



موارد الالتزام التعاوني والتثقيف بالتلّيف الكيسي

الالتزام وإدارته في رعاية التلّيف الكيسي

تُعمل شركة Vertex Pharmaceuticals (أوروبا) المحدودة برنامج CF CARE بالكامل. أعدت اللجنة التوجيهية المحتوى وطوّرتة بدعم لوجستي وتحرير من أمانة برنامج CF CARE، ApotheCom. وقد أُتيحت لشركة Vertex فرصة مراجعة المحتوى والأدوات للتأكد من دقتها.

لا تُجدي العقاقير نفعًا في المرضى
حال عدم تناولها.

الدكتور سي. إيفريت كوب

تم إعداد هذا المورد الشامل من قبل لجنة توجيهية مكونة من خبراء دوليين متخصصين في التليّف الكيسي (CF) لتناول تقنيات المقابلات التحفيزية (MI)، والتي يمكن أن تشكل إطارًا فعالًا لتحسين انفتاح المرضى على التغيير السلوكي. يستكشف المورد القضايا المتعلقة بالالتزام في مرض التليّف الكيسي وكذلك مبادئ واستراتيجيات المقابلات التحفيزية. ويهدف إلى تزويدك بالمعرفة والمهارات اللازمة لتحسين ممارستك الفردية الخاصة بالمقابلات التحفيزية، ويزودك بالمعلومات الأساسية ذات الصلة بالموضوعات التي تمت مناقشتها في وحدات المقابلات التحفيزية الخمس. يمكن تنزيل هذه الوحدات من www.cfcare.net

جدول المحتويات

1	مقدمة	1
1	أعباء وتحديات علاج التليّف الكيسي	1.1
2	عواقب الالتزام دون المثالي	1.2
2	الالتزام في التليّف الكيسي	2
2	العوامل المرتبطة بالالتزام	2.1
2	العوامل الفردية	2.1.1
5	العوامل الهيكلية	2.1.2
6	العوامل المتعلقة بالعلاج	2.1.3
6	قياس الالتزام	2.2
7	التدخلات	2.3
7	الانخراط والتواصل: إنشاء علاقة تعاونية مع المريض	2.3.1
8	التقييم	2.3.2
9	التفاوض	2.3.3
10	التحفيز	2.3.4
10	الخطة	2.3.5
11	المراقبة والمراجعة	2.3.6
12	المقابلات التحفيزية (MI) والتغيير السلوكي	3
12	معلومات أساسية عن المقابلات التحفيزية	3.1
12	نظرية المقابلات التحفيزية	3.2
12	المبادئ الرئيسية للمقابلات التحفيزية	3.2.1
13	استراتيجيات المقابلات التحفيزية	3.3
13	إظهار التعاطف من خلال الإنصات التأملي	3.3.1
16	تطوير التناقض بين الأهداف/القيم والسلوك الحالي	3.3.2
17	التأقلم مع المقاومة بدلاً من مواجهتها مباشرة	3.3.3
20	دعم الكفاءة الذاتية وزيادة الثقة	3.3.4
21	أن تصبح "مناصرًا للالتزام" الخاص بالتليّف الكيسي (المهارات الأساسية والسلوك)	4
21	فهم أهمية التواصل	4.1
21	فهم عوامل وتدخلات الفريق	4.2
21	التواصل والتعاون	4.2.1
21	الالتزام	4.2.2
22	التعاون مع الأسر	4.2.3
22	وضع ذلك موضع التنفيذ	4.2.4
22	قاعدة الأدلة الخاصة بالمقابلات التحفيزية	4.3
23	تنمية المهارات حول تعليم ودعم الآخرين	4.4
24	المراجع	5

1 مقدمة

1.1 أعباء وتحديات علاج التثييب الكيسي

أدت التطورات المهمة في علاجات التثييب الكيسي (CF) واستراتيجيات الإدارة إلى تحسن ملحوظ في صحة الأشخاص المصابين بالتثييب الكيسي. من المُعترف به على نطاق واسع أن نسبة البقاء على قيد الحياة تتزايد (بورغل وآخرون، 2015)، ويرجع ذلك جزئياً إلى العلاج المبكر والمكثف. وبالتالي، من المتوقع أن يعيش الأفراد المُصابون بالتثييب الكيسي المولودون في القرن الحادي والعشرين إلى منتصف الخمسينيات من العمر، حتى في حالة عدم وجود تطورات في علاج الخلل الجيني الأساسي (دودج وآخرون، 2007). ومع ذلك، يتوقف الأمر على استخدام العديد من الأدوية والعلاجات التي تظل معقدة ومتطلبة وتستغرق وقتاً طويلاً للمرضى من جميع الأعمار وأقاربهم (زيابن وآخرون، 2006؛ سويكي وآخرون، 2009). وغالباً ما يكون لأعضاء فريق التثييب الكيسي متعدد التخصصات (MDT) علاقات طويلة (ومكثفة أحياناً) مع المرضى وعائلاتهم. يحتاج الفريق إلى تقديم رعاية شاملة وتتركز على المريض/العائلة، بهدف مساعدة الأشخاص المصابين بالتثييب الكيسي في تحقيق توازن بين العلاج الأمثل ونوعية الحياة (QoL) (داف وأوكسلي، 2014). في حين يتبنى كل من الأطباء والمرضى فلسفة الرعاية هذه برغبتهم، فإن الواقع هو أن أنظمة الإدارة المعقدة بشكل متزايد تضع عبئاً متزايداً من الرعاية على المرضى وعائلاتهم. ويمكن أن يؤدي ذلك إلى عدم الالتزام (سويكي وتيندنز، 2012؛ بريجنبال وآخرون، 2011) وانخفاض مستويات الكفاءة في إدارة العلاج، وكلاهما يمكن أن يلحقان ضرراً بالنتائج الصحية (سويكي وتيندنز، 2012).

هناك العديد من المراجعات المنهجية والسردية للالتزام بالعلاج في مرضى التثييب الكيسي؛ ومع ذلك، يناقش القليل منهم مزايا وعيوب كيف أن الالتزام المثالي بعلاج التثييب الكيسي يؤدي إلى عبء تراكمي من الرعاية على مدى حياة الفرد.

يُعد "الالتزام" أحد المصطلحات المفضلة لوصف كيف تتفق سلوكيات الرعاية الصحية للمرضى مع التوصيات المتفق عليها التي قدمها الأطباء ("التوافق" و"مستويات سلوك الرعاية الذاتية" هي مصطلحات أخرى) (داف ولاتشفورد، 2010). يصعب تحديد الالتزام الجيد، لكن الالتزام المثالي يتضمن عموماً أخذ العلاج الصحيح، بالطريقة الصحيحة، في الوقت المناسب.

من المعروف أن الالتزام يتفاوت تبعاً لمدى تعقيد نظام العلاج، وطريقة قياس الالتزام (كينتير وآخرون، 2000). وتم الإبلاغ عن انخفاض معدل الالتزام بالتوصيات الغذائية بين الأطفال المصابين بالتثييب الكيسي: نحو 20%. كما أفاد 47% فقط من المراهقين المصابين بالتثييب الكيسي بالترامهم بنظام CPT على النحو المحدد. (كينتير وآخرون، 2000؛ أنتوني وآخرون، 1999) في البالغين المُصابين بالتثييب الكيسي والذين لديهم عادة أنظمة علاج أكثر تطلباً عن المرضى الأصغر سناً، تبدو معدلات الالتزام مؤاتية بدرجة أكبر عندما تحقق العلاجات فوائد فورية ويتم إعطاء المرضى درجة من اختيار العلاج (داف ولاتشفورد، 2010).

تم الإبلاغ عن الالتزام المُقاس إلكترونياً بالمضادات الحيوية على هيئة رذاذ على أنه منخفض جداً، حيث أشارت إحدى الدراسات إلى معدل أقل من 40% (لاتشفورد وآخرون، 2009). يشير هذا قللاً كبيراً نظراً لأن الرذاذ لها دوراً مهماً في توصيل العقار، ومن المقرر أن يرتفع استخدامها بشكل كبير نظراً لعدد العلاجات الموجودة في خط تطوير العقاقير في مؤسسة التثييب الكيسي (مؤسسة التثييب الكيسي، 2017) التي من المرجح أن تكون على هيئة رذاذات (داف ولاتشفورد، 2010).

1.2 عواقب الالتزام دون المثالي

يرتبط الالتزام المثالي بقوة بنتائج أفضل وتقليل خطر الاستشفاء (أوستربيرغ وبلاشك، 2005). وقد تبين أن الالتزام دون المثالي هو أكبر سبب لفشل العلاج (كينتر وآخرون، 2008)، مما يؤدي إلى نتائج صحية سيئة (إيكن وآخرون، 2011). وهو مرتبط بشكل صريح بفشل العلاج، وانخفاض نوعية الحياة، وانخفاض وظائف الرئة الأساسية وارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض، وهو مؤشر لمتطلبات المضادات الحيوية الوريدية (داف ولاتشفورد، 2010؛ كينتر وآخرون، 2008؛ ديماتييو وآخرون، 2002؛ أوستربيرغ وبلاشك، 2005؛ بريساشير وآخرون، 2011؛ إيكن وآخرون، 2011). كذلك يُعد تحسين الالتزام أحد أهم التحديات النفسية والاجتماعية في رعاية مرض التليف الكيسي اليوم.

2 الالتزام في التليف الكيسي

2.1 العوامل المرتبطة بالالتزام

أصبحت المتغيرات التي لها تأثير على معدلات الالتزام في العديد من مجالات العلاج راسخة بشكل متزايد (داف ولاتشفورد، 2010). وتشمل هذه:

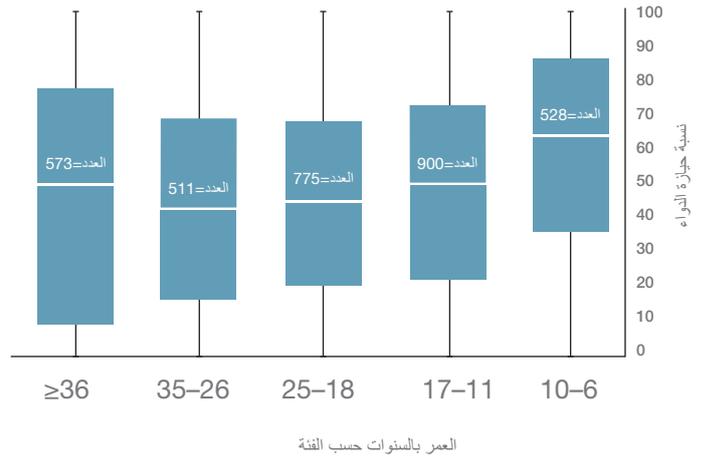
- العوامل الفردية
- العوامل الهيكلية
- العوامل المتعلقة بالعلاج
- مشكلات قياس الالتزام

2.1.1 العوامل الفردية

2.1.1.1 العمر

في حقبة سابقة من الرعاية، كان يُعتقد أن صعوبات الالتزام تزداد من سن 10 سنوات فصاعدًا، لتبلغ ذروتها في سن الـ 16 عامًا تقريبًا (داف ولاتشفورد، 2010). ومع ذلك، مع تحسن المجموعات الحالية من المراهقين بشكل عام وحاجتها إلى علاج أقل، بدأت ذروة صعوبات الالتزام في الظهور في سن الرشد (داف وأوكسلي، 2014؛ كينتر وآخرون، 2014) لأن المعتقدات حول "ضرورة" العلاج لا تواجه نفس معدل تدهور الصحة كما في السابق (داف وأوكسلي، 2014). يتجلى هذا الاتجاه في تحليل بيانات الالتزام المستعرضة حسب العمر من دراسة حديثة أجريت على مرضى تتراوح أعمارهم بين 6 سنوات فما فوق مصابين بالتليف الكيسي ووصفة طبية لأدوية رئوية مزمنة، تم تحديدها من قاعدة بيانات المطالبات التجارية بين يناير 2005 ويونيو 2011 (ريكيرت، 2012؛ كينتر وآخرون، 2014). تشير البيانات بوضوح إلى أن الالتزام (الذي تم قياسه من خلال نسبة حيازة الدواء [MPR])؛ الموصوف بمزيد من التفصيل في القسم 2.2) هو في أعلى مستوياته بين الأطفال. وينخفض الالتزام في مرحلة المراهقة، ولكنه يستمر في الانخفاض خلال أوائل العشرينات وأوائل الثلاثينيات من عمر المرضى. لوحظ تزايد الالتزام مرة أخرى في المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 36 سنة فما فوق (الشكل 1). نظرًا لطبيعة البيانات المستعرضة، يمكن أن تُعزى الزيادة في الالتزام في هذه الفئة العمرية إلى انخفاض معدل الوفيات، أو إلى التأثير الذي يسببه الأفراد الذين تم تشخيصهم في وقت متأخر (ريكيرت، 2012؛ كينتر وآخرون، 2014).

الشكل 1. الالتزام حسب العمر



مقتبس من كينتر وأخرون 2014. حقوق الطبع والنشر © الكلية الأمريكية لأطباء الصدر 2014.

الوقت والنسيان وعدم الرغبة في تناول الأدوية أمام العامة (جورج وآخرون، 2010؛ دزيوبان وآخرون، 2010؛ بريجنبال وآخرون، 2011). علاوة على ذلك، يوجد في هذه المجموعة ارتباط محتمل بين عدد العوائق المبلغ عنها و(1) عبء الرعاية المتصور، و(2) مستويات الالتزام (بريجنبال وآخرون، 2011).

