

## المقابلات التحفيزية للبالغين والمسنين: المرحلة الثالثة

### Motivational Interviewing for Adults and the ELderty :Stage 3

قد استخدمت المقابلات التحفيزية في كثير من الدراسات التي شملت مجتمعات بالغين. وقد استعرض ريسنيكاو Resnicow الدراسات التي استخدمت فيها المقابلات التحفيزية لتعديل السلوكيات الغذائية وسلوكيات النشاط الرياضي [١]. وصفت كثير من الدراسات أدناه والتي تنتهي بدراسة مبادرة تحفيز صحة المرأة Women's Health Initiative (WHI) Study التي استخدمت فيها المقابلات التحفيزية كطريقة لزيادة الالتزام بالتغذية قليلة محتوى الدهون، وهنا نعرض مثالاً للمقابلات التحفيزية التي استخدمت في هذه الدراسة.

كانت الدراسة الأولى دراسة رائدة (Pilot) حيث درس اسميث وزملاؤه (Smith and Colleagues) ٢٢ من النساء زائدات الوزن (٤١٪ منهن من الأمريكيات من أصل إفريقي) مصابات بالسكري من النوع الثاني (diabetic overweight women) [٢]. شملت الدراسة نوعين من التدخل، أحدهما برنامج سيطرة سلوكية على الوزن لمدة ١٦ أسبوع والآخر نفس التدخل مع تلقي ١٦ أمراً لجلسات مقابلات تحفيزية فردية إضافية. تمت الجلسة الأولى في بداية الدراسة، قبل بداية المعالجة الجماعية، مع إجراء جلستين في منتصف المعالجة mid-treatment. ركزت جلسات المقابلات التحفيزية على التغذية الاستراتيجية على أساس فردي (معالجة كل مشترك بمفرده) فيما يتعلق بالسيطرة على جلوكوز الدم. تم توجيه المشاركين وطلب منهم مراجعة البيانات التي توضح الاختلاف بين الحالة الحالية والأهداف المرجوة. كشف اختبار لاحق بعد ٤ شهور، بأن للنساء اللاتي تلقين مقابلات تحفيزية سيطرة أفضل وبدرجة معنوية على الجلوكوز، وكن أكثر انتظاماً وثباتاً على مراقبة جلوكوز دمهن، وقد حضرن جلسات أكثر من الجلسات التي حضرتهن رفيقاتهن في المجموعة المرجعية.

اختار مهوركو (Mhurcku) وباحثون مساعدون له عشوائياً، ١٢١ فرداً مصابين بارتفاع الدهون hyperlipedemia. تلقى هؤلاء إما ثلاث جلسات مقابلات تحفيزية أو تدخلاً تغذوياً قياسي standard dietary intervention وقد تلقى المشاركون المعالجة من اختصاصي تغذية dietitian [٣]. اهتمت الدراسة بالفروقات في التغذية ومؤشر كتلة الجسم

(BMI) خلال ٣ شهور، ولم توجد فروقات احصائية معنوية في نتائج المجموعتين. أوضحت تسجيلات الأشرطة tape recordings لنوعى التدخل، بأن استماع تفكري أكثر وتميز للمقابلة التحفيزية M1 hallmark قد حدثا في جلسات المقابلات التحفيزية مع مزيد من إسداء النصح في التدخل القياسي. ولأن ٨٠٪ من عينة الباحثين قد اجروا تغيرات تغذوية في بداية التجربة (أي كانوا في مرحلة متقدمة من التغيير)، فإن إيجاد فروقات معنوية بين المجتمعات المدروسة كان أمرا صعب التحقيق.

اختار وولارد (Woollard) وباحثون مساعدون له عشوائيا، ١٦٦ من مرضى ارتفاع الضغط لواحد من ثلاث مجموعات (١: مجموعة مقابلات تحفيزية مكثفة بدرجة عالية (high intensity) (ست جلسات، طول الجلسة منها ٤٥ دقيقة كل أربعة أسابيع، ٢) مجموعة مقابلات تحفيزية قليلة غير مكثفة (Low intensity) (جلسة واحدة وجهها لوجه ٥+ اتصالات هاتفية لوقت وجيز، ٣) مجموعة مرجعية (control group) [٤]. ولم توجد فروقات معنوية بين مجموعتي المقابلات التحفيزية (الكثيفة والبسيطة) بعد ١٨ شهر من المتابعة. وعلى أي حال، نقص وزن مجموعة المقابلات المكثفة كما نقص ضغط دمهم بدرجة معنوية، مقارنة بالمجموعة المرجعية، بينما قللت مجموعة المعايينات البسيطة تناول الكحول والملح بدرجة معنوية مقارنة بالمجموعة المرجعية.

