ORIGINAL ARTICLE

Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Self-efficacy in Women with Gestational Diabetes: A Randomized Clinical Trial

Aazam Bakhteh[1],
Mitra Kolivand[2],
Nahid Asadi[3],
Mansour Rezaei[4],
Nasrin Jaberghaderi[5]

[1] Midwifery Instructor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
[2] Assistant Professor, Reproductive Health Department, School of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
[3] Master Student in Midwifery Counseling, Students Research Committee, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
[4] Professor, Department of Biostatistics, Fertility and Infertility Research Center, School of Health, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
[5] Assistant Professor, Department of Clinical Psychology,School of Medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

(Received October 16, 2017 ; Accepted March 12, 2018)

Abstract

Background and purpose: Gestational diabetes mellitus (GDM) is the most common medical condition that causes anxiety and stress in expectant mothers. Improving self-efficacy in order to change lifestyle is of great benefit in management of this condition. This research aimed at studying the effect of cognitive behavioral therapy (CBT) on self-efficacy of women with GDM.

Materials and methods: A clinical trial was conducted in 60 women with gestational diabetes (control n=30 and intervention n= 30) attending diabetes clinic in Sanandaj, Iran using convenience sampling. Both groups received routine care but the intervention group were divided into three subgroups (n=10 per group) and also received CBT in seven sessions (1.5-hour per session). Diabetic Self-Efficacy scale questionnaire was administered at three times; before, immediately after, and one month after the intervention. Data analysis was done in SPSS V19.

Results: The mean age of participants was 30.25 ± 5.0 years and the mean gestational age was 26.8 ± 3.0 weeks. Before the intervention, there was no significant difference between the two groups in the scores for self-efficacy (P=0.50), but CBT was found to improve self-efficacy (P<0.001).

Conclusion: CBT in pregnant women with GDM improved self-efficacy. These women are needed to change their lifestyle, therefore, CBT should be offered in health centers and diabetes clinics to prevent diabetes type II in women with GDM.

(Clinical Trials Registry Number: IRCT2017011631977N1)

Keywords: gestational diabetes, pregnancy, self-efficacy, cognitive behavioral therapy

J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 28 (165): 78-86 (Persian).

* **Corresponding Author: Nahid Asadi -** Students Research Committee, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran (E-mail: Na.asadi@yahoo.Com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و هشتم شماره ۱۶۵ مهر سال ۱۳۹۷ (۸۶-۷۸)

تأثیر مشاورهٔ شناختی رفتاری بر خودکارآمدی زنان مبتلا به دیابت بارداری: یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده

اعظم باخته[۱]
میترا کولیوند[۲]
ناهید اسدی[۳]
منصور رضایی[۴]
نسرین جابرقادری[۵]

چکیده

سابقه و هدف: دیابت شایع‌ترین مشکل طبی و عامل ایجاد اضطراب و تنش در زنان باردار می‌باشد. بهترین روش ادارهٔ این بیماری، تقویت خودکارآمدی افراد در تصحیح سبک زندگی می‌باشد. لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشاورهٔ شناختی رفتاری بر خودکارآمدی زنان مبتلا به دیابت بارداری انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعهٔ کارآزمایی بالینی تصادفی شده، ۶۰ زن مبتلا به دیابت بارداری (۳۰ نفر کنترل و ۳۰ نفر مداخله) مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت شهرستان سنندج به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. مشاوره، به مدت ۷ جلسه ۱/۵ ساعته در قالب گروه‌های ۱۰ نفره اجرا شد. برای جمع‌آوری اطلاعات در سه مرحله قبل از مشاوره، بلافاصله و یک ماه پس از انجام مشاوره از پرسشنامهٔ خودکارآمدی در کنترل دیابت، استفاده گردید. هر دو گروه، مراقبت‌های معمول مرکز را دریافت کرده و گروه مداخله علاوه بر مراقبت‌های معمول مرکز، تحت مشاورهٔ شناختی رفتاری قرار گرفتند. داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۱۹ شده و تحلیل گردید.

یافته‌ها: میانگین سن شرکت‌کنندگان ۵/۰±۳۰/۲۵ سال و میانگین سن بارداری آن ها ۳/۰±۲۶/۸ ماه بود. یافته‌ها نشان داد قبل از مداخله، دو گروه از نظر نمرات خودکارآمدی (p=۰/۵۰) تفاوت معنی‌داری نداشتند. مشاورهٔ شناختی رفتاری، با افزایش خودکارآمدی زنان مبتلا به دیابت بارداری (p<۰/۰۰۱) همراه بود.

