



**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗΝ
«ΠΡΟΑΓΩΓΗ & ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ & ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ, ΕΚΠΑ
ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ & ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΤΕΙ ΑΘΗΝΩΝ**

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

**Δ Ι Π Λ Ω Μ Α Τ Ι Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α
ΒΑΒΟΥΡΑΚΗ ΠΗΝΕΛΟΠΗ**

**ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΝΤΑΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΜΟΤΙΒΑΤΙΟΝΑΛ ΙΝΤΕΡΒΙΕΥΙΝΓ (ΥΠΟΚΙΝΗΤΙΚΗ
ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ)
ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ
ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

ΑΘΗΝΑ, 2017

Περίληψη

Στην παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια αξιολόγησης εκπαιδευτικής παρέμβασης σε επαγγελματίες υγείας πάνω στην Υποκινητική Συνέντευξη (Motivational Interviewing-MI) για τη βελτίωση των διατροφικών επιλογών και της φυσικής κατάστασης των ασθενών που χρήζουν πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Στο γενικό μέρος της εργασίας πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας πάνω στη διαδικασία και τη σημασία της Υποκίνησης, των βασικών διαθέσιμων θεωριών της αλλαγής της συμπεριφοράς, καθώς επίσης και των βασικών αρχών της MI και στο πως αυτή μπορεί να εφαρμοστεί στην καθημερινή κλινική πράξη. Στο ειδικό μέρος της εργασίας πραγματοποιήθηκε διερεύνηση των Στάσεων, της Ευχέρειας, της Εκπαίδευσης και των Δεξιοτήτων πάνω στην MI επαγγελματιών υγείας (N=47) που εργάζονται ως ιατρικό προσωπικό στα νοσοκομεία «Ευαγγελισμός» και «Λαϊκό». Έγινε προσπάθεια αξιολόγησης μιας εκπαιδευτικής παρέμβασης που στόχο είχε τη βελτίωση των Στάσεων των συμμετεχόντων απέναντι στην MI, της Ευχέρειας κατά την εφαρμογή της MI στην καθημερινή κλινική πράξη και των Δεξιοτήτων που απαιτούνται για την αποτελεσματική εφαρμογή της. Ειδικότερα, η παρέμβαση πραγματοποιήθηκε στο νοσοκομείο «Λαϊκό» (N=26), ενώ οι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου (N=21). Την παρέμβαση συνιστούσαν μια ομιλία και ένας εκπαιδευτικός οδηγός στα οποία γινόταν αναφορά στην MI γενικότερα, στις βασικές αρχές και δεξιότητες που απαιτούνται για την αποτελεσματική εφαρμογή της, τα πιθανά οφέλη της για τους ασθενείς, ενώ περιείχε και παραδείγματα αποτελεσματικής εφαρμογής της MI για τη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών των ασθενών και την εισαγωγή της άσκησης στην καθημερινότητά τους. Οι βασικές μεταβλητές της μελέτης ήταν οι *Στάσεις*, οι *Τεχνικές*, η *Ευχέρεια*, και οι *Δεξιότητες*, οι οποίες μετρήθηκαν με ερωτηματολόγιο το οποίο περιείχε ερωτήσεις κλειστού τύπου σε κλίμακα Likert (1-5). Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια και βασίστηκε σε προηγούμενες έρευνες. Στην πειραματική ομάδα πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις σε 3 χρονικές στιγμές: πριν την παρέμβαση (T0), αμέσως μετά την παρέμβαση (T1) και 1 μήνα μετά την παρέμβαση (T2). Αντίστοιχα, στην ομάδα ελέγχου πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις τις χρονικές στιγμές T0 και T2. Κατά την ανάλυση των δεδομένων, στην ομάδα παρέμβασης προέκυψαν στατιστικά σημαντικές ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης, καθώς σημειώθηκε βελτίωση της

πλειοψηφίας των μεταβλητών μετά την παρέμβαση σε σχέση με πριν, τόσο βραχυπρόθεσμα (T1), όσο και μακροπρόθεσμα (T2). Επιπλέον, συγκρίνοντας τις μεταβολές μεταξύ των δυο ομάδων, δεν φάνηκε να υπάρχει σημαντική μεταβολή των *Στάσεων* της ομάδας παρέμβασης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Από την άλλη, φαίνεται να υπάρχει βελτίωση στην πλειοψηφία των ερωτήσεων για τις *Τεχνικές*, την αυτοαναφερόμενη *Ευχέρεια* και στις *Δεξιότητες* «Διερευνώ τους λόγους που ωθούν τον ασθενή σε μη ισορροπημένες διατροφικές συμπεριφορές», και «Κάνω θετικά σχόλια επιβεβαίωσης». Τέλος, το ποσοστό των συμμετεχόντων που αναφέρει ότι χρησιμοποιεί την ΜΙ κατά την καθημερινή κλινική πράξη αυξήθηκε κατά 37.9% στην ομάδα παρέμβασης ένα μήνα μετά την παρέμβαση. Συνολικά, φαίνεται πως η παρέμβαση είχε θετικά αποτελέσματα, παρά τη μικρή της χρονική διάρκεια και το περιορισμένο δείγμα στο οποίο εφαρμόστηκε. Στην Ελλάδα υπάρχει έλλειψη πλήρως δομημένων προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας για τη διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα. Η χρήση της ΜΙ στην καθημερινή κλινική πράξη έχει βρεθεί ότι μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση των διατροφικών συνήθειων και της φυσικής κατάστασης των ασθενών. Οπότε, σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας πάνω στην ΜΙ φαίνεται να αποτελεί έναν αποτελεσματικό τρόπο ώστε να βελτιωθούν αρχικά οι *Στάσεις* και η *Ευχέρεια*, και μακροπρόθεσμα οι *Δεξιότητες* των επαγγελματιών υγείας πάνω στην ΜΙ, ώστε να μπορούν να την εφαρμόζουν αποτελεσματικά.

Λέξεις κλειδιά:

Αλλαγή συμπεριφοράς; Εκπαίδευση δεξιοτήτων επικοινωνίας; Πρωτοβάθμια περίθαλψη; Επαγγελματίες Υγείας; Εκπαίδευση Επαγγελματιών Υγείας; Υοικινητική συνέντευξη; Διατροφική συμπεριφορά; Διατροφικές συνήθειες; Φυσική δραστηριότητα

Abstract

In present study, an attempt was made to evaluate educational intervention in health professionals on Motivational Interviewing (MI) to improve nutritional behaviors and physical activity of patients in need of primary care. In the general section of this thesis, a review of the current literature on the process and importance of Motivation, the basic theories of behavioral change, as well as the basic principles of MI and how it can be applied to the daily clinical practice was reviewed. In the specific part of the work, an investigation of Attitudes, Confidence, Education and Skills was carried out on MI health professionals (N = 47) working as medical staff at “Evangelismos” and “Laiko” hospitals. An attempt was made to evaluate an educational intervention aimed at improving participants' attitudes towards MI, confidence in the application of MI to the daily clinical practice and skills required for its effective implementation. In particular, intervention was performed at the "Laiko" hospital (N = 26), while the employees at the "Evangelismos" Hospital consisted the control group (N = 21). Intervention included a slide presentation and a training guide referring to MI in general, the basic principles and skills required for its effective implementation, its potential benefits for patients, as well as examples of effective MI implementation to improve nutritional habits of patients and the introduction of exercise into their everyday lives. Main variables of the study were: Attitudes, Techniques, Confidence, and Skills; which were measured with the use of a questionnaire containing closed-ended questions on a Likert scale (1-5). The questionnaire was created by the researcher herself and was based on previous research. In the experimental group, measurements were made at baseline (T0), directly after (T1) and 1 month after intervention (T2). Correspondingly, control group performed measurements at time points T0 and T2. Following data analysis, intervening group showed statistically significant indications for the effectiveness of the intervention, as the majority of the post-intervention variables were improved compared to both short-term (T1) and long-term (T2) results. Moreover, by comparing the changes between the two groups, appeared to be no significant change in the intervening group's attitudes relative to the control group. On the other hand, there seems to be an improvement in the majority of questions about Techniques, Self-Confidence and Skills "I Investigate the Reasons That Induce the Patient to Unbalanced

Eating Behaviors", and "I Make Positive Confirmation Comments". Finally, the percentage of participants who reported using MI in the daily clinical practice was increased by 37.9% in the intervention group one month after the intervention. Overall, it appears that the intervention has had positive results, despite its short duration and the limited sample to which it was applied to. In Greece there is a lack of fully structured health education and health promotion programs for nutrition and physical activity. The use of MI in everyday clinical practice has been found to help improve the eating habits and the physical activity of patients. So, according to the findings of this research, training health professionals on MI seems to be an effective way to initially improve attitudes and confidence, and in the long run the skills of health professionals on MI, so that they can apply it effectively.

Key words:

Behaviour change; Communication skills training; General practice; Health professionals; training Health profesionas; Motivational interviewing; Nutrition behavior, Nutritional habbits, Physical activity

Περιεχόμενα

Εισαγωγή	11
Κεφάλαιο 1 ^ο : Υποκίνηση - Κινητοποίηση.....	14
1.1 Ορισμός της Υποκίνησης.....	14
1.2 Βασικές Υποκινητικές Δυνάμεις.....	15
1.3 Η Διαδικασία της Υποκίνησης.....	16
1.4 Η Σημασία της Υποκίνησης.....	18
Κεφάλαιο 2 ^ο : Οι Βασικές Θεωρίες της Υποκίνησης-Κινητοποίησης.....	20
2.1 Η Θεωρία Ιεράρχησης των Αναγκών του Maslow	20
2.1.1 Κριτική της Θεωρίας της Ιεράρχησης των Αναγκών κατά Maslow	21
2.2 Η Θεωρία των Προσδοκιών Vroom.....	22
2.2.1 Κριτική της Θεωρίας του Victor Vroom.....	24
2.3 Η Θεωρία του Alderfer (ERG).....	24
Κεφάλαιο 3 ^ο : Αλλαγή Συμπεριφοράς	26
3.1 Έννοια της Αλλαγής	26
3.2 Πρότυπα που εξηγούν τη Συμπεριφορά σε θέματα υγείας	27
3.3 Διαθεωρητικό Πρότυπο (Transtheoretical Model - TTM).....	29
3.4 Αναλυτική περιγραφή των Σταδίων Αλλαγής της Συμπεριφοράς.....	32
3.5 Ενδιάμεσες – Εξαρτημένες Μεταβλητές : αποφασίζοντας πότε συμβαίνει η αλλαγή.....	34
3.6 Το Ισοζύγιο Λήψης Απόφασης.....	35
3.7 Αυτοαποτελεσματικότητα ή Πειρασμός.....	35
3.8 Ανεξάρτητες Μεταβλητές : πώς προκύπτει η αλλαγή	36
3.8.1 Διαδικασίες Αλλαγής.....	36
Κεφάλαιο 4 ^ο : Motivational Interviewing	41

4.1 Motivational Interviewing: Αρχές και Στοιχεία.....	41
4.2 Ιστορικά στοιχεία για το Motivational Interviewing	42
4.3 Motivational Interviewing: Εφαρμογή στη Πρακτική της Φροντίδας Υγείας.....	44
4.3.1 Παρακολούθηση	45
4.3.2 Κατεύθυνση	46
4.3.3 Καθοδήγηση.....	47
4.3.4 Μίξη και Προσαρμογή.....	48
4.4 Οι τρεις Βασικές Δεξιότητες της Επικοινωνίας.....	50
4.4.1 Πώς θα γίνει η επιλογή;	51
4.5 Στυλ και Δεξιότητες : Η Στάση και η Συμπεριφορά.....	52
4.6 Κατάχρηση – Υπέρβαση των Ορίων της Κατεύθυνσης	54
4.7 Η Καθοδήγηση, το Motivational Interviewing και η Αλλαγή Συμπεριφοράς.....	55
4.8 Ο μύθος του Μη Κινητοποιημένου Ασθενούς.....	56
4.9 Το ‘πνεύμα’ του Motivational Interviewing	57
4.10 Οι τέσσερις κατευθυντήριες Αρχές – Κανόνες Καθοδήγησης στον τομέα της Υγείας.....	58
4.10.1 Αντίσταση στη φυσική έφεση να κάνουμε το καλύτερο για τον άλλο	59
4.10.2 Κατανόηση και Διερεύνηση των Κινήτρων των Ασθενών.....	60
4.10.3 Ακρόαση του Ασθενούς με Ενσυναίσθηση	60
4.10.4 Ενθάρρυνση του Ασθενούς.....	61
4.11 Τέσσερις επιπλέον αρχές της Συνέντευξης Κινητοποίησης ΜΙ.....	61
4.11.1 Έκφραση ενσυναίσθησης.....	61
4.11.2 Διερεύνηση των αποκλίσεων	62
4.11.3 Διαχείριση της αντίστασης	62
4.11.4 Υποστήριξη της αυτο-αποτελεσματικότητας.....	62
4.12 Συμπεράσματα	63

Κεφάλαιο 5 ^ο : Βιβλιογραφική ανασκόπηση που αφορά στην Εκπαίδευση των Επαγγελματιών Υγείας στην ΜΙ για την αλλαγή διατροφικών συνηθειών και της φυσικής κατάστασης ασθενών πρωτοβάθμιας φροντίδας	66
5.1 Βιβλιογραφική ανασκόπηση που αφορά στην Εκπαίδευση των Επαγγελματιών Υγείας στην ΜΙ για την αλλαγή συμπεριφοράς ατόμων σχετική με διατροφικές συνήθειες και τη φυσική κατάσταση	66
5.2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση που αφορά στην εφαρμογή της ΜΙ για την αλλαγή συμπεριφοράς ατόμων σχετική με διατροφικές συνήθειες και στη φυσική κατάσταση	66
Κεφάλαιο 6 ^ο : Υλικό και Μέθοδος	72
6.1 Σκοπός και Στόχοι της Μελέτης	72
6.2 Ερευνητικές Υποθέσεις.....	72
6.3 Περιγραφή του Δείγματος.....	73
6.4 Το Σχέδιο της Έρευνας	74
6.5 Η Παρέμβαση	76
6.6 Μετρήσεις, Εργαλεία και Αξιολόγηση	77
6.6.1 Ερωτηματολόγιο	77
6.6.2 Μεταβλητές.....	77
6.6.3 Αξιολόγηση της Παρέμβασης.....	78
6.7 Ηθικά Ζητήματα	78
Κεφάλαιο 7 ^ο : Αποτελέσματα	81
7.1 Δημογραφικά Στοιχεία του Δείγματος.....	81
7.2 Μεταβολή των Μεταβλητών εντός των ομάδων	82
7.2.1 Ομάδα Ελέγχου.....	82
7.2.2 Ομάδα Παρέμβασης.....	87
7.3 Μεταβολή των Μεταβλητών μεταξύ των ομάδων.....	94
7.4 Ανάλυση αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου	100
Κεφάλαιο 8 ^ο : Συζήτηση	102
Βιβλιογραφία	106

Ξενόγλωσση.....	106
Ελληνόγλωσση.....	115
Παραρτήματα.....	117

Εισαγωγή

Παραδοσιακά οι επαγγελματίες υγείας έχουν υιοθετήσει έναν «διατακτικό» τρόπο συμβουλευτικής με τους ασθενείς τους όσον αφορά στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, δίνοντας πληροφορίες και οδηγίες για αλλαγές που θεωρούνται απαραίτητες (Rollnick, Butler, McCambridge, Kinnnersley, Elwyn, & Resnicow, 2005). Παρά το γεγονός ότι αυτή η «πατερναλιστική» προσέγγιση μπορεί να είναι απαραίτητη για κάποια άτομα, σε άλλους ασθενείς μπορεί να αυξήσει την αντίσταση στην αλλαγή (Miller, 2005).

Μια αλλαγή στη συμπεριφορά που να διατηρείται μπορεί να επιτευχθεί πιο αποτελεσματικά όταν υπάρχει κίνητρο που προέρχεται από τον ίδιο τον ασθενή και όχι επειδή επιβάλλεται από άλλους (Rollnick et al., 2005). Οι συμπεριφορές επομένως ενισχύονται μέσα από εσωτερική ανταμοιβή που σχετίζεται με τις ανάγκες του ατόμου, τα ενδιαφέροντά του και τα συναισθήματά του. Οι τεχνικές που εστιάζουν στον ασθενή, όπως η συνέντευξη κινητοποίησης και η συνεργατική στοχοθεσία, έχουν ως στόχο να προάγουν την εσωτερική κινητοποίηση και έχουν συσχετισθεί με βελτιωμένα αποτελέσματα στην υγεία (Britt, Hudson, & Blampied, 2004; Rubak, Sandbæk, Lauritzen, & Christensen, 2005; Handley, MacGregor, Schillinger, Sharifi, Wong, & Bodenheimer, 2006). Τέτοιου είδους τεχνικές ενθαρρύνουν την αυτονομία των ασθενών στο να αποφασίζουν ποιες αλλαγές είναι απαραίτητες και πώς μπορούν να τις πετύχουν.

Η αλλαγή συμπεριφοράς είναι μια σταδιακή διαδικασία, η οποία επιτυγχάνεται μέσα από στάδια από τα οποία περνάει ο ασθενής (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Δεν είναι όλα τα άτομα «έτοιμα» για αλλαγή, και για τον λόγο αυτό οι συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις πρέπει να σχεδιαστούν εξατομικευμένα. Ένας τρόπος βελτίωσης της ετοιμότητας του ατόμου για αλλαγή χωρίς να υπάρχει αντιπαράθεση είναι η αύξηση της αντίληψης για το πρόβλημα και η παροχή πληροφοριών (Britt et al., 2004).

Οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία καθορίζονται από την αντίληψη του ατόμου για τα ζητήματα που επακολουθούν και από το κατά πόσο σχετικά θεωρεί τα ζητήματα αυτά με την προσωπική του περίπτωση. Για να συμβεί η αλλαγή, πρέπει το άτομο να πεισθεί ότι η συμπεριφορά του το καθιστά ευάλωτο σε ένα συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας, ότι το πρόβλημα αυτό είναι πιθανά σοβαρό και ότι τα οφέλη από την αλλαγή υπερτερούν σε σχέση με τις πιθανές θυσίες που καλείται το άτομο να κάνει (Elder, Ayala, & Harris, 1999). Κάποιοι

κοινωνικοί παράγοντες μπορούν επίσης να επηρεάσουν την επιθυμία του ατόμου να δεσμευτεί για μια συμπεριφοριστική αλλαγή, όπως τα κοινωνικά πρότυπα ή ιδανικά, καθώς και οι συμπεριφορές των φίλων και της οικογένειας.

Ο φόβος της αποτυχίας μπορεί να αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο στην αλλαγή. Οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της αυτοαποτελεσματικότητας (self efficacy) των ασθενών ή της πίστης στην ικανότητά τους να επιτύχουν έναν συγκεκριμένο στόχο. Αυτό δεν περιλαμβάνει μόνο επιβεβαίωση και εποικοδομητική ανατροφοδότηση, αλλά επίσης παροχή των μέσων και των επιχειρημάτων, ώστε να επιτύχουν τον στόχο τους.

Η «στοχοθεσία» και ο «σχεδιασμός δράσης» αποτελούν εργαλεία που μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να βελτιώσουν τη διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα τους, ιδιαίτερα όταν σχεδιάζονται σε συνεργασία με έναν επαγγελματία υγείας (Handley et al., 2006; MacGregor, Handley, Wong, Sharifi, Gjeltema, Schillinger, & Bodenheimer 2006). Προτιμώνται τα σχέδια δράσης με μεγαλύτερη πιθανότητα επίτευξης, αφού ακόμα και οι μικρές επιτυχίες μπορούν να αυξήσουν την αυτοπεποίθηση και την κινητοποίηση του ατόμου. Το ακρωνύμιο SMART έχει χρησιμοποιηθεί ως οδηγία για τη στοχοθεσία και αναφέρεται σε στόχους που είναι συγκεκριμένοι (Specific), μετρήσιμοι (Measurable), επιτεύξιμοι (Achievable), σχετικοί (Relevant) και έχουν συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα (Time-framed) (Siegert, & Taylor, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Κεφάλαιο 1^ο: Υποκίνηση - Κινητοποίηση

Οι άνθρωποι έχουν διαφορετικές ανάγκες για υποκίνηση. Οι ανάγκες αυτές αλλάζουν μέρα με τη μέρα και από κατάσταση σε κατάσταση και για το λόγο αυτό δεν υπάρχουν γενικευμένες μέθοδοι υποκίνησης κάθε είδους προσωπικότητας που να εφαρμόζονται παντού. Οι άνθρωποι κινητοποιούνται από κάτι με το οποίο συνδέονται, κάτι στο οποίο πιστεύουν, καθώς και κάτι που μπορεί να μην τους κινητοποιούσε πριν, αλλά να τους κινητοποιεί τώρα.

Ο όρος υποκίνηση προέρχεται από το ρήμα «υποκινώ». Υποκίνηση ορίζεται ως η παροχή κίνησης, η πράξη που κάνει τα πράγματα, τους ανθρώπους, τις ιδέες, τις στάσεις να κινούνται, δηλαδή να μεταβάλουν την κινητική τους κατάσταση.

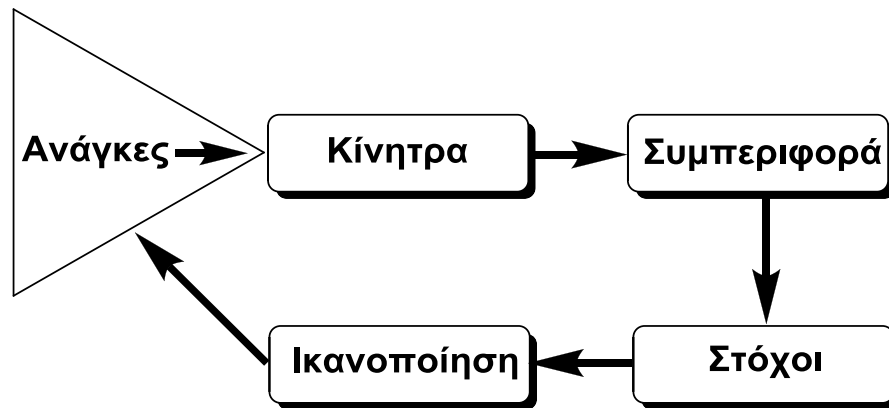
Στην υγεία η αλλαγή της συμπεριφοράς των ανθρώπων είναι ένας εξαιρετικά σημαντικός παράγοντας, ο οποίος μπορεί να επιφέρει τρομακτικά θετικές αλλαγές στο άτομο. Ωστόσο, για να επιτευχθεί αυτό πρέπει να βρεθούν εκείνες οι κινητοποιητικές δυνάμεις, αλλά και διαδικασίες, που θα ωθήσουν το άτομο – ασθενή να αλλάξει προς όφελος της υγείας του. Η κινητοποίηση ή η υποκίνηση είναι μια διαδικασία που βρίσκει εφαρμογή σε όλες τις εκφάνσεις της καθημερινότητας του ανθρώπου, από την βελτίωση της απόδοσης του στην εργασία του, στη βελτίωση των επιδόσεων μαθητών, αθλητών κ.α. Ο κοινός στόχος σε όλες τις περιπτώσεις είναι η βελτίωση. Παρόμοια και στην υγεία η υποκίνηση για αλλαγή συμπεριφοράς έχει ως σκοπό τη βελτίωση της υγείας του ατόμου.

1.1 Ορισμός της Υποκίνησης

Δεν έγινε εφικτή μέχρι σήμερα η επικράτηση ενός και μόνο ορισμού για την υποκίνηση. Αναζητώντας στην διεθνή βιβλιογραφία βρίσκει κανείς πληθώρα από ορισμούς της υποκίνησης. Σε μια προσπάθεια συγκέντρωσης των ορισμών το 1981, οι Paul και Anne Kleinginna (1981) κατέγραψαν 102 ορισμούς τους οποίους κατηγοριοποίησαν σε εννέα ομάδες. Από την πληθώρα των ορισμών που υπάρχουν, επιλέγουμε και αναφέρουμε τους πιο χαρακτηριστικούς.

Συμφώνα με τον Pinder (1984) η υποκίνηση είναι ένα σύνολο από ενεργητικές δυνάμεις οι οποίες μπορεί να προέρχονται από το ίδιο το άτομο ή από το περιβάλλον του και καθορίζουν τη στάση του απέναντι στην αλλαγή της συμπεριφοράς.

Ο Higgins (1994) ορίζει ως υποκίνηση μία εσωτερική ώθηση για να ικανοποιήσει ο άνθρωπος μια ανικανοποίητη ανάγκη του. Όπως επίσης, και μια ψυχολογική διαδικασία που δίνει στην ανθρώπινη συμπεριφορά σημασία και κατεύθυνση (Kreitner, 1995)



Σχήμα 1. Η διαδικασία της Υποκίνησης. Πηγή: Πετρίδου (2012)

Η υποκίνηση μπορεί να οριστεί ακόμη ως η αντίδραση του ατόμου σε διάφορες δυνάμεις ώθησης ή ανάγκες. Συνεπώς όλοι οι άνθρωποι, είτε συμπεριφέρονται λογικά είτε όχι, συνειδητά ή ασυνείδητα συμπεριφέρονται έτσι ώστε να εκπληρώσουν τις ανάγκες που προκύπτουν από τις δυνάμεις υποκίνησης (Χυτήρης, 2001), όπως δείχνει και το πιο πάνω διάγραμμα (σχήμα 1).

Σύμφωνα με τους Montana και Charnov (2002) η υποκίνηση πηγάζει από την ένταση που δημιουργούν οι ανεκπλήρωτες ανάγκες του ατόμου, οι οποίες στη συνέχεια οδηγούν σε συγκεκριμένες συμπεριφορές που έχουν σκοπό τη μείωση της έντασης αυτής.

Η διαδικασία της υποκίνησης είναι μια δυναμική διαδικασία, όπου το άτομο σκόπιμα υιοθετεί μια συγκεκριμένη συμπεριφορά, η οποία κατά τη γνώμη του θα τον οδηγήσει στην επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων του.

1.2 Βασικές Υποκίνητικές Δυνάμεις

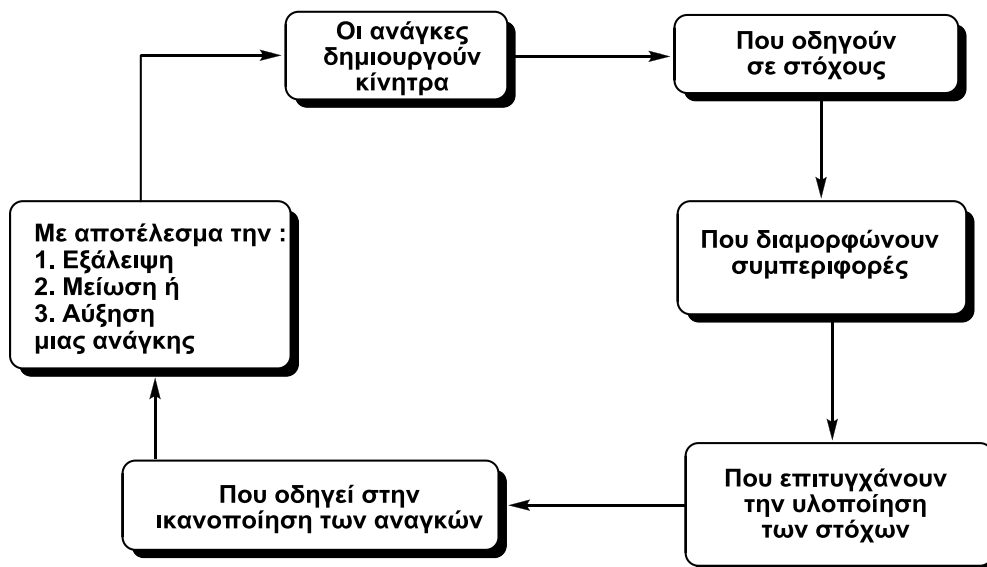
Βασικές υποκίνητικές δυνάμεις ορίζονται οι ανάγκες και οι δυνάμεις εκείνες που υποκινούν τον άνθρωπο να υιοθετήσει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά για να τις ικανοποιήσει. Αυτές διαφέρουν σημαντικά από άτομο σε άτομο, αλλά και στο ίδιο το άτομο, σε διαφορετικές χρονικές περιόδους και διακρίνονται στις βιολογικές, τις κοινωνικές και τις ψυχολογικές.

- 1. Βιολογικές ανάγκες.** Είναι ανάγκες εύκολα αναγνωρίσιμες και έχουν άμεση σχέση με την επιβίωση του ατόμου και της οικογένειάς του. Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται οι ανάγκες για διατροφή, νερό, στέγαση, ύπνο, ξεκούραση και ασφάλεια. Ασκούν τεράστια επίδραση στη συμπεριφορά του ατόμου και ικανοποιούνται με χρήματα (απασχόληση) (Χυτήρης, 2001).
- 2. Κοινωνικές ανάγκες.** Για την αναγνώριση των κοινωνικών αναγκών είναι απαραίτητη η προσεκτική παρατήρηση του ατόμου. Είναι ανάγκες που δε σχετίζονται με τη φυσική επιβίωση του ατόμου, αλλά με την έμφυτη ανάγκη του ατόμου για την αποδοχή και την ένταξη του στο σύνολο, για αγάπη, εκτίμηση και κατανόηση. Οι κοινωνικές ανάγκες αναπτύσσονται είτε στο χώρο εργασίας είτε έξω από αυτόν και καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου.
- 3. Ψυχολογικές ανάγκες.** Αναφέρονται στην ατομική θεώρηση του συγκεκριμένου ατόμου για τις σχέσεις του με τους άλλους. Αποτελούν δηλαδή προσωπική εκτίμηση του συγκεκριμένου ατόμου σε ότι αφορά στη δική του αναγνωσιμότητα και την επιρροή του, την εξουσία και το κύρος του στις διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσει.

Τόσο οι βιολογικές όσο και οι κοινωνικές και ψυχολογικές ανάγκες είναι διαφορετικές σε ένταση, όχι μόνο σε διαφορετικά άτομα, αλλά και στο ίδιο άτομο διαχρονικά, γι' αυτό η ικανοποίηση τους απαιτεί διαφορετική αντιμετώπιση. Τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά οι βιολογικές ανάγκες εκπληρώνονται πρώτες και στη συνέχεια οι κοινωνικές και ψυχολογικές, οι οποίες είναι επίκτητες, μεταβάλλονται διαχρονικά σε ένταση και σημασία και συχνά δεν είναι εύκολα αναγνωρίσιμες από τους τρίτους ή ακόμα και από τα ίδια τα άτομα (Χυτήρης, 2001).

1.3 Η Διαδικασία της Υποκίνησης

Η διαδικασία της υποκίνησης εμπλέκει τρία βασικά στοιχεία: τις ανάγκες, τα κίνητρα και τους στόχους. Η αλληλεπίδραση των σχέσεων των παραπάνω στοιχείων εκφράζει τη διαδικασία της υποκίνησης μέσα από μια συγκεκριμένη σειρά, όπως δείχνει το πιο κάτω σχήμα (σχήμα 2).



Σχήμα 2. Διαδικασία της υποκίνησης. Πηγή: Μακρυγιωργάκης (2001).

Η αρχή της διαδικασίας της υποκίνησης είναι η συνειδητή ή υποσυνείδητη ύπαρξη αναγκών, η οποία παράγει τα κίνητρα που οδηγούν στη διαμόρφωση των στόχων και την υιοθέτηση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς που, κατά την κρίση του ατόμου, θα τον οδηγήσει στην υλοποίηση των στόχων του. Η υλοποίηση αυτών των στόχων έχει ως συνέπεια τη μείωση ή εξάλειψη της ανάγκης και επομένως και του κινήτρου.

Η πιο πάνω περιγραφή της διαδικασίας της υποκίνησης είναι απλουστευμένη. Στην πραγματικότητα η διαδικασία αυτή είναι ένα εξαιρετικά πολύπλοκο φαινόμενο. Αυτό συμβαίνει γιατί οι ανάγκες του ανθρώπου προσδιορίζονται από πολύπλοκους εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες, οι οποίοι εξελίσσονται και η ιεραρχική δομή τους διαφοροποιείται σημαντικά μέσα στο χρόνο και το περιβάλλον. Οι σχέσεις μεταξύ των αναγκών, κινήτρων, στόχων συμπεριφοράς, υλοποίησης των στόχων και ικανοποίησης είναι πολύ δύσκολο να προσδιοριστούν ποιοτικά και ποσοτικά και διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ των ανθρώπων και μεταξύ των συνθηκών μέσα στις οποίες αυτοί δρουν και αναπτύσσονται. Επίσης συχνά υπάρχουν συγκρούσεις μεταξύ των αναγκών ενός ατόμου, που μεταφέρονται σε επίπεδο κινήτρων, στόχων και συμπεριφοράς (Μπουραντάς, 2002).

1.4 Η Σημασία της Υποκίνησης

Η υποκίνηση των ασθενών για αλλαγή της συμπεριφοράς τους αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά ζητήματα της σύγχρονης προσέγγισης στο χώρο της υγείας. Ιδιαίτερα στο χώρο των νοσοκομείων όπου η ποιότητα και η παραγωγικότητα εξαρτάται άμεσα από την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να υποκινήσουν τους ασθενείς να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά τους προς όφελος τους.

Είναι γνωστό πως η υποκίνηση και η ύπαρξη ικανοποιητικών κινήτρων, πολλές φορές αποδεικνύονται πιο ισχυρές από αυτήν της ικανότητας στην εργασία, αφού σε πολλές περιπτώσεις, έχει φάνει ότι εργαζόμενοι με μέτριες ικανότητες ήταν πιο αποδοτικοί από πιο ικανούς εργαζόμενους, επειδή επιδρούσε πάνω τους η υποκινητική δύναμη των κινήτρων (Κόντης, 1994). Κατά αντιστοιχία η αλλαγή της συμπεριφοράς ενός ασθενούς συνδέεται άμεσα με την επιτυχημένη υποκίνηση. Στη βιβλιογραφία γίνεται ιδιαίτερη συζήτηση για την ενθάρρυνση, παρακίνηση και προτροπή του ασθενή με υψηλό κίνδυνο για μια συγκεκριμένη νόσο, που θα οδηγήσει στην αλλαγή της συμπεριφοράς του και θα βοηθήσει στη διαχείριση των παραγόντων κινδύνου όσον αφορά στην εξέλιξη της νόσου. Μία από τις τεχνικές που βοηθούν ενσωματώνοντας τα στοιχεία της ενθάρρυνσης, παρακίνησης και προτροπής είναι η Συνέντευξη Κινητοποίησης (Motivational Interview) που βοηθά στην κινητροδότηση του ασθενή. Ο ορισμός της Συνέντευξης Κινητοποίησης εξελίσσεται και επαναπροσδιορίζεται. Ο πλέον πρόσφατος αναφέρει πως πρόκειται για μια συνεργατική, προσωποκεντρική μορφή καθοδήγησης με σκοπό την εκμείωση και την ενίσχυση των κινήτρων για αλλαγή (Miller, & Rollnick, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Κεφάλαιο 2^ο: Οι Βασικές Θεωρίες της Υποκίνησης-Κινητοποίησης

2.1 Η Θεωρία Ιεράρχησης των Αναγκών του Maslow

Ο βιομηχανικός ψυχολόγος **Abraham Maslow** ήταν από τους πρωτεργάτες της μελέτης των ανθρώπινων αναγκών. Σύμφωνα λοιπόν με το έργο του Maslow **A Theory of Human Motivation** (Maslow, 1943) οι ανθρώπινες ανάγκες σχηματίζουν μια πυραμίδα πέντε κατηγοριών (σχήμα 3).



Σχήμα 3. Η πυραμίδα του Maslow. Πηγή: Αμπελιώτης, Αποστολόπουλος, Γεωργιτσογιάννη, Γιαννακούλια, Κροκίδη, Προβατάρη, & Σαΐτη (2007).

Ξεκινώντας από τη βάση της πυραμίδας στις φυσιολογικές ανάγκες εντάσσονται οι ανάγκες που έχουν πιο πολύ να κάνουν με την ίδια την επιβίωση της ανθρωπότητας, όπως νερό, τροφή, ένδυση και υγεία. Είναι οι πρώτες ανάγκες που πρέπει ο άνθρωπος να ικανοποιήσει. Άλλωστε χωρίς αυτές είναι περιττό να μιλάμε για τις υπόλοιπες.

Οι ανάγκες ασφάλειας περιλαμβάνουν την ανάγκη του ανθρώπου να αισθάνεται μια σιγουριά για την ύπαρξη του και την ικανοποίηση των φυσιολογικών αναγκών στο μέλλον. Οι ανάγκες σιγουριάς ή ασφάλειας αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα κίνητρα για κάθε

εργαζόμενο και παίρνουν τη μορφή της μονιμότητας της εργασίας και της αποταμίευσης. Είναι αυτές οι ανάγκες που οδήγησαν, από την πλευρά των κρατών, στη δημιουργία του θεσμού των κοινωνικών ασφαλίσεων. Επίσης είναι οι ανάγκες που οδήγησαν και στη δημιουργία των ιδιωτικών ασφαλειών, από την πλευρά των επιχειρηματιών, που στοχεύουν στην κάλυψη των αναγκών ασφάλειας.

Μετά τις ανάγκες ασφάλειας, στο επόμενο επίπεδο της πυραμίδας βρίσκονται οι κοινωνικές ανάγκες, όπου φαίνεται η επιθυμία των ανθρώπων να ανήκουν σε κοινωνικές ομάδες, να προσφέρουν την εκτίμηση τους και να απολαμβάνουν την εκτίμηση και την κατανόηση των άλλων, να γίνονται αποδεκτοί, να προσφέρουν και να κερδίζουν αγάπη.

Στην 4η κατηγορία αναγκών κατά τον Maslow βρίσκονται οι ανάγκες για αναγνώριση ή αλλιώς «εγωιστικές ανάγκες». Σε αυτές περιλαμβάνεται η ανάγκη του ανθρώπου για αναγνώριση από τους άλλους, για κύρος, εκτίμηση, σεβασμό, και επιρροή στους άλλους. Η κατηγορία αυτή θεωρείται ως η πιο δύσκολη ως προς την εκπλήρωση των αναγκών αυτών (Μπουραντάς, 2002).

Τέλος στην κορυφή της πυραμίδας βρίσκονται οι ανάγκες αυτοπραγμάτωσης ή ολοκλήρωσης. Πρόκειται για την ανάγκη του ατόμου να γίνει αυτός που ο ίδιος 'θέλει να γίνει', οτιδήποτε είναι ικανός να γίνει όπως αναφέρει και ο Maslow, να φτάσει σε αυτό που ο ίδιος θεωρεί ιδανικό, να πραγματοποιήσει τις επιθυμίες του.

Βασικός κανόνας της θεωρίας του Maslow είναι ότι οι επιθυμίες ακολουθούν διαδοχικά την πορεία της πυραμίδας του από τη βάση προς τα πάνω. Δηλαδή ο άνθρωπος εκπληρώνει τις επιθυμίες της κατώτερης κατηγορίας για να νιώσει τις ανάγκες της επόμενης κατηγορίας (Δίκαιος, Κουτουζής, Πολύζος, Σιγάλας, & Χλέτσος, 1999).

2.1.1 Κριτική της Θεωρίας της Ιεράρχησης των Αναγκών κατά Maslow

Η θεωρία των αναγκών του Abraham Maslow είναι γενικά αποδεκτή θεωρία, εντούτοις η κριτική της βασίζεται σε δύο άξονες.

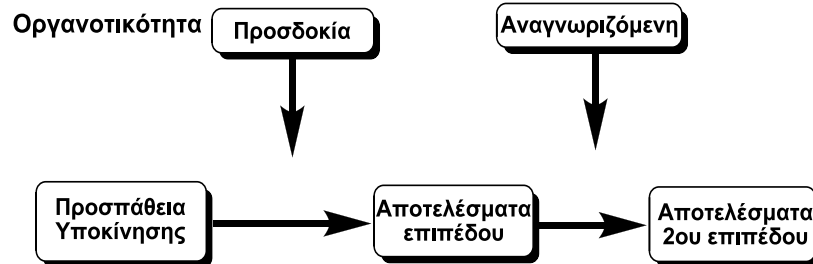
1. Το κριτήριο για την κάλυψη ή όχι μιας ανάγκης δεν είναι αντικειμενικό γιατί είναι διαφορετικό στον κάθε άνθρωπο, όπως για παράδειγμα η κάλυψη της ανάγκης της αυτοπραγμάτωσης διαφέρει όχι μόνο από άτομο σε άτομο, αλλά και στο ίδιο το άτομο σε διαφορετικές χρονικές περιόδους (Μπουραντάς, 2002).

2. Ο δεύτερος άξονας της κριτικής εστιάστηκε στην περίπτωση όπου μια ανάγκη εντάσσεται σε παραπάνω από μια κατηγορία, όπως το παράδειγμα των χρημάτων, όπου είναι κίνητρο που μπορεί να κάλυψη ανάγκες από διαφορετικές κατηγορίες αναγκών (Δίκαιος και συν., 1999).

Παρά την κριτική, θα ήταν παράλειψη να μην αναφέρουμε ότι ο Abraham Maslow ήταν ο πρωτεργάτης στη διερεύνηση των κινήτρων υποκίνησης, τη στιγμή που το μόνο κίνητρο θεωρείτο η αμοιβή.

2.2 Η Θεωρία των Προσδοκιών Vroom

Η θεωρία των προσδοκιών που αναπτύχθηκε από τον Victor Vroom στηρίζεται στις έρευνες των ψυχολόγων Kurt Lewin και Edward Jorlman (Μπουραντάς, 2002). Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι το κάθε άτομο, αφού επιλέξει τα αποτελέσματα που προτιμά να έχει (προτίμηση), μετά επιλέγει την αντίδραση εκείνη που θεωρεί ότι η υιοθέτησή της θα του φέρει τα επιθυμητά για εκείνον αποτελέσματα (Δίκαιος και συν., 1999). Η θεωρία του Vroom απεικονίζεται συνοπτικά στο πιο κάτω σχήμα (σχήμα 4).



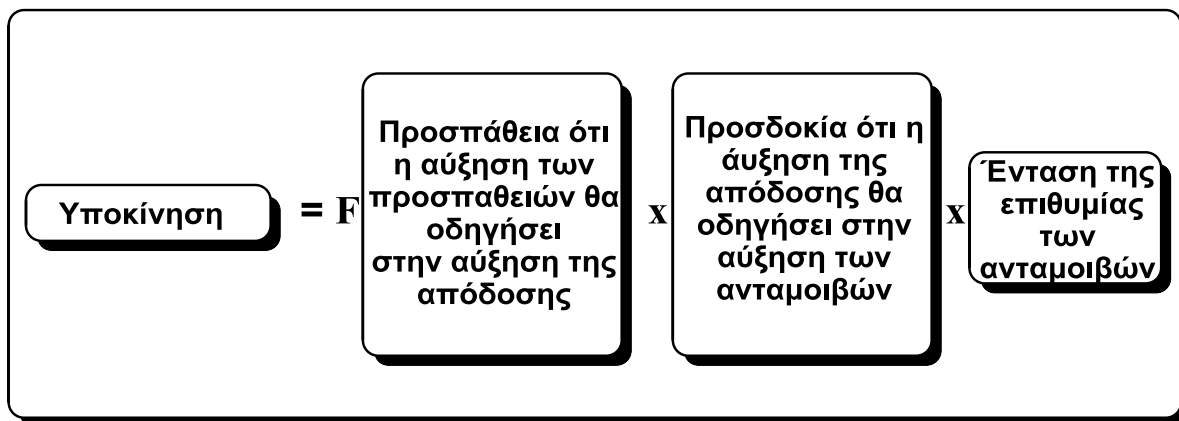
Σχήμα 4. Απεικόνιση της θεωρίας του V. VROOM. Πηγή: Γείτονα (2007).

