

William R. Miller  
Stephen Rollnick

# MOTIVACIJSKO INTERVJUIRANJE

Pripremanje ljudi za promjenu

Prijevod drugog izdanja

Prijevod:  
Mirjana Smerić Pecigoš

Recenzenti:  
mr. sc. Nada Anić  
prof. dr. sc. Ivanka Živčić Bečirević



NAKLADA SLAP

# Sadržaj

## **PRVI DIO – KONTEKST**

- |                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| 1. Zašto se ljudi mijenjaju?      | 3  |
| 2. Ambivalencija: Dilema promjene | 13 |
| 3. Olakšavanje promjene           | 20 |

## **DRUGI DIO – PRAKSA**

- |  |     |
|--|-----|
| 4. Što je motivacijsko intervjuiranje?       | 33  |
| 5. Promjena i otpor: Suprotne strane novčića | 43  |
| 6. Faza 1: Izgradnja motivacije za promjenu  | 52  |
| 7. Reagiranjem na govor promjene             | 85  |
| 8. Reagiranjem na otpor                      | 98  |
| 9. Jačanje samopouzdanja                     | 111 |
| 10. Faza 2: Jačanje predanosti promjeni      | 126 |
| 11. Praktični prikaz slučaja                 | 140 |
| 12. Etička promišljanja                      | 161 |

## **TREĆI DIO – UČENJE MOTIVACIJSKOG INTERVJUIRANJA**

- |                         |     |
|-------------------------|-----|
| 13. Refleksija o učenju | 179 |
| 14. Olakšavanje učenja  | 185 |

## **ČETVRTI DIO – PRIMJENE MOTIVACIJSKOG INTERVJUIRANJA**

- |  |     |
|--|-----|
| 15. Motivacijsko intervjuiranje i stadiji promjene<br><i>Carlo C. DiClemente i Mary Marden Velasquez</i>   | 201 |
| 16. Učinkovitost motivacijskog intervjuiranja i njegovih prilagodbi: Što znamo za sada<br><i>Brian L. Burke, Hal Arkowitz i Christopher Dunn</i> | 217 |

17. Motivacijsko intervjuiranje u medicinskom i javnozdravstvenom okruženju	251
<i>Ken Resnicow, Colleen DiIorio, Johanna E. Soet, Belinda Borrelli, Denise Ernst, Jacki Hecht i Angelica K. Thevos</i>	
18. Varijacije na temu: Motivacijsko intervjuiranje i njegove prilagodbe	270
<i>Stephen Rollnick, Jeff Allison, Stephanie Ballasiotes, Tom Barth, Christopher C. Butler, Gary S. Rose i David B. Rosengren</i>	
19. Uloga vrijednosti u motivacijskom intervjuiranju	284
<i>Christopher C. Wagner i Francisco P. Sanchez</i>	
20. Motivacijsko intervjuiranje i pridržavanje tretmana	299
<i>Allen Zweben i Allan Zuckoff</i>	
21. Motivacijsko intervjuiranje s adolescentima i mladima	320
<i>John S. Baer i Peggy L. Peterson</i>	
22. Motivacijsko intervjuiranje i populacije u kaznenopravnom sustavu	333
<i>Joel I. D. Ginsburg, Ruth E. Mann, Frederick Rotgers i John R. Weekes</i>	
23. Motivacijsko intervjuiranje s parovima	347
<i>Brian L. Burke, Georgy Vassilev, Alexander Kantchelov i Allen Zweben</i>	
24. Motivacijsko intervjuiranje u tretmanu dualnih poremećaja	362
<i>Nancy Handmaker, Michele Packard i Kelly Conforti</i>	
25. Opasnosti i mogućnosti grupnog motivacijskog intervjuiranja	377
<i>Scott T. Walters, Richard Ogle i John E. Martin</i>	

**Literatura** **391**

**Kazalo pojmova** **421**

# MOTIVACIJSKO INTERVJUIRANJE U MEDICINSKOM I JAVNO- ZDRAVSTVENOM OKRUŽENJU

KEN RESNICOW, COLLEEN DIORIO, JOHANNA E. SOET,  
BELINDA BORRELLI, DENISE ERNST, JACKI HECHT I ANGELICA K. THEVOS

Dok je veći dio početnog primijenjenog i empirijskog rada u području motivacijskog intervjuiranja bio usmjeren na ovisnička ponašanja, najistaknutije alkoholizam, posljednjih godina prisutno je značajno zanimanje javnozdravstvenih i medicinskih profesionalaca za primjenu motivacijskog intervjuiranja na druga zdravstvena ponašanja i stanja, kao što su pušenje, režim prehrane, fizička aktivnost, kontrola dijabetesa, upravljanje boli, kontrolni pregledi, seksualno ponašanje i slijedenje liječničkih uputa (Berg-Smith i sur., 1999; Colby i sur., 1998; Emmons i Rollnick, 2001; Erhsoff i sur., 1999; Miller, 1996b; Rakowski i sur., 1992; Resnicow, Jackson, Wang, Dudley i Baranowski, 2001; Smith, Hec-kemeyer, Kratt i Mason, 1997; Stott, Rollnick i Pill, 1995; Taplin i sur., 2000; Velasquez i sur., 2000).

Ovo će poglavlje istražiti medicinske i javnozdravstvene primjene motivacij-skog intervjuiranja. Počinjemo pregledom nekih konceptualnih i pragmatičnih nijansi koje su povezane s upotrebom motivacijskog intervjuiranja u tim okru-ženjima i, posebno, primjenom na kronične bolesti i neovisnička ponašanja. Zatim istražujemo pitanja koja se odnose na obuku liječnika i medicinskog oso-blja u njegovoj primjeni. Nakon toga opisujemo primjenu motivacijskog inter-vjuiranja na specifična ponašanja i zdravstvena stanja i zaključujemo sažetkom i raspravom o smjerovima budućih istraživanja.

## **KONCEPTUALNA PITANJA: PRIMJENA MOTIVACIJSKOG INTERVJUIRANJA NA NEOVISNIČKA PONAŠANJA I KRONIČNE BOLESTI**

S obzirom na njegove korijene u savjetovanju ovisnika, važno je istražiti kako motivacijsko intervjuiranje može funkcionirati različito u teoriji i praksi kada se primijeni na neovisnička ponašanja i kronične bolesti. Primjerice, važna komponenta motivacijskog intervjuiranja je prorada ambivalencije o promjeni (Miller i Rollnick, 1991; Resnicow, DiIorio, i sur., 2001; Rollnick, Butler i Stott, 1997) i ova tehnika djeluje posebno učinkovito kod pojedinaca koji su početno veoma malo spremni za promjenu (Buttler i sur., 1999; Heather, Rollnick, Bell i Richmond, 1996; Resnicow, Jackson i sur., 2001). Moguće je postulirati da se priroda i veličina ambivalencije, kao i razlozi za promjenu, razlikuju vrstom (ne samo stupnjem) između ovisničkih i neovisničkih ponašanja. Promjena ponašanja kao što su potrošnja voća i povrća ili fizička aktivnost ne mora uključivati intenzitet otpora ili pokazivati dubinu psihološkog i interpersonalnog značenja kao što je to prekid zloupotrebe alkohola ili droge. Za neovisnička ponašanja, može biti potrebno manje vremena (iako ne nužno manje vještine) za razrješavanje klijentove ambivalencije i takvi susreti mogu uključivati više bihevioralno nego kognitivno usmjeravanje. Štoviše, ako su priroda i veličina ambivalencije suštinski različite za neovisnička ponašanja, i ako je razrješavanje ambivalencije glavni razlog da je motivacijsko intervjuiranje učinkovito, možda će onda motivacijsko intervjuiranje biti manje učinkovito u medicinskom i javnozdravstvenom okruženju. Suprotno tome, može se pojaviti značajna ambivalencija, otpor i poricanje vezano uz zdravstveno ponašanje kao što su pridržavanje liječničkih uputa, obavljanje kontrolnih pregleda i dijagnostičkih testova, povećanje vježbanja, i drugo, pri čemu motivacijsko intervjuiranje može biti podjednako učinkovito u tim okruženjima (Prochaska i sur., 1994).

Druga razlika može biti u činjenici da za mnoga ovisnička ponašanja, primjerice za pušenje, proces promjene obično povlači za sobom određeni "dan prestanka". Iako su ciljevi i vremenski rokovi važni za promjenu ponašanja kao što su prehrana i fizička aktivnost, obrazac promjene je često prilično različit. Koncepti apstinencije i recidiva možda su manje jasni za određena zdravstvena ponašanja.