استنتاج: مشاورهٔ شناختی رفتاری، موجب افزایش خودکارآمدی زنان مبتلا به دیابت بارداری گردید. لذا با توجه به نیاز این زنان برای توانمندی در تغییر شیوه زندگی، استفاده از این نوع مشاوره در مراکز بهداشتی درمانی و کلینیک های دیابت، ممکن است در پیشگیری از ابتلا به دیابت نوع دو در آینده مؤثر باشد.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی : IRCT۲۰۱۷۰۱۱۶۳۱۹۷VN۱

واژه های کلیدی: دیابت بارداری، زنان باردار، خودکارآمدی، مشاورهٔ شناختی رفتاری

مقدمه

دیابت بارداری نوعی اختلال عدم تحمل گلوکز است که برای اولین بار در دوران بارداری شروع و یا تشخیص داده می‌شود(۲،۱). دیابت بارداری، شایع‌ترین عارضه متابولیک دوران بارداری است که مادر و جنین

مولف مسئول: ناهید اسدی- کرمانشاه: میدان ایثار، بلوار دولت آباد، دانشکده پرستاری و مامایی E-mail: Na.asadi@yahoo.Com
۱.مربی مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۲. استادیار، گروه سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه،کرمانشاه، ایران
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۴. استاد، گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات باروری و ناباروری، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۵. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۶/۷/۲۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۶/۷/۲۶ تاریخ تصویب : ۱۳۹۶/۱۲/۲۲

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

را مستعد عوارض جدی می‌نماید(۴،۳). شیوع آن در سرتاسر جهان در سال ۲۰۱۵، یک از هر ۷ بارداری(۵) و در ایران بین ۱/۳ تا ۱۸/۶ درصد است(۶). تقریباً ۵۰ درصد زنان مبتلا به دیابت بارداری طی ۵ تا ۱۰ سال آینده به دیابت نوع دو مبتلا می‌شوند(۸،۷). یکی از مهم‌ترین راهکارها در ادارهٔ انواع دیابت، توانمند نمودن افراد در اصلاح سبک زندگی است. دستیابی به خودمدیریتی در دیابت نیازمند توجه به خودکارآمدی و تشویق بیماران به مراقبت از خویش است. خودکارآمدی از سازه‌های مدل شناختی- اجتماعی باندورا (Bandura) و قوی‌ترین سازه در پیش‌گویی تغییر رفتار در شخص است. خودکارآمدی به باورهای شخص در ارتباط با توانایی‌اش در انجام امور دلالت دارد و از منابع مختلف از جمله توفیق‌ها و شکست‌های فرد، مشاهده موفقیت یا شکست دیگران و ترغیب کلامی سرچشمه می‌گیرد. اشخاصی که از سطح خودکارآمدی بالاتری برای انجام رفتار خاص برخوردارند، پشتکار بیش‌تری دارند و بیش‌تر موفق می‌شوند(۱۰،۹). اطلاعات صحیح بیماران از بیماری دیابت و مشکلات آن، سبب افزایش اعتماد به نفس آنان در مراقبت از خود و سطوح بالای خودکارآمدی می‌شود که تعدیل رفتارهای سلامتی را در پی خواهد داشت(۱۱). کنترل دیابت در خود فرد با عواملِ فردی، رفتاری و محیطی ترکیب می‌شود و بنابراین درک عوامل روان‌شناختیِ مؤثر مانند خودکارآمدی، تسهیل کنندهٔ کنترلِ بیماری است(۱۲).

مشاوره نقش مهمی در مدیریت و کنترل بیماری‌های مزمن دارد(۱۳)، امید به زندگی را در بیماران توسعه داده و مکانیسم‌های توانمندی را در افراد تقویت می‌نماید. مشاورهٔ گروهی، علاوه بر اهداف اصلاحی دارای اهداف پیشگیری و آموزشی نیز بوده و در ارضای نیازها و ایجاد تجاربِ با ارزش برای تک تک اعضای تشکیل دهنده گروه، مؤثر خواهدبود(۱۴). مشاورهٔ شناختی رفتاری (CBT)[1]، رویکردی است که در آن روش‌های جدید اندیشیدن و رفتارکردن به بیمار آموخته می‌شود تا آن‌ها را جانشین نگرش‌های منفی و معیوبی کند که در مورد خود، جهان و آینده دارد(۱۶،۱۵). هدف عمده درمان، کمک به بیمار است، به‌نحوی‌که بتواند تغییرات مطلوبی در زندگی خود پدید آورد. این نوع مشاوره بر دو اصل بنیادین استوار است. نخست این که شناخت‌واره‌های ما اثری کنترل‌کننده بر هیجان و رفتار ما دارند و دوم این که چگونگی عملکرد یا رفتار ما اثری قوی در الگوهای فکری و هیجان های ما می‌گذارد(۱۷). بارداری و نفاس به‌خودی‌خود تنش‌زا هستند و ابتلا به هر نوع اختلالی در بارداری نیز شانس بروز مشکلات روانی را بیش‌تر می‌کند(۱). در حال حاضر مادرانِ مبتلا به دیابت بارداری در زمینه مدیریت بیماری و مقابله با استرس ناشی از آن آگاهی کافی ندارند(۱۹،۱۸)؛ لذا ارزیابی و درمان روانی و اجتماعی یکی از بخش‌های مهم مراقبت جامع دیابت است(۲۰،۱). با توجه به اهمیت مسایل روان شناختی در مداخلات مربوط به درمان دیابت بارداری، این پژوهش با هدف بررسی تأثیر مشاوره شناختی رفتاری بر خودکارآمدی زنان مبتلا به دیابت بارداری مراجعه کننده به کلینیک دیابت شهرستان سنندج انجام گردید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شده دو سو کور بود. جمعیت مورد مطالعه همه زنان مبتلا به دیابت بارداری ۳۰-۲۰ هفتهٔ مراجعه کننده به کلینیک دیابت شهرستان سنندج از اسفند ماه ۱۳۹۵ تا اردیبهشت ۱۳۹۶ بودند. با توجه به احتمال ریزش نمونه‌ها و برای افزایش توان آزمون، با توجه به نتایج مطالعه Long و همکاران (۲۰۱۵) (۲۱) و مطالعه Sen و Sirin (۲۰۱۵) (۲۲)، تعداد نمونه در مجموع ۶۰ نفر در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان باردار ۳۰-۲۰ هفته مبتلا به دیابت بارداری، بدون سابقه نازایی، حداقل سواد خواندن و نوشتن، مسلّط به زبان فارسی، عدم شرکت در کلاس‌های آرام بخشی، یوگا و ورزش‌های دوران بارداری، فاقد هرگونه بیماری جسمی زمینه‌ای یا عارضه‌دار شده در

