

تأثیر آموزش مهارت حل مسئله بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری

سارا مکی^۱، ترانه امامقلی خوشه‌چین^{۲*}، محسن داداشی^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۰۶/۱۷ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۰۹/۰۷

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: یکی از مشکلات پزشکی شایع در دوران حاملگی اختلال تحمل گلوکز است. نظر به اینکه دیابت بارداری با اثرات سوء بر مادر و جنین همراه است، همچنین بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیمار تأثیر دارد، بنابراین انجام اقدامات لازم جهت کاهش عوارض بیماری و ارتقاء کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری، ضروری است. لذا این مطالعه باهدف تعیین تأثیر آموزش مهارت حل مسئله بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری، در شهر زنجان می‌باشد.

مواد و روش کار: این پژوهش به روش کارآزمایی بالینی انجام شده است. نمونه‌ها شامل ۷۶ مادر مبتلا به دیابت بارداری بودند. با استفاده از روش تقسیم تصادفی بلوکه‌ای، ۳۸ نفر در گروه مداخله و ۳۸ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی SF ۲۶ استفاده شد. در گروه مداخله آموزش حل مسئله طی ۶ جلسه ۴۵-۶۰ دقیقه‌ای برگزار شد و گروه کنترل مراقبت‌های روتین را دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS، آزمون‌های کلموگروف اسمیرنوف، فریدمن، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، من ویتنی و تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه مداخله قبل از مداخله $44/73 \pm 10/32$ و در گروه کنترل $43/09 \pm 8/58$ بود که با در نظر گرفتن آزمون من ویتنی تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت و بعد از مداخله در گروه مداخله $75/65 \pm 14/80$ و در گروه کنترل $44/40 \pm 13/22$ بود که این اختلاف از نظر آماری معنادار بود ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه حاضر آموزش حل مسئله می‌تواند به عنوان بخشی از مراقبت جامع دوران بارداری مفید بوده و لذا موجب ارتقاء کیفیت زندگی مادران مبتلا به دیابت بارداری گردد.

کلیدواژه‌ها: دیابت بارداری، مهارت حل مسئله، کیفیت زندگی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره دهم، پی‌درپی ۱۱۱، دی ۱۳۹۷، ص ۷۷۰-۷۶۰

آدرس مکاتبه: زنجان، جاده گاوآزنک، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری مامایی، تلفن: ۰۹۱۲۲۱۰۱۹۹۸

Email: t_khooshehchin@yahoo.com

مقدمه

میزان ۰/۷ درصد و بیشترین میزان شیوع دیابت بارداری مربوط به شهر کرج با میزان ۱۸/۶ درصد می‌باشد (۶). تفاوت در شیوع دیابت بارداری به احتمال زیاد می‌تواند به سبب وجود نژاد و قومیت‌های مختلف باشد (۷). افزایش شیوع دیابت بارداری و همراهی آن با عواقب بد پری‌ناتال و نیاز به صرف هزینه‌های گزاف به منظور کنترل مناسب قند خون، موجب نگرانی جدی برای سیستم بهداشتی در سراسر جهان شده است (۸).

دیابت بارداری با اثرات سوء برای مادر و جنین در دوران بارداری و مراحل بعدی زندگی همراه است (۹-۱۱).

دیابت یکی از مشکلات بالینی شایع در بارداری است. دیابت بارداری به صورت درجات متغیر اختلال تحمل گلوکز که اولین بار در دوران بارداری شروع شده و یا تشخیص داده می‌شود تعریف می‌گردد (۱). در حال حاضر ریسک فاکتورهای تشخیص داده شده برای دیابت بارداری شامل افزایش سن مادر، چاقی، زمینه قومی-نژادی، سابقه خانوادگی دیابت و سابقه قبلی دیابت بارداری است (۲-۴). شیوع دیابت بارداری در سراسر جهان حدود ۱-۱۴ درصد کل بارداری‌ها است (۵). در ایران شیوع دیابت بارداری در مجموع ۴/۹ درصد برآورد شده که کم‌ترین میزان مربوط به شهر کرمانشاه با

^۱ دانشجوی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

^۲ استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

عوارض دیابت بارداری بر جنین عبارت‌اند از افزایش خطر ماکروزومی، هیپوگلیسمی نوزادی، هیپربیلیروبینمی، هیپرتروفی قلبی، هیپوکالسمی و تولد نوزاد مرده می‌باشد (۱۲). عوارض متابولیک مرتبط با دیابت بارداری در نوزادان شامل اختلال تحمل گلوکز، دیابت، چاقی و سندرم متابولیک در خلال اوایل جوانی و نوجوانی می‌باشد (۱۳، ۱۴).

عوارض دیابت بارداری بر مادر عبارت‌اند از زایمان زودرس، پلی‌هیدرامنیوس، پره اکلامپسی و در دوران پس از زایمان، ابتلا به دیابت نوع دو در سنین بالا می‌باشد (۱۵). مطالعات نشان داده‌اند که بیش از ۵۰ درصد از زنان مبتلا به دیابت بارداری طی بیست سال آینده به دیابت آشکار مبتلا خواهند شد (۸).

