

Effectiveness of motivational interviewing on the weight self-efficacy life style in overweight and obese teenager boys

Rezaei R. *MSC*¹, Vafadar Z. *PhD*[✉], Navidian A. *PhD*²

¹*Behavioral Sciences Research Center, Nursing Community health student Department, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

[✉]*Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

²*Department of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran*

Received: 2013.6.30

Accepted: 2014.6.15

Abstract

Introduction: Childhood and teenager obesity as an international growing health problem is predisposing adolescents to chronic, incapacitating and lethal diseases in adulthood. This situation has motivated many researchers to establish effective weight controlling programs with psychological approaches. The purpose of this study was to determine the effect of motivational interviewing on weight self-efficacy lifestyle of teenaged boys suffering from overweight or obesity.

Method: This research is a controlled clinical trial in pretest and post-test design with repeated measurements which was conducted on a control group plus 2 experimental groups in 1391. Sample and control groups comprised 90 high school students, between 15 to 19 years old, with BMI over 25, who were selected through accessibility sampling then were randomly allocated to 2 experimental groups and 1 control (each group=30). Control group received no intervention. But experimental group 1 (named instruction group) was administered regular weight controlling instruction by way of diet for 4 sessions (each was 2 hours) and experimental group 2 got likewise extra to motivational interview for 5 sessions of 2 hours during 5 weeks (in 3 groups of 10 individuals). Data were collected in 4 stages of measurement via weight self-efficacy lifestyle questionnaire and then were analyzed using statistical tests of one-way analysis of variance and repeated measures analysis of variance.

Results: Increase in mean scores of self-efficacy in both experimental groups but more in group 2 was observed. Comparison of the groups in every stage of the measurement using ANOVA was suggestive of no significant difference through the pretest and post-test; nevertheless, there was significant difference between follow-up-stage 1 ($p=0.002$) and follow-up-stage 2 ($p=0.024$). Additionally, the comparison of experimental groups using RMANOVA through the four stages of measurement indicated statistically significant difference between experimental group 2 ($p=0.000$) and experimental group 1 ($p=0.000$) while there was no significant difference as for control group ($p=0.65$). Overall, the comparison between groups through the all stages of measurement showed statistical significant difference ($p=0.000$).

Conclusion: Motivational interviewing along with regular weight controlling instruction can increase weight self-efficacy lifestyle of teenaged boys with overweight and obesity in order for the change of behavior with regard to weight controlling.

Keywords: Motivational Interviewing, Obesity, Overweight, Self-Efficacy, Lifestyle

اثر بخشی مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در نوجوانان چاق یا دارای اضافه وزن

رضا رضایی^۱، زهره وفادار^۲، علی نویدیان^۳

^۱ مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
^۲ مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
^۳ گروه پرستاری، مرکز تحقیقات سلامت بارداری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۳/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۹/۴

چکیده

مقدمه: ابتلا به چاقی در کودکی و نوجوانی، به عنوان یک معضل بهداشتی جهانی و رو به رشد، زمینه‌ساز بروز بسیاری از بیماری‌های مزمن، ناتوان‌کننده و کشنده در بزرگسالی می‌باشد. ناکارآمد بودن برنامه‌های معمول کنترل وزن محققین را به طراحی و اجرای برنامه‌های موثر کنترل وزن با رویکردهای روانشناختی و رفتار درمانی برای تغییر سبک زندگی برانگیخته است. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در نوجوانان چاق یا دارای اضافه وزن انجام شد.

روش: پژوهش حاضر کارآزمایی بالینی کنترل شده با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون در اندازه‌گیری‌های مکرر با یک گروه گواه و دو گروه آزمایش که در سال ۱۳۹۱ بر روی ۹۰ نفر دانش‌آموز پسر مقطع دبیرستان (۱۵ تا ۱۹ سال) با نمایه توده بدنی بالای ۲۵ که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به ۳ گروه (هر کدام ۳۰ نفر) تخصیص داده شدند، گروه گواه بدون هیچ‌گونه مداخله، گروه آزمایش ۱ (گروه آموزش) آموزش معمول کنترل وزن با رژیم غذایی در ۴ جلسه دو ساعته و در گروه آزمایش ۲ همزمان با آموزش معمول کنترل وزن با رژیم غذایی در ۴ جلسه دو ساعته، تحت مصاحبه انگیزشی گروهی در گروه‌های ۱۰ نفره در پنج جلسه دو ساعته در طی ۵ هفته قرار گرفتند. داده‌ها در ۴ مرحله اندازه‌گیری، از طریق پرسشنامه خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن جمع‌آوری و با آزمون‌های آماری آنالیز واریانس یکطرفه و آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: افزایش میانگین نمرات خودکارآمدی در هر دو گروه آزمایش ۱ و آزمایش ۲ ولی با افزایش بیشتر در گروه آزمایش ۲ دیده شد، در مقایسه‌ی بین گروه‌ها در هر مرحله از اندازه‌گیری با آزمون آماری ANOVA، تفاوت معنادار آماری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون دیده نشد ولی در مراحل پیگیری اول و دوم تفاوت معنادار آماری وجود داشت. در مقایسه‌ی درون‌گروهی گروه‌های مطالعه در طی چهار مرحله اندازه‌گیری با آزمون آماری RMANOVA تفاوت معنا دار آماری در گروه آزمایش ۲ و گروه آزمایش ۱ و عدم تفاوت معنادار در گروه گواه دیده شد و در مقایسه‌ی همه‌ی گروه‌ها با یکدیگر در طی چهار مرحله با آزمون آماری RMANOVA تفاوت معنادار آماری ایجاد شده بود.

نتیجه‌گیری: مصاحبه انگیزشی به همراه آموزش معمول تغذیه می‌تواند خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن را جهت تغییر رفتار و کاهش وزن، در نوجوانان چاق و دارای اضافه وزن افزایش دهد.

کلیدواژه‌ها: مصاحبه انگیزشی، چاقی، اضافه وزن، خودکارآمدی، سبک زندگی

مقدمه

ابتلا به چاقی در کودکی و نوجوانی، به عنوان یک معضل بهداشتی جهانی و روبه رشد، زمینه‌ی بروز بسیاری از بیماری‌های مزمن، ناتوان‌کننده و پاک‌کننده در بزرگسالی می‌باشد [۱]. به گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۰، ۴۰ میلیون کودک زیر ۵ سال در جهان دچار اضافه وزن هستند که ۳۵ میلیون نفر از آن‌ها در کشورهای در حال توسعه و ۵ میلیون نفر در کشورهای توسعه یافته زندگی می‌کنند [۲]. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در گزارش خود از وضعیت عوامل خطر ساز بیماری‌های غیر واگیر در ایران، شیوع اضافه وزن و چاقی را در پسران ۲۴-۱۵ ساله به ترتیب ۱۴/۷ درصد و ۴/۱۹ درصد اعلام نموده [۳، ۴]. کلیشادی و همکاران نیز با مطالعه‌ای در ۲۱۱۱۱ کودک و نوجوان ۱۸-۶ سال از ۲۳ استان کشور، شیوع اضافه وزن و چاقی را به ترتیب ۸/۸ درصد و ۴/۴ درصد اعلام کردند که تقریباً در دختران و پسران از شیوع برابری برخوردار است [۵].

