



Cystic Fibrosis Collaborative Adherence Resources & Education

Zarządzanie przestrzeganiem zaleceń *w opiece nad chorymi na mukowiscydozę*

Inicjatywa CF CARE jest w pełni finansowana przez spółkę Vertex Pharmaceuticals (Europe) Limited. Treść została przygotowana i opracowana przez komitet sterujący przy wsparciu logistycznym i redakcyjnym ze strony sekretariatu CF CARE, ApotheCom. Spółka Vertex miała możliwość oceny stosowności treści i narzędzi.

**Leki nie działają, jeśli pacjent ich
nie przyjmuje.**

lek. med. C. Everett Koop

Ten obszerny materiał został opracowany przez komitet sterujący składający się z międzynarodowych ekspertów w dziedzinie mukowiscydozy (ang. cystic fibrosis, CF) w celu przedstawienia metod prowadzenia dialogu motywującego (ang. motivational interviewing, MI), który może stanowić skuteczny program pomocy pacjentom w otwarciu się na zmiany zachowania.

W materiale omówiono kwestie związane z przestrzeganiem zaleceń podczas leczenia mukowiscydozy, a także zasady i strategię dialogu motywującego. Jego celem jest przekazanie Państwu wiedzy i umiejętności pomocnych w ulepszeniu samodzielnego prowadzenia dialogu motywującego, a także dostarczenie Państwu odpowiednich podstawowych informacji o zagadnieniach poruszanych w pięciu modułach dotyczących dialogu motywującego. Wszystkie moduły można pobrać ze strony internetowej www.cfcare.net

SPIS TREŚCI

1	Wprowadzenie	1
1.1	Obciążenia i wyzwania związane z leczeniem mukowiscydozy	1
1.2	Następstwa niedostatecznego przestrzegania zaleceń	2
2	Przestrzeganie zaleceń podczas leczenia mukowiscydozy	2
2.1	Czynniki związane z przestrzeganiem zaleceń	2
2.1.1	Czynniki indywidualne	2
2.1.2	Czynniki systemowe	5
2.1.3	Czynniki związane z leczeniem	6
2.2	Ocena przestrzegania zaleceń	6
2.3	Interwencje	8
2.3.1	Zaangażowanie się i nawiązanie kontaktu: nawiązanie opartej na współpracy relacji z pacjentem	8
2.3.2	Ocena	9
2.3.3	Negocjowanie	10
2.3.4	Motywowanie	11
2.3.5	Planowanie	12
2.3.6	Monitorowanie i ocena	13
3	Dialog motywujący i zmiana zachowania	14
3.1	Kontekst dialogu motywującego	14
3.2	Teoretyczne podstawy dialogu motywującego	15
3.2.1	Główne zasady dialogu motywującego	15
3.3	Strategie prowadzenia dialogu motywującego	16
3.3.1	Empatyczne reagowanie poprzez słuchanie z odzwierciedleniem	16
3.3.2	Rozwijanie rozbieżności pomiędzy celami/wartościami a aktualnym zachowaniem	19
3.3.3	Dostosowanie się do oporu, a nie bezpośrednie się mu sprzeciwianie	21
3.3.4	Wspieranie sprawczości i wzmacnianie pewności siebie	24
4	Stawianie się „doradcą ds. przestrzegania zaleceń” leczenia mukowiscydozy (podstawowe umiejętności i zachowanie)	26
4.1	Zrozumienie znaczenia komunikacji	26
4.2	Zrozumienie czynników i interwencji zespołu	26
4.2.1	Komunikacja i współpraca	27
4.2.2	Przestrzeganie zaleceń	27
4.2.3	Współpraca z rodzinami	27
4.2.4	Wprowadzanie zasad do praktyki	27
4.3	Baza danych dotyczących dialogu motywującego	28
4.4	Rozwijanie umiejętności w zakresie nauczania i wspierania innych	29
5	Piśmiennictwo	30

1 WPROWADZENIE

1.1 Obciążenia i wyzwania związane z leczeniem mukowiscydozy

Postęp w leczeniu mukowiscydozy i stosowanych strategiach opieki doprowadził do niesamowitej poprawy stanu zdrowia osób zmagających się z tą chorobą. Powszechnie wiadomo, że wydłuża się czas przeżycia (Burgel i wsp., 2015), co można przynajmniej częściowo przypisać wczesnemu i agresywnemu rozpoczynaniu leczenia. W związku z tym przewiduje się, że chorzy na mukowiscydozę urodzeni w XXI wieku, nawet jeśli nie zostaną opracowane metody leczenia współistniejącej wady genetycznej, przeżyją ponad pięćdziesiąt lat (Dodge i wsp., 2007). Jednakże warunkiem tego jest stosowanie wielu leków i terapii, które są wciąż złożone, wymagające i czasochłonne dla pacjentów w każdym wieku oraz ich bliskich (Ziaian i wsp., 2006; Sawicki i wsp., 2009). Członkowie wielodyscyplinarnego zespołu ds. mukowiscydozy nawiązują często długotrwałe (a czasem też silne) relacje z pacjentami i ich rodzinami. Zespół musi zapewnić opiekę, która jest zarówno holistyczna, jak i skoncentrowana na pacjencie/rodzinie z celem pomocy chorym na mukowiscydozę w znalezieniu równowagi pomiędzy optymalnym leczeniem a jakością życia (Duff i Oxley, 2014). Podczas gdy zarówno lekarze, jak i pacjenci chętnie zgadzają się z taką filozofią opieki, rzeczywistość pokazuje, że coraz bardziej skomplikowane schematy leczenia stanowią coraz większe obciążenie dla pacjentów i ich rodzin. To może prowadzić do nieprzestrzegania zaleceń (Sawicki i Tiddens, 2012; Bregnballe i wsp., 2011) oraz niskiego poziomu umiejętności w zakresie stosowania terapii. Oba te zjawiska mogą mieć szkodliwe dla zdrowia skutki (Sawicki i Tiddens, 2012).

Przeprowadzono wiele systematycznych i opisowych przeglądów dotyczących przestrzegania zaleceń w populacjach chorych na mukowiscydozę, jednakże w niewielu z nich omówione zostały zalety i wady optymalnego przestrzegania zaleceń podczas leczenia mukowiscydozy w odniesieniu do wpływu na łączne obciążenie opieką podczas całego życia danej osoby.

„Przestrzeganie zaleceń” jest preferowanym terminem określającym, w jaki sposób zachowania pacjentów dotyczące opieki zdrowotnej są zgodne z ustalonymi przez lekarzy zaleceniami (innymi używanymi terminami są „zgodność” i „poziomy samoopieki”) (Duff i Latchford, 2010). Trudno jest zdefiniować dobre przestrzeganie zaleceń, natomiast optymalne przestrzeganie zaleceń powszechnie obejmuje przyjmowanie odpowiedniego leku, w odpowiedni sposób, w odpowiednim czasie.

Wiadomo, że przestrzeganie zaleceń zależy od złożoności schematu leczenia i sposobu pomiaru przestrzegania zaleceń (Quittner i wsp., 2000). Odnotowano, że przestrzeganie zaleceń żywieniowych u dzieci chorych na mukowiscydozę jest bardzo niskie: wynosi około 20%. Tylko 47% nastolatków chorych na mukowiscydozę zgłosiło, że przestrzega schematu fizjoterapii klatki piersiowej (ang. *chest physical therapy*, CPT) zgodnie z zaleceniami (Quittner i wsp., 2000; Anthony i wsp., 1999). Wśród osób dorosłych chorujących na mukowiscydozę, u których częściej stosuje się bardziej wymagające schematy leczenia niż u młodszych pacjentów, wskaźniki przestrzegania zaleceń wydają się być korzystniejsze, gdy leczenie przynosi natychmiastowe korzyści i pacjenci mieli do pewnego stopnia wpływ na wybór metody leczenia (Duff i Latchford, 2010).

Poziom przestrzegania zaleceń w zakresie stosowania antybiotyków wziewnych mierzony elektronicznie okazał się bardzo niski; w jednym z badań odsetek ten wynosił poniżej 40% (Latchford i wsp., 2009). To wzbudza poważne obawy, biorąc pod uwagę fakt, że nebulizatory odgrywają kluczową rolę w dostarczaniu leków i że ich stosowanie ma się znacznie zwiększyć, mając na uwadze liczbę leków opracowywanych przez Fundację Mukowiscydozy (Cystic Fibrosis Foundation, 2017), które prawdopodobnie będą stosowane w postaci wziewnej (Duff i Latchford, 2010).

1.2 Następstwa niedostatecznego przestrzegania zaleceń

Optymalne przestrzeganie zaleceń wykazuje silny związek z lepszym rokowaniem i niższym ryzykiem hospitalizacji (Osterberg i Blaschke, 2005). Wykazano, że niedostateczne przestrzeganie zaleceń jest najczęstszą przyczyną niepowodzenia leczenia (Quittner i wsp., 2008), co prowadzi do słabych wyników zdrowotnych (Eakin i wsp., 2011). Ma ono wyraźny związek z niepowodzeniem leczenia, gorszą jakością życia, zmniejszoną podstawową czynnością płuc i większą chorobowością oraz jest czynnikiem prognostycznym konieczności antybiotykoterapii dożylniej (Duff i Latchford, 2010; Quittner i wsp., 2008; DiMatteo i wsp., 2002; Osterberg i Blaschke, 2005; Briesacher i wsp., 2011; Eakin i wsp. 2011). Poprawa przestrzegania zaleceń jest też w dzisiejszych czasach jednym z najważniejszych wyzwań psychospołecznych w opiece nad chorymi na mukowiscydozę.

2 PRZESTRZEGANIE ZALECEŃ PODCZAS LECZENIA MUKOWISCYDOZY

2.1 Czynniki związane z przestrzeganiem zaleceń

Zmienne wpływające na wskaźniki przestrzegania zaleceń stają się coraz bardziej znane w wielu obszarach leczenia, (Duff i Latchford, 2010).

Są to:

- czynniki indywidualne
- czynniki systemowe
- czynniki związane z leczeniem
- kwestie związane z oceną przestrzegania zaleceń

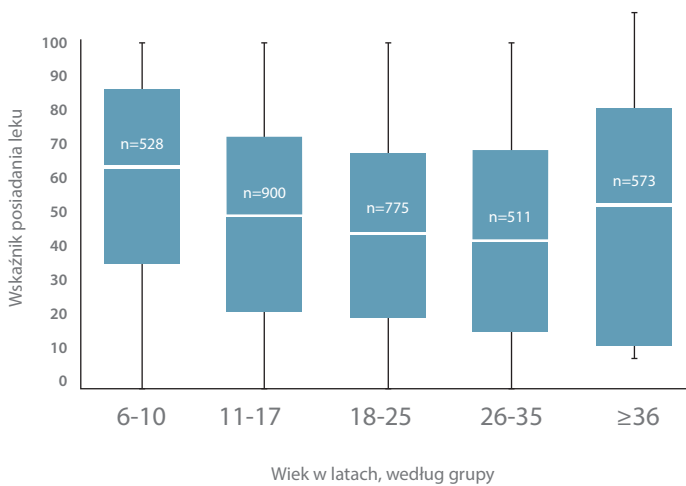
2.1.1 Czynniki indywidualne

2.1.1.1 Wiek

W poprzedniej erze opieki uważano, że trudności z przestrzeganiem zaleceń narastają od 10 roku życia, osiągając maksymalny poziom w wieku około 16 lat (Duff i Latchford, 2010). Jednak w związku z ogólną poprawą stanu zdrowia w kohortach obecnych nastolatków, co wiąże się z mniej intensywnym leczeniem, maksymalny poziom zaczyna pojawiać się w młodym wieku dorosłym (Duff i Oxley, 2014; Quittner i wsp., 2014), ponieważ przekonania dotyczące „konieczności” leczenia nie są konfrontowane z takim samym jak uprzednio stopniem pogarszania się stanu zdrowia (Duff i Oxley, 2014). Taki trend uwidocznił się podczas analizy przekrojowych danych dotyczących przestrzegania zaleceń w zależności od wieku, pochodzących z niedawno przeprowadzonego badania z udziałem pacjentów w wieku od 6 lat z rozpoznaniem mukowiscydozy, którym zalecono lek płucny do stosowania przewlekłego, pochodzących z bazy danych rozliczeń handlowych z okresu od stycznia 2005 r. do czerwca 2011 r. (Riekert, 2012; Quittner i wsp., 2014). Dane wyraźnie wskazują, że przestrzeganie zaleceń [mierzone za pomocą wskaźnika posiadania leku (medication possession ratio, MPR) opisanego dokładniej w punkcie 2.2] osiąga najwyższy poziom wśród dzieci. Przestrzeganie zaleceń zmniejsza się w wieku

młodzieńczym i nadal maleje we wczesnych latach 2-giej i 3-ej dekady życia. Zaobserwowano, że przestrzeganie zaleceń zwiększa się ponownie u pacjentów w wieku od 36 lat (Rysunek 1). Biorąc pod uwagę przekrojowy charakter danych poprawa przestrzegania zaleceń w tej grupie wiekowej może wynikać z efektu przeżycia lub wpływu pacjentów z późno ustalonym rozpoznaniem (Riekert, 2012; Quittner i wsp., 2014).

Rysunek 1. Przestrzeganie zaleceń w zależności od wieku



Na podstawie opracowania Quittner'a i wsp., 2014. Prawo autorskie © 2014 American College of Chest Physicians.

Niemniej jednak, bez względu na to, czy jest to nastolatek, czy młoda osoba dorosła kluczową kwestią niedostatecznego przestrzegania zaleceń pozostaje konflikt z rodzicami. Nieporozumienia dotyczące leczenia zazwyczaj po raz pierwszy pojawiają się, gdy młodzi ludzie nabierają własnych przekonań, wartości i celów, które często są odmienne niż ich rodziców (Hafetz i Miller, 2010) lub członków wielodyscyplinarnego zespołu ds. mukowiscydozy. Odmowa zaangażowania w leczenie mukowiscydozy może mieć znaczący wpływ na zdrowie chorych (Dziuban i wsp., 2010).

Kiedy nastoletnie dziecko próbuje przejść obowiązki związane z leczeniem, może to budzić duży niepokój rodziców, którzy utrzymywali dobry poziom kontroli. W przypadku nastolatków czynnikami wpływającymi na przestrzeganie zaleceń są: wiedza na temat choroby, przekonania dotyczące znaczenia opanowania choroby, poczucie własnej sprawczości, postrzegane nasilenie choroby, optymizm, styl radzenia sobie z problemami, czynniki rodzinne, wsparcie oraz cechy schematu leczenia (Bucks, 2009). Do związanych z wiekiem barier behawioralnych należą: zapominanie o przyjęciu leku, prokrastynacja, brak organizacji (np. brak czasu) oraz niewiedza (np. brak wiedzy, co należy zrobić, co może być częste, chociaż przyczyny tego mogą być złożone, niekoniecznie musi to być zwykłe niedoinformowanie). Przeszkodami specyficznymi dla dzieci są: zachowania opozycyjne, problemy z zarządzaniem czasem, działania niepożądane (np. smak) i trudności z połknięciem tabletek (Modi i Quittner, 2006). W przypadku młodzieży i młodych osób najczęstszymi przeszkodami są: brak czasu, zapominalstwo i niechęć do przyjmowania leków w miejscach publicznych (George i wsp., 2010; Dziuban i wsp., 2010; Bregnballe i wsp., 2011). Ponadto w tej grupie istnieje potencjalny związek pomiędzy liczbą zgłoszonych przeszkód a (i) postrzeganym ciężarem opieki i (ii) poziomem przestrzegania zaleceń (Bregnballe i wsp., 2011).

