

## تأثیر مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی زنان باردار پره دیابتیک

پریسا پارسا<sup>۱</sup>، ثریا درگاهی<sup>۲</sup>، بتول خداکرمی<sup>۳\*</sup>، یونس محمدی<sup>۴</sup>، منصوره یزدخواستی<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۰۴/۱۹ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۰۷/۱۸

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** دیابت دوران بارداری عوارض زیادی برای مادر و جنین به همراه دارد. لذا پیشگیری و شناخت زودرسان در مرحله پره دیابتیک اهمیت زیادی در ارتقای سلامت مادر و نوزاد دارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی مادران پره دیابتیک در شهر کرج در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

**مواد و روش کار:** این مطالعه یک کارآزمایی بالینی نیمه تجربی در سال ۱۳۹۶ بر روی ۹۰ مادر باردار پره دیابتیک مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت منتخب شهر کرج انجام شد. نمونه‌ها به دو گروه مساوی کنترل (۴۵ نفر) و گروه آزمون (۴۵ نفر) تقسیم شدند. مداخله در گروه آزمون به صورت مشاوره گروهی جهت ارتقای کیفیت زندگی مادران در طی ۴ جلسه هفتگی بود. گروه کنترل در این مدت تحت مراقبت‌های روتین بارداری قرار گرفتند. در هر دو گروه کیفیت زندگی مادران و قند خون ناشتا قبل از مداخله و بررسی شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماري SPSS ۱۶ انجام شد و از آزمون‌های t مستقل، t زوجی و آنکوا (ANCOVA) برای مقایسه گروه‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد که مشاوره گروهی در گروه آزمون تأثیر معناداری در بهبود کیفیت زندگی مادران پره دیابتیک باردار در ابعاد سلامت جسمی و روانی داشت ( $P < 0.05$ ). اما تغییری در کیفیت زندگی مادران گروه کنترل وجود نداشت. میانگین قند خون ناشتا بعد از مطالعه به طور معناداری در گروه آزمون کاهش یافت ( $P < 0.05$ ) اما تغییرات قند خون ناشتا در گروه کنترل معنادار نبود.

**نتیجه‌گیری:** مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی و کنترل قند ناشتا مادران باردار پره دیابتیک مؤثر بود. بنابراین پیشنهاد می‌گردد راهبردهای - مشاوره‌ای، جهت این گروه از مادران باردار برای بهبود کیفیت زندگی آنان بکار گرفته شود.

**کلیدواژه‌ها:** مشاوره گروهی، کیفیت زندگی، دیابت، بارداری

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره هشتم، پی‌درپی ۱۰۹، آبان ۱۳۹۷، ص ۶۰۲-۵۹۳

آدرس مکاتبه: مرکز تحقیقات مراقبت از مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران، تلفن: ۰۹۱۸۱۰۷۳۳۲۵

Email: zahrabatul2006@yahoo.com

## مقدمه

مختلف ایران متفاوت گزارش شده است که این تفاوت می‌تواند ناشی از نژاد و قومیت‌های مختلف باشد به طوری که کمترین میزان شیوع دیابت بارداری در ایران در اردبیل با ۱/۳ درصد و بیشترین شیوع آن در کرج به میزان ۱۸/۶ درصد گزارش شده است (۶، ۷).  
دیابت بارداری به عنوان یک بیماری خاموش می‌تواند آثار نامطلوب بر مادر و جنین بگذارد (۸). عوارض مادری شامل افزایش ابتلا به هیپرتانسیون، پره اکلامپسی، افزایش میزان سزارین، عوارض

دیابت بارداری به صورت اختلال تحمل گلوکز که برای اولین بار در طی بارداری ایجاد و تشخیص داده می‌شود، تعریف می‌گردد (۱).  
(۲). دیابت بارداری، وضعیت طبی شایع و درخور توجه در رابطه با اختلال متابولیسمی است و شیوع آن در تمامی نقاط جهان در حال افزایش است (۳، ۴). به طور کلی ۱۸-۱۴ درصد از زنان باردار در معرض خطر ابتلا به دیابت بارداری هستند (۵). شیوع آن در نقاط

<sup>۱</sup> دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت بیماری‌های مزمن در منزل، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

<sup>۳</sup> مربی، مرکز تحقیقات مراقبت از مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۴</sup> استادیار، مرکز تحقیقات مدلسازی بیماری‌های غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

<sup>۵</sup> استادیار، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

دیابت بارداری در مناطق مختلف ایران (۶، ۷) و تأثیر کیفیت زندگی در بروز دیابت بارداری این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی زنان باردار پره دیابتیک در شهر کرج اجرا شد.

### مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی می‌باشد که در دو گروه آزمون و کنترل با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شده است. در این مطالعه محیط پژوهش، مراکز جامع سلامت شهر کرج بود و جمع‌آوری نمونه‌ها از دی ماه ۱۳۹۶ تا اردیبهشت ۱۳۹۷ ادامه داشت. جامعه پژوهش شامل مادران باردار مبتلا به پره دیابت بارداری با سن بارداری ۱۴-۶ هفته بودند که به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی البرز مراجعه نموده و تمایل به شرکت در تحقیق را داشتند. پس از انجام هماهنگی‌های لازم و کسب اجازه از دانشگاه البرز، مسئولین مراکز درمانی و خدمات بهداشتی و اخذ کد مرکز کارآزمایی بالینی ایران (IRCT20120215009014N209) انجام شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل: سکونت در شهر کرج و حومه آن، سن ۱۸-۳۵ سال باشد، تعداد بارداری ۱-۳، سن بارداری ۱۴-۶ هفته، داشتن پرونده بهداشتی در مراکز جامع سلامت، تشخیص پره دیابت بارداری با قند خون ناشتا بالاتر از ۹۲ و کمتر از ۱۲۵ میلی‌گرم در دسی لیتر، عدم ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن، عدم ابتلا به بیماری‌های روانی حاد و مزمن و نداشتن دیابت در بارداری قبلی بود. و معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم شرکت در بیش از یکی از جلسات مشاوره، سقط جنین یا زایمان زودرس، بروز بیماری‌هایی مثل دیابت بارداری، بیماری قلبی یا فشارخون مادر و حوادث استرس‌زا برای مادر در حین مطالعه بود، افراد واجد شرایط به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از بین مراجعه‌کنندگان به ۸ مرکز جامع سلامت استان البرز که به‌صورت خوشه انتخاب شدند انجام شده (۲ مرکز در هریک از مناطق شمال، جنوب، غرب و شرق). در انتخاب درمانگاه‌ها به‌طور تصادفی با قرعه‌کشی انجام شده است. در هر منطقه جغرافیایی شمال، جنوب، شرق و غرب: یک درمانگاه به گروه آزمون و یکی به گروه کنترل به‌طور تصادفی با قرعه‌کشی سکه اختصاص داده شد و در هر درمانگاه ۱۵-۱۲ نفر به‌طور در دسترس از افراد واجد شرایط به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و بدین‌صورت ۴۵ نفر در هر گروه به‌عنوان افراد نمونه انتخاب شدند. (جمعاً ۹۰ نفر در دو گروه).

به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، رضایت آگاهانه از کلیه افراد شرکت‌کننده در مطالعه گرفته شد و اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه نگهداری می‌شود. ابزار گردآوری داده‌ها در این تحقیق پرسشنامه بود که از طریق مصاحبه با مادر و تکمیل پرسشنامه

قلبی عروقی مرتبط با دیس لیپیدمی، چاقی شکمی، هیدرآمینوس، پیلونفریت و بستری شدن طولانی‌مدت در بیمارستان می‌باشد (۹). عوارض جنینی شامل افزایش محدودیت رشد جنینی، خطر ماکروزومی، مرگ غیرقابل‌توجیه جنین، هیپوگلیسمی نوزاد، هیپربیلی روبینمی، هیپرتروفی قلبی، هیپوکالسمی، چاقی، پلی سیتی می‌شود (۴). این عوارض با مراقبت‌های دوران بارداری و همکاری مادر باردار، قابل‌پیشگیری است (۱۰، ۱۱). سازمان بهداشت جهانی با توجه به روند رو به رشد دیابت در سراسر دنیا، دیابت را تحت عنوان یک اپیدمی نهفته اعلام کرده است و تمامی کشورهای جهان را به مقابله با این اپیدمی فراخوانده است (۱۲). به‌طوری‌که احتمال می‌رود تا سال ۲۰۳۰ تعداد مبتلایان به دیابت به ۲ برابر میزان کنونی برسد، که این اپیدمی دیابتی شامل مادران باردار نیز می‌باشد (۴، ۶، ۱۳).

با توجه به شیوع رو به افزایش این بیماری و هزینه‌های گزاف مربوط به آن درمان و کنترل بیماری ضروری به نظر می‌رسد (۱۴). از آنجاکه این اختلال درمان قطعی ندارد ارتقای کیفیت زندگی زنان می‌تواند در کاهش مشکلات مادر و جنین مؤثر باشد. یکی از مهم‌ترین و بزرگ‌ترین اهداف سیستم‌های بهداشتی-درمانی کشور، بهبود کیفیت زندگی افراد می‌باشد. وجود استرس‌های روحی، عدم وجود اطلاعات کافی مادران باردار از سلامت خود، اطلاعات و تخصص ناکافی کارکنان بهداشتی در زمینه مدیریت پره دیابت بارداری، از عوامل ضعف انجام مراقبت‌های لازم در این افراد می‌باشد (۱۳). آگاهی از وضعیت کیفیت زندگی افراد بیمار می‌تواند منجر به یافتن راه‌هایی شود که به ارتقای کیفیت مراقبت از آنان بیانجامد (۱۵). در این راستا، مشاوره به بیماران می‌تواند سبب افزایش آگاهی، عملکرد مناسب، اتخاذ تصمیم، کاهش نگرانی و افزایش اعتمادبه‌نفس شود. لذا مشاوره جزء مهمی در مراقبت از افراد سالم و بیمار است (۱۶).

در مشاوره گروهی به سبب مشابهتی که بین افراد گروه وجود دارد می‌تواند در ابراز تردیدها و نگرانی از وضعیت سلامتی افراد و پیدا کردن راه‌حل‌های مناسب برای کاهش مشکلات سلامتی افراد گروه نیز مؤثر باشد. در این زمینه ماماها می‌توانند با مراقبت از زنان باردار را به عهده دارند می‌توانند با ارتقای مهارت‌های مشاوره‌ای با بیماران ارتباط برقرار کنند و آنان را برای ارتقای کیفیت زندگی خود ترغیب و تشویق نمایند. مشاوره گروهی در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی (۱۷)، سرطان (۱۸)، و حتی تربیت فرزندان بکار گرفته شده است (۱۹) و تأثیرات سودمند آن گزارش شده است. لیکن تاکنون در مادران مبتلا به پره دیابت بارداری تحقیقات محدودی انجام شده است. با توجه به اهمیت غربالگری دیابت بارداری و پیامدهای ناگوار آن در جنین و مادر (۱۳، ۲۰)، شیوع

توسط پژوهشگر تکمیل می‌شد. پرسشنامه این تحقیق شامل دو بخش بود.