مطالعات کوهورت بلند مدت نشان می‌دهند اضافه وزن و چاقی دوران کودکی و نوجوانی زمینه ساز بسیاری از اختلالات و بیماری‌های ناتوان‌کننده در سنین بزرگسالی خواهد بود. محققین تخمین می‌زنند که ۷۰ درصد نوجوانان چاق، بزرگسالان چاقی خواهند شد که با افزایش خطر ابتلا به بیماریهای قلبی عروقی، دیابت و پر فشار خونی مواجه هستند. یک نوجوان ۱۳ ساله چاق ۵۰ درصد و یک نوجوان ۱۸ ساله چاق ۸۰ درصد شانس ابتلا به چاقی در بزرگسالی را خواهد داشت [۱، ۲]. علیرغم افزایش آگاهی در مورد عوامل خطر بیماریهای قلبی و عروقی، شیوع چاقی بین کودکان و نوجوانان ناشی از سبک زندگی، الگوهای غلط غذایی و کاهش فعالیت فیزیکی همچنان در حال افزایش است [۶]. طبق گزارش انجمن قلب آمریکا یک سوم کودکان و نوجوانان آمریکایی از اضافه وزن و چاقی رنج می‌برند که با مشکلات و عوارض جدی همراه خواهد بود که متأسفانه این مشکلات تا دوران بزرگسالی مخفی و مغفول باقی می‌ماند. ریچارد بیان می‌کند که به علت شیوع چاقی و اضافه وزن در کودکان و نوجوانان و تغییر الگوهای زندگی، ما در سال‌های آینده با اولین نسلی روبرو خواهیم شد که سطح سلامت و امید به زندگی کمتری نسبت والدین خود خواهند داشت [۷]. همچنین بر اساس گزارش مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها، ۷۰ درصد کودکان چاق و یا دارای اضافه وزن، حداقل با یک عامل خطر بیماری‌های قلبی، عروقی مانند افزایش فشارخون و یا چربی خون و ۳۹ درصد با هر دو عامل مواجه هستند. علاوه بر بیماری‌های قلبی عروقی و آرترواسکلروز به عنوان اولین عامل خطر، چاقی و اضافه وزن، کودکان و نوجوانان را به شدت مستعد افزایش مقاومت به انسولین و بروز دیابت نوع ۲، سرطان و انواع بدخیمی‌ها، مشکلات تنفسی مانند آسم و آپنه، اختلالات عضلانی اسکلتی مانند آرتروز، مشکلات کبدی (کبدچرب) و گوارشی و مشکلات روانشناختی و اجتماعی مانند کاهش اعتماد به نفس،

افسردگی، اختلالات خوردن، تبعیض و انزوای اجتماعی می‌سازد [۸-۱۰].

در حالی که شواهد بیانگر پیامدهای منفی و گسترده جسمی، روانی و اجتماعی چاقی و اضافه وزن در نوجوانان است، متأسفانه طبق مطالعات، اکثر مراقبان بهداشتی، تخصص و یا برنامه‌ی مراقبتی بدون، موثر و مبتنی بر شواهد برای این گروه سنی خاص نداشته، در واقع یک شکاف مراقبتی بارز، در برنامه‌های بهداشت جامعه بین مقطع کودکی و بزرگسالی دیده می‌شود، این در حالی است که همزمانی این برهه‌ی سنی با بلوغ و مسائل فیزیولوژیک و روانی همراه آن، مشکلات مراقبت بهداشتی آن‌ها را پیچیده‌تر و حیاتی‌تر می‌سازد [۱، ۱۱، ۱۲]. مروری نظام‌مند بر تحقیقات در زمینه چاقی نشان می‌دهد که تحقیقات به طور عمده به چاقی و عوارض و درمان‌های موثر آن در بزرگسالی پرداخته و کمتر به مقطع سنی نوجوانی توجه شده است و مطالعات معدودی هم که به مقطع نوجوانی پرداخته به طور عمده بر درمان‌های چاقی با رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی و ورزشی تمرکز کرده و روش‌های رفتار درمانی موثر جدید، کمتر مورد توجه قرار گرفته است [۱۳، ۱۴].

اکثر مطالعات نشان می‌دهند که تاثیر برنامه‌های مداخله‌ای کنترل وزن در نوجوانان مقطعی و کوتاه مدت بوده و میزان موفقیت پایدار برنامه‌های کنترل وزن با رژیم غذایی و ورزش در حدود ۵۰ درصد و یا کمتر می‌باشد، به عبارتی نیمی از افراد شرکت‌کننده در برنامه‌ی درمانی کنترل وزن با رژیم غذایی و ورزش بعد از ۶ ماه تا یکسال مجدداً به وزن قبلی خود بر می‌گردند، و بعد از یکسال این میزان تا ۷۵ درصد نیز افزایش می‌یابد [۱، ۱۱].

متأسفانه علی‌رغم تاکید و تمرکز زیاد بر ضرورت تغییر رفتارهای بالقوه خطرناک و ناسالم بهداشتی، سبک زندگی و فعالیت‌های روزانه، متخصصان حرفه‌ای و درمانگران الگوهای عمل محدودی برای کمک به نوجوانان در تغییر رفتار و انگیزش لازم برای استمرار آن در اختیار دارند [۱۴]. شکست‌های مکرر و یا عدم موفقیت پایدار در برنامه‌های جاری کنترل وزن، محققین را به تدوین برنامه‌های درمانی بین حرفه‌ای با تخصص‌های مختلف مانند روانشناختی-جامعه‌شناختی و بهداشتی-درمانی برانگیخته است [۱۵، ۱۶]. مطالعات روانشناختی نشان می‌دهند که آموزش مستقیم در زمینه تغییر رفتار به خصوص در گروه سنی نوجوانان در اکثر مواقع ناکارآمد خواهد بود، نوجوانان به شدت در مقابل توصیه و یا نصیحت، استدلال و اجبار به تغییر مقاومت می‌کنند، خودمختاری، استقلال طلبی و تصمیم‌گیری فردی شاکله‌ی اصلی روانی این گروه سنی است، عدم توجه به علایق، ارزش‌ها و انگیزه‌های درونی آنان، زمینه‌ی بروز تعارضات و تضادها و در نتیجه مقاومت در مقابل تغییر و یا شکست در تداوم و استمرار تغییر رفتار را فراهم می‌آورد، و این مسئله ضرورت مداخلات شناختی رفتاری را مطرح می‌سازد، در مداخلات درمانی شناختی-رفتاری، بیش از آن که به نوجوان در مورد تغییر رفتار،

آموزش مستقیم داده شود، وی را به کشف انگیزه‌هایش برای تغییر رفتار و الگوهای زندگی و حل تعارضات درونی در مورد رفتارهایش ترغیب می‌کنند [۱۷-۱۹].

یکی از رویکردهای جدید درمانی که در سال‌های اخیر مورد توجه زیادی قرار گرفته و مطالعات در خصوص تاثیر مثبت آن رو به افزایش است مصاحبه انگیزشی می‌باشد. مصاحبه انگیزشی روشی مراجع محور و رهنمودی به منظور تقویت و افزایش انگیزه درونی برای تغییر رفتار از طریق کشف، شناسایی و حل تردیدها و دو سوگرایی است [۲۰]. مصاحبه انگیزشی اولین بار در دنیا توسط میلر و سپس میلر و رولنیک برای درمان اعتیاد مطرح و با توجه به پیامدهای مثبت آن به سرعت به حوزه‌های دیگر سیستم‌های ارتقا سلامت گسترش یافته است، در سال‌های اخیر مصاحبه انگیزشی به محدوده بیماری‌های مزمن راه یافته، چرا که اغلب افراد با بیماری‌های مزمن نیازمند شناخت سبک زندگی سالم و تغییر رفتار هستند تا بتوانند سلامتی خود را حفظ کنند. مطالعات متعددی به تاثیر مثبت مصاحبه انگیزشی در کاهش وزن هم در داخل کشور و هم خارج اشاره کرده‌اند [۲۱، ۲۲].