2.1.1.2 Płeć

W niedawno przeprowadzonym badaniu dotyczącym różnic w przestrzeganiu zaleceń leczenia pomiędzy osobami różnych płci z udziałem młodzieży w wieku 10–21 lat z rozpoznaną mukowiscydozą wykazano, że dziewczęta zgłaszają istotnie gorsze przestrzeganie zaleceń w odniesieniu do niektórych aspektów schematu leczenia mukowiscydozy (Patterson i wsp., 2008). Wyniki sugerują, że dziewczęta gorzej przestrzegają schematu leczenia mukowiscydozy (całkowite przestrzeganie zaleceń, kaszel,

spożywanie pokarmów o wysokiej zawartości tłuszczu i przyjmowanie leków/tabletek) i częściej zniechęcają się do samoopieki. Ponadto dziewczęta częściej niż chłopcy zgłaszały obciążenie związane z chorobą (w tym obciążenie emocjonalne i fizyczne) i niepokój. Samoocena była znacznie wyższa wśród chłopców, przy czym ten parametr miał związek z lepszym przestrzeganiem zaleceń. Dane wskazują, że życie z mukowiscydozą wydaje się mieć większy wpływ emocjonalny na nastoletnie dziewczęta niż chłopców (Patterson i wsp., 2008).

Na przestrzeganie zaleceń wpływają też inne ważne czynniki specyficzne dla pacjenta, które mogą stanowić dodatkowe przeszkody we wprowadzeniu zmiany, co opisano poniżej.

2.1.1.3 Przekonania

Wszechstronny przegląd czynników wpływających na przestrzeganie zaleceń leczenia ze strony pacjenta wykazał, że pacjenci dobrze przestrzegają zaleceń gdy uważają, że są podatni na chorobę lub jej powikłania, albo że choroba lub jej powikłania mogą mieć poważne konsekwencje dla ich zdrowia, albo że leczenie będzie skuteczne lub przyniesie im korzyści (Jin i wsp., 2008). Przekonania dotyczące leczenia wśród nastolatków chorych na mukowiscydozę odpowiadają 50% wariacji w zakresie samodzielnie zgłaszanego przestrzegania zaleceń (Bucks i wsp., 2009). W przypadku osób dorosłych nie można bagatelizować znaczenia identyfikowania błędnych przekonań (np. „Im dłużej mogę opóźnić wprowadzenie nowego leku, tym lepiej”, „Muszę oszczędzać leki na czas, kiedy naprawdę będę ich potrzebować”).

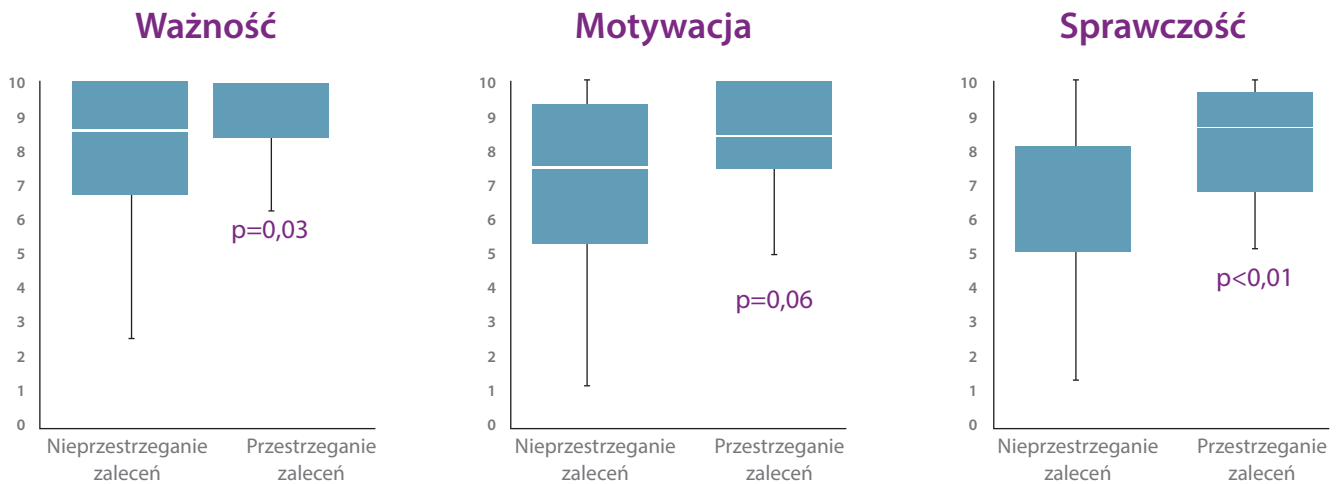
Na przekonania dotyczące tego, co pacjent powinien robić mają wpływ jego wartości („Jakie znaczenie ma dla mnie dobra znajomość moich leków?”), rodzaj osoby

(„Co robiłem/-am w przeszłości?”), normy subiektywne, czyli presja społeczna („Co zdaniem innych – mojego lekarza, przyjaciół, mamy itp. – powinienem/-nam zrobić i jak bardzo mnie to obchodzi?”) oraz sprawczość, czyli pewność siebie („Czy mógłbym/-abym się zmienić, gdybym chciał/a?”). Można to podsumować jako (i) to czego pacjent się spodziewa oraz (ii) jak bardzo jest to dla niego ważne?

Przekonania dotyczące leku są kluczowe. Opisano je jako mające związek z równowagą pomiędzy potrzebami (np. „Jak bardzo potrzebuję leku?”), a obawami (np. „Czy wystąpią u mnie jakiegokolwiek działania niepożądane?”) (Horne i Weinman, 1999). Motywacja do rozpoczęcia i utrzymania leczenia jest zdeterminowana przez model konieczności i obaw (Horne i Weinman, 1999), w którym oceny dotyczące osobistej potrzeby danej terapii („konieczności”) są umniejszane przez lęk przed wystąpieniem potencjalnych działań niepożądanych („obawy”). Wyniki metaanaliz wskazują, że niedostateczne przestrzeganie zaleceń jest ściśle związane z wątpliwościami dotyczącymi osobistej potrzeby leczenia i innymi obawami (Bucks i wsp., 2009; Horne, 2005).

W niedawno przeprowadzonym badaniu wykazano różnice pomiędzy przekonaniami pacjentów, a mianowicie postrzeganiu znaczenia leczenia, motywacji do stosowania leczenia i sprawczości w pokonywaniu przeszkód w przestrzeganiu zaleceń. Dane wskazały, że pacjenci przestrzegający zaleceń mieli istotnie wyższe poczucie ważności leczenia i motywację do leczenia niż pacjenci nieprzestrzegający zaleceń. Silnym czynnikiem predykcyjnym przestrzegania zaleceń okazała się sprawczość. Pacjenci przestrzegający zaleceń zgłaszali większą pewność siebie co do ich zdolności do pokonywania przeszkód w przestrzeganiu zaleceń niż pacjenci nieprzestrzegający zaleceń (Rysunek 2; Riekert, 2012).

Rysunek 2. Różnice w przekonaniach dotyczących leczenia pomiędzy pacjentami przestrzegającymi zaleceń a pacjentami nieprzestrzegającymi zaleceń



Na podstawie: Riekert, 2012.

2.1.1.4 Wiedza i zrozumienie

Chociaż brak bezpośrednich zależności pomiędzy ogólną wiedzą na temat mukowiscydozy a wskaźnikami przestrzegania zaleceń, uważa się, że zrozumienie specyfiki leczenia jest ważne (Kettler i wsp., 2002). Niektórzy pacjenci i ich rodziny nie posiadają wiedzy lub umiejętności, aby przestrzegać zaleceń, inni nie dopuszczają do siebie informacji, gdyż taki mają styl radzenia sobie z problemami, jeszcze inni uważają się za osoby posiadające wiedzę i przestrzegające zaleceń, ale świadomie nie stosują się do zaleceń, gdyż mają inne cele leczenia niż ich lekarze (Duff i Latchford, 2010).

2.1.2 Czynniki systemowe

Głównym źródłem wsparcia dla pacjentów są zazwyczaj ich rodziny. Mają one duży wpływ na pacjenta. Istnieje wzajemna zależność pomiędzy opieką w mukowiscydozie a funkcjonowaniem rodziny. Od ponad dwóch dekad wiadomo, że skuteczne umiejętności komunikacyjne i organizacyjne w połączeniu z rodzinami zaspokajającymi potrzeby wszystkich członków mają związek z lepszymi wynikami zdrowotnymi. Natomiast dysfunkcja rodziny i stres wywierają szkodliwy wpływ (Duff i Oxley, 2014). W przypadku dzieci nieporozumienia w rodzinie, nadmierne zaangażowanie i słaba

komunikacja mają związek z problemami z przestrzeganiem zaleceń. Uważa się, że ma to negatywny wpływ na wyniki leczenia mukowiscydozy z powodu niezdolności rodziny do optymalizacji przestrzegania zaleceń leczenia (Patterson i wsp., 1993). Przydatną koncepcją, o której warto pamiętać w odniesieniu do dynamiki rodziny, jest intensywność sił odśrodkowej i dośrodkowej. Normalną skłonnością nastolatków jest działanie odśrodkowe – pragnienie jej opuszczenia i niezależności. Kiedy jednak nastolatek cierpi na przewlekłą chorobę, następuje odwrotny skutek (tj. dośrodkowy), który powoduje stałą zależność od rodziców, ich lęków i trudności w „wypuszczeniu” w kluczowym dla rozwoju czasie, kiedy dążenie do niezależności i jej osiągnięcie ma kluczowe znaczenie.

Nadmierne zaangażowanie rodzica lub partnera ma zawsze swoje korzenie w lęku i poczuciu winy. W przeglądzie systematycznym wykazano, że u rodziców, zwłaszcza matek, występuje skłonność do poważniejszych zaburzeń psychicznych, zwłaszcza lękowych (Berge i Patterson, 2004). W ramieniu brytyjskim międzynarodowego badania dotyczącego depresji/lęku (International Depression/anxiety Epidemiology Study, TIDES-UK) rodzice poddali się dwóm pomiarom lęku i depresji. Wyniki obu pomiarów wskazały,

że ponad jedna piąta respondentów zgłosiła obecność lęku o nasileniu umiarkowanym lub ciężkim, a szacunkowe wskaźniki depresji wahały się od 5% do 28% w zależności od zastosowanego pomiaru (Duff i wsp., 2014).

Przyczyny lęku rodzicielskiego wymagają głębszego zbadania, ale prawie na pewno obejmują one: wizyty w klinice, oczekiwanie na wyniki rutynowego posiewu i wyniki spirometrii oraz wykrycie nowego wzrostu bakteryjnego wymagającego leczenia szpitalnego. Świadomość rodziców dotycząca bakterii obecnych w środowisku (np. *Pseudomonas aeruginosa*) może prowadzić do przesadnych wyobrażeń lub nieporozumień, a co za tym idzie, ograniczeń w zakresie aktywności społecznej dziecka na szkodę jego jakości życia (Ullrich i wsp., 2002).

2.1.3 Czynniki związane z leczeniem

Jak omówiono w punkcie 1.1 na poziom przestrzegania zaleceń może wpływać złożoność schematu leczenia.

Przestrzeganie zaleceń jest słabsze, jeśli schemat leczenia:

- jest trudny lub skomplikowany
- jest czasochłonny
- nie przekazuje natychmiastowych informacji zwrotnych, aby pacjent wiedział, że leczenie zostało przyjęte prawidłowo
- nie wywiera żadnych bezpośrednich korzyści
- wywołuje negatywne skutki
- jest uciążliwy i sprawia, że mukowiscydoza jest „widoczna”

Zadania, które zajmują dużo czasu, są zwykle odkładane na później (może być trudno utrzymać entuzjazm, jeśli ma się coś robić w rozciągniętym w przyszłości okresie). Pewne czynniki są bardziej subtelne: osoby mogą mieć trudności ze zrobieniem czegoś, gdy nie uzyskują natychmiastowej informacji zwrotnej na temat tego, czy przyjmują leczenie

prawidłowo (lub nawet, czy odnoszą z niego jakąkolwiek korzyść). Na przykład pasta do zębów została opracowana tak, że daje uczucie świeżości w jamie ustnej, dzięki czemu można mieć poczucie, że przynosi korzyść.

2.2 Ocena przestrzegania zaleceń

Dokładny pomiar przestrzegania zaleceń jest bardzo ważny, ponieważ dane będą sygnalizować i wspierać wszelkie interwencje dotyczące pacjentów. Zmieniające się i nierzetelne metody pomiarów (np. samodzielny raport, liczenie butelek i zbieranie recept) są ważnymi czynnikami odpowiadającymi za niespójność zgłaszanych wskaźników przestrzegania zaleceń. Nawet w przypadkach, kiedy zrozumienie przez pacjenta zarówno choroby, jak i planu leczenia jest zadowalające, dokładny pomiar wskaźników przestrzegania zaleceń (wyrażony jako procent recepty) jest metodologicznie uciążliwy.

Często podawanymi problemami są zmienne samodzielnie zgłaszane przyjmujące różne skale czasowe i różnorodność respondentów (np. rodzice i dzieci). Chociaż uważa się, że monitorowanie elektroniczne jest rzetelniejsze, wyniki mogą być nadal zakłócane przez umyślne wyrzucanie leków i nieodpowiedni sposób używania urządzeń (Duff i Latchford, 2010). Z wyjątkiem technologii elektronicznie sterowanych systemów adaptacyjnych (Adaptive Aerosol Technology™) (Denyer i Nikander, 2010), rejestrującej stosowanie nebulizatorów tylko przy wdechu, nie opracowano jeszcze złotego standardu oceny leczenia mukowiscydozy (Quittner i wsp., 2008).

