت معناداری وجود دارد. مطالعات نشان می‌دهد که رفتارهای خود مراقبتی و سبک زندگی صحیح مانند فعالیت بدنی و رژیم غذایی در زنان باردار می‌تواند از دیابت بارداری در این دوران حساس پیشگیری کند (Sheikhi et al., 2018). خود مراقبتی مجموعه‌ای از فعالیت‌های خودتحریکی است که در آن فرد به طور مستقل از سلامت و تندرستی خود مراقبت می‌کند (Mirghafourvand et al., 2019). اهمیت مدیریت دیابت بارداری در دوران بارداری به تنظیم شیوه زندگی و با استفاده از داروی مناسب برای به حداقل رساندن پیامدهای نامطلوب بارداری بستگی دارد (Choudhury & Rajeswari, 2021). با توجه به مسائل مطرح شده فعالیت‌های خود مراقبتی آگاهانه مادران باردار در دوران بارداری، می‌تواند سلامت مادر و جنین را در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان حفظ کند (Izadirad et al., 2021). خود مراقبتی در زنان دارای دیابت بارداری باعث کنترل سطح گلوکز در بیماران و در نتیجه کاهش تنوع عوارض بیماری دیابت در دوران بارداری می‌شود و نیز الزام بیمار به خود مراقبتی موجب چالش‌های فراوانی می‌شود که فرد را دچار استرس افزون بر استرس زنان سالم می‌کند (Singh et al., 2013). به نظر می‌رسد در این تحقیق زنان مبتلا به قند خون بارداری به علت تجربه استرس بیشتر در مورد سلامتی خود و جنین ناتوانی زیادی را در تبعیت از دستورات پزشکی نشان می‌دهند که نیازمند مداخلات روان‌شناختی مؤثر جهت تقویت برنامه درمانی خود می‌باشند (Tschirhart et al., 2024). وجود نگرانی زیاد در دوران بارداری به خودی خود امکان دارد که در زمینه احساس خودکارآمدی فرد بسیار مؤثر عمل نماید و موجب ضعف و ناتوانی روانی گردد (Heravan & Rashki, 2021) و ترغیب زنان به مشارکت در فعالیت‌های ایمن و مؤثر در طول بارداری می‌تواند خطر ابتلا به دیابت، افزایش وزن بیش از حد و کمردرد را کاهش دهد و همچنین شرکت در فعالیت‌های ایمن و مؤثر در طول بارداری در دیابت بعد از زایمان از دیابت جلوگیری می‌کند. در پژوهشی که توسط رستم پور و همکاران (Rostampour et al., 2020) انجام شد نشان داد که مشاوره حمایتی زوجها می‌تواند به افزایش رفتار خود مراقبتی زنان باردار دیابتی و کاهش عوارض جانبی آن کمک نماید. در کل به نظر می‌رسد نقطه مشترک تمام مداخلات آموزشی خود مراقبتی در مبتلایان به دیابت بارداری افزایش دانش و آگاهی

است که نتیجه اولیه این تحقیق نشان می‌دهد در زمینه آگاهی ضعف وجود دارد. نتیجه دیگر این پژوهش نشان داد که بین استرس زناشویی در زنان دارای دیابت بارداری و زنان باردار سالم تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به میانگین‌های مشاهده شده در بخش توصیفی می‌توان گفت که استرس زناشویی زنان دارای دیابت بارداری بیشتر از زنان باردار سالم می‌باشد. این یافته در تحقیقات هان و همکاران (Han et al., 2022)؛ هان و همکاران (Han et al., 2024) نیز به دست آمده بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود که در میان زوج‌هایی که با شرایط فیزیکی مزمن زندگی می‌کنند، سازگاری روان‌شناختی سالم توسط عواملی مانند کیفیت ارتباط، انسجام و حمایت شکل می‌گیرد (Lyons & Lee, 2018)، در این میان، اگر حمایت ارائه شده توسط شرکا نامناسب یا غیر مفید باشد (به‌عنوان مثال، بیش از حد یا کمتر از حد محافظت‌کننده)، این مسأله می‌تواند چالش‌های خود مدیریتی و عاطفی را که توسط افراد مبتلا به دیابت تجربه می‌شود تشدید کند (Messina et al., 2021). در این میان زنانی که از رابطه با همسر خود راضی نیستند، تقریباً چهار برابر بیشتر از زنانی که راضی هستند، در معرض استرس بارداری قرار می‌گیرند (Jonsdottir et al., 2017)، بنابراین نقش همسران و اعضای خانواده در حمایت از زنان باردار در دوران بارداری که دوران تغییر زندگی است، بسیار مهم است (Racine et al., 2019). یکی از اساسی‌ترین فاکتورهایی که بر تداوم و رشد خانواده اثربخشی بالایی دارد، روابط سالم و بر پایه تفاهم مابین اعضا و سازگاری میان آنان به‌ویژه زن و شوهر است. وقتی که خانواده با مشکلی روبه رو می‌شود (مانند قندخون حاملگی مادر خانواده)، عوارض این مسأله به راحتی شکل و سبک کارکردهای خانواده و روابط زوجین را دچار تحول و دگرگونی‌های زیادی می‌نماید. همچنین زنان مبتلا به دیابت بارداری، استرس بیشتری نسبت به زنان باردار سالم تجربه می‌کنند. اثرات نامطلوب انسولین یکی از عواملی است که بیشترین ترس را در مبتلایان به دیابت ایجاد می‌کند.

