

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال ششم شماره ۲۳ پاییز ۱۳۹۰

تأثیر مصاحبه‌ی انگیزشی و آموزش گروهی شناختی- رفتاری بر بهبود شاخص‌های بهزیستی، کیفیت زندگی و مراقبت از خود در افراد مبتلا به دیابت نوع دو

حمید پورشریفی^۱

رضا زمانی^۲

امیر هوشنگ مهریار^۳

محمدعلی بشارت^۴

اسدالله رجب^۵

چکیده

هدف پژوهش حاضر، مطالعه‌ی اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی گروهی و آموزش گروهی شناختی- رفتاری را در افراد مبتلا به دیابت نوع دو در خصوص شاخص‌های بهزیستی، کیفیت زندگی و مراقبت از خود بود. از میان مراجعان انجمن دیابت ایران و انستیتو غدد و متابولیسم، ۹۳ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو انتخاب شدند. سنجش در سه مرحله انجام پذیرفت؛ مرحله‌ی اول، خط پایه یا پیش‌آزمون، مرحله‌ی دوم، دو هفته بعد از آخرین جلسه‌ی مداخله، مرحله‌ی سوم، ۹ هفته بعد از آخرین جلسه‌ی مداخله. شرکت‌کنندگان به طور تصادفی به گروه‌های مصاحبه‌ی انگیزشی (۳۰ نفر)، آموزش گروهی شناختی - رفتاری (۲۶ نفر) و کنترل (۳۷ نفر)

Email: poursharifh@gmail.com

۱- استادیار دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول).

۲- استاد دانشگاه تهران.

۳- استاد مؤسسه عالی پژوهش در مدیریت و برنامه‌ریزی.

۴- استاد دانشگاه تهران.

۵- رئیس انجمن دیابت ایران.

اختصاص یافتند. میان گروه‌های پژوهش از نظر ویژگی‌های خط پایه (سن، سابقه‌ی دیابت، جنسیت، آمادگی تغییر، الگوهای شخصی و شاخص‌های پیامد) تفاوتی دیده نشد. برای هر کدام از مداخله‌ها، بر اساس راهنمای عمل، چهار جلسه‌ی گروهی به مدت ۹۰ دقیقه توسط روانشناس واحدی برگزار شد.

یافته‌های پژوهش نشان داد در بیماران دیابت نوع دو، مصاحبه‌ی انگیزشی به شکل گروهی آن می‌تواند به عنوان مداخله‌ای مؤثر، کیفیت زندگی، و مراقبت از خود (در زمینه‌ی ورزش)، و آموزش گروهی شناختی - رفتاری می‌تواند به عنوان مداخله‌ای مؤثر، شاخص بهزیستی، شاخص کلی مراقبت از خود، و مراقبت از خود (در زمینه‌ی رژیم غذایی) را بهبود بخشد، و مداخله‌ی مصاحبه‌ی انگیزشی گروهی، بهتر از آموزش گروهی شناختی - رفتاری، می‌تواند مراقبت از خود (در زمینه‌ی رژیم غذایی) را بهبود بخشد.

واژگان کلیدی: دیابت نوع دو، مصاحبه‌ی انگیزشی (MI)، آموزش گروهی شناختی - رفتاری، کیفیت زندگی، بهزیستی، مراقبت از خود.

مقدمه

اغلب متخصصان رفتاری سلامت علاقمندند از این امر آگاهی یابند که چگونه می‌توان بیماران را به تغییر رفتارهای مرتبط با سلامت تشویق نمود. تشویق به تغییر رفتار همیشه راه همواری نبوده و در بسیاری از موارد متخصصان در این راه با سختی‌هایی مواجه می‌شوند. یکی از این سختی‌ها وقتی پدید می‌آید که بیمار در مورد تغییر، تردید و دودلی^۱ داشته باشد و یا در مقابل آن مقاومت^۲ کند. مدل مراحل تغییر که پروچاسکا، دیکلمنت و نورکراس^۳ (۱۹۹۲) ابداع نموده‌اند، بر فهم ما در این خصوص می‌افزاید. چرا که مطابق آن، افراد طی تغییر از مراحل مختلف (پیش از تأمل^۴، تأمل^۵، عزم^۶ یا آمادگی، عمل^۷، تداوم^۸، و عود^۹) عبور می‌کنند و ممکن است در مواردی بیمار در مرحله‌ی تأمل و یا حتی

1- ambivalence

3- Prochaska, DiClement & Norcross

5- contemplation

7- action

9- relapse

2- resistant

4- pre-contemplation

6- determination

8- maintenance

پیش از تأمل بوده و درمانگر در مرحله‌ی عمل قرار گرفته باشد؛ امری که فرایند تغییر را با مشکل جدی مواجه می‌سازد.

با توجه به ضرورت ایجاد تغییر در بیماران مقاوم و مردد، مصاحبه‌ی انگیزشی نخستین بار در سال ۱۹۸۳، توسط میلر^۱ به طور ویژه جهت کار با مصرف‌کنندگان الکل معرفی شد. افرادی که میلر با آنها کار می‌کرد الکی‌هایی بودند که در زمان مصاحبه هنوز آماده‌ی تغییر نبوده و یا در باره‌ی تغییر مردد بودند. در ادامه، به علت شایع بودن تجربه‌ی تردید و دودلی در میان افراد وابسته به مواد مخدر، مصاحبه‌ی انگیزشی موفقیت‌های در خور توجهی را در کار با این بیماران بدست آورد. این روش، طی بیش از دو دهه حیات خود از اقبال پژوهشی، درمانی، و آموزشی خاصی برخوردار بوده است.

میلر و رولنیک^۲ (۲۰۰۲)، مصاحبه‌ی انگیزشی^۳ (MI) را روشی مراجع محور^۴ و رهنمودی^۵ تعریف کرده‌اند که از طریق کشف و رفع^۶ تردید، انگیزه‌ی درونی را جهت تغییر افزایش می‌دهد. در تکامل درمان مراجع محور، مصاحبه‌ی انگیزشی سبک مشاوره‌ای راجرزی را که حمایتی و همدلانه است با روش رهنمودی تلفیق می‌نماید. مصاحبه‌ی انگیزشی با استنباط از نظریه‌ی بیم در مورد/ادراک خود^۷، بحث و جدل مرتبط با تغییر را، که در درون مراجع وجود دارد، کشف می‌کند. نظریه‌ی بیم در مورد «ادراک خود» مطرح می‌کند مردم خود را در مقابل امری متعهد می‌دانند که از آن دفاع می‌کنند. مصاحبه‌ی انگیزشی می‌تواند به عنوان یک مداخله‌ی منفرد ارایه شده و یا جهت ایجاد انگیزش، قبل از یک درمان دیگر به کار گرفته شود. مؤلفه‌های مصاحبه‌ی انگیزشی عبارتند از داشتن تشریک مساعی، مراجع محور بودن، غیرقضاوتی بودن، ایجاد اعتماد، کاهش مقاومت، افزایش آمادگی برای تغییر، افزایش خودکارآمدی^۸، افزایش ناهمخوانی ادراک شده، گوش دادن انعکاسی، فراخوانی گفتگوی تغییر، کشف تردید، و گوش دادن توأم با همدلی (هته ما،

1- Miller	2- Rollnick
3- motivational interviewing	4- client-centered
5- directive	6- resolving
7- Bem's self-perception theory	8- self-efficacy

استیل و میلر^۱، ۲۰۰۵).