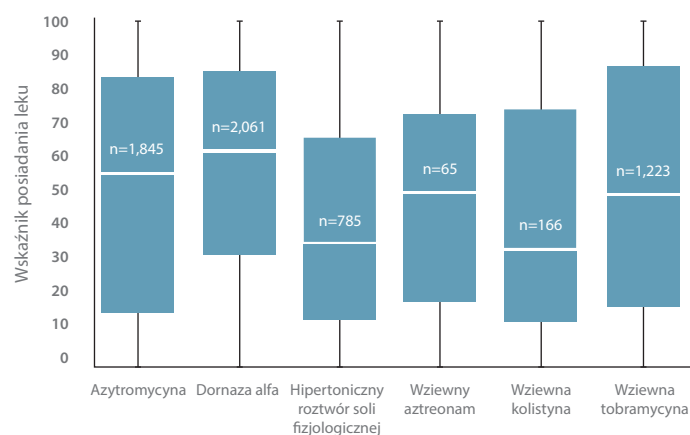
Dlatego jest bardzo ważne, aby lekarze mający wątpliwości co do przestrzegania zaleceń przez pacjentów postępowali zgodnie z wytycznymi dotyczącymi najlepszych praktyk. Obejmują one (i) sprawdzanie wiedzy na temat choroby i leczenia, zrozumienia choroby i planu leczenia oraz czynników hamujących przestrzeganie zaleceń zarówno

na poziomie pacjenta, jak i rodziny (ii) opracowywanie wyczerpujących planów leczenia i przekazywanie ich kopii na piśmie pacjentom i ich rodzicom, (iii) triangulację danych poprzez wykorzystanie co najmniej dwóch metod oceny (np. dzienniczka do codziennego wypełniania i monitorowania elektronicznego), a następnie badanie zbieżności pomiędzy co najmniej dwoma wynikami przy uznaniu nadrzędności danych elektronicznych oraz (iv) podczas prowadzenia badań naukowych, używanie regresji lub hierarchicznego modelowania liniowego w celu uwzględnienia błędu pomiaru i wariancji (Quittner i wsp., 2008).

W Stanach Zjednoczonych coraz bardziej popularnym sposobem pomiaru przestrzegania zaleceń jest obliczanie wskaźnika posiadania leku (medication possession ratio, MPR). Gdy pacjent przyjmuje wszystkie dostępne leki, ale opóźnia się z powtórzeniem recepty lub uzupełnieniem zapasu leku, oznacza to, że nie posiada już żadnych leków. MPR to stosunek liczby dni, w których pacjent posiada lek do całkowitej liczby dni obserwacji pacjenta. Tak więc w przypadku pacjenta idealnie przestrzegającego zaleceń wartość MPR wynosiłaby 1,0 lub 100%. Dla większości schorzeń przestrzeganie zaleceń jest zazwyczaj mierzone przez 12 miesięcy (Kozma i wsp., 2013). W przypadku mukowiscydozy MPR staje się użytecznym sposobem dokładnego szacowania przestrzegania zaleceń i wykazano, że różni się on w zależności od leku. Tę zmienność wykazano w niedawno przeprowadzonym badaniu oceniającym wskaźniki przestrzegania zaleceń dotyczących stosowania leków płucnych i ich związek z cechami pacjenta na dużej próbie chorych na mukowiscydozę. Dla każdego pacjenta obliczano MPR dla każdego leku z okresu 12 miesięcy (Quittner i wsp., 2014). Na rysunku 3 przedstawiono zmienność wartości MPR dla wybranych leków płucnych analizowanych w tym badaniu (Quittner i wsp., 2014).

W praktyce przydatne jest również posiadanie przez klinicystę przydatnych narzędzi do sprawdzania jak pacjenci *czują się* w trakcie leczenia. Można po prostu zapytać, ale

Rysunek 3. Zmienność przestrzegania zaleceń wśród leków płucnych



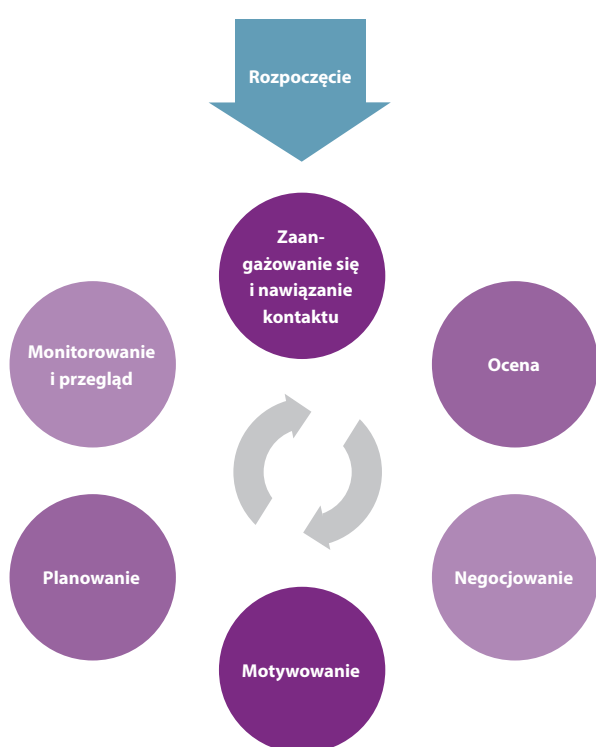
Na podstawie pracy Quittner'a i wsp., 2014. Prawo autorskie © 2014 American College of Chest Physicians.

korzystanie z krótkich narzędzi może być bardziej przydatne. Opracowaliśmy narzędzie o nazwie Skrócona skala oceny przestrzegania zaleceń (Brief Adherence Rating Scale, BARS), wykorzystujące trzy wizualne skale analogowe obrazujące jak według własnej opinii pacjenci ogólnie radzą sobie z leczeniem, na ile łatwe wydaje im się leczenie i czy uważają, że powinni zmienić sposób postępowania. To narzędzie ma raczej służyć jako wskazówka do przeprowadzenia rozmowy, a nie rzetelny wskaźnik, ale może okazać się pomocne w rozpoczęciu rozmowy lub śledzeniu zmian w czasie. Skróconą skalę oceny przestrzegania zaleceń można znaleźć w załączonym zestawie narzędzi wspomagających przestrzeganie zaleceń. Dodatkową pomocą podczas rozmów z pacjentami jest opracowane przez nas narzędzie o nazwie Wizualna skala analogowa oceny przestrzegania i nieprzestrzegania zaleceń (Visual Analogue Scale for Adherence and Non-Adherence, VASANA). Narzędzie to można wykorzystać do śledzenia poprawności przyjmowania poszczególnych leków oraz jako pomoc w skierowaniu rozmowy na temat leków, z których stosowaniem pacjenci mają problemy. Narzędzie VASANA można znaleźć na stronie internetowej CF CARE (www.cfcare.net).

2.3 Interwencje

Praca z pacjentami w celu zwiększenia przestrzegania zaleceń obejmuje sześć kluczowych etapów, opisanych w punktach od 2.3.1 do 2.3.6. Etapy te muszą odbywać się w ramach rutynowych wizyt w przychodni i oddziale, a nie podczas oddzielnych konsultacji.

Rysunek 4. Sześć kluczowych etapów procesu pomagania pacjentom w poprawie przestrzegania zaleceń



2.3.1 Zaangażowanie się i nawiązanie kontaktu: nawiązanie opartej na współpracy relacji z pacjentem

Interwencje rozpoczynają się od rozmowy. Jednak, aby lekarz mógł skutecznie omawiać z pacjentem potencjalnie wrażliwe tematy, potrzebne jest poczucie obopólnego zaangażowania i więzi. Dane sugerują, że w okresie od sierpnia 2006 r. do lipca 2007 r. problemy z porozumieniem były drugim

najczęstszym powodem skarg do NHS (Healthcare Commission, 2008). Nie musi to dziwić, biorąc pod uwagę, że lekarze często lekceważą potrzebę interakcji i rozmowy ze strony pacjentów (Ong i wsp., 1995). W ocenie krajowych programów szkoleniowych w zakresie umiejętności komunikacyjnych podczas opieki onkologicznej, lekarze byli bardziej skoncentrowani na pacjencie i w ocenie kontrolnej zwiększyli empatię w warunkach klinicznych o 69% w porównaniu z oceną wyjściową (Fallowfield i wsp., 2002).

Te wyniki wskazujące jak wiele korzyści podczas kontaktów z pacjentami może przynieść poświęcenie czasu na rozwinięcie dobrych umiejętności komunikacyjnych, mogą wiele nauczyć osoby sprawujące opiekę nad chorymi na mukowiscydozę. Podstawą dobrego porozumienia jest słuchanie. Słuchanie i zrozumienie pomagają w kształtowaniu konsultacji, aby uzyskać jak najwięcej informacji klinicznych od pacjentów. Kluczowym jest uświadomienie sobie, że dobre słuchanie nie jest procesem biernym. Wymaga czegoś więcej niż siedzenie nie odzywając się. Aktywne słuchanie prowadzi do aktywnego zaangażowania się pacjentów w swoją opiekę zdrowotną i nawiązywania prawdziwej współpracy ze sprawującymi opiekę pracownikami służby zdrowia. Prowadzi to również do szerszego – i w rezultacie bardziej pomocnego – dialogu. Aktywne słuchanie odbywa się poprzez:

- wsłuchiwanie się w przekazywane informacje
- wsłuchiwanie się w odczucia rozmówcy
- nieprzerywanie
- nieocenianie

Z kolei optymalna odpowiedź zawiera elementy „OARS” (Miller i Rollnick, 1991):

- **pytania otwarte (z. ang. Open-ended questions):** pytania, na które nie można odpowiedzieć jednym słowem lub wyrażeniem. Na przykład zamiast pytania: „Czy lubi Pan/Pani pić?” lekarz może zapytać: „Jakie są Pana/Pani odczucia dotyczące picia alkoholu?”
- **dowartościowania (z. ang. Affirmations):** lekarz może wspierać i komentować mocne strony, motywację, zamiary i postępy pacjenta. Utrzymanie wysokiego morale jest bardzo ważne, zwłaszcza jeśli się chce, żeby pacjenci podjęli trudny wysiłek, taki jak pełne dostosowanie się do wymogów leczenia, kiedy to pewność siebie będzie ważnym czynnikiem.
- **słuchanie z odzwierciedlaniem (z. ang. Reflective listening):** lekarz może pokazać, że usłyszał i zrozumiał pacjenta, odzwierciedlając to, co pacjent wyraził. Istnieją różne sposoby, aby to zrobić, począwszy od prostego (jedynie powtórzenie tego, co zostało powiedziane, być może zmieniając kilka słów), do bardziej złożonego (odzwierciedlenie znaczenia tego, co zostało powiedziane przynajmniej tak jak to rozumiemy).
- **podsumowania (z. ang. Summaries):** streszczenie tego, co zostało omówione może być naprawdę przydatne. Zapewnia przerwę na przemyślenia, zanim rozmowa zostanie skierowana na inne tematy. Silnym punktem może być także połączenie różnych elementów – na przykład różnych sposobów, w jakie pacjent opowiadał o swoich zmartwieniach.

W prawdziwie opartej na współpracy relacji lekarze są w stanie prowadzić otwartą i szczerą rozmowę z pacjentami. W jej trakcie przekazują informacje i edukują, dzięki czemu pacjenci zostają zainspirowani do dokonania własnych wyborów, przy wsparciu. Podczas takich interakcji pacjenci czują, że mają pewną kontrolę nad swoim schematem leczenia. Zdobywają informacje i wiedzę na temat mukowiscydozy i opieki nad nimi, więc mogą świadomie negocjować ze swoim zespołem.

Współpraca jest kluczem do sukcesu. Bez niej pacjenci nie będą ufać zespołowi i nie powiedzą mu szczerze, jak sobie radzą i na ile dobrze przestrzegają zaleceń. Pacjenci są również mniej skłonni, aby przekonać się do rady i się do niej zastosować.

Znaczenie nawiązania wartościowych kontaktów z pacjentami poprzez słuchanie z odzwierciedlaniem oraz elementów OARS opisano w punkcie 3.3.1.

2.3.2 Ocena

Dobra ocena nie skupia się wyłącznie na bieżącym zachowaniu w zakresie przestrzegania zaleceń, chociaż jest to ważne. Ocena powinna obejmować wszystkie czynniki, które mogą wpływać na zachowanie związane z przestrzeganiem zaleceń. Ogólnie rzecz biorąc, pełna ocena powinna objąć:

- określenie aktualnego zachowania
- ustalenie aktualnej wiedzy
- zbadanie aktualnych przekonań
- zbadanie roli rodziny/przyjaciół/partnera pacjenta
- zbadanie zasobów
- zbadanie przeszkód/czynników ułatwiających
- dokładne zbadanie wszelkich problematycznych sytuacji

2.3.3 Negocjowanie

Jak wspomniano w poprzednich rozdziałach, ważne jest, aby rozważyć, w jaki sposób relację medyczną można jak najlepiej wykorzystać do poprawy przestrzegania zaleceń. Stosowanie zasad prawdziwej współpracy prowadzi do:

- otwartych i szczerych rozmów
- słuchania i zrozumienia aktywnie zaangażowanego pacjenta
- możliwości przekazania kluczowych komunikatów

Relacja oparta na prawdziwej współpracy umożliwia skuteczne prowadzenie rozmów i negocjacji dotyczących planów leczenia. Lekarze z zespołów ds. mukowiscydozy często napotykają na następujące dylematy:

1. „Czy ryzykujemy pogorszenie jakości opieki zgadzając się na ograniczony schemat leczenia, z nadzieją, że znajdziemy punkt wyjścia, do którego pacjent jest w stanie się dostosować?”
2. „Czy lepiej jest, aby pacjent przestrzegał zaleceń dotyczących leczenia raz dziennie każdego dnia niż dwa razy dziennie sporadycznie?”
3. „W jakim zakresie pacjent powinien przestrzegać zaleceń, aby utrzymać dobry stan zdrowia?”
4. „Czy można zaakceptować przyjmowanie 50% zaleczonego leczenia, jeśli uzyska się opanowanie objawów?”

Mimo że zespoły ds. mukowiscydozy ponoszą odpowiedzialność kliniczną i nie mogą w sposób jawny akceptować ograniczonego schematu leczenia, stanowisko to musi być wyważone z realistyczną oceną tego, co pacjent faktycznie zrobi, gdy zostanie wypisany ze szpitala lub wyjdzie z przychodni.

W wielu przypadkach konieczne będzie podzielenie się swoim dylematem z pacjentem. Rozmowę można rozpocząć w następujący sposób:

„Jako Pana/Pani lekarz, mam obowiązek zapewnić Panu/Pani najlepszą możliwą opiekę i zalecić Panu/Pani plan leczenia, który pozwoli osiągnąć ten cel. Słyszałem/-am jednak, że w chwili obecnej jest Panu/Pani tak trudno przestrzegać tego planu, że nie może on być realizowany. Co z tym zrobimy?”

Podczas negocjacji należy uwzględnić trzy kwestie

Z kim musimy negocjować?	Pacjenci, rodzice, opiekunowie, partnerzy, rodzeństwo
Co musimy negocjować?	Tylko te aspekty leczenia, których pacjent nie jest w stanie optymalnie przestrzegać
Kiedy prowadzimy negocjacje?	Gdy jest pewne, że pacjent posiada odpowiednią wiedzę i zrozumienie omawianego leczenia. Kiedy tradycyjna próba wsparcia pacjenta w przestrzeganiu zaleceń leczenia nie powiodła się.