1. cognitive behavioral therapy

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

بارداری، عدم اعتیاد، فاقد بیماری‌های روانی، فاقد سابقه مصرف داروی اعصاب و روان و خواب‌آور و فاقد بیماری‌های شناخته شده جنینی و معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه، بروز عارضه جنینی یا مادری در حین مطالعه (سقط، مرگ جنین)، بروز هرگونه بیماری روانی نیازمند مصرف دارو در طی مداخله، شرکت درکلاس‌های آموزشی دوران بارداری و عدم شرکت در بیش از دو جلسه از جلسات مشاوره بود.

توسط کمک پژوهشگر، افرادی که معیار ورود به مطالعه را داشتند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و سپس با استفاده از روش تصادفی ساده در دو گروه مداخله (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) جایگزین شدند. تخصیص نمونه ها در گروه مداخله و کنترل به صورت تصادفی و دوسوکور بود. به‌طوری‌که هیچ‌کدام از افراد شرکت کننده در گروه مداخله و کنترل و محقق از حضور افراد در گروه مداخله و کنترل اطلاع نداشتند. افراد یکی از کارت های از پیش طراحی شده (۳۰ عدد کارت A و ۳۰ عدد کارت B) را انتخاب می‌کردند و به گروه مربوطه معرفی می‌شدند. مشاوره در گروه مداخله توسط روانشناس انجام شد و فرد روانشناس از ماهیت مطالعه و اختصاص این گروه به گروه مداخله اطلاعی نداشت. گروه کنترل فقط آموزش‌های روتین را دریافت می نمودند. تکمیل پرسشنامه‌ها در دو گروه مداخله و کنترل به صورت مستقل وتوسط کارشناس مامایی مستقر در مرکز دیابت انجام شد که ایشان هم از ماهیت مطالعه و اختصاص افراد به گروه کنترل یا مداخله اطلاعی نداشتند. پس از توجیه اهداف پژوهش، کسب رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه، با استفاده از فرم جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان اخذ گردید. شرکت‌کنندگان قبل از انجام مداخله، بلافاصله و یک ماه پس از پایان مداخله، با استفاده از پرسشنامه مقیاس خودکارآمدی دیابت، مورد سنجش قرار گرفتند. این پرسشنامه دارای سؤالات خودکارآمدی در دیابت بوده و شامل هشت سؤال با دامنه نمرات از یک تا ده با مقیاس لیکرت است و پاسخ ها به صورت یک (اصلاً مطمئن نیستم) تا ده (کاملاً مطمئن هستم) طبقه‌بندی شده است. در کل، دامنه نمره‌ها از ۸ تا ۸۰ در نظر گرفته شده است. طراحی گویه‌ها و نمره‌دهی آن بر اساس مقیاس خودکارآمدی بیماران دیابتی مرکز تحقیقات دانشگاه استنفورد آمریکا (American Stanford Patient Education Research Center) است(۲۳).