Σύμφωνα με τη θεωρία του Victor Vroom η προσδοκία είναι η υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου ότι μια συγκεκριμένη ενέργεια θα φέρει το αποτέλεσμα που το άτομο επιθυμεί. Όλες οι πιθανότητες παίρνουν τιμή από μηδέν (0) έως ένα (1). Η τιμή μηδέν σημαίνει ότι το άτομο είναι σίγουρο πως οι ενέργειες του δεν θα έχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα, ενώ όταν οι πιθανότητες παίρνουν την τιμή ένα, αυτό σημαίνει ότι ο εργαζόμενος είναι απόλυτα βέβαιος ότι οι προσπάθειές του θα επιφέρουν το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα.

Προτίμηση καλείται ο βαθμός της επιθυμίας του ατόμου για ένα συγκεκριμένο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, ανάμεσα στο σύνολο των αποτελεσμάτων που μπορούν να πραγματοποιηθούν.

Οργανωτικότητα είναι η υποκειμενική αντίληψη του ατόμου ότι τα αποτελέσματα που επιδιώκει ο υπεύθυνος (αποτελέσματα 1^{ου} επιπέδου) και τα αποτελέσματα που ο ασθενής επιθυμεί (αποτελέσματα 2^{ου} επιπέδου) έχουν τέτοια σχέση μεταξύ τους ώστε να αλληλοεξαρτώνται (Γείτονα, 2007).

Η θεωρία του Vroom αναλύει την υποκίνηση του εργαζόμενου σε μια επιχείρηση. Αναφέρει πως ο εργαζόμενος υποκινείται όταν πιστεύει ότι η αύξηση των προσπαθειών του θα αυξήσει την απόδοση του και θα έχει ως αποτέλεσμα να αποκτήσει ανταμοιβές που έχουν αξία για τον ίδιο. Η υποκίνηση λοιπόν είναι συνάρτηση της προσδοκίας ότι η αύξηση των προσπαθειών του θα οδηγήσει σε αύξηση της απόδοσης και της προσδοκίας ότι η αύξηση της αποδοτικότητας θα οδηγήσει στην αύξηση των προσδοκώμενων ανταμοιβών ή της έντασης της επιθυμίας του εργαζόμενου για την ενδεχόμενη αύξηση των ανταμοιβών (Prochaska et al., 1992) (σχήμα 5). Η θεωρία αυτή μπορεί να επεκταθεί και στην υποκίνηση των ασθενών στο να αλλάξουν. Αφού η αύξηση της προσπάθειάς του για μια καλύτερη ποιότητα υγείας θα αυξήσει την απόδοση του και θα έχει ως αποτέλεσμα να αποκτήσει ανταμοιβές που έχουν αξία για τον ίδιο.



Σχήμα 5. Η εξίσωση της θεωρίας της Victor Vroom. Πηγή: Μπουραντάς (2002).

2.2.1 Κριτική της Θεωρίας του Victor Vroom

Η κριτική που ασκήθηκε στη θεωρία του Victor Vroom είναι ότι είναι περιορισμένη σε άτομα που έχουν τις απαιτούμενες δεξιότητες, την ακριβή αντίληψη του ρόλου τους και την ικανότητα να υπολογίζουν με ακρίβεια τις ανταμοιβές τους και ότι δε δίνει συγκεκριμένες λύσεις για την υποκίνηση του ατόμου (Χυτήρης, 2001).

2.3 Η Θεωρία του Alderfer (ERG)

Ο Alderfer Clayton (1972) πρότεινε μια θεωρία που είναι παρόμοια με τη θεωρία του Maslow, μειώνοντας όμως τις ανθρώπινες ανάγκες από πέντε σε τρεις (Θεοδωράτος, 1999).

1. Η ανάγκη της ύπαρξης, που έχει σχέση με την επιβίωση και την ευημερία του ανθρώπου και είναι οι αντίστοιχες φυσιολογικές ανάγκες του Maslow.
2. Η ανάγκη για σχέσεις, που περιλαμβάνει τις κοινωνικές ανάγκες του Maslow. Την ανάγκη που νιώθει ο άνθρωπος για να ανήκει σε μια ομάδα, να εκτιμά και να εκτιμάται από τους άλλους, να γίνεται αποδεκτός, να προσφέρει αλλά και να απολαμβάνει αγάπη.
3. Η ανάγκη της ανάπτυξης. Στη θεωρία του Maslow είναι οι ανάγκες της αναγνώρισης και της ολοκλήρωσης.

Ο Maslow και ο Alderfer συμφωνούν ότι, μια ανικανοποίητη ανάγκη είναι το βασικό κίνητρο και ότι για να επιτευχθούν οι ανάγκες ανώτερου επιπέδου πρέπει πρώτα να έχουν εκπληρωθεί οι κατώτερες ανάγκες. Ο Alderfer πιστεύει ότι οι ανάγκες ανώτερου επιπέδου γίνονται πιο ενδιαφέρουσες και πιο σημαντικές όταν ικανοποιούνται. Πιστεύει επίσης ότι η διάψευση της ικανοποίησης μιας ανάγκης ανώτερου επιπέδου, πιθανόν να στρέψει την προσοχή των εργαζομένων σε μια ανάγκη κατώτερου επιπέδου (Θεοδωράτος, 1999).

Σύμφωνα με τον Μπουραντά (2002) η θεωρία του Alderfer ή αλλιώς η θεωρία των ERG (Existence Needs – Relatedness needs – Growth needs) βρίσκεται πιο κοντά στην πραγματικότητα από την αντίστοιχη θεωρία του Maslow και είναι αναμφισβήτητα πιο ρεαλιστική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Κεφάλαιο 3^ο: Αλλαγή Συμπεριφοράς

Ένα βασικό χαρακτηριστικό της ζωής μας είναι οι αλλαγές που συντελούνται συνεχώς σε διάφορα επίπεδα, είτε αυτά είναι προσωπικά είτε ομαδικά και αφορούν στο χώρο της οικογένειας, της εργασίας ή της κοινότητας. Ωστόσο, είναι στη φύση του ανθρώπου να αντιστέκεται στο καθετί που έρχεται να διαταράξει την καθημερινότητα, τη ρουτίνα. Η στάση του αυτή θα μπορούσαμε να πούμε ότι αποτελεί αναγκαιότητα επιβίωσης (Mitchelmore, 1996).

Πρόκειται για ένα καθολικό φαινόμενο, του οποίου, χωρίς υπερβολή, οι διαστάσεις αγγίζουν όλους τους τομείς της ζωής μας (Handy, 1995). Η υγεία μας πολύ συχνά βασίζεται πάνω σε αυτές τις αλλαγές για τη βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης. Αν δεν μάθουμε να τις αντιμετωπίζουμε αποτελεσματικά και να τις κατευθύνουμε στο σημείο της επιλογής, τότε προκύπτουν διάφορες δυσκολίες και προβλήματα, με απρόβλεπτες συνέπειες. Οι επαγγελματίες υγείας, με την ικανότητα αντιμετώπισης των αλλαγών, μπορούν να αποβούν αποτελεσματικοί φορείς αλλαγής στο σύστημα της περίθαλψης.

3.1 Έννοια της Αλλαγής

Έχουν αποδοθεί πολλοί ορισμοί στην έννοια «αλλαγή», ανάλογα πάντοτε με την ιδιότητα και την αντίληψη του εκάστοτε εισηγητή της έννοιας. Η έννοια της αλλαγής μπορεί να οριστεί τόσο απλά όσο το «να κάνεις κάτι διαφορετικό» ή «να γίνεις διαφορετικός» (McLeod, 1982). Ο Lippitt (1973) θεωρεί την αλλαγή ως μια προγραμματισμένη ή απρογραμμάτιστη τροποποίηση από το κατεστημένο σε έναν οργανισμό. Η Gillies (1989) εισηγήθηκε μια νέα ερμηνεία, που όμως κτίζει πάνω στην υφιστάμενη του Lippitt (1973) θεωρώντας την αλλαγή ως μια μεταβολή ή αλλοίωση. Ο Adair (1990) ορίζει την αλλαγή ως τη μετάβαση από μια κατάσταση πραγμάτων σε μια άλλη, η οποία συνιστά μια διαδικασία προσαρμογής και επανατοποθέτησης ενός ατόμου ή μιας ομάδας σε ένα νέο περιβάλλον, όπου θα μπορεί να λειτουργήσει πιο αποτελεσματικά. Είναι γεγονός ότι, αν και οι διάφορες έννοιες που έχουν αποδοθεί κατά καιρούς στην αλλαγή φαίνεται να διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους, εντούτοις πάντοτε συνδέονται με ένα κοινό σημείο, την περιγραφή μιας νέας κατάστασης διαφορετικής από το κατεστημένο.

3.2 Πρότυπα που εξηγούν τη Συμπεριφορά σε θέματα υγείας

Διάφορες θεωρίες έχουν προσπαθήσει να εξηγήσουν την επιρροή ποικίλων μεταβλητών στη συμπεριφορά του ατόμου σε σχέση με την υγεία και τα στοιχεία που είναι σημαντικά στο να επηρεάσουν τα άτομα για να αλλάξουν. Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες θεωρίες, πρότυπα, τεχνικές και στρατηγικές που χρησιμοποιούνται είναι :

- 1. Η Κοινωνική Γνωστική Θεωρία [Social Cognitive Theory, (SCT)]** (Bandura, 1986),
- 2. Το Πρότυπο Πεποίθησης Υγείας [Health Belief Model, (HBM)]** (Janz, & Becker, 1984),
- 3. Η Θεωρία της Αιτιολογημένης Δράσης [Theory of Reasoned Action (TRA)]** (Ijzen, & Fishbein, 1980),
- 4. Η Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς [Theory of Planned Behaviour, (TPB)]** (Ajzen, & Madden, 1986), και
- 5. Το Δια-Θεωρητικό Πρότυπο [Trans-theoretical Model, (TTM)]** (Prochaska, & DiClemente, 1982; Prochaska, & DiClemente, 1983; Prochaska, & Velicer, 1997; Prochaska, Butterworth, Redding, Burden, Perrin, Lea, Michael, Flaherty, Robb & Prochaska, 2008).

Επιπρόσθετα, στο λεγόμενο Intergrated Model (Fishbein, 2000) προτείνεται ο συνδυασμός στοιχείων ενός θεωρητικού προτύπου με στοιχεία από άλλα θεωρητικά πρότυπα.

Σε πρόσφατες μελέτες χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της Κοινωνικής Γνωστικής Θεωρίας (Social Cognitive Theory - SCT) με σκοπό την προαγωγή, όχι μόνο μιας θετικής αλλαγής στην συμπεριφορά του ατόμου, αλλά και της αποτελεσματικότητάς της στο άτομο με απώτερο σκοπό τις ορθότερες διατροφικές του επιλογές. Οι έννοιες που απαρτίζουν το πρόγραμμα SCT περιλαμβάνουν (Bandura, 1986; Glanz, Rimer, & Lewis, 2002):

- 1. Περιβάλλον**
- 2. Συμπεριφορική ικανότητα**
- 3. Προσδοκίες, αυτοέλεγχος**
- 4. Παρατηρητικότητα και ικανότητα μάθησης μέσω αυτής**
- 5. Ενίσχυση της αποτελεσματικότητας του ατόμου και αμοιβαία αιτιοκρατία.**

Μια από τις κύριες έννοιες του SCT είναι η αποτελεσματικότητα του ατόμου. Αυτή είναι η ικανότητα του ατόμου να πιστέψει ότι είναι ικανό να υιοθετήσει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά (Abood, Black, & Birnbaum, 2004). Σύμφωνα με τον επιφανή ψυχολόγο και ερευνητή στον τομέα του SCT, τον Albert Bandura, η γνώση των κινδύνων και των ωφελειών στην υγεία είναι αυτό που ξεκινά την αλλαγή. Όμως, για τους περισσότερους ανθρώπους πρόσθετες επιρροές, όπως η πίστη του ατόμου στην ικανότητα του να αλλάξει, απαιτούνται για την υιοθέτηση νέων συνηθειών στη ζωή του (Bandura, 1986; Bandura, 2004).

Ωστόσο, παραμένει το ερώτημα ποια από τις υπάρχουσες θεωρίες μπορεί να εξηγήσει με περισσότερη ακρίβεια συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία. Σε ένα άρθρο ανασκόπησης (Glanz, Lewis, & Rimer, 1997) βρέθηκε ότι οι HBM, TRA/TPB, SCT and TTM είναι από τις θεωρίες που χρησιμοποιούνται ευρέως και είναι οι πιο διαδεδομένες.

Ανασκοπήσεις και αναλύσεις για τις θεωρίες HBM (Janz & Becker, 1984; Harrison, Mullen, & Green, 1992), TRA και TPB (Godin, & Kok, 1996; Hausenblas, Carron & Mack, 1997; Albarracín, Johnson, Fishbein, & Muellerleil, 2001; Hagger, Chatzisarantis, & Biddle, 2002), της SCT (Strecher, DeVellis, & Becker, 1986; Bandura, 1998) και TTM (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992; Burkholder, & Evers, 2002; Rosen, 2002; Spencer, Pagell, Hallion, & Adams, 2002) ενισχύουν την καταλληλότητα της κάθε μίας από αυτές τις θεωρίες. Αυτή η επικρατούσα «ασοτιμία» στα βιβλιογραφικά δεδομένα, όμως, συντηρεί τη σύγχυση μεταξύ των ερευνητών για το ποια είναι η πιο κατάλληλη θεωρία για τη μελέτη της συμπεριφοράς σε θέματα υγείας.

Η ανάγκη για την εξεύρεση της κατάλληλης θεωρίας με τη μεγαλύτερη ακρίβεια στην επεξήγηση της συμπεριφοράς είναι προφανής και απαραίτητη (Noar, & Zimmerman, 2005). Ένα στοιχείο που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην επιλογή κάποιου θεωρητικού προτύπου συμπεριφοράς είναι ότι κάποια από τα πρότυπα αυτά είναι κατάλληλα για την επεξήγηση πολλαπλών συμπεριφορών, ενώ κάποια άλλα για την επεξήγηση μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Παράλληλα με τις θεωρίες για την αλλαγή συμπεριφοράς, το ερευνητικό ενδιαφέρον επικεντρώνεται και στην εξεύρεση μιας θεωρητικής προσέγγισης για τη διατήρηση μιας συμπεριφοράς υγείας που έχει αλλάξει, καθώς υπάρχει διαφορά στο αν θα αλλάξει μια συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία και στο αν θα διατηρηθεί η συμπεριφορά υγείας που έχει υποστεί αλλαγή (Noar, & Zimmerman, 2005). Υπάρχει η τάση να επικροτούνται οι

προσπάθειες ερευνητών που κινούνται προς την κατεύθυνση του συνδυασμού διαφόρων θεωριών, όπως το λεγόμενο Integrated Model του Fishbein (Fishbein, 2000) και το διαθεωρητικό μοντέλο των Prochaska και συν. (1992). Έτσι, για παράδειγμα, όταν πρωτεύουσας σημασίας είναι η αποτροπή της ασθένειας και η αντίληψη του κινδύνου, τότε θεωρία όπως η HBM θεωρείται ως η πιο κατάλληλη (Biddle, & Nigg, 2000). Για πιο εκλογικευμένες συμπεριφορές στις οποίες η σύνδεση πρόθεσης και συμπεριφοράς είναι πιο ισχυρή, τότε οι TRA/TPB είναι ενδεδειγμένες (Biddle, & Nigg, 2000; Murray-Johnson, Witte, Boulay, Figueroa, Storey, & Tweedie, 2001). Ομοίως, η θεωρία των σταδίων, όπως η TTM, δεν συστήνεται για απλουστευμένες συμπεριφορές όπως η χρήση της ζώνης ασφάλειας, ενώ θεωρείται κατάλληλη για προμελετημένες – εσκεμμένες συμπεριφορές, όπως για παράδειγμα η σωστή διατροφή και η σωματική άσκηση (Salmela, Poskiparta, Kasila, Vähäsarja, & Vanhala, 2009).

3.3 Διαθεωρητικό Πρότυπο (*Transtheoretical Model - TTM*)

Ιστορικά, η προσέγγιση του διαθεωρητικού προτύπου ξεκινά από τα νεανικά (κολλεγιακά) χρόνια του James Prochaska, ο οποίος βίωσε την απώλεια του πατέρα του λόγω αλκοολισμού και κατάθλιψης. Ο άνθρωπος αυτός κατά τη διάρκεια της ασθένειάς του έδειξε μία χαρακτηριστική έλλειψη εμπιστοσύνης στην ψυχοθεραπεία, και αρνούσαν να αναζητήσει τέτοιου είδους βοήθεια, απόφαση που ίσως οδήγησε και στην τραγική του κατάληξη. Αυτή η εμπειρία του Prochaska τον οδήγησε να ακολουθήσει σπουδές ψυχολογίας προκειμένου να κατανοήσει καλύτερα και να βοηθήσει περισσότερο ανθρώπους σαν τον πατέρα του.

Μία διαπίστωση ήταν ότι, αν και μελέτες δείχνουν ότι όλες οι μορφές θεραπείας φαίνεται να βοηθούν ανθρώπους που αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα, κανείς δεν φαίνεται να είναι σε θέση να κατανοήσει το γιατί. Δεν υπήρχε κάποια θεωρία που να μπορεί να καλύψει όλες τις υπόλοιπες και να εξηγήσει πώς οι άνθρωποι καταφέρνουν να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους. Ο ίδιος ο Prochaska καταμέτρησε τουλάχιστον 300 διαφορετικές προσεγγίσεις και ερμηνείες στο χώρο της αλλαγής της συμπεριφοράς (Prochaska, & DiClemente, 1982; Prochaska, & DiClemente, 1983; Prochaska, & Velicer, 1997; Prochaska et al., 2008).

Η παρατήρηση αυτή οδήγησε τον Prochaska και τον συνάδελφό του Carlo DiClemente στο να μελετήσουν τους τρόπους με τους οποίους οι άνθρωποι επιτυγχάνουν στο να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους (Prochaska, & DiClemente, 1982; Prochaska, & DiClemente, 1983;

Prochaska et al., 1992; Prochaska, & Velicer, 1997; Prochaska et al., 2008). Ο στόχος τους ήταν να εξετάσουν αν υπήρχαν κάποια κοινά μοτίβα (patterns) μεταξύ διαφορετικών γνωστικών και συμπεριφορικών προσεγγίσεων της σύγχρονης ψυχολογίας. Η ανακάλυψη των κοινών σταδίων και διαδικασιών, αρχικά προέκυψε από ‘σε βάθος’ συνεντεύξεις με άτομα που κατάφεραν να αντιμετωπίσουν τον εθισμό τους στη νικοτίνη. Η διατύπωση των σταδίων αλλαγής αποτέλεσε μία καινοτομία στον τρόπο που ο χώρος αντιμετώπιζε την αλλαγή της συμπεριφοράς (Prochaska, & DiClemente, 1982; Prochaska, & DiClemente, 1983; Prochaska et al., 1992; Prochaska, & Velicer, 1997; Prochaska et al., 2008).

Το διαθεωρητικό πρότυπο είναι ένα μοντέλο που πραγματεύεται την **αλλαγή** της συμπεριφοράς. Έχει αποτελέσει τη βάση για την κατασκευή αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την προώθηση την αλλαγής των συμπεριφορών υγείας (διακοπή των επικίνδυνων και υιοθέτηση προστατευτικών συμπεριφορών). Περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι τροποποιούν μία προβληματική συμπεριφορά ή υιοθετούν μία θετική συμπεριφορά.

Το διαθεωρητικό μοντέλο αποτελεί μία προσπάθεια ενοποίησης μιας σειράς θεωριών σχετικά με την αλλαγή της συμπεριφοράς και για το λόγο αυτό ονομάζεται διαθεωρητικό. Στη θεωρία αυτή υιοθετούνται μία σειρά εννοιών που είναι βασικές σε άλλες θεωρίες. Κεντρική έννοια του μοντέλου είναι αυτή των **σταδίων αλλαγής**, γύρω από την οποία οργανώνονται όλες οι άλλες έννοιες. Η έννοια αυτή δεν είναι δανεισμένη από άλλη θεωρία. Επιπλέον, το μοντέλο περιλαμβάνει μία σειρά εννοιών που λειτουργούν ως ανεξάρτητες μεταβλητές, οι οποίες ονομάζονται διαδικασίες αλλαγής (οι οποίες προκαλούν την αλλαγή, δηλαδή την μετακίνηση από το ένα στάδιο στο άλλο). Οι έννοιες αυτές προέρχονται από πρότυπα ψυχοθεραπείας. Πρόκειται για δέκα γνωστικές και συμπεριφορικές ενέργειες που διευκολύνουν την αλλαγή (Marcus, Rakowski, & Rossi, 1992; Petrocelli, 2002).

Το μοντέλο περιγράφει επίσης έννοιες που αποτελούν εξαρτημένες μεταβλητές, όπως :

1. Το ισοζύγιο λήψης απόφασης (στάθμιση υπέρ και κατά) και
2. Την αυτοαποτελεσματικότητα (αυτοπεποίθηση και πειρασμός).

Η θεωρία αναφέρεται στην εμπρόθετη αλλαγή, και επικεντρώνεται στη διαδικασία λήψης απόφασης από το άτομο. Κοινωνικές ή βιολογικές επιδράσεις στη συμπεριφορά θεωρούνται ως

εξωτερικές προς το μοντέλο (δεν περιγράφονται σε αυτό) και επηρεάζουν τη συμπεριφορά μέσα από τη διαδικασία λήψης της απόφασης.

Η θεωρία έχει να κάνει με συναισθήματα, γνωστικές επιδράσεις και τη συμπεριφορά, με αποτέλεσμα, σε μεγάλο βαθμό, η μέτρηση των σημαντικών εννοιών να βασίζεται σε μεθόδους αυτοαναφοράς. Κατά συνέπεια, ζητήματα μέτρησης είναι πολύ σημαντικά για την εφαρμογή του πρότυπου και η κατασκευή σύντομων, αξιόπιστων και έγκυρων εργαλείων μέτρησης αποτελεί ένα κρίσιμο βήμα στην εφαρμογή της θεωρίας.

Το διαθεωρητικό μοντέλο έχει εφαρμοστεί σε ένα εύρος συμπεριφορών, όπως διακοπή καπνίσματος, υιοθέτηση φυσικής άσκησης, διατροφή με χαμηλά λιπαρά, έλεγχος για ραδόνιο, κατάχρηση αλκοόλ, έλεγχος βάρους, χρήση προφυλακτικού, χρήση αντηλιακού για την πρόληψη του καρκίνου του δέρματος, συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες, μαστογραφία, οργανωτική αλλαγή, διαχείριση στρες.

Το διαθεωρητικό μοντέλο βασίζεται στην ιδέα ότι, η αλλαγή της συμπεριφοράς δεν επιτυγχάνεται απευθείας και ότι, όταν άτομα αλλάζουν μια συμπεριφορά, τότε διέρχονται από μια σειρά σταδίων, τα γνωστά ως στάδια αλλαγής της συμπεριφοράς. Τα στάδια αυτά αποτελούν σημαντικό τμήμα του διαθεωρητικού προτύπου, ακριβώς επειδή αντιπροσωπεύουν τη χρονική διάσταση για την επίτευξη της αλλαγής συμπεριφοράς, καθώς επίσης και ένα σύνολο στόχων που απαιτούνται για την μετάβαση στο επόμενο στάδιο. Αν και ο χρόνος που ένα άτομο ξοδεύει σε κάθε στάδιο ποικίλει, οι στόχοι που ολοκληρώνονται υποτίθεται ότι είναι αμετάβλητοι. Τα στάδια αυτά περιλαμβάνουν (Petrocelli, 2002; Spencer et al., 2007):

1. Το στάδιο του Προσυλλογισμού (Pre contemplation)
2. Το στάδιο του Συλλογισμού (Contemplation)
3. Το στάδιο της Προετοιμασίας (Preparation)
4. Το στάδιο της Δράσης (Action)
5. Το στάδιο της Διατήρησης (Maintenance)
6. Το στάδιο της Λήξης (Termination)

3.4 Αναλυτική περιγραφή των Σταδίων Αλλαγής της Συμπεριφοράς

Το στάδιο του Προσυλλογισμού (Pre contemplation)

Το στάδιο πριν τη σκέψη είναι το στάδιο στο οποίο δεν υπάρχει καμία πρόθεση για αλλαγή συμπεριφοράς στο εγγύς μέλλον. Τα περισσότερα άτομα σε αυτό το στάδιο αγνοούν τα προβλήματά τους, έχουν μηδαμινή ή ελλιπή πληροφόρηση για τα προβλήματά τους και τείνουν να αποφεύγουν να σκέπτονται ή να ενημερώνονται σχετικά με τις υψηλού κινδύνου συμπεριφορές που εκδηλώνουν (DiClemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velasquez & Rossi, 1991; Petrocelli, 2002) .

Το στάδιο του Συλλογισμού (Contemplation)

Το στάδιο της σκέψης-συλλογισμού είναι το στάδιο στο οποίο οι άνθρωποι γνωρίζουν ότι υπάρχει ένα πρόβλημα και σκέφτονται σοβαρά να το λύσουν, αλλά δεν έχουν αναλάβει ακόμα την δέσμευση για την λήψη μέτρων. Οι άνθρωποι παραμένουν συχνά κολλημένοι στο στάδιο αυτό για μεγάλες χρονικές περιόδους κατά τις οποίες έχουν ανάμικτα συναισθήματα ή αντιφατικές ιδέες για κάτι ή κάποιον (αμφιθυμία). Τα άτομα που δηλώνουν ότι εξετάζουν σοβαρά το γεγονός να αλλάξουν την προβληματική τους συμπεριφορά στους επόμενους 6 μήνες, ταξινομούνται στο στάδιο του Συλλογισμού (DiClemente et al., 1991; Petrocelli, 2002).

Το στάδιο της Προετοιμασίας (Preparation)

Το στάδιο της προετοιμασίας συνδυάζει την πρόθεση και τα κριτήρια συμπεριφοράς. Τα άτομα σε αυτό το στάδιο σκοπεύουν να αναλάβουν δράση τον επόμενο μήνα και συνήθως έχουν ανεπιτυχώς προβεί στην λήψη μέτρων κατά το προηγούμενο έτος. Σαν ομάδα, τα άτομα που είναι έτοιμα να δράσουν παρουσιάζουν ορισμένες μικρές αλλαγές στην συμπεριφορά τους - σα να λέμε «βήματα μωρών». Ενώ έχουν μειώσει το πρόβλημά τους, τα άτομα στο στάδιο της προετοιμασίας δεν έχουν φθάσει ακόμα σε σημείο να ικανοποιούν κάποια κριτήρια της αποτελεσματικής δράσης, όπως η αποχή από το κάπνισμα ή η απουσία κλινικής κατάθλιψης. Σκοπεύουν, εντούτοις, να λάβουν τέτοια μέτρα στο εγγύς μέλλον (DiClemente et al., 1991; Petrocelli, 2002).

Το στάδιο της Δράσης (Action)

Το στάδιο της δράσης είναι το στάδιο στο οποίο τα άτομα ρυθμίζουν :

1. Τη συμπεριφορά τους
2. Τις εμπειρίες τους
3. Το περιβάλλον τους

προκειμένου να υπερνικήσουν τα προβλήματά τους. Η δράση περιλαμβάνει τις πιο προφανείς αλλαγές συμπεριφοράς και απαιτεί ιδιαίτερη δέσμευση σε ότι αφορά στον χρόνο και την ενέργεια. Οι τροποποιήσεις της προβληματικής συμπεριφοράς που συμβαίνουν στο στάδιο της δράσης τείνουν να είναι πιο ορατές και να έχουν τη μέγιστη εξωτερική αναγνώριση. Τα άτομα ταξινομούνται στο στάδιο δράσης εάν έχουν καταφέρει να αλλάξουν με επιτυχία τη δυσλειτουργική τους συμπεριφορά μέσα στο χρονικό διάστημα από μία ημέρα έως έξι μήνες. Τα συγκεκριμένα άτομα πετυχαίνουν υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα δράσης και χαμηλότερη στις άλλες κλίμακες (DiClemente et al., 1991; Petrocelli, 2002).

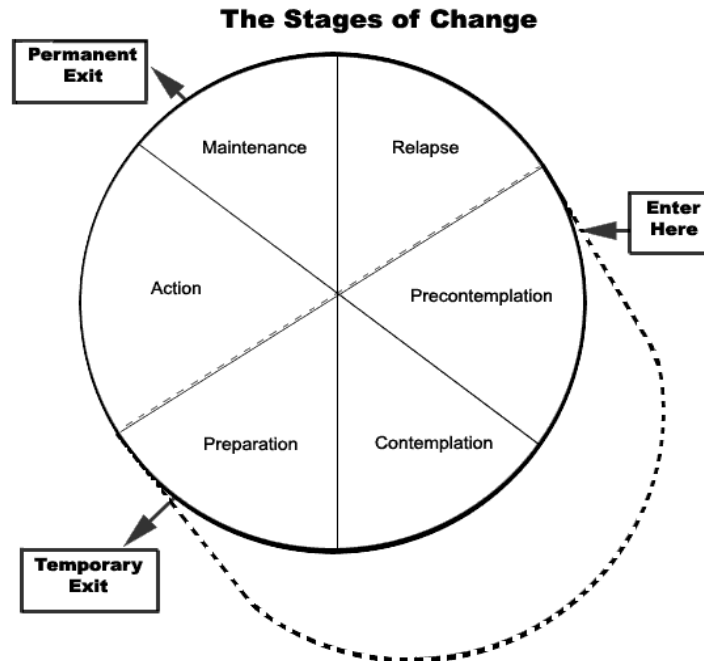
Το στάδιο της Διατήρησης (Maintenance)

Το στάδιο της διατήρησης είναι το στάδιο στο οποίο οι άνθρωποι εργάζονται για να αποτρέψουν την υποτροπή και να παγιώσουν τα κέρδη που επιτυγχάνονται κατά τη διάρκεια της δράσης τους. Τα κριτήρια για να θεωρηθεί ότι κάποιος ανήκει στο στάδιο της διατήρησης αποτελούν το να είναι σε θέση να παραμείνει χωρίς προβληματική συμπεριφορά και να συμμετέχει με συνέπεια σε μια νέα ασυμβίβαστη με το παρελθόν του συμπεριφορά για μια χρονική περίοδο μεγαλύτερη των έξι μηνών (DiClemente et al., 1991; Petrocelli, 2002).

Το στάδιο της Λήξης (Termination)

Το στάδιο του τερματισμού-λήξης είναι το στάδιο στο οποίο οι άνθρωποι έχουν ολοκληρώσει τη διαδικασία της αλλαγής και δεν απαιτείται πλέον να εργαστούν για να αποτρέψουν την υποτροπή. Η λήξη ορίζεται ως το στάδιο της ολοκληρωτικής εμπιστοσύνης στην αποτελεσματικότητα του ατόμου σε όλες τις μορφές υψηλού κινδύνου με μηδαμινό πειρασμό ως προς την υποτροπή (relapse) (DiClemente et al., 1991; Petrocelli, 2002).

Τα στάδια αλλαγής συμπεριφοράς απεικονίζονται σχηματικά στο παρακάτω σχήμα 6.



Prochaska & Di Clemente: *Transtheoretical Model of Behavior Change*

Σχήμα 6. Τα στάδια αλλαγής συμπεριφοράς.

3.5 Ενδιάμεσες – Εξαρτημένες Μεταβλητές : αποφασίζοντας πότε συμβαίνει η αλλαγή

Υπάρχουν πολλοί τρόποι για να εκτιμηθεί το στάδιο μιας εξελισσόμενης αλλαγής. Στις μελέτες που υιοθετούν τη διάκριση του μέτρου των σταδίων, τίθεται το ερώτημα εάν το άτομο σκοπεύει ‘σοβαρά’ να αλλάξει σχετικά με το πρόβλημα, στο κοντινό μέλλον και ειδικά στους επόμενους 6 μήνες. Εάν όχι, τότε ταξινομείται ως αδιάφορο άτομο (pre contemplators).

Το διαθεωρητικό πρότυπο δεν αντιμετωπίζει την αλλαγή ως ένα γεγονός, αλλά ως μία διαδικασία. Για το λόγο αυτό η μέτρηση της δεν γίνεται μόνο με μία μεταβλητή (για παράδειγμα καπνίζω – δεν καπνίζω) όπως σε άλλα μοντέλα, αλλά από μία σειρά μεταβλητών που είναι ευαίσθητες στην μετάβαση μεταξύ των σταδίων (και αποτελούν ενδείξεις – εκφράσεις της αλλαγής). Οι έννοιες μέτρησης της αλλαγής περιλαμβάνουν τα υπέρ και τα κατά του ισοζυγίου

λήψης απόφασης, την αυτοαποτελεσματικότητα (self-efficacy) ή τον πειρασμό (challenge), και την στοχευόμενη συμπεριφορά (μετάβαση από ένα οποιοδήποτε στάδιο σε ένα επόμενο) (Bandura, 1977; Pajares, 1997; Prochaska et al., 2008).

3.6 Το Ισοζύγιο Λήψης Απόφασης

Η έννοια του ισοζυγίου λήψης απόφασης περιλαμβάνει το ζύγισμα των υπέρ και κατά της αλλαγής. Προέρχεται από το μοντέλο λήψης απόφασης των Janis & Mann (1985- Model of decision making) (Janis, & Mann, 1977, pp. 488).

Η κλίμακα ισοζυγίου λήψης απόφασης αναφέρεται στο ζύγισμα της σημαντικότητας (importance) των υπέρ και των κατά. Έχει παρατηρηθεί ένας προβλέψιμος τρόπος με τον οποίο τα ‘υπέρ’ και τα ‘κατά’ σχετίζονται με τα στάδια της αλλαγής, όπου στα αρχικά στάδια τα ‘κατά’ βαρύνουν περισσότερο από τα ‘υπέρ’, ενώ στα τελευταία στάδια τα ‘υπέρ’ βαρύνουν περισσότερο από τα ‘κατά’. Ωστόσο, για την αλλαγή μη υγιών συμπεριφορών (για παράδειγμα διακοπή καπνίσματος), στα τελευταία στάδια, τόσο τα υπέρ όσο και τα κατά παρουσιάζουν μείωση, ενώ για την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών (για παράδειγμα υιοθέτηση φυσικής άσκησης), στα τελευταία στάδια τα ‘υπέρ’ παραμένουν υψηλά. Οι δύο αυτές κλίμακες δείχνουν κάποιες από τις γνωστικές αλλαγές που είναι απαραίτητες για την μετακίνηση στα αρχικά στάδια της αλλαγής.

3.7 Αυτοαποτελεσματικότητα ή Πειρασμός

Η εννοιολογική κατασκευή της αυτοαποτελεσματικότητας αντιπροσωπεύει την συγκεκριμένη για την κατάσταση αυτοπεποίθηση ότι το άτομο μπορεί να ανταπεξέλθει σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου, χωρίς να υποτροπιάσει (πχ να αντιμετωπίσει μία στρεσογόνο κατάσταση χωρίς να καπνίσει). Η έννοια αυτή προσαρμόστηκε από τη θεωρία του Bandura (1977, 1982, 1986, 1997, 1998) (Pajares, 1997; Pajares, Prestin, Chen, & Nabi, 2009) και αντιπροσωπεύεται είτε με μία κλίμακα μέτρησης αυτοαποτελεσματικότητας, είτε με μία κλίμακα πειρασμού (συγκεκριμένων για την περίπτωση). Η έννοια του πειρασμού (και πάλι συγκεκριμένου για την περίπτωση) αντικατοπτρίζει την ένταση της επιθυμίας για πραγματοποίηση της μη επιθυμητής συμπεριφοράς, όταν το άτομο βρίσκεται στη μέση μιας

δύσκολης κατάστασης. Συνεπώς αποτελεί έννοια αντίστροφη με αυτή της αυτοαποτελεσματικότητας, μετριέται όμως με τις ίδιες ερωτήσεις (αντεστραμμένες απαντήσεις).

Η δομή των εργαλείων μέτρησης της αυτοαποτελεσματικότητας και του πειρασμού παρουσιάζει τρεις παράγοντες που αντιπροσωπεύουν τους πιο κοινούς τύπους δύσκολων καταστάσεων (Bandura, 2002; 2004a):

1. Αρνητικό συναίσθημα ή συναισθηματική ένταση
2. Θετικές κοινωνικές περιστάσεις, και
3. Έντονη επιθυμία (cravings).

Τα εργαλεία (κλίμακες) μέτρησης της αυτοαποτελεσματικότητας – πειρασμού είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα στην ανίχνευση αλλαγών στις μετακινήσεις μεταξύ των τελευταίων σταδίων και προβλέπουν αποτελεσματικά τις υποτροπές.

3.8 Ανεξάρτητες Μεταβλητές : πώς προκύπτει η αλλαγή

3.8.1 Διαδικασίες Αλλαγής

Αποτελούν έκδηλες και άδηλες δραστηριότητες που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να μετακινηθούν μεταξύ των σταδίων. Αποτελούν σημαντικούς οδηγούς για προγράμματα παρεμβάσεων, καθώς αυτές είναι οι ανεξάρτητες μεταβλητές που οδηγούν τους ανθρώπους στη μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο. Την μεγαλύτερη εμπειρική υποστήριξη έχουν λάβει δέκα διαδικασίες έως τώρα. Πέντε ταξινομούνται ως βιωματικές διαδικασίες (experiential processes) και έχουν μεγαλύτερη χρήση στα πρώιμα στάδια, ενώ οι άλλες πέντε ταξινομούνται ως συμπεριφορικές διαδικασίες (behavioural processes) και εφαρμόζονται κυρίως στις μεταβάσεις μεταξύ μεταγενέστερων σταδίων (Prochaska, & Velicer, 1997; Rosen, 2000; Woods, Mutrie, & Scott, 2002; Bandura, 2004a; Pajares et al., 2009).

A. Βιωματικές διαδικασίες

Αύξηση Συνειδητότητας (consciousness raising)

Πρόκειται για την αύξηση της επίγνωσης σχετικά με τα αίτια, τις συνέπειες και τις θεραπείες για ένα συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας. Παρεμβάσεις που μπορούν να αυξήσουν την επίγνωση περιλαμβάνουν feedback, εκπαίδευση, αντιμετώπιση, ερμηνεία, βιβλιοθεραπεία, και

εκστρατείες δημοσιότητας μέσω των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (Prochaska, & Velicer, 1997; Rosen, 2000; Woods et al., 2002; Bandura, 2004b; Pajares et al., 2009).

Δραματική Ανακούφιση (dramatic relief)

Αρχικά προκαλεί έντονες συναισθηματικές εμπειρίες ακολουθούμενες από μειωμένο συναίσθημα εάν ληφθεί η κατάλληλη δράση. Ψυχόδραμα, role playing, πένθος, προσωπικές μαρτυρίες και εκστρατείες δημοσιότητας μέσω των ΜΜΕ αποτελούν παραδείγματα τεχνικών που μπορούν να κινητοποιήσουν συναισθηματικά (συγκινήσουν) τα άτομα (Prochaska, & Velicer, 1997; Rosen, 2000; Woods et al., 2002; Bandura, 2004b; Pajares et al., 2009).

Επαναξιολόγηση Περιβάλλοντος (environmental re-evaluation)

Η επαναξιολόγηση περιβάλλοντος συνδυάζει συναισθηματική και συμπεριφορική αξιολόγηση του πώς η παρουσία ή η απουσία μίας προσωπικής συνήθειας επιδρά στο κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου. Πχ ποιά είναι η επίδραση στους άλλους (οικογένεια, φίλους, συναδέλφους, κλπ) όταν το άτομο καπνίζει. Περιλαμβάνει και την επίγνωση ότι το άτομο μπορεί να λειτουργεί ως αρνητικό ή θετικό πρότυπο για τους άλλους. Εκπαίδευση εμπάθειας, ντοκιμαντέρ και παρεμβάσεις στην οικογένεια μπορούν να οδηγήσουν σε τέτοιες επαναξιολογήσεις (Prochaska, & Velicer, 1997; Rosen, 2000; Woods et al., 2002; Bandura, 2004b; Pajares et al., 2009).

Κοινωνική Απελευθέρωση (social liberation)

Η κοινωνική απελευθέρωση απαιτεί μία αύξηση των κοινωνικών ευκαιριών ή επιλογών ιδιαίτερα για άτομα που είναι στερημένα ή καταπιεσμένα. Για παράδειγμα η διαμόρφωση ειδικών χώρων για μη καπνιστές σε καταστήματα, απαγόρευση καπνίσματος σε εργασιακούς χώρους κλπ. Υπεράσπιση, διαδικασίες επίδοσης δύναμης, και κατάλληλες πολιτικές μπορούν να οδηγήσουν στην αύξηση των ευκαιριών για προαγωγή υγείας μειονοτήτων και μειονοτικών ομάδων και ομάδων με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, προαγωγή υγείας ατόμων με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο κλπ. Οι ίδιες διαδικασίες μπορούν να εφαρμοστούν για να βοηθήσουν όλους τους ανθρώπους να αλλάξουν, πχ δημιουργία χώρων όπου απαγορεύεται το κάπνισμα, πώληση υγιεινών τροφών στα σχολεία (πχ salad bars), εύκολη πρόσβαση σε

προφυλακτικά και άλλα αντισυλληπτικά (Prochaska, & Velicer, 1997; Rosen, 2000; Woods et al., 2002; Bandura, 2004b; Pajares et al., 2009).

Αυτο-επαναξιολόγηση (self-re-evaluation)

Η αυτο-επαναξιολόγηση συνδυάζει γνωστικές και συναισθηματικές εκτιμήσεις της εικόνας του ατόμου για τον εαυτό του (self-image), με και χωρίς την εν λόγω ανθυγιεινή συνήθεια, όπως πχ η εικόνα του ατόμου ως καπνιστή ή ως μη καπνιστή. Η αποσαφήνιση των αξιών, η ταυτοποίηση υγιών προτύπων και η φαντασίωση (imagery) αποτελούν τεχνικές που μπορούν να κινητοποιήσουν τα άτομα να επαναπροσδιορίσουν τον εαυτό τους (Prochaska, & Velicer, 1997; Rosen, 2000; Woods et al., 2002; Bandura, 2004b; Pajares et al., 2009).