با شروع بارداری تغییرات فراوانی در بدن مادر ایجاد می‌شود که او را به فردی با ویژگی‌های جدید جسمانی و روانی تبدیل کرده و سبب تغییر رفتارهای بهداشتی و کیفیت زندگی وی می‌شود (۱۶). کیفیت زندگی دارای مفهومی نسبی، وسیع، چندبعدی و متأثر از زمان و مکان است. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به مفهوم درک هر فرد از موقعیت خود در زندگی با توجه به شرایط فرهنگی و نظام ارزشی-اجتماعی که در آن زندگی می‌کند، معنا می‌نماید و این درک به طرق مختلف تحت تأثیر وضعیت جسمانی، روانی، باورها، ارزش‌ها و ارتباطات اجتماعی فرد قرار دارد (۱۷). کیفیت زندگی نقش مهمی را در سنجش میزان سلامت افراد دارد و یکی از نگرانی‌های اصلی مراقبان سلامت می‌باشد. جهت ارائه خدمات مؤثر بیشتر آگاهی از کیفیت زندگی افراد امری ضروری است (۱۸). دیابت بر روی ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیمار از جمله روانی، جسمی، اجتماعی، اقتصادی، زندگی خانوادگی و عملکرد جنسی تأثیر دارد (۱۹). اولویت درمان به‌ویژه در بیماری‌های مزمن، ارتقاء کیفیت زندگی از طریق کاهش عوارض بیماری است (۲۰). یکی از عوامل مؤثر در کنترل دیابت میزان آگاهی و نوع نگرش افراد نسبت به بیماری دیابت است (۲۱). بنابراین استفاده از روش‌های آموزشی مختلف جهت افزایش دانش و آگاهی این بیماران یکی از عوامل تأثیرگذار بر خود مراقبتی آنان می‌باشد و با توجه به اینکه هزینه‌های مراقبتی درمانی رو به افزایش است، باید آموزش به‌عنوان یک روش تأثیرگذار و سودمند جهت این بیماران در نظر گرفته شود (۲۲-۲۴). آموزش راهکاری ساده و کم‌هزینه برای ارتقاء کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری می‌باشد. به نظر می‌رسد که مؤلفه حل مسئله بتواند قابلیت برخورد منطقی با بیماری را در مبتلایان به دیابت بارداری تقویت کرده و در نتیجه موجب بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی آنان شود (۲۵).

آموزش مهارت حل مسئله را از بسیاری جهات می‌توان به‌مثابه فرآیند کمک به افراد برای رشد آن‌ها و در نتیجه افزایش احتمال مقابله مؤثر در طیف وسیعی از موقعیت‌ها دانست. طی این فرآیند افراد منابع مقابله مؤثر با وقایع فشارزای زندگی را کشف، خلق یا شناسایی می‌کنند که از مزیت‌های این روش اجرای آن به‌صورت درمان فردی یا گروهی است. آموزش حل مسئله به فرد امکان می‌دهد تا هیجان‌های خود و دیگران را تشخیص دهد نحوه تأثیر هیجان بر رفتار را بداند و بتواند واکنش مناسبی به هیجان‌های متفاوت نشان دهد. هدف از آموزش مهارت حل مسئله، کاهش و پیشگیری از آسیب‌شناسی روانی و افزایش سلامتی با کمک به اشخاص در انطباق مؤثرتر با مسائل تنش‌زا در زندگی است. حل مسئله، یکی از مؤلفه‌های شناخت اجتماعی و فرایندی شناختی-رفتاری است که در آن فرد می‌کوشد برای موقعیت‌های مشکل‌آفرینی که در زندگی روزمره با آن‌ها مواجه می‌شود راه‌حل‌های سازش یافته و مؤثر را شناسایی و کشف کند. مداخله‌هایی مثل آموزش مهارت حل مسئله که توانایی شناختی فراگیران را مورد هدف قرار دهد می‌تواند آن‌ها را در مدیریت کردن مشکل خود یاری دهد (۲۶، ۲۷). در جستجوهای انجام شده توسط محقق، مطالعه‌ای در زمینه تعیین تأثیر آموزش مهارت حل مسئله بر روی مادران باردار مبتلا به دیابت بارداری جهت ارتقاء کیفیت زندگی یافت نشد. بنابراین مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر آموزش مهارت حل مسئله بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان‌های حضرت ولیعصر و موسوی شهر زنجان سال ۱۳۹۶ انجام شد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی می‌باشد که بعد از اخذ مجوز از کمیته پژوهشی و اخلاق دانشگاه به شماره ZUMS.REC.1396.141 و ثبت در سایت کارآزمایی‌های بالینی (IRCT) با کد IRCT2016101227994N2 در شهر زنجان انجام شد.

جامعه مورد مطالعه، زنان مبتلا به دیابت بارداری مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های ولیعصر و آیت‌الله موسوی زنجان بودند.

در این مطالعه در مرحله نخست نمونه‌گیری به روش آسان انجام شد، و از میان ۱۵۰ نفر، تعداد ۷۶ نفر از مادران واجد شرایط که مبتلا به دیابت بارداری بودند، انتخاب و با استفاده از بلوک‌بندی تصادفی ۴ تایی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. ابتدا تمام حالت‌های بلوک چهارتایی تعیین شد، سپس از جدول اعداد تصادفی

¹World Health Organization

جهت انتخاب بلوک‌ها استفاده گردید به‌طوری‌که بلوک‌ها به‌اندازه ۱۹ بار انتخاب شدند تا حجم نمونه به ۷۶ نفر رسید.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از مادران مبتلا به دیابت بارداری با سن حاملگی ۳۰-۲۴ هفته، عدم وجود سابقه بیماری‌های دیگر، عدم وجود سابقه عوارض و مشکلات مرتبط با بارداری، عدم وجود سابقه بیماری‌های روانی بر اساس پرسش از خود فرد مبنی بر تحت درمان بودن و مصرف دارو، داشتن سواد خواندن و نوشتن، داشتن امتیاز (۷۰-۳۱) از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، عدم وجود حوادث استرس‌زای عمده در طول بارداری اخیر و معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از عدم تمایل برای ادامه حضور در پژوهش، وقوع عوارض مرتبط با بارداری مانند مرده‌زایی، زایمان زودرس و پره‌اکلامپسی به‌طور کلی از مطالعه خارج می‌شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در این تحقیق پرسشنامه کیفیت زندگی SF۲۶ بود که ابزاری استاندارد جهت سنجش کیفیت زندگی فرد در دو هفته اخیر می‌باشد. در مطالعه نجات و همکاران (۱۳۸۵) روایی و پایایی پرسشنامه تأیید شده است. پایایی پرسشنامه با شاخص همبستگی درون خوشه‌ای و آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷ به دست آمد ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۵۵ بود، که می‌تواند به علت تعداد کم سؤالات در این حیطه و یا حساس بودن سؤالات این بخش باشد (۲۸). برای تعیین کیفیت زندگی نامطلوب بر مبنای تحقیقات انجام شده ۶۰ درصد ماکزیم نمرات کل در نظر گرفته شد (۲۹، ۳۰).