مقاله‌های مروری و فراتحلیل‌های متعدد، کاربرد مصاحبه‌ی انگیزشی را در حوزه‌های مختلف از جمله مصرف سیگار، مصرف الکل، سوءمصرف مواد، پیروی از درمان، اختلال‌های خوردن^۲، رژیم غذایی و تمرین‌های ورزشی نشان داده‌اند (به عنوان مثال، بورک، آرکوویتز و منچولا^۳، ۲۰۰۳؛ هته ما و همکاران، ۲۰۰۵). یافته‌ها گویای آن است که مصاحبه‌ی انگیزشی در بیماری‌های روانشناختی و جسمانی مؤثر بوده و به طور نسبی اثر بالینی یکسانی در این بیماری‌ها داشته است (روباک، ساندبیک، لارویتنس و کریستنسن^۴، ۲۰۰۵).

اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی علاوه بر حوزه‌ی مصرف‌کنندگان الکل و مواد، در حوزه‌های مختلف سلامت نیز بررسی شده است (به عنوان مثال، امونس و رولنیک^۵، ۲۰۰۱؛ بریت، هادسون و بلمپید^۶، ۲۰۰۴؛ رسنیکو و همکاران^۷، ۲۰۰۲؛ لفینول^۸، ۲۰۰۳). یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن، بیماری دیابت است که توجه روزافزون متخصصان سلامت را به خود جلب کرده است و حوزه‌ی مناسبی برای بررسی اثربخشی مداخله‌های روان‌شناختی نظیر مصاحبه‌ی انگیزشی است. در این خصوص نیز گام‌هایی برداشته شده است ولی اندازه‌ی اثر این بررسی‌ها در حدی نبوده است که بتوان با سایر مداخله‌های روان‌شناختی مقایسه نمود (اسماعیل، وینکلی و رابه-هسکیت^۹؛ ۲۰۰۴).

با توجه به ماهیت خاص بیماری دیابت به نظر می‌رسد یکی از مداخله‌هایی که می‌تواند در کاهش عوارض جدی این بیماری شایع مورد استفاده قرار گیرد مصاحبه‌ی انگیزشی است. پژوهش‌هایی به منظور بررسی اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی در بیماران دیابتی اجرا شده‌اند. یافته‌های پژوهش چانون، اسمیت و گریگوری^{۱۰} (۲۰۰۳) گویای

1- Hettema, Steel, & Miller
3- Burke, Arkowitz, & Menchola
5- Emmons & Rolnick
7- Resnicow, Dilorio, Soet, Borrel, Hecht & Ernest
9- Ismail, Winkley, & Rabe-Hesketh

2- eating disorders
4- Rubak, Sandbaek, Lauritzen & Christensen
6- Britt, Hudson & Blampied
8- Leffingwell
10- Channon, Smith & Gregory

اثر بخشی مصاحبه‌ی انگیزشی در کمک به نوجوانان جهت کنترل قند خون است. در این پژوهش شرکت‌کنندگان گزارش کرده‌اند که زندگی با دیابت برای آنها آسان‌تر شده است. اکثر شرکت‌کنندگان گزارش نموده‌اند که حداقل یک تغییر مثبت در رفتار مراقبت از خود داشته‌اند. در این پژوهش مدت مداخله شش ماه بوده است. پژوهش‌های دیگری نیز اثر بخشی مصاحبه‌ی انگیزشی را نشان داده‌اند که در برخی از آنها مدت مداخله کوتاه‌تر و حتی یک یا دو جلسه بوده است (به عنوان مثال، دوهرتی و رابرتس^۱، ۲۰۰۲؛ دوهرتی، هال، جیمس، رورتز و سیمسون^۲، ۲۰۰۰؛ نایت^۳ و همکاران، ۲۰۰۳). در پژوهش نایت و همکاران (۲۰۰۳)، مصاحبه‌ی انگیزشی به صورت گروهی و در شش جلسه‌ی یک ساعته اجرا شده و این یافته حاصل شد که افراد گروه آزمایش (بیماران مبتلا به دیابت نوع یک)، احساس تهدید کمتر و احساس کنترل و پذیرش بیشتری را دارا هستند.

یکی از مداخله‌های روان‌شناختی روی افراد دیابتی، آموزش گروهی شناختی-رفتاری^۴ (CBGT) است. آموزش گروهی شناختی-رفتاری، که بر اساس اصول درمان شناختی-رفتاری^۵ (CBT) و درمان عقلانی-عاطفی الیس^۶ (RET) تدوین یافته است و از چندین تکنیک شناختی-رفتاری (بازسازی شناختی، مدیریت استرس و سرخ‌دهی^۷) استفاده می‌کند، یک مداخله‌ی آموزش روانی است که توسط اسنوک، نیکل، ون و لوباخ^۸ (۱۹۹۹) در دانشگاه بیمارستانی ویرجی آمستردام با همکاری جاکوبسن و موسسه‌ی دیابتی جوسلین^۹ در بوستون ایجاد شده است. آموزش گروهی شناختی-رفتاری روی هم رفته به بیماران کمک می‌کند تا رژیم غذایی خود را به خوبی رعایت کنند، میزان قند خون خود را بدون به خطر افتادن سلامتی خود کنترل کنند و سلامت روانی (بهزیستی) خود را ارتقاء دهند.

1- Doherty & Roberts

3- Knight, Bundy, Morris, Higgs, Jameson, Unsworth, & Jayson

5- Cognitive Behavior Therapy (CBT)

7- cueing

9- Joslin

2- Doherty, Hall, James, Roerts & Simpson

4- Cognitive Behavioral Group Training (CBGT)

6- Rational Emotive Therapy (RET)

8- Snoek, Nicols, Ven, & Lubach

اسنوک و همکاران^۱ (۲۰۰۱) در پژوهشی، آموزش گروهی شناختی- رفتاری را روی ۲۴ بیمار دیابتی نوع یک اجرا کردند. اطلاعات این پژوهش از طریق پرسشنامه‌های بهزیستی (WBQ-12)، رفتارهای مراقبت از خود در دیابت و پرسشنامه‌ی ترس از هیپوگلیسمی گردآوری شد. نتایج نشان داد که مقادیر هموگلوبین گلیکوزیله (شاخص سنجش قند خون) بیماران ۰/۸ درصد کاهش پیدا کرد.

وینگر و همکاران^۲ (۲۰۰۲) آموزش شناختی- رفتاری را با آموزش‌هایی مقایسه کردند که به طور معمول برای کنترل قند خون ارائه می‌شود. مداخله‌ی آنها عبارت بود از بازسازی شناختی و آموزش آرمیدگی. نتایج این پژوهش نشان داد که در هر دو شرایط سطح هموگلوبین گلیکوزیله کاهش می‌یابد ولی کیفیت زندگی تنها در بیماران ارتقاء می‌یابد که مداخله‌ی شناختی- رفتاری دریافت می‌کنند.

ون و همکاران^۱ (۲۰۰۵) در پژوهشی، آموزش گروهی شناختی- رفتاری را روی بیماران دیابتی نوع یک اجرا کردند که آشفتگی روان‌شناختی بالا و علائم افسردگی داشتند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که مداخله‌های شناختی- رفتاری در کاهش هیجان‌های منفی، افزایش خود کارآمدی مرتبط با دیابت و رفتارهای مراقبت از خود و کنترل قند خون مؤثر است.

