



The effectiveness of motivational interviewing based on acceptance and commitment on increasing treatment adherence in patients with type 2 diabetes

Naser. Jafarzadeh¹, Hassan. Mirzahosseini*², Nader. Monirpour³

1. Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.

2. Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

3. Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

ARTICLE INFORMATION

Article type

Original research

Pages: 443-456

Corresponding Author's Info
Email:

hmirzahosseini@gmail.com

Article history:

Received: 2022/06/30

Revised: 2022/11/13

Accepted: 2022/12/09

Published online: 2023/03/06

Keywords:

Motivational interviewing, acceptance and commitment, treatment adherence, type 2 diabetes

ABSTRACT

Background and Aim: diabetes is one of the chronic medical diseases with the greatest dependence on the psychological state of the affected people; In the treatments used for diabetic patients, it is often neglected to address the psychological problems of this group, especially people; Therefore, the purpose of the present study was to determine the effect of motivational interviewing based on acceptance and commitment on increasing the treatment adherence of patients with type 2 diabetes. **Methods:** The current study is a quasi-experimental study of pre-test-post-test type with random sampling method, which was carried out on 30 patients with type 2 diabetes, members of Tehran Diabetes Research Institute, who were eligible to participate in the study, in 2018.. The data were collected by using the chronic disease treatment compliance questionnaire that was designed and psychometrically evaluated in Madanlo's thesis in 2012 and by interviewing and taking blood samples. Each member of the intervention group underwent 8 sessions of 90 minutes motivational interview. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics tests. **Results:** The results showed that the results of the analysis of variance test with repeated measurements showed that motivational interviewing based on commitment and acceptance is effective in improving people's treatment adherence ($P < 0.05$). Also, the results of the follow-up test show that the motivational interview course based on commitment and acceptance on the group was effective and consistent. **Conclusion:** motivational interview intervention based on acceptance and commitment showed a positive effect on treatment compliance in type 2 diabetes patients; Therefore, it is suggested that this intervention be done in more time and sessions.



This work is published under CC BY-NC 4.0 licence. © 2022 The Authors.

How to Cite This Article:

Jafarzadeh, N., Mirzahosseini, H., & Monirpour, N. (2022). The effectiveness of motivational interviewing based on acceptance and commitment on increasing treatment adherence in patients with type 2 diabetes. *jayps*, 3(2): 443-456



اثربخشی مصاحبه انگیزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش متابعت

درمانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

ناصر جعفرزاده^۱، حسین میرزاحسینی*^۲، نادر منیرپور^۳

۱. گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.
۲. گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.
۳. گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

| اطلاعات مقاله | چکیده |
|--|---|
| نوع مقاله: پژوهشی صفحات: ۴۴۳-۴۵۶ | زمینه و هدف: دیابت یکی از بیماری‌های مزمن پزشکی با بیشترین وابستگی به وضعیت روانشناختی افراد مبتلا است؛ در درمان‌های بکار رفته در مورد بیماران دیابتی، اغلب از پرداختن به مشکلات روانشناختی این قشر، به ویژه افراد غفلت شده است؛ از این رو هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر مصاحبه انگیزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش متابعت درمانی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد. روش پژوهش: مطالعه‌ی حاضر، یک مطالعه نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با روش نمونه‌گیری تصادفی بوده که بر روی ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ عضو تحقیقات دیابت شهر تهران که شرایط شرکت در مطالعه را داشتند در سال ۱۳۹۸ اجرا شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه متابعت درمانی بیماری‌های مزمن که در سال ۱۳۹۲ در پایان نامه مدانلو طراحی و روانسنجی شده است و با روش مصاحبه و گرفتن نمونه خون جمع‌آوری گردید. هر عضو گروه مداخله ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای تحت مصاحبه انگیزشی قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی و استنباطی، تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که مصاحبه انگیزشی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهبود متابعت درمانی افراد موثر است ($P > 0.05$). همچنین نتایج آزمون پیگیری هم‌نشان می‌دهد که دوره مصاحبه انگیزشی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر روی گروه اثربخش و ثابت بوده است. نتیجه‌گیری: مداخله‌ی مصاحبه انگیزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متابعت درمانی در مبتلایان به دیابت نوع دو تأثیر مثبت را نشان داد؛ لذا پیشنهاد می‌شود این مداخله در زمان و جلسات بیشتری انجام شود. |
| اطلاعات نویسنده مسئول ایمیل: hmirzahoseini@gmail.com سابقه مقاله | |
| تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۴/۰۹ | |
| تاریخ اصلاح مقاله: ۱۴۰۱/۰۸/۲۲ | |
| تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۰۹/۱۸ | |
| تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۱۲/۱۵ | |
| واژگان کلیدی مصاحبه انگیزشی، تعهد و پذیرش، متابعت درمانی، دیابت نوع ۲. | |

انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است. تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



شیوه‌استناد به این مقاله

جعفرزاده، ناصر، میرزاحسینی، حسن، و منیرپور، نادر. (۱۴۰۱). اثربخشی مصاحبه انگیزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش متابعت درمانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *دوفصلنامه مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*، ۳(۲): ۴۴۳-۴۵۶

مقدمه

دیابتی می‌باشد (ولندرفلدز کرنیلز^۴ و همکاران؛ ۲۰۱۰) و اساساً در کاهش علائم اضطراب، استرس و نگرانی‌های ویژه دیابت درمان موثری است (وان باستیلا، پاور و اسنوک^۵؛ ۲۰۱۱). سابورین، والیس و کوری^۶ (۲۰۱۱) شکل کوتاهی از مداخله‌ی روانی اجتماعی گروهی^۷ را طراحی کردند ویژه‌ی اصلاح رفتار، کمک به مدیریت و ثبات هیجانی در بیماران دیابتی نوع ۲ که نتیجه‌ی تحقیق آنها نشان داد که بیماران این مداخله را در مدیریت دیابت شان بسیار مفید یافتند.

پژوهش علوی و همکاران (۱۳۸۹) بر این موضوع دلالت دارد که افراد مبتلا به دیابت دارای مشکلاتی در کیفیت زندگی بخصوص در دو بعد جسمی و عاطفی هستند و رنج زیادی می‌برند (ونسون، نیکلیک، پاپ، بلانک، اِردت سیک و پور^۸، ۲۰۱۴)، بنابراین ارتباط خوب با مراقبت کننده و حمایت اجتماعی (گو و همکاران، ۲۰۱۳) در بهبود رفتارهای خودمراقبتی، ادراک کمتر فشار بیماری، افزایش رضایت آنها از زندگی و بالتبع کاهش اضطراب و رنجشان (فالکنر و چانگ، ۲۰۰۷) مؤثر است. از طرفی در تصریح نقش هر فرد در مراقبت از خود و افزایش کیفیت زندگی اش، همسو با نظر تیلور^۹ (۲۰۱۰) می‌توان ارزیابی‌های شخصی و بازنمایی‌های ذهنی او را مطرح کرد که در واقع پایه و اساس پذیرش بیماری و سازگاری با آن را تشکیل می‌دهند؛ بنابراین افزایش آگاهی فرد از خود و بیماری اش و یادگیری مهارت‌های لازم در زمینه مقابله با آن، خودمراقبتی او را بهبود می‌بخشد. در همین راستا، یکی از مداخله‌های مؤثر برای این بیماران، کاربرد مدل خودمراقبتی اطلاعاتی-انگیزشی-مهارت‌های رفتاری می‌باشد؛ که سه عامل اصلی تعیین کننده رفتارهای بهداشتی را مشخص می‌کند. میونیر و همکاران^{۱۰} (۲۰۱۶) اظهار می‌دارند که برنامه‌های آموزشی دیابت باید اطلاعاتی مربوط به وضعیت سلامت کنونی بیماران را ارائه دهند و

