

## بررسی تأثیر مشاوره بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در مادران مبتلا به دیابت حاملگی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری شهر ارومیه سال ۱۳۹۴

حمیده محدثی<sup>۱</sup>، سیده رامونا رضوی\*<sup>۲</sup>، حمیدرضا خلخالی<sup>۳</sup>، فاطمه بهادری<sup>۴</sup>، مرضیه ساعی قره‌ناز<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۵/۲۷ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۸/۱

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** امروزه دیابت به‌عنوان اپیدمی خاموش قرن حاضر و یکی از بزرگ‌ترین مشکلات بهداشتی در تمام کشورها شناخته شده است، این "اپیدمی دیابتی" شامل زنان باردار نیز می‌شود. مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر مشاوره بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در مادران مبتلا به دیابت حاملگی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری شهر ارومیه سال ۱۳۹۴ طراحی و اجرا گردید.

**مواد و روش کار:** این مطالعه کارآزمایی بالینی بر روی ۶۰ مادر مبتلا به دیابت بارداری مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری شهر ارومیه انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود، نمونه‌ها به روش تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار داده شدند. گروه مداخله ۵ جلسه مشاوره دریافت کردند. اطلاعات موردنیاز با تکمیل پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد نیم‌رخ دو سبک زندگی ارتقادهنده سلامت جمع‌آوری گردید.

**یافته‌ها:** در ابتدای مطالعه، قبل از مداخله گروه مداخله و شاهد همگن بودند و اختلاف معنی‌داری با هم نداشتند. پس از انجام مشاوره افزایش معنی‌داری در نمره کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت در گروه مداخله ( $17/04 \pm 15/04$ ) نسبت به گروه شاهد ( $12/15 \pm 11/40$ ) دیده شد ( $P < 0/01$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** ماماها می‌توانند با مشاوره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در مراکز بهداشتی و درمانی سبک زندگی مادران مبتلا به دیابت بارداری را بهبود بخشند و عوارض مرتبط با دیابت بارداری را در مادران کاهش دهند.

**کلیدواژه‌ها:** دیابت بارداری، ارتقای سلامت، سبک زندگی، زنان باردار، مشاوره

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره نهم، پی‌درپی ۸۶، آذر ۱۳۹۵، ص ۷۵۷-۷۶۶

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی علوم پزشکی ارومیه تلفن: ۰۴۴۳۲۷۵۴۹۶۰

Email: midwife27451@gmail.com

### مقدمه

نامطلوب بارداری و زایمان پرخطر شود و بر مادر و جنین و نوزاد اثرات سوئی گذارد (۲، ۳).

سلول‌های موجود در لوزالمعده مادران باردار، اغلب توانایی تولید انسولین بیشتر (در حدود ۳ برابر حد طبیعی) را برای غلبه بر هورمون‌های بارداری در خون دارند. در صورتی که لوزالمعده نتواند انسولین کافی ترشح کند، میزان قند خون افزایش می‌یابد و در نهایت منجر به دیابت بارداری می‌شود (۴). عوامل خطر ساز شناخته شده برای دیابت بارداری شامل: سن ۳۰ سال و بالاتر، سابقه فامیلی دیابت در بستگان درجه‌ی اول، وزن بالای ۹۱ کیلوگرم قبل از

در سراسر جهان، افزایش پیش‌رونده شیوع دیابت در دهه‌های اخیر مشهود است، به طوری که انتظار می‌رود تا سال ۲۰۳۰ تعداد مبتلایان به دیابت به دو برابر میزان فعلی آن برسد و دیابت هفتمین علت منجر به مرگ در سال ۲۰۳۰ خواهد بود، این "اپیدمی دیابتی" شامل زنان باردار نیز می‌شود (۱). دیابت بارداری وضعیت طبی شایع و درخور توجه در زمینه عدم تحمل کربوهیدرات است که پدیده حاملگی را تحت تأثیر قرار داده و می‌تواند منجر به پیامدهای

<sup>۱</sup> استادیار، محقق مرکز تحقیقات چاقی مادر و کودک، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی شعبه بین الملل دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> دانشیار، عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۴</sup> دانشجوی دکتری بهداشت باروری، دفتر تحقیقات و فناوری دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

پایبندی به رفتارهای ارتقادهنده سلامت در دوران بارداری می‌تواند باعث بهبود نتایج بارداری ازجمله کاهش عوارض دیابت حاملگی شود (۱۳).

باین‌وجود، تحقیقات بسیار اندکی به مطالعه‌ی سبک زندگی ارتقادهنده‌ی سلامت در مادران مبتلا به دیابت حاملگی پرداخته‌اند. با توجه به مطالب ذکرشده فوق انجام این مطالعه به‌منظور تعیین تأثیر مشاوره بر سبک زندگی ارتقادهنده‌ی سلامت در مادران مبتلا به دیابت حاملگی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری شهر ارومیه طراحی و انجام گردید.

### مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی به‌صورت قبل و بعد با گروه مداخله و کنترل می‌باشد. جامعه مورد مطالعه آن را مادران مبتلا به دیابت بارداری مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری شهر ارومیه که سن حاملگی ۳۲-۲۴ هفته داشتند با تشخیص قطعی دیابت بارداری تشکیل می‌دهند. حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵ درصد، ۷ نفر برای هر گروه آزمایشی به دست آمد. به علت در نظر گرفتن ریزش نمونه‌ها و برای افزایش توان آزمون با توجه به مطالعات (۱۴، ۱۵) در هر گروه ۳۰ نفر و درکل تعداد ۶۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن رضایت برای ورود به مطالعه، ساکن شهر ارومیه، تشخیص قطعی دیابت بارداری، سن بارداری بین ۳۲-۲۴ هفته، سواد در حد خواندن و نوشتن، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی در زمینه دیابت قبل از ورود به مطالعه. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: انصراف نمونه‌ها از ادامه همکاری در پژوهش، هرگونه عارضه دار شدن مادر یا جنین ازجمله زایمان زودرس یا مرده زایی، ابتلا به هرگونه بیماری جسمی یا روانی شناخته شده بنا به اظهار مددجو که فراگیری آموزش را غیرممکن سازد. در این پژوهش ابتدا یک چارچوب نمونه‌گیری از بیمارانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، تهیه شد و سپس از بین مادران مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری شهر ارومیه که سن حاملگی ۳۲-۲۴ هفته داشته و تشخیص دیابت بارداری توسط پزشک بر اساس تست تحمل گلوکز برای آن‌ها داده شده بود، ۶۰ نمونه به‌صورت در دسترس بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. بعد از انتخاب نمونه‌ها، پژوهشگر طی یک جلسه توجیهی، ضمن معرفی خود به مادران، هدف از انجام مطالعه را توضیح داد و راجع به محرمانه بودن پاسخ‌های پرسشنامه صحبت شد و رضایت‌نامه کتبی در قالب فرم رضایت آگاهانه اخذ گردید.

بعد از انتخاب نمونه‌ها و تکمیل پرسشنامه‌ها به روش مصاحبه حضوری از طریق کدگذاری پرسشنامه‌ها و قرعه‌کشی، به روش

حاملگی، مرده زایی قبلی با علت نامشخص، نژاد غیر سفید، تعداد زایمان بیشتر از ۴، مرگ‌ومیر نوزادی در حاملگی قبلی، نوزاد یا جنین دارای ناهنجاری قبلی در حاملگی، سابقه‌ی دیابت قبل از حاملگی، نژاد آسیایی، کشیدن سیگار، سقط‌های مکرر و سابقه‌ی تولد نوزاد پره‌ترم می‌باشد (۵).

دیابت بارداری آثاری را روی مادر و جنین و نوزاد دارد که آثار نامطلوب مادری شامل: افزایش شیوع هیپرتانسیون و پره اکلامپسی، افزایش میزان زایمان سزارین، عوارض قلبی-عروقی مرتبط با دیس لیپیدی، چاقی شکمی، هیدرآمیوس، پیلونفریت، زایمان زودرس و بستری شدن طولانی‌مدت در بیمارستان هستند. در مطالعه‌ای که به‌صورت کوهورت در مدت ۲۰ سال صورت گرفته بود، رابطه‌ای بین دیابت حاملگی و نفوپلاسماهای بدخیم و به‌خصوص سرطان پستان مشاهده گردید. همچنین نشان داده‌اند که حدود ۶۰-۵۰ درصد بیماران مبتلا به دیابت حاملگی در آینده به دیابت نوع دو مبتلا خواهند شد، شانس عود دیابت حاملگی در بارداری بعدی ۶۹-۳۰ درصد است. عوارض جنینی و نوزادی شامل افزایش خطر ماکروزومی، محدودیت رشد جنین، تأخیر بلوغ ریه، مرگ غیرقابل‌توجه جنین، آسیب حین تولد نوزاد، هیپوگلیسمی نوزاد، هیپربیلی روبینمی، هیپرتروفی قلبی، هیپوکالسمی، پلی سیتمی و چاقی هستند. دیابت باعث کاهش حافظه و یادگیری نیز می‌گردد، این کاهش یادگیری در فرزندان مادران دیابتی نیز گزارش شده است. خطر ابتلا به دیابت در نوزادان مادران دیابتی بالاتر و به‌طور متوسط ۶ درصد است (۶).

بیماری‌های مزمن ازجمله دیابت اغلب در نتیجه‌ی شرایط زندگی ناسالم ایجاد شده‌اند بنابراین، توجه به منشأ این بیماری‌ها، یعنی سبک زندگی و رفتار انسان‌ها معطوف شده است. ارتقای سلامت، فرایند توانمندسازی افراد برای افزایش کنترل عوامل مرتبط با سلامت و در نتیجه افزایش سلامت آن‌ها می‌باشد (۷). سبک زندگی ارتقادهنده‌ی سلامت ترکیبی از شش بعد مدیریت استرس، مسئولیت در قبال سلامت، ارتباطات بین فردی، رشد معنوی، تغذیه و فعالیت بدنی است (۸، ۹). بر خورداری از سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در دوران بارداری در حفظ سلامت زنان به‌منظور زایمان نوزاد سالم ضروری است (۱۰). طبق تئوری‌های نظریه‌پردازان، رفتارهای ارتقادهنده سلامت تأثیرات مثبتی بر کیفیت زندگی دارند، به‌طوری‌که افراد با رفتارهای ارتقادهنده، سالم‌تر بوده و بار بیماری و ناتوانی کم‌تری خواهند داشت، بنابراین رفتارهای ارتقادهنده سلامت می‌تواند موجب بهبود کیفیت زندگی و در نتیجه پیشگیری و حتی درمان مشکلات جسمی و روانی افراد گردد (۱۱، ۱۲).

تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار داده شدند و گروه مداخله ۵ جلسه مشاوره با رویکرد ارائه اطلاعات دریافت کردند، همچنین گروه مداخله یک بسته آموزشی-مشاوره ای (سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در دیابت بارداری) را دریافت کردند که از کتب وزارت و راهنماهای بین‌المللی جهت آماده‌سازی بسته مذکور استفاده شده بود. فاصله زمانی هر جلسه با جلسه بعدی یک هفته بود، طول مدت هر جلسه دو ساعت شامل پانزده دقیقه پیگیری جلسه قبل، ۴۵ دقیقه ارائه مطالب، سی دقیقه مشاوره گروهی و سی دقیقه مشاوره فردی برحسب نیاز مراجع انجام شد.

یک هفته پس از آخرین جلسه مجدداً پرسشنامه استفاده شده قبل از مداخله، به روش مصاحبه حضوری برای هر دو گروه تکمیل شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد نیمرخ سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت ۱۲ بود. پرسشنامه HPLPII شامل شش بعد با ۵۲ سؤال می‌باشد که بر اساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (همیشه، اغلب، گاهی اوقات و هرگز) تنظیم شده است. در محاسبه نمره به عملکرد مثبت بر اساس مقیاس مذکور به ترتیب امتیاز ۴، ۳، ۲ و ۱ تعلق می‌گیرد. محدوده نمره‌ی کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت بین ۲۰۸-۵۲ است پایایی نسخه اصلی پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت به وسیله‌ی آلفای کرونباخ دامنه‌ای از ۰/۷۹ تا ۰/۸۷ برای ابعاد ۶ گانه و ۰/۹۴ برای کل پرسشنامه به اثبات رسیده است. روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی ارتقا سلامت در ایران سنجیده شد که به وسیله‌ی آلفای کرونباخ دامنه‌ای از ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ برای ابعاد ۶ گانه و ۰/۸۲ برای کل پرسشنامه به اثبات رسیده است (۱۶). در گروه مداخله ۳ نفر به دلیل عوارض بارداری از مطالعه خارج شدند. در نهایت تعداد ۲۷ نفر گروه مداخله را تشکیل دادند. گروه کنترل را نیز تعداد ۳۰ نفر تشکیل دادند. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های آماری کای دو، من ویتنی، ویلکاکسون، فیشر و تی مستقل در نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌ها

میانگین سنی مادران در گروه مداخله ۲۸/۲۶ سال و در گروه کنترل ۲۸/۳۳ سال بود. میانگین BMI در گروه مداخله ۲۸/۱۲ کیلوگرم بر مترمربع و در گروه کنترل ۲۸/۸۳ کیلوگرم بر مترمربع بود. آزمون تی مستقل تفاوت معنی‌داری در متغیرهای کمی از جمله سن ( $P=0/95$ )، BMI ( $P=0/53$ ) بین دو گروه وجود نداشت و این نشان‌دهنده‌ی همسان بودن هر دو گروه از لحاظ این مشخصات قبل

از مداخله است (جدول ۱). نتیجه آزمون کای دو در مشخصات جمعیت شناختی کیفی واحدهای پژوهش از جمله تحصیلات ( $P=0/67$ )، تعداد زایمان ( $P=0/73$ )، سابقه بیماری ( $P=0/24$ )، سابقه دیابت ( $P=0/13$ )، تعداد فرزند مرده ( $P=0/47$ )، سابقه سقط ( $P=0/59$ )، نوزاد ناهنجار قبلی ( $P=0/47$ )، زایمان زودرس قبلی ( $P=0/38$ ) و مرگ نوزاد قبلی ( $P=0/94$ ) تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه نداشت ( $P>0/05$ ) این نشان‌دهنده‌ی همسان بودن هر دو گروه، از لحاظ این مشخصات، قبل از انجام مداخله می‌باشد (جدول ۲).

۳/۷ درصد در گروه مداخله سابقه نوزاد ناهنجار قبلی را ذکر نمودند، ولی گروه کنترل سابقه نوزاد ناهنجار را ذکر نمودند. ۲۲/۲ درصد در گروه مداخله و ۱۳/۳ درصد در کنترل سابقه زایمان پره‌ترم را ذکر نمودند. ۳/۷ درصد در گروه مداخله و ۳/۳ درصد در گروه کنترل مرگ نوزاد قبلی را ذکر نمودند. ۲/۲ درصد در گروه مداخله و ۱۰ درصد در گروه کنترل سابقه تولد نوزاد با وزن بالای ۴۵۰۰ گرم را ذکر نمودند و این مشخصات تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه نداشت ( $P>0/05$ ) این نشان‌دهنده‌ی همسان بودن هر دو گروه، از لحاظ این مشخصات، قبل از انجام مداخله می‌باشد (جدول ۳).