شواهد پژوهشی در خور توجهی، نقش مصاحبه‌ی انگیزشی و آموزش شناختی- رفتاری را در شاخص‌های سلامت جسمی و روانی و نیز رفتارهای مراقبت از خود در افراد مبتلا به دیابت نوع یک نشان داده است، اما در خصوص بیماران دیابت نوع دو، هیچ شواهدی در مورد تأثیر آموزش گروهی شناختی- رفتاری وجود ندارد و در مورد تأثیر مصاحبه‌ی انگیزشی شواهد محدود است به طوری که در مورد تأثیر مصاحبه‌ی انگیزشی به شکل گروهی بر افراد مبتلا به دیابت نوع دو شواهدی در دست نیست. در پژوهش

1- Snoek, Ven, Lubach, Chatrou, Ader, Heine, & Jacobson
3- Ven, Lubach, Hogenelst, et al.

2- Weinger, Schwartz, Davis, Rodriguez, Simonson, & Jacobson

حاضر نقش مصاحبه‌ی انگیزشی و آموزش شناختی - رفتاری با شیوه‌ی اجرای گروهی روی شاخص‌های کیفیت زندگی، بهزیستی و مراقبت از خود افراد مبتلا به دیابت نوع دو مورد بررسی قرار گرفته و مقایسه‌ای نیز در اثربخشی این دو مداخله صورت پذیرفته است.

روش

جامعه‌ی آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

جامعه‌ی آماری پژوهش را کلیه‌ی بیماران دیابت نوع دو (غیر وابسته به انسولین)، دارای سواد (حداقل خواندن و نوشتن) و از دامنه‌ی سنی ۳۰ تا ۷۵ ساله تشکیل می‌دهند که طی زمستان ۱۳۸۵ و بهار ۱۳۸۶، مراجع انجمن دیابت ایران و انستیتو غدد برون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی ایران محسوب می‌شدند. بیمارانی از جامعه‌ی آماری جهت شرکت در پژوهش انتخاب گردیدند که ۱۲ ماه از تشخیص آنها گذشته بود. از ورود بیمارانی در پژوهش خودداری به عمل آمد که مداخله‌هایی را از مراکز خدمات مشاوره‌ای و نظایر آن دریافت می‌کردند؛ ناتوانی یادگیری داشتند؛ تحت درمان روان‌پزشکی و یا دارای مشکلات جدی پزشکی نظیر بیماری مزمن دیگری غیر از دیابت بودند. از میان این جامعه‌ی آماری، ۹۳ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو (میانگین سن ۵۲/۱ و انحراف استاندارد ۹/۵ سال؛ زن و مرد، ۴۷ به ۴۶ نفر؛ میزان تحصیلات زیر دیپلم به دانشگاهی، ۵۸ به ۲۳ نفر؛ سابقه‌ی دیابت با میانگین ۹/۱ و انحراف استاندارد ۷/۴ سال؛ HbA1c با میانگین ۷/۹ درصد و انحراف استاندارد ۱/۷؛ BMI با میانگین ۲۸/۴ و انحراف استاندارد ۴/۷) انتخاب شدند.

اجرای هر دو نوع مداخله بر اساس راهنمای تدوین شده (پورشریفی، ۱۳۸۶)، به مدت چهار جلسه‌ی به طور تقریبی ۹۰ دقیقه‌ای، در محل انجمن دیابت ایران و انستیتو غدد برون‌ریز انجام گردید. سنجش اول یا پیش‌آزمون، قبل از شروع مداخله، و سنجش دوم یا پس‌آزمون با فاصله‌ی به طور متوسط بیش از ۹ هفته از آخرین جلسه‌ی مداخله صورت پذیرفت. همچنین طرح پژوهش، کوشش بالینی تصادفی^۱ بوده و از طریق پیش‌آزمون -

1- Randomized clinical trial

پس‌آزمون با گروه کنترل، انجام گرفت. داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه‌ی ۱۵) تحلیل شدند. ابتدا وضعیت توزیع متغیرها و شاخص‌ها توسط رسم نمودار و انجام آزمون کالموگروف-اسمیرنوف بررسی گردید. سپس به منظور کنترل آماری گروه‌های مداخله و کنترل از بابت متغیرهای اثرگذار و کسب اطمینان از نداشتن تفاوت قبلی این گروه‌ها، از تحلیل واریانس تک‌راهه و آزمون کروسکال-والیس استفاده شد. در ادامه برای بررسی سؤال‌های پژوهشی آزمون آماری مانوا و تحلیل واریانس با داده‌های تکراری استفاده شد.

ابزار پژوهش

شاخص‌های پیامد و به عبارت دیگر متغیرهای وابسته‌ی پژوهش را به‌زیستی، کیفیت زندگی و مراقبت از خود تشکیل می‌دادند. همچنین متغیرهای سن، سابقه‌ی دیابت، آمادگی تغییر و «جدی بودن و اثر ادراک شده‌ی دیابت» به عنوان متغیرهای کنترل در نظر گرفته شده بودند. به جز سن و سابقه‌ی دیابت، که به صورت مستقیم مورد سؤال قرار گرفته بودند، ابزارها و نحوه‌ی سنجش سایر متغیرها در ادامه توضیح داده می‌شود.

پرسشنامه‌ی خلاصه‌ای از رفتارهای مراقبت از خود برای افراد دیابتی: پرسشنامه‌ی خلاصه‌ای از رفتارهای مراقبت از خود برای افراد دیابتی^۱ (SDSCA) جهت سنجش شاخص رفتار مراقبت از خود، ابتدا توسط توبرت و گلاسگو (۱۹۹۴) تهیه گردید. توبرت، هامسون و گلاسگو (۲۰۰۰)، پایایی^۲، روایی^۳ و داده‌های هنجاری هفت پژوهش را که روی SDSCA انجام شده بود مورد بررسی قرار دادند. در مجموع بررسی این هفت پژوهش نشان می‌دهد که SDSCA شاخص چندبعدی خودمدیریتی است که دارای پایایی داخلی و آزمون-آزمون مجدد قابل قبولی بوده و از روایی و حساسیت به تغییر برخوردار است. ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه‌ی خلاصه‌ای از رفتارهای مراقبت از خود برای افراد دیابتی روی ۹۱ نفر بیمار دیابتی نوع دو در ایران مورد بررسی انجام گرفت

1- Summary of Diabetes Self-care Activities Questionnaire 2- reliability
3- validity

(پورشریفی، ۱۳۸۶). از تحلیل عامل استفاده شد تا روایی سازه‌ی مقیاس مشخص شود. همچنین پرسشنامه‌ی مراقبت از خود با فاصله‌ی پنج هفته روی ۵۸ نفر از همان دیابتی‌ها مورد آزمون مجدد قرار گرفت. ضرایب همبستگی آزمون-آزمون مجدد در خصوص پرسشنامه‌ی مراقبت از خود و خرده‌مقیاس‌های آن از ۰/۴۷ تا ۰/۷۰ و ضریب آلفای کرونباخ آنها از ۰/۷۲ تا ۰/۸۱ در نوسان است. یافته‌ها روایی و پایایی پرسشنامه‌ی مراقبت از خود را مورد تایید قرار می‌دهند.