2.3.4 Motywowanie

Zamysł zmiany już istnieje, ale decyzja – oczywiście – należy do pacjenta. Wiemy jednak, że łatwiejszą opcją dla człowieka jest zawsze niewprowadzenie zmiany, zwłaszcza gdy rozważana zmiana jest trudna i oznacza konfrontację z przerażającymi lub niepokojącymi myślami dotyczącymi choroby.

Wiemy, że pomoc pacjentom w samodzielnym rozwiązaniu problemów jest zawsze lepsza niż zasugerowanie przez lekarza, co należy zrobić. Jak więc lekarz powinien próbować rozwiązać problem preferencji niezmiennego aktualnego stanu rzeczy? Lekarz może rozwiązać ten problem, pomagając pacjentom przeanalizować wszystkie ich myśli i odczucia dotyczące wyboru, czy dokonać zmiany, czy nie. Docelowo będzie to wymagało skonfrontowania się z niezgodnymi lub niespójnymi przekonaniem. W zrozumieniu tego procesu pomocna jest koncepcja „dysonansu poznawczego”. Leon Festinger (Festinger L., 1957) zaproponował koncepcję dysonansu poznawczego do opisanie sytuacji, kiedy istnieją dwa niezgodne przekonania

i obydwie nie mogą być prawdziwe. Rozbieżność między przekonaniami, na przykład gdy ktoś czuje, że powinien coś zrobić, ale tego nie podejmuje (np. rzucić palenie), sprawia, że ludzie czują się niekomfortowo i stanowi bodziec do zmiany, jeśli się tym odpowiednio pokieruje.

Do wykrycia rozbieżności pomiędzy myślami a zachowaniem pacjenta konieczne jest wykorzystanie umiejętności aktywnego słuchania (często nazywa się to „rozwijaniem rozbieżności”). Pozwala to ocenić, jak ważna jest dla pacjentów zmiana (tj. poprawa przestrzegania zaleceń) oraz na ile są pewni, że są w stanie jej dokonać. Tak naprawdę pacjenci zazwyczaj już to prawie wszystko wiedzą, jednak ludzie potrafią nie myśleć o rzeczach, których nie robią (ale powinni), a które wywołują poczucie winy lub dyskomfortu psychicznego.

Rozwijanie rozbieżności pomiędzy celami lub wartościami pacjentów a ich aktualnym zachowaniem omówiono szczegółowo w punkcie 3.3.2.

2.3.5 Planowanie

Gdy pacjent zdecyduje się już na wprowadzenie zmiany, posiadanie planu może w dużej mierze wpłynąć na to, czy odniesie sukces, czy porażkę. Pierwszym etapem planowania jest ustalenie celów. Kuszące jest wyznaczenie niesprecyzowanych celów, np. „przyjmowanie wszystkich zaleconych leków” lub „po prostu lepiej przestrzegać zaleceń”. Jednakże dopóki cele nie zostaną jasno określone, zmiana może okazać się problematyczna, a sukces niemal na pewno nie będzie możliwy do oceny. Najlepszym sposobem ustalania celów jest użycie zasady „SMART”, zgodnie z którą mają one być:

- **S**pecific (konkretne)
- **M**easurable (możliwe do zmierzenia)
- **A**ttainable (możliwe do osiągnięcia)
- **R**elevant (odpowiednie)
- **T**ime-bound (określone w czasie)

Stosowanie zasady SMART zapewnia, że cele będą jednoznacznie określone, możliwe do pomiaru na zadawalającym poziomie pewności, realistyczne, adekwatne do zamiarów pacjenta i możliwe do osiągnięcia w rozsądnym czasie. Warto wspomnieć, że zazwyczaj najlepiej zacząć od małych, wstępnych zadań, aby wzmocnić pewność siebie pacjenta.

Po uzgodnieniu celów można realizować plan zmiany. Zapisanie planu zmiany zobowiązuje pacjentów do zmiany i przypomina im o powodach, dla których chcą się zmienić. Pomaga pacjentom skupić się na tym, co naprawdę robią, a także pomaga im zastanowić się, co może ułatwić (lub utrudnić) zmianę. Ogólnie rzecz biorąc, ludzie są bardziej skłonni zrobić coś, jeśli to zapiszą, przez co zobowiązanie staje się w pewnym sensie bardziej formalne.

Opracowaliśmy narzędzie Indywidualny plan leczenia (ang. Individual Treatment Plan, ITP), które może pomóc pacjentom przejąć kontrolę nad leczeniem i pokonać przeszkody utrudniające im przestrzeganie zaleceń. Wzór można znaleźć na stronie internetowej CF CARE (www.cfcare.net). Kluczem do pomyślnej zmiany jest planowanie. Mimo że dla większości osób kuszące jest szybkie dokonanie

zmiany, wprowadzenie zmiany bez przygotowania zwiększa prawdopodobieństwo niepowodzenia. Jednocześnie drugą najczęstszą przyczyną niepowodzenia jest niepodjęcie próby wprowadzenia zmiany. Nawet po podjęciu decyzji łatwo jest odkładać jej wdrożenie.

Gdy ktoś zaczyna się zmieniać, jest bardzo prawdopodobne, że napotka przeszkody. Takie przeszkody mogą wydłużyć lub zatrzymać proces zmiany, albo też uniemożliwić nawet jego rozpoczęcie. Przydatną strategią, która pomoże pacjentom pokonać przeszkody, jest opracowanie planu wdrożenia zamierzeń (ang. implementation intention plan, IMP). Wyniki badań naukowych wskazały, że zastosowanie tej prostej metody może mieć umiarkowany do dużego wpływ na wskaźniki osiągnięcia celów (Gollwitzer i Sheeran, 2006; Gollwitzer i Sheeran, 2008).

Plan wdrożenia zamierzeń pomaga pacjentom w przygotowaniu planu działania na wypadek napotkania przeszkód na drodze do zmiany. Poświęcenie czasu na zastanowienie się, jakie to mogą być przeszkody może być już przydatne samo w sobie, niemniej jednak ta strategia obejmuje również obmyślanie możliwych rozwiązań. Co najważniejsze, przeszkoda i rozwiązanie są zapisywane przed próbą wprowadzenia zmiany, co oznacza, że rozwiązanie jest dobrze przećwiczone zanim problem się pojawi. Przeszkody i rozwiązania należy zapisywać w formacie, który nie pozostawia wątpliwości co do tego, co będzie się dziać:

„Jeśli zdarzy się _____, zrobię _____.”

Podczas procesu planowania doświadczenie i wiedza lekarza mogą okazać się bardzo pomocne dla pacjenta. Ważne jest, żeby lekarz pamiętał, aby nie zamieniał się w eksperta mówiącego pacjentowi, co ma robić. Zamiast tego należy zapytać pacjenta, czy pomogłoby mu, gdyby dowiedział się, co inni pacjenci uznali za przydatne. „Przewodnictwo” to bardzo trafny opis tego procesu – doradzanie, słuchanie i dostosowywanie się do potrzeb pacjenta.

Celem każdej zmiany zachowania jest uczynienie jej rutyną, aby zachowanie stało się automatyczne (nawykowe).

Na początku docelowe zachowanie może być rozmyślnie dodawane do już ustalonej rutyny, aby zaadoptowało się do codziennej aktywności lub rutyny. Można też używać podpowiedzi/wskazówek służących jako przypomnienia dla pacjenta. Przykłady podpowiedzi/wskazówek:

- alarmy telefonów komórkowych, naklejki, umieszczenie leków w widocznym miejscu
- wbudowanie zachowania do istniejącej rutynowej lub nawykowej kolejności i wykorzystanie tego jako wskazówki (np. mycie zębów)
- skorzystanie z pomocy znajomych/rodziny/partnera (wybranych przez pacjenta) w przypominaniu i wspieraniu.

Inną użyteczną metodą jest zachęcenie pacjenta do wizualizacji ewentualnych problemów i wyobrażenia sobie, że sobie z nimi poradzi poprzez zastosowanie opracowanych wcześniej wspólnie rozwiązań. Proces wizualizacji istotnie zwiększa prawdopodobieństwo, że pacjent poradzi sobie lepiej w prawdziwym życiu.

Ważne jest, aby pamiętać o kluczowej roli, jaką odgrywają przekonania pacjenta, co omówiono wcześniej. Może się zdarzyć, że te przekonania wypłyną podczas etapu planowania, więc najlepiej jest przygotować się na ich omówienie z pacjentem.

Ostatnią wskazówką jest zastosowanie wzmocnienia. Często powtarzaniem mitem jest to, że najskuteczniejszym sposobem na zmianę zachowania jest groźba karą. Tak naprawdę znacznie silniejszym bodźcem motywacyjnym jest pozytywne wzmocnienie, co można skutecznie wykorzystać do pomocy pacjentom planującym zmianę. Zaleca się, aby lekarz poświęcił czas na ustalenie, co pacjenci mogą zrobić, aby nagrodzić siebie, jeśli uda im się dokonać zmiany – czyli po prostu, jaka to będzie nagroda i kiedy można ją przyznać. Bardzo przydatne jest również zapisanie tego. Ważne jest też odbieranie nagród, ponieważ wytwarza to związek zachowania z nagrodą. Najskuteczniejsze są wzmocnienia

psychologiczne, ponieważ dają pacjentowi poczucie kontroli i właściwego postępowania, a także zapewniają mu poczucie dumy i pewności siebie. Z drugiej strony większość z nas reaguje również na bardziej materialne wzmocnienia (niezależnie od tego, czy chodzi o zakupy, czy tabliczkę czekolady!).

2.3.6 Monitorowanie i ocena

Ostatnim etapem jest monitorowanie tego, co dzieje się po rozpoczęciu zmiany przez pacjenta. Ważne jest, aby ustalić ramy czasowe analizy postępów, odzwierciedlić powodzenie i dokonać zmiany planu, jeśli ten nie działa. Przede wszystkim ważne jest utrzymanie wysokiego morale i skupienia na zmianie. Zmiana nie jest czymś łatwym i aby odnieść sukces, koniecznych jest często kilka prób.

Kiedy ludzie osiągają zmianę, czasami zapominają o przyznaniu sobie nagrody. Na pochwałę czasem odpowiadają uwagami w stylu „To nic szczególnego – powinienem/-nam był/a zrobić to o wiele wcześniej”. Może to wynikać z tego, że czują się winni, że potrzebują wsparcia, aby wprowadzić zmianę. W takich sytuacjach ważne jest, aby znormalizować proces – przypomnieć pacjentom, że wiele osób ma problemy z dokonaniem zmiany i wskazać, jak dobrze pacjenci sobie radzą. Jeśli lekarz zaplanował nagrodę, powinien się upewnić, że pacjent przebył całą drogę, aby ją zdobyć.

Najlepszym sposobem zapewnienia, że pacjent będzie kontynuować wprowadzanie zmian, jest pomóc mu dostrzec, że zmiany, które już wprowadził są pozytywne.

3 DIALOG MOTYWUJĄCY I ZMIANA ZACHOWANIA

3.1 Kontekst dialogu motywującego

Dialog motywujący to interwencja stworzona z myślą o sytuacjach, w których pacjent musi zmienić swoje zachowanie, ale nie jest do tego przekonany, co urasta czasem do wrogiego nastawienia wobec tej myśli. Opiera się na założeniu, że każdą konsultację należy rozpocząć od rozmowy. Następnie przy użyciu określonych strategii, przekierowuje się rozmowę w stronę zmiany.

Doświadczenia w stosowaniu wywiadu motywującego wywodzą się z terapii osób z problemami alkoholowymi. Tradycyjne podejście polegało na skonfrontowaniu osoby z konsekwencjami jej problemów alkoholowych, przy założeniu, że dopóki sama nie przyzna, że ma problem, nigdy się go nie pozbędzie.

Jednakże, kiedy tak robiono, konfrontowane osoby stawiały opór zaprzeczając, że mają problem. Nie jest to niczym zaskakującym, ponieważ nikomu nie jest łatwo usłyszeć, że jest alkoholikiem, który rujnuje swoje życie. Wiele osób udawało, że tego nie słyszy lub wymyślało argumenty sugerujące, że terapeuta się myli („Nie piję więcej niż inni...”). Terapeuci mogli ulegać pokusie, żeby obwiniać pacjenta, postrzegając go jako osobę „bez siły woli” i „bez motywacji”.

W pierwszej pracy na temat dialogu motywującego jej autor, psycholog Bill Miller z Nowego Meksyku (1983) omówił tę kwestię prezentując swoje własne doświadczenia kliniczne. W przeciwieństwie do panującego poglądu, zasugerował, że zamiast postrzegać odmowę jako brak silnej woli lub motywacji do rozwiązania problemu, bardziej pomocne może okazać się postrzeżenie takiego skutku jako wyniku sytuacji zaistniałej podczas sesji terapeutycznej, tzn. konfrontacja wywołuje opór i odmowę.

Bill Miller zasugerował kilka sposobów uniknięcia konfrontacji przez terapeuta, co stało się fundamentem dialogu motywującego (Miller, 1983). W pracach nad rozwojem dialogu motywującego brał udział psycholog Stephen Rollnick praktykujący początkowo w Republice Południowej Afryki jako psycholog kliniczny, a następnie pracujący z osobami uzależnionymi w Wielkiej Brytanii. Stephen Rollnick dostrzegł znaczenie tej metody w kontekście problemów zdrowia fizycznego, zwłaszcza zmiany stylu życia, a następnie przestrzegania zaleceń. Bill Miller i Stephen Rollnick kontynuowali współpracę pisząc pierwszy podręcznik dotyczący dialogu motywującego, a następnie wiele kolejnych publikacji (np. Miller i Rollnick, 1991; Rollnick i Miller, 1995; Rollnick i wsp., 2007).

„A directive, client-centred counselling style for eliciting behaviour change by helping clients to explore and resolve ambivalence” [Ukierunkowujący, skupiony na kliencie styl poradnictwa w celu wywołania zmiany zachowania poprzez pomoc klientom w odkryciu ambiwalencji i jej rozwiązaniu]

(Rollnick i Miller, 1995)

Może wydawać się dziwne, że dialog motywujący jest opisywany zarówno jako skoncentrowany na osobie i ukierunkowujący, jako że podejście skoncentrowane na osobie zazwyczaj nie jest ukierunkowane. Jest to jednak dobry opis, ponieważ celem interwencji jest zachęcenie pacjenta do zmiany zachowania.

3.2 Teoretyczne podstawy dialogu motywującego

3.2.1 Główne zasady dialogu motywującego

Mimo że dialog motywujący ma swoje korzenie w praktyce klinicznej, wiemy teraz dokładnie, że główne założenia dialogu motywującego mają bardzo długą historię. Można je podsumować w sześciu ogólnych zasadach:

Zasada 1: Ludziom nie należy mówić, co mają robić

Nawet jeśli lekarz udziela właściwej porady, większość osób zazwyczaj jej nie przestrzega z powodu tego, że powiedziano im, co mają robić. Jeżeli ludzie nie czują, że mają wybór, mają prawdziwą potrzebę, żeby robić właśnie to, czego im się zabrania – aby udowodnić, że nadal mają wolną wolę. Zjawisko to wyjaśnił w 1966 r. Jack Brehm przedstawiając „teorię reaktancji”.