پرسشنامه‌ها در ابتدا قبل از انجام مداخله و پس از آخرین جلسه آموزش و همچنین یک ماه بعد از مداخله به‌منظور بررسی تداوم اثر آموزش حل مسئله در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت، سپس تأثیر آموزش مهارت حل مسئله در دو گروه با هم مقایسه شد. طبق دستورالعمل کشوری، زنانی که قند خون ناشتای آنان مساوی یا بیشتر از ۹۲ و میزان قند خون یک‌ساعته مساوی یا بیشتر از ۱۸۰ و قند خون دوساعته مساوی یا بیشتر از ۱۵۳ باشد به‌عنوان مبتلایان به دیابت بارداری تشخیص داده شدند (۳۱).

گروه مداخله، آموزش مهارت حل مسئله را در شش جلسه ۶۰-۴۵ دقیقه‌ای دریافت کرد و گروه کنترل مراقبت‌های روتین بارداری را دریافت نمود. آموزش مهارت حل مسئله بر اساس پکیج زنوزیان و همکاران (۱۳۸۶) تنظیم گردیده است (۳۲).

جهت رعایت موازین اخلاقی، پس از انجام مداخلات و بررسی نتایج برای گروه کنترل نیز جلسات آموزشی برگزار شد. جلسه اول شامل جلسه توجیهی بود که ضمن معارفه، در مورد اهداف آموزشی، نحوه اجرا و زمان برگزاری جلسه‌ی آموزشی و در

باب انواع مقابله مسئله مدار (مثلاً در بیماری دیابت با چه مشکلاتی مواجه شده‌اند، خطاهای شناختی‌شان در مورد دیابت چیست و برای حل این مسائل چه راه‌حلهایی را بکار بسته‌اند) و هیجان مدار (آیا زمانی بوده در ارتباط با بیماری خود دچار مشکل بشوند و نتوانند در آن لحظه تصمیم درستی بگیرند و از مقابله‌های هیجان‌مدار مثل گریه کردن، دعا کردن، موسیقی گوش دادن، استحمام کردن و ... استفاده کنند و چقدر این روش برای آنان مؤثر بوده است) و نقش بسیار مهم رژیم غذایی و فعالیت‌های ورزشی در کنترل بیماری توضیح داده شد. در جلسه دوم مشکلات افراد گروه تعیین و تلاش در جهت اصلاح خطاهای شناختی درشت‌نمایی، تفکر همه‌یاهی، تعمیم مبالغه‌آمیز، فیلتر ذهنی، بی‌توجهی به امر مثبت، نتیجه‌گیری شتاب‌زده، استدلال احساسی، پایداه، برجسب زدن، شخصی‌سازی و سرزنش انجام گردید. جلسه سوم شامل توصیف دقیق مشکل و سیال سازی ذهنی بود. جلسه چهارم شامل بارش فکری و ارزیابی راه‌حل‌ها بود. در جلسه پنجم در باب فرایند اجرای راه‌حل توضیح داده شد. جلسه ششم به ارزیابی اجرای راه‌حل‌ها و بررسی سختی و آسانی اجرای راه‌حل و مفید بودن جلسات پرداخته شد.

درنهایت داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 17، و با استفاده از آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی، آزمون‌های من ویتنی، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون فریدمن و تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند ($P < ۰/۰۵$).

یافته‌ها

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده دو گروه مداخله و کنترل از لحاظ مشخصات دموگرافیک همگن بودند (جدول شماره ۱). همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش حل مسئله بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری مؤثر بوده است، و میانگین نمرات کیفیت زندگی دو گروه، پس از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری داشت. از آنجایی‌که گروه مداخله شش جلسه آموزش مهارت حل مسئله را به‌صورت هفته‌ای گذرانده بودند و در طول این مدت آموخته بودند که اگر گفتگوهای درونی مثبت را جایگزین گفتگوهای درونی منفی نمایند قادر خواهند بود مسائل و مشکلات خود را تا حدود زیادی حل نمایند، لذا با استفاده از روش حل مسئله اعتمادبه‌نفس آن‌ها تقویت شده و انگیزه آن‌ها در مراقبت از خود ارتقاء یافته بود، در نتیجه به‌تدریج کیفیت زندگی آن‌ها در طول دوران آموزش در همه ابعاد بهبود و ارتقاء یافت.

جدول (۱): مقایسه مشخصات فردی و اجتماعی نمونه‌های مورد پژوهش بین دو گروه

متغیر	گروه مداخله				P-value
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سن (سال)	۳۲/۹۷	۵/۱۱	۳۱/۶۱	۵/۳۹	۰/۲۶۰
سن حاملگی	۲۸/۵۳	۲/۴۸	۲۸/۷۶	۲/۲۵	۰/۶۶۵
متغیر	گروه مداخله				P-value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
نوع درمان	۲۲	۵۷/۹	۱۹	۵۰	۰/۳۵۹
رژیم غذایی	۱۶	۴۲/۱	۱۹	۵۰	
شغل	۳۵	۹۲/۱	۳۲	۸۴/۲	۰/۷۰۴
کارمند	۳	۷/۹	۵	۱۳/۲	
راهنمایی/متوسطه	۱۵	۳۹/۵	۱۹	۵۰	
دبیرستان	۱۴	۳۶/۸	۹	۲۳/۷	۰/۶۷۳
کارشناسی	۸	۲۱/۱	۷	۱۸/۴	
کارشناسی ارشد	۱	۲/۶	۳	۷/۹	
بد (کم‌تر از حد کفای مخارج)	۵	۱۳/۲	۵	۱۳/۲	
وضعیت اقتصادی متوسط (در حد کفای مخارج)	۲۵	۶۵/۸	۲۷	۷۱/۱	۰/۶۷۶
اجتماعی خوب (بیش از حد کفای مخارج)	۸	۲۱/۱	۶	۱۵/۸	