پرسشنامه بهزیستی: پرسشنامه‌ی بهزیستی^۱ به صورت اولیه در مطالعه‌ی سازمان جهانی بهداشت که برای ارزیابی درمان‌های جدید در مدیریت دیابت انجام گرفته بود، طراحی گردید (برادلی^۲، ۱۹۹۴). مقیاس اولیه دارای ۲۲ گویه (W-BQ22) و چهار ساختاری عاملی بود. خرده‌مقیاس‌های آن افسردگی، اضطراب، انرژی و بهزیستی مثبت را اندازه‌گیری می‌کردند. طی ترجمه‌ی ژاپنی مقیاس W-BQ22، این مقیاس به نسخه‌ی ۱۲ گویه‌ای (W-BQ12) با سه خرده‌مقیاس تبدیل گردید: بهزیستی منفی (NWB)، انرژی و بهزیستی مثبت (PWB). تغییرها ساختار مقیاس را بهبود بخشید و موجب حذف گویه‌های زاید گردید (برادلی، ۲۰۰۰). ارزیابی‌های اخیر ترجمه‌ها در هفت زبان اروپایی، و در زبان اصلی انگلیسی، ساختار و روایی W-BQ12 را برای استفاده‌ی افراد دیابتی مورد تأیید قرار داده است (پلورایت، ویتاس^۳ و برادلی، ۱۹۹۹؛ پوور، پلوگ، آدر، هین و اسنوگ^۴، ۱۹۹۹؛ پوور، اسنوگ، پلوگ، آدر و هین، ۲۰۰۰).

ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه‌ی بهزیستی (W-BQ12) روی ۹۴ نفر بیمار دیابتی نوع دو در ایران مورد بررسی انجام گرفت (پورشریفی، ۱۳۸۶). تحلیل عاملی پرسشنامه‌ی بهزیستی که به منظور بررسی روایی سازه‌ی این ابزار صورت گرفت، کل مقیاس را به صورت یک عامل نشان می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ هر کدام از این خرده‌مقیاس‌ها، محاسبه گردید که عبارتند از خرده‌مقیاس بهزیستی منفی برابر ۰/۸۷،

1- well-being questionnaire
3- Plowright, Witthaus

2- Bradley
4- Pouwer, Ploeg, Ader, Heine, & Snoek

خرده‌مقیاس انرژی برابر $0/51$ و خرده‌مقیاس بهزیستی مثبت برابر $0/75$. پرسشنامه‌ی بهزیستی با فاصله‌ی پنج هفته روی ۶۰ نفر از همان دیابتی‌ها مورد آزمون مجدد قرار گرفت. ضرایب همبستگی آزمون - آزمون مجدد در خصوص پرسشنامه‌ی مراقبت از خود و خرده‌مقیاس‌های آن از $0/52$ تا $0/67$ در نوسان است. نتایج حاصل، پایایی پرسشنامه‌ی بهزیستی را مورد تایید قرار می‌دهد.

پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی وابسته به دیابت: پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی وابسته به دیابت^۱ (ADDQoL19) نشان دهد هر جنبه از زندگی چقدر برای کیفیت زندگی او مهم است و دیابت چگونه بر آن جنبه از زندگی اثر می‌گذارد (برادلی و همکاران^۲، ۱۹۹۹). پرسشنامه ADDQoL دارای ۱۹ گویه است و برای اندازه‌گیری ادراک افراد در مورد تأثیر دیابت بر کیفیت زندگی طراحی شده است. هر گویه در یک مقیاس هفت درجه‌ای نمره گذاری می‌شود. آنچنانکه آلفای کرونباخ ($0/85$) نشان می‌دهد، پایایی درونی خوبی وجود دارد. تحلیل عاملی و ضریب آلفای کرونباخ، از ادغام گویه‌ها در یک مقیاس حمایت می‌کند. این ابزار، هم برای دیابتی‌های وابسته به انسولین و هم غیروابسته به انسولین طراحی شده است.

بررسی روان‌سنجی در حال حاضر فقط روی گویه‌های بخش الف پرسشنامه، یعنی تأثیر دیابت بر کیفیت زندگی، روی ۹۰ نفر از افراد مبتلا به دیابت نوع دو در ایران مورد بررسی قرار گرفته است (پورشریفی، ۱۳۸۶). ضریب آلفای کرونباخ برابر $0/91$ نشان‌دهنده‌ی همسانی درونی خوب و قابل قبول این مقیاس است. همچنین به منظور بررسی پایایی مقیاس، پرسشنامه با فاصله‌ی پنج هفته به صورت مجدد، روی ۵۷ نفر از همان بیماران دیابتی اجرا گردید. نتایج حاصل از آزمون - آزمون مجدد، ضریب بازآزمایی $0/69$ را با سطح معناداری $0/001$ نشان می‌دهد و در مجموع نتایج، گویای این است که پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی وابسته به دیابت (فرم الف)، ابزار مناسبی برای بررسی کیفیت زندگی افراد دیابتی ایرانی است.

1- Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life (ADDQoL)

2- Bradley, Todd, Gorton, Symonds, Martin, & Plowright

پرسشنامه‌ی آمادگی تغییر افراد دیابتی: مدل مراحل تغییر فرآیندهای^۱ مطرح می‌کند که توقف رفتارهای مخاطره‌آمیز نظیر سیگار کشیدن و کسب رفتارهایی نظیر ورزش که برای سلامتی سودمند هستند، از پنج مرحله تغییر گذر می‌کنند. این مراحل اغلب به عنوان درجاتی از «آمادگی برای تغییر» توصیف می‌شوند. برای سنجش و تعیین مرحله‌ی تغییر افراد، پرسشنامه‌ی آمادگی تغییر دیابت تدوین شده و ویژگی‌های روان‌سنجی آن به صورت مقدماتی در یک نمونه‌ی ۷۳ نفری از بیماران دیابت نوع دو اجرا شده است (پورشریفی، ۱۳۸۶). به منظور بررسی روایی سازه، روش تحلیل عاملی روی گویه‌های مقیاس انجام و عاملی با ۱۹ گویه که نشان‌دهنده‌ی آمادگی تغییر افراد دیابتی است استخراج گردید. در بررسی همسانی درونی این مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۴) بدست آمد.

جدی بودن و اثر ادراک شده دیابت: جدی بودن و اثر ادراک شده یکی از زیرمقیاس‌های ابزاری به نام الگوهای شخصی^۲ افراد دیابتی است. الگوهای شخصی افراد دیابتی، به عبارتی دیگر الگوی باورهای افراد دیابتی یعنی باور شخص مبتلا به دیابت در خصوص اثربخشی درمان بر کنترل دیابت، اثربخشی درمان بر پیشگیری از عوارض ثانویه بیماری، و نیز ادراک‌های وی در خصوص جدی بودن دیابت و اثر دیابت است (هامسون، گلاسگو و توبرت^۳، ۱۹۹۰). ویژگی‌های روان‌سنجی الگوهای شخصی دیابت روی ۸۸ نفر بیمار دیابتی نوع دو در ایران مورد بررسی قرار گرفت و سه عامل با عناوین «جدی بودن و اثر ادراک شده دیابت»، «باور به اهمیت رفتارهای مراقبت از خود در کنترل دیابت»، و «باور به اهمیت تغذیه در کنترل دیابت» استخراج گردید (پورشریفی، ۱۳۸۶). خرده‌مقیاس «جدی بودن و اثر ادراک شده دیابت» که بر اساس مدل باورهای سلامت (HBM) نیز از اهمیت برخوردار است در این پژوهش به عنوان متغیر کنترل مورد استفاده قرار گرفت.