Konačno, u savjetovanju ovisnika, klijenti su uglavnom upućeni ili traže tretman za svoja stanja, dok su u javnozdravstvenim i medicinskim okruženjima, klijenti možda tražili pomoć za drugo stanje ili brigu, a liječnik je potaknuo pitanja kao što su pušenje, režim prehrane ili vježbanje (vidjeti 18. poglavlje). S obzirom na to da klijent možda nije potaknuo raspravu o određenoj temi, možda će biti manje zanimanja ili spremnosti za bavljenje takvim ponašanjima u ovom kontekstu. Suprotno tome, neki pacijenti mogu periodički zakazati preglede kod liječnika s jasnim očekivanjem da će se razgovarati o njihovu režimu prehrane, fizičkoj aktivnosti, zloupotrebi droga, screeningu (probiru) i drugim

zdravstvenim ponašanjima. Djeluje li intervencija motivacijskog intervjuiranja potaknuta od praktičara drugačije od one koju je potaknuo klijent, još nije empirijski utvrđeno.

## **PRAGMATIČNO PITANJE: TRAJANJE, ČESTINA I OBLIK KONTAKTA**

Možda je najveći ograničavajući činitelj u upotrebi motivacijskog intervjuiranja u javnozdravstvenom i medicinskom okruženju vrijeme. Dok motivacijsko intervjuiranje u savjetovanju ovisnika može uključivati veći broj sastanaka značajnog trajanja, u medicinskim okruženjima (posebno primarnoj zaštiti), susret s pacijentom traje tipično od 10 do 15 minuta (Emmons i Rollnick, 2001; Goldstein i sur., 1998). Uz to, medicinsko osoblje može imati samo jedan susret s pacijentom za određeno zdravstveno ponašanje. Primjerice, u javnoj bolnici ili hitnoj službi, liječnik može načeti temu promjene ponašanja, primjerice, prestanak pušenja. Slično tome, u nekim zdravstvenim sustavima, pacijenti nisu uvijek vezani uz određenog liječnika (Goldstein i sur., 1998). Čak i kada postoji kontinuitet brige, teškoće ostvarivanja naknada za bihevioralno savjetovanje dodatno ograničavaju praktičarevu sposobnost i motivaciju da pruži intenzivno motivacijsko intervjuiranje.

Iz ovih ograničenja proizlaze brojne implikacije. Kao prvo, postoji potreba da se motivacijsko intervjuiranje prilagodi kraćem formatu koji je pogodan za ograničeni kontakt s klijentom. Ovaj kraći format (koji se drugdje spominje kao "kratko pregovaranje") spominje se u ovom tekstu kao adaptacija motivacijskog intervjuiranja (AMI; Rollnick i Miller, 1995). Rollnick i drugi su razvili tehnike temeljene na motivacijskom intervjuiranju koje su prilagođene kratkim susretima. Jedan je primjer strategija 0-10 važnost/samopouzdanje opisana drugdje u ovom tekstu, koja omogućuje liječniku i drugom medicinskom osoblju da procijeni motivaciju i olakša klijentu ili pacijentu kretanje uzduž kontinuuma promjene (Butler i sur., 1999; Rollnick i sur., 1997; Rollnick, Mason, i Butler, 1999). Korisno obilježje ovih tehnika je njihova algoritmička priroda, koja dobro odgovara općem medicinskom okviru donošenja odluka.

Kratke prilagodbe motivacijskog intervjuiranja (vidjeti također 18. poglavlje) razlikuju se od razvijenog motivacijskog intervjuiranja na nekoliko načina. Kao prvo, kada postoji ograničen kontakt s klijentom, bilo u terminima trajanja ili čestine, općenito nije izvedivo koristiti cjelokupni raspon tehnika motivacijskog intervjuiranja niti je moguće izgraditi dublji odnos koji bi bio potreban za maksimaliziranje terapijskog učinka. Primjerice, u medicinskim okruženjima, liječnici možda nemaju dovoljno vremena potpuno istražiti klijentovu ambivalenciju ili se upustiti u opsežno reflektivno slušanje. U nekim slučajevima, cilj kratkih intervencija može biti jednostavno uključiti klijenta u prihvaćanje uputnice ili razmišljanje o mogućim budućim promjenama.

Metoda pružanja motivacijskog intervjuiranja može se razlikovati u medicinskim i javnozdravstvenim okruženjima, gdje može biti dio višekomponentnih intervencija koje uključuju edukativne materijale, kao i nemotivacijsko intervjuiranje pojedinca i grupne interakcije (Glasgow, Whitlock, Eakin i Lichtstein, 2000; Resnicow, Coleman-Wallace i sur., 2000; Resnicow, Jackson i sur., 2001). Uz to, motivacijsko se intervjuiranje često pruža putem telefona (Berg-Smith i sur., 1999; Glasgow i sur., 2000; Ludman, Curry, Meyer i Taplin, 1999; Resnicow, Coleman-Wallace i sur., 2000; Resnicow i sur., u tisku; Resnicow, Jackson i sur., 2001; Sims, Smith, Duffy i Hilton, 1998; Taplin i sur., 2000; Woollard i sur., 1995). Kada se intervencije motivacijskog intervjuiranja pružaju telefonski, i savjetovatelji i klijenti mogu koristiti ograničene neverbalne znakove i dubinu odnosa, i time može biti kompromitiran učinak tretmana (Soet i Basch, 1997). Učinkovitost i odnos troškova i dobiti telefonske nasuprot intervenciji licem u lice, zahtijevaju daljnje istraživanje.

## PROFESIONALNI RAZVOJ I PITANJA OBUKE

U području ovisnosti, intervencije motivacijskog intervjuiranja tipično su se koristile za pojedince educirane u području psihologije ili savjetovanja. Trening takvih profesionalaca u upotrebi motivacijskog intervjuiranja, često predstavlja umjereno oplemenjivanje vještina. Iako su u medicinskim i javnozdravstvenim okruženjima psiholozi i socijalni radnici (Ludman i sur., 1999; Resnicow i sur., u tisku; Smith i sur., 1997; Velasquez i sur., 2000) pružali usluge motivacijskog intervjuiranja, često su korištene medicinske sestre (Doherty, Hall, James, Roberts i Simpson, 2000; Velasquez i sur., 2000; Woollard i sur., 1995), liječnici (Doherty i sur., 2000; Rollnick i sur., 1997); dijetetičari (Berg-Smith i sur., 1999; Mhurchu, Margetts i Speller, 1998; Resnicow, Coleman-Wallace i sur., 2000; Resnicow, Jackson i sur., 2001) ili edukatori u području zdravstva (Harland i sur., 1999). Za ove profesije, učenje motivacijskog intervjuiranja može predstavljati potpunu promjenu njihove orijentacije (Emmons i Rollnick, 2001; Rollnick, 1996). Liječnici, medicinske sestre i dijetetičari tradicionalno su obučavani da pružaju stručne (često nezatražene) savjete o koristima promjene zdravstvenog ponašanja (Goldstein i sur., 1998). Ove se discipline uglavnom oslanjaju na metode instruiranja i podjele informacija (Glanz, 1979; Rollnick, 1996). Medicinske sestre i dijetetičari ponekad idu iznad toga, pružajući savjete educiranjem pacijenata, na propisani način, o koracima koje mogu poduzeti radi promjene zdravstvenog ponašanja. Izazov je za mnoge zdravstvene djelatnike prihvatiti više facilitirajući i suradnički duh motivacijskog intervjuiranja na mjesto propisanih, na praktičara usmjerenih i direktivnih tehnika koje su tradicionalno korištene u medicinskim okruženjima. To je golema zapreka u treningu liječnika i medicinskog osoblja.

Prikaz kontrasta između motivacijskog intervjuiranja i tradicionalne edukacije pacijenata ili medicinskog modela može se vidjeti u tome kako se infor-

macije prikazuju. U tradicionalnoj paradigmi, zdravstveni djelatnik često pruža informacije o rizicima nastavljanja ponašanja ili dobitima od promjene s namjerom uvjeravanja. To može uključivati izjave (možda točnije rečeno, pozive) kao što su: "To je veoma važno za vaše zdravlje jer...", "To ponašanje je veliki rizik", "Nužno je da se promijenite jer..." Implicitno je u tim izjavama njihova vrijednosna interpretacija. Suprotno tome, kod motivacijskog intervjuiranja, informacije se prezentiraju na neutralniji način i od klijenta se traži da interpretira. Praktičar može reći klijentu koji ne vježba: "Postoje određene znanstvene studije koje su utvrdile da ljudi koji hodaju 2 milje ili više tjedno imaju dvostruko manji rizik od srčanih bolesti u odnosu na one koji hodaju 1 milju. Što vi mislite o tome?" Ili umjesto da kaže: "Važno je za vas da prestanete pušiti...", praktičari mogu biti obučeni reći: "Medicinska je činjenica da pušenje može povećati rizik od ponovnog srčanog udara i vidjela sam da se to dogodilo nekolicini mojih pacijenata. Ali, ono što mi je važno je što vi mislite o tome." Tako, mnogi zdravstveni djelatnici moraju biti obučeni da izbjegavaju uvjeravanje "prethodno probavljenim" zdravstvenim porukama i umjesto toga da omogućće klijentu da procesira informacije, pronade vlastito značenje, procijeni vlastite rizike i nagrade i uvjeri se u promjenu radije nego da ga uvjeri praktičar (vidjeti 18. poglavlje; Rollnick i sur., 1999).