قسم هارلاند (Harland) زملاؤه ٥٢٣ بالغاً مشاركا، تقسيما عشوائيا، على أربع مجموعات تدخل [٥]: حصلت مجموعتان على جلسة مقابلة تحفيزية واحدة لمدة ٤٠ دقيقة، وتلقت المجموعتان الآخرتان ست جلسات مقابلة تحفيزية طول كل جلسة ٤٠ دقيقة، وذلك خلال ١٢ شهرا، مع حصول نصف المشاركين على تذاكر مجانية لدورات نشاط رياضي هوائي. وكانت هناك مجموعة مرجعية لم تتلقى مقابلات تحفيزية كما لم تتلقى تذاكر. في الأسبوع الثاني عشر، تحسنت ممارسة الرياضة المعلن عنها فرديا لدى مجموعات التدخل الأربع المجموعة مع بعضها البعض، ذلك مقارنة بالمجموعة المرجعية (تحسن ٣٨٪ مقابل ١٦٪).

صمم ريسنيكلو وزملاؤه (Resnicow) في تجربة كل من أجل الحياة [كل من أجل أن تحيا (Eat for life (EFL))] تدخلًا متعدد المكونات multicomponent، ذلك من أجل زيادة استهلاك البالغين الأمريكيين من أصل إفريقي للفواكه والخضروات [٦]. تم اختيار ١٤ كنيسة إختيارا عشوائيا لكل حالة من حالات المعالجة الثلاث التالية:

١- مجموعة مرجعية، ٢- تدخلًا للمساعدة الذاتية صمم تصميمًا ثقافيا culturally-tailored self-help intervention وتم عن طريق اتصال هاتفي مرة واحدة لتحفيز زيادة استخدام مواد تدخل المساعدة الذاتية، ٣) تدخل مساعدة ذاتية SH intervention ومهاتفة واحدة تلميحية cue call وثلاث مهاتفات مقابلة إرشادية تحفيزية MI counseling calls. وقد اتضح بأن استهلاك مجموعة المقابلات التحفيزية للفواكه والخضروات والمبلغ عنه شخصيا، قد زاد زيادة معنوية بعد عام، ذلك مقارنة بما تم لدى المجموعة المرجعية ومجموعات المساعدة الذاتية SH group.

أيضا، شارك ريسنيكاو وزملاؤه في برنامج الجسم والروح Body and Soul Project، وفي هذه الدراسة تكون التدخل من برنامجين سابقين لتغيير السلوك معتمدين على الكنيسة، في الكنيسة (church-based)؛ هما برنامج "اتحاد الكنائس