2.1.1.2 الجنس

وجدت دراسة حديثة حول الفروق الجنسانية في الالتزام بالعلاج بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم ما بين 10 و21 عامًا المُصابين بالتليف الكيسي أن الفتيات أبلغن عن التزام أقل بشكل ملحوظ ببعض جوانب نظام علاج التليف الكيسي (باترسون وآخرون، 2008). وأشارت النتائج إلى أن الفتيات أقل التزامًا بنظام علاج التليف الكيسي الخاص بهم (الالتزام العام، والسعال، والأطعمة الغنية بالدهون، وتناول الأدوية/الحبوب) ويواجهن قدرًا أكبر من الإحباط في الرعاية الذاتية. بالإضافة إلى ذلك، أبلغت الفتيات عن ضغوط مرضية متكررة (بما في ذلك الضغوط العاطفية والجسدية) والقلق أكثر من الأولاد. وتم الإبلاغ عن احترام الذات ليكون أعلى بشكل ملحوظ بالنسبة للأولاد، مع ارتباط هذا المعيار بالالتزام بشكل أفضل. تشير البيانات إلى أن التعايش مع التليف الكيسي يبدو أن له تأثير عاطفي أكبر على الفتيات المراهقات مقارنة بالأولاد (باترسون وآخرون، 2008).

وتؤثر العوامل المهمة الأخرى الخاصة بالمرضى على الالتزام وقد تمثل عوائق إضافية للتغيير، كما هو موضح أدناه.

2.1.1.3 المعتقدات

أظهرت مراجعة شاملة للعوامل التي تؤثر على الامتثال العلاجي من وجهة نظر المريض أنه عندما يعتقد المرضى أنهم معرضون لمرض أو مضاعفاته، أو أن هذه العوامل تُسبب عواقب وخيمة على صحتهم، أو أن العلاج سيكون فعالاً أو مفيداً، فإن التزامهم يكون جيداً (جين وآخرون، 2008). تمثل معتقدات العلاج لدى المراهقين المصابين بالتليف الكيسي 50% من التباين في الالتزام المبلغ عنه ذاتياً (باكس وآخرون، 2009). بالنسبة للبالغين، لا يمكن التقليل من أهمية تحديد المعتقدات الخاطئة (على سبيل المثال، "كلما استطعت إطالة مدة تأخري للعلاجات الجديدة كان ذلك أفضل"، "يجب أن أحفظ العلاجات حتى أكون بحاجة إليها حقاً").

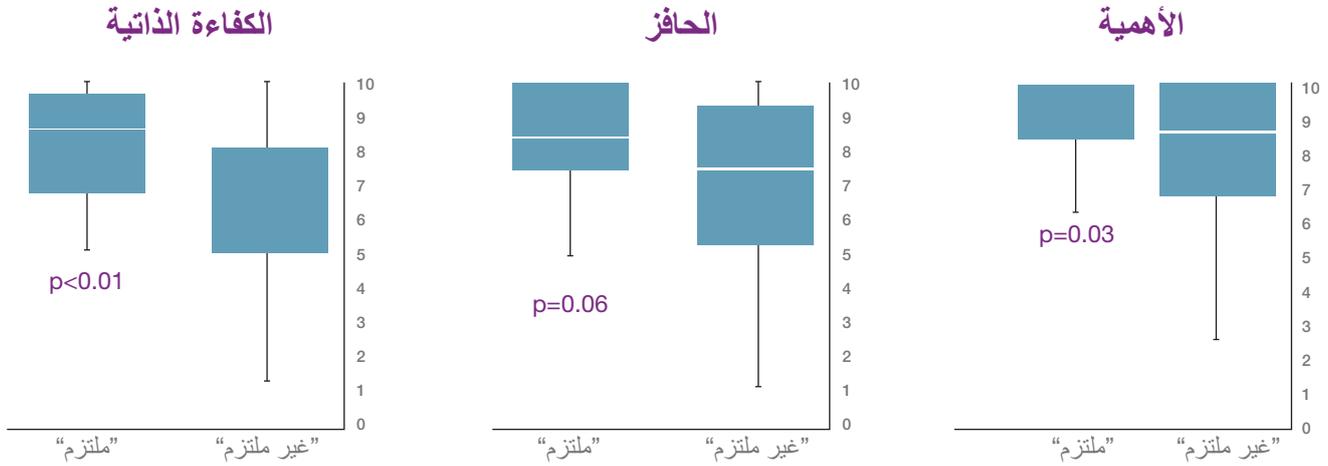
ومع ذلك، سواء كان ذلك مع مراهق أو شاب بالغ، يظل الصراع مع الوالدين في صميم الالتزام دون المثالي. تظهر الخلافات حول العلاج عادةً لأول مرة عندما يطور الشباب معتقداتهم الصحية وقيمهم وأهدافهم، والتي غالبًا لا يشاركها أبائهم (هافيتز وميلر، 2010) أو أعضاء فريق التليف الكيسي متعدد التخصصات. إن رفض الانخراط في علاج التليف الكيسي يمكن أن يكون له تأثير كبير على صحة الأفراد المصابين (دزيوبان وآخرون، 2010). ويمكن للوالدين الذين حافظوا على مراقبة جيدة أن يصبحوا قلقين للغاية عندما يحاول ابنهم المراهق تحمل مسؤوليات العلاج. بالنسبة للمراهقين، تشمل التأثيرات المحددة على الالتزام: المعرفة بالمرض، وموضع معتقدات التحكم، والكفاءة الذاتية، وشدة المرض المتصورة، والتفاوض، وأساليب المواجهة، والعوامل الأسرية، ودعم وخصائص نظام العلاج (باكس، 2009). تشمل العوائق السلوكية المتعلقة بالعمر التي تحول دون العلاج: نسيان تناول الدواء، والتأجيل، وعدم التنظيم (على سبيل المثال، نفاذ الوقت) والافتقار إلى المعرفة (على سبيل المثال، عدم معرفة ما يجب فعله، وهو أمر شائع على الرغم من أن الأسباب قد تكون معقدة وليست ببساطة نتيجة عدم توافر المعلومات). تتضمن العوائق المحددة في الأطفال السلوك المُعارض، ومشكلات إدارة الوقت، والآثار السلبية (مثل المذاق) وصعوبة بلع الحبوب (مودي وكينتر، 2006). بالنسبة للمراهقين والشباب، تتمثل العوائق الأكثر شيوعًا في ضيق

تتأثر المعتقدات حول ما يجب على المريض القيام به بقيم المريض ("ما مدى أهمية حرصى على تناول أدويتي بانتظام؟")؛ نوع الفرد ("ماذا فعلت في الماضي؟")؛ والمعايير الذاتية، أي الضغط الاجتماعي ("ما الذي يعتقد الآخرون بشأن ما يجب عليّ فعله - طبيبي، وأصدقائي، وأمي، وما إلى ذلك - وما مدى اهتمامي؟")؛ والكفاءة الذاتية، أي الثقة ("هل يمكنني التغيير إذا أردت ذلك؟"). يمكن تلخيص ذلك على أنه (1) ماذا يتوقع المريض أن يحدث؟ و(2) ما مدى أهميته بالنسبة للمريض؟

إن المعتقدات حول الطب بالغة الأهمية. وقد تم وصفها بأنها تتعلق بالتوازن بين الضروريات (على سبيل المثال، "ما مقدار ما أحتهجه؟") والمخاوف (على سبيل المثال، "هل سأصاب بأي آثار سلبية؟") (هورن ووينمان، 1999). يتحدد الدافع وراء بدء العلاج والمثابرة عليه من خلال إطار الضرورة والقلق (هورن ووينمان، 1999) حيث يتم تخفيف الأحكام حول الحاجة الشخصية لهذا العلاج ("الضروريات") من خلال المخاوف المتعلقة بالآثار السلبية المحتملة ("المخاوف"). تظهر التحليلات التلوية أن الالتزام دون المثالي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالشكوك حول الحاجة الشخصية للعلاج ومخاوف أخرى (باكس وآخرون، 2009، هورن، 2005).

أظهرت دراسة حديثة وجود اختلافات في معتقدات المريض؛ على وجه التحديد، أهمية العلاج، والتحفيز على أخذ العلاج، والكفاءة الذاتية للتغلب على العوائق التي تحول دون الالتزام. وأشارت البيانات إلى أن المرضى الملتزمون لديهم شعور أعلى بشكل ملحوظ بأهمية العلاج، والدافع تجاه علاجهم من المرضى غير الملتزمين. وقد وجد أن الكفاءة الذاتية مؤشر قوي جداً على الالتزام، حيث أبلغ المرضى الملتزمون عن مستويات أعلى من الثقة حول قدرتهم على التغلب على العوائق التي تحول دون الالتزام من المرضى غير الملتزمين (الشكل 2؛ ريكيرت، 2012).

الشكل 2. الاختلافات في معتقدات العلاج بين المرضى الملتزمين وغير الملتزمين



مقتبس من ريكيرت، 2012.

2.1.1.4 المعرفة والفهم

في حين أن المعرفة العامة حول التلثيف الكيسي لم ترتبط ارتباطاً مباشراً بمعدلات الالتزام، يُعتقد أن فهم العلاج المحدد أمر مهم (كيتلر وآخرون، 2002). يفتقر بعض المرضى وعائلاتهم إلى المعرفة أو المهارات اللازمة للالتزام، ويختار البعض طمس المعلومات كجزء من أسلوبهم في التعامل، بينما يرى الآخرون أنفسهم على أنهم على دراية وملتزمين، لكن يتخذون خيارات مستنيرة بعدم الالتزام بالتوجيهات، مع وجود أهداف علاج مختلفة عن أطبائهم (داف ولاتشفورد، 2010).

2.1.2 العوامل الهيكلية

عادة ما تكون عائلات المرضى هي المصدر الرئيسي للدعم. إذ لديها تأثير كبير على المريض. توجد علاقة متبادلة بين رعاية التلثيف الكيسي وعمل الأسرة. لأكثر من عقدين من الزمن، كان معروفاً أن التواصل الفعال والمهارات التنظيمية جنباً إلى جنب مع تلبية العائلات لاحتياجات جميع الأعضاء ترتبط بنتائج صحية أفضل. على العكس من ذلك، فإن التفكك الأسري والتوتر له تأثير ضار (داف وأوكسلي، 2014). بالنسبة للأطفال، ترتبط الخلافات الأسرية والمشاركة المفرطة وضعف التواصل بمشكلات الالتزام. ويُعتقد أن هذا الأمر يؤثر سلبيًا على النتائج الصحية للتلثيف الكيسي، بسبب عدم قدرة الأسرة على تحسين الالتزام بالعلاج (باترسون وآخرون 1993). من المفاهيم المفيدة التي يجب وضعها في الاعتبار حول أساليب التفاعل ما بين أفراد العائلة هو التوتر الموجود بين القوى الطاردة والقوى الجاذبة. تكون دوافع المراهقين العادية لها تأثير طارد على الأسرة النواة - الرغبة

في المغادرة والاستقلال. عندما يُعاني مراهق من مرض مزمن، يحدث التأثير المعاكس (أي تأثير جانبي)، مما يؤدي إلى استمرار الاعتماد على الوالدين، ومخاوف وصعوبات الوالدين في "التخلي" في وقت حاسم من حيث النمو، حيث يكون السعي للاستقلال وتحقيقه أمراً بالغ الأهمية.

إن المشاركة المفرطة للوالدين أو الشريك متجذرة دائماً في القلق والشعور بالذنب. أظهرت مراجعة منهجية أن الآباء، خاصة الأمهات، أكثر عرضة للإصابة بالمشكلات النفسية، وبشكل خاص القلق (بيرغ وباترسون، 2004). في مجموعة المملكة المتحدة من الدراسة الوبائية الدولية للاكتئاب/القلق (TIDES-UK)، أكمل الآباء مقياسين للقلق والاكتئاب. وأظهرت البيانات من كلا المقياسين أن أكثر من خمس المستجيبين أبلغوا عن قلق بدرجة متوسطة إلى شديدة، لكن المعدلات المقدره للاكتئاب تراوحت ما بين 5% و28% اعتماداً على المقياس المستخدم (داف وآخرون، 2014).

يجب استكشاف جذور القلق لدى الوالدين بعمق أكبر، لكن من شبه المؤكد أنها تشمل: زيارة العيادة، انتظار نتائج النمو الروتيني وقياس التنفس، وتحديد النمو البكتيري الجديد الذي يتطلب علاجاً للمرضى الداخليين. يمكن أن يؤدي وعي الوالدين بالاكتساب البيئي للبكتيريا (على سبيل المثال، الزائفة الزنجارية)، إلى المبالغة في التصورات أو حالات سوء الفهم وبالتالي تقييد الأنشطة الاجتماعية لأطفالهم على حساب نوعية الحياة (أولريتش وآخرون، 2002).

2.1.3 العوامل المتعلقة بالعلاج

كما نوقش في القسم 1.1، قد يؤثر تعقيد النظام على مستوى الالتزام. بشكل عام، يكون الالتزام أكثر ضعفاً إذا كان النظام:

- صعباً أو معقداً
- يستغرق وقتاً طويلاً
- لا يقدم أي ملاحظات فورية لإبلاغ المريض بأن العلاج قد تم أخذه بشكل صحيح
- ليس لديه فائدة مباشرة
- له عواقب سلبية
- تدخلياً ويجعل التلّيف الكيسي "مرئياً"

عادةً ما يتم تأجيل المهام التي تستغرق وقتاً طويلاً (قد يكون من الصعب على الفرد الحفاظ على الحماس إذا كان من المتوقع أن يقوم بشيء ما في المستقبل القريب). بعض العوامل تكون أكثر دقة: قد يجد الأفراد صعوبة في القيام بشيء ما عندما لا يتلقون ملاحظات فورية حول ما إذا كانوا يأخذون العلاج بشكل صحيح (أو حتى إذا كانوا يستفيدون منه). على سبيل المثال، صنع معجون الأسنان ليجعل فمك منتعشاً حتى تشعر أنه مفيد.