Drugi izazov s kojim je suočeno zdravstveno osoblje je raspoloživa količina vremena za trening motivacijskog intervjuiranja (Emmons i Rollnick, 2001; Stott i sur., 1995; Velasquez i sur., 2000). Ograničeno vrijeme za trening i superviziju koja slijedi, mogu otežati nekim zdravstvenim djelatnicima da prihvate filozofiju i time iskuse učinkovitost pristupa i da napuste refleks pružanja informacija (Pill, Rees, Stott i Rollnick, 1999). Primjerice, Stott i suradnici (1995) su trenirali praktičare u pružanju prilagodbi motivacijskog intervjuiranja u bavljenju dijabetesom koristeći na klijenta usmjeren pristup, pri čemu su broj seansi treninga i strategije treninga pregovarani s praktičarima. Dok je većina izabrala dvije do tri seanse treninga u trajanju od 1 do 1,5 sati, svega se nekoliko odlučilo za dodatni trening. Praktičari su spremno opažali demonstracije igranja uloga, ali ih je malo bilo spremno uvježbavati ove vještine. Velasquez i suradnici (2000) su trenirali nekoliko grupa medicinskih sestara od kojih su sve sudjelovale u igranju uloga i iskustvenim aspektima treninga. Dok su ove medicinske sestre iznosile visoku razinu zadovoljstva strategijama motivacijskog intervjuiranja, mnoge sestre su smatrale teškim stvarno primijeniti ovaj stil u intervencijama s klijentima zbog suprotstavljenih potreba pacijenata, ograničenog vremena i nedostatka samopouzdanja. Konačno, trajna supervizija u ovim okruženjima ne mora biti intenzivna ili rigorozna (Borelli i sur., 1998; Rill i sur., 1999; Velasquez i sur., 2000).

Ključno kliničko pitanje i pitanje za istraživanje ostaje u kojoj mjeri ovi profesionalci, uz ograničeno postdiplomsko obrazovanje, mogu biti "unatrag opremljeni" kako bi postali vješti savjetovatelji motivacijskog intervjuiranja. Praktičari koji nisu primarno obrazovani u savjetovanju usmjerenom na klijenta,



mogu biti sposobni naučiti temeljne tehnike motivacijskog intervjuiranja, ali bez opsežnog treninga ne moraju biti sposobni postići cjelinu koja je veća od zbroya dijelova. Tehničke vještine su potrebne, ali nisu dovoljne za postizanje duha motivacijskog intervjuiranja. Dok takvi profesionalci, s nekoliko sati ili dana treninga mogu biti sposobni koristiti ključne vještine i strategije motivacijskog intervjuiranja (primjerice, postavljanje pitanja otvorenog tipa, postavljanje dnevnog reda, traženje dopuštenja, minimaliziranje netraženih savjeta i temeljno reflektivno slušanje), ovladavanje dubljim razinama reflektiranja, bavljenja izjavama otpora ili klijentima i primjena motivacijskog intervjuiranja u rasponu zdravstvenih ponašanja često zahtijeva trening, praksu i superviziju koje nisu praktične u većini zdravstvenih okruženja. Šesnaesto poglavlje gleda u budućnost i raspravlja o načinima razrješavanja ovog pitanja.

Dok je praktičarevo prihvaćanje motivacijskog stila važno, također je ključno razmotriti i pacijentove perspektive. U studijama u kojima su medicinske sestre uključile motivacijski stil u savjetovanje, pacijenti su iznosili visok stupanj zadovoljstva intervencijom (Borrelli i sur., 1998; Emmons i sur., 2001). Slično tome, istraživanje pacijentovih percepcija liječničkih savjeta za prestanak pušenja pokazalo je da su pacijenti najprihvatljivijim smatrali one koji su uzimali u obzir pacijentovu receptivnost, kojima se izražavao ton poštovanja, izbjegavalo se propovijedanje i pokazivali su se znakovi pažnje i podrške pojedinca (Butler, Rollnick, Pill, Maggs-Rappport i Stott, 1998). Činjenica da intervencije motivacijskog intervjuiranja mogu dovesti do poboljšanja odnosa praktičar-pacijent i većeg zadovoljstva potrošača nedovoljno je razvijena i potencijalno moćna strategija prodaje pružateljima usluga i zdravstvenim službama.

## PROMJENA REŽIMA PREHRANE I FIZIČKE AKTIVNOSTI

Nijanse povezane s promjenom režima prehrane i obrascima fizičke aktivnosti relevantne za motivacijsko intervjuiranje uključuju činjenicu da ova ponašanja općenito uključuju promjenu više nego eliminaciju, preoblikovanje više nego suzdržavanje. I dok općenito ne postoji "dan prestanka", mogu postojati konkretni bihevioralni ciljevi kao što je pet obroka voća i povrća dnevno, postizanje dnevne kalorijske ili granice unosa masnoća, ili vježbanje određeni broj dana ili minuta tjedno. Uz to, promjena režima prehrane i fizičke aktivnosti mogu biti elementi multikomponentnog programa za smanjivanje rizičnih faktora kao što su dislipidemija, dijabetes, visoki krvni tlak, pretilost i recidiv srčane bolesti. Posebno za sekundarnu prevenciju, promjene u ovim područjima moraju biti dugoročne, ako ne i doživotne: primjerice, smanjivanje unosa zasićenih masti za pojedinca s hiperlipidemijom. Na taj način, ambivalencija može biti usmjerena na dugoročni teret promjene. Motivacijsko intervjuiranje za takve pojedince može se usmjeriti na pomaganje da prihvate kroničnu prirodu svog stanja, te na utvrđivanje načina smanjivanja onoga što se može doživjeti kao preplavljujući

teret. Uz to, iako općenito nisu smatrana ovisničkim ponašanjima, odustajanje ili smanjivanje unosa omiljene hrane ili smanjivanje preferiranih sjedilačkih ponašanja često se doživljavaju neugodnima ili kao žrtvom, i takve promjene mogu se izražavati slično kao povlačenje. Na taj način, ključni cilj za savjetovatelja koji koristi motivacijsko intervjuiranje može biti pomoći pojedincu da preoblikuje promjenu u pozitivnim terminima, primjerice, što se dobiva u odnosu na ono što se gubi, te da konceptualizira promjenu u drugim hedonističkim terminima; primjerice, učinak na smanjenu anksioznost zbog rizika od bolesti više nego usmjeravanje na okus brokule.

Utvrđeno je pet kontroliranih studija<sup>1</sup> i jedna nekontrolirana studija koje su koristile motivacijsko intervjuiranje za modificiranje režima prehrane i fizičku aktivnost. (Većina objavljenih kontroliranih studija detaljno je iznesena u 16. poglavlju i stoga su ovdje samo kratko spomenute.) Uz to, postoje brojne studije koje traju u Sjedinjenim Državama i inozemstvu koje će biti završene tijekom sljedećih godina. Istraživanja ishoda uključuju četiri pokušaja sekundarne prevencije za pacijente s dijabetesom, hiperlipidemijom ili hipertenzijom (Ber-Smith i sur., 1999; Mhurchu i sur., 1998; Smith i sur., 1997; Woollard i sur., 1995) i dvije studije primarne prevencije na zdravim populacijama (Harland i sur., 1999; Renicow, Coleman-Wallace i sur., 2000; Resnicow, Jackson i sur., 2001).