بخش اول، شامل ویژگی‌های دموگرافیک، سن، تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد فرزندان سالم، سن حاملگی، شغل، تحصیلات، و سابقه خانوادگی ابتلا به دیابت وضعیت قند خون ناشتا، فشارخون، وزن و BMI بود.

در بخش دوم، از پرسشنامه فارسی استاندارد شده کیفیت زندگی WHOQOL-BREF) استفاده شد. پرسشنامه WHOQOL-BREF در ایران توسط نجات و همکاران (۲۱) در مطالعه‌ای تحت عنوان "استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت" در چهار بعد سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط مورد تأیید قرار گرفته است. این پرسشنامه کیفیت زندگی افراد را در چهار بعد سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط اندازه‌گیری می‌کند. بدین ترتیب ۲۶ سؤال موجود در پرسشنامه، دارای ۴ قسمت که قسمت اول آن دارای ۲ سؤال در رابطه با سلامت جسمی فرد در یک هفته اخیر است (سؤالات ۱ و ۲) و قسمت دوم آن دارای ۷ سؤال در رابطه با تجربیات فرد در طی چهار هفته اخیر (سؤالات ۳ تا ۹) و قسمت سوم آن شامل ۱۶ سؤال در رابطه با تجربیات و توانایی فرد در انجام دادن کارهای خاص در طی چهار هفته اخیر (سؤالات ۱۰ تا ۲۵) و قسمت چهارم آن شامل ۱ سؤال در رابطه با احساس و تجربه فرد در مورد چیزهای خاص در طی چهار هفته اخیر می‌باشد (سؤال ۲۶)، بود. نحوه امتیازدهی در این پرسشنامه بر اساس استاندارد نمره دهی پرسشنامه به صورت امتیازدهی لیکرت با رتبه‌بندی ۱ تا ۵ گزینه‌ای بود. که در ابتدا یک نمره خام برای هر زیر مقیاس به دست آمد و از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شد. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر می‌باشد. ابعاد کیفیت زندگی و نحوه محاسبه امتیاز آن‌ها شامل موارد زیر می‌باشد:

**بعد سلامت جسمی:** جمع نمرات سؤالات ۳-۴-۱۰-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸ در پرسشنامه. دامنه نمرات این زیر مقیاس بین ۷ تا ۳۵ بود و تفاضل این دو ۲۸ بود.

**بعد سلامت روان:** جمع نمرات سؤالات ۵-۶-۷-۱۱-۱۹-۲۶ در پرسشنامه. دامنه نمرات این زیر مقیاس بین ۶ تا ۳۰ بود و تفاضل این دو ۲۴ بود.

**بعد روابط اجتماعی:** جمع نمرات سؤالات ۲۰-۲۱-۲۲ در پرسشنامه. دامنه نمرات این زیر مقیاس بین ۳ تا ۱۵ بود و تفاضل این دو ۱۲ است.

**بعد سلامت محیط:** جمع نمرات سؤالات ۸-۹-۱۲-۱۳-۱۴-۲۳-۲۴-۲۵ در پرسشنامه. دامنه نمرات این زیر مقیاس بین ۸ تا ۴۰ بود و تفاضل این دو ۳۲ است.

**بعد سلامت عمومی کلی:** جمع نمرات سؤالات ۱ و ۲ در پرسشنامه. دامنه نمرات این زیر مقیاس بین ۲ تا ۱۰ بود و تفاضل این دو ۸ است.

پس از به دست آوردن نمرات خام هر خرده مقیاس آن را به یک نمره استاندارد از ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شد. که این نمره را با توجه به فرمول زیر محاسبه می‌شود:

$$X \times \frac{\text{گسترش نمره ممکن زیر مقیاس} - \text{نمره به دست آمده در زیر مقیاس}}{\text{تفاضل بین بیشترین و کمترین نمره ممکن زیر مقیاس}}$$

روایی و پایایی این پرسشنامه پژوهشی توسط نجات و همکاران بر روی ۱۱۶۷ نفر در تهران انجام گرفته است (۲۱). پایایی آزمون بازآزمون برای ابعاد مختلف به این صورت به دست آمده بود که سلامت جسمی  $\alpha=0/77$  سلامت روانی  $\alpha=0/77$ ، روابط اجتماعی  $\alpha=0/78$ ، سلامت محیط  $\alpha=0/84$  و سلامت عمومی  $\alpha=0/78$  بوده است (۱۸).

برای دسته‌بندی کیفیت زندگی مادران، آن‌ها بر اساس امتیاز کلی کیفیت زندگی به سه گروه مطلوب (نمره ۷۰-۱۰۰) متوسط (۶۹-۳۰) و ضعیف (کمتر از ۳۰) تقسیم‌بندی شد.

داده‌های مطالعه در دو مرحله جمع‌آوری گردید. اولین مرحله، قبل از اجرای مداخله به صورت مشاوره گروهی با مادران مبتلا به پره دیابت بارداری بود. دومین مرحله جمع‌آوری داده‌ها، چهار هفته بعد از مداخله مشاوره گروهی بود. مشاوره گروهی شامل ۴ جلسه ۶۰-۴۵ دقیقه‌ای بود که در طول یک ماه برای بیماران گروه آزمون اجرا گردید. جلسات مشاوره گروهی در مراکز بهداشتی درمانی با استفاده از روش بحث گروهی و پرسش و پاسخ برگزار گردید، محتوای جلسات مشاوره در جدول ۱ آورده شده است. در پایان تمام جلسات مشاوره به بیماران فرصت داده می‌شد تا سؤالات خود را بیان نمایند، در پایان جلسات نیز یک کتابچه آموزشی که توسط پژوهشگر بر اساس متون مصوب وزارت بهداشت و منابع علمی در این زمینه تهیه شده بود در اختیار گروه آزمون قرار گرفت. به منظور رعایت نکات اخلاقی برای گروه کنترل نیز پس از پایان مطالعه، یک جلسه مشاوره‌ای به صورت بحث گروهی در مراکز درمانی تحت پوشش‌دهنده آنان برگزار گردید و کتابچه آموزشی نیز به این گروه