B. Συμπεριφορικές διαδικασίες

Έλεγχος Ερεθισμάτων (stimulus control)

Απομάκρυνση ερεθισμάτων που προκαλούν τη μη υγιή συμπεριφορά και προσθήκη ερεθισμάτων που προκαλούν την υγιή συμπεριφορά. Αποφυγή, επαναδόμηση του περιβάλλοντος και ομάδες αυτο-βοήθειας μπορούν να παρέχουν ερεθίσματα που να υποστηρίζουν την αλλαγή και να μειώνουν τον κίνδυνο υποτροπών (Prochaska, & Velicer, 1997; Rosen, 2000; Woods et al., 2002; Bandura, 2004b; Pajares et al., 2009).

Επαφές Βοήθειας (helping relationships)

Είναι ο συνδυασμός φροντίδας, εμπιστοσύνης, ειλικρίνειας, αποδοχής και υποστήριξης για την υγιή αλλαγή συμπεριφοράς από το κοινωνικό περιβάλλον. Οικοδόμηση υποστήριξης, θεραπευτική συμμαχία, τηλεφωνήματα στον σύμβουλο και ομάδες φίλων μπορούν να αποτελούν πηγές κοινωνικής υποστήριξης (Prochaska, & Velicer, 1997; Rosen, 2000; Woods et al., 2002; Bandura, 2004b; Pajares et al., 2009).

Δημιουργία Ανταγωνιστικών Ερεθισμάτων (counter-conditioning)

Απαιτεί την εκμάθηση υγιών συμπεριφορών που μπορούν να αντικαταστήσουν τις προβληματικές συμπεριφορές. Η χαλάρωση μπορεί να αντιμετωπίσει το άγχος, η δυναμικότητα μπορεί να αντιμετωπίσει την πίεση των συνομήλικων, αυτοκόλλητα νικοτίνης μπορούν να

αντικαταστήσουν τα τσιγάρα, και τροφές χωρίς λιπαρά μπορούν να αντικαταστήσουν τροφές πλούσιες σε λιπαρά (Prochaska, & Velicer, 1997; Rosen, 2000; Woods et al., 2002; Bandura, 2004b; Pajares et al., 2009).

Διαχείριση Ενισχύσεων (reinforcement management)

Παρέχει κίνητρα ή συνέπειες για την παρακολούθηση βημάτων προς μία συγκεκριμένη κατεύθυνση. Μπορεί να περιλαμβάνει την χρήση τιμωριών, ωστόσο ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι αυτοί που αλλάζουν βασίζονται περισσότερο σε ανταμοιβές παρά σε τιμωρίες. Δίνεται έμφαση στις ενισχύσεις, καθώς η φιλοσοφία του πρότυπου είναι να δουλεύει σε αρμονία με το πώς αλλάζουν φυσικά οι άνθρωποι. Διαδικασίες αύξησης ενισχύσεων και της πιθανότητας ότι οι θετικές αλλαγές θα επαναληφθούν περιλαμβάνουν συμβόλαια παρακολούθησης (follow-up contracts), έκδηλες και άδηλες ενισχύσεις, θετικές ατομικές δηλώσεις, και αναγνώριση στην ομάδα (Prochaska, & Velicer, 1997; Rosen, 2000; Woods et al., 2002; Bandura, 2004b; Pajares et al., 2009).

Αυτοαπελευθέρωση (self-liberation)

Περιλαμβάνει την πεποίθηση ότι το άτομο μπορεί να αλλάξει, αλλά και την δέσμευση και επαναδέσμευση να δράσει με βάση την πεποίθηση αυτή. Οι στόχοι που θέτει το άτομο την πρωτοχρονιά για το νέο έτος (new year's resolutions), δημόσιες μαρτυρίες, και πολλαπλές (παρά μονές) επιλογές μπορούν να ενισχύσουν την αυτοαπελευθέρωση ή αυτό που διαφορετικά ονομάζεται «δύναμη θέλησης». Έρευνα σε σχέση με τα κίνητρα δείχνει ότι τα άτομα που έχουν δύο επιλογές, έχουν μεγαλύτερη δέσμευση από τα άτομα που έχουν μία επιλογή. Άτομα με τρεις επιλογές έχουν ακόμη μεγαλύτερη δέσμευση, ενώ άτομα με τέσσερις επιλογές και πάνω δεν έχουν μεγαλύτερη ενίσχυση της δύναμης θέλησης. Για παράδειγμα τρεις επιλογές για καπνιστές θα ήταν η πλήρης αποχή από το κάπνισμα, η μείωση νικοτίνης, και η αντικατάσταση νικοτίνης (Prochaska, & Velicer, 1997; Rosen, 2000; Woods et al., 2002; Bandura, 2004b; Pajares et al., 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Κεφάλαιο 4^ο: Motivational Interviewing

4.1 Motivational Interviewing: Αρχές και Στοιχεία

Κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα επιτεύχθηκαν εκπληκτικές πρόοδοι στις θεραπείες πολλών ασθενειών. Η επιτυχής θεραπεία και ο έλεγχος μολυσματικών ασθενειών αύξησε κατά πολύ το προσδόκιμο της ζωής. Τραυματισμοί, που σε άλλες περιπτώσεις ήταν θανάσιμοι ή είχαν ως αποτέλεσμα μια μόνιμη αναπηρία, είναι πλέον θεραπεύσιμοι. Επιπλέον κάποιες δυσλειτουργίες οργάνων μπορούν να παρακαμφθούν μέσω διαδικασιών αιμοκάθαρσης (σε περιπτώσεις ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια) και μεταμόσχευσης. Από αυτή την οπτική γωνία, δηλαδή της αλματώδους ανάπτυξης και εξέλιξης της ιατρικής, θα έπρεπε, ως άμεσο αποτέλεσμα, οι πληθυσμοί των αναπτυγμένων χωρών να είναι υγιέστεροι από ποτέ (Britt et al., 2004; Rollnick, Miller, & Butler, 2008; Östlund, Wadensten, Häggström, & Kristofferzon, 2014).

Σήμερα υπάρχουν ενδείξεις ότι οι σημερινοί νέοι ενήλικες μπορεί να είναι η πρώτη γενιά της σύγχρονης ιστορίας που είναι λιγότερο υγιής από αυτήν των γονιών τους. Ασθένειες του αναπνευστικού και μορφές καρκίνου, διαβήτης και παχυσαρκία, ασθένειες της καρδιάς και του ήπατος, αλλά και ψυχολογικά προβλήματα, όπως η κατάθλιψη, συνδέονται ισχυρά με τον τρόπο ζωής και τη «συμπεριφορά» μας απέναντι στην υγεία. Η πλειοψηφία των παθήσεων που, στην εποχή μας, αναγκάζουν – προκαλούν τους ασθενείς να συμβουλευτούν τους επαγγελματίες υγείας είναι, ως επί το πλείστον, αυτές που προλαμβάνονται ή είναι θεραπεύσιμες μέσω της αλλαγής της «συμπεριφοράς» απέναντι στην υγεία.

Στον αναπτυσσόμενο κόσμο και στις μεγάλες πόλεις αυτού, οπουδήποτε, οι πληθυσμοί που ζούνε κάτω από ανεπαρκείς συνθήκες διαβίωσης, παλεύουν ενάντια στις αντιξοότητες που απειλούν την υγεία τους. Οι άνθρωποι αυτοί συμβουλευονται τους επαγγελματίες υγείας σε πολύ δύσκολες καταστάσεις (καταστάσεις κατά τις οποίες σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η «συμπεριφορά» των ίδιων απέναντι στην υγεία τους) και επιπλέον θεωρούν – αισθάνονται πως η υγεία τους δεν είναι κάτι το οποίο απαραίτητα μπορούν να διαχειριστούν και να ελέγξουν. Ωστόσο ακόμα και στις περιπτώσεις αυτές, η αλλαγή της συμπεριφοράς είναι το συστατικό στοιχείο απέναντι σε πολλούς κινδύνους που απειλούν την υγεία, όπως το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η κατανάλωση ακάθαρτου νερού και η πρόληψη μολυσματικών ασθενειών (Britt et al., 2004; Östlund et al., 2014).

Στον 21^ο αιώνα η φροντίδα της υγείας έχει αυξανόμενη τάση ως προς τη διαχείριση μακροπρόθεσμων συνθηκών και ως προς την αλλαγή της «συμπεριφοράς» απέναντι στην υγεία, δηλαδή τα βήματα αυτά που οι άνθρωποι μπορούν να κάνουν και να βελτιώσουν την υγεία τους. Κατά συνέπεια είναι δύσκολο να φανταστούμε συνθήκες φροντίδας της υγείας (σε χώρους με επαγγελματίες της υγείας), κατά τις οποίες η αλλαγή συμπεριφοράς του ασθενούς δεν συνεισφέρει εξαιρετικά σημαντικά στη πρόληψη, τη θεραπεία ή τη διατήρηση της υγείας. Ωστόσο, οι περισσότεροι άνθρωποι που αναζητούν φροντίδα της υγείας τους φαίνεται ότι ακόμα ψάχνουν για μια ιατροφαρμακευτική θεραπεία. Αναμένουν από τον επαγγελματία της υγείας να τους κάνει μια σειρά ερωτήσεων και στη συνέχεια να τους δώσει μια θεραπεία που θα τους επαναφέρει την υγεία ή τουλάχιστον θα τους εξαλείψει τα συμπτώματα. Με άλλα λόγια, ανεξάρτητα του ότι οι ίδιοι κακομεταχειρίζονται τον εαυτό τους, η ευθύνη της θεραπείας τους φαίνεται πως μετατοπίζεται στους επαγγελματίες υγείας και γενικότερα στο σύστημα υγείας.

Είναι πολύ πιθανό, σε καθημερινή βάση, οι επαγγελματίες της υγείας (γιατροί, νοσοκόμοι, νοσηλευτές κλπ.) να συζητούν σχετικά με την αλλαγή της συμπεριφοράς των ασθενών (Britt et al., 2004; Östlund et al., 2014, 2015a, 2015b). Ωστόσο αυτό που είναι λιγότερο ξεκάθαρο είναι το πώς ένας επαγγελματίας υγείας πρέπει να προσεγγίζει αυτό το ζήτημα. Έτσι, από τη πλευρά του ο γιατρός, το νοσηλευτικό προσωπικό και γενικότερα οι επαγγελματίες του κλάδου της υγείας θα μπορούσαν να :

- Εξηγούν τι διαφορετικό μπορούν να κάνουν οι ασθενείς σε σχέση με το ενδιαφέρον που δείχνουν στην υγεία τους.
- Συμβουλεύουν και να πείθουν τους ασθενείς να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους.
- Να τους προειδοποιούν τι θα συμβεί αν δεν αλλάξουν τη συμπεριφορά τους.
- Να τους συμβουλεύουν πώς να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους.
- Να τους παραπέμπουν σε ένα περισσότερο ειδικό.

4.2 Ιστορικά στοιχεία για το *Motivational Interviewing*

Η κλινική μέθοδος – εφαρμογή του motivational interviewing (MI) περιγράφηκε πρώτη φορά το 1983 (Miller, 1983). Αναπτύχθηκε αρχικά σαν σύντομη παρέμβαση για προβλήματα

αλκοολισμού. Στους ασθενείς αυτούς η υποκίνηση (motivation) είναι σύνηθες εμπόδιο στην αλλαγή. Με εκκίνηση το 1991, η Υποκινητική Συνέντευξη ΜΙ άρχισε να εφαρμόζεται και σε άλλα προβλήματα υγείας, κυρίως χρόνια νοσήματα, στα οποία η αλλαγή είναι το κλειδί και η υποκίνηση του ασθενούς είναι πρόκληση (Emmons & Rollnick, 2001; Söderlund, Madson, Rubak, & Nilsen, 2011). Υπήρξαν θετικές δοκιμές κατά τη διαχείριση ασθενών με καρδιαγγειακά προβλήματα, με διαβήτη, με υπέρταση, με ψύχωση και κατά τη θεραπεία και πρόληψη του ιού HIV (Östlund et al., 2014). Κλινικές δοκιμές του ΜΙ δημοσιεύθηκαν για ένα μεγάλο εύρος προβλημάτων αλλαγής συμπεριφοράς. Η ΜΙ λειτουργεί μέσω της ενεργοποίησης του ασθενούς, κινητοποιώντας τον για αλλαγή και για πίστη στη θεραπεία που ακολουθεί. Ασθενείς που «εκτέθηκαν» (σε σχέση με άλλους ασθενείς) στη ΜΙ, βρέθηκε, από ποικίλες κλινικές δοκιμές, να είναι περισσότερο πιθανό :

- Να ξεκινήσουν, να παραμείνουν και να ολοκληρώσουν τη θεραπεία
- Να συμμετέχουν στη συνεχή παρακολούθηση της ασθένειας (follow up)
- Να παρακολουθούν το επίπεδο της γλυκόζης στο αίμα (για διαβητικούς ασθενείς)
- Να αθλούνται περισσότερο
- Να αυξήσουν τη διατροφικές τους συνήθειες σε φρούτα και λαχανικά
- Να μειώσουν το άγχος τους και την πρόσληψη άλατος
- Να διατηρήσουν συγκεκριμένο διαιτολόγιο
- Να βελτιώσουν τη φαρμακευτική τους αγωγή, μέσω πιστής εφαρμογής της
- Να μειώσουν την κατανάλωση αλκοόλης και παράνομων ουσιών
- Να διακόψουν το κάπνισμα
- Να έχουν λιγότερες εισαγωγές σε νοσοκομεία

Φυσικά η ΜΙ δε αποτελεί πανάκεια, με όλες τις δοκιμές να μην έχουν θετικά αποτελέσματα και το μέγεθος της αποτελεσματικότητας του να ποικίλει (Emmons & Rollnick, 2001; Britt et al., 2004; van Eijk-Hustings, Daemen, Schaper, & Vrijhoef, 2011; Christie, & Channon, 2014; Östlund et al., 2014).

4.3 Motivational Interviewing: Εφαρμογή στη Πρακτική της Φροντίδας Υγείας

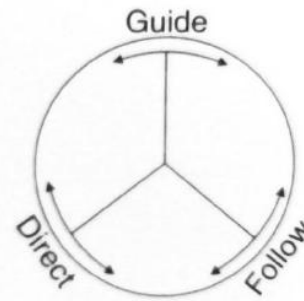
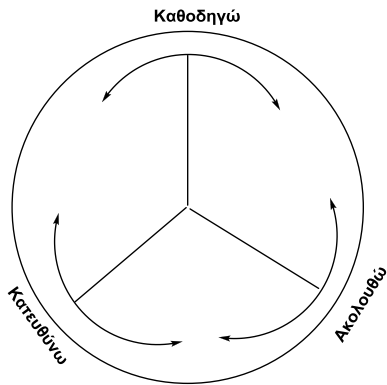
Ένα από τα βασικότερα ερωτήματα για το Motivational Interviewing (MI), το οποίο αναπτύχθηκε από ψυχολόγους για συμβουλευτικές διαδικασίες, είναι το πώς αυτό μπορεί να εφαρμοσθεί και να χρησιμοποιηθεί στη καθημερινή πρακτική. Από τη μία το MI φαίνεται κάτι γνώριμο και οικείο και από την άλλη δύσκολο να εφαρμοσθεί. Τελικά είναι κάτι το τόσο διαφορετικό από αυτό που κάνουμε στη καθημερινότητά μας; Η απάντηση που δίνουν οι ειδικοί είναι πως όχι.

Για να γίνει ευκολότερα κατανοητή η σύνδεση του **Motivational Interviewing** με τη καθημερινή πρακτική της φροντίδας υγείας, πρέπει να αναλυθούν τα τρία πρότυπα – μοτίβα της επικοινωνίας (Rollnick et al., 2008):

- Παρακολούθηση (following)
- Κατεύθυνση (directing)
- Καθοδήγηση (guiding)

Τα τρία αυτά στυλ επικοινωνίας είναι εξαιρετικά σημαντικές μέθοδοι επικοινωνίας που χρησιμοποιούνται σχεδόν καθημερινά στη ζωή όλων των ανθρώπων. Επίσης, χρησιμοποιούνται και στη πρακτική εφαρμογή της φροντίδας της υγείας και κάθε τρόπος επικοινωνίας έχει πλαίσια στα οποία εντάσσεται και λειτουργεί και αποδίδει καλύτερα (Rollnick et al., 2008).

Ένας τρόπος προσέγγισης των τριών αυτών μεθόδων επικοινωνίας είναι να τα φανταζόμαστε κατά μήκος μια γραμμής. Στο ένα άκρο αυτής της γραμμής βρίσκεται η παρακολούθηση, στο άλλο άκρο η κατεύθυνση και στη μέση η καθοδήγηση. Σε μια διαφορετική απεικονιστική προσέγγιση, τοποθετώντας τον επαγγελματία υγείας στο κέντρο ενός κύκλου, έχουμε τις μεθόδους επικοινωνίας να βρίσκονται στη περιφέρεια. Έτσι, ο επαγγελματίας υγείας έχει κάθε φορά τη δυνατότητα να χρησιμοποιεί τον τρόπο επικοινωνίας που απαιτείται σε κάθε περίπτωση (σχήμα 7).



- Σχήμα 7.1. Οι τρεις μέθοδοι επικοινωνίας. Πηγή: Rollnick et al (2008)
- Σχήμα 7.2. Three communication styles (Rollnick, Miller, Butler, 2008).

4.3.1 Παρακολούθηση

Σε όλους μας αρέσει ένα καλός ακροατής, κάποιος που θα ακούει και θα παρακολουθεί τους άλλους με ευκολία, και οι περισσότεροι νομίζουν ότι έχουν αυτή την ικανότητα. Ένας πραγματικά καλός ακροατής παραμερίζει τα δικά του θέματα με σκοπό να δώσει τη πλήρη προσοχή του στο να κατανοήσει τους άλλους και τα προβλήματα τους. Η καλή ακρόαση δε συμπεριλαμβάνει οδηγίες ή καθοδήγηση, συμφωνία ή διαφωνία, πειθώ ή συμβουλή, προειδοποίηση ή ανάλυση. Δεν έχει ατζέντα να πραγματοποιήσει – υλοποιήσει, παρά μόνο να δει και να κατανοήσει τον κόσμο μέσα από την οπτική γωνία του άλλου.

Πίνακας 1. Μερικά συνώνυμα της “παρακολούθησης” (Rollnick και συν., 2008)

Παράλληλη – Ταυτόχρονη πορεία	Ακολουθώ
Επιτρέπω	Παραβρίσκομαι
Εγκρίνω	Δέχομαι
Ανταποκρίνομαι	Κατανοώ
Έχω πίστη	Παρατηρώ

Κατά την παρακολούθηση – στο τρόπο αυτό επικοινωνίας – η ακρόαση έχει κυρίαρχη θέση. Ο ακροατής ακολουθεί το δρόμο του άλλου. Όσον αφορά την αλλαγή συμπεριφοράς, το στυλ της παρακολούθησης «επικοινωνεί – συναλλάσσεσαι» ως εξής :

« Δε θέλω να σε αλλάξω ή να σε πιέσω. Εμπιστεύομαι την αυτογνωσία σου και θα σε αφήσω να εργαστείς με το χρόνο σου και την ησυχία σου »

Κατά την έναρξη μιας οποιαδήποτε συνεδρίας, ένα σύντομο χρονικό διάστημα παρακολούθησης είναι χρήσιμο και βοηθά τον ακροατή – εδώ ο επαγγελματίας υγείας – να κατανοήσει τα συμπτώματα του ασθενούς και πώς αυτά επηρεάζουν την ζωή και την υγεία του.

4.3.2 Κατεύθυνση

Η κατεύθυνση αποτελεί μια τελείως διαφορετική διαπροσωπική σχέση – προσέγγιση. Κατά τη προσέγγιση αυτή, αυτός που αναλαμβάνει τα ηνία της διαβούλευσης, τουλάχιστον προσωρινά, είναι ο αυτός που κάνει τη «συνέντευξη», ο επαγγελματίας υγείας. Κατά τη φάση αυτή υπάρχει μια ανισοτική σχέση σε ότι αφορά στη γνώση, την ειδικευση, την αυθεντία ή τη δύναμη, που στη φάση αυτή είναι στα χέρια του επαγγελματία της υγείας. Σε πολλές περιπτώσεις αυτή η προσέγγιση έχει αποδειχθεί σωτήρια για τη ζωή των ασθενών. Αυτός που κατευθύνει, στη πράξη λέει στον ασθενή τι ακριβώς να κάνει και τι όχι, με του να του εξηγεί (ή και όχι) τη λογική της διαδικασίας. Στη καθημερινή ζωή, αυτός που κατευθύνει είναι συνήθως υπεύθυνος για να δει ότι έχει εκτελεστεί σωστά η δουλειά κάποιου, να κρίνει την απόδοση του καθώς και για να επιβάλλει τις συνέπειες όταν κάποιος κάνει καλά ή όχι τη δουλειά του. Αυτοί είναι διαφορετικοί τρόποι κατεύθυνσης και διαχείρισης, αλλά διαφαίνεται καθαρά η διαχωριστική γραμμή μεταξύ διαχειριστή και διαχειριζόμενου, δηλαδή του επαγγελματία υγείας και του ασθενή όταν πρόκειται για τη φροντίδα υγείας.

Όσον αφορά στην αλλαγή συμπεριφοράς, οι τρόποι επικοινωνίας μέσα από την κατεύθυνση περιλαμβάνουν εκφράσεις όπως :

« Ξέρω πώς να λύσω το πρόβλημά σου. Γνωρίζω τι πρέπει να κάνεις »

Η αναμενόμενη συμπεριφορά του ασθενή είναι η προσήλωση και συμμόρφωση. Πολλοί επαγγελματίες της υγείας αναγνωρίζουν τη διαδικασία αυτή ως ακρογωνιαίο λίθο της εκπαίδευσής τους. Η κατεύθυνση φαίνεται ότι είναι ο κατάλληλος τρόπος επικοινωνίας για εξαιρετικά μεγάλο αριθμό περιπτώσεων, στις οποίες ένας ασθενής εξαρτάται από τον επαγγελματία υγείας για τη λήψη αποφάσεων, δράσης, καθώς και για συμβουλές. Οι ασθενείς

συχνά φαίνεται να περιμένουν και να θέλουν αυτό το είδος της επικοινωνίας από τους επαγγελματίες της υγείας.

Πίνακας 2. Μερικά συνώνυμα της «κατεύθυνσης» (Rollnick et al., 2008)

Διαχειρίζομαι	Περιγράφω ακριβώς
Οδηγώ	Λέω
Αναλαμβάνω την ευθύνη	Δείχνω το δρόμο
Διευθύνω	Συγκρατώ
Εξουσιάζω	Παίρνω τα ηνία
Καθορίζω	Αναλαμβάνω δράση

4.3.3 Καθοδήγηση

Ο οδηγός βοηθά κάποιον να βρει το δρόμο. Ωστόσο, δεν είναι στην αρμοδιότητα του οδηγού να προσδιορίσει τι ακριβώς θέλει να δει ή να κάνει κάποιος. Αυτός που αποφασίζει είναι αυτός ο κάποιος – ο ασθενής στη περίπτωση της υγείας – και προσλαμβάνει κάποιον οδηγό ή ταξιδιωτικό πράκτορα να τον βοηθήσει να πάει εκεί που θέλει. Κατ’ αναλογία μπορούμε να φανταστούμε τους ρόλους τους οδηγού και του καθοδηγητή στην εκπαίδευση. Σε ρόλο καθοδηγητή, η Ιατρική Σχολή ορίζει στους σπουδαστές της τι ακριβώς πρέπει να μελετήσουν, ποιες δραστηριότητες πρέπει να κάνουν για να μάθουν, αλλά και ποια πρέπει να είναι η απόδοση τους για να επιτύχουν. Περισσότερο καθοδηγητικό ρόλο έχει ο δάσκαλος, ο οποίος είναι μια σημαντική πηγή πληροφοριών για να κατευθυνθούν οι μαθητές στην αυτοκατευθυνόμενη μάθηση. Ένας καλός οδηγός ξέρει τι είναι δυνατό και μπορεί να προσφέρει και εναλλακτικές λύσεις.

Όσον αφορά στην αλλαγή συμπεριφοράς, οι τρόποι επικοινωνίας μέσα από την καθοδήγηση περιλαμβάνουν εκφράσεις όπως :

« Μπορώ να σε βοηθήσω να λύσεις το πρόβλημα σου »

Πίνακας 3. Μερικά συνώνυμα της ‘‘ καθοδήγησης’’ (Rollnick et al., 2008)

Διαφωτίζω	Κοιτάω μπροστά
Ενθαρρύνω	Σε παίρνω μαζί μου

Παρακινώ Συνοδεύω
Ευπνώ Υποστηρίζω

4.3.4 Μίξη και Προσαρμογή

Οι τρεις πιθανοί τρόποι – τύποι επικοινωνίας, όπως αναλύθηκαν παραπάνω – παρακολούθηση, κατεύθυνση και καθοδήγηση – χρησιμοποιούνται στη καθημερινότητα σχεδόν του καθενός. Είναι κατάλληλοι τρόποι επικοινωνίας για διάφορες καταστάσεις και σχέσεις, ωστόσο ο λάθος – κακός συνδυασμός μπορεί συχνά να δημιουργήσει σημαντικά προβλήματα.

Είναι συχνό φαινόμενο αυτά τα τρία μοτίβα επικοινωνίας να συνδυάζονται – να αναμιγνύονται και η επιδεξιότητα στην επικοινωνία έχει ως αποτέλεσμα τα στυλ αυτά να αλληλεπικαλύπτονται μεταξύ τους. Για παράδειγμα ας παρατηρήσουμε έναν ικανό γονέα και το μικρό παιδί του για μια ώρα, και είναι πολύ πιθανόν να εντοπίσουμε – να παρατηρήσουμε και τα τρία στυλ της επικοινωνίας που αναφέρθηκαν. Το να είσαι καλός γονιός απαιτεί να παρακολουθείς – να έχεις τη θέληση και την ικανότητα να ακούς τα συναισθήματα και τα αισθήματα του παιδιού, τη φαντασία του, τους φόβους και τις ελπίδες του, τις επιτυχίες του και τις περιπέτειες του. Επίσης, απαιτεί να κατευθύνεις το παιδί αλλά και τα το καθοδηγείς, ώστε να είναι συνεπές σε κάποια όρια που έχουν τεθεί.

Οι ικανοί γονείς επίσης καθοδηγούν. Στην ηλικία των έξι περίπου ετών, το παιδί έχει αναπτύξει αρκετά την ικανότητα να αυτοσυντηρείται και να κάνει ένα σχέδιο και να το εκτελεί χωρίς την εξωτερική – γονική καθοδήγηση. Έρευνες δείχνουν ότι γονείς που τα παιδιά τους αναπτύσσουν ισχυρές ικανότητες αυτοσυντήρησης, τείνουν στο να χρησιμοποιούν το καθοδηγητικό στυλ – μοτίβο επικοινωνίας με τα παιδιά τους. Για παράδειγμα ένας γονιός και το τεσσάρων ετών παιδί του που κάθονται μαζί σε ένα τραπέζι και το παιδί προσπαθεί να χτίσει ένα πύργο. Τι πρέπει να κάνει ο γονιός; Ο γονιός που *κατευθύνει* λέει στο παιδί τι να κάνει σε κάθε του βήμα καθ' όλη τη διάρκεια της προσπάθειας του, άμεσα διορθώνει τα λάθη του παιδιού και πολλές φορές ίσως επέμβει ο ίδιος στη διαδικασία – προσπάθεια του παιδιού. Ο γονιός που *καθοδηγεί* παρατηρεί υπομονετικά και με ενδιαφέρον, αλλά κάνει και ένα βήμα μπροστά με το να συμβουλεύει το παιδί τι να κάνει και πώς να το κάνει, αλλά ταυτόχρονα κάνει και ένα βήμα πίσω με το να αφήσει το παιδί να το κάνει (Rollnick et al., 2008).

Παρόμοια ένας καθηγητής ζωγραφικής μπορεί να προσαρμόσει τον τρόπο της επικοινωνίας του σε οποιοδήποτε σημείο από τις παραπάνω μεθόδους που αναφέρθηκαν. Ένας

καθηγητής που *κατευθύνει* σε μεγάλο βαθμό τους μαθητές του, μπορεί να ζητήσει από αυτούς να τον αντιγράψουν βήμα-βήμα ή ακόμα και να κρατήσει και να κατευθύνει ο ίδιος το χέρι του μαθητή με το πινέλο. Από την άλλη ένα καθηγητής που *παρακολουθεί*, μπορεί να δώσει τα απαραίτητα υλικά στους μαθητές του και να τους αφήσει ελεύθερους να εξερευνήσουν χωρίς την παραμικρή επέμβαση. Στο ενδιάμεσο των παραπάνω τρόπων βρίσκεται ο καθηγητής που *καθοδηγεί* τους μαθητές του. Στη περίπτωση αυτή περπατά ανάμεσά τους, παρατηρώντας τους προσεκτικά, ενθαρρύνοντάς τους, ρωτώντας τους τι ακριβώς έχουν στο μυαλό τους και στη συνέχεια ίσως προσφέρει τη γνώμη του, αν φυσικά ο μαθητής το επιθυμεί. Επίσης, ο ίδιος καθηγητής μπορεί να χρησιμοποιήσει και τους τρεις τρόπους επικοινωνίας με ευελιξία στην ίδια αίθουσα ή ακόμα και να ξεκινήσει με ένα στυλ περισσότερο κατεύθυνσης και να συνεχίσει κάνοντας βήμα πίσω προς την καθοδήγηση και παρακολούθηση των μαθητών του.

Ας φανταστούμε ένα καθηγητή που παρακινεί και ενθαρρύνει τους μαθητές του, αυτόν που βλέπει δυνατότητες στους μαθητές του και τους βγάζει το καλύτερό τους εαυτό. Αυτός ο καθηγητής πιθανότατα έχει εξαιρετικές ικανότητες στη καθοδήγηση των μαθητών του.

Καθημερινά, στο ευρύ φάσμα καταστάσεων που συναντούν οι επαγγελματίες υγείας κατά την εφαρμογή της φροντίδας υγείας, σίγουρα υπάρχει χώρος – πεδίο για κάθε ένα από τα τρία μοτίβα επικοινωνίας με τους ασθενείς. Επιδέξιος επαγγελματίας της υγείας είναι αυτός που είναι ικανός να μετατοπίζεται – να κινείται με ευελιξία μεταξύ αυτών των στυλ με βάση τη κατάσταση και τον ασθενή. Είναι εκείνος με την ικανότητα να κινείται μεταξύ αυτών των στυλ της επικοινωνίας και που έχει τη σοφία να αναζητήσει και να καταλάβει ποιο στυλ ταιριάζει στο κάθε ασθενή. Κατά κάποιο τρόπο οι τρεις αυτοί μέθοδοι επικοινωνίας αντανακλούν τις διαφορετικές στάσεις – συμπεριφορές του επαγγελματία όσον αφορά στη σχέση του με τον ασθενή.

Μια από τις εκπληκτικότερες ιδιότητες της ΜΙ είναι ότι κατά τη διαβούλευση – συζήτηση ο επαγγελματίας υγείας έχει την αίσθηση ότι η στάση του απέναντι στον ασθενή είναι η λιγότερο συγκρουσιακή. Θα μπορούσε να χαρακτηριστεί καλύτερα ως χορός παρά ως μάχη – πάλη. Αυτή η εμπειρία δεν είναι μια αντανάκλαση της συμπεριφοράς μόνο του ασθενούς, αλλά και του επαγγελματία της υγείας. Συνδέεται με τον τρόπο που ο επαγγελματίας υγείας προσεγγίζει συνολικά τη προσπάθεια και τη διαδικασία αλλαγής συμπεριφοράς του ασθενούς.

Ο όρος ‘μέθοδος επικοινωνίας’ προσδιορίζει αρκετά καλά αυτή τη στρατηγική προσέγγισης ώστε να βοηθηθεί ο ασθενής να αλλάξει συμπεριφορά. Ο τρόπος επικοινωνίας αναφέρεται σε μια συμπεριφορά και μια προσέγγιση στη βοήθεια των ασθενών και είναι ένας τρόπος διαβούλευσης – συζήτησης που χαρακτηρίζει τη σχέση ασθενούς – επαγγελματία υγείας. Διαφορετικά στυλ επικοινωνίας χρησιμοποιούνται για διαφορετικές καταστάσεις. Το στυλ **καθοδήγησης** φαίνεται ότι είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για «δύσκολες» συζητήσεις σχετικά με την αλλαγή συμπεριφοράς. Ωστόσο, άλλα στυλ είναι καταλληλότερα για άλλες καταστάσεις. Το MI αποτελεί μια εξευγενισμένη μορφή καθοδήγησης. Για τη βαθύτερη κατανόηση της διασύνδεσης θα αναλυθούν οι τρεις βασικές και εξαιρετικά σημαντικές δεξιότητες της επικοινωνίας.

Table 1. Contrasting directing and guiding styles (Rollnick et al., 2010)

Directing style	Guiding style
“OK, so your weight is putting your health at serious risk. You already have early diabetes. <i>(Patient often resists at this point.)</i> ... Overweight is conceptually very simple, if you think about it. Too much in, not enough out. So you need to eat less and exercise more. There no way you can get around that simple fact.”	“OK, let’s have a look at this together and see what you think. From my side, losing some weight and getting more exercise will help your diabetes and your health, but what feels right for you? <i>(Patient often expresses ambivalence at this point.)</i> ... So you can see the value of these things, but you struggle to see how you can succeed at this point in time. OK. It’s up to you to decide when and how to make any changes. I wonder what sort of small changes might make sense to you?”
<i>Patient replies with a “yes, but ...” argument.</i>	<i>Patient says how change might be possible.</i>

4.4 Οι τρεις Βασικές Δεξιότητες της Επικοινωνίας

Αποτελούν τα μέσα και τους τρόπους με τους οποίους όλες οι μέθοδοι επικοινωνίας που αναφέρθηκαν (παρακολούθηση, κατεύθυνση και καθοδήγηση) μπορούν να εφαρμοστούν στη πράξη. Αυτές οι δεξιότητες αποτελούν παρατηρήσιμες συμπεριφορές και ουσιαστικά είναι ενέργειες απαραίτητες για να μπορούν οι επαγγελματίες υγείας να εφαρμόσουν ένα από τα στυλ επικοινωνίας που κάθε φορά επιλέγουν. Οι επαγγελματίες υγείας συχνά ρωτάνε, ακούνε και ενημερώνουν – πληροφορούν τους ασθενείς στις συζητήσεις τους. Κάνοντας χρήση αυτών των εργαλείων αυξάνουν την ελευθερία τους στην επικοινωνία, με τρόπο αποτελεσματικό και παραγωγικό (Rollnick et al., 2008).

Μια μικρή σύνοψη κάθε δεξιότητας είναι :

- **Ρωτάω.** Η πρόθεση του επαγγελματία υγείας κατά τη διαβούλευση με τον ασθενή είναι να κατανοήσει το πρόβλημά του μέσω ερωτήσεων.
- **Ακούω.** Η σωστή ακρόαση αποτελεί μια δυναμική διαδικασία. Βασίζεται στην ορθή κατανόηση αυτών που λέει το άτομο που ακούμε. Η βασική ιδέα της σωστής ακρόασης είναι

« Αυτό που λες είναι σημαντικό για μένα. Θέλω να ακούσω περισσότερο »

Όταν γίνεται σωστά, ενθαρρύνει επίσης τον ασθενή να αποκαλύψει περισσότερα και πολλές φορές σε σύντομο χρονικό διάστημα. Από πολλές απόψεις η καλή ακρόαση είναι η κύρια δεξιότητα, όταν χρησιμοποιείται η **καθοδηγητική** μέθοδος επικοινωνίας.

- **Ενημερώνω.** Είναι ο καλύτερος και βασικότερος τρόπος για την μεταφορά της κατάστασης στον ασθενή και τη θεραπεία του για κάποιο πρόβλημα που αντιμετωπίζει. Ο επαγγελματίας υγείας συνήθως ενημερώνει τον ασθενή σχετικά με τα δεδομένα, τη διάγνωση και τις συστάσεις του. Όταν αυτή η ενημέρωση δεν γίνεται σωστά, μπορεί ο ασθενής να μην είναι προσηλωμένος στη συζήτηση ή ακόμα και να παρακολουθεί με απορία αυτά που του λέει ο επαγγελματίας της υγείας.

4.4.1 Πώς θα γίνει η επιλογή;

Ποιο είναι το αγαπημένο στυλ επικοινωνίας του καθενός από τους επαγγελματίες υγείας; Ποιο προτιμά να χρησιμοποιεί; Είναι πολύ πιθανό ο επαγγελματίας της υγείας να χρησιμοποιεί και τα τρία, ωστόσο υπάρχει μια τάση να προτιμάται ένα από τα τρία περισσότερο από τα υπόλοιπα κατά τις διαβουλεύσεις με τους ασθενείς. Συνήθως, οι επαγγελματίες υγείας τείνουν να αναπτύσσουν συγκεκριμένες συνήθειες κατά τις διαβουλεύσεις τους.

Όταν ρωτούνται οι επαγγελματίες υγείας ποιο από τα παραπάνω εργαλεία επικοινωνίας χρησιμοποιούν περισσότερο, η συνηθέστερη (σχεδόν κοινότυπη) απάντηση είναι *''Ερώτηση και στη συνέχεια Ενημέρωση''* και αναφέρουν πως το κάνουν όταν χρησιμοποιούν το καθοδηγητικό στυλ επικοινωνίας. Για παράδειγμα :

'' Έχω εντοπίσει τι δε πάει καλά με τον ασθενή'' (ερώτηση και ακρόαση)

'' Στη συνέχεια διέγνωσα και συνέστησα θεραπεία'' (ενημέρωση)

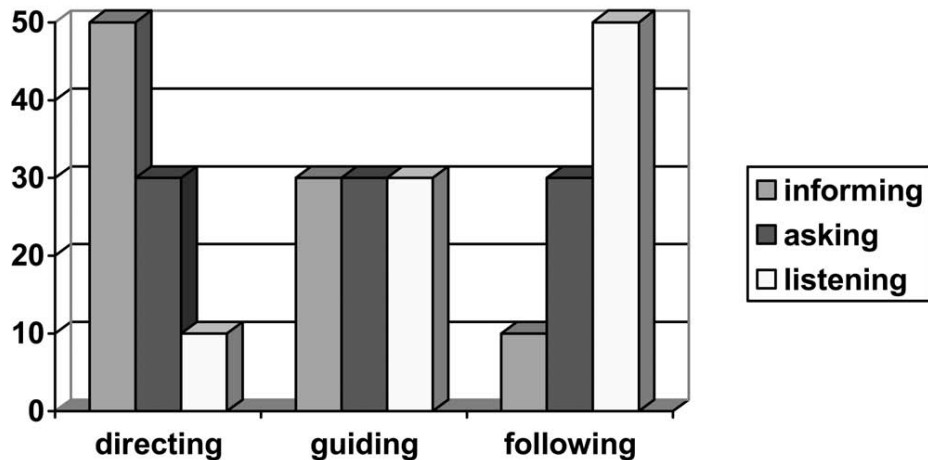
Αυτοί οι συνδυασμοί είναι προφανώς χρήσιμοι στη πρακτική της εφαρμογής της υγείας, αλλά όταν αναφερόμαστε στο θέμα της αλλαγής της συμπεριφοράς, έχουν ορισμένες απρόβλεπτες συνέπειες.

4.5 Στυλ και Δεξιότητες : Η Στάση και η Συμπεριφορά

Και οι τρεις δεξιότητες (*ρωτάω, ακούω και ενημερώνω*) χρησιμοποιούνται και στα τρία στυλ – μοτίβα επικοινωνίας (*παρακολούθηση, κατεύθυνση και καθοδήγηση*), αλλά ο τρόπος συνδυασμού τους σε κάθε στυλ μπορεί να είναι αρκετά διαφορετικός. Η βασική διαφορά μεταξύ των τριών μοτίβων είναι η στάση και οι απόψεις του ασθενούς σχετικά με το πώς θα αναφέρει – ονομάσει το πρόβλημά του. Φυσικά, η προσέγγιση και η συμπεριφορά του επαγγελματία δεν εκφράζεται μόνο από την ικανότητα του συνδυασμού των δεξιοτήτων, αλλά και από το τόνο της φωνής του, την οπτική επαφή με τον ασθενή, τη γλώσσα του σώματος και άλλα, ακόμα και από την διάταξη των καθισμάτων στο χώρο της διαβούλευσης.

Στο σχήμα 8 φαίνεται μια αναπαράσταση της σχέσης μεταξύ των στυλ και των δεξιοτήτων επικοινωνίας. Γενικά, το στυλ της κατεύθυνσης τείνει – έχει τη τάση να δίνει βάρος στη πληροφόρηση – ενημέρωση, ενώ το στυλ της παρακολούθησης στηρίζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό στην ακρόαση.

Και τα τρία στυλ επικοινωνίας εμπεριέχουν πάντα μια «ποσότητα» ερωτήσεων. Το καθοδηγητικό στυλ πιθανότατα έχει πιο δίκαιη κατανομή μεταξύ των τριών εργαλείων επικοινωνίας. Το σχήμα 8 περιγράφει τη συχνότητα που κάθε στυλ χρησιμοποιεί κάθε ένα από τα τρία εργαλεία – δεξιότητες της επικοινωνίας (*ρωτάω, ακούω, ενημερώνω*). Ωστόσο, υπάρχει μια ακόμα σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών στυλ : *Ο τρόπος με τον οποίο χρησιμοποιούνται και ο λόγος για τον οποίο χρησιμοποιούνται*. Έτσι, όταν ρωτάμε κατά την κατεύθυνση (στυλ επικοινωνίας), πολύ συχνά φαίνεται και είναι διαφορετικό από το να ρωτάμε όταν χρησιμοποιούμε το στυλ της παρακολούθησης ή της καθοδήγησης.



Σχήμα 8. Στυλ και δεξιότητες : Πόσο συχνά χρησιμοποιούνται οι δεξιότητες στα διαφορετικά στυλ επικοινωνίας; Πηγή: Rollnick et al. (2008)

Το ίδιο παρατηρείται και συμβαίνει με την ακρόαση και την ενημέρωση. Όταν χρησιμοποιούμε το στυλ της κατεύθυνσης, ρωτάμε : *'' Πόσο καπνίζεις κάθε μέρα;''*. Ενώ όταν χρησιμοποιούμε το καθοδηγητικό στυλ, ρωτάμε : *''Τι θα χρειαστεί για να μπορέσεις να διακόψεις το κάπνισμα;''*. Στο πίνακα 4 φαίνονται μερικά ανάλογα παραδείγματα.

Πίνακας 4. Ρωτάω, ενημερώνω και ακούω. Οι δεξιότητες αυτές της επικοινωνίας ποικίλουν ανάλογα με το στυλ επικοινωνίας που χρησιμοποιείται (Rollnick et al., 2008).