دیابت یکی از بیماری‌های مزمن پزشکی با بیشترین وابستگی به وضعیت روانشناختی افراد مبتلا است؛ زیرا نیازمند مدیریت درمان روزانه قوی از طرف خود بیمار است (کروس، اسپچمیتز و ترد^۱، ۲۰۰۳). تشخیص بیماری‌های مزمن همچون دیابت آغازگر فرایند ارزیابی‌های متوالی و مستمر برای سازگاری بیمار با نیازها و محدودیت‌های تحمیل شده از طرف بیماری است (صمد زاده و همکاران، ۱۳۹۳). بعضی از بیماران مثبت‌اندیش هستند و برای انجام بهترین کارها تلاش می‌کنند (مایکل، ۱۹۹۶)؛ و از آنجا که پایداری به بیماری‌های مزمن پزشکی نیازمند تمرکز ویژه‌ای بر پذیرش بیماری است (لوپیس و میلر^۲، ۲۰۱۸)، بعضی دیگر از بیماران پذیرش خود را که نقشی حیاتی در کنترل بیماری بازی می‌کند، افزایش می‌دهند (مایکل، ۱۹۹۶). با توجه به این اهمیت، قابل ذکر است که پزشکان به جای فردیت هر بیمار، فقط بیماری و درمان را درک می‌کنند (مایکل، ۱۹۹۶). همچنین، در درمان‌های بکار رفته در مورد بیماران دیابتی، اغلب از پرداختن به مشکلات روانشناختی این قشر، به ویژه افراد غفلت شده است (عطایی مغانلو و عطایی مغانلو، ۱۳۹۴). امروزه درک و تغییر نگرش‌ها و رفتار بیمار که هدف درمان‌های شناختی رفتاری است یک مولفه‌ی اساسی در مراقبت از کسانی است که از دیابت نوع ۲ رنج می‌برند. این برنامه‌ها که به آموزش بیمار و آموزش مهارت‌های مقابله با استرس می‌پردازد می‌تواند به درمان طبیبی متداول و استاندارد اضافه شود تا نیازهای روان‌شناختی، رفتاری و سبک زندگی بیماران مبتلا به دیابت را برطرف نماید (فرمن، هربرت، مویترا، یومنز و گلر^۳؛ ۲۰۰۷). نتایج مطالعات با هدف تاثیر مداخلات روانشناسی بر مشکلات جسمی و روانی بیماران دیابتی نوع ۲ نشان داد که درمان شناختی- رفتاری یک درمان مؤثر در افسردگی اساسی بیماران

7. Brief psychosocial Group intervention
8. Van Son, Nyklíček, Pop, Blonk, Erdsieck & Pouwer
9. Taylor
10. Meunier, & et al Coulombea, Beaulieu, Côté, Lespéranc, Chiasson

1. Kruse, Schmitz & There'd
2. lois & Miller
3. Forman, Herbert, Moitra, Yeomans & Geller
4. Van der Feltz-Cornelis
5. Van Bastelaar, Pouwer & Snoek
6. Sabourin, Vallis & Currie

وزن و تکمیل پرسشنامه متابعت درمانی می‌باشد. سپس این افراد در گروه‌های ۱۵ نفری گمارده می‌شوند. هر کدام از این گروه‌ها در جلسات مصاحبه انگیزشی (۸ جلسه) شرکت کردند. گروه آزمایشی در جلسات مصاحبه انگیزشی مبتنی بر تعهد و پذیرش شرکت کردند و گروه کنترل هم بدون شرکت در جلسات، آزمون‌ها را تکمیل کردند. تنها تفاوت گروه آزمایش و کنترل، شرکت در مصاحبه انگیزشی بود. این پژوهش در سه مرحله زمانی صفر (خط پایه یا سنجش اولیه)، روز ۳۹ (سنجش دوم که پس از آخرین جلسه مداخله صورت می‌گیرد) و روز ۹۸ (به عنوان پیگیری که ۷۰ روز پس از آخرین جلسه مداخله صورت می‌گیرد) صورت گرفت. هر دو گروه آزمایشی و کنترل، حدود سه ماه بعد از سنجش اولیه، سنجش پس آزمون را تکمیل کردند. سنجش پس آزمون، مشابه با پیش آزمون بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو عضو مرکز تحقیقات دیابت شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود. از جامعه مذکور تعداد ۱۰۰ نفر که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس از بین این افراد به شیوه تصادفی تعداد نفراتی انتخاب و در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل گمارده شدند. با توجه به شرایط بیماران دیابت نوع دو و ملاک‌های ورود و عدم ورود به پژوهش و همچنین نوع و مدت پذیرش آن‌ها در مرکز تحقیقات دیابت، تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی در گروه‌ها گمارده شدند. این تعداد از افراد هر دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون را تکمیل کردند.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه تبعیت از درمان بیماری‌های مزمن: این پرسشنامه در سال ۱۳۹۲، در پایان نامه مدانلو، برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن طراحی و روانسجی شده است. در پژوهش مدانلو، متوسط شاخص روایی

به بیماران بیاموزند که رفتارهای آنها چه تاثیری در کنترل قند خونشان دارد. همچنین لاستمن و گاوارد (۲۰۱۲) بیان می‌کنند که اجتناب از بیماری در مبتلایان به دیابت بسیار زیاد است که ممکن است عاملی برای رعایت نکردن اصول خودمراقبتی در آنها باشد (لاستمن و گاوارد^۱، ۲۰۱۲؛ به نقل از شایقیان، امیری، آگیلار و فایبی و بشارت، ۱۳۹۴). در واقع مهارت‌های رفتاری آموخته شده هر بیمار برای مراقبت از خود، نشان دهنده توانایی و خودکارآمدی در گذشته او در انجام این رفتارها می‌باشد؛ بنابراین بلید انگیزه بیماران را برای تغییر درازمدت تقویت کرد. در نتیجه با توجه به اینکه دیابت، یک عامل مهم در مرگ و میر است و شیوع آن در جهان و مخصوصاً در کشورهای پیشرفته رو به افزایش است (نیتومارتینز و همکاران^۲، ۲۰۱۷)؛ و از آنجا که دیابت یک عامل خطر برای چندین بیماری دیگر، از جمله بیماری قلبی-عروقی می‌باشد (ونوس و دیکونینگ^۳، ۲۰۱۷)؛ و همچنین پایبندی به آن و پیروی از توصیه‌های بهداشتی، نیازمند پذیرش و مراقبت است (لویس و میلر^۴، ۲۰۱۸)، بر کاربرد مداخلات در راستای افزایش دانش دیابت در جامعه و همچنین افزایش انگیزه بیماران در نگرش به سمت رفتار بهداشتی (میسوویچ، فیشر، مارتینز، برایان و کاتاپانو^۴، ۲۰۰۶) برای مراقبت از خود توصیه می‌شود. سوال اصلی مطالعه حاضر این است که مداخله مصاحبه انگیزشی مبتنی بر تعهد و پذیرش در بر افزایش متابعت درمانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، تاثیر می‌گذارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر، یک مطالعه نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل است. طرح کلی عبارت است از تحلیل واریانس چند متغیره همراه با کوواریانس متغیرهای مورد نیاز برای کنترل. گروه آزمایشی، قبل از مداخله مورد سنجش‌های اولیه قرار گرفت. این سنجش‌ها شامل آزمایش قند خون،