میانگین نمرات خودکارآمدی به صورت کلی و به تفکیک گویه‌ها محاسبه شد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده میزان بیش‌تر خودکارآمدی است. افراد براساس نمره کسب شده به سه دسته ضعیف(۳۲- ۸)، متوسط (۵۶-۳۳) و خوب(۸۰-۵۷) تقسیم‌بندی گردیدند. سازگاری درونی پرسشنامه توسط باستانی و همکاران در زمینه خودکارآمدی در بارداری با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ مورد تایید قرار گرفته است(۲۴). محتوای جلسات بر اساس تکنیک‌های CBT، منابع علمیِ روانشناسی و مامایی و مطابق با نیاز اعضای گروه مداخله تهیه و در اختیار اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه قرار گرفت؛ پس از اِعمالِ نظرات ایشان، محتوا مورد استفاده قرار گرفت. جلسات مشاوره به صورت گروهی، تعداد جلسات برنامه‌ریزی شده، هفت جلسه و مدت زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. فاصله بین جلسات نیز یک هفته بود. ساختار جلسات براساس سه مؤلفه شناختی رفتاری، یعنی جنبه‌های آموزشی، فنون شناختی و فنون رفتاری و سایر مسایل مرتبط با دیابت بارداری، براساس جدول شماره ۱، تعیین گردید. با توجه به رویکرد شناختی رفتاری، مشاور در آغاز هر جلسه دستور کار را تعیین نموده، به مراجع تکلیف منزل برای انجام در فاصله جلسات داده می‌شد. هم‌چنین طی این جلسات مهارت‌های جدید آموزش داده شد. مشاور و مراجع فعالانه در روند مشاوره شرکت نمودند. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS.19 و آزمون‌های آماری تست دقیق فیشر، مجذور کای، تی مستقل، یومان- ویتنی و فریدمن، تجزیه و تحلیل گردید.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

جدول شماره ۱: محتوای جلسات مشاورهٔ شناختی رفتاری

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	ایجاد ارتباط و تفاهم اولیه، مشخص کردن اهداف، تعیین افکار منفی در خصوص دیابت و دیابت بارداری، تأکید بر انجام تکالیف خانگی در فاصله جلسات
جلسه دوم	ارزیابی اطلاعات شرکت کنندگان از دیابت بارداری، آموزش رویکرد شناختی رفتاری (مثلث)، آشنایی با بیماری دیابت، علایم و عوارض آن، نحوهٔ اداره آن، شناسایی افکار خودآیند در خصوص دیابت بارداری، ارائه تکلیف خانگی (مطالعهٔ پمفلت دیابت بارداری تحویل شده)
جلسه سوم	تشویق شرکت کنندگان به بیان استرس ها، نگرانی ها و عوامل ایجادکننده اضطراب ناشی از دیابت بارداری، مدیریت استرس و ارزیابی میزان تفکر فاجعه آمیز و درجه بندی آن، آموزش روش های آرام‌سازی و تکنیک های تنفسی و تن آرامی، ارائه تکلیف خانگی (انجام تن آرامی روزانه به مدت ده دقیقه و ثبت استرس ها و مهارت های به کار گرفته شده در مدیریت استرس)
جلسه چهارم	استفاده از تکنیک "افکار چگونه احساسات را به وجود می آورند" در افکار و عقاید منفی که باعث بروز احساسات منفی در زنان باردار می گردد،آشنایی با گروه‌های غذایی و بحث در خصوص رژیم غذایی مادران مبتلا به دیابت بارداری، بحث گروهی در خصوص این که شرکت کنندگان چه تغیری می توانند در رفتار تغذیه‌ای خود انجام‌دهند؟، ارائه تکلیف در منزل (تکمیل جدول ثبت رویداد، فکر و احساس، ثبت احساسات منفی و این که چه افکاری پشت این احساسات نهفته است، ثبت دو فعالیت تغیر رژیم غذایی که در فاصله دو جلسه، در خود ایجاد نموده اند.)
جلسه پنجم	بحث در خصوص فعالیت های فیزیکی در بارداری و آشنایی با انواع ورزش های مجاز در مادران مبتلا به دیابت بارداری، دعوت از یکی از بستگان مادر، به منظور تشویق و همراهی مادر باردار، بحث در خصوص این که بستگان، چه حمایت هایی می توانند از مادر داشته باشند؟، طرح موضوع ارتباطات خانوادگی (همسر، بستگان، فرزندان و یا اعضای مؤثر خانواده) و آموزش ابراز وجود بدون خشم، استفاده از تکنیک شواهد تأیید کننده و رد کننده شناخت ها و باورهای مربوط به دیابت بارداری و رفع سوء برداشت ها، ارائه تکلیف خانگی (انجام روزانه نیم ساعت پیاده‌روی، ثبت یک مورد گزارش ابراز وجودِ بدون خشم)
جلسه ششم	استفاده از تکنیک ارزیابی نگرانی‌ها (شناسایی نگرانی ها، بررسی مزایا و معایب نگرانی) از طریق بحث گروهی،آموزش تئوری و عملی تزریق انسولین و استفاده از گلوکومتر و نحوهٔ مقابله با ترس ناشی از آن ها، دعوت از مادر باردار موفق در کنترل گلیسمیک جهت آموزش و انتقال تجربیات، ارائه تکلیف خانگی (ثبت انجام تزریق و استفاده از گلوکومتر در طی هفته)
جلسه هفتم	مرور مطالب اصلی جلسات مشاوره، دادن و گرفتن بازخورد، بررسی میزان دستیابی شرکت کنندگان به اهداف، ارائه بازخورد مثبت به اعضاء و تبادل بازخوردها (تعریف خاطرات مثبت)، انجام ارزیابی با استفاده از پرسشنامه خودکارآمدی در کنترل دیابت، تعیین تاریخ سنجش یک ماه بعد، باز گذاشتن راه ارتباطی بین مشاور و مراجعین و پایان‌دهی جلسات مشاوره

