Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Spring 2026, Volume 12, Issue 3 10.22034/ijrn.12.3.7

Effectiveness of Motivational Interviewing on Locus of Control and Medication Adherence in People with Asthma

Mina Darskhan[1], Farah Lotfi Kashani[2*], Shahram Vaziri[2], Marziyeh Tavakol[3]

1- Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran.
2- Department of Psychology, TMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.
3- Non-Communicable Diseases Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

***Corresponding Author:** Farah Lotfi Kashani, Department of Psychology, TMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.
Email: lotfi.kashani@gmail.com

Received: 2025/11/28 Accepted: 2026/04/21

Abstract

Introduction: Asthma remains a major public health concern in most parts of the world, and its diagnosis and management continue to pose significant challenges. Given that multiple factors contribute to the rising prevalence of asthma, greater clinical and research attention to this patient population is warranted.

Methods: This study employed a quasi-experimental pre-test–post-test design with a control group and a follow-up period. The statistical population comprised all patients with asthma who were referred to the Asthma and Allergy Clinic in Karaj during the second half of 2025 and received a confirmed diagnosis from a specialist physician. The research sample consisted of 40 men and women with asthma, selected through purposive sampling and then randomly assigned to either an experimental or a control group. Data were collected using the Multidimensional Health Locus of Control Scale and the Medication Adherence Questionnaire. The experimental group received a motivational interviewing intervention, while the control group was placed on a waiting list and received no intervention during this period. Data were analyzed in SPSS version 24 using repeated measures analysis of variance and the Bonferroni post hoc test, following verification of the relevant statistical assumptions.

Result: In the motivational interviewing group, statistically significant differences were found between mean scores of medication adherence and health locus of control at the pre-test stage compared with both the post-test and follow-up stages ($p < 0.05$). Comparison of mean scores across the three time points revealed increases in chance locus of control, powerful others locus of control, internal locus of control, and medication adherence scores. The difference between post-test and follow-up scores was not statistically significant ($p > 0.05$), indicating that the treatment effects were maintained over time.

Conclusions: The findings suggest that motivational interviewing can serve as an effective approach for improving health locus of control and medication adherence in patients with asthma, with the potential to yield meaningful health benefits for this population.

Keywords: Motivational interviewing; Medication adherence; Health locus of control; Asthma.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.22034/ijrn.12.3.7]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی

بهار ۱۴۰۵، دوره ۱۲، شماره ۳

10.22034/ijrn.12.3.7

اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر منبع کنترل و تبعیت دارویی در افراد مبتلابه آسم

مینا درس خوان[۱]، فرح لطفی کاشانی[۲*]، شهرام وزیری[۲]، مرضیه توکل[۳]

۱-گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
۲- گروه روان شناسی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۳- مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر ، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

***نویسنده مسئول:** فرح لطفی کاشانی، گروه روان شناسی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
ایمیل: lotfi.kashani@gmail.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۹/۷ پذیرش مقاله: ۱۴۰۵/۲/۱

چکیده

مقدمه: آسم یک مشکل عمده در اغلب نقاط دنیا هست که هنوز تشخیص و معالجه آن معضل بهداشتی است و با توجه به اینکه عوامل زیادی در افزایش شیوع بیماری آسم نقش دارند، توجه به این بیماران بسیار حائز اهمیت است.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه به همراه دوره پیگیری بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلابه بیماری آسم بودند که در نیمه دوم ۱۴۰۳ به کلینیک آسم و آلرژی شهر کرج مراجعه نمودند و توسط پزشک متخصص تشخیص بیماری آسم داده شدند و نمونه پژوهش شامل ۴۰ مرد و زن مبتلا به بیماری آسم بودند که به‌صورت هدفمند انتخاب سپس به‌صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه منبع کنترل سلامت والستون و همکاران (۱۹۷۸) و تبعیت دارویی موریسکی و همکاران (۲۰۰۸) بودند. ابتدا برای گروه آزمایش مداخله آموزشی برگزار شد، اما در این مدت گروه گواه در لیست انتظار و آموزشی دریافت نکرد. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و پس از بررسی مفروضات آماری از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد.

یافته ها: بر اساس نتایج به‌دست‌آمده در گروه مصاحبه انگیزشی تفاوت بین میانگین نمرات تبعیت دارویی و منبع کنترل سلامت در مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار بود ($p<۰/۰۵$) با مقایسه میانگین نمرات در سه مرحله مشاهده می‌شود که میانگین نمرات منبع کنترل شانس، منبع کنترل دیگران و میانگین نمرات تبعیت دارویی و منبع کنترل درونی افزایش‌یافته بود. تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات مرحله پیگیری معنی‌دار نیست ($p>۰/۰۵$) که نشان‌دهنده ثبات اثرات درمان باگذشت زمان بود.

نتیجه‌گیری: نتیجه پژوهش نشان داد که کاربرد مصاحبه انگیزشی در بیماران مبتلابه آسم می‌تواند به‌عنوان رویکردی کارآمد در بهبود سلامت و ارتقای سلامت این گروه محسوب شود و پیامدهای مفیدی داشته باشد.

کلیدواژه ها: مصاحبه انگیزشی، تبعیت دارویی، منبع کنترل سلامت، آسم.

مقدمه

آسم یکی از بیماری‌های مزمن تنفسی و از جدی‌ترین مشکلات سلامت است که سبب دگرگونی و تغییر در ابعاد مختلف عملکرد فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی او می‌شود (۱). یکی از بیماری‌های مزمن و التهابی دستگاه تنفسی است که در جریان آن سلول‌های التهابی وارد ریه شده و با تحریک‌پذیری مجاری هوایی، موجب سرفه خشک همراه با خلط اندک و خس‌خس، تنگی نفس و احساس فشار در قفسه می‌شود (۲). ویژگی‌های آسم شامل ترس شدید، بدهکاری عاطفی، حساسیت به طرد و فقدان مقاومت در شرایط دشوار است (۳). اختلالات مرتبط با آسم موجب

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.22034/ijrn.12.3.7]

کاهش فعالیت فیزیکی بیماران، مانع عملکرد شغلی، وقفه در خواب شبانه، اجبار کردن بیماران برای قرار ملاقات مکرر پزشکی و دارودرمانی فعال و حتی دلیلی برای بستری شدن آن‌ها می‌شوند (۴). شیوع آسم در جهان به‌طور متوسط ۴ تا ۷ درصد و میانگین شیوع آن در کشور ۱۳/۱۴ درصد گزارش‌شده است (۵). بروز آسم و شروع علائم بالینی آن درنتیجه‌ی عوامل آنتوژنیک (عوامل ژنتیکی، چاقی، جنسیت) و عوامل محیطی (مواد حساسیت‌زا، عوامل شغلی، دود سیگار، آلودگی هوا و عادات غذایی) است(۶)، عوامل روان‌شناختی با آمادگی ابتلا به آسم تداخل نموده و موجب تشدید یا بهبود فرایند بیماری می‌شوند، همچنین عوامل روان‌شناختی بر نشانه بیماری و کنترل آن نیز تأثیر می‌گذارد که درمجموع این بیماری هزینه‌های اجتماعی- اقتصادی بالا و افزایش خطر مرگ‌ومیر و عوارض را در پی دارد (۷).