از مادران تحویل داده شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS ۱۶ استفاده شد. به‌منظور ارزیابی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شده است. جهت توصیف نتایج آزمودنی‌ها، آمار استنباطی جهت بررسی فرضیات و اهداف مطالعه شامل: آزمون t مستقل و برای مقایسه مقادیر میانگین متغیرها قبل و بعد از مداخله در گروه‌ها، آزمون آماری t زوجی و برای مقایسه میانگین نمره‌ی پس‌آزمون در دو گروه به‌منظور تعدیل اثر مداخله آنالیز کوواریانس (ANCOVA) استفاده شده است.

### جدول (۱): محتوای جلسات مشاوره گروهی مادران باردار پره دیابتیک

جلسات مشاوره	محتوا	اصول GATHER	مدت‌زمان
جلسه اول	آشنایی با شرکت‌کنندگان، آشنایی با اهداف مشاوره، شناسایی میزان آگاهی، اطلاعات و نگرش مادران باردار در رابطه با دیابت بارداری و نحوه مراقبت از خود، ارزیابی اطلاعات و آگاهی به مادران در رابطه با عوارض دیابت بارداری بر مادر و جنین. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از مطالب به‌صورت مشارکت گروهی	مطابق با (G) و (A). بدین ترتیب که در ابتدا با خوش‌آمدگویی و معرفی جلسات مشاوره و اهداف برگزاری آن با مراجعین رابطه برقرار می‌شد	۴۵-۶۰ دقیقه
جلسه دوم	تکرار مطالب مهم قبل توسط مادران و دریافت بازخورد از مادران، اهمیت رفتارهای بهبود سبک زندگی در وضعیت سلامت مادران، معرفی فعالیت فیزیکی مناسب در کنترل پره دیابت بارداری و بحث درباره فواید آن بخصوص در جلوگیری از دیابت بارداری، تشویق به مراقبت از خود و انجام پیاده‌روی منظم. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از مطالب به‌صورت مشارکت گروهی	مطابق با (T) و (H). پرسش و پاسخی با مراجعین در رابطه با نگرانی‌ها و علائم دیابت و عوامل ایجادکننده با آن‌ها	۴۵-۶۰ دقیقه
جلسه سوم	تکرار مطالب جلسه قبل و دریافت بازخورد از مادران، پرسش در مورد رژیم غذایی افراد، اطلاع‌رسانی رژیم تغذیه‌ای مناسب و نحوه استفاده از غذاهای جایگزین. چگونگی کنترل قند خون توسط مادران. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از مطالب به‌صورت مشارکت گروهی	مطابق با (T) و (H). با برگزاری جلسات مشاوره‌ای به مراجعان کمک می‌شود تا بدانند چگونه می‌توانند از خود بهتر مراقبت کنند	۴۵-۶۰ دقیقه
جلسه چهارم	تکرار مطالب آموزشی جلسه قبل و دریافت بازخورد از مادران در مورد رژیم غذایی، بررسی میزان فعالیت فیزیکی افراد، اطلاع‌رسانی در مورد ورزش‌های زنان باردار. مزایای فعالیت فیزیکی در بارداری و بررسی دقیق قند خون در طی بارداری و بعد از زایمان و جمع‌بندی مطالب به‌صورت مشارکت گروهی.	مطابق با (H) و (E) و (R). مشاوره گروهی در رابطه با رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی و کنترل قند خون به مددجویان داده شد	۴۵-۶۰ دقیقه

### یافته‌ها

جدول ۲ نشان‌دهنده مشخصات جمعیت شناختی مادران باردار در دو گروه آزمون و کنترل است. همان‌طور که در جدول مذکور مشخص است فرایند تخصیص مادران طوری طراحی گردیده که گروه‌ها از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی تحت مطالعه، باهمدیگر همگن شده‌اند.

در این پژوهش ۹۰ مادر باردار مبتلا به پره دیابت بارداری وارد مطالعه شدند که ۴۵ نفر از آنان گروه آزمون و ۴۵ نفر گروه کنترل بودند. در پایان مداخله، ۴ نفر از گروه آزمون (۲ نفر به دلیل تغییر محل زندگی و دو نفر به علت سقط جنین) و ۶ نفر از گروه کنترل ریزش داشتند. (۳ نفر به دلیل تغییر محل زندگی و دو نفر به علت ابتلا به دیابت بارداری و یک نفر سقط جنین).