یافته ها

میانگین سنی واحدهای پژوهش ۵±۳۰/۲ سال و میانگین نمایه توده بدنی ۴±۲۷/۲ کیلوگرم بر متر مربع بود. نتایج آزمون تی‌مستقل نشان داد که دو گروه از نظر سن (p=۰/۵۶) و نمایه‌توده‌بدنی (p=۰/۰۷) تفاوت معنی‌داری نداشتند. آزمون کای‌دو نشان داد که افراد مورد مطالعه و همسران ایشان در دو گروه از نظر سطح تحصیلات و شغل، تفاوت معنی‌داری نداشتند (p>۰/۰۵). هم‌چنین آزمون دقیق فیشر نشان داد تفاوت معنی‌دار آماری بین دو گروه از نظر محل سکونت (p=۰/۵۰)، سابقه تولد نوزاد ماکروزوم (p=۰/۵۰)، سابقه ابتلا به دیابت بارداری (p=۰/۳۷)، سابقه مصرف دارو (p=۰/۵۰) و خواسته بودن بارداری (p=۰/۵۰)، وجود نداشت و این نمایانگر همسان بودن دو گروه از لحاظ مشخصات فوق، قبل از انجام مداخله بود (جدول شماره ۲). بر اساس آزمون فریدمن، نمرهٔ خودکارآمدی با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در گروه مداخله در مدت مطالعه تفاوت معنی‌دار آماری داشت (p=۰/۰۰۱)، امّا در گروه کنترل، این تفاوت معنی‌ار نبود (p=۰/۳۹). هم‌چنین بر اساس آزمون تی‌مستقل، میانگین نمره خودکارآمدی در قبل از مداخله در دو گروه تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند (p=۰/۵۰)؛ در حالی‌که بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله میانگین نمرهٔ خودکارآمدی در دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار بود (p=۰/۰۰۱) (جدول شماره ۳). قبل از مداخله، ۸۳/۳ درصد افراد در گروه مداخله و ۸۶/۷ درصد افراد در گروه کنترل دارای خودکارآمدی در حد متوسط و پایین‌تر بودند. بر اساس آزمون کای دو، قبل از مداخله، وضعیت خودکارآمدی در دو گروه تفاوت معنی‌دار آماری نداشت (p>۰/۰۵). نمرات خود کارآمدی بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله در دو گروه تفاوت معنی‌دار آماری داشت (p<۰/۰۰۱). افراد در گروه مداخله بیش‌تر از گروه کنترل دارای خودکارآمدی خوب بودند.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی عوامل دموگرافیک و مامایی در گروه مداخله و کنترل (میانگین±انحراف معیار) یا تعداد (درصد)

متغیر ها		گروه مداخله	گروه کنترل	سطح معنی داری
سن (سال)		۵±۲۹/۸/۱	۴±۳۰/۶/۹۵	۰/۵۶ **
نمایه بدنی (kg/m^2)		۴±۲۸/۱۵/۳	۳±۲۶/۳/۵	۰/۰۷ **
سواد مادر	ابتدایی	۹ (۳۰)	۹ (۳۰)	۰/۷۳ *
	راهنمای	۱۱ (۳۶/۷)	۳ (۱۰)	
	دیپلم	۶ (۲۰)	۱۲ (۴۰)	
	دانشگاه	۴ (۱۳/۳)	۶ (۲۰)	
سواد همسر	ابتدایی	۵ (۱۶/۷)	۴ (۱۳/۳)	۰/۲۴۹ *
	راهنمای	۱۰ (۳۳/۳)	۶ (۱۶/۷)	
	دیپلم و بالاتر	۱۵ (۵۰)	۲۰ (۷۰)	
محل سکونت	شهر	۲۸ (۹۳/۳)	۲۷(۹۰)	۰/۵۰ ***
	روستا	۲ (۶/۷)	۳(۱۰)	
شغل مادر	شاغل	۴ (۱۳/۳)	۸ (۲۶/۷)	۰/۱۹ *
	خانه‌دار	۲۶(۸۶/۷)	۲۲(۷۳/۳)	
شغل همسر	شاغل	۲۸ (۹۳/۳)	۲۹ (۹۶/۷)	۰/۵۵ *
	بیکار	۲(۶/۷)	۱(۳/۳)	
سابقه نوزاد ماکروزوم	بلی	۲ (۶/۷)	۳ (۱۰)	۰/۵۰ ***
	خیر	۲۸(۹۳/۳)	۲۷ (۹۰)	
سابقه دیابت بارداری	بلی	۵ (۱۶/۷)	۷ (۲۳/۳)	۰/۳۷ ***
	خیر	۲۵ (۸۳/۳)	۲۳(۷۶/۷)	
سابقه مصرف دارو	بلی	۷ (۲۳/۳)	۶ (۲۰)	۰/۵۰ ***
	خیر	۲۳ (۷۶/۷)	۲۴ (۸۰)	
بارداری خواسته	بلی	۲۲ (۷۳/۳)	۲۳ (۶۷/۷)	۰/۵۰ ***
	خیر	۸ (۲۶/۷)	۷ (۲۳/۳)	