Ρωτάω

- “Πόσες φορές έχει συμβεί αυτό;” (κατεύθυνση)
- “Τι είδους αλλαγή έχει νόημα για σένα” (καθοδήγηση)
- “Πως είσαι από τότε που πέθανε ο γιός σου” (παρακολούθηση)

Ενημερώνω

- “Η καλύτερη επιλογή σου είναι να πάρεις αυτό το φάρμακο” (κατεύθυνση)
- “Η αλλαγή της διατροφής σας συνιστάται από την ιατρική, αλλά πως αισθάνεσαι εσύ για αυτό;” (καθοδήγηση)
- “Ναι, είναι συχνό φαινόμενο πολλοί ασθενείς να αισθάνονται δύσκολα και όχι άνετα με απλά πράγματα, όπως για παράδειγμα το να πάνε στη τουαλέτα” (παρακολούθηση)

Ακούω

- “Καταλάβατε τι θα συμβεί σήμερα το πρωί, αλλά θέλετε να σας ενημερώσω τι θα συμβεί αργότερα” (κατεύθυνση)
- “Αισθάνεστε ανησυχία για το βάρος σας, αλλά δεν είστε βέβαιος τι να κάνετε” (καθοδήγηση)
- “Αυτό ήταν ένα τεράστιο σοκ” (παρακολούθηση)

4.6 Κατάχρηση – Υπέρβαση των Ορίων της Κατεύθυνσης

Επιδέξιοι επαγγελματίες υγείας υπάρχουν αρκετοί και συχνά μοιάζουν σαν αφανείς ήρωες στη καθημερινή δίνη της φροντίδας υγείας. Ωστόσο είναι ανησυχητικό που τόσο στη πρακτική της φροντίδας υγείας όσο και στη διαχείριση της, η επικοινωνία είναι μετατοπισμένη περισσότερο προς τη χρήση του κατευθυντικού τρόπου και η αξία των άλλων δύο τρόπων – παρακολούθησης και καθοδήγησης – αγνοείται. Οι καλοπροαίρετες προσπάθειες των επαγγελματιών υγείας να αξιολογήσουν, να διαγνώσουν, να ιεραρχήσουν, να παρακολουθήσουν και να επιτύχουν στόχους μπορεί να εκφραστούν μέσω μόνο της κατεύθυνσης, γεγονός που θέτει σε κίνδυνο τη ποιότητα της φροντίδας αφού καθιστά τους ασθενείς μόνο παθητικούς δέκτες οδηγιών για τη φροντίδα τους. Κάτω από τη πίεση του χρόνου να πραγματοποιηθούν οι τυποποιημένες εξετάσεις – αξιολογήσεις, να τηρηθούν οι καθιερωμένες διαδικασίες και να

μειωθεί το κόστος, καλλιεργείται μια τάση για άμεση δράση – εκτέλεση και το στυλ της κατεύθυνσης είναι αυτό που εκφράζει τη δράση αυτή καλύτερα. Η δυσκολία, ωστόσο, έγκειται στο ότι πολλά προβλήματα μπορούν να λυθούν αποτελεσματικότερα με την καλύτερα ισορροπημένη ανάμιξη των τριών στυλ επικοινωνίας. Είναι συχνά προτιμότερο να εξετάσουμε λίγο τη προσπάθεια για υποστήριξη και καθοδήγηση, πριν κατευθύνουμε τον ασθενή (Rollnick et al., 2008).

Η κατεύθυνση είναι ο κατάλληλος τρόπος επικοινωνίας σε πολλές περιστάσεις και μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επιδεξιότητα, αλλά δε πρέπει να είναι σε καμία περίπτωση ο μοναδικός τρόπος αλληλεπίδρασης – επικοινωνίας – διαβούλευσης με τους ασθενείς. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου δεν είναι σημαντικό ή δυνατό ο επαγγελματίας υγείας να είναι ο ειδικός που θα κατευθύνει. Αυτό είναι εν μέρει πραγματικότητα σε ασθενείς για τους οποίους απαιτείται αλλαγή στο τρόπο ζωής τους και συμπεριφοράς τους και στους οποίους είναι ζωτικής σημασίας η δική τους προσπάθεια, το δικό τους κίνητρο και η αφοσίωση στην προσπάθεια. Γενικά, σε περιπτώσεις που θέλουμε οι ασθενείς να είναι συνεργάσιμοι, το στυλ επικοινωνίας μέσω της κατεύθυνσης δεν αποτελεί τη προτιμητέα επιλογή.

4.7 Η Καθοδήγηση, το Motivational Interviewing και η Αλλαγή Συμπεριφοράς

Η ηθική της φροντίδας δίνει μεγάλη έμφαση στην αυτονομία του ατόμου – ανθρώπου, στο δικαίωμα του ατόμου να λαμβάνει αποφάσεις που αφορούν στη ζωή του έπειτα από τη πλήρη ενημέρωσή του. Όσο και να θέλει κάποιος επαγγελματίας υγείας να παρέμβει και να κάνει τις ‘σωστές’ επιλογές για κάποιον ασθενή, η ικανότητα του είναι περιορισμένη από τον ίδιο τον ασθενή. Η έκβαση της υγείας του πολύ συχνά επηρεάζεται και εξαρτάται από τις επιλογές και τη συμπεριφορά του ασθενούς – στο να κάνει κάτι διαφορετικό ή νέο. Το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η δίαιτα, η άσκηση, η τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής είναι μερικά παραδείγματα συμπεριφορών στην υγεία που μπορούν να έχουν σημαντική επίδραση στη πορεία αυτής ή σε μια ασθένεια, και που οι επαγγελματίες υγείας έχουν ελάχιστη ή καθόλου ικανότητα στο να τα ελέγξουν άμεσα. Επίσης, είναι πολύ πιθανό στις ανθρώπινες σχέσεις να επηρεαστούμε από κάτι το οποίο εμείς οι ίδιοι δε μπορούμε να ελέγξουμε.

Η καθοδήγηση είναι ένας από τους κατάλληλους τρόπους που βοηθούν τους ανθρώπους να λύσουν το πρόβλημα της αλλαγής συμπεριφοράς. Το Motivational Interviewing είναι μια

εκλεπτυσμένη μορφή καθοδήγησης. Ένας επαγγελματίας υγείας, χρησιμοποιώντας την MI, θα κατευθύνει τη συζήτηση προς τη καθοδήγηση του ασθενούς (θα χρησιμοποιήσει δηλαδή το καθοδηγητικό τρόπο επικοινωνίας), δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στο πώς να βοηθήσει τον ασθενή να πάρει τις δικές του αποφάσεις σχετικά με την αλλαγή της συμπεριφοράς. Έτσι, αν και η MI μπορεί να θεωρηθεί μια μορφή καθοδήγησης, η καθοδήγηση δεν είναι Motivational Interviewing. Σε αντίθεση με περισσότερο κατευθυντικά στυλ επικοινωνίας – προσέγγισης, η MI (Rollnick et al., 2008):

- Κατευθύνει προς την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων. Συχνά ο επαγγελματίας υγείας έχει στο μυαλό του ως στόχο την αλλαγή μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς του ασθενούς, και ευγενικά – προσεκτικά καθοδηγεί τον ασθενή στο γιατί και πώς πρέπει να επιδιώξει αυτό το στόχο.
- Δίνει ιδιαίτερη προσοχή σε συγκεκριμένες εκφράσεις του ασθενούς και στη πράξη επιδιώκει να αποσπάσει από τον ίδιο τον ασθενή τα επιχειρήματα του για αλλαγή.
- Έχει την ικανότητα μέσα από ένα καλά καθορισμένο σύνολο κλινικών δυνατοτήτων και ικανοτήτων του να προκαλέσει την αλλαγή στη συμπεριφορά του ασθενούς.

4.8 Ο μύθος του Μη Κινητοποιημένου Ασθενούς

Συζητήσεις σχετικά με την αλλαγή της συμπεριφοράς εγείρονται μέσω διαβούλευσης οποτεδήποτε ο επαγγελματίας υγείας ή ο ασθενής αναρωτιούνται σχετικά με το κάτι διαφορετικό που μπορούν να κάνουν με στόχο τη βελτίωση της υγείας. Αυτό το κάτι διαφορετικό μπορεί να είναι :

- Αλλαγή της διαίτας
- Η άσκηση
- Η διακοπή του καπνίσματος κ.α.

Στο χώρο των ειδικών και επαγγελματιών της υγείας, ο σκοπός της πιθανής αλλαγής της συμπεριφοράς απέναντι στην υγεία συμπεριλαμβάνει πληθώρα αλλαγών στους ασθενείς ανάλογα με την πάθηση τους – την ασθένεια τους.

Στην περίπτωση που ο ασθενής φαίνεται να μη διαθέτει κίνητρο για την αλλαγή ή να εφαρμόσει τις συμβουλές των ειδικών, υποτίθεται συχνά ότι υπάρχει κάποιο θέμα με τον ίδιο τον ασθενή και ότι δεν υπάρχει τίποτα που μπορεί να γίνει με αυτόν. Οι υποθέσεις αυτές συχνά είναι λανθασμένες. Σαν σημείο εκκίνησης μπορεί να θεωρηθεί πως η υποκίνηση για αλλαγή είναι στη πραγματικότητα αρκετά «εύπλαστη» και εν μέρει μπορεί να διαμορφωθεί μέσα από τις ανθρώπινες σχέσεις (Woods et al., 2002).

Ο τρόπος που οι επαγγελματίες υγείας μιλάνε και απευθύνονται στους ασθενείς σχετικά με την υγεία τους μπορεί να έχει ουσιαστική επιρροή στο προσωπικό τους κίνητρο για αλλαγή συμπεριφοράς. Δεν υπάρχει άτομο που να μη μπορεί να κινητοποιηθεί έστω και στο ελάχιστο. Όλοι οι άνθρωποι έχουν στόχους και φιλοδοξίες. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να κάνουν τη διαφορά και να έχουν μια μακροχρόνια επιρροή στον ασθενή τους (Christie, & Channon, 2014).

4.9 Το ‘πνεύμα’ του Motivational Interviewing

Το Motivational Interviewing δεν αποτελεί μια τεχνική που ξεγελά τους ανθρώπους για να κάνουν αυτό που πρέπει να κάνουν. Αντίθετα, αποτελεί ένα επιδέξιο κλινικό τρόπο για την απόσπαση από τους ίδιους τους ασθενείς των δικών τους θετικών κινήτρων για την αλλαγή συνηθειών προς όφελος της υγείας τους (Östlund et al., 2015b). Αποτελεί περισσότερο καθοδήγηση παρά επιβολή. Το συνολικό «πνεύμα» της MI μπορεί να περιγραφεί ως (Emmons, & Rollnick, 2001; Britt et al., 2004):

- i) Συνεργατικό (Collaborate)
 - ii) Εκμαιευτικό (Draw out vs. implant)
 - iii) Αυτό που επικροτεί την αυτονομία του ασθενούς (Allow the freedom NOT to change vs. push for commitment)
- **Συνεργατικό πνεύμα.** Η MI στηρίζεται – διαμορφώνεται πάνω σε μια σχέση συνεργασίας μεταξύ ασθενούς και κλινικού. Σε αντίθεση με τη ασθενοκεντρική προσέγγιση του ασθενούς κατά τη διαβούλευση, η MI στοχοποιεί συγκεκριμένη κατάσταση πάνω στην οποία ο ασθενής πρέπει να αλλάξει. Σε αντίθεση με την κλασική προσέγγιση που ο παθητικός ασθενής απλά κατευθύνεται από τον επαγγελματία της υγείας, στη περίπτωση της MI υπάρχει μια διαδραστική σχέση μεταξύ τους, μια συνεργατική συζήτηση. Αυτό είναι ζωτικής σημασίας για την αλλαγή της συμπεριφοράς

στην υγεία, διότι τελικά ο ασθενής είναι αυτός που μπορεί να πραγματοποιήσει αυτή την αλλαγή. Παράδειγμα διαλόγου: «τι νομίζεις ότι θα κάνεις ;» αντί του «πρέπει να πάρεις τα φάρμακά σου».

- **Εκμαιοευτικό-πνεύμα.** Η ΜΙ αναζητά τον τρόπο να φανερώσει στους ασθενείς αυτό που ήδη διαθέτουν, να ενεργοποιήσει τα δικά τους κίνητρα για αλλαγή. Ένας ασθενής μπορεί να μην κινητοποιείται να κάνει αυτό που θέλει, ωστόσο κάθε άτομο έχει προσωπικούς στόχους, αξίες, φιλοδοξίες και όνειρα. Μέρος της τεχνικής της ΜΙ συνδέει την αλλαγή της συμπεριφοράς στην υγεία με αυτό που οι ασθενείς νοιάζονται, με τις δικές τους αξίες και ανησυχίες. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο μέσω της κατανόησης των προοπτικών του ασθενούς, με το να προκαλέσει τους δικούς του θετικούς λόγους και τις διαφωνίες για αλλαγή. Παράδειγμα διαλόγου: «τι σε απασχολεί σε σχέση με την οικονομική σου δυνατότητα ;» αντί του «πρέπει να πιάσεις δουλειά».
- **Αυτονομία του ασθενούς.** Η ΜΙ βασίζεται στην αποδοχή ότι ο ίδιος ο ασθενής μπορεί και πρέπει να επιτελέσει την αλλαγή του τρόπου της ζωής του. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να πληροφορούν, να συμβουλεύουν, ακόμα και να προειδοποιούν, αλλά τελικά μόνο ο ασθενής είναι αυτός που αποφασίζει τι να πράξει. Η αναγνώριση και η επικρότηση αυτής της αυτονομίας του ασθενούς είναι επίσης ένα συστατικό στοιχείο για να επιτευχθεί η αλλαγή στη συμπεριφορά στην υγεία. Υπάρχει κάτι στην ανθρώπινη φύση το οποίο αντιστέκεται στον εξαναγκασμό και στο ό,τι μας λένε να κάνουμε. Παράδειγμα διαλόγου: «πόσο έτοιμος είσαι για να αλλάξεις συμπεριφορά ;» αντί του «αν δεν αλλάξεις, μπορεί να πεθάνεις».

4.10 Οι τέσσερις κατευθυντήριες Αρχές – Κανόνες Καθοδήγησης στον τομέα της Υγείας

Η ΜΙ κατά την εφαρμογή της στη πράξη έχει τέσσερις κανόνες καθοδήγησης (Hall, Gibbie, & Lubman, 2012):

- i. Αντίσταση στη φυσική έφεση να κάνουμε το καλύτερο για τον άλλο (Resist the righting reflex)
- ii. Κατανόηση και διερεύνηση των κινήτρων των ασθενών (Understand the patient's own motivations)

- iii. Ακρόαση με ενσυναίσθηση (Listen with empathy)
- iv. Ενθάρρυνση του ασθενούς (Empower the patient)

Αυτές οι τέσσερις αρχές καθοδήγησης μπορούν – είναι δυνατόν να απομνημονευθούν με τη χρήση της λέξης **RULE** που προκύπτει από τα αρχικά των λέξεων **R**esist, **U**nderstand, **L**isten and **E**mpower. Οι παραπάνω κανόνες αναλύονται ως εξής:

4.10.1 Αντίσταση στη φυσική έφεση να κάνουμε το καλύτερο για τον άλλο

Τα άτομα που εξασκούν επαγγέλματα τα οποία προσφέρουν στο κοινωνικό σύνολο έχουν μια ισχυρή επιθυμία να κάνουν τα πράγματα σωστά, να θεραπεύσουν παθολογίες, να αποτρέψουν τη βλάβη και γενικά να προάγουν το καλό. Έτσι όταν παρατηρήσουν κάποιο άτομο το οποίο οδεύει προς λάθος μονοπάτι, συνήθως επιθυμούν να προσπαθήσουν να το αποτρέψουν. Αυτή η διαδικασία είναι μια εμφανής διαδικασία «κατεύθυνσης». Η προσπάθεια διόρθωσης της πορείας του ατόμου, πολλές φορές πραγματοποιείται σχεδόν αυτόματα, σχεδόν αντανακλαστικά.

Το πρόβλημα που συνήθως εμφανίζεται είναι ότι αυτή η πρώτη απότομη προτροπή για αλλαγή μπορεί να έχει ένα παράδοξο αποτέλεσμα. Ο λόγος δεν είναι το γεγονός ότι ο ασθενής έχει προβληματικό χαρακτήρα, ή τεμπελιά ή επιμονή στην άρνηση για αλλαγή. Αντίθετα, είναι στην ανθρώπινη φύση να αντιστέκεται στο να πεισθεί για κάτι. Αυτό είναι εν μέρει αληθές όταν κάποιος είναι δύσπιστος σχετικά με κάτι. Για παράδειγμα, προβληματικοί αλκοολικοί, συχνά γνωρίζουν πολύ καλά ότι καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ και ότι αυτό έχει συνέπειες στην υγεία τους. Ωστόσο οι ίδιοι απολαμβάνουν να πίνουν και δε τους αρέσει να σκέφτονται τους εαυτούς τους σαν να έχουν πρόβλημα. Προτιμούν να βλέπουν το ότι καταναλώνουν αλκοόλ σαν μια λογική διαδικασία.

Στις περισσότερες των περιπτώσεων, αν όχι σε όλες, οι περισσότεροι ασθενείς αντιστέκονται στην προσπάθεια αλλαγής της συμπεριφοράς στην υγεία. Θέλουν την αλλαγή, ξέρουν ότι είναι απαραίτητη, ξέρουν ότι είναι ικανοί, αλλά έπειτα συγκρούονται με ένα ‘αλλά’. Αυτός ο τρόπος σκέψης των ασθενών είναι που πρέπει να σταματήσει και εδώ έρχεται το σημείο που ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να μπει στη διαμάχη μεταξύ της αλλαγής και της μη αλλαγής συμπεριφοράς.

4.10.2 Κατανόηση και Διερεύνηση των Κινήτρων των Ασθενών

Αυτό που είναι περισσότερο πιθανό να πυροδοτήσει την αλλαγή της συμπεριφοράς είναι οι λόγοι του ίδιου του ασθενούς και όχι αυτοί που θέτει – ορίζει ο επαγγελματίας υγείας. Οπότε, μια δεύτερη αρχή – κανόνας καθοδήγησης στην ΜΙ είναι ο επαγγελματίας υγείας να ενδιαφερθεί για τις αξίες, τις ανησυχίες και τα κίνητρα του ασθενούς. Κατά τη διαδικασία και εφαρμογή της ΜΙ, η πρόοδος της μεθόδου γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να προκαλεί και να διερευνά τις αντιλήψεις του ασθενούς για την κατάστασή του και τα δικά του κίνητρα για αλλαγή. Αυτό φαίνεται να είναι μια παρατεταμένη διαδικασία, αλλά στη πράξη δε πρέπει να είναι έτσι, και μπορεί να πραγματοποιηθεί με διαβούλευση λογικής διάρκειας. Πιστεύεται ότι, αν ο χρόνος διαβούλευσης είναι περιορισμένος, είναι προτιμότερο και ορθότερο ο επαγγελματίας υγείας να ρωτά τον ασθενή ποιος είναι ο λόγος για τον οποίο επιθυμεί να κάνει την αλλαγή και το πώς θέλει να την κάνει, σε σχέση με το να του λένε – επιβάλλουν να κάνει την αλλαγή. Ο ασθενής και όχι ο επαγγελματίας υγείας είναι αυτός που πρέπει να εκφράζει τις τυχόν αντιρρήσεις για την αλλαγή της συμπεριφοράς.

4.10.3 Ακρόαση του Ασθενούς με Ενσυναίσθηση

Η ΜΙ εμπεριέχει στην εφαρμογή της εξίσου: την ακρόαση και την πληροφόρηση. Πιθανότατα, η λογικά αναμενόμενη προσδοκία μιας διαβούλευσης με έναν ειδικό σε θέματα υγείας, είναι ο ειδικός αυτός να έχει τις απαντήσεις που χρειάζεται ο ασθενής και να του τις προσφέρει. Συνήθως ο επαγγελματίας υγείας έχει τις απαντήσεις αυτές και αυτός είναι και ο λόγος που ο ασθενής απευθύνεται σε αυτόν. Όσον αφορά όμως στην αλλαγή συμπεριφοράς και τρόπου σκέψης, οι απαντήσεις είναι επιθυμητό να προκύπτουν από τον ίδιο τον ασθενή. Κατά συνέπεια, για να τις εξάγουμε–ανακαλύψουμε, απαιτείται ακρόαση του ασθενούς με προσοχή.

Η σωστή ακρόαση είναι κατά βάση μια πολύπλοκη κλινική ικανότητα. Απαιτεί πολύ περισσότερο την ακρόαση του ασθενούς παρά το βομβαρδισμό του με ερωτήσεις. Στο βιβλίο τους *Making the patient Your Partner* ο ψυχολόγος Thomas Gordon και ο χειρουργός Sterling Edwards (Gordon, & Edwards, 1997) πραγματεύονται το πώς μια ποιοτική ακρόαση του ασθενούς είναι ζωτικής σημασίας κομμάτι της καλής ιατρικής φροντίδας.

4.10.4 Ενθάρρυνση του Ασθενούς

Γίνεται ολοένα και περισσότερο εμφανές πως τα αποτελέσματα βελτιώνονται όταν οι ίδιοι οι ασθενείς έχουν ενεργό ρόλο στην φροντίδα της υγείας τους. Η τέταρτη αρχή – κανόνας καθοδήγησης στην MI είναι η ενθάρρυνση – βοήθεια του ασθενούς στο να αναζητήσει τον τρόπο να κάνει τη διαφορά στην υγεία του. Είναι οι ιδέες του ασθενούς και οι δυνάμεις του που είναι καθοριστικές για την επίτευξη της αλλαγής. Ο επαγγελματίας υγείας γνωρίζει πως η συχνή άσκηση είναι εξαιρετικά σημαντική, ωστόσο είναι ο ασθενής αυτός που γνωρίζει καλύτερα τον τρόπο που πρέπει να την εντάξει στην καθημερινότητά του. Οι ασθενείς είναι στην ουσία οι σύμβουλοι του επαγγελματία υγείας για τη δικιά τους ζωή και του τρόπου με τον οποίο θα επιτύχουν την αλλαγή. Ένας από τους σημαντικότερους ρόλους και αποστολές του επαγγελματία υγείας στη διαδικασία της αλλαγής είναι να στηρίζει τις ελπίδες ότι αυτή η αλλαγή είναι εφικτή και πραγματοποιήσιμη. Ένας ασθενής που έχει ενεργό ρόλο στη διαβούλευση, που σκέφτεται φωναχτά το γιατί και τον τρόπο που πρέπει να πραγματοποιήσει την αλλαγή, είναι περισσότερο πιθανό να κάνει κάτι για να πραγματοποιήσει την αλλαγή.

4.11 Τέσσερις επιπλέον αρχές της Συνέντευξης Κινητοποίησης MI

- Έκφραση ενσυναίσθησης (Express empathy)
- Διερεύνηση των αποκλίσεων (Develop discrepancy)
- Διαχείριση της αντίστασης (Roll with resistance)
- Υποστήριξη της αυτο-αποτελεσματικότητας (Support self efficacy)

4.11.1 Έκφραση ενσυναίσθησης

Σε πρακτικό επίπεδο, η ενσυναίσθηση ως τρόπος επικοινωνίας περιλαμβάνει τη χρήση των δεξιοτήτων ακρόασης και ενσυναίσθησης, όπου ο ιατρός προσπαθεί να κατανοήσει την προοπτική, τις σκέψεις και τα συναισθήματα του ασθενούς χωρίς να κρίνει/επικρίνει ή να κατηγορεί. Η οικοδόμηση συμπάθειας και κατανόησης δεν σημαίνει ότι ο επαγγελματίας υγείας αποδέχεται την προβληματική συμπεριφορά. Αντιθέτως, ο επαγγελματίας επιδιώκει να δημιουργήσει μια δίοδο για ανταλλαγή απόψεων με σεβασμό προς τον ασθενή, τον οποίο πλησιάζει με γνήσια περιέργεια για τις εμπειρίες, τα συναισθήματα και τις αξίες του.

4.11.2 Διερεύνηση των αποκλίσεων

Είναι ένα ισχυρό κίνητρο το να βοηθηθούν οι ασθενείς να εντοπίσουν τις αποκλίσεις μεταξύ της τρέχουσας συμπεριφοράς τους και των μελλοντικών τους στόχων ή της αξίας που δίνουν στον εαυτό τους ως άτομο, σύντροφο, γονέα, ή εργαζόμενο. Είναι κίνητρο που βοηθά «να γύρει η ζυγαριά» προς την αλλαγή. Η διερεύνηση των αποκλίσεων καλλιεργείται μελετώντας τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της αλλαγής. Αυτές οι ασκήσεις σχετικά με τη λήψη απόφασης χρησιμοποιούνται αποτελεσματικά στην ΜΙ ως εργαλείο βοήθειας για τους ασθενείς να δώσουν οι ίδιοι έμφαση στο πρόβλημα της αμφιθυμίας τους και να εκφράσουν τις ανησυχίες τους σχετικά με τη συμπεριφορά τους.

4.11.3 Διαχείριση της αντίστασης

Συχνά, όταν ένας επαγγελματίας υγείας προσπαθεί να παρασύρει άμεσα έναν ασθενή προς την αλλαγή, διότι υπάρχουν κίνδυνοι εξαιτίας της συμπεριφοράς του, υιοθετεί μια μέθοδο καταναγκασμού. Εάν ο ασθενής είναι αμφίσημος σχετικά με την αλλαγή, αυτή η προσέγγιση θα προκαλέσει αντίσταση από τον ασθενή. Η αντίσταση είναι διαφόρων ειδών, αλλά συνήθως είναι διακοπή της συνεργασίας ή έκφραση έντονης διαφωνίας με τον επαγγελματία, αμφισβητώντας την εμπειρία του υπεύθυνου και δικαιολογώντας τη δική του συμπεριφορά. Ο ασθενής γίνεται απαισιόδοξος σχετικά με τις πιθανότητες του να αλλάξει.

Με τη μέθοδο ΜΙ, η προσέγγιση στην αντίσταση γίνεται χωρίς κρίση και ερμηνεύοντας αυτήν την απόκριση ως σημάδι ότι ο ασθενής κρατά μια διαφορετική άποψη από την άποψη του επαγγελματία. Η μέθοδος ΜΙ στη συνέχεια χρησιμοποιεί στρατηγικές, όπως η έμφαση στο γεγονός ότι η επιλογή του να αλλάξει ή όχι το άτομο «είναι στο χέρι του», μετατοπίζοντας το επίκεντρο της συζήτησης ή απλά επανασχεδιάζοντας όσα έχει πει ο ασθενής, προκειμένου να ‘κυλήσει’ το θέμα και να αποτραπεί η εμπλοκή που φέρνει η αντίσταση.

4.11.4 Υποστήριξη της αυτο-αποτελεσματικότητας

Πολλοί άνθρωποι, με διαχρονική συμπεριφορά που έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία τους, έχουν κάνει τις δικές τους προσπάθειες για να αλλάξουν κάποια στιγμή και απέτυχαν. Μπορεί να έχουν προσπαθήσει να σταματήσουν το κάπνισμα και να διήρκεσε μόνο μια εβδομάδα, ή να προσπάθησαν να χάσουν βάρος, αλλά δεν ήταν σε θέση να διατηρήσουν την δίαιτα. Μπορεί να έχουν προσπαθήσει να συμμορφωθούν με το πρόγραμμα λήψης των

φαρμάκων τους αρκετές φορές στο παρελθόν, αλλά να ήταν δύσκολο εξαιτίας των παρενεργειών ή ενός πολύπλοκου δοσολογικού σχήματος. Επισημαίνοντας την εσωτερική δύναμη του ασθενούς που φάνηκε κάποιες φορές στη ζωή του και τον βοήθησε να έχει αλλάξει συμπεριφορά με επιτυχία, μπορεί ο επαγγελματίας να προωθήσει την αυτο-αποτελεσματικότητά του. Η πίστη του επαγγελματία στην ικανότητα του ασθενούς να αλλάξει είναι ένας ισχυρός τρόπος για την προώθηση της αυτο-αποτελεσματικότητας και επομένως μπορεί να βοηθήσει το άτομο να αναπτύξει την εμπιστοσύνη στον εαυτό του ότι πράγματι είναι ικανός να πετύχει και άλλη αλλαγή.

4.12 Συμπεράσματα

Είναι σπάνιο φαινόμενο οι ασθενείς να έχουν προβλήματα σαφώς καθορισμένα και φυσικά να μπορούν με ευκολία να προσαρμοστούν και να αντιμετωπισθούν επακριβώς με ένα συγκεκριμένο τρόπο επικοινωνίας. Το να ρωτάς, να ενημερώνεις και να ακούς, ακούγονται και φαίνονται σχετικά απλές διαδικασίες και πιθανότατα να μην «δικαιούνται» να φέρουν το τίτλο δεξιοτήτων. Σε σύγκριση με περίπλοκα πράγματα που πρέπει να εφαρμόσουν οι επαγγελματίες υγείας, στη πράξη φαίνονται σχετικά απλές διαδικασίες. Ωστόσο αυτές οι απλές διεργασίες μπορούν να πραγματοποιηθούν και να εφαρμοσθούν με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους. Έτσι η όλη διαδικασία μετατρέπεται σε επιχείρηση που απαιτεί υψηλή ειδικευση, έτσι ώστε να ρωτάς, να ακούς και να ενημερώνεις με το κατάλληλο τρόπο για να επιτευχθούν οι στόχοι για τη βελτίωση της κλινικής κατάστασης του ασθενούς.

Η ακριβής και προσεκτική επιλογή των λέξεων, η στάση του σώματος, η σιωπή ενίοτε, καθώς και η συνολική ατμόσφαιρα της συζήτησης – διαβούλευσης μπορούν να γίνουν ισχυρά εργαλεία.

Ο τρόπος που επικοινωνούν οι επαγγελματίες υγείας με τους ασθενείς μπορεί να έχει ισχυρή επίδραση, όχι μόνο στο πώς αισθάνονται, αλλά και στο τι κάνουν, καθώς και συνολικά στην εικόνα της υγείας τους. Οι επικοινωνιακές δεξιότητες του επαγγελματία υγείας είναι από μόνες τους μια εργαλειοθήκη θεραπειών. Τα εργαλεία *ρωτάω*, *ενημερώνω* και *ακούω* μπορούν να συνδυασθούν με ένα τρόπο που είναι περισσότερο ή λιγότερο αποδοτικός, αποτελεσματικός και επιδέξιος. Το πως αυτά θα χρησιμοποιηθούν εξαρτάται από την εκάστοτε περίπτωση και

μπορούν να χρησιμοποιηθούν με διαφορετικούς τρόπους στην υπηρεσία των μεθόδων επικοινωνίας κατεύθυνσης, καθοδήγησης ή παρακολούθησης.

Κεφάλαιο 5^ο

Κεφάλαιο 5^ο: Βιβλιογραφική ανασκόπηση

5.1 Εκπαίδευση Επαγγελματιών Υγείας στην ΜΙ για την αλλαγή συμπεριφοράς σχετική με διατροφικές συνήθειες και τη φυσική κατάσταση

Ερευνητές στην Ολλανδία εξέτασαν το αν η βασική εκπαίδευση διαιτολόγων στην Συνέντευξη Κινητοποίησης αλλάζει το συμβουλευτικό τους στυλ και βελτιώνει τη διατροφή των ασθενών τους. Έλαβαν μέρος 37 διαιτολόγοι και 142 άτομα με διαβήτη. Όσοι διαιτολόγοι έλαβαν την εκπαίδευση έδειξαν περισσότερη κατανόηση και περισσότερο προβληματισμό κατά τη διάρκεια των διαβουλεύσεων και είχαν περισσότερες πιθανότητες από ό, τι στην ομάδα ελέγχου για να αφήσουν τους ασθενείς τους να μιλήσουν κατά το μεγαλύτερο μέρος της διαβούλευσης. Στους ασθενείς τους μετρήθηκαν χαμηλότερα επίπεδα πρόσληψης κορεσμένων λιπαρών σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (Brug et al., 2007).

5.2 Εφαρμογή της ΜΙ για την αλλαγή συμπεριφοράς σχετική με διατροφικές συνήθειες και στη φυσική κατάσταση

1. Στόχος μιας μελέτης ήταν να εξετάσει τις σχέσεις μεταξύ σωματικής και κοινωνικής αυτο-αντίληψης με τη συνέντευξη κινητοποίησης (ΜΙ) και τις δεξιότητες των υπευθύνων για την εκτίμηση της αλλαγής στη διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα (αυτο-αποτελεσματικότητα στην παροχή συμβουλών). Οι συμβουλές απευθύνθηκαν σε γυναίκες, βρέφη και παιδιά. Συμμετείχαν εξήντα-πέντε διατροφολόγοι. Κύρια αποτελέσματα ήταν το ότι η αντίληψη των διατροφολόγων για τις δικές τους δεξιότητες στην ΜΙ συσχετιζόταν θετικά με την αυτο-αποτελεσματικότητά τους για την παροχή συμβουλών στους πελάτες τους σχετικά με τη σωματική δραστηριότητα και τη συμπεριφορά στη διατροφή. Μελετήθηκε και η επιρροή του παράγοντα: εθνικότητα (Αγγλική-Ισπανική) και εκτιμήθηκε πως η αυτο-αποτελεσματικότητα συνδέεται αρνητικά με την αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς στους Ισπανόφωνους (Marley et al., 2011).

2. Μια δεύτερη μελέτη (πilotική) εξετάζει τα αποτελέσματα μιας «Σύντομης παρέμβασης ΜΙ» σε 30 ασθενείς (υπέρταση, υπερλιπιδαιμία, διαβήτης, στεφανιαία νόσος) στη

φυσική δραστηριότητα. Η παρέμβαση δόθηκε σε τρία στάδια: μια τριαντάλεπτη 'ζωντανή' συνάντηση στην αρχή, που ακολουθήθηκε από 15-20 λεπτών τηλεφωνική επικοινωνία ανά μήνα (συνολική διάρκεια 3 μηνών). Η φυσική δραστηριότητα ελέγχθηκε 'πριν' και 'μετά'. Η πρόοδος μετρήθηκε με τη συμπλήρωση από τους ασθενείς ενός σύντομου ερωτηματολόγιου σχετικού με «τα τέσσερα στάδια της αλλαγής» και τη χρονική διάρκεια της εβδομαδιαίας τους άσκησης. Ποσοστό 80% των ασθενών προχώρησε σε επόμενο στάδιο «αλλαγής» και όλοι βελτίωσαν το χρόνο της φυσικής τους άσκησης (Eve Ackerman et al., 2011).

3. Συλλέχθηκαν στοιχεία από 136 'ανενεργούς' ασθενείς (50-70 ετών). Οι ασθενείς χωρίστηκαν τυχαία σε τρεις ομάδες παρέμβασης: η πρώτη έλαβε «σύντομες» συμβουλές από το γενικό ιατρό (GP). Η δεύτερη ομάδα (GP + ES) έλαβε συμβουλές για αλλαγή της συμπεριφοράς τους και από έναν επιστήμονα άσκηση (ES). Η τρίτη ομάδα (GP + ES + P) έλαβε και ένα βηματόμετρο. Η αυτο-αναφερόμενη φυσική δραστηριότητα και οι σχετικοί παράγοντες μετρήθηκαν κατά την έναρξη και στις 12η και 24η εβδομάδες. Οι καρδιο-αναπνευστικές μεταβλητές μετρήθηκαν κατά την έναρξη και την 12η εβδομάδα. Αποτελέσματα: Συνολικά, ο μέσος χρόνος φυσικής δραστηριότητας αυξήθηκε κατά 84 και 128 λεπτά / εβδομάδα [12η και 24η εβδομάδες ($p < .01$)], χωρίς σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων. Παρατηρήθηκαν μικρές βελτιώσεις στην αρτηριακή πίεση και τον καρδιακό ρυθμό μετά την άσκηση (Armit et al., 2009).

4. Ομάδα Εργασίας της Αμερικανικής Διαιτητικής Εταιρείας διεξήγαγε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που σχετίζεται με τις θεωρίες της αλλαγής της συμπεριφοράς και των στρατηγικών που χρησιμοποιούνται στις συμβουλές για τη διατροφή. Ογδόντα επτά μελέτες, από τα διακόσια δεκατέσσερα άρθρα που βρέθηκαν, πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης και αξιολογήθηκαν συστηματικά από την ομάδα εργασίας. Ισχυρές ενδείξεις ενέσκηψαν που υποστηρίζουν τη χρήση ενός συνδυασμού της συμπεριφορικής θεωρίας και της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας (CBT), για τη διευκόλυνση της τροποποίησης των στοχευμένων διατροφικών συνηθειών, του βάρους, και των παραγόντων κινδύνου της καρδιαγγειακής λειτουργίας και του σακχαρώδη διαβήτη. Τα αποδεικτικά στοιχεία φάνηκαν ιδιαίτερα ισχυρά σε ασθενείς με τύπου 2 διαβήτη. Βρέθηκαν και λίγες μελέτες που αξιολόγησαν

την εφαρμογή του Transtheoretical πρότυπου για τη αλλαγή της συμπεριφοράς που σχετίζεται με τη διατροφή. Περιορισμένη ήταν η έρευνα σχετική με την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας των διατροφικών συμβουλών που χρησιμοποιούν την κοινωνική γνωστική θεωρία. Η ΜΙ φάνηκε να είναι μια ιδιαίτερα αποτελεσματική στρατηγική συμβουλευτικής, ιδιαίτερα όταν συνδυάστηκε με τη CBT. Ισχυρά στοιχεία τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητα του αυτοελέγχου και των δομημένων σχεδίων για τα γεύματα. Αδιάσειστα στοιχεία αποδεικνύουν ότι στρατηγικές οικονομικής ανταμοιβής δεν είναι αποτελεσματικές. Η ρύθμιση του στόχου, η επίλυση προβλημάτων και η κοινωνική υποστήριξη είναι αποτελεσματικές στρατηγικές, αλλά απαιτείται επιπλέον έρευνα για την περίπτωση που εμπλέκονται διαφορετικοί πληθυσμοί. Συνιστώνται παρεμβάσεις για την τεκμηρίωση και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των θεωριών και των πρότυπων που εφαρμόζονται για την αλλαγή της συμπεριφοράς όσον αφορά στη διατροφική φροντίδα (Spahn et al., 2010).

5. Το Transtheoretical πρότυπο για την αλλαγή (TTM) είναι μια προσέγγιση για την αλλαγή της συμπεριφοράς, η οποία αποδείχθηκε επιτυχής όσον αφορά στην αύξηση του επιπέδου της φυσικής δραστηριότητας. Η πιο κάτω μελέτη εξέτασε την εφαρμογή μιας προσέγγισης TTM για την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας σε άτομα με διαβήτη τύπου 2, από έναν ειδικό διαιτολόγο. Σαράντα συμμετέχοντες προσλήφθηκαν είτε στην ομάδα 'Άσκησης Συνέντευξη Διαβούλευσης' (exercise consultation interview ECI) ή στην ομάδα ελέγχου. Τριάντα τέσσερις συμμετέχοντες (17 σε κάθε ομάδα) ολοκλήρωσαν τη μελέτη. Και οι δύο ομάδες παρουσίασαν αύξηση σε επίπεδα φυσικής δραστηριότητας. Ωστόσο, υπήρχε μια σημαντική διαφορά στην αλλαγή των επιπέδων σωματικής δραστηριότητας μόνο στην ομάδα ECI. Στην ομάδα αυτή, οκτώ συμμετέχοντες έδειξαν αυξημένο επίπεδο σε σύγκριση με έναν μόνο της ομάδας ελέγχου. Υπήρξε μια πολύ στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ομάδας ECI και ομάδας ελέγχου για τα ποσοστά επιτυχίας της εξέλιξης στο επόμενο στάδιο της αλλαγής της συμπεριφοράς (Jackson, Asimakoroulou & Scammell, 2007).

6. Στόχος της επόμενης μελέτης ήταν να αξιολογηθεί η μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα του προγράμματος «πράσινη συνταγή», ένα έργο βασισμένο στο γενικό ιατρό επιφορτισμένο να παρέχει συμβουλές σχετικά με τη σωματική δραστηριότητα σε 42 αγροτικά και αστικά ιατρεία περιοχής της Νέας Ζηλανδίας. Συμμετείχαν όλοι οι ασθενείς (40-79

ετών) που επισκέφτηκαν το γενικό ιατρό κατά την περίοδο της μελέτης. Οι ασθενείς ζήτησαν από τους γενικούς ιατρούς να τους δώσουν προφορικές και γραπτές συμβουλές για τη φυσική δραστηριότητά τους κατά τη διάρκεια συνηθισμένων διαβουλεύσεων. Ειδικοί της άσκησης συνέχισαν την υποστήριξη των ασθενών μέσω τηλεφώνου και ταχυδρομείου. Οι ασθενείς της ομάδας ελέγχου έλαβαν τη συνήθη φροντίδα. Κύρια μέτρα εκτίμησης της έκβασης ήταν η αλλαγή σε φυσική δραστηριότητα, ποιότητα ζωής (συμπλήρωση ερωτηματολογίου), καρδιαγγειακό κίνδυνο (εξισώσεις Framingham και D'Agostino) και μέτρηση της αρτηριακής πίεσης κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 12 μηνών. Τα αποτελέσματα ήταν: η μέση συνολική ενεργειακή δαπάνη αυξήθηκε κατά 9.4 kcal / kg / εβδομάδα ($P = 0.001$) και η άσκηση αναψυχής κατά 2.7 kcal / kg / εβδομάδα ($P = 0.02$) ή 34 λεπτά / εβδομάδα περισσότερο στην ομάδα παρέμβασης συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου ($P = 0.04$). Οι ασθενείς βρήκαν τον εαυτό τους στα θέματα: "γενική υγεία", "φυσική κατάσταση", "ζωτικότητα" και "σωματικός πόνος" να έχει βελτιωθεί σημαντικά περισσότερο στην ομάδα παρέμβασης ($P < 0.05$). Μία τάση προς μείωση της πίεσης του αίματος έγινε εμφανής αλλά δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στον τετραετή κίνδυνο στεφανιαίας νόσου. Συμπέρασμα: η συμβουλευτική ασθενών στο γενικό ιατρείο για την άσκηση είναι αποτελεσματική στην αύξηση της σωματικής δραστηριότητας και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής (Elley et al., 2003).

7. Όλοι οι 1658 μεσήλικες άνδρες και γυναίκες που παρουσιάστηκαν στο ιατρείο πρωτοβάθμιας φροντίδας τυχαία μοιράστηκαν σε τρεις ομάδες: στην 30 λεπτών σύντομης διαβούλευσης, στην άμεσης συμβουλής και στην ομάδα ελέγχου χωρίς παρέμβαση. Το κύριο στοιχείο μέτρησης ήταν η αυτο-αναφερόμενη σωματική δραστηριότητα στους 12 μήνες. Δευτερογενές μέτρο σύγκρισης ήταν η αλλαγή στην πίεση του αίματος και το δείκτη μάζας σώματος. Ως αποτέλεσμα αναφέρεται η μη σημαντική διαφορά στη φυσική δραστηριότητα μεταξύ των ομάδων. Οι συμμετέχοντες στην σύντομη διαπραγμάτευση που ολοκλήρωσαν τη μελέτη έδειξαν σημαντικά αυξημένη σωματική δραστηριότητα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Δεν υπήρξε καμία μεταβολή του δείκτη μάζας σώματος σε οποιαδήποτε ομάδα. Οι συμμετέχοντες στην σύντομης διαπραγμάτευσης ομάδα έδειξαν μια μεγαλύτερη μείωση της διαστολικής αρτηριακής πίεσης σε σχέση με την ομάδα της 'άμεσης συμβουλής' (Hillsdon et al., 2002).