نتیجه دیگر نیز نشان داد که بین ترس از زایمان در زنان دارای دیابت بارداری و زنان باردار سالم تفاوت معناداری وجود دارد. در راستای تبیین نتایج فوق می‌توان گفت بارداری و زایمان سالم، دغدغه هر زن باردار، همسر و همچنین خانواده و خویشان وی است. یکی از مواردی که امکان دارد باعث اضطراب دوران حاملگی بانوان شود قندخون حاملگی است (Ye et al., 2022). این استرس مادر که در طی زایمان خطری برای فرزندش پیش بیاید، احساس نگرانی را افزایش می‌دهد. فکر این که مبادا فرزند از سلامت کامل برخوردار نباشد، احساس نگرانی و اضطراب را چند برابر می‌کند. قند خون امکان دارد که برای رشد و نمو جنین در دوران حاملگی اثر زیادی بگذارد (Aydin & Dogru, 2022). در اوایل بارداری، قند خون مادر می‌تواند باعث بروز نقص‌های مادرزادی و خطر بالای سقط جنین گردد. بسیاری از نواقص مادرزادی، اثرات نامطلوبی را بر ارگان‌های مهم بدن مانند مغز و قلب دارند. در طی سه ماهه دوم و سوم بارداری، قند خون مادر می‌تواند باعث تغذیه و رشد زیاد از حد کودک گردد. داشتن نوزاد بزرگ و با وزن بالا، خطر زایمان‌های پر درد و سخت را زیاد می‌کند (Kızılırmak & Başer, 2016). همچنین ترس از زایمان در زنان باردار بیشتر به دلیل عواملی همچون ترس مادر نسبت به فرآیند بارداری و زایمان (مانند نگرانی‌های جسمی و جنسی از زایمان، ترس از کودک، ترس از فرآیند زایمان و یا عوارض زایمان، ترس از تزریقات دردناک حین زایمان، ترس از آسیب به نوزاد، وجود ترس از بدو تولد و ترس از محیط بیمارستان)، عوامل روان‌شناختی (اضطراب و افسردگی، خودکارآمدی کم، عدم انتظار مثبت از زایمان، خودکنترلی پایین، ویژگی‌های شخصیتی، حمایت اجتماعی پایین، بی‌تابی، تحریک‌پذیری، باورهای فراسناختی باورهای منفی، سطح آگاهی و نگرش)، علل مرتبط با مراقبت‌های زایمانی، عوامل مربوط به تجارب گذشته مادر باردار (مانند تجربه تولد منفی، سوء استفاده جسمی یا ذهنی در دوران کودکی) و برخی مشخصات دموگرافیک بود (Amiri, 2019).