Prva od studija sekundarne prevencije bila je pilot studija koju su proveli Smith i suradnici (1997). Dvadeset dvije pretile žene s dijabetesom neovisnim o inzulinu po slučaju su primile standardnu 16-tjednu grupnu bihevioralnu intervenciju kontrole težine ili istu intervenciju uz dodatak tri individualne seanse motivacijskog intervjuiranja. Seanse motivacijskog intervjuiranja provodili su iskusni psiholozi. Motivacijsko intervjuiranje je uključivalo jednu seansu prije grupnog i dvije na sredini tretmana i uključivalo je individualne povratne informacije o glikemijskog kontroli. U posttestu, žene iz grupe s motivacijskim intervjuiranjem pokazale su značajno bolju glikemijsku kontrolu nego grupa sa standardnim grupnim tretmanom i veća je bila vjerojatnost da opažaju razinu glukoze u krvi. Grupa s motivacijskim intervjuiranjem također je pokazala značajno veću prisutnost na seansama i vratile su više dnevnika režima prehrane i dnevnika tjelesne aktivnosti.

Mhurchu i suradnici (1998) su podijelili po slučaju 121 pacijenta s hiperlipidemijom, koja je često sekundarna koronarnoj bolesti srca. Isti se dijetetičar s njima sastajao na tri seanse, koristeći savjetovanje temeljeno na motivacijskom intervjuiranju ili standardnu intervenciju za promjenu režima prehrane. U praćenju nakon 3 mjeseca, nije bilo značajnih razlika između grupa ni na jednoj mjeri ishoda.

Woollard i suradnici (1995) su po slučaju podijelili 166 pacijenata s hipertenzijom u uvjete "visokog" motivacijskog intervjuiranja sa šest 45-minutnih seansi svaka četiri tjedna ili "niskog" motivacijskog intervjuiranja, koje je uključivalo

jednu seansu licem u lice i pet dodatnih kratkih telefonskih seansi. Obje grupe su dobile pažnju liječnika opće prakse i priručnik. Kontrolna grupa je dobila samo pažnju liječnika opće prakse. U praćenju nakon 18 tjedana, nije bilo značajnih razlika između dvije grupe motivacijskog intervjuiranja. Međutim, obje grupe motivacijskog intervjuiranja su imale bolje ishode od kontrolne grupe.

Konačno, u istraživanju intervencija na režim prehrane kod djece, djeca koja su početno imala između 8 i 10 godina, a imala su visoku razinu LDL kolesterola, dobila su trogodišnju intervenciju u režim prehrane (Berg-Smith i sur., 1999). Kako se kohorta pomaknula prema adolescenciji, istraživači su izabrali dodatnu intervenciju motivacijskog intervjuiranja kako bi "obnovili" pridržavanje propisanom režimu prehrane među originalnom grupom uključenom u intervenciju (u ovoj fazi nije bilo kontrolne grupe). Savjetovatelji su uglavnom bili magistri u području zdravstvenog obrazovanja i dijetetičari koji su prošli 18 sati treninga. Postojala je jedna sesija s praktičarom i jedna seansa praćenja s praktičarom ili telefonom. Podaci od 127 mladih koji su završili ove dvije seanse pokazali su da se proporcija kalorija iz masnoća i kolesterola (procijenjena putem tri 24-satna praćenja) značajno smanjila nakon 3 mjeseca praćenja i poboljšalo se općenito pridržavanje uputa. Zadovoljstvo adolescenata intervencijom motivacijskog intervjuiranja bilo je visoko. Jedinostveni element ove intervencije je izvanredno detaljno obrazloženje teoretske osnove intervencije (Berg-Smith i sur., 1999).

Uzimajući u obzir primarnu prevenciju, Harland i suradnici (1999) su odabrali 523 pacijenta iz opće prakse kako bi evaluirali učinkovitost motivacijskog intervjuiranja u promicanju fizičke aktivnosti. Populacija je bila staračka, ali inače zdrava. Istraživanje je koristilo četiri grupe s intervencijom. Dvije su grupe dobile jednu 40-minutnu seansu motivacijskog intervjuiranja i dvije su grupe dobile šest 40-minutnih seansi motivacijskog intervjuiranja tijekom 12 tjedana. Otprilike polovina sudionika grupa motivacijskog intervjuiranja je također dobila ulaznice za tri besplatna sata aerobika. Postojala je i kontrolna grupa koja nije dobila motivacijsko intervjuiranje. Rezultat fizičke vježbe bio je procijenjen upitnikom o vježbanju što su ga ispunjavali nakon 12 tjedana i godine dana. Nakon 12 tjedana, postojalo je značajno poboljšanje na ovoj mjeri u četiri grupe s intervencijom u odnosu na kontrolnu grupu (38 nasuprot 16%), ali nije bilo značajne razlike između grupe s "visokim" i "niskim" motivacijskim intervjuiranjem. Nakon godine dana, nije bilo statistički značajnih razlika između grupa s intervencijom, kombinirano ili odvojeno, u odnosu na kontrolnu grupu. To se dogodilo zbog učinka umanjivanja u grupama s intervencijom, te manjeg poboljšanja u kontrolnoj grupi.

Resnicow i suradnici (Resnicow, Coleman-Wallace i sur., 2000; Resnicow, Jackson i sur., 2001) nedavno su dovršili ispitivanje Jedi za život (EFL), multi-komponentnu intervenciju za povećanje konzumacije voća i povrća među afro-američkim odraslima, što je provedeno kroz crnačke crkve. Četrnaest crkvi je slučajno podijeljeno u tri uvjeta: (1) usporedba; (2) kulturalno prilagođena sa-

mopomažuća intervencija s jednom kratkom telefonskom uputom; i (3) samopomažuća intervencija, jedan ključni poziv i tri savjetodavna poziva motivacijskog intervjuiranja. Savjetodavni pozivi bili su usmjereni na povećanje upotrebe samopomažućih materijala i nisu bili strukturirani kao kontakti motivacijskog intervjuiranja.

Savjetovatelji motivacijskog intervjuiranja koji su dijetetičari ili stažisti, sudjelovali su u tri, dvosatne trening seanse koje je vodio prvi autor (KR) i opažani su tijekom obavljanja barem dva telefonska razgovora prije no što su dobili certifikat. Dobili su trajnu superviziju od medicinskog osoblja. Primarni ishod, koji je procijenjen nakon godinu dana, bila je konzumacija voća i povrća procijenjeno prema upitniku o čistini (Resnicow, Odom i sur., 2000). Promjena u konzumiranju voća i povrća bila je značajno veća u grupi s motivacijskim intervjuiranjem u odnosu na samopomažuće grupe. Razlika između grupe s motivacijskim intervjuiranjem i komparativne grupe bila je otprilike 1.1 obrok voća i povrća dnevno, dok je razlika između grupe motivacijskog intervjuiranja i grupe samopomoći bila otprilike 1.0 obrok. Međutim, usprkos ovim obećavajućim rezultatima preliminarne analize seansi motivacijskog intervjuiranja upućuju na samo umjerenu vjernost na strani dijetetičara duhu tehnika motivacijskog intervjuiranja.

Resnicow i suradnici trenutno provode drugo istraživanje temeljeno na istraživanju Jedi za život (Resnicow i sur., u tisku), koje se zove "Zdravo tijelo, zdravi duh". Ovo je istraživanje u tri eksperimentalne grupe. Grupa 1 dobiva standardni materijal o prehrani i fizičkoj aktivnosti; grupa 2 dobiva kulturalno oblikovane intervencije za samopomoć vezano uz režim prehrane i fizičku aktivnost; grupa 3 dobiva istu intervenciju kao grupa 2, uz četiri telefonska poziva motivacijskog intervjuiranja. Za razliku od Jedi za život istraživanja, gdje su motivacijsko intervjuiranje provodili dijetetičari, ovdje motivacijsko intervjuiranje provode psiholozi koji su originalno trenirani prema na osobu usmjerenom modelu R. R. Carkhuffa (1969; Carkhuff, Anthony, Canon, Pierce i Zigon, 1979).

Jedinstveni element intervencije motivacijskog intervjuiranja u istraživanju Zdravo tijelo, zdravi duh, je upotreba strategije pojašnjavanja vrijednosti na temelju rada Millera i C'de Baca (1994). U originalnoj metodi, od klijenta se traži da navede popis od otprilike 70 vrijednosti u terminima osobne vrijednosti i da izabere 5 najvažnijih. Revidirani protokol koristi modificirani i skraćeni popis vrijednosti ili atributa, kako je prikazano u Tablici 17.1. Klijenti kratko raspravljaju zašto su im izabrane vrijednosti ili ciljevi važni i zatim istražuju vide li vezu između svoga trenutnog ponašanja i sposobnosti da postignu te ciljeve ili žive svoje vrijednosti. Osim toga, savjetovatelj može pitati kako promjena njihova zdravstvenog ponašanja može biti povezana s njihovim ciljevima ili vrijednostima. Početni rezultati dobiveni korištenjem ove strategije djeluju obećavajuće. U procesu povezivanja zdravstvenog ponašanja s ključnim vrijednostima, potrebno je potaknuti značajnu količinu govora promjene.