8. Έλαβαν μέρος 1089 γυναίκες ηλικίας 40-74 με λιγότερη από 30 λεπτά μέτριας έντασης σωματική δραστηριότητα για τουλάχιστον πέντε ημέρες της εβδομάδας. Την ομάδα ‘Σύντομης Παρέμβασης’ φρόντισε μια νοσηλεύτρια που επιφορτίστηκε με επίσκεψη παρακολούθησης σε έξι μήνες και μηνιαία τηλεφωνική υποστήριξη επί εννέα μήνες. Η παρέμβαση χτίστηκε σε ένα υπάρχον πρόγραμμα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ‘η πράσινη συνταγή’ στο οποίο ο γενικός ιατρός ή η πρακτική νοσηλεύτρια συμβουλεύει για λίγο (7-13 λεπτά) τους ασθενείς, χρησιμοποιώντας τις τεχνικές της Υποκινητικής Συνέντευξης (MI) για την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας εκείνων που είναι σωματικά αδρανείς. Κύριο μέτρο εκτίμησης της αλλαγής ήταν η σωματική δραστηριότητα που αξιολογήθηκε κατά την έναρξη και στους 12ο και 24ο μήνες. Δευτερογενή μέτρα σύγκρισης ήταν η ποιότητα ζωής (φύλλο SF-36), το βάρος, η περίμετρος της μέσης, η αρτηριακή πίεση, οι συγκεντρώσεις των λιπιδίων του ορού νηστείας, η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c), η γλυκόζη, η ινσουλίνη και η φυσική κατάσταση. Αποτελέσματα: 10% της ομάδας παρέμβασης και 11% της ομάδας ελέγχου πέτυχαν 150 λεπτά τουλάχιστον μέτριας έντασης σωματική δραστηριότητα την εβδομάδα. Στους 12 μήνες τα ποσοστά αυξήθηκαν σε 43% και 30% και στους 24 μήνες σε 39.3% και 32.8% ($P < 0.001$), αντίστοιχα. Η SF-36 φυσική λειτουργία ($P = 0.03$) και η ψυχική υγεία ($P < 0.05$) βελτιώθηκαν περισσότερο στην ομάδα παρέμβασης. Δεν εμφανίστηκαν σημαντικές διαφορές στην κλινική εικόνα. Στην ομάδα παρέμβασης εμφανίστηκε μεγαλύτερο ποσοστό πτώσεων ($P < 0.001$) και τραυματισμών ($P = 0.03$) (Lawton, 2008).

Από τα πιο πάνω, γίνεται φανερό ότι, ενώ υπάρχει αυξημένο επιστημονικό ενδιαφέρον για εφαρμογές της MI στην κλινική πράξη, δεν βρέθηκαν έρευνες άμεσα συγκρίσιμες με την παρούσα εργασία. Δηλαδή, δεν είναι δυνατή η σύγκριση αριθμητικών αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης με αντίστοιχα αποτελέσματα από την παγκόσμια βιβλιογραφία, τουλάχιστον στις δημοσιεύσεις που ήταν προσβάσιμες στην συγγραφέα.

Κεφάλαιο 6^ο

Κεφάλαιο 6^ο: Υλικό και Μέθοδος

6.1 Σκοπός και Στόχοι της Μελέτης

Ο απώτερος σκοπός της παρούσας παρέμβασης είναι η μελλοντική εφαρμογή της Παρακινητικής-Υποκινητικής Συνέντευξης (Motivational Interviewing) για τη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών και της φυσικής κατάστασης των ασθενών στην καθημερινή κλινική πράξη. Επειδή όμως κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό να επιτευχθεί σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα, επικεντρωθήκαμε κυρίως στην ενημέρωση των ιατρών σχετικά με την πρακτική του Motivational Interviewing και τα πιθανά οφέλη που μπορεί να αποφέρει, τόσο απέναντι στην πρόσληψη τροφής, όσο και στην άσκηση, καθώς και στην παροχή γνώσεων πάνω σε βασικές δεξιότητες που απαιτούνται για την αποτελεσματική εφαρμογή του.

Ειδικότερα, οι στόχοι της παρούσας εργασίας είναι:

1. Η αξιολόγηση των στάσεων, της εκπαίδευσης, της ευχέρειας και των δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά στο Motivational Interviewing.
2. Η εφαρμογή μιας εκπαιδευτικής παρέμβασης με στόχο τη βελτίωση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο Motivational Interviewing, την αύξηση της ευχέρειας κατά την εφαρμογή του στην καθημερινή κλινική πράξη και την βελτίωση των βασικών δεξιοτήτων που απαιτούνται για την αποτελεσματική εφαρμογή του.

6.2 Ερευνητικές Υποθέσεις

Η εκπαιδευτική παρέμβαση (ομιλία και εκπαιδευτικός οδηγός) επιλέχθηκε ώστε να παρέχει στους επαγγελματίες υγείας γνώσεις αναφορικά με το Motivational Interviewing και το πώς αυτό μπορεί να εφαρμοστεί στην καθημερινή κλινική πράξη, καθώς και για τα θετικά αποτελέσματα που η εφαρμογή του μπορεί να έχει για τους ίδιους ασθενείς. Η επιλογή της έγινε με στόχο την επίτευξη των ερευνητικών υποθέσεων της έρευνας. Ειδικότερα οι ερευνητικές υποθέσεις της έρευνας ήταν οι εξής:

1. Αναμένεται τα άτομα της ομάδας παρέμβασης να εμφανίσουν βελτιωμένες στάσεις απέναντι στο Motivational Interviewing. Ειδικότερα, αναμένουμε ότι τα άτομα στην ομάδα παρέμβασης θα εμφανίσουν περισσότερο θετικές στάσεις απέναντι στο Motivational Interviewing σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, στην μετά από την παρέμβαση μέτρηση.
2. Αναμένεται τα άτομα της ομάδας παρέμβασης να εμφανίσουν μεγαλύτερη αυτοαναφερόμενη ευχέρεια στην εφαρμογή του Motivational Interviewing σε σύγκριση με τα άτομα της ομάδας ελέγχου στην μετά από τη παρέμβαση μέτρηση.
3. Αναμένεται οι δεξιότητες που σχετίζονται με την αποτελεσματική εφαρμογή του Motivational Interviewing να έχουν αυξηθεί στην ομάδα παρέμβασης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, στην μετά από την παρέμβαση μέτρηση.

6.3 Περιγραφή του Δείγματος

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται συνολικά από 47 επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα νοσοκομεία «Ευαγγελισμός» και «Λαϊκό». Πρόκειται για ένα δείγμα ευκολίας, καθώς τα άτομα συμμετείχαν εθελοντικά στην έρευνα. Η παρέμβαση πραγματοποιήθηκε στα άτομα τα οποία εργάζονταν στο νοσοκομείο «Λαϊκό», ενώ τα άτομα τα οποία εργάζονταν στο νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Η επιλογή των δυο ομάδων από διαφορετικά νοσοκομεία έγινε ώστε να εξαλειφθούν συστηματικά σφάλματα που μπορεί να προκύπτανε εάν τα άτομα των δυο ομάδων εργάζονταν στο ίδιο νοσοκομείο και αλληλοεπιδρούσαν μεταξύ τους. Τα δυο νοσοκομεία που επιλέχθηκαν βρίσκονται σε αρκετά μικρή απόσταση μεταξύ τους και εξυπηρετούν παρόμοιο όγκο και είδος περιστατικών. Όσον αφορά στα κριτήρια συμπερίληψης (inclusion criteria), στην έρευνα μπορούσαν να πάρουν μέρος άτομα όλων των ηλικιών, ανεξαρτήτου φύλου, που εργάζονταν στα δύο νοσοκομεία, είτε ως ιατρικό, είτε ως νοσηλευτικό προσωπικό.

6.4 Το Σχέδιο της Έρευνας

Η συγκεκριμένη μελέτη είναι μια ημι-πειραματική μελέτη (quasi-experimental) με χρήση μη ισοδύναμης ομάδας ελέγχου (non-equivalent control group design study, NCGD). Έγινε εφαρμογή μιας εκπαιδευτικής παρέμβασης στην πειραματική ομάδα και στη συνέχεια αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς της με χρήση μετρήσεων σε 3 χρονικές στιγμές: πριν την παρέμβαση (T0), αμέσως μετά την παρέμβαση (T1) και 1 μήνα μετά την παρέμβαση (T2). Αντίστοιχα, για την ομάδα ελέγχου πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις τις χρονικές στιγμές T0 και T2.

Αναλυτικά, ακολουθήθηκαν τα παρακάτω βήματα:

1. Ένα μήνα πριν την παρέμβαση δόθηκε έγκριση από το γραφείο εκπαίδευσης του Νοσοκομείου «Λαϊκό» για χρήση της αίθουσας διδασκαλίας του 5ου ορόφου του νοσοκομείου για την πραγματοποίηση της παρέμβασης. Δόθηκε άδεια να χρησιμοποιηθεί η αίθουσα το Σάββατο 9 Απριλίου 2016 και ώρα 10:00 με 14:00. Ταυτόχρονα ενημερώθηκε και η διοίκηση του νοσοκομείου. Επιπλέον, τοποθετήθηκαν αφίσες σε διάφορους πίνακες ανακοινώσεων στον χώρο του νοσοκομείου που καλούσαν τους εργαζόμενους να παραστούν στην εκπαιδευτική παρέμβαση που θα πραγματοποιούταν στις 9 Απριλίου.
2. Την ίδια χρονική περίοδο (1 μήνα πριν την παρέμβαση) πραγματοποιήθηκε ενημέρωση και στο νοσοκομείο «Ευαγγελισμός». Σε αυτό το νοσοκομείο τοποθετήθηκαν αφίσες που καλούσαν τους εργαζόμενους να πάρουν τηλέφωνο και να λάβουν εθελοντικά μέρος σε μια έρευνα για το Motivational Interviewing. Επίσης, υπήρξε και κατ' ιδίαν επικοινωνία με το προσωπικό του νοσοκομείου 1 εβδομάδα πριν την παρέμβαση (8 Απριλίου 2016), λόγω του ότι δεν δεχθήκαμε πολλά τηλεφωνήματα.
3. Τελικά, 26 εργαζόμενοι από το νοσοκομείο «Λαϊκό» παρέστησαν στην εκπαιδευτική ομιλία στις 9 Απριλίου 2016. Επίσης, συνολικά (τηλεφωνήματα + κατ' ιδίαν επικοινωνία) συμμετείχαν στη μελέτη 21 εργαζόμενοι από το νοσοκομείο «Ευαγγελισμός». Τα βήματα που ακολουθήθηκαν για κάθε ομάδα ήταν τα εξής:
 - a. **Ομάδα παρέμβασης (νοσοκομείο «Λαϊκό»):** Αφού οι εργαζόμενοι συγκεντρώθηκαν στην αίθουσα διδασκαλίας έγινε ένας σύντομος χαιρετισμός και

μοιράστηκαν τα ερωτηματολόγια (T0). Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν παρουσία του εκπαιδευτή, ώστε να δίνονται τυχόν διευκρινίσεις. Μετά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ακολούθησε η ομιλία. Αμέσως μετά το πέρας της ομιλίας μοιράστηκαν και συμπληρώθηκαν εκ νέου τα ερωτηματολόγια (T1). Κατά τη χρονική στιγμή T1 συμπληρώθηκαν μόνο 25 από τα 26 ερωτηματολόγια, καθώς ένα άτομο χρειάστηκε να αναχωρήσει λίγο πριν το τέλος της ομιλίας. Τέλος, μοιράστηκε εκπαιδευτικό υλικό προς μελέτη σε όλους τους συμμετέχοντες. Οι συμμετέχοντες άφησαν τα e-mail τους, ώστε να τους στείλουμε το ερωτηματολόγιο για συμπλήρωση 1 μήνα μετά την παρέμβαση. Επιπλέον, δόθηκε η επιλογή για όσους από αυτούς επιθυμούσαν να συμπληρώσουν δια ζώσης τα ερωτηματολόγια σε 2^η συνάντηση που θα πραγματοποιούνταν με την ερευνήτρια, κατά την οποία θα μπορούσαν να συζητήσουν και να λύσουν τυχόν απορίες. Συμπληρώθηκαν τελικά 24 από τα 26 ερωτηματολόγια.

- b. **Ομάδα ελέγχου (νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»)**. Στην ομάδα ελέγχου συμπεριλήφθηκαν όσα άτομα τηλεφώνησαν ή είχαμε κατ' ιδίαν επικοινωνία μαζί τους κατά τη χρονική περίοδο πριν την εφαρμογή της παρέμβασης (μέχρι και 8 Απριλίου 2016). Όσα άτομα τηλεφώνησαν μετά την έναρξη της παρέμβασης κρατήσαμε τα στοιχεία τους για να τους ενημερώσουμε για μελλοντικές δράσεις. Για τα άτομα της ομάδας ελέγχου κρατήθηκαν τα στοιχεία τους και τα e-mail τους και τους ενημερώσαμε ότι στις 9 Απριλίου θα λάμβαναν τα ερωτηματολόγια, τα οποία θα έπρεπε να συμπληρώσουν ηλεκτρονικά. Στις 9 Απριλίου στάλθηκαν τα ερωτηματολόγια (T0), ένα μέρος των οποίων επιστράφηκαν συμπληρωμένα ηλεκτρονικά μέχρι και τις 11 Απριλίου, ενώ πραγματοποιήθηκε και συλλογή ερωτηματολογίων από την ίδια της ερευνήτρια μετά από επίσκεψη στο νοσοκομείο στις 10 Απριλίου. Ένα μήνα μετά τα ερωτηματολόγια στάλθηκαν εκ νέου για συμπλήρωση. Μας επιστράφηκαν και τα 21 ερωτηματολόγια (T2).
4. Ένα μήνα μετά την παρέμβαση πραγματοποιήθηκε η ομιλία στο «Δώμα» του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός» και μοιράστηκε το εκπαιδευτικό υλικό και στα άτομα της

ομάδας ελέγχου. Η ομιλία ήταν ανοιχτή σε οποιοδήποτε εργαζόμενο του νοσοκομείου ενδιαφέρονταν να την παρακολουθήσει.

6.5 Η Παρέμβαση

Η παρούσα παρέμβαση βασίστηκε σε αντίστοιχη παρέμβαση που πραγματοποιήθηκε σε γενικούς ιατρούς από τους Broers, Smets, Bindels, Evertsz, Calff & de Haes (2005). Πρόκειται για μια εκπαιδευτική παρέμβαση το περιεχόμενο της οποίας αντλήθηκε από προηγούμενες έρευνες (Emmons & Rollnick, 2001; Giannakoulia & Fappa, 2015). Η παρέμβαση είχε δυο συνιστώσες, μια ομιλία διάρκειας περίπου 4 ωρών και έναν οδηγό (25σέλιδο εγχειρίδιο) βασισμένο στο περιεχόμενο της ομιλίας.

1. Ομιλία

Πραγματοποιήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια η οποία παρουσίασε διαφάνειες με το περιεχόμενο της εκπαίδευσης το οποίο είχε έντονο διαδραστικό χαρακτήρα . Η εκπαίδευση είχε διάρκεια περίπου 4 ώρες με δυο δεκάλεπτα διαλείμματα.

Στο πρώτο μέρος της ομιλίας έγινε αναφορά σε βασικούς ορισμούς (συμπεριφορών υγείας, της αλλαγής και της αλλαγής συμπεριφορών υγείας) ενώ δόθηκε έμφαση στις θεωρίες αλλαγής συμπεριφοράς σύμφωνα με την βιβλιογραφία. Στη συνέχεια αναλύθηκε ο ορισμός του όρου "υποκίνηση" και παρουσιάστηκαν οι βασικές θεωρίες υποκίνησης.

Το δεύτερο μέρος της εκπαίδευσης είχε ως στόχο την πρώτη επαφή του κοινού με τον όρο της Υποκινητικής Συνέντευξης, τις αρχές πάνω στις οποίες αυτή βασίστηκε και πώς μπορεί να εφαρμοστεί στη συνήθη κλινική πρακτική.

2. Ο οδηγός

Ο οδηγός μοιράστηκε στην ομάδα παρέμβασης μετά το πέρας της ομιλίας. Ουσιαστικά περιείχε σε έντυπη και περισσότερο εμπλουτισμένη μορφή το υλικό το οποίο παρουσιάστηκε στην ομιλία, καθώς και βιβλιογραφικές αναφορές για περαιτέρω μελέτη. Οι συμμετέχοντες παροτρύνθηκαν να μελετήσουν τον οδηγό, ώστε να συζητήσουν με την ερευνήτρια τυχόν απορίες κατά τη 2^η συνάντηση που θα πραγματοποιούνταν ένα μήνα μετά.

6.6 Μετρήσεις, Εργαλεία και Αξιολόγηση

Η μέτρηση των υπό εξέταση μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με χρήση ερωτηματολογίου το οποίο δημιουργήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια.

6.6.1 Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο *απαρτίζεται* από 5 υπο-ενότητες. Οι ερωτήσεις της κάθε ενότητας επιλέχθηκαν βάσει των κυριότερων αρχών, τεχνικών και δεξιοτήτων του Motivational Interviewing και βασίστηκαν σε εργαλεία προηγούμενων ερευνών (Broers et al., 2005; Young, 2010; Giannakoulia & Fappa, 2015). Ειδικότερα το ερωτηματολόγιο διαμορφώθηκε ως εξής:

- 1. Ενότητα 1:** περιέχει τα βασικά δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.
- 2. Ενότητα 2:** περιέχει 18 ερωτήσεις που αξιολογούν τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο Motivational Interviewing και την αυτό-αναφερόμενη ευχέρεια κατά την εφαρμογή του γενικότερα, αλλά και ειδικότερα για την εξατομικευμένη βελτίωση της διατροφικής κατάστασης των ασθενών.
- 3. Ενότητα 3:** περιέχει 12 ερωτήσεις που αξιολογούν τις δεξιότητες που απαιτούνται για την αποτελεσματική εφαρμογή του Motivational Interviewing.
- 4. Ενότητα 4:** Περιέχει 1 ερώτηση που αξιολογεί τον βαθμό στον οποίο οι επαγγελματίες υγείας έχουν δεχτεί εκπαίδευση, οποιουδήποτε είδους, πάνω στο Motivational Interviewing.
- 5. Ενότητα 5:** Περιέχει 3 ερωτήσεις που αφορούν στις απόψεις των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την εφαρμογή του Motivational Interviewing στην καθημερινή κλινική πράξη.

6.6.2 Μεταβλητές

Οι μεταβλητές μετρήθηκαν με ανώνυμο, αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο. Ειδικότερα:

- Για τον έλεγχο της 1^{ης} ερευνητικής υπόθεσης χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις 1.1-1.6 και 2.1-2.6 της 2^{ης} ενότητας του ερωτηματολογίου και οι 3 ερωτήσεις της 5^{ης} ενότητας του ερωτηματολογίου.

- Για τον έλεγχο της 2^{ης} ερευνητικής υπόθεσης χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις 3.1-3.6 της 2^{ης} ενότητας του ερωτηματολογίου.
- Για τον έλεγχο της 3^{ης} ερευνητικής υπόθεσης χρησιμοποιήθηκαν οι 12 ερωτήσεις της 3^{ης} ενότητας του ερωτηματολογίου.

6.6.3 Αξιολόγηση της Παρέμβασης

Η αξιολόγηση της παρέμβασης έγινε χρησιμοποιώντας τα ερωτηματολόγια πριν και μετά την παρέμβαση για κάθε συμμετέχοντα. Συγκεκριμένα, αρχικά υπολογίστηκαν οι διαφορές (μετά την παρέμβαση (T2)-πριν την παρέμβαση (T0)) για την ομάδα ελέγχου και για την ομάδα παρέμβασης για κάθε μία συνεχή/ διατάξιμη μεταβλητή. Στη συνέχεια συγκρίθηκαν οι διαφορές (μετά-πριν) μεταξύ των δυο ομάδων με χρήση του παραμετρικού t-test για δυο ανεξάρτητα δείγματα για να ελεγχθεί αν η μεταβολή των παραπάνω μεταβλητών ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στην ομάδα παρέμβασης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Για τη σύγκριση των μεταβολών πριν και μετά την παρέμβαση εντός των ομάδων χρησιμοποιήθηκε το paired samples t-test για να ελεγχθεί αν υπήρξε σημαντική μεταβολή μετά την παρέμβαση, σε σχέση με πριν, εντός της κάθε ομάδας. Για την ομάδα παρέμβασης ελέγχθηκε η μεταβολή σε δύο χρονικές στιγμές (T2-T0 και T1-T0), ενώ για την ομάδα ελέγχου σε μια χρονική στιγμή (T2-T0). Η επιλογή των δυο χρονικών στιγμών για την ομάδα παρέμβασης έγινε με στόχο να αξιολογηθεί, τόσο η βραχυπρόθεσμη επίδραση της παρέμβασης (αμέσως μετά την ολοκλήρωση της ομιλίας), όσο και η μακροπρόθεσμη (μετά από ένα μήνα) και αφού είχε μελετηθεί ο εκπαιδευτικός οδηγός.

6.7 Ηθικά Ζητήματα

Οι συμμετέχοντες πριν την ενεργή συμμετοχή τους στην έρευνα ενημερώθηκαν αναλυτικά για τον σκοπό και για την ακριβή διαδικασία που θα ακολουθούνταν. Επίσης, επισημάνθηκε στους παριστάμενους ότι η συμμετοχή τους είναι εθελοντική, ενώ η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ανώνυμη και εμπιστευτική. Τέλος, έγινε γνωστό στους συμμετέχοντες ότι τα προσωπικά τους δεδομένα επρόκειτο να χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας. Μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης πραγματοποιήθηκε η ομιλία και μοιράστηκε ο οδηγός και στα άτομα της ομάδας ελέγχου, καθώς θεωρήθηκε ότι δεν θα ήταν

ηθικό να μη δώσουμε τη δυνατότητα εκπαίδευσης και στα άτομα της ομάδας ελέγχου, εφόσον αυτά το επιθυμούσαν.

Κεφάλαιο 7ο

Κεφάλαιο 7^ο : Αποτελέσματα

7.1 Δημογραφικά Στοιχεία του Δείγματος

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των δυο ομάδων κατά την έναρξη της μελέτης (baseline). Το σύνολο του δείγματος αποτελείται από γιατρούς, καθώς δεν συμμετείχε στη μελέτη κανένα μέλος του νοσηλευτικού προσωπικού. Παρατηρούμε ότι δεν φαίνεται να υπάρχουν σημαντικές διαφορές στα βασικά χαρακτηριστικά των δυο ομάδων κατά την έναρξη της μελέτης.

Πίνακας 1: Βασικά Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος στην έναρξη της μελέτης (baseline) για την ομάδα παρέμβασης (N=26) και την ομάδα ελέγχου (N=21).

Μεταβλητές	Ομάδα Παρέμβασης (N=26)	Ομάδα Ελέγχου (N=21)	p-value
	N (%) ή μέση τιμή (εύρος)	N (%) ή μέση τιμή (εύρος)	
Ηλικία	44.12 (62-33)	42.05 (64-29)	0.471 ²
Φύλο			
Ανδρας	12 (46.2%)	7 (33.3%)	0.373 ¹
Γυναίκα	14 (53.8%)	14 (66.7%)	
Οικογενειακή κατάσταση			
Άγαμος	9 (34.6%)	8 (38.1%)	0.741 ¹
Έγγαμος	12 (46.2%)	11 (52.4%)	
Διαζευγμένος	4 (15.4%)	2 (9.5%)	
Χήρος	1 (3.8%)	0 (0.0%)	
Έτη Προϋπηρεσίας	9.33 (29-0.25)	7.88 (26-0.5)	0.576 ²
Γνωρίζεται τι είναι το Motivational Interviewing;			
Ναι	4 (15.4%)	2 (9.5%)	0.549 ¹
Όχι	22 (84.6%)	19 (90.5%)	
Εκπαίδευση			
Συγκεκριμένη εκπαίδευση στο νοσοκομείο	1.04 (2-1)	1.10 (2-1)	0.440
Διαρκής επαγγελματική εκπαίδευση έξω από το νοσοκομείο	1.31 (4-1)	1.05 (2-1)	0.097

¹Chi-square test

²Independent samples t-test

7.2 Μεταβολή των Μεταβλητών εντός των ομάδων

Παρακάτω θα παρουσιαστούν η μεταβολές εντός των ομάδων, ξεχωριστά για την ομάδα παρέμβασης και την ομάδα ελέγχου. Στην ομάδα παρέμβασης θα αξιολογηθεί, τόσο η μεταβολή αμέσως μετά την ομιλία (T1-T0), όσο και η μεταβολή 1 μήνα μετά την ομιλία (T2-T0). Για την ομάδα ελέγχου θα αξιολογηθεί μόνο η μεταβολή μετά από 1 μήνα (T2-T0).

7.2.1 Ομάδα Ελέγχου

Στον Πίνακα 2 παρατηρούμε ότι δεν παρατηρήθηκε κάποια σημαντική μεταβολή στις στάσεις αναφορικά με το Motivational Interviewing των ατόμων της ομάδας ελέγχου.

Πίνακας 2: Μεταβολή των στάσεων (μετά-πριν) για τα άτομα της ομάδας ελέγχου (N=21).

Στάσεις (1: συμφωνώ απόλυτα-5: διαφωνώ απόλυτα)	Ομάδα Ελέγχου (N=21)		
	Πριν (T0)	Μετά (T2)	p-value
1 Όταν ένας ασθενής συμβουλευτεί έναν Επαγγελματία υγείας, αυτός/αυτή θα πρέπει να ακολουθήσει με ακρίβεια τις οδηγίες που θα του/ της δοθούν.	2.14	2.09	0.715
2 Η διατήρηση ενός φυσιολογικού βάρους είναι ένας πολύ σημαντικός δείκτης της γενικότερης κατάστασης της υγείας του ασθενούς.	1.48	1.43	0.576
3 Η βελτίωση διατροφικών συμπεριφορών μπορεί να βελτιώσει τη γενικότερη κατάσταση υγείας των ασθενών (εξαιρουμένων παθολογικών καταστάσεων).	1.48	1.43	0.329
4 Σαν Επαγγελματίας Υγείας, είναι ευθύνη μου να ενθαρρύνω και να παρακινώ τον ασθενή να διατηρεί ένα φυσιολογικό βάρος.	1.71	1.67	0.162
5 Σαν Επαγγελματίας Υγείας, είναι ευθύνη μου να ενθαρρύνω και να παρακινώ τον ασθενή να βελτιώσει	1.86	1.76	0.162

τις διατροφικές τους συνήθειες.

6 Σαν Επαγγελματίας Υγείας, είναι ευθύνη μου να

ενθαρρύνω και να παρακινώ τον ασθενή να εισάγει την

2.0

1.91

0.329

άσκηση στην καθημερινότητά του.

Στον Πίνακα 3 παρατηρούμε ότι δεν παρουσιάστηκε κάποια σημαντική μεταβολή στην ομάδα ελέγχου όσον αφορά στην χρησιμότητα διάφορων τεχνικών του Motivational Interviewing.

Πίνακας 3: Μεταβολή των Τεχνικών (μετά-πριν) για τα άτομα της ομάδας ελέγχου (N=21).

Τεχνικές (1: πολύ χρήσιμη-5: καθόλου χρήσιμη)	Ομάδα Ελέγχου (N=21)		
	Μέσος Όρος		
	Πριν (T0)	Μετά (T2)	p-value
2.1 Να τονίζονται οι αρνητικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας.	1.91	1.86	0.329
2.2 Να τονίζονται οι αρνητικές επιπτώσεις των μη ισορροπημένων διατροφικών συνηθειών.	1.90	1.81	0.162
2.3 Να τονίζονται τα οφέλη και η σημαντικότητα της υγιεινής διατροφής.	1.57	1.52	0.329
2.4 Να τονίζονται τα οφέλη και η σημαντικότητα της ένταξης μιας μέτριας σε έντασης σωματικής άσκησης στην καθημερινότητα του ασθενούς.	1.52	1.43	0.162
2.5 Να γίνεται διερεύνηση των λόγων που ωθούν του ασθενείς στο να έχουν μη φυσιολογικό βάρος (π.χ. καθιστική ζωή, κατανάλωση πρόχειρων φαγητών, κ.λ.π.)	2.62	2.52	0.162
2.6 Να ερχόμαστε αντιμέτωποι με τον ασθενή όσον αφορά τις συνέπειες που μπορεί να έχει για την υγεία του το μη φυσιολογικό βάρος τους, είτε αυτές είναι βραχυπρόθεσμες, είτε μακροπρόθεσμες.	3.19	3.14	0.329

Αντίστοιχα είναι τα συμπεράσματα και όσον αφορά στην ευχέρεια των επαγγελματιών να εφαρμόζουν το Motivational Interviewing κατά την καθημερινή κλινική πράξη, καθώς δεν παρατηρούμε κάποια σημαντική μεταβολή στην ομάδα ελέγχου (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Μεταβολή της Ευχέρειας (μετά-πριν) για τα άτομα της ομάδας ελέγχου (N=21).

Ευχέρεια (1: Συμφωνώ απόλυτα-5: Διαφωνώ απόλυτα)	Ομάδα Ελέγχου (N=21)		
	Μέσος Όρος		
	Πριν (T0)	Μετά (T2)	p-value
3.1 Είμαι πολύ εξοικειωμένος με τη Συνέντευξη Κινητοποίησης	4.19	4.29	0.329
3.2 Νιώθω άνετα να εφαρμόζω τη Συνέντευξη Κινητοποίησης στις συνεδρίες μου με τους ασθενείς.	4.19	4.10	0.666
3.3 Πιστεύω ότι μπορώ εύκολα να ενσωματώσω στην καθημερινή κλινική πράξη τις τεχνικές της Συνέντευξης Κινητοποίησης	3.62	3.91	0.162
3.4 Αν προσπαθήσω να παροτρύνω τους ασθενείς μου (που έχουν μη φυσιολογικό βάρος) να χάσουν βάρος, αυτοί θα ακολουθήσουν τη συμβουλή μου και θα δω θετικά αποτελέσματα.	3.14	3.24	0.162
3.5 Αν προσπαθήσω να παροτρύνω τους ασθενείς μου να βελτιώσουν της διατροφικές τους συνήθειες, αυτοί θα ακολουθήσουν τη συμβουλή μου και θα δω θετικά αποτελέσματα.	3.29	3.24	0.329
3.6 Αν προσπαθήσω να παροτρύνω τους ασθενείς μου να εισάγουν την άσκηση στη καθημερινότητά τους, αυτοί θα ακολουθήσουν τη συμβουλή μου και θα δω θετικά αποτελέσματα.	3.33	3.29	0.329

Τέλος, δεν παρατηρήθηκε κάποια σημαντική βελτίωση στις σχετιζόμενες με το Motivational Interviewing δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Μεταβολή των Δεξιότητων (μετά-πριν) για τα άτομα της ομάδας ελέγχου (N=21).

Δεξιότητες (1: Ποτέ-5: Πάντα)	Ομάδα Ελέγχου (N=21)		
	Μέσος Όρος		
	Πριν (T0)	Μετά (T2)	p-value
1.1 Προσπαθώ να εκτιμήσω αν ο ασθενής έχει άλλα προβλήματα υγείας (πέραν αυτού για το οποίο με επισκέφτηκε).	4.33	4.38	0.329
1.2 Ζητάω την άδεια του ασθενούς προκειμένου να μιλήσουμε για θέματα υγιεινής διατροφής και άσκησης.	2.43	2.57	0.286
1.3. Διερευνώ τους λόγους που ωθούν τον ασθενή σε μη ισορροπημένες διατροφικές συμπεριφορές .	2.86	2.91	0.329
1.4 Ακούω ενεργά τον ασθενή.	4.33	4.38	0.329
1.5 Κατανοώ τα εμπόδια που συναντά ο ασθενής τα οποία τον αποτρέπουν από την υιοθέτηση σωστών διατροφικών συνηθειών.	3.14	3.24	0.329
1.6 Ρωτάω τον ασθενή αν θα τον ενδιέφερε να του παρέχω πληροφορίες (π.χ. σχετικά με την υγιεινή διατροφή).	2.57	2.67	0.329
1.7 Ζητάω από τον ασθενή να ερμηνεύσει τις πληροφορίες που το δίνω.	2.43	2.52	0.329
1.8 Θέτω ερωτήσεις ανοιχτού τύπου στον ασθενή (οι οποίες δεν μπορούν να απαντηθούν με ένα απλό ναι ή όχι), ώστε να τον ωθήσω να διερευνήσει ο ίδιος τις σκέψεις του και να οδηγηθεί μόνος του σε συμπεράσματα, χωρίς να χρειαστεί να τον συμβουλευτώ ο ίδιος.	2.62	2.71	0.162
1.9 Κάνω θετικά σχόλια επιβεβαίωσης (π.χ. πολύ καλή πρόταση, προσπάθησες πάρα πολύ να βελτιώσεις τη διατροφή σου, κ.τ.λ.), ώστε να βοηθήσω τους ασθενείς να αναγνωρίσουν τις θετικές συμπεριφορές τους και να αυξηθεί η αυτοπεποίθησή τους όσον αφορά την ικανότητά τους να αλλάξουν.	2.52	2.57	0.329

1.10 Ακούω προσεκτικά (Reflective listening), επαναλαμβάνοντας τα λεγόμενα των ασθενών, έτσι ώστε να αντιλαμβάνονται οι ασθενείς ότι πράγματι τους ακούω και ταυτόχρονα να ακούν ξανά και να κατανοούν καλύτερα τις σκέψεις τους.	2.90	2.95	0.329
1.11 Κάνω μια συνοπτική δήλωση (π.χ. μέχρι τώρα είπαμε ότι..., πες μου αν έχω ξεχάσει κάτι...) και ζητάω περαιτέρω ανατροφοδότηση από τον ασθενή.	2.48	2.62	0.186
1.12 Υποστηρίζω και σέβομαι την αυτό-αποτελεσματικότητα των ασθενών	3.5	3.67	0.162

Όσον αφορά στις απόψεις των ατόμων σχετικά με την εφαρμογή του Motivational Interviewing στην καθημερινή κλινική πρακτική παρατηρούμε ότι υπήρξαν κάποιες μεταβολές στα ποσοστά στα άτομα της ομάδας ελέγχου (Πίνακας 6). Το ποσοστό αυτών που εφαρμόζει το ΜΙ παρέμεινε το ίδιο (4.8%), όμως το ποσοστό που είχε αρχικά απαντήσει «Δεν γνωρίζω» στη συγκεκριμένη ερώτηση μειώθηκε στη μετά την παρέμβαση μέτρηση κατά 14.3%. Αντίστοιχα, στην πριν την παρέμβαση μέτρηση το ποσοστό που απάντησε όχι στην ερώτηση «Πιστεύετε ότι μπορεί να εφαρμοστεί εύκολα στην καθημερινή κλινική πρακτική;» ήταν 0%, ενώ μετά την παρέμβαση αυξήθηκε σε 66.7%. Τέλος, το ποσοστό το οποίο πιστεύει ότι το ΜΙ είναι ωφέλιμο για τους ασθενείς αυξήθηκε από 33.3% σε 42.9% στην μετά την παρέμβαση μέτρηση.

Πίνακας 6: Μεταβολή των απόψεων των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την Εφαρμογή του Motivational Interviewing (μετά-πριν) για τα άτομα της ομάδας ελέγχου (N=21).

Εφαρμογή	Ομάδα Ελέγχου (N=21)		
	Πριν (T0)	Μετά (T2)	p-value*
1. Εφαρμόζετε τεχνικές της Συνέντευξης Κινητοποίησης στην καθημερινή κλινική πρακτική;			
Ναι	4.8%	4.8%	
	28.6%	42.9%	0.083

Όχι	66.7%	52.4%	
Δεν γνωρίζω			
2. Πιστεύετε ότι μπορεί να εφαρμοστεί εύκολα στην καθημερινή κλινική πρακτική;			
Ναι	23.8%	33.3%	-
Όχι	0.0%	66.7%	
Δεν γνωρίζω	76.2%	0.0%	
3. Πιστεύετε ότι θα ήταν ωφέλιμο για τους ασθενείς να εφαρμοστεί στην καθημερινή κλινική πρακτική;			
Ναι	33.3%	42.9%	-
Όχι	0.0%	0.0%	
Δεν γνωρίζω	66.7%	57.1%	

* MC Nemar's test

7.2.2 Ομάδα Παρέμβασης

Στον Πίνακα 7 παρατηρούμε ότι υπάρχουν σημαντικές μεταβολές των στάσεων των επαγγελματιών υγείας, τόσο βραχυπρόθεσμα (τη χρονική στιγμή T1 αμέσως μετά την ομιλία), όσο και μακροπρόθεσμα (τη χρονική στιγμή T2 ένα μήνα μετά την ομιλία). Ειδικότερα, φαίνεται ότι υπάρχει μια βραχυπρόθεσμη βελτίωση της στάσης των συμμετεχόντων όσον αφορά την πρόταση «Η βελτίωση διατροφικών συμπεριφορών μπορεί να βελτιώσει τη γενικότερη κατάσταση υγείας των ασθενών (εξαιρουμένων παθολογικών καταστάσεων)» ($p=0.036$), όμως μακροπρόθεσμα δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια βελτίωση. Αντίθετα, όσον αφορά την πρόταση «Σαν Επαγγελματίας Υγείας, είναι ευθύνη μου να ενθαρρύνω και να παρακινώ τον ασθενή να διατηρεί ένα φυσιολογικό βάρος», ενώ αμέσως μετά την ομιλία δεν παρατηρείται κάποια βελτίωση, μετά το πέρας ενός μήνα φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας συμφωνούν σε

μεγαλύτερο βαθμό με τη συγκεκριμένη πρόταση ($p=0.031$). Αντίστοιχα είναι τα συμπεράσματα και για τις προτάσεις «Σαν Επαγγελματίας Υγείας, είναι ευθύνη μου να ενθαρρύνω και να παρακινώ τον ασθενή να βελτιώσει τις διατροφικές τους συνήθειες» ($p=0.022$) και «Σαν Επαγγελματίας Υγείας, είναι ευθύνη μου να ενθαρρύνω και να παρακινώ τον ασθενή να εισάγει την άσκηση στην καθημερινότητά του» ($p=0.043$).

Πίνακας 7: Μεταβολή των στάσεων (μετά-πριν) για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης ($N=26$).

Πρόταση (1: συμφωνώ απόλυτα-5 διαφωνώ απόλυτα)	Ομάδα Παρέμβασης ($N=26$)				
	Μέσος Όρος			p-value T1 vs T0	p-value T2 vs T0
	Πριν (T0)	Μετά (T1 ¹)	Μετά (T2 ²)		
1.1 Όταν ένας ασθενής συμβουλευτεί έναν Επαγγελματία υγείας, αυτός/αυτή θα πρέπει να ακολουθήσει με ακρίβεια τις οδηγίες που θα του/της δοθούν.	2.12	2.40	2.38	0.247	0.083
1.2 Η διατήρηση ενός φυσιολογικού βάρους είναι ένας πολύ σημαντικός δείκτης της γενικότερης κατάστασης της υγείας του ασθενούς.	1.42	1.56	1.58	0.256	0.328
1.3 βελτίωση διατροφικών συμπεριφορών μπορεί να βελτιώσει τη γενικότερη κατάσταση υγείας των ασθενών (εξαιρουμένων παθολογικών καταστάσεων).	1.46	1.80	1.5	0.036	>0.999
1.4 Σαν Επαγγελματίας Υγείας, είναι ευθύνη μου να ενθαρρύνω και να παρακινώ τον ασθενή να διατηρεί ένα φυσιολογικό βάρος.	1.88	1.76	1.71	0.450	0.031
1.5 Σαν Επαγγελματίας Υγείας, είναι ευθύνη μου να ενθαρρύνω και να παρακινώ τον ασθενή να βελτιώσει τις διατροφικές τους συνήθειες.	1.85	1.72	1.71	0.450	0.022
1.6 Σαν Επαγγελματίας Υγείας, είναι ευθύνη μου να ενθαρρύνω και να παρακινώ τον ασθενή να εισάγει την άσκηση στην καθημερινότητά του.	1.92	1.68	1.83	0.083	0.043

¹αμέσως μετά την παρέμβαση

²1 μήνα μετά την παρέμβαση

Στον Πίνακα 8 παρατηρούμε ότι όσον αφορά στη χρησιμότητα των επιμέρους τεχνικών, τα άτομα της ομάδας παρέμβασης παρουσιάζουν σημαντικές μεταβολές σχεδόν σε όλες τις μεταβλητές, τόσο βραχυπρόθεσμα, όσο και μακροπρόθεσμα. Ειδικότερα, μετά την παρέμβαση οι συμμετέχοντες θεωρούν λιγότερο χρήσιμες τις επιμέρους τεχνικές.

Πίνακας 8: Μεταβολή των Τεχνικών (μετά-πριν) για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης (N=26).

Τεχνικές (1: πολύ χρήσιμη-5: καθόλου χρήσιμη)	Ομάδα Παρέμβασης (N=26)				
	Μέσος Όρος			p-value T1 vs T0	p-value T2 vs T0
	Πριν (T0)	Μετά (T1)	Μετά (T2)		
2.1 Να τονίζονται οι αρνητικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας.	1.85	2.24	2.54	0.026	0.008
2.2 Να τονίζονται οι αρνητικές επιπτώσεις των μη ισορροπημένων διατροφικών συνηθειών.	1.88	1.56	2.58	0.009	0.004
2.3 Να τονίζονται τα οφέλη και η σημαντικότητα της υγιεινής διατροφής.	1.42	1.80	1.92	0.005	0.002
2.4 Να τονίζονται τα οφέλη και η σημαντικότητα της ένταξης μιας μέτριας σε ένταξης σωματικής άσκησης στην καθημερινότητα του ασθενούς.	1.46	1.68	1.83	0.096	0.003
2.5 Να γίνεται διερεύνηση των λόγων που ωθούν του ασθενείς στο να έχουν μη φυσιολογικό βάρος (π.χ. καθιστική ζωή, κατανάλωση πρόχειρων φαγητών, κ.λ.π.)	2.04	2.44	2.08	0.015	0.096
2.6 Να ερχόμαστε αντιμέτωποι με τον ασθενή όσον αφορά τις συνέπειες που μπορεί να έχει για την υγεία του το μη φυσιολογικό βάρος τους, είτε αυτές είναι βραχυπρόθεσμες, είτε μακροπρόθεσμες.	3.15	3.8	3.75	0.001	0.018

Όσον αφορά στην ευχέρεια των επαγγελματιών υγείας να εφαρμόζουν το MI, υπήρξε σημαντική βελτίωση μετά τη παρέμβαση, στο σύνολο των μεταβλητών, και τις δυο χρονικές στιγμές (Πίνακας 9).

Πίνακας 9: Μεταβολή της Ευχέρειας (μετά-πριν) για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης (N=26).