3. Venos & de Koning
4. Misovich, Fisher, Martinez, Brayan & Catapano

1. Lustman & Gavard
2. Nieto Martínez & et al

مقایسه آن با حداکثر و حداقل امتیازات، پرسشنامه میزان تبعیت از درمان بیماران محاسبه و تفسیر می‌گردد. با توجه به میزان تبعیت از درمان بیماران، برحسب درصد امتیاز کسب شده (۰-۲۵٪ ضعیف، ۲۶-۴۲٪ متوسط، ۴۳-۵۰٪ متوسط خوب و ۷۵-۱۰۰٪ بسیار خوب) می‌توان تبعیت از درمان را در کل و یا در هر یک از ابعاد تبعیت به طور جداگانه بررسی نمود. آلفای کرونباخ اهتمام در درمان ۰/۸۶، تمایل به مشارکت در درمان ۰/۸۵، توانایی تطبیق ۰/۸۲، تلفیق درمان با زندگی ۰/۷۱، چسبیدن به درمان ۰/۷۲، تعهد به درمان ۰/۵۳، تردید در اجرای درمان ۰/۵۳ و مقیاس کل ۰/۹۲ به دست آمد.

روش اجرای پژوهش

در این پژوهش محتوای مصاحبه انگیزشی مبتنی بر تعهد و پذیرش در هشت جلسه تدوین شد و برای گروه آزمایش به اجرا درآمد و گروه گواه در حالت انتظار قرار گرفت. داده‌های به دست آمده از مراحل پژوهشی در نرم افزار آماری SPSS وارد شدند. ابتدا وضعیت توزیع متغیرها و شاخص‌ها توسط رسم نمودار و انجام آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک بررسی گردید. سپس به منظور کنترل آماری گروه‌های مداخله و کنترل از بابت متغیرهای اثرگذار و کسب اطمینان از نداشتن تفاوت قبلی این گروه‌ها و با توجه به محتوای هر فرضیه از آزمون‌های تحلیل واریانس مکرر با یک متغیر بین گروهی (آمیخته)، تحلیل واریانس آمیخته چند متغیری و آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شده است.

محتوایی پرسشنامه ۰/۹۱ باشد. همسانی درونی پرسشنامه با محاسبه آلفای کرونباخ، $\alpha = 921/0$ باشد و پایایی ابزار تبعیت از درمان با استفاده از روش آزمون مجدد، با فاصله زمانی دو هفته سنجیده شده است و ضریب همبستگی آن ۰/۸۷۵ گزارش شده است. این پرسشنامه دارای ۴۰ گویه در قالب ۷ خرده مقیاس است: (۱) اهتمام در درمان؛ برای مثال من هم به اندازه تیم درمان، مسئول سلامت خودم هستم. (۲) تمایل به مشارکت در درمان؛ برای مثال با شدید شدن علائم بیماری، به دنبال درمان می‌روم. (۳) توانایی تطابق؛ برای مثال قبل از انجام هر کاری، به تاثیر آن روی بیماری ام فکر می‌کنم. (۴) تلفیق درمان با زندگی؛ برای مثال در صورت مشارکت خانواده برای اداره امور زندگی، از درمانم غافل نمی‌شوم. (۵) چسبیدن به درمان؛ برای مثال بدون کنترل و نظارت تیم درمان هم توصیه‌های درمانی را انجام می‌دهم. (۶) تعهد به درمان؛ برای مثال در دوره بهبودی و یا با کم شدن علائم بیماری، درمانم را قطع می‌کنم. (۷) تردید در اجرای درمان؛ برای مثال با سرزنش و امر و نهی تیم درمان، به توصیه‌های آنان عمل نمی‌کنم. پرسشنامه تبعیت درمان، با استفاده از مقیاس ۶ گزینه‌ای لیکرت (از کاملاً تا اصلاً) امتیازدهی می‌شود. در نهایت کل مقیاس ۰ تا ۲۰۰ نمره را به خود اختصاص می‌دهد. بدین ترتیب هر چه نمره کل یا نمره هر خرده مقیاس بیشتر باشد، فرد پاسخ دهنده از تبعیت بالاتری برخوردار است و با تبدیل امتیاز کسب شده از پرسشنامه به درصد و

جدول ۱. خلاصه جلسات مصاحبه انگیزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد

| جلسه | شرح |
|------|--|
| | رهبر و اعضای گروه خود را معرفی کرده و قوانین گروه را اعلام می‌کند. |
| | اهداف جلسات و حرکت به سوی زندگی ارزشمند توضیح داده می‌شود. تا شقایق هست، زندگی باید کرد. |
| اول | حال از گروه خواسته می‌شود که درباره تجارب تروماتیک خود با اعضای گروه صحبت کنند. مرا ردی ست اندر دل که گر گویم زبان سوزد / وگر پنهان کنم ترسم که مغز استخوان سوزد. ترمیم این زخم‌ها نیا زمند مقداری درد است. صبح صادق ندمد تا شب یلدا نرود. |