هدف اصلی مصاحبه انگیزشی، افزایش انگیزه درونی، برای تغییر است. انگیزه درونی بیشتر از اهداف و ارزش‌های شخصی سرچشمه می‌گیرد تا از منابع بیرونی همانند تشویق و یا اجبار فرد برای تغییر، فشار بیرونی، مقاومت و کاهش تمایل به تغییر و یا تداوم تغییر را در فرد ایجاد می‌کند [۲۳، ۲۴]. این رویکرد انگیزشی به جای ارائه اطلاعات و استدلال، توصیه، ترغیب و اجبار از طریق فرآیند تعامل و طی دو مرحله ایجاد انگیزه درونی و تقویت تعهد نسبت به تغییر، باعث تسهیل تغییرات رفتاری می‌شود. مطالعات نشان می‌دهد که روش مصاحبه انگیزشی نسبت به آموزش و توصیه‌های درمانی سنتی در دامنه وسیعی از مشکلات روانشناختی و بیماری‌های جسمی برتری دارد [۲۵-۲۷].

طبق نظریه یادگیری اجتماعی بندورا، برای کسب موفقیت در هر تغییری، اعتماد و اطمینان به توانمندی‌های فردی و در واقع خودکارآمدی ضروری و الزامی است. خودکارآمدی عبارت است از اعتماد به توانایی‌های خود و انتظار کسب موفقیت در عمل به یک رفتار خاص. بندورا معتقد است خودکارآمدی یعنی ادراک از توانایی‌های خود در تولید و تنظیم رویدادهای زندگی. خودکارآمدی زمانی حاصل می‌شود که فرد توانایی نفوذ، تاثیر و کنترل بر رویدادها و شرایط محیطی که زندگی وی را تحت تاثیر قرار می‌دهند، را کسب کند و این همان اصل ضروری برای کنترل رفتار و تداوم و استمرار آن است که بایستی متعاقب اجرای برنامه های بهداشتی-درمانی در مددجو تحقق یابد. بندورا معتقد است افرادی که به توانمندی‌های خود اعتماد بیشتری دارند کمتر در تردیدها غرق می‌شوند و در انجام وظایف و تکالیف خود پشتکار دارند، و در واقع شرایط دشوار را به عنوان چالش و فرصت درک می‌کنند تا تهدید و اجبار، و در نتیجه عملکرد بالایی را از خود بروز می‌دهند و این به نوبه‌ی خود، باعث ارتقاء و توسعه‌ی خودکارآمدی

در آنان می‌شود [۲۳، ۲۸، ۲۹]. علی رغم توسعه و به کار گیری مصاحبه انگیزشی در جهان و سرایت به حوزه‌های سلامت، بررسی‌های اولیه در ایران نشان می‌دهد که تحقیقات انجام شده در این زمینه بسیار اندک است [۲۴، ۲۵] و با توجه به شواهد تحقیقی مبتنی بر تاثیرات مثبت مصاحبه انگیزشی بر تغییر رفتارهای ناسالم و همچنین شیوع چاقی بین نوجوانان به عنوان یک عامل خطر مهم و وابسته به سبک زندگی، ضرورت مطالعه در این زمینه احساس می‌شود. در واقع تحقیق در این زمینه سرمایه‌گذاری در جهت ارتقاء سلامت نسل آینده می‌باشد. از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در نوجوانان پسر چاق و یا دارای اضافه وزن طراحی و اجرا شده است.

روش

این مطالعه‌ی تجربی به شکل کارآزمایی بالینی کنترل شده با طرح پیش آزمون و پس آزمون و اندازه گیری‌های مکرر و با یک گروه گواه و دو گروه آزمایش می‌باشد که در پاییز و زمستان ۱۳۹۱ در جامعه آماری شامل دانش آموزان دبیرستان‌های پسرانه (در مقطع سنی ۱۵ تا ۱۹ سال) یکی از مناطق آموزش و پرورش شهر تهران انجام شد. حجم نمونه با استفاده از نمودار آلتمن و تفاوت استاندارد محاسبه شده از یک مطالعه [۲۳]، تفاوت استاندارد ۱/۴۲ و با احتساب $\alpha=0/5$ و $\beta=10\%$ و $\text{power}=90\%$ در هر گروه حداقل ۲۸ نفر محاسبه و با در نظر گرفتن ریزش حدود ۱۰ درصد در هر گروه، حدود ۳۰ نفر برآورد و حجم نهایی نمونه‌ها ۹۰ نفر تعیین گردید (۳ گروه ۳۰ نفره). معیار ورود به مطالعه سن بین ۱۵ تا ۱۹ سال، نمایه توده بدن (BMI) بالاتر از ۲۵، عدم ابتلا به بیماری یا ناتوانی جسمی، روحی و روانی (با بررسی پرونده بهداشتی دانش آموزان) اخذ رضایت کتبی شرکت در مطالعه از نوجوانان و والدین یا سرپرست وی و معیار خروج شامل شرکت در یک برنامه‌ی آموزش کنترل وزن همزمان و یا موازی با مداخله، غیبت کردن بیش از یک جلسه در جلسات آموزش تغذیه و یا مصاحبه و یا انصراف در هر مرحله از تحقیق بوده است. گروه گواه هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند، گروه آزمایش ۱ تحت عنوان گروه آموزش نامگذاری شده و فقط آموزش معمول کنترل وزن با رژیم غذایی و ورزش را دریافت کرده در حالی که گروه آزمایش ۲، آموزش معمول کنترل وزن توأم با مصاحبه انگیزشی را همزمان دریافت نمودند. شروع تحقیق با طی مراحل قانونی و اخلاقی و کسب مجوز، هماهنگی با مسئولین مدارس و برگزاری جلسه‌ی توجیهی برای آنان بوده است، سپس دانش آموزان با نمایه توده بدن بالای ۲۵ توسط مسئولین مدرسه و پرونده بهداشتی معرفی و اندازه گیری مجدد قد و وزن با ابزار استاندارد انجام و پس از محاسبه‌ی مجدد نمایه توده بدن، اسامی آن‌ها در لیستی جمع‌آوری گردید. از لیست مربوطه به روش تصادفی منظم ۹۰ نفر تعیین و رضایت کتبی از نمونه‌ها و والدین‌شان گرفته شد،

لازم به ذکر است که محقق از نظر اخلاقی خود را در برابر نمونه ها مسئول دانسته و در گروه گواه که هیچ مداخله‌ای رادریافت نکرده است، بعد از اتمام کامل تحقیق، پمفلت‌های آموزشی تغذیه و کنترل وزن توزیع و چهار جلسه آموزشی اختیاری همراه با حضور والدینشان برگزار گردید، از این رو گروه گواه را می‌توان گروه شاهد در لیست انتظار نامید.