السوداء لصحة أفضل "Black Churches United for Better Health" وبرنامج "كل من أجل الحياة (Eat for Life)" [٧]. تضمن التدخل نشاطات كنسية واسعة (church-wide activities) وتوزيع مواد مساعدة ذاتية self-help materials وإرشاد (مشورة). في برنامج كل من أجل الحياة، تمت المقابلات التحفيزية بواسطة اختصاصيي تغذية مدربين. بينما في برنامج الجسم والروح Body and soul قام بالمقابلات التحفيزية أعضاء الكنيسة العاديين المدربين trained lay church members والذين رمز إليهم بالمرشدين المتطوعين volunteer advisors. تم اختيار ١٠٢٢ شخصا من الكنائس الخمسة عشر (٨ كنائس للتدخل و٧ كنائس مرجعية)، وقد شارك كل هؤلاء الأشخاص في الدراسة مع استبقاء ٨٥٤ (٨٤٪) منهم للمتابعة خلال ٦ شهور. في الزيارة الأخيرة، أفاد المشاركون في مجموعة التدخل بزيادة استهلاكهم للفواكه والخضروات بدرجة معنوية مقارنة باستهلاك الأفراد في المجموعة المرجعية. كان التدخل النهائي في البالغين في دراسة: "الجسم الصحي والروح المعافاة (الصحية) أو صحة الجسم والروح Healthy Body Healthy Spirit Study. وكان الهدف الأساسي لهذه الدراسة هو زيادة استهلاك الفواكه والخضروات وزيادة ممارسة النشاط الرياضي لدى عينة متنوعة أو مختلفة اجتماعيا/ اقتصاديا، من الأمريكيان الأفارقة. تدخل الخضروات والفواكه كان تطبيقا في تجربة "كل من أجل الحياة". لقد تم اختيار ١٦ كنيسة اختيارا عشوائيا، وذلك لتطبيق ثلاث حالات تدخل. في البداية، تم اختيار ١٠٥٦ مشاركا عبر الكنائس الستة عشر، وتم تقييم ٩٠٦ منهم (٨٦٪) في السنة الأولى. تلقت المجموعة الأولى مواد تعليمية (توعوية) قياسية standard educational materials؛ وتلقت المجموعة الثانية مواد تغذوية ومواد للنشاط الرياضي هدفت ثقافيا للمساعدة الذاتية؛ وتلقت المجموعة الثالثة نفس المعالجة التي تلقتها المجموعة الثانية بالإضافة إلى أربع اتصالات هاتفية إرشادية (في الأسابيع: الرابع، الثاني عشر، السادس والعشرين والأربعين) اعتمادا على المقابلات التحفيزية التي تمت خلال عام كامل.

كانت النتائج الأولية هي تبليغ شخصي (اعلان) عن استهلاك الفواكه والخضروات وممارسة بعض النشاط الرياضي (البدني) لدقائق في السنة الأولى، أو وضحت أو شهدت المجموعتان الثانية والثالثة تغيرات معنوية في كل من استهلاك الفواكه والخضروات والنشاط الرياضي وكانت التغيرات نوعا ما كبيرة في متناولات الفواكه والخضروات مقابل التغيرات في النشاط الرياضي مع وضوح الأثر الايجابي لتدخل (معالجة) المقابلات التحفيزية MI intervention. باستثناء الدراسة التي أكملها مهيوركاو (Mhurchu) وزملاؤه، فقد اوضحت كل دراسة استعرضت سابقا وجود اثر معنوي في صالح مجموعة المقابلات التحفيزية في على الأقل نتيجة واحدة رئيسة وأساسية. وتجدر أدناه استعراض موجز للمقابلات التحفيزية كما استخدمت في مبادرة تحفيز صحة المرأة (WHI) لتحفيز الالتزام بنمط تناول غذائي منخفض في محتواه من الدهون low-fat dietary eating style.

وللمحافظة على الالتزام التغذوي أو الغذائي في مبادرة تحفيز صحة المرأة، فقد استخدمت برامج إرشاد واستشارات تغذوية ممتازة novel counseling programs في ذراع مبادرة تحفيز صحة المرأة المتمثل في تعديل التغذية diet modification DM [٩]. صممت دراسة مساعدة ملحقه أجريت بعد الدراسة الأم (مبادرة تحفيز صحة المرأة WHI،

لتقييم فعالية وكفاءة برنامج التدخل المكثف (IIP) اعتمادا على المقابلات التحفيزية لزيادة الالتزام الغذائي لدى نساء مبادرة تحفيز صحة المرأة. وقد تضمنت الدراسة منظومة فرعية من ثلاث مراكز صحية سريرية clinical center من الأربعين مركزا المشاركة في مبادرة تحفيز صحة المرأة (WHI). اختيرت النساء من هذه المراكز الثلاث اختيارا عشوائيا لمجموعتين؛ مجموعة تدخل ومجموعة أخرى مرجعية، وتلقت النساء في مجموعة التدخل ثلاث اتصالات مقابلات تحفيزية فردية من قبل مستشار (مرشد) تغذوي، وذلك زيادة على التدخل التغذوي المعتاد لمبادرة تحفيز صحة المرأة، وقد تم التدخل في مجموعات صغيرة.