**Tablica 17.1** Popis vrijednosti, atributa i ciljeva i postotka procjene u projektu Zdravo tijelo, zdravi duh

Vrijednost, atribut ili cilj	Postotak procjene (%)	Vrijednost, atribut ili cilj	Postotak procjene (%)
Dobar roditelj	49	Privlačan	5
Dobar supružnik/partner	38	Discipliniran	16
Dobar član zajednice	13	Odgovoran	22
Jak	13	U kontroli	10
U kontroli	7	Poštovan na poslu	8
Kompetentan	8	Atlet	2
Spiritualan	55	Ne biti licemjeran	7
Poštovan kod kuće	4	Odlučan	10
Dobar kršćanin	46	Obziran	18
Uspješan	13	Mladenački	3
Neovisan	16		

*Bilješka.* N=135. Postoci predstavljaju postotak procjene sudionika u projektu svake od navedenih ključnih vrijednosti

Razlika između projekata Jedi za život i Zdravo tijelo, zdravi duh, je u tome što su u drugom savjetovateljima usmjerili mnoge klijente dijetetičaru radi dodatnog savjetovanja o prehrani, primjerice radi informacija o dijabetesu i kontroli težine. Na taj način, iako su korišteni trenirani savjetovateljima umjesto dijetetičara kako bi pružili motivacijsko intervjuiranje, što može dovesti do veće vjernosti intervenciji, činjenica da ovi stručnjaci nemaju stručno znanje o prehrani ili vježbanju, potrebnim je učinila dodatno praćenje.

Uzevši zajedno, dokazi o učinkovitosti motivacijskog intervjuiranja u području režima prehrane i tjelesne aktivnosti su mješoviti, uz dvije studije koje pokazuju malu ili nikakvu prednost motivacijskog intervjuiranja u odnosu na druge tretmane (Harland i sur., 1999; Mhurchu i sur., 1998) i četiri koje su pokazale pozitivne učinke (Berg-Smith i sur., 1999; Resnicow, Jackson i sur., 2001; Smith i sur., 1997; Woollard i sur., 1995). Unatoč pozitivnim učincima opaženim u ove četiri studije, unutarja valjanost je ugrožena činjenicom da je motivacijsko intervjuiranje bilo dodatak drugim intervencijama (ili u istraživanju intervencija u režime prehrane kod djece gdje nije bilo kontrolne grupe). Kontakt s klijentom nije bio komparabilan u različitim uvjetima budući da komparativne grupe nisu dobile "lažno" ili alternativno savjetovanje. Konačno, u dva istraživanja, veće doze motivacijskog intervjuiranja nisu proizvele veće učinke tretmana (Harland i sur., 1999; Woollard i sur., 1995). Zajedno, ovi nalazi potiču pitanje o stupnju u kojem se učinci tretmana mogu pripisati motivacijskom intervjuiranju u odnosu na učinke pažnje ili generičke elemente savjetovanja koji nisu jedinstveni za motivacijsko intervjuiranje (primjerice, empatija). Uz to, vjernost intervenciji

općenito nije bila adekvatno procijenjena ili kontrolirana. Stoga, negativni ili slabi rezultati mogu biti rezultat slabog pružanja intervencija ili neučinkovitosti same intervencije (vidjeti 16. poglavlje).

Ključna pitanja koja zaslužuju ispitivanje u ovom području uključuju sljedeće: Koje profesije su najspremnije i najsposobnije učinkovito pružiti intervencije motivacijskog intervjuiranja? Primjerice, jesu li dijetetičari i profesionalci za vježbanje najbolji kandidati ili takve intervencije najbolje pružaju pojedinci s iskustvom u savjetovanju? Što je važnije: specifično znanje praktičara ili vještine i stil savjetovanja?

## PRESTANAK PUŠENJA

Motivacijska pitanja su važna ne samo za odluku o prestanku pušenja, već i za povećanje pridržavanja tretmana i smanjivanje recidiva. Motivacijsko intervjuiranje može stoga imati ulogu duž cijelog raspona kontrole pušenja. Iako se pokazalo da su farmakološki tretmani i smjernice za savjetovanje učinkoviti u pomaganju motiviranim pušačima da prestanu (Ministarstvo zdravstva SAD-a, 2000), ovi tretmani su manje korisni za pušače koji su manje motivirani da prestanu. Oni koji su motivirani da prestanu predstavljaju samo manjinu pušača (Richmond, Bell, Rollnick i Heather, 1996; Velicer i DiClemente, 1993) i u rutinskoj zdravstvenoj brizi praktičari će vjerojatnije susresti pušače koji nisu motivirani prestati pušiti. Stoga su potrebne strategije za pomoć kliničarima u radu s nemotiviranim i ambivalentnim pušačima.

Standardna briga obično ima oblik liječničkog savjeta, što je velikim dijelom preskriptivni pristup. Kada se ponavlja tijekom vremena, može biti jatrogen i zapravo umanjiti pokušaje prestanka pušenja i povećati pacijentov otpor i slabljenje (Butler, Pill i Stott, 1998). Umjesto toga, Butler, Pill i Stott (1998) predlažu da praktičari uzmu u obzir prijemljivost pušača i daju podršku na način koji je pun poštovanja i ne osuđuje.

Objavljeno je nekoliko studija koje su koristile prilagodbe motivacijskog intervjuiranja za prestanak pušenja, primarno u kliničkim okruženjima (Butler i sur., 1999; Colby i sur., 1998; Ershoff i sur., 1999; Glasgow i sur., 2000; Lando, 2001; Velasquez i sur., 2000). (Vidjeti 16. poglavlje za dodatne detalje.)

Borrelli i suradnici (1998) trenutno evaluiraju kratkoročne i dugoročne (12 mjeseci poslije tretmana) ishode prestanka kod starijih, za dom vezanih bolesnih odraslih osoba. U ovoj studiji (Projekt CARES) patronažne sestre su po slučaju odabrane da osiguraju prilagodbu motivacijskog intervjuiranja ili kratke savjete pacijentima tijekom kućnih posjeta. Sestre u intervencijskoj grupi su obučene u pružanju intervencija motivacijskog intervjuiranja koje uključuje fiziološke povratne informacije o pacijentovim razinama izdahnutog ugljičnog monoksida. Fiziološke povratne informacije mogu biti snažan mehanizam za naglašavanje diskrepancija između osobne percepcije rizika i trenutnog ponaša-

nja. Povratne informacije mogu biti posebno istaknute starijim pušačima jer ova grupa ima tendenciju teško povezati fizičke simptome sa svojim pušenjem. Intervencijske sestre također jačaju optimizam o promjeni razgovarajući s pacijentima o dobitima prestanka pušenja i naglašavajući da nikada nije kasno prestati. Preliminarni podaci upućuju na to da je intervencija prihvatljiva i pacijentima i patronažnim sestrama (Emmons i sur., 2001).

Usprkos potencijalnoj ulozi motivacijskog intervjuiranja u savjetovanju o prestanku pušenja, ishodi istraživanja su do sada dali mješovite rezultate. Neke studije s negativnim rezultatima imaju metodološke nedostatke poput neadekvatne dužine ili opisa treninga motivacijskog intervjuiranja, nedostatka postupaka opažanja vjernosti tretmanu (Butler i sur., 1999) i niskih postotaka završavanja tretmana (Galsgow i sur., 2000). Drugi razlog za mješovite rezultate djelovanja motivacijskog intervjuiranja na prestanak pušenja je kratkotrajno praćenje (Colby i sur., 1998). Budući da je naglasak u motivacijskom intervjuiranju često na procesu odlučivanja za promjenu, ne samo na promjeni samoj, trebalo bi procjenjivati proksimalnije indikatore budućeg prestanka kao što je stadij promjene. Neka pitanja u istraživanju ostaju: Koje su komponente motivacijskog intervjuiranja ključne za pušače? Jesu li povratne informacije ključna motivacijska komponenta i koje su vrste povratnih informacija najučinkovitije? Koje su važne moderator varijable? Je li motivacijsko intervjuiranje učinkovitije kod nekih nego kod drugih pušača?