Zasada 2: Słuchanie

Jeśli lekarz nie umie słuchać i zaangażować pacjenta w rozmowę, mało prawdopodobne jest, że pacjent się zmieni. Ta część dialogu motywującego ma swoje korzenie w konsultacjach skoncentrowanych na pacjencie proponowanych przez Carla Rogersa, który argumentował, że zmianę może ułatwić praca z terapeutą przyjmującym postawę niedyrektywną, wykazującym empatię, będącym autentycznym w swoich próbach zrozumienia, ciepłym w swoich odpowiedziach, ale który przez większość czasu słucha (Rogers, 1975).

Zasada 3: To pacjent musi powiedzieć lekarzowi, że potrzebuje zmiany

Najlepszą rzeczą, która może się wydarzyć, jest to, że pacjent powie lekarzowi dlaczego musi się zmienić. Jeżeli pacjent powie to sam, bez wcześniejszego usłyszenia o tym od lekarza,

ma to o wiele większą moc. Także powody zmiany będą mieć większą moc – jeśli pacjent robi coś, ponieważ uważa, że jest to słuszne, jest bardziej prawdopodobne, że doprowadzi to do końca, niż jeśli robi to, żeby kogoś zadowolić.

Zasada 4: Dysonans poznawczy

Jak omówiono w punkcie 2.3.4, dysonans poznawczy został zdefiniowany przez Leona Festingera (1957) jako cecha sytuacji, w których ludzie mają trudności z podjęciem decyzji o zmianie, co sprawia, że czują się niekomfortowo – jeśli wykorzysta się to w odpowiedni sposób, staje się to napędem do zmiany.

Dysonans poznawczy to bardzo silne zjawisko, którego doświadczamy wszyscy. Dialog motywujący odwołuje się do tego (lub ambiwalencji - powiązanej koncepcji) poprzez wykorzystanie zrozumienia zasad w celu zachęcania do zmiany. Po ujawnieniu kontrastu pomiędzy tymi dwoma opcjami, ludzie czują potrzebę usunięcia sprzeczności poprzez wybór.

Zasada 5: Ludzie muszą czuć się pewni siebie zanim spróbują dokonać zmiany

Nawet jeśli pacjenci są przekonani co do konieczności zmiany, jeśli nie czują się pewni siebie, raczej nie podejmą takiej próby. Co gorsze, mogą poczuć się przygnębieni, gdy zdadzą sobie sprawę z trudnej sytuacji, w jakiej się znaleźli. Pacjenci, którzy mocno wierzą w swoje możliwości, czują się pewnie i szybciej odniosą sukces. Celem dialogu motywującego jest pomoc w utrzymaniu wysokiego morale.

Zasada 6: Ambiwalencja jest normalnym zjawiskiem

To normalne, że ludzie nie są pewni, co robić, zwłaszcza jeśli wybór jest trudny lub wiąże się ze zmianą, która będzie trudna.

3.3 Strategie prowadzenia dialogu motywującego

„Dialog motywujący jest metodą praktyczną. Strategie prowadzenia dialogu motywującego polegają bardziej na przekonywaniu niż poprawianiu, wspieraniu bardziej niż udowadnianiu. Osoba prowadząca dialog motywujący musi postępować zgodnie z wyraźnie sprecyzowanym celem, stosując przejrzyste strategie oraz posiadać umiejętności potrzebne do realizacji tego celu i wycucie czasu, aby móc zainterweniować w określonych sytuacjach”.

(Miller i Rollnick, 1991, str. 51–52).

Cztery kluczowe strategie dialogu motywującego są następujące (Miller i Rollnick, 1991):

- 1. Empatyczne reagowanie poprzez słuchanie z odzwierciedleniem**
- 2. Ustalanie rozbieżności pomiędzy celami/wartościami a aktualnym zachowaniem**
- 3. Dostosowanie się do oporu, a nie bezpośrednio mu się sprzeciwianie**
- 4. Wspieranie sprawczości i optymizmu**

Klinicyści, dla których dialog motywujący jest preferowanym stylem, odkryli, że stosowanie metody OARS (ang. open-ended questions, affirmations, reflective listening, summaries - pytania otwarte, dowartościowanie, słuchanie z odzwierciedleniem, podsumowania - przedstawionej w punkcie 2.3.1) oraz wydobywanie samomotywujących twierdzeń (kiedy pacjent sam wypowiada swoje osobiste obawy i zamiary, zamiast przekonywania go do tego, że zmiana jest konieczna) są szczególnie użyteczne na wczesnych etapach leczenia.

3.3.1 Empatyczne reagowanie poprzez słuchanie z odzwierciedleniem

Pracę z pacjentem lekarz powinien rozpoczynać od nawiązania rozmowy. Pomimo tego, że lekarz może obawiać się o stan pacjenta, szczególnie gdy wymagana jest pilna zmiana zachowania, interwencje, które są szybko wdrażane, mogą nie odnieść skutku, jeśli lekarz nie będzie słuchać z odzwierciedleniem. Nie ma znaczenia, czy świadczona opieka zdrowotna może zapewnić dostęp do najlepszych metod leczenia. Jeżeli pacjent nie zgłosi się na wizytę, nie odniesie z tego korzyści. Jest to trudna sytuacja, ale w większości przypadków ważniejsze jest nawiązanie przez lekarza kontaktu z pacjentem, co zwiększa prawdopodobieństwo, że pacjent odpowie na to co mówi lekarz i wróci na kolejną wizytę, w przeciwieństwie do omawiania przez lekarzy pełnej listy zadań, które należy wykonać.

Rozmowy mogą być postrzegane jako działania na dwóch poziomach. Na pierwszym (powierzchnowym) poziomie interakcje są uprzejme, formalne lub ograniczone. Na drugim, głębszym poziomie lekarze poświęcają czas, aby dowiedzieć się, co dzieje się z ich pacjentem i jak się czuje. Pierwszy poziom odpowiada większości konsultacji, które mają miejsce w przychodni. W większości przypadków jest to wystarczające. Czasami jednak ten pierwszy poziom nie wystarcza, aby dobrze zrozumieć problemy, z którymi zmagają się pacjenci i im pomóc. Drugi poziom odpowiada rozmowom, które ludzie prowadzą z bliskimi im osobami, którym ufają. Jeśli istnieje poważny problem uniemożliwiający przestrzeganie zaleceń, jest mało prawdopodobne, że wyjdzie on na jaw w przychodni, jeśli rozmowa nie zejdzie na głębszy poziom.

Większość ludzi posiada umiejętność prowadzenia rozmów na głębszym poziomie i od czasu do czasu wszyscy odbywamy takie rozmowy. Podczas pracy w przychodni

lekarze zazwyczaj stosują sposób interakcji utrzymujący bardziej powierzchowny poziom relacji. Jest to bardzo dobry sposób, aby utrzymać koncentrację i efektywnie wykorzystywać czas. Czasami jednak lekarze muszą pozwolić sobie na wykorzystanie swoich naturalnych umiejętności w celu nawiązania rozmowy z pacjentem na głębszym poziomie, aby pomóc mu w rozwiązaniu problemu z przestrzeganiem zaleceń.

Lekarze mogą wykorzystać wiele umiejętności, aby pacjenci poczuli się swobodnie i mogli się przed nimi otworzyć oraz poczuć się zrozumiani, gdy ujawnią pewne trudne emocje. Można to osiągnąć poprzez zastosowanie metody OARS.

Pytania otwarte

Pytania otwarte są bardzo przydatne do rozpoczęcia rozmowy i ograniczają założenia dotyczące stanu pacjenta lub jego samopoczucia. Poniżej przedstawiono kilka przykładów pytań otwartych i zamkniętych:

Pytanie zamknięte	Pytanie otwarte
Czy używa Pan/Pani nebulizatora?	Proszę powiedzieć, co Pana/Panią tu dziś sprowadza?
Czy Pana/Pani zdaniem regularne używanie nebulizatora jest dobrym pomysłem?	Co Pan/Pani sądzi o możliwości regularnego używania nebulizatora?
Czy używał/a Pan/Pani dziś nebulizatora?	Proszę opowiedzieć mi jak używa Pan/Pani nebulizatora w typowym tygodniu.
Czy lubi Pan/Pani palić?	Co Pan/Pani sądzi o paleniu papierosów?
Jak często przyjmował/a Pan/Pani leki w tym tygodniu w porównaniu z poprzednim: częściej, rzadziej, mniej więcej tak samo?	Jak przyjmował/a Pan/Pani leki w poprzedzającym tygodniu?
Jak dawno używał/a Pan/Pani nebulizatora?	Proszę opowiedzieć o ostatnim przypadku użycia przez Pana/Panią nebulizatora.

Dowartościowania

Dowartościowanie pomaga utrzymać morale, co zwiększa prawdopodobieństwo, że nastąpi próba zmiany. Ważne jest, aby zachęta i wsparcie lekarza były autentyczne, ponieważ może to mieć istotny wpływ na przebieg rozmowy. Jednym ze sposobów może być wyrażenie uznania dla mocnych stron pacjenta:

np.

„Nie każdemu udaje się rzucić palenie tak, jak Panu/Pani”.

Słuchanie z odzwierciedlaniem

Słuchanie z odzwierciedlaniem polega na refleksyjnym powtarzaniu tego co powiedział pacjent. Odzwierciedlanie może być proste i intuicyjne – na przykład może to być odzwierciedlenie głównej treści wypowiedzi (**odzwierciedlanie treści**). Jest to najprostsza odpowiedź na opór: nieoponowanie – powtórzenie wypowiedzi pacjenta w neutralnej formie. Wyraża potwierdzenie i akceptację wypowiedzi pacjenta i pokazuje, że lekarz słucha. Na przykład:

Pacjent: „To były dla mnie trudne tygodnie”.

Pracownik służby zdrowia: „Wygląda na to, że sprawy nie idą dobrze”.

Odzwierciedlanie może być też złożone i sprawcze, na przykład poprzez odzwierciedlenie związku z wcześniej przekazanymi informacjami mającymi znaczenie dla tego, co pacjent właśnie powiedział lekarzowi (**odzwierciedlanie znaczenia**). Jest to skuteczny sposób pomocy pacjentowi w rozmowie oraz przemyśleniu czegoś, na przykład zmiany zachowania.

Na przykład:

Pacjent: „Przyjmowałem/-am leki zgodnie z zaleceniami, ale potem zniechęciłem/-am się i nie brałem/-am ich przez cały weekend”.

Pracownik służby zdrowia: „Jest Panu/Pani przykro, ponieważ czuje się Pan/Pani, jakby zawiódł/-odła Pan/Pani samego/samą siebie”.

Odzwierciedlanie znaczenia daje lekarzowi okazję do przekierowania rozmowy na bardziej istotne tematy poprzez pokazanie pacjentowi, że jest słuchany i rozumiany. Ta metoda może wydawać się ryzykowna, ale jeśli odpowiednio się ją zastosuje, zawsze doprowadzi do głębszego zrozumienia. Nawet jeśli lekarz się pomyli w swoim osądzie, pacjent zazwyczaj powie, co naprawdę się dzieje.

Inną formą odzwierciedlania jest **odzwierciedlanie ze wzmocnieniem**, kiedy lekarz wyolbrzymia to, co pacjent właśnie powiedział, jeśli jego nastawienie jest szczególnie negatywne, a rozmowa utyka. Ta metoda wiąże się z większym ryzykiem, ale może być bardzo skuteczna, jeśli użyje się jej prawidłowo i może spowodować, że pacjent dokona ponownej oceny.

Kolejną formą, która, jeśli używana prawidłowo, może być bardzo przydatna, jest **odzwierciedlanie dwustronne**. Polega na odzwierciedlaniu różnych, odmiennych stwierdzeń pacjenta zwracając uwagę na ich kolejność, tak aby ostatnia wypowiedziana kwestia prowadziła do rozmowy na temat zmiany. Najlepiej jest to wyjaśnić na przykładzie:

- **Pacjent:** „Wiem, że muszę dostosować się całkowicie do wymogów leczenia, ale nie mogę sobie wyobrazić, że się zmienię”.

Zwykle odzwierciedlamy to w następujący sposób:

- **Pracownik służby zdrowia:** „Więc mówi Pan/Pani, że widzi potrzebę uporządkowania leków, ale w chwili obecnej nie widzi Pan/Pani siebie w tej roli”.

Typową odpowiedzią może być:

- **Pacjent:** „Nie, nie w tej chwili, jest to po prostu zbyt trudne”.

Teraz proszę rozważyć kolejność, w jakiej lekarz odzwierciedlał dwa twierdzenia. Co by się stało, gdyby lekarz zmienił kolejność twierdzeń i zostawił to bardziej pozytywne na koniec?

Na przykład:

- **Pacjent:** „Wiem, że muszę dostosować się całkowicie do wymogów leczenia, ale nie mogę sobie wyobrazić, że się zmienię”.
- **Pracownik służby zdrowia:** „Więc mówi Pan/Pani, że nie widzi Pan/Pani siebie jeszcze w tej roli, ale naprawdę widzi Pan/Pani potrzebę uporządkowania leków”.
- **Pacjent:** „Tak, wiem, że to naprawdę ważne i muszę coś z tym zrobić”.

Lekarz może wówczas zmienić cały ton rozmowy, która po tym nastąpi. Jednym ze sposobów, w jaki lekarz może ćwiczyć odzwierciedlanie dwustronne na początku jego stosowania, jest używanie fraz: „Więc z jednej strony” i „a z drugiej strony”.

- **Pracownik służby zdrowia:** „A więc z jednej strony mówię Pan/Pani, że nie widzi Pan/Pani siebie jeszcze w tej roli, ale z drugiej strony naprawdę widzi Pan/Pani potrzebę uporządkowania leków”.

Podsumowania

Polega to na powiązaniu przez lekarza kwestii poruszonych przez pacjenta i ponownym przedstawieniu ich w krótkim podsumowaniu. Chociaż wydaje się, że metoda podsumowań jest łatwa, zaskakujące może być to jak skuteczne może być zebranie tego, co ktoś powiedział i odzwierciedlenie tego. Czasami prowadzi to do naprawdę nowatorskich spostrzeżeń.

Ponadto przeformułowanie daje lekarzowi możliwość wykroczenia poza odzwierciedlenie tego, co powiedział pacjent i ukazanie tego z innej perspektywy – być może poprzez wskazanie pozytywnych aspektów dla pacjenta, który przyjął bardzo negatywną ocenę swoich wcześniejszych osiągnięć. „Przeformułowanie potwierdza słuszność surowych obserwacji klienta, ale przedstawia mu ich nowe znaczenie”. (Miller i Rollnick, 1991)

3.3.2 Ustalanie rozbieżności pomiędzy celami/ wartościami a aktualnym zachowaniem

W trakcie rozmowy zadaniem lekarza jest pomoc pacjentowi w przemyśleniu zmiany. Lekarz może zastanawiać się, czy konieczne jest zastosowanie strategii koncentrujących się na zmianie w zależności od tego, czy temat zmiany zostanie poruszony podczas rozmowy z pacjentem. Jest to ważny problem, ale w sytuacjach kiedy wprowadzenie zmiany wiąże się z emocjami – na przykład, kiedy myślenie o poprawie przestrzegania zaleceń leczenia wywołuje myśli o konsekwencjach choroby i nieprzestrzeganiu zaleceń – naturalną skłonnością człowieka jest zazwyczaj staranie się o tym nie myśleć.