جدول (۲): اطلاعات جمعیت شناختی مادران باردار پره دیابتیک تحت مطالعه در دو گروه آزمون و کنترل

P_value	آماره	CI 95%		گروه کنترل	گروه آزمون	متغیر
		حد پایین	حد بالا	(N= 39)	(N=41)	
				میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
۰/۴۳	t=-۰/۷۹۴ df= 78	-۳/۴۵	۱/۴۸	۳۰/۷۹ (۵/۷)	۳۱/۷۸ (۵/۴)	سن
۰/۶۸۴	t=-۰/۴۰۸ df= 78	-۲/۳۵	۱/۵۵	۲۶/۳۷ (۳/۸)	۲۶/۷۸ (۴/۹)	شاخص توده بدنی (BMI)
۰/۹۶۸	t=-۰/۰۴۱ df= 78	-۰/۵۳	۰/۵۰	۱/۲۵ (۲/۳۸)	۲/۲۹ (۱/۰۸)	تعداد حاملگی
۰/۸۲۵	t=-۰/۲۲۲ df=78	-۰/۴۶	۰/۳۷	۱/۰۵ (۰/۹۲)	۱/۱۰ (۰/۹۴)	تعداد زایمان
۰/۸۰۴	t=-۰/۲۴۹ df=78	-۰/۴۴	۰/۳۴	۱/۰۰ (۰/۸۶)	۱/۰۵ (۰/۸۹)	تعداد فرزندان زنده
۰/۵۳۳	t=۰/۶۲۶ df= 78	-۰/۰۶	۰/۱۱	۰/۰۵ (۰/۲۲)	۰/۰۲ (۰/۱۶)	تعداد فرزندان مرده
۰/۵۹۲	t= ۰/۵۳۹ df= 78	-۰/۱۷	۰/۳۰	۰/۳۱ (۰/۵۷)	۰/۲۴ (۰/۴۹)	تعداد سقط
۰/۶۲۳	t= -۰/۴۹۳ df= 78	-۱/۹۷	۱/۱۹	۱۳/۹۷ (۳/۶۱)	۱۴/۳۶ (۳/۴۹)	سن بارداری
۰/۳۰۹	t= ۱/۰۲۴ df= 78	-۳/۰۶	۹/۵۶	۱۰۸/۰۸ (۸/۸)	۱۰۴/۸۳ (۱۷/۸)	فشارخون سیستولی
۰/۶۹۳	t= -۰/۳۹۶ df= 78	-۵/۲۴	۳/۵۰	۶۸/۱۵ (۱۱/۹)	۶۹/۰۲ (۷/۳)	فشارخون دیاستولی
۰/۲۶۵	t= ۱/۱۲۲ df=78	-۲۲۲/۸	۷۹۸/۰۳	۲,۶۵۱,۰۲۵ (۹۸۲,۷۸۰)	۲,۳۶۳,۴۱۴ (۱,۲۸۲,۳۳۳)	میزان درآمد

براساس نتایج به دست آمده در جدول (۲) در مقایسه مشخصات سن، میزان توده بدنی و، تعداد بارداری، تعداد فرزند، سقط، میزان درآمد در دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد. از نظر فشارخون سیستولی و دیاستولی نیز اختلاف معناداری بین دو گروه دیده نشد. و در نهایت از نظر سطح درآمد نیز در دو گروه، اختلاف معناداری مشاهده نشد. (p=۰/۲۶۵).

براساس نتایج به دست آمده بیشترین تحصیلات در سطح دانشگاهی از کل افراد در هر دو گروه ۳۰ نفر بوده و کمترین تحصیلات تعداد ۴ نفر در سطح بی سواد بوده اند. و تفاوت معناداری در بین دو گروه از لحاظ وضعیت تحصیلات وجود نداشت (p=۰/۵۶۴).

تعداد (۷۷/۴ درصد) ۲۹ نفر در گروه کنترل و تعداد (۷۵/۶ درصد) ۳۱ نفر در گروه آزمون از لحاظ اشتغال خانه دار بودند و تعداد (۲۵/۶ درصد) ۱۰ نفر در گروه کنترل و (۲۴/۴ درصد) ۱۰ نفر در گروه آزمون از لحاظ اشتغال افرادی شاغل بودند. و در نتیجه تفاوت معناداری در دو گروه از لحاظ اشتغال وجود نداشت (p=۰/۹۹۹). اکثریت افراد در دو گروه مجموعاً ۴۹ نفر از نظر وضعیت محل سکونت دارای منزل شخصی بوده در نتیجه تفاوت معناداری در دو گروه از لحاظ وضعیت سکونت وجود نداشت (p=۰/۵۶۴).

جدول (۳): مقایسه وضعیت سابقه خانوادگی بیماری دیابت در افراد دو گروه آزمون و کنترل

P value	کنترل		آزمون		سطوح متغیر	وضعیت بیماری
	(درصد)	فراوانی	(درصد)	فراوانی		
		N=39		N=41		
p=۰/۹۹۹ df=۷۸ X2=۰/۱۴	۱۳ (۳۳,۳)		۱۳ (۳۱,۷)		بله	سابقه خانوادگی دیابت
	۲۶ (۶۶,۷)		۲۸ (۶۸,۳)		خیر	
p=۰/۹۹۹ df=۷۸ X2=۰/۵	۱۲ (۳۰,۸)		۱۲ (۲۹,۳)		درجه ۱	نسبت فرد مبتلا
	۱ (۲,۶)		۱ (۲,۴)		درجه ۲	
	۲۶ (۶۶,۷)		۲۸ (۶۸,۳)		فاقد فرد مبتلا	

براساس نتایج به دست آمده از جدول (۳) اکثریت افراد گروه آزمون و کنترل فاقد فرد مبتلا و سابقه خانوادگی بودند و دو گروه با همدیگر همگن بودند.