در این بررسی میانگین $\pm$ انحراف معیار سن مادران باردار در گروه مداخله 32.97 ± 5.11 و در گروه کنترل 31.61 ± 5.39 بود. بر اساس آزمون تی مستقل و با در نظر گرفتن آزمون Leven's و عدم برابری واریانس‌های دو جامعه نتایج نشان داد که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر سن مادران باردار وجود نداشت ($P=0.260$).

اکثریت مادران باردار در گروه مداخله ۳۵ نفر (۹۲/۱ درصد) و در گروه کنترل ۳۲ نفر (۸۴/۲ درصد) خانه‌دار بودند. تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه از نظر شغل مادران باردار وجود نداشت ($P=0.704$). بیشتر مادران در گروه مداخله (۳۹/۵ درصد) تحصیلات ابتدایی / راهنمایی داشتند و ۲۳/۷ درصد از افراد در گروه کنترل دیپلم بودند. آزمون من ویتنی یو تفاوت آماری معنی‌داری بین گروه‌ها از نظر تحصیلات شرکت‌کنندگان نشان نداد و دو گروه در ابتدای مطالعه همگن بوده‌اند. در گروه مداخله بیشتر شرکت‌کنندگان ۲۵ نفر (۶۵/۸ درصد) وضعیت اقتصادی اجتماعی متوسط داشتند و در گروه کنترل نیز ۲۷ نفر (۷۱/۱ درصد) وضعیت اقتصادی اجتماعی متوسط داشتند که بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری از این نظر وجود نداشت. میانگین سن حاملگی در گروه مداخله ۲۸/۵۳ هفته و در گروه کنترل ۲۸/۷۶ هفته بود. نتایج حاصل از آزمون تی مستقل برای مقایسه همگونی دو گروه کنترل و مداخله در ابتدای مطالعه نشان داد تفاوت معنی‌داری بین سن حاملگی ($P=0.665$) در دو گروه کنترل و مداخله وجود نداشت و

این دو گروه در ابتدای مطالعه همگن بوده‌اند. در گروه مداخله ۵۷/۹ درصد افراد از طریق انسولین و ۴۲/۱ درصد آنان از طریق رژیم غذایی بیماری‌شان را کنترل می‌کردند و در گروه کنترل ۵۰ درصد افراد انسولین استفاده می‌کردند و ۵۰ درصد افراد توسط رژیم غذایی دیابت خود را کنترل می‌نمودند.

بر اساس جدول شماره ۲ و با استفاده از آزمون Independent T test و با تأیید برابری واریانس‌های دو جامعه تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه از نظر ابعاد جسمانی ($P=0.287$)، روانی ($P=0.754$)، محیطی ($P=0.91$) و اجتماعی ($P=0.660$) قبل از مداخله وجود نداشت و این دو گروه در ابتدای مطالعه همگن بودند. بر اساس آزمون Independent T test با در نظر گرفتن برابری واریانس‌های دو جامعه از نظر ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی بین دو گروه بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ($P<0.001$).

بر اساس نتایج جدول ۳ میانگین $\pm$ انحراف معیار نمره کل کیفیت زندگی قبل از مداخله در گروه مداخله 44.73 ± 10.32 و در گروه کنترل 43.09 ± 8.57 بود و تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت. با استفاده از آزمون من ویتنی و بر اساس یافته‌های حاصل، میانگین $\pm$ انحراف معیار نمره کل کیفیت زندگی بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه بعد از مداخله در گروه مداخله 77.63 ± 15.69 ، 75.65 ± 14.80 به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل 44.73 ± 14.12 ، 44.40 ± 13.22 تعیین شد ($P<0.001$).

آزمون فریدمن نشان داد که در گروه مداخله، کیفیت زندگی کلی در فازهای مختلف مطالعه، تغییر آماری معناداری داشت ($p < 0/001$). همچنین آزمون فریدمن نشان داد که در گروه کنترل تغییرات آماری معناداری از نظر کیفیت زندگی وجود نداشت ($p = 0/497$).

مطابق جدول ۴ بر اساس تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و با در نظر گرفتن آزمون مخلی^۱ در گروه مداخله، کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان در کلیه زیر مقیاس‌ها، به‌ویژه در ابعاد جسمانی و محیطی افزایش آماری معنی‌داری داشت ($p < 0/001$). اما جدول ۵ کیفیت زندگی افراد در ابعاد جسمانی ($p = 0/132$)، روانی ($p = 0/124$)، اجتماعی ($p = 0/151$)، محیطی ($p = 0/314$) در گروه کنترل تفاوت آماری معنی‌داری نداشت.