دوران بارداری دورانی بسیار حساس و پر تنش برای مادران خصوصاً کسانی که به بیماری زمینه‌ای همچون دیابت دچار می‌شوند می‌باشد. طبق نتایج این تحقیق میزان رفتار خود مراقبتی زنان دارای دیابت بارداری کمتر از زنان باردار سالم می‌باشد؛ اما استرس زناشویی و ترس از زایمان در زنان دارای دیابت بارداری بیشتر از زنان باردار سالم می‌باشد. از آنجاکه دیابت بارداری بدون علامت و درعین حال پر عارضه است، شناخت و پیش‌آگاهی و چاره‌جویی نسبت به منابع تشدید کننده این بیماری از قبیل استرس زناشویی و ترس از زایمان و نیز انجام رفتارهای خود مراقبتی، ضروری به نظر می‌رسد. انجام مداخلات روان‌شناختی جهت بهبود کیفیت زندگی مادر و جنین پیشنهاد می‌شود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش عدم

دسترسی آسان به افراد و آزمودنی‌ها و خودگزارشی بودن ابزار اندازه‌گیری که احتمال سوگیری و برداشت غلط از سؤالات را افزایش می‌دهد و همچنین استفاده از پرسشنامه به‌عنوان تنها ابزار اندازه‌گیری خود می‌تواند محدودیت دیگری شناخته شود. تکرار این پژوهش همراه با روش‌های پژوهشی همچون مصاحبه در کنار ابزار خودگزارشی در میان سایر بیماری‌های دوران بارداری می‌تواند به تدوین و تبیین دقیق‌تر مشکلات مادران باردار کمک نماید. متغیرهایی همچون اضطراب بارداری، پیوندهای دلبستگی، روابط زناشویی در ترکیب با متغیرهای مطرح شده می‌تواند بینش دقیق‌تری در خصوص احوالات دوران بارداری به درمانگران دهد.

سیاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از کار تحقیقاتی مصوب دانشگاه پیام نور با کد اخلاق IR.PNU.REC.1402.079 می‌باشد. بدین‌وسیله از تمامی افرادی که در اجرای پژوهشگران را یاری کردند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- Abebe, M., Mersha, A., Degefa, N., Gebremeskel, F., Kefelew, E., & Molla, W. (2022). Determinants of induced abortion among women received maternal health care services in public hospitals of Arba Minch and Wolayita Sodo town, southern Ethiopia: unmatched case-control study. *BMC Women's Health*, 22(1), 107.
- Ansarzadeh, S., Salehi, L., Mahmoodi, Z., & Mohammadbeigi, A. (2020). Factors affecting the quality of life in women with gestational diabetes mellitus: a path analysis model. *Health and quality of life outcomes*, 18, 1-9. DOI:10.1186/s12955-020-01293-4
- Aydin, L. Z., & Dogru, B. V. (2022). Determining the relationship between sleep problems and anxiety levels of women with and without gestational diabetes. *International Journal of Caring Sciences*, 15(1), 11-18. URL: <https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/>
- Behzapoor, S., Motahari, Z., & Sohrabi, F. (2015). The Role of Religiosity and Resilience in Predicting Marital Stress in the Mothers of Children Suffering from Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology of Exceptional Individuals*, 5(18), 71-78. [Persian] DOI:0.22054/jpe.2015.1545
- Bennett, S. J., Cordes, D. K., Westmoreland, G., Castro, R., & Donnelly, E. (2000). Self-care strategies for symptom management in patients with chronic heart failure. *Nursing research*, 49(3), 139-145. DOI: [10.1097/00006199-200005000-00004](https://doi.org/10.1097/00006199-200005000-00004)
- Choudhury, A. A., & Rajeswari, V. D. (2021). Gestational diabetes mellitus-A metabolic and reproductive disorder. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 143, 112183. DOI: 10.1016/j.biopha.2021.112183
- Delanerolle, G., Phiri, P., Zeng, Y., Marston, K., Tempest, N., Busuulwa, P., Shetty, A., Goodison, W., Muniraman, H., & Duffy, G. (2021). A systematic review and meta-analysis of gestational diabetes mellitus and mental health among BAME populations. *EClinicalMedicine*, 38. DOI:[10.1016/j.eclinm.2021.101016](https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101016)
- Dolatian, M., & Alavi Majd, H. (2014). 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*, 16(3), 156-164. [Persian] URL: <http://ijem.sbmu.ac.ir/article-1-1690-en.html>

- Gupta, S. K., Lakshmi, P., Kaur, M., & Rastogi, A. (2020). Role of self-care in COVID-19 pandemic for people living with comorbidities of diabetes and hypertension. *Journal of family medicine and primary care*, 9(11), 5495-5501. DOI: 10.4103/jfmpe.jfmpe_1684_20
- Hajifaraji, M., & Dolatkhan, N. (2017). Gestational diabetes mellitus and associated challenges from the perspective of nutrition science: A review article. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 27(149), 202-224. [Persian]. URL: <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-9098-en.html>