دستیابی به کنترل بهتر آسم از اهداف مهم مدیریتی این بیماری است، لذا یکی عواملی که در کنترل بیماری و علائم این بیماری مؤثر است، منبع کنترل سلامت هست (۸)، منبع کنترل سلامت عبارت است از باور فرد به اینکه سلامت وی تا چه حد تحت کنترل عوامل درونی یا بیرونی است (۹). منبع کنترل سلامت یا باورهای کنترل سلامت اشاره به این موضوع دارد که افراد می‌توانند منبع کنترل بیرونی برای رفتارها و حوادث در نظر بگیرند و مسئولیت رفتارها را به شانس تقدیر، تصادف و عوامل محیطی بدهند و یا می‌توانند عامل رفتار را منبع درونی فرض نمایند و خود مسئولیت رفتار بپذیرند و خود را عامل مهمی در رفتارها و پیامدهای رفتار در نظر بگیرند (۱۰). منبع درونی کنترل سلامت با آگاهی و نگرش مثبت وضعیت روان‌شناختی رفتارهای بهداشتی و سلامت همگام می‌شود و در مقابل، منبع بیرونی کنترل سلامت بیشتر با رفتارهای سلامتی منفی و وضعیت روان‌شناختی ضعیف همراه است (۱۱). افرادی که احساس کنترل فردی قوی دارند حفظ سلامت و پیشگیری از بیماری را بیشتر در کنترل خود می‌دانند؛ همچنین هنگام ابتلا به بیماری می‌توانند بهتر با بیماری خود کنار بیایند و در فرایند توان‌بخشی، کارآمدتر عمل کنند و کیفیت زندگی بهتری را تجربه کنند (۱۲).

بهبود مدیریت فردی آسم مستلزم پایبندی به درمان و تبعیت دارویی است، زیرا تبعیت از درمان خوب با بهبود در کیفیت زندگی از طریق کاهش تشدید علائم بیماری مرتبط است (۱۳). تبعیت دارویی یعنی تمکین و تبعیت بیماران از توصیه‌های دارویی پزشک است (۱۴). تبعیت دارویی یک فرایند رفتاری پیچیده است و عوامل متعددی مانند ویژگی‌های فردی بیماران، رابطه متقابل پزشک و بیمار و سیستم مراقبتی بر آن تأثیر می‌گذارد (۱۵). تبعیت دارویی یک پدیده چندبعدی است که تحت تأثیر عوامل مرتبط با بیمار، وضعیت بیماری، درمان، اقتصادی-اجتماعی و عوامل پرسنل بهداشتی درمانی و نظام سلامت است (۱۶). عدم تبعیت ممکن است غیرعمدی و عمدی باشد و موارد غیرعمدی زمانی اتفاق می‌افتد که بیمار بخواهد به آن پایبند باشد اما به دلیل عدم وجود ظرفیت یا منابع نمی‌تواند پایبند بماند. عدم تبعیت عمدی زمانی رخ می‌دهد که بیمار تصمیم به پیروی از توصیه‌ها نداشته باشد. فاکتورهای ادراکی مثلاً (باورها و ترجیحات) بر روی انگیزه برای شروع و ادامه درمان مؤثرند، اعتقادات بیمار درباره داروهای تجویزی برای تصمیم‌گیری در مورد تبعیت درمانی ضروری است (۱۷). عدم پایبندی به داروهای تجویزشده یک محدودیت جدی در درمان طولانی‌مدت در بیماران مزمن است که می‌تواند با عواقب پزشکی، اجتماعی و اقتصادی همراه باشد و ضعیف بودن تبعیت از رژیم دارویی موجب عدم دستیابی به اهداف بالینی مطلوب می‌شود (۱۸).

شناسایی فنون و راهکارهای درمانی که بتوانند افراد مبتلابه بیماری‌های روان‌تنی نظیر افراد دارای آسم را ازلحاظ جنبه‌های مختلف هیجانی، روانی، بهبود بخشند حائز اهمیت است لذا کاهش سازه‌های مرتبط با اثرات بیماری آسم در اولویت متخصصان سلامت بوده و علاوه بر درمان‌هایی دارویی متداول با توجه به اثرات جسمانی و روانی این بیماری از انواع روش‌های غیر دارویی از قبیل درمان‌های مصاحبه انگیزشی می‌توان بهره گرفت. مصاحبه انگیزشی ترکیبی از اصول و فنون برگرفته‌شده از مجموعه مدل‌های بسیار گسترده روان‌درمانی و تغییر رفتار است و با توجه به اینکه بر توانمندسازی و خودکارآمدی تمرکز دارد، می‌تواند روشی مؤثر به‌منظور تقویت مهارت‌های زناشویی باشد (۱۹). میلر و رولینک (۲۰) رویکرد مصاحبه انگیزشی را رویکرد درمان‌جو مدار کوتاه‌مدت و رهنمودی توصیف می‌کنند که هدف آن برانگیختن تغییر رفتار به‌وسیله کمک به درمان‌جویان برای کاویدن و حل کردن ناهمخوانی خودشان است (۲۱). مصاحبه انگیزشی روشی مراجع محور و رهنمودی به‌منظور تقویت و افزایش انگیزه درونی برای تغییر از طریق کشف شناسایی و حل تردیدها و دوسوگرایی که بر تجارب،

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.22034/ijm.12.3.7]