جدول (۲): مقایسه میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی بین دو گروه در فازهای مختلف مطالعه

p-value Independent sample test	گروه کنترل		گروه مداخله		کیفیت زندگی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۲۸۷	۱۳/۲۴	۵۶/۸۵	۱۰/۷۲	۵۳/۸۹	بعد جسمانی
۰/۷۵۴	۱۴/۵۰	۵۰/۸۷	۹/۱۷	۵۱/۷۵	بعد روانی
۰/۶۶۰	۱۶/۵۱	۵۶/۱۳	۱۷/۰۶	۵۴/۴۳	بعد اجتماعی
۰/۰۹۱	۹/۴۵	۵۱/۰۶	۱۳/۲۷	۵۵/۵۸	بعد محیطی
۰/۰۰۱	۱۲/۰۲	۵۵/۱۵	۱۱/۶۳	۶۷/۹۴	بعد جسمانی
۰/۰۰۱	۱۳/۴۳	۴۹/۴۴	۷/۳۳	۶۱/۱۸	بعد روانی
۰/۰۳۳	۱۷/۶۱	۵۴/۸۲	۱۵/۸۱	۶۳/۱۵	بعد اجتماعی
۰/۰۰۱	۹/۳۴	۵۰/۴۹	۱۲/۹۹	۶۶/۵۲	بعد محیطی
۰/۰۰۱	۱۱/۹۰	۵۵/۰۷	۱۱/۶۳	۶۶/۷۵	بعد جسمانی
۰/۰۰۱	۱۳/۶۳	۴۹/۱۱	۷/۷۴	۶۱/۹۶	بعد روانی
۰/۰۳۰	۱۷/۷۰	۵۵/۰۳	۱۵/۹۰	۶۳/۵۹	بعد اجتماعی
۰/۰۰۱	۹/۵۲	۵۰/۵۷	۱۳/۳۴	۶۶/۷۷	بعد محیطی

جدول (۳): مقایسه میانگین نمرات کیفیت کلی زندگی بین دو گروه در فازهای مختلف مطالعه

P-value Mann whitny test	گروه کنترل		گروه مداخله		کیفیت زندگی کلی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۳۳۱	۸/۵۷	۴۳/۰۹	۱۰/۳۲	۴۴/۷۳	قبل از مداخله
۰/۰۰۱	۱۳/۲۲	۴۴/۴۰	۱۴/۸۰	۷۵/۶۵	بعد از مداخله
۰/۰۰۱	۱۴/۱۲	۴۴/۷۳	۱۵/۶۹	۷۷/۶۳	یکماه بعد از مداخله

جدول (۴): نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر کیفیت زندگی در فازهای مختلف مطالعه در گروه مداخله

کیفیت زندگی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P-value	مجذور اتا
بعد جسمانی	۴۹۳۸/۲۳۰	۱	۴۳۲۹/۹۵	۷۴	۰/۰۰۱	۰/۶۶۹
بعد روانی	۲۴۵۴/۲۳۶	۱	۲۰۹۹/۲۹۰	۴۶	۰/۰۰۱	۰/۵۵۹
بعد اجتماعی	۲۰۲۸/۰۲۶	۱	۱۸۰۹/۱۹۲	۱۲	۰/۰۰۱	۰/۲۵۳
بعد محیطی	۳۱۰۱/۳۵۰	۱	۲۴۳۹/۹۷۲	۵۲	۰/۰۰۱	۰/۵۸۷

¹ Muachly

جدول (۵): نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر کیفیت زندگی در فازهای مختلف مطالعه در گروه کنترل						
کیفیت زندگی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P-value	مجذورات
بعد جسمانی	۷۶/۹۶۸	۱	۵۱/۸۷۶	۲	۰/۱۳۲	۰/۰۴۹
بعد روانی	۶۶/۱۴۴	۱	۵۶/۵۴۵	۴	۰/۱۲۴	۰/۰۰۷
بعد اجتماعی	۳۷/۷۷۲	۱	۳۴/۲۰۲	۲	۰/۱۵۱	۰/۰۱۹
بعد محیطی	۷/۳۸۶	۱	۷/۱۲۲	۱	۰/۳۱۴	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر آموزش مهارت حل مسئله بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری انجام شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که آموزش مهارت حل مسئله در افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری مؤثر بوده است. نتیجه مطالعه بیگی و همکاران (۲۰۱۵) تحت عنوان تأثیر آموزش معنوی بر کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری نشان داد که بین آموزش معنوی و کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی مادران مبتلا به دیابت بارداری ارتباط معناداری وجود دارد که با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی وجود دارد (۳۳). نیاز آذری و همکاران (۲۰۱۷) نیز پژوهشی با عنوان تأثیر معنویت درمانی گروهی بر اضطراب و کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری بر روی ۴۰ زن مبتلا به دیابت حاملگی در شهر ورامین انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که معنویت درمانی گروهی به‌طور معنی‌داری باعث افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری می‌گردد که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد (۳۴). نتایج مطالعه حاضر با نتایج پژوهش نوروزی و همکاران (۲۰۱۷) که در اهواز باهدف بهبود افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو با استفاده از درمان شناختی- رفتاری گروهی انجام شده است همسو می‌باشد. آن‌ها نیز به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی- رفتاری تأثیر معناداری بر کیفیت زندگی و افسردگی زنان مبتلا به دیابت نوع دو، دارد (۳۵). آقایی و همکاران در ۲۰۱۶ در مطالعه‌ای گزارش کردند که با اجرای مهارت حل مسئله میانگین نمره‌های برخی از زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی شامل عملکرد جنسی، ایفای نقش در رابطه با وضعیت جسمی و روانی، انرژی، بهزیستی روانی، تهدیدات سلامتی، درک از سلامتی، رضایت از عملکرد جنسی، کیفیت زندگی و عزت نفس گروه مبتلایان به ام اس و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد که با نتایج پژوهش حاضر تطابق دارد (۳۶). در سال (۲۰۱۳) احمدی حلمسلوئی و همکاران مطالعه‌ای باهدف اثربخشی آموزش حل مسئله بر کیفیت زندگی مادران کودکان در خود مانده انجام داده و به این نتیجه رسیدند که مهارت حل مسئله بر بهبود