| | |
|--------------|--|
| | <p>رهبر و دستیار گروه با شعر زندگی آب تنی در حوضچه اکنون است به ذهن بازیگوش اشاره می‌کنند و بعد از بحث اعضا، تمرین توجه آگاهی شروع می‌شود. سپس با شعر تو نه در دیروزی و نه در فردایی / ظرف امروز پر از بودن توست، بحث و تمرین ادامه پیدا می‌کند.</p> <p>از اعضا دعوت می‌شود، تمرین خود را در منزل نیز دنبال کنند.</p> <p>مرور جلسه گذشته</p> <p>کنترل، فرزند نابالغ ترس است. هر چه بیشتر برای کنترل افکار تان تلاش کنید، بیشتر در مرداب آن فرو می‌روید. گرچه تفسیر زبان روشنگر است / لیک عشق بی زبان روشن تر است. نگاهی به تجارب خودتان بیندازید.</p> |
| دوم | <p>سعی می‌کنیم افکارمان را مانند مهمان ناخوانده‌ای که مدام در رفت و آمد است در نظر بگیریم. هر دمی فکری چو مهمان عزیز / آید اندر سینه ات هر روز نیز. فکر، مهمانی است که بدون کارت دعوت به مهمانی ذهن آمده است. فکر را ای جان به جای شخص دان. حال می‌خواهیم پذیرای آن باشیم چرا که آسایش دو گیتی، تفسیر این دو حرف است / با دوستان مروت با دشمنان مدارا. با خودتان مهربان تر باشید که با تو آن کند که باران با چمن.</p> <p>کار نیکو کردن از پر کردن است.</p> <p>مرور جلسه گذشته</p> <p>این همان آهنگ ساز آشنای قلب توست. ندای قلب هر کس که چطور می‌خواهد زندگی کند و پیوسته در زندگی خود چگونه رفتار کند.</p> |
| سوم | <p>تا رنج تحمل نکنی گنج نبینی / تا شب نرود صبح پدیدار نباشد.</p> <p>درست مثل حافظ که می‌گوید: بنشین بر لب جوی و گذر عمر ببین. ما هم می‌خواهیم بنشینیم و گذر افکار و هیجانمان را نگاه کنیم و از تجربه هر کدام از آن‌ها در لحظه حال آگاه باشیم.</p> <p>همتت بدرقه راه کن از طائر قدس / که دراز است ره مقصد و من نو سفرم</p> <p>بررسی جلسه گذشته، ارزش‌ها و موانع</p> |
| چهارم | <p>درد بخشی از تجربه انسان بودن است. حافظ از باد خزان در چمن دهر مرنج / فکر معقول بفرما، گل بی خار کجاست. چون روزگار نساز ستیزه نتوان برد / ضرورت است که با روزگار در سازی. چقدر می‌توانید با درگیر شدن با احساس‌های ناخوشایندتان، به سمت زندگی ارزشمندتان حرکت کنید.</p> <p>به افکار خود از این زاویه نگاه کنید که به یک بازی خیمه شب بازی نگاه می‌کنید. خیمه شب بازی با همه تلخی و شیرینی خود می‌گذرد.</p> <p>هر کسی در هر کجا باشد سزاست / مهربانی به او بس پر سزاست.</p> <p>اهل همت در رخنه در سد سکندر می‌کنند / این سبک دستان کلید فتح را دندانده اند.</p> <p>مرور جلسه گذشته</p> <p>بر نامده و گذشته بنیاد مکن / حالی خوش باش و عمر بر باد نکن. چه مدت از زمان‌های خود را صرف زندگی در گذشته و آینده کرده اید و چقدر از زندگی‌ای که دوست داشتید، دور مانده اید!</p> |
| پنجم | <p>تا رنج تحمل نکنی گنج نبینی / تا شب نرود صبح پدیدار نباشد.</p> <p>همانطور تا کنون متوجه شده اید، هر بار که می‌خواهیم به سمت ارزش‌هایمان حرکت کنیم، انواعی از افکار ب هسمت ما حمله می‌کنند تا ما را از حرکت بازدارند، اما آن‌ها فقط مهمان‌های ناخوانده هستند. هر دمی فکری چو مهمان عزیز / آید اندر سینه ات هر روز نیز</p> <p>مزد آن گرفت جان برادر که کار کرد.</p> <p>مرور جلسه گذشته</p> <p>زمانیکه دست از تقلا برای حذف افکار و احساسات خود برداریم، آن‌ها آزار کمتری به ما می‌رسانند. در واقع هر چیز تلخی که پذیرش کرده باشی / شیرین شود مثل خوش اقبالی قشنگ</p> |

| | |
|------|--|
| ششم | می خواهیم با نگاهی کاملاً هشیارانه، افکار، احساسات و گذار آن‌ها را به نظاره بنشینید. بنشین بر لب جوی و گذر عمر ببین / کائن اشارت ز جهان گذران ما را بس |
| | مهربانی دستور خالق است / این نشان یک آدم بالغ است. حال چه بهتر که این مهربانی معطوف به خودمان باشد. |
| | موی سپید را به فلک رایگان نداد / این تهرانه را به نقد جوانی خریدم. پس تکرار و تمرین بسیار ضروریست. |
| | مرور تاثیر آموزش‌های گروهی |
| | اندازه با وسعت مسئولیت پذیری تو و من مشخص می‌شود. برای دریافت نتایج جدید در زندگی و روابط خود با دیگران، ما نیاز به تغییر سبک‌های رفتاری خود داریم. |
| هفتم | گر مهربانی را بیاموزیم، لحظه‌ها زیباست. |
| | جمع بندی مطالب |
| | مرور تاثیر آموزش‌های گروهی |
| هشتم | مرور همه تمرینات قبلی |

یافته‌ها

همچنین کمینه و بیشینه سن در گروه آزمایش ۲۶ و ۴۳ سال و در گروه گواه، ۲۷ و ۴۲ سال بود.

میانگین (انحراف معیار) سن شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۳۸/۵ (۸/۷) و گروه گواه ۳۶/۹ (۷/۷) بود.

جدول ۲. توصیف نمرات کنترل عواطف و مولفه‌های آن به تفکیک گروه

| متغیر | مرحله | کنترل | تعهد و پذیرش |
|--------------------------|-----------|--------------------------------|--------------------------------|
| | | میانگین انحراف استاندارد | میانگین انحراف استاندارد |
| اهتمام در درمان | پیش آزمون | ۱۸ | ۱۵/۷۳ |
| | پس آزمون | ۱۷/۳۳ | ۳۰/۸ |
| | پیگیری | ۱۷/۵۳ | ۳۳/۸ |
| تمایل به مشارکت در درمان | پیش آزمون | ۱۵/۲۷ | ۱۶/۰۷ |
| | پس آزمون | ۱۵/۴ | ۲۴/۹۳ |
| | پیگیری | ۱۵/۲ | ۲۸/۷۳ |
| توانایی تطبیق | پیش آزمون | ۱۶/۳۳ | ۱۶/۰۷ |
| | پس آزمون | ۱۶/۶۷ | ۲۹/۷۳ |
| | پیگیری | ۱۶/۲ | ۲۸/۸۷ |
| تلفیق درمان با زندگی | پیش آزمون | ۱۵/۱۳ | ۱۵/۸ |
| | پس آزمون | ۱۵/۰۷ | ۱۶/۹۳ |
| | پیگیری | ۱۵/۰۷ | ۱۹/۸۷ |
| چسبیدن به درمان | پیش آزمون | ۱۰/۴۷ | ۱۰/۲۷ |
| | پس آزمون | ۱۰/۸ | ۱۸/۱۳ |
| | پیگیری | ۱۰/۲۷ | ۱۸/۰۷ |
| تعهد به درمان | پیش آزمون | ۸/۲۷ | ۹/۵۳ |
| | پس آزمون | ۹/۹۳ | ۲۰/۸۷ |
| | پیگیری | ۹/۱۳ | ۲۱/۸ |

| تردید در اجرای درمان | پیش آزمون | ۶/۵۳ | ۲/۳۸ | ۷/۰۷ | ۷/۵۳ |
|----------------------|-----------|-------|--------|--------|-------|
| پس آزمون | ۷/۴۷ | ۱/۷۶ | ۱۴/۷۸ | ۱۴/۸ | |
| پیگیری | ۶/۸۷ | ۲/۲۹ | ۱۵/۸۷ | ۱۶/۴ | |
| کل مقیاس | پیش آزمون | ۹۰ | ۲۰/۶۵ | ۸۸/۴ | ۹۱/۱۳ |
| پس آزمون | ۹۲/۶۷ | ۲۱/۶۸ | ۱۴۶/۲ | ۱۵۶/۲ | |
| پیگیری | ۹۰/۲۷ | ۲۳/۷۳ | ۱۶۲/۳۳ | ۱۶۷/۵۳ | |

بدون مداخله مورد ارزیابی قرار گرفته است اما گروه مصاحبه‌های انگیزشی مبتنی بر خودکارآمدی و گروه مصاحبه‌های انگیزشی مبتنی بر تعهد و پذیرش یک بار قبل از مداخله و یک بار بعد از مداخله و برای بار سوم در مرحله پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفته اند، گزارشات مربوط به شاخص میانگین و انحراف معیار برای هر گروه در هر یک از سه مرحله گزارش شده است.