در این مطالعه ابزار جمع‌آوری اطلاعات یک پرسشنامه دو بخشی، بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم خودکارآمدی سبک زندگی کلارک با ۲۰ گویه و ۵ خرده مقیاس، شامل دسترسی به مواد غذایی، فشارهای اجتماعی، ناراحتی جسمانی، هیجانات منفی و هیجانات مثبت، که در آن آزمودنی‌های میزان اعتماد و اطمینان به خود در کنترل رفتارهای مربوط به خوردن را در موقعیت‌های مختلف و وسوسه انگیز بر اساس یک طیف افتراق معنایی ۵ درجه‌ای از عدم اعتماد معادل صفر تا بسیار مطمئن معادل ۴ نمره گذاری کرده، بنابراین دامنه‌ی نمرات بین صفر تا حداکثر ۸۰ متغیر می‌باشد. ویژگی‌های روان سنجی پرسشنامه با استفاده از روش‌های تحلیل عاملی و روایی همگرا و واگرا، اعتبار بیرونی، بازآزمایی و همسانی درونی در مطالعات متعدد مورد تایید قرار گرفته است و ضرایب همبستگی درونی آن از ۰/۸۸ تا ۰/۹۴ گزارش شده است [۲۳، ۳۲]. در این مطالعه نیز همبستگی درونی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸ محاسبه گردید. روایی محتوایی ابزار نیز با اجماع نظرات ۱۰ نفر از خبرگان با تخصص‌های روانشناسی بالینی، مشاوره، دکترای آموزش پرستاری و بهداشت جامعه مورد تایید قرار گرفت.

در نهایت داده‌ها با نرم افزار SPSS ۱۸ و با آزمون‌های آماری توصیفی (فراوانی و میانگین) و تحلیلی شامل کای اسکور، آنالیز واریانس یکطرفه و آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری تجزیه و تحلیل و نتایج نهایی استخراج گردیدند.

ملاحظات اخلاقی شامل کسب اجازه از مدیریت و حراست ناحیه‌ی آموزش پرورش و دبیرستان‌های منتخب، رعایت صداقت و امانت‌داری در جمع‌آوری اطلاعات، رعایت اصل سودمندی برای نمونه‌ها و اخذ رضایت کتبی و حق انصراف در هر مرحله و بی نام و محرمانه بودن اطلاعات انجام شده است.

یافته‌ها

نمونه‌ها، دانش آموزان پسر در مقطع سنی ۱۵ تا ۱۹ سال با میانگین کلی ۱۶ سال و انحراف معیار ۱/۱۵ و با نمایه توده بدن (BMI) در دامنه‌ی بین حداقل ۲۵ و حداکثر ۳۶ و میانگین کلی ۲۸/۷ و انحراف معیار ۲/۷ که آزمون آماری ANOVA تفاوت معناداری را بین گروه‌های پژوهش از نظر متغیر نمایه توده بدن نشان نداده است (جدول شماره ۱). یافته‌ها نشان دادند که ۸۲ نفر از دانش آموزان یعنی ۹۱/۱ درصد والدین‌شان چاق و یا دارای اضافه وزن هستند، ۵۲ نفر در حدود ۵۷/۷ درصد دانش آموزان حداقل سابقه‌ی یکبار اقدام ناموفق به کنترل وزن داشته‌اند و مابقی هیچ وقت برای کنترل وزن اقدامی نکرده‌اند.

افرادی که رضایت کتبی ندادند، مجدداً از لیست مربوطه به روش قبل جایگزین گردیدند. سپس نمونه‌ها به طور تصادفی به گروه‌ها اختصاص داده شدند. به این ترتیب که اولین اسمی که با قرعه کشی از لیست ۹۰ نفره خارج می‌شد به گروه آزمایش ۱، دومی گروه آزمایش ۲ و سومی گروه گواه و دوباره این چرخه تکرار می‌شد تا اسامی تمام شوند.

بعد از این مرحله، اطلاعات پیش آزمون خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن، با پرسش‌نامه مربوطه از هر سه گروه اخذ گردیده سپس جلسات آموزش معمول کنترل وزن (رژیم غذایی و ورزش) در هر دو گروه آزمایش (۱ و ۲ توسط کارشناس تغذیه، به صورت کاملاً یکسان و مجزا در ۴ جلسه‌ی دو ساعته ارائه گردید. کارشناس تغذیه ارائه کننده جلسات آموزشی، برای کنترل تورش عملکرد، نسبت به نوع گروه‌ها کور بوده است، ضمن این که حضور یکی از والدین نوجوان و یا سرپرست وی در جلسات آموزش معمول کنترل وزن، جهت حمایت از برنامه‌ی غذایی و فعالیت ورزشی نوجوان الزامی بود. در گروه آزمایش ۲ همزمان با ارائه جلسات آموزشی کنترل وزن، جلسات مصاحبه انگیزشی نیز به صورت ۵ جلسه‌ی دو ساعته و در گروه‌های ۱۰ نفره و در طی ۵ هفته انجام شد. طرح کلی و محتوای جلسات مصاحبه‌ی انگیزشی بر اساس متون تحقیقی مربوطه و اخذ تجربیات پژوهشگران قبلی و تایید خبرگان در این زمینه طراحی گردید که عبارتند از جلسه اول: آشنایی، معارفه و تنظیم توافق بین اعضای گروه، جلسه دوم: شناسایی احساسات و تاثیر آن بر رفتار، جلسه سوم، تعیین رفتارهای سالم و ناسالم و ضرورت تغییر رفتار، جلسه چهارم: تبیین ارزش‌ها و اهداف شخصی، جلسه پنجم، کشف تردیدها و دو سوگرایی‌ها و آمادگی برای تغییر و تعیین چشم انداز [۲۳، ۳۰] در هر جلسه کاربرد خاص جهت ثبت احساسات، نگرش‌ها، تفکرات، دوسوگرایی‌ها و تردیدهای نمونه‌ها در مراحل مصاحبه ارائه که توسط نوجوان تکمیل و در جلسات بعد در خصوص آن‌ها بازخورد لازم به نمونه‌ها داده می‌شد.

جلسات مصاحبه ضبط شده و بعد از هر جلسه پیوستگی و اعتبار علمی آن توسط سیستم (MITI) [۳۱] توسط دو همکار پژوهش، با تجربه‌ی اجرای مصاحبه‌ی انگیزشی بررسی و میزان اعتبار بین ارزیابان اندازه‌گیری و در موارد عدم توافق، اصلاحات و یا اقدامات لازم جهت جلسه‌ی بعدی اتخاذ می‌گردید بلافاصله بعد از آخرین جلسه مداخلات، اطلاعات پس آزمون با پرسشنامه مذکور اخذ گردید. ۴ هفته بعد از اتمام مداخله (اخذ اطلاعات پس آزمون) از هر ۳ گروه اطلاعات پیگیری اولیه و سپس ۸ هفته بعد از آن (پیگیری اول)، اطلاعات پیگیری ثانویه با پرسشنامه مذکور جمع‌آوری گردید. بنابراین طول کل مدت پیگیری ۱۲ هفته بوده است. در طی ۴ هفته پیگیری اولیه، محقق طی تماس تلفنی چند بار در هفته با نمونه‌ها در گروه آزمایش ۲ ارتباط برقرار کرده و ضمن تشویق و حمایت به سوالات و ابهامات پاسخ و مشکلات احتمالی را بررسی و راهنمایی لازم را به عمل آورده است. در طی ۸ هفته پیگیری ثانویه، ارتباط محقق با نمونه‌ها کاملاً قطع بوده است