- Han, R.-R., Sun, K., Zheng, J., & Gao, L.-L. (2022). Perceived stress, marital satisfaction, and prenatal depression among couples with gestational diabetes mellitus. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1-14. DOI: 10.1080/02646838.2022.2135175
- Han, R. r., Xiang, Z. x., Zhang, S. h., & Gao, L. l. (2024). Predictors of anxiety among pregnant women with gestational diabetes mellitus and their partners: The mediating role of marital satisfaction. *International Journal of Nursing Practice*, 30(1), e13155. DOI: 10.1111/ijn.13155
- Heisler, M., Bouknight, R. R., Hayward, R. A., Smith, D. M., & Kerr, E. A. (2002). The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. *Journal of general internal medicine*, 17(4), 243-252. DOI: [10.1046/j.1525-1497.2002.10905.x](https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.10905.x)
- Heravan, M. B., & Rashki, S. (2021). The Relationship of Depression, Anxiety and Stress with Childbirth Self-Efficacy in Nulliparous Pregnant Women. *Advances in Nursing & Midwifery*, 30(2). DOI: <https://journals.sbmu.ac.ir/en-jnm/article/view/35537>
- Izadirad, H., Nohtani, V., Aliahmadi, M., Pourhaji, F., & Niknami, S. (2021). The effect of educational intervention based on the integrated model of health belief with the structure of social support on self-care behaviors during pregnancy. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 8(4), 324-335. DOI: 10.1016/j.biopha.2021.112183
- Jaarsma, T., Strömberg, A., Mårtensson, J., & Dracup, K. (2003). Development and testing of the European heart failure self-care behaviour scale. *European Journal of Heart Failure*, 5(3), 363-370. DOI: 10.1016/S1388-9842(02)00253-2
- Jahan, I., & Haque, M. (2022). Pregnancy: COVID-19 demeanour. *Advances in Human Biology*, 12(1), 83-86. DOI: 10.4103/aihb.aihb_154_21
- Jonsdottir, S. S., Thome, M., Steingrimsdottir, T., Lydsdottir, L. B., Sigurdsson, J. F., Olafsdottir, H., & Swahnberg, K. (2017). Partner relationship, social support and perinatal distress among pregnant Icelandic women. *Women and Birth*, 30(1), e46-e55. DOI: 10.1016/j.wombi.2016.08.005
- Józwa, R., Bryśkiewicz, M., Safranow, K., & Majkowska, L. (2021). HbA1c Screening for Diabetes in Patients with Acute Coronary Syndrome: A Worthwhile Test or a Pitfall? *Journal of Clinical Medicine*, 10(19), 4334. 10.3390/jcm10194334
- Kazemi, A., Dadkhah, A., & Torabi, F. (2020). Differences in Health Related Quality of Life changes during Pregnancy based on Pregnancy Context: A prospective study. DOI: 10.21203/rs.2.22642/v1
- Khadvizadeh, T., Hoseinzadeh, M., Azhari, S., Esmaily, H., Akhlaghi, F., & Sardar, M. A. (2015). Effects of self-care education on perceived stress in women with gestational diabetes under insulin treatment. *Evidence Based Care*, 5(3), 7-18. DOI: 10.22038/ebcj.2015.4850
- Kızılırmak, A., & Başer, M. (2016). The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Applied nursing research*, 29, 19-24. DOI: 10.1016/j.apnr.2015.04.002

- Kolivand, M., Rahimi, M. A., Shariati, M., Keramat, A., & Emamian, M. H. (2018). The effect of self-care educational/training interventions on the outcomes of gestational diabetes: a review article. *Iranian journal of public health*, 47(12), 1805.[Persian]. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6379603/>
- Lyons, K. S., & Lee, C. S. (2018). The theory of dyadic illness management. *Journal of family nursing*, 24(1), 8-28.DOI: 10.1177/1074840717745669
- Messina, R., Due-Christensen, M., Keller-Senn, A., Polek, E., Fantini, M. P., & Sturt, J. (2021). Couples living with type 1 diabetes: An integrative review of the impacts on health and wellbeing. *Journal of health psychology*, 26(3), 412-437.DOI: 10.1177/1359105318817356
- Mirghafourvand, M., Zandinava, H., Shafaei, F. S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Ghanbari-Homayi, S. (2019). Effectiveness of self-care training on pregnancy consequences in gestational diabetes: a randomized controlled clinical trial. *Shiraz E-Medical Journal*, 20(6).[Persian]. DOI: 10.5812/semj.82704.