**جدول (۴) تعیین و مقایسه کیفیت زندگی در مادران باردار پره دیابتیک قبل و بعد از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل**

P value بین دو گروه بعد مداخله	P value بین دو گروه قبل مداخله	کنترل (درصد فراوانی N=۴۵)		آزمون (درصد فراوانی N=۴۵)		سطوح متغیر	متغیر
		بعد	قبل	بعد	قبل		
P=۰/۰۰۸	P=۰/۴۴۳	۶(۱۵/۰)	۹(۲۲/۵)	۸(۲۰/۰)	۶(۱۵/۰)	کیفیت زندگی (مطلوب ۷۰-۱۰۰)	کیفیت
		۲۹(۷۲/۵)	۲۷(۶۷/۵)	۳۱(۷۷/۵)	۲۹(۷۲/۵)	کیفیت زندگی (متوسط ۶۹-۳۰)	زندگی
		۵(۱۲/۵)	۴(۱۰/۰)	۱(۲/۵)	۵(۱۲/۵)	کیفیت زندگی (>۳۰ ضعیف)	کل
		۰/۱۶۰		<۰/۰۰۱		P value درون گروه	

**جدول (۵) تعیین و مقایسه میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و کنترل**

مقایسه قبل از مداخله	مقایسه بعد از مداخله	کنترل میانگین (انحراف معیار)		آزمون میانگین (انحراف معیار)		ابعاد
		بعد	قبل	بعد	قبل	
p=۰/۳۷۹	p=۰/۰۴	۲۶/۶ (۴/۲)	۲۶/۸ (۴/۴)	۲۹/۲ (۳/۰)	۲۵/۸ (۴/۲)	سلامت جسمانی
t=-۳/۰۱	f=۸/۹	t=۰/۰۹ P=۰/۷۶۷		t=-۵/۶ p<۰/۰۰۱		P value
p=۰/۴۲۹	p=۰/۰۲	۱۹/۶ (۳/۶)	۱۹/۶ (۴/۴)	۲۱/۳ (۲/۶)	۱۹/۳ (۳/۸)	سلامت روان
t=۰/۸۰	f=۸/۷	t=۰/۱۸ p=۰/۸۵۵		t=-۵/۶ p<۰/۰۰۱		P value
p=۰/۹۴۰	P=۰/۰۷۲	۶/۲ (۲/۵)	۶/۲ (۲/۳)	۷/۱ (۱/۱/۹)	۴/۸ (۴/۷)	روابط اجتماعی
t=۰/۰۷	f=۳/۳	t=۰/۳۳ p=۰/۷۴۰		t=-۲/۷ p=۰/۰۰۹		P value
p=۰/۳۷۸	P=۳/۸۷	۲۰/۱ (۳/۴)	۱۹/۸ (۳/۴)	۱۹/۲ (۲/۸)	۱۸/۹ (۳/۴)	سلامت محیطی
t=۰/۸۷	f=۳/۷	t=-۸/۰ p=۰/۴۱۰		t=-۳/۲ p=۰/۰۹۰		P value
p=۰/۴۰۴	P=۰/۰۰۱	۶۹/۳ (۱۲/۷)	۶۷/۸ (۱۲/۵)	۸۹/۹ (۹/۰)	۷۱/۲ (۱۲/۴)	کیفیت زندگی کل
t=۰/۸۳	f=۱۳/۷	t=-۱/۸۳ p=۰/۸۵۶		t=-۵/۶ p=۰/۰۰۲		P value

ابعاد کیفیت زندگی بین دو گروه بررسی شده است که فقط ابعاد سلامت جسمی و سلامت روان و در نهایت امتیاز کل کیفیت زندگی تغییرات آماری معناداری را نشان داد ( $p<۰/۰۰۱$ ). در بررسی بیشتر، تغییرات آماری ابعاد در بین گروه‌ها نیز سنجیده شده است که نتایج به شرح ذیل بود: بعد سلامت جسمانی، روان، روابط اجتماعی و امتیاز کل کیفیت زندگی معنادار شده است ( $p<۰/۰۰۱$ ).

نتایج بررسی داده‌های حاصل از مادران تخصیص داده شده به گروه آزمون، نشان داد که سطوح مختلف کیفیت زندگی، سطوح متوسط و ضعیف به‌طور معناداری پس از اجرای مداخله آموزشی افزایش یافته است ( $P=0/001$ ) همچنین بر اساس یافته‌های جدول (۶) ابعاد کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله مورد بررسی قرار گرفت، بعد از مداخله با استفاده از آزمون آنالیز کوواریانس (آنکووا)،

**جدول (۶) - تعیین میزان FBS بر مادران باردار پره دیابتیک قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و کنترل**

متغیر	آزمون		کنترل		مقایسه قبل از مداخله	مقایسه بعد از مداخله
	(انحراف معیار) میانگین		(انحراف معیار) میانگین			
	قبل	بعد	قبل	بعد		
F.B.S	۱۰۶،۳۷±۸،۳	۸۶،۹۳±۱۱،۰۹	۱۰۰،۷۷±۷،۵	۹۸،۶۱±۹،۳۱	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱
P value	t= - ۱۲/۲ p<۰/۰۰۱		t=۱/۱ P=۰/۲۷۴		f=۴/۲	t=-۳/۶۲