2.2 قياس الالتزام

يُعتبر القياس الدقيق للالتزام مهماً للغاية، لأن البيانات تُثري وتدعم أي تدخل مع المرضى. تُعد تقنيات القياس المتغيرة وغير الموثوقة (مثل الإبلاغ الذاتي، وعدد الزجاجات وجمع الوصفات الطبية) من العوامل المهمة التي تمثل عدم الاتساق في معدلات الالتزام المبلغ عنها. حتى في الحالات التي يكون فيها فهم المريض لكل من المرض وخطة العلاج مرضياً، فإن القياس الدقيق لمعدلات الالتزام (معيّراً عنها كنسبة مئوية من الوصفة الطبية) يكون حافلاً من الناحية المنهجية.

المشكلات المستشهد بها بشكل شائع هي تدابير الإبلاغ الذاتي التي تعتمد جداول زمنية مختلفة، وتعدد المستجيبين (مثل الآباء والأطفال). على الرغم من أن المراقبة الإلكترونية يُعتقد أنها أكثر موثوقية، إلا أن "التخلص" (التخلص المتعمد من الدواء) وعدم دقة تقنية الجهاز يمكن أن تُربك النتائج (داف ولاتشفورد، 2010). باستثناء تقنية Adaptive Aerosol Technology™ (دينير ونيكندر، 2010)، التي تسجل إلكترونياً استخدام الرذاذ عند استنشاق النفس فقط، لم يتم تطوير تقييم قياسي ذهبي في التلّيف الكيسي (كيتنر وآخرون، 2008).

لذلك من الضروري للأطباء المهتمين بالالتزام مرضاهم اتباع الإرشادات الحالية لأفضل الممارسات. وتشمل هذه (1) قياس المعرفة بالمرض والعلاج، وفهم المرض وخطة العلاج والعوامل التي تحول دون الالتزام على مستوى الفرد والعائلة، (2) إنشاء خطط علاجية شاملة بنسخ مكتوبة للمرضى والآباء، (3) تثليث البيانات من خلال استخدام طريقتين على الأقل للتقييم (مثل المفكرة اليومية والمراقبة الإلكترونية)، ثم استكشاف التوافق بين نتيجتين أو أكثر، مع إعطاء الأولوية للبيانات الإلكترونية، و(4) عند إجراء البحث، باستخدام النمذجة الخطية الانحدارية أو الهرمية لحساب خطأ القياس والتغاير (كيتنر وآخرون، 2008).

تتوفر طريقة أكثر انتشاراً في الولايات المتحدة لقياس الالتزام وهي استخدام نسبة حيازة الدواء. عندما يأخذ مريض كل الأدوية المتاحة لديه، ويُماثل في الحصول على وصفة طبية جديدة أو إعادة صرفها، فإن المريض حينئذ لم يعد يمتلك أي دواء في متناول اليد. نسبة حيازة الدواء هي نسبة عدد الأيام التي يكون فيها المريض لديه دواء مقسوماً على إجمالي عدد الأيام التي لوحظ فيها المريض. لذلك، فإن المريض ذو الالتزام المثالي ستكون نسبة حيازة الدواء الخاصة به 1.0 أو 100%. يُقاس الالتزام عادةً على مدى 12 شهراً لمعظم الحالات (كوزما وآخرون، 2013). أصبحت نسبة حيازة الدواء في التلّيف الكيسي طريقة مفيدة للحصول على تقدير دقيق للالتزام وقد ثبت أن هذا يختلف اعتماداً على الدواء. تم إثبات هذا الاختلاف في دراسة حديثة لتقييم معدلات الالتزام بالأدوية الرئوية

الشكل 3. تباين الالتزام عبر الأدوية الرئوية

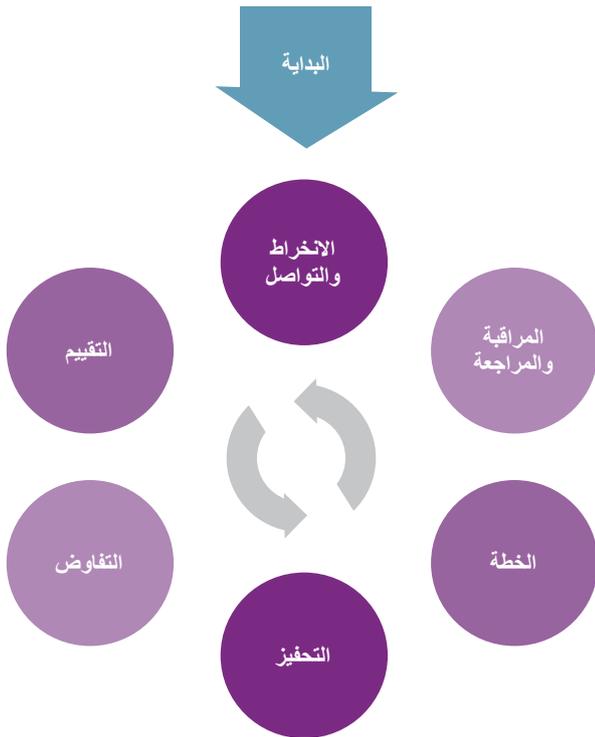


مقتبس من كيتنر وآخرون 2014. حقوق الطبع والنشر © الكلية الأمريكية لأطباء الصدر 2014.

2.3 التدخلات

العمل المنجز مع المرضى لزيادة الالتزام يتألف من ست مراحل رئيسية، موضحة في الأقسام 2.3.1 إلى 2.3.6. ويجب أن تُجرى هذه المراحل في سياق الزيارات الروتينية للعيادات والأجنحة وليس خلال الاستشارات المنفصلة.

الشكل 4. المراحل الست الرئيسية المتضمنة في عملية مساعدة المرضى على زيادة الالتزام



2.3.1 الاتصال والتواصل: إنشاء علاقة تعاونية مع المريض

تبدأ التدخلات بالمناقشة. ومع ذلك، من أجل أن يناقش الطبيب الموضوعات المحتمل أن تكون حساسة بشكل فعال مع المريض، يجب أن يكون هناك شعور بالمشاركة والارتباط بين الطبيب والمريض. تشير البيانات إلى أن مشكلات الاتصال في الفترة ما بين أغسطس 2006 ويوليو 2007، كانت هي الشكوى الثانية الأكثر شيوعاً في هيئة الخدمات الصحية الوطنية (لجنة الرعاية الصحية، 2008). ربما لا يكون هذا الأمر مفاجئاً نظراً لأن الأطباء غالباً ما يقللون من مقدار التفاعل والمناقشة الذي يريده المرضى (أونج وآخرون، 1995). في تقييم لبرامج التدريب على مهارات الاتصال الوطنية في رعاية مرضى السرطان، وجد الأطباء أنهم أكثر تركيزاً على المريض، وزادوا من استخدامهم للتعاطف في المرافق السريرية بنسبة 69% أثناء تقييم المتابعة، مقارنةً بتقييم خط الأساس الأولي (فالوفيلد وآخرون، 2002).

وارتباطها بخصائص المريض، بين عينة كبيرة من المرضى المصابين بالتليف الكيسي. تم حساب نسب حيازة الدواء لكل عقار خلال فترة 12 شهراً لكل مريض (كيتنر وآخرون، 2014). يوضح الشكل 3 الاختلاف لنسب حيازة الدواء عبر مجموعة مختارة من الأدوية الرئوية التي تم تحليلها في هذه الدراسة (كيتنر وآخرون، 2014).

من الناحية العملية، من المفيد أيضاً للطبيب أن يكون لديه أدوات سهلة الاستخدام للتواصل مع المرضى بشأن معرفة حالتهم أثناء تناول علاجاتهم. يمكنك طرح الأسئلة فقط، ولكن استخدام أدوات مختصرة قد يكون أكثر فائدة. لقد طورنا أداة تُسمى مقياس تصنيف الالتزام المختصر (BARS)، باستخدام ثلاثة مقياس تناظرية بصرية تتناول مدى شعور المرضى بالتحسن لدى تناولهم لعلاجاتهم بشكل عام، ومدى سهولة العثور على العلاجات، وما إذا كانوا يعتقدون أنهم بحاجة إلى تغيير ما يأخذونه. يُقصد بهذه الأداة أن تكون بمثابة دافع للمناقشة بدلاً من مقياس موثوق، ولكن قد تجد أنه من المفيد بدء محادثة أو تتبع التغيير بمرور الوقت. يمكن العثور على أداة مقياس تصنيف الالتزام المختصر في مجموعة أدوات الالتزام المرفقة. لمزيد من المساعدة في المناقشات مع مرضاك، قمنا أيضاً بتطوير أداة تسمى مقياس النظير البصري للالتزام وعدم الالتزام (VASANA). ويمكن استخدام هذه الأداة لتتبع مدى تناول المرضى لأدوية معينة بشكل جيد ويمكن أن تساعد في التركيز على المناقشات حول الأدوية التي يعاني منها المرضى. ويمكن العثور على أداة VASANA على موقع CF CARE الإلكتروني (www.cfcare.net).

في علاقة تعاونية حقيقية، يمكن للأطباء عقد مناقشة مفتوحة وصادقة مع المرضى. مع مرور الوقت، يتم توفير المعلومات وموارد التثقيف، ويتم تمكين المريض من اتخاذ الخيارات التي تؤثر عليه، مع الدعم. في مثل هذه التفاعلات، يشعر المرضى أن لديهم بعض السيطرة على نظام علاجهم. ويصبحون على دراية ومعرفة بشأن التثقيف الكيسي ورعايتهم، وبعد ذلك يمكنهم التفاوض مع فريق العمل الخاص بهم من منظور مستنير.

يُعتبر التعاون سر النجاح. بدونها، لن يثق المرضى في فريق العمل مع الحقيقة حيال طريقة تعاملهم ومدى نجاحهم في الالتزام. كما أنهم أقل احتمالاً لتصديق النصائح واتباعها.

يمكن الاطلاع على أهمية إنشاء اتصال ذو مغزى مع المرضى من خلال الإنصات التأملي بالإضافة إلى السرد المتعمق لـ OARS في القسم 3.3.1.

2.3.2 التقييم

لا يُركز التقييم الجيد فقط على سلوك الالتزام الحالي، على الرغم من أهميته. يجب أن يشمل التقييم جميع العوامل التي قد تؤثر على سلوك الالتزام. بوجه عام، التقييم الكامل يجب أن:

- يُحدد السلوك الحالي
- يُحدد المعرفة الحالية
- يكشف المعتقدات الحالية
- يكشف دور عائلة/أصدقاء/شريك المريض
- يكشف الموارد
- يكشف العوائق/الميسرات
- يكشف جميع حالات المشكلات بالتفصيل

في رعاية التثقيف الكيسي، هناك الكثير لتتعلمه من هذه النتائج التي توضح كيف يمكن لاستثمار الوقت في تطوير مهارات الاتصال الجيدة أن يحقق مردودًا كبيرًا عند التعامل مع المرضى. إن أساس التواصل الجيد هو الإنصات. يُساعد الإنصات والفهم في صياغة الاستشارات للحصول على أقصى قدر من المعلومات السريرية من المرضى. من الضروري إدراك أن الإنصات الجيد ليس عملية سلبية؛ فهو ينطوي على أكثر من مجرد الجلوس دون تحدث. يؤدي الإنصات الفعال إلى مشاركة المرضى بنشاط في رعايتهم الصحية والتعاون الحقيقي بينهم وبين اختصاصي الصحة. كما أنه يؤدي إلى حوار أكثر صدقًا - وأكثر فائدة في النهاية. الإنصات الفعال يتم تحقيقه بالإنصات:

- إلى محتوى الرسالة
- إلى مشاعر المتحدث
- دون المقاطعة
- دون إبداء الرأي

في المقابل، تتكون الاستجابة المثلى من "OARS" (ميلر وروولنيك، 1991):

- **الأسئلة المفتوحة:** لا يمكن الإجابة عن هذه الأسئلة بكلمة أو عبارة واحدة. على سبيل المثال، بدلاً من طرح السؤال "هل تحب أن تشرب؟" قد يسأل طبيب، "ما هي مشاعرك حيال الشرب؟"
- **العبارات التشجيعية:** يمكن للطبيب أن يدعم ويُعلق على نقاط قوة المريض ودوافعه ونواياه وتقدمه. يُمثل الحفاظ على الروح المعنوية أمرًا مهمًا حقًا، خاصةً إذا كنت ترغب في اتخاذ خطوة صعبة، مثل الحصول على أعلى جرعة من العلاج، حيث ستكون الثقة عاملاً مهمًا.
- **الإنصات التأملي:** يمكن للطبيب أن يثبت أنه سمع وفهم المريض من خلال التأمل فيما عبّر عنه المريض. ثمة طرق مختلفة للقيام بذلك، تتوزع بين الطرق البسيطة (إعادة صياغة ما قيل فقط، وربما تغيير بضع كلمات) والطرق الأكثر تعقيدًا (إعادة صياغة معنى ما قيل - أو على الأقل ما تعتقده بشأن ذلك).
- **الملخصات:** إن تلخيص ما تمت مناقشته قد يكون مفيدًا حقًا. ويوفر فترة توقف في المحادثة قبل أن تنطلق في اتجاه مختلف. يمكن أيضًا أن يؤدي تجميع الخيوط المختلفة معًا إلى تكوين نقطة قوية جدًا - على سبيل المثال، الطرق المختلفة التي قد تحدث بها الشخص عن مخاوفه.