وقد تضمن التدخل التغذوي المعتاد لمبادرة تحفيز صحة المرأة جلسات عقدت مرة كل ثلاث شهور. ركزت الجلسات على عرض أغذية، ونقاش حول الأغذية الصحية والعناصر التغذوية التي توفرها. أيضا، تمت مناقشات وحوارات مع النساء فيما يتعلق بالنجاحات والإخفاقات (فيما يتعلق بالالتزام الغذائي، ... الخ) كانت المجموعات الصغيرة دعما للنساء اللاتي يعانين من صعوبات في الالتزام الغذائي وتأكيدا وتوثيقا لأداء النساء اللاتي أحسن الأداء. تلقت النساء في المجموعة المرجعية تدخل مبادرة تحفيز صحة المرأة التغذوي المعتاد بدون الاتصالات الإضافية الثلاث للمقابلات التحفيزية.

للدراية الإضافية، اعتمدت البيانات التي استخدمت في المقارنة بين مجموعتي تدخل المقابلات التحفيزية والمجموعة المرجعية على نسبة الطاقة من الدهون باستخدام استبيان تكرر التغذية food frequency questionnaire. أجريت المقارنات بين مجموعتي الدراسة، في بداية الدراسة المساعدة الملحقة والتتبع بعد سنة لاحقة. وقد انخفض استهلاك المشاركين في برنامج التدخل المكثف (IIP) للسعرات من الدهون عند المقارنة بين بداية الدراسة والتتبع بعد سنة، بنسبة ٢، ١، بينما ارتفع استهلاك المجموعة المرجعية للسعرات من الدهون بنسبة ٤، ١٪. كانت النتيجة فرقا عاما بين المجموعتين بلغ ٦، ٢٪ (بمعنوية ٠.٠٠١،  $P > ٠$ )، وقد كان المشاركون في الدراسة الملحقة المساعدة الذين أظهروا أكبر تغير عام في نسبة السعرات من الدهون هم أنفسهم الذين كانت لهم أعلى متناولات دهون عند بداية الدراسة.

في دراسة التدخل المكثف اشتملت كل جلسة مقابلة تحفيزية على ثلاث خطوات: ١- تقييم assessment، ٢- تدخل و٣- توجيهات وإرشادات مستقبلية future directions. وأثناء التقييم، وباستخدام سلسلة أسئلة تجاب بنعم/ لا، طلب من المشاركين أو حدد لهم مرحلة من ثلاثة مراحل شملت المرحلة الأولى غير المستعدين لإجراء تغييرات في التغذية، وشملت المرحلة الثانية غير المتأكدين من إمكانية إجراء تغيير وشملت المرحلة الثالثة المستعدين لإجراء تغييرات في التغذية. صممت خطوة التقييم لمساعدة المشاركين على رؤية الفروقات بين الالتزام التغذوي الفعلي وإدراكهم هم أنفسهم ووعيهم بالالتزام perceptions of adherence، وتم ذلك باستخدام البيانات التي تصف جرامات الدهون المستهلكة في كل يوم والموجودة في نماذج رقابة ذاتية self-monitoring forms. وأساسا، يعرض المرشدون التغذويون منحى يوضح المسافة بين تقدمهم الحالي وأهداف دراسة مبادرة تحفيز صحة المرأة الكلية الشاملة، وقد قادت هذه

البيانات إلى حوار ونقاش للتغيرات الإيجابية للمشاركات فيما يتعلق بأهدافهن الشخصية المرتبطة بجرامات الدهون (المستهلكة) ورغبتهن في إجراء مزيد من التغيرات الغذائية، وكما نوقشت المعوقات التي تحول دون التعديلات.

### (٧, ١) مرحلة التدخل الأولى (للفتة) الغير - مستعدة - لاجراء تغيير

#### (7.1) Intervention phase 1 (Not ready to change)

في هذه المرحلة يركز المرشد الغذائي على مساعدة المشارك في معرفة وتحديد الحاجة للتغيير، خفض مقاومته للتغيير بما في ذلك العوائق، وأخيرا، زيادة اهتمامه بإمكانية إجراء تغييرات تغذوية. يشجع المرشد الغذائي المشارك على مناقشة الأسباب التي تملّي التغيير. يسأل المرشد الغذائي سؤالا مثل:

- ما المطلوب أن يكون مختلفا حتى تتمكن من التقدم أماما وما الذي يمنع هذا التقدم أو التحرك للأمام؟

What would need to be different to move forward and what will prevent that forward move?