اهداف ارزش‌ها و برنامه‌های مراجع تأکید می‌کند و هدف اصلی آن افزایش انگیزه درونی برای تغییر است، این انگیزه درونی به‌جای اینکه از منابع بیرونی مانند تلاش دیگران به‌منظور ترغیب فریب و یا اجبار صورت بگیرد، از اهداف و ارزش‌های فرد سرچشمه می‌گیرد و به فرد کمک می‌کند تا با به دست آوردن هدف احساس رضایت خود را بیشتر کند و اهدافی را که احتمال رسیدن به آن‌ها وجود ندارد و رضایت عاطفی او را فراهم نمی‌کند، کنار بگذارد (۲۲). در مصاحبه انگیزشی مشاور از مواجهه کلاسیک که طی آن درمانگر بر نیاز به تغییر تأکید می‌کند درحالی‌که درمان‌جو آن را قبول ندارد جدا اجتناب می‌ورزد، مشاور به‌جای آن‌که درمان‌جو را مستقیماً متقاعد سازد به‌طور منظم اطلاعاتی را از او بیرون می‌کشد و دلایل نگرانی و تغییر را تقویت می‌کند، مشاور جوی صمیمی و همدلانه ایجاد کند که به فرد امکان می‌دهد احساسات تردیدآمیز در مورد تغییر را شناسایی کنند، مشاور به‌طور مستقیم با مقاومت بیمار برخورد نمی‌کند، بلکه مقاومت او را ماهرانه منحرف می‌کند. هدف این فرایند ایجاد تضاد انگیزشی بین رفتارهای موجود درمان‌جو خود واقعی و هدف‌های مطلوب خود آرمانی است (۲۳).

آسم یک مشکل عمده در اغلب نقاط دنیا هست که هنوز تشخیص و معالجه آن معضل بهداشتی است و سالانه تعداد زیادی از مبتلایان به این بیماری جان خود را از دست می‌دهند و میزان مرگ‌ومیر در اثر بیماری آسم در اکثر کشورها در حال افزایش است (۲۴)، بعلاوه با توجه به اینکه عوامل زیادی در افزایش شیوع بیماری آسم نقش دارند، توجه به این بیماران بسیار حائز اهمیت است. همچنین با توجه به میزان شیوع و مرگ‌ومیر بالای بیماری آسم و همچنین هزینه‌های بالایی که این بیماری به دولت‌ها تحمیل کند، لذا بررسی وضعیت این گروه از بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است. از طرفی رویکردهای درمانی برای آسم به‌صورت اختصاصی مبتنی بر رسیدن به کنترل مطلوب علائم و پیشگیری از عود علائم هست و کنترل مطلوب آسم باعث بهبود کنترل فرد بر روی بیماری می‌شود. ازاین‌رو مطالعه درزمینه تأثیر رویکردهای روانی بر وضعیت روانشناختی بیماران مبتلابه آسم لازم و ضروری است. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر منبع کنترل و تبعیت دارویی سلامت افراد مبتلابه آسم انجام شد و به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا ا مصاحبه انگیزشی بر منبع کنترل و تبعیت دارویی سلامت افراد مبتلابه آسم مؤثر است؟

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه به همراه دوره پیگیری بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلابه بیماری آسم بودند که در نیمه دوم ۱۴۰۳ به کلینیک آسم و آلرژی شهر کرج مراجعه نمودند و توسط پزشک متخصص تشخیص بیماری آسم داده شدند (برآورد تقریبی بین ۲۰۰ تا ۲۵۰ بیمار در سال) و نمونه پژوهش شامل ۴۰ مرد و زن (تعداد نمونه پژوهش بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵ و آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ برای هر گروه ۲۰ نفر به دست آمد)، مبتلا به بیماری آسم بودند که به‌صورت هدفمند انتخاب سپس به‌صورت تصادفی ساده در دو گروه (۲۰ نفر برای گروه مصاحبه انگیزشی و ۲۰ نفر در گروه گواه) گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن سواد خواندن و نوشتن، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در طرح پژوهش، دامنه سنی ۶۰-۲۰ و عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی طی ۶ ماه گذشته بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز وجود اختلالات پزشکی و آسیب‌های جسمانی شدید بر اساس پرونده سلامت، مصرف داروهایی به‌جز داروهای تجویزشده در فرایند درمان، عدم همکاری و غیبت در بیش از دو جلسه درمانی مدنظر قرار گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌های زیر بود:

پرسش‌نامه منبع کنترل سلامت: این پرسش‌نامه ۱۸ سؤالی در سال ۱۹۷۸ توسط والستون و همکاران (۱۹۷۸) ساخته شده است که شامل منبع کنترل درونی (سؤالات ۱، ۶، ۷، ۱۲، ۱۳ و ۱۷)، منبع کنترل شانس (سؤالات ۲، ۴، ۹، ۱۱، ۱۵ و ۱۶) و منبع کنترل دیگران (سؤالات ۳، ۵، ۷، ۱۰، ۱۴ و ۱۸) است. شرکت‌کنندگان باید در یک طیف لیکرتی ۶ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۶ (کاملاً موافق) به سؤالات پاسخ دهند. ۱۸ حداقل نمره و ۱۰۸ حداکثر نمره‌ای است که هر آزمودنی در این مقیاس می‌تواند به دست آورد. در مطالعه والستون و همکاران، روایی محتوایی تأیید و پایایی این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ در مؤلفه‌های کنترل درونی برابر ۰/۶۸، کنترل شانس برابر ۰/۷۴ و کنترل دیگران ۰/۵۰ گزارش‌شده است (۲۵). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران توسط حسن‌زاده و همکاران (۲۶)، روایی سازه تأیید و پایایی به روش دونیمه کردن ۰/۸۴ گزارش‌شده

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.22034/ijm.12.3.7]

است و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه آلفای کرونباخ برای منبع کنترل درونی، منبع کنترل شانس و منبع کنترل دیگران به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۹ و ۰/۸۴ به دست آمد.

پرسش‌نامه تبعیت دارویی: این پرسشنامه ۸ سؤالی توسط موریسکی و همکاران (۲۰۰۸) تهیه شده است که هفت سؤال اول به‌صورت بله و خیر پاسخ داده می‌شود و برای هر پاسخ بله نمره صفر و برای پاسخ خیر نمره یک در نظر گرفته می‌شود. سؤال پنج به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌گردد. سؤال هشت نیز به‌صورت مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای طراحی‌شده که برای پاسخ همیشه نمره ۱، معمولاً ۰/۷۵، گاهی اوقات ۰/۵۰، به‌ندرت ۰/۲۵ و هرگز نمره صفر تعلق می‌گیرد، لذا دامنه نمرات بین ۰ تا ۸ متغیر است و طراحان پرسشنامه جهت سهولت استفاده در بالین نمرات پرسشنامه را به سه سطح تقسیم نموده‌اند به‌طوری‌که نمرات کمتر از ۶ به معنای تبعیت ضعیف، ۸-۶ تبعیت متوسط و نمرات بالاتر و مساوی، ۸ تبعیت بالا در نظر گرفته می‌شود، در مطالعه موریسکی و همکاران، روایی محتوایی تأیید و پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است (۲۷). در مطالعه قانعی قشلاق و همکاران (۲۸)، روایی سازه بررسی و تأییدشده و پایایی آن نیز از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش شد.