جدول ۱. مقایسه میانگین و (انحراف معیار) $M \pm (SD)$ نمایه ی توده بدن (BMI) بر اساس گروه‌های پژوهش

گروه ← متغیر ↓	آزمایش ۲ $M \pm (SD)$	آزمایش ۱ (آموزش) $M \pm (SD)$	گواه $M \pm (SD)$	کل $M \pm (SD)$	حد اکثر-حداقل	آزمون آماری ANOVA
BMI	۲۸/۲±(۲/۵)	۲۹/۱±(۲/۴)	۲۸/۸±(۳)	۲۸/۲±(۲/۷)	۲۵-۳۶	$df=۲$ و $F=۰/۸۱۳$ $P=۰/۴۴$

جدول ۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی برخی متغیرهای دموگرافیک بر اساس گروه‌های پژوهش

گروه ← متغیر ↓	آزمایش ۲ درصد (فراوانی)	آزمایش ۱ (آموزش) درصد (فراوانی)	گواه درصد (فراوانی)	کل درصد (فراوانی)	آزمون کای اسکوئر
ساعات	کمتر از ۲ ساعت	۴۳/۳٪ (۱۳)	۵۳/۲٪ (۱۶)	۴۶/۶٪ (۱۴)	chi=۴/۶۶
تماشای	بین ۲ تا ۴ ساعت	۳۶/۶٪ (۱۱)	۱۶/۶٪ (۵)	۲۵/۵٪ (۲۳)	square
تلویزیون	بیشتر از ۴ ساعت	۲۰٪ (۶)	۳۰٪ (۹)	۲۶/۶٪ (۲۴)	df=۶
					P=۰/۵۸۷
ساعات	کمتر از ۲ ساعت	۷۳/۳٪ (۲۲)	۶۰٪ (۱۸)	۶۴/۴۴٪ (۵۸)	chi=۳/۳۳
استفاده از	بین ۲ تا ۴ ساعت	۱۶/۶۶٪ (۵)	۲۰٪ (۶)	۲۰٪ (۱۸)	square
رایانه در روز	بیشتر از ۴ ساعت	۱۰٪ (۳)	۲۰٪ (۶)	۱۵/۵٪ (۱۴)	df=۶
					P=۰/۷۶۶
ساعات	کمتر از ۲ ساعت	۴۶/۶۶٪ (۱۴)	۴۰٪ (۱۲)	۴۵/۵٪ (۴۱)	chi=۳/۴۵
مطالعه در روز	بین ۲ تا ۴ ساعت	۱۶/۶۶٪ (۵)	۱۰٪ (۳)	۱۶/۶۶٪ (۱۵)	square
	بیشتر از ۴ ساعت	۳۶/۶۶٪ (۱۱)	۵۰٪ (۱۵)	۲۶/۶۶٪ (۲۴)	df=۶
					P=۰/۴۸۷
ساعات ورزش	کمتر از ۲ ساعت	۷۰٪ (۲۱)	۸۶/۶٪ (۲۶)	۷۵/۵٪ (۶۸)	chi=۳/۰۷
در هفته	بین ۲ تا ۴ ساعت	۲۰٪ (۶)	۱۰٪ (۳)	۱۶/۶٪ (۱۵)	square
	بیشتر از ۴ ساعت	۱۰٪ (۳)	۳/۳۳٪ (۱)	۷/۷٪ (۷)	df=۶
					P=۰/۵۴۵
وجود چاقی و یا	بلی	۹۶/۶٪ (۲۹)	۹۳/۳٪ (۲۸)	۹۱/۱٪ (۸۲)	chi=۳/۵۶
اضافه وزن در	خیر	۳/۴٪ (۱)	۶/۷٪ (۲)	۸/۸٪ (۸)	square
والدین					df=۶
					P=۰/۱۶۸
سابقه ی اقدام	بلی	۴۶/۶٪ (۱۴)	۵۳/۶٪ (۱۶)	۵۷/۷٪ (۵۲)	chi=۴/۷۳
ناموفق قبلی	خیر	۵۳/۶٪ (۱۶)	۴۶/۶٪ (۱۴)	۴۲/۲٪ (۳۸)	square
به کنترل وزن					df=۶
					P=۰/۰۹۴

آزمون آماری کولموگروف اسمیرنوف توزیع نرمال داشته ($p=۰/۴۹$) و پیش فرض برابری واریانس‌ها با آزمون لون ($p=۰/۰۸$) تایید گردید، از آزمون‌های آماری ANOVA و RMANOVA استفاده شده است. در خصوص خودکارآمدی سبک زندگی در مرحله ی پیش آزمون با میانگین کلی ۴۵/۸ و انحراف معیار ۸/۹ با آزمون آماری آنالیز واریانس یکطرفه (ANOVA) و با $p=۰/۹۳$ تفاوت معنادار آماری بین گروه‌ها وجود نداشت. در مرحله ی پس آزمون علیرغم افزایش نمره ی خودکارآمدی سبک زندگی در گروه آزمایش ۲ (میانگین ۴۸/۶ و انحراف معیار ۹/۴) و آزمایش ۱ (آموزش) (میانگین ۴۸/۸ و انحراف معیار ۸/۱) تفاوت معنادار آماری با $p=۰/۴۳$ بین گروه‌های پژوهش دیده نشد. در مرحله ی پیگیری اول میانگین خودکارآمدی در گروه آزمایش ۲ به ۵۴/۷ و در گروه آموزش به ۵۳/۱ افزایش یافته ولی در گروه گواه با میانگین ۴۵/۶ همچنان نسبت به مراحل قبل تفاوتی دیده نشد. در این مرحله آزمون آماری مذکور با

در بین دانش آموزانی که اقدام قبلی به کنترل وزن داشته اند ۳۲/۶ درصد از دارو، ۱۱/۵ درصد از رژیم غذایی، ۲۸/۸ درصد از ورزش و ۲۶/۹ درصد از مجموعه ی روش‌های ذکر شده برای کنترل وزن استفاده کرده‌اند. از نظر ساعات تماشای تلویزیون در ۲۴ ساعت ۴۷/۷ درصد کمتر از ۲ ساعت و ۲۵/۵ درصد در حدود ۲ تا ۴ ساعت و ۲۶/۶ درصد بیشتر از ۴ ساعت در روز تلویزیون تماشا می‌کنند. در خصوص ساعات استفاده از رایانه در ۲۴ ساعت شبانه روز ۶۴/۴۴ درصد کمتر از ۲ ساعت به این کار می‌پردازند، میزان ساعات ورزش در هفته ۷۵/۵ درصد از نمونه‌ها کمتر از ۲ ساعت در هفته ورزش می‌کنند، و میزان ساعات مطالعه در شبانه روز ۴۵/۵ درصد کمتر از ۲ ساعت، ۳۷/۷ درصد بیشتر از ۴ به مطالعه اشتغال دارند. آزمون آماری کای اسکوئر نشان داد که بین گروه های پژوهش از نظر متغیرهای ذکر شده تفاوت معنادار آماری با $p>۰/۰۵$ وجود ندارد (جدول ۲). درمقایسه ی متغیر وابسته در بین گروه‌ها، با توجه به این که متغیر خودکارآمدی سبک زندگی با

گروه‌ها در طی ۴ مرحله اندازه‌گیری نشان می‌دهد (جدول ۳ و نمودار ۱).