2.3.3 التفاوض

كما نوقش في الأقسام السابقة، من المهم النظر في كيفية استخدام العلاقة العلاجية بشكل أفضل لتحسين الالتزام. تؤدي مبادئ التعاون الحقيقي إلى:

- محادثات صريحة وصادقة
- الاستماع إلى مريض مشارك بفعالية وفهمه
- توضيح الرسائل الرئيسية

يدخل في سياق العلاقة التعاونية الحقيقية أنه يمكن إجراء المناقشة والتفاوض حول خطط العلاج بشكل فعال. غالبًا ما يجد الأطباء في فرق التليّف الكيسي أنفسهم في مواجهة المعضلات التالية:

1. "هل نجازف بالمساس بالرعاية من خلال الموافقة على نظام علاج مخفض، على أمل أن نجد نقطة انطلاق يمكن للمريض الالتزام بها؟"
2. "هل الأفضل أن يلتزم المريض بعلاجه مرة واحدة يوميًا، بدلاً من مرتين يوميًا نادرًا؟"
3. "ما مقدار العلاج الذي يتعين على المريض الالتزام به ل يبقى على ما يرام؟"
4. "هل أخذ نصف العلاج الموصوف مقبولاً إذا حقق السيطرة على الأعراض؟"

على الرغم من أن فرق التليّف الكيسي تتحمل المسؤولية السريرية ولا يمكنها أن تتغاضى صراحة عن دعم نظام علاج مخفض، إلا أن هذا الموقف يحتاج إلى الموازنة مع تقييم واقعي لما سيفعله المريض بالفعل عندما يخرج من المستشفى أو يغادر العيادة.

في كثير من الحالات، ستكون هناك حاجة لمشاركة المعضلة مع المريض. يمكن بدء المناقشة باستخدام النهج التالي:

"بصفتي طبيبك، أتحمّل مسؤولية توفير أفضل رعاية ممكنة لك وإسداء المشورة لك بشأن خطة العلاج التي ستحقق ذلك. ومع ذلك، ما أسمعك تقوله هو أن الالتزام بهذه الخطة عمل شاق بالنسبة لك الآن بحيث لا يمكن القيام به. ما هي الخُطوة القادمة؟"

هناك ثلاثة أشياء يجب أخذها في الاعتبار عند التفاوض

مع من نحن بحاجة للتفاوض؟	المرضى، الآباء، مقدمي الرعاية، الشركاء، الأشقاء
ما الذي نحتاجه للتفاوض؟	فقط تلك الجوانب من العلاج التي لا يستطيع المريض الالتزام بها على النحو الأمثل
متى نتفاوض؟	عندما يكون من المؤكد أن المريض يتمتع بمعرفة وفهم جيدين للعلاج المعني عندما تفشل المحاولات التقليدية لدعم المريض في الالتزام بالعلاج

2.3.4 التحفيز

إن فكرة التغيير مطروحة، ولكن القرار - بالطبع - يقع على عاتق المريض. ومع ذلك، نعلم أن بقاء الأمر على ما هو عليه هو دائماً ما يكون الخيار الأسهل للأفراد، خاصةً عندما يكون التغيير محل التفكير صعباً، ويعني مواجهة بعض الأفكار المخيفة أو المقلقة بشأن مرضهم.

نحن نعلم أن مساعدة المرضى في حل الأمور بأنفسهم هو دائماً أفضل من تقديم الطبيب لمقترحات. إذن كيف يجب أن يحاول أحد الأطباء معالجة التحيز نحو الحفاظ على الوضع الراهن؟ يمكن للطبيب معالجة هذه المشكلة من خلال مساعدة المرضى في استكشاف جميع أفكارهم ومشاعرهم حول اختيار التغيير أم لا. في النهاية، سينطوي هذا على مواجهة بين المعتقدات المتناقضة أو غير المتسقة. تُعتبر نظرية "التنافر المعرفي" مفهوماً مفيداً لفهم هذه العملية. تم اقتراح التنافر المعرفي من قبل ليون فيستينجر (Festinger L، 1957) لوصف موقف ينطوي على معتقدين متناقضين لا يمكن أن يكون كلاهما صحيحين. التضارب بين المعتقدات، كأن يراود الشخص شعور بفعل شيء ما، لكنه يعجز عن ذلك (مثل الإقلاع عن التدخين)، مما يولد داخل الناس شعور بعدم الراحة، فننتج قوة دافعة للتغيير، إذا تم التصرف بشكل صائب.

يجب استخدام مهارات الإنصات الفعال لتحديد التناقضات بين أفكار وسلوكيات المرضى (يشار إلى هذا غالباً باسم "تطور التناقضات"). وهذا يسمح بتقييم مدى أهمية اعتقاد المرضى أنه للتغيير (أي زيادة التزامهم)، ومدى ثقتهم في تحقيقه. في الواقع، عادة ما يكون المرضى على دراية بمعظم هذا بالفعل، لكنهم بارعون في عدم التفكير في الأشياء التي لا يفعلونها (ولكن يجب عليهم فعلها) التي تجعلهم يشعرون بالذنب أو عدم الراحة.

تتم مناقشة تطوير التناقضات بين أهداف المرضى أو قيمهم وسلوكهم الحالي بمزيد من التفصيل في القسم 3.3.2.

2.3.5 الخطة

عندما يقرر فرد ما التغيير، فإن وجود خطة يمكن أن يحدث فرقاً كبيراً بين النجاح والفشل. تتضمن الخطوة الأولى خلال مرحلة التخطيط تحديد الأهداف. من المغري وضع أهداف غامضة، مثل: "تناول كل أدويتي" أو "تحسّن صحتي فحسب". ومع ذلك، ما لم تكن الأهداف واضحة، فقد ينطوي التغيير على مشكلة، ومن شبه المؤكد سيكون النجاح مستحيل التقييم. أفضل طريقة لتحديد الأهداف هي جعلها ذكية "SMART":

- محددة
- يمكن قياسها
- يمكن تحقيقها
- ذات صلة
- وجود إطار زمني محدد

يسمح معيار SMART بتحديد الأهداف بشكل واضح، وقياسها بمستوى مقبول من اليقين، وواقعي، وذات صلة بأهداف المريض، ويمكن تحقيقها ضمن إطار زمني معقول. من الجدير بالذكر أنه من الأفضل عادة البدء بخطوات أولية صغيرة لبناء ثقة المريض.

بمجرد الاتفاق على الأهداف، يمكن استكمال خطة التغيير. يؤدي كتابة خطة تغيير إلى إلزام المريض بالتغيير ويذكره بأسباب رغبته في التغيير. كما تساعد المرضى في التركيز على ما سيقومون به بالفعل، بالإضافة إلى مساعدتهم في التفكير في الأشياء التي قد تجعل التغيير أسهل (أو أصعب). بشكل عام، من المرجح أن يفعل الناس هدفهم إذا كتبوه، مما يجعل الالتزام أكثر رسمية نوعاً ما.

لقد قمنا بإعداد أداة خطة علاج فردية (ITP) يمكن أن تساعد المرضى في التحكم في علاجهم والتغلب على العوائق التي تحول دون الالتزام. يمكن العثور على نموذج المستند هذا على موقع CF CARE الإلكتروني (www.cfcare.net).

ودعم أسلوب مفيد آخر يتمثل في تشجيع المريض على تصور المشكلات المحتملة وتخيل التعامل معها بنجاح باستخدام الاستجابات المُخطط لها مسبقاً والمتفق عليها معاً. وربما تُسهّل عملية التصور في تعامل المريض بشكل أفضل في الواقع. ومن المهم تذكر الدور الحاسم لمعتقدات المريض، كما نوقش مسبقاً. كما قد تُطرح هذه المعتقدات في أثناء مرحلة التخطيط، لذلك من الأفضل أن تكون مستعداً لمناقشتها مع المريض.

النصيحة الأخيرة هي استخدام التعزيز. من الخرافات الشائعة أن أقوى طريقة لتغيير السلوك هي التهديد بالعقاب. يُعتبر التعزيز الإيجابي في الواقع حافزاً أقوى بكثير، ويمكن استخدامه بشكل فعال في المساعدة على تغيير خطة المرضى. من المستحسن للطبيب أن يقضي بعض الوقت في تحديد ما يمكن أن يفعله المرضى لمكافأة أنفسهم حال نجاحهم في التغيير - مع توضيح مضمون المكافأة ومتى يمكن منحها. أيضاً تسجيل هذا الأمر مفيد للغاية. من المهم أن يتم أخذ المكافآت بالفعل، لأنها تربط السلوك بالمكافأة. وتُعد التعزيزات الأكثر فاعلية سيكولوجية لأنها تمنح المريض الشعور بالسيطرة والقيام بالشيء الصحيح، بالإضافة إلى جعله يشعر بالفخر والثقة. من ناحية أخرى، يستجيب معظمنا أيضاً لمزيد من التعزيزات المادية (سواء كانت على شكل التسوق أو منح شوكولاتة!).

2.3.6 المراقبة والمراجعة

المرحلة الأخيرة هي مراقبة ما يحدث بعد شروع المريض في التغيير. ومن الضروري تخصيص الوقت لمراجعة التقدم، والتفكير في النجاحات، ومراجعة الخطة إذا لم تُؤتي بثمارها. قبل كل شيء، من المهم الحفاظ على الروح المعنوية ومواصلة التركيز على التغيير. التغيير ليس بالأمر السهل وغالباً ما يتطلب عدة محاولات مختلفة للنجاح.

عندما يُحدث الناس تغييراً، فإنهم ينسون أحياناً أن ينسوا لأنفسهم الفضل في ذلك. في بعض الأحيان يردون بتعليقات مثل "لا شيء مميز - كان يجب أن أفعل ذلك منذ فترة طويلة على أي حال". قد يكون هذا بسبب شعورهم بالذنب لحاجتهم إلى الدعم من أجل التغيير. في هذه المواقف، من المهم تطبيع العملية - لتذكير المرضى بأن العديد من الأشخاص في صراع مع التغيير والإشارة إلى مدى إجابة المرضى في عملهم. إذا خطط طبيب لمكافأة، فعليه التأكد من أن المريض تابع الأمر حتى النهاية.

وأفضل طريقة لضمان استمرار الشخص في إجراء التغييرات هي مساعدته في أن يرى بنفسه أن التغييرات التي أجراها كان لها مردوداً إيجابياً.

إن سر نجاح التغيير يكمن في التخطيط. من المعتاد أن معظم الأشخاص لا يصبرون على نجاح عملية التغيير، مما يفشلون في الأغلب بسبب الدخول إليها دون الاستعداد. في الوقت نفسه، فإن عدم البدء على الإطلاق هو السبب الثاني والأكثر شيوعاً للفشل. حتى حين يتخذ الشخص قراراً، فإنه يتساهل في تأجيله.

وعندما يبدأ أحد في التغيير، فمن المحتمل جداً أن يواجه عقبات في طريقه. وهذه العقبات قد تؤخر أو توقف عملية التغيير أو تمنعها من البدء مطلقاً. توجد استراتيجية مفيدة لمساعدة المرضى في تجاوز العوائق تكمن في تبني خطة نية التنفيذ (IMP). أظهرت الأبحاث أن استخدام هذه التقنية البسيطة يمكن أن ينتج عنها تأثير بدرجة متوسطة إلى كبيرة على معدلات تحقيق الأهداف (جولويتزر وشيران، 2006؛ جولويتزر وشيران، 2008).

تساعد خطط نية التنفيذ المرضى في إعداد خطة عمل لأي عقبات تحول دون التغيير. إن قضاء الوقت في توقع ما قد يحدث مفيد في حد ذاته، ولكن هذا الأسلوب ينطوي أيضاً على إنشاء حلول ممكنة. والأهم من ذلك، تدوين العائق والحل قبل محاولة التغيير، مما يعني التدرج على الحل جيداً قبل مواجهة المشكلة. يجب تدوين العقبات والحلول بالتنسيق لا يترك مجالاً للشك بشأن ما سيحدث:

"إذا _____ حدث، سأفعل حينها

_____".

وستكون خبرة الطبيب ومعرفته مفيدة جداً للمريض خلال عملية التخطيط. ومن المهم ألا يغفل الطبيب وينزلق إلى التحدث "بلغة الخبراء"، بإخبار المرضى ما يتوجب عليهم فعله. بدلاً من ذلك، يجب سؤال المرضى عما إذا كان من المفيد إخبارهم بما وجده المرضى الآخرون مفيداً. "الإرشاد" هو وصف مناسب جداً لهذه العملية - إسداء المشورة والإنصات والتكيف مع احتياجات المريض.

إن الهدف من أي تغيير في السلوك يكمن في جعله روتينياً بحيث يصبح السلوك تلقائياً (اعتيادياً). في الأيام الأولى، يمكن إضافة السلوك المُستهدف دون قصد إلى روتين مُحدد بالفعل بحيث يُدمج في نشاط يومي أو روتين. بدلاً من ذلك، قد يكون التلميح/الإشارة بمثابة تذكير للمريض. فيما يلي أمثلة على التلميحات/الإشارات:

- أصوات تنبيهات الهاتف المحمول، والملصقات، ووضع الأدوية في مكان يسهل رؤيتها
- سلوك مُدمج في روتين أو تسلسل سلوكي قائم ويُستخدم كإشارة (مثل تنظيف الأسنان)
- استخدام الأصدقاء/العائلة/الشريك (الذي يُحدده المريض) كمصدر للتذكير

3 المقابلات التحفيزية (MI) والتغيير السلوكي

3.1 معلومات أساسية عن المقابلات التحفيزية

المقابلات التحفيزية هي تدخل مصمم للمواقف التي يحتاج فيها المريض إلى إجراء تغيير في السلوك ولكنه غير متأكد من ذلك، وأحياناً إلى حد مناهض للفكرة. وتقوم على فكرة أن الخطوة الأولى في أي استشارة هي بدء محادثة. ثم تستخدم استراتيجيات معينة لتوجيه هذه المحادثة نحو التغيير.