ونجد أدناه عينة من الأسئلة التي قد تشجع التغيير في نمط الحياة التغذوية:

: Open-ended questions

- إذا خططت للسنة التالية، ماذا تعتقد سيكون شكل التزامك الغذائي؟

If you were to project out for the next year, what do you think your dietary adherence would look like?

(هنا لا بد من استخدام منحني الالتزام الغذائي عبر الوقت).

- هل هناك أي أسباب تجعلك لا ترغب في مزيد من خفض عدد جرامات الدهون (التي تستهلكها)

Do you have any reasons why you wouldn't want to lower your fat grams any further ?

- أين يتركك هذا الوضع الآن؟ Where does this leave you now?

:Emphasizing Choice

- القرار لك. يمكنك أن تذهب للمنزل وتفكر في هذا البرهة وسأكون دائما هنا لمساعدتك متى رغبت في التحدث

معني مرة أخرى

The decision is up to you. it is okay to go home and think about this for a while. I will always be here to help whenever you wish to talk again

### (٧, ٢) مرحلة التدخل الثانية (للفتة) الغير - متأكدة - من إمكانية اجراء تغيير

#### (7.2) Intervention phase (Unsure about change)

في هذه المرحلة، بناء الاستعداد للتغيير هو العمل المتاح؛ يُسأل المشارك ويطلب منه أن يكتب قائمة الجوانب الايجابية والسلبية لتغيير نمط الحياة الغذائية والسؤال الواجب أن يسأل هو:

- ما هي الصعوبات الناتجة وفوائد إجراء تغييرات في غذائك

What are the resulting difficulties and advantages of making changes in your diet?

والهدف للمشارك هو أن يحدد الخطط الغذائية المستقبلية مع استعراض المشارك لموضوع التغيير في البدء في هذه المرحلة، من المهم تفادي افتراض أن المشارك مستعد للتغيير في الوقت الذي قد لا يكون هذا الأمر حقيقة صحيحة. تشمل الأسئلة والأقوال التي قد تستخدم لبناء الاستعداد للتغيير في نمط الحياة الغذائية الامثلة التالية: التركيز على أن يكون التغيير خيارهم:

• لكن القرار حقا قرارك، أو " سيكون شأنك والخيار لك أن تقرر إجراء تغيير "

"But the decision is really yours" Or "It will be up to you whether you decide to make a change"

قد يكون التأكيد والتوثيق بالرجوع والإشارة إلى النجاحات السابقة مفيدا ومساعدًا في التحرك نحو التغيير:

• أنا متأكد وواثق، بعد أن تابعت سجلاتك وما استطعت فعله في الماضي لتنجح، أو " أنا لدى ثقة كبيرة بك.

I am confident, having watched your track record and what you've been able to do in the past that you can be successful. " Or " I have a lot of confidence in you."

### (٧, ٣) مرحلة التدخل الثالثة ( للفتة) المستعدة - لإجراء تغيير

#### (7.3) Intervention Phase 3 (Ready to change)

دور المستشار التغذوي في هذه المرحلة هو مساعدة كل مشارك على العمل في تخطيط التغيير الغذائي. ومن المهم

أن أمراً بالغ الحساسية في هذه المرحلة، أن تأتي فكرة التغيير من المشاركين. والسؤال الأساسي هو:

• " ماذا تريد أن تغير في غذائك؟ أو ما هي بعض الاستراتيجيات التي قد تستخدم إذا لم تكن التغييرات التي

تنوى إجراؤها مفيدة لك؟

What would you like to change in your diet ? Or " what are some strategies that you might use if the changes you hope to make do not work out for you?"

ثم، ضع أهدافاً قصيرة الأجل واقعية وقابلة للتحقيق، واتبع ذلك بخطة عمل يضعها ويطورها المشارك.