W takim kontekście rolą lekarza jest „przygotowanie pola do działania” – próba odbycia szczerej rozmowy o konsekwencjach zmiany lub jej porzucenia. Lekarz powinien pamiętać, że:

„Stając przed wyborem pomiędzy zmianą zdania a udowodnieniem, że nie ma takiej potrzeby, prawie każdy angażuje się w udowadnianie.”

John Galbraith

Wiele strategii, które mogą okazać się pomocne w tej sytuacji, ma na celu uświadomienie problemu i skupienie się na rozbieżności pomiędzy przekonaniem a celami – tym co pacjenci chcieliby robić (lub co ich zdaniem powinni robić) a co faktycznie robią. Ludzie często już to wiedzą, ale starają się o tym nie myśleć.

Lekarze mogą osiągnąć ten cel poprzez podsumowania. Za zgodą pacjenta lekarz może włączyć obiektywną ocenę, na przykład wyniki badań lub dzienniczki. Jeżeli lekarz zdecyduje się na wykorzystanie obiektywnych ocen, powinien poświęcić czas na analizę konsekwencji ich wyników, aby utrzymać koncentrację na głównym celu, tj. podsumowaniach. Jedną z metod stosowanych w leczeniu uzależnień jest wypełnianie przez lekarza „dzienniczka drinków” razem z pacjentem: lekarz pokazuje kartkę papieru z zaznaczonymi dniami pacjentowi i razem wpisują ilość alkoholu, którą pacjent wypił w poprzedzającym okresie. Następnie lekarz prosi pacjenta o podliczenie ilości wypitego alkoholu i pyta pacjenta, czy ten wynik jest dla niego zaskakujący. Metodę tę można dostosować do wielu innych sytuacji, także do przestrzegania zaleceń.

Dialog motywujący zawiera pytania skalujące. Skupiają się one na dwóch kwestiach (które są kluczowe dla zmiany), które razem tworzą „gotowość”:

- **Ważność** („Wiem, że muszę się zmienić”)
- **Pewność siebie** („Wiem, że mogę się zmienić”)

Lekarz powinien zapytać o znaczenie – czyli jak ważne dla pacjenta jest dokonanie zmiany w tym momencie, w skali od 0 do 10? Następnie należy zadać podobne pytanie dotyczące pewności co do możliwości wprowadzenia zmiany.

Myślenie o zmianie

Zachowanie, które Pana/Pani zdaniem należy zmienić:

Ważność

Na ile ważne jest dla Pana/Pani, aby zmienić to zachowanie teraz?

Proszę wskazać, jak ważna jest dla Pana/Pani zmiana na poniższej skali, gdzie 0 oznacza „w ogóle nieważna”, a 10 oznacza „jest to najważniejsza rzecz”, stawiając znak X.

0 ————— 10

Pewność siebie

Gdyby dzisiaj zdecydował/a się Pan/Pani zmienić zachowanie, na ile jest Pan/Pani przekonany/-a, że mógłby/ mogłaby Pan/Pani tego dokonać?

Proszę ocenić swoją pewność siebie na poniższej skali, gdzie 0 oznacza „w ogóle nie mam pewności”, a 10 „jestem o tym przekonany/-a”, stawiając znak X.

0 ————— 10

Wizualne skale analogowe mogą być bardzo przydatne. Natychmiast kierują rozmowę na to co dzieje się tu i teraz i mogą wskazać ewentualne przeszkody do zmiany na długo wcześniej, zanim zakłócą pracę. Po poproszeniu pacjenta o ocenę wagi i pewności siebie, lekarz może zapytać: „Co oznaczałoby dla Pana/Pani, gdyby znalazł/a się Pan/Pani w punkcie X?”, przy X wskazującym ocenę nieco wyższą od tej, którą podał pacjent.

W pewnym sensie o dialogu motywującym można myśleć jak o pomocy w podjęciu decyzji, dla osób zastanawiających się, czy zmienić swoje zachowanie, czy nie. Metafora w postaci skali jest przydatna. Zadaniem lekarza jest pomoc

pacjentom w wyważeniu plusów i minusów zmiany oraz zachęcenie ich do otwartości i szczerości podczas ich szacowania. Przydatną metodą jest sprecyzowanie plusów i minusów przy użyciu siatki (macierzy decyzyjnej; patrz poniżej), którą można wypełnić z pacjentem spisując korzyści i koszty wiążące się z pozostaniem takim samym lub wprowadzeniem zmiany. Przy pomocy tej siatki można omówić korzyści wynikające z niewprowadzania zmiany i koszty wprowadzenia zmiany. Takie podejście jest ważne i uczciwe. Jeśli nie zostaną omówione, pacjent będzie i tak o nich myśleć – większość ludzi znajduje bardzo dobre powody, żeby się nie zmieniać. Jednakże siatka umożliwi również omówienie korzyści wynikających ze zmiany. Sugerowanym sposobem poruszania się po siatce jest w pierwszej kolejności omówienie korzyści wynikających z niewprowadzania zmiany, następnie tego kosztów, po czym kosztów wprowadzenia zmiany i na koniec korzyści wynikających ze zmiany.

Macierz decyzyjna

	Niewprowadzanie zmian	Zmiana
Korzyści		
Koszty		

Jak wspomniano wcześniej podczas omawiania dysonansu poznawczego, ludzie mają skłonność do jak najszybszego zamykania trudnego wyboru, a dialog motywujący ma na celu podtrzymanie rozmowy na ten temat, co znacznie zwiększa prawdopodobieństwo zmiany. Lekarz musi pamiętać, że należy to robić z wyczuciem.

3.3.3 Dostosowanie do oporu, a nie bezpośrednio się mu sprzeciwianie

Gdy temat zmiany pojawia się podczas rozmowy, lekarz musi być przygotowany na napotkanie pewnego oporu. Jest to zrozumiała i często spotykana reakcja. Unikanie konfrontacji z pewnością to ogranicza, ale nie likwiduje.

Ważnym czynnikiem jest, aby lekarz zwracał uwagę na wypowiedzane słowa. Po zdobyciu doświadczenia, lekarz zazwyczaj z łatwością wyłapie słowa wskazujące, że pacjent myśli o zmianie i słowa wskazujące, że tak nie jest – lub że pacjent opiera się zmianie. Przykłady opierania się – lub trwania przy swoim – stanowią: kłótnia, przerywanie, zaprzeczanie i ignorowanie.

W badaniach naukowych wykazano, że mocne słowa o zmianie, zwłaszcza pod koniec sesji, mają związek z późniejszą zmianą. Lekarz musi zwrócić uwagę na elementy uchwycone w angielskim akronimie „DARN” (Miller, 2004):

- **D**esire (pragnienie)
- **A**bility (zdolność)
- **R**eason (powód)
- **N**eed (potrzeba)

Równie dobrze może się jednak zdarzyć, że zamiast omawiania elementów akronimu DARN, lekarz będzie zmagać się z oporem. Słabe przestrzeganie zaleceń może być również celowe, chociaż może to nie być wyraźne – pacjent może być świadomy potrzeby zmiany, ale być zbyt przestraszony, aby przemyśleć taką możliwość. W takich przypadkach, po zbudowaniu dobrej relacji, lekarz musi porozmawiać z pacjentem o problematycznym zachowaniu (tj. o słabym przestrzeganiu zaleceń). Lekarz może powiedzieć to wprost, o ile będzie mówić pacjentowi, co ma robić, na przykład („Czy zgadza się Pan/Pani, żebyśmy teraz rozmawiali o przyjmowaniu leku?”).

Po rozpoczęciu tej rozmowy lekarz prawdopodobnie usłyszy pewne utarte przekonania i twierdzenia świadczące o oporze przez zmianą. Należy się tego spodziewać: jest to trudny temat, który pacjent prawdopodobnie rozważał już kilka razy wcześniej. Jest to również bardzo wrażliwy temat, a pacjenci wykazują skłonność do nabywania umiejętności uciekania od niepokojących myśli.

Poradzenie sobie z tym oporem to jedna z najbardziej przydatnych umiejętności, jaką może rozwinąć lekarz. Pewien opór jest cechą wielu konsultacji. W końcu bardzo niewielu pacjentów lubi przychodzić do szpitala, aby dowiedzieć się, co muszą robić i zrozumiały jest ich opór wobec koncepcji długotrwałego wymagającego leczenia.

Ważne jest, aby lekarz dopilnował, żeby opór nie powstrzymał już na wstępie rozmowy na temat zmiany. Naturalną reakcją większości osób na stawianie oporu jest

przytaczanie własnych argumentów, próba przekonania lub przeciwnie, całkowite porzucenie problemu. W pewnym sensie reakcja na opór jest podobna do próby zapobieżenia poślizgowi samochodu na lodzie. Należy oprzeć się naturalnej skłonności do mocnego hamowania i szarpania kierownicą. Zamiast tego należy delikatnie zwolnić pedał gazu i „podążać za oporem”.

Jak lekarz powinien zareagować na opór? Lekarze często (choć nie jest to pomocne) reagują, próbując mocniej przekonać pacjentów, że się mylą. Można o tym myśleć bardzo praktycznie: lekarze muszą unikać „odruchu naprawiania”, czyli wewnętrznego przymusu poprawiania innych, kiedy się mylą oraz udzielania im porad w poczuciu odpowiedzialności. W sytuacjach klinicznych taka skłonność może być bardzo silna. Niestety, jeśli tak się stanie, prawie zawsze będzie to skutkowało udzielaniem nieprzydatnych odpowiedzi, np. „tak, ale...”.

Istnieje wiele przykładów opierania się, wśród których z wieloma lekarz będzie zaznajomiony:

Niezgadanie się	„Tak, ale...”
Ignorowanie	„Już tego próbowałem/-am.”
Przerywanie	„Ale...”
Odwracanie uwagi	„Wiem, że chce Pan/Pani, abym udrażniał/a drogi oddechowe, ale czy zauważył/a pan/Pani, że przytyłem/-am 2,25 kilograma? Musi Pan/Pani przyznać, że świetnie sobie radzę, jeśli chodzi o wagę!”
Niechęć	„Nie chcę takżemusić i tego robić.”
Obwinianie	„To nie moja wina. Gdyby tylko moi rodzice...”
Polemizowanie	„Skąd Pan/Pani wie?”
Prowokowanie	„Moje aktualne leczenie nie powoduje zmiany czynności płuc.”
Bagatelizowanie	„Nie mam aż tak dużej niedowagi.”
Pesymizm	„Wciąż staram się coraz bardziej, ale nic nie pomaga”.
Tłumaczenie się	„Wiem, że powinienem/powinnam spożywać więcej kalorii, ale w pracy jestem zawsze bardzo zajęty/-a i trudno jest mi przygotować i w spokoju zjeść duży posiłek.”
Ignorowanie	

„Podążanie za oporem” to termin używany w odniesieniu do dialogu motywującego do opisanego działania polegającego na reagowaniu nie poprzez przekonywanie, a zignorowanie argumentacji i zachęcenie do rozmowy. Dialog motywujący sugeruje, że lekarz powinien zaakceptować, że ambiwalentny stosunek do decyzji – prowadzący do pewnego oporu przed zmianą – jest całkowicie normalny. Kiedy lekarz tak robi, opór natychmiast się zmniejsza. Ewentualnie, lekarz może zastosować przeformułowanie i słuchanie z odzwierciedleniem, aby zachęcić do dyskusji i wskazać alternatywy dla pacjenta.

Kluczowymi zasadami podążania za oporem są:

- Na opór nie wolno reagować konfliktem
- Należy stosować empatyczne podejście i słuchanie z odzwierciedleniem

- Należy przeformułować twierdzenia
- Ambivalencję należy postrzegać jako coś normalnego

Ważne jest, aby lekarz pamiętał, aby nie opisywać pacjentów jako opornych, ponieważ jest to zachętą do konfliktu. Zamiast tego lekarz powinien skierować rozmowę w stronę rozważenia rozwiązań alternatywnych i pozwolić pacjentom dostrzec niezgodność pomiędzy ich celami a ich aktualnym zachowaniem. W takim przypadku rolą lekarza jest umożliwienie wypowiedzenia się obu stronom wewnętrznej walki.

Gdy pacjenci wykazują chęć rozważenia zmiany, lekarz może omówić z nimi różne rozwiązania. Nawet po podjęciu przez pacjenta decyzji o zmianie, zazwyczaj istnieje wiele sposobów jej osiągnięcia.

Strategia	Przykład
Proste odzwierciedlenie	Pacjent: „Nie zamierzam używać mojego nebulizatora w najbliższym czasie”. Lekarz: „Uważasz, że to nie będzie teraz pomocne”.
Odzwierciedlenie ze wzmocnieniem	Pacjent: „Nie wiem, dlaczego moja mama jest zaniepokojona, przecież biorę większość moich leków”. Lekarz: „Więc Twoja mama nie powinna się w ogóle martwić?”
Odzwierciedlenie dwustronne	Pacjent: „Wiem, że chce Pan/Pani, żebym zaczął/-ęła przyjmować wszystkie moje leki, ale nie mam takiego zamiaru!” Lekarz: „Nie chcesz rozmawiać o lekach, chociaż dostrzegasz, że jest to duży problem”.
Zmiana tematu	Pacjent: „Nie mogę zostać w domu i używać nebulizatora, gdy wszyscy moi przyjaciele wychodzą!” Lekarz: „Uprzedziłeś/-aś mnie – rozmawialiśmy o Twoich obawach dotyczących przyjmowania leku. Czy możemy później porozmawiać o tym, jak nebulizacja wpisuje się w Twoje życie?”
Zgoda ze zwrotem akcji	Pacjent: „Dlaczego wszyscy tak się skupiają na nieużywaniu przeze mnie nebulizatora? Też by Pan/Pani wciąż wychodził z domu, gdyby Pana/Pani rodzina Pana/Panią dręczyła”. Lekarz: „To słuszna uwaga. Nie chodzi tu po prostu o nieużywanie nebulizatora. Zgadzam się z tobą, że nie powinniśmy składać winy na ten fakt. Wygląda na to, że problem dotyczy całej rodziny”.
Przeformułowanie	Pacjent: „Moja mama zawsze gdera o moim nebulizatorze”. Lekarz: „Wydaje się, że mama jest naprawdę zmartwiona, chociaż wyraża to w sposób, który Cię dotyka. Może pomożemy jej nauczyć się mówić Ci, że się martwi w bardziej pomocny sposób”.