تتمتع المعلومات الأساسية عن المقابلات التحفيزية في علاج الأشخاص الذين يعانون من مشكلات إدمان الكحول. كان النهج التقليدي هو مواجهة الشخص بعواقب شربه للكحول، والاعتقاد أنه ما لم يعترف بوجود مشكلة، فلن يتحسن أبداً.

ومع ذلك، عندما تم هذا الأمر، أنكر الأشخاص الذين تمت مواجهتهم وجود مشكلة لديهم. ولا داع للدهشة لأنه ليس من السهل على الناس سماع أنفسهم أنهم من مدمني الكحول الذين دمروا حياتهم. كان رد معظمهم بأنهم لم يسمعوا ذلك، ويتناول الأسباب التي كانت وراء وقوع مستشارهم في الخطأ ("أنا لا أشرب أكثر من الشخص الذي بعدي..."). كان من المغري لأولئك الذين يقدمون المشورة أن يلوموا المرضى بعد ذلك، معتبرين أنهم "ليس لديهم قوة إرادة" و"ليس لديهم دافع".

تناولت الورقة الأولى عن المقابلات التحفيزية، التي كتبها اختصاصي النفس بيل ميلر في نيو مكسيكو (1983)، هذه المشكلة بالاعتماد على ممارسته السريرية الخاصة به. على عكس وجهة النظر السائدة، اقترح أنه بدلاً من رؤية الإنكار على أنه ضعف قوة الإرادة أو عدم وجود دافع لحل المشكلة، فقد يكون من المفيد رؤية هذه النتيجة على أنها نتائج للموقف في جلسة المشورة، أي تنتج المواجهة المقاومة والإنكار.

اقترح بيل ميلر عدداً من الطرق التي قد يحاول بها أحد المستشارين تجنب المواجهة، وهذا وضع أسس المقابلات التحفيزية (ميلر، 1983). تم تطوير المقابلات التحفيزية بشكل أكبر بالتعاون مع اختصاصي علم النفس ستيفن رولنيك، وهو اختصاصي علم نفس سريري في الأصل من جنوب إفريقيا ولكنه عمل بعد ذلك في مجال الإدمان في المملكة المتحدة. رأى ستيفن رولنيك أهمية هذا النهج في مرافق الصحة البدنية، خاصة تغيير نمط الحياة والالتزام فيما بعد. استمر بيل ميلر وستيفن رولنيك في التعاون في إعداد أول كتاب عن المقابلات التحفيزية، والعديد من المنشورات منذ ذلك الحين (مثل ميلر وروولنيك، 1991؛ رولنيك وميلر، 1995؛ رولنيك وآخرون، 2007).

أسلوب إرشادي موجه يركز على العميل لتغيير السلوك الاستدراكي من "خلال مساعدة العملاء في استكشاف التناقض وحله".

(رولنيك وميلر، 1995)

يبدو من الغريب في بعض الأحيان أن نرى المقابلات التحفيزية موصوفة على أنها وموجهة وتتمحور حول الشخص، حيث أن النهج التي تتمحور حول الشخص تكون غير موجهة بشكل تقليدي. ومع ذلك، يُعد وصفاً جيداً، لأن الهدف من التدخل هو تشجيع المريض على تغيير سلوكه.

3.2 نظرية المقابلات التحفيزية

3.2.1 المبادئ الرئيسية للمقابلات التحفيزية

على الرغم من أن المقابلات التحفيزية تتأصل في الممارسة السريرية، إلا أنه من الواضح الآن أن المبادئ الرئيسية للمقابلات التحفيزية لها تاريخ طويل جداً. ويمكن تلخيصها في ستة مبادئ عامة:

المبدأ الأول: لا ينبغي إخبار الناس بما يجب عليهم فعله

حتى إذا كان الطبيب يُسدي المشورة الصحيحة، فإن معظم الناس لا يمتلكون بشكل عام كنتيجة لمجرد إخبارهم بما يجب عليهم فعله، إذا لم يشعر الناس بأنهم أصحاب قرار، فيشعرون بالحاجة إلى فعل ما نُهوا عنه - ليثبتوا أنهم أصحاب إرادة حرة. تم وصف هذه الظاهرة من خلال "نظرية التفاعل" التي وضعها جاك بريهم في عام 1966.

المبدأ الثاني: الإنصات

إذا لم يستطع الطبيب الإنصات وإشراك المرضى في المحادثة، فمن غير المرجح أن يتغير المرضى. هذا الجزء من المقابلات التحفيزية له جذوره في الاستشارة التي تتمحور حول المريض، والتي اقترحها كارل روجرز، الذي يزعم بأنه يمكن تسهيل التغيير من خلال تزويد شخص ما بمعالج يتبنى أسلوباً غير توجيهي، يكون متعاطفاً وصادقاً في محاولاته لفهم ردود المرضى مع إنصات معظمهم (روجرز، 1975).

المبدأ الثالث: يجب على المريض إخبار الطبيب بأنه بحاجة إلى التغيير

أفضل شيء يمكن حدوثه هو أن يخبر المرضى الطبيب عن سبب تغييرهم. إذا قالها المرضى بأنفسهم دون أن يقولها الطبيب أولاً، فهذا أقوى بكثير. أيضاً، عادةً ما تكون الأسباب أكثر قوة أيضاً - إذا فعل شخص ما شيئاً لأنه يعتقد أنه صحيح، فمن المرجح أن يستمر هذا الشخص أكثر مما لو كان يفعل ذلك لإرضاء شخص آخر.

المبدأ الرابع: التنافر المعرفي

كما نوقش في القسم 2.3.4، اقترح ليون فيستنجر (1957) التنافر المعرفي ليكون سمة من سمات المواقف التي يعاني فيها الناس مع خيار التغيير، وهذا يجعلهم يشعرون بعدم الارتياح - إذا تم التعامل معه بشكل مناسب، فإنه يُولد زخمًا نحو التغيير.

إن التنافر المعرفي هو ظاهرة قوية للغاية مررنا بها جميعًا. تُشير المقابلات التحفيزية إلى هذا الأمر (أو التناقض، وهو مفهوم ذو صلة) وتهدف إلى استخدام فهم المبادئ للتشجيع على التغيير. إذا ظهر التناقض بين الخيارين، يشعر الناس بالحاجة إلى حل النزاع عن طريق الاختيار.

المبدأ الخامس: يحتاج الناس إلى الشعور بالثقة قبل محاولة التغيير

إذا لم يشعر المرضى بالثقة، فمن المستبعد أن يحاولوا التغيير حتى ولو كانوا مقتنعين بحاجتهم إلى التغيير. والأسوأ من ذلك أنهم قد يشعرون بالاكْتئاب عندما يدركون محنتهم. إذا كان الإيمان بالذات مرتفعًا، فسيشعر المرضى بالثقة ويزيد احتمال نجاحهم. تكون المقابلات التحفيزية صريحة بشأن الحاجة إلى بقاء الروح المعنوية عالية.

المبدأ السادس: التناقض أمر طبيعي

من الطبيعي أن يكون البشر غير متأكدين مما يجب عليهم فعله، خاصة إذا كان الاختيار صعبًا، أو ينطوي على تغيير سيكون صعبًا.

3.3 استراتيجيات المقابلات التحفيزية

«كانت المقابلات التحفيزية عملية من حيث التركيز. تُعتبر استراتيجيات المقابلات التحفيزية أكثر إقناعًا من كونها إلزامية، وأكثر دعمًا من الجدل. يجب أن يسير القائم بإجراء المقابلة التحفيزية بإحساس قوي بالهدف، مع استراتيجيات ومهارات واضحة لمتابعة هذا الغرض، وإحساس بالتوقيت للتدخل بطرق معينة في لحظات حاسمة»

(ميلر وروولنيك، 1991، صفحة 51-52).

في ما يلي الاستراتيجيات الأربع الرئيسية للمقابلات التحفيزية (ميلر وروولنيك، 1991):

1. إظهار التعاطف من خلال الإنصات التأملي
2. تطوير التناقض بين الأهداف/القيم والسلوك الحالي
3. التأقلم مع المقاومة بدلاً من مواجهتها مباشرة
4. دعم الكفاءة الذاتية والتفاؤل

لقد وجد الأطباء الذين يتبنون المقابلات التحفيزية كأسلوب مفضل أن استخدام مهارات OARS (الأسئلة المفتوحة، العبارات التشجيعية، الإنصات التأملي، الملخصات؛ المقدمة في القسم 2.3.1) واستنباط عبارات التحفيز الذاتي (حيث يعبر المريض عن مخاوفه الشخصية ونواياه، بدلاً من محاولة إقناع المريض بضرورة التغيير)، مفيدًا بشكل خاص في المراحل الأولى من العلاج.

3.3.1 إظهار التعاطف من خلال الإنصات التأملي

يتمثل الهدف الأول للطبيب عند العمل مع المريض في فتح المحادثة. على الرغم من أن الطبيب قد يكون قلقًا بشأن المريض، خاصة عندما يكون التغيير في السلوك مطلوبًا بشكل عاجل، إلا أن التدخلات التي تُنشر بسرعة قد لا تكون ذات فائدة إذا لم يستمع الأطباء بشكل تأملي. لا يهم إذا كان بإمكان إحدى خدمات الرعاية الصحية الوصول إلى أفضل العلاجات الطبية المتاحة؛ إذا لم يعد المرضى لأخذ موعدًا، فلن يتمكنوا من الاستفادة منها. هذا موقف صعب، ولكن في معظم الأحيان يكون من المهم أكثر بالنسبة للأطباء التعامل مع المرضى، لأنهم أكثر عرضة للاستجابة لما يقوله الأطباء ويعودوا إليهم، بدلاً من أن يراجع الأطباء قائمة كاملة من الأشياء التي يجب تناولها.

ويمكن للأطباء استخدام عدد من المهارات لجعل المرضى يشعرون بالراحة والقدرة على فتح نقاشات معهم، بالإضافة إلى الشعور بالفهم إذا كانوا يتقنون ببعض المشاعر الصعبة. ويمكن تحقيق ذلك من خلال استخدام مهارات OARS.

الأسئلة المفتوحة

تُعد الأسئلة المفتوحة مفيدة جدًا لفتح محادثة والحد من الافتراضات المتعلقة بحالة المريض أو كيف يشعر. فيما يلي بعض الأمثلة على الأسئلة المفتوحة والمغلقة:

قد يُنظر إلى المحادثات على أنها تعمل على مستويين. على المستوى الأول (أو الظاهري)، تكون التفاعلات راقية أو رسمية أو مثيرة. أما على المستوى الثاني، الأعمق، يستغرق الأطباء وقتًا لمعرفة ما يجري لمرضاهم، وكيف يشعرون. يجسد المستوى الأول معظم الاستشارات التي تحدث في العيادة. وللغالبية العظمى من الوقت، يكون هذا كافيًا. في بعض الأحيان، يكون المستوى الأول غير كافي لاكتساب فهم جيد للقضايا التي تؤثر على المرضى ولمساعدتهم. ويجسد المستوى الثاني المحادثات التي يُجريها الأشخاص مع المقربين منهم ومن يتقنون بهم. إذا كانت هناك مشكلة كبيرة تحول دون الالتزام، فمن غير المرجح أن تُثار في العيادة ما لم تنتقل المحادثة إلى مستوى أعمق.

يتمتع معظم الأشخاص بمهارة فائقة في إجراء محادثات على مستوى أعمق، ونحن جميعًا نجربها من وقت لآخر. ومع ذلك، عندما يكون الأطباء في العيادة فعادًا ما يتبنون طريقة للتفاعل تجعل الأمور في مستوى سطحي أكثر. وهذه طريقة جيدة جدًا للأطباء للحفاظ على تركيزهم واستغلال الوقت بشكل فعال. ومع ذلك، يحتاج الأطباء أحيانًا إلى منح أنفسهم الإذن لاستخدام مهاراتهم الطبيعية في فتح محادثة مع مريض إلى مستوى أعمق، بهدف مساعدتهم في حل مشكلة تتعلق بالالتزام

سؤال مفتوح	سؤال مغلق
أخبرني، ما الذي أتى بك إلى هنا اليوم؟	هل تستخدم الرذاعة؟
ما رأيك في إمكانية استخدام الرذاعة بانتظام؟	هل تعتقد أنه من الجيد لك استخدام الرذاعة بانتظام؟
أخبرني عن استخدام الرذاعة خلال أي أسبوع	هل استخدمت الرذاعة اليوم؟
ما هو شعورك حيال التدخين؟	هل تحب التدخين؟
كيف كان استخدامك للأدوية خلال الأسبوع الماضي؟	كيف كان استخدامك للأدوية هذا الأسبوع، مقارنةً بآخر أسبوع: أكثر أم أقل أم نفس الشيء تقريبًا؟
أخبرني عن آخر مرة استخدمت فيها الرذاعة.	منذ متى استخدمت الرذاعة؟

العبارات التشجيعية

تساعد العبارات التشجيعية في الحفاظ على الروح المعنوية، مما يزيد من احتمالية محاولة التغيير. من الضروري أن يكون تشجيع الطبيب ودعمه حقيقيًا، حيث يمكن أن يكون لذلك تأثير كبير على مسار المحادثة. تتمثل إحدى طرق القيام بذلك في عبارات الاعتراف بنقاط قوة المريض:

على سبيل المثال،

”لم يتمكن أي شخص في الإقلاع عن التدخين كما فعلت“.