در این پژوهش از مصاحبه انگیزشی بر اساس پروتکل تهیه‌شده با تأکید بر دستورالعمل میلر و رولینک(۲۰)، در پنج جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و در مدت دو ماه نیم(هر دو هفته یک جلسه) توسط نویسنده اول به صورت پرسش و پاسخ در اتاق کنفرانس/ سالن آموزش کلینیک آسم و آلرژی ارائه شد، ساختار جلسات مصاحبه انگیزشی مطابق جدول۱. به شرح زیر بود.

جدول ۱. ساختار جلسات روان‌درمانی انگیزشی

جلسه	عنوان	شرح جلسه
۱	آشنایی	معارفه، هنجارها و فرآیند گروه، فلسفه تسهیل گر، تمرین آزادی، تمرین ابعاد تأثیر رفتار، تمرین چرخه، تغییر ارزیابی تعهد و اطمینان
۲	احساسات	تمرین شناسایی احساسات، تمرین و تکمیل تمرین ابعاد تأثیر با ابعاد احساسی و تکلیف خانگی
۳	ابعاد مثبت و منفی رفتار و تغییر	تمرین بارش ذهنی سود و زیان‌های کوتاه و بلندمدت، تمرین تکمیل جدول، ابعاد مثبت و منفی، توصیف و تمرین گزینه‌های اصلاحی و جایگزین
۴	ارزش‌ها	تعریف ارزش‌ها، انجام تمرین شناسایی و اولویت‌بندی ارزش‌های درجه‌یک، تمرین تعریف ارزش‌ها و تمرین تطابق ارزش و رفتار.
۵	چشم‌انداز و سنجش پایانی	خلاصه و جمع‌بندی تمرین‌های جلسات قبلی در قالب تمرین چشم‌انداز و آمادگی شروع برنامه تغییر رفتار.

پس از کسب مجوزهای لازم(کد اخلاق به شماره IR.IAU.TNB.REC.1401.032) بتدا در یک جلسه توجیهی برای افراد شرکت‌کننده در مورد طرح کلی پژوهش حاضر، اهداف و مدت‌زمان آن، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی افراد، حق خروج از پژوهش در هرزمانی که بخواهند و زمان و مکان تشکیل جلسات توضیح داده شد. سپس افرادی که واجد شرایط و تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند، انتخاب و در دوگروه گواه و آزمایش قرار گرفتند و هر دو گروه به پرسشنامه‌های پژوهش به‌عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. سپس جلسات درمان برگزار شد، اما در این مدت گروه گواه در لیست انتظار و هیچ آموزشی دریافت نکرد. پس از خاتمه جلسات درمانی، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. لازم به ذکر است که دوره پیگیری پس از دو ماه از طریق فراخوان افراد با رعایت تمام دستورالعمل‌های بهداشتی برگزار شد. پس از پایان دوره درمان و دوره پیگیری هر دو گروه، به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، دو جلسه‌ی درمانی هم برای گروه گواه در مدت یک هفته برگزار شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و پس از بررسی مفروضات آماری از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول۲ یافته های جمعیت شناختی افراد گروه های مورد مطالعه گزارش شده است.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.22034/ijm.12.3.7]

جدول ۲. یافته های جمعیت شناختی به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه

متغیر		فراوانی گروه آزمایش	درصد	فراوانی گروه گواه	درصد
جنسیت	زن	۱۲	۶۰	۱۱	۵۵
	مرد	۸	۴۰	۹	۴۵
تاهل	مجرد	۵	۲۵	۳	۱۵
	متاهل	۱۵	۷۵	۱۷	۸۵
سن	۳۰ سال	۱	۵	۰	۰
	۴۵-۳۱ سال	۳	۱۵	۳	۱۵
	۶۰-۴۶سال	۱۱	۵۵	۱۶	۸۰
	بالای ۶۰ سال	۵	۲۵	۱	۵
تحصیلات	سیکل	۹	۴۵	۹	۴۵
	دیپلم	۶	۳۰	۵	۲۵
	فوق دیپلم و لیسانس	۳	۱۵	۴	۲۰
	فوق لیسانس و بالاتر	۲	۱۰	۲	۱۰

در جدول ۳. یافته‌های توصیفی متغیرهای منبع کنترل و تبعیت دارویی به تفکیک گروه گزارش شده است. بر اساس نتایج جدول ۳. نمرات میانگین متغیرهای منبع کنترل درونی و تبعیت دارویی در گروه مصاحبه انگیزشی نسبت به گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش و میانگین نمرات منبع کنترل شانس و منبع کنترل دیگران کاهش‌یافته است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی منبع کنترل و تبعیت دارویی در گروه‌های پژوهش

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گواه	منبع کنترل درونی	۱۶.۵۵	۳.۴۷۱	۱۷.۰۵	۲.۹۸۲	۱۶.۷۰	۳.۸۴۰
	منبع کنترل شانس	۲۰.۴۵	۲.۳۵۰	۲۰.۱۵	۲.۶۰۱	۲۰.۲۵	۴.۸۰۰
	منبع کنترل دیگران	۲۵.۳۰	۲.۹۷۵	۲۴.۹۵	۲.۵۶۴	۲۵.۲۰	۳.۵۰۳
	تبعیت دارویی	۲.۵۰	۲.۰۳۹	۲.۹۳	۱.۷۹۳	۲.۷۵	۱.۶۸۲
آزمایش	منبع کنترل درونی	۱۶.۷۰	۲.۵۳۶	۲۷.۴۰	۳.۶۷۶	۲۷.۲۰	۳.۸۸۸
	منبع کنترل شانس	۱۹.۵۰	۲.۵۶۵	۱۰.۹۰	۲.۹۸۹	۱۱.۴۰	۳.۲۱۸
	منبع کنترل دیگران	۲۴.۸۰	۲.۷۴۵	۱۵.۸۰	۴.۵۰۳	۱۵.۴۵	۴.۳۷۱
	تبعیت دارویی	۳.۴۵	۱.۷۰۱	۷.۱۰	۱.۱۶۵	۶.۹۵	۱.۳۷۷