Ευχέρεια (1: Συμφωνώ απόλυτα-5: Διαφωνώ απόλυτα)	Ομάδα Παρέμβασης (N=26)				
	Μέσος Όρος			p-value T1 vs T0	p-value T2 vs T0
	Πριν (T0)	Μετά (T1)	Μετά (T2)		
3.1 Είμαι πολύ εξοικειωμένος με τη Συνέντευξη Κινητοποίησης	4.23	4.04	3.42	0.461	<0.001
3.2 Νιώθω άνετα να εφαρμόζω τη Συνέντευξη Κινητοποίησης στις συνεδρίες μου με τους ασθενείς.	4.19	3.88	3.04	0.073	<0.001
3.3 Πιστεύω ότι μπορώ εύκολα να ενσωματώσω στην καθημερινή κλινική πράξη τις τεχνικές της Συνέντευξης Κινητοποίησης	3.38	2.96	2.54	0.018	0.003
3.4 Αν προσπαθήσω να παροτρύνω τους ασθενείς μου (που έχουν μη φυσιολογικό βάρος) να χάσουν βάρος, αυτοί θα ακολουθήσουν τη συμβουλή μου και θα δω θετικά αποτελέσματα.	3.15	2.88	2.75	0.110	0.005
3.5 Αν προσπαθήσω να παροτρύνω τους ασθενείς μου να βελτιώσουν της διατροφικές τους συνήθειες, αυτοί θα ακολουθήσουν τη συμβουλή μου και θα δω θετικά αποτελέσματα.	3.15	2.92	2.79	0.031	0.003
3.6 Αν προσπαθήσω να παροτρύνω τους ασθενείς μου να εισάγουν την άσκηση στη καθημερινότητα τους, αυτοί θα ακολουθήσουν τη συμβουλή μου και θα δω θετικά αποτελέσματα.	3.19	2.92	2.96	0.05	0.043

Τέλος, παρατηρήθηκε σημαντική βραχυπρόθεσμη βελτίωση στις επιμέρους Δεξιότητες «Προσπαθώ να εκτιμήσω αν ο ασθενής έχει άλλα προβλήματα υγείας», «Ακούω ενεργά τον ασθενή», «Κατανοώ τα εμπόδια που συναντά ο ασθενής τα οποία τον αποτρέπουν από την υιοθέτηση σωστών διατροφικών συνηθειών» και «Υποστηρίζω και σέβομαι την αυτό-αποτελεσματικότητα των ασθενών» (Πίνακας 10). Μακροπρόθεσμα, οι δεξιότητες στις οποίες παρατηρήθηκε βελτίωση ήταν οι «Ζητάω την άδεια του ασθενούς προκειμένου να μιλήσουμε για θέματα υγιεινής διατροφής και άσκησης», «Διερευνώ τους λόγους που ωθούν τον ασθενή σε μη ισορροπημένες διατροφικές συμπεριφορές», «Κατανοώ τα εμπόδια που συναντά ο ασθενής τα οποία τον αποτρέπουν από την υιοθέτηση σωστών διατροφικών συνηθειών», «Πρωτά τον ασθενή αν θα τον ενδιέφερε να του παρέχω πληροφορίες», «Ζητάω από τον ασθενή να ερμηνεύσει τις πληροφορίες που το δίνω», «Θέτω ερωτήσεις ανοιχτού τύπου στον ασθενή», «Κάνω θετικά σχόλια επιβεβαίωσης» και «Κάνω μια συνοπτική δήλωση».

Πίνακας 10: Μεταβολή των Δεξιοτήτων (μετά-πριν) για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης (N=26).

Δεξιότητες (1: Ποτέ-5: Πάντα)	Ομάδα Παρέμβασης (N=26)				
	Μέσος Όρος			p-value T1 vs T0	p-value T2 vs T0
	Πριν (T0)	Μετά (T1)	Μετά (T2)		
1.1 Προσπαθώ να εκτιμήσω αν ο ασθενής έχει άλλα προβλήματα υγείας (πέραν αυτού για το οποίο με επισκέφτηκε).	4.54	4.12	4.38	0.013	0.185
1.2 Ζητάω την άδεια του ασθενούς προκειμένου να μιλήσουμε για θέματα	2.50	2.72	2.92	0.056	0.022

υγιεινής διατροφής και άσκησης.

1.3. Διερευνώ τους λόγους που ωθούν τον ασθενή σε μη ισορροπημένες διατροφικές συμπεριφορές .	2.85	2.60	3.29	0.056	0.003
1.4 Ακούω ενεργά τον ασθενή.	4.35	3.48	4.42	<0.001	0.788
1.5 Κατανοώ τα εμπόδια που συναντά ο ασθενής τα οποία τον αποτρέπουν από την υιοθέτηση σωστών διατροφικών συνηθειών.	3.19	2.72	3.50	0.008	0.016
1.6 Ρωτάω τον ασθενή αν θα τον ενδιέφερε να του παρέχω πληροφορίες (π.χ. σχετικά με την υγιεινή διατροφή).	2.69	2.56	3.04	0.327	0.017
1.7 Ζητάω από τον ασθενή να ερμηνεύσει τις πληροφορίες που το δίνω.	2.46	2.32	2.83	0.294	0.015
1.8 Θέτω ερωτήσεις ανοιχτού τύπου στον ασθενή (οι οποίες δεν μπορούν να απαντηθούν με ένα απλό ναι ή όχι), ώστε να τον ωθήσω να διερευνήσει ο ίδιος τις σκέψεις του και να οδηγηθεί μόνος του σε συμπεράσματα, χωρίς να χρειαστεί να τον συμβουλευτώ ο ίδιος.	2.65	2.40	3.00	0.307	0.009
1.9 Κάνω θετικά σχόλια επιβεβαίωσης (π.χ. πολύ καλή πρόταση, προσπάθησες πάρα πολύ να βελτιώσεις τη διατροφή σου, κ.τ.λ.), ώστε να βοηθήσω τους ασθενείς να αναγνωρίσουν τις θετικές συμπεριφορές τους και να αυξηθεί η αυτοπεποίθησή τους όσον αφορά την ικανότητα τους να αλλάξουν.	2.54	2.36	2.88	0.405	0.015
1.10 Ακούω προσεκτικά (Reflective listening), επαναλαμβάνοντας τα λεγόμενα των ασθενών, έτσι ώστε να αντιλαμβάνονται οι ασθενείς ότι	2.92	2.68	3.00	0.056	0.137

πράγματι τους ακούω και ταυτόχρονα να ακούν ξανά και να κατανοούν καλύτερα τις σκέψεις τους.

1.11 Κάνω μια συνοπτική δήλωση

(π.χ. μέχρι τώρα είπαμε ότι..., πες μου αν έχω ξεχάσει κάτι...) και ζητάω περαιτέρω ανατροφοδότηση από τον ασθενή.

2.46	2.32	2.67	0.627	0.031
------	------	------	-------	-------

1.12 Υποστηρίζω και σέβομαι την

αυτό-αποτελεσματικότητα των ασθενών

3.65	3.36	3.75	0.050	0.083
------	------	------	-------	-------

Στον Πίνακα 11 παρατηρούμε ότι όσον αφορά στο ποσοστό των ατόμων της ομάδας παρέμβασης που αναφέρουν ότι χρησιμοποιούν το MI στην καθημερινή κλινική πράξη, υπήρξε σημαντική αύξηση κατά 37.9%, 1 μήνα μετά την παρέμβαση ($p=0.002$). Δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή στις απόψεις των ατόμων όσον αφορά στην ευκολία της εφαρμογής του MI. Τέλος, το ποσοστό που θεωρεί το MI ωφέλιμο για τους ασθενείς αυξήθηκε από 38.5% σε 60.0% αμέσως μετά την παρέμβαση και 66.7% 1 μήνα μετά την παρέμβαση.

Πίνακας 11 Μεταβολή των απόψεων των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την Εφαρμογή του Motivational Interviewing (μετά-πριν) για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης (N=26).

Εφαρμογή	Ομάδα Παρέμβασης (N=26)				
	Μέσος Όρος			p-value T1 vs T0	p-value T2 vs T0
	Πριν (T0)	Μετά (T1)	Μετά (T2)		

1. Εφαρμόζετε τεχνικές της Συνέντευξης					
Κινητοποίησης στην καθημερινή κλινική πρακτική;					
Ναι	3.8%	28.0%	41.7%	-	0.002
Όχι	61.5%	72.0%	16.7%		
Δεν γνωρίζω	34.6%	0.0%	41.7%		
2. Πιστεύετε ότι μπορεί να εφαρμοστεί εύκολα στην					
καθημερινή κλινική πρακτική;					
Ναι	30.8%	52.0%	50.0%	0.158	0.29
Όχι	19.2%	16.0%	29.2%		
Δεν γνωρίζω	50.0%	32.0%	20.8%		
3. Πιστεύετε ότι θα ήταν ωφέλιμο για τους ασθενείς να					
εφαρμοστεί στην καθημερινή κλινική πρακτική;					
Ναι	38.5%	60.0%	66.7%	-	-
Όχι	0.0%	12.0%	16.7%		
Δεν γνωρίζω	61.5%	28.0%	16.7%		

7.3 Μεταβολή των Μεταβλητών μεταξύ των ομάδων

Παρατηρούμε ότι όσον αφορά στις στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο ΜΙ δεν φαίνεται οι μεταβολές που σημειώθηκαν στην ομάδα παρέμβασης να διαφέρουν σημαντικά σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (Πίνακας 12).

Πίνακας 12: Μεταβολές στις Στάσεις των επαγγελματιών υγείας ανάμεσα στις 2 ομάδες.

Στάσεις (1: συμφωνώ απόλυτα-5: διαφωνώ απόλυτα)	Μέση Διαφορά		p-value
	Ομάδα Ελέγχου	Ομάδα Παρέμβασης	
1 Όταν ένας ασθενής συμβουλευτεί έναν Επαγγελματία υγείας, αυτός/αυτή θα πρέπει να ακολουθήσει με ακρίβεια τις οδηγίες που θα του/ της δοθούν.	-0.05	0.25	0.125
2 Η διατήρηση ενός φυσιολογικού βάρους είναι ένας πολύ σημαντικός δείκτης της γενικότερης κατάστασης της υγείας του ασθενούς.	-0.05	0.13	0.258
3 Η βελτίωση διατροφικών συμπεριφορών μπορεί να βελτιώσει τη γενικότερη κατάσταση υγείας των ασθενών (εξαιρουμένων παθολογικών καταστάσεων).	-0.05	0.0	0.716
4 Σαν Επαγγελματίας Υγείας, είναι ευθύνη μου να ενθαρρύνω και να παρακινώ τον ασθενή να διατηρεί ένα φυσιολογικό βάρος.	-0.05	-0.25	0.098
5 Σαν Επαγγελματίας Υγείας, είναι ευθύνη μου να ενθαρρύνω και να παρακινώ τον ασθενή να βελτιώσει τις διατροφικές τους συνήθειες.	-0.10	-0.21	0.297
6 Σαν Επαγγελματίας Υγείας, είναι ευθύνη μου να ενθαρρύνω και να παρακινώ τον ασθενή να εισάγει την άσκηση στην καθημερινότητά του.	-0.10	-0.17	0.486

Αντίθετα, φαίνεται να υπάρχουν σημαντικές μεταβολές ανάμεσα στις δυο ομάδες όσον αφορά στις τεχνικές του MI (Πίνακας 13). Ειδικότερα τα άτομα της ομάδας παρέμβασης θεωρούν λιγότερο χρήσιμες τις τεχνικές «Να τονίζονται οι αρνητικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας», «Να τονίζονται οι αρνητικές επιπτώσεις των μη ισορροπημένων διατροφικών συνηθειών», «Να τονίζονται τα οφέλη και η σημαντικότητα της υγιεινής διατροφής», «Να

τονίζονται τα οφέλη και η σημαντικότητα της ένταξης μιας μέτριας σε έντασης σωματικής άσκησης στην καθημερινότητα του ασθενούς» και «Να ερχόμαστε αντιμέτωποι με τον ασθενή όσον αφορά τις συνέπειες που μπορεί να έχει για την υγεία του το μη φυσιολογικό βάρος τους» σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τα άτομα της ομάδας ελέγχου.

Πίνακας 13: Μεταβολές στις Τεχνικές των επαγγελματιών υγείας ανάμεσα στις 2 ομάδες.

Τεχνικές (1: πολύ χρήσιμη-5: καθόλου χρήσιμη)	Μέση Διαφορά		p-value
	Ομάδα Ελέγχου	Ομάδα Παρέμβασης	
2.1 Να τονίζονται οι αρνητικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας.	-0.05	0.63	0.005
2.2 Να τονίζονται οι αρνητικές επιπτώσεις των μη ισορροπημένων διατροφικών συνθηθειών.	-0.10	0.63	0.002
2.3 Να τονίζονται τα οφέλη και η σημαντικότητα της υγιεινής διατροφής.	-0.05	0.46	0.001
2.4 Να τονίζονται τα οφέλη και η σημαντικότητα της ένταξης μιας μέτριας σε έντασης σωματικής άσκησης στην καθημερινότητα του ασθενούς.	-0.09	0.33	0.001
2.5 Να γίνεται διερεύνηση των λόγων που ωθούν του ασθενείς στο να έχουν μη φυσιολογικό βάρος (π.χ. καθιστική ζωή, κατανάλωση πρόχειρων φαγητών, κ.λ.π.)	-0.10	0.0	0.734
2.6 Να ερχόμαστε αντιμέτωποι με τον ασθενή όσον αφορά τις συνέπειες που μπορεί να έχει για την υγεία του το μη φυσιολογικό βάρος τους, είτε αυτές είναι βραχυπρόθεσμες, είτε μακροπρόθεσμες.	-0.05	0.46	0.012

Όσον αφορά στην αυτοαναφερόμενη ευχέρεια κατά την εφαρμογή του ΜΙ, φαίνεται ότι τα άτομα της ομάδας παρέμβασης αναφέρουν σημαντικά μεγαλύτερη ευχέρεια μετά την παρέμβαση σε σχέση με τα άτομα της ομάδας ελέγχου σε όλες τις μεταβλητές πέραν της «Αν προσπαθήσω να παροτρύνω τους ασθενείς μου να εισάγουν την άσκηση στη καθημερινότητα τους, αυτοί θα ακολουθήσουν τη συμβουλή μου και θα δω θετικά αποτελέσματα» (Πίνακας 14).

Πίνακας 14: Μεταβολές στην Ευχέρεια των επαγγελματιών υγείας ανάμεσα στις 2 ομάδες.

Ευχέρεια (1: Συμφωνώ απόλυτα-5: Διαφωνώ απόλυτα)	Μέση Διαφορά		
	Ομάδα Ελέγχου	Ομάδα Παρέμβασης	p-value
3.1 Είμαι πολύ εξοικειωμένος με τη Συνέντευξη Κινητοποίησης	0.10	-0.88	<0.001
3.2 Νιώθω άνετα να εφαρμόζω τη Συνέντευξη Κινητοποίησης στις συνεδρίες μου με τους ασθενείς.	-0.10	-1.13	0.003
3.3 Πιστεύω ότι μπορώ εύκολα να ενσωματώσω στην καθημερινή κλινική πράξη τις τεχνικές της Συνέντευξης Κινητοποίησης	0.28	-0.79	0.001
3.4 Αν προσπαθήσω να παροτρύνω τους ασθενείς μου (που έχουν μη φυσιολογικό βάρος) να χάσουν βάρος, αυτοί θα ακολουθήσουν τη συμβουλή μου και θα δω θετικά αποτελέσματα.	0.09	-0.42	0.002
3.5 Αν προσπαθήσω να παροτρύνω τους ασθενείς μου να βελτιώσουν της διατροφικές τους συνήθειες, αυτοί θα ακολουθήσουν τη συμβουλή μου και θα δω θετικά αποτελέσματα.	-0.05	-0.33	0.013
3.6 Αν προσπαθήσω να παροτρύνω τους ασθενείς μου να εισάγουν την άσκηση στη καθημερινότητα τους, αυτοί θα ακολουθήσουν τη συμβουλή μου και θα δω θετικά αποτελέσματα.	-0.05	-0.17	0.199

Τέλος, όσον αφορά στις δεξιότητες, η ομάδα παρέμβασης εφαρμόζει σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με την ομάδα ελέγχου τα παρακάτω: «Διερευνώ τους λόγους που ωθούν τον ασθενή σε μη ισορροπημένες διατροφικές συμπεριφορές », και «Κάνω θετικά σχόλια επιβεβαίωσης» (Πίνακας 15). Η μεταβολή στη δεξιότητα «Θέτω ερωτήσεις ανοιχτού τύπου στον ασθενή» φαίνεται να αυξήθηκε σε οριακά μη στατιστικά σημαντικό βαθμό στην ομάδα παρέμβασης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Τέλος, υπάρχει ένδειξη βελτίωσης στην ομάδα παρέμβασης σε μεγαλύτερο βαθμό από την ομάδα ελέγχου στις δεξιότητες «Κατανοώ τα εμπόδια που συναντά ο ασθενής τα οποία τον αποτρέπουν από την υιοθέτηση σωστών διατροφικών συνηθειών», «Ρωτάω τον ασθενή αν θα τον ενδιέφερε να του παρέχω πληροφορίες», και «Ζητάω από τον ασθενή να ερμηνεύσει τις πληροφορίες που του δίνω» ($p < 0.1$).

Πίνακας 15: Μεταβολές στις Δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας ανάμεσα στις 2 ομάδες.

Δεξιότητες (1: Ποτέ-5: Πάντα)	Μέση Διαφορά		p-value
	Ομάδα Ελέγχου	Ομάδα Παρέμβασης	
1.1 Προσπαθώ να εκτιμήσω αν ο ασθενής έχει άλλα προβλήματα υγείας (πέραν αυτού για το οποίο με επισκέφτηκε).	0.05	-0.13	0.103
1.2 Ζητάω την άδεια του ασθενούς προκειμένου να μιλήσουμε για θέματα υγιεινής διατροφής και άσκησης.	0.14	0.42	0.177
1.3. Διερευνώ τους λόγους που ωθούν τον ασθενή σε μη ισορροπημένες διατροφικές συμπεριφορές .	0.05	0.50	0.007
1.4 Ακούω ενεργά τον ασθενή.	0.05	0.05	0.971
1.5 Κατανοώ τα εμπόδια που συναντά ο ασθενής τα	0.09	0.29	0.08 ²

οποία τον αποτρέπουν από την υιοθέτηση σωστών διατροφικών συνηθειών.

1.6 Ρωτάω τον ασθενή αν θα τον ενδιέφερε να του παρέχω πληροφορίες (π.χ. σχετικά με την υγιεινή διατροφή).	0.10	0.38	0.074 ²
1.7 Ζητάω από τον ασθενή να ερμηνεύσει τις πληροφορίες που το δίνω.	0.10	0.42	0.09
1.8 Θέτω ερωτήσεις ανοιχτού τύπου στον ασθενή (οι οποίες δεν μπορούν να απαντηθούν με ένα απλό ναι ή όχι), ώστε να τον ωθήσω να διερευνήσει ο ίδιος τις σκέψεις του και να οδηγηθεί μόνος του σε συμπεράσματα, χωρίς να χρειαστεί να τον συμβουλευτώ ο ίδιος.	0.10	0.41	0.054
1.9 Κάνω θετικά σχόλια επιβεβαίωσης (π.χ. πολύ καλή πρόταση, προσπάθησες πάρα πολύ να βελτιώσεις τη διατροφή σου, κ.τ.λ.), ώστε να βοηθήσω τους ασθενείς να αναγνωρίσουν τις θετικές συμπεριφορές τους και να αυξηθεί η αυτοπεποίθησή τους όσον αφορά την ικανότητα τους να αλλάξουν.	0.05	0.42	0.034
1.10 Ακούω προσεκτικά (Reflective listening), επαναλαμβάνοντας τα λεγόμενα των ασθενών, έτσι ώστε να αντιλαμβάνονται οι ασθενείς ότι πράγματι τους ακούω και ταυτόχρονα να ακούν ξανά και να κατανοούν καλύτερα τις σκέψεις τους.	0.05	0.25	0.241
1.11 Κάνω μια συνοπτική δήλωση (π.χ. μέχρι τώρα είπαμε ότι..., πες μου αν έχω ξεχάσει κάτι...) και ζητάω περαιτέρω ανατροφοδότηση από τον ασθενή.	0.14	0.25	0.480
1.12 Υποστηρίζω και σέβομαι την αυτό-αποτελεσματικότητα των ασθενών	0.09	0.13	0.756

²Mann-Wilcoxon U test

7.4 Ανάλυση αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας κρίνονται ικανοποιητικά (Πίνακας 16). Οι κλίμακες «Στάσεις» και «Τεχνικές» έχουν τιμή του δείκτη Chronbach's α άνω το 0.65, ενώ οι κλίμακες «Ευχέρεια» και «Δεξιότητες» έχουν τιμές άνω του 0.8.

Πίνακας 16: Δείκτης συνάφειας Cronbach's των τεσσάρων κλιμάκων του ερωτηματολογίου για τις πριν την παρέμβαση μετρήσεις.

Κλίμακα	Δείκτης Cronbach's α
Στάσεις	0.656
Τεχνικές	0.676
Ευχέρεια	0.813
Δεξιότητες	0.825

Κεφάλαιο 8^ο

Κεφάλαιο 8^ο: Συζήτηση

Η υγεία και συγκεκριμένα το πώς αντιμετωπίζει το ίδιο το άτομο την υγεία μέσω, τόσο του τρόπου ζωής και των διατροφικών του επιλογών, όσο και του κατά πόσο συμμορφώνεται με τη θεραπεία και ελέγχει την κατάσταση της υγείας του, σήμερα πιστεύεται ότι μπορεί να διαδραματίσει πολύ σημαντικό ρόλο στο πραγματικό επίπεδο της υγείας του ατόμου (Broers et al., 2005). Πλήθος ερευνών εστιάζουν στο τρόπο με τον οποίο μεταβολές στην συμπεριφορά των ατόμων (π.χ. διακοπή καπνίσματος, μείωση του βάρους κ.α.) μπορούν να συμβάλουν στην πρόληψη χρόνιων ασθενειών (Emmons, & Rollnick, 2001). Η αλλαγή της συμπεριφοράς θεωρείται πλέον ένας πολύ σημαντικός παράγοντας πρόληψης (Emmons, & Rollnick, 2001; Broers et al., 2005).

Συνεπώς, σήμερα οι επαγγελματίες υγείας είναι εκείνοι οι οποίοι καλούνται να παρακινήσουν, να ενημερώσουν και να πείσουν δίνοντας τα κατάλληλα κίνητρα στα άτομα, να κινητοποιηθούν σε θέματα σχετικά με την υγεία τους και να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους. Καλούνται να ωθήσουν τα άτομα, από τη μία να υιοθετήσουν έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, και από την άλλη να παρακολουθούν πιο συστηματικά την υγεία τους και να αντιμετωπίζουν με πιο σωστό τρόπο την ασθένεια, μέσω της συμμόρφωσής τους στη θεραπεία. Προκειμένου κάτι τέτοιο να γίνει εφικτό, οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να πεισθούν πως υπάρχουν τρόποι ώστε να βοηθήσουν πραγματικά σε αυτή την κατεύθυνση. Το MI θεωρείται ένα μέσο το οποίο θα μπορούσε να αποτελέσει σημαντικό εργαλείο για τους επαγγελματίες υγείας, στην προσπάθεια αυτή (Burke, Arkowitz, & Menchola, 2003; Rubak, Sandbæk, Lauritzen, Borch-Johnsen, & Christensen, 2005). Σε μετα-αναλύσεις τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών έχει βρεθεί ότι η χρήση MI (έκφραση εμπάθειας-ανάπτυξη διαφορών- ολίσθηση («γύρισμα») της αντίστασης-υποστήριξη της αυτό-αποτελεσματικότητας) έχει ισοδύναμα αποτελέσματα με άλλες θεραπευτικές μεθόδους, και υπερέχει από τη μη θεραπεία ή τη θεραπεία με placebo σε θέματα που αφορούν το αλκοόλ, τα ναρκωτικά, τη διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα (Burke et al., 2003). Αντίστοιχα ήταν τα συμπεράσματα και της πιο πρόσφατης μετα-ανάλυσης των Rubak et al. (2005). Τέλος, στη Σουηδία ήδη από το 2005, το *Swedish National Food Administration* προωθεί τη χρήση του MI ως ένα σχέδιο δράσης για πιο υγιεινές διατροφικές συνήθειες και αυξημένη φυσική δραστηριότητα στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, στην υγειονομική περίθαλψη των παιδιών, της μητρότητας, της οδοντιατρικής περίθαλψης, και στις σχολικές

υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Söderlund, & Nilsen, 2009; Söderlund, Nordqvist, Angbratt, & Nilsen, 2009). Το 2008 το νομοσχέδιο στη Σουηδία για μια «ανανεωμένη πολιτική Δημόσιας Υγείας» συνηγορεί υπέρ της χρήσης του ΜΙ στο πεδίο της φυσικής δραστηριότητας, της διακοπής του καπνίσματος και του αλκοόλ (Söderlund, Madson, Rubak, & Nilsen, 2011).

Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο να αξιολογήσει μια εκπαιδευτική παρέμβαση ως προς την αποτελεσματικότητά της να ενημερώσει τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με την ΜΙ. Συγκεκριμένα, αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης στο να ενημερώσει τους επαγγελματίες υγείας για τα οφέλη του ΜΙ στη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών των ασθενών, στο να τους πληροφορήσει σχετικά με το πώς θα πρέπει να εφαρμόζεται το ΜΙ και τελικά να τους κινητοποιήσει για τα αρχίσουν να εφαρμόζουν τη μέθοδο αυτή συχνότερα και πιο αποτελεσματικά για τη βελτίωση της διατροφικής συμπεριφοράς και τη φυσική δραστηριότητα των ασθενών τους.

Στην ομάδα ελέγχου δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές μεταβολές, μετά την παρέμβαση σε σχέση με πριν, σε κανέναν από τους παράγοντες που μελετήθηκαν. Τα άτομα της ομάδας παρεμβασης παρουσίασαν στατιστικά σημαντική βελτίωση σε αρκετούς από τους υπό μελέτη παράγοντες. Μάλιστα, μελετήθηκε η επίδραση της παρέμβασης τόσο σε βραχυπρόθεσμο επίπεδο (μια εβδομάδα μετά την παρέμβαση) όσο και σε μακροπρόθεσμο επίπεδο (ένα μήνα μετά την παρέμβαση) και προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές και στις δύο αυτές μετρήσεις, σε σύγκριση με πριν την παρέμβαση.

Πιο αναλυτικά, συγκρίνοντας τις μεταβολές μεταξύ των δυο ομάδων, δεν φάνηκε να υπάρχει σημαντική μεταβολή των *Στάσεων* της ομάδας παρέμβασης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Από την άλλη, στη μετά την παρέμβαση μέτρηση τα άτομα της ομάδας παρέμβασης φαίνεται να κατανοούν τη χρησιμότητα, ή μη, των διαφόρων *Τεχνικών* σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, η ομάδα παρέμβασης φαίνεται να βελτίωσε την αυτοαναφερόμενη *Ευχέρεια* σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με την ομάδα παρέμβασης. Οι επαγγελματίες υγείας της ομάδας παρέμβασης φαίνονται να αισθάνονται πιο εξοικειωμένοι με τη τεχνική του ΜΙ και να πιστεύουν ότι μπορούν να το χρησιμοποιήσουν για τη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών και τη διατήρηση ενός υγιούς βάρους των ασθενών τους. Αντίθετα, δεν φάνηκε να θεωρούν ότι μπορούν να το χρησιμοποιήσουν για να πείσουν τους ασθενείς τους να

γυμνάζονται περισσότερο. Τέλος, η ομάδα παρέμβασης φαίνεται να βελτίωσε σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με την ομάδα ελέγχου τις Δεξιότητες «Διερευνώ τους λόγους που ωθούν τον ασθενή σε μη ισορροπημένες διατροφικές συμπεριφορές », και «Κάνω θετικά σχόλια επιβεβαίωσης».

Επιπλέον, φαίνεται ότι τα άτομα της ομάδας παρέμβασης που αναφέρουν ότι χρησιμοποιούν το MI στην καθημερινή κλινική πράξη αυξήθηκε 1 μήνα μετά την παρέμβαση κατά 37.9%. Επίσης, και το ποσοστό των ατόμων της ομάδας παρέμβασης που θεωρεί πως η εφαρμογή του MI μπορεί να ωφελήσει τους ασθενείς αυξήθηκε κατά 28.2%, 1 μήνα μετά την παρέμβαση.

Συνολικά λοιπόν, φαίνεται πως η παρέμβαση είχε θετικά αποτελέσματα, παρά τη μικρή της χρονική διάρκεια και το περιορισμένο δείγμα στο οποίο εφαρμόστηκε. Οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην παρέμβαση φαίνεται πως αντιλήφθηκαν τη σημαντικότητα του MI και απέκτησαν μια θετικότερη στάση απέναντι στις διάφορες τεχνικές και δεξιότητες που απαιτούνται για την αποτελεσματική εφαρμογή του, στο πλαίσιο βελτίωσης των διατροφικών επιλογών των ασθενών τους. Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με τη βιβλιογραφία. Έχει βρεθεί ότι η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας πάνω στο MI συνήθως οδηγεί σε κάποιες άμεσες βελτιώσεις στις γνώσεις τους πάνω στο MI και στην ευχέρεια τους να το εφαρμόζουν με τους ασθενείς τους (Rubel, Sobell, & Miller, 2000; Miller & Mount, 2001; Baer, Rosengren, Dunn, Wells, Ogle, & Hartzler, 2004; Miller, Yahne, Moyers, Martinez, & Pirritano, 2004). Βέβαια, ένα κοινό εύρημα σε πολλές μελέτες είναι το γεγονός ότι η αυτό-αναφερόμενη αύξηση στις δεξιότητες συνήθως δεν αντανακλάται στην κλινική πράξη (Miller & Mount, 2001). Η οποιαδήποτε αυτό-αναφερόμενη αύξηση στις δεξιότητες είναι συνήθως μεγαλύτερη από την πραγματική (Miller & Mount, 2001), ενώ μακροπρόθεσμα δεν φαίνεται να διαρκεί (Martino, Carroll & Ball, 2007). Οπότε, είναι πιθανόν η απόδοση στην εφαρμογή του MI να είναι πολύ περιορισμένη (Martino, Carroll & Ball, 2007).

Το MI δεν είναι διαδεδομένο στην Ελλάδα, ενώ δεν καταφέραμε να εντοπίσουμε αντίστοιχη παρέμβαση για την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας πάνω στο MI. Επιπλέον, το δείγμα της μελέτης δήλωσε ότι δεν είχε λάβει καθόλου εκπαίδευση πάνω στο MI, ούτε στα πλαίσια του νοσοκομείου (π.χ. ημερίδες), ούτε έξω από αυτό (π.χ. σεμινάρια). Η παρούσα

μελέτη λοιπόν έρχεται να καλύψει το κενό αυτό που υπάρχει στην Ελλάδα και αποτελεί ένα πρώτο βήμα στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας πάνω στην αποτελεσματική, όπως φαίνεται από τη βιβλιογραφία, τεχνική του MI.

Οι περιορισμοί της παρούσας μελέτης ήταν αρκετοί. Αρχικά, το μέγεθος του δείγματος ήταν σχετικά μικρό, κάτι το οποίο μπορεί να περιόρισε τα αποτελέσματα της μελέτης. Επίσης, πρόκειται για ένα δείγμα ευκολίας, συνεπώς τα αποτελέσματα μας δεν μπορούν να γενικευτούν. Επιπλέον, η ίδια η παρέμβαση ήταν σχετικά περιορισμένη, λόγω έλλειψης χρόνου, αλλά και οικονομικών πόρων. Πραγματοποιήθηκε μόνο μια ομιλία, ενώ δεν μπορεί να εξασφαλιστεί ότι οι συμμετέχοντες διάβασαν τον οδηγό που τους μοιράστηκε. Τέλος, δεν υπήρξε πρακτική εξάσκηση των επαγγελματιών υγείας πάνω στο MI.

Παρά τους περιορισμούς τα ευρήματα της παρούσας έρευνας είναι σημαντικά και αποτελούν σημαντική ένδειξη πιθανής μελλοντικής αποτελεσματικότητας μιας εκπαιδευτικής παρέμβασης των επαγγελματιών υγείας πάνω στο MI. Προτείνεται βέβαια η παρέμβαση να έχει μεγαλύτερη διάρκεια και να εμπλουτιστεί με πρακτική εξάσκηση των συμμετεχόντων πάνω στο MI. Τέλος, προτείνεται συστηματική υποστήριξη και παρακολούθηση των επαγγελματιών μετά το πέρας της εκπαίδευσης, ώστε να εξασφαλιστεί ότι οι δεξιότητες θα υιοθετηθούν μακροπρόθεσμα στην καθημερινή κλινική πράξη (Miller et al., 2004; Sholomskas, Syracuse-Siewert, Rounsaville, Ball, Nuro, & Carroll, 2005; Martino, Ball, Nich, Frankforter, & Carroll, 2008).

Βιβλιογραφία

Ξενογλώσση

- Abood, D. A., Black, D. R., & Birnbaum, R. D. (2004). Nutrition education intervention for college female athletes. *Journal of nutrition education and behavior*, 36(3), 135-139.
- Adair, J. (1990). *The challenge of innovation*. Guildford: Talbot Adair Press.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of experimental social psychology*, 22(5), 453-474.
- Albarracin, D., Johnson, B. T., Fishbein, M., & Muellerleile, P. A. (2001). Theories of Reasoned Action and Planned Behavior as models of condom use: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127(1), 142.
- Armit, C. M., Brown, W. J., Marshall, A. L., Ritchie, C. B., Trost, S. G., Green, A., & Bauman, A. E. (2009). Randomized trial of three strategies to promote physical activity in general practice. *Preventive medicine*, 48(2), 156-163.
- Baer, J. S., Rosengren, D. B., Dunn, C. W., Wells, E. A., Ogle, R. L., & Hartzler, B. (2004). An evaluation of workshop training in motivational interviewing for addiction and mental health clinicians. *Drug and alcohol dependence*, 73(1), 99-106.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 87, 122–147.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman.

- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and health*, 13(4), 623-649.
- Bandura, A. (2002). Social cognitive theory in cultural context. *Applied Psychology*, 51(2), 269-290.
- Bandura, A. (2004a). Health promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164.
- Bandura, A. (2004b). Social cognitive theory for personal and social change by enabling media. In A. Singhal, M. J. Cody, E. M. Rogers, & M. Sabido (Eds.), *Entertainment-education and social change: History, research, and practice* (pp. 75–96). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Biddle, S. J., & Nigg, C. R. (2000). Theories of exercise behavior. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 290-304.
- Britt, E., Hudson, S. M., & Blampied, N. M. (2004). Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient education and counseling*, 53(2), 147-155.
- Broers, S., Smets, E., Bindels, P., Evertsz, F. B., Calff, M., & de Haes, H. (2005). Training general practitioners in behavior change counseling to improve asthma medication adherence. *Patient education and counseling*, 58(3), 279-287.
- Brug, J., Spikmans, F., Aartsen, C., Breedveld, B., Bes, R., & Ferreira, I. (2007). Training dietitians in basic motivational interviewing skills results in changes in their counseling style and in lower saturated fat intakes in their patients. *Journal of nutrition education and behavior*, 39(1), 8-12.
- Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(5), 843.
- Burkholder, G.J., & Evers, K.E. (2002). Application of the transtheoretical model to several problem behaviors. In P.M., Burbank & D., Riebe (Eds.), *Promoting Exercise and Behavior Change in Older Adults: Interventions with the Transtheoretical Model* (pp. 85-145). New York: Springer.

- Carels, R. A., Darby, L., Cacciapaglia, H. M., Konrad, K., Coit, C., Harper, J., ... & Versland, A. (2007). Using motivational interviewing as a supplement to obesity treatment: a stepped-care approach. *Health Psychology, 26*(3), 369.
- Christie, D., & Channon, S. (2014). The potential for motivational interviewing to improve outcomes in the management of diabetes and obesity in paediatric and adult populations: a clinical review. *Diabetes, Obesity and Metabolism, 16*(5), 381-387.
- DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM & Rossi JS (1991) The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *J Consult Clin Psychol, 59*, 295–304.
- Elder, J. P., Ayala, G. X., & Harris, S. (1999). Theories and intervention approaches to health-behavior change in primary care. *American journal of preventive medicine, 17*(4), 275-284.
- Elley, C. R., Kense, N., Arroll, B., & Robinson, E. (2003). Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *Bmj, 326*(7393), 793.
- Emmons, K. M., & Rollnick, S. (2001). Motivational interviewing in health care settings: opportunities and limitations. *American journal of preventive medicine, 20*(1), 68-74.
- Eve Ackerman, D. N. P., Falsetti, S. A., Lewis, P., Hawkins, A. O., & Heinschel, J. A. (2011). Motivational interviewing: a behavioral counseling intervention for the family medicine provider. *Family medicine, 43*(8), 582-5.
- Fishbein, M. (2000). The role of theory in HIV prevention. *AIDS care, 12*(3), 273-278.
- Glanz, K., Lewis, F.M. and Rimer, B.K. (1997). Linking theory, research and practice. In Glanz, K., Lewis, F.M. and Rimer, B.K. (eds), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice* (2nd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Lewis, F. M. (2002). *Health behavior and health education* (3rd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Giannakoulia, M., & Fappa, E. (2015). *Διατροφική Συμβουλευτική και Συμπεριφορά*. Ζωγράφου, Αττική: ΣΕΑΒ.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.

- Gillies, D. A. (1994). *Nursing management: A systems approach*. Philadelphia, London: Saunders.
- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of Planned Behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *American journal of health promotion*, 11(2), 87-98.
- Gordon, T., & Edwards, W. S. (1997). *Making the patient your partner: Communication skills for doctors and other caregivers*. New York: Auburn House Paperback.
- Hagger, M. S., Chatzisarantis, N. L., & Biddle, S. J. (2002). A meta-analytic review of the theories of reasoned action and planned behavior in physical activity: Predictive validity and the contribution of additional variables. *Journal of sport & exercise psychology*, 24(1).
- Hall, K., Gibbie, T., & Lubman, D. I. (2012). Motivational interviewing techniques: Facilitating behaviour change in the general practice setting. *Australian family physician*, 41(9), 660.
- Handley, M., MacGregor, K., Schillinger, D., Sharifi, C., Wong, S., & Bodenheimer, T. (2006). Using action plans to help primary care patients adopt healthy behaviors: a descriptive study. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 19(3), 224-231.
- Handy, C. (1995). *The Age of Unreason*. London: Arrow Business Books.
- Harrison, J. A., Mullen, P. D., & Green, L. W. (1992). A meta-analysis of studies of the Health Belief Model with adults. *Health Education Research*, 7(1), 107-116.
- Hausenblas, H.A., Carron, A.V., & Mack, D.E. (1997). Application of the theories of reasoned action and planned behavior to exercise behavior: A meta-analysis. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 19(1), 36-51.
- Higgins, J. M. (1994). *The Management Challenge: An introduction to Management*. New York: Prentice Hall.
- Hillsdon, M., Thorogood, M., White, I., & Foster, C. (2002). Advising people to take more exercise is ineffective: a randomized controlled trial of physical activity promotion in primary care. *International Journal of Epidemiology*, 31(4), 808-815.

- Jackson, R., Asimakopoulou, K. A., & Scammell, A. (2007). Assessment of the transtheoretical model as used by dietitians in promoting physical activity in people with type 2 diabetes. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 20(1), 27-36.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education & Behavior*, 11(1), 11-47.
- Janis, I. L., & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment* (pp. 488). New York: Free Press.
- Kleinginna Jr, P. R., & Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of motivation definitions, with a suggestion for a consensual definition. *Motivation and emotion*, 5(3), 263-291.
- Kreitner, R. (1995). *Management* (6th ed). Boston: Houghton Mifflin Group Company. Lippit, G. (1973). *Visualizing change: model building and the change process*. La Jolla, CA: University Associates.
- Lawton, B. A., Rose, S. B., Elley, C. R., Dowell, A. C., Fenton, A., & Moyes, S. A. (2008). Exercise on prescription for women aged 40-74 recruited through primary care: two year randomised controlled trial. *Bmj*, 337, a2509.
- MacGregor, K., Handley, M., Wong, S., Sharifi, C., Gjeltema, K., Schillinger, D., & Bodenheimer, T. (2006). Behavior-change action plans in primary care: a feasibility study of clinicians. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 19(3), 215-223.
- Marley, S. C., Carbonneau, K., Lockner, D., Kibbe, D., & Trowbridge, F. (2011). Motivational interviewing skills are positively associated with nutritionist self-efficacy. *Journal of nutrition education and behavior*, 43(1), 28-34.
- Marcus, B., Rakowski, W., Rossi J. (1992). Assessing motivational readiness and decision-making for exercise. *Health Psychology*, 11, 386-395.

- Martino, S., Ball, S. A., Nich, C., Frankforter, T. L., & Carroll, K. M. (2008). Community program therapist adherence and competence in motivational enhancement therapy. *Drug and alcohol dependence*, 96(1), 37-48.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, Vol 50(4), 370-396.
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11(02), 147-172.
- Miller, W. R., & Mount, K. A. (2001). A small study of training in motivational interviewing: Does one workshop change clinician and client behavior?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(04), 457-471.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(6), 1050.
- Miller, W. R. (2005). Enhancing patient motivation for health behavior change. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 25(4), 207-209.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 37(02), 129-140.
- Mitchelmore, M. (1996). The psychosocial implications of back injury at work. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 10(38), 33-38.
- Montana, P., & Charnov, B. (2002). *Management* (Ρούβαλη Ι.Μ., μετ.). Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος
- Murray-Johnson, L., Witte, K., Boulay, M., Figueroa, M. E., Storey, D., & Tweedie, I. (2001). Using health education theories to explain behavior change: a cross-country analysis. *International Quarterly of Community Health Education*, 20(4), 323-345.

- Noar, S. M., & Zimmerman, R. S. (2005). Health Behavior Theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction?. *Health education research*, 20(3), 275-290.
- Östlund, A. S., Wadensten, B., Häggström, E., & Kristofferzon, M. L. (2014). District nurses' and registered nurses' training in and use of motivational interviewing in primary care settings. *Journal of clinical nursing*, 23(15-16), 2284-2294.
- Östlund, A. S., Wadensten, B., Kristofferzon, M. L., & Häggström, E. (2015a). Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method. *Nurse education in practice*, 15(2), 111-118.
- Östlund, A. S., Kristofferzon, M. L., Häggström, E., & Wadensten, B. (2015b). Primary care nurses' performance in motivational interviewing: a quantitative descriptive study. *BMC family practice*, 16(1), 1.
- Pajares, F. (1997). Current directions in self-efficacy research. *Advances in motivation and achievement*, 10(149), 1-49.
- Pajares, F., Prestin, A., Chen, J., & Nabi, R. L. (2009). Social cognitive theory and media effects. In R. L. Nabi & M.B. Oliver (Eds.), *Handbook of media process* (pp. 283-298). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Petrocelli, J. V. (2002). Processes and stages of change: Counseling with the transtheoretical model of change. *Journal of Counseling and Development: JCD*, 80(1), 22.
- Pinder, C. C. (1984). *Work Motivation: theory issues and applications*. Glenview, Illinois: Scott Foresman.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research & practice*, 19(3), 276.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American psychologist*, 47(9), 1102.

- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.*, 51(3), 390-5.
- Prochaska, J. & Velicer, W. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.
- Prochaska, J.O., Butterworth, S., Redding, C.A., Burden, V., Perrin, N., Lea, Michael, Flaherty, Robb M., and Prochaska, J.M. (2008). Initial efficacy of MI, TTM tailoring, and HRI's in multiple behaviors for employee health promotion. *Preventive Medicine*, 46, 226-231.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (3), 390-395.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American psychologist*, 47(9), 1102.
- Rollnick, S., Butler, C. C., McCambridge, J., Kinnersley, P., Elwyn, G., & Resnicow, K. (2005). Consultations about changing behaviour. *BMJ-British Medical Journal-International Edition*, 331(7522), 961-963.
- Rollnick, S., Miller, W. R., Butler, C. C., & Aloia, M. S. (2008). *Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior*. New York: The Guilford Press.
- Rosen, C. S. (2000). Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems? A meta-analysis. *Health Psychology*, 19(6), 593.
- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*, 55(513), 305-312.
- Rubel, E. C., Sobell, L. C., & Miller, W. R. (2000). Do continuing education workshops improve participants' skills? Effects of a motivational interviewing workshop on substance-abuse counselors' skills and knowledge. *The Behavior Therapist*, (23), 73-77.

- Salmela, S., Poskiparta, M., Kasila, K., Vähäsarja, K., & Vanhala, M. (2009). Transtheoretical model-based dietary interventions in primary care: a review of the evidence in diabetes. *Health Education Research*, 24(2), 237-252.
- Sholomskas, D. E., Syracuse-Siewert, G., Rounsaville, B. J., Ball, S. A., Nuro, K. F., & Carroll, K. M. (2005). We don't train in vain: a dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive-behavioral therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(1), 106.
- Siegert, R. J., & Taylor, W. J. (2004). Theoretical aspects of goal-setting and motivation in rehabilitation. *Disability and rehabilitation*, 26(1), 1-8.
- Söderlund, L. L., & Nilsen, P. (2009). Feasibility of using motivational interviewing in a Swedish pharmacy setting. *International Journal of Pharmacy Practice*, 17(3), 143-149.
- Söderlund, L. L., Nordqvist, C., Angbratt, M., & Nilsen, P. (2009). Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children. *Health education research*, 24(3), 442-449.
- Söderlund, L. L., Madson, M. B., Rubak, S., & Nilsen, P. (2011). A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. *Patient education and counseling*, 84(1), 16-26.
- Spahn, J. M., Reeves, R. S., Keim, K. S., Laquatra, I., Kellogg, M., Jortberg, B., & Clark, N. A. (2010). State of the evidence regarding behavior change theories and strategies in nutrition counseling to facilitate health and food behavior change. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(6), 879-891.
- Spencer, L., Pagell, F., Hallion, M. E., & Adams, T. B. (2002). Applying the transtheoretical model to tobacco cessation and prevention: a review of literature. *American Journal of Health Promotion*, 17(1), 7-71.
- Spencer, L., Wharton, C., Moyle, S., Adams, T. (2007). The transtheoretical model as applied to dietary behaviour and outcomes. *Nutrition Research Reviews*, 20(1), 46-73. doi: 10.1017/S0954422407747881.

- Strecher, V. J., DeVellis, B. M., Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education & Behavior*, 13(1), 73-92.
- van Eijk-Hustings, Y. J., Daemen, L., Schaper, N. C., & Vrijhoef, H. J. (2011). Implementation of Motivational Interviewing in a diabetes care management initiative in The Netherlands. *Patient education and counseling*, 84(1), 10-15.
- Woods, C., Mutrie, N., & Scott, M. (2002). Physical activity intervention: a transtheoretical model-based intervention designed to help sedentary young adults become active. *Health Education Research*, 17(4), 451-460.
- Young, T. L. (2010). The effect of brief training in motivational interviewing on client outcomes and trainee skill development (Doctoral dissertation, University of Central Florida Orlando, Florida).

Ελληνόγλωσση

- Αμπελιώτης, Κ., Αποστολόπουλος, Κ., Γεωργιτσογιάννη, Ε., Γιαννακούλια, Μ., Κροκίδη, Ε., Προβατάρη, Σ., & Σαΐτη, Α. (2007). *Οικιακή Οικονομία Β Γυμνασίου*. Αθήνα: Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων (ΟΔΕΒ). Ανακτήθηκε από:
<http://ebooks.edu.gr/modules/ebook/show.php/DSGYM-B109/375/2501,9621/>
- Γείτονα, Κ. (2007). Εφαρμογή μεθόδων υποκίνησης στο προσωπικό δημοσίων οργανισμών ως μέσο βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών: η περίπτωση δημοσίου νοσηλευτικού ιδρύματος. Πάτρα: Διατριβή.
- Δικαίος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., & Χλέτσος, Μ. (1999). *Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης (management) υπηρεσιών υγείας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Θεοδωράτος, Ε. (1999). *Εργασιακές σχέσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Αθανάσιου Σταμούλη.
- Κόντης, Θ. (1994). *Διοικητική ψυχολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Σύγχρονη εποχή.
- Κυριαζόπουλλος, Π.Γ., & Κιουλάφας, Κ. Κ. (1994). *Management 1ης γραμμής*. Αθήνα: Εκδόσεις σύγχρονη εκδοτική Ε.Π.Ε.

Μακρυγιωργάκης Μάριος (2001). *Ανθρώπινη πλευρά του management*. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα.

Μπιρμπίλη, Ε. (2012). *Αξιολόγηση Προγράμματος Προαγωγής Υγείας σε Έλληνες Φοιτητές: Ο ρόλος της υγιεινής διατροφής και της φυσικής δραστηριότητας*. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης: Διδακτορική Διατριβή.

Μπουραντάς, Δ. (2002). *Management, Θεωρητικό Υπόβαθρο – Σύγχρονες Πρακτικές*. Αθήνα: Εκδόσεις Γ. Μπένου.

Πετρίδου, Ε. (2012). *Βασικές έννοιες management για τις μικρομεσαίες επιχειρήσεις*. Θεσσαλονίκη: ΣΟΦΙΑ Α.Ε..

Χυτήρης, Λ. (2001). *Οργανωσιακή Συμπεριφορά (3η έκδ.)*. Αθήνα: Interbooks.

Παραρτήματα

1. Ερωτηματολόγιο

Ενότητα 1: Δημογραφικά

1. Ηλικία _____

3. Φύλο: Άνδρας ___ Γυναίκα ___

4. Οικογενειακή Κατάσταση:

- Άγαμος
- Έγγαμος
- Διαζευγμένος
- Χήρος

5. Ποια είναι η ειδικότητά σας; _____

6. Πόσα έτη εργάζεστε στο νοσοκομείο; _____

7. Έχετε ακούσει για τη Συνέντευξη Κινητοποίησης (Motivational Interviewing);

- Ναι
- Όχι

Ενότητα 2: Στάσεις (Attitudes) και Ευχέρεια (Confidence)

1. Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις; (1: συμφωνώ απόλυτα-5 διαφωνώ απόλυτα)

Πρόταση (Στάσεις)	Βαθμολόγηση από το 1 έως το 5 (1: συμφωνώ απόλυτα-5 διαφωνώ απόλυτα)
1.1 Όταν ένας ασθενής συμβουλευτεί έναν Επαγγελματία υγείας, αυτός/αυτή θα πρέπει να ακολουθήσει με ακρίβεια τις οδηγίες που θα του/ της δοθούν.	
1.2 Η διατήρηση ενός φυσιολογικού βάρους είναι ένας πολύ σημαντικός δείκτης της γενικότερης κατάστασης της υγείας του ασθενούς.	

1.3 Η βελτίωση διατροφικών συμπεριφορών μπορεί να βελτιώσει τη γενικότερη κατάσταση υγείας των ασθενών (εξαιρουμένων παθολογικών καταστάσεων).	
1.4 Σαν Επαγγελματίας Υγείας, είναι ευθύνη μου να ενθαρρύνω και να παρακινώ τον ασθενή να διατηρεί ένα φυσιολογικό βάρος.	
1.5 Σαν Επαγγελματίας Υγείας, είναι ευθύνη μου να ενθαρρύνω και να παρακινώ τον ασθενή να βελτιώσει τις διατροφικές τους συνήθειες.	
1.6 Σαν Επαγγελματίας Υγείας, είναι ευθύνη μου να ενθαρρύνω και να παρακινώ τον ασθενή να εισάγει την άσκηση στην καθημερινότητά του.	

2. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι οι παρακάτω τεχνικές μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών των ασθενών (1: πολύ χρήσιμη-5: καθόλου χρήσιμη).

Τεχνική	Βαθμολόγηση από το 1 έως το 5 (1: πολύ χρήσιμη-5: καθόλου χρήσιμη)
2.1 Να τονίζονται οι αρνητικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας.	
2.2 Να τονίζονται οι αρνητικές επιπτώσεις των μη ισορροπημένων διατροφικών συνηθειών.	
2.3 Να τονίζονται τα οφέλη και η σημαντικότητα της υγιεινής διατροφής.	
2.4 Να τονίζονται τα οφέλη και η σημαντικότητα της ένταξης μιας μέτριας σε έντασης σωματικής άσκησης στην καθημερινότητα του ασθενούς.	
2.5 Να γίνεται διερεύνηση των λόγων που ωθούν του ασθενείς στο να έχουν μη	

φυσιολογικό βάρος (π.χ. καθιστική ζωή, κατανάλωση πρόχειρων φαγητών, κ.λ.π.)	
2.6 Να ερχόμαστε αντιμέτωποι με τον ασθενή όσον αφορά τις συνέπειες που μπορεί να έχει για την υγεία του το μη φυσιολογικό βάρος τους, είτε αυτές είναι βραχυπρόθεσμες, είτε μακροπρόθεσμες.	

3. Ευχέρεια

Ευχέρεια	Βαθμολόγηση από το 1 έως το 5 (1: Συμφωνώ απόλυτα-5: Διαφωνώ απόλυτα)
3.1 Είμαι πολύ εξοικειωμένος με τη Συνέντευξη Κινητοποίησης	
3.2 Νιώθω άνετα να εφαρμόζω τη Συνέντευξη Κινητοποίησης στις συνεδρίες μου με τους ασθενείς.	
3.3 Πιστεύω ότι μπορώ εύκολα να ενσωματώσω στην καθημερινή κλινική πράξη τις τεχνικές της Συνέντευξης Κινητοποίησης	
3.4 Αν προσπαθήσω να παροτρύνω τους ασθενείς μου (που έχουν μη φυσιολογικό βάρος) να χάσουν βάρος, αυτοί θα ακολουθήσουν τη συμβουλή μου και θα δω θετικά αποτελέσματα.	
3.5 Αν προσπαθήσω να παροτρύνω τους ασθενείς μου να βελτιώσουν της διατροφικές τους συνήθειες, αυτοί θα ακολουθήσουν τη συμβουλή μου και θα δω θετικά αποτελέσματα.	
3.6 Αν προσπαθήσω να παροτρύνω τους ασθενείς μου να εισάγουν την άσκηση στη	

καθημερινότητα τους, αυτοί θα ακολουθήσουν τη συμβουλή μου και θα δω θετικά αποτελέσματα.	
---	--

Ενότητα 3: Δεξιότητες (Skills)

Πόσο συχνά πραγματοποιείτε τα παρακάτω:

(1: Ποτέ, 2: Περιστασιακά, 3: Μερικές φορές, 4: Συχνά, 5: Πάντα)

Δεξιότητες	Βαθμολόγηση από το 1 έως το 5 (1: Ποτέ-5: Πάντα)
1.1 Προσπαθώ να εκτιμήσω αν ο ασθενής έχει άλλα προβλήματα υγείας (πέραν αυτού για το οποίο με επισκέφτηκε).	
1.2 Ζητάω την άδεια του ασθενούς προκειμένου να μιλήσουμε για θέματα υγιεινής διατροφής και άσκησης.	
1.3. Διερευνώ τους λόγους που ωθούν τον ασθενή σε μη ισορροπημένες διατροφικές συμπεριφορές .	
1.4 Ακούω ενεργά τον ασθενή.	
1.5 Κατανοώ τα εμπόδια που συναντά ο ασθενής τα οποία τον αποτρέπουν από την υιοθέτηση σωστών διατροφικών συνηθειών.	
1.6 Ρωτάω τον ασθενή αν θα τον ενδιέφερε να του παρέχω πληροφορίες (π.χ. σχετικά με την υγιεινή διατροφή).	
1.7 Ζητάω από τον ασθενή να ερμηνεύσει τις πληροφορίες που το δίνω.	
1.8 Θέτω ερωτήσεις ανοιχτού τύπου στον ασθενή (οι οποίες δεν μπορούν να απαντηθούν με ένα απλό ναι ή όχι), ώστε να τον ωθήσω να διερευνήσει ο ίδιος τις σκέψεις του και να οδηγηθεί μόνος του σε συμπεράσματα, χωρίς να χρειαστεί να τον	

συμβουλέψω ο ίδιος.	
1.9 Κάνω θετικά σχόλια επιβεβαίωσης (π.χ. πολύ καλή πρόταση, προσπάθησες πάρα πολύ να βελτιώσεις τη διατροφή σου, κ.τ.λ.), ώστε να βοηθήσω τους ασθενείς να αναγνωρίσουν τις θετικές συμπεριφορές τους και να αυξηθεί η αυτοπεποίθησή τους όσον αφορά την ικανότητά τους να αλλάξουν.	
1.10 Ακούω προσεκτικά (Reflective listening), επαναλαμβάνοντας τα λεγόμενα των ασθενών, έτσι ώστε να αντιλαμβάνονται οι ασθενείς ότι πράγματι τους ακούω και ταυτόχρονα να ακούν ξανά και να κατανοούν καλύτερα τις σκέψεις τους.	
1.11 Κάνω μια συνοπτική δήλωση (π.χ. μέχρι τώρα είπαμε ότι..., πες μου αν έχω ξεχάσει κάτι...) και ζητάω περαιτέρω ανατροφοδότηση από τον ασθενή.	
1.12 Υποστηρίζω και σέβομαι την αυτοαποτελεσματικότητα των ασθενών	

Ενότητα 4: Εκπαίδευση

1. Πόση εκπαίδευση πάνω στη Συνέντευξη Κινητοποίησης έχετε δεχτεί;

	Καθόλου	Λίγη	Μέτρια	Αρκετή	Πολλή
A. Στη τριτοβάθμια εκπαίδευση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Συγκεκριμένη εκπαίδευση στο νοσοκομείο (π.χ. ημερίδες)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ. Διαρκής επαγγελματική εκπαίδευση έξω από το νοσοκομείο (π.χ. σεμινάρια, συνέδρια, e-learning κ.λ.π.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ενότητα 5: Εφαρμογή

1. Εφαρμόζετε τεχνικές της Συνέντευξης Κινητοποίησης στην καθημερινή κλινική πρακτική;

- Ναι
- Όχι
- Δεν Γνωρίζω

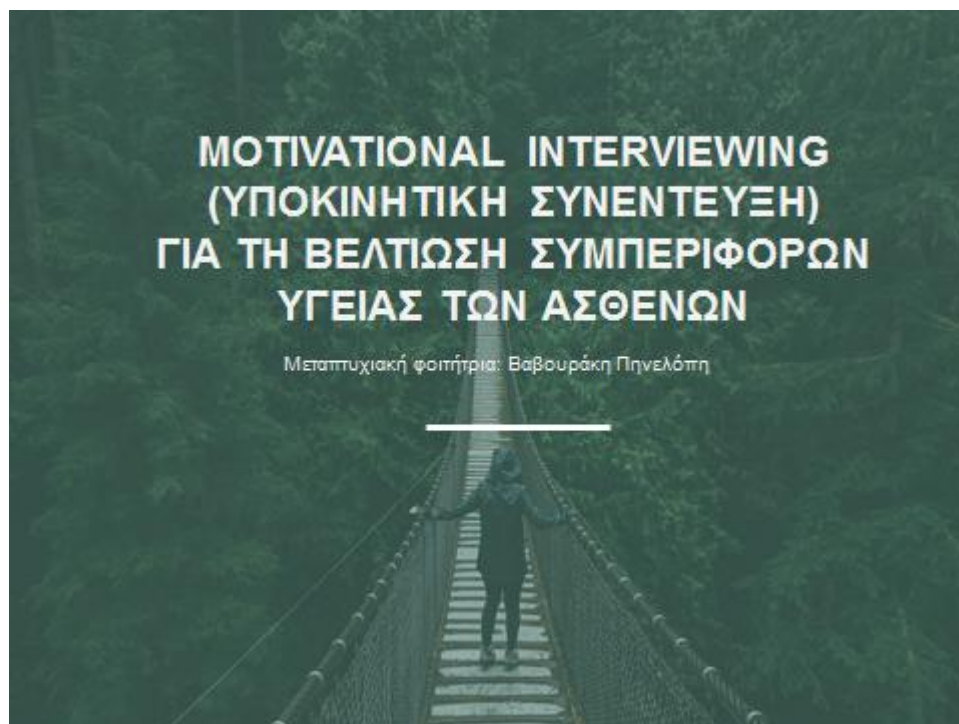
2. Πιστεύετε ότι μπορεί να εφαρμοστεί εύκολα στην καθημερινή κλινική πρακτική;

- Ναι
- Όχι
- Δεν Γνωρίζω

3. Πιστεύετε ότι θα ήταν ωφέλιμο για τους ασθενείς να εφαρμοστεί στην καθημερινή κλινική πρακτική;

- Ναι
- Όχι
- Δεν Γνωρίζω

2. Εκπαιδευτικό Υλικό (Διαφάνειες Παρουσίασης)



Συμπεριφορές Υγείας

«Κάθε δραστηριότητα με σκοπό την πρόληψη ή την ανίχνευση της νόσου ή τη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας»

«Πρότυπα συμπεριφοράς, δράσεις και συνήθειες που σχετίζονται με τη διατήρηση, την αποκατάσταση και βελτίωση της υγείας»

Συμπεριφορές Υγείας

Σχετίζονται με:

- την διατήρηση της υγείας
- την προστασία της

Συμπεριφορές Υγείας

Σχετίζονται με:

- την διατήρηση της υγείας
- την προστασία της
- **την έκθεσή της σε κίνδυνο**

Γνωρίζουμε ποιές είναι οι 10 κύριες αιτίες θανάτου
(σε χώρες ανώτερου-μεσαίου εισοδήματος)



O...P...
THE SACRAMENTO BEE
©2014-10/9-TCA

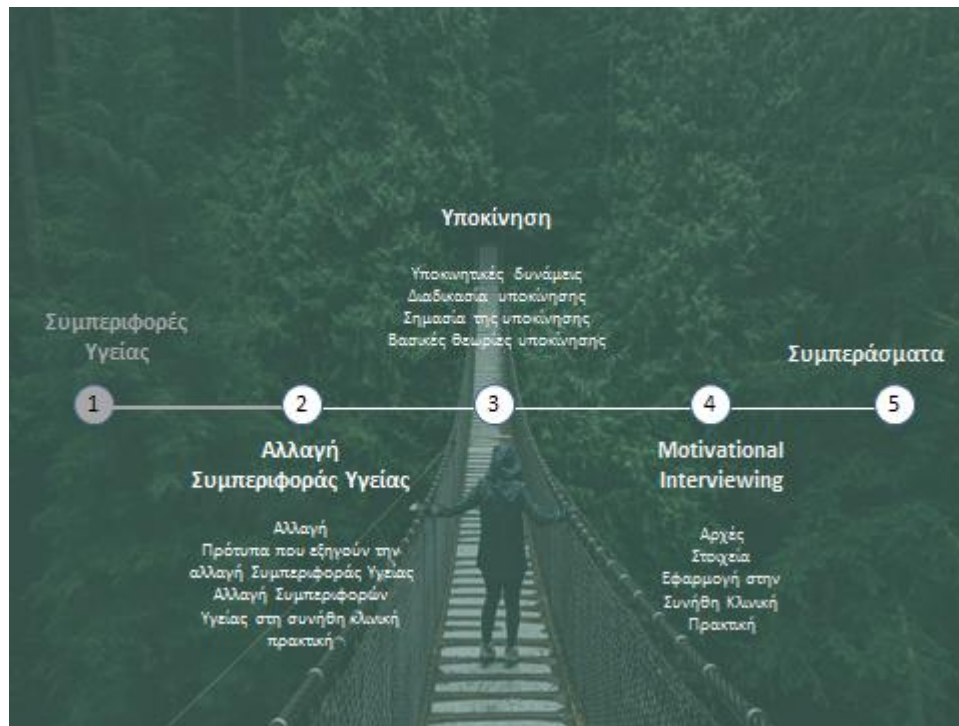
EBOLA!!!

OBESITY:
300,000
DEATHS PER YEAR

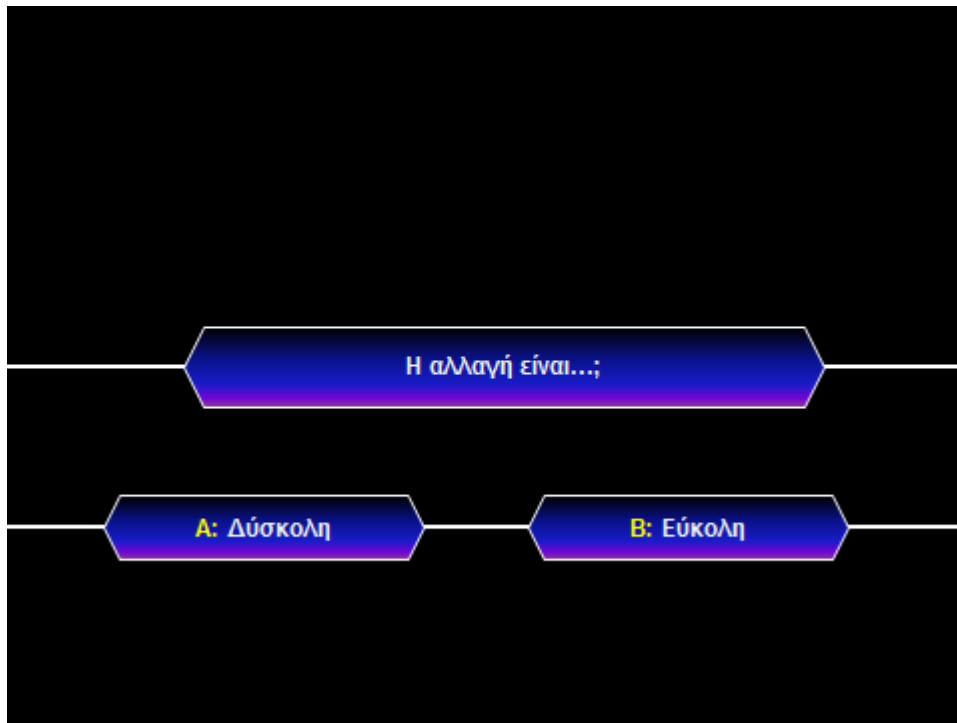
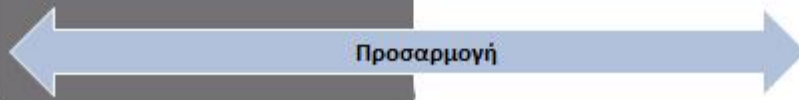
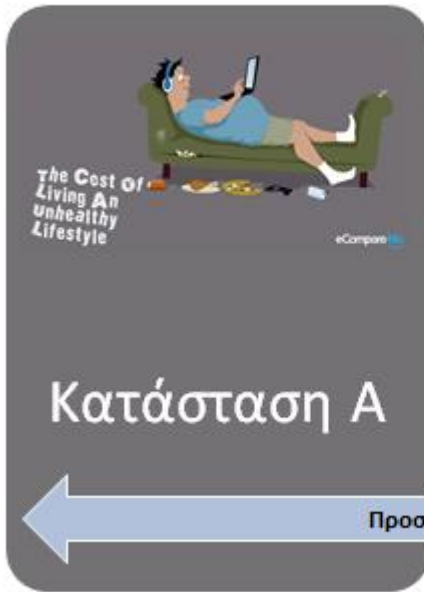
TOBACCO:
450,000
DEATHS PER YEAR

ALCOHOL:
88,000
DEATHS PER YEAR





Αλλαγή



Ατομικές αποφάσεις βασίζονται στη λογική;

A: Ναι

B: Όχι

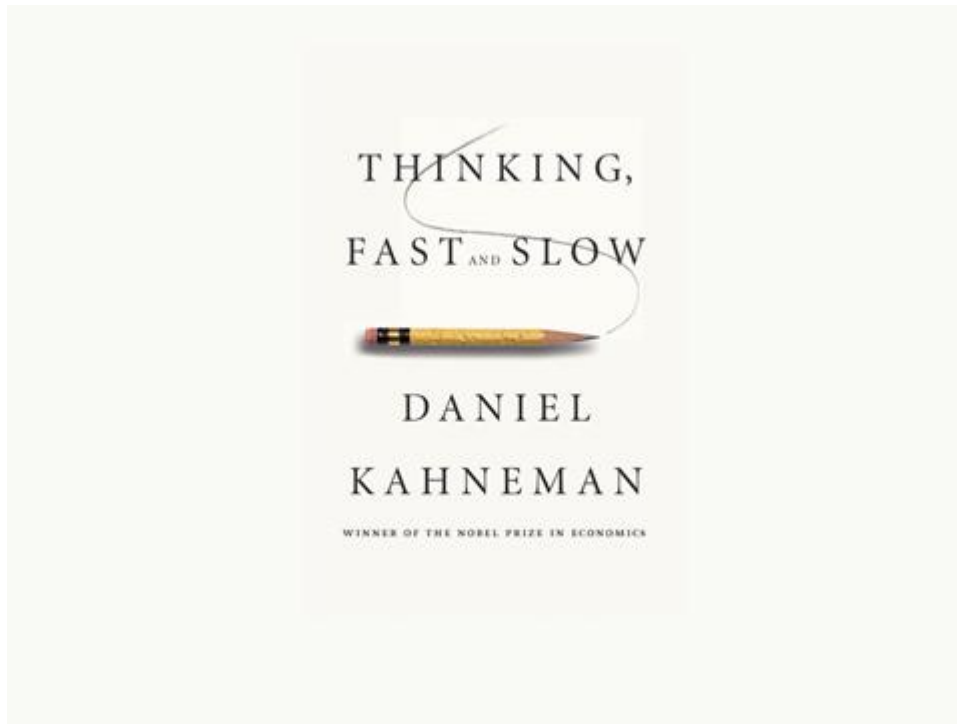
2 επί 2;

A: 10

B: 8

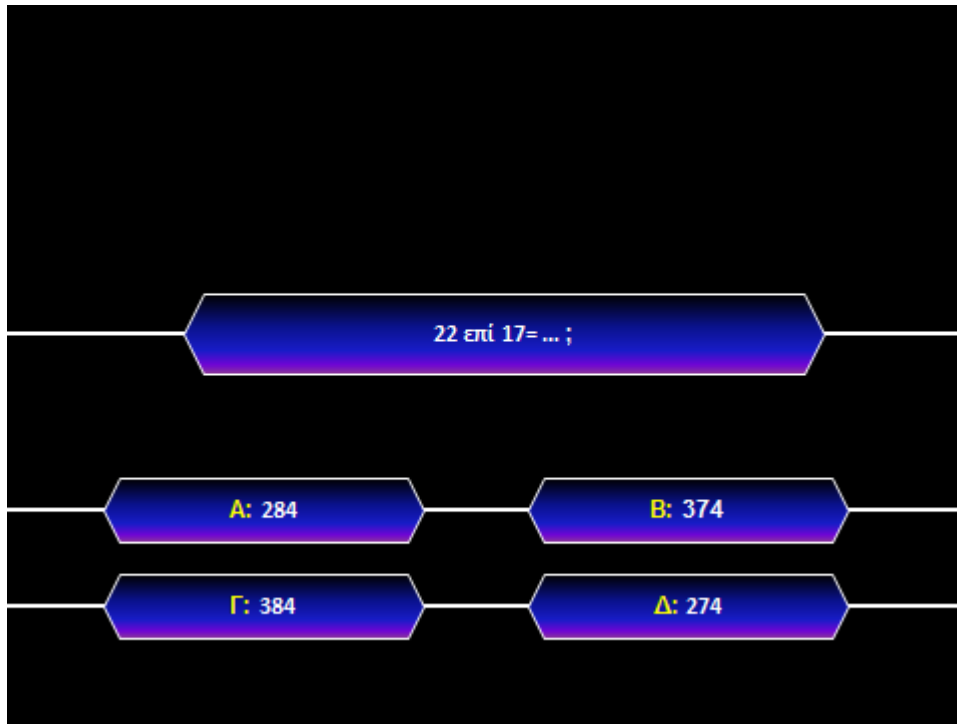
Γ: 4

Δ: 6



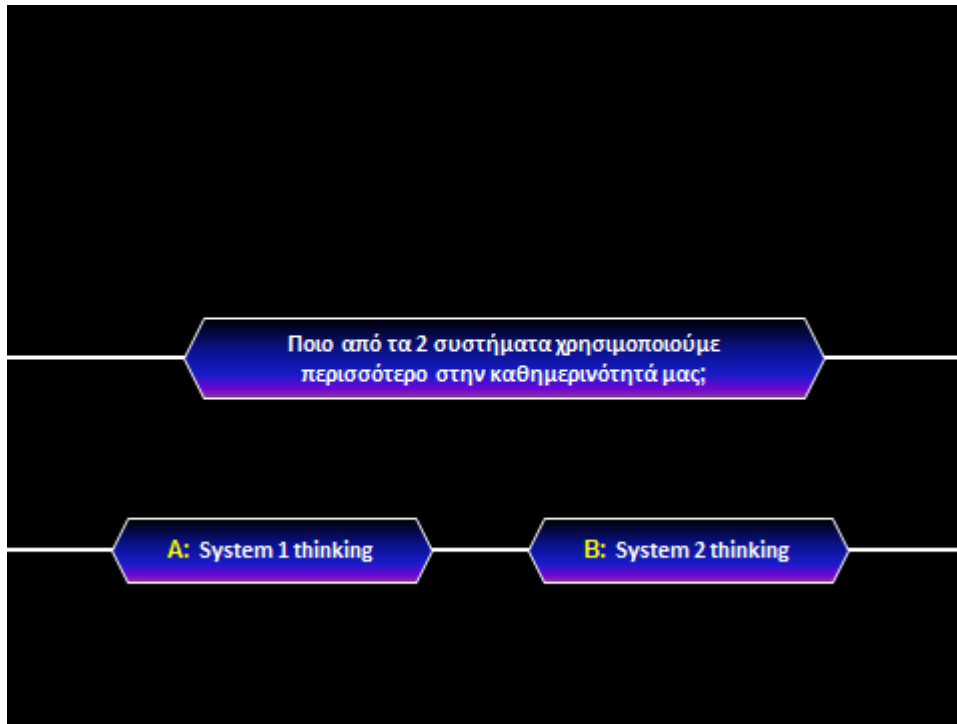
System 1 Thinking

- Γρήγορη
- Αυτόματη
- Παρορμητική
- Χωρίς προσπάθεια
- Ενστικτώδης



System 2 Thinking

- Με προσπάθεια
- Σπάνια
- Σκόπιμη
- Αυτοσυγκράτηση
- Υπεύθυνη για τις προσωπικές επιλογές/αποφάσεις/πεποιθήσεις



Αλλαγή Συμπεριφοράς

- Εκ φύσεως αντίσταση στην αλλαγή / διαταραχή καθημερινότητας
- Η αντίσταση στην αλλαγή αποτελεί αναγκαιότητα επιβίωσης
- Οι ΕΥ μπορούν να αποβούν αποτελεσματικοί φορείς αλλαγής

Πρότυπα που εξηγούν την αλλαγή Συμπεριφοράς Υγείας

Θεωρίες Αλλαγής Συμπεριφοράς

- **Η Κοινωνική Γνωστική Θεωρία** [Social Cognitive Theory, (SCT)]
- **Το Πρότυπο Πεποίθησης Υγείας** [Health Belief Model, (HBM)]
- **Η Θεωρία της Αιτιολογημένης Δράσης** [Theory of Reasoned Action (TRA)]
- **Η Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς** [Theory of Planned Behaviour, (TPB)]
- **Το Δια-Θεωρητικό Πρότυπο** [Trans-theoretical Model, (TTM)]

Κοινωνικής Γνωστικής Θεωρίας (Social Cognitive Theory - SCT)

- Περιβάλλον
- Συμπεριφορική ικανότητα
- Προσδοκίες, αυτοέλεγχος
- Παρατηρητικότητα και ικανότητα μάθησης μέσω αυτής
- Ενίσχυση της αποτελεσματικότητας του ατόμου και αμοιβαία αιτιοκρατία.

Δια-Θεωρητικό Πρότυπο (Trans-theoretical Model - TTM)

- Κατάλληλη για προμελετημένες – εσκεμμένες συμπεριφορές
- Επεξηγεί τους τρόπους με τους οποίους επιτυγχάνεται η αλλαγή της συμπεριφοράς
- Πραγματεύεται την **αλλαγή** της συμπεριφοράς ως διαδικασία
- Μέτρησή της γίνεται από σειρά μεταβλητών (ενδείξεις – εκφράσεις της αλλαγής)

<https://www.youtube.com/watch?v=lwxygE--AjU>

Δια-Θεωρητικό Πρότυπο (Trans-theoretical Model - TTM)

- Στάδια αλλαγής
- Εξαρτημένες μεταβλητές
- Ανεξάρτητες μεταβλητές - Διαδικασίες αλλαγή:
 - A. Βιωματικές διαδικασίες
 - B. Συμπεριφορικές διαδικασίες

Δια-Θεωρητικό Πρότυπο (Trans-theoretical Model - TTM)

Στάδια αλλαγής:

- Το στάδιο του Προσυλλογισμού (Pre contemplation)
- Το στάδιο του Συλλογισμού (Contemplation)
- Το στάδιο της Προετοιμασίας (Preparation)
- Το στάδιο της Δράσης (Action)
- Το στάδιο της Διατήρησης (Maintenance)
- Το στάδιο της Λήξης (Termination)

Το στάδιο του Προσυλλογισμού (Pre contemplation)



- Καμία πρόθεση αλλαγής
- Άτομα αγνοούν το πρόβλημα
- Αποφεύγουν να σκέπτονται ή να ενημερώνονται σχετικά με τις υψηλού κινδύνου συμπεριφορές που εκδηλώνουν

Το στάδιο του Συλλογισμού (Contemplation)



- Επίγνωση του προβλήματος χωρίς δέσμευση για άμεση λήψη μέτρων
- Δήλωση για αλλαγή συμπεριφοράς **στους επόμενους 6 μήνες**
- Ανάμικτα συναισθήματα ή αντιφατικές ιδέες (αμφιθυμία)

Το στάδιο της Προετοιμασίας (Preparation)



- Συνδυασμός πρόθεσης και κριτήριων συμπεριφοράς
- Δήλωση αλλαγής συμπεριφοράς στον επόμενο μήνα
- Παρουσία μικρών αλλαγών στην συμπεριφορά τους
- Αισθητή μείωση του «προβλήματος», χωρίς **ικανοποίηση κάποιων κριτήριων της αποτελεσματικής δράσης**
- Σκοπός λήψης τέτοιων μέτρων στο εγγύς μέλλον

Το στάδιο της Δράσης (Action)



- Ρύθμιση :
 - συμπεριφοράς
 - εμπειριών
 - περιβάλλοντος
- Πιο προφανείς αλλαγές συμπεριφοράς με **δεσμεύσεις**
- Οι τροποποιήσεις της προβληματικής συμπεριφοράς τείνουν να είναι πιο ορατές
- Επιτυχημένη αλλαγή δυσλειτουργικής συμπεριφοράς για μία ημέρα έως έξι μήνες

Το στάδιο της Διατήρησης (Maintenance)



- Προσπάθειες **αποτροπής της υποτροπής και παγίωσης κερδών**
- Απουσία προβληματικής συμπεριφοράς για μια χρονική περίοδο **μεγαλύτερη των έξι μηνών**

Το στάδιο της Λήξης (Termination)

finally
I did it!

- Ολοκλήρωση διαδικασίας αλλαγής χωρίς προσπάθεια **αποτροπής της υποτροπής**
- Ολοκληρωτική εμπιστοσύνη στην **αποτελεσματικότητα του ατόμου με μηδαμινό πειρασμό** ως προς την υποτροπή

Δια-Θεωρητικό Πρότυπο (Trans-theoretical Model - TTM)

Εξαρτημένες μεταβλητές:

- Το ισοζύγιο λήψης απόφασης (ζύγισμα υπέρ και κατά)
- Την αυτό-αποτελεσματικότητα
- Τον πειρασμό

Ισοζύγιο Λήψης Απόφασης



- Ζύγισμα της σημαντικότητας (importance) των 'υπέρ' και των 'κατά'
- Τα 'υπέρ' και τα 'κατά' σχετίζονται με τα στάδια της αλλαγής
- Στα αρχικά στάδια: τα 'κατά'
- Στα τελευταία στάδια: τα 'υπέρ'
- Για την αλλαγή μη υγιών συμπεριφορών στα τελευταία στάδια, τόσο τα 'υπέρ' όσο και τα 'κατά' παρουσιάζουν μείωση
- Για την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών στα τελευταία στάδια τα 'υπέρ' παραμένουν υψηλά

Αυτό-αποτελεσματικότητα (ή Πειρασμός)



- Συγκεκριμένη για την κατάσταση αυτοπεποίθηση ότι το άτομο μπορεί να ανταπεξέλθει σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου, χωρίς να υποτροπιάσει
- Η έννοια αντιπροσωπείται
 - με κλίμακα μέτρησης αυτό-αποτελεσματικότητας,
 - με κλίμακα πειρασμού
- Η έννοια του πειρασμού αντικατοπτρίζει την ένταση της επιθυμίας για πραγματοποίηση της μη επιθυμητής συμπεριφοράς, όταν το άτομο βρίσκεται στη μέση μιας δύσκολης κατάστασης

Αυτό-αποτελεσματικότητα (ή Πειρασμός)



- Αρνητικό συναίσθημα ή συναισθηματική ένταση
- Θετικές κοινωνικές περιστάσεις
- Έντονη επιθυμία (cravings)

Δια-Θεωρητικό Πρότυπο (Trans-theoretical Model - TTM)

Ανεξάρτητες μεταβλητές - Διαδικασίες αλλαγής

A. Βιωματικές διαδικασίες:

- Αύξηση Συνειδητότητας (consciousness raising)
- Δραματική Ανακούφιση (dramatic relief)
- Επαναξιολόγηση Περιβάλλοντος (environmental re-evaluation)
- Κοινωνική Απελευθέρωση (social liberation)
- Αυτο-επαναξιολόγηση (self-re-evaluation)

Αύξηση Συνειδητότητας (consciousness raising)



- Αύξηση της επίγνωσης σχετικά με τα αίτια, τις συνέπειες και τις θεραπείες για ένα συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας
- Παρεμβάσεις που μπορούν να αυξήσουν την επίγνωση περιλαμβάνουν:
 - feedback,
 - εκπαίδευση
 - αντιμετώπιση
 - ερμηνεία
 - βιβλιοθεραπεία
 - εκστρατείες δημοσιότητας μέσω των ΜΜΕ

Δραματική Ανακούφιση (dramatic relief)

- Έντονες συναισθηματικές εμπειρίες ακολουθούμενες από μειωμένο συναίσθημα, εάν ληφθεί η κατάλληλη δράση
- Παραδείγματα τεχνικών που μπορούν να κινητοποιήσουν συναισθηματικά:
 - ψυχόδραμα
 - role playing
 - πένθος
 - προσωπικές μαρτυρίες
 - εκστρατείες δημοσιότητας μέσω των ΜΜΕ

Επαναξιολόγηση Περιβάλλοντος (environmental re-evaluation)



- Συνδυάζει **συναισθηματική** και **συμπεριφορική** αξιολόγηση του:
 - πώς η παρουσία ή η απουσία μίας προσωπικής συνήθειας επιδρά στο κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου
- Περιλαμβάνει και την επίγνωση ότι το άτομο μπορεί να λειτουργεί ως **αρνητικό** ή **θετικό πρότυπο** για τους άλλους
- Εκπαίδευση εμπάθειας, ντοκιμαντέρ και παρεμβάσεις στην οικογένεια

Κοινωνική Απελευθέρωση (social liberation)

- Απαιτεί αύξηση των κοινωνικών ευκαιριών ή επιλογών κυρίως ατόμων στερημένων ή καταπιεσμένων
- Υπεράσπιση, διαδικασίες επίδοσης δύναμης και κατάλληλες πολιτικές μπορούν να οδηγήσουν στην αύξηση των ευκαιριών για προαγωγή υγείας ομάδων με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά
- Οι ίδιες διαδικασίες μπορούν να εφαρμοστούν για να βοηθήσουν όλους τους ανθρώπους να αλλάξουν

Αυτο-επιαναξιολόγηση (self-re-evaluation)



- Συνδυάζει γνωστικές και συναισθηματικές εκτιμήσεις της εικόνας του ατόμου για τον εαυτό του (self-image) με και χωρίς την εν λόγω ανθυγιεινή συνήθεια
π.χ. η εικόνα του ατόμου ως καπνιστή ή ως μη καπνιστή
- Τεχνικές που μπορούν να κινητοποιήσουν τα άτομα
 - Η αποσαφήνιση των αξιών
 - Η ταυτοποίηση υγιών προτύπων
 - Η φαντασίωση (imagery)

Δια-Θεωρητικό Πρότυπο (Trans-theoretical Model - TTM)

Ανεξάρτητες μεταβλητές - Διαδικασίες αλλαγής

B. Συμπεριφορικές διαδικασίες

- Επαφές Βοήθειας (helping relationships)
- Δημιουργία Ανταγωνιστικών Ερεθισμάτων (counter-conditioning)
- Διαχείριση Ενισχύσεων (reinforcement management)
- Αυτοαπελευθέρωση (self-liberation)

Επαφές Βοήθειας (helping relationships)



- Φροντίδα – εμπιστοσύνη – ειλικρίνειας – αποδοχή - υποστήριξης
- Πηγές κοινωνικής υποστήριξης:
 - Οικοδόμηση υποστήριξης
 - Θεραπευτική συμμαχία
 - Τηλεφωνήματα στον σύμβουλο
 - Ομάδες φίλων

Έλεγχος Ερεθισμάτων (stimulus control)

- Απομάκρυνση ερεθισμάτων μη υγιής συμπεριφοράς
- Προσθήκη ερεθισμάτων υγιής συμπεριφοράς
- Ερεθίσματα που υποστηρίζουν την αλλαγή και μειώνουν τον κίνδυνο υποτροπών:
 - αποφυγή
 - επαναδόμηση του περιβάλλοντος
 - ομάδες αυτο-βοήθειας