الإنصات التأملية

يُشير الإنصات التأملية إلى عملية إعادة صياغة ما قاله المريض. يمكن أن يكون التأمل بسيطًا وديهيًا - مثل إعادة صياغة المحتوى الرئيسي للعبارة (التأمل في المحتوى). هذا هو أبسط استجابة للمقاومة: عدم المقاومة - تكرار عبارة المريض بشكل محايد. إنه يعترف بصوت المريض ويتحقق من صحته ويُظهر إنصات الطبيب. على سبيل المثال:

المريض: ”كانت هذه أسابيع قليلة صعبة بالنسبة لي“.

اختصاصي الصحة: ”يبدو أن الأمور لا تسير على ما يرام“.

ومع ذلك، يمكن أن يكون التأمل أيضًا معقدًا وقويًا، مثل إعادة صياغة معنى ما سبق في محادثة لها تأثير على ما قاله المريض للتو للطبيب (التأمل في المعنى). هذه طريقة فعالة لمساعدة المريض في التحدث والتفكير في شيء ما، مثل تغيير سلوكه. على سبيل المثال:

المريض: ”لقد كنت جيدًا في تناول الدواء؛ ثم سئمت وفوت جمع الجرعات طيلة نهاية الأسبوع“.

اختصاصي الصحة: ”تشعر بالانزعاج لأنك تشعر كما لو أنك خذلت نفسك“.

تُتيح انعكاسات المعنى للطبيب الفرصة للمساعدة في نقل المحادثة إلى مواضيع أكثر أهمية، مما يُظهر إنصات وفهم الطبيب للمريض. قد يبدو هذا الأسلوب محفوفًا بالمخاطر، ولكنه إذا استخدم بشكل مناسب، فسوف تُسفر دائمًا عن فهم عميق. حتى لو كان الطبيب مخطئًا، سيُخبرك المريض عادةً بما يحدث بالفعل.

شكل آخر من أشكال التأمل هو **التأمل الموسع**، حيث يبالغ الطبيب فيما قاله المريض للتو، إذا كان سلبيًا للغاية وتشعر أن المحادثة دون جدوى. ينطوي هذا الأسلوب على مخاطر أكبر، ولكنها يمكن أن تكون فعالة للغاية عند إجرائها بشكل صحيح، ويمكن أن تؤدي إلى إعادة تقييم المريض.

يوجد شكل آخر قد يكون مفيدًا جدًا عند استخدامه بشكل صحيح: **التفكير مزدوج الوجه**. وهذا يستلزم إعادة صياغة العبارات المتناقضة المختلفة التي أدلى بها المريض، والتفكير في الترتيب بحيث يؤدي آخر شيء يمكن قوله إلى الحديث عن التغيير. من الأفضل شرح ذلك من خلال مثال:

• **المريض:** ”أعلم أنه عليّ إدارة أدويتي بنجاح، لكن لا يمكنني تخيل التغيير“.

التوجه السائد هو للتفكير مليًا على هذا النحو:

• **اختصاصي الصحة:** ”لذا، أنت تقول أنك ترى بالفعل الحاجة إلى ترتيب

أدويتك، لكن في الوقت الحالي لا يمكنك رؤية نفسك تفعل ذلك“.

يمكن أن يكون الرد النموذجي:

• **المريض:** ”لا، ليس في الوقت الحالي، إنه صعب للغاية“.

الآن، ضع في اعتبارك الترتيب الذي فكّر به الطبيب مليًا في العبارتين. ماذا سيحدث إذا عكس الطبيب ترتيب العبارات وانتهى بالعبارة الأكثر إيجابية؟

على سبيل المثال:

• **المريض:** ”أعلم أنه عليّ إدارة أدويتي بنجاح، لكن لا يمكنني تخيل التغيير“.

• **اختصاصي الصحة:** ”لذا، أنت تقول أنه لا يمكنك رؤية نفسك تتغير بعد، لكنك ترى حقًا الحاجة إلى ترتيب أدويتك“.

• **المريض:** ”نعم، أعلم أنها مهمة حقًا وأحتاج إلى فعل شيء حيال ذلك“.

من الممكن إذن للطبيب أن يغير لهجة المحادثة التالية بالكامل. إحدى الطرق التي يمكن للطبيب أن يمارسها هي استخدام عبارة ”لذا، من ناحية“ و”من ناحية أخرى“ عندما يبدأ الطبيب في استخدام الأفكار مزدوجة الجانب.

• **اختصاصي الصحة:** ”لذا، من ناحية أنت تقول أنه لا يمكنك رؤية نفسك تتغير

بعد، لكن من ناحية أخرى أنت ترى حقًا الحاجة إلى ترتيب أدويتك“.

الملخصات

يشير هذا إلى الطبيب الذي يجمع الأشياء التي قالها أحد المرضى، ويقدمها مرة أخرى في ملخص موجز. على الرغم من أن الملخصات تبدو وكأنها أسلوب بسيط، إلا أنه من المدهش مدى فعاليتها في تجميع ما يقوله شخص ما والتفكير فيه مليًا. في بعض الأحيان ينتج عن هذا رؤى جديدة.

أخيرًا، توفر إعادة الصياغة للطبيب إمكانية تجاوز التفكير فيما قاله المريض، وإعادة

تتضمن المقابلات التحفيزية استخدام اسئلة القياس. تركز هذه الأسئلة على الأمرين (الضروريين للتغيير)، والذي ينتج عنهما معاً "الاستعداد":

• **الأهمية** ("أعلم أنه يجب عليّ أن أتغير")

• **الثقة** ("أعلم أنه بإمكانني التغيير")

يتعين على الطبيب أن يسأل عن الأهمية - أي ما مدى أهمية أن يظن المريض أنه من المهم بالنسبة له التغيير في تلك المرحلة الزمنية، على مقياس من 0 إلى 10؟ يتبع هذا سؤال مشابه حول الثقة في القدرة على التغيير.

التفكير في التغيير

السلوك الذي تفكر في تغييره:

الأهمية

ما مدى أهمية تغيير هذا السلوك بالنسبة لك الآن؟

يُرجى تقييم مدى أهمية شعورك بالتغيير على المقياس التالي باستخدام علامة X، حيث يمثل 0 "غير مهم على الإطلاق" و10 "أهم شيء".

0 _____ 10

الثقة

إذا كان اليوم هو اليوم الذي قررت فيه تغيير السلوك، فما مدى ثقتك في قدرتك على القيام بذلك؟

يُرجى تقييم ثقتك على المقياس التالي باستخدام علامة X، حيث يشير 0 إلى "غير واثق على الإطلاق" و10 "واثق للغاية".

0 _____ 10

يمكن أن تكون مقاييس النظير البصري مفيدة للغاية؛ إذا أنها تركز مباشرة على المحادثة في الوقت الحالي، ويمكنها إبراز العوائق المحتملة التي تحول دون التغيير قبل وقت طويل من تعطيل العمل. بعد مطالبة المريض بتقييم أهميته وثقته، يمكن للطبيب أن يسأل "ما الذي يتطلب الأمر لكي تكون في X؟"، حيث X تصنيف أعلى قليلاً من ذلك الذي أعطاه المريض.

صياغته من منظور مختلف - ربما يشير إلى الإيجابيات للمريض الذي أخذ نظرة سلبية للغاية عن إنجازاته السابقة. "إعادة الصياغة تُقر بصحة الملاحظات الأولية للعميل، ولكنها تقدم معنى جديداً لهم". (ميلر وروولنيك، 1991)

3.3.2 تطوير التناقض بين الأهداف/القيم والسلوك الحالي

بمجرد بدء المحادثة، تكون مهمة الطبيب السريري هي مساعدة المرضى على التفكير في التغيير. قد يتساءل الطبيب عما إذا كان من الضروري استخدام تقنيات تركز على التغيير، على أساس أنه من المرجح أن يتم ذكر موضوع التغيير أثناء المحادثة مع المريض. هذا مصدر قلق مبرر، ولكن في المواقف التي يكون التغيير فيها مشحوناً بالعاطفة - على سبيل المثال، حيث يؤدي التفكير في زيادة الالتزام بأحد الأدوية إلى إثارة الأفكار حول عواقب المرض وعدم الالتزام - عادة ما يكون الاتجاه الطبيعي لدى الشخص هو محاولة عدم التفكير في الأمر.

في هذا السياق، يتمثل دور الطبيب في "تكافؤ الفرص" - لمحاولة ضمان وجود مناقشة صادقة حول عواقب التغيير وعدم التغيير. يجب أن يتذكر الطبيب أن:

"في مواجهة الاختبار بين تغيير عقلية الفرد وإثبات عدم وجود حاجة للقيام بذلك، ينشغل الجميع تقريباً في أمر الإثبات".

جون جالبريث

تم تصميم العديد من التقنيات التي قد تكون مفيدة في هذا الموقف لزيادة الوعي بالمشكلة والتركيز على التناقض بين المعتقدات والأهداف - ما الذي يرغب المرضى في القيام به (أو ما يعتقدون أنهم يجب عليهم فعله) وما يفعلونه بالفعل. غالباً ما يعرف الناس هذا بالفعل، لكنهم يحاولون عدم التفكير فيه.

يُمكن للأطباء تحقيق هذا الهدف من خلال الملخصات. بعد الحصول على الإذن، قد يقوم الطبيب بدمج التقييم الموضوعي، مثل نتائج الاختبار أو المفكرات اليومية. إذا قرر الطبيب الاستفادة من التقييمات الموضوعية، فعليه قضاء بعض الوقت في استكشاف الآثار المترتبة على نتائج التقييمات، من أجل مواصلة التركيز على الهدف الرئيسي، أي الملخصات. إحدى التقنيات المستخدمة في علاج الإدمان هي أن يقوم الطبيب بإكمال "مفكرة شراب" مع المريض: يشارك الطبيب ورقة بالأيام التي تم تحديدها مع المريض، ويقومون معاً بتعبئة كمية الكحول التي يعتقد المريض أنه تناولها في فترة زمنية سابقة. بعد ذلك سيطلب الطبيب من المريض إضافة المبلغ، والمضي في السؤال عما إذا كان المريض يجد المبلغ الإجمالي مفاجئاً. يمكن تكييف هذا الأسلوب مع العديد من المواقف الأخرى، بما في ذلك الالتزام.

3.3.3 التأقلم مع المقاومة بدلاً من مواجهتها مباشرة

عندما يُطرح موضوع التغيير في المحادثة، فيحتاج الطبيب إلى الاستعداد لعدد معين من المقاومة. وهذا رد فعل مفهوم وشائع. ويؤدي تجنب المواجهة إلى تقليل المقاومة بالتأكيد، لكنه لا يجعلها تختفي تماماً.

من العوامل المهمة أن ينتبه الطبيب إلى الكلمات المستخدمة. بعد الممارسة، يسهل على الطبيب عمومًا تحديد الكلمات التي تشير إلى أن المريض يفكر في التغيير، والكلمات التي تشير إلى أن المريض لا يفكر في التغيير – أو يقاوم الفكرة. من بين أمثلة المقاومة - أو الحديث عن الوضع الراهن -: الجدل، والمقاطعة، والإنكار، والتجاهل.

وتبيّن الأبحاث أن الحديث القوي عن التغيير، خاصة في نهاية الجلسة، يرتبط بالتغيير بعد ذلك. يحتاج الطبيب إلى البحث عن العناصر الواردة في الاختصار "DARN" (ميلر، 2004):

- الرغبة
- القدرة
- السبب
- الحاجة

ومع ذلك، قد يكون من الجيد أن يواجه الطبيب مقاومة، بدلاً من استخدام كلمات DARN. قد يكون ضعف الالتزام أيضاً مقصوداً، على الرغم من أن هذا قد لا يكون صريحاً - قد يكون المريض على دراية بالحاجة إلى التغيير ولكنه خائف جداً من اعتباره خياراً كاملاً. في مثل هذه الحالات، وبمجرد بناء علاقة جيدة، يحتاج الطبيب إلى التحدث مع المريض حول السلوك المشكل (أي ضعف الالتزام). يمكن للطبيب أن يكون صريحاً بشأن هذا الأمر، طالما أنه لا يخبر المريض بما يجب فعله، على سبيل المثال ("هل من الجيد أن نتحدث عن الدواء الآن؟").

بطريقة ما، يمكن اعتبار المقابلات التحفيزية وسيلة مساعدة في اتخاذ القرار لأولئك الذين يقررون تغيير السلوك أم لا. تُعتبر استعارة المقاييس أداة مفيدة؛ وتمثل مهمة الطبيب في مساعدة المرضى على موازنة إيجابيات وسلبيات التغيير، وتشجيعهم على أن يكونوا منفتحين وصادقين عند وضع الأعباء بجانب التغيير. تتمثل إحدى التقنيات المفيدة في توضيح الإيجابيات والسلبيات باستخدام شبكة (مصفوفة القرار؛ انظر أدناه) يمكن ملؤها بردود المريض، والتي تسرد فوائد ونتائج البقاء على نفس الوضع والتغيير. باستخدام هذه الشبكة، يمكن مناقشة فوائد عدم التغيير ونتائج التغيير. هذا أمر مهم وصادق. إذا لم تتم مناقشة هذه الأمور، فسوف يفكر المريض فيها على أي حال - معظم الناس لديهم أسباب وجيهة لعدم التغيير. ومع ذلك، تتيح الشبكة أيضاً مناقشة فوائد التغيير. الطريقة المقترحة للتنقل عبر الشبكة هي مناقشة فوائد البقاء على نفس الوضع أولاً، ثم نتائج البقاء على نفس الوضع، وبعد ذلك نتائج التغيير والانتهاج من فوائد التغيير.