کیفیت زندگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد در تمامی ابعاد مؤثر بوده است که با نتایج پژوهش حاضر تطابق دارد (۳۷). یافته‌های پژوهش شهریاری و همکاران (۲۰۱۷) با عنوان مقایسه اثربخشی حل مسئله و ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی دانش آموزان معلول حاکی از آن بود که آموزش‌های مهارت‌های حل مسئله و ذهن آگاهی هر دو بر افزایش کیفیت زندگی دانش آموزان معلول تأثیر معناداری داشته که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد (۳۸). نتایج پژوهش^۲ ولسچن و همکاران (۲۰۱۲) با عنوان اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر بیماران مبتلا به دیابت نوع دو نشان داد که این مداخلات در کاهش بروز بیماری قلبی اثر معناداری نداشته اما کیفیت زندگی و افسردگی در بیماران را بهبود داده و منجر به افزایش فعالیت‌های فیزیکی در مقایسه با گروه کنترل شده است که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد (۳۹). آیبواز و همکاران (۲۰۱۰) گزارش کردند که درمان شناختی- رفتاری منجر به کاهش معنادار استرس و اضطراب بیماران مبتلا به دیابت شده است. همچنین این شیوه در بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی اثر معناداری داشته است که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد (۳۹). نتایج پژوهش زندی نوا و همکاران (۲۰۱۷) حاکی از آن بود که آموزش خود مراقبتی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری مؤثر نیست و تفاوت معنی‌داری از نظر کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله مشاهده نشد که با نتایج مطالعه حاضر همسو نمی‌باشد، که این اختلاف در نتایج، می‌تواند به دلیل تفاوت در نوع مداخله باشد (۴۰). دادرس و همکاران نیز (۲۰۱۵) مطالعه‌ای با عنوان بررسی اثربخشی مدیریت استرس با استفاده از گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کنترل قند خون، بهبود کیفیت زندگی و استرس در زنان دیابتی نوع دو در ارومیه انجام دادند و گزارش کردند که مدیریت استرس باعث ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی نمی‌شود که با نتایج مطالعه حاضر همسو نمی‌باشد که شاید به دلیل حجم نمونه پایین ($n=30$) و معیارهای کم ورود به مطالعه، همچنین تفاوت در روش مطالعه و مطالب ارائه شده در گروه مداخله باشد (۴۱). نتایج مطالعه زارع آبادی و همکاران (۲۰۱۲) حاکی از آن بود که رفتار

³Evans²Welschen

تفاوت نتایج در برخی ابعاد کیفیت زندگی، می‌تواند به علت تفاوت رویکرد مورد استفاده و متفاوت بودن جامعه پژوهش این مطالعه در مقایسه با پژوهش حاضر باشد (۴۴).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش مهارت حل مسئله در ارتقاء کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری مؤثر است. بنابراین با توجه به اهمیت ارتقاء کیفیت زندگی مادران مبتلا به دیابت بارداری و مقرون‌به‌صرفه بودن روش آموزش و نداشتن عوارض جانبی و همچنین سهولت آموزش آن توسط ماماها و مشاوران، توصیه می‌شود از مهارت حل مسئله برای افزایش ویژگی‌های مثبت و کاهش ویژگی‌های منفی روان‌شناختی و ارتقاء کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری استفاده شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه منتج از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی مصوب دانشگاه علوم پزشکی زنجان با کد شناسایی ۴-۱۰۸-۱۱-A می‌باشد. این پژوهش با کد ZUMS.REC.1396.141 در کمیته اخلاق کشوری مصوب شده است.

بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان که حمایت مالی این طرح را بر عهده داشتند و همچنین از همکاری صمیمانه مسئولین کلینیک دیابت بیمارستان ولیعصر و بخش الکتیو بیمارستان موسوی زنجان و کلیه مادران مشارکت‌کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

درمانی شناختی در بیماران دیابتی می‌تواند کیفیت زندگی کلی و ابعاد سلامت عمومی، سرزندگی و شادابی، عملکرد اجتماعی، محدودیت نقش به علت مشکلات هیجانی و سلامت روانی را ارتقا دهد اما بر ابعاد، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی، عملکرد جسمانی و درد جسمانی تأثیر معناداری ندارد که با نتایج مطالعه حاضر تا حدودی مطابقت دارد، و شاید دلیل مغایرت نتایج در برخی ابعاد کیفیت زندگی، تفاوت در جامعه موردپژوهش، ابزار گردآوری داده‌ها و روش مداخله انجام شده باشد (۴۲).^۴ فرناندرز و بارون (۲۰۱۱) در پژوهشی باهدف بررسی مهارت حل مسئله بر کیفیت زندگی و عزت نفس بیماران مبتلا به ام اس به این نتیجه رسید که مهارت حل مسئله گروهی به‌صورت معنی‌داری باعث بهبود برخی از ابعاد کیفیت زندگی شامل عملکرد شناختی، درک سلامتی، بهزیستی روانی و عملکرد جسمی و همچنین محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی و روانی در بیماران مبتلا به ام اس گردید؛ اما در ابعاد دیگر به خصوص عملکرد اجتماعی و تغییر سلامتی معنی‌دار نبوده است، نتایج این مطالعه در برخی از ابعاد کیفیت زندگی با مطالعه حاضر همسو می‌باشد و شاید دلیل اختلاف نتایج در برخی ابعاد کیفیت زندگی، به علت اختلاف در روش مداخله و متفاوت بودن بیماری مشارکت‌کنندگان باشد (۴۳). نتایج مطالعه هادی زاده و همکاران (۲۰۱۳) حاکی از آن بود که تکنیک‌های شناختی رفتاری در دو بعد جسمانی و روان شناختی از کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر معناداری داشته است اما در دو بعد دیگر یعنی ابعاد اجتماعی و محیطی تأثیر معناداری نداشته است که با نتایج مطالعه حاضر تا حدودی مطابقت دارد، دلیل