- Moradi, F., Ghadiri-Anari, A., & Enjezab, B. (2020). COVID-19 and self-care strategies for women with gestational diabetes mellitus. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(5), 1535-1539. DOI: [10.1016/j.dsx.2020.08.004](https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.08.004)
- Murina, F., Graziottin, A., Bagot, O., Panay, N., Thamkhantho, M., & Shaw, S. W. (2021). Real-World Practices and Attitudes Towards Intimate Self-Care: Results From An International Women's Survey. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 50(10), 102192. DOI:[10.1016/j.jogoh.2021.102192](https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2021.102192)
- Orth-Gomer, K., Wamala, S. P., Horsten, M., Schenck-Gustafsson, K., Schneiderman, N., & Mittleman, M. A. (2000). Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease: *The Stockholm Female Coronary Risk Study*. *Jama*, 284(23), 3008-3014. DOI: 10.1001/jama.284.23.3008
- Peyrot, M., McMurry Jr, J. F., & Hedges, R. (1988). Marital adjustment to adult diabetes: Interpersonal congruence and spouse satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 363-376. DOI:10.2307/352003
- Racine, N., Plamondon, A., Hentges, R., Tough, S., & Madigan, S. (2019). Dynamic and bidirectional associations between maternal stress, anxiety, and social support: The critical role of partner and family support. *Journal of affective disorders*, 252, 19-24. DOI: 10.1016/j.jad.2019.03.083
- Randall, A. K., & Bodenmann, G. (2017). Stress and its associations with relationship satisfaction. *Current opinion in psychology*, 13, 96-106.DOI: 0.1186/s12884-019-2241-7
- Rostampour, S., Erfanian Arghavanian, F., Kordi, M., Shakeri, M. T., Akhlaghi, F., & Asghari Nekah, S. M. (2020). The effect of couples' supportive counseling on self-care behavior in women with insulin-treated gestational diabetes: A randomized clinical trial [Research]. *Journal of Hayat*, 26(1), 58-71. <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-3420-fa.html>. URL: <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-3420-en.html>
- Sheikhi, H. R., Saadatifar, B., Dashtban, R., Anvari, N., & Mastaelizadeh, H. (2018). Self-care in patients with gestational diabetes. *Journal of Biochemical Technology*, 9(2-2018), 177-180. URL: <https://jbiochemtech.com/article/self-care-in-patients-with-gestational-diabetes-review-article>
- Shojai, F., Asemi, M., Najaf Yarandi, A., & Hossini, Fatmh. (2006). Self care behaviours, quality of life among patints with eart failure. *Iran journal of nursing (IJN)*, 18(44), 49-55.[Persian]SID. <https://sid.ir/paper/114134/en>

- Singh, H., Murphy, H. R., Hendrieckx, C., Ritterband, L., & Speight, J. (2013). The challenges and future considerations regarding pregnancy-related outcomes in women with pre-existing diabetes. *Current diabetes reports*, 13, 869-876. DOI: 10.1007/s11892-013-0417-5
- Slade, P., Balling, K., Sheen, K., & Houghton, G. (2019). Establishing a valid construct of fear of childbirth: findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC pregnancy and childbirth*, 19, 1-12. DOI: 10.1186/s12884-019-2241-7
- Tabande, A., Behnampour, N., Joudi Mashahd, M., Ghafari Cherati, S., & Alaei, E. (2016). Sexual satisfaction of women with gestational diabetes. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 26(140), 202-205. URL: <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-8397-en.html>
- Taheri, Z., Khorsandi, M., Amiri, M., & Hasanzade, A. (2015). Investigating the causes of fear of childbirth in Shahrekord pregnant women, in 2013: A short report. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 14(4), 345-350. [Persian] URL: <http://journal.rums.ac.ir/article-1-2512-en.html>
- Tanglakmankhong, K., Perrin, N. A., & Lowe, N. K. (2011). Childbirth Self-Efficacy inventory and childbirth attitudes questionnaire: Psychometric properties of Thai language versions. *Journal of advanced nursing*, 67(1), 193-203. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05479.x
- Tschirhart, H., Landeen, J., Yost, J., Nerenberg, K. A., & Sherifali, D. (2024). Perceptions of diabetes distress during pregnancy in women with type 1 and type 2 diabetes: a qualitative interpretive description study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 1-19. DOI: 10.1186/s12884-024-06370-w
- Vaajala, M., Liukkonen, R., Kuitunen, I., Ponkilainen, V., Mattila, V. M., & Kekki, M. (2023). Factors associated with fear of childbirth in a subsequent pregnancy: a nationwide case-control analysis in Finland. *BMC Women's Health*, 23(1), 34. DOI: 10.1186/s12905-023-02185-7
- Ye, W., Luo, C., Huang, J., Li, C., Liu, Z., & Liu, F. (2022). Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 377. DOI: 10.1136/bmj-2021-067946