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی، پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف انجام شد. این پیش‌فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده‌شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. نتایج این آزمون نشان داد که تمام متغیرها در پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری از توزیع نرمال پیروی می‌کنند. همچنین به‌منظور بررسی پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها یا برابری کوواریانس‌ها با کوواریانس کل از آزمون کرویت ماچلی استفاده شد. اگر معناداری در آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ باشد به‌طورمعمول از آزمون فرض کرویت و در صورت عدم‌تأیید از آزمون محافظه‌کارانه گرینهاوس-گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری استفاده می‌شود. در این پژوهش نتایج آزمون ماچلی برقرار نبود ($p<0/05$) ازاین‌رو برآوردهای گرینهاوس-گیسر را که درجات آزادی را تعدیل می‌نمایند مورد استفاده قرار می‌گیرد. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری برای مقایسه دو گروه در متغیرهای منبع کنترل و تبعیت دارویی در سه مرحله پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۴. گزارش‌شده است.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.22034/ijm.12.3.7]

جدول٤. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای منبع کنترل و تبعیت دارویی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
منبع کنترل درونی	مراحل	۷۹۷.۲۱۷	۱.۸۲۵	۴۳۶.۷۹۶	۱۳۹.۲۸۴	۰.۰۰۱	۰.۷۸۶
	گروه‌ها	۱۴۷۰	۱	۱۴۷۰	۴۹.۵۷۴	۰.۰۰۱	۰.۵۶۶
	مراحل * گروه	۷۰۳.۹۵۰	۱.۸۲۵	۳۸۵.۶۹۵	۱۲۲.۹۸۹	۰.۰۰۱	۰.۷۶۴
منبع کنترل شانس	مراحل	۴۹۴.۸۶۷	۱.۵۷۱	۳۱۵.۰۶۹	۶۵.۲۳۵	۰.۰۰۱	۰.۶۳۲
	گروه‌ها	۱۲۰۹.۶۷۵	۱	۱۲۰۹.۶۷۵	۵۲.۵۵۹	۰.۰۰۱	۰.۵۸۰
	مراحل * گروه	۴۳۸.۲۰۰	۱.۵۷۱	۲۷۸.۹۹۱	۵۷.۷۶۵	۰.۰۰۱	۰.۶۰۳
منبع کنترل دیگران	مراحل	۵۸۹.۱۱۷	۱.۴۲۳	۴۱۴.۰۱۹	۹۸.۵۹۰	۰.۰۰۱	۰.۷۲۲
	گروه‌ها	۱۲۵۴.۵۳۳	۱	۱۲۵۴.۵۳۳	۴۰.۰۳۹	۰.۰۰۱	۰.۵۱۳
	مراحل * گروه	۵۳۵.۸۱۷	۱.۴۲۳	۳۷۶.۵۶۱	۸۹.۶۷۰	۰.۰۰۱	۰.۷۰۲
تبعیت دارویی	مراحل	۱۰۲.۶۱۲	۱.۷۳۱	۵۹.۲۷۰	۴۰.۱۸۸	۰.۰۰۱	۰.۵۱۴
	گروه‌ها	۲۸۹.۲۳۱	۱	۲۸۹.۲۳۱	۵۱.۴۶۳	۰.۰۰۱	۰.۵۷۵
	مراحل * گروه	۶۹.۶۶۴	۱.۷۳۱	۴۰.۲۳۸	۲۷.۲۸۴	۰.۰۰۱	۰.۴۱۸

بر اساس یافته‌های به دست‌آمده در جدول ۴. تفاوت بین نمرات متغیرهای منبع کنترل درونی ($P<۰/۰۱$)، منبع کنترل شانس ($P<۰/۰۱$)، منبع کنترل دیگران ($P<۰/۰۱$) و متغیر تبعیت دارویی ($P<۰/۰۱$) در سه مرحله از پژوهش معنادار است. نتایج نشان می‌دهد که به ترتیب نزدیک به ۵۶/۶، ۵۸، ۵۱/۳ و ۵۷/۵ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیرهای منبع کنترل درونی، منبع کنترل شانس، منبع کنترل دیگران و همچنین متغیر تبعیت دارویی به تفاوت بین دو گروه مربوط است. علاوه بر این تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز در همه متغیرهای پژوهش معنادار است ($P<۰/۰۱$)؛ به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات در همه متغیرهای پژوهش در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنادار است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مصاحبه انگیزشی بر منبع کنترل و تبعیت دارویی سلامت افراد مبتلا به آسم مؤثر بوده است. با توجه به نتایج به دست‌آمده در جدول بالا، تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در همه متغیرهای پژوهش معنادار است؛ نتایج مقایسه‌های زوجی میانگین‌های سه مرحله پژوهش با استفاده از آزمون بونفرونی در جدول ۵. گزارش شده است.

جدول ۵. مقایسه زوجی میانگین گروه‌های گواه و آزمایش در سه مرحله پژوهش در متغیرهای منبع کنترل و تبعیت دارویی

گروه	متغیر وابسته	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
گواه	منبع کنترل درونی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۰.۵۰۰	۰.۴۷۷	۰.۹۰۵
		پیش‌آزمون-پیگیری	-۰.۱۵۰	۰.۶۱۱	۱
		پس‌آزمون-پیگیری	۰.۳۵۰	۰.۵۰۸	۱
	منبع کنترل شانس	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰.۳۰۰	۰.۴۶۶	۱
		پیش‌آزمون-پیگیری	۰.۲۰۰	۰.۷۴۸	۱
		پس‌آزمون-پیگیری	-۰.۱۰۰	۰.۶۰۱	۱
	منبع کنترل دیگران	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰.۳۵۰	۰.۶۰۵	۱
		پیش‌آزمون-پیگیری	۰.۱۰۰	۰.۶۴۷	۱
		پس‌آزمون-پیگیری	-۰.۲۵۰	۰.۳۳۳	۱
	تبعیت دارویی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۰.۴۳۰	۰.۴۱۶	۰.۹۲۲
		پیش‌آزمون-پیگیری	-۰.۲۵۰	۰.۳۵۳	۱
		پس‌آزمون-پیگیری	۰.۱۸۰	۰.۲۹۳	۱

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.22034/ijm.12.3.7]

مصاحبه انگیزشی	منبع کنترل درونی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱۰.۷۰۰	۰.۴۷۷	۰.۰۰۱
		پیش‌آزمون-پیگیری	-۱۰.۵۰۰	۰.۶۱۱	۰.۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	۰.۲۰۰	۰.۵۰۸	۱
	منبع کنترل شانس	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۸.۶۰۰	۰.۴۶۶	۰.۰۰۱
		پیش‌آزمون-پیگیری	۸.۱۰۰	۰.۷۴۸	۰.۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	-۰.۵۰۰	۰.۶۰۱	۱
	منبع کنترل دیگران	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۹	۰.۶۰۵	۰.۰۰۱
		پیش‌آزمون-پیگیری	۹.۳۵۰	۰.۶۴۷	۰.۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	۰.۳۵۰	۰.۳۳۳	۰.۹۰۰
	تبعیت دارویی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۳.۶۵۰	۰.۴۱۶	۰.۰۰۱
		پیش‌آزمون-پیگیری	-۳.۴۹۵	۰.۳۵۳	۰.۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	۰.۱۵۵	۰.۲۹۳	۱