1- Transtheoretical Stage of Change Model 2- personal models
3- Hampson, Glasgow, & Toobert

یافته‌ها

بر اساس اهداف پژوهش، این سؤال‌های پژوهشی مطرح بود که آیا مصاحبه‌ی انگیزشی و آموزش شناختی رفتاری گروهی، در بیماران دیابتی، شاخص‌های بهزیستی، کیفیت زندگی و مراقبت از خود را بهبود می‌بخشد و این که میزان اثربخشی این دو مداخله در مقایسه با همدیگر چگونه است. جدول ۴ نتایج تأثیر گروه‌های پژوهش بر شاخص‌های کیفیت زندگی و بهزیستی، و جدول ۵، نتایج تأثیر گروه‌های پژوهش بر مراقبت از خود را نشان داده است.

جدول (۴) جمع‌بندی مقایسه‌ی تأثیر گروه‌های پژوهش بر شاخص‌های کیفیت زندگی و بهزیستی

متغیرها		تأثیر مصاحبه‌ی انگیزشی گروهی		تأثیر آموزش شناختی- رفتاری		مقایسه‌ی تأثیر مصاحبه‌ی انگیزشی گروهی و آموزش گروهی شناختی- رفتاری		متغیرهای وابسته	
متغیرهای کنترل		گروه کنترل		در مقایسه با گروه کنترل		مقایسه		کنترل	
ES	F	ES	F	ES	F	ES	F	ES	F
بدون متغیر کنترل	۴/۲۴*	۰/۱۱۷	۲/۱۵	۰/۰۵۶	۲/۱۵	۰/۰۳۵	۱/۵۰		
با کنترل سن	۳/۴۶	۰/۱۰۰	۱/۵۷	۰/۰۵۱	۱/۵۷	۰/۰۳۳	۱/۳۳	MI > CBGT	
با کنترل سابقه‌ی دیابت	۳/۳۲	۰/۱۰۳	۱/۷۲	۰/۰۵۸	۱/۷۲	۰/۰۳۳	۱/۳۰		کیفیت زندگی
با کنترل آمادگی تغییر	۰/۰۵	۰/۰۰۲	۰/۲۶	۰/۰۱۱	۰/۲۶	۰/۰۲۹	۱/۱۶		
با کنترل جدی بودن دیابت	۱/۲۹	۰/۰۴۱	۰/۹۹	۰/۰۳۳	۰/۹۹	۰/۰۲۳	۰/۹۲		
بدون متغیر کنترل	۱/۱۹	۰/۰۳۶	۷/۹۲*	۰/۲۰۳	۷/۹۲*	۰/۰۵۴	۲/۳۵	MI < CBGT	
با کنترل سن	۰/۷۳	۰/۰۲۳	۷/۷۱*	۰/۲۱۰	۷/۷۱*	۰/۰۴۲	۱/۷۱		
با کنترل سابقه‌ی دیابت	۱/۸۱	۰/۰۵۹	۹/۱۷*	۰/۲۴۷	۹/۱۷*	۰/۰۳۷	۱/۴۷		بهزیستی
با کنترل آمادگی تغییر	۰/۳۷	۰/۰۱۶	۳/۶۲	۰/۱۳۶	۳/۶۲	۰/۰۶۳	۲/۶۴		
با کنترل جدی بودن دیابت	۰/۸۹	۰/۰۲۹	۹/۰۱*	۰/۲۳۷	۹/۰۱*	۰/۰۳۲	۱/۳۱		

* معناداری آماری بر اساس $p < 0.05$

همان‌طوری که جدول ۴ نشان می‌دهد، مصاحبه‌ی انگیزشی گروهی، بعد از گذشت ۹ هفته از آخرین مداخله، تأثیر مثبت معناداری بر متغیر کیفیت زندگی داشته و اندازه‌ی اثر مربوط به تأثیر اختصاصی آن بر کیفیت زندگی و بهزیستی به ترتیب ۰/۱۱۷ و ۰/۰۳۶ است. همچنین، آموزش گروهی شناختی - رفتاری، برخلاف مصاحبه‌ی انگیزشی که بر کیفیت زندگی تأثیر معنادار داشت، فقط بر شاخص بهزیستی تأثیر مثبت معناداری داشته و اندازه‌ی اثر مربوط به تأثیر اختصاصی آن بر کیفیت زندگی و بهزیستی به ترتیب ۰/۰۶۵ و ۰/۲۰۳ است.

در مورد کنترل متغیرها، استفاده از سابقه‌ی دیابت، به عنوان متغیر کنترل، ضمن افزایش سطح معناداری، اندازه‌ی اثر را در تأثیر بر متغیر بهزیستی (از ۰/۲۰۳ به ۰/۲۴۷) افزایش داد. همچنین متغیر «جدی بودن و اثر ادراک شده‌ی دیابت»، ضمن افزایش سطح معناداری، اندازه‌ی اثر مربوط به تأثیر آموزش شناختی - رفتاری بر متغیر بهزیستی را افزایش داد (از ۰/۲۰۳ به ۰/۲۳۷).

مصاحبه‌ی انگیزشی گروهی و آموزش شناختی - رفتاری از لحاظ تأثیر بر متغیرهای بهزیستی و کیفیت زندگی، تفاوت معناداری با هم ندارند.