میانگین نمره کل رفتارهای ارتقاء سلامت در ابتدای مطالعه در گروه کنترل ۱۱۳/۹۰ با انحراف معیار ۱۲/۸۲ و در گروه مداخله ۱۱۴/۰۴ با انحراف معیار ۱۲/۶۴ بود. نتیجه آزمون من ویتنی (که به دلیل نرمال نبودن توزیع داده‌ها از این آزمون استفاده شده است) اختلاف آماری معنی‌داری را در پیش‌آزمون دو گروه نشان نداد ( $P=0/78$ ). همچنین میانگین نمره کل در انتهای مطالعه در گروه کنترل ۱۱۱/۴۰ با انحراف معیار ۱۲/۱۵ و در گروه مداخله میانگین ۱۵۸/۰۴ با انحراف معیار ۱۷/۰۴ به دست آمد که آزمون آماری من ویتنی نشان‌دهنده وجود اختلاف آماری معنی‌دار بین دو گروه در پس‌آزمون بود ( $P<0/01$ ) (جدول ۴). بر اساس نتایج آزمون من ویتنی در تمامی ابعاد رفتارهای ارتقادهنده سلامت بعد از انجام مداخله تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت که به صورت زیر می‌باشد: بعد مسئولیت در قبال سلامت (قبل از مداخله  $P=0/75$ ، بعد از مداخله  $P<0/01$ )، در بعد فعالیت بدنی (قبل از مداخله  $P=0/94$ ، بعد از مداخله  $P<0/01$ )، بعد تغذیه (قبل از مداخله  $P=0/74$ ، بعد از مداخله  $P<0/01$ )، بعد رشد معنوی (قبل از مداخله  $P=0/85$ ، بعد از مداخله  $P<0/01$ )، بعد ارتباطات بین فردی (قبل از مداخله  $P=0/77$ ، بعد از مداخله  $P<0/01$ )، بعد مدیریت استرس (قبل از مداخله  $P=0/46$ ، بعد از مداخله  $P<0/01$ ) می‌باشد.

<sup>1</sup> Health-Promoting Lifestyle Profile II

**جدول (۱): مقایسه‌ی مشخصات جمعیت شناختی (متغیرهای کمی) واحدهای پژوهش بین دو گروه مداخله و کنترل در واحدهای پژوهش**

نتیجه آزمون	گروه کنترل		گروه مداخله		متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$t = -0/057$					
$df = 55$	5/25	28/33	4/52	28/26	سن
$P = 0/955$					
$t = -0/622$					
$df = 55$	3/76	28/83	4/83	28/12	BMI
$P = 0/537$					

**جدول (۲): مقایسه‌ی مشخصات جمعیت شناختی (متغیرهای کیفی) واحدهای پژوهش بین دو گروه مداخله و کنترل**

نتیجه آزمون	گروه کنترل		گروه مداخله		متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$\chi^2 = 0/327$	30/0	9	25/9	7	تعداد حاملگی
$df = 2$	40/0	12	37/0	10	
$P = 0/849$	30/0	9	37/0	10	
$\chi^2 = 0/530$	86/7	26	92/6	25	تعداد فرزند
$df = 1$	13/3	4	7/4	2	مرد
$P = 0/467$					
$\chi^2 = 1/379$	40/0	12	55/6	15	دارد
$df = 1$	60/0	18	44/4	12	ندارد
$P = 0/240$					سابقه بیماری
$\chi^2 = 2/341$	3/3	1	14/8	4	دارد
$df = 1$	96/7	29	85/2	23	ندارد
$P = 0/126$					سابقه دیابت
$\chi^2 = 0/291$	23/3	7	29/6	8	دارد
$df = 1$	76/7	23	70/4	19	ندارد
$P = 0/590$					سابقه سقط

**جدول (۳): مقایسه‌ی مشخصات جمعیت شناختی (متغیرهای کیفی) واحدهای پژوهش بین دو گروه مداخله و کنترل**

نتیجه آزمون	گروه کنترل		گروه مداخله		متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$\chi^2=0/776$ df=1 P=0/378	۱۳/۳	۴	۲۲/۲	۶	دارد سابقه زایمان زودرس
$\chi^2=0/006$ df=1 P=0/940	۳/۳	۱	۳/۷	۱	دارد مرگ نوزاد قبلی
p-Fisher=0/474	۰	۰	۳/۷	۱	دارد نوزاد ناهنجار قبلی
$\chi^2=1/597$ df=1 P=0/206	۱۰/۰	۳	۲۲/۲	۶	دارد نوزاد با وزن بالای ۴۵۰۰ گرم
	۱۰۰	۳۰	۹۶/۳	۲۶	ندارد

**جدول (۴): مقایسه میانگین نمره کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت درون و بین دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله**