3.3.4 Wspieranie sprawczości i wzmacnianie pewności siebie

Gdy pacjent zobowiązuje się do wprowadzenia zmiany, brak wiary we własne możliwości może prowadzić do dużej frustracji – teraz gdy dostrzega potrzebę zmiany, ale nie czuje się w stanie jej dokonać. W najgorszym przypadku może to nasilić niepokój. Z tego względu jasno określonym celem dialogu motywującego jest wzmocnienie pewności siebie i sprawczości. Jednym ze sposobów na osiągnięcie tego, jest konsekwentne traktowanie pacjentów i ich wyborów z szacunkiem. Jeśli decyzja o zmianie pochodzi od pacjenta, natychmiast czuje się on bezpieczniejszy we własnej ocenie, niż kiedy zmiana zostanie wymuszona z zewnątrz.

Centralną zasadą dialogu motywującego jest to, że poszczególne osoby biorą odpowiedzialność za swoje działania. Jest to ważne, jeśli zmiana ma być mocno zakorzeniona, ale w warunkach klinicznych może być to trudne, zwłaszcza w przypadku obaw o dobrostan pacjenta. Ważne jest też, aby wziąć pod uwagę, że jeśli pacjenci nie podejmą samodzielnie decyzji o zmianie zachowania, każda zmiana zachowania jest zwykle krótkotrwała. Szacunek dla pacjenta przyczynia się do zwiększenia jego poczucia własnej wartości i może umożliwić odbycie rozmowy na temat rzeczywistego celu zmiany zachowania.

Jest wiele strategii, które lekarz może zastosować podczas omawiania celów z pacjentem, aby zwiększyć jego sprawczość i szansę na sukces. Jedną ze strategii jest poszukiwanie sukcesów z przeszłości. Jeśli pacjent ma obniżony nastrój lub poczucie lęku, często widzi zdarzenia z przeszłości z bardzo negatywnej perspektywy. Przeformułowanie tych myśli może być pomocne. W przypadku omawiania praktycznych kwestii dotyczących zmiany zachowania, lekarz może wykorzystać strategie

zwiększające kreatywność procesu, takie jak rozwiązywanie problemów i burza mózgów:

- Opracowanie wraz z pacjentem listy możliwości (lekarz może dodać kilka sugestii, np. jakich sposobów próbowali inni pacjenci)
- Zachęcenie pacjenta do oceny listy
- Następnie pacjent może wybrać preferowany sposób

Ważne jest również, aby lekarze byli realistyczni i pomagali przenieść ustalenia z sesji terapeutycznej do prawdziwego życia – dobrze opracowany plan nie przyniesie żadnych korzyści lub przyniesie tylko niewielkie korzyści, jeżeli będzie nierealistyczny. Na przykład lekarz powinien wyznaczyć raczej mniejsze a nie duże cele. Jeśli pacjent tak zdecyduje, może przyprowadzić na sesję osoby, które mogą być ważne do wdrożenia zmiany zachowania, np. przyjaciół lub krewnych.

Przydatnymi narzędziami mogą być wcześniej omawiane pytania skalujące, jak również wyznaczanie celów: wyznaczanie wyraźnych, realistycznych celów i podział dużych celów na mniejsze, łatwiejsze do zrealizowania etapy. Pomocne może być zastosowanie prostej formuły cel–strategia–środek do celu. Zapisanie tego może mieć znaczenie – będzie służyć jako przypomnienie i wzbudzać silniejsze poczucie zobowiązania do zmiany.

Czasami pacjent może potrzebować pomocy praktycznej, na przykład wiedzy, w której zdobyciu lekarz może pomóc w celu wypracowania nowej umiejętności.

Ważną częścią wspierania sprawczości jest wywoływanie twierdzeń samomotywujących. Znane są cztery rodzaje twierdzeń motywujących (Miller i Rollnick, 1991):

- Poznawcze rozpoznanie problemu (np. „Myślę, że jest to poważniejsze, niż mi się wydawało.”)
- Afektywne wyrażenie obaw związanych z postrzeganym problemem (np. „Jestem naprawdę zaniepokojony/-a tym, co się ze mną dzieje.”)
- Bezpośredni lub domyślny zamiar zmiany zachowania (np. „Muszę coś z tym zrobić.”).
- Optymistyczne nastawienie do możliwości zmiany (np. „Wiem, że jeśli spróbuję, naprawdę mogę to zrobić.”)

Niektóre strategie zachęcania do wyrażania samomotywacji obejmują:

- Rozpoznawanie problemów (np. „Co sprawia, że uważasz, że jest to problem?”)
- Wątpliwość (np. „Jakie powody do obaw możesz mieć Ty lub inne osoby w związku z przyjmowaniem przez Ciebie leków?”)
- Zamiar zmiany (np. „Co by się zmieniło gdybyś odniósł/-ośła pełny sukces i wszystko działało dokładnie tak, jak byś chciał/a?”)
- Optymizm (np. „Co sprawia, że myślisz, że jeśli zdecydujesz się na zmianę, będziesz w stanie jej dokonać?”)

4 JAK STAĆ SIĘ „DORADCĄ DS. PRZESTRZEGANIA ZALECEŃ” LECZENIA MUKOWISCYDOZY (PODSTAWOWE UMIEJĘTNOŚCI I ZACHOWANIE)

4.1 Zrozumienie znaczenia komunikacji

W opiece nad chorymi na mukowiscydozę osiągnięcie przewidywanej długości życia zależy od skutecznego przestrzegania zaleceń przez pacjentów i związanych z tym zachowań zdrowotnych, pomimo obciążeń wynikających z leczenia. Dla osób młodych konsultacje mogą być utrudnione poprzez potencjalnie odmienne perspektywy pacjentów i rodziców, co osłabia skuteczność komunikacji. Podejście do konsultacji i zarządzania oparte na skoncentrowaniu się na pacjencie i współpracy z nim staje się pożądanym modelem opieki (Dwamena i wsp., 2012; Stewart i wsp., 2003; Duff i Latchford, 2010). Odzwierciedla to zarówno zmianę kulturową w oczekiwaniach co do relacji pomiędzy pacjentem a lekarzem, jak też napływające dane, że metody skoncentrowane na pacjencie mają związek z większą satysfakcją i lepszymi wynikami zdrowotnymi niż tradycyjne konsultacje prowadzone przez ekspertów (Mead i Bower, 2002; Duff i Latchford, 2010).

Zależność pomiędzy stosowaniem się przez pacjenta do zaleceń lekarza, a umiejętnościami komunikacyjnymi lekarza jest dobrze udokumentowana w piśmiennictwie. Sposób, w jaki lekarz komunikuje się z pacjentem, wpływa na wynik opieki. Obejmuje to również satysfakcję pacjentów, stan zdrowia, przypomnienie sobie uzyskanych informacji i przestrzeganie zaleceń. Przeprowadzono metaanalizę badań z lat 1949–2008 w celu zbadania, czy istnieje ogólna dodatnia korelacja pomiędzy komunikacją z lekarzem, a przestrzeganiem zaleceń przez pacjenta. Ponadto w metaanalizie oceniono wyniki badań, w których sprawdzano, czy szkolenie lekarzy w zakresie umiejętności komunikacyjnych miało wpływ na przestrzeganie zaleceń przez pacjentów. Zolnieriek i Dimatteo (2009) wykazali, że:

- we wszystkich oprócz dwóch ze 106 badań korelacji wykazano dodatnią korelację pomiędzy komunikacją z lekarzem a przestrzeganiem zaleceń przez pacjenta
- prawdopodobieństwo przestrzegania zaleceń przez pacjenta było 2,1 razy większe w przypadku pacjentów, których lekarz miał dobre umiejętności komunikacyjne
- wśród 21 analizowanych interwencji eksperymentalnych wpływ odbycia szkolenia przez lekarza na przestrzeganie zaleceń przez pacjentów był pozytywny
- prawdopodobieństwo przestrzegania zaleceń przez pacjenta było 1,62 razy większe, jeżeli jego lekarz odbył szkolenie w zakresie umiejętności komunikacyjnych

4.2 Zrozumienie czynników i interwencji zespołu

Zespoły przekazują oczekiwania pacjentowi. Jeśli zespół promuje kulturę, w której przestrzeganie zaleceń jest normą i wspiera pacjentów w ich osiągnięciu, zmieniają się normy społeczności ośrodka leczenia mukowiscydozy i oczekiwania pacjentów. Dobrym przykładem jest ośrodek Minnesota CF Center at Fairview, University of Minnesota Amplatz Children’s Hospital w Minneapolis. Ośrodek ten stał się publicznie znany, kiedy jego założyciel, pediatra Warren Warwick został opisany w artykule zatytułowanym „The Bell Curve” opublikowanym w czasopiśmie The New Yorker (Gawande, 2004). Metodą zastosowaną w ośrodku w Minnesocie było przyjęcie przez zespół założenia, że przestrzeganie zaleceń ma osiągnąć 100% z wyraźnym zakomunikowaniem, że uzyskanie tego ma być wspólnym wysiłkiem. Zespół skupił się nie tylko na nowoczesnej opiece, ale także na:

- rozwijaniu umiejętności dobrej komunikacji
- ciągłym przekazywaniu oczekiwań dotyczących przestrzegania zaleceń
- nawiązywaniu uczciwych partnerskich relacji pomiędzy zespołem a pacjentem w przypadku wykrycia problemu oraz kreatywnym i elastycznym rozwiązywaniu problemów

4.2.1 Komunikacja i współpraca

- Ośrodek w Minnesocie rozpoznał problemy istniejące w środowisku medycznym związane z różnicami w słownictwie pacjentów i pracowników służby zdrowia. Położono nacisk na precyzyjność i znaczenie wyraźnego przekazywania informacji („przypuszczenia są niebezpieczne... należy zawsze rozmawiać i słuchać przypuszczeń pacjentów”) oraz znaczenie informacji o ryzyku, aby pomóc pacjentom w zrozumieniu problemów i podejmowaniu świadomych decyzji. Podkreślono znaczenie uzyskiwania właściwych informacji od pacjentów/rodzin podczas szczerej rozmowy.

4.2.2 Przestrzeganie zaleceń

Ośrodek w Minnesocie otwarcie akceptuje fakty i wyzwania związane z przestrzeganiem zaleceń u swoich pacjentów biorąc pod uwagę, że wymaga to czasu i wysiłku i że nieprzestrzeganie zaleceń jest traktowane jako coś normalnego. Poprzez subtelne, ale bardzo sprytnie podejście zmienia interpretację nieprzestrzegania zaleceń na „eksperymentowanie” pacjenta.

We wszystkich formach komunikacji stale podkreśla znaczenie przestrzegania zaleceń, ustanawiając bardzo wysokie standardy dla zespołu, pacjenta i rodziny.

„Jeśli personel ds. mukowiscydozy nie pyta o eksperymentowanie przez pacjentów lub nie słucha... trudno jest ulepszyć leczenie... dochodzi do poważnego rozłamu we wspólnej walce przeciwko mukowiscydozie”.

4.2.3 Współpraca z rodzinami

Ośrodek w Minnesocie zachęca do szczerości i relacji opartych na otwartości oraz wyznacza oczekiwania dotyczące wzajemnych relacji („Będziecie musieli bardzo ciężko pracować, aby nasza współpraca zakończyła się sukcesem”).

4.2.4 Wprowadzanie zasad do praktyki

Pomimo, że wiele interwencji dotyczących problemów z przestrzeganiem zaleceń jest prowadzonych przez jednego klinicystę, zespoły mają bardzo dobre możliwości zmiany sposobu podejścia do grupy pacjentów. Na przykład:

1. Przyjęcie zasad ośrodka z Minnesoty.
2. Podczas pracy z młodzieżą w wieku szkoły średniej lub starszą, przebywanie z pacjentem przez pewien czas sam na sam podczas konsultacji w ośrodku. Celem tego jest wykształcenie pewności młodych ludzi podczas samodzielnej rozmowy z lekarzami oraz zaangażowanie ich w rozmowy na temat ich opieki zdrowotnej.
3. Znajdowanie tych pacjentów, dla których przestrzeganie zaleceń stanowi ciągły problem (i w przypadku których pierwsze próby rozwiązania tego problemu nie powiodły się). Stworzenie regularnej (wirtualnej) „przychodni przestrzegania zaleceń” działającej nie rzadziej niż raz w miesiącu. Może ona być prowadzona przez konsultanta, ale zarządzana przez doradcę ds. przestrzegania zaleceń, który dokonuje przeglądu opisów przypadków grupy pacjentów. Grupa personelu prowadząca „przychodnię przestrzegania zaleceń” stanowiłaby możliwie najmniejszą część zespołu ds. mukowiscydozy i byłaby możliwie stała (ze specjalistą z dziedziny psychosocjologii, jeżeli byłby dostępny).
4. Utworzenie systemu „kluczowego pracownika”, którym będzie doradca ds. przestrzegania zaleceń. Można to zintegrować z przychodniami przestrzegania zaleceń lub prowadzić niezależnie w ramach szerszego zespołu ds.

mukowiscydozy. Następnie doradca ds. przestrzegania zaleceń przyjmie odpowiedzialność za wdrożenie inicjatyw dotyczących przestrzegania zaleceń. Podsumowując, te obowiązki obejmują: omawianie i zrozumienie kwestii przestrzegania zaleceń, nawiązywanie relacji prawdziwie opartych na współpracy, ustalanie i uzgadnianie celów leczenia oraz utrzymywanie kontaktu z pacjentem i wspieranie go w jego wysiłkach w celu zmiany pomiędzy wizytami w przychodni/ocenami.

4.3 Baza danych dotyczących dialogu motywującego

Osoby zaangażowane w rozwój dialogu motywującego od samego początku interesują się jego oceną. Od czasu uznania go za metodę leczenia problemów z nadużywaniem alkoholu wiele wczesnych prac dotyczyło tej dziedziny. Przegląd 11 badań klinicznych dotyczących dialogu motywującego opublikowanych w 1997 roku wskazał, że jest to skuteczny, sprawczy i adaptacyjny styl terapeutyczny (Noonan i Moyers, 1997).

Wniosek ten potwierdziły nowsze badania i obecnie dialog motywujący jest dobrze ustaloną metodą z wyboru leczenia problemów wywołanych nadużywaniem narkotyków i alkoholu, jak również staje się coraz bardziej popularny w wielu innych dziedzinach, takich jak wprowadzanie zmian w stylu życia i przestrzeganie zaleceń w chorobach przewlekłych. Wraz ze wzrostem liczby badań dotyczących dialogu motywującego pojawiły się możliwości statystycznego zestawienia różnych wyników w celu przeprowadzenia metaanalizy. Przegląd MARMITE (Meta-Analysis of Research on Motivational Interviewing Treatment Effectiveness [Metaanaliza badań dotyczących skuteczności leczenia z wykorzystaniem dialogu motywującego]) (Hettema i wsp., 2005) objął 72 badania dotyczące nadużywania alkoholu (31), nadużywania narkotyków (14) i przestrzegania zaleceń dotyczących leczenia (5). Łącznie w badaniach wzięło udział 14 267 uczestników leczonych z zastosowaniem dialogu motywującego. Średni czas dialogu motywującego oferowanego w ramach tych badań wynosił

zaledwie 2,2 godziny. Zgodnie z przewidywaniami, badacze stwierdzili, że skuteczność dialogu motywującego różniła się pomiędzy badaniami, jednakże zdołali wywnioskować, że występowały zdecydowane i trwałe skutki, kiedy dialog motywujący stanowił uzupełnienie aktywnego leczenia. Ponadto zauważono, że dialog motywujący zwiększał utrzymanie leczenia, przestrzeganie zaleceń terapeutycznych i motywację dostrzeżoną przez personel.