References:

1. Cunningham F, Leveno KJ, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetrics. 23rd ed. New York: Me Graw Hill; 2014. P.1341-55.
2. Dahanayaka N, Agampodi S, Ranasinghe O, Jayaweera P, Wick-ramasinghe W, Adhikari A, et al. Inadequacy of the risk factor based approach to detect gestational diabetes mellitus. Ceylon Med J 2012;57:5-9.
3. Hollander M, Paarlberg K, Huisjes A. Gestational diabetes: A review of the current literature and guidelines. Obstet Gynecol Surv 2007;62:125-36.
4. McCarthy A, Curciarello R, Castiglione N, Tayeldin M, Costa D, Amd V, et al. Universal versus selective screening for the detection, control and prognosis of gestational diabetes mellitus in Argentina. Acta diabetol 2010;47:97-103.
5. Boozari Z, Yazdani S, Abedi M, Imami Meybodi S, Mohammad Nataj M. Examining the Prevalence and Associated Factors of Gestational Diabetes in Pregnant Women Attending Health Centers-Medical City of Babol. Iran J Obstet Gynecol Infert 2013;16(43):6-13. (Persian)
6. Sayehmiri F, Bakhtyari S, Darvishi P, Sayehmiri k. Prevalence of Gestational Diabetes Mellitus in

⁴Fernandez &Barraun

- Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis Study. Iran J Obstet Gynecol Infert 2013;15(40):16-23. (Persian)
7. Bener A, Saleh N, AL-Hamaq A. Prevalence of gestational diabetes and associated maternal and neonatal complications in a fast-developing community: global comparisons. Int J Womens Health 2011;3:367-73.
8. Ferrara A. Increasing prevalence of gestational diabetes mellitus a public health perspective. Diabetes Care 2007;30:141-6.
9. Damm P, Houshmand-Oeregeard A, Kelstrup L, Lauenborg J, Mathiesen E, D.Clausen T. Gestational diabetes mellitus and long-term consequences for mother and off spring: Aview from Denmark. Diabetologia 2016;59:1396-9.
10. Halperin I, Feig D. The role of life style interventions in the prevention of gestational diabetes. Curr Diabetes Rep 2014;14(1):452-2.
11. KhoshniatNiku M, Abbaszadeh S, Larijani B. Investigation of studies of prevalence of pregnancy diabetes in different areas of Iran. J Sugar Lipid Iran 2008;8(1):1-10. (Persian)
12. Ameyar R, Dudhwadkar N, Fonseca M. Maternal and fetal outcome in gestational diabetes mellitus. Int J Rep Contra Obstetrics Gynecol 2016;5(10):3317-21.
13. Burguat A. Long-term outcome in children of mothers with gestational diabetes. Diabetes Metab 2010;36(6 pt 2):682-94.
14. WHO diabetes program. Country and regional Data world- figures/ en [assessed Jan 8.2010]. Availabel at: URL: <http://www.who.int/diabetes/facts/>
15. Homoon J, Heonkwak S, Janghak C. Prevention of type 2 diabetes mellitus in women with pervious gestational diabetes mellitus Korean. J Int Med 2017;32(1):26-41.
16. Zolfaghari M. Complete collection nursing lessons. 5th ed. Tehran: Boshra- Tohteh; 2007.
17. Ahmadi S, Mozafari R, Azari A, Nateghi M. Maternal quality of life before and after delivery. Iran Red Cres Med 2013;15(7):622-3. (Persian)
18. Mirghafourvand M, Mohammad - Alizadeh Chavandabi S, Asghari Jafarabadi M, Tavananezhed N, Karkhane M. Predicprs of health related quality of life in Iranian women of reproductive age. Applres Qual Life 2015;11(3):723-37. (Persian)
19. Jordan D, Jordan J. Self- care Behaviors of Filipino American adult with type 2 diabetes mellitus. J Diabetes Complications 2010;24(4):250-8.
20. ShakibaZadeh E, Rashidian A, Larijani B, Shojaezadeh D, Forouzanfar M, KarimiShahanjarini A. Percieved Barriers and self- efficacy.Impact on self-care Behaviors in Adults with Type 2 Diabetes. Hayat 2010;15(4):69-78. (Persian)
21. Jalilian F, Zinatmotlagh F, Solhi M. Effectiveness of education program on increasing self managment among patients with type 2 diabetes. Sci J Ilam Med Sci 2012;20(1):26-34. (Persian)
22. Hazavehei M, Khani Jyhouni A, Hasanzade A, Rashidi M. The Effect ofEducational Program Based on BASNEFModel on Diabetic (Type II) Eyes Care in Kazemi's Clinic, (Shiraz). Shahid BeheshtiUniversity, MC & Health Services Endo& Metab Res Center 2008;10(2):145-54. (Persian)
23. Heshmati Nabavi F, Ghavam-nasiri M, Sadeghnejad Forotaghe M, Anvari K, Hassanzadeh A, Abdollahi H. The Effect of Individual and Group Self-Care Education on Anxiety in Patient Receiving Chemotherapy: A Randomized Clinical Trial. J Evidence-Based Care 2012;2(3). (Persian)
24. Ramezani T. Degree of Depression and the Need for Counseling among Women with Breast Cancer in Kerman Chemotherapeutic Centers. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2001;6(4):70-80. (Persian)
25. Shahbazi S, Vahidi M. Effect of social problem solving Godfried- D- Zurilla and social problem