مصفوفة اتخاذ القرار

التغيير	البقاء على نفس الوضع	
		فوائد
		تكاليف

كما ذكر آنفاً في المناقشة حول التناظر المعرفي، هناك نزعة لدى الناس في إيقاف خيار المناقشة الصعب في أسرع وقت ممكن، وتهدف المقابلات التحفيزية إلى إبقاء هذه المناقشة مستمرة، مما يجعل التغيير أكثر احتمالية. وينبغي على الطبيب أن يتذكر أن هذا الأمر يجب أن يتم بحساسية.

ومن المهم للطبيب التأكد من أن المقاومة لا توقف النقاش حول التغيير مبكرًا. ويكون رد الفعل الطبيعي لمعظم الناس عند سماع عبارات المقاومة هي الجدل أو محاولة الإقناع أو، على العكس من ذلك، إغفال المسألة تمامًا. وبطريقة ما، فإن التعامل مع المقاومة يشبه محاولة منع سيارة من الانزلاق على الجليد. وعلى المرء أن يقاوم الميل الطبيعي لاستخدام الفرامل بقوة وتدوير عجلة القيادة؛ وبدلاً من ذلك، على المرء أن يخفف بلطف من الضغط على دواسة الوقود و"يتماهى مع المقاومة".

كيف ينبغي للطبيب أن يستجيب للمقاومة؟ من الشائع (ولكن غير المفيد) أن يستجيب الطبيب بأن يحاول إقناع المرضى بأنهم على خطأ. هناك طريقة سهلة للتفكير في هذا الأمر: يحتاج الأطباء إلى تجنب "رد الفعل التقويمي"؛ وهذا هو الإلزام الذي ينبغي للناس اتباعه لتصحيح مسار الآخرين عندما يكونوا مخطئين، وتقديم النصيحة لهم عندما يشعروا بالمسؤولية. في الحالات السريرية، يمكن أن يكون هذا الاتجاه قويًا للغاية. ولسوء الحظ، إذا تنازلت عن ذلك، فإنه ينتج عنه دائماً استجابات غير مفيدة، على سبيل المثال، "نعم ولكن..."

بمجرد بدء هذه المحادثة، من المرجح أن يوجه الطبيب بعض الأفكار والعبارات المبتدلة التي تمثل مقاومة للتغيير. وهذا أمر متوقع: هذا موضوع صعب من المحتمل أن يكون المريض قد فكر فيه عدة مرات من قبل. كما أنه موضوع حساس للغاية، ومن المرجح أن يصبح المرضى بارعين جدًا في إبعاد الأفكار المقلقة.

ويُعد التعامل مع هذه المقاومة من أكثر المهارات المفيدة التي يمكن أن يطورها المريض. كما أن المقاومة عند مستوى معين سمة من سمات العديد من الاستشارات. بعد كل شيء، يستمتع عدد قليل جدًا من المرضى بالذهاب إلى المستشفى لاطلاعهم على الأشياء التي يتعين عليهم القيام بها، ومن الواضح أن مقاومة فكرة نظام العلاج التندخلي طويل الأمد أمر مفهوم.

هناك العديد من الأمثلة على حديث المقاومة، وسيكون الطبيب على دراية بالعديد منها:

غير موافق	"نعم، ولكن..."
الخصم	"لقد حاولت بالفعل أن..."
المقاطعة	"لكن..."
التتبع الجانبي	"أعلم أنك تريد مني القيام بتنظيف الشعب الهوائية، ولكن هل لاحظت أنني اكتسبت 5 أرطال من الوزن؟ عليك أن تعترف أنني كنت أقوم بعمل رائع فيما يتعلق بوزني!"
عدم الرغبة	"لا أريد أن أفعل ذلك أيضاً"
إلقاء اللوم	"ليس خطئي. لو أن والدي فقط..."
المجادلة	"كيف عرفت؟"
التحدي	"علاجي الحالي لم يحدث فرقاً في وظائف الرئة لدي"
التقليل	"أنا لست نحيفاً لتلك الدرجة"
التشاؤم	"ما زلت أحاول القيام بعمل أفضل ولكن لا شيء يبدو أنه ذو فائدة".
المعذرة	"أعلم أنني يجب أن أتناول المزيد من السعرات الحرارية، ولكن بحكم وظيفتي، فأنا دائماً في حالة حركة، ومن الصعب التحضير ثم الجلوس لتناول وجبة كبيرة"
التجاهل	

- ينبغي إعادة صياغة العبارات
 - ينبغي الإقرار بأن التضارب أمر طبيعي
- من المهم أن يتذكر الطبيب عدم وصف المرضى بأنهم مقاومين، نظرًا لأن هذا يستدعي المواجهة. وبدلاً من ذلك، ينبغي للطبيب أن يوجه المحادثة نحو النظر في البدائل، ويسمح للمرضى برؤية عدم التوافق بين أهدافهم وسلوكهم الحالي. وفي هذه الحالة، يتمثل دور هذا الطبيب في السماح بالتعبير عن جانبي الصراع الداخلي.
- عندما يشير المرضى إلى استعدادهم للنظر في التغيير، يمكن للطبيب مناقشة البدائل معهم. وحتى بعد أن يقرر المريض التغيير، عادة ما تكون هناك طرق عديدة لتحقيق ذلك.
- المبادئ الأساسية وراء التماهي مع المقاومة هي:
- ينبغي ألا تُقابل المقاومة بالواجهة
 - ينبغي إبداء التعاطف والإصغاء التأملي

الاستراتيجية	مثال
التأمل البسيط	المريض: "لن أبدأ في استخدام الرادّاة في أي وقت قريباً". الطبيب: "أنت لا تعتقد أنه سيساعدك الآن".
التأمل الموسع	المريض: "لا أعرف لماذا تشعر أمني بالقلق؛ أنا أتناول معظم أدويتي". الطبيب: "إذاً يجب ألا تقلق والدتك على الإطلاق؟"
التأمل ثنائي الاتجاهات	المريض: "أعلم أنك تريدني أن أبدأ في تناول كل أدويتي، ولكنني لن أفعل ذلك!". الطبيب: "لا تريد التحدث عن الدواء، على الرغم من أنك قد تراه مصدر قلق كبيراً".
تحويل التركيز	المريض: "لا يمكنني البقاء واستخدام الرادّاة عندما يغادر جميع أصدقائي!". الطبيب: "أنت سبقتني - كنا نستكشف مخاوفك بشأن الدواء. هل نتحدث عن الطريقة التي تلائم بها الرادّاة حياتك لاحقاً؟"
الاتفاق مع التمويه	المريض: "لماذا الجميع مهتمون بعدم استخدامي الرادّاة؟ كنت ستشعر بالضجر أيضاً إذا كانت عائلتك تُلح عليك". الطبيب: "هذه نقطة جيدة. الأمر ليس ببساطة عدم استخدام الرادّاة. أتفق معك في أنه لا ينبغي أن نحاول إلقاء اللوم هنا. ويبدو أنه يشمل جميع أفراد الأسرة".
إعادة الصياغة	المريض: "أمي دائماً ما تُلح عليّ بخصوص الرادّاة". الطبيب: "يبدو أن أمك قلقة حقاً، بالرغم من أنها تعبر عن ذلك بطريقة تصل إليك. ربما يمكننا مساعدتها في تعلم كيفية إخبارك بأنها قلقة بطريقة أكثر فائدة".

3.3.4 دعم الكفاءة الذاتية وزيادة الثقة

عندما يلتزم المريض بإجراء تغيير، فإن عدم الثقة في قدرته قد يسبب إحباطاً كبيراً - هو الآن يُقدّر الحاجة إلى التغيير ولكن لا يشعر بالقدرة على ذلك. وفي أسوأ الأحوال، يمكن أن يُزيد من الضيق. ومن ثمّ تهدف المقابلات التحفيزية صراحة إلى زيادة الثقة والكفاءة الذاتية. وتتمثل إحدى طرق تحقيق ذلك في أن يعامل الأطباء المرضى واختياراتهم باحترام دائماً. إذا كان قرار التغيير صادراً عن المرضى، فإنهم يشعرون على الفور بمزيد من الأمان في أحكامهم الخاصة مما لو تم فرض التغيير من الخارج.

ومن المبادئ الأساسية للمقابلات التحفيزية أن يتحمل الأشخاص مسؤولية أفعالهم. هذا مهم إذا كان التغيير مترسّخاً، ولكن قد يكون صعباً في البيئات السريرية، ولا سيما عندما يكون هناك قلق بشأن عافية المريض. ومن المهم أيضاً مراعاة أنه إذا لم يمتلك المرضى قرارهم بتغيير السلوك، فإن أي تغيير في السلوك يُرجح أن يكون قصير الأمد. يساهم احترام المريض في زيادة احترام الذات، وقد يتيح إجراء مناقشة حول الهدف الفعلي لتغيير السلوك.

عند مناقشة الأهداف مع المرضى، هناك العديد من التقنيات التي يمكن للطبيب استخدامها لتعزيز الكفاءة الذاتية للمريض وفرص النجاح. تتمثل إحدى التقنيات في البحث عن النجاحات السابقة. إذا كان المريض يعاني من سوء المزاج أو القلق، فيمكنه غالباً رؤية الأحداث السابقة من منظور سلبي للغاية. يمكن أن تكون إعادة صياغة هذه الأفكار مفيدة. عند مناقشة الاعتبارات المتعلقة بتغيير السلوك، يمكن للطبيب استخدام تقنيات لتعزيز إبداع العملية، مثل حل المشكلات والعصف الذهني:

- إنشاء قائمة بالاحتمالات مع المريض (قد يضيف الطبيب بعض الاقتراحات، مثل التقنيات التي جربها مرضى آخرون)

- تشجيع المريض على تقييم القائمة

- يمكن للمرضى بعد ذلك تحديد الخيار المفضل لهم

من المهم أيضاً للأطباء أن يكونوا واقعيين، وأن يبنوا الجسور في الحياة الواقعية من جلسة العلاج - ستعتمد فائدة الخطة الموضوعية جيداً أو ستصبح قليلة الفائدة إذا كانت غير واقعية؛ على سبيل المثال، ينبغي للطبيب أن يُحدّد الأهداف الأصغر بدلاً من الأهداف الكبيرة. إذا اختار المرضى ذلك، فقد يحضرون إلى الجلسة. أشخاصاً قد يكونوا مهتمين بتنفيذ تغييرهم في السلوك مثل الأصدقاء أو الأقارب.

يمكن أن تكون أسئلة القياس التي تمت مناقشتها سابقاً أدوات مفيدة، مثل تحديد الأهداف: تحديد أهداف واضحة وواقعية، وتقسيم الأهداف الكبيرة إلى خطوات أصغر وأكثر قابلية للإدارة. يمكن أن يكون استخدام صيغة الهدف-الاستراتيجية-الغاية البسيطة مفيدة. ويُحدث تدوين هذه الأشياء فرقاً، فهي بمثابة تذكير وتعزز إحساساً أكبر بالالتزام بالتغيير.

في بعض الأحيان قد تكون هناك بعض المساعدة العملية التي يحتاجها المرضى؛ وربما بعض المعرفة التي يمكن للطبيب مساعدتهم في الوصول إليها، على سبيل المثال لمهارة جديدة يحتاجون إلى العمل عليها.

ويعد استنباط عبارات التحفيز الذاتي جزءاً مهماً من تعزيز الكفاءة الذاتية. يمكن تحديد أربعة أنواع من العبارات التحفيزية (ميلر وروولنيك، 1991):

- الإدراك المعرفي للمشكلة (على سبيل المثال، "أعتقد أن هذا أكثر خطورة مما كنت أعتقد".)
 - التعبير العاطفي عن القلق بشأن المشكلة المتصورة (على سبيل المثال، "أنا قلق حقاً بشأن ما يحدث لي").
 - نية مباشرة أو ضمنية لتغيير السلوك (على سبيل المثال، "يجب أن أفعل شيئاً حياً ذلك").
 - التفاؤل بشأن قدرة الشخص على التغيير (على سبيل المثال، "أعلم أنني لو حاولت، يمكنني فعل ذلك حقاً").
- تتضمن بعض الاستراتيجيات الخاصة لاستنباط عبارات التحفيز الذاتي ما يلي:
- التعرف على المشكلة (على سبيل المثال، "ما الأشياء التي تجعلك تعتقد أن هذه مشكلة؟")
 - الشواغل (على سبيل المثال، "ما الذي قد تراه أنت أو غيرك من الأشخاص أنه من أسباب القلق بشأن استخدامك للأدوية؟")
 - نية التغيير (على سبيل المثال، "إذا كنت ناجحاً بنسبة 100 % وسارت الأمور كما تريد تماماً، فما الذي سيكون مختلفاً؟")
 - التفاؤل (على سبيل المثال، "ما الذي يجعلك تعتقد أنك إذا قررت إجراء تغيير، يمكنك القيام به؟")

4 أن تصبح "مناصرًا للالتزام" الخاص بالتكيف الكيسي (المهارات الأساسية والسلوك)

4.1 فهم أهمية التواصل

في رعاية التكيف الكيسي، يعتمد تحقيق طول العمر المتوقع على التزام المرضى الناجح والسلوكيات الصحية المرتبطة به على الرغم من عبء علاجاتهم. وفيما يتعلق بالشباب، يمكن أن تكون الاستشارات معقدة مع اختلاف وجهات نظر المرضى وأولياء الأمور، مما يقوض أسس التواصل الناجح. أصبحت المناهج التعاونية المتمحورة حول المريض فيما يتعلق بالاستشارات والإدارة نماذج مرغوب فيها للرعاية (دوامينا وآخرون، 2012؛ ستيوارت وآخرون، 2003؛ داف ولاتشفورد، 2010). هذا يعكس كلا من التغيير الثقافي في توقعات المريض - العلاقات المهنية والأدلة الناشئة على أن الأساليب التي تتمحور حول المريض مرتبطة بزيادة الرضا وتحسين النتائج الصحية عن الاستشارات التقليدية التي يقودها الخبراء (مياد وبوير، 2002؛ داف ولاتشفورد، 2010).