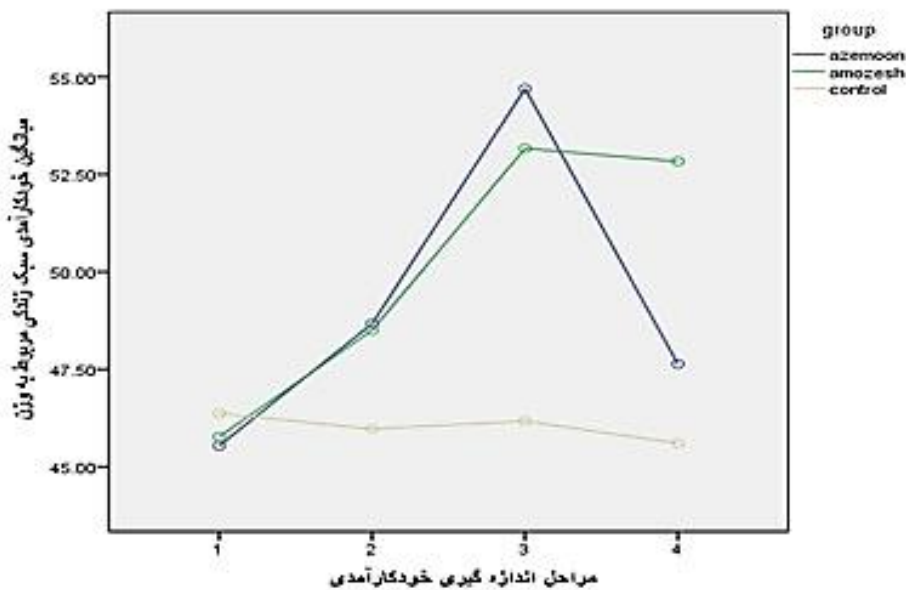
بحث

مطالعه‌ی حاضر نشان داد که هم مصاحبه‌ی انگیزشی گروهی و هم آموزش معمول کنترل وزن گروهی (رژیم غذایی و ورزش) توانستند خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به کنترل وزن را در گروه نوجوانان پسر با نمایه توده بدن بالای ۲۵ افزایش دهند، اگر چه مصاحبه‌ی انگیزشی تاثیر فزاینده‌تری نسبت به آموزش معمولی کنترل وزن در ارتقاء خودکارآمدی داشته است ولی عدم پیگیری و عدم درک حمایت توسط مصاحبه‌شوندگان تا زمان تثبیت تغییر رفتار، می‌تواند از اثرات آن در این گروه سنی بکاهد.

تفاوت معنادار آماری را بین گروه‌ها نشان داده است در مرحله‌ی پیگیری دوم میانگین خودکارآمدی در گروه آزمایش ۲ کاهش یافته به (۴۷/۶ و انحراف معیار ۱۰/۷) رسید ولی در گروه آموزش این میزان کاهش بسیار اندک بوده است (میانگین ۵۲/۸ و انحراف معیار ۱۱/۵) و در گروه گواه همچنان مانند قبل (میانگین ۴۵/۶ و انحراف معیار ۸/۴) تغییری ایجاد نشد. در این مرحله آزمون آماری مذکور تفاوت معنادار آماری را با $p = 0.024$ بین گروه‌ها نشان می‌دهد. در مقایسه‌ی درون گروهی در طی مراحل پژوهش (چهار مرحله اندازه‌گیری) آزمون آماری آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری (RMANOVA) در گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ با $p = 0.001$ تفاوت معنادار آماری و در گروه گواه با $p = 0.065$ تفاوت معنادار آماری را نشان نمی‌دهد. در مقایسه‌ی همه‌ی گروه‌ها در طی چهار مرحله اندازه‌گیری (تعامل زمان و گروه) آزمون آماری آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری با

جدول ۳. مقایسه میانگین و (انحراف معیار) خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در بین گروه‌های پژوهش و در مراحل مختلف اندازه‌گیری

متغیر	مرحله ← گروه ↓	پیش آزمون M±(SD)	پس آزمون M±(SD)	پیگیری اول M±(SD)	پیگیری دوم M±(SD)	آزمون آماری RMANOVA
خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن	آزمایش ۲	۴۵/۵±(۹/۶)	۴۸/۶±(۹/۴)	۵۴/۷±(۹/۵)	۴۷/۶±(۱۰/۷)	F=۶/۳۵۶ df=۳ P=۰/۰۰۰
	آزمایش ۱ (آموزش)	۴۵/۷±(۸/۲)	۴۸/۸±(۸/۱)	۵۳/۱±(۹/۱)	۵۲/۸±(۱۱/۵)	F=۸/۱۳ df=۳ P=۰/۰۰۰
گواه	گواه	۴۶/۳±(۹/۶)	۴۵/۵±(۹/۶)	۴۵/۶±(۸/۴)	۴۵/۶±(۸/۲)	F=۰/۳۸۳ df=۳ AP=۰/۷۸۷
	آزمون آماری ANOVA	F=۰/۰۶۷ df=۲ P=۰/۹۳۵	F=۰/۸۳۴ df=۲ P=۰/۴۳۸	F=۶/۸۸۰ df=۲ P=۰/۰۰۲	F=۳/۹۱۱ df=۲ P=۰/۰۲۴	



نمودار ۱. مقایسه‌ی خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در ۴ مرحله‌ی اندازه‌گیری بین گروه‌های پژوهش

بودن مصاحبه‌ی انگیزشی با آموزش کنترل وزن به میزان زیادی به افزایش خودکارآمدی منجر شد (بیشتر از گروه آموزش) ولی با انقطاع حمایت مشاور از نمونه‌ها و کاهش حمایت درک شده، خودکارآمدی کاهش یافت.

از سوی دیگر شاید یکی از دلایل متفاوت بودن اثر ماندگاری مصاحبه‌ی انگیزشی در گروه سنی نوجوانان، این است که افراد میانسال به علت درگیر شدن به پیامدهای رفتارهای ناسالم مانند فشارخون، دیابت، ایدز، اعتیاد، التزام و اطمینان بیشتری نسبت به تغییر رفتار در خود احساس کرده ولی در گروه نوجوانان پیامد ملموسی وجود نداشته و یا بعید به نظر می‌رسد، التزام و ضرورت برای تغییر رفتار، کمتر درک شده و از این رو به حمایت پیوسته، بیشتر و مداوم‌تری نیاز دارند.

همچنان که بندورا معتقد است خودکارآمدی، پیش شرط اصلی و مهم در تغییر رفتار، از جمله رفتارهای بهداشتی است ولی در مراحل اولیه با «خود متقاعدسازی» و با این باور که «من فکر می‌کنم»، «من می‌توانم» رشد و توسعه نمی‌یابد، بلکه در اثر تحمل چالش‌ها، به ویژه انجام کارها و حمایت به طور متوالی، پیگیر و تعقیب برنامه‌های واقع بینانه است که شکل می‌گیرد [۳۵]. مطالعات بسیار زیادی اثرات مثبت مصاحبه‌ی انگیزشی در افزایش خودکارآمدی و تغییر رفتار را در گروه سنی مشابه مطالعه‌ی حاضر تایید کرده اند ولی یا به پیگیری‌های بعدی اشاره نکرده‌اند و یا زمان پیگیری آن‌ها با مطالعه‌ی حاضر متفاوت بوده است.