Niedawno przeprowadzony przegląd (Lundahl i wsp., 2013) wykazał istotną, skromną korzyść ze stosowania dialogu motywującego (iloraz szans 1,55). Podobnie jak w przypadku wyników uzyskanych przez Hettema i wsp. (2005) skuteczność różniła się pomiędzy badaniami. Na przykład nie zaobserwowano skuteczności dialogu motywującego w leczeniu zaburzeń odżywiania, ale wykryto naprawdę obiecujące wyniki w odniesieniu do wiremii w HIV. Podsumowując, wykazano, że dialog motywujący jest silnym czynnikiem modulującym, obok miejsca jego implementacji i cech pacjenta oraz skutecznym środkiem do krótkich interwencji.

Poprzedni przegląd przeprowadzony przez Lundahla i wsp. (2010) ujawnił kilka interesujących wniosków, na przykład, że nawet po krótkiej interwencji skutki dialogu motywującego mogą być długotrwałe, oraz że doświadczenie zawodowe osoby prowadzącej dialog motywujący nie ma znaczenia (nie musi to być psycholog).

Duff i Latchford (2010) dokonali podsumowania i oceny piśmiennictwa dotyczącego dialogu motywującego i odkryli, że obecnie prowadzonych jest wiele wysokiej jakości badań obejmujących populację osób dorosłych i dzieci w wielu obszarach klinicznych, w tym cukrzycy i HIV, i trwają prace nad mukowiscydozą. Przeprowadzono również ocenę szkolenia zespołu ds. mukowiscydozy w zakresie prowadzenia dialogu motywującego (Duff i Latchford, 2013), która wykazała trwałe efekty nauki i zmiany w praktyce. Ogólnie rzecz biorąc, staje się jasne, że dialog motywujący jest co najmniej wysoce obiecującą interwencją.

4.4 Rozwijanie umiejętności w zakresie nauczania i wspierania innych

Poznanie sposobu przygotowania i prowadzenia szkolenia może umożliwić doradcom ds. przestrzegania zaleceń tworzenie sprawczych i skutecznych programów szkoleniowych w ośrodku leczenia mukowiscydozy oraz zbudować pewność podczas oceny efektów szkoleń.

Czy lekarze stosują dialog motywujący? Prawdopodobnie nie. Badania dotyczące rutynowych konsultacji wskazały, że bez przeszkolenia klinicyści nie stosują dialogu motywującego (Moran i wsp., 2008), a więc szkolenia są konieczne.

Jednym z niebezpieczeństw związanych z prowadzeniem krótkiego warsztatu dotyczącego dialogu motywującego bez późniejszej kontroli jest to, że po szkoleniu lekarze „podryfują” i nie będą prowadzić dialogu motywującego myśląc, że to robią. W rzeczywistości zostaną oni „zaszczepieni żeby nie szkolić się dalej” (Miller i Mount, 2001). W związku z tym niezbędne są odpowiednie działania kontrolne i wsparcie po szkoleniu.

Kluczowe elementy szkolenia z zakresu dialogu motywującego są dobrze ustalone. W raporcie Fundacji Zdrowia (2011) podsumowano dobre praktyki w zakresie szkoleń dotyczących dialogu motywującego. Sugeruje to, że nawet dość krótkie szkolenie może odnieść długoterminowe skutki, ale profesjonalisci potrzebują bardziej zaawansowanych i dłuższych szkoleń „w celu przedstawienia niektórych bardziej złożonych aspektów”. Kluczowe kwestie organizacyjne są następujące:

- skupienie się na filozofii stanowiącej podstawę oraz na umiejętnościach
- odpowiedni czas trwania umożliwiający utrwalenie umiejętności
- zapewnienie możliwości ćwiczeń polegających na odgrywaniu ról
- zapewnienie możliwości ciągłego przekazywania informacji zwrotnych i nadzoru

Wcześniejsza praca przedstawiająca szkolenie w zakresie dialogu motywującego dla zespołów ds. mukowiscydozy obejmowała podobne wskazówki oprócz ostatniej (Duff i Latchford, 2013).

5 PIŚMIENICTWO

Anthony H, Paxon S, Bines J, Phelan P. Psychosocial predictors of adherence of nutritional recommendations and growth outcomes in children with cystic fibrosis. *J Psychosom Res* 1999;47:623–634.

Berge JM, Patterson JM. Cystic fibrosis and the family: a review and critique of the literature. *Fam Syst Health* 2004;22:74–100.

Bregnballe V, Schiøtz PO, Boisen KA, Pressler T, Thastum M. Barriers to adherence in adolescents and young adults with cystic fibrosis: a questionnaire study in young patients and their parents. *Patient Prefer Adherence* 2011;5:507–515.

Brehm JW. A Theory of Psychological Reactance. New York: Academic Press, Inc.; 1966.

Briesacher BA, Quittner AL, Saiman L, Sacco P, Fouayzi H, Quittell LM. Adherence with tobramycin inhaled solution and health care utilization. *BMC Pulm Med* 2011;11:5.

Bucks RS, Hawkins K, Skinner TC, Horn S, Seddon P, Horne R. Adherence to Treatment in Adolescents with Cystic Fibrosis: The Role of Illness Perceptions and Treatment Beliefs. *J Pediatr Psychol* 2009;34:893–902.

Burgel PR, Bellis G, Oleson HV, Viviani L, Zolin A, Blasi F, Elborn JS. Future trends in cystic fibrosis demography in 34 European countries. *Eur Respir J* 2015; 46: 133–141.

Cystic Fibrosis Foundation. Drug Development Pipeline. 2017. Available at: <https://www.cff.org/Trials/Pipeline>. Accessed October 2017.

Denyer J, Nikander K. The I-neb Adaptive Aerosol Delivery (AAD) System. *Medica Mundi* 2010;54:54–58.

DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care* 2002;40:794–811.

Dodge JA, Lewis PA, Stanton M, Wilsher J. Cystic fibrosis mortality and survival in the UK: 1947–2003. *Eur Respir J* 2007;29:522–526.

Duff AJA, Abbott J, Cowperthwaite C, Sumner C, Hurley MA, Quittner AL, TIDES-UK Group. Depression and anxiety in adolescents and adults with cystic fibrosis in the UK: A cross-sectional study. *J Cyst Fibros* 2014;13:745–53.

Duff AJA, Latchford GJ. Motivational Interviewing for Adherence Problems in Cystic Fibrosis. *Pediatr Pulmonol* 2010;45:211–220.

Duff AJA, Latchford GJ. Motivational interviewing for adherence problems in cystic fibrosis; evaluation of training healthcare professionals. *J Clin Med Res* 2013;5:475–480.

Duff AJA, Oxley H. Psychological aspects of CF. In: Bush A, Bilton D, Hodson M (eds). Hodson and Gedde's Cystic Fibrosis. Third Edition. London: Taylor Francis; 2014.

Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, Lewin S, Smith RC, Coffey J, Olomu A, Beasley M. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:CD003267.

Dziuban EJ, Saab-Abazeed L, Chaudhry SR, Streetman DS, Nasr SZ. Identifying barriers to treatment adherence and related attitudinal patterns in adolescents with cystic fibrosis. *Pediatr Pulmonol* 2010;45:450–458.

- Eakin MN, Bilderback A, Boyle MP, Mogayzel PJ, Riekert KA. Longitudinal association between medication adherence and lung health in people with cystic fibrosis. *J Cyst Fibros* 2011;10:158–164.
- Fallowfield LJ, Jenkins VA, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves, R. Efficacy of a Cancer Research UK communications skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002;359:650–656.
- Festinger L. *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press; 1957.
- Gawande A. *Annals of Medicine: The Bell Curve – What happens when patients find out how good their doctors really are?* *The New Yorker*; Published December 6, 2004. Available at: <https://www.newyorker.com/magazine/2004/12/06/the-bell-curve>. Accessed October 2017.
- George M, Rand-Giovannetti D, Eakin MN, Borrelli B, Zettler M, Riekert KA. Perceptions of barriers and facilitators: Self-management decisions by older adolescents and adults with CF. *J Cyst Fibros* 2010;9:425–432.
- Gollwitzer PM, Sheeran P. Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Adv Exp Soc Psychol* 2006;38:69–119.
- Gollwitzer PM, Sheeran P. Implementation intentions. Health behavior constructs: Theory, measurement and research. *Cancer Control and Population Sciences*. National Institutes of Health; 2008. Available at: https://cancercontrol.cancer.gov/brp/research/constructs/goal_intent_attain.pdf. Accessed October 2017.
- Hafetz J, Miller VA. Child and parent perceptions of monitoring in chronic illness management: a qualitative study. *Child: Care, Health Dev* 2010;36:655–662.
- Health Foundation. Evidence scan: Training professionals in motivational interviewing. November 2011. Available at: <http://www.health.org.uk/sites/health/files/TrainingProfessionalsInMotivationalInterviewing.pdf>. Accessed October 2017.
- Healthcare Commission. *Inspecting Informing Improving – Spotlight on complaints: A report on second-stage complaints about the NHS in England*. April 2008. Available at: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20090104012205/http://healthcarecommission.org.uk/_db/_documents/5632_HC_V18a.pdf. Accessed October 2017.
- Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol* 2005;1:91–111.
- Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res* 1999;47:555–567.
- Horne R, Weinman J, Barber N, Elliott R, Morgan M. *Concordance, Adherence and Compliance in Medicine Taking – Report for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation Research and Development*, 2005. Available at: http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1412-076_V01.pdf. Accessed October 2017.

- Jin J, Sklar GE, Sen Oh VM, Li SC. Factors affecting therapeutic compliance: a review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag* 2008;4:269–286.
- Kettler LJ, Sawyer SM, Winefield HR, Greville, HW. Determinants of adherence in adults with cystic fibrosis. *Thorax* 2002;57:459–464.
- Kozma CM, Dickson M, Philips AL, Meletiche DM. Medication possession ratio: implications of using fixed and variable observation periods in assessing adherence with disease-modifying drugs in patients with multiple sclerosis. *Patient Prefer Adherence* 2013;7:509–516.
- Latchford G, Duff AJA, Quinn J, Conway SP, Conner M. Adherence to nebulised antibiotics in cystic fibrosis. *Pat Educ Couns* 2009;75:141–144.
- Lundahl BW, Kunz C, Brownell C, Tollefson D, Burke BL. A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Res Soc Work Pract* 2010;20:137–160.
- Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, Rollnick S. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns* 2013;93:157–168.
- Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns* 2002;48:51–61.
- Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Beh Psychotherapy* 1983;11:147–172.
- Miller WR. Toward a theory of motivational interviewing. 2004. Available at: www.motivationalinterviewing.org/sites/default/files/MItheory.ppt. Accessed October 2017.
- Miller WR, Mount KA. A small study of training in motivational interviewing. Does one workshop change clinician and patient behavior? *Behav Cogn Psychother* 2001;29:457–471.
- Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour. New York NY: Guilford Press; 1991.
- Modi AC, Quittner AL. Barriers to treatment adherence for children with cystic fibrosis and asthma: what gets in the way? *J Pediatr Psychol* 2006;31:846–858.
- Moran J, Bekker H, Latchford G. Everyday use of patient-centred, motivational techniques in routine consultations between doctors and patients with diabetes. *Patient Educ Couns* 2008;73:224–231.
- Noonan WC, Moyers TB. Motivational interviewing: a review. *J Subst Misuse* 1997;2:8–16.
- Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1995;40:903–918.
- Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *N Engl J Med* 2005;353:487–497.
- Patterson JM, Budd J Goetz DR, Warwick WJ. Family correlates of a 10-year pulmonary health trend in cystic fibrosis. *Pediatrics* 1993;91:383–389.
- Patterson JM, Wall M, Berge J, Milla C. Gender differences in treatment adherence among youth with cystic fibrosis: Development of a new questionnaire. *J Cyst Fibros* 2008;7:154–164.

Quittner AL, Drotar D, levers-Landis CE, Seider D, Slocum N, Jacobsen J. Adherence to medical treatments in adolescents with cystic fibrosis: the development and evaluation of family-based interventions. In: Drotar D (ed). *Promoting adherence to medical treatment in chronic childhood illness; concepts, methods and interventions*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2000. pp. 383–407.

Quittner AL, Modi AC, Lemanek KL, levers-Landis CE, Rapoff MA. Evidence-based assessment of adherence to medical treatments in pediatric psychology. *J Ped Psychol* 2008;33:916–936.

Quittner AL, Zhang J, Marynchenko M, Chopra PA, Signorovitch J, Yushkina Y, Riekert KA. Pulmonary medication adherence and healthcare utilization in cystic fibrosis. *Chest* 2014 (in press). doi: 10.1378/chest.13-1926.

Riekert KA. Adherence ... Where's the APP for that? Oral presentation at the 26th North American Cystic Fibrosis Conference, October 11–13, 2012, Orlando, FL, USA. Available at: www.nacfconference.org/art/plenaryarchives/2012%20Riekert.pdf. Accessed April 2014.

Rogers C. Empathic: An unappreciated way of being. *Couns Psychol* 1975;5:2–10.

Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behav Cogn Psychother* 1995;23:325–334.

Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Motivational interviewing in health care*. New York NY: Guilford Press; 2007.

Sawicki GS, Sellers DE, Robinson WM. High treatment burden in adults with cystic fibrosis: challenges to disease self-management. *J Cyst Fibros* 2009;8:91–96.

Sawicki GS, Tiddens H. Managing treatment complexity in cystic fibrosis: challenges and opportunities. *Pediatr Pulmonol* 2012;47:523–533.

Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centred medicine: Transforming the clinical method*. 2nd edition. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2003.

Ullrich G, Wiedau-Görs S, Steinkamp G, Bartig HJ, Schulz W, Freihorst J. Parental fears of Pseudomonas infection and measures to prevent its acquisition. *J Cyst Fibros* 2002;1:122–30.

Ziaian T, Sawyer MG, Reynolds KE, Carbone JA, Clark JJ, Baghurst PA, Couper JJ, Kennedy D, Martin AJ, Staugas RE, French DJ. Treatment burden and health-related quality of life of children with diabetes, cystic fibrosis and asthma. *J Paediatr Child Health* 2006;42:596–600.

Zolnierok KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Med Care* 2009;47:826–834.