جدول (۵) تأثیر گروه‌های پژوهش بر مراقبت از خود

متغیرهای وابسته		متغیرهای کنترل		تأثیر مصاحبه‌ی انگیزشی گروهی در مقایسه با گروه کنترل		تأثیر آموزش شناختی- رفتاری در مقایسه با گروه کنترل		مقایسه‌ی تأثیر مصاحبه‌ی انگیزشی گروهی و آموزش گروهی شناختی- رفتاری	
				ES	F	ES	F	ES	F
مراقبت از خود، کل شاخص	بدون متغیر کنترل	۰/۰۳۸	۰/۹۴	۰/۱۳۲	۳/۳۶	۰/۰۲۵	۰/۸۶		
	با کنترل سن	۰/۰۲۲	۰/۵۲	۰/۰۹۴	۲/۰۷	۰/۰۰۹	۰/۲۸	MI	
	با کنترل سابقه‌ی دیابت	۰/۰۱۸	۰/۴۱	۰/۱۲۱	۲/۶۱	۰/۰۲۴	۰/۸۰	>	
	با کنترل آمادگی تغییر	۰/۰۶۱	۱/۲۹	۰/۲۴۵	۵/۸۳×	۰/۰۴۹	۱/۷۰	CBG	
	با کنترل جدی‌بودن دیابت	۰/۰۰۸	۰/۲۰	۰/۱۳۳	۳/۲۳	۰/۰۳۰	۱/۰۳	T	
در زمینه‌ی رژیم غذایی	بدون متغیر کنترل	۰/۰۵۱	۱/۲۸	۰/۲۱۹	۶/۱۸×	۰/۰۷۳	۲/۶۹		
	با کنترل سن	۰/۰۳۶	۰/۸۷	۰/۱۶۷	۴/۰۲	۰/۰۴۲	۱/۴۰	MI	
	با کنترل سابقه‌ی دیابت	۰/۰۳۰	۰/۶۸	۰/۱۸۶	۴/۳۴×	۰/۰۵۰	۱/۶۹	>	
	با کنترل آمادگی تغییر	۰/۱۴۰	۳/۲۶	۰/۴۷۲	۱۶/۱۱×	۰/۱۱۵	۴/۳۰×	CBG	
	با کنترل جدی‌بودن دیابت	۰/۰۲۷	۰/۶۳	۰/۲۱۳	۵/۶۷×	۰/۰۹۹	۳/۶۱	T	
در زمینه‌ی ورزش	بدون متغیر کنترل	۰/۱۷۲	۴/۹۸×	۰/۳۳۵	۱۱/۰۷×	۰/۰۶۰	۲/۱۶		
	با کنترل سن	۰/۱۶۳	۴/۴۹×	۰/۲۹۰	۸/۱۶×	۰/۰۳۷	۱/۲۳	MI	
	با کنترل سابقه‌ی دیابت	۰/۲۴۲	۷/۰۳×	۰/۴۵۲	۱۵/۷۰×	۰/۰۵۳	۱/۸۱	>	
	با کنترل آمادگی تغییر	۰/۰۶۳	۱/۳۴	۰/۱۹۶	۴/۳۸×	۰/۰۸۲	۲/۹۴	CBG	
	با کنترل جدی‌بودن دیابت	۰/۱۲۴	۳/۲۶	۰/۳۳۵	۱۰/۵۹×	۰/۰۶۶	۲/۳۴	T	
در زمینه‌ی کنترل قند خون	بدون متغیر کنترل	۰/۰۰۱	۰/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۲	۰/۰۰۴	۰/۱۳		
	با کنترل سن	۰/۰۰۰	۰/۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰۲	۰/۰۸	MI	
	با کنترل سابقه‌ی دیابت	۰/۰۰۷	۰/۰۲	۰/۰۰۸	۰/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۰۳	>	
	با کنترل آمادگی تغییر	۰/۰۰۹	۰/۱۹	۰/۰۰۰	۰/۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۶	CBG	
	با کنترل جدی‌بودن دیابت	۰/۰۰۱	۰/۰۳	۰/۰۰۰	۰/۰۱	۰/۰۰۵	۰/۱۷	T	
در زمینه‌ی واریسی پاها	بدون متغیر کنترل	۰/۰۴۳	۱/۰۸	۰/۰۵۳	۱/۲۳	۰/۰۰۰	۰/۰۱		
	با کنترل سن	۰/۰۸۹	۲/۲۴	۰/۰۷۴	۱/۵۹	۰/۰۰۷	۰/۲۲	MI	
	با کنترل سابقه‌ی دیابت	۰/۰۸۱	۱/۹۵	۰/۰۶۴	۱/۳۰	۰/۰۰۰	۰/۰۱	>	
	با کنترل آمادگی تغییر	۰/۰۱۸	۰/۳۷	۰/۰۰۴	۰/۰۸	۰/۰۰۰	۰/۰۰	CBG	
	با کنترل جدی‌بودن دیابت	۰/۰۸۹	۲/۲۶	۰/۰۵۳	۱/۱۸	۰/۰۰۰	۰/۰۰	T	

* معناداری آماری بر اساس $p < 0.05$

همان طوری که جدول ۵ نشان می‌دهد، مصاحبه‌ی انگیزشی در مقیاس کلی مراقبت از خود تأثیر معنادار ندارد. در زمینه‌های چهارگانه‌ی مراقبت از خود، تأثیر مصاحبه‌ی انگیزشی بر مراقبت از خود در زمینه‌ی ورزش، معنادار بوده و اندازه‌ی اثر آن $0/172$ است، و بعد از کنترل سابقه‌ی دیابت، این اندازه‌ی اثر به $0/242$ می‌رسد.

تأثیر آموزش شناختی - رفتاری بر مقیاس کلی مراقبت از خود، با استفاده از متغیر آمادگی تغییر، به عنوان متغیر کنترل، معنادار شده و اندازه‌ی اثر آن به $0/245$ می‌رسد. در زمینه‌های چهارگانه‌ی مراقبت از خود، در مورد مراقبت از خود در زمینه‌ی رژیم غذایی، اثر آموزش شناختی - رفتاری معنادار بوده، و اندازه‌ی اثر مربوط به آن، برابر $0/219$ است. با استفاده از متغیر آمادگی تغییر، به عنوان متغیر کنترل، سطح معناداری افزایش یافته و اندازه‌ی اثر به $0/472$ می‌رسد. همچنین اثر آموزش شناختی - رفتاری بر مراقبت از خود در زمینه‌ی ورزش، معنادار، و اندازه‌ی اثر مربوط به آن، برابر $0/335$ است. با کنترل متغیر سابقه‌ی دیابت، سطح معناداری افزایش یافته و اندازه‌ی اثر به $0/452$ می‌رسد.

در مقایسه‌ی اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی و آموزش شناختی - رفتاری، نوع مداخله بر میزان کلی مراقبت از خود، تأثیر معناداری نداشته است، در مورد خرده‌مقیاس‌های مراقبت از خود مشخص شد که در صورت کنترل متغیر آمادگی تغییر، در گروه مصاحبه‌ی انگیزشی نسبت به گروه آموزش شناختی رفتاری، میزان مراقبت از خود در زمینه‌ی رژیم غذایی به طور معناداری بیشتر است و اندازه‌ی اثر این تفاوت $0/115$ است.

بحث و نتیجه‌گیری

جمع‌بندی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مصاحبه‌ی انگیزشی گروهی، از میان شاخص‌های سلامت روانی، بر کیفیت زندگی، و در زمینه‌ی مراقبت از خود، بر برنامه‌ی ورزشی تأثیر معنادار دارد. اگرچه مداخله به صورت کوتاه‌مدت (چهار جلسه طی دو هفته) و به شکل گروهی انجام گرفته است، در مجموع، نتایج گویای اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی گروهی بر سلامت و مراقبت از خود در بیماران دیابت نوع دو است و با

یافته‌های پژوهش‌هایی که اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی را روی افراد مبتلا به دیابت نوع دو بررسی نموده‌اند (به عنوان مثال، اسمیت و همکاران^۱، ۱۹۹۷؛ اسمیت و همکاران^۲، ۲۰۰۷؛ دیل و همکاران^۳، ۲۰۰۷؛ و روباک، ۲۰۰۵) همخوانی دارد.

در نظر گرفتن همزمان دو متغیر کیفیت زندگی و بهزیستی در پژوهش‌های مرتبط با دیابت نوع دو دیده نمی‌شود. در پژوهش چانون و همکاران (۲۰۰۷)، این شاخص‌های پیامد در بررسی اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی روی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک در نظر گرفته شده است. بر اساس پژوهش یاد شده، هم بهزیستی و هم کیفیت زندگی بهبود یافته بود. با این توضیح مهم که شرکت‌کنندگان در پژوهش یاد شده به مدت ۱۲ ماه در جلسه‌های فردی مصاحبه‌ی انگیزشی شرکت نموده بودند. بر این اساس به نظر می‌رسد اینکه در پژوهش حاضر، مصاحبه‌ی انگیزشی فقط در مورد تغییر کیفیت زندگی توفیق داشته است، با توجه به محدود بودن زمان اجرا و نیز گروهی بودن آن، قابل تبیین است.