نتیجه آزمون	گروه کنترل		گروه مداخله		کل (۲۰۸-۵۲)
	میانگین رتبه‌ها	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین رتبه‌ها	میانگین $\pm$ انحراف معیار	
من ویتنی ۰/۷۸	۲۹/۵۸	۱۱۳/۹۰ $\pm$ ۱۲/۸۲	۲۸/۳۵	۱۱۴/۰۴ $\pm$ ۱۲/۶۴	قبل از مداخله
<۰/۰۰۱	۱۵/۹۵	۱۱۱/۴۰ $\pm$ ۱۲/۱۵	۴۳/۵۰	۱۵۸/۰۴ $\pm$ ۱۷/۰۴	بعد از مداخله
<۰/۰۰۱	۱۶/۸۰	-۲/۵۰ $\pm$ ۱۸/۶۷	۴۲/۵۶	۴۴/۰۰ $\pm$ ۱۸/۶۳	تفاضل بعد از قبل

### بحث و نتیجه‌گیری

نشان دادند که میانگین نمرات سبک زندگی ارتقادهنده سلامت،  $21/0 \pm 12/3$  بود (۲۱).

در یک مطالعه دیگر که بر روی زنان سنین ۴۹-۱۵ ساله که در شهر مانیسای ترکیه انجام گرفت، میانگین نمرات سبک زندگی ارتقادهنده سلامت  $46/8 \pm 12/7$  بود (۲۲). در مطالعه انات بر روی زنان باردار شهر ترکیه، میانگین نمرات سبک زندگی ارتقادهنده سلامت،  $20/0 \pm 13/7$  بود (۲۳). همچنین میانگین نمرات رفتارهای ارتقادهنده سلامت، در میان مادران باردار ترکیه، در مطالعه گوگ یلدیز و همکاران،  $21/58 \pm 12/45$  گزارش شده است (۲۴). سونمزر و همکاران، در مطالعه بر روی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت زنان در ترکیه، نشان دادند، که میانگین نمرات این پرسشنامه  $19/20 \pm 12/81$  بود (۲۵). در مطالعه دیگر بدون اشاره به مقدار عددی نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، گزارش شده است که میانگین نمره این پرسشنامه در بین زنان باردار مورد بررسی، در حد متوسط می‌باشد (۱۰).

بارداری دوره‌ای بحرانی است که سلامت مادر نقش حیاتی را در سلامت نوزاد ایفا می‌کند. به‌نحوی که اختلالات ایجادشده در زمان حاملگی از جمله دیابت بارداری می‌توانند سلامتی مادر جنین یا هر دو را به مخاطره بیندازند (۱۷). پابندی به سبک زندگی ارتقادهنده سلامت می‌تواند باعث بهبود نتایج بارداری شود (۱۳). نتایج این مطالعه نشان داد، مداخله به‌صورت مشاوره باعث بهبود سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در مادران مبتلا به دیابت بارداری در گروه مداخله شده است.

یافته‌های جمعیت شناختی این مطالعه با نتایج مطالعه کاوه و همکاران (۱۳۹۰)، رادمهر و همکاران (۱۳۹۲) و خدیو زاده و همکاران (۱۳۹۴) همسو بود (۱۴، ۱۸، ۱۹).

در مطالعه محمودی و همکاران نیز میانگین نمرات سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در زنان باردار در شهر سقز،  $20/45 \pm 12/5$  بود (۲۰). سیدیم و همکاران نیز در مطالعه خود تحت عنوان بررسی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در زنان با حاملگی پرخطر،

قابل اجرا می‌باشد که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد. جامعه مورد مطالعه این مطالعات دیابت است، ولی در مطالعه حاضر دیابت بارداری مدنظر بود که دقت و پذیرش مادران باردار به علت وجود جنین بیشتر است که باعث شده نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در مطالعه حاضر نسبت به مطالعات دیگر بیشتر است (۳۱-۳۳).

در راستای نتایج حاصله، نتایج مطالعه برنس و همکاران نشان داد که شرکت در برنامه آموزشی با داشتن امتیاز بالاتر در عملکرد بیماران مرتبط است (۳۴) نتایج مطالعه حیدری و همکاران در زاهدان نیز همانند این مطالعه نشان داد که آموزش سبب افزایش و بهبود عملکرد مبتلایان به دیابت نوع ۲ شده است (۳۵). یافته‌های پژوهش شریفی راد و همکاران در اصفهان و رضایی و همکاران در شهرستان الیگودرز نتیجه مشابهی را نشان داد (۳۶، ۳۷). نتایج مطالعه دان و همکاران در استرالیا نیز نشان داد که اجرای برنامه آموزشی رسمی درباره دیابت طی ۲ روز، سبب بهبود عملکرد بیماران شد که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد (۳۸). ولی در مطالعه حاضر دیابت بارداری مدنظر بود که دقت و پذیرش مادران باردار به علت وجود جنین بیشتر است که باعث شده نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در مطالعه حاضر نسبت به مطالعات دیگر بیشتر است.

نتایج این مطالعه نشان داد که مشاوره با رویکرد ارائه اطلاعات نقش تأثیرگذاری در ارتقای سبک زندگی مادران باردار و بهبود نتایج بارداری دارد. بنابراین با توجه به اهمیت ارتقای سلامت مادران مبتلا به دیابت بارداری، توصیه می‌شود که مشاوره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت برای تمامی مادران مبتلا به دیابت بارداری انجام شود؛ زیرا علاوه بر نداشتن عوارض و همچنین مقرون به صرفه بودن و سهولت انجام آن توسط مادران مبتلا، سبب ارتقای سلامت مادران می‌شود، همچنین این امکان را به وجود می‌آورد که در آینده نسل‌های سالم‌تری داشته باشیم. به‌طور کلی می‌توان گفت در عصر حاضر، مشاوره به‌عنوان یکی از اساسی‌ترین شیوه‌های درمان و کنترل بیماری‌ها روزبه‌روز سهم بیشتری را در اعاده سلامت و بهبودی بیماران ایفا می‌کند. با عنایت به اینکه دانش‌آموختگان رشته‌ی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، جهت ارائه‌ی خدمات کامل‌تر مشاوره و ارجاع به‌موقع زنان در زمینه‌های مختلف سلامت باروری، مهارت‌های لازم را کسب نموده‌اند؛ در این پژوهش نیز به‌عنوان مشاورین حرفه‌ای در جهت تقویت سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در مادران مبتلا به دیابت بارداری گام‌های مؤثری برداشته شد. از جمله محدودیت‌های این مطالعه این می‌باشد که مطالعه‌ای در رابطه با تمام ابعاد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در مادران دیابتی وجود نداشت و امکان مقایسه نتایج آن با سایر مطالعات در فرهنگ ایران وجود نداشت. پیشنهاد می‌شود از دیگر رویکردهای

این بررسی‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمرات سبک زندگی ارتقادهنده زنان قبل از مداخله، در مطالعات مشابه، با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد.

در مطالعه مندلسون و همکاران (۲۰۰۸) که باهدف تأثیر برنامه مداخله‌ای در زنان با دیابت بارداری انجام شد نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین نمرات سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بین گروه مداخله و کنترل وجود نداشت (۲۶).

در این مطالعه در بین حیطه‌های ۶ گانه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، کم‌ترین نمره مربوط به حیطه فعالیت بدنی (در گروه کنترل)  $14/47 \pm 3/7$  و در گروه مداخله  $14/52 \pm 3/25$  بود که در چندین مطالعه مشابه نتایج مطالعه حاضر گزارش کرده‌اند (۲۳، ۲۷). و این نشان‌دهنده فعالیت فیزیکی پایین زنان در دوران بارداری می‌باشد که شاید به دلیل نگرش و دیدگاه‌های زنان نسبت به فعالیت بدنی در بافت جامعه باشد.

نتایج مطالعه صادقی (۱۳۹۴) تحت عنوان «بررسی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ارومیه سال ۹۴-۱۳۹۳» نشان داد که در بعد مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت، بعد تغذیه، بعد رشد معنوی، بعد ارتباطات بین فردی و نمره کل ابعاد سبک زندگی ارتقادهنده در حد متوسط و در بعد فعالیت بدنی و بعد مدیریت استرس در حد ضعیف بود. این مطالعه در زنان باردار سالم بود که مسلماً رفتارهای سبک زندگی با دیابت بارداری پایین‌تر خواهد بود (۲۸).

همچنین در این مطالعه، مداخله به‌صورت مشاوره باعث بهبود سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در مادران مبتلا به دیابت بارداری در گروه مداخله شده است.

نتایج مطالعه لوتو و همکاران و هیووالتی و همکاران در سال ۲۰۱۱ نشان داد که مشاوره به‌عنوان یک مداخله باعث بهبود کیفیت سبک زندگی در بیماران حامله‌ی در معرض خطر برای دیابت بارداری شد که با نتایج مطالعه حاضر همسو بود (۲۹، ۳۰).

نتایج مطالعه خدیو زاده و همکاران در سال ۱۳۹۴ نشان داد که آموزش به‌عنوان یک مداخله می‌تواند به ارتقای مراقبت از خود در مبتلایان به دیابت بارداری کمک کند که با نتایج مطالعه حاضر همسو بود (۱۹).

نتایج مطالعه باقیانی مقدم و همکاران در سال ۱۳۸۷، جلیلیان و همکاران در سال ۱۳۹۰ و سعیدی پور و همکاران در سال ۱۳۹۲ باهدف تأثیر مداخله آموزشی بر میزان کیفیت زندگی بیماران دیابتی انجام شد که نتایج این مطالعات نشان داد، بهترین راه برای کاهش عوارض دیابت و افزایش کیفیت زندگی بیماران دیابتی، آموزش است که هزینه زیادی دربر نداشته و برای تمام بیماران

کد REC.UMSU.1394.90 تصویب شده و در سامانه مطالعات کارآزمایی بالینی با کد IRCT 2015121224340N8 ثبت شده است. تیم تحقیق مراتب قدردانی خود را از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و مادران باردار دیابتیک مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه و همکاران محترم شاغل در درمانگاه مامایی کوثر اعلام می دارد.

مشاوره در تغییر رفتارهای ارتقادهنده سلامت استفاده شود و نیز پیشنهاد می شود مطالعات مشابه در جامعه روستایی طراحی و اجرا گردد.

## تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی می باشد که در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با

## References:

1. Ju H, Rumbold AR, Willson KJ, Crowther CA. Borderline gestational diabetes mellitus and pregnancy outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2008;8(1):1.
2. Afkhami ardakani A, Rashidi M. Gestational diabetes self-study. *J Med Sci Health Services - Medical Yazd* 2006;14(2):82-93.
3. Asadi noghabi A, Dehghan nayeri N. Nurse - Surgical Bruner and Svders, liver, lymph, bile ducts and Diabetes. 2ed ed. Tehran: Salemi publication; 2008.
4. Gagnon AJ, McDermott S, Rigol - Chachamovich J, Bandyopadhyay M, Stray - Pedersen B, Stewart D. International migration and gestational diabetes mellitus: a systematic review of the literature and meta - analysis. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2011;25(6):575-92.
5. Jenum AK, Mørkrid K, Sletner L, Vange S, Torper JL, Nakstad B, et al. Impact of ethnicity on gestational diabetes identified with the WHO and the modified International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups criteria: a population-based cohort study. *Eur J Endocrinol* 2012;166(2):317-24.
6. Saxena P, Tyagi S, Prakash A, Nigam A, Trivedi SS. Pregnancy outcome of women with gestational diabetes in a tertiary level hospital of north India. *Indian J Community Med* 2011;36(2):120.
7. Ghasemi V, Rabbani R, Rabbani A, Alizadeh M. Social determinants health promoting lifestyle of the elderly population (aged city case study). *The demographics of a community* 2012;63(16):184-202. (persian)
8. Nouri A. Healthy lifestyle in a modern approach. *J Community Health Prom Healthy Lifestyle* 2007;5(2).
9. Shaban M, Mehran A, Taghili F. Relationship between perception of health concept and health promoting behaviors: A comparative study among Tehran university medical and non-medical Students. *J hayat* 2007;13(3):27-36.
10. Gharaibeh M, Al - Ma' aithah R, Al Jada N. Lifestyle practices of Jordanian pregnant women. *Int Nurs Rev* 2005;52(2):92-100.
11. Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *Int J Nur Stud* 2006;43(3):293-300.
12. Norouzi A, Ghofranipour F, Heydarnia A, Tahmasebi R. Determinants of physical activity based on Health Promotion Model (HPM) in diabetic women of Karaj diabetic institute. *ISMJ* 2010;13(1):41-51.
13. Wilkinson SA, Tolcher D. Nutrition and maternal health: what women want and can we provide it? *Nutrition Dietetics* 2010;67(1):18-25.
14. Kaveh MH, Kiani A, Salehi M, Amouei S. Impact of education on nutrition and exercise on the level of knowledge and metabolic control indicators (FBS & PPBS) of gestational diabetes mellitus (GDM) patients. *Iran J Endocrinol Metab* 2012;13(5):441-8.

15. Noroozi A, Tahmasebi R, Ghofranipour F, Hydarnia A. Effect of Health Promotion Model (HPM) Based Education on Physical Activity in Diabetic Women. *Iran J Endocrinol Metab* 2011;13(4):361-7.
16. Maheri AB, Bahrami M-N, Sadeghi R. The Situation of Health-Promoting Lifestyle among the Students Living in Dormitories of Tehran University of Medical Sciences, Iran. *J Health Develop* 2013;1(4):275-86.
17. Rifas-Shiman SL, Rich-Edwards JW, Kleinman KP, Oken E, Gillman MW. Dietary quality during pregnancy varies by maternal characteristics in Project Viva: a US cohort. *J Am Dietetic Assoc* 2009;109(6):1004-11.
18. Radmehr M, Ashktorab T, Neisi L. Effect of the educational program based on Pender's theory on the health promotion in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Nurs Educ* 2013;2(2):56-63.
19. Khadivzadeh T, 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* 2015;5(3):7-18.
20. Mahmoodi H, Asghari-Jafarabadi M, Babazadeh T, Mohammadi Y, Shirzadi S, Sharifi-Saqezi P, et al. Health Promotion Behavior in Pregnant Women Referred to Prenatal Care Unite of Imam Khomeini Hospital of Saqqez. *J Educ Community Health* 2015;1(4):58-65.
21. Saydam B, Bozhurt O, Hadimli A, Can H, Soğukpınar N. Evaluation of the effects of self-care capacity on healthy life style behaviors in risky pregnant. *Perinatal J* 2007;15(3):131-9.
22. Altıparmak S, Koca Kutlu A. 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Med Bulletin* 2009;8(5).
23. Onat G, Aba YA. Health-promoting lifestyles and related factors among pregnant women. *Turkish J Public Health* 2014;12(2):69.
24. Gokyildiz S, Alan S, Elmas E, Bostanci A, Kucuk E. Health - promoting lifestyle behaviours in pregnant women in Turkey. *Int J Nurs Practice* 2014;20(4):390-7.
25. Sonmezer H, Cetinkaya F, Nacar M. Healthy lifestyle promoting behaviour in Turkish women aged 18-64. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012;13(4):1241-5.
26. Mendelson SG, McNeese - Smith D, Koniak - Griffin D, Nyamathi A, Lu MC. A Community - Based Parish Nurse Intervention Program for Mexican American Women with Gestational Diabetes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008;37(4):415-25.
27. Ko JM, Lee JK. Effects of a Coaching Program on Comprehensive Lifestyle Modification for Women with Gestational Diabetes Mellitus. *J Korean Acad Nurs* 2014;44(6).
28. Sadeghi E. Survey of health promoting lifestyles and related factors in pregnant women referring to health centers of Urmia in 2015: Urmia Med University; 2015.
29. Luoto R, Kinnunen TI, Aittasalo M, Kolu P, Raitanen J, Ojala K, et al. Primary prevention of gestational diabetes mellitus and large-for-gestational-age newborns by lifestyle counseling: a cluster-randomized controlled trial. *PLoS Med* 2011;8(5):e1001036.
30. Korpi-Hyövälti E, Schwab U, Laaksonen DE, Linjama H, Heinonen S, Niskanen L. Effect of intensive counselling on the quality of dietary fats in pregnant women at high risk of gestational diabetes mellitus. *Br J Nutrition* 2012;108(05):910-7.
31. Baghianimoghadam M, Afkhami Ardekani M. The effect of educational intervention on quality of life of diabetic patients type 2, referee to diabetic



- research centre of Yazd. *Horizon Med Sci* 2008;13(4):21-8.
32. Jalilian F, Zinat Motlagh F, Solhi M. Effectiveness of Education Program on Increasing Self Management Among Patients with Type II Diabetes. *J Ilam Univ Med Sci* 2011;20(1):26-34.
33. Pour J, Jafari M, Asgar M, Dardashti H, Teymoorzadeh E. The impact of self-care education on life quality of diabetic patients. *J Health Admin (JHA)* 2013;16(52):Pe26-Pe36.
34. Beranath C. The health belief model applied to glycemic control. *Diabetes Educator* 1999;21(4):321-9.
35. Heidari G, Moslemi S, MONTazeri far F, Heidari M. The effect of correct diet on knowledge, attitude and practice of type 2 diabetic patients. *J Tabibe Shargh* 2002;4(4):207-13. (Persian)
36. Sharifirad G, Entezari M, Kamran A, Azadbakht L. The effectiveness of nutritional education on the knowledge of diabetic patients using the health belief model. *J Res Med Sci* 2009;14(1):1-6.
37. Rezaei N, Tahbaz F, Kimiagar SM, Alavi MH. The effect of nutrition education on knowledge, attitude and practice of type 1 diabetic patients from Aligoodarz. 2006.
38. Dunn SM, Beeney LJ, Hoskins PL, Turtle JR. Knowledge and attitude change as predictors of metabolic improvement in diabetes education. *Soc Sci Med* 1990;31(10):1135-41.

## THE EFFECT OF COUNSELING ON HEALTH PROMOTION BEHAVIORS IN DIABETIC MOTHERS REFERRED TO MOTAHHARI HOSPITAL OF URMIA AT 2015

Mohaddesi H<sup>1</sup>, Razavi R<sup>\*2</sup>, Khalkhali H<sup>3</sup>, Bahadori F<sup>4</sup>, Saei Ghare Naz M<sup>5</sup>

Received: 18 Aug, 2016; Accepted: 23 Oct, 2016

### Abstract

**Background & Aims:** Nowadays, diabetes is a silent epidemic of the present century, and it is one of the biggest health problems in all countries, known as the "diabetes epidemic", which includes pregnant women as well. The aim of present study was to determine the impact of the consultation on promoting healthy lifestyles in women with gestational diabetes.

**Materials & Methods:** This Randomized Clinical Trial study was performed on 60 mothers with gestational diabetes who admitted in Motahhari hospital of Urmia. The samples were assigned randomly in to two groups. The intervention group received 5 counseling sessions. Data was collected by completing demographic questionnaire, and Health Promoting Lifestyle Profile II questionnaire.

**Results:** This study showed that after intervention, counseling, and health promotion behavior scores were (158/04±17/04) significantly higher in the intervention group than control one (111/4±12/15) (P< 0/001).

**Conclusions:** Midwives as the health promoting lifestyle counseling at health centers play important role in improving the lifestyles of mothers with gestational diabetes, and reduce complications associated with Gestational Diabetes Mellitus in pregnancy.

**Key words:** Gestational Diabetes Mellitus, Health Promoting, Lifestyle, Pregnant Women, counseling

**Address:** Faculty of Nursing and Midwifery, University of Medical Sciences of Urmia

**Tel:** +98 4432754960

**Email:** midwife27451@gmail.com

<sup>1</sup> Assistant Professor, Maternal and Child Obesity Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>2</sup> MSc. Student of Midwifery Consultation, branch of the International Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Associate Professor, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>4</sup> Associate Professor, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>5</sup> PhD student of Reproductive Health, Students Research Office, School Of Nursing and Midwifery Shahid Beheshti University Of Medical Sciences, Tehran, Iran