* Chi square test
** T- Test
*** Fisher's Test

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی زنان مبتلا به دیابت بارداری در گروه مداخله و کنترل

گروه	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	یک ماه بعد از مداخله	فریدمن (P)
مداخله	۴۵/۷ ± ۱۴/۴	۷۰/۹ ± ۸/۶	۶۷/۰ ± ۷/۷	۰/۰۰۱
کنترل	۴۳/۳ ± ۱۲/۹	۴۵/۵ ± ۱۲/۹	۴۳/۹ ± ۱۰/۲	۰/۳۹
t-test (P)	۰/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که برگزاری جلسات مشاوره‌ای با رویکرد شناختی رفتاری، سبب افزایش خودکارآمدی زنان مبتلا به دیابت بارداری می‌شود. این نتایج با نتایج مطالعات قبلی همخوانی دارد(۲۲،۲۷-۲۵). اطلاعات دموگرافیک ومامایی این مطالعه با مطالعه محدثی و همکاران (۱۳۹۴)، خدیوزاده و همکاران (۱۳۹۴)، رادمهر و همکاران (۱۳۹۲) و کاوه و همکاران (۱۳۹۰)، همسو بود(۱۸،۲۸-۳۰). Wei و همکاران (۲۰۱۶) نیز CBT را بر افزایش خودکارآمدی افراد مبتلا به دیابت نوع یک مؤثر دانسته‌اند(۳۱). میانگین نمره‌های خودکارآمدی گروه کنترل در قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله، تفاوت معنی‌داری نداشت و از آن‌جا که مداخله‌ای برای گروه کنترل انجام نشد، این نتایج قابل انتظار بود. نتایج مطالعه زارع شاه‌آبادی و ابراهیمی (۱۳۹۲) نشان داد اگر چه تفاوتی در میانگین نمره‌های خودکارآمدی گروه کنترل در قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله، دیده شده است، امّا این تفاوت‌ها از لحاظ آماری معنی‌دار نبوده است(۳۲). این نتایج همراستا با نتیجه مطالعهٔ ما می‌باشد. بین میانگین نمره‌های خودکارآمدی در قبل از انجام مشاوره در گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشته است، ولی در بلافاصله و یک ماه بعد از مشاورهٔ شناختی رفتاری، میانگین نمره‌های خودکارآمدی در گروه مداخله به طور معناداری بیش‌تر از گروه کنترل است که تأثیر مثبت CBT به روش گروهی بر بهبود خودکارآمدی زنان مبتلا به دیابت بارداری را نشان می‌دهد. در تبیین این مطلب می‌توان گفت، تکنیک‌های CBT به کار برده شده در این مطالعه از جمله تکنیک شواهد تأییدکننده و ردکننده شناخت‌ها و باورهای مربوط به دیابت بارداری و رفع سوء برداشت‌ها، تکنیک افکار چگونه احساسات را پدید می‌آورند، مدیریت استرس و روش‌های آرامسازی، سبب افزایش شناخت مادر باردار از خود شده و زمینه را برای بر خورد مناسب با افکار خودآیند منفیِ ناشی از دیابت بارداری فراهم می‌نماید.