در پیشنهادی مورد بررسی، تأثیر مصاحبه‌ی انگیزشی بر مراقبت از خود در افراد دیابت نوع دو، به صورتی که تأثیر در همه‌ی زمینه‌های چهارگانه‌ی مراقبت از خود (رژیم غذایی، ورزش، کنترل قند خون و واریسی پاها) ذکر شده باشد گزارش نشده است. با این وجود تأثیر مصاحبه‌ی انگیزشی بر بعضی از این زمینه‌ها به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفته است و در برخی از این پژوهش‌ها (به عنوان مثال، دیل و همکاران، ۲۰۰۷)، به جای ذکر مراقبت از خود، از سازه‌ی پیروی از درمان استفاده کرده‌اند که البته محتوای مقاله‌ی اصلی گویای این است که منظور همان مراقبت از خود بر اساس توصیه‌های متخصصان است.

در زمینه‌ی مراقبت از خود، از یافته‌های مثبت پژوهش حاضر، تأثیر مصاحبه‌ی انگیزشی بر مراقبت از خود در زمینه‌ی ورزش است. این یافته، با نتیجه‌ی پژوهش هارلند و همکاران (۱۹۹۹) همسو است. آنها در آزمایشی که به صورت کنترل شده‌ی تصادفی

1- Smith, Heckemeyer, Kratt, & Mason
3- Dale, Caramlau, Docherty, Sturt, & Heamshaw

2- Smith, DiLillo, Bursac, Gore, &
Greene

صورت گرفته است (RCT)، اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی را در ارتقای فعالیت جسمانی در میان بزرگسالان ۴۰ تا ۶۴ ساله‌ی حاضر در محیط پزشکی عمومی مورد بررسی قرار دادند. در پژوهش یاد شده، مصاحبه‌ی انگیزشی همراه با یک عامل تشویقی و به مدت ۶ جلسه ارایه شده بود. کم بودن تعداد جلسات مداخله و فقدان عامل مداخله‌ای مکمل، از ویژگی‌های متمایزکننده‌ی پژوهش حاضر از پژوهش یادشده است. با وجود این تفاوت‌ها، در صورتی که در پژوهش هارلند اندازه‌ی اثر گزارش می‌شد، امکان مقایسه‌ی بیشتر بین این دو پژوهش وجود داشت.

سؤالی که مطرح می‌شود این است که مصاحبه‌ی انگیزشی با میانجی‌گری چه متغیری تأثیر خود را بر مراقبت از خود که به تعبیری برون‌داد اول محسوب می‌شود و به تبع آن بر کیفیت زندگی که از برون‌دادهای ثانویه محسوب می‌شوند نشان می‌دهد؟ به نظر می‌رسد مصاحبه‌ی انگیزشی خودکارآمدی را افزایش می‌دهد، همان‌طوری که اصول مصاحبه‌ی انگیزشی مطرح کرده است و پژوهش‌های گلاسگو و همکاران (۱۹۸۹) و ویلیامز و باند^۱ (۲۰۰۲) نیز آن را نشان داده‌اند و اجرای گروهی مصاحبه‌ی انگیزشی، می‌تواند منبعی برای تامین حمایت اجتماعی به ویژه در حوزه‌ی اطلاعاتی باشد. هرچند نبایستی تأثیر حمایت اجتماعی را به بعد اطلاعاتی آن محدود کرد، و بعد عاطفی آن نیز لازم است مورد تأکید قرار گیرد.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت، آموزش شناختی - رفتاری، از میان شاخص‌های سلامت روانی بر متغیر بهزیستی، و از میان شاخص‌های مراقبت از خود، بر شاخص کلی مراقبت از خود و مراقبت از خود در زمینه‌ی رژیم غذایی و ورزش تأثیر معنادار دارد.

اگرچه تأثیر مداخله‌های شناختی - رفتاری در مورد همه‌ی دیابتی‌ها از جمله افراد مبتلا به دیابت نوع دو مورد بررسی قرار گرفته‌اند (به عنوان مثال، ویلشن و همکاران، ۲۰۰۷)، ولی آموزش گروهی شناختی - رفتاری، مداخله‌ای است که به صورت منحصر به

1- Williams, & Bond

فرد برای بیماران دیابت نوع یک که از کنترل خوبی برخوردار نیستند و باورهای منفی در باره‌ی امکان کنترل دیابت دارند، تدوین شده است. بر همین اساس، پژوهشی که اثربخشی این مداخله را روی افراد مبتلا به دیابت نوع دو بررسی نموده باشد وجود ندارد، اما بررسی‌هایی گویای اثربخشی آموزش گروهی شناختی- رفتاری روی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک هستند (به عنوان مثال، اسنوک و همکاران^۱، ۲۰۰۱؛ ون و همکاران، ۲۰۰۵)، و یافته‌های پژوهش‌های یاد شده را می‌توان در راستای نتایج پژوهش حاضر در نظر گرفت.

در پژوهش حاضر، محدودیت‌هایی نیز وجود داشت. دو مورد اصلی از محدودیت‌ها عبارتند از: ۱- علاوه بر افراد در مرحله‌ی تأمل، و آمادگی، طی نمونه‌گیری افرادی هم در طرح وارد شدند که در مراحل تغییر، در مرحله‌ی عمل بودند؛ امری که در نتایج به ویژه مصاحبه‌ی انگیزشی تأثیر می‌گذاشت. ۲- لازم بود علاوه بر در نظر گرفتن مرحله‌ی تغییر، افرادی انتخاب می‌شدند که در عین حال مناسب آموزش شناختی - رفتاری نیز بودند؛ افرادی که باورهای منفی و کنترل ضعیفی بر قند خون داشتند؛ امری که در نتایج به ویژه آموزش شناختی - رفتاری می‌توانست تأثیر داشته باشد. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران دیگر رفع این محدودیت‌ها را مورد توجه قرار دهند.

تاریخ دریافت نسخه‌ی اولیه‌ی مقاله: ۱۳۸۸/۱۰/۱۳

تاریخ دریافت نسخه‌ی نهایی مقاله: ۱۳۸۹/۰۲/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۰۴/۱۵

1- Snoek, Ven, Lubach, Chatrou, Ader, Heine, & Jacobson

References

منابع

- پورشرفی، حمید (۱۳۸۶)، تأثیر مصاحبه‌ی انگیزشی بر بهبود شاخص‌های سلامت در افراد مبتلا به دیابت نوع دو، رساله‌ی دکتری چاپ نشده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- Bradley, C. (1994). The Well-being Questionnaire. In: Bradley C., (Ed.) *Handbook of Psychology and Diabetes, A Guide to Psychological Measurement in Diabetes Research and Practice*, UK: Harwood, 89-109.
- Bradley, C., Todd, C., Gorton, T., Symonds, E., Martin, A., & Plowright, R. (1999). The Development of an Individualized Questionnaire Measure of Perceived Impact of Diabetes on Quality of Life: The ADDQoL. *Quality of Life Research*, 8, 79-91.
- Bradley, C. (2000). The 12-item Well-being Questionnaire, *Diabetes Care*, 23, 6, 1.
- Britt, E., Hudson, S.M., & Blampied, N.M. (2004). Motivational Interviewing in Health Setting: A Review, *Patient Education and Counseling*, 53, 2, 147-155.
- Burke, B., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The Efficacy of Motivational Interviewing: A Meta-analysis of Controlled Clinical Trials, *Journal of Consult, Clin. Psychol*, 71, 5, 843-861.
- Channon, S., Huws-Thomas, M.V., Rollnick, S., Hood, K., et al. (2007). A Multicenter Randomized Controlled Trial of Motivational Interviewing in Teenagers With Diabetes. *Diabetes Care*, 30, 6, 1390-1395.
- Channon, S., Smith, V., & Gregory, J. (2003), A Pilot Study of Motivational Interviewing in Adolescents with Siabetes, *Arch. Dis. Child.*, 88, 8, 680-683.
- Dale, J., Caramlau, I., Docherty, A., Sturt, J., & Hearnshaw, H. (2007). Telecare Motivational Interviewing for Diabetes Patient Education and Support: A Randomized Controlled Trial Based in Primary care Comparing Nurse and Peer Supporter Delivery, *BioMed Central Ltd*. <http://www.trialsjournal.cm>.
- Doherty, Y., Hall, D., James, P.T., Roberts, S. H., & Simpson, J. (2002). Change Counseling in Diabetes: The Development of Training Programmed for the Diabetes Team, *Patient, Educ. Couns.*, 40, 263-78.