## **UZIMANJE LIJEKOVA PREMA LIJEČNIČKIM UPUTAMA**

Slabo pridržavanje uputa o uzimanju lijekova je problem za mnoge, ako ne i većinu, lijekova u gotovo svim socioekonomskim populacijama. Ovo pitanje je također detaljno obrađeno u 20. poglavlju. Osobe koje prihvaćaju svoje zdravstveno stanje, koje su sposobne uključiti uzimanje lijekova u svoj životni stil, koje imaju ozbiljnije zdravstvene poteškoće i koje vjeruju da lijekovi smanjuju simptome ili rizike za bolesti, svi oni imaju veću razinu pridržavanja uputa od onih koji negiraju svoju bolest ili pridaju negativno značenje uzimanju lijekova (Cramer, Mattson, Prevey, Scheyer i Ouellette, 1989; Creer i Levstek, 1997; DiIorio, Faherty i Mantueffel, 1994; Shope, 1988; Singh, Squier, Sivek i Wagener, 1996; Trostel, 1988; Turner i sur., 1998). Uz to, osobe koje imaju zdravstvene teškoće koje se pojavljuju na mahove i nepredvidljive su imaju više problema s pridržavanjem uputa. Međutim, iznad ovih varijabli bolesti i kognitivnih varijabli, kada ih pitaju zašto ne uzimaju redovitije lijekove, ljudi općenito navode da su jednostavno zaboravili. Uobičajeni lijekovi za zaboravljivost uključuju kutije s lijekovima, tajmere, bipere, kalendare i druge strategije planiranja. Sistemi podsjećanja nisu učinkoviti kada se neuspjeh u pridržavanju uputa odnosi na nuspojave uzimanja lijekova, ambivalenciju vezanu uz bolest ili tretman, strah od štete izazvane tretmanom, negativna značenja pridodana lijekovima, doživljaj bolesti koji je nekonzistentan s uzimanjem lijekova i na stigmatu.

Štoviše, iako se čini da je zaboravljivost glavni uzrok slabog pridržavanja uputa, zaboravljivost može odražavati ambivalenciju vezanu uz bolest ili tretman. Usprkos dobitima od uzimanja lijekova, neki pojedinci možda žele izbjeći neugodu i nuspojave i emocionalno se možda ne žele suočiti s činjenicom da imaju bolest. Motivacijsko intervjuiranje može biti učinkovito za pojedince čije je pridržavanje uputa povezano s ambivalencijom u odnosu na razloge za i protiv uzimanja lijekova ili kod onih koji se nisu uhvatili u koštac sa svojim stanjem i svime onime što ono podrazumijeva. Davanje mogućnosti takvim pojedincima da izraze svoje brige, može biti posebno korisno u razrješavanju miješanih emocija, kao i u prevladavanju pragmatičnih zapreka s kojima se možda suočavaju.

U nekoliko su istraživanja Kemp i suradnici testirali upotrebu intervencije temeljene na motivacijskom intervjuiranju radi promicanja pridržavanja liječničkih uputa o uzimanju lijekova kod osoba s psihozom (Hayward, Chan, Kemp i Youle, 1995; Kemp, Hayward, Applewhaite, Everitt i David, 1996; Kemp, Kirov, Everitt, Hayward i David, 1998). U pilot istraživanju, oni su (Hayward i sur., 1995) testirali na motivacijskom intervjuiranju temeljen pristup poticanja pridržavanja uputa o uzimanju lijekova kod pacijenata kojima su propisani neuroleptici. Dvadeset i jedan pacijent s dijagnozom shizofrenije ili afektivnih poremećaja bio je dodijeljen po slučaju u grupu s terapijom pristajanja ili seansama nedirektivnih rasprava. Terapeut obučen u korištenju tehnika motivacijskog intervjuiranja susreo se sa svakim pacijentom tijekom tri 30-minutne seanse. Iako nije bilo razlika između tretmanske i kontrolne grupe u stavovima prema uzimanju lijekova, uvidu ili pridržavanju uputa, promjene su u tretmanskoj grupi išle u očekivanom smjeru. U drugoj studiji, pacijenti na psihijatrijskom odjelu su po slučaju podijeljeni i dobili su terapiju pristajanja temeljenu na načelima motivacijskog intervjuiranja ili suportivno savjetovanje (Kemp i sur., 1996). Svaka grupa je dobila četiri do šest seansi savjetovanja od strane psihijatra ili kliničkog psihologa koji su obučeni u tehnikama motivacijskog intervjuiranja. Sudionici koji su dobili motivacijsko intervjuiranje pokazali su značajno veće poboljšanje u stavovima prema tretmanu lijekovima, veći uvid u svoju bolest i veće pridržavanje tretmana nego sudionici iz grupe uključene u suportivno savjetovanje u praćenju od 6 mjeseci. U sljedećem istraživanju, sudionici koji su dobili četiri do šest seansi terapije pristajanja koju im je pružio obučeni terapeut, pokazali su značajno veći uvid, pozitivnije stavove prema tretmanu i veće pridržavanje koje su procijenili opažači nego sudionici koji su dobili nespecifično savjetovanje. Ove su se promjene zadržale tijekom 18-mjesečnog perioda praćenja (Kemp i sur., 1998).

DiIorio i suradnici (1994) trenutno provode istraživanje u kojem koriste motivacijsko intervjuiranje radi promicanja pridržavanja uputa o uzimanju antiretroviralnih lijekova kod HIV-pozitivnih osoba. Projekt nazvan Zaposli se življenjem uključuje jednu grupu koja dobiva uobičajenu edukaciju o pridržavanju tretmana i drugu koja dobiva uobičajenu edukaciju kroz jednu seansu motivacijskog intervjuiranja licem u lice nakon koje slijede četiri telefonske seanse savjetovanja tijekom tromjesečnog razdoblja. Medicinske sestre su dobile



tri četverosatne seanse treninga i evaluirane su korištenjem "standardiziranog pacijenta" prije početka intervencije. Kao dio svake seanse, od sudionika se traži da prvo procijene svoju motivaciju za uzimanje svakog od lijekova (do njih četiri) i zatim se traži da procijene svoje pouzdanje u uzimanje svakog. Također ispunjavaju aktivnost pojašnjavanja vrijednosti koja je opisana ranije kako bi se lakše povezalo njihovo pridržavanje uputa i zdravlje s drugim ključnim vrijednostima i životnim ciljevima. Informacije dobivene iz ovih procjena koriste se za otkrivanje diskrepanci između motivacije i ponašanja i strategija za pojačavanje pridržavanja uputa.

Čini se da motivacijsko intervjuiranje ima potencijalno korisnu ulogu u pomaganju pojedincima da poprave svoje pridržavanje uputa, posebno istražujući razloge za i protiv i jasnim formuliranjem strahova i tjeskoba o njihovim bolestima. Nema dovoljno empirijskih dokaza kako bi se donijeli snažni zaključci o tome kada i kako motivacijsko intervjuiranje može najbolje biti korišteno u ovom pogledu; međutim, trenutna će istraživanja dalje razjasniti mnoga od ovih ključnih pitanja.

## PREVENCIJA HIV-A

Prijenos virusa humane imunodeficijencije (HIV) možda je glavni problem javnog zdravstva u svijetu danas. Najčešći uzroci HIV infekcija su kruženje nesteriliziranih igala među ovisnicima o drogama i nezaštićeni spolni odnos. U nedostatku lijeka ili cjepiva, bihevioralni pristupi ostaju glavni. Najučinkovitije HIV bihevioralne intervencije temeljile su se na kognitivno-bihevioralnim strategijama (Kelly, 1995; NIMH Multisite HIV Prevention Trial, 1998). Međutim, ove intervencije podrazumijevaju da su sudionici u "fazi djelovanja" i spremni za promjenu. Manje je pažnje bilo posvećeno pojedincima koji nisu svjesni vlastitog rizika od infekcije ili onima koji vjeruju da nisu u rizičnoj skupini zbog svog ponašanja. Motivacijsko intervjuiranje može imati obećavajuću ulogu i nekoliko je istraživanja istražilo njegovu primjenu u ovom pogledu.

Carey i suradnici (1997) su po slučaju podijelili 102 žene koje su smatrane rizičnima za HIV infekciju u tretmansku i grupu na listi čekanja. Tretmanska grupa sastala se u grupama od po 8 do 13 sudionika na četiri 90-minutne seanse. Intervenciju su provela dva obučena terapeuta; uključivala je poticanje samomotivirajućih izjava, sažimanje briga o rizicima od HIV-a i povratnu informaciju o ponašanju. Sudionici u intervencijskoj grupi u usporedbi s kontrolnom grupom, pokazali su značajno povećanje znanja o HIV-u i svijest o riziku i namjere da prakticiraju sigurniji seks; također su se uključili u manje nezaštićenih spolnih odnosa.