نتایج مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌ها در سه مرحله آزمون در جدول ۵. نشان می‌دهد که در گروه مصاحبه انگیزشی تفاوت بین میانگین نمرات مرحله پیش آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار می‌باشد ($p<۰/۰۱$). با مقایسه میانگین نمرات در سه مرحله مشاهده می‌شود که میانگین نمرات منبع کنترل درونی و تبعیت دارویی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به طور معنی‌داری افزایش و میانگین نمرات منبع کنترل شانس و منبع کنترل دیگران کاهش یافته است. تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات مرحله پیگیری معنی‌دار نیست ($p>۰/۰۵$) که نشان دهنده ثبات اثرات درمان با گذشت زمان می‌باشد. در گروه کنترل نیز تفاوت بین نمرات مرحله پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری و همچنین تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات پیگیری معنی‌دار نیست ($p>۰/۰۵$). بر این اساس نتیجه گرفته می‌شود مصاحبه انگیزشی بر منبع کنترل و تبعیت دارویی سلامت افراد مبتلا به آسم مؤثر بوده است.

بحث

هدف مطالعه حاضر تعیین اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر منبع کنترل و تبعیت دارویی سلامت افراد مبتلابه آسم بود. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده در گروه مصاحبه انگیزشی تفاوت بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار بود و با مقایسه میانگین نمرات در سه مرحله مشاهده می‌شود که میانگین نمرات منبع کنترل درونی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به‌طور معنی‌داری افزایش و میانگین نمرات منبع کنترل شانس و منبع کنترل دیگران کاهش‌یافته است. تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات مرحله پیگیری معنی‌دار نیست که نشان‌دهنده ثبات اثرات درمان باگذشت زمان هست. در گروه کنترل نیز تفاوت بین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری و همچنین تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات پیگیری معنی‌دار نیست. نتیجه به‌دست‌آمده با نتایج مطالعات پیشین در این زمینه همسو است، به‌طور مثال مطالعه فراست و همکاران (۲۹)، نشان داد که مصاحبه انگیزشی در تغییر رفتارهای سلامت‌محور بزرگ‌سالان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی اثربخش است. پژوهش بورلی و همکاران (۳۰)، نشان داد مصاحبه انگیزشی مقاومت را در بین بیمارانی که آماده یا مایل به پیروی از توصیه‌های پزشکی نیستند، افزایش می‌دهد. مصاحبه انگیزشی به بیماران کمک می‌کند تا تردید خود را در مورد تغییر رفتار حل کنند و انگیزه ذاتی خود را قبل از ارائه آموزش ایجاد کنند. در به دست آمدن نتیجه فوق می‌توان گفت مصاحبه انگیزشی به‌عنوان یک روش مراجع محور باهدف تقویت انگیزه‌های درونی برای تغییر تأثیرات عمیقی بر بیماران مبتلابه آسم دارد، این روش با ایجاد فضای امن و حمایتی به افراد کمک می‌کند تا انگیزه‌های درونی خود را برای تغییر شناسایی و تقویت کنند، این انگیزه‌ها شامل افزایش خودکارآمدی و اعتمادبه‌نفس در مواجهه با مشکلات روانی است (۳۱). بویژه مصاحبه انگیزشی به‌جای تمرکز بر ارائه استدلال ها و توصیه‌ها از طریق فرآیند تعاملی افراد

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.22034/ijm.12.3.7]

را تشویق می‌کند تا دلایل شخصی عدم کنترل و سوء مدیریت در آسم را توضیح دهند، و هنگامی‌که فرد قادر به درک و پذیرش انگیزه های درونی خود برای تغییر می‌شود، احساس کنترل بیشتری بر زندگی خود پیدا می‌کند که این امر به کاهش سطح تنش در منجر می‌شود، همچنین تقویت انگیزه درونی و افزایش خودکارآمدی باعث می‌شود فرد نسبت به توانایی های خود در مدیریت و کنترل شرایط زندگی اطمینان بیشتری پیدا کند (۳۲). به عبارتی دیگر می‌توان گفت مصاحبه انگیزشی نیز با بهره‌گیری از اصول، سعی در افزایش خودکارآمدی و انگیزه درونی مراجعین دارد. در این تحلیل می‌توان استدلال کرد که مصاحبه انگیزشی از طریق افزایش خودآگاهی و تقویت انگیزه‌های درونی می‌تواند به افزایش سلامت بیماران مبتلابه آسم کمک کند (۲۰). بیماران مبتلابه آسم به دلیل شرایط دشوار زندگی، معمولاً دچار کاهش خود ارزشمندی و احساس ناکارآمدی می‌شوند، مصاحبه انگیزشی با ایجاد فضایی امن برای بیان احساسات و افکار به این افراد کمک می‌کند تا دلایل و انگیزه‌های شخصی‌شان برای تغییر را شناسایی کرده و به سمت تغییرات مثبت در زندگی خود هدایت شوند. درنتیجه، افزایش انگیزه درونی و احساس کنترل بیشتر بر زندگی می‌تواند به بهبود وضعیت سلامتی منجر شود.