-
- Doherty, Y. Roberts, S. (2002). Motivational Interviewing in Diabetes Practice, *Diabet. Med.*, 19, 3, 1-6.
- Emmons, K.M., & Rollnick, S. (2001). Motivational Interviewing in Health Care Settings: Opportunities and Limitations, *Am. J. Prev. Med.*, 20, 1, 68-74.
- Glasgow, R.E., Toobert, D. J., Riddle, M., Donnelly, J., Mitchell, D. L., & Calder, D. (1989). Diabetes-specific Social Learning Variables and Self-care Behaviors among Persons with Type 2 Diabetes, *Health Psychology*, 8, 285-303.
- Hampson, S., Glasgow, R., & Toobert, D. (1990). Personal Models of Diabetes and Their Relations to Self-care Activities, *Health Psychology*, 9, 632-646.
- Hettema, J., Steel, J., & Miller, W.R. (2005). Motivational Interviewing. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 91-111.
- Ismail, K., Winkley, K., & Rabe-Hesketh, S. (2004). Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials of Psychological Interventions to Improve Glycaemic Control in Patients with Type 2 Diabetes, *The Lancet*, 386, 1589-1597.
- Knight, K.M., Bundy, C., Morris, R., Higgs, J., Jameson, R., Unsworth, P., & Jayson, D. (2003). The Effects of Group Motivational Interviewing with Type-1 Diabetes. *Psychology, Health and Medicine*, 8, 2, 149-158.
- Leffingwell, T.R. (2003). Motivational Enhancement Interventions and Health Behaviors in *the HEALTHPSYCHOLOGY HANDBOOK: Practical Issues for the Behavior Medicine Specialist*, (Editors: Lee M. Cohen; Dennis E. McChargue and Frank L. Collins, Jr.). London: SAGE Publications.
- Miller, W.R. (1983). Motivational Interviewing with Problem Drinkers, *Behavioral Psychotherapy*, 11, 147-172.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change Behavior*, New York: Guilford Press.
- Plowright, R., Witthaus, E., & Bradley, C. (1999). Evaluation the 12-Item Well-being Questionnaire for Use in Multinational Trials, *Quality of Life Research*, 8, 7, 650.
-

-
- Pouwer, F., Ploeg, H.M., Ader, H.J., Heine, R.J., & Snoek, F.J. (1999). The 12-item Well-being Questionnaire: An evaluation of its validity and Reliability in Dutch People with Diabetes, *Diabetes Care*, 22, 12, 2004-2010.
- Pouwer, F., Snoek, F.J., Ploeg, H.M., Ader, H.J., & Heine, R.J. (2000). The Well-being Questionnaire: Evidence for a 3-factor Structure with 12 items (W-BQ12). *Psychological Medicine*, 30, 455-462.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of How People Change: Application to Addictive Behaviors, *Am. Psychol.*, 47, 1102-1114.
- Resnicow, K., Dilorio, C., Soet, J.E., Borreli, B., Hecht, J., & Ernest, D. (2002), *Health Psychology*, 21, 5, 444-451.
- Rubak, S. (2005), Motivational Interviewing in Intensive Treatment of Type 2 Diabetes Detected by Screening in General Practice, *Danish Medical Bulletin*, 52, 32.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational Interviewing: a Systematic Review and Meta-analysis. *Br. J. Gen. Pract.*, 55, 513, 305-312.
- Smith, D.E., DiLillo, V., Bursac, Z., Gore, S.A., & Greene, P.G. (2007). Motivational Interviewing Improves Weight Loss in Women With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 30, 5, 1081-1087.
- Smith, D.E., Heckemeyer, C.M, Kratt, P.P., & Mason, D.A. (1997). Motivational Interviewing to Improve Adherence to a Behavioral Weight-control Program for Older Obese Women with NIDDM, *Diabetes Care*, 1, 52-54.
- Snoek, F.J., Nicols, C.W., Ven, V.D., & Lubach, C. (1999). Cognitive Behavioral Group Training for Poorly Controlled Type 1 Diabetes Patients: A Psychoeducational Approach, *Diabetes Spectrum*, 12, 3, 147.
- Snoek, F.J., Ven, N., Lubach, C.H., Chatrou, M., Ader, H.J., Heine, R.J., & Jacobson, A. M. (2001). Effects of Cognitive Behavioral Group Training (CBGT) in Adult Patients with Poorly Controlled Insulin-dependent (type 1) Diabetes: a Pilot Study, *Patient Education and Counseling*. 45, 143-148.
-

-
- Toobert, D., & Glasgow, R. (1994). Assessing Diabetes Self-management: The Summary of Diabetes Self-care Activities Questionnaire, In: Bradley C., (Ed.) *Handbook of Psychology and Diabetes, A Guide to Psychological Measurement in Diabetes Research and Practice*, UK: Harwood, 89-109.
- Toobert, D.J., Hampson, S.E., & Glasgow, R.E. (2000). The Summary of Diabetes Self-care Activities Measure: Results from 7 Studies and a Revised Scale, *Diabetes Care*, 23, 7, 943-950.
- Ven, N.C.W., Lubach, C.H.C., Hogenelst, M.H.E., et al. (2005). Cognitive Behavioral Group Training (CBGT) for Patient with Type 1 Diabetes in Persistent Poor Glycaemic Control: Who Do We Reach? *Patient Education and Counseling*, 56, 313-322.
- Weinger, K., Schwartz, E., Davis, A., Rodriguez, M., Simonson, D.C., & Jacobson, M.A. (2002). Cognitive Behavioral Treatment in Type 1 Diabetes: A Randomized Control trial, *Diabetes*, 1, 2, 439.
- Welschen, L.M., Oppen, P., Dekker, J.M., Bouter, L.M., Stalman, W.A., & Nijpels, G. (2007). The Effectiveness of Adding Cognitive Behavioral Therapy Aimed at Changing Lifestyle to Managed Diabetes Care for Patient with Type 2 Diabetes: Design of a Randomized Controlled Trial, *BMC Public Health*, 7, 74.
- Williams, K.E., & Bond, M.J. (2002). The Roles of Self-efficacy, Outcome Expectancies and Social Support in the Self-care Behaviors of Diabetics, *Psychology, Health, and Medicine*, 7, 127-141.