Δημιουργία Ανταγωνιστικών Ερεθισμάτων (counter-conditioning)

Εκμάθηση υγιών συμπεριφορών

- χαλάρωση ⇔ άγχος
- δυναμικότητα ⇔ πίεση των συνομήλικων
- αυτοκόλλητα νικοτίνης ⇔ τσιγάρο
- τροφές χωρίς ⇔ τροφές πλούσιες σε λιπαρά

Διαχείριση Ενισχύσεων (reinforcement management)



- Κίνητρα ή συνέπειες για την παρακολούθηση βημάτων (ανταμοιβή / τιμωρία)
- Έμφαση στην αύξηση ενίσχυσης:
 - συμβόλαια παρακολούθησης (follow-up contracts),
 - έκδηλες και άδηλες ενισχύσεις,
 - θετικές ατομικές δηλώσεις,
 - αναγνώριση στην ομάδα

Αυτοαπελευθέρωση (self-liberation)

- Πεποίθηση ότι το άτομο μπορεί να αλλάξει
- Δέσμευση και επαναδέσμευση να δράσει με βάση την πεποίθηση αυτή
- Ενισχύουν την αυτοαπελευθέρωση:
 - Στόχοι που θέτει το άτομο την πρωτοχρονιά για το νέο έτος
 - Δημόσιες μαρτυρίες
 - Πολλαπλές επιλογές

Αλλαγή Συμπεριφορών Υγείας στην συνήθη κλινική πρακτική

Γιατί στο χώρο πρωτοβάθμιας φροντίδας;

- Παρεμβάσεις προαγωγής της σωστής διατροφής στο χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας επέφεραν μέτρια θετικά αποτελέσματα στην διατροφική συμπεριφορά των ατόμων σε διάστημα πάνω από ένα έτος.
- Αδυναμία επεξήγησης αιτιών μη συμμόρφωσης των ατόμων.
- Αναποτελεσματικές παρεμβάσεις ή αντιμετώπιση δυσκολιών στην εφαρμογή τους στην καθημερινότητα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης;

Προσδοκίες Ασθενών

... Για να δούμε

https://www.youtube.com/watch?v=Q3b97TAW_gM

Σύμφωνα με τη Βιβλιογραφία

- Γιατροί: η μοναδική αξιόπιστη πηγή πληροφοριών υγείας
- Προληπτικές υπηρεσίες: προτεραιότητα για την υγειονομική περίθαλψή τους
- Επιθυμία ασθενών να τους παρέχονται διατροφικές συμβουλές από Ε.Υ.
- 72% των ασθενών θα επιθυμούσαν να μιλήσουν με το γιατρό τους για τη διατροφή τους
- 66% των ασθενών θα επιθυμούσε ο γιατρός τους να τους μιλήσει για την απώλεια βάρους

Σύμφωνα με τη Βιβλιογραφία

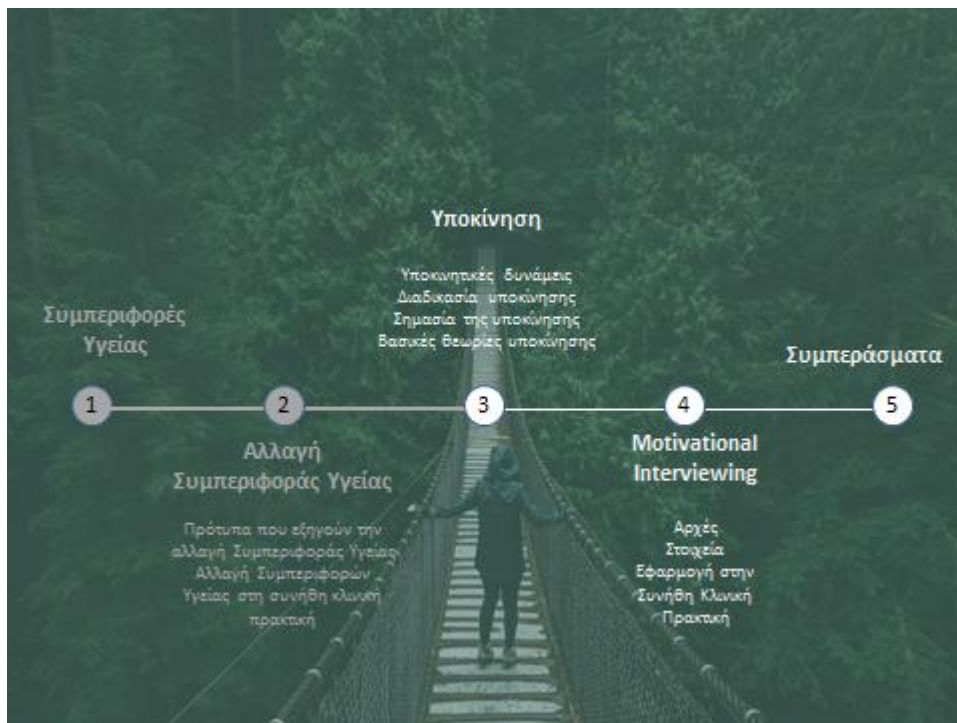
- Το 95% συμφώνησε ότι θα άλλαζαν τη διατροφή τους
- 93% συμφώνησε ότι θα έχαναν βάρος εάν τους παρακινούσε ο γιατρός τους.
- Δεν θα απομακρυνθούν από το γιατρό τους σε περίπτωση που τεθούν ερωτήσεις για τον τρόπο ζωής τους
- Οι ίδιοι οι ασθενείς δεν ζητούν από τους επαγγελματίες υγείας προληπτικές υπηρεσίες
- Θεωρούν ότι δεν μπορούν να τους προσφερθούν

Αποψη Επαγγελματιών Υγείας

- Απουσία επαρκούς χρόνου
- Αντιληπτή έλλειψη επαρκών δεξιοτήτων παροχής συμβουλών
- Άποψη ότι η αλλαγή συμπεριφοράς ασθενούς δεν θα είναι χρήσιμη
- Έλλειψη δομής και εργαλείων στη διευκόλυνση της παροχής συμβουλών
- Παροχή συμβουλών τρόπου ζωής αποτελεί σημαντική ευθύνη
- Έλλειψη σιγουριάς στη δυνατότητα αλλαγής συμπεριφορών των ασθενών
- Ασθενείς δεν θέλουν και δεν θα αλλάξουν τις συγκεκριμένες συμπεριφορές

Άρα πώς;

- Μπορούν να παρασχεθούν τα κίνητρα, οι δεξιότητες και η γνώση με σκοπό τη μέγιστη επίδραση στο γενικό πληθυσμό μέσα στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης;
- Μπορούμε να είμαστε αποτελεσματικοί στην προώθηση της αλλαγής του τρόπου ζωής



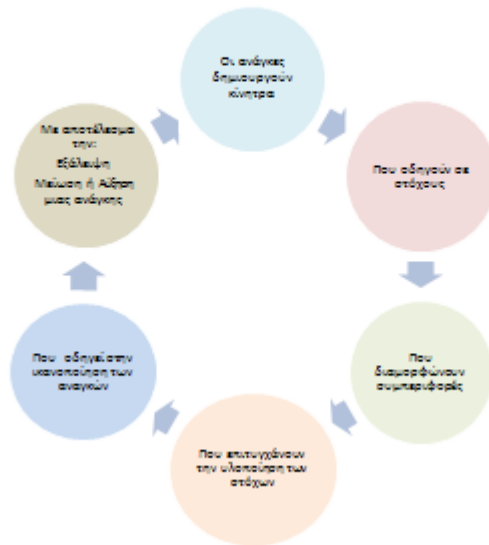
Υποκίνηση - Κινητοποίηση

- Γενικευμένες μέθοδοι υποκίνησης
- Εκμεταλλεύεται την ένταση που δημιουργούν οι ανεκπλήρωτες ανάγκες του ατόμου

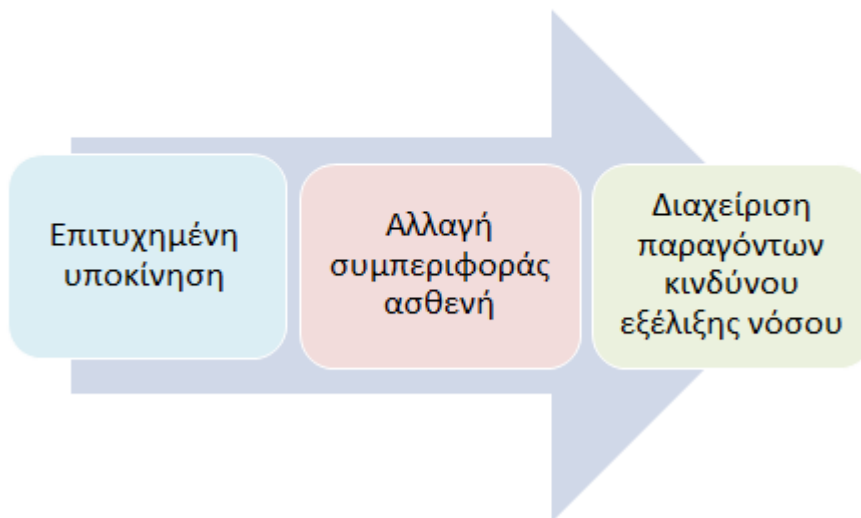
Υποκινητικές Δυνάμεις

- Ανάγκες και δυνάμεις που υποκινούν τον άνθρωπο προς υιοθέτηση συγκεκριμένης συμπεριφοράς
- Διακρίνονται στις
 - Βιολογικές ανάγκες
 - Κοινωνικές ανάγκες
 - Ψυχολογικές ανάγκες

Διαδικασία της Υποκίνησης



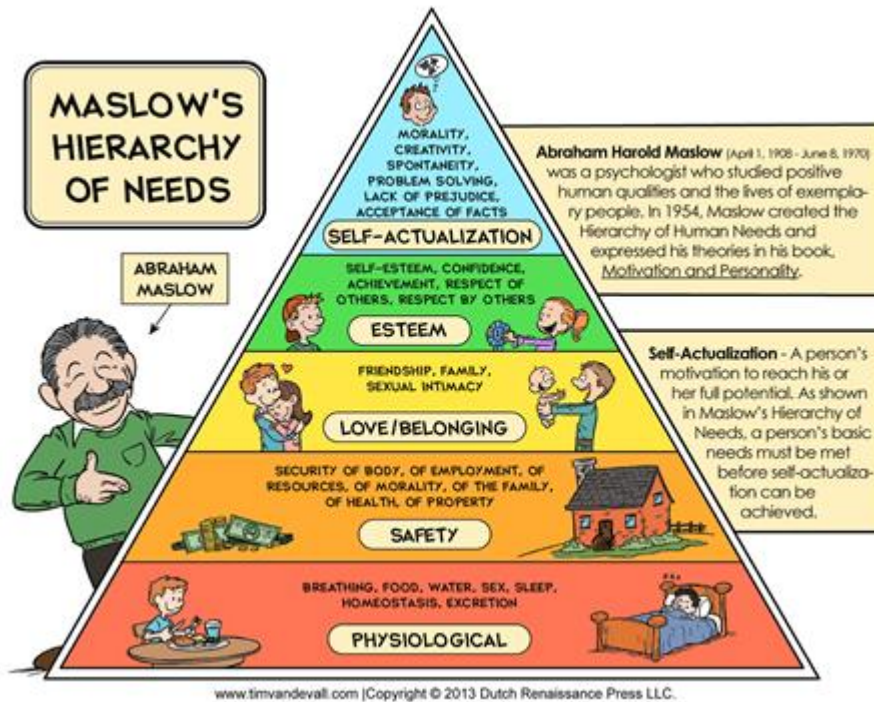
Η Σημασία της Υποκίνησης



Βασικές Θεωρίες της Υποκίνησης-Κινητοποίησης

Η πυραμίδα του Maslow

- Φυσιολογικές ανάγκες: επιβίωση
- Ανάγκες ασφάλειας: π.χ. μονιμότητα στην εργασία και αποταμίευση
- Κοινωνικές ανάγκες: επιθυμία των ανθρώπων να ανήκουν σε κοινωνικές ομάδες
- Ανάγκες εκτίμησης: αναγνώριση από τους άλλους, κύρος, εκτίμηση, σεβασμός
- Αυτοπραγμάτωση: ανάγκη του ατόμου να γίνει αυτός που ο ίδιος 'θέλει να γίνει'



Η Θεωρία των Προσδοκιών Vroom

Κάθε άτομο

- Πρώτα επιλέγει τα **αποτελέσματα** που επιθυμεί να έχει (προτίμηση)
- Μετά επιλέγει την **αντίδραση** εκείνη που θεωρεί ότι η υιοθέτησή της θα του φέρει τα επιθυμητά για εκείνον αποτελέσματα
- **Προτίμηση** καλείται ο βαθμός της επιθυμίας του ατόμου για ένα συγκεκριμένο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα

Η Θεωρία των Προσδοκιών Vroom



Η Θεωρία των Προσδοκιών Vroom

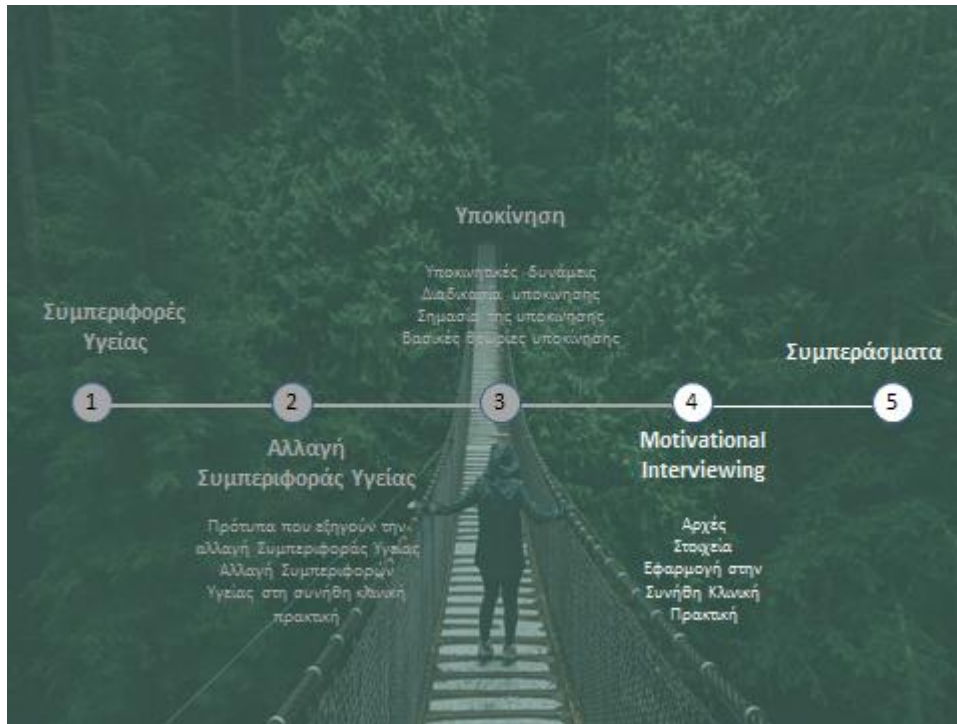
- Είναι περιορισμένη σε άτομα που έχουν
 - τις απαιτούμενες δεξιότητες
 - την ακριβή αντίληψη του ρόλου τους
 - την ικανότητα να υπολογίζουν με ακρίβεια τις ανταμοιβές τους
- Δε δίνει συγκεκριμένες λύσεις για την υποκίνηση του ατόμου

Η Θεωρία του Alderfer (ERG)

- Η ανάγκη της ύπαρξης και της ευημερίας του ανθρώπου
- Η ανάγκη για σχέσεις / ανάγκη «ανήκειν»
- Η ανάγκη της ανάπτυξης

Η Θεωρία του Alderfer (ERG)





Η MI λειτουργεί μέσω:

- της ενεργοποίησης του ασθενούς, κινητοποιώντας τον για αλλαγή και για πίστη στη θεραπεία που ακολουθεί

Η ΜΙ παροτρύνει τους Ε.Υ. να:

- Εξηγούν τι διαφορετικό μπορούν να κάνουν οι ασθενείς
- Παρακινούν τους ασθενείς να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους
- Ενημερώνουν για το τι θα συμβεί αν δεν αλλάξει η συγκεκριμένη συμπεριφορά
- Συμβουλεύουν πώς να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους
- Να τους παραπέμπουν σε ειδικό

Αρχές και Στοιχεία

- Σύγχρονη γενιά λιγότερο υγιής από αυτήν των γονιών τους
- Ασθένειες:
 - συνδέονται ισχυρά με τον τρόπο ζωής και τη «συμπεριφορά» μας απέναντι στην υγεία
 - Στην πλειοψηφία τους προλαμβάνονται ή είναι θεραπεύσιμες μέσω της αλλαγής της «συμπεριφοράς»

Αρχές και Στοιχεία

- Αλλαγή συμπεριφοράς αποτελεί εργαλείο αντιμετώπισης αρκετών κινδύνων υγείας
- Ασθενείς προτιμούν ιατροφαρμακευτική θεραπεία
- Ευθύνη θεραπείας μετατοπίζεται στους Ε.Υ.

Αρχές και Στοιχεία

Ασθενείς που «εκτέθηκαν» στη MI είναι περισσότερο πιθανό να:

- ξεκινήσουν, να παραμείνουν και να ολοκληρώσουν τη θεραπεία
- συμμετέχουν στη συνεχή παρακολούθηση της ασθένειας (follow up)
- παρακολουθούν το επίπεδο της γλυκόζης στο αίμα (για διαβητικούς ασθενείς)
- αθλούνται περισσότερο
- αυξήσουν τη διατροφικές τους συνήθειες σε φρούτα και λαχανικά

Αρχές και Στοιχεία

- μειώσουν το άγχος τους και την πρόσληψη άλατος
- διατηρήσουν συγκεκριμένο διαιτολόγιο
- βελτιώσουν τη φαρμακευτική τους αγωγή μέσω πιστής εφαρμογής της
- μειώσουν την κατανάλωση αλκοόλης και παράνομων ουσιών
- διακόψουν το κάπνισμα
- έχουν λιγότερες εισαγωγές σε νοσοκομεία

Αρχές και Στοιχεία

Υπήρξαν θετικές δοκιμές κατά τη διαχείριση ασθενών (με):

- καρδιαγγειακά προβλήματα,
- διαβήτη,
- υπέρταση,
- ψύχωση
- κατά τη θεραπεία και πρόληψη του ιού HIV

Εφαρμογή στη Πρακτική της Φροντίδας Υγείας

Πρότυπα-μέθοδοι Επικοινωνίας

- Παρακολούθηση (following)
- Κατεύθυνση (directing)
- Καθοδήγηση (guiding)



Παρακολούθηση

- Παράλληλη – Ταυτόχρονη πορεία
- Ακολουθώ
- Επιτρέπω
- Παραβρίσκομαι
- Εγκρίνω
- Δέχομαι
- Ανταποκρίνομαι
- Κατανοώ
- Έχω πίστη
- Παρατηρώ



Παρακολούθηση

Κατά την έναρξη μιας συνεδρίας, ένα σύντομο χρονικό διάστημα παρακολούθησης είναι χρήσιμο για την κατανόηση των συμπτωμάτων του ασθενούς και πώς αυτά επηρεάζουν την ζωή και την υγεία του

Κατεύθυνση

- Διαχειρίζομαι
- Περιγράφω ακριβώς
- Οδηγώ
- Λέω
- Αναλαμβάνω την ευθύνη
- Δείχνω το δρόμο
- Διευθύνω
- Συγκρατώ
- Εξουσιάζω
- Καθορίζω
- Παίρνω τα ηνία
- Αναλαμβάνω δράση



Καθοδήγηση

- Διαφωτίζω
- Κοιτάω μπροστά
- Ενθαρρύνω
- Σε παίρνω μαζί μου
- Παρακινώ
- Συνοδεύω
- Ξυπνώ
- Υποστηρίζω



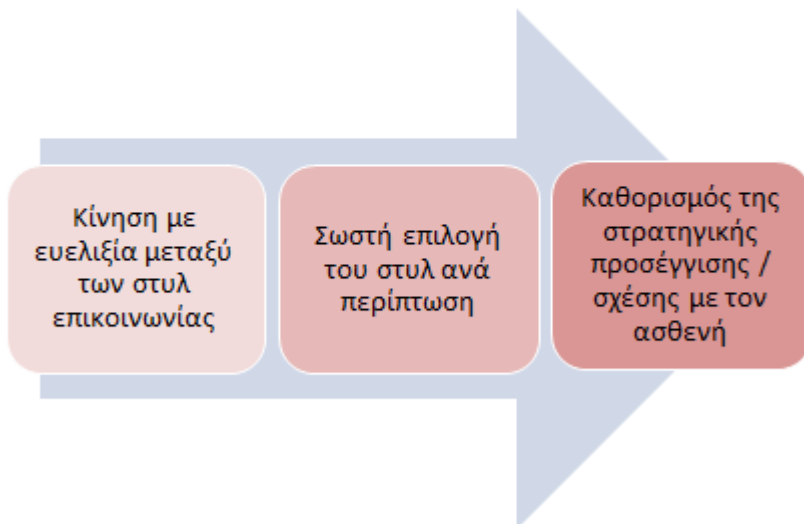
Καθοδήγηση

- Το στυλ **καθοδήγησης** φαίνεται ότι είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για «δύσκολες» συζητήσεις σχετικά με την αλλαγή συμπεριφοράς
- Το MI αποτελεί μια εξευγενισμένη μορφή καθοδήγησης

Μίξη και Προσαρμογή Μεθόδων Επικοινωνίας

- Είναι κατάλληλοι τρόποι επικοινωνίας για διάφορες καταστάσεις και σχέσεις
- Λάθος – κακός συνδυασμός μπορεί συχνά να δημιουργήσει σημαντικά προβλήματα
Παραδείγματα: ...
- Διαφορετικά στυλ επικοινωνίας χρησιμοποιούνται για διαφορετικές καταστάσεις

Μίξη και Προσαρμογή Μεθόδων Επικοινωνίας



Βασικές Δεξιότητες Επικοινωνίας



- Τα μέσα
 - Τρόποι
 - Παρατηρήσιμες συμπεριφορές και ενέργειες
- } Απαραίτητα ώστε οι μέθοδοι επικοινωνίας να εφαρμοστούν στη πράξη
- Επιτυγχάνεται αύξηση της ελευθερίας στην επικοινωνία, με τρόπο αποτελεσματικό και παραγωγικό

Βασικές Δεξιότητες Επικοινωνίας

1. Ρωτάω
2. Ακούω
3. Ενημερώνω

Βασικές Δεξιότητες Επικοινωνίας

Ρωτάω

- Κατανόηση του προβλήματος μέσω ερωτήσεων

Ακούω

- Ορθή κατανόηση αυτών που λέει το άτομο που ακούμε
- Αποτελεί τη κύρια δεξιότητα, όταν χρησιμοποιείται η καθοδηγητική μέθοδος επικοινωνίας

Ενημερώνω

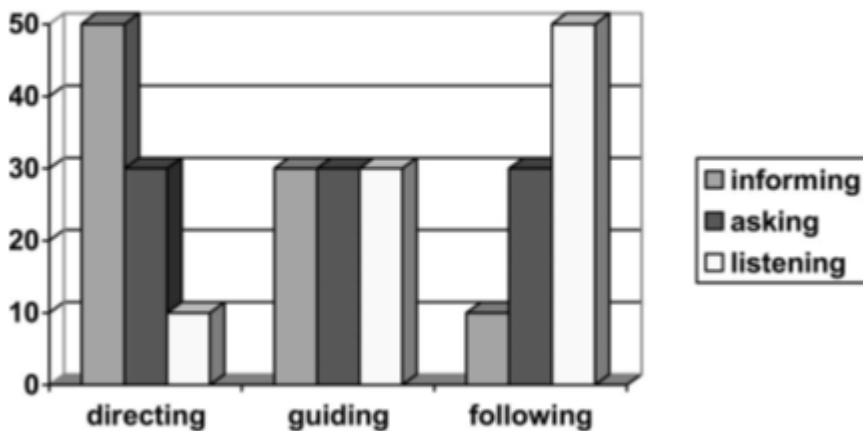
- Καλύτερος και βασικότερος τρόπος μεταφοράς στον ασθενή της κατάστασης/θεραπείας
- Ενημέρωση σχετικά με τα δεδομένα, τη διάγνωση και τις συστάσεις

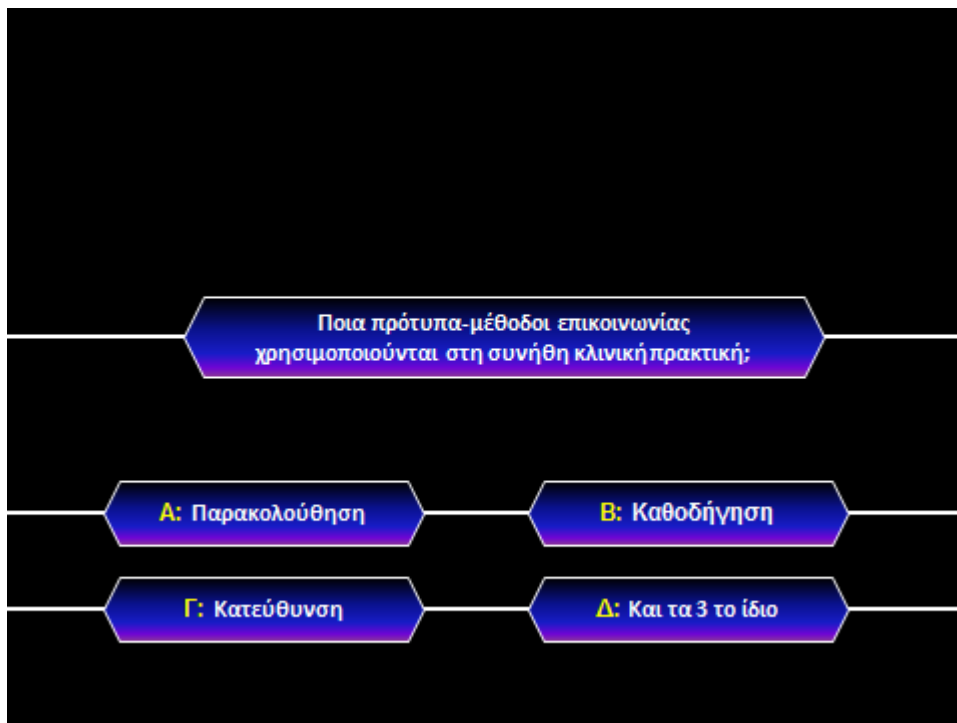
Μέθοδοι και Δεξιότητες Επικοινωνίας



- Και οι τρεις δεξιότητες χρησιμοποιούνται και στις 3 μεθόδους επικοινωνίας
- Ο τρόπος συνδυασμού τους σε κάθε μεθοδολογία μπορεί να είναι αρκετά διαφορετικός
- Βασική διαφορά μεταξύ των τριών μοτίβων είναι η στάση και οι απόψεις του ασθενούς

Μέθοδοι και Δεξιότητες Επικοινωνίας





Επικοινωνία στη Συνήθη Κλινική Πρακτική

- Αξιολόγηση, διάγνωση, ιεράρχηση και να επιτυχία στόχων Ε.Υ. εκφράζονται κυρίως **μέσω της κατεύθυνσης**



- Ασθενείς: παθητικοί δέκτες οδηγιών για τη φροντίδα τους
- **Όμως:** Αποτελεσματικότερη λύση προβλημάτων με την ισορροπημένη ανάμιξη των τριών μεθόδων επικοινωνίας

Κατεύθυνση στη Συνήθη Κλινική Πρακτική

- **Υποστήριξη και καθοδήγηση**, πριν την κατεύθυνση των ασθενών
- Η **κατεύθυνση σε συνδυασμό** με άλλες μεθόδους επικοινωνίας για την αλληλεπίδραση με τους ασθενείς
- Σε ασθενείς όπου απαιτείται **αλλαγή τρόπου ζωής** και συμπεριφοράς είναι ζωτικής σημασίας η **δική τους προσπάθεια**, κίνητρο και αφοσίωση στην προσπάθεια
- Όπου απαιτείται συνεργασία με ασθενείς η **κατεύθυνση δεν αποτελεί προτιμητέα επιλογή επικοινωνίας**

Μέθοδος Επικοινωνίας στην MI

- Έμφαση στην **αυτονομία του ατόμου**
- **Δικαίωμα στη λήψη αποφάσεων** που αφορούν στη ζωή του
- **Επιλογές Ε.Υ.** στην παρέμβαση **περιορίζονται από τους ίδιους τους ασθενείς**
- Η **έκβαση της υγείας των ασθενών** επηρεάζεται και **εξαρτάται από τις επιλογές και τη συμπεριφορά του ασθενούς**

Μέθοδος Επικοινωνίας στην MI

- Η **καθοδήγηση** βοηθά στην επίλυση προβλημάτων αλλαγής συμπεριφοράς
- **Motivational Interviewing:** μια εκλεπτυσμένη μορφή καθοδήγησης
- Χρησιμοποιώντας την **MI**, κατευθύνεται η συζήτηση **προς τη καθοδήγηση** του ασθενούς προς την αλλαγή
- Παρέχεται βοήθεια στον **ασθενή να πάρει τις δικές του αποφάσεις** σχετικά με την αλλαγή της συμπεριφοράς του

Motivational Interviewing και Αλλαγή Συμπεριφοράς

- Κατευθύνει προς την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων
- Δίνει ιδιαίτερη προσοχή σε συγκεκριμένες εκφράσεις του ασθενούς και στη πράξη επιδιώκει να αποσπάσει από τον ίδιο τον ασθενή τα επιχειρήματα του για αλλαγή
- Έχει την ικανότητα μέσα από ένα καλά καθορισμένο σύνολο κλινικών δυνατοτήτων και ικανοτήτων του να προκαλέσει την αλλαγή στη συμπεριφορά του ασθενούς

Έστω ότι ένας ασθενής δεν διαθέτει κίνητρο για αλλαγή συμπεριφοράς και δεν συμμορφώνεται με τις συμβουλές σας. Τι πιστεύετε για τον ασθενή αυτό;

A: ...Αν δεν ο θέλει ο ίδιος ο ασθενής, ό,τι και να λέμε εμείς...

B: Δεν υπάρχει άτομο που να μην μπορεί να κινητοποιηθεί

Ο Μύθος του ‘Μη Κινητοποιημένου Ασθενούς’



- «Ο ασθενής που **δεν διαθέτει κίνητρο** για αλλαγή: πρόβλημα που δεν λύνεται»
- Δεν υπάρχει άτομο που να μη μπορεί να κινητοποιηθεί έστω και στο ελάχιστο
- Όλοι οι άνθρωποι έχουν στόχους και φιλοδοξίες

Το ‘Πνεύμα’ του Motivational Interviewing



- Το Motivational Interviewing αποτελεί μια τεχνική που ξεγελά τους ανθρώπους
- Αποτελεί ένα επιδέξιο κλινικό τρόπο για την απόσπαση από τους ίδιους τους ασθενείς των δικών τους θετικών κινήτρων για την αλλαγή συνηθειών προς όφελος της υγείας τους
- Αποτελεί περισσότερο καθοδήγηση παρά επιβολή

Το 'Πνεύμα' του Motivational Interviewing



- Το ~~Motivational Interviewing~~ αποτελεί μια τεχνική που ξεγελά τους ανθρώπους
- Αποτελεί ένα επιδέξιο κλινικό τρόπο για την απόσπαση από τους ίδιους τους ασθενείς των δικών τους θετικών κινήτρων για την αλλαγή συνηθειών προς όφελος της υγείας τους
- Αποτελεί περισσότερο καθοδήγηση παρά επιβολή

Το 'Πνεύμα' του Motivational Interviewing

- Συνεργατικό (Collaborate)
- Εκμαιευτικό (Draw out vs. implant)
- Επικροτεί την αυτονομία του ασθενούς

Συνεργατικό Πνεύμα



- **Σχέση συνεργασίας** μεταξύ ασθενούς και Ε.Υ.
- **Στοχοποίηση συγκεκριμένης κατάστασης** πάνω στην οποία ο ασθενής πρέπει να αλλάξει
- **Διαδραστική σχέση** μεταξύ Ε.Υ. ασθενούς (συνεργατική συζήτηση)
- Ο ασθενής είναι αυτός που μπορεί να πραγματοποιήσει αυτή την αλλαγή
- Παράδειγμα...;

Εκμαιοευτικό Πνεύμα

- Ενεργοποίηση **κινήτρων ασθενών** για αλλαγή
- **Σύνδεση αλλαγής** της συμπεριφοράς **με αξίες και ανησυχίες** ασθενών
- **Κατανόηση των προοπτικών του ασθενούς**
- Παράδειγμα...;

Αυτονομία του ασθενούς



- Ο ίδιος ο ασθενής μπορεί και πρέπει να επιτελέσει την αλλαγή του τρόπου της ζωής του
- Οι Ε.Υ. **πληροφορούν, συμβουλεύουν, ακόμα και προειδοποιούν**
- **Αναγνώριση και επικρότηση αυτονομίας ασθενών**
- Παράδειγμα...;

Κατευθυντήριες Αρχές Καθοδήγησης ΜΙ

- **Αντίσταση στη φυσική έφεση** που έχουμε να κάνουμε το καλύτερο για τον άλλο
- **Κατανόηση και διερεύνηση των κινήτρων** των ασθενών
- **Ακρόαση με ενσυναίσθηση**
- **Ενθάρρυνση του ασθενούς**

Κατευθυντήριες Αρχές Καθοδήγησης στον τομέα της Υγείας

- **R**esist the righting reflex
- **U**nderstand the patient's own motivations
- **L**isten with empathy
- **E**mpower the patient

Κατευθυντήριες Αρχές Καθοδήγησης στον τομέα της Υγείας

- **R**
- **U**
- **L**
- **E**

Αντίσταση στη φυσική έφεση να κάνουμε το καλύτερο για τον άλλο

- Ισχυρή επιθυμία να κάνουν τα **πράγματα σωστά**
- Μια εμφανής διαδικασία «**κατεύθυνσης**»
- Ο **άνθρωπος από τη φύση του αντιστέκεται** στο να πεισθεί
- Ο επαγγελματίας υγείας μπαίνει στη διαμάχη μεταξύ **της αλλαγής και της μη αλλαγής συμπεριφοράς**

Κατανόηση και Διερεύνηση των Κινήτρων των Ασθενών

- Αλλαγή πυροδοτείται ευκολότερα με **λόγους που επιλέγει ο ασθενής** και όχι ο Ε.Υ.
- Ενδιαφέρον για **τις αξίες, τις ανησυχίες και τα κίνητρα** του ασθενούς
- Πρόοδος της μεθόδου ώστε να προκαλείται και να διερευνούνται οι **αντιλήψεις του ασθενούς για την κατάστασή του και τα δικά του κίνητρα για αλλαγή**
- Ο ασθενής και όχι ο επαγγελματίας υγείας να **εκφράζει τις τυχόν αντιρρήσεις** για την αλλαγή της συμπεριφοράς

Ακρόαση Ασθενούς με Ενσυναίσθηση

- Ακρόαση και πληροφόρηση
- Αναμενόμενη προσδοκία μιας διαβούλευσης με έναν Ε.Υ.:
 - ο Ε.Υ. έχει τις απαντήσεις που χρειάζεται ο ασθενής και να του τις προσφέρει
- Όμως **στην αλλαγή συμπεριφοράς και τρόπου σκέψης**, οι απαντήσεις **προκύπτουν από τον ίδιο τον ασθενή**
- Απαιτείται **ποιοτική ακρόαση** του ασθενούς

Ενθάρρυνση του Ασθενούς

- **Ενθάρρυνση** ασθενούς στο να **αναζητήσει τον τρόπο** να κάνει τη διαφορά στην υγεία του
- **Οι ασθενείς είναι οι σύμβουλοι του Ε.Υ.** για τη δικιά τους ζωή και του τρόπου με τον οποίο θα επιτύχουν την αλλαγή
- Σημαντική συνεισφορά του Ε.Υ. στη διαδικασία της αλλαγής είναι να **στηρίξει τις ελπίδες** ότι αυτή η αλλαγή είναι **εφικτή και πραγματοποιήσιμη**

Επιπλέον Αρχές της MI

- Έκφραση ενσυναίσθησης (Express empathy)
- Διερεύνηση των αποκλίσεων (Develop discrepancy)
- Διαχείριση της αντίστασης (Roll with resistance)
- Υποστήριξη της αυτο-αποτελεσματικότητας (Support self efficacy)

Έκφραση Ενσυναίσθησης



- Χρήση δεξιοτήτων ακρόασης και ενσυναίσθησης, όπου γίνεται προσπάθεια κατανόησης της προοπτικής, των σκέψεων και των συναισθημάτων του ασθενούς **χωρίς να κρίνει/επικρίνει ή να κατηγορεί**
- Η οικοδόμηση συμπάθειας και κατανόησης χωρίς αποδοχή της προβληματικής συμπεριφοράς
- Προσπάθεια **δημιουργίας διόδου για ανταλλαγή απόψεων** με σεβασμό προς τον ασθενή
- Προσέγγιση «περιέργεια» για τις εμπειρίες, τα συναισθήματα και τις αξίες του

Διερεύνηση Αποκλίσεων

- Υποστήριξη ασθενών ώστε να εντοπίσουν τις αποκλίσεις μεταξύ της τρέχουσας συμπεριφοράς τους και των μελλοντικών τους στόχων
- Επιτυγχάνεται μελετώντας τα **πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα** της αλλαγής
- Ασκήσεις σχετικά με τη λήψη απόφασης ως εργαλείο βοήθειας για τους ασθενείς να δώσουν οι ίδιοι έμφαση στο πρόβλημα της αμφιθυμίας τους και να εκφράσουν τις ανησυχίες τους σχετικά με τη συμπεριφορά τους

Διαχείριση Αντίστασης



- Συχνά υιοθετείται **μέθοδος καταναγκασμού**
- Προκαλεί:
 - ❖ αντίσταση από τον ασθενή
 - ❖ διακοπή της συνεργασίας
 - ❖ έκφραση έντονης διαφωνίας
 - ❖ αμφισβήτηση εμπειρίας του υπεύθυνου
 - ❖ άμεση δικαιολόγηση τη δικής του συμπεριφοράς
 - ❖ απαισιοδοξία στον ασθενή

Διαχείριση Αντίστασης

- Προσέγγιση στην αντίσταση **χωρίς κρίση**
- Αποδοχή ότι ο ασθενής κρατά μια **διαφορετική άποψη** από την άποψη του επαγγελματία
- Χρήση στρατηγικών:
 - **Μετατόπιση επίκεντρου συζήτησης**
Όπως η έμφαση στο γεγονός ότι η επιλογή του να αλλάξει ή όχι ο ασθενής «είναι στο χέρι του»
 - **Επανασχεδιασμός όσων έχει πει ο ασθενής,**
προκειμένου να 'κυλήσει' το θέμα και να αποτραπεί η εμπλοκή που φέρνει η αντίσταση

Υποστήριξη της Αυτο-αποτελεσματικότητας

- Ασθενείς έχουν κάνει ήδη κάνει προσπάθειες στο παρελθόν και απέτυχαν
- Προώθηση αυτο-αποτελεσματικότητας επισημαίνοντας την εσωτερική δύναμη του ασθενούς
- Πίστη του επαγγελματία στην ικανότητα του ασθενούς να αλλάξει

Στοχοθεσία

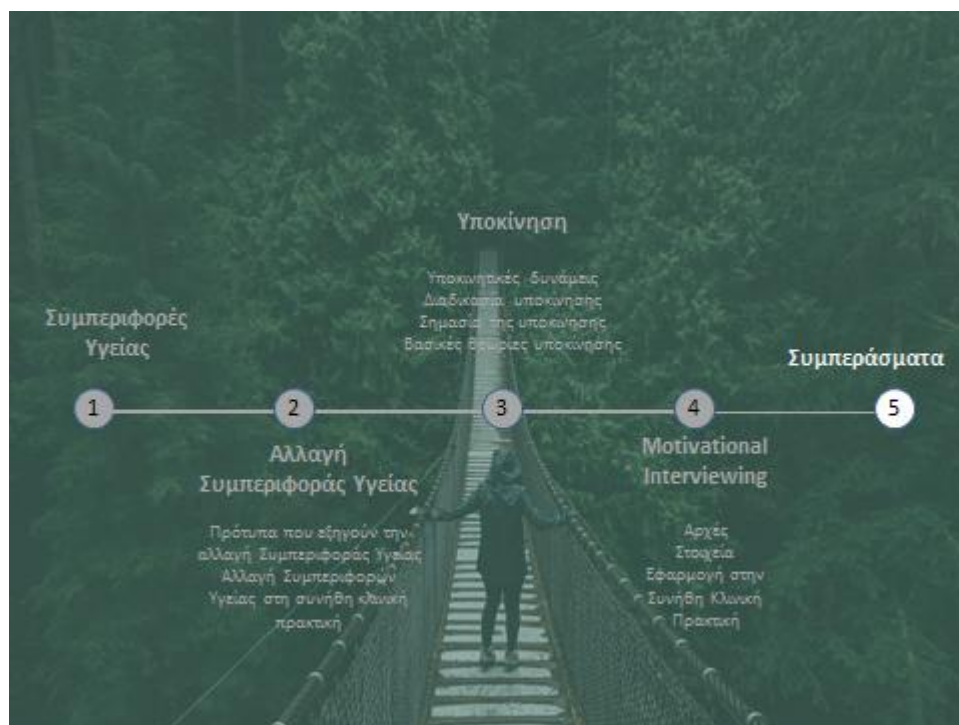
SMART χρησιμοποιείται ως οδηγία για τη στοχοθεσία και αναφέρεται σε στόχους που είναι:

- συγκεκριμένοι (Specific)
- μετρήσιμοι (Measurable)
- επιτεύξιμοι (Achievable)
- σχετικοί (Relevant)
- και έχουν συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα (Time-framed)

Στοχοθεσία

SMART χρησιμοποιείται ως οδηγία για τη στοχοθεσία και αναφέρεται σε στόχους που είναι:

- **S**pecific
- **M**easurable
- **A**chievable
- **R**elevant
- **T**ime-framed



Συμπεράσματα

- Προβλήματα ασθενών δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν με συγκεκριμένο τρόπο επικοινωνίας
- Το να **ρωτάς**, να **ενημερώνεις** και να **ακούς** αποτελούν διαδικασίες που εφαρμόζονται με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους στις διάφορες μεθόδους επικοινωνίας
- Το πώς θα χρησιμοποιηθούν εξαρτάται από εκάστοτε περίπτωση

Συμπεράσματα



- **Ισχυρά εργαλεία:**
 - Ακριβής και προσεκτική επιλογή των λέξεων
 - Στάση του σώματος
 - Σιωπή
 - Συνολική ατμόσφαιρα της συζήτησης
- **Τρόπος επικοινωνίας έχει ισχυρή επίδραση** στο πώς αισθάνονται και πως πράττουν οι ασθενείς
- Επικοινωνιακές δεξιότητες Ε.Υ. αποτελούν εργαλειοθήκη θεραπειών

That's it

Thank you for your time and attention!