مطالعه‌ای مروری در ایالات متحده در سال ۲۰۰۹ به بررسی تاثیر مصاحبه انگیزشی بر ارتقاء رفتارهای بهداشتی در زمینه‌های سوءمصرف مواد، کنترل دیابت، بهداشت دهان، تغذیه و فعالیت‌های ورزشی پرداخته است در کل ۳۷ مقاله که ۲۴ مقاله در زمینه تغذیه و ورزش، ۹ مقاله در زمینه دیابت و ۴ مقاله در زمینه بهداشت دهان بررسی شده است، در همه این زمینه‌ها مصاحبه انگیزشی موثر واقع شد [۱۵].

یک مطالعه که سال ۲۰۰۹ در ایالات متحده بر روی ۴۱ دختر نوجوان ۱۸-۱۶ ساله انجام شد به ۲۰ نفر از شرکت کنندگان علاوه بر آموزش‌های معمول تغذیه و رفتارهای بهداشتی که جهت کنترل وزن به کار گرفته شد مصاحبه انگیزشی طی جلساتی انجام شد. در پایان تغییرات رفتاری که در گروه آزمون صورت گرفت نشان دهنده اثرات مثبت مصاحبه انگیزشی در کنترل وزن و فعالیت‌های فیزیکی و خود توانمندسازی نوجوانان شرکت کننده در این مطالعه بوده است [۲۹].

در مطالعه‌ای به صورت آینده نگر در سال ۲۰۱۱ در کانادا بر روی کودکان ۱۸ تا ۱۰ ساله مراجعه کننده به مرکز مراقبت‌های سرپایی کودکان جهت کاهش وزن با هدف بررسی تاثیر مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی افراد و همچنین تاثیر آن بر رفتارهای بهداشتی، شرکت کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمون قرار گرفتند در گروه کنترل که صرفاً آموزش مهارت‌های اجتماعی را دریافت می‌کردند و گروه درمانی که علاوه بر آموزش مهارت

در مرحله‌ی اول پیگیری که تماس بین مصاحبه‌گر و نمونه‌ها با حمایت مصاحبه‌گر برقرار بود همچنان خودکارآمدی در حال افزایش بوده ولی در مرحله‌ی دوم پیگیری که این ارتباط قطع گردید افت ناگهانی در خودکارآمدی در گروه آزمایش ۲ ایجاد شد. در حالی که در گروه آموزش (آزمایش ۱) افت کمتری در خودکارآمدی دیده شده است. همان طور که دی مارکو و همکارانش در مطالعه‌شان نشان دادند که مصاحبه‌ی انگیزشی در صورت افزایش حمایت ارائه شده و درک شده، می‌تواند پای بندی به تغییر رفتار را از طریق خودکارآمدی و کنترل رفتارهای خوردن در موقعیت‌های وسوسه برانگیز افزایش دهد [۳۳].

شاید بتوان گفت یکی از دلایل عمده نیاز به درک حمایت جهت تداوم اثر مصاحبه‌ی انگیزشی در این مطالعه، شرایط خاص جسمی و روانی گروه تحت مطالعه (نوجوانان)، عدم ثبات، ناپایداری عواطف، احساسات و نگرش‌های آنان و آسیب پذیرتر بودن نسبت به عوامل و فشارهای خارجی باشد. معمولاً نوجوانان برای مقابله با تمایلات و وسوسه‌ی انجام رفتارهای لذت بخش ولی زیانبار، تردید بیشتری را تجربه کرده و به درک حمایت و اطمینان بیشتری نیاز دارند، این حمایت باید به طور صادقانه و شفاف از طرف نوجوان درک شود. تذکر دادن و دلیل آوردن برای تغییر وی را مقاوم‌تر می‌سازد. اگر نتوان گفت همیشه ولی در بسیاری از موارد در تغییر رفتار بهداشتی، نوجوانان بیشتر حالتی توأم با دو سوگرایی و تعارض درونی دارند. آن‌ها خواهان تغییر هستند ولی در بر طرف کردن دو سوگرایی و تعارضات درونی نیز به حمایت صادقانه نیاز دارند، به یقین می‌توان گفت شناسایی انگیزه‌ها، درک دغدغه‌ها و احترام به ارزش‌های نوجوانان و همدلی با او است که می‌تواند ماشه تغییرات رفتاری را در آن‌ها بچکاند [۱۵، ۲۹].

یک مطالعه فرا تحلیل در خصوص اثربخشی مصاحبه انگیزشی، نشان داده است وقتی مصاحبه انگیزشی به عنوان درمان مقدماتی استفاده شود تا درمان مستقل و جداگانه، تاثیر بیشتر و نتایج درمانی با ثبات‌تری را در طول زمان بعد از درمان نشان می‌دهد، که می‌توان گفت مصاحبه انگیزشی می‌تواند به عنوان درمان مقدماتی برای افزایش انگیزه در درمان‌های بعدی، به طور موفقیت آمیزی به کار گرفته شود [۱۷]. بنابراین ضروری به نظر می‌رسد که بعد از مصاحبه‌ی انگیزشی، خودکارآمدی جهت تغییر رفتار با رویکردهای درمانی، همسو، تقویت و تثبیت شود. به عبارتی ماندگاری اثرات مصاحبه‌ی انگیزشی به خصوص در گروه نوجوانان و جوانان به تقویت با روش‌های درمانی دیگر و حمایت‌های گسترده تری نیاز دارد.

همچنان که ارکوینز معتقد است بیشتر اثرات درمانی مصاحبه‌ی انگیزشی در چند ماهه‌ی اول عمدتاً زیاد است ولی با گذشت زمان، کاهش می‌یابد، که معمولاً این کاهش اثر درمانی، ناشی از کاهش اثر مصاحبه‌ی انگیزشی نیست، بلکه ناشی از این واقعیت است که تغییر رفتار به درمان‌های همسو دیگری علاوه بر مصاحبه‌ی انگیزشی نیاز دارد [۳۴]. در مطالعه‌ی حاضر همراه

بررسی‌ها یافت نشد و یا حداقل قابل دسترس نبود. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که برای بررسی ماندگاری اثرات مصاحبه انگیزشی به مطالعات بلند مدت و آینده نگری نیاز است.

نتیجه‌گیری

مصاحبه انگیزشی به همراه آموزش معمول تغذیه می‌تواند خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن را جهت تغییر رفتار و کاهش وزن در نوجوانان چاق و دارای اضافه وزن افزایش دهد، ولی تداوم اثر آن به درک حمایت بیشتر و طولانی‌تری از سوی نوجوان نیاز دارد.

تشکر و قدردانی: از مسئولین آموزش و پرورش، همچنین مسئولین، معلمان و دانش آموزان منطقه‌ی آموزش و پرورش شرکت کننده در مطالعه بی نهایت تشکر و قدر دانی می‌شود. لازم به ذکر است که این مقاله مستخرج از پایان نامه‌ی مقطع کارشناسی ارشد پرستاری گرایش بهداشت جامعه می‌باشد که با همکاری دانشکده پرستاری و مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) انجام شده است.