همانگونه که در جدول مشاهده می‌شود برای نمرات تبعیت از درمان و مولفه‌های آن شامل (اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطبیق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان، نردید در اجرای درمان) میانگین و انحراف معیار به تفکیک گروه و مرحله اندازه گیری شامل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گزارش شده است. این اطلاعات از سه گروه در سه مرحله پرسش شده است گروه کنترل در سه مرحله

| جدول ۳. بررسی توزیع نرمال در نمرات متغیرها بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک | | | | | | |
|---|-----------|--------------|--------------------|------------|-------------|------------|
| متغیر | مرحله | گروه‌ها | کولموگروف-اسمیرنوف | | شاپیرو-ویلک | |
| | | | شاخص | درجه آزادی | معنی داری | درجه آزادی |
| تبعیت از درمان | پیش آزمون | کنترل | ۰/۱۳۵ | ۱۵ | ۰/۲ | ۱۵ |
| | | تعهد و پذیرش | ۰/۱۸۴ | ۱۵ | ۰/۱۸ | ۱۵ |
| | پس آزمون | کنترل | ۰/۲۱۲ | ۱۵ | ۰/۰۶ | ۱۵ |
| | | تعهد و پذیرش | ۰/۱۹۳ | ۱۵ | ۰/۱۳ | ۱۵ |
| | پیگیری | کنترل | ۰/۱۶۱ | ۱۵ | ۰/۲ | ۱۵ |
| | | تعهد و پذیرش | ۰/۲ | ۱۵ | ۰/۱۱ | ۱۵ |

داده‌هایی که در این جدول هستند به شکل معنی داری از توزیع نرمال انحراف ندارند و پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها به شکل مناسبی در سه مرحله اندازه گیری گروه‌ها برقرار است.

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود سطح معنی داری به دست آمده در آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک متغیر تبعیت از درمان در سه مرحله اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بزرگتر از ۰/۰۵ است ($P > 0.05$) به عبارت دیگر توزیع هیچ یک از

| جدول ۴. بررسی اثرات روش مصاحبه انگیزشی مبتنی بر تعهد و پذیرش | | | | | | |
|--|----------|---------|--------------|-------|----|--------------|
| شاخص | مرحله | میانگین | انحراف معیار | f | df | سطح معناداری |
| اهتمام در درمان | پس آزمون | ۱۷/۳۳ | ۵/۱۲ | -۶/۴۴ | ۲۸ | ۰/۰۰ |
| | | ۳۰/۸ | ۶/۲۷ | | | |
| پیگیری | پیگیری | ۱۷/۵۳ | ۵/۹۲ | -۷/۱۹ | ۲۸ | ۰/۰۰ |
| | | ۳۳/۸ | ۶/۴۳ | | | |
| پس آزمون | پس آزمون | ۱۵/۴ | ۴/۴۲ | -۳/۶۵ | ۲۸ | ۰/۰۰ |

| | | | | | |
|-------|----|--------|-------|--------|--------------------------|
| | | | ۹/۰۷ | ۲۴/۹۳ | تملیل به مشارکت در درمان |
| ۰/۰۰ | ۲۸ | -۷/۸۶ | ۴/۶۹ | ۱۵/۲ | پیگیری |
| | | | ۴/۷۲ | ۲۸/۷۳ | |
| ۰/۰۰ | ۲۸ | -۶/۵ | ۵/۴۹ | ۱۶/۶۷ | پس آزمون |
| | | | ۵/۴۹ | ۲۹/۷۳ | |
| ۰/۰۰ | ۲۸ | -۶/۷۲ | ۶/۱۷ | ۱۶/۲ | پیگیری |
| | | | ۳/۸۷ | ۲۸/۸۷ | |
| ۰/۰۷۳ | ۲۸ | -۱/۸۶ | ۳/۲۴ | ۱۴/۱۳ | پس آزمون |
| | | | ۴/۸۱ | ۱۶/۹۳ | |
| ۰/۰۰ | ۲۸ | -۳/۴ | ۳/۳۲ | ۱۵/۰۷ | پیگیری |
| | | | ۴/۳۴ | ۱۹/۸۷ | |
| ۰/۰۰ | ۲۸ | -۱۱/۰۷ | ۱/۸۵ | ۱۰/۸ | پس آزمون |
| | | | ۱/۷۶ | ۱۸/۱۳ | |
| ۰/۰۰ | ۲۸ | -۱۲/۶۴ | ۱/۹۴ | ۱۰/۲۷ | پیگیری |
| | | | ۱/۳۸ | ۱۸/۰۷ | |
| ۰/۰۰ | ۲۸ | -۶/۹۳ | ۴/۶ | ۹/۹۳ | پس آزمون |
| | | | ۴/۰۱ | ۲۰/۸۷ | |
| ۰/۰۰ | ۲۸ | -۷/۴۹ | ۴/۴۷ | ۹/۱۳ | پیگیری |
| | | | ۴/۷۸ | ۲۱/۸ | |
| ۰/۰۰ | ۲۸ | -۸/۹۱ | ۱/۷۶ | ۷/۴۷ | پس آزمون |
| | | | ۲/۶۵ | ۱۴/۸ | |
| ۰/۰۰ | ۲۸ | -۹/۹۳ | ۲/۲۹ | ۶/۸۷ | پیگیری |
| | | | ۲/۹۲ | ۱۶/۴ | |
| ۰/۰۰ | ۲۸ | -۸/۲۹ | ۲۱/۶۸ | ۹۲/۶۷ | پس آزمون |
| | | | ۲۰/۲۵ | ۱۵۶/۲ | |
| ۰/۰۰ | ۲۸ | -۱۰/۶۵ | ۲۳/۷۳ | ۹۰/۲۷ | پیگیری |
| | | | ۱۵/۰۳ | ۱۶۷/۵۳ | |

به عبارتی مصاحبه انگیزشی مبتنی بر تعهد و پذیرش باعث افزایش متابعت درمان و تداوم آن در بیماران دیابتی شده است اما فقط در مرحله پس آزمون برای مولفه تلفیق درمان با زندگی دو گروه اختلاف معنادار ندارند اما در این بعد در مرحله پیگیری تفاوت معنادار مشاهده شده است.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه باهدف تعیین تأثیر مصاحبه انگیزشی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش متابعت درمانی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که مصاحبه انگیزشی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهبود متابعت درمانی افراد موثر است ($P > 0.05$). همچنین نتایج آزمون پیگیری هم نشان می دهد که دوره مصاحبه انگیزشی مبتنی بر تعهد و

همانطور که در جدول فوق ملاحظه می شود، سطح معناداری در مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری بین دو گروه کنترل و گروه آزمایش برابر ($P = 0.00$) شده است که از خطای ۵٪ و خطای ۱٪ کمتر است لذا با اطمینان ۹۹ درصد می توان اظهار نمود که متابعت درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم از مصاحبه انگیزشی مبتنی بر تعهد و پذیرش تأثیر پذیرفته و این نوع از مصاحبه اثر بخش لازم را داشته است، لازم به ذکر است اگر چه لزوماً بررسی تک تک مولفه های مزبور نیاز نبوده اما جهت بررسی دقیق تر، آزمون مولفه های متابعت درمان نیز انجام پذیرفته که نشان می دهد در تمام مولفه ها امتیاز گروه کنترل نسبت به گروه آزمایشی (مصاحبه انگیزشی مبتنی بر تعهد و پذیرش) به طور معناداری کمتری باشد

زمینه‌های رضایت از زندگی، اثر درمان و نگرانی در مورد آینده را در نظر گرفت و بر این اساس، افزایش اطلاعات مرتبط با نیاز آنها باعث می‌شود که سبک زندگیشان تغییر کند. چون افزایش اطلاعات و در پی آن، افزایش انگیزه بیماران به خود-مراقبتی شان کمک می‌کند و متابعت درمانی را که در دستیابی به کنترل مناسب قند خون (فیشر و همکاران، ۲۰۰۲) و کیفیت بالای زندگی بسیار مهم می‌باشد، به دنبال دارد (موریلو و همکاران، ۲۰۱۷). برای آموزش همه گیر و بنیادی و برای سهولت کاربرد، می‌توان از این مدل در ساخت یک برنامه مختص دیابت برای تلفن همراه با اهداف تعیین شده کاربردی بالینی برای افراد استفاده کرد؛ که ویژگی‌هایی مانند آموزش شخصی، تعیین روند تغییر قند خون که با وجود پیشرفت تکنولوژی برای مدیریت دیابت، ضروری است (بلکول و ولر، ۲۰۱۷) و همچنین تشویق برای نوشتن خاطرات دیابت و به اشتراک گذاشتن اطلاعات و تجربیات را فراهم کند.

می‌توان از دیگر کاربردهای این مدل، شناسایی موانع خاص هر بیمار برای متابعت درمانی را نام برد. تا مداخله‌هایی را پیشنهاد بدهد که موانع خاص بیمار برای خودمراقبتی را هدف قرار بدهند (کلونوف، ۲۰۱۹)؛ بنابراین نیاز به کاربرد مداخلاتی است که صرفاً انگیزشی (ونسون و همکاران، ۲۰۱۴) یا رفتاری (جهرمی و همکاران، ۲۰۱۵) یا وابسته به فرهنگ نباشند و به دانش بیماران در زمینه بیماری خود و مهارت آنها نیز علیرغم تفاوت در انگیزه فردی، اجتماعی و باورهای خاص هر جامعه که افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهند، اهمیت بدهند و در واقع این سه عنصر کلیدی برای تغییر سبک زندگی را با هم در یک مداخله در نظر بگیرند؛ زیرا برای رفتارهایی که پیچیده هستند، اطلاعات و انگیزه از طریق مهارت‌های رفتاری به منظور ایجاد و حفظ رفتار عمل می‌کنند (مارچتی، کاروزینوف فراتیسلی، فولچری و ویتاکولونا، ۲۰۱۷) و رفتار نیز به طور مستقیم با نتایج سلامتی مرتبط است (جانو، واه، لازیم و هاسالی، ۲۰۱۷). مدل خودمراقبتی با در نظر گرفتن این اهمیت، نقش مؤثری در افزایش رفتارهای پیشگیرانه و کاهش رفتارهای پرخطر مانند رفتارهای جنسی و انتقال بیماری‌ها با افزایش اطلاعات و

پذیرش بر روی گروه اثربخش و ثابت بوده است. در راستای تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان بیان نمود، با توجه به ارتباط متقابل بین بیماری مزمن و کیفیت زندگی (همتی مسلک پاک و همکاران، ۱۳۸۸) و همچنین به دلیل اینکه کیفیت زندگی یک فرد نه تنها بر اساس احساس درونی سلامت و رفاه، بلکه بر اساس توانایی عملکرد مناسب در ابعاد مختلف زندگی (انجمن دیابت آمریکا، ۲۰۱۹) و امکان دسترسی به منابع و فرصت‌ها تعریف می‌شود (فیشر و همکاران، ۲۰۰۶) و همانطور که اشاره شد به صورت جسمی، ذهنی و اجتماعی، شناختی و روانشناختی (تریکالینو و همکاران، ۲۰۱۷) مورد بررسی قرار می‌گیرد و چند بعدی است، اطلاعات، انگیزه بیماران و همچنین مهارت‌های رفتاری آنها بر بهبود زندگی شان مؤثر هستند و می‌توان از طریق کاربرد مدل خودمراقبتی اطلاعاتی- انگیزشی- مهارت‌های رفتاری به بیماران کمک کرد (اسبورن، ۲۰۰۶) تا به کیفیت مورد نظر خود برای زندگی دست یابند، در حالیکه همزمان دیابت خود را به خوبی کنترل می‌کنند. البته لازم به ذکر است، درک اینکه بیماران مبتلا به دیابت مخصوصاً افراد چه کیفیتی را برای زندگی در نظر می‌گیرند، مهم است؛ زیرا بر آموزش این افراد با توجه به ویژگی‌های متفاوت شان مانند میزان خودکارآمدی و عزت نفس، تاثیرگذار است (کنوویتز، هوگندورن، کامیساریت و گنزالس، ۲۰۱۹). از طرف دیگر همانطور که در مقدمه بیان شد، برای درک کیفیت زندگی اختصاصی مرتبط با یک گروه خاص، لازم است تا به پیامدهای بیماری در آن گروه توجه بشود (دویت و همکاران، ۲۰۰۷) و توجه به این پیامدها مانند چاقی، محدودیت غذایی و ورزشی (دنيسن و همکاران، ۲۰۱۲) ناشی از بیماری دیابت در افراد با توجه به شرایط سنی، بلوغ و نیاز آنها به حضور در اجتماع، اهمیت بیشتری می‌یابد. با توجه به این اهمیت، به آموزش ارتقای سبک زندگی با توجه به تاثیر آن در کنترل مناسب دیابت (هنبرگر، ۲۰۱۰) در جهت بهبود وضعیت روانی- اجتماعی بیماران (ویستینگ، اسکرپوارهانگ، داهل و آر کیو، ۲۰۱۸) و مدیریت سبک زندگی آنها نیاز است. با توجه به مطالب مذکور، لازم است تا برای آموزش خودمراقبتی، وضعیت کلی افراد و نیازهای خاص آنها در

صیدی و همکاران، ۱۳۹۵) نیز همخوان است؛ اما برخی از این پژوهش‌ها بر روی افراد مبتلا به دیابت در سنین بالاتر صورت گرفته‌اند؛ و این یافته‌ها از آن جهت که دیابت بیماری مزمنی است که معمولاً فرد، پس از ابتلا به آن تا سنین بالاتر نیز باید رفتارهای خودمراقبتی داشته باشد و بنابراین اضطراب و سایر مشکلات روان-شناختی را به دنبال خواهد داشت و از طرفی این مشکلات در مبتلایان به یک بیماری خاص مانند دیابت، بدون در نظر گرفتن مسایل ویژه‌ی هر سن که به طور جداگانه بررسی می‌شوند، کمابیش در تمام سنین مشابهت دارد، مهم و قابل اتکا خواهند بود. از محدودیت‌های این پژوهش، استفاده از نمونه در دسترس و ابزار کاغذمادی بود؛ و پیشنهاد می‌شود که تعمیم نتایج آن با احتیاط و با در نظر گرفتن همه جوانب صورت گیرد. در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود که مدل خودمراقبتی اطلاعاتی-انگیزشی و مهارت‌های رفتاری بر بیماران مبتلا به دیابت، در بافت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی گوناگون بررسی شود.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش صمیمانه همکاری نمودند تقدیر و سپاسگزاری می‌گردد.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از طرح پژوهشی نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری به تصویب رسیده است. نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

تعارض منافع

مهارت‌های رفتاری و همچنین انگیزه افراد داشته است (جان و همکاران، ۲۰۱۷؛ رابینسون، ۲۰۱۷) و تغییر رفتار بر اساس کاربرد مداخله مبتنی بر مدل خودمراقبتی در راستای پژوهش‌ها، در افزایش پایبندی به درمان در بیماری‌های مزمن سودمند واقع شده است و تغییر رفتاری نیز همچنین یک عامل محرک در کنترل بیماری شناخته شده است. بر همین اساس، نیاز فوری به مداخله تغییر رفتار در افراد پیش‌بینی شده است (آمو، سید، رامپال، ملناف و ایبراهیم، ۲۰۱۹). از این رو به نظر می‌رسد که رفتار در حفظ سلامت (پنا-پورسل، هان، اسمیت، پترسون و آری، ۲۰۱۹) از طریق یک حلقه بازخوردی که مجدداً بر سطوح مهارت‌های مدل خودمراقبتی اطلاعاتی-انگیزشی-مهارت‌های رفتاری در طول زمان مؤثر واقع می‌شود، تاثیرگذار است (لیو و همکاران، ۲۰۱۸). در پژوهش حاضر بدین منظور در جهت اصلاح نگرش منفی و تقویت نگرش مثبت با توجه به هنجارهای نامطلوب اجتماعی و همچنین افزایش اطلاعات افراد و آموزش مهارت‌های لازم به آنها با استفاده از انواع کمک آموزشی‌ها و با در نظر گرفتن شرایط سنی بیماران، تلاش شده است. همانطور که ذکر شد با توجه به اینکه اطلاعات، انگیزه بیمار و همچنین مهارت‌های رفتاری وی بر بهبود زندگی او مؤثر هستند، می‌توان از طریق کاربرد مدل خودمراقبتی اطلاعاتی-انگیزشی-مهارت رفتاری به او کمک کرد تا به کیفیت مورد نظر خود برای زندگی دست یابد، در حالیکه همزمان دیابت خود را به خوبی کنترل می‌کند؛ و با توجه به اینکه برای کنترل مناسب دیابت نیاز به ارتقای سبک زندگی بیمار مبتلا به دیابت است، افزایش اطلاعات، انگیزه و مهارت‌های رفتاری باعث می‌شوند که سبک زندگی بیمار مبتلا به دیابت تغییر کند؛ زیرا این عوامل به خودمراقبتی بیمار کمک می‌کنند؛ و متابعت درمانی را که در دستیابی به کنترل مناسب قند خون و کیفیت بالای زندگی بسیار مهم می‌باشد، به دنبال دارند (موریلو و همکاران، ۲۰۱۷). این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش‌های دیگر (منشینی و همکاران، ۱۳۹۱؛ منتظرنیا و همکاران، ۱۳۹۴؛ فیاض بخش و منصوری، ۲۰۱۸؛ محدث اردبیلی و همکاران، ۲۰۱۹؛ هادیان، ۱۳۹۵؛ عاشوری، ۱۳۹۴؛ میتسونیس و همکاران، ۲۰۰۹؛ درویش باصری و دشت بزرگی، ۱۳۹۵؛

درمانی شهید صدوقی یزد، گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها.

دوازده امامی، محمدحسن؛ روشن، رسول؛ محرابی، علی و عطاری، عباس. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر کنترل قند خون و افسردگی در بیماران دیابتی نوع ۲. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، ۱۱(۴)، ۳۹۲-۳۸۵.

ذوالجناحی، اهداء؛ وفایی، مریم. (۱۳۸۵). رابطه‌ی تیپ شخصیتی D با سیستمهای بازدارنده رفتاری و فعال سازی رفتاری، فصلنامه روان شناسی دانشگاه تبریز، ۱(۲ و ۳)، ۱۳۴-۱۱۳. رخشنده رو، سکینه؛ حیدرنیا، علیرضا؛ اسد، رجب الله (۱۳۸۵). بررسی میزان تاثیر آموزش بهداشت بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی، دانشور پزشکی، ۱۳(۶۳)، ۲۱-۱۵.

زاهدنژاد، هادی؛ پورشریفی، حمید و باباپور، جلیل (۱۳۹۰). ارتباط کانون کنترل سلامت، حافظه و رابطه پزشک - بیمار با رضایت از درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، دومهانامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۹(۲۱)، ۶۷-۷۵.

گلنس، کارن؛ رایمر فرانسیس، مارکوس و لوئیس، باربارا (۱۳۹۵). در ترجمه رفتار بهداشتی و آموزش بهداشت: تئوری پژوهش عملکرد، ترجمه فروغ شفيعی، تهران: انتشارات لادن.

عزیزی، فریدون؛ حاتمی، حسین؛ جان قربانی، محسن (۱۳۹۵). اپیدمیولوژی و کنترل بیماریهای شایع در ایران، تهران، انتشارات اشتیاق، صفحه ۵۲.

قاری نیت، علی اکبر (۱۳۹۵). راهنمای کامل و جدید دیابت (مرض قند). تهران، نشر آزمون.

قاسمی پور، یدالله؛ بهرامی احسان، هادی؛ عباس پور قهرمانلونژاد، سمیه و پورشریفی، حمید (۱۳۹۰). اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر ارضای نیازهای بنیادی روان شناختی در بیماران عمل باز عروق کرونر قلب. روان شناسی بالینی، ۳(۲) (پیاپی ۱۹)، ۵۳-۵۳.

نویدیان، علی؛ عابدی، محمدرضا؛ باغبان، ایران؛ فاتحی زاده، مریم سادات و پورشریفی، حمید. (۱۳۸۹). تاثیر مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن. مجله علوم رفتاری، ۴(۲)، ۱۴۹-۱۵۴.

Al Ksir, K., Wood, D. L., Hasni, Y., Sahli, J., Quinn, M., & Ghardallou, M. (2022). Motivational interviewing to improve self-management in youth with type 1 diabetes: A randomized clinical trial. *Journal of Pediatric Nursing*.

Berhe, K. K., Gebru, H. B., & Kahsay, H. B. (2020). Effect of motivational interviewing

نویسندگان این مطالعه هیچ گونه تعارض منافی در انجام و نگارش آن ندارند.

منابع

اصلي نژاد، محمدعلی؛ الله وردی، رحمت؛ اکرامی، علی (۱۳۸۹). تاثیر مداخلات روانی اجتماعی بر سلامت روان آسیب دیدگان بالای ۱۵ سال زلزله شهر بروجرد. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (بهبود)، ۱۴(۲)، ۱۵۵-۱۴۸.

باقیانی مقدم، محمدحسین؛ افخمی اردکانی، محمد؛ مظلومی، سیدسعید و سعیدی زاده، محمد (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو در یزد. مجله دانشگاه علوم پزشکی یزد، ۱۴(۴)، ۵۴-۴۹.

پورشریفی، حمید؛ زمانی، رضا؛ مهریار، امیر هوشنگ؛ بشارت، محمد علی و رجب، اسدالله (۱۳۹۰). تاثیر مصاحبه انگیزشی و آموزش گروهی شناختی-رفتاری بر بهبود شاخصهای بهزیستی، کیفیت زندگی و مراقبت از خود در افراد مبتلا به دیابت نوع دو. پژوهشهای نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)، ۶(۲۳)، ۶۰-۳۹.

پورشریفی، حمید؛ زمانی، رضا؛ بشارت، محمد علی و مهریار، امیر هوشنگ (۱۳۸۷). تاثیر مصاحبه انگیزشی بر بهبود شاخصهای سلامت جسمی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو. روانشناسی معاصر، ۳(۲) (پیاپی ۲)، ۱۴-۳.

پورشریفی، حمید (۱۳۸۶). تاثیر مصاحبه انگیزشی بر بهبود شاخصهای سلامت در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، تهران: دانشگاه تهران، پایان نامه دکترای روان شناسی سلامت.

حاتملوی سعدآبادی، منیژه؛ پورشریفی، حمید و باباپورخیرالدین، جلیل (۱۳۹۰). نقش کانون کنترل سلامت در رفتارهای خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع دو. مجله دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۳۳(۴)، ۲۲-۱۷.

حیدری، فریبا (۱۳۸۰). بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در کمک به کنترل بیماری دیابت و کاهش اختلالات هیجانی در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱، تهران: دانشگاه تربیت معلم، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی.

خزاعی، احمد. (۱۳۹۵). در ترجمه. جامعه شناسی پزشکی، آرمسترانگ دیوید، توکل محمد. چاپ اول. مؤسسه انتشارات علمی دانشگاه صنعتی شریف. ص ۲۳۴

جعفری زاده م، میزایی م، دهقان دهنوی ع ر، صادقان تفتی م ر، شجاعی فرح، برقیان م ک. (۱۳۸۴). گزارش نهایی اولین برنامه نظام مراقبت عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر استان یزد سال ۱۳۸۴. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

- BEHOLD-16 pilot randomized trial. *General hospital psychiatry*, 68, 65-73.
- Jansink, R., Braspenning, J., Keizer, E., van der Weijden, T., Elwyn, G., & Grol, R. (2013). No identifiable Hb1Ac or lifestyle change after a comprehensive diabetes programme including motivational interviewing: a cluster randomised trial. *Scandinavian journal of primary health care*, 31(2), 119-127.
- Lange, N., & Tigges, B. B. (2005). Influence positive change with motivational interviewing. *The Nurse Practitioner*, 30(3), 44-53.
- Li, Z., Chen, Q., Yan, J., Liang, W., & Wong, W. C. (2020). Effectiveness of motivational interviewing on improving Care for Patients with type 2 diabetes in China: A randomized controlled trial. *BMC health services research*, 20(1), 1-9.
- Magill, N., Graves, H., De Zoysa, N., Winkley, K., Amiel, S., Shuttlewood, E.,... & Ismail, K. (2018). Assessing treatment fidelity and contamination in a cluster randomised controlled trial of motivational interviewing and cognitive behavioural therapy skills in type 2 diabetes. *BMC family practice*, 19(1), 1-9.
- Michalopoulou, M., Ferrey, A. E., Harmer, G., Goddard, L., Kebbe, M., Theodoulou, A.,... & Aveyard, P. (2022). Effectiveness of Motivational Interviewing in Managing Overweight and Obesity: A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*.
- Mulimba, A. A. C., & Byron-Daniel, J. (2014). Motivational interviewing-based interventions and diabetes mellitus. *British Journal of Nursing*, 23(1), 8-14.
- Papus, M., Dima, A. L., Viprey, M., Schott, A. M., Schneider, M. P., & Novais, T. (2022). Motivational interviewing to support medication adherence in adults with chronic conditions: systematic review of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*.
- Rahmani, S., Mansoobifar, M., Sirifi, M. R., Ashayeri, H., & Bermas, H. (2022). Effectiveness of Motivational Interviewing based on the Ability, Information and Motivation Model on Adherence to Treatment and Glycosylated Hemoglobin in Females with Type 2 Diabetes Mellitus. *Iranian Journal of Diabetes and Obesity*, 14(1), 44-50.
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. (2008). *Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior*. Guilford press.
- Salimi, C., Momtazi, S., & Zenuzian, S. (2016). A review on effectiveness of motivational intervention on HgbA1C and depression in people with type 2 diabetes mellitus (systematic review and meta-analysis). *PloS one*, 15(10), e0240839.
- Bilgin, A., Muz, G., & Yuce, G. E. (2022). The Effect of Motivational Interviewing on Metabolic Control and Psychosocial Variables in Individuals Diagnosed with Diabetes: Systematic Review and Meta-Analysis. *Patient Education and Counseling*.
- Binning, J., Woodburn, J., Bus, S. A., & Barn, R. (2019). Motivational interviewing to improve adherence behaviours for the prevention of diabetic foot ulceration. *Diabetes/metabolism research and reviews*, 35(2), e3105.
- Chen, S. M., Creedy, D., Lin, H. S., & Wollin, J. (2012). Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 49(6), 637-644.
- Chlebowy, D. O., El-Mallakh, P., Myers, J., Kubiak, N., Cloud, R., & Wall, M. P. (2015). Motivational interviewing to improve diabetes outcomes in African Americans adults with diabetes. *Western journal of nursing research*, 37(5), 566-580.
- Christie, D., & Channon, S. (2014). The potential for motivational interviewing to improve outcomes in the management of diabetes and obesity in paediatric and adult populations: a clinical review. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 16(5), 381-387.
- Cox, W. M., & Klinger, E. (2011). A motivational model of alcohol use: Determinants of use and change.
- Dehghan-Nayeri, N., Ghaffari, F., Sadeghi, T., & Mozaffari, N. (2019). Effects of motivational interviewing on adherence to treatment regimens among patients with type 1 diabetes: a systematic review. *Diabetes Spectrum*, 32(2), 112-117.
- Frost, H., Campbell, P., Maxwell, M., O'Carroll, R. E., Dombrowski, S. U., Williams, B.,... & Pollock, A. (2018). Effectiveness of motivational interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: a systematic review of reviews. *PloS one*, 13(10), e0204890.
- Huffman, J. C., Golden, J., Massey, C. N., Feig, E. H., Chung, W. J., Millstein, R. A.,... & Celano, C. M. (2021). A positive psychology-motivational interviewing program to promote physical activity in type 2 diabetes: The

- interviewing in the management of diabetes mellitus. *J Psychol Clin Psychiatry*, 5(4), 1-6.
- Thepwongsa, I., Muthukumar, R., & Kessomboon, P. (2017). Motivational interviewing by general practitioners for Type 2 diabetes patients: a systematic review. *Family practice*, 34(4), 376-383.
- Vogel, P. A., Hansen, B., Stiles, T. C., & Götestam, K. G. (2006). Treatment motivation, treatment expectancy, and helping alliance as predictors of outcome in cognitive behavioral treatment of OCD. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 37(3), 247-255.
- Wilson, G. T., & Schlam, T. R. (2004). The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders. *Clinical psychology review*, 24(3), 361-378.
- Wong, M. K., Cheng, S. Y. R., Chu, T. K., Lam, F. Y., Lai, S. K., Wong, K. C., & Liang, J. (2020). Impact of motivational interviewing on self-management in patients with type 2 diabetes: protocol for a pilot randomized controlled trial. *JMIR research protocols*, 9(3), e15709.