ولإنهاء الجلسة، فإن استخدام جمل التوثيق والتشجيع مثل الجمل التالية سيكون أمراً ذي قيمة وفائدة في ضمان إمكانية

النجاح:

• أي " حقا أثق في مقدراتك في إجراء التغييرات التي ناقشناها اليوم

I am really confident in your abilities to make the changes we discussed today"

• تذكر بأنك الخبير في اتخاذ القرار فيما يتعلق بما يفيدك وعلى أي حال، إذا احتجت للحديث في أي وقت، حول

المشاكل التي تواجهك فستجدي دائما حاضرا هنا (للتحدث معك في ذلك)

Remember that you are the expert in deciding what will work for you . However , if you ever need to talk about"

problems you are having I am always here "

• "وليكن في ذهنك، أن لك خيارات كثيرة إذا كانت الأهداف التي وضعتها الآن لا يمكن تحقيقها، هناك عدة اتجاهات أخرى يمكنك أن تسير فيها لضمان تحقيق أهدافك"

Keep in mind that you have many options. If the goals you have set now do not work, there are a number of directions to go in to ensure that you can meet the goals

بعد هذه الدراسة المساعدة الملحقمة، بدأ المستشارون التغذويون في استخدام المقابلات التحفيزية مع كل المشاركات في مبادرة تحفيز صحة المرأة (WHI) في الدراسة الرئيسية (الأم)، وليس فقط التعامل مع المشاركات القليلات في الدراسة المساعدة. لنساء الدراسة الرئيسية، اقترحت ورقة حديثة بأن جمع المقابلات التحفيزية مع الإرشاد الجماعي كان أمراً فعالاً في إنقاص الوزن والمحافظة على ذلك الوزن المنقوص [١٠]. أوضحت بيانات التعديل التغذوي (DM) وهو ذراع دراسة مبادرة تحفيز صحة المرأة، بأن مقارنة مجموعة التدخل الغذائي مع النساء في المجموعة المرجعية واللائي اتبعن التغذية الأمريكية المعتادة، أفادت بأن الأوليات فقدان أوزاناً في السنة الأولى وحافظن على ذلك النقص بعد متوسط ٥, ٧ سنة من التتبع (٩, ١ كيلو، بمعنوية  $P > 0, 0001$ ، في السنة الأولى و٤ كيلو بمعنوية  $P = 0, 01$ ،  $P > 0$  بعد ٥, ٧ سنة. ومن المهم أيضاً، النتيجة التي كانت متمثلة في أن مجموعة التدخل لم تظهر ميلاً نحو زيادة الوزن خلال فترة التتبع هذه. وهذا أمر مثير للاهتمام، ذلك أن الاستشارة التغذوية في مبادرة تحفيز صحة المرأة لم تهدف إلى إنقاص السرعات. وأيضاً، لم تركز الجلسات الجماعية على إنقاص الوزن. وفي الحقيقة، فإن شكل الموافقة المتمثل في الطلب من نساء مبادرة تحفيز صحة النساء أن يوقعن عند دخولهن في الدراسة يؤكد حقيقة أن هذه الدراسة لم تصمم لإنقاص الوزن. اعتمد الذراع الرئيس (أي التعديل الغذائي) لهذه الدراسة على خفض استهلاك الدهون وزيادة استهلاك الفواكه والخضروات وكل أنواع الحبوب. وأيضاً، اهتمت الدراسة بكل النساء المجموعات من مجموعتي التدخل والمجموعة المرجعية في مبادرة تحفيز صحة المرأة الرئيسية. كان نقص الوزن لدى النساء اللائي استطعن خفض نسبة الطاقة المستهلكة من الدهون، وبصرف النظر عن المجموعة التي يتبعن لها، أكبر. وقد لوحظ نمطاً مماثلاً في استهلاك طاقة الدهون بل أقل لدى النساء اللائي استطعن زيادة حصصهن من الفواكه والخضروات. أيضاً، زاد استهلاك وتناول المعينات للألياف مما أدى إلى اتجاه غير معنوي نحو إنقاص الوزن. مرة أخرى، لم تكن زيادة استهلاك الألياف هدفاً رئيساً أو تركيزاً، لتدخل التعديل الغذائي.