در مطالعه باستانی و ضرابی (۱۳۸۹)، ۵۶ درصد زنان مبتلا به دیابت بارداری، خودکارآمدی بالا و بقیه خودکارآمدی پایین داشته‌اند(۳۳). در حالی‌که در مطالعه حاضر، ۱۵ درصد خودکارآمدی بالا و ۷۱/۶ درصد خودکارآمدی متوسط داشتند. این تفاوت می‌تواند به دلیل تفاوت فرهنگی و هم چنین میزان دسترسی مادران به خدمات دوران بارداری باشد. در مطالعه خضرلو و فیضی (۱۳۹۱) نیز ۵۶ درصد افراد دیابتی خودکارآمدی متوسط درمدیریت دیابت داشته‌اند(۳۴). این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت در شرایط ورود به مطالعه و گروه هدف و زیست بوم‌های گوناگون و تنوع وضعیت فرهنگی-اجتماعی و متغیر سطح تحصیلات واحدهای مورد پژوهش در مطالعات فوق باشد که افراد فاقد سواد خواند و نوشتن نیز در مطالعات شرکت داشته‌اند(۲۸، ۳۵)، امّا در مطالعهٔ حاضر حداقل داشتن مدرک پنجم ابتدایی از شرایط ورود به مطالعه بود. این رویکرد مشاوره‌ای بر افزایش خودکارآمدی و کاهش افسردگی افراد مبتلا به درد مزمن نیز تأثیر به‌سزایی داشته است(۳۶) و نتایج آن همسو با مطالعه حاضر می‌باشد. در توضیح این مطلب می‌توان گفت، با توجه به این که روش‌های رفتاری و شناختی مستقیماً بر بهبود خود رفتار پیشگیرانه تمرکز دارند، چنین روش‌هایی که شامل مهارت‌آموزی یا راهنمایی‌های ویژه برای در پیش گرفتن یک رفتار، تهیه تقویمی برای یادآوری زمان انجام دادن رفتار مورد نظر و یادآورهای قرار ملاقات بعدی است، در افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی زنان مبتلا به دیابت بارداری مؤثر است. در مطالعه ما یکی از عوامل تأثیرگذار بر خودکارآمدی، سطح تحصیلات مادران باردار است. این نتایج با نتایج

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

مطالعات مختلف همخوانی دارد(۳۸،۳۷). عدم حضور منظم افراد درجلسات، سواد پایین شرکت‌کنندگان و دورهٔ زمانی کوتاه مرحلهٔ پیگیری یک‌ماهه از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد. هم‌چنین به‌دلیل این‌که حوزهٔ روانشناسی مثبت و روان درمانی‌های مثبت در درمان‌های مبتنی بر افزایش خودکارآمدی افراد، به‌تازگی در تلاش‌های بالینی و پژوهشی کشور، مورد توجه قرار گرفته است، پیشینهٔ چندانی که امکان مقایسه آن با نتایج پژوهش حاضر فراهم آورد، به‌دست نیامد. هم‌چنین به دلیل راحتی دسترسی به شرکت در جلسات مشاوره‌ای، بیش‌تر شرکت‌کنندگان در پژوهش، ساکن شهر و خانه‌دار بودند، لذا در امکان تعمیم نتایج به کلیهٔ زنان مبتلا به دیابت بارداری، محدودیت وجود دارد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان نامه تحصیلی در مقطع کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی با کد KUMS. REC1395.587 مصوب حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و ثبت در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT2017011631977N1 بود که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه اجرا گردید. محققین بر خود لازم می‌دانند از معاون محترم پژوهشی دانشگاه، مدیریت و کارکنان کلینیک دیابت شهرستان سنندج و مادران باردار مورد مطالعه که در این طرح نهایت همکاری را داشته‌اند، صمیمانه تشکّر و قدردانی نمایند.

References

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams Obstetrics, 24th ed: McGraw-Hill; 2014.
2. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care 2017; 40(Suppl 1): S4-S5.
3. World Health Organization (WHO). Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2013.
4. Halperin IJ, Feig DS. The role of lifestyle interventions in the prevention of gestational diabetes. Curr Diab Rep 2014; 14(1): 452.
5. International Diabetes Federation (IDF). Diabetes atlas 7th ed. 2015. Available at: https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html. Accessed May 2, 2017.
6. Jafari-Shobeiri M, Ghojazadeh M, Azami-Aghdash S, Naghavi-Behzad M, Piri R, Pourali-Akbar Y, et al. Prevalence and risk factors of gestational diabetes in iran: A systematic review and meta-analysis. Iran J Pub Health 2015; 44(8): 1036-1044 (Persian).
7. International Federation of Diabetes (IDF). Gestational diabetes. 2016. Available at http://www.idf.org/about-diabetes.
8. Center of prevention and control of disease (CDC). Fast facts on diabetes. Available at: http://www.cdc.gov/diabetes. 2015. Accessed Aug 21, 2016.
9. Howells LA. Self-efficacy and diabetes: why is emotional ‘education’important and how can it be achieved? Horm Res 2002; 57(Suppl 1): 69-71.
10. Hergenhan R, Olson M. Theories of Learning. Translated by: Seif AA. Tehran: Doran Pub; 2006 (Persian).
11. Zinken KM, Cradock S, Skinner TC. Analysis system for self-efficacy training (ASSET): assessing treatment fidelity of self-management interventions. Patient Educ Couns 2008; 72(2): 186-193.
12. Bell J. Reducing barriers to glucose control in patients with gestational diabetes. Am Nurse Today 2015; 10(1): 1-3.
13. Chwastiak L, Cruza-Guet MC, Carroll-Scott A,

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

Sernyak M, Ickovics J. Preventive counseling for chronic disease: missed opportunities in a community mental health center. Psychosomatics 2013; 54(4): 328-335.

14. Berg RC, Landreth GL, Fall KA. Group Counseling: Concepts and Procedures. 4th ed. New York: Routledge; 2013.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5): American Psychiatric Pub; 2013.
16. Wright JH, Basco MR, Thase ME. Learning Cognitive-Behavior Therapy: An Illustrated Guide: American Psychiatric Pub; 2006.
17. Hawton K, Salkous Case K. Cognetive Behavioral Thrapy. Tehran: Arjmand; 2012.
18. 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.
19. Hayase M, Shimada M, Seki H. Sleep quality and stress in women with pregnancy-induced hypertension and gestational diabetes mellitus. Women Birth. 2014; 27(3): 190-195.
20. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine. 19th ed. New York: Mcgraw-Hill; 2015.
21. Long F, Yan J, Hu P, Xia M, Liu H, Gu C. Effect of group counseling on depression, compliance and blood sugar level in diabetic patients. Journal of Central South University Medical Sciences 2015; 40(8): 879-885.
22. Sen E, Sirin A. Healthy Lifestyle Behaviors and Self-Efficacy: The Effect of Education. Anthropologist 2015; 21(1-2): 89-97.
23. Stanford Patient Education Research Center. self-management resourtce center. Available at: http://patienteducation.stanford.edu/. Accessed March 4, 2017.
24. Bastani F, Haidarnia A, Vafaei M, Kazemnegad A, Kashanian M. Effect of relaxation training based on the synthesizing of the precede model with the health belief model and the self-efficacy theory on anxiety and pregnancy outcomes among pregnant women. Tarbiat Modares University. PhD Thesis 2004 (Ppersian).
25. Freedland KE, Carney RM, Rich MW, Steinmeyer BC, Rubin EH. Cognitive behavior therapy for depression and self-care in heart failure patients: a randomized clinical trial. JAMA Intern Med 2015; 175(11): 1773-1782.
26. Petrak F, Herpertz S, Albus C, Hermanns N, Hiemke C, Hiller W, et al. Cognitive Behavioral Therapy Versus Sertraline in Patients With Depression and Poorly Controlled Diabetes: The Diabetes and Depression (DAD) Study. Diabetes Care 2015; 38(5): 767-775.
27. Walker RJ, Smalls BL, Hernandez-Tejada MA, Campbell JA, Egede LE. Effect of diabetes self-efficacy on glycemic control, medication adherence, self-care behaviors, and quality of life in a predominantly low-income, minority population. Ethn Dis 2014; 24(3): 349-355.
28. Mohaddesi H, Razavi S R, Khalkhali H, Bahadori F, Saeigharenaz M. The effect of counseling on health promotion lifestyle in mothers with gestational diabetes referred to the Motahhari،s hospital in orumiyeh city. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2015; 14(9): 757-766 (Persian).
29. 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 (Persian).
30. Kaveh MH, Kiani A, Salehi M, Amouei S. Impact of education on nutrition and exercise

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

on the level of knowledge and metabolic control indicators (FBS & PPBS) of gestational diabetes mellitus (GDM) patients. Iran J Endocrin Metab 2012; 13(5): 441-448 (Persian).

31. Wei C, Allen RJ, Tallis PM, Ryan FJ, Hunt LP, Shield JP, et al. Cognitive behavioural therapy stabilises glycaemic control in adolescents with type 1 diabetes—Outcomes from a randomised control trial. Pediatr Diabetes 2018; 19(1): 106-113.
32. Zare Shahabadi A, Ebrahimi Sadrabadi F. The effect of cognitive factors in the treatment of type II diabetes in yazd. J Clinic Psychol 2012; 4(13): 1-22 (Persian).
33. Bastani F, Zarrabi R. Correlations of self-efficacy among women with gestational diabetes. Hayat 2011; 16(3): 56-65 (Persian).
34. Khezerloo S, Feizi A. A survey of relationship between perceived self efficacy and self care performance in diabetic patients referring to urmia diabetes center. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2012; 10(3): 369-375 (Persian).
35. Gokyildiz S, Alan S, Elmas E, Bostanci A, Kucuk E. Health- promoting lifestyle behaviours in pregnant women in Turkey. Int J Nurs Pract 2014; 20(4): 390-397.
36. Nash VR, Ponto J, Townsend C, Nelson P, Bretz MN. Cognitive behavioral therapy, self-efficacy, and depression in persons with chronic pain. Pain Manag Nurs 2013; 14(4): e236-e243.
37. Bahar Z, Beşer A, Özbicakci FŞ, Özturk Haney M. Health promotion behaviors of Turkish women. Deuhyo ED 2013; 6(1): 9-16.
38. Sehhati Shefaee F, Shaibani F. Lifestyle and its relationship with pregnancy outcomes in pregnant women admitted to teaching hospitals in tabriz city. Iran J Obstetr Gincol Infert (IJOGI) 2015; 17(131): 13-19 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]