منابع

- Brennan. L, Walkley.J, al e. Motivational interviewing and cognitive behaviour therapy in the treatment of adolescent overweight and obesity: Study design and methodology. *Contemporary Clinical Trials* 2008 (29):359-75.
- WHO. Obesity and overweight. World Health Organisation, 2012.
- Khaji A, et, al. Hypertension and obesity in Iranian adolescence. *Iranian J Pediat*. 2006;16(1):45-50. [Persian]
- Sodeify S. Assessment of nutritional habitus in high school nutrition. *J Nursing Midwifery Uremia Univ Medical Sci*. 2007;5(3):121-16. [Persian]
- Kelishadi R, Pashmi R, Ahmadi M, Mohammad Zadeh M, Ghani R, al SGe. Healthy heart : Promotion health of heart from childhood. *J Qazvin University Med Sci*. 2003;7(2):26-15. [Persian]
- Amiri P. personal barriers for modifying of life style in teenager with obesity and overweight. *Iranian J Endocrinol Metabolism*. 2009;11:529-31. [Persian]
- AHA. Overweight in Children. American Heart Association. 2012.
- Daniels SR, et al. Overweight in children and adolescents : Pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. *Circulation : J Am Heart Association*. 2005;111(15):1999-2012.
- Story M, Neumark-Stzainer D, Sherwood N, Holt K, Sofka D, Trowbridge F, et al. Management of Child and Adolescent Obesity: Attitudes, Barriers, Skills, and Training Needs Among Health Care Professionals. *Pediatrics: official J Am Academy Pediatrics*. 2002;111(1):210-4.
- Tazhibi M, Kelishadi R, Khalili Tahmasebi H, Adibi A, Beihaghi A, al SHe. Association of lifestyle with metabolic syndrome and non-Alcoholic fatty liver in children and adolescence. *Bimonthly J*

های اجتماعی تحت مصاحبه انگیزشی نیز قرار می‌گرفتند، به شکلی که نمونه‌ها در گروه آزمون قبل از ویزیت متخصص تغذیه به مدت ۳۰ دقیقه با یک درمانگر ملاقات کرده و تحت مصاحبه انگیزشی قرار می‌گرفتند. این جلسات به مدت شش ماه ادامه پیدا کرده و نمونه‌ها قبل و بعد مداخله از لحاظ چاقی و BMI، غربالگری برای دیابت، وضعیت کلسترول خون مورد بررسی قرار گرفتند، در پایان نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان دهنده افزایش خودکارآمدی کودکان و نوجوانان در کنترل چاقی متعاقب مصاحبه انگیزشی بوده است [۲۷].

در مطالعه‌ی *آقای* جهت بررسی تاثیر مصاحبه انگیزشی بر کاهش وزن و خودکارآمدی زنان چاق یا دارای اضافه وزن در ایران، ۳۰ زن چاق یا دارای اضافه وزن به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمون قرار گرفتند، برای نمونه‌ها در گروه آزمون به مدت دو ماه چهار جلسه مصاحبه انگیزشی انجام شد، نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که مصاحبه انگیزشی باعث افزایش خودکارآمدی و همچنین کاهش شاخص توده بدنی زنان چاق یا دارای اضافه وزن شده است [۲۸].
مطالعاتی که بیانگر عدم تاثیر مصاحبه‌ی انگیزشی باشد در

Hormozgan Univ Med Sci. 2010;14(2):115-23. [Persian]

- Bean MK, Mazzeo SE, Stern M, Bowen D, K. I. A values-based Motivational Interviewing (MI) intervention for pediatric obesity: Study design and methods for MI Value. *Contemp Clin Trials*. 2011 (32):74-667.
- Zareian A, Qofranipoor F, Ahmadi F, Kazemnejad A, Akhtar-danesh N, Mohamadi I. Conceptual explanation of male adolescents lifestyle a qualitative research. *Iranian J Nurs Res*. 2008;2(7):84-73. [Persian]
- Karimi -Zarchi AA, Naghi'ei MR. Prevalence of risk factors of coronary heart disease and effect of life-style modification guides. *Kowsar Med J*. 2009;14(3):162-57. [Persian]
- Tripp SB, Perry JT, Romney S, J. B-S. Providers as Weight Coaches: Using Practice Guides and Motivational Interview to Treat Obesity in the Pediatric Office. *J Pediatric Nurs*. 2011 (26):9-474.
- Martins RK, McNeil DW. Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. *Clin Psychol Rev*. 2009 (29):93-283.
- Resnicow K, Davis R, Rollnick S. Motivational interview for pediatric obesity :Conceptual Issues and Evidence Review . *Journal of American Dietetic Association*. December 2006:2033-24.
- Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The Efficacy of Motivational Interviewing: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials. *J Consul Clin Psychol*. 2003;71(5):843-61.
- Cooper Z, Fairburn CG. A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behav Res Ther*. 2001;39(3):449-001
- DiMarco ID, Klein DA, Clark VL, GT W. The use of motivational interviewing techniques to

- enhance the efficacy of guided self-help behavioral weight loss treatment. *Eating Behav.* 2009 (10):134-6.
20. Britt E, Hudson S, Blampie N. Motivational interviewing in health settings: A review. *Patient Educ Couns.* 2004 (53):147-55.
21. Brennan L. Cognitive behavioural evaluation and treatment of adolescent overweight and obesity, in School of Health Sciences. Melbourne VIC: RMIT University; 2006
22. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people for change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
23. Navidiyan A, Abedi M R, Baghban I. Effect of motivational interviewing on the weight self-efficacy lifestyle in men suffering from overweight and obesity. *J Behav Sci.* 2010;4(2):149-54.[Persian]
24. Navidiyan A, Abedi M R, Baghban I, Fatehizadeh M, Poursharifi H. Effect of motivational interviewing on blood pressure of referents suffering from hypertension. *Kowsar Med J.* 2-121:(2)15 ;010].15[Persian]
25. Navidiyan A, Haghshenas L, Abedi Mohammad R, Baghban I, Fatehizadeh M. Comparing the effectiveness of group cognitive behavior therapy and its integration with motivational interviewing on symptoms of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Res Behav Sci.* 2010;9(1):13-23. [Persian]
26. Soederlund LL, Madson MB, Rubak S, P N. A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. *Patient Educ Couns.* 2011;84:16-26.
27. Walpole B , et, al. .motivation interviewing as an intervention to increase adolescent self-efficacy and promote weight loss. *BMC.* 2011 (11):459.
28. Aghaie Meybodina F, Poursharifia H, Dastbaravardeb A, Rostamia R, Saedia Z. The effectiveness of motivational interview on weight reduction and self-efficacy in Iranian overweight and obese women. *Procedia - Soc Behav Sci.* 2011 (30):1395-8.
29. Flattum C, Friend S , Neumark D , Story M perspectives in practice –motivational interviewing as a component of a school- based obesity prevention program for adolescent girls . *NIH.* 2009;109(1):91-4.
30. Fields A. Resolving patient ambivalence: A five motivational interviewing intervention: Portland:Hollifield AssociateS; 2006.
31. Moyers TB, Martin T, Manuel JK, Miller WR, Ernst D. The Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI) code: version 3.0. University of New Mexico, Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions. 2007.
32. Navidiyan A, Abedi M R, Bagheban I, Fatehizade M, Porsharifi H. Reliability and validity of questionnairebased lifestyle weight efficacy. *Behav Sci J.* 2009;3:217-22. [Persian]
33. DiMarco ID, Klein DA, Clark VL, GT W. The use of motivational interviewing techniques to enhance the efficacy of guided self-help behavioral weight loss treatment. *Eat Behav* 2009;3(8):1-3.
34. Arkowitz H, Westra HN, Miller WR, S. R. Motivational interviewing in the treatment of psychological problems. 1th ed. New york: The Gilford Press; 2008. 1-3.
- 35 .Bandura A. On the functional properties of perceived self-efficacy Rivisited. *JOM.* 2011;38:43-9.