یافته دیگر پژوهش نشان داد در گروه مصاحبه انگیزشی تفاوت بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار است و با مقایسه میانگین نمرات در سه مرحله مشاهده می‌شود که میانگین نمرات تبعیت دارویی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به‌طور معنی‌داری افزایش‌یافته است. تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات مرحله پیگیری معنی‌دار نیست که نشان‌دهنده ثبات اثرات درمان باگذشت زمان است. در گروه کنترل نیز تفاوت بین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری و همچنین تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات پیگیری معنی‌دار نیست. یافته به‌دست‌آمده هم‌راستا با نتایج مطالعات پیشین مرتبط در این زمینه است، به‌عنوان‌مثال پژوهش صادقی چوکامی و همکاران (۳۳)، نشان داد مصاحبه انگیزشی بر ارتقای تبعیت از درمان در افراد مبتلابه پرخوری دارای افسردگی مؤثر بود. همچنین مطالعه جعفرزاده و همکاران (۳۴) نشان داد که مصاحبه انگیزشی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهبود تبعیت درمانی افراد مبتلابه دیابت نوع دو مؤثر است. مطالعه طاهری و همکاران (۳۵) حاکی از اثربخشی مصاحبه انگیزشی در پایبندی به درمان در نوجوانان مبتلابه آسم بود. باریکانی و همکاران (۳۶)، در مطالعه خود نشان دادند که مصاحبه انگیزشی می‌تواند در بهبود پایبندی به دارو، باورها در مورد داروها و خودکارآمدی نوجوانان مبتلابه آسم مؤثر باشد. در توجیه یافته فوق می‌توان گفت به نظر می‌رسد مصاحبه انگیزشی از طریق تقویت خودکارآمدی، موجب برانگیختن بیماران برای انجام تغییرات رفتاری در راستای خود مراقبتی بهینه شده باشد. خود مراقبتی در بیماران فرایندی مستمر و طولانی و دشوار است و ممکن است بیماران بارها تصمیمات خود را برای مدیریت رفتار نقض کرده باشند که در سیکل معیوبی منجر به تشدید دودلی و تردید نسبت به توانایی انجام تغییرات رفتاری و کاهش حس خودکارآمدی شده باشد (۳۷)، لذا توانمند کردن مراجعان در کلامی کردن دلایل و انگیزه های شخصی برای تغییرات و ایجاد بینش نسبت به لزوم تغییرات از طریق فنونی چون تعیین ارزش های شخصی و درک تضاد بین این ارزش¬ها و رفتار کنونی و بررسی سود و زیان تغییر، موجب افزایش انگیزه و آمادگی بیشتر بیماران مبتلابه آسم و افزایش حس خودکارآمدی در انجام تغییرات و مشارکت فعال در درمان شده است(۳۸) مرحله ایجاد انگیزش و بازنمایی¬های ذهنی تنها رسیدن به پایان مرحله تصمیم‌گیری و قصد تغییرات است. از متغیرهایی که می‌تواند فاصله قصد و رفتار را تبیین کند مشکلات فعال‌سازی رفتاری است، مصاحبه انگیزشی در طی دو مرحله ایجاد انگیزه و سپس گسترش اجرا و تداوم تغییرات، گفتگوهای تغییر مدار و فرایندهای خودتنظیمی رفتارهای مرتبط با سلامت را فعال کرده و بیماران را به سمت به اجرا رساندن اهداف رفتاری هدایت می کند، ازاین‌رو طراحی یک برنامه عملیاتی با ذکر جزییات به بیماران کمک می‌کند تا بدانند که چه رفتاری چگونه و به چه میزان باید تغییر کند. بنابراین مصاحبه انگیزشی این ظرفیت را دارد که هم‌زمان بر تغییر چند رفتار تأثیر بگذارد و بسیاری از موانع درمان های تغذیه‌ای معمول را از طریق به‌کارگیری فن‌های انگیزشی مرتفع ساخته و بدین طریق موجب افزایش تبعیت از درمان شود.

محدودیت عمده پژوهش حاضر به عدم نمونه‌گیری تصادفی و حجم نمونه پایین‌بر می‌گردد که تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می کند، همچنین ازجمله محدودیت‌های این

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.22034/ijm.12.3.7]

پژوهش این بود که امکان غربالگری شرکت‌کنندگان ازنظر تعیین مراحل تغییر وجود نداشت و گروه نمونه عمدتاً آماده تغییرات رفتاری بودند که ممکن است تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با محدودیت مواجه کرده باشد. به محققان آینده پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی روان‌شناسی سلامت در جمعیت ایرانی به بررسی تأثیرات محتوای آموزش های بهداشتی در شکل‌گیری و ارتقا انگیزه تغییرات رفتاری بیماران بپردازند. همچنین مصاحبه انگیزشی نه تنها می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مستقل ارائه شود بلکه رویکردی است که می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد آموزشی مقدماتی یا پیش‌درمان با درمان اصلی ترکیب گردد و به‌عنوان فرایند آماده‌سازی برای ورود به مداخلات درمانی دیگر مورداستفاده قرار گیرد.

نتیجه گیری

نتیجه پژوهش نشان داد که کاربرد مصاحبه انگیزشی در بیماران مبتلابه آسم می‌تواند به‌عنوان رویکردی کارآمد در بهبود سلامت و ارتقای سلامت این گروه محسوب شود و پیامدهای مفیدی داشته باشد. بنابراین روانشناسان و درمانگران می‌توانند از مصاحبه انگیزشی در کنار سایر روش‌های درمانی برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی افراد مبتلابه آسم استفاده نمایند.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از تمامی کسانی که ما را در اجرای این پژوهش کمک کرده‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول و دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.TNB.REC.1401.032 از دانشگاه آزاد اسلامی – واحد تهران شمال (کمیته اخلاق در پژوهش) است.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

References

1. Dharmage SC, Perret JL, Custovic A. Epidemiology of asthma in children and adults. Frontiers in pediatrics. 2019;7:246. https://doi.org/10.3389/fped.2019.00246
2. Brusselle GG, Koppelman GH. Biologic therapies for severe asthma. New England Journal of Medicine. 2022;386(2):157-71. https://doi.org/10.1056/NEJMra2032506
3. Pérez-Marín M, Schoeps K, Postigo-Zegarra S, Montoya-Castilla I, Valero-Moreno S. The psychological impact of bronchial asthma in childhood and adolescence. Handbook of the Behavior and Psychology of Disease: Springer; 2025. p. 1577-99. https://doi.org/10.1007/978-3-031-73363-5_149
4. McLoughlin RF, Clark VL, Urroz PD, Gibson PG, McDonald VM. Increasing physical activity in severe asthma: a systematic review and meta-analysis. European Respiratory Journal. 2022;60(6). https://doi.org/10.1183/13993003.00546-2022
5. Nunes C, Pereira AM, Morais-Almeida M. Asthma costs and social impact. Asthma research and practice. 2017;3(1):1. https://doi.org/10.1186/s40733-016-0029-3
6. Ilmarinen P, Tuomisto LE, Kankaanranta H. Phenotypes, risk factors, and mechanisms of adult-onset asthma. Mediators of inflammation. 2015; 2015(1):514868. https://doi.org/10.1155/2015/514868
7. Van Lieshout RJ, MacQueen G. Psychological factors in asthma. Allergy, Asthma & Clinical Immunology. 2008;4(1):12. https://doi.org/10.1186/1710-1492-4-1-12
8. Ghanbari F, Abdorahimi Noshad L, Bazzazzadeh N, Esgandari A, Moazen N. Comparison of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Health Locus of Control in Children with Asthma and Normal Children. Iranian Journal of Nursing Research. 2018;13(3):76-82.
9. Forshaw M, Sheffield D. Health psychology in action: John Wiley & Sons; 2012. https://doi.org/10.1002/9781119943280
10. Culpin I, Stapinski L, Miles ÖB, Araya R, Joinson C. Exposure to socioeconomic adversity in early life and risk of depression at 18 years: the mediating role of locus of control. Journal of affective disorders. 2015;183:269-78. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.030
11. Dogonchi M, Mohammadzadeh F, Moshki M. Investigating the relationship