وللسيدات الكثر المهتمات بأوزانهن، فإن خفض الدهون يخفض السرعات بدرجة كبيرة ولكن ليس بالضروري أن يحدث ذلك دائماً. صممت مجموعة اختصاصي تغذية تعمل في مبادرة المعاهد الوطنية للصحة والتوعية حول السمنة (National Institute of Health, Obesity Education Initiative) [١١] قوائم طعام (أطباق menus) لإعطاء اعتبار لكل من كمية ونوع الدهون، ذلك مع مستوى السرعات. وقد صممت القوائم مع إعطاء اعتبار للإثنية. أيضاً، وضعت قائمة بدائل تمكن من الاستبدالات في اختيار الأطباق. بالإضافة إلى الإصدار [١٢]، تتوافر القوائم في

## (٤, ٧) الخلاصة

## (7.4) Summary

خلاصة الأمر، المقابلات التحفيزية طريقة ايجابية لتسهيل التغييرات في التغذية مع انخفاضات متوسطة في انقاص الوزن. وتحفز هذه المقابلات تقييم استعداد المرضى لإجراء تغييرات غذائية وتمكن من التوجيه المعتمد على المرحلة stager-based guidance في اتخاذ التغييرات طويلة الأجل لخفض مخاطر الإصابة بالأمراض المزمنة.

## المراجع

1. Resnicow, K., Motivational interviewing: application to pediatric obesity — conceptual issues and evidence review, *J. Am. Diet. Assoc.*, in press.
2. Smith, D., Heckemeyer, D., Kratt, P., and Mason, D., Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM, *Diabetes Care*, 20, 52, 1997.
3. Mhurchu, C.N., Margetts, B.M., and Speller, V., Randomized clinical trial comparing the effectiveness of two dietary interventions for patients with hyperlipidaemia, *Clinical Science*, 95, 479, 1998.
4. Woollard, J., Beilin, L., Lord, T., Puddey, I., MacAdam, D., and Rouse, I., A controlled trial of nurse counseling on lifestyle change for hypertensives treated in general practice: preliminary results, *Clinical & Experimental Pharmacology & Physiology*, 22, 466, 1995.
5. Harland, J., White, M., Drinkwater, C., Chinn, D., Farr, L., and Howel, D., The Newcastle exercise project: a randomized controlled trial of methods to promote physical activity in primary care, *British Med. J.*, 319, 828, 1999.
6. Resnicow, K., Jackson, A., Wang, T., Dudley, W., and Baranowski, T., A motivational interviewing intervention to increase fruit and vegetable intake through black churches: results of the Eat for Life Trial, *Am. J. Public Health*, 91, 1686, 2001.
7. Resnicow, K., Campbell, M.K., and Carr, C. et al., Body and soul. A dietary intervention conducted through African-American churches, *Am. J. Preventive Med.*, 27, 97, 2004.
8. Resnicow, K., Jackson, A., and Blissett, D. et al., Results of the Healthy Body Healthy Spirit Trial, *Health Psychol.*, 24, 339, 2005.
9. Bowen, D., Ehret, C., Pedersen, M., Snetselaar, L., Johnson, M., Tinker, L., Hollinger, D., Lichty, I., Bland, K., Sivertsen, D., Ocken, D., Staats, L., and Beedoe, J.W., Results of an adjunct dietary intervention program in the Women's Health Initiative, *J. Am. Diet Assoc.*, 102, 1631–1637, 2002.
10. Howard, B.V., Manson, J.E., Stefanick, M.L., Beresford, S.A., Frank, G., Jones, B., Rodabough, R.J., Snetselaar, L., Thomson, C., Tinker, L., Vitolins, M., and Prentice, R., Low-fat dietary pattern and weight change over 7 years — the Women's Health Initiative Dietary Modification Trial, *JAMA*, 295, 39, 2006.

11. Expert Panel, Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults, National Heart, Lung, and Blood Institute in cooperation with the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, NIH Publication No. 98-4083, September, 1998, National Institutes of Health.
12. Expert Panel, The Practical Guide to the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults, National Heart, Lung, and Blood Institute in cooperation with the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, NIH Publication No. 00-4083, October, 2000, National Institutes of Health. Available at: [www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/pract-gde.htm](http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/pract-gde.htm), accessed on March 18, 2004.