Carey i suradnici (2000) su replicirali njihovu prvu studiju korištenjem drugog uzorka od 102 žene s niskim приходima. Žene u kontrolnoj grupi dobile su program promicanja zdravlja kroz četiri seanse. Sudionici u tretmanskoj grupi povećali su svoje znanje i namjere za smanjivanje rizičnih ponašanja. Iako nije

bilo razlika između tretmanske i kontrolne grupe s obzirom na ishode, sudionici u tretmanskoj grupi koji su imali nesavršene namjere, povećali su upotrebu kondoma, više su razgovarali sa svojim partnerima o kondomima i testiranju na HIV i imali su veću vjerojatnost da odbiju nezaštićeni seks.

Belcher i suradnici (1998) su koristili motivacijsko intervjuiranje kao osnovu za jednu dvosatnu seansu za promicanje prakse smanjivanja rizika od zaraze HIV-om kod urbanih žena s niskim prihodima. Oni su utvrdili da se znanje i samoeфикаsnost sudionika nisu poboljšali u odnosu na kontrolnu grupu koja je dobila dvosatnu seansu o AIDS-u. Međutim, sudionici su izvijestili o većoj upotrebi kondoma u praćenju. Rezultati ovih istraživanja upućuju na ulogu motivacijskog intervjuiranja u prevenciji HIV-a. Međutim, potrebno je daljnje istraživanje kako bi se utvrdilo je li motivacijsko intervjuiranje korisnije kao dodatak uobičajenim kognitivno-bihevioralnim grupnim intervencijama uobičajenim za prevenciju HIV-a ili je motivacijsko intervjuiranje učinkovitije kao samostalna intervencija. Važno je pitanje za istraživanje utvrditi koje vrste intervencija za prevenciju HIV-a najbolje provode savjetovatelji za HIV, u odnosu na osobe koje imaju obuhvatnija znanja o savjetovanju.

## **PITANJA POVEZANA S TRETIRANJEM KARDIOVASKULARNIH BOLESTI I DIJABETESA**

Dijabetes i kardiovaskularne bolesti (KVB) su kronične bolesti koje se najbolje mogu liječiti kada zdravstvena ponašanja postanu integrirana u dugoročne životne navike. Upravljanje dijabetesom i KVB-om zahtijeva kontroliranje niza zdravstvenih ponašanja, kao što su režim prehrane, fizička aktivnost, pušenje i u nekim slučajevima samoopažanje i pridržavanje uputa o uzimanju lijekova. Složenost bihevioralnog režima otežava procjenu pacijentova pridržavanja uputa, jer se pacijenti mogu rutinski pridržavati određenih uputa, a drugih ne.

Potrebne su strategije za motiviranje pacijenata za konzistentno slijedenje ovih složenih režima tretmana. Kao što je navedeno ranije, Smith i suradnici (1997) su evaluirali rezultat dodavanja motivacijske komponente standardnoj bihevioralnoj intervenciji vezanoj uz pretilost kod žena s dijabetesom neovisnim o inzulinu. Oni koji su dobili dodatne motivacijske seanse imali su značajno bolje pridržavanje u grupnom programu, bolje pridržavanje u ispunjavanju dnevnika unosa hrane i samoopažanja razine šećera i bolju glikemijsku kontrolu.

Kada se radi s ljudima koji imaju kronične bolesti, kao što su dijabetes i KVB, važno je procijeniti pacijentovu spremnost za prihvaćanje određenog zdravstvenog ponašanja individualno, radije nego gledati na pridržavanje kao na "sve ili ništa". Budući da kontroliranje ovih uvjeta često podrazumijeva složena ponašanja, određivanje prioriteta u pogledu toga kojim se ponašanjima baviti i kada, može biti posebno važan element intervencije motivacijskog intervjuiranja u ovim kontekstima. Pacijenti također mogu imati koristi od potvrđivanja i vještina rješavanja problema, što im pomaže u održavanju ponašanja kojima su

predani uz motivacijske strategije koje im pomažu da bolje razumiju rizike za komplikacije vezane uz bolest.

## KONTROLNI PREGLEDI

Kontrolni pregledi predstavljaju izbor ponašanja uz koje može postojati značajna ambivalencija. Pojedinci mogu izbjegavati kontrolne preglede jer se boje najgoreg ili jednostavno žele izbjeći bol i neugodu, troškove ili gubitak vremena. Motivacijsko intervjuiranje je korišteno za modificiranje ovog ponašanja u dva istraživanja: u jednom su ispitivani povećani postoci mamografija (Ludman i sur., 1999; Taplin i sur., 2000) i u drugom mamogrami i Papa testovi (Lando i sur., 2001). Oba su istraživanja provedena u velikoj organizaciji među ženama koje nisu dobivale potrebne usluge prema HEDIS 3.0 smjernicama. Početni kontakt je ostvaren poštom, nakon čega je slijedio telefonski poziv nakon 2 do 6 mjeseci. Oba istraživanja su imala polustrukturirane protokole, te su na svakom susretu ispunjavane check-liste. U jednom istraživanju, dvije su vrste telefonskih poziva bile uspoređene: kratak podsjetnik/poziv za dogovaranje susreta i 5- do 10-minutni poziv motivacijskog intervjuiranja kojem je bio cilj utvrditi brige i baviti se preprekama.

Intervencije su provodili savjetovateli s magisterijem iz psihologije. Treneri koji su proveli početnu obuku pružali su i trajnu superviziju uz pregled audiovrpci. Obje su vrste telefonskih intervencija bile podjednako učinkovite u povećanju postotka žena koje su došle na pregled, a nisu bile na mamografiji posljednje 2 godine. Međutim, poziv motivacijskog intervjuiranja je bio manje isplativ zbog troškova obuke i supervizije (Fishman, Taplin, Meyer i Barlow, 2000). Drugo istraživanje je usporedilo obogaćenu uobičajenu skrb (koja je uključivala generički poziv kao podsjetnik i pismo za mnoge žene) s dopisom i telefonskim motivacijskim intervjuiranjem i pokušajem dogovaranja termina za žene, koji je uključivao i motivacijsko intervjuiranje (što se pokazalo kao da nije dodalo dodatni učinak zbog slabog posjeta klinikama među ženama koje trebaju pregled). Za posljednju i kombiniranu grupu, primarno vezano uz prepreke, vjerovanja i spremnost na pregled, reakcije su korištene za formuliranje pisma koje ohrabruje žene na dogovaranje termina pregleda. Ove su žene bile u dobi od 50 do 69 godina i ispunjavale su HEDIS 3.0 kriterije u pogledu potrebe za mamogramom i PAPA testom. Intervencije su proveli istraživači koji nisu savjetovateli. Korišteni su kasniji sastanci kako bi se raspravljalo o pitanjima i brigama vezano uz intervenciju. Nakon 14 mjeseci, žene kojima je dogovoren pregled imale su veći postotak obavljenih pregleda za oba testa u odnosu na grupu s uobičajenom brigom u svim subgroupama osim za žene u dobi iznad 65 godina. Gledano zajedno, ova istraživanja upućuju na to da je motivacijsko intervjuiranje obećavajuća strategija koja povećava upotrebu kontrolnih pregleda, barem kod žena koje ih do tada nisu obavljale.

## MEĐUNARODNE PRIMJENE: PREVENCIJA INFEKCIJA

Istraživanja koja su već spomenuta provedena su u razvijenim i industrijaliziranim zemljama. Postoje ozbiljni zdravstveni problemi u zemljama u razvoju, koji međutim zahvaćaju velik broj pojedinaca u ekonomski teškom položaju, primjerice proljevi, malarija i neishranjenost. Motivacijsko intervjuiranje ima potencijalnu primjenu u ovim područjima.

Thevos i suradnici proveli su nekoliko istraživanja u afričkim periurbanim zajednicama gdje su lokalne volontere za promicanje zdravlja obučavali za motivacijsko intervjuiranje (Thevos, Kaona, Siajunza i Quick, 2000; Thevos, Quick i Yanduli, 2000). Njihova istraživanja bila su uglavnom usmjerena na smanjivanje proljeva pravilnim korištenjem i pohranom vode u domaćinstvima. Prvi pokušaj je trajao 8 tjedana, pri čemu je mjerena razina dezinfektansa u pohranjenoj vodi u 166 po slučaju odabrana domaćinstva (od 185 na početku studije). Tijekom četiri tjedna posjeta domaćinstvu pružena je samo standardna edukacija o zdravlju ili prilagodba motivacijskog intervjuiranja. Savjetovatelji su dobili 5-satni trening u motivacijskom intervjuiranju tijekom tri seanse. Rezultati su pokazali visoko pridržavanje upotrebe dezinfektansa u obje grupe tijekom 8 tjedana praćenja (u rasponu od 71,1 do 94,7%), pri čemu nije bilo statistički značajne razlike između grupa. Moguća objašnjenja za takve nalaze uključuju osiguravanje besplatnog dezinfektansa za obje grupe i neprikladnu statističku obradu (Thevos, Quick i Yanduli, 2000). Drugi faktor je nedovoljni trening volontera. Izvorno je planirano 10 do 12 sati treninga; međutim, zbog bolesti i teškog rasporeda, pruženo je samo 5 sati treninga.