إن العلاقة بين التزام المريض بنصيحة الطبيب ومهارات التواصل لدى الطبيب موثقة جيدًا في المطبوعات المنشورة. وتؤثر الطريقة التي يتواصل بها الطبيب مع المرضى على نتائج الرعاية. ويشمل ذلك أيضًا رضا المريض والحالة الصحية واسترجاع المعلومات والالتزام. وتم إجراء تحليل تلوي للدراسات من عام 1949 إلى عام 2008 للتحقق مما إذا كان هناك ارتباط إيجابي عام بين تواصل الطبيب والتزام المريض. بالإضافة إلى ذلك، نظر التحليل التلوي في نتائج الدراسات التي بحثت فيما إذا كان تدريب الأطباء على مهارات التواصل له تأثير على التزام المرضى بالتوصيات. توصل زولنيريك وديماتيو (2009) إلى أن:

- من أصل 106 دراسة ارتباطية، أظهرت جميع الدراسات ما عدا اثنتين وجود علاقة إيجابية بين تواصل الطبيب والتزام المريض
- كان احتمال التزام المريض أكبر بمعدل 2.1 مرة لأولئك الذين كان طبيبيهم متواصلًا جيدًا
- من بين 21 تدخلًا تجريبيًا خضع للتحليل، كان تأثير تدريب الأطباء على التزام المرضى إيجابيًا
- كان احتمال التزام المريض أكبر بنسبة 1.62 مرة إذا تلقى طبيبه تدريبًا على مهارات التواصل

4.2 فهم عوامل وتدخلات الفريق

تتقل الفرق التوقعات إلى المريض. إذا قام الفريق بنقل ثقافة يكون الالتزام الجيد فيها هو القاعدة، ويتم دعم المرضى لتحقيق ذلك، فإن الأعراف الاجتماعية لمركز التكيف الكيسي وتوقعات المرضى ستتغير. ومن الأمثلة الجيدة على ذلك مركز مينيسوتا للتكيف الكيسي في فيرفيو، مستشفى أمبلانز للأطفال بجامعة مينيسوتا في مينيابوليس. لفت هذا المركز انتباه الجمهور عندما كان المدير المؤسس للمركز، طبيب الأطفال وارن وارويك، محور مقال بعنوان "منحنى الجرس" الذي نُشر في ذا نيويورك ركر (غاواندي، 2004). وكان النهج المتبع في مركز مينيسوتا هو أن ينقل الفريق توقع الالتزام بنسبة 100% مع توضيح أن تحقيق ذلك كان جهدًا مشتركًا. بالإضافة إلى الرعاية الحديثة، ركز الفريق على ما يلي:

- تنمية مهارات تواصل جيدة
- توقعات الالتزام العالية المنقولة باستمرار
- الشراكة الصادقة بين الفريق والمريض في حال تحديد مشكلة، وحل المشكلات بطريقة إبداعية ومرنة

4.2.1 التواصل والتعاون

- أقر مركز مينيسوتا بالمشكلات المتأصلة في البيئات الطبية، حيث يستخدم المرضى والاختصاصيون الصحيون الكلمات بشكل مختلف. وشددوا على الوضوح وأهمية نقل المعلومات بوضوح ("لافتراضات خطيرة... تحدث دائمًا وأنصت إلى افتراضاتهم") وأهمية معلومات المخاطر في مساعدة المرضى على فهم واتخاذ قرارات مستنيرة. وأكدوا على أهمية الحصول على معلومات جيدة من المريض/الأسرة - في سياق حوار صادق.

4.2.2 الالتزام

يُقر مركز مينيسوتا بواقع وتحديات الالتزام بشكل علني لمرضاه، ويشير إلى المتطلبات العالية للوقت والجهد ورؤية عدم الالتزام كأمر طبيعي. وفي خطوة خفية ولكنها ذكية للغاية، فإنهم أعادوا بناء عدم الالتزام باعتباره "تجربة" للمريض.

وفي جميع عمليات التواصل، فإنهم يؤكدون باستمرار على أهمية الالتزام ووضع معايير عالية للغاية للفريق والمريض والأسرة.

"إذا لم يسأل موظفو التكيف الكيسي عن التجارب من قبل المرضى أو لم يقوموا بالاستماع... فمن الصعب تحسين العلاج... هناك انهيار كبير في المعركة المشتركة ضد التكيف الكيسي".

4.2.3 التعاون مع الأسر

يشجع مركز مينيسوتا الصدق والعلاقات المفتوحة، ويضع توقعًا لعلاقة متبادلة ("ستحتاج إلى العمل بجد لإنجاح هذا التعاون").

4.2.4 وضع ذلك موضع التنفيذ

في حين أن العديد من التدخلات الخاصة بمشكلات الالتزام يقودها طبيب واحد، هناك فرصًا جيدة للغاية لإعادة تشكيل طريقة تعاملهم مع مجموعة المرضى لديه. على سبيل المثال:

1. اعتماد مبادئ مينيسوتا
2. عند العمل مع الأطفال في سن المدرسة الثانوية وما يليها، رتب للجلوس معهم بمفردهم خلال استشارة العيادة. ويتمثل الهدف من ذلك في بناء الثقة بالشباب في التحدث إلى الأطباء بأنفسهم وإشراكهم في محادثات حول رعايتهم الصحية
3. تحديد هؤلاء المرضى الذين يمثل التزامهم مشكلة مستمرة (والذين فشلت المحاولات الأولية للتعامل معه). إنشاء "عيادة التزام" منتظمة (افتراضية) تعمل بشكل متكرر على الأقل شهريًا. ويمكن أن يتم ذلك تحت إشراف استشاري ولكن تتم إدارته من قبل مناصر الالتزام حيث تجري مراجعة مذكورة الحالة لمجموعة من المرضى. وتحتفظ مجموعة العاملين التي تدير "عيادة الالتزام" بأقل عدد ممكن من أعضاء فريق التلييف الكيسي الأوسع وتكون متسقة إلى أقصى حد ممكن (بما في ذلك اختصاصي نفسي اجتماعي إذا كان متاحًا)
4. إنشاء نظام "العامل الرئيسي"، ويكون مناصر الالتزام هو العامل الرئيسي. ويمكن دمج هذا في عيادات الالتزام أو إجراؤه بشكل مستقل ضمن فريق التلييف الكيسي الأوسع. وبعد ذلك، سيتحمل مناصر الالتزام مسؤولية تنفيذ مبادرات الالتزام. ولتلخيص ذلك، قد تشمل هذه الواجبات: مناقشة وفهم مسألة الالتزام؛ وإقامة علاقة تعاونية حقيقية؛ وتحديد الموافقة على أهداف العلاج؛ والتنسيق مع المريض ودعمه في الجهود التي يبذلها للتبديل بين العيادات/المراجعات.

4.3 قاعدة الأدلة الخاصة بالمقابلات التحفيزية

اهتم المشاركون في تطوير المقابلات التحفيزية بالتقييم من البداية. ومنذ اعتماد كعلاج لمشكلات الكحول، انصب الكثير من العمل المبكر على هذا المجال. وخُصت المراجعة التي أجريت لـ 11 تجربة إكلينيكية للمقابلات التحفيزية نُشرت في عام 1997 إلى أنها أسلوب علاجي فعال وكفء وقابل للتكيف (نونان ومويرز، 1997).

وأكدت التجارب الأحدث هذا الاستنتاج وأصبحت المقابلات التحفيزية الآن متجذرة كعلاج أمثل لمشكلات المخدرات والكحول، فضلاً عن تزايد شعبيته في عدد من المجالات المختلفة، بما في ذلك تغيير نمط الحياة والالتزام في الأمراض المزمنة. ومع زيادة عدد التجارب في مجال المقابلات التحفيزية، تزداد فرص تجميع النتائج المختلفة من الناحية الإحصائية لإنتاج تحليل تلوي. واشتملت مراجعة التحليل التلوي للبحوث حول فعالية علاج المقابلات التحفيزية (هيتمان وآخرون، 2005) على 72 تجربة مستمدة من مجالات تشمل تعاطي الكحول (31) والمخدرات (14) والامتنال للعلاج (5). وقد تضمن التجارب بشكل إجمالي 14,267 مشاركًا خضعوا للعلاج باستخدام المقابلات التحفيزية. وكان متوسط مدة المقابلات التحفيزية المقدمة في هذه التجارب 2.2 ساعة فقط. وقد وجد الباحثون، بشكل غير مفاجئ، أن فعالية المقابلات التحفيزية تتفاوت بشكل كبير بين الدراسات المختلفة، ولكنهم استطاعوا استنتاج أن هناك تأثيرات قوية ودائمة عند إضافة المقابلات التحفيزية إلى علاج فعال. وبالإضافة على ذلك، فإنهم لاحظوا أن المقابلات التحفيزية زادت من الإبقاء على العلاج والالتزام به والتحفيز الذي تصوره العاملون.

وخُصت مراجعة حديثة (لونداهل وآخرون، 2013) إلى وجود ميزة مهمة ومتواضعة للمقابلات التحفيزية (نسبة الاحتمالات 1.55). وعلى غرار النتائج التي توصل إليها هيتمان وآخرون (2005)، تفاوتت الفعالية في دراسات مختلفة. ولم يُلاحظ أنه مفيد في علاج اضطرابات الأكل، على سبيل المثال، ولكنه أظهر وعدًا خاصًا للحمل الفيروسي في فيروس نقص المناعة البشرية. وباختصار، أظهرت المقابلات التحفيزية جدواها على نطاق الوسيط مثل موقع التقديم وخصائص المريض كما اتضحت فعاليتها في التدخلات القصيرة.

توصلت مراجعة لونداهل وآخرين (2010) إلى العديد من النتائج المثيرة للاهتمام، بما في ذلك أن تأثير المقابلات التحفيزية يمكن أن تكون طويلة الأمد، حتى بعد تدخل قصير، وأن الخلفية المهنية للشخص الذي يقوم بالمقابلات التحفيزية لا تُشكّل فرقًا (أي ليس من الضروري أن يكون طبيبًا نفسيًا).

وقد راجع داف ولانتشفورد (2010) ملخص المنشورات السابقة التي تنطبق على التلييف الكيسي، ووجد أن هناك حاليًا العديد من الدراسات الدقيقة التي تغطي السكان البالغين والأطفال في عدد من المجالات السريرية، بما في ذلك داء السكري وفيروس نقص المناعة البشرية، وما زال العمل مستمرًا في التلييف الكيسي. وكان هناك أيضًا بعض التقييم لتدريب فريق التلييف الكيسي في المقابلات التحفيزية (داف ولانتشفورد، 2013)، والذي أظهر نتائج تعلم دائمة وتغييرات في الممارسة. وبشكل عام، أصبح جليًا، على أقل تقدير، أن المقابلات التحفيزية تدخل واعد للغاية.

4.4 تنمية المهارات حول تعليم ودعم الآخرين

يمكن أن يتيح فهم كيفية إعداد التدريب وتقديمه لمناصري الالتزام إنتاج برامج تدريب ذات فعالية وكفاءة في مركز التليّف الكيبي، وزيادة الثقة في تقييم نتائج التعلم.

هل يستخدم الأطباء المقابلات التحفيزية على أي حال؟ على الأغلب لا. وجدت دراسات الاستشارات الروتينية أنه بدون تدريب، لا يستخدم الأطباء المقابلات التحفيزية (موران وآخرون، 2008)، لذا هناك حاجة إلى التدريب.

وتتمثل إحدى المخاطر في إدارة ورشة عمل قصيرة في المقابلات التحفيزية بدون متابعة في أن الممارسين "يندفعون" بعد التدريب حتى يتوقفوا عن إجراء المقابلات التحفيزية، ولكنهم يظلوا يعتقدون أنهم كذلك. وقد تم "حنّهم مقابل المزيد من التدريب" بشكل فعال (ميلر ومونت، 2001). ومن ثم فإن المتابعة الجيدة والدعم بعد التدريب ضروريان.

تعد العناصر الرئيسية التي ينبغي أن تظهر في التدريب على المقابلات التحفيزية متجذرة للغاية. ويُخلص تقرير صادر عن مؤسسة الصحة (2011) الممارسات الجيدة في التدريب على المقابلات التحفيزية. ويشير ذلك إلى أنه يمكن حتى للتدريب القصير للغاية أن يكون له تأثيرات طويلة المدى، ولكن يحتاج المهنيون إلى تدريب أكثر تقدماً وأطول مدة "من أجل تقديم بعض الجوانب الأكثر تعقيداً". ومن حيث الطريقة التي ينبغي من خلالها تنظيم ذلك، يجب أن تكون الميزات الرئيسية:

- التركيز على الفلسفة الأساسية وكذلك المهارات
- مدة كافية للسماح بتضمين المهارات
- فرص الممارسة من خلال لعب الأدوار
- فرص لتقديم تغذية راجعة وإشراف مستمرين

وقد أتبع العمل السابق الذي يقدم التدريب على المقابلات التحفيزية لفرق التليّف الكيبي إرشادات مماثلة في جميع الميزات باستثناء الأخيرة (داف ولاتشفورد، 2013).

5 المراجع

- 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, Gauden 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.
- 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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

Quittner AL, Drotar D, Ievers-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, Ievers-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.