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.22034/ijm.12.3.7]

between health locus of control and health behaviors: A systematic review. The Open Public Health Journal. 2022;15(1). https://doi.org/10.2174/18749445-v15-e2208010
12. Murthy L, Tapas P. Locus of Control: Conceptualization, Application and Predictive Ability-A Literature Review. Turkish Online Journal of Qualitative Inquiry. 2021;12(7).
13. Rabitabar A, Bigdeli S, Dabaghzadeh A, Borimnejad L. Parents' medication beliefs, quality of life and adherence to medication in children referring to asthma and allergy centers located in the Mazandaran province, Iran. Iranian Journal of Pediatric Nursing. 2021;8(1):86-94.
14. Malaya E, Piątkowska A, Panek M, Kuna P, Kupczyk M, Kardas G. Medication adherence in allergic diseases and asthma: a literature review. Frontiers in Pharmacology. 2024;15:1488665. https://doi.org/10.3389/fphar.2024.1488665
15. Epakchipoor F, Bastani F, Pashaei Sabet F. Self-management and Medication Adherence in Older Adults with Type II Diabetes Referring to the Endocrinology Clinics of the Teaching Hospital Affiliated to Iran University of Medical Sciences (2019). Iran Journal of Nursing. 2021;34(129):1-14. https://doi.org/10.52547/ijn.34.129.1
16. Koohestani HR, Baghcheghi N. The Relationship Between the Use of Medicinal Plants and Medication Adherence in the Elderly with Chronic Diseases. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2022;17(2):276-89. https://doi.org/10.32598/sija.2022.3247.1
17. Horne R, Chapman SC, Parham R, Freemantle N, Forbes A, Cooper V. Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: a meta-analytic review of the Necessity-Concerns Framework. PloS one. 2013;8(12):e80633. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080633
18. Yeam C, Chia S, Tan H, Kwan Y, Fong W, Seng J. A systematic review of factors affecting medication adherence among patients with osteoporosis. Osteoporosis International. 2018;29(12):2623-37. https://doi.org/10.1007/s00198-018-4759-3
19. DiClemente CC, Corno CM, Graydon MM, Wiprovnick AE, Knoblach DJ. Motivational interviewing, enhancement, and brief interventions over the last decade: A review of reviews of efficacy and effectiveness. Psychology of Addictive Behaviors. 2017;31(8):862. https://doi.org/10.1037/adb0000318
20. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people change: Guilford press; 2012.
21. Townsend PJ. Introduction to motivational interviewing for mental health clinicians: A practical guide to empowering change in mental health care: Jstone Publishing; 2024.
22. Klonek FE, Wunderlich E, Spurk D, Kauffeld S. Career counseling meets motivational interviewing: A sequential analysis of dynamic counselor-client interactions. Journal of Vocational Behavior. 2016;94:28-38. https://doi.org/10.1016/j.jvb.2016.01.008
23. Lewis TF, Wahesh E. Motivational interviewing in clinical mental health counseling: Routledge; 2022. https://doi.org/10.4324/9781351244596-5
24. Enilari O, Sinha S. The global impact of asthma in adult populations. Annals of global health. 2019;85(1):2. https://doi.org/10.5334/aogh.2412
25. Wallston KA, Strudler Wallston B, DeVellis R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. Health education monographs. 1978;6(1):160-70. https://doi.org/10.1177/109019817800600107
26. Hassanzadeh R, Toliati M, Hosseini H, Davari F. Relationship between Health Locus of Control and Health Behaviors. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2006;12(3):277-81.
27. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Retracted: predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. The journal of clinical hypertension. 2008;10(5):348-54. https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x
28. Ghanei Gheshlagh R, Ebadi A, Veisi Raygani A, Nourozi Tabrizi K, Dalvandi A, Mahmoodi H. Determining concurrent validity of the Morisky medication adherence scale in patients with type 2 diabetes. Iranian Journal of Rehabilitation Research. 2015;1(3):24-32.
29. Frost H, Campbell P, Maxwell M, O'Carroll RE, Dombrowski SU, Williams B, et al. Effectiveness of motivational interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: a systematic review of

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.22034/ijm.12.3.7]

reviews. PloS one. 2018;13(10):e0204890. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204890
30. Borrelli B, Riekert KA, Weinstein A, Rathier L. Brief motivational interviewing as a clinical strategy to promote asthma medication adherence. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2007;120(5):1023-30. https://doi.org/10.1016/j.jaci.2007.08.017
31. Taheri F, Nasiri A, Rezaii SM. The effects of motivational interviewing on asthma control among adolescents with asthma. Modern Care Journal. 2019;16(1).
32. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. British journal of general practice. 2005;55(513):305-12.
33. Sadeghi Chookami E, Abolghasemi A, Kafi SM. The Effectiveness of Motivational Interviewing on Adherence to Treatment and Quality of Life in Individuals with Binge Eating Disorder and Depression. Journal of Modern Psychological Researches. 2025;20(78):160-72.
34. Jafarzadeh N, Mirzahosseini H, Monirpour N. The effectiveness of motivational interviewing based on acceptance and commitment on increasing treatment adherence in patients with type 2 diabetes. Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS). 2023;3(2):443-56. https://doi.org/10.61838/kman.jayps.3.2.34
35. Taheri F, Nasiri A, Namdari S, Salmani F. Effect of motivational interviewing on treatment adherence and self-efficacy of adolescents with asthma: A randomized controlled trial. Nursing Open. 2023;10(7):4373-83. https://doi.org/10.1002/nop2.1679
36. Barikani A, Negarandeh R, Moin M, Fazlollahi MR. The impact of motivational interview on self-efficacy, beliefs about medicines and medication adherence among adolescents with asthma: a randomized controlled trial. Journal of Pediatric Nursing. 2021;60:116-22. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.04.020
37. Dellafiore F, Ghizzardi G, Vellone E, Magon A, Conte G, Baroni I, et al. Motivational interviewing for enhancing self-care in patients with heart failure: protocol for a randomized controlled trial. JMIR Research Protocols. 2023;12(1):e44629.
38. Sherman JJ. Counseling and motivational interviewing. Community and Clinical Pharmacy Services. 2013:29.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.22034/ijm.12.3.7]