U drugom istraživanju, provedenom u drugoj zajednici, bila su uključena 332 domaćinstva u dva zemljopisno udaljena područja. Pet lokalnih promotora zdravlja davalo je standardnu edukaciju o zdravlju ili motivacijsko intervjuiranje. U svakom slučaju, promotori su posvetili barem četiri posjeta raspravi o sigurnoj vodi. Dobili su 8 sati treninga u motivacijskom intervjuiranju, uz superviziju. Nakon 8 mjeseci praćenja postojala je statistički značajno veća, 71%, prodaja dezinfektansa za vodu u grupi motivacijskog intervjuiranja (Thevos, Quick i Yanduli, 2000). Prilikom praćenja u istoj zajednici, 16 mjeseci nakon intervencije, značajno veći postotak (dvostruki) opažljivog dezinfektansa u vodi je ostao u grupi motivacijskog intervjuiranja (Thevos i sur., 2001).

Treće se istraživanje vremenski podudara s kampanjom promicanja upotrebe dezinfektansa za vodu u domaćinstvima (Thevos, Kaona i sur., 2000; Thevos i sur., 2001). Lokalni volonteri promotori zdravlja dobili su trening za zdravstveno prosvječivanje u kampanji ili isti trening uz motivacijsko intervjuiranje; 18 promotora je dobilo četiri dana treninga u motivacijskom intervjuiranju, uz trajnu superviziju. Ukupno je u istraživanje uključeno 198 domaćinstava iz dva zemljopisno udaljena područja. Sva domaćinstva u zajednici bila su uključena u kampanju. Nakon 3 mjeseca praćenja, statistički značajno povećanje upotrebe dezinfektansa za vodu opaženo je u području motivacijskog motiviranja u odno-

su na područje gdje je provedeno samo zdravstveno prosvjećivanje i kampanja (Thevos, Kaona i sur., 2000).

U svim tim istraživanjima, procijenjena je kvaliteta pružanja motivacijskog intervjuiranja. Zdravstveni promotori ispunjavali su skale samoprocjene i procjenjivali su ih treneri na terenu. Ovi su podaci upućivali na stabilne, visoke razine temeljnih elemenata motivacijskog intervjuiranja, kao što su izražavanje empatije i izbjegavanje svađa. Upotreba drugih tehnika za osiguravanje kvalitete, kao što je audiosnimanje, nije bila moguća u ovim uvjetima (Thevos i sur., 2001).

Ova istraživanja upućuju na to da, uz odgovarajući trening, intervencije u kojima se koristi motivacijsko intervjuiranje imaju potencijal popraviti određene probleme javnog zdravstva s kojima se suočavaju zemlje u razvoju. Međutim, uspješna prilagodba motivacijskog intervjuiranja u ovim okruženjima zahtijeva kreativnost i fleksibilnost, uz uvažavanje kulturalnih razlika.

## SAŽETAK I SMJERNICE ZA BUDUĆNOST

Okruženje javnog zdravstva predstavlja potencijalno važne kanale za pružanje motivacijskog intervjuiranja budući da pružatelji zdravstvenih usluga mogu koristiti "trenutke za poučavanje" u kojima pacijenti mogu biti prijemljiviji za promjenu svog ponašanja. Dok se literatura o ovom području još uvijek pojavljuje, dostupni nalazi upućuju na to da motivacijsko intervjuiranje pruža značajnu mogućnost promjene ponašanja u javnozdravstvenom i medicinskom okruženju. Ovdje treba napomenuti da postoji barem 15 istraživanja koja financiraju Nacionalni instituti za zdravlje u Sjedinjenim Državama u kojima se testira motivacijsko intervjuiranje kao primarna ili dodatna intervencija za promjenu zdravstvenog ponašanja, s različitim vrstama savjetovatelja i usluga i rezultati ovih istraživanja pružit će značajne informacije o smjeru prakse, politike i istraživanja (Resnicow, DiIorio i sur., 2001).

Ključno pitanje kojim se moraju baviti buduća istraživanja odnosi se na unutrašnju valjanost (vidjeti 18. poglavlje), posebno upotrebu odgovarajuće kontrole intervencija motivacijskog intervjuiranja i rigoroznu procjenu vjernosti tretmanu. Malo je istraživanja do sada na odgovarajući način opisalo metode korištene za trening i verificiranje pružatelja usluga (Glasgow i sur., 2000; Smith i sur., 1997) te često ostaje nejasan stupanj u kojem je ostvarena vjernost motivacijskom intervjuiranju. Neuspjeh u garantiranju kvalitete i kvanitete pruženog tretmana može dovesti do pogreške tipa III, odnosno do pogrešnog zaključka da tretman nije dao rezultate, a zapravo nije pružen u odgovarajućoj dozi ili na odgovarajući način (Basch, Slipeceвич, Gold, Duncan i Kolbe, 1985). Trenutno se provode istraživanja kako bi se rasvijetlili aktivni sastojci motivacijskog intervjuiranja i utvrdila optimalna doza potrebnog motivacijskog intervjuiranja za učinkovitu promjenu ponašanja. Utvrđivanje unutrašnje valjanosti za inter-

vencije motivacijskog intervjuiranja može se ostvariti usporedbom motivacijskog intervjuiranja i drugih metoda savjetovanja, uz održavanje stalnih učinaka pažnje, doze i modaliteta. Uz to, kodiranjem motivacijskog intervjuiranja sistemima kao što je vještina motivacijskog intervjuiranja (Miller i Mount, 2001) može se provesti analiza veze doza-reakcija. Može se postaviti hipoteza da bi pojedinci koji su dobili savjetovanje koje je bilo s većom vjernošću, trebali imati bolje ishode od onih koji dobivaju manje vješto savjetovanje motivacijskog intervjuiranja. Istraživanja koja mjere dozu i vjernost intervencija motivacijskog intervjuiranja, pomoći će u rasvjetljavanju njegovih ključnih elemenata, kao što je i optimalna doza.

Konačno, ključno pitanje ne mora biti djeluje li motivacijsko intervjuiranje u javnozdravstvenim i medicinskim okruženjima, već u kojim populacijama, u kojim uvjetima, za koja ponašanja i uz kakve troškove. Druga pitanja odnose se na to koje profesije mogu pružiti odgovarajuće motivacijsko intervjuiranje i koliko je treninga potrebno da bi se kompetencija podigla na odgovarajuću razinu. Kako će različiti zdravstveni sustavi (primjerice, javne u odnosu na privatne bolnice) biti spremni i sposobni uključiti motivacijsko intervjuiranje u kliničku praksu i kako će pojedinci ostvariti naknadu za trening i pružanje motivacijskog intervjuiranja? Kakva je učinkovitost i isplativost telefonskog u odnosu na motivacijsko intervjuiranje licem u lice? Druga važna pitanja za istraživanje uključuju učinkovitost motivacijskog intervjuiranja u različitim sociodemografskim populacijama, te isplativost u odnosu na druge metode za promjenu zdravstvenih ponašanja.

## ZAHVALA

Nastajanje ovog poglavlja podržao je Nacionalni institut za tumore potporom br. CA-69668 i Nacionalni institut za srce, pluća i krv potporom br. HL64959 Kenu Resnicowu i potporom broj HL 62165 Belindi Borrelli.

## BILJEŠKA

- 1 Prilikom razmatranja koja istraživanja uključiti u ovo poglavlje, oslanjali smo se uglavnom na autorske samoopise njihovih intervencija. Na taj način, bilo koja intervencija koja je opisana kao motivacijsko intervjuiranje ili upoznata s motivacijskim intervjuiranjem, smatrala se takvom. U većini slučajeva bilo je malo objavljenih informacija kako bi se utvrdio stupanj u kojem su se intervencije pridržavale načela motivacijskog intervjuiranja ili stupnja u kojem su takve intervencije pružene s vjernošću. Stoga je moguće da se uključena istraživanja veoma razlikuju s obzirom na njihovu vjernost motivacijskom intervjuiranju (vidjeti 16. poglavlje za daljnju raspravu o ovom pitanju).