- solving skills of nurses. Iran J Nurs 2012;25(26):1-9. (Persian)
26. Mynors- Wallis L. Problem-solving treatment in general psychiatric practice. APT 2001;7:417-25.
27. Nezu C, Dzuriolla T. Problem solving therapy, practice and application. Sex offenders. In mcmurran M & MC Guire, J (Eds) social problem solving and offending sarason IG. Introduction to the study of text anxiety. In: Sarason IG, editor. 2005. (Persian)
28. Nejat S, Montazeri A, HolakouieNaeni K. 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. (Persian)
29. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Qual Res J 2005;14(3):875-82. (Persian)
30. Organization; GWH. The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF. Geneva: World Health Organization; 2004.
31. Ministry of health and medical education, population health office, Families and schools, Office of maternal health. Safe motherhood national program: Integrated maternal health care. Tehran: Padidh goya; 2016. P. 57.
32. Zeusian S. The effectiveness of problem-solving education change in style of identity, coping strategies, and student's anxiety and depression. Iran Univ Med Sci 2007. (Persian)
33. Beigi A, Habibi S, Razaee Hesar H, Niasty R, Shams Ali Z, Ashoori J, et al. Effect of spiritual training on decreased anxiety and increased quality of life of women with gestational diabetes in the assessment of nursing and modern care. J Res Sci Diabetes 2015;4(3):19-29. (Persian)
34. Niaz Azari M, Abdollahi M, Zabihi Hesari N, Ashoori J. Effect of spiritual group therapy on anxiety and quality of life among gestational diabetes females. Religion Health 2017;5(1):11-20. (Persian)
35. Noroozi Z, Hamidian S, Khajeddin N, Mehrabi Zadeh Honarmand M, Zargar Y, Rashidi H, et al. Improving depression and quality of life in patients with Type 2 diabetes: Using group cognitive behavior therapy. Iran J Psych 2017;12(4):278-83. (Persian)
36. Aghayi M, Gozal S, Zaeinali M, Ahmadi N, Mirzaei S. The efficiency of problem-solving skills on quality of life and self-esteem of patients with multiple sclerosis. J Psychol New Ideas 2017;1(1):29-38. (Persian)
37. Ahmadi M. Damage of stress and methods of control. Tehran: Siadat Nashr; 2013. (Persian)
38. Shahriari F, Ghobadi Nasr Z, Gargoleslo Hesari L, Amiri S. Comparison of the effectiveness of problem solving and mindfulness on the quality of life students with disabilities. Quart J Psychol Sci 2017;4(3):46-59. (Persian)
39. Evans G, Terry L, Kerry B, Joulia L. Dealing with anxiety: A pilot cognitive behavioural therapy program for diabetes clinic outpatient attendees. Int J Diabetes Mellitus 2010;2(1):51-5.
40. Zandinava H, Sehhatti Shafaei F, Mohammad - Alizadeh Chavandabi S, Ghanbari Homayi S, Mirghafourvand M. Effect of educational package on self-care behavior, quality of life and blood glucose levels in pregnant women with gestational diabetes: A Randomized Controlled Trial. Iran Red Cres Med 2017;19(4):1-9. (Persian)
41. Dadras S, Alizadeh S, Tavakkoli Mehr M, Ghavam F. The study of the effect of stress management through behavioral cognitive group therapy on the control of diabetes and the improvement of quality of life and stress in diabetic female patients in Urmia. J Urmia Univ Med Sci 2015;26(8):704-15. (Persian)
42. Zare Abadi B, Wafai Bane F, Qaderi A, Taghavi D. The effectiveness of cognitive behavioral therapy

- on quality of life in patients with type 2 diabetes. Iran J Diab Lipid Dis 2013;12(3):225-32. (Persian)
43. Fernandez O, Baumstarck- Barraun K, Simeoni M, Auquier P. Patient characteristics and determinants of quality of life in an international population with multiple sclerosis: Assessment using the Musi Quality of life and SF-36 questionnaires with psoriasis. Br J Psychol 2011;5(6):71-82.
44. Hadizadeh M, Jafari F. The effectiveness of teaching cognitive behavioural techniques on quality of life patients with type 1 diabetes. Counsel Res 2013;12(47):115-31. (Persian)

THE EFFECTS OF PROBLEM SOLVING SKILLS TRAINING ON QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES

Sara Makki¹, Taraneh Emamghooli Khooshehchin^{*2}, Mohsen dadashi³

Received: 08 Sep, 2018; Accepted: 29 Nov, 2018

Abstract

Background & Aims: One of the common medical problems in pregnancy is impaired glucose tolerance. Due to the fact that gestational diabetes is associated with adverse effects on mother and fetus, it also effects on different dimensions of patient's quality of life, so it is essential to take necessary measures to reduce side effect of the disease and promote the women's quality of life with gestational diabetes mellitus. This study aims to the effects of problem-solving skills training on quality of life in women with gestational diabetes in Zanjan.

Materials & Method: This is a clinical trial study. Samples included 76 women with gestational diabetes. Using randomized blocking method, thirty-eight subjects in the intervention group and thirty-eight subjects in the control group. Data was collected using SF26 quality of life questionnaire. In the intervention group, the problem-solving training session was held in 6 sessions of 45-60 minutes and the control group was received routine care. Data were analyzed using SPSS software, Kolmogorov-Smirnov, Friedman, repeated measures, Mann-Whitney and independent T-tests.

Result: The results show that mean score of quality of life in the intervention group was 44.73 ± 10.32 before the intervention this difference was statistically insignificant and 43.09 ± 8.58 in the control group and 75.65 ± 14.80 in the intervention group and The control group was 44.40 ± 13.22 after the intervention this difference was statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: problem-solving skills training can be useful as part of comprehensive pregnancy care and can improve mother's quality of life with gestational diabetes.

Keywords: Gestational diabetes, problem-solving skills, quality of life

Address: gavazang road. University of Medical Sciences. School of Midwifery and nursing, Zanjan Iran

Tel: +989122101998

Email: t_khooshehchin@yahoo.com

¹ MSc student of Midwifery Counseling, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

² Professor assistant, Department of Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

(Corresponding Author)

³ Professor assistant, Department of Clinical Psychology, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran