



بررسی اثربخشی مداخله مصاحبه انگیزشی مبتنی بر خودکارآمدی بر افزایش متابعت درمانی زنان مبتلا به دیابت نوع دو

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.
استادیار گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.
دانشیار گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

ناصر جعفرزاده ^{id}

حسن میرزاحسینی* ^{id}

نادر منیرپور ^{id}

mirzahoseini.hasan@yahoo.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۱۹

دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۲۶

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۳ پیاپی ۱۲ | ۵۰۸-۵۱۹
پاییز ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف این پژوهش تعیین تأثیر مداخله مصاحبه انگیزشی مبتنی بر خودکارآمدی بر افزایش متابعت درمانی زنان مبتلا به دیابت نوع دو بود. **روش پژوهش:** مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه تجربی نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری و با روش نمونه‌گیری تصادفی بوده که بر روی ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو عضو تحقیقات دیابت شهر تهران که شرایط شرکت در مطالعه را داشتند در سال ۱۳۹۷ اجرا شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه تبعیت از درمان دارویی مورسکی و همکاران (۲۰۰۸) و پرسشنامه جمعیت شناختی با روش مصاحبه و گرفتن نمونه خون جمع‌آوری گردید. هر عضو گروه مداخله ۵ جلسه‌ی ۳۰ الی ۴۵ دقیقه‌ای تحت مصاحبه انگیزشی مبتنی بر خودکارآمدی قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از واریانس اندازه‌های مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که مصاحبه انگیزشی مبتنی بر خودکارآمدی میزان متابعت درمانی ($F=23/73$ ، $p<0/000$) ($Sig=>$) بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را به طور معنی‌داری کاهش داده و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار گزارش شد. **نتیجه‌گیری:** مداخله‌ی مصاحبه انگیزشی مبتنی بر خودکارآمدی در ۵ جلسه 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.

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(جعفرزاده، میرزاحسینی و منیرپور، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

جعفرزاده، ناصر، میرزاحسینی، حسن، و منیرپور، نادر. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی مداخله مصاحبه انگیزشی مبتنی بر خودکارآمدی بر افزایش متابعت درمانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی*، ۳(۳ پیاپی ۱۲): ۵۰۸-۵۱۹.

کلیدواژه‌ها: مصاحبه انگیزشی، خودکارآمدی، متابعت درمانی، دیابت نوع دو

مقدمه

دیابت یک اختلال متابولیک است و در اثر کمبود هورمون انسولین^۱ که به وسیله سلول‌های بتای^۲ لوزالمعده تولید می‌شود و برای ورود قند به داخل سلول‌های بدن ضروری است، ایجاد می‌شود (ابراهیمی، ۱۳۹۵). دیابت نوع اول و دوم دو شکل اصلی این اختلال هستند (انجمن دیابت آمریکا^۳، ۲۰۰۷؛ به نقل از صمدزاده، پورشریفی و باباپور خیرالدین، ۱۳۹۳). دیابت نوع اول در اثر کمبود هورمون انسولین (ابراهیمی، ۱۳۹۵) و دیابت نوع ۲، در اثر کمبود یا عدم حساسیت بدن به انسولین و در نتیجه اختلال در سوخت و ساز گلوکز^۴ به وجود می‌آید و از این رو توازن بین تولید انسولین و حساسیت به آن در بدن از بین می‌رود (صدوقی و عکاشه، ۱۳۸۸). دیابت نوع ۲ بیماری پیچیده و شایعی است که نیازمند مراقبت‌های روزانه و مداوم است. در سال ۲۰۱۰، شیوع آن در بین افراد ۷۹-۲۰ ساله حدود ۶ درصد بوده است که این رقم تا سال ۲۰۳۰ به حدود ۷/۷ درصد، افزایش خواهد یافت. همچنین شیوع آن در افراد در دهه ی گذشته به طور چشمگیری افزایش یافته است (انجمن دیابت آمریکا، ۲۰۱۴) و پژوهش‌ها نشان می‌دهد که شیوع کلی دیابت نوع ۲ در افراد زیر ۱۹ سال، ۲۲ مورد در هر ۱۰۰ هزار کودک می‌باشد (دنيسن، هالوود، اسپنس، شیا، وانيسکی و وینگ، ۲۰۱۲). پسران و دختران به یک نسبت گرفتار می‌شوند و رابطه ی محسوسی بین وضعیت اجتماعی-اقتصادی با ابتلا به آن وجود ندارد. همچنین بعضی از افرادی که از نظر ارثی مستعد ابتلا به دیابت هستند، هیچگاه به این بیماری دچار نمی‌شوند. این امر نشان می‌دهد که سایر عوامل، از جمله عوامل محیطی، نیز در بروز دیابت نقش دارند (ابراهیمی، ۱۳۹۵).

با توجه به این مطلب که عوامل زیادی در سیر ابتلا به دیابت (کالوین، گاویریا و ریوز، ۲۰۱۵) و همچنین کنترل آن نقش دارند توجه به وضعیت روانشناختی بیماران، بخصوص در سنین حساس رشد، مهم و ضروری است. افراد مبتلا به دیابت در معرض خطر بالای ابتلا به اختلالات روانی هستند که بیش‌تر به نظر می‌رسد به علت بیماری آن‌ها باشد تا این‌که در اثر یک زمینه ی ژنتیکی به وجود آمده باشد (بوتویکا، فریزن، آلمکویست، زدلیوس و لیچتنتسین، ۲۰۱۵). بعضی از بیماران مثبت اندیش 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 (لوییس و میلر، ۲۰۱۸)، بعضی دیگر از بیماران پذیرش خود را که نقشی حیاتی در کنترل بیماری بازی می‌کند، افزایش می‌دهند (مایکل، ۱۹۹۶). همچنین، در درمان‌های به کار رفته در مورد بیماران دیابتی، اغلب از پرداختن به مشکلات روانشناختی این قشر، به ویژه افراد غفلت شده است (عطایی مغانلو، ۱۳۹۴).

بیماران دیابتی جهت پیروی از رژیم درمانی خود، در زمینه‌های اجتماعی با مشکلات متعددی مواجه هستند، به گونه‌ای که دیابت امروزه یک مشکل جدی طبی-اقتصادی محسوب می‌شود و بار مالی عظیمی را بر دوش فرد و اجتماع تحمیل می‌کند (لو، ۱۹۹۹). متابعت درمانی به صورت هر گونه تعهد به اجرای دستورات دارویی، اجرای رفتارهای مورد انتظار سلامتی و سبک زندگی هست. متابعت درمانی که به صورت میزان

1. Insulin
2. Beta cells
3. American Diabetes Association
4. Glucose

مطابقت رفتار افراد با توصیه‌های سلامتی یا درمانی، مصرف منظم داروها، رعایت اصول سبک زندگی و تعهد به توصیه‌های پزشکان تعریف می‌شود (شو، سری و زمیت، ۲۰۱۰). عدم متابعت و کنترل ضعیف قندخون در واقع موانع بزرگی در جهت تحقق مزایای بالقوه حاصل از درمان به شمار می‌آیند و هزینه‌های غیرقابل تخمینی را در زمینه‌های اقتصادی و انسانی به همراه دارند (چان و مداسیوتس، ۱۹۹۹). مطالعات متعددی درباره دیابت و مسائل اجتماعی بیماران انجام شده است و برخی از آن‌ها بر نقش حمایت اجتماعی جهت کنترل دیابت تمرکز داشته‌اند (فوکونیشی و همکاران، ۱۹۹۸). به این دلیل که دیابت بیماری هزینه‌بر می‌باشد، محدودیت‌های اجتماعی اقتصادی بیماران عامل قابل توجهی جهت فهم متابعت آنان است که یکی از عوامل فقدان حمایت اجتماعی جهت رهبری یک شیوه زندگی فعال و سالم است (لوتفی و ویشنر، ۱۹۹۹). بنابراین متابعت دیابتی‌ها را بایستی از جنبه‌های اجتماعی و محیطی هم مدنظر قرار داد (کنکت، ۲۰۰۰).

مصاحبه انگیزشی، یکی از روش‌هایی است که به نظر می‌رسد در افزایش انگیزه بیماران برای تبعیت از توصیه‌های درمانی موثر باشد. خودکارآمدی، حس توانمندی و کنترل را در فرد افزایش می‌دهد، بنابراین بیماری را خارج از کنترل خود نمی‌داند و تلاش بیشتری در جهت پیروی از درمان می‌کند (قهرمانی، همتی مسلک و علی‌نژاد، ۱۳۹۶). میلر و رولنیک (۲۰۰۲)، مصاحبه انگیزشی^۱ را روشی مراجع محور^۲ و رهنمودی^۳ تعریف کرده‌اند که از طریق کشف و رفع تردید، انگیزه درونی را جهت تغییر افزایش می‌دهد. مقاله‌های مروری و فراتحلیل‌های متعدد، کاربرد مصاحبه‌ی انگیزشی را در حوزه‌های مختلف از جمله مصرف سیگار، مصرف الکل، سوء مصرف مواد، پیروی از درمان، اختلال‌های خوردن، رژیم غذایی و تمرین‌های ورزشی نشان داده‌اند (به عنوان مثال، بورک، آرکوویتز و منچولا، ۲۰۰۳) یافته‌ها گویای آن است که مصاحبه انگیزشی در بیماری‌های روانشناختی و جسمانی موثر بوده و به طور نسبی اثر بالینی یکسانی در این بیماری‌ها داشته است (روباک، ساندبیک، لارویتسن و کریستنسن، ۲۰۰۵)؛ بنا بر شواهد فوق، تنوع پژوهش‌ها در دهه‌های اخیر درباره‌ی مداخلات درمانی دیابت گسترده بوده و نتایج نشان دهنده‌ی پراکندگی و گوناگونی اثربخشی مداخلات است. لذا با توجه به شواهد ذکر شده که نشانگر تاثیر گذاری عوامل مختلف در نتیجه‌گیری از درمان‌های دیابت می‌باشد. فرضیه اصلی مطالعه حاضر این است که مداخله مصاحبه انگیزشی مبتنی بر خودکارآمدی بر افزایش متابعت درمانی زنان مبتلا به دیابت نوع دو، موثرتر بوده و تاثیر پایداری می‌گذارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر، یک مطالعه نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ 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 ۳۰ نفر انتخاب و در یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل گمارده شدند. کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو (مطابق تشخیص متخصص دیابت مرکز) که در سال ۱۳۹۷ در مرکز تحقیقات دیابت شهر تهران عضو بوده

1. Motivational Interviewing
2. Client-centered
3. Directive

و بیش از شش ماه از تشکیل پرونده آن‌ها گذشته بود، جامعه آماری پژوهش حاضر بودند. این افراد در گروه سنی ۴۰ تا ۵۰ سال بوده و میزان تحصیلاتشان دبیرستان و بالاتر بود. ملاک‌های ورود: ابتلا به دیابت نوع ۲، رده سنی ۴۰-۵۰ سال، حداکثر شش ماه از پذیرش آن‌ها گذشته باشد، توانایی جسمانی شرکت در جلسات مصاحبه انگیزشی را (مربوط به گروه آزمایشی) داشته باشند، حداقل سواد سیکل بالاتر را داشته باشد. ملاک‌های خروج: ساکن بودن در خارج از تهران، غیبت بیش از دو جلسه، عدم تمایل به همکاری، عدم رعایت مقررات و جلسات گروه، ابتلا به بیماری‌های جسمانی دیگر و روانشناختی.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه تبعیت از درمان دارویی موریسکی و همکاران (۲۰۰۸)^۱. پرسشنامه تبعیت از درمان دارویی توسط موریسکی و همکاران (۲۰۰۸) در اصل برای سنجش تبعیت درمان دارویی بیماران دارای فشار خون توسعه داده شده است. با این حال در پژوهش‌های مختلف از این پرسشنامه برای تبعیت درمان بیماران مختلف نظیر بیماران سرطانی (عسگر آباد، بهنام وشانی، بدیعی، حشمتی نبوی، ملک زاده، ۱۳۹۳)، قلبی-عروقی (دیانتی، مهدوی نژاد، تقدسی، ۱۳۹۶) استفاده شده است. سوالات پرسشنامه برای درک پاسخ دهندگان ساده است و اغلب در جمعیت با سواد کم استفاده شده است. پرسشنامه ۸- MMAS شامل هفت سوال دو گزینه‌ای (با پاسخ‌های بله و خیر) و یک سوال به صورت لیکرتی است و سوال شماره ۵ آن بر عکس سایر سوالات نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات کلی آن بین صفر تا ۸ است. هر چه نمره بدست آمده کم‌تر باشد تبعیت دارویی افراد بیش‌تر خواهد بود. جهت نمره‌گذاری در سوالات ۱ تا ۷ به پاسخ‌های بلی نمره ۱ و به پاسخ‌های خیر نمره صفر تعلق می‌گیرد. سوال ۵ به صورت معکوس نمره می‌شود. در سوال ۸ برای پاسخ هرگز نمره ۱، گاهی اوقات نمره ۰/۷۵، معمولاً نمره ۰/۵، معمولاً نمره ۰/۲۵، و همیشه نمره صفر تعلق می‌گیرد. در پژوهش موریسکی و همکاران (۲۰۰۸) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۸۳ محاسبه شد. در مطالعه مهرتاک، همتی و بخش زاده، (۲۰۱۸) ضمن سنجش روایی صوری و محتوایی این ابزار توسط اساتید متخصص، پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۶۸ گزارش شده است (مهتاک، همتی و بخش زاده، ۲۰۱۸).

۲. مصاحبه انگیزشی مبتنی بر خودکارآمدی. راهنمای مصاحبه‌ی انگیزشی مبتنی بر خودکارآمدی گروهی، ویژه‌ی افراد مبتلا به دیابت، بر اساس اصول و فنون مصاحبه‌ی انگیزشی و گرفتاری‌های رایج بیماران دیابتی ایرانی تدوین گردیده است که نسخه‌ای از آن در پیوست یک ارائه شده است. برای این منظور ابتدا تعداد ۱۵ نفر از بیماران دیابت نوع ۲ را که دارای ملاک پژوهش بودند، دعوت و به واسطه‌ی طرح سؤال‌هایی در خصوص گرفتاری‌های رایج بیماران دیابتی بحث گروهی متمرکز^۲ اجرا شد، بعد از استخراج نتایج حاصل از بحث گروهی متمرکز، با استفاده از اصول مصاحبه‌ی انگیزشی (نشان دادن همدلی، آشکار کردن ناهمخوانی، کنار آمدن با مقاومت، حمایت از خودکارآمدی و نیز با استفاده از فنون مصاحبه‌ی انگیزشی (سؤال‌های باز پاسخ^۳، گوش دادن انعکاسی، تایید خلاصه‌سازی و فراخوانی بیان‌های خودانگیزشی)

۱. The eight-item Morisky Medication Adherence Scale

2. focus group discussion

3. open-ended questions

که منطبق بر آموزه‌های میلر و رولنیک (۲۰۰۲) است، راهنمای کار متناسب با نیازهای بیماران دیابتی ایرانی تدوین گردید.

جلسه اول (آشنایی). آشنایی، معارفه، هنجارها و فرآیندهای گروه، معرفی رویکرد انگیزشی مبتنی بر خودکارآمدی، اجرای پیش‌آزمون.

جلسه دوم (احساسات). تمرین شناسایی احساسات، تمرین و تکمیل تمرین ابعاد تأثیر با ابعاد احساسی و تکلیف خانگی.

جلسه سوم (ابعاد مثبت و منفی رفتار). تمرین بارش ذهنی سود و زیان‌های کوتاه و بلندمدت، توصیف و تمرین گزینه‌های اصلاحی جایگزین.

جلسه چهارم (ارزش‌ها). تعریف ارزش‌ها، انجام تمرین شناسایی و اولویت‌بندی ارزش‌های درجه یک، تمرین تعریف ارزش‌ها و تمرین تطابق ارزش و رفتار.

جلسه پنجم (چشم‌انداز و سنجش پایانی). خلاصه و جمع‌بندی تمرین‌های جلسات قبلی در قالب تمرین چشم‌انداز و برگزاری پس‌آزمون.

روش اجرا. قبل از مداخله، آزمودنی‌ها، مورد سنجش‌های اولیه قرار گرفتند. این سنجش‌ها شامل آزمایش قند خون، وزن و تکمیل پرسشنامه متابعت درمانی بود. سپس این افراد در دو گروه آزمایشی که هر گروه شامل ۱۵ نفر بود و یک گروه ۱۵ نفری کنترل گمارده شدند. هر کدام از این گروه‌ها در جلسات مصاحبه انگیزشی (۵ جلسه) شرکت کردند. گروه آزمایشی در جلسات مصاحبه انگیزشی مبتنی بر خودکارآمدی 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. هر دو گروه آزمایشی و کنترل، حدود سه ماه بعد از سنجش اولیه، سنجش پس‌آزمون را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد. همچنین از آزمون تعقیبی بن‌فرونی جهت بررسی پایداری تأثیرات در مرحله پیگیری استفاده شد.

یافته‌ها

به لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی پژوهش حاضر، میانگین سن اعضای گروه آزمایش ۵۴/۲۱ سال (با انحراف معیار ۷/۳۴) و گروه گواه ۵۰/۷۳ سال (با انحراف معیار ۶/۳۱) بود.

جدول ۱. داده‌های توصیفی نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

پیگیری مصاحبه انگیزشی مبتنی بر خودکارآمدی

شاخص‌های آماری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تبعیت از درمان انگیزشی	مصاحبه	۵/۷۵	۱/۱۰	۲/۵۸	۰/۷۵	۲/۷۱	۰/۸۴

مبتنی بر خودکارآمدی		کنترل	
۱/۴۳	۵/۳۰	۱/۲۰	۵/۵۵
۱/۰۶	۵/۷۳		

اطلاعات جدول ۱ حاکی از افزایش نمره‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در متغیر تبعیت از درمان دارویی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون است.

جدول ۲. نتایج توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

گروه	آزمون شاپیرو ویلک	آزمون لوین	W موخلی
متغیر	درجه آزادی	درجه آزادی	مقدار X ^۲ آماره
تبعیت از مصاحبه انگیزشی مبتنی بر خودکارآمدی	۱۵	۲۸	۰/۳۷
دارویی	۱۵	۰/۹۱	۰/۹۸

در جدول ۲، نتیجه آزمون شاپیرو ویلک حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان‌دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیر تبعیت از درمان دارویی است. نتیجه آزمون موخلی نیز حاکی از برقراری مفروضه کُرویت است. بنابراین می‌توان از نتیجه آزمون‌های درون‌گروهی بدون تعدیل درجه آزادی استفاده کرد.

جدول ۳. تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه مرحله

منابع تغییرات	گروه	اجزاء	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
تبعیت از مصاحبه	مراحل مداخله	۴۵/۰۶	۱	۴۵/۰۶	۲۲۶/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۸۹	
درمان انگیزشی مبتنی بر خودکارآمدی	مراحل × گروه	۲۵/۳۵	۱	۲۵/۳۵	۱۲۷/۱۲	۰/۰۰۰	۰/۸۲	
دارویی	گروه	۷۶/۵۴	۱	۷۶/۵۴	۲۳/۷۳	۰/۰۰۰	۰/۴۵	

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تعامل مراحل با گروه آزمایش در سه مرحله اندازه‌گیری در نمره تبعیت از درمان دارویی ($F=23/73$, $Si g= 0/000$) با اندازه اثر ۰/۴۵ مؤثر بوده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی در سه مرحله به تفکیک گروه‌ها

شاخص‌های آماری	مرحله	مصاحبه مبتنی بر خودکارآمدی	انگیزشی	گروه گواه
تفاوت میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	تفاوت معیار	انحراف معیار

۰/۹۱	۰/۱۸	۰/۰۰	۳/۱۶	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	تبعیت از درمان دارویی
۰/۱۱	۰/۴۳	۰/۰۰	۳/۰۳	پیش‌آزمون	پیگیری	
۰/۶۱	۰/۲۵	۰/۶۵	-۰/۱۳	پس‌آزمون	پیگیری	

در جدول ۴ نتایج آزمون بنفرونی نشان می‌دهد تفاوت میانگین تبعیت از درمان دارویی بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($P=0/05$) اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری در نمره تبعیت از درمان دارویی معنادار نیست که بیان‌گر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله مصاحبه انگیزشی مبتنی بر خودکارآمدی بر افزایش متابعت درمانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل یافته‌ها نشان می‌دهد که مصاحبه انگیزشی مبتنی بر خودکارآمدی بر بهبود متابعت درمانی افراد موثر است ($P > 0/05$). در مجموع بر اساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت که مداخله‌ی مصاحبه انگیزشی مبتنی بر خودکارآمدی بر بهبود متابعت درمانی مبتلایان به دیابت. تاثیر مطلوبی داشته است و سبب شده است که بیماران بیش‌تر از گذشته رفتارهای مرتبط با سلامت داشته باشند. بر این اساس می‌توان اظهار داشت که مصاحبه انگیزشی باعث جلب همکاری و رغبت به ادامه درمان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. به بیان دیگر مصاحبه انگیزشی باعث افزایش همکاری و رغبت به ادامه درمان در مرحله پس‌آزمون است. اغلب مشکلات بهداشتی، درمانی و بهداشت روانی در کشور ناشی از مسائلی همچون عدم حضور و مشارکت با انگیزه در جلسات مشاوره، عدم مصرف مرتب داروها، عدم تکمیل دوره‌های درمانی، ترک درمان، عادات نادرست بهداشتی و تغذیه‌ای، رفتارهای اعتیادی، بستری شدن مجدد در بیمارستان، عود بیماری، اتکاء صرف افراد حرفه‌ای فقط به توصیه‌ها و نصیحت‌ها می‌باشد که اغلب این‌گونه رفتارها نیاز به تغییر رفتار و مشارکت فعال مراجعان دارد، این مهم را می‌توان با استفاده از مشاوره‌های انگیزشی مرتفع ساخت (نویدیان و پورشریفی، ۱۳۹۰). از آن‌جا که عدم وجود انگیزه، یکی از مهم‌ترین دلایل شکست درمان، نارسایی در انجام تکالیف و دیگران نتایج منفی است (دریسچنر، لامرز و وندراستاک، ۲۰۰۴) و ایجاد انگیزه در بیماران به منظور رغبت و تمایل به ادامه درمان یکی از مهم‌ترین وظایف پرسنل درمانی است (لونسکی، فورس همز، دونوهو و بیتز، ۲۰۰۷)، مصاحبه انگیزشی توانسته با تغییراتی که در نگرش افراد نسبت به تغییر ایجاد میکند و افزایش مشارکت آنان میزان همکاری آنان را افزایش داده و رغبت به ادامه درمان را در آنان بیش‌تر کند. سوادکوهی و نویدیان (۱۳۹۴) نیز به این نتیجه رسیدند که افزودن مصاحبه انگیزشی قبل از شروع درمان باعث بالا بردن انگیزه بیماران شده و باعث ماندگاری بشتر این بیماران در طول درمان خواهد شد (سوادکوهی و نویدیان، ۱۳۹۴). که با یافته‌های این پژوهش همخوانی دارد. همچنین نویدیان و پورشریفی (۱۳۹۰) به این نتیجه رسیدند که یک پیش جلسه چند دقیقه‌ای به شیوه مصاحبه انگیزشی نه شیوه دستوری و مقتدرانه سنتی، تاثیر مثبت و قابل توجهی بر تمایل به همکاری و پیامدهای درمانی دارد (نویدیان و پورشریفی، ۱۳۹۰).

در پژوهش حاضر، همانند بسیاری از پژوهش‌های دیگر، محدودیت‌هایی وجود داشت. برخی از محدودیت‌های این پژوهش از مشکلات هزینه‌ای و فقدان زمان کافی ناشی شده بود، که شاید مختص پژوهش‌هایی از نوع پژوهش حاضر است که در قالب طرح پژوهشی دکترا و بدون استفاده از امکانات یک سازمان صورت می‌پذیرند. در ادامه همه‌ی محدودیت‌ها ذکر می‌شود و در مبحث پیشنهادها، سعی خواهد شد راهکارهای لازم برای رفع مواردی که امکان برطرف نمودن آن‌ها وجود دارد ارائه شود، با این امید که پژوهش‌های بعدی با محدودیت‌های کم‌تری مواجه شوند. همکاری بسیار پایین افراد گروه نمونه جهت شروع و شرکت در گروه‌های مداخله از محدودیت‌های دیگر این تحقیق است. این اشکال هم به سبب فرهنگی بود؛ چرا که اهمیت زیادی به بحث سلامتی خود نمی‌دادند و همه‌ی امور روزمره زندگی را بر آن ترجیح می‌دادند و دلایل زیادی جهت نداشتن وقت کافی برای شرکت در کلاس‌ها می‌آوردند و از طرف دیگر زمان اجرای مداخله در فصل زمستان بود که رفت و آمد را برای کسانی که از اطراف شهر تهران می‌آمدند مشکل می‌کرد. عدم دسترسی به روان‌شناسانی که دانش و مهارت لازم را در کاربست مداخلات داشته و حاضر به مشارکت در طرح باشند موجب شد که برای اجرای مداخلات افزایش انگیزه و رفتاری شناختی از یک روان‌شناس استفاده شود. از آنجا که در مکانیسم‌های مشترک اثربخشی درمان‌ها، مهارت ایجاد رابطه به عنوان یکی از عوامل مشترک مطرح بوده و می‌تواند جدا از اثربخشی اختصاصی مداخله، نتایج را تحت تاثیر قرار دهد، چنانچه محدودیت عدم استفاده از چندین روان‌شناس وجود نداشت، امکان کنترل مهارت‌های بین فردی درمانگر، به عنوان یک عامل مزاحم، وجود داشت.

اجرای آموزش‌ها و مداخله‌های گروهی را به گونه‌ای که امکان تبادل تجارب شرکت کنندگان فراهم شود، به منظور افزایش حمایت اجتماعی چه از نوع عاطفی و چه از نوع اطلاعاتی، در دستور کار قرار دهند. با توجه به اثربخش بودن مداخلات گروهی در کنترل بیماری دیابت و نیز عدم امکان اجرای حضوری مداخلات توصیه می‌شود که با توجه به محتوای جلسات مداخله در قالب کتابچه یا بروشور به بیماران اطلاع رسانی شود. از آنجا که اثربخشی مداخله به صورت گروهی و با توجه به تعداد جلسات ناهمسان مورد بررسی قرار گرفته است، پیشنهاد می‌شود در صورتی که تغییری در اجرای مداخله صورت پذیرفت و یا این مداخلات در کنار هم اجرا شد، اثربخشی آن‌ها در قالب طرح پژوهشی مورد مطالعه قرار گیرد.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین 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، شرکت کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاس‌گزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- ابراهیمی، ایوب. (۱۳۹۵). *دیابت نوع یک (وابسته به انسولین) به زبان ساده*. تهران: ارجمند.
- 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.
- دیانتی، منصور، مهدوی نژاد، بهناز، و تقدسی، محسن. (۱۳۹۶). بررسی تبعیت دارویی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به سندروم عروق کرونر در دوره پس از ترخیص از بیمارستان بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۶. *دوماهنامه علمی-پژوهشی فیض*. ۲۳(۲): ۲۰۱-۲۰۸.
- 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 ۲. *دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۹(۳۱): ۶۷-۷۵.
- سوادکوهی، شهناز، و نویدیان، علی. (۱۳۹۴). بررسی تاثیر مصاحبه انگیزشی بر طول درمان بیماران مبتلا به مواد مخدر، مراجعه کننده به کلینیک ترک اعتیاد بیمارستان حضرت علی اصغر(ع) شهر زاهدان. *دومین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران*.
- صدوقی، مجید، و عکاشه، گودرز. (۱۳۸۸). اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش سردرد تنشی مزمن. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۱۱(۳): ۸۵-۹۲.
- عطایی مغانلو، وحید، و عطایی مغانلو، رقیه. (۱۳۹۴). تأثیر درمان فعال سازی رفتاری مبتنی بر تغییر سبک زندگی بر افسردگی، بهزیستی روان شناختی و احساس گناه در کودکان ۷ تا ۱۵ ساله مبتلا به دیابت. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۴(۴): ۳۲۵-۳۳۸.
- قهرمانی، امیر، همتی مسلک پاک، معصومه، و علی نژاد، وحید. (۱۳۹۶). تأثیر مصاحبه انگیزشی مبتنی بر خودکارآمدی بر نتایج آزمایشگاهی در مبتلایان به دیابت نوع دو. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۵(۸): ۶۸۸-۶۹۵.
- نویدیان، علی، و پورشریفی، حمید. (۱۳۹۰). *مصاحبه انگیزشی (راهنمای عملی مصاحبه انگیزشی گروهی)*. تهران: انتشارات سخن گستر.

References

- Aditama, S. (2011). *The relationship of self care, self efficacy and social support with HbA1c among type2 diabetes mellitus patients*. Thesis summary: medicine gadjah mada university Yogyakarta.
- Bach, J. F. (2002). The effect of infections on susceptibility to autoimmune and allergic diseases. *N Engl J Med*, 347, 911-920.
- Bogner, H. R., Morales, K. H., Post, E.P., Bruce, M. L. (2007). Diabetes, depression, and death: a randomized controlled trial of a depression treatment program for older adults based in primary care (PROSPECT). *Diabetes Care*, 30, 3005-3010.

- Bond, F. W., Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions, *Journal of occupational health psychology*, 5(1), 156 – 163.
- Butwicka, A., Frisén, L., Almqvist, C., Zethelius, B., & Lichtenstein, P. (2015). Risks of psychiatric disorders and suicide attempts in children and adolescents with type 1 diabetes: a population-based cohort study. *Diabetes care*, 38(3), 453–459.
- Calvín, J. R., Gaviria, A. Z., & Ríos, M. M. (2015). Prevalence of depression in type 2 diabetes mellitus. *Revista Clínica Española (English Edition)*, 215(3), 156-164.
- Dennison, B., Hollowood, K., Shea, L., Spence, M., Waniewski, P., & Wing, R. (2012). *Children with diabetes: A resource guide for families and schools*. New York State Department of Health.
- Denollet, J. (2000). Type D personality. A potential risk factor defined. *J Psychosom Res*, 49, 255-66.
- Drieschner, K.H., Lammers, S., & van der Staak, C.P. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical psychology review*, 23 8, 1115-37.
- Egede, L. E. (2005). Effect of depression on self-management behaviors and health outcomes in adults with type 2 diabetes. *Curr Diabetes Rev*, 1, 235-243.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31, 772-799.
- Levensky, E. R., Forcehimes, A., O'Donohue, W. T., & Beitz, K. (2007). Motivational interviewing: an evidence-based approach to counseling helps patients follow treatment recommendations. *AJN The American Journal of Nursing*, 107(10), 50-58.
- Lustman, P. J. (2008). cognitive behavior therapy for depression in type2 diabetes mellitus, *journal of ANN Intern Med*, 129, 613-621.
- Mehrtak M, Hemmati A, Bakhshzadeh A. (2018). Health Literacy and its Relationship with the medical, dietary Adherence and exercise in Patients with Type II Diabetes mellitus. *Journal of Health Literacy*. 3(2):137-44.
- Morisky D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., Ward, H. J. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J ClinHypertens (Greenwich)*. 10(5):348-54.
- Nouwen, A., Winkley, K., Twisk, J., Lloyd, C. E., Peyrot, M., Ismail, K., & Pouwer, F. (2010). Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*, 53,2480-2486.
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. (2008). *Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior*. Guilford press.
- Sabourin, B. C; Vallis, M; Currie, S. H. (2011). Development and pilot-testing of a brief psychosocial intervention protocol for type2 diabetes self management. *Canadian journal of diabetes*; 35(3), 287-294.
- Van Bastelaar, K. M., Pouwer, F., Snoek, F. (2011). Web-based cognitive behavioural therapy is effective in the treatment of depression symptoms and diabetes-specific emotional distress in type 1 and type 2 diabetes patients. *Diabetes Care*, 18,220-227.
- Van der Feltz-Cornelis, C. M., Nuyen, J., Stoop, C., Chan, J., Jacobson, A. M., Katon, W., Snoek, F., & Sartorius, N. (2010). Effect of interventions for major depressive disorder and significant depressive symptoms in patients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*, 32, 380-395.

پرسشنامه تبعیت از درمان دارویی موریسکی و همکاران (۲۰۰۸)

سوال	محتوی سوال	بلی	خیر
۱	آیا تا کنون مواردی بوده است که فراموش کرده باشید داروهایتان را مصرف کنید؟		
۲	آیا در طی دو هفته اخیر روزی وجود داشته که شما داروهایتان را به هردلیلی غیر از فراموشی، مصرف نکرده باشید؟		
۳	آیا تا کنون مواردی بوده که به علت بدتر شدن حالتان بعد از مصرف دارو، بدون اجازه پزشک تان، مقدار دارو را کم یا کلا دارو را مصرف نکرده باشید؟		
۴	آیا تا کنون مواردی بوده که زمانی که به مسافرت رفته اید یا خانه را ترک کرده اید داروهایتان را همراه خود نبرده باشید؟		
۵	آیا شما دیروز داروهایتان را مصرف کردید؟		
۶	آیا شما وقتی احساس می کنید که علائم بیماری تان برطرف شده است، داروهایتان را قطع می کنید؟		
۷	آیا تا کنون شما احساس کرده اید که از ادامه درمان بیماریتان ناتوان هستید؟		
۸	هرچند وقت به خاطر می آورید که تمام داروهایتان را مصرف کرده اید؟		
	هرگز به ندرت	گاهی اوقات	معمولا همیشه

The effectiveness of self-efficacy-based motivational interview on increasing medication adherence in women with type-2 diabetes

Naser. Jafarzadeh¹, Hassan. Mirzahoseini^{2*}, & Nader. Monirpour³

Abstract

Aim: The purpose of this study was to determine the effectiveness of self-efficacy-based motivational interview intervention on increasing medication adherence in women with type 2 diabetes. **Method:** The current study is a quasi-experimental study with a pre-test, post-test, and follow-up design and a available sampling method, which was conducted on 30 type-2 diabetes patients, members of the Tehran Diabetes Research Institute, who were eligible to participate in the study in 2017. The data were collected using the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (2008) and the demographic questionnaire by interviewing and taking blood samples. Each member of the intervention group underwent five 30-to-45-minute sessions of motivational self-efficacy-based interviews based on self-efficacy. Data were analyzed using a variance of repeated measures. **Results:** The findings showed that self-efficacy-based motivational interview significantly reduced medication adherence ($F=23.73$, $Sig=0.000$) of patients with type 2 diabetes, and this effect was in the stable follow-up phase. **Conclusion:** The motivational self-efficacy-based interview intervention in five sessions positively affected medication adherence in type 2 diabetes patients. Therefore, it is suggested that this intervention be done in more time and sessions.

Keywords: motivational interview, efficacy, adherence therapy, type 2 diabetes.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

1. Phd student, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.
2. *Corresponding Author: Assistant professor, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.
Email: mirzahoseini.hasan@yahoo.com
3. Associate Professor, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.