ANCOVA\*

همکاران در شهرستان الیگودرز (۲۷)، نتیجه مشابهی را نشان دادند. دوره‌های آموزشی کوتاه‌تر از مطالعه حاضر نیز در افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به دیابت می‌توانند مفید باشند. نتایج مطالعه دان و همکاران در استرالیا نیز نشان داد که اجرای برنامه آموزشی رسمی درباره دیابت طی دو روز، سبب بهبود عملکرد و کیفیت زندگی بیماران شده است (۲۸). از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به استفاده از شیوه‌های مشاوره گروهی اشاره کرد که سبب شد افراد با تجربیات و مشکلات مشابه، به ارائه راه‌حل‌های مناسب برای رفع مشکل خود بپردازند و با مشارکت گروهی و همدلی تلاش بیشتری برای ارتقای کیفیت زندگی خود انجام دهند. این مطالعه دارای محدودیت‌هایی از جمله حجم کم نمونه‌ها و پیگیری کوتاه مدت افراد فقط یک ماه بعد از مداخله بود. لذا توصیه می‌شود در مطالعات آتی از حجم نمونه بیشتر و همچنین جهت سنجش پایداری مداخله از پیگیری در زمان‌های طولانی‌مدت تری استفاده شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی مصوب دانشگاه علوم پزشکی همدان با کد ۹۶۰۵۱۰۳۱۳ است که دارای شناسه اختصاصی کمیته اخلاق می‌باشد. (IR.UMSHA.REC.1396.369) نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی همدان، دانشگاه علوم پزشکی البرز، مدیریت محترم مراکز جامعه سلامت شهر کرج و همکاران شاغل در آن مراکز به دلیل مساعدت‌های بی دریغ طی اجرای مطالعه، و همچنین از کلیه مادران بزرگواری که ما را در اجرای این تحقیق یاری رساندند اعلام می‌نمایند.

براساس نتایج به دست آمده از جدول (۷) میانگین F.B.S از مداخله در گروه آزمون از ۱۰۶،۳۷±۸،۳ به ۸۶،۹۳±۱۱،۰۹ کاهش یافته است. که این تغییرات باعث اختلاف آماری معناداری بین دو گروه بعد از مداخله شد. (p<۰/۰۰۱). با توجه به اینکه اختلاف معنی‌داری بین دو گروه در مرحله قبل از مداخله از نظر میانگین F.B.S وجود داشت. برای کنترل اثر قبل از مداخله قند خون، مقایسه دو گروه بعد از مداخله با استفاده از آزمون آنکووا (آنالیز کووریانس) انجام شد که نتایج تحت تأثیر نتیجه پیش‌آزمون قرار نگرفته باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی مادران باردار پره دیابتیک انجام شده است. یافته‌های حاصل از مطالعه، تأثیر مشاوره گروهی را بر افزایش سطح کیفیت زندگی در ابعاد سلامت جسمی و سلامت روانی و در نهایت کیفیت زندگی کلی در گروه آزمون نشان می‌دهد. این یافته با پژوهش مقدم تبریزی و همکاران مطابقت دارد (۲۲). علاوه بر این در دیگر مطالعات انجام شده تأثیر مشاوره بر کیفیت زندگی به تأیید شده است. در مطالعه‌ای که توسط Beard و همکاران در افراد مبتلا به دیابت نوع دو، (۲۳) انجام شده است نتایج نشان داد که مشاوره در افزایش معنادار کیفیت زندگی مؤثر است. نتایج مطالعه ماهری و همکاران نیز نشان داد که آموزش به شیوه سخنرانی، پرسش و پاسخ، آموزش چهره به چهره با استفاده از اسلاید، اورهد، پمفلت، تصویر و جزوه به مدت شش ماه هر هفته ۲ جلسه سبب افزایش و بهبود عملکرد و کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت نوع ۲ شده است (۲۴). یافته‌های پژوهش‌های محدثی و همکاران در ارومیه (۲۰) محمدی و همکاران در سمنج (۲۵)، شریفی راد و همکاران در اصفهان (۲۶)، رضایی و

### References:

1. Mridula B, Small R, Davey M-A. Attendance for postpartum glucose tolerance testing following

gestational diabetes among South Asian women in Australia: A qualitative study. J Womens Health Issues Care 2016;4(1).

2. Emamgholi Khooshehchin T, Keshavarz Z, Afrakhteh M, Shakibazadeh E, Faghihzadeh S. Explanation the experiences of mothers with gestational diabetes about the factors affecting self-care: A qualitative study. *J Clin Nurs Midwifery*. 2017;5(4): 76-89.
3. 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. *Iran J Endocrinol Metab* 2014;16(3):156-64.
4. Rahimikian F, Shirazi M, Mehran A, Dehghan Nayeri N, Senobari M. A comparative study of two methods of discharge education on pregnancy outcomes in women with gestational diabetes. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2014;12(7):591-8.
5. Mohammadbeyghi A, Tabatabaei SR, Mohammad SN. Modeling the determinants of gestational diabetes in Shiraz. *Feyz* 2009; 13(1): 37-42.
6. Kordi M, Banaei M, Asgharipour N, Mazloun 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.
7. Sayehmiri F, Bakhtiari S. P. darvishi, K. Sayehmir. Prevalence of gestational diabetes in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Iran J Obstet Gynecol Infer* 2013;15(4):23-16.
8. Ju H, Rumbold AR, Willson KJ, Crowther CA. Borderline gestational diabetes mellitus and pregnancy outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008;8(1):31.
9. 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):120-3.
10. Ford K, Hoyer P, Weglicki L, Kershaw T, Schram C, Jacobson M. Effects of a prenatal care intervention on the self-concept and self-efficacy of adolescent mothers. *J Perinatal Educ* 2001;10(2):15.
11. Bastani F, Zarrabi R. Evaluation of efficacy and related factors of women with gestational diabetes. *Hayat* 2000;16(3):4.
12. 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.
13. Bastani F, Zarrabi R. Correlations of Self-Efficacy among Women with Gestational Diabetes. *Hayat* 2010;16.
14. 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;11(4):177-84.
15. Hashemi T, Aliloo M, Poursharifi H, Bayrami M, Nemati SF. The role of personality characteristics and coping strategies in self-care of patients with type 2 diabetes. *J Clin Psychol* 2013. 2(18): 89-99
16. Mohamadi M. A comparison of two different methods of computer training and face to face therapy adherence in patients after acute myocardial infarction. *Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2010.*
17. Bakhshi R, Akaberian S, Bahreini M, Mirzaei K , Kiani J. The Effect of Group Counseling on the Quality of Life in Patients with Major Thalassemia Referred to the Thalassemia Treatment Center in Bushehr. *Pajouhan Sci J* 2018;16(3):11-9.
18. Heravi Karimovi M, Pourdehqan M, Jadid Milani M, Foroutan SK, Aieen F. Study of the effects of group counseling on quality of sexual life of patients with breast cancer under chemotherapy at



- Imam Khomeini Hospital. J Mazandaran Univ Med Sci 2006;16(54):43-51.
19. Asadi Hasanvand A, Sodani M, Abbaspour Z. The effectiveness of solution – focused group therapy on improve the children quality of life. J Nurs Midwifery Urmia Univ Med Sci 2017;15(6):449-59.
20. Mohaddesi H, Razavi SR, Khalkhali HR, Bahadori F, Saeigharenaz M. The effect of counseling on health promotion behaviors in diabetic mothers referred to motahhari hospital of urmia at 2015. J Nurs Midwifery Urmia Univ Med Sci 2016;14(9):757-66.
21. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The world health organization quality of life (whoqol-bref) questionnaire: Translation and validation study of the iranian version. J School Public Health Institute Public Health Res 2006;4(4):1-12.
22. Baghianimoghadam MH, Sharifirad G, Afkhami AM, Mashahiri MR, Baghianimoghadam B, Zulghadr R, et al. Foot care in diabetic patients, based on health belief model in yazd-iran (2009). Iran J Diabetes Obesity 2011; 3(1): 25-31.
23. Beard E, Clark M, Hurel S, Cooke D. Do people with diabetes understand their clinical marker of long-term glycemic control (HbA1c levels) and does this predict diabetes self-care behaviours and HbA1c? Patient Educ Couns 2010;80(2):227-32.
24. Maheri A, Asnaashari M, Joveini H, Tol A, Firouzian AA, Rohban A. The impact of educational intervention on physical activity, nutrition and laboratory parameters in type II diabetic patients. Electronic Physician 2017;9(4):4207.
25. Mohammadi H, Valiee S, Nouri B, Falahi A, Zehni K. The Effect of Self-Care Education through Social Networks on the Patients' Quality of Life with Type 1 Diabetes in Sanandaj City, Iran. Creat Educ 2018;9(02):322.
26. Sharifirad G, Entezari MH, Kamran A, Azadbakht L. The effectiveness of nutritional education on the knowledge of diabetic patients using the health belief model. Journal of Research in Medical Sciences: Official J Isfahan Univ Med Sci 2009;14(1):1.
27. Rezaei N, Tahbaz F, Kimyagar M, AlaviMajd H. The effect of nutrition education on knowledge, attitude and practice of type 1 diabetic patients from Aligoodarz. J Shahrekord Univ Med Sci 2006;8(2):25.
28. Dunn SM, Beeneey LJ, Hoskins PL, Turtle JR. Knowledge and attitude change as predictors of metabolic improvement in diabetes education. Soc Sci Med 2000;31(10):1135-41.

## IMPACT OF GROUP COUNSELING ON THE QUALITY OF LIFE OF DIABETIC PREGNANT WOMEN

Parisa Parsa<sup>1</sup>, Soraya Dargahi<sup>2</sup>, Batoul Khodakarami<sup>3</sup>,  
Younes Mohammadi<sup>4</sup>, Mansoureh YazdKhasti<sup>5</sup>

Received: 09 Jul, 2018; Accepted: 10 Oct, 2018

### Abstract

**Background & Aims:** Gestational diabetes has many complications for mother and baby. Therefore, preventing and recognizing of mothers in the pre-diabetic stage is very important in promoting the health of the mother and the baby. The aim of this study was to determine the effect of group counseling on the quality of life of pre-diabetic mothers in Karaj in 1396. The aim of this study was to determine the effect of group counseling on the quality of life of pre-diabetic mothers in Karaj in 2017.

**Materials & Methods:** This is a quasi-experimental clinical trial performed on 90 pre-diabetic pregnant women referring to selected health centers in Karaj in 2017. The sample were divided into two groups, intervention group (n = 45) and the control group (n = 45). The control group received only routine care and the intervention group received group counseling in 4 sessions per week. In both groups, quality of life and fasting blood glucose were before and after intervention. Data were analyzed using SPSS software (version 16), independent t-test, paired t-test and ANCOVA were used.

**Results:** The results showed that group counseling in the experimental group had a significant effect on improving the quality of life of pregnant mothers in terms of physical and mental health (P <0.05). But there was no change in the quality of life of the mothers in the control group. The mean of fasting blood glucose level after the study significantly decreased in the experimental group (P <0.05), but fasting blood glucose changes in the control group were not significant.

**Conclusion:** Group counseling was effective on quality of life and fasting blood glucose control in pre-diabetic pregnant women Therefore, counseling strategies for this group of pregnant mothers should be used to improve their quality of life.

**Keywords:** Group counseling, Quality of life, Diabetes, Pregnancy

**Address:** Maternal and Child Health Care Research Center, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran

**Tel:** +98 9181073225

**Email:** zahrabatul2006@yahoo.com

<sup>1</sup> Associate Professor , Hamadan University of Medical Sciences, Chronic Diseases (Home Care) Research Center, Hamadan

<sup>2</sup> Master Student , Midwifery Consultation, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran

<sup>3</sup> Instructor, Mother and Child Care Research Center, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran (Corresponding Author)

<sup>4</sup> Assistant Professor, Research Center for Non-communicable Diseases, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran

<sup>5</sup> Assistant Professor, Department of Midwifery, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran