

STEPHEN ROLLNICK
WILLIAM R. MILLER
CHRISTOPHER C. BUTLER

MOTIVEERIV INTERVJUEERIMINE TERVISHOIOUS

KUIDAS
AIDATA
PATSIENTIDEL
KÄITUMIST
MUUTA

STEPHEN ROLLNICK
WILLIAM R. MILLER
CHRISTOPHER C. BUTLER

MOTIVEERIV INTERVJUEERIMINE TERVISHOIOUS

KUIDAS
AIDATA
PATSIENTIDEL
KÄITUMIST
MUUTA

MOTIVEERIVA INTERVJUEERIMISE RAKENDUSED

Stephen Rollnick ja William R. Miller, sarja toimetajad

Milleri ja Rollnicki klassikaks kujunenud raamat „Motiveeriv intervjuerimine” on motiveeriva intervjuerimise (edaspidi MI) muutnud erakordselt populaarseks töövahendiks, millega saavutatakse väga erinevaid positiivseid käitumismuutusi. Praktilise fookusega raamatusari demonstreerib MI kasutamise võimalusi erinevates kontekstides ja inimgruppides. Kõik sarja kuuluvad raamatud toetuvad empiirilistele andmetele ning esitavad lihtsalt rakendatavaid strateegiaid, konkreetseid selgitavaid näiteid ja selgepiirilisi juhiseid, kuidas seostada motiveeriv intervjuerimine teiste nõustamisvormidega.

Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems

Hal Arkowitz, Henny A. Westra, William R. Miller
ja Stephen Rollnick, toimetajad

Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior

Stephen Rollnick, William R. Miller ja Christopher C. Butler

© 2008 The Guilford Press
A Division of Guilford Publications, Inc.
72 Spring Street, New York, NY 10012
www.guilford.com

Kõik õigused kaitstud

Välja arvatud lühikeste lõikude tsiteerimine kriitika ja retsenseerimise eesmärgil, ei ole käesoleva trükise ühtegi osa lubatud reprodutseerida, talletada otsingusüsteemis ega edastada ühelgi kujul või viisil ei elektrooniliselt, mehaaniliselt, kopeerimise ega salvestamise teel ega mingil muul moel ilma kirjastaja eelneva loata.

Last digit is print number: 9 8 7 6 5 4 3 2 1

Library of Congress Cataloging-in-Publication Data
Rollnick, Stephen, 1952–

Motivational interviewing in health care : helping patients change behavior / by
Stephen Rollnick, William R. Miller, Christopher C. Butler.
p. ; cm. — (Applications of motivational interviewing)

ISBN-13: 978-1-59385-613-7 (hardcover : alk. paper)

ISBN-10: 1-59385-613-X (hardcover : alk. paper)

ISBN-13: 978-1-59385-612-0 (pbk. : alk. paper)

ISBN-10: 1-59385-612-1 (pbk. : alk. paper)

1. Health counseling. 2. Motivational interviewing. 3. Health behavior.

4. Behavior modification. I. Miller, William R. II. Butler, Christopher, 1959–
III. Title. IV. Series.

[DNLM: 1. Behavior Therapy—methods. 2. Interview, Psychological.

3. Motivation. WM 425 R754m 2008]

R727.4.R65 2008

362.1'04256—dc22

2007020536

ISBN 978-9949-461-12-7

Käesoleva originaalteose eestikeelse esmaväljaande tootmist rahastas Tervise Arengu Instituut ja Euroopa Liit Euroopa Sotsiaalfondi programmi „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2010-2011” vahenditest. Eestikeelne esmaväljaanne on tasuta jagamiseks.

Sisutoimetajad Inga Karton ja Ruth Kalda
Tõlkinud ja kirjastanud Ajakirjade Kirjastus (2011)
Trükkinud Tallinna Raamatutrükikoda

Minu kallile isale, Julianile. Tänan Sind paljude asjade eest, muuhulgas ka Sinu selgete nõuannete ja toetuse eest ajal, kui ma seda raamatut kirjutasin. - S. R.

Minu pojale, Jaysonile. Sooviksin Sinu jaoks alati samamoodi armastuse ja nõuga olemas olla, nagu minu vanemad minu jaoks olid. - W. R. M.

Judithile ja meie lastele Caitlinile, Evale ja Charlesile, kes tõesti aitasid mul teed leida. - C. C. B.

Autoritest

Stephen Rollnick, PhD, on Cardiffi Ülikooli (Suurbritannia, Wales) kliiniline psühholoog ja tervishoiukommunikatsiooni professor esmatasandi abi ja rahvatervise osakonnas. Töötanud 16 aastat esmatasandiarstiabis, jätkas ta suhtlemise õpetaja ja uurijana. Dr Rollnick on kirjutanud raamatuid tervise ning motiveeriva intervjuerimisega seotud käitumismuutustest, eriti huvitavad teda keerukad konsultatsioonijuhtumid tervise ja sotsiaalhoolekande valdkonnas. Tema töid on laialdaselt avaldatud teaduslikes ajakirjades ning ta on õpetanud nõustajaid ning treenereid paljudes riikides üle kogu maailma.

William R. Miller, PhD, on psühholoogia ja psühhiaatria emeriitprofessor New Mexico Ülikoolis, kus ta hakkas õpetama 1976. aastal. Miller töötas Kliiniliste Treeningute juhina New Mexico Ülikooli Ameerika Psühholoogiaühingus heaks kiidetud kliinilise psühholoogia doktoriprogrammis ning kaasjuhatajana New Mexico Ülikooli Alkoholismi, Narkootikumide Kuritarvitamise ja Sõltuvuste Keskuses (CASAA). Dr Milleri publikatsioonide hulgas on 35 raamatut ning üle 400 artikli ja peatüki. Ta tutvustas motiveeriva intervjuerimise ideed ühes oma 1983. aasta artiklis. Teadusliku Informatsiooni Instituudi andmetel on ta üks enim tsiteeritud teadlasi maailmas.

Christopher C. Butler, MD, on Cardiffi Ülikoolis esmatasandi meditsiini professor ning esmatasandi meditsiini ja rahvatervise osakonna juhataja. Ta õppis meditsiini Cape Towni Ülikoolis ja kliinilist epidemioloogiat Toronto Ülikoolis. Oma doktoritöös töötas ta Stephen Rollnicki juhendamisel välja meetodid käitumismuutuste nõustamiseks, hindas neid ning viis läbi kvalitatiivse uurimuse, kuidas patsiendid võtavad vastu praktiseerivate arstide nõuandeid suitsetamisest loobumiseks. Dr Butler on avaldanud üle 70 teadustöö, peamiselt tervisega seotud käitumise ning üldinfektsioonide valdkonnas. Ta on Lõuna-Walesis endises söekaevanduslinnas perearst.

Eessõna

See raamat on mõeldud kõigile tervishoiuvaldkonnas tegutsevatele inimestele, kes õhutavad patsiente oma käitumismustreid muutma. Nimekiri on küllalt pikk – õed, arstid, dietoloogid, psühholoogid, nõustajad, terviseõpetajad, hambaarstid, suuhügienistid, sotsiaaltöötajad, füsio- ja tööterapeudid, podiaatrid ja ka inimesed, kes vastuvõtutoas kõnelele vastavad. Pikk on ka erinevate muutmist vajavate tervisekäitumiste nimekiri – suitsetamine, toitumine, liikumine, ravimite vahetamine, alkoholitarbimine, vedelikutarbimine, uute protseduuride õppimine, uute abivahendite ning teenuste kasutamine ja nii edasi.

Just tervishoiuvaldkonna praktikud juhtisid meie tähelepanu motiveeriva intervjuerimise võimalustele. Iga päev näevad nad patsiente, kelle tervis võiks käitumismuutuste läbi olulisel määral paraneda. Tavaliselt patsiendid selles osas abi ei palu. Tervishoius tegutsevad inimesed teevad oma parima, et julgustada, keelitada ja veenda patsiente muudatusi tegema ning et neid selles ka nõustada. Aga samas on nad harva läbinud treeningu või saanud ettevalmistuse tervisega seotud käitumismuutuste suunamiseks ning tihti on neil patsiendi jaoks vaid paar minutit. Lisaks sellele tuleb teha ka palju muid kliinilisest seisukohast hädavajalikke asju. Oleme kuulnud esmatasandi tervishoius tegutsevate inimeste probleemidest, pettumusest ja praktilises töös ette tulevatest takistustest:

„Ma räägin ja räägin neile, mida teha, aga nad lihtsalt ei tee seda.”

„Minu töö on neile faktide edastamine ja see on kõik, mis ma teha saan.”

„Nende inimeste elu on keeruline ning ma mõistan, miks nad suitsetavad.”

„Ma ei ole nõustaja – ma diagnoosin ja ravin haigusi.”

„Mõned mu patsiendid eitavad täielikult tegelikkuse olukorda.”

Me jõudsime järeldusele, et nende keeruliste olukordade lahendamisel, kuhu patsiendid on sattunud, on pühendunud suhtumine (ja kaastunne) eriti oluline.

Kui me motiveerivast intervjuerimisest kirjutamist alustasime, pidasime silmas nõustajaid ning keskendusime alkoholi ja narkootikumidega seotud probleemidele. Patsientidel, kellega me tegelesime, olid tõsised käitumise muutmise seotud probleemid ning nende elud olid tihti ummikusse jooksnud. Joomise või narkootikumide tarvitamise hävitavatest tagajärgedest hoolimata oli patsientide

vastuoluline suhtumine muutumisse silmatorkav. Taipasime üsna ruttu, et heitlike inimeste puhul pole manitsemine, vaidlemine ja hoiatamine tulemuslik. Aja jooksul töötasime välja pehmemad lähenemise, mida tuntaksegi motiveeriva intervjuerimise nime all. Keskendume sellele, kuidas aidata inimestel käitumise muutmist sõnastada ja tõrjuda käitumise muutmisega seonduvaid kõhklusid, kasutades tööriistana nende oma siseveendumust, energiat ja pühendumist.

Varsti pärast „Motiveeriva intervjuerimise” (Miller & Rollnick, 1991) esimese trüki ilmumist oli nii meile kui ka kolleegidele selge, et sellest meetodist võiks olla kasu ka väljaspool sõltuvusvaldkonda. Tõesti, pinged ja vastuoluline käitumine muutuste suhtes pole sugugi omased ainult sõltuvusolukordadele, vaid inimeseks olemisele üldse. Suur osa tänapäeva tervishoiust aitab patsientidel toime tulla pikaajaliste probleemidega, kusjuures lõpptulemus on olulisel määral mõjutatav eluviiside muutmisega. Sellele vaatamata osutavad patsiendid tihti vastupanu heasoovlikele püüetele veenda neid käitumist muutma. Tervishoiutöötaja sekumisevõimalustel on kindlasti piirid, kuid samas on muutustel suur potentsiaal. Kindlasti on parem, kui seesmine põhjendus käitumist muuta tuuakse inimeses esile, mitte ei suruta seda väljastpoolt peale. Käitumise muutmist puudutavatel inimlikel, lugupidavas toonis ning sisendusjõulistel vestlustel on kahtlemata oluline koht paljude tervishoiuasutuste töös.

Mõne aasta jooksul ilmus terve rida publikatsioone motiveeriva intervjuerimise kasutamisest hüpertoonia, diabeedi, rasvumise, südamehaiguste, raviskeemist kinnipidamise ning terve rea psühhiaatriliste ja psühholoogiliste probleemide käsitlemisel. Praeguseks on motiveeriva intervjuerimise valdkonnas tehtud üle 160 pistelise kliinilise uuringu ning sel teemal avaldatud kirjutiste hulk kahekordistub iga kolme aasta tagant (vt www.motivationalinterview.org).

Nüüdseks oleme õpetanud motiveerivat intervjuerimist laiale kasutajate ringile. Seda kasutavad perearstid, seda rakendatakse südame- ja kognitiivses taastusravis, neerumeditiinis, diabeedi ravis, füsioteraapias, füüsilise treeningu nõustamisel, hambaravis, vaimse tervise nõustamisel, vokaal- ja kõneteraapias ning rahvatervise edendamisel. Meie põhieesmärgiks on olnud leida tervishoiutöötajate jaoks viis, kuidas nad saaksid motiveeriva intervjuerimise elemente kasutada igapäeva kliinilise praksise virr-varris.

Esimene samm selles suunas oli raamat „Health Behavior Change” (Rollnick, Manson & Butler, 1999). Kartuses, et motiveeriva intervjuerimise tuumikidee lahjeneb ja lihtsustub tundmatuseni, me peaaegu et hoidusime sellele raamatule viitamast. Raamat kirjeldas põgusalt mõningaid kasulikke ja praktilisi strateegiaid, paljud neist välja arendatud kasutamiseks tervishoiuasutustes. Strateegiad toetusid motiveeriva intervjuerimise põhilisele fookusele, heale kontaktile patsiendiga, mis aitab tal käitumise muutmisega seonduvaid kõhklusid mõista ja neid lahendada.

Uurijatemeeskonnad käisid sama rada, nad arendasid ja testisid motiveerivast intervjuerimisest lähtuvaid mugandusi, mis hõlmasid paljusid erinevaid olukordi

ja probleemseid valdkondi. Selleks ajaks, kui ilmus „Motiveeriva intervjuerimise” teine väljaanne (Miller & Rollnick, 2002), olid esile kerkinud sellised mugandused nagu põgus läbirääkimine, käitumismuutuste nõustamine, käitumise „läbivaatus” ja motiveeriv lühiintervjuerimine. Kõigi muganduste taga oli sama idee – muutuste tegemiseks tuleb patsiendis endas peituv motivatsioon esile kutsuda.

Meie raamat on uus süntees sellest, kuidas tuua motiveeriva intervjuerimise idee igapäevasesse tervishoiupraktikasse. Vähestel tervishoiutöötajatel on aega, vajadust või kalduvust nõustajaks hakata. Meie eesmärk on motiveeriva intervjuerimise meetodist edastada täpselt nii palju, et see muutuks tervishoius ligipääsetavaks, õpitavaks, kasulikuks ja tõhusaks.

Oleme püüdnud tabada selle lähenemisviisi olemust võõrana kõlavast tehnilisest žargoonist abi otsimata. Siin raamatus kasutame juhendamise kujundit. Meie meelest kasutatakse juhendavat stiili igapäevaelus pidevalt teiste aitamiseks, eriti aga inimeste käitumise muutmiseks või uute oskuste õpetamiseks. Me kõrvutame seda kahe teise igapäevase suhtlemisstiiliga – käskimise ja kaasaminega. Tervishoiupraktikas on hakanud domineerima käskimine, täpselt nagu 1970ndatel ja 1980ndatel aastatel sõltuvusraavis, sealjuures samade ettearvatavate probleemide ja piiravate asjaoludega. Tänapäeva tervishoiu kiires tempos läheb oskusliku juhendamise kunst tihti kaduma. Mõned leiavad, et tänapäeva tervishoius polegi sellele enam kohta. Meie aga usume, et kui aega on vähe ja käitumise muutus on elulise tähtsusega, siis kõige tõenäolisemalt annab just juhendav stiil nii patsientide kui ka tervishoiutöötajate jaoks paremaid tulemusi.

Sellest lihtsast lähtepunktist saab alguse märkimisväärne hulk treeningu- ja praktikaideid. *Motiveeriv intervjuerimine on harjumuspärase juhendamisprotsessi edasiarendatud vorm.* Oskuslik kasutaja suudab käskiva, juhendava ja kaasamineva stiili vahel vastavalt patsiendi vajadustele paindlikult ümber lülituda. Teiste sõnadega, motiveeriv intervjuerimine ei muuda, vaid pigem täiendab teie juba väljakujunenud suhtlemisuskust.

Seda meetodit saate trennida ja täiustada kogu praktika ja terve elu jooksul – teil on võimalik õppida seda oma patsientidelt. Kui te teate, millele kuulates tähelepanu pöörata, muutub iga patsiendi konsulteerimine õppetunniks, mis annab teile tagasisidet, kuidas te hakkama saate. Kui te meie raamatu lugemise lõpetate, pole te veel motiveerivas intervjuerimises kasutatava juhendava stiili asjatundja. Kuid kui oleme raamatu hästi kirjutanud, oskate motiveeriva intervjuerimise peensuseid edaspidi ise oma patsientidelt õppida.

Esimeses osas alustame ülevaatega motiveerivast intervjuerimisest, selle tõendusbaasist ja küsimusest, kuidas motiveeriv intervjuerimine mahub laiemasse tervishoiukonteksti. Seejärel kirjeldame kolme suhtlemisstiili: käskivat, juhendavat ja kaasaminevat ning kolme põhioskust: küsimist, teavitamist ja kuulamist. Teises osas selgitame, kuidas neid oskusi motiveeriva intervjuerimise juhendavas stiilis täiustada ja kasutada. Kolmandas osas esitame praktilisi näiteid ja juhiseid, kuidas motiveerivat intervjuerimist praktikas kasutades ennast kindlalt

tunda ja kuidas oma oskusi täiendada. Viimane peatükk väljub individuaalkonsultatsiooni piiridest ja uurib, kuidas keskkond võiks aidata kaasa tervisekäitumise muutumisele.

STEPHEN ROLLNICK, PhD
WILLIAM R. MILLER, PhD
CHRISTOPHER C. BUTLER, MD

Kasutatud kirjandus

Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). Motivational interviewing (2nd ed.): Preparing people for change. New York: Guilford Press.

Rollnick, S., Mason, P., & Butler, C. (1999). Health behavior change: A guide for practitioners. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone.

Tänuavaldused

Tunnustame südamlike tänusõnadega kõigi nende tervishoiutöötajate panust, kellega oleme treeningutel kohtunud. Neid on liiga palju, et kõiki nimepidi loetle da, aga nad kõik on aidanud meie mõtlemises ja arusaamades selgust luua.

Inspiratsioon ja nõuanded kolleegidelt motiveeriva intervjuerimise treenerite võrgustikus (MINT – www.motivationalinterview.org) on olnud meile pidevalt toeks. Neile iseloomulikult külvasid nad meid elavas diskussioonis ideedega üle, kui me kokkusaamistel ja elektroonilises kirjavahetuses küsimusi esitasime. Jeff Allison ja Gary Rose aitasid meil treeningute ja arutelude kaudu selgust luua kolme stiili raamistiku sisus ja piirides. Tagasiside ja soovitusel Tom Barthilt ja Pip Masonilt rikastasid 10. peatükki käitumise muutmise püüdluste osas. Bob Marsh ja kolleegid Põhja-Aafrika MISA (Motiveeriv Intervjuerimine Põhja-Aafrikas) treenerite grupist andsid meile lugusid, lühikirjeldusi ja nõuandeid, mida me kasutasime HIV/AIDS-i valdkonna juhtumiuuringute ja selgituste koostamiseks. Kolleegid PATA-st (Pediatric AIDS Treatment in Africa), eriti dr Paul Roux, lisasid lugematul hulgal näiteid kõiki raskusi ületavast lootuse, pühendumuse ja loovuse triumfist. Ralf Demmel söötis meile ette materjale vanematoetusstruktuuri kohta, Michael Robling panustas oma aega ja kogemust diabeedi ravi puudutavatesse diskussioonidesse ning Clare Lane, Linda Speck ja Adrienne Cook andsid meile tagasisidet südamerahvaldatsioonist ning selge ülevaate oma püüetest muuta tervishoiuteenuste pakumise kultuuri. Peter Prescott ja Carolina Yahne kirjutasid meile rohkem kui korra lootuse väljendamise põhimõtetest ja praktikast. Vestlused Valerie Dougalliga tarkvaraarendusmaailmast aitasid tohutult kaasa arusaamisele, kuidas ideid õppijatele kättesaadavaks teha. Me täname ka Carrie McCorkindale'i, Barbara B. Walkerit, Anne E. Kazakit ja Sheila K. Stevensit nende abi eest käsikirja retsenseerimisel.

Meie pered on meid väga palju aidanud. Täname Sheilat, Kathyt ja Judithit, kes meile kirjutamisel toeks olid, ning Jakob Rollnicki, kes tõstis esile kõrgendatud emotsionaalsuse rolli motiveerivas intervjuerimises end kodus muuta üritavate inimeste aitamisega (nimesid mainimata). Julian Rollnick uuris hoolega iga sõna ja pakkus hindamatut nõu ja julgustust. Lõpuks täname oma toimetajaid Guildford Pressis, Jim Nageotte'i ja Barbara Watkinsit, nende tõeliselt asjatundliku abi eest käesoleva raamatu ülesehituse ja sisu vormimisel.

Sisukord

I OSA

KÄITUMISE MUUTMINE JA MOTIVEERIV INTERVJUEERIMINE

- 1 **Motiveeriv intervjuerimine. Põhimõtted ja faktid** 17
- 2 **Kuidas motiveeriv intervjuerimine
sobitub meditsiinipraktikasse** 25

II OSA

MOTIVEERIVA INTERVJUEERIMISE PÕHIOSKUSED

- 3 **Motiveeriva intervjuerimise harjutamine** 47
- 4 **Küsimine** 57
- 5 **Kuulamine** 77
- 6 **Teavitamine** 95

III OSA

PANEME PILDI KOKKU

7 Oskuste liitmine 117

8 Juhendava stiili näidisjuhtumid 126

9 Juhendamise täiustamine 143

10 Lisaks konsultatsioonile 159

Järelsõna. Mõned teeviidad ja juhtnöörid 175

LISA A. Lisaks motiveerivast intervjuerimisest 179

LISA B. Kirjanduse nimekiri teemade kaupa 185

Indeks 204

I OSA

**KÄITUMISE MUUTMINE
JA MOTIVEERIV
INTERVJUEERIMINE**

1. PEATÜKK

MOTIVEERIV INTERVJUEERIMINE

PÕHIMÕTTED JA FAKTID

20. sajandil leidis ägeda kuluga haiguste ravis aset märkimisväärne edasiminek. Nakkushaiguste edukas ravi ja ennetamine pikendas inimeste eluiga märgatavalt. Traumaatilised vigastused, mis kunagi lõppesid surmaga või püsiva töövõimetusega, on nüüd ravitavad. Mitmeid elundipuudulikkuse juhtumeid saab lahendada dialüüsi, siirdamise või operatsiooniga. Tervishoiu suutlikkuse seisukohast vaadates peaks arenenud riikide elanikkond olema tervem kui kunagi varem.

Ometi näeme märke sellest, et tänapäeva noored täiskasvanud võivad olla moodsa ajaloo esimeseks põlvkonnaks, kes on vähem terved kui nende vanemad. Hingamisteede haigused ja vähk, diabeet ja rasvumine, südame- ja maksahaigused ning mõned psühholoogilised probleemid (nagu depressioon) on kõik otseselt seotud tervisekäitumise ja eluviisidega. Enamik tõbedest, mis sunnivad inimesi konsulteerima tervishoiutöötajatega (näiteks arstide, hambaarstide, meditsiiniõdede, kiropraktikutega), on suures osas ennetatavad või kõrvaldatavad tervisekäitumise muutuste kaudu.

Arengumaades ning kõikjal suurlinnade agulites on inimesed lisaks kehvadele elutingimustele hädas ka üldiselt raskete oludega ja see ohustab nende tervist. Nad küsivad sageli oma raskes olukorras (kus pea alati tekivad ka ühesugused tervisemured) tervishoiutöötajatelt nõu, ja nad arvavad, et tervis on miski, mis on nende endi kontrolli alt väljas. Kuid ka siin on käitumise muutmisel oluline mõju paljudele terviseriskidele – alates suitsetamisest, liigsest alkoholitarbimisest ja halvast toitumisest kuni vee puhastamiseni, imikute toitmise tavadeni ning nakkushaiguste ennetamiseni.

21. sajandil hõlmab tervishoid järjest rohkem krooniliste tervisehäiretega toimetulekut ja seeläbi ka tervisekäitumise muutmist – muutusi, mida inimesed ise oma tervise parandamiseks teha saavad. Seega on raske ette kujutada tervishoiuasutust või -eriala, kliinilist diagnoosi või tervishoiuprobleemi, mille puhul muu-

tus patsiendi käitumises ei lisaks potentsiaalselt olulist panust haiguse ennetamisse, ravisse või tervise säilitamisse. Kuid enamik arstiabi otsivatest inimestest

” 21. sajandil
hõlmab tervishoid
järjest rohkem krooniliste
tervisehäiretega toimetulekut
ja seeläbi ka tervisekäitumise
muutmist – muutusi, mida
inimesed ise oma tervise
parandamiseks teha saavad.

näib ikka eelistavat meditsiinilist ravi. Nad ootavad, et arst küsiks neilt rea küsimusi ja seejärel määraks ravi, mis neile tervise tagasi tooks või vähemalt leevendaks nende sümptomeid. Teiste sõnadega, ükskõik kui halvasti nad iseennast ka ei kohtleks, vastutus nende ravimise eest peaks lasuma konkreetset arstil, õel või tervel tervishoiusüsteemil.

Kui olete arst, meditsiiniõde, füsioterapeut, sotsiaaltöötaja, hambaarst, hambahügienist, dietoloog, podiaater, nõustaja, tervisepsühholoog või ka mõne muu valdkonna tervishoiutöötaja, tuleb teil ühe tavalise tööpäeva jooksul pidada ilmselt palju vestlusi käitumise muutmise teemadel. Aga kuidas tervishoiutöötaja ikkagi peaks sellele teemale lähema? Kas ta peaks:

- Selgitama, mida patsientidel tuleks oma tervise huvides teistmoodi teha?
- Nõustama ja veenma neid oma käitumist muutama?
- Hoiatama neid, mis juhtub siis, kui nad oma harjumusi ei muuda?
- Võtma aega ja selgitama neile, *kuidas* oma käitumist muuta?
- Saatma nad spetsialisti juurde?

Meie raamat on kirjutatud selleks, et aidata läbi viia tulemuslikke vestlusi patsientidega nende käitumise muutmise üle. Eelkõige kirjeldatakse delikaatset nõustamisvormi, mida tuntakse motiveeriva intervjuerimisena (MI), ning mis on tunnistanud tõhusaks mitmesugustele arvukatele tervisekäitumise muutmistele kaasa aitamises.

MI on kliiniline meetod, mida kirjeldati esimest korda 1983. aastal ning mis loodi algselt lühisekkumiseks alkoholiprobleemidesse, kuna sel puhul on patsiendi motivatsioon tavaliseks muutumist takistavaks asjaoluks. Alates 1990ndatest aastatest hakati MI-d proovima ka muude terviseprobleemide, eelkõige krooniliste haiguste puhul, kus käitumise muutmise on olukorra lahendamise võti ja patsiendi motivatsioon on tavaliseks ületamist nõudvaks takistuseks. On tehtud edukaid MI uuringuid südame-veresoonkonna haiguste, diabeedi, toitumise, hüpertensiooni, psühhoosi ja hasartmängusõltuvuse kontrolli all hoidmiseks ning HIV-nakkuse ravis ja ennetuses. MI kliinilisi uuringuid on avaldatud paljude käitumise muutmise probleemide kohta.

MI aktiveerib patsiendi enda motivatsiooni oma käitumist muuta ja ravist kinni pidada. Tavaraviga võrreldes on MI-ga kokku puutunud patsientide puhul erinevates kliinilistes uuringutes leitud, et patsiendid alustavad ravi suurema tõenäosusega, peavad raviskeemist kinni ja viivad ravi ka lõpule, nad käivad tõe-

näolisemalt järelkontrollil, soostuvad jälgima oma veresuhkrutaset ja tõhustama glükeemilist kontrolli, suurendavad kehalist koormust ning puu- ja köögiviljade tarbimist, vähendavad naatriumi tarbimist, reguleerivad stressi, peavad toidupäevikuid, vähendavad kaitsmata vahekordade arvu ning loobuvad süstlanõela jagamisest ja suitsetamisest, järgivad täpsemalt ravinõudeid, vähendavad alkoholi- ja uimastite tarbimist, neil on edaspidi vähem vigastusi ja nad satuvad harvem haiglasse. Muidugi ei ole MI mingi imerohi, mitte kõik uuringud ei ole positiivsete tulemustega ning mõju ulatus on olnud väga erinev. Uuringute andmetest huvitatud lugejad võivad leida uuringutulemuste bibliograafia käesoleva raamatu lõpust ning ka veebileheküljelt www.motivationalinterview.org.

” *MI aktiveerib patsiendi enda motivatsiooni oma käitumist muuta ja ravist kinni pidada.*

MÜÜT MITTEMOTIVEERITUD PATSIENDIST

Käitumise muutmisest saab vestlusteema konsultatsiooni käigus, kui teie patsiendid kaaluvad koos teiega, kas oleks võimalik nende tervise huvides midagi teistmoodi teha. See „tegemine” võib tähendada ravimi regulaarselt võtmist, kondimisraami kasutamist, hambaniidi tarvitamist, toidusedeli muutmist, füüsilist treeningut või muud sarnast. See võib hõlmata ka tervisele kahjulike tegevuste – näiteks suitsetamise, rohke alkoholitarbimise, narko- maania, ületöötamise või rämpstoidu söömise vähendamist või neist loobumist. Erinevate meditsiinivaldkondade lõikes laieneb arutluse alla tulevate tervisekäitumise muutuste ulatus oluliselt, puudutades näiteks ka selliseid teemasid nagu patsiendi jalatsid (diabeedi korral), vedelikutarbimine (neeruhaiguste puhul), kondoomi kasutamine, arsti vastuvõtule minnek, kuuldeaparaadi kasutamine ja nii edasi. Käesoleva raamatu eesmärke silmas pidades ei pruugi tervisekäitumise väga range määratlmine olla vajalik.

Kui tundub, et patsiendil ei ole motivatsiooni muutuda või kuulda võtta meditsiinitöötaja mõistlikku nõuannet, eeldatakse sa-

” *Käitumise muutmisest saab vestlusteema konsultatsiooni käigus, kui teie patsiendid kaaluvad koos teiega, kas oleks võimalik nende tervise huvides midagi teistmoodi teha.*

” *Kui tundub, et patsiendil ei ole motivatsiooni muutuda või kuulda võtta meditsiinitöötaja mõistlikku nõuannet, eeldatakse sageli, et viga on patsiendis ning et teha pole midagi. Need eeldused on tavaliselt ekslikud. Keegi ei ole täielikult mittemotiveeritud.*

geli, et viga on patsiendis ning et teha pole midagi. Need eeldused on tavaliselt ekslikud. Meie raamat lähtub eeldusest, et muutumismotivatsiooni saab mõjutada, ning eriti hästi saab seda vormida suheldes.

” See, kuidas te räägite patsientidega nende tervisest, võib oluliselt mõjutada patsientide isiklikku motiveeritust käitumist muuta.

See, kuidas te räägite patsientidega nende tervisest, võib oluliselt mõjutada patsientide isiklikku motiveeritust käitumist muuta. Keegi ei ole täielikult mittemotiveeritud. Meil kõigil on eesmärgid ja püüdlused. On võimalik väga häid tulemusi saavutada ning oma patsientide tervisele väga pikaajalist mõju avaldada. Mida peaks tegema, kui patsiendid vajavad käitumise ja eluviiside muutust?

MI VAIMSUS

MI ei ole tehnika, millega trikitada inimesi tegema seda, mida nad ei taha. Pigem on see meisterlik kliiniline stiil, mille abil patsiendis esile tuua tema enda motivatsioon muuta oma tervise huvides käitumist. See hõlmab rohkem juhendamist kui juhtimist, pigem tantsimist kui maadlemist, kuulamist vähemalt sama palju kui rääkimist. „Vaimsust” saab kirjeldada kui „koostööl põhinevat”, „esilekutsuvat” ja „patsiendi autonoomiat austavat”.

- *Koostööl põhinev.* MI põhineb patsiendi ja arsti koostööl ning partnerlusel. Tavaliselt on konsultatsiooni aluseks patsiendikeskne kliiniline nõustamine, MI aga tegeleb eriolukorraga, kus patsiendi käitumise muutumine on otseselt vajalik. Ebavõrdse võimusuhte asemel, kus arst kui ekspert annab passiivsele patsiendile järgimiseks juhiseid, toimub siin aktiivne koostööl põhinev vestlus ja ühiste otsuste tegemise protsess. See on eriti oluline tervisekäitumise muutmisel, sest lõppkokkuvõttes on ainult patsient see, kes muutusi teha saab.
- *Esilekutsuv.* Sageli näib, et tervishoid tegeleb patsiendile millegi sellise andmisega, mis tal puudub, olgu see puuduv siis ravimid, teadmised, arusaam või oskused. MI, vastupidi, püüab patsientides esile kutsuda midagi, mis neis juba olemas on, aktiveerida muutuste tegemiseks nende endi motivatsiooni ja ressursse. Patsient ei pruugi olla motiveeritud tegema, mida te tahate, et ta teeks, kuid igal inimesel on oma isiklikud eesmärgid, väärtused, püüdlused ja unistused. Osaliselt seisneb MI kunst tervisekäitumise muutmise ühendamises millegagi, millest patsient hoolib, tema isiklike väärtuste ja huvidega. Seda saab teha ainult patsiendi seisukohti mõistes

ning muutusteks vajalikke kaalutlusi ja põhjendusi temas esile kutsudes.

- *Patsiendi autonoomiat austav.* MI nõuab teatud distantseerumist vestluse tulemustest – mitte hoolimise puudumist, vaid pigem tõdemist, et inimesed suudavad ja peavad ise valikuid tegema. Arstid võivad teavitada, nõu anda, isegi hoiatada, kuid lõppkokkuvõttes on see patsient, kes otsustab, mida teha. Selle autonoomia tunnustamine ja austamine on peamine tervisekäitumise muutust hõlbustav element. Inimesele on loomumomane, et ta hakkab vastu, kui talle midagi peale sunnitakse või öeldakse, mida teha. Huvitaval kombel teeb muutused sageli võimalikuks just see, kui te tunnistate inimese õigust ja vabadust end mitte muuta.

Need kolm omadust kirjeldavadki MI aluseks olevat „vaimsust” – mõtteviisi, millest lähtudes alustada patsientidega vestlusi nende käitumise muutmiseks.

” *Sageli näib, et tervishoid tegeleb patsiendile millegi sellise andmisega, mis tal puudub, olgu see puuduv siis ravimid, teadmised, arusaam või oskused. MI, vastupidi, püüab patsientides esile kutsuda midagi, mis neis juba olemas on.*

” *Inimesele on loomumomane, et ta hakkab vastu, kui talle midagi peale sunnitakse või öeldakse, mida teha. Huvitaval kombel teeb muutused sageli võimalikuks just see, kui te tunnistate inimese õigust ja vabadust end mitte muuta.*

NELI JUHTPÕHIMÕTET

Niisiis on MI-l neli juhtpõhimõtet. Esiteks, suruda maha parandamisrefleks, teiseks, mõista ja õppida tundma patsiendi motivatsiooni, kolmandaks, kuulata empaatiaga, ja neljandaks, jõustada patsienti, õhutada lootust ja optimismi.

Suruge maha parandamisrefleks

Inimestel, kes valivad abi andmisega seotud elukutse, on tihti väga tugev soov kõik maailma asjad korda seada, kõiki ravida, vaadata, et keegi haiget ei saaks ja et kõigil oleks hea olla. Kui nad näevad kedagi valele teele pööravat, tahavad nad kohe käed laiali teele ette hüpata ja hüüda: „Stopp! Pööra ümber! On olemas parem tee!” See on kiiduväärt suhtumine ja ärgitab inimesi teiste huvides tegutsema. Aga selliste omadustega inimestel muutub kiusatus teiste valikuid korrigeerida automaatseks, peaaegu refleksiivseks.

Sellisel käitumisel võib olla paradoksaalne tagajärg. Põhjus ei ole selles, nagu

oleksid patsiendid ekslikud, tõrksad, laisad või kõige raskekujulisema eituse küüsis. Veenmisele vastuhakkamine on pigem loomulik inimlik kaldumus. Eriti olukorras, kui inimesel on millegi suhtes vastakad tunded. Näiteks teavad alkoholi-probleemiga inimesed enamasti väga hästi, et nad joovad liiga palju ja et sellel on teatud kahjulikud tagajärjed. Aga neile meeldib juua ning samas ei meeldi mõelda endast kui kellestki, kellel „on probleem”. Seega eelistavad nad suhtuda oma joomisesse kui suhteliselt normaalsesse tegevusse. Peaaegu iga probleemide küüsis napsitaja puhul, keda oleme ravinud, on ilmnunud, et ta suhtub ise oma joomisesse ambivalentsetl.

Vaadakem, mis juhtub, kui tervishoiutöötaja haarab kinni patsiendi sisemise argumendi „heast” küljest ning püüab patsienti õigele teele suunata. Kui ütlete: „Minu meelest joote te liiga palju, te peaksite joomist vähendama või üldse maha jätma,” püüab patsient vastuseks mõistagi asja teisest küljest näidata. „Nii hull see ka ei ole, ma saan täitsa hästi hakkama.” Tekib kiusatus tõsta häält ning vaielda jõuliselt vastu, sest inimene on hädas ja käitumismuutusi on vaja. Patsiendi vastus on aga jälle etteaimatav.

ARST: Teate, kui te otsustaksite rohkem liikuda, ei oleks see mitte ainult teie põlvele hea, vaid aitaks teid ka kaalus alla võtta ning tuju tõsta. Liikumine teeb saledamaks, aitab paremasse vormi saada ning tõstab enesetunnet.

PATSIENT: Jah, ma tean seda kõike. Aga ma ei saa peast mõtet, et kui ma trenni teen ja mu põlv samal ajal valutab, isegi kui ma ainult ujun, teen ma põlvele veel rohkem kahju, ükskõik mida te ka igasugustest uurimustest räägite...

Patsiendi sisemise kimbatuse esitamine võiks osutada teraapiliseks, kui poleks ühte teist, põhjalikult tõestust leidnud inimloomuse põhiprintsiipi – me kipume uskuma seda, mida kuuleme ennast ütlemas. Mida rohkem patsiendid muutusega kaasnevaid takistusi sõnadesse panevad, seda kangekaelsemaks nad status quo säilitamisel muutuvad. Kui te jätkate vestlust viisil, mis paneb patsienti status quo'd kaitsma ja muutustele vastu vaidlema, võite muutuste toimumisele kaasa aitamise asemel tahtmatult nende toimumise tõenäosust hoopis vähendada.

Kokkuvõtteks – kui põhjendate muutuste vajalikkust, kuid samal ajal teie patsient on muutuste vastu ning põhjendab omalt poolt vastuolemist, siis olete sattunud valesse rolli. Olete kõik head argumendid endale võtnud. Hoopis *patsient* on see, kes peaks muutuse poolt argumente esitama. MI eesmärk on need argumendid patsiendis esile tuua ning see tähendab, et eelkõige on vaja endas alla suruda omadus, mis eraldi võttes tundub olevat hea asi – nimelt parandamisrefleks.

Tihti, kui mitte valdaval enamikul tervisekäitumise muutmist puudutavatest juhtudest on patsiendid ambivalentsel seisukohal. Nad tahavad ise hakkama saada, nad saavad aru, et seda on vaja, nad teavad, et nad peavad – ja siis on see käes: „Aga...” Siinkohal võib patsientide mõtlemine toppama jääda, kui te neid „agast” üle ei aita. Õnneks on siin võimalik palju ära teha, alustades kasvõi järgmise juhtpõhimõttega.

Mõistke patsiendi motivatsioone

Muutuse käitumises vallandavad tõenäoliselt patsiendi enda põhjendused, mitte teie omad. Siit tuleneb teine juhtpõhimõte – huvituge patsiendi huvidest, väärtustest ja motiividest. MI puhul tegutsetakse viisil, mis kutsub esile ja uurib patsientide arusaamu nende hetkeolukorrast ja viib nende motiivide muutumisele. See võib tunduda pikaajalise protsessina, kuid ei pea nii olema. Kõike valikku on võimalik teha normaalpikkusega konsultatsiooni jooksul. Me usume, et piiratud konsultatsioonijaaja jooksul saavutate paremaid tulemusi, kui küsite patsientidelt, miks ja kuidas nad tahaksid oma käitumises muutusi ellu viia, kui et ütlete neile lihtsalt, et nad peavad neid tegema. Hoopis patsient on see, kes peaks käitumise muutmise põhjused välja ütleva, mitte teie. Täpsemalt pöördume teema juurde tagasi ja vastame küsimusele „kuidas seda teha?” raamatu II osas.

” *Piiratud konsultatsioonijaaja jooksul saavutate paremaid tulemusi, kui küsite patsientidelt, miks ja kuidas nad tahaksid oma käitumises muutusi ellu viia, kui et ütlete neile lihtsalt, et nad peavad neid tegema.*

Kuulake patsienti

MI hõlmab kuulamist vähemalt sama palju kui informeerimist. Arsti vastuvõtust eeldatakse harjumuspäraselt, et arst on see, kes teab vastuseid ning edastab need siis patsientidele. Sageli teil ongi vastused olemas ja patsiendid tulevad teie juurde just neid vastuseid saama. Aga kui tegemist on käitumise muutmise, on vastused tõenäoliselt hoopis patsiendil, ning nende ülesleidmine nõuab kuulamist.

Hea kuulamisoskus on keerukas kliiniline tehnika. See nõuab rohkem kui ainult küsimuste esitamist ja piisavalt kaua vaikimist, et patsiendi vastuseid kuulda. Raamatus „Making Patient Your Partner” arutlesid psühholoog Thomas Gordon ja kirurg Sterling Edwards, kuidas selline kvaliteetkuulamine on tõhusa arstiabi oluline osa*. Selle juurde kuulub ka empaatiline võime jälgida, et saaksite patsientidest õigesti aru, püüaksite ära mõistatada öeldu tähendusi – oskus, mida käsitleme üksikasjalikumalt 5. peatükis.

* Gordon, T., & Edwards, WS (1995). Making the patient your partner: Communication skills for doctors and other caregivers. Westport, CT: Auburn House.

Jõustage patsienti

Üha enam on selge, et tulemused on paremad, kui patsiendid on huvitatud oma tervisest ning võtavad selle eest hoolitsemisel endale aktiivse rolli. Neljas MI juhtpõhimõte, jõustamine, on aidata patsientidel selgusele jõuda, kuidas nad *ise saavad* oma tervise heaks midagi ära teha. Taaskord, patsiendi enda ideed ja vahendid on siinkohal võtmetähtsusega. Teie küll teate, et korrapärane füüsiline treening on

” *Patsient, kes on konsultatsiooni käigus aktiivne ning arutleb valjusti, miks ja kuidas muudatusi teha, võtab palju tõenäolisemalt selles osas hiljem midagi ka ette.*

oluline, kuid just teie patsiendid on need, kes teavad kõige paremini, kuidas neil õnnestuks kehalist tegevust edukalt oma igapäevaellu lülitada. Sisuliselt saavad patsientidest teie konsultandid nende endi elu puudutavates asjades ning selles, kuidas kõige paremini käitumises muutusi saavutada. Teie tähtis roll on toetada nende lootust, et selline muutus on võimalik ja et nende tervis selle muutuse tulemusena pa-

raneb. Patsient, kes on konsultatsiooni käigus aktiivne ning arutleb valjusti, miks ja kuidas muudatusi teha, võtab palju tõenäolisemalt selles osas hiljem midagi ka ette. Teie kui arst olete see ekspert, kes aitab patsiendil kaasata konsultatsiooni tema oma teadmised.

Nõuab eeskujulikke oskusi, et konsultatsiooni käigus loetud minutite jooksul ning muude oluliste arstitoimingute kõrvalt rakendada tõhusalt MI võtteid ja julgustada patsienti oma tervisekäitumist muutma. Tervishoiuvallas töötades ning olles aastate jooksul lugematuid kordi patsiente konsulteerinud, on meis välja kujunenud imetus selle vilumuse taseme suhtes, mida paljud esmatasandi meedikud tegelikult iga päev üles näitavad. Selle raamatuga ei taha me loomulikult teel välja kujunenud oskusi ja vaistu millegi muuga asendada, vaid püüame pakkuda omapoolset abi, et toetada teie soovi ja oskusi aidata patsientidel muutuda.

KOKKUVÕTE

1. peatükis on toodud põhjendused, miks kasutada patsientidega nende käitumise muutumisest rääkides MI-d. Järgmistes peatükkides tuleb üksikasjalikumalt juttu sellest, kuidas MI sobitub tervishoiu tavalisse suhtlemisprotsessi. 2. peatükk paigutab *juhendava* stiili igapäevapraktikas kasutatavate suhtlemisstiilide konteksti. Me kirjeldame MI-d kui juhendamise viimistletud vormi. Räägime ka kolmest põhilisest suhtlemisoskusest, mis samuti kuuluvad tavapraksise juurde. Lõppe märk on aidata muuta MI teie igapäevase töö osaks. II osas selgitame, kuidas neid põhioskusi kasutada käitumismuutuste juhendamise huvides.

2. PEATÜKK

KUIDAS MOTIVEERIV INTERVJUEERIMINE SOBITUB MEDITSIINIPRAKTIKASSE

Kuidas kasutada MI-d, mille psühholoogid on nõustamise jaoks välja töötanud, igapäevapraktikas? Teil on niigi vähe aega ja meie palume teil süveneda mitte ainult tehnilistesse küsimustesse, vaid rakendada ka uutmoodi mõtteviisi, mis aitaks teistel muutusi ellu viia. MI võib tunduda korraga nii lohutavalt tuttavana kui ka raskesti omaks võetavana. Erineb see täiesti sellest, mida te tavaliselt teete? Vastus on „ei”.

Käesoleva peatüki eesmärk on ühendada MI ja igapäevane tervishoiupraktika läbi kolme tavapärase tervishoiu kasutatava suhtlemisstiili: käskimine, juhendamine ja kaasamine. MI on juhendamise viimistletud vorm. Selles peatükis vaatleme ka kolme põhilist suhtlemisoskust: küsimist, teavitamist ja kuulamist. Iseenesest on need lihtsad põhioskused, kuid omavahel kombineerituna saavad neist tööriistad, mille abil saavutatakse tõhus või ebatõhus käskimine, juhendamine või kaasamine.

” MI võib tunduda korraga nii lohutavalt tuttavana kui ka raskesti omaks võetavana. Erineb see täiesti sellest, mida te tavaliselt teete? Vastus on „ei”.

„AGA MA KASUTAN SEDA MEETODIT IGA PÄEV...”

„MI meetod ei ole ju midagi uut. Ma teen nii iga päev.” See on meditsiinitöötajate tavaline reaktsioon, kui neile esimest korda MI-d tutvustatakse. Ilmselt tulid nii mõnedki 1. peatükis kirjeldatud põhimõtted teile tuttavad ette ning arvatavasti meenusid teile ka mõned hiljutised konsultatsioonid, mis neile põhimõtetele vastasid. Näiteks rääkis patsient käitumise muutmise kohta konstruktiivselt ja teie osa vestluses ei nõudnud peaaegu mingit pingutust. Võib olla ei püüdnudki te üldse veenda patsienti midagi muutma. Teie roll oli tagasihoidlikum, rohkem toetav. Nagu kirjutab 17. sajandi prantsuse teadlane Blaise Pascal oma teoses „Mõtted” (eesti keeles 1998 – toim): „Inimesi on üldiselt hõlpsam veenda põhjuste abil, mille nad on ise avastanud, kui nende abil, mille on välja mõelnud keegi teine.” Tõepoolest, muutusteks vajaliku motivatsiooni patsientidest endist esile toomine pole ideena uus, nagu ka toetav lähenemine, mida me nimetame juhendamiseks. MI on ehitatud just sellele alusele.

KOLM SUHTLEMISSTIILI

MI üks kõige silmatorkavam omadus on konsultatsiooni käigus tekkiv peaaegu käegakatsuv tunne, et teie hoiak patsiendi suhtes on lahe ja konfliktivabam kui tavaliselt. Nagu üks kolleeg kunagi ütles: „See meenutab rohkem tantsimist kui maadlemist.” Tegemist pole üksnes patsiendi suhtumise ja käitumise peegeldusega, vaid ka teie suhtumise eripäraga. Siin on tihe seos teie lähenemisega kogu käitumise muutmise teemale. Vahetage oma stiili ja konsultatsioon tundub kohe teistsugune.

Mõiste „stiil” sobib hästi kirjeldama seda patsientide aitamise strateegilist lähenemisviisi. Suhtlemisstiil viitab meie raamatus suhtumisele patsientide aitamisega ning sellele, kuidas te patsientidega räägite, mis omakorda iseloomustab teie suhteid nendega. Erinevaid suhtlemisstiile kasutatakse erinevatel eesmärkidel. Juhendav stiil tundub eriti sobivat keerukate käitumise muutmist puudutavate vestluste puhul. Teised stiilid sobivad aga paremini mõnes muus olukorras. Toome siin mõned konkreetsed näited.

Kujutage ette, et istute koos hea sõbrannaga ja räägite millestki, mis teda vaevab. Ta ei suuda otsustada, kas jätkata suhet kellegagi, kellest ta on aastaid hoolinud. Sellel otsusel oleksid kaugeleulatuvad tagajärjed. Kuidas te reageerite?

Üks võimalus on tähelepanelikult kuulata ja kaasa elada, kui ta oma lugu endast välja valab, otsida võimalust olla kaastundlik ja toetav, samal ajal kui sõbranna vaeb võimalusi, mida ta teha tahab. Kuulates ja püüdes tema läbielamisi mõista, aitate tal oma tundeid sõnastada ja neis selgusele jõuda. Te ei anna talle vastuseid.

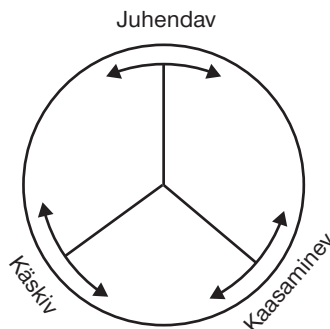
Pigem püüate olla talle heaks kaaslaseks teekonnal, mis tal endal tuleb läbi teha.

Oletame, et teil on siiski väga selge arvamus selle kohta, mida ta peaks tegema. Teine lähenemisviis oleks lähedase sõbrana anda talle selget ühest nõu. Ütlete talle, kuidas te tema olukorda näete, annate otseseid soovitusi ning põhjendate oma seisukohti, lootuses aidata tal surnud punktist üle saada ning rõõmsama ja õnnelikuma elu poole liikuda. Sellise lähenemisviisi puhul ütlete hädasolijale otse, mida ta peaks tegema (või vähemalt võiks teha) ning aitate tal sellega probleemi lahendada.

Kolmas lähenemisviis mahub nende kahe vahele, ühendades endas mõlema parimad omadused. Te kuulate hoolikalt ja empaatiliselt, et sõbra raskeid valikuid mõista. Siis küsite, milliseid erinevaid lahendusi ta kaalub ja uurite koos iga võimaluse plusse ja miinuseid. Sekkute siin-seal ja räägite sellelt pinnalt, mida te teate oma sõbrannast või inimestest ja suhetest üldisemalt. Kuid te annate endale aru, et see on tema elu ning suhtute austusega sellesse, et otsus on üksnes tema enda teha. Sedamööda, kuidas tekib selgus, aitate tal liikuda tema valitud suunas.

Need kolm näidet vastavad nimetatud kolmele suhtlemisstiilile, mida käesolevas peatükis arutama hakkame – kaasaminemine, käskimine ja juhendamine. Kõik kolm on õigustatud ja olulised suhtlemisvõtted. Kõiki kolme kasutatakse igapäevaelus ning ka tervishoius ja igal stiilil on kontekst, kuhu ta sobib ja kus ta toimib kõige paremini. Sellepärast ei anna me ühegi stiili sobilikkuse kohta hinnanguid. Me väidame hoopis, et probleemid tekivad siis, kui stiil ja ülesanne omavahel ei ühti. Kolme suhtlemisstiili võib kujutada sirgena, mille ühes otsas on kaasaminemine, teises otsas käskimine ning keskel on juhendamine. Teine võimalus on ette kujutada, et paiknete ringi keskel ning ulatute vabalt vastavalt vajadusele sobivat stiili kasutama (vt joonis 2.1).

Iga stiil peegeldab teie muutuvat rolli kujunenud suhtes. Professionaali jaoks tähendavad need eeldusi, millele toetudes erinevates olukordades abiks olla.



JOONIS 2.1. Kolm suhtlemisstiili.

Kaasamine

Head kuulajad meeldivad kõigile ning enamik inimesi usub, et nad on head kuulajad. Tõeliselt hea kuulaja hoiab oma arvamust tagasi, et teise poole läbielamisi täie tähelepanuga kuulata ja mõista. Hea kuulamine ei tähenda õpetamist või juhtimist, nõustumist või vastu vaidlemist, veenmist või nõuandmist, hoiatamist või analüüsimist. Tegelik eesmärk on maailma nägemine ja mõistmine läbi teise inimese silmade.

” Mõned sünonüümid „kaasaminele“: *järgnema, võimaldama, lubama, osavõtlik olema, uskuma millessegi, järele minema, osalema, taipama, kannul püsima, mõistma, vaatlama.*

Kaasaminevas stiilis on kuulamine ülekaalus. Te tõepoolest lähete teise inimese mõtetega kaasa. Käitumise muutmise osas edastab kaasaminev stiil sõnumit: „Ma ei taha sind muuta ega sulle midagi peale suruda. Ma usaldan sinu enda tarkust ja lasen sul endal sulle sobival ajal ja sinu tempos asjas selgusele

jõuda.” Patsient, kes on teilt kuulnud just halbu uudiseid ning on nüüd pisarais, vajab, et kasutaksite kaasaminevat stiili. Sarnaselt aitab konsultatsiooni alguses lühidalt kaasamineva stiili kasutamine mõista patsientide sümptomeid ja seda, kuidas need sobituvad nende elu ja tervise laiemasse pilti.

Käskimine

Käskiv stiil peegeldab hoopis teistsugused inimestevahelisi suhteid. Sellise lähemiseviisi puhul võtate juhtimise enda kätte – vähemalt mõneks ajaks. See stiil viitab teadmiste, kogemuste, autoriteedi või võimu seisukohast ebavõrdsele suhetele. Mõnikord päästab selline lähenemine elusid. Juht ütleb inimesele, mida teha, oma käsku põhjendades või põhjendamata jättes. Igapäevaelus vastutab juht tavaliselt selle eest, et alluvad teeksid oma tööd korralikult, otsustab töö tulemuslikkuse üle ning kontrollib hästi või halvasti tehtud töö tagajärge. On olemas muidugi ka teistsuguseid juhtimisstiile, kuid juhiks, määndžeriks, juhendajaks või ülemuseks olemisega käib kaasas selge käskliin. Käitumise muutmise osas annab käskiv stiil edasi signaali: „Ma tean, kuidas sa seda probleemi lahendada saad. Ma tean, mida sa pead tegema.” Vastaspoolelt oodatakse kuuletumist või käsutäitmist. Paljud meditsiinitöötajad tunnevad selles stiilis ära oma hariduse

” Mõned sünonüümid „käskimisele“: *juhtima, eest vedama, vastutust võtma, eesistujaks olema, reegleid kehtestama, valitsema, korraldama, määrama, kurssi hoidma, ette kirjutama, ütleva, suunda näitama, mõjutama, volitama, ohje enda kätte võtma, juhtimist üle võtma, osutama, täide saatma.*

ühel nurgakivi. Käskiv stiil on omal kohal lugematutes olukordades, kus patsient

sõltub teie otsustest, tegevusest ja nõuandest. Sageli tundub, et patsiendid ootavad ja soovivad teilt võtan-vastutuse-tüüpi lähenemist.

Juhendamine

Reisil olles aitab teejuht õiget teed leida. Teejuhil pole volitusi kindlaks määrata, mida reisiseltskond näha või teha tahab. Teie otsustate, kuhu minna ja palkate asjatundliku teejuhi või reisikorraldaja, kes aitab kohale jõuda. Mõelge nüüd juhendava ja käskiva rolli üle hariduses. Arstiteaduskond määrab käskivas rollis, mida nende üliõpilased õpivad, millised õppetegevused on kohustuslikud ja millised on arvestatava õppeedukuse nõuded. Rohkem juhendav roll on tuutoril, kes aitab üliõpilasi iseseisvama ja igapäevase enda juhitud õppe juurde. Hea juhendaja teab, millised on võimalused ja oskab alternatiive pakkuda. Käitumise muutmise seisukohalt on juhendava stiili sõnumiks: „Ma võin sind aidata nii, et sa saad lahenduse leidmisega ise hakkama.”

” *Mõned sünonüümid „juhendamisele”:
valgustama, julgustama,
motiveerima, toetama,
kätte tooma, hoolitsema,
kaasa võtma, saatma,
äratama, esile tooma.*

” *Käitumise muutmise seisukohalt on juhendava stiili sõnumiks: „Ma võin sind aidata nii, et sa saad lahenduse leidmisega ise hakkama.”*

Kombineeri ja sobita

Kõiki neid kolme stiili – kaasaminemine, käskimine ja juhendamine – kasutatakse igapäevaelus. Need sobivad erinevates olukordades ja suhetes, kuid valitud stiili sobimatus situatsiooniga võib põhjustada probleeme. Üliõpilane, kes võtab õppejõuga rääkides käskiva tooni, ületab oma rolli piire ning võib seetõttu pahandustesse sattuda. Lapsevanemat, kes läheb passiivselt kaasa oma ülekäte läinud ja restoranis laamendava lapsega, peetakse suure tõenäosusega vastutustundetuks.

Kõige sagedamini esinevad need kolm suhtlemisstiili segamini ja suhtlemisosavus seisnebki paindlikus üleminekus ühelt stiililt teisele. Jälgige kogenud lapsevanemat ja väikest last tund aega järjest ja te näete ilmselt kõiki kolme stiili. Hea lastekasvatamine nõuab head kaasaminemisoskust – valmisolekut ning suutlikkust kuulata ära lapse tunded ja fantaasiad, lootused ja hirmud, õnnestumised ja seiklused.

Hea lastekasvatamine eeldab ka mõningal määral käskimist, näiteks, kui laps kipub uitama minema elava liiklusega tänavale. Kindlate piiride kehtestamine hõlmab samuti käskimist: „Tule kohe vannist välja!” või „Kõigepealt kodutöö, alles siis hakka-

” *Kõiki neid kolme stiili – kaasaminemine, käskimine ja juhendamine – kasutatakse igapäevaelus. Need sobivad erinevates olukordades ja suhetes, kuid valitud stiili sobimatus situatsiooniga võib põhjustada probleeme.*

me mängima.”

Võimekad vanemad juhendavad. Umbes kuuendaks eluaastaks on lastel tavaliselt välja kujunenud eneseregulatsioonivõime, oskus plaane teha ja oma käitumist ilma välise surveta pädevalt juhtida. Eneseregulatsioonivõime on aga igal lapsel väga erinev ning stiil, millega neid kasvatatakse, on olulise tähtsusega. Uuringud näitavad, et vanemad, kelle lastel areneb välja tugev eneseregulatsioonioskus, kalduvad oma lastel õppida aidates kasutama juhendavat stiili. Kujutage ette lapsevanemat ja 4-aastast last istumas koos laua ääres. Lapse ülesanne on kasutada erineva suurusega klotse lauale võimalikult kõrge torni ehitamiseks. Mida teeb vanem? *Käskiv* vanem ütleb lapsele kogu aeg ja igal sammul, mida teha, parandab kohe vead ja võib isegi klotside paigutamise lapselt üle võtta: „Las mina teen!” *Kaasaminev* vanem istub rahulikult ja jälgib abi pakkumata lapse katse-eksitusemeetodil tegutsemist. *Juhendav* vanem teeb natuke nii seda kui teist. Ta jälgib kannatlikult ja huviga, aga aegajalt lööb sekka, sosistades võib-olla lapsele mõne nõuande kõrva: „Proovi panna suured kõige alla!”, tõmbub seejärel tagasi ning laseb lapsel proovida.

” *Vilunud arst on võimeline vastavalt patsiendile ja olukorrale ühelt stiililt teisele ümber liituma.*

Ka kunstiõpetaja võib rakendada erinevaid suhtlemisstiile. Eriti käskiv õpetaja võib lasta õpilasel kellegi töid samm-sammult kopeerida või isegi sõna otseses mõttes suunata ja juhtida pintslit või peitlit hoidvat kätt. Kaasaminev õpetaja võib anda materjali kätte ja tõmbuda eemale, lastes õpilastel vabalt avastada, ilma

neid juhendamata. Nende kahe vahel on juhendav stiil, kus kunstiõpetaja kõnnib ruumis ringi, jälgib tähelepanelikult õpilaste tegevust, julgustab, uurib, mida õpilane teha kavatseb ning annab aeg-ajalt nõu, kui õpilane seda soovib. Sama õpetaja võib ühes ja samas tunnis kasutada paindlikult kõiki kolme stiili või näiteks kursuse alguses rohkem käskida ning õpilaste arenedes tagasi tõmbuda juhendamise ning kaasaminemise juurde.

Meenutage oma lemmikõpetajat – seda, kelle tunnis olite eriti motiveeritud ja kaasahaaratud, kes nägi teie võimalusi ja tõi teist parima välja. Kuigi võimalikud on ka teised variandid, oli see inimene tõenäoliselt osav juhendaja.

Igapäevases kirevas tervishoiupraktikas leidub oma koht igale stiilile. Vilunud arst on võimeline vastavalt patsiendile ja olukorrale ühelt stiililt teisele ümber liituma. See, keda kirjeldatakse kui „vana head tohtrit ja põetajat” on ilmselt midagi palju enam kui lihtsalt sõbralik arst või õde. See on keegi, kellel on oskust suhtlemisstiile vahetada ning küllalt elutarkust mõistmaks, millist stiili patsient vajab.

Käskimise kuritarvitamine

Vilunud meditsiinitöötajaid on külluses ning sageli tundub, et nad on kaasaegse kliinilise praktika keerises tunnustamata kangelased. Samas on tervishoius, nii

ravi kui ka korralduse vallas, ilmnes häiriv tendents, kus suhtlemises kalduvad kaalukausid käskimise poole, samas kui kaasaminemise ja juhendamise väärtust sageli eiratakse. Tervishoiutöötajate heausksed jõupingutused hinnata, prioriteete järjekorda seada, diagnoosida, pakkuda, mõõta, edendada, kontrollida ning eesmärke saavutada võivad väljenduda käskivas stiilis, mis ohustab ravikvaliteeti, imbub sisse igasse vestlusse ning liigagi sageli muudab patsiendid ravimiannuste passiivseteks vastuvõtjateks. Kuna aeg kihutab tagant tehtud toiminguid nimekirjast maha kriipsutama, viima läbi standardiseeritud hindamisi, pidama kinni pädevuste standarditest ning vähendama kulusid, valitseb kohati tegevusele orienteeritud mentaliteet, ning just käskimine on see stiil, mis nimetatud väärtust peegeldab. Raskusi tekitab aga asjaolu, et paljusid probleeme saab palju tõhusamalt lahendada paremini tasakaalustatud segastiilis. Tihti on enne käskiva stiili kasutamist parem kaasa minna ja natuke mõtiskleda, toetada ja juhendada.

” *Tervishoius, nii ravi kui korralduse vallas, on ilmnes häiriv tendents, kus suhtlemises kalduvad kaalukausid käskimise poole, samas kui kaasaminemise ja juhendamise väärtust sageli eiratakse.*

Stefan on 14-aastane poiss, kes käib iga paari kuu tagant diabeedikliinikus, kus ta teeb tuttavate ning sõbralike meedikute käe all läbi tavalise kaalumise ja veresuhkrumõõtmise. Ta on unustanud oma päeviku kaasa võtta (kas ta üldse pidaski seda korralikult?). Tema kohtumine arstiga algab sõbraliku vestlusega ning jätkub siis rea uurivate küsimustega, kuni jõutakse peamise mureni – veresuhkrutesti kehvade tulemusteni. Stefanil soovitatakse tungivalt hoolsamini päevikut pidada ning hoolitseda selle eest, et süstid saaksid korralikult tehtud. Ta lahkub kliinikust süütundega. Stefan ei oodanudki, et temaga räägitaks nendest probleemidest, mida murdeiga ja diabeet talle tekitavad, ja neist ka ei räägitud. Aga vähemalt seekord ei kästnud tal oma söögiharjumusi jälgida ning korrapärasemalt trenni teha. Ta tunneb kergendust.

” *On olukordi, kus ei ole oluline või pole isegi võimalik olla asjatundlik juht. Eriti kehtib see vestlustes patsientidega nende eluviiside ja käitumise muutumise üle, kuna sel juhul on vaja kaasata patsiendi enda motivatsioon, energia ja pühendumus.*

Käskiv stiil on asjakohane paljudel juhtudel ja seda saab oskuslikult kasutada, kuid see ei tohiks olla ainus viis patsientidega suhtlemiseks. On olukordi, kus ei ole oluline või pole isegi võimalik olla asjatundlik juht. Eriti kehtib see vestlustes patsientidega nende eluviiside ja käitumise muutumise üle, kuna sel juhul on vaja kaasata patsiendi enda motivatsioon, energia ja pühendumus. Juhendav stiil

oleks tõenäoliselt rohkem sobinud ning Stefan oleks seda paremini kuulanud. Kui soovite, et patsiendid oleks koostöövalmid, siis käskimine pole kaugeltki ainus võimalus.

Juhendamine, MI ja käitumise muutmine

Tervishoiueetika rõhutab inimeste autonoomiat, isiku õigust piisavast informeeritusest lähtuvalt oma elu üle otsustada. Isegi kui väga tahaks sekkuda ja teha patsiendi (lapse, õpilase) eest ära „õige” valik, on meditsiinitöötaja võimalustel piirid. Tervislik seisund sõltub tihti suurel määral patsiendi enda käitumise valikutest – sellest, kas ta teeb midagi uut või teistmoodi või siis mitte. Suitsetamine, joomine, toitumine, kehaline aktiivsus, raviskeemile allumine – need on olulisemad tervisekäitumise näited, millel võib olla suur mõju patsiendi tervisele või haigusele ja mille üle meedikutel on vähe kontrolli või see puudub üldse. Samas,

” *Juhendamine sobib hästi selleks, et aidata inimestel lahendada käitumise muutmise probleeme. MI on juhendava stiili viimistletud vorm.*

kontrolli vähendamine teatud määran ei tähenda veel mõju vajaka jäämist. Inimsuhetes on täiesti võimalik mõjutada ka seda, mille üle meil isiklikku kontrolli ei ole.

Juhendamine sobib hästi selleks, et aidata inimestel lahendada käitumise muutmise probleeme. MI on juhendava stiili viimistletud vorm. MI-d kasutav meedik juhib vestlust lähtuvalt juhendavast stiilist, *pöörates erilist*

tähelepanu sellele, kuidas aidata patsiendil teha käitumise muutmise osas ise otsuseid. Seega, kuigi kogu MI-d võiks pidada juhendamiseks, ei ole iga juhendamise MI! Erinevalt üldisemast juhendavast stiilist MI:

- on konkreetsele eesmärgile suunatud. Sageli peab meditsiinitöötaja silmas konkreetset käitumise muutusega seotud eesmärki ning juhendab ettevaatlikult patsienti, aidates tal kaaluda, miks ja kuidas selle eesmärgini jõuda.
- pöörab erilist tähelepanu patsiendi keelekasutusele ja otsib aktiivselt võimalusi esile kutsuda patsiendi enda sõnastatud muutust õigustavaid argumente.
- eeldab pädevust selgelt määratletud kliinilistes oskustes ja strateegiatel, mida kasutatakse selleks, et esile kutsuda patsiendi käitumise muutumist.

Et aidata teil mõista sellise patsientidega rääkimise mooduse tuuma ja olemust, heidame järgnevalt pilgu kolmele põhilisele suhtlemisoskusele. Omavahel kombineerituna on need oskused teie tööriistad, mille abil luua eelnevalt nimetatud suhtlemisstiile, sealhulgas ka MI-d.

KOLM PÕHILIST SUHTLEMISOSKUST

Küsimine, teavitamine ja kuulamine on kolm peamist olulist suhtlemisoskust. Need on vahendid, mille abil ükskõik millist kolmest eelpool käsitletud stiilist saab praktikasse rakendada. Tehniliselt on need oskused nähtavad käitumisviisid, võtted, mida te valitud stiili rakendamisel tavaliselt kasutate. Tervishoiutöötajad küsitlevad, kuulavad ning teavitavad vastuvõttudel patsiente. Nende tööriistade kasutamine annab teile vabaduse konsulteerida patsiente ajasäästlikult ja tõhusalt. Need on samaväärsed tehnilise meisterlikkusega muusikas – mida meisterlikum, seda laiem on kasutusala, osavus ja nauding. Järgnevalt anname lühikese ülevaate igast oskusest:

- *Küsimine.* Meditsiinitöötaja eesmärk küsimuste esitamisel on tavaliselt luua endale arusaamine patsiendi probleemi(de)st. Mõningaid selle töövahendi juhendavas stiilis kasutamise nüansse, funktsioone ja tagajärgi kirjeldatakse 4. peatükis.
- *Kuulamine.* Hea kuulamine on aktiivne protsess. Hea kuulamise käigus selgub, kas te saate õigesti aru, mida inimene öelda tahab. Hea kuulamine edastab sõnumit: „See, mida te räägite, on mulle oluline. Rääkige mulle sellest rohkem.” Hästi tehtuna julgustab selline hoiak patsiente ennast avastama ja enda kohta rohkem avaldama. Mõnikord annab see tulemusi üllatavalt lühikese ajaga. Paljuski on hea kuulamisoskus juhendava stiili kasutamisel põhioskuseks.
- *Teavitamine.* Peamine vahend patsiendile tema seisundi ja ettenähtud ravi teatavaks tegemisel on teavitamine. Meditsiinitöötaja teavitab tavaliselt patsienti erinevatest asjaoludest, diagnoosidest ja soovitustest. Kui teavitamine ei ole hästi sujunud, võib selle tunnistuseks olla patsiendi haakumatus teemaga või tühi pilk, kui meditsiinitöötaja temaga räägib.

” *Küsimine, kuulamine ja teavitamine on samaväärsed tehnilise meisterlikkusega muusikas – mida meisterlikum, seda laiem on kasutusala, osavus ja nauding.*

Mida teie eelistate?

Kas põhiliste suhtlemisoskuste seas on üks, mida te oma praktikas eelistate? Loomulikult kasutate kõiki kolme, aga võib-olla kaldute patsientidega rääkides ühele neist rohkem toetuma. Meditsiinitöötajatel kipuvad tervisenõustamistel tekki- ma püsivad harjumused. Kas te kaldute konsultatsioonide käigus toetuma rohkem ühele neist suhtlemisvahenditest või kombineerite omavahel kahte kolmest? Sama küsimus kehtib kõigi kolme eelpool kirjeldatud suhtlemisstiili puhul. Kas

teie praegused konsultatsioonid kipuvad olema pigem käskivad, juhendavad või kaasaminevad?

Kui küsime, mis vahendeid meditsiinitöötajad kõige rohkem kasutavad, on levinuim vastus: „Küsimine ja seejärel teavitamine.” Samuti tunnistatakse, et neid töövahendeid kasutatakse enamasti käskivas stiilis. Näiteks: „Ma uurin välja, mis patsiendil viga on (küsimine ja kuulamine), seejärel panen diagnoosi ja soovitan ravi (teavitamine).” See üks-kaks-kolm kombinatsioon kõlbab ilmselt hästi prak-

” *Meditsiinitöötajatel kipuvad tervisenõustamistel tekkima püsivad harjumused. Kas te kaldute konsultatsioonide käigus toetuma rohkem ühele neist suhtlemisvahenditest või kombineerite omavahel kahte kolmest?*

tikas kasutamiseks, kuid kui kõne all on muutused käitumises, siis toob see endaga kaasa ka mõningaid soovimatuid tagajärgi. Aga sellest hiljem.

Üks meditsiinitöötaja, keda kohtasime, reageeris jahmunult võimalusele mingi konkreetse probleemi lahendamiseks uusi meetodeid kasutada. „Vaat kus lugu,” ütles ta naerdes. „Nüüd pean ma hoopis uue lobisemisviisi välja töötama.” Seejärel selgitas ta, et on välja töötanud väga mugava stiili oma konsultatsioonide läbiviimiseks. Ta küsis mõned küsi-

mused konkreetsete sümptomite kohta, pani seejärel asjaoludega sobiva diagnoosi ja andis ravi puudutavat teavet. See oli tema *modus operandi*. See hõlmas peamiselt küsimist ja teavitamist ning ta võis seda une pealt teha. Nüüd tundis ta, et on sunnitud kaaluma oma repertuaari laiendamist. Tema „lobisemisstiil”, nagu ka suhtumine patsientide aitamisse, hakkas muutuma.

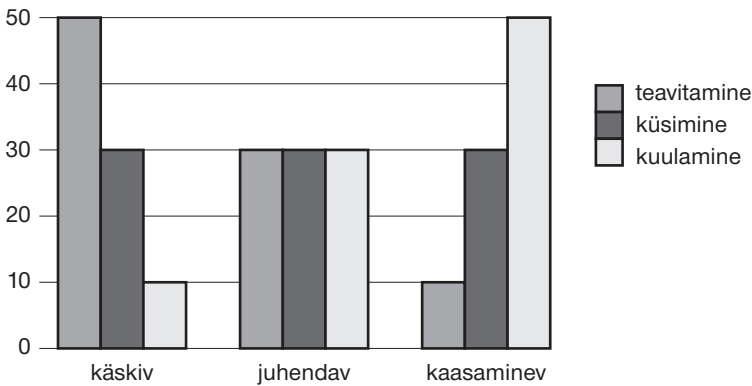
STIILID JA OSKUSED: TEIE SUHTUMINE JA KÄITUMINE

Kõiki kolme oskust (küsimine, kuulamine, teavitamine) kasutatakse kõigis kolmes stiilis (kaasamine, juhendamine, käskimine), kuid iga stiili oskused kombineerituna võivad anda üsna erineva tulemuse. Kõige olulisem erinevus kolme stiili vahel on nende aluseks olev suhtumine ja oletused selle kohta, kuidas patsiendi probleemi lahendada. Muidugi ei väljendu suhtumine üksnes nende oskuste kombinatsioonis, vaid ka täiendavates signaalides, mida annavad edasi teie hääletoon, silmside laad, kehakeel ja isegi sellised asjad nagu istekohtade paigutus vastuvõtutoas.

Joonisel 2.2 on toodud stiilide ja oskuste vaheliste seoste mudel. Üldiselt kipub käskiv stiil sisaldama rohkelt teavitamist, samas kui kaasaminev stiil toetub suuresti kuulamisele. Kõik kolm stiili sisaldavad teataval määral küsimist. Juhendav stiil kasutab kõiki kolme töövahendit võibolla kõige õiglasemas tasakaalus.

Joonis 2.2 kirjeldab kõikide oskuste kasutamise sagedust eri stiilide lõikes. Kuid stiilide lõikes on veel üks oluline erinevus: viis, kuidas neid kasutatakse ning mis eesmärgil neid kasutatakse. Niisiis, küsimine käskiva stiili teenistuses kõlab tihti hoopis teistmoodi kui küsimine juhendava või kaasamineva stiili huvides. Sama lugu on ka kuulamise ja teavitamisega. Näiteks küsimust „Kui palju te päevas suitsetate?” esitatakse sageli käskivale stiilile viitava viisil, samas „Mis paneks teid suitsetamisest loobuma?” kõlaks ehk rohkem juhendava stiili moodi. Tabel 2.1 pakub veel näiteid.

” *Küsimine käskiva stiili teenistuses kõlab tihti hoopis teistmoodi kui küsimine juhendava või kaasamineva stiili huvides.*



JOONIS 2.2. Stiilid ja oskused. Kui tihti kasutatakse erinevate stiilide juures oskusi? Kohandatud Barbara B. Walkeri loal.

Käskimine ja põhioskused

Käskiv stiil võibki olla just see, mida patsiendid ootavad ja mis hästi vastab kliinilise olukorra nõuetele. Hästi läbi viidult on käskival stiilil õigesti ajastatud, isiklik, selge ja kaastundlik kvaliteet. Selle saavutamiseks on teil võib olla vaja alustada kaasaminevas stiilis.

” *Hästi läbi viidult on käskiv stiil õigesti ajastatud, isiklik, selge ja kaastundlik... aga see võib mõjuda ka tõredalt.*

TABEL 2.1 Küsimine, teavitamine ja kuulamine sõltuvalt kasutatavast stiilist

Küsimine

- „Mitu korda seda on juhtunud?” [käskimine]
- „Milline muutus teie meelest mõistlik oleks?” [juhendamine]
- „Kuidas teil on läinud pärast poja surma?” [kaasaminemine]

Teavitamine

- „Teie jaoks on parim variant neid tablette võtta.” [käskimine]
- „Toitumisharjumuste muutmine oleks tervise seisukohast mõistlik, aga kuidas teile tundub?” [juhendamine]
- „Jah, sarnaseid juhtumeid tuleb ette sageli, paljud patsiendid on šokeeritud ja endast väljas selliste tavaliste asjade pärast nagu näiteks WC-s käimine.” [kaasaminemine]

Kuulamine

- „Nii et te mõistate, mis täna hommikul on toimunud, aga te tahate, et seletaksin teile pikemalt, mis edaspidi saama hakkab?” [käskimine]
 - „Nii et te olete mures oma kaalu pärast ega tea, mida ette võtta?” [juhendamine]
 - „See on tõesti suur šokk.” [kaasaminemine]
-

Käskimine võib kõlada ka tõredalt, mis tekitab patsientides tunde, et neid ei ole ära kuulatud ning nad muutuvad rahulolematuks. Järgnevalt näide, kuidas käskiv stiil võib vale tulemuse anda. Puusaprobleemiga patsient konsulteerib spetsialistiga, kellel on hiljuti tehtud röntgenipildid:

ARST: Kuidas teil puusaga on? [küsimine]

PATSIENT: Teate, ausalt öeldes pärast operatsiooni on tõesti põrgulikult valu olnud. Valu on ikka veel üsna talumatu ja mõnikord need tabletid lihtsalt ei mõju. Ei tea, kas seal on midagi ikka veel korrast ära?

ARST: *Kas te olete perearsti juures käinud?* [küsimine]

PATSIENT: Jah, ta kirjutas mulle välja need tabletid, mis te soovitasite.

ARST: Väga hea, sest ma arvan, et neist on abi. Ja muide, röntgen näitab, et olete väga hästi paranenud ja teie puus paistab olevat heas seisukorras. [teavitamine]

PATSIENT: Jah, aga ikka veel valutab hirmsasti, uskuge mind, doktor, eile oli lausa talumatu.

ARST: Küll läheb aja jooksul paremaks, kui teete kõik nii nagu ma ütlesin. Võtke ravimit ja käige kaks korda päevas jalutamas. Ma tahaksin teid jälle näha kolme kuu pärast. [teavitamine]

PATSIENT: Jah, olgu, aga on teil aimu, miks ta nii kõvasti valutab?

ARST: Minu läbivaatus ja röntgenipildid näitavad, et teie puus on paranemas, mõnikord see lihtsalt võtab aega. [teavitamine]

PATSIENT: Kas on mingeid muid ravimeid, mis võiksid aidata?

ARST: Need rohud, mis te võtate, ongi kõige paremad. Liikumahakkamine on alguses sageli valus. Me saame teile määrata lisaks füsioteraapiat, kui te seda soovite. Ma tegelen sellega. Ma saadan teile kirja või helistan järgmise nädala jooksul.

Selles näites kasutas arst üksnes käskivat stiili ning kuulamine puudus üldse. See viitas huvipuudusele patsiendi isiku vastu ja mõjus isegi lugupidamatult. Samuti ei pööratud piisavalt tähelepanu võimalusele saada lisaks olulist diagnostilist teavet.

Parem käskimine

Harjumuspärane „küsi-teavita, küsi-teavita” mustri pidev kasutamine võib patsientidele mõjuda üsna tõrjuvalt. Seda saab sama stsenaariumi puhul teha ka teisiti.

ARST: Kuidas te oma puusaga toime olete tulnud? [küsimine]

PATSIENT: Teate, ausalt öeldes pärast operatsiooni on tõesti põrguvalus olnud. Valu on ikka tõesti talumatu ja vahel pole neist tablettidest ka abi. Ei tea, kas seal on midagi ikka veel korrast ära?

ARST: Tundub, et teil ei ole just suurem asi enesetunne. [kuulamine]

PATSIENT: Kohutav. See tähendab, ma teadsin, et see on valus, aga tundub, nagu oleks midagi korrast ära. Mu poeg on veendunud, et midagi läks operatsioonil valesti, ja ta arvas, et ma peaksin teilt selle kohta küsima.

ARST: Ma ausalt öeldes ei tahaks seda volestiminekut hästi uskuda, kui ma teie puusa ja röntgenipilte vaatan [teavitamine], kuid öelge mulle, millal ja kuidas puus valutab? [küsimine]

PATSIENT: Vaadake, ma olen võtnud neid tablette, mida te koos minu perearstiga soovitasite, kuid neist pole kasu. Kui ma toolilt või voodist üles tõusen, on tõesti kohutav. Ma ei hädalda just kergesti.

ARST: Vaatame koos neid röntgenipilte. Kui te nüüd siia vaatate, siis me otsime siit, kas uus liiges on õiges kohas ja kas luudega on kõik korras. Sellel pildil siin tundub kõik joones olevat.

PATSIENT: Nii et teile ei paista, et seal midagi valesti oleks?

ARST: Ei paista. Liikumahakkamine pärast sellist operatsiooni võib mõnikord

olla päris raske, aga kui te vapralt edasi pingutate, siis ma arvan, et läheb paremaks. [teavitamine] Aga näib, et te tunneksite ennast kindlamana, kui me hoiaks teie paranemisel hoolikamalt silma peal ja organiseeriks natuke lisaabi, et te jälle korralikult käima hakkaksite.

PATSIENT: Ma oleksin tõesti tänulik.

ARST: Ma palun füsioterapeudil teiega uuesti kokku saada ning teid sammukese edasi aidata. Tema oskab teid juhendada, kuidas leida kompromissi valu ja liikumise vahel. [teavitamine]

” *Pisut rohkem kuulamist, mille aluseks on siiras soov patsiendi muresid ja läbielamisi arvesse võtta, on diagnoosi püstitamisel selgelt abiks.*

PATSIENT: Nii et teie meelest ei ole mu puusaga midagi hullu lahti?

ARST: Selle põhjal, mis ma siin näen, see küll niimoodi ei paista, kuid ma arvan, et meil on vaja teie paranemisel hoolega silma peal hoida. [teavitamine]

PATSIENT: Kas on mingeid muid ravimeid, mis võiksid aidata?

(Patsient ja arst arutavad ravimite ja füsioteraapia määramise ja toetuse üle.)

Pisut rohkem kuulamist, mille aluseks on siiras soov patsiendi muresid ja läbielamisi arvesse võtta, on diagnoosi püstitamisel selgelt abiks. Käskiva stiili kasutamine selles näites tekitab patsiendis tunde, et teda on mõistetud, ning annab tõepoolest tulemuseks ka parema raviplaani.

Kaasamine ja põhioskused

Kaasamine ja teabe kogumine

Kaasa mineva stiili väärtusi on lihtne märgata, kui tegelete patsiendiga, kes on kannatusterohkes olukorras. Siiski kasutatakse seda stiili tavaliselt konsultatsiooni alguses.

ARST: Kuidas teil läheb?

PATSIENT: Teate, ausalt öeldes mitte just hästi, mul on olnud paju valusid.

ARST: Rääkige mulle, mis juhtus. [küsimine]

PATSIENT: Teate, üks asi on artriiti põdeda, aga hoopis teine asi on see. (Painutab ühele küljele, hõõrub vasakut põlve.)

ARST: Ma näen, et teil on praegugi valud. [kuulamine]

PATSIENT: On jah, ja ma hakkan sellest pikapeale hulluks minema.

ARST: Artriit on teil olnud juba küllalt pikka aega, aga see on midagi muud. [kuulamine]

PATSIENT: Ei, ega see ei ole teistmoodi, see on seesama neetud põlv, lihtsalt valu

läheb kogu aeg hullemaks.

ARST: See on teil talumatuks muutunud ega lase elada. [kuulamine]

PATSIENT: Täpselt. Mu naine tõi mu autoga siia, aga te peaksite nägema, kuidas ma kliinikusse sisse koperdasin.

ARST: Rääkige mulle, milline see valu on ja kuidas see täpselt häirib teid. [küsimine]

PATSIENT: Noh, ma ei tea. Ma suudan vaevalt toolilt püsti tõusta. Poodi ei saa ma ka enam minna. Isegi kui ma kuidagi kohale saaksin, siis valu on lihtsalt liiga tappev...

ARST: Enamiku ajast valutab ja teeb elu põrguks. [kuulamine]

PATSIENT: See on just õige sõna, kogu aeg valutab ja see ajab mind hulluks. (Arutelu jätkub ning patsient räägib, kuidas see valu mõjutab peaaegu kogu tema elu.)

ARST (lülitudes ümber käskivale stiilile): Ma küsin teilt nüüd valuvaigistite kohta. Öelge mulle... [küsimine]

Kaasaminek palvega ravi saada

Kaasaminek on sobiv stiil ka siis, kui patsient esitab mingi palve ning tundub sobiv sellega kaasa minna.

PATSIENT: Ma olen kuulnud nendest plaastritest, mis aitavad suitsetamisest loobuda. Ma tahaksin neid proovida. Kas te kirjutaksite neid mulle välja?

ARST: Teil on siis kindel plaan maha jätta. [kuulamine].

PATSIENT: On küll. Olen otsuse teinud ja homsest alustan, kui te mulle need plaastrid kirjutate.

ARST: Tubli. Ja te leiate, et plaastrid on õige lahendus? [kuulamine]

PATSIENT: Jah, ma ei suuda suitsetamist korrapealt ilma nikotiiniplaastrita maha jätta. Olen proovinud. Mul hakkas paha, isegi oksendasin korra ja läksin täitsa närvi, lihtsalt ei suutnud olla. Üks teine kord proovisin isegi hüпноosi. See oli küll puhas raha raiskamine. Mu elukaaslane proovis plaastreid ja teda need aitasid. Ma arvan, et mina tahan ka neid proovida.

ARST: Nii et need aitasid teie elukaaslast ja te olete otsustanud ka ise neid proovida? [kuulamine]

PATSIENT: Seda küll. Kui tema hakkama sai, saan mina ka. Tema oli isegi suuremas sõltuvuses kui mina. Ta toetab mind väga ja ma usun, et koos teeme nüüd suitsetamisele lõpu.

ARST: Tore. Ma lihtsalt pean veel paar küsimust koos teiega läbi vaatama... [teavitamine]

Endast väljas patsiendiga kaasaminek

Enamik meditsiinitöötajaid leiab, et kaasaminek on väga soovitatav, kui patsient kannatab või on vihane või väga murelik.

PATSIENT: Ma olen vapustatud. Küllap te teate, et mulle öeldi eile, et ma ilmselt suren mõne kuu jooksul.

ARST: See oli kindlasti teie jaoks suur šokk. [kuulamine]

PATSIENT: Kohutav šokk. Seda ma just kartsin (puhkeb nutma).

ARST: Teie kõige suurem hirm leidis kinnitust. [kuulamine]

PATSIENT: Täpselt. Eks ma olin seda juba ise ka varem mõelnud, aga kuulda kedagi seda lihtsalt välja ütlemas! Ma olin täiesti oimetu.

ARST: Oleksite tahtnud seda kuidagi leebemas vormis kuulda. [kuulamine]

PATSIENT: Ei, ma teadsin tegelikult kohe, niipea kui ma tema nägu nägin. See lihtsalt keerleb mul kogu aeg peas, kuidas ta seda ütles.

ARST: Te lamate siin enamiku ajast üksi ning see mõte muudkui keerleb teil peas. [kuulamine]

PATSIENT: See on kohutav. Ma lihtsalt ei tea, mida teha.

ARST: Kas ma saan teid kuidagi aidata? [küsimine]

PATSIENT: Ei, ma ei usu. See on lihtsalt ongi šokk. Täna küsimast.

ARST: Teate, ma olen täna suurema osa päevast siin ja astun veidi hiljem teie juurest läbi. Ma tean, et teie valuvaigistite doosi on vaja muuta, ja ma tahaksin teiega sellest rääkida. [teavitamine]

Juhendamine ja põhioskused

Järgmiseks toome lühikese näite sellest, kuidas kasutada kolme põhioskust juhendamise huvides. Käesoleva raamatu II ja III osas on palju juhendamise näiteid.

Kuidas julgustada patsienti teise arsti poole pöörduma

Aidata patsiendil pöörduda teise kolleegi poole on näide käitumise muutmisest. Teie suhtlemisstiil võib mõjutada patsiendi motivatsiooni teise arsti vastuvõtule minekuks. Järgnevas näites sooviks MI rakendaja (sotsiaaltöötaja, meditsiiniõde, nõustaja, arst) saata diabeedihaige dietoloogi juurde söögivalmistamist ja toitumisharjumusi käsitlevale konsultatsioonile. Üks lähenemisviis võiks olla lihtsalt öelda patsiendile: „Te peate dietoloogi juurde minema oma toitumisharjumuste kohta nõu saama. Siin on telefoninumber.” Kuidas võiks sedasama ülesannet käsitleda juhendavas stiilis?

ARST: Teie vereanalüüs näitas, et teie veresuhkru tase on endiselt kõrge ja see

teeb mind murelikuks. [teavitamine] Kui te olete nõus sellest paar minutit vestlema, siis äkki te räägiksite mulle veidi oma toitumisharjumustest? [küsimine]

PATSIENT: Ma püüan olla tähelepanelik ja hoidun enamasti maiustustest ja rämpstoidust.

ARST: Seega te väldite mõningaid toite, mis veresuhkru taset tõstavad. [kuulamine] Aga kuidas on lood kodus valmistatud toiduga? [küsimine]

PATSIENT: Enamasti teen mina perele süüa. Igaüks tahab erinevaid asju, nii et see on tõesti keeruline. Küllap ma võiksin veidi rohkem pingutada ja valmistada tervislikumat toitu.

ARST: Te näete seega, et toiduvalmistamises on arenguruumi? [kuulamine]

PATSIENT: Jah, ma arvan küll.

ARST: See on diabeedihaigetele tavaline probleem, aga just selles osas saaksite te midagi muuta. Kas te sooviksite, et keegi aitaks teil natuke mõelda, kuidas valmistada niisugust toitu, mis laseks diabeediga paremini toime tulla? [küsimine]

PATSIENT: Ma arvan, et põhitõdesid ma tean, aga loomulikult oleks hea rohkem teada.

ARST: Tore! Ma oskan teile ühte-teist siinsamas rääkida, aga meil on inimesi, kes on just spetsialiseerunud sellele, et aidata diabeedihaigetel läbi mõelda, kuidas toitu valmistada ja mida süüa. [teavitamine] Kuidas oleks, kui te räägiks kellegagi, kes neist asjadest palju teab? [küsimine]

PATSIENT: Ma arvan, et võiks küll. Aga ma olen päeval tööl ja tänagi pidin teie vastuvõtule tulemiseks ennast töölt vabaks võtma.

ARST: Nii et te olete valmis proovima, eriti kui saaksite tulla ajal, mis teie tööd ei sega? [kuulamine]

PATSIENT: Jah. Tähendab, päeva ajal ma ei saaks tihti siia tulla, kuid pärast tööd sobiks küll.

ARST: Väga hea. Ma tean, et neil on ka mõned õhtused ajad vabad. [teavitamine] Helistame neile ja vaatame, kuhu nad saavad teid mahutada. Kas see sobib? [küsimine]

PATSIENT: Muidugi.

Mõne lisaminuti kulutamine, et pidada patsiendiga läbirääkimisi teise spetsialisti juurde minekuks võib olla kõik, mida vaja, et patsient ka tegelikult sinna läheks. Kui te ise helistate või palute kolleegil seda teha siis, kui patsient viibib alles teie kabinetis, suurendab see märkimisväärselt edasisuunamise tõhusust. See lühike vestlus illustreeris 1. peatükis toodud motiveeriva intervjuerimise kolme põhimõtet – patsiendi motivatsiooni mõistmine, kuulamine ja talle vajaliku tõuke andmine. Patsiendi reageeringus väljenduv tulemus oli muutustejutt, teema, mida käsitletakse üksikasjalikumalt järgmises peatükis. Sellise edasisuunamise puhul läheb patsient palju tõenäolisemalt spetsialisti juurde, kelle vastuvõtule ta suunati.

PAINDLIKKUS KONSULTATSIOONI KÄIGUS

Tervishoiuasutustes võib ühelt stiililt teisele ümberlülitumine toimuda konsultatsiooni käigus mitmeid kordi ning see on märk stiilide õigest rakendamisest. Vaatleme sellist näidet.

Arstil on 20 minutit ühe patsiendi vastuvõtuks ja ta otsustab mureliku ja heitunud ilmega eaka naisege tegeledes kasutada esimesed 5-7 minutit *kaasaminevat stiili*. Küsimused on avatud ja annavad patsiendile aega jutustada, mis on lahti. Arst aeglustab teadlikult vastuvõtu tempot, mispeale patsient rahuneb ning hakkab oma lugu jutustama. Arsti eesmärgiks on kuulates aru saada. Ta teavitab aeg-ajalt, lihtsalt et kinnitada patsiendi sõnu. Enamasti ütleb ta midagi sellist, nagu: „Ma saan aru, et te kardate kukkuda” [kuulamine] või „Rääkige mulle, mis teile täpselt selle ravimiga seoses muret teeb?” [küsimine]

Seejärel pöördub ta kindlakäeliselt *käskiva stiili* juurde. Ta annab ümberlülitusest märku sellega, et võtab patsiendi sõnad kokku. „Te olete mures selle ravimi kõrvaltoimete pärast ja ka selle pärast, kas te ikka võtate õige annuse.” Patsient tunneb, et temast on aru saadud ning see annab arstile võimaluse omakorda aktiivsemalt vestluses osaleda. „Ma tahaksin nüüd veidi suunda muuta ja küsida teilt mõned küsimused selle kohta, kuidas te seda ravimit

võtate ja kuidas see teile mõjub. Olete nõus?” Seejärel kasutab ta küsimis-, kuulamis- ja teavitamisoskust, et välja selgitada, kuidas ravis ja ravimites kõige paremini kohandusi teha. Küsimused on palju konkreetsemad, teave on selge ja lihtne, kuulamise abil tehakse kindlaks, kas patsient saab kõigest aru nii, et arstil oleks võimalik kohaldada edasiantava teabe sisu ja hulka. „Mis kellaajal te ravimit võtate?”

„Mida te olete pärast ravimi võtmist märganud?” Ta annab nõu ja juhiseid. „Ma soovitan teil proovida seda uut ravimit, mis on küll veidi tugevam, kuid ma ei usu, et kõrvaltoimed hullemaks läheksid.” [teavitamine] „Jah, on oluline, et võtate neid tablette iga päev samal ajal.” [teavitamine]

Siis toimub üleminek *juhendavale stiilile*, sest arst tahab aidata patsiendil kohaneda uue raviskeemiga ning arutada, kuidas too kodus hakkama saab. Küsimuste eesmärk ja sisu muutuvad ning kuulamise ja teavitamise kasutamine peegeldab veendumust, et motivatsioon kasvab, kui võimalikult palju lahendusi lähtub patsiendilt. „Kuidas te arvate seekord toime tulevat?” „Misugune on teie jaoks kõige sobivam raviskeem?” „Mis teid kõige rohkem segadusse ajab?” Kasutatakse ka teisi töövahendeid. „Jah, see on õige, sellest oleks abi, kui te sööksite sagedamini.” [teavitamine] „Te muretsete muudatuse pärast, kuid soovite, et sellest oleks abi.” [kuulamine] Arst võtab tegevuskava

” Tervishoiuasutustes võib ühelt stiililt teisele ümberlülitumine toimuda nõustamise käigus mitmeid kordi ja see on märk selle meetodi õigest rakendamisest.

kokku ja patsient nõustub järelkontrollile tulema.

Vähem paindlik lähenemine võib tulemusi mõjutada. Kui arst oleks töötanud enamiiku vastuvõtuajast üksnes käskivas stiilis ning soovinud siis teada saada, mida patsient mõtleb ja tunneb, oleks viimane palju vähem panustanud ja muudatus oleks olnud palju vähem tõenäoline. Paindlik ümberlülitumine ühelt stiililt teisele peegeldab soovi kasutada oma teadmisi tõhusalt ning tuua aidatavas inimeses esile parim.

” *Paindlik ümberlülitumine ühelt stiililt teisele peegeldab soovi kasutada oma teadmisi tõhusalt ning tuua aidatavas inimeses esile parim.*

KOKKUVÕTE

Patsiendid esitavad vähestel juhtudel oma probleeme korralikult „pakituna” ning on harva valmis reageerima stereotüüpsele lähenemisele. Küsimine, teavitamine ja kuulamine tunduvad olevat üsna lihtsad ülesanded ning võibolla need ei väärigi oskuse nime. Võrreldes kõigi nende keerukate asjadega, mida te peate oma meditsiinitöös kindlasti õigesti tegema, tunduvad need lihtsatena.

Kuid neid lihtsaid ülesandeid võib täita väga erineval viisil, erinevaid eesmärke silmas pidades, ja õigesti küsimine, kuulamine ning teavitamine patsiendi jaoks kliinilises olukorras vajaliku eesmärgi saavutamiseks muutub kõrgelt kvalifitseeritud oskusteks. Täpne sõ-

navalik koos kehakeelega, see, kuidas te vaikust kasutate ning üldine õhkkond nõustamise ajal on kõik võimsad töövahendid. Patsientidega suhtlemise moodus võib mõjutada mitte ainult seda, kuidas nad end tunnevad, vaid ka seda, mida nad teevad. Lõpptulemusena muudab see nende tervislikku seisundit. Teie suhtlemisoskus on juba iseenesest ravivahend. Küsimist, teavitamist ja kuulamist võib kombineerida nii, et need on kas rohkem või vähem tõhusad, mõjusad või meisterlikud. Teie eesmärkidest sõltub, kuidas te neid kasutate, neid võib rakendada erineval viisil käskiva, juhendava või kaasamineva suhtlemisstiili huvides.

” *Küsimist, teavitamist ja kuulamist võib kombineerida nii, et need on kas rohkem või vähem tõhusad, mõjusad või meisterlikud.*

|| OSA

**MOTIVEERIVA
INTERVJUEERIMISE
PÕHIOSKUSED**

3. PEATÜKK

MOTIVEERIVA INTERVJUEERIMISE HARJUTAMINE

Käesolevas osas tutvustame MI põhioskusi. Need ei ole tundmatud oskused, vaid pigem sellised, mida niigi iga päev kasutatakse. Erinevus on selles, et neid tuttavaid oskusi kasutatakse MI-s konkreetsel strateegilisel viisil, neil on selge eesmärk muuta tervisekäitumist. Siinkirjeldatud meetodid on mõeldud konkreetsete (ja sageli väga esinevate) olukordade puhuks, kus käitumise muutmine on eelduseks, et patsient saavutaks optimaalse tervisliku seisundi. Just niisugustes olukordades on oskuslik juhendamine eriti tõhus ja kasulik. Nagu me eelmises peatükis nägime, sobivad juhendamiseks konkreetsed suhtlemisvormid, ning käesolevas osas pühendame igähele neist eraldi peatüki.

Hea juhendaja:

- *Küsib*, kuhu inimene tahab välja jõuda ja õpib teda pisut tundma.
- *Teavitab* inimest olemasolevatest võimalustest ja teeb kindlaks, mis täpselt tundub inimesele endale sobiv.
- *Kuulab* ja respektierib inimese soove ning pakub asjakohast abi.

Nagu 1. peatükis selgitasime, aitab juhendavas stiilis läbi viidud MI tugevdada patsiendi soovi end muuta ning ravist kinni pidada. Miks see nii on? Kuidas suudab suhteliselt põgus nõustamine anda tõuke kestvale muutusele tervisekäitumises? Võti selle protsessi mõistmiseks on ambivalentsuse fenomeni tundmaõppimine.

AMBIVALENTSUS

Inimesed suhtuvad muutustesse tavaliselt kahetiselt. Eriti kehtib see muutuste kohta, mis on neile mingil moel „head”. Enamik inimesi tahab terve olla ja on valmis üht-teist oma tervise huvides tegema. Samas tunneb enamik inimesi end oma tuttavas rutiinis mugavalt, ent muutused tooks kaasa ebamugavusi. Mõned olulised tervisekäitumised on ebameeldivad või isegi valusad: sõrme torkamine veresuhkru taseme jälgimiseks, kehalised harjutused pärast operatsiooni või vajaliku raviga kaasnevate pidevate kõrvaltoimete talumine. Võimalik, et patsient juba teab mitut head põhjust, miks ta peab teie soovitusel oma harjumusi muutma, nagu näiteks suurendama füüsilist koormust, loobuma suitsetamisest või toitu- ma tervislikumalt. Võimalik on, et patsient *naudib* status quo'd – istuvat eluviisi, suitsetamist või ebatervislikku toitu ning näeb ette muutumise ebameeldivaid külgi. Vastuolulised motiivid ehk olukord, kus samal ajal tahan, aga ei taha ka, on normaalsed ja tavalised. Näeme, kui vastakad on patsientide järgmised avaldused:

„Mul on vaja kaalust maha võtta, aga ma vihkan trenni tegemist.

„Ma tahan jalule tõusta, aga see on valus.”

„Ma peaksin suitsetamise maha jätma, aga mul ei õnnestu.”

„Ma kavatsen küll rohtu võtta, aga siis muudkui unustan.”

Iseloomulik ambivalentsuse märk on sõna „aga” lause keskel.

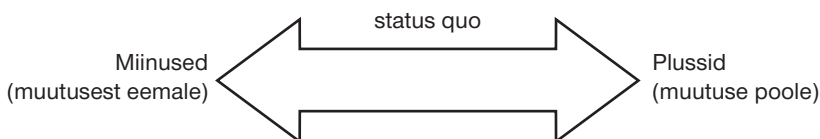
Ambivalentsusse võib kinni jääda ja jäädaksegi. See juhtub, kui väited „aga” ees ja järel teineteist tühistavad, sest nii ei muutugi midagi. Ambivalentsus ehk vastuoluline mõtlemine tähendab, et algul mõeldakse, mis põhjustel on muutusi vaja, siis mõeldakse, miks ei taheta muutuda ja viimaks lõpetatakse üldse sellel teemal mõtlemine.

Kuid on asju, mis lükkavad inimese käitumist muutuse poole või sellest eemale. Teie konsultatsioon võib teha nii seda kui teist. Mõne inimese jaoks piisab üksnes diagnoosi kuulmisest ning paarist nõuandest, et tekitada elustiilis märkimisväärseid muutusi. Hoopis sagedamini asetavad patsiendid, teadlikult või mitte, käitumise muutmisega seotud plussid ja miinused seesmisele kaalukaasile. Kujutlege, et teie patsiendid liiguvad konsultatsiooni käigus ühes või teises suunas, nagu on näidatud joonisel 3.1.

Mõnikord paistab, et teie konsultatsioon jättis patsiendi täiesti külmaks: „Ma muudkui räägin ja räägin talle, kuid midagi ei muutu.” Kui tavaline on selline frustratsioon tervishoius! Te seletate patsientidele ikka ja jälle, mida tuleb teha, kuidas nad saaksid seda teha, miks nad peaksid seda tegema... ja ikka ei juhtu midagi. Mäletate parandamisrefleksi, millest 1. peatükis rääkisime? Kui kasutate ambivalentse isikuga rääkides käskivat stiili, siis võtate enda kanda ühe külje tema ambivalentsusest – muutust pooldava külje.

„Liikumine ja kaalukaotus vähendaksid teie infarktirisiki.”
 „On oluline, et te voodist välja tuleksite ja ringi liiguksite.”
 „Ma tahan, et te suitsetamise maha jäta.”
 „See ravim ei aita, kui te seda korralikult ei võta.”

Patsient vastab tavaliselt muutust pooldavatele argumentidele sellega, et võtab enda kanda ambivalentse teise külje ning ütleb: „Jah, aga...” Kui see juhtub, siis esitavad patsiendid argumente muudatuse vastu ja sõna otseses mõttes veenavad ennast, et muutuda pole vaja. Aga tarvis on hoopis seda, et patsiendid veenaksid end ise muutuste vajalikkuses, muidugi juhul, kui muutused langevad kokku nende isiklike väärtushinnangute ja püüdlustega. Teisisõnu, teie ülesanne on vastupanu asemel kutsuda patsientides esile „muutustejuht”.



JOONIS 3.1. Ambivalentssusse võib kinni jääda ja jäädaksegi.

MUUTUSTEJUTU KUULAMINE

Esimeseks sammuks, et aidata patsientidel esitada muutumist pooldavaid argumente, on oskus muutustejuhtu ehk muutustest rääkimist ära tunda. Selleks on teil intuitsioon, mille olete omandanud igapäevase suhtlemise käigus.

Oletame, et palute sõbral enda heaks midagi teha. Selliste läbirääkimiste puhuks on rikkalik ja arenenud sõnavara, mis omandatakse elukogemuse kaudu. Analüüsi võimalikke vastuseid, mida andis teile sõber, kellelt teenet palusite:

” Teie ülesanne on suunata patsienti rääkima „muutustejuhtu”, mitte muutustele vastu argumenteerima.

„Jah, ma teen seda.”
 „Võib olla ma saan seda teha.”
 „Ma soovin, et saaksin seda teha.”
 „Ma püüan.”
 „Ma aitan, kui saan.”
 „Ma luban, et ma teen seda homme.”
 „Ma kaalun seda.”

Mis sõnumit need vastused edastavad? Täpsemalt, kui tõenäoline on, et teie sõber *tegelikult* teeb seda, mida palusite? Iga vastus viitab erineval tasemel kavatsusele, mille tähendust mõistame tänu ühiste kogemustele. Need signaalid on ka üsna kultuurispetsiifilised. Mõnest teisest kultuurist pärit inimene võib väga kergesti nüansse mitte mõista ning saada valesti aru sellest, mida öelda taheti.

” *Kui kuulete muutustejuttu, tähendab, et olete õigel teel. Kui aga leiate end muutusi kaitsmas ja patsiendi status quo'd põhjendamas, siis olete kursilt kõrvale kaldunud.*

Selline infovahetus on kasulik, sest nii saab tegelikku käitumist ette ennustada. Loomulikult mitte sajabrotsendiliselt. Inimesed võivad tahtlikult petta või muudel põhjustel öelda seda, mida nad arvavad, et te kuulda tahate, kuid usalduslikes ja heade kavatsustega suhetes sisaldub sellistes avaldustes väärtuslik teave, kui teate, mida kuulata. Patsiente kuulates võite öelda, kui tõenäoline nende muutumine on. Kui kuulete muutustejuttu, tähendab, et olete õigel teel. Kui aga leiate end muutusi kaitsmas ja patsiendi status quo'd põhjendamas, olete kursilt kõrvale kaldunud.

Mis siis täpsemalt on muutustejutt? On olemas kuus erinevat muutustejutu tüüpi, need on koos näidetega esitatud tabelis 3.1. Iga tüüp kirjeldab erinevat motivatsiooni.

Soov

Esimene muutustejutu teema on soov. Soov hõlmab ka tahtmist ja meeldimist. Need mõisted kirjeldavad midagi, mida inimene tahab. Soovi väljendatakse järgmiselt:

„Ma soovin, et võtaksin kaalust alla.”

„Ma tahan sellest valust lahti saada.”

„Mulle meeldib mõte rohkem trenni teha.”

Soovi väljendavad laused ütlevad teile, kas inimene eelistab muutuda või status quo'd säilitada.

TABEL 3.1. Kuus muutustejuu tüüpi.

- *Soov*: Väited, mis väljendavad soovi muutuda.
„Ma tahan...”
„Ma tahaksin...”
„Ma soovin...”
 - *Võime*: Väited, mis väljendavad suutlikkust.
„Ma võiksin...”
„Ma suudan...”
„Võib-olla ma suudan...”
 - *Põhjused*: Konkreetsete argumentide muutuse kaitseks.
„Ma tunneksin ennast ilmselt paremini, kui ma...”
„Mul on vaja oma lastega mängimiseks rohkem energiat.”
 - *Vajadus*: Väited, mis väljendavad tundeid, et ollakse sunnitud muutuma.
„Ma peaksin...”
„Ma pean...”
„Ma tõesti peaksin...”
 - *Pühendumine*: Muutuse tõenäosust väljendavad avaldused.
„Ma hakkan...”
„Ma teen...”
„Ma kavatsen...”
 - *Meetmete võtmine*: Avaldused võetud meetmete kohta.
„Ma läksingi ja...”
„Sel nädalal alustasin ma...”
-

Võime

Teine muutustejuu tüüp näitab, mida inimene tajub olevat oma võimete piires. Tüüpiliselt on siin „võin, saan, suudan” ja selle tingimuslik vorm „võiksin, saaksin, suudaksin”.

- „Ma arvan, et ma saan tulla kaks korda nädalas.”
- „Ma saaksin ilmselt enne õhtusööki jalutuskäigu teha.”
- „Ma võiksin seda veidi vähendada.”
- „Ma suudan muutust ette kujutada.”

Pange tähele, et võimega seotud muutustejuht näitab ka motivatsiooni tugevust. „Ma suudan kindlasti” väljendab palju suuremat kindlust kui „küllap ma suudaksin” või „võib-olla ma suudan.”

Põhjused

Muutustejuht võib väljendada konkreetseid põhjusi teatud muutusteks. Siin puuduvad iseloomulikud tegusõnad, kuigi põhjused võivad esineda koos soovi väljendavate tegusõnadega.

„Ma olen kindel, et ma tunneksin ennast paremini, kui regulaarselt trenni teeksin.”

„Ma tahan veel näha, kuidas mu lapselapsed suureks kasvavad.”

„See valu ei lase mul klaverit mängida.”

„Suitsetamise mahajätmise oleks mu tervisele kasulik.”

Vajadus

Imperatiivne kõneviis on mingi vajaduse tundemärk. Tunnustegusõnade hulka kuuluvad siin *vajan, pean, tuleb, peaks, tuleks, on vaja*.

„Ma *pean* magada saama.”

„Mul *tuleb* oma energia tagasi saada.”

„Mul on tõesti *vaja* rohkem liikuda.”

Nimetatud neli muutustejuhtu tüüpi (soov, võime, põhjused ja vajadus) on tihti ambivalentsed. Järgnevalt toodud näidetes soosib lause esimene fraas muutust, samas kui teine fraas, mis on eraldatud sõnaga „*aga*”, eelistab status quo'd:

„Ma tõesti *peaksin* [vajadus], aga ma *ei suuda* [võime].”

„Ma *tahan* [soov], aga see on valus [põhjus].”

„Ma *tahaksin* kolesteroolitaset alandada [soov], aga ma *armastan* mune ja juustu [soov].”

Esimesed neli muutustejuhtu liiki on seega Soov, Võimalus, Põhjus, Vajadus ning neil on üht-teist ühist. Muutustejuhtu neli tüüpi suunavad inimest muutumise poole, kuid ise nad seda ei vallanda.

„Ma tahan” pole „ma hakkam”.

„Ma suudan” pole „ma teen”.

Muutumise põhjuste nimetamine ei tähenda veel nõusolekut muutuda.

„Ma pean” pole „ma kavatsen”.

Näiteks kujutage ette inimest, kellelt kohtus enne tunnistajapinki astumist vanne võetakse. „Kas te vannute rääkida tõtt, kogu tõtt ja ainult tõtt?” Mis on järgmistes vastustes puudu?

„Ma tahaksin [soov].”

„Ma võiksin [võime].”

„Sellest oleks abi, kui ma seda teeksin [põhjus].”

„Ma peaksin [vajadus].”

Ükski neist ei ole rahuldav vastus. See, mis puudub, on viies muutustejutu tüüp.

Pühendumine

Kuidas pühendumist sõnastada? Põhitegusõna on „teen”, kuid pühendumisel on palju vorme. Tugevad pühendumisavaldused on näiteks:

„*Ma teen.*”

„*Ma luban.*”

„*Ma garanteerin.*”

„*Ma olen valmis.*”

„*Ma kavatsen.*”

Ärge jätke tähelepanuta pühendumise madalamaid tasandeid, kuna needki kujutavad endast edasiminekut. Ukse avanemisest antakse teada selliste avaldustega, nagu näiteks:

„*Ma mõtlen selle peale.*”

„*Ma kaalun seda.*”

„*Mul on kavas.*”

„*Ma loodan.*”

„*Ma püüan.*”

Need on olulised avaldused ja neid tuleb toetada. Viimased kaks („*Ma loodan,*” või „*ma püüan*”) näitavad soovi muutuda, kuid viitavad, et inimene kahtleb, kas ta suudab seda teha. Muutustejutu sõnavara on sellistest signaalidest tulvil.

Meetmete võtmine

Kuuendat muutustejutu tüüpi kuulete peamiselt nendelt patsientidelt, kellega kohtute teatud aja tagant regulaarselt. Sellesse gruppi kuuluvad avaldused näi-

tavad, et inimene on teinud mõned, kuigi võib olla ebakindlad sammud muutuse suunas. Ta on võtnud midagi ette, mis viib teda muutusele lähemale:

„Ma proovisin sel nädalal paar päeva ilma alkoholita läbi saada.”

„Ma laenasin raamatukogust raamatu aeroobika kohta.”

„Ma ostsin kondoomi.”

„Ma ei söönud terve veebruarikuu jooksul liha.”

„Ma jätsin suitsetamise nädalaks ajaks maha, aga siis hakkasin uuesti suitsetama.”

„Ma hankisin endale ühe nendest uutest testikomplektidest.”

„Ma läksin täna lifti asemel trepist.”

Järgnevad arstipoolsed kommentaarid võivad patsientides tekitada teatavat skeptitsismi:

„Jah, aga kas te ka lugesite seda?” [aeroobikaraamat]

„Kena, aga kas te kasutate neid?” [kondoomid]

„Veebruar on ju kõige lühem kuu!” [liha mittesöömine]

Ärge jätke märkamata, et ka niisugused lihtsad teod tähendavad tähtsat sammukest muutuste poole ning neid samme tuleb kiita.

Ärge nähke vaeva muutustejutu õigesse tüüpi liigitamisega. Nagu näete, paljud asjad kattuvad omavahel. Üks ja sama väide võib sisaldada kahte või enamatki elementi:

„Ma tahaksin suitsetamist maha jätta [soov], sest siis ma saaksin endale valgemad hambad [põhjus].”

„Ma usun, et ma suudan viis kilo kaalust maha võtta [võime] ja siis ma näeksin parem välja [põhjus].”

„Ma püüan.” [väljendab soovi, kuid ei ole kindel võimes]

„Ma pean midagi ette võtma, et oma jõud tagasi saada ja ma arvan, et ma suudan.” [vajadus, võime ja põhjus]

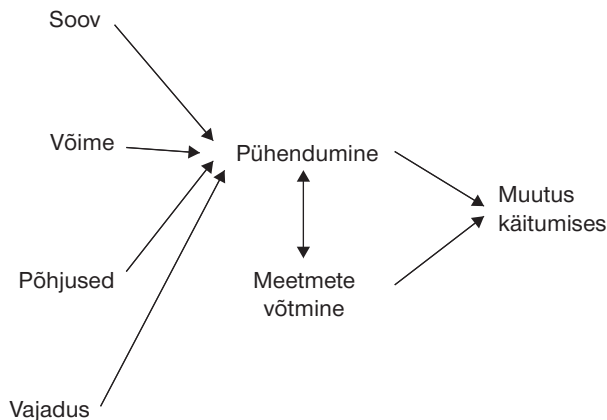
Oluline on häälestada end muutustejutu lainele, seda ära tunda ja toetada.

Kuidas kuus muutustejutu tüüpi omavahel kokku sobivad? Tavaliselt alustatakse nelja esimese tüübiga. Kõigepealt räägivad inimesed, mida nad tahavad teha [soov], mis põhjusel nad muutuksid [põhjused], kuidas nad võiksid seda teha [võime] ning kui oluline see on [vajadus]. Kui te toote esile patsiendi enese soovi, võime, põhjuse ja vajaduse muutumiseks, lisate sellega kütust inimese muutumismootorile. Kui neli tüüpi on välja öeldud, tugevneb tasapisi ka pühendumine ning inimene võib astuda esimesed sammud püsiva muutumise teel. Just pühendumus ja esimeste sammude tegemine ennustavad käitumise muutumise püsivust. Kor-

dame veelkord, et muutustejutu neli esimest tüüpi ei pruugi muutusi käivitada, kuid nad kuulutavad ette pühendumise tugevnemist. Joonisel 3.2 on näha, kuidas see välja näeb.

Väärrib märkimist, et soovi, põhjusi, võimet ja vajadust analüüsid hakate mõistma patsiendi väärtushinnanguid ja püüdlusi. Kuulates, kuidas patsient end väljendab, saate ühtteist teada selle kohta, millised on tema lootused ning mis talle oluline on. See annab teile aimu ka sügavamal varjus olevate väärtushinnangute kohta. Patsient, kes ütleb: „Ma tahan lapselastele olemas olla” või „Ma ei taha olla oma perele koormaks,” annab teavet pere rollist tema prioriteetide reas. Need on olulised teemad, mida tasub uurida, selle asemel, et neid lihtsalt kõrvust mööda lasta. Sügaval südamepõhjas hoitud väärtus võib olla võimas motivatsioon. Aidake patsientidel kirjeldada, kuidas käitumise muutmine võiks olla kooskõlas neile oluliste asjadega. Kui selline harjumus nagu suitsetamine põrkub mõne sügaval hinges hoitud väärtusega, võib tulemuseks olla muutus. See on üks põhjus, miks soovi, põhjuste, võime ja vajaduste kohta küsimine on hea mõte.

- „Miks te *tahate* suitsetamisest loobuda?” [soov]
- „Kuidas te seda teeksite, juhul kui otsustate seda teha?” [võime]
- „Mis on teie meelest kolm kõige olulisemat põhjust suitsetamise mahajätmiseks?” [põhjused]
- „Kui oluline on teile suitsetamise mahajätmine?” [vajadus]



JOONIS 3.2 Muutustejutt viib samm-sammult muutuseni käitumises.

KUIDAS LEIDA MUUTUSTEJUTUS ÕIGE TEE

Kujutlege avarat välu metsaga ümbritsetud lagendikul. Aasal kasvab rikkalikult igasuguseid taimi. Maad katab roheline rohuvaip, millest võrsuvad värvilised metsalilled. Seal kasvavad aga ka roheliste taimede puhmad, mida aias võiks pida umbrohuks. Värvimeel võimaldab teil rohelisest rohuvaibast ja umbrohu puhmastest lilli eristada.

Rohuvaip moodustab justkui tausta inimeste jutule. Inimese enda motivatsioon muutuda on nagu lilled, mis rohu seest tärkavad. Umbrohi on nagu muutuste vastu esitatavad argumendid, mis, kui neid poputada, võivad lilled lämmatada. MI juhendav stiil on nagu lillekimbu noppimine. Patsient peaks ise esitama argumente muutumise poolt, teie ülesanne on korjata kokku muutustejutt. Soov, põhjendus, vajadus ja võime on nagu lilled. Te korjate lilled kimpu, näitate seda aeg-ajalt patsiendile, seejärel jätkate korjamist.

Toome veel ühe näite. Eduka MI puhul on patsiendilt kogutud muutustejutud nagu väikesed kaalupommid, mida te asetate kaalukausi muutuste poolele. Aidates patsiendil sõnastada argumente muutuse poolt, hakkavadki kaalukaasid tasapisi sinneroole kalduma.

” *Me võime anda juhiseid, kuidas MI-d praktikas kasutada, aga teie tõelisteks õpetajateks selles on teie patsiendid. Oma töös juhendavat stiili kasutades saate kiirelt tagasisidet.*

Patsiendis muutuse esilekutsumine ei pruugi palju aega võtta. Kõigest paari minuti pikkuse vestluse jooksul võib teil õnnestuda pöörde tekitamine muutuse suunas. Patsienti edaspidi oma vastuvõttudel nähes saate selleks veel teisigi võimalusi. Pikaajaline tervisekäitumise muutus võib kujuneda järk-järgult, aja jooksul teiepoolse pideva juhendamise ja julgustamise läbi. Edukas käitumismuutuse esilekutsumine on seotud pigem teie juhendamiskustega kui ajaga, mis teil selleks kasutada on.

Muutustejutu kuulamine annab veel ühe olulise eelise – just sel viisil õpite paremini juhendama. Me võime anda juhiseid, kuidas MI-d praktikas kasutada, aga teie tõelisteks õpetajateks selles on teie patsiendid. Oma töös juhendavat stiili kasutades saate kiirelt tagasisidet. Mida rohkem kuulete muutustejuttu, seda kindlam võite olla, et olete õigel teel. Kui tundub, et kutsute esile hoopis muutust tõrjuvaid väiteid, on see märkuandeks, et patsient vajab teistsugust lähenemist.

KOKKUVÕTE

1. peatükis võtsime kokku MI üldise olemuse (koostöö, esiletoomine ja patsiendi autonoomia austamine) ning selle põhiprintsiibid (esiteks, suruda maha parandamisrefleks; teiseks, mõista ja õppida tundma patsiendi enda motivatsioone; kolmandaks, kuulata empaatiaga; neljandaks, jõustada patsienti). 2. peatükk paigutas MI igapäevaelus loomulikult kasutatava juhendava stiili konteksti. Käesolevas peatükis selgitasime ambivalentsuse rolli ja seda, kuidas muutustejutu kuulamise teel patsiente ummikust välja aidata. Kirjeldasime kuut muutustejutu tüüpi ning meetodeid, kuidas neid nii kokku sobitada, et tulemuseks oleks käitumise muutumine. Järgmises kolmes peatükis naaseme kolme põhilise suhtlemisoskuse – küsimise, kuulamise ja teavitamise juurde. Heidame sügavama pilgu suhtlemisoskuste kasutamise võimalustele ja sellele, kuidas aidata patsientidel tervisekäitumise muutmisest rääkida, sellele pühenduda ning see ka tegelikult ette võtta.

4. PEATÜKK

KÜSIMINE

Küsimine tundub lihtne. Teie esitate küsimuse ja patsient vastab. Nii kogute informatsiooni. Kui see vaid oleks nii lihtne!

Käesolev peatükk on jagatud kaheks osaks. Esimene käsitleb küsimist üldiselt ja teine keskendub sellele, kuidas küsimist kasutatakse MI-s.

KÜSIMINE: MÕNED ÜLDISED SEISUKOHAD

Diagnoosimise ahel eeldab, et küsitaks *õigeid* küsimusi, tegemaks valikuid ja andmaks soovitusi. See on tuttav rutiin. Patsiendid, kes pöörduvad abi saamiseks vastuvõtule, eeldavad, et te küsite neilt rea küsimusi, millest mõned võivad olla neile ootamatud. Seda tehes jõuate järeldusele, milline nende tervislik olukord parajasti on. Küsimust küsides eeldame, et küsitaval on olemas vastus. Patsient eeldab omakorda, et kui kõik küsimused on küsitud, on teil pakkuda lahendus. See kehtib eriti olukorras, kui küsite *suletud* küsimusi, mille vastusteks on lühike „jah”, „ei” või mõni lihtne fakt. Selliseid küsimusi küsides haarate vestluses ohjad ja seega kaudselt ka vastutuse pakkuda välja lahendus.

Suletud küsimused

Suletud küsimused on tõhus viis spetsiifilise informatsiooni kogumiseks. Suletud küsimusele oodatakse lühikest vastust. Siin on mõned näited:

„Mis on teie aadress?”

„Kust teil valutab?”

„Kas teie tütrele on olnud palavikku?”

„Kui kaua on teil pea ringi käinud?”

„Kas tähed on selgemad esimese või teise läätsega?”

„Kui tihti te kasutate hambaniiti?”

„Kas te olete järjepidevalt võtnud oma rohtusid?”
„Kui tarvitate alkoholi, siis mitu klaasi te tavaliselt joote?”
„Kas te tunnete end halvemini hommikul või õhtul?”

Avatud küsimused

Avatud küsimused jätavad rohkem ruumi vastamiseks. Kui suletud küsimused nõuavad kindlat informatsiooni, mida küsija peab oluliseks, siis avatud küsimuste puhul luuakse küsitletavale võimalus anda vastused, mida tema peab oluliseks. Avatud küsimused aitavad mõista, mida inimene kogeb ja tajub. Nii suletud kui ka avatud küsimused annavad infot. Ent avatud küsimused kutsuvad esile rohkem kasulikku teavet kui suletud küsimused ning tekitavad ka võimaluse sideme loomiseks.

„Kuidas te end täna tunnete?”
„Rääkige, palun, algusest peale, millest teie valu tekkis.”
„Kuidas ma saan teid aidata?”
„Kuidas te saaksite hammaste harjamise ja hambaniidi kasutamise muuta igapäevaseks tegevuseks?”

Isegi vaid mõne avatud küsimuse esitamine ja hoolikas keskendumine vastustele võib oluliselt muuta konsultatsiooni kvaliteeti. Patsiendid tajuvad avatud küsimusi hoolivusena ning isikliku huvina enda vastu. Kui tervishoiutöötaja küsib mõne avatud küsimuse ja kuulab vastuse ära, kaldub patsient kõrgelt hindama seda aega, mida arst tema peale kulutas ning on visiidiga rahul. Avatud küsimused näivad küll võtvat palju aega, kuid tegelikult teeb oskuslik tervishoiutöötaja neid esitades tõhusaid edusamme.

” *Avatud küsimused näivad küll võtvat palju aega, kuid tegelikult teeb oskuslik tervishoiutöötaja neid esitades tõhusaid edusamme.*

Avatud küsimusi esitades kaasate patsienti aktiivsemalt vestlusesse ning suurendate tema mõju konsultatsiooni käigule. Avatud küsimused annavad patsiendile võimaluse rääkida asjadest, mille kohta pole veel küsimusi esitatud, kuid mis võivad olla potentsiaalselt olulised. Lisaks loob avatud küsimuste esitamine teile võimaluse hetkeks hinge tõmmata, peatuda, vaadata ja kuulata. Sotsiaalne etikett näeb ette, et avatud küsimusi esitades tuleb luua silmside (selle asemel, et näiteks samal ajal haiguslugu lugeda või täita) ja kuulata tähelepanelikult, mida inimesel öelda on.

Avatud küsimustele ei ole otseseid ja lühikesi vastuseid. Need õhutavad inimest rääkima oma kogemustest ja aistingutest. Siin on mõned näiteid:

„Mil viisil on see teie elu häirinud?”

„Jutustage mulle oma tüüpilisest joomapäevast.”

„Rääkige mulle oma peavalust.”

„Enne kui alustame läbivaatusega, rääkige palun, mis teile täna kõige rohkem muret teeb.”

„Kuidas läheb teie perekonnal?”

„Mille pärast te kõige enam muretsete?”

„Mis teile suitsetamise juures meeldib ja mis ei meeldi?”

„Diagnoos oli teile kindlasti ootamatu. Kuidas te sellega nüüd toime tulete?”

Oskuslik küsimine

Hinnake kahe järgneva konsultatsiooni erinevusi. Mõlemal juhul on arstil kahtlus, et eakas patsient ei võta astmaravimeid ettekirjutuste kohaselt. Mõlemad konsultatsioonid tuginevad küsitlusele – esimeses esitatakse suletud küsimusi ja teises avatud küsimusi.

Näide ebaõnnestumisest: tuginetakse suletud küsimustele

Järgnev näide algab „rikutud” avatud küsimusega ehk küsimusega, mis algab avatuna, kuid lõpeb suletuna.

Meditsiinitöötaja: arst või õde.

Kontekst: ambulatoorne, esmaabi või astmakliiniku vastuvõtt.

Teema: Ravimi võtmine, eesmärk edendada enesega toimetulemist

ARST: Kuidas teile ravimid sobivad? [avatud küsimus] Kas te võtate neid regulaarselt? [suletud küsimus]

PATSIENT: Ma võtan neid peaaegu kogu aeg ja tunnen ennast hästi, välja arvatud siis, kui mul on hoog.

ARST: Kõige olulisem on iga päev kasutada ennetavat inhalaatorit. Kas te kasutate seda regulaarselt? [suletud küsimus]

PATSIENT: Jah, peaaegu kogu aeg.

ARST: Mida tähendab „peaaegu kogu aeg”? Kas see tähendab iga päev või jätate mõne päeva vahele, sest kui te seda teete, siis see ei ole hea. [suletud küsimus]

PATSIENT: Ma ei ütleks, et mul jääb palju päevi vahele, aga asi ei ole alati nii lihtne.

ARST: Teile on määratud kõrge ravimdoosiga režiim ja on väga tähtis, et te kasutate ravimit iga päev, eks ole?

PATSIENT: Jah, ma tean, et see on tähtis ja ma tõesti püüan, ausalt.

ARST: Ja mis juhtub, kui teil on astmahoog? [avatud küsimus] Kas teise inhalaatori kasutamine aitab? [suletud küsimus]

PATSIENT: Enam-vähem. Mu abikaasa ehmatas ära.

ARST: On hea, et teil on abikaasa, temast on teile abi. Kas teile jääb meelde, et iga päev peab kasutama ka ennetusinhalaatorit, mitte ainult leevendavat inhalaatorit, kui teil esineb hoog? [suletud küsimus]

PATSIENT: Jah.

Selles haigusjuhus esitas meditsiinitöötaja kasulikke ja avatud küsimusi, kuid olles hooletu, suutis neile lisada suletud küsimuse, mis „rikkus” avatud küsimuse väärtuse. Hea näide tarbetutest lisasõnadest on „Ja mis juhtub, kui teil on astmahoog? [avatud küsimus] Kas teise inhalaatori kasutamine aitab?” [suletud küsimus] Kui teine küsimus oleks välja jäetud, oleks esimene, avatud küsimus, paremini esile toonud, kuidas inhalaatorit kasutatakse ja arvatavasti oleks saadud rohkem informatsiooni ka muudest asjadest. Treeningutel on meedikud tihti teinud suletud küsimuste kasutamise kohta huvitavaid tähelepanekuid: „See on kurnav, ma tunnen ennast surve all olevana ja mul peab alati olema valmis järgmine küsimus.”

Näide õnnestumisest: hoolikalt valitud lühikesed avatud küsimused

ARST: Kuidas teil läinud on? [avatud küsimus]

PATSIENT: Enam-vähem, tänan küsimast. Enamasti tunnen ennast normaalselt, aga kui on hoog, siis on olukord teine, teate küll.

ARST: Mis siis juhtub? [avatud küsimus]

PATSIENT: Mu abikaasa ehmatab väga ja karjub, et ma inhalaatori võtaks. Siis lubab ta teile lähipäevil helistada, sest ta kardab minu pärast.

ARST: Ja mida te siis teete? [avatud küsimus]

PATSIENT: Ma kasutan vaevusi leevendavat inhalaatorit ja olukord rahuneb, seega me saame vist hakkama. Ma ise pole väga mures ja seega pean ka abikaasa maha rahustama.

ARST: Ja kas te kasutate ennetavat inhalaatorit? [suletud küsimus]

PATSIENT: Jah, nii enam-vähem.

ARST: Kuidas see teile sobib? [avatud küsimus]

PATSIENT: Kui aus olla, siis see mulle eriti ei meeldi, sest mulle ei meeldi kõik need steroidid minu kehas. Steroidid tekitavad verevalumeid ja mul on nende pärast piinlik. Mu käed on koledad ja sinikad hirmutavad lapselapsi ning mu nahk on habras ja läheb kergesti katki. Ma tean küll, et peaksin inhalaatorit kasutama ja kui ma seda ei tee, siis mu abikaasa naaksub mu kallal. Te võite ette kujutada, mis toimub.

ARST: Ja millega ma saan täna teile kõige kasulikuma olla? [avatud küsimus]

PATSIENT: Te võiksite mulle rääkida, mis saab, kui ma ei võtaks nii suurt kogust steroide? Kas nii suur doos iga päev on tõesti hädavajalik? Kuidas oleks, kui ma kasutaksin madalama doosiga inhalaatorit, kui ma kinnitan teile, et teen seda iga päev?

Oskuslikku küsitlust iseloomustavad mitmed omadused, mis on hästi näha eelmises näites. Küsimused on lühikesed ja lihtsalt sõnastatud, ning nii tundub patsiendile, et tegu on tavalise vestlusega, kus tahetakse teada tema kogemusi. Oluline teave (näiteks kätel olevatest verevalumitest põhjustatud piinlikkustunne) tuleb välja läbi avatud küsimuste, mis ei too iga kord kaasa konsultatsioonijaia pikenemist. Eelkõige annavad avatud küsimused meditsiinitöötajale võimaluse ilmutada patsiendi vastu ehedat huvi. Esimeses näites võis arst või õde samuti olla oma patsiendist huvitatud, kuid kehv suhtlemisoskus ei võimaldanud tal seda välja näidata.

Konsultatsioonide käigus esitatakse nii suletud kui ka avatud küsimusi. Tavaliselt ehitatakse vestlus üles mõnele avatud võtmeküsimusele, millele lisaks esitatakse suletud küsimusi juhul, kui on vaja esile tuua teatud kindlat informatsiooni.

Mõned kasulikud avatud küsimused

Küsimine on lihtne, kui vaja on teada saada vaid fakte, nagu näiteks, kas mingid kindlad sümptomid on esinenud. Siis piisab täiesti mõnest suletud küsimusest. Tervishoid on siiski palju keerulisem. Head avatud küsimused teenivad mitut eesmärki. Lisaks sümptomite väljaselgitamisele soovite teada ka ebamugavustunde ulatust, kuulda patsientide kogemusi (näiteks valu leevendamisest), selgitusi juhtunule (näiteks lapse seisukorra muutus) või koguni sügavalt isiklikest muredest (näiteks pärast halva uudise teatamist).

Järgnevalt leiate näited küsimustest, mis täidavad mitut eesmärki, on lühikesed ja käsikäes oskusliku kuulamisega (5. peatükk) võivad olla palju efektiivsemad kui rida kinniseid küsimusi.

1. „*Mis teile täna haiguse juures kõige rohkem muret teeb?*” See on kasulik küsimus, millega asetada patsient konsultatsiooni keskmesse. Reageerige murele lugupidavalt, see parandab teie ja patsiendi sidet ning loob hea aluse vestluskavas olevate teemadega tegelemiseks.
2. „*Mis teid nende ravimite juures kõige rohkem häirib?*” Kui patsient ei võta korralikult talle määratud ravimeid või pole ravimitega rahul, võib see küsimus paljastada palju patsiendi suhtumisest rohtudesse ja tuua välja tegeliku probleemi.
3. „*Mis täpselt juhtub, kui valuhoog tuleb?*” Sellisel juhul avaneb patsiendil võimalus oma lugu ära rääkida. Sõna „täpselt” kasutamine annab märku soovist jõuda patsiendi mure juurteni. Kui kuulate seletust, võivad ilmneda vastused teistele, ka faktilistele küsimustele.
4. „*Mis oli esimene asi, mida te lapse haigestumisel märkasite?*” Sõna „märkasite” võib olla äärmiselt kasulik. Inimesed reageerivad sellele tavaliselt hästi, sest see sõna suunab neid kogetud situatsiooni ja käitumise osas ennast eksperthindajana tajuma. Informatsiooni lausa voolab ning inimesed tunnevad,

et neid kuulatakse.

5. „Rääkige mulle rohkem... „

Avatud küsimus on *kutse*. „Kas ma tohin teilt küsida...?“ hõlmab viisakat ja lugupidavat suhtluskvaliteeti ja vastab samas patsiendi vajadustele.

Küsimus-vastus lõks

Lihtne on unustada, kui ärevad, hämmingus või murelikud on patsiendid konsultatsioonile tulles. Liitke siia juurde teie enda rutiinist tekkinud väsimus- või tüdimustunne ja te näete, kui suur on võimalus, et konsultatsioon ei toimi. Tulemuseks võib olla mudel, mida me nimetame küsimus-vastus lõksuks.

Küsimine on lihtne. Sellest võib kujuneda stamp, mis on kontrolliv ning sellises ulatuses ülekasutatud, et teavitamine, veelgi enam aga kuulamine on välistatud. Teie teemavalik domineerib ja patsient võib muutuda passiivseks ülekuulatavaks. Kujuneb olukord, kus teist saab vastuseid andev ekspert. Kiiret meditsiinist sekkumist nõudvates olukordades on see omal kohal. Kui tegemist on patsiendi käitumist puudutavate muutustega, siis on vaja teistsugust, vähem käskivat stiili.

” Järjest esitatud küsimused võivad esile kustuda kaitsehoiaku, mis viib enesehinnangu nimel tihti pooltõdedeni.

Üks tavalisemaid küsimus-vastus lõksu ilminguid tervisekäitumist puudutavates konsultatsioonides on koguse-sageduse uurimine, mis algab küsimusega „Kui palju te suitsetate?“ millele järgneb rühm küsimusi nagu „Millal te suitsetama hakkasite?“ ja „Kas teie poiss-sõber suitsetab?“ Selline lähenemine võib põhjustada patsiendipoolset vastupanu ja sellest tulenevalt jõuetustunnet arstis. Nii võib vestlus tunduda raske tööna, sest passiivsele patsiendile järgmise küsimuse välja mõtlemine on teie kohustus. Järjestikused küsimused kipuvad tekitama kaitseesse tõmbumist, viies sageli pooltõeste vastusteni, millega üritatakse kaitsta oma enesehinnangut.

Loomulikult tuleb mõningates olukordades küsida palju küsimusi ja sageli on patsiendid selle suhtes üpris tolerantsed. Kui tekib vajadus teha jadaküsitlust, võite patsienti ette hoiatada, selgitades, et ees seisab teatud põhjusel küsimustest ajendatud vestlus. Nii annate patsiendile mõista, et küsimus-vastus mudel pole teie tavaline viis inimestega suhestumiseks.

Rutiinne hindamine: „Kas ma võin teilt küsida...?“ (haigutus)

Üks meist (Rollnick) käis murettekitava akuutse probleemiga perearsti juures. Konsultatsioon algas nii: „Kui kaua aega tagasi te suitsetamise maha jätsite?“ Roll-

nick tahtis teada, millest selline küsimus, mille peale võttis arst kerge kaitsehoiaiku ja vastas kõveralt naeratades: „See pole tegelikult mina, vaid arvuti, kes teada tahab!” See arst oli kohustatud viima läbi eluviisidega kaasnevate harjumuste rutiinse hindamise.

Tavaline situatsioon, mis võib tekitada rea küsimusi, on standardiseeritud hindamisvormi kasutamine või haiglasse sissekirjutamise protseduur. Tavaliselt on sellised toimingud põhjendatud, kuid kui need on bürokraatlikud, võib lõpptulemuseks olla patsiendi vajadusi ja muresid eirav küsitlus. Kui uuriti diabeedikliiniku teenindusjuhilt, miks patsiendid pidid poolenisti lahti riietuma ning miks neid kaaluti ja pommitati küsimustega *enne*, kui arst neid vastu võttis, kõlas vastuseks: „Nii on meil kogu aeg tehtud”. Harjumuspärase rutiini tõttu vaadatakse sellise kogemuse sotsiaalsest mõjust täiesti mööda.

Isegi kui rutiinsed küsimused on kohustuslikud, saab asju korraldada nii, et bürokraatlik küsitlemine ei jääks domineerima. Kui kasutatakse standardiseeritud küsimustikku, võib alustuseks esitada mõned loomulikud avatud küsimused, andes mõista, et järgneb rida täpsemaid küsimusi. Patsiendi vastused avatud küsimustele annavad tihtilugu juba ka vastused mõnede suletud küsimustele. Seejärel võib küsida suletud küsimusi, et saada teavet, mis avatud küsimustele vastates välja ei tulnud.

Leidub mitmeid teid, kuidas vältida seda, mida üks arst on (võibolla pisut ebaõiglaselt) nimetanud „surmaks läbi hindamise”. Üks eriti kasulik viis rutiinse hindamise läbiviimiseks on kasutada „tüüpilise päeva” strateegiat kui raamistikku vormi täitmisel. Tabel 4.1. kirjeldab seda. Praktikas võib raamistikku kasutada ükskõik millisel konsultatsiooni hetkel, kui on vaja informatsiooni saada. Seda saab kasutada „tüüpilise valuepisoodi”, „hiljutise ravimikasutuse” ja teiste teemade kohta.

KOKKUVÕTE

Oskus küsida läbimõeldult ja tulemuslikult on patsiendile osutatava kõrgetasemelise abi keskmeks, ükskõik milliseid probleeme arutatakse ja missuguseid suhtlemisviise rakendatakse. Toon, rütm, sõnastus ja küsimuse selgus, kombineerituna uudishimu ja hea kuulamisoskusega, on kvaliteetse suhtlemise alustalad. Edasi uurime, kuidas küsimine on seotud MI juhendava stiiliga.

KÜSIMINE MI-S

Kogenud jalgpallitreener Carlos oli oma nelja-aastase tütreaga pargis. Laps kukkus ratta seljast murule ja puhkes nutma. Isa laskus ühele põlvele, et tüdrukut lohutada. Jäädes sellesse asendisse, küsis ta tütrelt rea küsimusi, oodates iga kord, et tütar vastuse osas otsusele jõuaks.

„Miks sa maha kukkusid?”

„Ma sõitsin aeglaselt.”

„Täpselt nii, sa sõitsid liiga aeglaselt. Ja kuidas sa saaksid kiiremini sõita?”

„Kõnniteel.”

„Ja mis siis võib juhtuda?”

„Kui ma kukuksin, saaksin ma haiget.”

„Mida sa nüüd tahaksid teha?”

„Ma lähen kõnniteele, tšau, issi...”

Tabel 4.1. Rutiinne hindamine, kasutame „tüüpilise päeva” strateegiat

Eesmärgid

Algatada hindamine, mis on elav ja patsiendikeskne ning mille käigus paljud teie standardküsimused saavad vastatud. Viia läbi 2-10 minuti pikkune vestlus, mille käigus luuakse usalduslik vahekord. Peamiselt räägivad patsiendid, teie saate palju teada nende isiklikust ja sotsiaalsest taustast (kaasa arvatud valmisolekust muutusteks). Formaalse hinnangu võite kokku võtta vahetult pärast patsiendi lahkumist.

Põhimõtted

1. *Väljendage heakskiitu.* Ärge jagage hinnanguid. Hinnake kõike, mida patsient ütleb või teeb, vastuvõetavaks või vähemalt näidake, et see teid ei üllata.
2. *Teadke oma hindamise kava.* Vestluse arenedes tehke mõttes märkmeid hindamise osadest, mida on käsitletud ja mis on veel käsitlemata.
3. *Sobitage hindamine vestlusesse, mitte vestlus hindamisse.* Olukorrale aitab kaasa, kui asetate paberimajanduse laual endast eemale.
4. *Säilitage uudishimu.* Segage julgelt vahele, kui on vaja rohkem detaile teada saada.
5. *Seiske vastu uurimisimpulsile.* Patsiendi jutusse küsimustega sekkumine võib lõhkuda heakskiitva ja uudishimuliku õhkkonna.
6. *Keskenduge nii käitumisele* („Mis siis juhtus?”) *kui ka tunnetele* („Kui te sulgesite eesukse ja hakkasite poodi minema, siis kuidas te ennast tundsite?”).

Praktika

1. *Õelge, et tegemist on hindamisega ja küsige luba.* „Mul on siin ankeedis rida

küsimusi, aga ma arvan, et on palju lihtsam, kui me paneme selle kõrvale ja te pühendate mulle 5-10 minutit ja jutustate lihtsalt oma viimase aja tüüpilisest päevast. Võimalik, et võtame selle ankeedi hiljem uuesti ette ja täidame mõned lüngad. Kas nii sobib?”

2. *Valige päev.* „Kas oskate meenutada viimasest ajast mõnd tüüpilist päeva?”
3. *Käige „tüüpiline päev” läbi.* Olge aja ja tempo osas tähelepanelik. Aeglustage, kui patsient näib lugu liiga kiiresti jutustavat ja kiirustage tagant, kui leiate, et jutustamine võib võtta kauem kui 10 minutit.
4. *Küsige üle, kas patsient soovib midagi lisada.* „Kas on veel midagi, mida soovite eilse kohta lisada?”
5. *Küsige omapoolseid küsimusi.*
6. *Võtke hindamisvorm ja täitke lüngad või tehke seda hiljem.* Enamik patsiente ei pane pahaks, kui teete seda pärast „tüüpilise päeva” jutustamist. Hoidke paberid vestluse ajal endast eemal ja ärge käituge uurival, sel juhul aitavad paljud patsiendid teil lünki tagantjärele täita.
7. *Harjutage.* Kõik õnnestub seda paremini, mida vähem te sekkute „tüüpilise päeva” juttu. Mida mugavamalt patsient end lugu jutustades tunneb, seda paremini olete toime tulnud.

Andmed Rollnick, S., Mason, P. & Bitler, C. (1990). Health behavior change: A guide for practitioners. Edinburgh: Churchill Livingstone.)

” *Just seda peamegi silmas, kui räägime küsimisest juhendava stiili teenistuses. See on kutse tulla ja asetada erinevad valikud kaalukausile, et muutus läbi arutada.*

Carlos näitas, et lahendus peaks tulema ja tuligi tema tütrelt. Ta küsis küsimusi nagu Sokrates kunagi, aidates tütre lahenduseni jõuda. Ta lõi toetava õhkkonna, vältis tema eest probleemi lahendamist ja küsis rea eesmärgipäraseid küsimusi. Just seda me peamegi silmas, kui räägime küsimisest juhendava stiili teenistuses. See on üks MI nurgakividest. See on kutse tulla ja asetada erinevad valikud

kaalukausile, et muutus läbi arutada. Sarnaste küsimustega toote esile inimese enda motivatsiooni ja kuulates hakkate mõistma patsiendi vaatenurka. Need on aga kaks põhiprintsiipi, millest rääkisime 2. peatükis.

Sihi seadmine

Hea teejuht selgitab kõigepealt välja, kuhu inimene minna tahab. See on eriti oluline tervishoidu puudutavates konsultatsioonides, mille käigus võib ilmsiks tulla mitmeid muutusi käitumises, mida patsient võiks parema tervise huvides teha. Kes teeb valiku, mis suunas liikuda, kui võimalusi parema tervise saavutamiseks on mitmeid?

Me kasutame mõistet „sihi seadmine” ja viitame sellega vestlusele, mille käigus antakse patsiendile nii palju vabadust otsuse langetamiseks kui võimalik. Vestluse käigus võivad esile kerkida teemad, mis valmistavad teile kõige enam muret ja hea teejuht ütleb välja, millised need mured on. Kui valite teemad enne vestluse algust patsienti kaasamata, siis kaotate võimaluse teada saada, millist käitumismuutust oleks patsient ise valmis arutama. Vaadake näiteks arsti konsultatsiooni seoses südamehaigusega:

„Nii, tundub, et teile sobivad teie ravimid. Kas tohin nüüd küsida suitsetamise kohta? Kas olete mõelnud suitsetamist maha jätta?”

Seda nimetame enneaegse fookuse lõksuks. Arst ei andnud patsiendile võimalust rääkida mõnest teisest eluviiside muudatusest.

Enneaegse fookuse lõksu teine faas saabub, kui arst keskendub kindlat käitumist puudutava vestluse *jooksul* liiga kiiresti tegevusele. Eeldame, et eelneva näite patsient oli hea meelega valmis suitsetamisest rääkima. Arsti küsimus „Kas olete mõelnud suitsetamist maha jätta?” sisaldab endas otsust fookust kindlale tegevusele, mis võib olla rutakas patsiendi jaoks, kes pole selliseks sammuks veel valmis. Parem oleks olnud küsida: „Millised on hetkel teie seisukohad seoses suitsetamisega?” See annab patsiendile vähemalt võimaluse teha algust ja rahulikult keerulisest sõltuvusest rääkida.

Tavaliselt on tark kõigepealt välja selgitada patsiendi väljavaated ja eelistused. Alustades patsientide endi muredest, suureneb nende valmisolek teie soovitusi kuulata. Nii haigust ennetavas kui ka haiguse kulgu muutvas tegevuses on tihtilugu olemas valikuid, mida kaaluda. Ühel inimesel on sageli mitu tervist kahjustavat harjumust. Patsient võiks teha tervislikke muudatusi toitumisharjumuste, kehaliste harjutuste, suitsetamise, alkoholi tarbimise, ravimi võtmisest kinnipidamise, stressi, ärritumise või sotsiaalsete tegevuste osas. Juhendavad küsimused koos kuulamisega on võti selle probleemi lahendamisel.

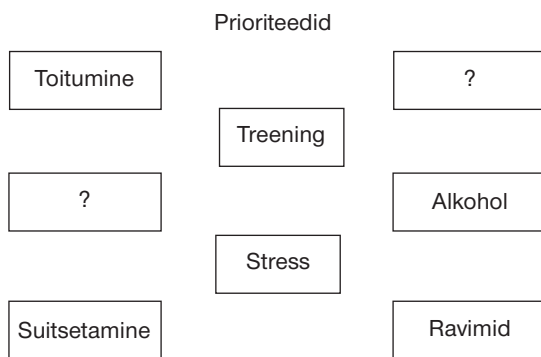
Alati on võimalik patsiendile esitada lõplikku varianti teemadest, mille vahel ta saab valida. Seda on lihtne teha nn „mullilehega”, millel on rida „jutumulle”, igapähe üks võimalikest vestlusteemadest, kaasa arvatud tühjad kujundid, millele

” *Seda nimetatakse enneaegse fookuse lõksuks. Arst ei andnud patsiendile võimalust rääkida mõnest teisest eluviiside muudatusest. Enneaegse fookuse lõksu teine faas saabub, kui arst keskendub kindlat käitumist puudutava vestluse jooksul liiga kiiresti tegevusele.*

” *Tavaliselt on tark kõigepealt välja selgitada patsiendi väljavaated ja eelistused.*

” *See kõik võtab tavaliselt aega paar minutit, enne kui te koos patsiendiga keskendute käitumise muutusele eelnevalt kokkulepitud teemal.*

patsient võib ise soovikohase teema lisada. Ambulatoorses südamekabinetis võiks „mullilehel” olla joonisel 4.1. näidatud teemad, lisaks ka mõned tühjad mullid (mille sees on küsimärgid).



JOONIS 4.1. Sihi seadmise näidisleht ambulatoorses südamekliinikus.

Mullilehte patsiendile andes võib arst öelda: „Kui soovite, võime rääkida muudatustest, mida te saaksite oma tervisliku seisundi parandamiseks teha. Siin on mõned valdkonnad, milles muudatuste tegemine võib haiguse kontrolli all hoidmiseks vajalik olla ning millest me rääkida võiksite. Kas leidub mõni valdkond, millest te sooviksite täna rääkida? Või on teil ehk mõni muu mure, mida tahaksite arutada, mis tundub teile praegu olulisem?”

” *Sihi seadmise juurde võib tagasi pöörduda konsultatsiooni ükskõik mis punktist, kui tunnete end eksinuna või kui jõuate kõnealuse käitumise muudatust puudutava vestlusega loomuliku lõpuni.*

Mõne hetke pärast on sobiv mainida teemasid, millest teie meelest võiks rääkida. Sihi seadmine töötab hästi, kui patsient valib mõne teema, millel ta soovib konstruktiivselt vestelda ja ka teie saate omalt poolt teema õhku viata. Kui teie teema ei ühti patsiendi omaga, peetakse üldiselt heaks tooniks, et patsiendil on eesõigus alustada. Sihi seadmine töötab hästi, kui patsient tunneb end piisavalt vabalt, et öelda: „Ei, aitäh, täna mitte.”

See kõik võtab tavaliselt aega paar minutit, enne kui te koos patsiendiga keskendute käitumise muutusele eelnevalt kokkulepitud teemal. Kui olete piisavalt harjutanud, pole teil enam paberilehte tarvis. Sugugi igale patsiendile ei meeldi visuaalne abi. Sihi seadmise juurde võib tagasi pöörduda konsultatsiooni ükskõik mis punktist, kui tunnete end eksinuna või kui te jõuate kõnealuse käitumise muudatust puudutava vestlusega loomuliku lõpuni.

Teile võib tunduda riskantne, et patsiendid valivad ise teema, sest lõppkokkuvõttes teate teie ju paremini, millised harjumused kujutavad suurimat ohtu tervisele. Kas kogu asi ei lõpe sellega, et „lasete patsiendi konksu otsast minema”,

vesteldes tema valitud teemal (näiteks füüsiline treening), kuigi te arvate, et see on väiksem mure kui mõni teine teema (näiteks suitsetamine)? Paljud patsiendid on kuulnud sama juttu suitsetamisest pikkade aastate jooksul, kuid kasu on sellest olnud väga vähe. Kui patsiendid teevad edusamme ükskõik kui näiliselt ebaolulises valdkonnas, siis saavad nad teada, mida tähendab kordaminek, ja seda kontekstis, kus läbikukkumine on väga tavaline. Väikesed edusammud ühes valdkonnas võivad viia progressini teises.

PRAKTILISED SOOVITUSED KUIDAS KÜSIDA ÕIGEID KÜSIMUSI

Mille alusel te otsustate, milliseid küsimusi tervisekäitumise muudatuse soodustamiseks esitada? Millisest küsimusest oleks sellele inimesele abi? Milline vaatenurk aitaks teda tema kimbatuses? Mis toob esile kaitsepositsiooni, vastandina muutustejutule? See on justkui metsas õige raja otsimine. Mõni rada kulgeb nõia-ringis, mõni viib eikuhugi, mõni juhib otse üle kuristikuserva. Leidke õige rada ja te säästate kuhjaga aega. Võrrelge erinevusi kahes dieeti puudutavas näites:

Näide 1: „Halva” käitumise kontrollimine

ARST: Ma pean teilt nüüd küsima, kas te olete kinni pidanud teile määratud dieedist?

PATSIENT: Jah, mm..., mõnikord ma unustan ja on raske teha endale perekonnast eraldi toitu.

Näide 2: Kasulik juhendav küsimus

ARST: Te tegelete hetkel toitumiskava muutmisega. Millest meil oleks täna kõige kasulikum rääkida?

PATSIENT: On olnud väga raske. Ma tahaksin leida toite, mis sobiksid nii mulle kui ka mu perele, et ma ei peaks endale eraldi süüa tegema.

Esimeses näites on tuntav korralekutsuv toon, see algab suletud küsimusega, mis sisuliselt tähendab: „Kas te olete korralikult käitunud?” Suletud küsimused võivad tekitada tunde, et ollakse ülekuulamisel. Teine näide algab *kutsega* avatud küsimuse vormis, andes patsiendile ruumi valida, millest rääkida. Küsimus on esitatud juhendavas stiilis ja aitab suunata patsienti vestluse keskmesse. Muutustejutt läheb kohe käima.

” *Küsimus on esitatud juhendavas stiilis ja aitab suunata patsienti vestluse keskmesse. Muutustejutt läheb kohe käima. MI üks põhiküsimus on, kuidas vastata muutustejutule?*

MI üks põhiküsimus on, kuidas vastata muutustejutule? Eelnenud näites sobivad vestluse jätkamiseks kõik neli 1. peatükis tutvustatud juhtpõhimõtet (suruda maha parandamisrefleks, mõista ja õppida tundma patsiendi enda motivatsioone, kuulata empaatiaga, jõustada patsienti). Küllap tahate vastu panna parandamisrefleksile ega soovi liiga kiirelt praktiliste nõuannetega vestlusse sekkuda. Üritate mõista patsiendi motivatsiooni nii, et lahendus tuleks temalt endalt. Kuulamine võiks olla järgmine kõige tõhusam samm (vt 5. peatükk). Ilmselt tahate patsienti jõustada, sisendades temasse usku, et muutused on võimalikud ning et koos suudate leida töötava lahenduse.

Ülejäänud osa peatükist keskendub sellele, kuidas moodustada kasulikke juhendavaid küsimusi, mis avaksid ukse muutusest rääkimiseks.

Soov, põhjused, vajadus, võime

Lihtne soovitus on küsida avatud küsimusi, millele saab vastata muutustejutuga. Mäletate 3. peatükis esitatud muutustejutu tüüpe?

- *Soov.* „Mida te tahate, soovite, ihaldate, loodate jne?”
- *Võime.* „Mis on võimalik? Mida te saate või saaksite teha? Mida olete võimaline tegema?”

” *Lihtne soovitus on küsida avatud küsimusi, millele saab vastata muutustejutuga.*

- *Põhjused.* „Miks te teeksite sellise muutuse? Mida täpselt sellest kasu oleks? Milliseid riske tahaksite vähendada?”

- *Vajadus.* „Kui tähtis on see muutus? Kui väga te seda muutust vajate?”

Siit leiata mõned üldisemad muutusi puudutavad küsimused, sõnastatud nii, et need kutsuksid esile kõiki kuut tüüpi muutusejutte.

„Miks te tahaksite seda muutust teha?” [soov]

„Kui te otsustate muutuse ette võtta, kuidas te seda teeksite?” [võime]

„Mis on kolm kõige kasulikumat asja, mida muutus kaasa toob?” [põhjus]

„Kui tähtis muutus teile on?” [vajadus]

„Mis te arvate, mida te tegema hakkate?” [pühendumine]

„Mida te juba praegu teete, et terve olla?” [meetmete võtmine]

” *Sellised küsimused tekitavad patsiendis valmisoleku muutumiseks, tõstavad esile patsiendi enda motiveerituse ja loomingulised ideed.*

Kõik need küsimused nõuavad vastust, mis sisaldaks muutustejuttu. Sellised küsimused tekitavad patsiendis valmisoleku muutumiseks, tõstavad esile patsiendi enda motiveerituse ja loomingulised ideed. Te ei tea tegelikult vastust enne õiget aega, erinevalt

Carlosest, kes juhtis oma tütre järelaluseni, mida ta tegelikult juba ise selgelt nägi. Näiteks teie arvates kõige tähtsamad (tulemusrikkamad) põhjused ei pruugi olla patsiendile motiveerivad. Küsimused, mida nõrduinud arstid mõnikord tahavad esitada, kuid mis patsiendis kutsuvad esile kaitsehoiakut, on:

- „Miks te ei taha.....?“
- „Miks te ei saa.....?“
- „Miks te ei ole.....?“
- „Miks te peate.....?“
- „Miks te ei.....?“

Iga sellise küsimuse vastuseks on status quo kaitsmine. Küsige inimestelt, miks nad ei muutu, ja nad vastavad teile rõõmuga. Kuid vastamise käigus nad ainult tugevdavad status quo'd.

Juhendavad küsimused, mida me selles peatükis välja toome, on vaid näited. Põhiprintsip (2. peatükk) on mõista ja uurida välja patsiendi enda motivatsioon muutuda. Meie kogemus näitab, et patsiendid hakkavad tervislikumalt käituma siis, kui nende poole on pöörduud juhendavas, mitte käskivas stiilis.

” *Meie kogemus näitab, et patsiendid hakkavad tervislikumalt käituma siis, kui nende poole on pöörduud juhendavas, mitte käskivas stiilis.*

Te esitate häid juhendavaid küsimusi, kui juhtub miski (või kõik) järgnevast nimekirjast:

- Te tunnetate sidet patsiendiga ja olete tema vastustest huvitatud.
- Teie patsiendid räägivad käitumise muutmisesest positiivses võtmes.
- Teie patsiendid küsivad endalt valjult ja avalikult, miks ja kuidas nad võiksid muutuda.
- Patsient on mõtlik ja süvenenud ning üritab leida lahendust.
- Patsient küsib teilt, kuidas või miks ta peaks käitumist muutma.
- Isegi kui konsultatsiooniks on vähe aega, tundub kõik loomulik ja tagant kiirustamata.

Skaala kasutamine

Skaala või mõõdik ühest kümneni on käepärane tööriist. Neid kasutatakse tervishoius, et küsida subjektiivseid hinnanguid näiteks patsiendi valu tugevuse kohta. MI-s on skaalal topeelteemärk. Siin ei anna skaala edasi ainult patsiendi motivatsioonitaset, vaid võib esile kutsuda ka muutustejutu. Skaalal ühest kümneni (1-10) saab mõõta motivatsiooni erinevaid alaliike, kaasa arvatud valmidust, soovi või pühendumust. Enamik patsiente suudab vastata suuliselt. Mõnel juhul on mõt-

tekas tõmmata paberile joon, märkida ühte otsa null ja teise kümme ning lasta patsiendil öelda, kuhu ta end sellel mõõtkaval paigutab.

Näiteks võite teha esimese sammu, küsides selliseid küsimusi, nagu:

„Kui tõsiselt te tahate rohkem trenni teha? Skaalal ühest kümneni, kus üks tähendab „üldse mitte” ja kümme „väga”, kuhu te enda soovi praegu paigutaksite?”

„Kuivõrd valmis olete olukorda muutma? Skaalal ühest kümneni, kus üks tähendab „üldse mitte valmis” ja kümme „täiesti valmis”, kuhu te ennast praegu paigutaksite?”

„Kui tähtis on teie arvates suitsetamise mahajätmine? Skaalal ühest kümneni, kus üks tähendab „üldse mitte tähtis” ja kümme „äärmiselt tähtis”, mis on teie arvamus?”

” *Skaala ei edasta ainult patsiendi motivatsioonitaset, vaid võib esile kutsuda ka muutustejutu.*

Järgmiseks küsige patsiendilt, miks ta nimetas mingi numbrit, näiteks viie, ja mitte sellest madalama. Vastus sellele küsimusele on muutustejutt, ja nüüd saate olukorda üksikasjalikumalt uurida. Edasi on kasulik küsida, mis peaks juhtuma, et see number oleks kõrgem. Kuid olge ettevaatlik – frustratsioon või

parandamisrefleks võivad viia vastupidise küsimuse esitamiseni: „Miks te valisite number viie, aga mitte number kümne?” Selle küsimuse vastuseks saate status quo kaitsmise.

Veel üks hoiatus skaala kasutamiseks – skaala on täpselt nii hea kui usalduslik on teie vahekord patsiendiga. Kui hakkate hindama uurival toonil, teete seda liiga vara, ilma tegelikult patsienti mõistmata ja julgustamata, võite esile kutsuda mingit sorti kaitsehoiaku. „Aga muidugi, ma olen väga valmis suitsetamist maha jätma...” võib tulla patsiendilt, kes tegelikult ütleb seda, mida ta arvab teid kuulda tahtvat. Tõsiasi on see, et skaalal saadavad vastused ei pruugi alati olla usaldusväärsed. Hea usaldusvahekord ja juhendava stiili kasutamine võib tõsta skaala usaldusväärset.

Mõned arstid kirjutavad need hindamistulemused haiguslukku. Kui kohtute sama patsiendiga uuesti, siis võib sellest kasu olla, sest see aitab teil ja patsiendil jälgida, kuidas olukord on muutunud.

Tähtsuse ja eneseusu hindamine

Kõige enam tulemusi andvate küsimuste seas on kaks lihtsat küsimust, mis käsitlevad muutuse tähtsust ja patsiendi usku edu saavutamisse. Skaalast võib olla palju kasu. Nende küsimuste kasutamise eesmärgiks on aluse loomine mõistmise tekkimiseks ja muutustest rääkimise esile kutsumiseks. Ühtlasi aitavad nad teil

veenduda, et suunate oma energia tõhusalt kõige enam tähelepanu vajavale valdkonnale. Kui küsitlus on siiralt teadmishimuline ja side patsiendiga hea, tuleb patsiendi motivatsioon vestluse käigus kergesti esile.

Esimese sammuna on vaja selgitada muutuse tähtsus ning seejärel, kui tundub sobilik, anda numbriline hinnang. „Kui tähtis on teie jaoks, et...? Kas te võiksite öelda mulle skaalal ühest kümneni, kus üks tähistab „üldse mitte tähtis” ja kümme „äärmiselt tähtis”, kui tähtis on teie jaoks, et...?” Küsige sajalt ülekaaluliselt patsiendilt kaalu kaotamise kohta seda küsimust ja tulemuseks on kõik numbrid skaalal, kuid enamasti jäävad need kolme ja seitsme vahele. Teiseks küsige, nagu eelnevalt juba mainitud: „Miks andsite endale hindeks... aga mitte ühe?” Vastus sellele küsimusele näitab põhjuseid, miks patsient peab muutust vajalikuks (ehk muutustejutt). Te saate teada, miks muutus on subjektiivselt oluline, kuid samas ka, *miks* see on oluline patsiendi jaoks.

Samad küsimused sobivad ka siis, kui räägitakse patsiendi usust muutuse võimalikkusest: „Skaalal ühest kümneni, kus üks tähistab „ma olen kindel, et ma ei suuda” ja kümme „ma olen veendunud, et ma suudan”? Millise numbri te endale praegu paneksite?” Hinde saamise järel küsite „Ja miks andsite endale hindeks just selle numbri ja mitte ühe?” Siin väljendab patsient usku enda võimesse muutusi viia läbi. Viidates skaalale võib olla kasulik küsida: „Mis aitaks teil saavutada kõrgemat hinnet” või „Kuidas saan mina teid aidata skaalal kõrgemat hinnet saavutada?”

Patsiendid võivad vajada teilt erinevat abi, sõltuvalt sellest, millised olid nende numbrid kahel skaalal. Vaatame näiteks kahte patsienti. Kumbki asub enam-vähem muutusteks valmisoleku keskel, kumbki väljendab ambivalentsust ja on tõrges suitsetamist maha jätma, kuid neil on väga erinevad alusmotivatsioonid.

Suitsetaja A: „Siin ma olen, 55-aastane, ja mul on diagnoositud emfüseem. Ma tõesti pean suitsetamise maha jätma, aga kuidas? Ma olen nii mitmeid kordi proovinud ja midagi pole välja tulnud. Tundub mõttetut üldse proovida.” [tähtsus: 9; usk: 2]

Suitsetaja B: „Muidugi, ma tean, te arvate, et see on mulle kahjulik, ja pikemas perspektiivis see arvatavasti nii ongi, aga suitsetamine kuulub minu selt-sielu juurde. Ma ütlen teile, ma olen rahvusvahelistel võistlustel sportlase-na osalenud ja kui ma otsustan midagi teha, siis seda ma ka teen. See pole lihtsalt hetkel minu jaoks prioriteet.” [tähtsus: 2; usk: 9]

” *Kõige enam tulemusi andvate küsimuste seas on kaks lihtsat küsimust, mis käsitlevad muutuse tähtsust ja patsiendi usku edu saavutamisse. Skaalast võib olla palju kasu.*

” *Kui küsitlus on siiralt uudishimulik ja side patsiendiga hea, tuleb patsiendi motivatsioon vestluse käigus kergesti esile.*

” *Hinnates kõrgelt oma patsiente ja uskudes nende muutumisvõimesse, saad oma väärtuslikku konsultatsiooniaega kasutada nii, et see ühtiks nende olulisimate vajadustega.*

teie abi vajavad. Patsientide hindamine võimaldab teil kasutada väärtuslikku konsultatsiooniaega viisil, mis ühildub patsientide suurimate vajadustega paremini. Kui muutumist takistab kõige ilmsemalt olematu tähtsus, siis nende küsimuste kasutamine annabki teile võimaluse juhtida tähelepanu tähtsusele. Sama kehtib ka usu puhul. Asendades „üks suurus kehtib kõigile” laadis sekkuva lähenemisviisi kirjeldatud lähenemisega, suureneb efektiivsus ja patsiendi osavõtt vestlusest koos lisandunud võimalusega kutsuda esile muutustejutt.

Poolt ja vastu

Küsites patsientidelt olukorra plusside ja miinuste koha, saate kimbu võtmetähtsusega juhendavaid küsimusi, mis on eriti kasulikud, kui patsient näib muutuse suhtes ebakindel olevat. Teie saate võimaluse uurida ambivalentst. Patsiendil on aega seista oma ebakindlusega silmitsi ja teha seda toetavas keskkonnas, kus tema sisemine motivatsioon saab takistamatult pinnale tulla. See ongi MI tuum.

” *Küsites patsientidelt olukorra plusside ja miinuste koha, saate kimbu võtmetähtsusega juhendavaid küsimusi, mis on eriti kasulikud, kui patsient näib muutuse suhtes ebakindel olevat.*

Patsiendid, kes on andnud kõrged hinded tähtsusele ja madalad usule, nagu suitsetaja A, vajavad julgustamist, et muutus on võimalik, ja mõningaid ideid, kuidas seda läbi viia. Sellised patsiendid on üsna erinevad neist, kes hindavad kõrgelt usku ja madalalt tähtsust, nagu suitsetaja B. Rääkides suitsetajaga A muutusest *miks* (tähtsus) ja suitsetajaga B muutusest *kuidas* (usk), siis arvatavasti raaskate oma aega, sest need pole valdkonnad, milles nad

Esmalt küsige patsiendilt, mis on praeguse olukorra juures hea. See annab teile omakorda võimaluse küsida ka hetkel mitte-nii-heade asjade kohta. Neid kahte üldist küsimust võib kasutada ükskõik millist muutust käsitleva teema puhul. Pange tähele, et esimene küsimus toob esile argumente, miks praegune olukord ei vaja muutmist, ning teine kutsub esile muutustejutu. Emma-kumma küsimuse tagajärjel toob patsient tavaliselt esile oma ambi-

valentsuse mõlemad pooled.

Suitsetamise puhul võiks esimene küsimus olla: „Mis teile suitsetamise juures meeldib?” Pidage meeles, et see küsimus oleks esitatud ilma igasuguse etteheite või sarkastilise hoiakuta. Kui teie hääles kõlab „Kuidas teile suitsetamine üldse meeldida võib?” kutsute patsiendis esile kaitsehoiaku. Küsimus tuleb esitada ausa huvi ja uudishimuga hüvede osas, mida patsient tunnetab kaasnevat suitsetamise

jätkamisega. Kui olete patsiendi ettekujutuse harjumuse headest külgedest esile toonud, võite jätkata teise küsimusega. Näiteks: „Ja millised on teie jaoks suitsetamise halvad küljed?”

Hea moodus vestluse lõpetamiseks on võtta lühidalt kokku patsiendi kirjeldatud plussid ja miinused, teha seda nii, nagu ta ise neile vaatab ning võimalikult patsiendi enda sõnastuses. Võtmeküsimust (näiteks „Millise kokkuvõtte me võiksite nüüd teha?”) esitades ulatate patsiendile kutse astuda samm edasi, haarata elus rool enda kätte ja ise muutusi juhtida.

Võtmeküsimused: mis saab edasi?

„Võtmeküsimus” testib patsiendi valmisoleku astet muutusteks. Võtmeküsimus on hea järelkaja kõikidele eelnevatele vestlustele: soov, põhjus, võime, vajadus; motivatsioon, skaalad, tähtsus ja usk või plussid ja miinused. Võtmeküsimuse olemus on „mis saab edasi?” Mõned näited võtmeküsimustest:

„Niisiis, mida te sellest kõigest praegu arvate?”

„Mida arvate suitsetamisest praegu?”

„Mis te arvate, mida te nüüd ette võtate?”

„Mis oleks teie jaoks esimene samm?”

„Kui üldse, siis mida te plaanite teha?”

„Mida te kavatsete teha?”

Pange tähele, et normaalne vastus ükskõik millisele küsimusele oleks pühendumusjutt. Patsiendi väljendatud pühendumuse tase ennustab, kui suur on tõenäosus, et muutus toimub. Vähene pühendumus viitab vajadusele soov/põhjus/võime/vajadus-teemade uurimist jätkata kas sellel või järgneval visiidil.

Kui patsient väljendab mingit soovi muutuseks, võib süvenemine konkreetse teemasse olla kasulik. *Millal* patsient alustab muutusega või viib muutuse ellu? *Mida* patsient täpselt teeb? *Kuidas* see patsiendil õnnestub? Teaduslik uurimine näitab, et inimesed kalduvad rohkem käitumismuutusi ellu viima, kui nad väljendavad oma kavatsusi konkreetsemalt, nagu millal, mida ja kuidas. Kuid ärge sundige peale kohustusi, mida patsient ei ole valmis võtma. Küsimus on, mida inimene on valmis ja võimeline hetkel tegema.

Hüpoteetiliste küsimuste kasutamine

Patsientide puhul, kes pole veel muutusteks valmis, on ohutum võtta samm tagasi ja rääkida nendega hüpoteetiliste küsimuste keeles. See annab neile suurema vabaduse muutust ette kujutada. Siin on mõned juhendavad hüpoteetilises keeles sõnastatud avatud küsimused:

„Mida oleks vaja, et te langetaksite otsuse teha...?”
„Kui te muudaksite... (seda), siis mis võiksid olla sellest tulenevad hüved?”
„Eeldame, et te otsustate... (midagi teha). Kuidas te sellele läheneksite, et lõpptulemus oleks edukas?”
„Kujutleme hetkeks, et te... Mis muutuks teie elus?”
„Mida oleks vaja, et jõuaksite skaalal viielt kaheksani?” [tähtsus]
„Kuidas asjad peaksid teisiti olema?”
„Eeldame, et te jätkate muutuste tegemisega... (milleski). Mis võiks teie meelest viie aasta pärast juhtuda?”

Kujutusvõimet saab rakendada, kui patsiendiga on hea usalduslik vahekord ja ta suhtub vestlusesse silmnähtavalt hästi. Kaaluge sellist tüüpi küsimuse esitamist:

„Milline hetkel võimatu asi, kui see oleks võimalik, võiks muuta kõike?”
„Kui te oleksite minu asemel, millist nõu te endale annaksite...?”
„Kuidas on (seesugune käitumine) hoidnud tagasi teie arengut, takistanud teid edasi liikumast?”
„Mida sooviksite kõige enam, et teie elus juhtuks aasta, viie või isegi kümne aasta pärast?”

KOKKUVÕTE

Selles peatükis käsitlesime nii üldiste kui juhendavas stiilis küsimuste rakendamist. Mis puudutab viimast, siis patsiendiga tegelemiseks rahulikult aega võttes saavutate edu sageli kiiremini. Käitumise muutmist käsitlevad konsultatsioonid nõuavad just sellist lähenemist. Mõni hästi kulutatud minut külvab seemne, millest hiljem idaneb muutus. Paljud arstid on näinud, kuidas patsiendid nende juurde tagasi tulevad, öeldes: „See üks asi, mis te ütlesite, muutis minu jaoks kõik.” MI keskmes on tõdemus, et suurem osa vastustest on patsiendis endas olemas. Sellise elhäälestusega oskate reeglina ka õigeid küsimusi esitada.

5. PEATÜKK

KUULAMINE

Ammu enne teaduspõhist tervishoidu tegutsesid ravitsejad, kes oskasid tähelepanelikult kuulata. Juba see ravib, kui keegi teid ära kuulab ja mõistab, kui satute kaastundliku tähelepanu keskmesse. Me usume, et kuulamisoskus on üks põhjustest, miks inimesed leiavad sageli tee ravitsejate juurde ning miks nad lähivad arstide juurde, kes oskavad kuulata. Mõnel on kuulamisanne justkui kaasa sündinud. Uuringute tulemused kattuvad meie treeningutelt saadud kogemustega – kuulamisoskust saab arendada ja paremini kasutama õppida. Selle tagajärjel konsultatsiooni lõpptulemus muutub.

Selles peatükis süveneme kuulamisoskusesse. Alustame üldistest seisukohtadest ning seejärel vaatleme kuulamisoskuse rakendamist juhendavas stiilis, oskuses, mis on MI-s kesksel kohal.

MIS ON KUULAMINE

Aega pole kunagi piisavalt ja seda ei taheta „väheproduktiivsele” tegevusele kulutada. Põhjusti, miks oma kuulamisoskust siiski lihvida, on palju.

- Kuulamine aitab teil koguda väärtusliku teavet, mis muidu võib tähelepanuta jääda.
- Ka natuke kõrgendatud tähelepanuga kuulamist võib teie suhte patsiendiga palju paremaks teha. See võib võtta kõigest 1-2 minutit. Veel kaua aega hiljem, kui detailid on juba ununenud, meenutavad patsiendid korduvalt meditsiiniõde, arsti või sotsiaaltöötajat, kes neid ära kuulas.
- Patsiendid, keda on kuulatud, tunnevad end vabamalt ning on raviga rohkem rahul, nad on avatumad ja ausamad ning usutavasti võtavad paremini

” *Kui kuulamine on olnud piisav, tundub patsiendile, et talle pühendati rohkem aega kui tegelikult kulus.*

saadud nõuandeid kuulda.

- Kui kuulamine on olnud piisav, *tundub patsiendile, et talle pühendati rohkem aega kui tegelikult kulus*. Küsimuste esitamise ja teavitamisega piirduv vastuvõtt tundub sageli lühem kui see tegelikult oli, sest patsiendid kalduvad alahindama neile pühendatud aja pikkust.
- Võib-olla kõige tähtsam ongi see, et hea kuulaja aitab ka iseenesest. Võib ehk tunduda, et te justkui ei teegi midagi, kuid hea kuulamine on väga oluline komponent ravi „määratlemata” aspektide seas. Ka kõigest kuulamine võib edendada muutust.

” *Kuulates hoiate aega kokku, sest areneb oskus kiirelt patsiendi murede sisu tabada. Nii saate hõlpsamalt järgmisele teemale edasi minna.*

Selles peatükis käsitletavate tehniliste üksikasjade juures on oluline üks lihtne tähelepanek – kuulamine väljendab uudishimulikkust ja patsiendi aktsepteerimist. Mida vilunum te olete, seda lihtsamalt leiate võimaluse põimida rutiinsesse töösse väikesi kuulamisepisoodide. Te hoiate sellega aega kokku, sest areneb oskus kiirelt patsiendi murede sisu tabada. Nii saate hõlpsamalt järgmisele teemale edasi minna.

Millal kuulamist kasutada? Väga lihtne – konsultatsiooni mistahes hetkel. Seda on võimalik sobitada ja see peabki sobituma tavapraktikasse selle normaalse osana, ükskõik, kas tegu on hindamise, diagnoosimise või juhtimisülesandega. See on vahend, mida võib väga edukalt rakendada käskiva stiili puhul, kombineerituna küsimise ja teavitamisega.

KUULAMISEST ÜLDISELT

Mõned võtmeolukorrad, kus kuulamist kasutada:

” *Kuulamise ajal, kestku see kas või ainult minuti, tuleb jäägitult pühenduda inimese seisukohtade ja läbielamiste mõistmisele.*

Mõned võtmeolukorrad, kus kuulamist kasutada:

- *Konsultatsiooni esimene osa*. Tõtt öelda on riskantne konsultatsiooni algul patsienti mitte kuulata. Katkestage kuulamine ja te näete üsna pea, kuidas asjad ei toimi. Patsient võib endasse tõmbuda, ärritada või pöörduda tagasi selle mure juurde, mida te algselt ignoreerisite. Sageli on patsiendid tükk aega julgust kogunud, et tulla arsti vastuvõtule ja rääkida talle oma lugu.

Üks levinuim konsultatsioone puudutav patsientide kriitika juhib tähelepanu sellele, et neil ei lubatud oma lugu rääkida. Ka liiga varane katkestamine loob tunde, et teid ei kuulatud ära.

- *Põgusad kuulamishetked kogu konsultatsiooni vältel.* Patsientide puhul annab kuulamisvajadusest märku segadusse sattumine, ärevus, hajevilolek, ärritumine või närvilisus. Kui te pole kindel diagnoosis või korraldusküsimustes, siis on kuulamine hea vahend toimuvast ülevaate saamiseks.
- *Pärast avatud küsimuse esitamist.* See on patsiendile üleskutseks rääkida ning teile võimaluseks kuulata ja aru saada.

Mõnes olukorras tuleb käskiv stiil kõrvale jätta ning selle asemel kasutada kaasaminevat stiili, milles kuulamine on esikohal. Siin on mõned näited:

- Sisenete vastuvõtukabinetti ja patsient ütleb: „Minuga juhtus täna hommi-kul midagi jubedat.”
- Olete patsiendile halva uudise teatavaks teinud ja nüüd on aeg lasta tal seda seedida ning sellele reageerida.
- Istute sureva patsiendi voodiservale, kes avab silmad, naeratab ja tervitab teid. Siin ei ole midagi, mida oleks vaja kohe küsida või teha.

Vahel on kõige tähtsam ja tervendavam, kui olete lihtsalt oma patsientide jaoks olemas, võtate aega nende kuulamiseks ja mõistmiseks. Kasutage kaasaminevat stiili. Võite jagada teavet ja küsida küsimusi, kuid peamine eesmärk on *minna kaasa* patsiendi vajadustega, näiteks kui toote halva uudise või räägite kellegagi, kes on väga pinges või ärevuses.

Järgnevalt käsitleme kuulamise meetodeid tervishoius. Vaatleme kuulamise kasulikkust, toome mõned näpunäited ning peatume põgusalt ka mõnel lõksul, mida vältida.

Ukse avamine

Näidake, et olete valmis kuulama, piltlikult öeldes, avage uks. Kõige sagedamini alustatakse avatud küsimusega, mida saadab signaal, et olete valmis kuulama. Küsimus „Kuidas teil läheb?” on muutunud pinnapealseks tervituseks, mida öeldakse möödudes ilma eelduseta, et teine sellele tegelikult üksikasjalikult vastab. Millest siis õigupoolest võiks küsitav ära tunda selle küsimusega kaasas käiva tõelise huvi vestelda ja teda kuulata? Kuidas me saame tavalises vestluses erinevusest aru?

Kaks põhilist võtmesignaali on silmside ja hajevil oleku puudumine. Pöörake tähelepanu küsimuse „Kuidas teil läheb?” tähenduslikule erinevusele, kui seda küsib:

- Keegi, kes koridoris möödub, jäämata hetkekski seisma ja vaatamata otsa.

- Õde, kes lehitseb samal ajal haiguslugu ja vaatab vererõhunäitu.
- Arst, kes siseneb vastuvõturuumi, naeratab, loob silmsideme ja võtab istet patsiendi kõrval, paneb ära selle, mis tal käes oli, ning tõmbab siis tooli lähemale.

Viimases näiteks antakse mitte ainult verbaalselt („Kuidas teil läheb?”), vaid ka mitteverbaalselt teada, et kuulamine on praegusel hetkel kõige olulisem. Sagedeli on just mitteverbaalsed signaalid mõjusamad kui vestlema kustuvad sõnad. Üks sagedamini kasutatav treeningharjutus nõuab kõnelejalt rääkimist mingil teemal, mida ta on võimeline arendama pikemat aega, kuid ta peab seda tegema kuulajapoolse minimaalse toega. Kuulaja ülesanne on raskem: suhelda kõnelejaga, andes mõista, et ta kuuleb, kuulab, mõistab, *kuid ütlemata sealjuures sõnagi ning kuuldavale toomata möönvaid või kaasaelamist väljendavaid häälightsusi*. Kuulaja käsutuses on ainult mitteverbaalsed märgid kommunikeerimaks kuulamist ja mõistmist – silmside, näoilme, pealiigutused jms.

Verbaalne märguanne, et ollakse valmis kuulama, olgu lihtne avalause. Mõned näited:

PATSIENT: Minuga juhtus täna hommikul midagi jubedat.

ARST: Rääkige mulle sellest.

ARST: (*tuleb voodi juurde*) Tere, kuidas te end täna õhtul tunnete?

ARST: (*siseneb kabinetti*) Tere hommikust! Millest täna mõtlete?

ARST (*enne tavapärase küsimuste esitamist*): Veidi hiljem pean teilt mõnelele küsimustele vastused saama, kuid kõigepealt rääkige mulle, mis teid täna siia tõi?

Küsimine ei ole sama mis kuulamine

Mida tähendab olla hea kuulaja? Uks on avatud, te olete tähelepanelik, kuid mida teha edasi?

Paljud inimesed ajavad kuulamise küsimisega segi, kuid küsimuste esitamine ja ära kuulamine on kaks erinevat suhtlusvahendit. Küsimus nõuab, et sellele vastataks. Küsimus suunab ühtlasi vastajat kindlas suunas, pannes rõhuasetuse ühele kindlale teemale või valdkonnale, mis huvitab küsijat.

” *Küsimine ja kuulamine ei ole üks ja sama.*

Psühholoog Thomas Gordon nimetab küsimusi „teetõketeks” kuulamise ees. Inimese

jaoks, kes tahab mööda teed edasi minna, on nad teel ees, ta peab nendega tegelema, need ületama, seejärel teed jätkama. Küsige kaks või kolm küsimust järjest, ja inimese oma jutujärg ongi sassi aetud. Põhjustajaks olete teie, mitte rääkija. Iseenesest pole see halb, küsimine on samuti üks osa teie tööst. Kui ägedale haigele on vaja panna diagnoos, aga te saate seda teha üksnes oma mentaalsete otsustuste

ahela põhjal, tuleb teil ilmselt esitada pikk rida küsimusi. Kuid pelgaks kuulamiseks piisabki ainult ühest rääkima kutsuvast küsimusest.

Vaikus

Vaikus on hea õpetaja. Kasvõi hetkeks vaikides ei tekita te tõkkeid, mida inimesed tihti üksteise teele heidavad – nõustumine, mittenõustumine, juhiste andmine, küsitlemine, hoiatamine, põhjuste leidmine, sümpaatia väljendamine, vastu vaidlemine, soovitamine, analüüsimine, tõrjumine, heakskiit, häbistamine, rahustamine, tõlgendamine jne. Nende suuliste teetõkete vaikusega ületamine on hea algus tegelikule kuulamisele.

Järgmiseks sammuks on oma sisekõne peatamine ja kogu tähelepanu keskendamine teiega koos oleva inimese mõistmisele. Isegi kui te ei sõnasta teetõkkeid valjul häälel, võite sõnastada need oma peas. Väga lihtne on näiliselt kuulates mõelda ette, mida järgmiseks teha. Täielikuks kuulamiseks peab isegi sellise sisekõne vaigistama ja suunama tähelepanu üksnes kuulamisele, kuulmisele ja arusaamisele. See on uus arusaam patsienti teenindavast arstist.

Hõlbustavad vastused

Täielikus vaikuses on mõnel inimesel ebamugav. Kui te ei ütle absoluutselt mitte midagi, siis hoolimata teie mitteverbaalsest kohalolust võivad mõned patsiendid hakata pead murdma, mida te mõtlete või kas te üldse kuulate. Lihtne samm siinkohal on teatud aja tagant anda mõned lühikesed kaasaaitavad lihtsad vastused, nagu „mh-mh”, „ah nii”, „rääkige sellest natuke veel”. Mõistagi võivad niisugused vastused mõjuda hoopis programmeeritult ja seega need ei ole need kindlaks tõendiks, et te tõesti kuulate.

” Isegi kui te ei sõnasta teetõkkeid valjul häälel, võite sõnastada need oma peas. Täielikuks kuulamiseks peab igasuguse sisekõne summutama.

” Tõkked kuulamise teel on nõustumine, mittenõustumine, juhiste andmine, küsitlemine, hoiatamine, põhjuste leidmine, sümpaatia väljendamine, vastu vaidlemine, soovitamine, analüüsimine, tõrjumine, heakskiit, häbistamine, rahustamine ja tõlgendamine.

” Kindla tõendi, et kuulate, kuulete ja mõistate, saate anda, kui peegeldate inimesele tagasi lühikokkuvõtte sellest, kuidas te mõistsite tema räägitut. Papagoid seda teha ei oska – peegeldamine hõlmab enam kui kordamist.

Teiste sõnadega: kuulamine läbi peegeldamise

Kindla tõendi, et kuulate, kuulete ja mõistate, saate anda, kui peegeldate inimesele tagasi lühikokkuvõtte sellest, kuidas te mõistsite tema poolt öeldut. Papagoid seda teha ei oska – peegeldamine hõlmab enamat kui kordamist. Oleme avastanud, et näitlejad ei saa sellega hakkama ilma vastava treeninguta. Näitlejad oskavad perfektselt vaikida, kuulata ning anda kaasaaitavaid vastuseid, kuid peegeldav kuulamine on oskus, mida peab eraldi õppima. Näitlejad oskavad vajadusel *näida, nagu* nad kuulaksid, kuid tegelikult on see palju keerulisem.

Mis see siis õieti on? Algatuseks üks näide, kus tervishoiutöötaja pärast avatud küsimuse esitamist näitlikustamise eesmärgil ei tee peegeldavale kuulamisele lisaks absoluutselt mitte midagi.

ARST (või sotsiaaltöötaja, psühholoog, dietoloog, arst, öde, füsioterapeut, nõustaja): Meie vestlus hakkab lõppema, kuid te mainisite hetk tagasi justkui mokaotsast, et on veel midagi, mis teid häirib.

PATSIENT: Jah, enesetunne pole kiita. See algas nii kuu või paar tagasi ja alguses ma mõtlesin, et võibolla ma lihtsalt kujutan endale ette, võimalik, et sellepärast, et töötan palju ega ole eriti trenni teinud, saate aru?

ARST: Töötate palju ja enesetunne pole kõige parem.

PATSIENT: Alguses ma mõtlesin, et see on tööst, aga siis ma kord nagu tundsin väsimust ja nõrkust pingutushetkel, justnagu hingata oleks olnud raske, mul varem pole midagi sellist olnud, isegi siis mitte, kui olen olnud vormist väljas. Isegi kodus trepist üles minnes annab tunda.

ARST: See on kahtlemata teie jaoks ebaharilik.

PATSIENT: Jah, just nimelt, trepist käies, aga mõnikord ka lihtsalt istudes, kui ma just nagu midagi ei teegi. Algul mõtlesin, et see on stress. Nüüd kahtlustan, kas mitte kopsud või süda.

ARST: Te pole sada protsenti kindel, mis lahti on ja see ajab segadusse.

PATSIENT: See on hirmutav jah. Mina olen meie peres see, kes on rauast, samamoodi töö juures. Ja nüüd siis selline asi.

ARST: Te olete harjunud vastutama.

PATSIENT: Mitte tingimata vastutama, aga et minu peale võib loota, teate. Aga ma arvan, et koormus on liiga suureks läinud, mul on tunne, et ma ei saa enam kõigega hakkama.

ARST: Paistab, et teil pole enda jaoks piisavalt aega.

PATSIENT: Täpselt õige. Ma pean sellele mõtlema.

ARST: Te tahate teada, mis lahti on ja siis midagi ette võtta.

PATSIENT: Ma mõtlesin endamisi, et alustan sellest, et räägin sellest teile.

Millest see näide meile räägib? Tervishoiutöötaja on aktiivne suhtluspartner, ta võttis minuti või kaks aega patsiendi muredest aru saamiseks. Et niimoodi

kuulata, peab tervishoiutöötaja suunama tähelepanu patsiendile, kuulama hoolikalt tema sõnu ning siis sõnastama omapoolse hüpoteesi, mida patsient öelduga mõtles (sõna otseses mõttes tagasi peegeldama). Siis ollakse võimeline mõtet teiste sõnadega väljendama. Kuulaja peegeldab „teistsugused sõnad“ tagasi patsiendile... ja siis läheb huvitavaks. Patsient kas kinnitab või ei kinnita arsti „hüpoteesi“. Patsient kas vastab endastmõistetavalt: „Jah, nii see on,“ ja jätkab täpsustavalt või ütleb: „Ei, see pole päris õige,“ ja jätkab täpsustavalt. Kui peegeldatud mõte on ka vale, ei järgne ometi tagasilööki. Mõlemal juhul tahab patsient teile rohkem rääkida, niikaua kui te peegeldate seda tagasi natuke teiste sõnadega. Isegi otsesel kordamisel võib olla mõnikord selline mõju, kuid enamasti vajub papagoilik jutt kiiremini ära. Mõnikord toimub peegeldamine niiöelda „lõpeta lause“-vormis, kus aimatakse ette, mida patsient võiks järgmiseks öelda.

Kõlab keeruliselt? Seda see ongi, see nõuab harjutamist. Hea, et see on õpitav oskus. Igatahes on see kliinilises praktikas kasulik. Veelgi enam – patsiendid ongi teie õpetajad. Iga kord, kui proovite peegeldamist, saate kohe tagasisidet, kui täpne te olite. Aja jooksul muutute järjest osavamaks.

Järgmises näites on natuke pikem konsultatsioon, mille käigus, *just näitlikustamise eesmärgil*, kasutab kuulaja jällegi peegeldavat kuulamist. Kui te naudite väljakutseid, katke lehekülg paberilehega ja avage ridahaaval. Iga patsiendi vastuse järel, enne kui vaatate, mida kuulaja järgmisena ütleb, mõelge, kuidas teie peegeldaksite tagasi patsiendi öeldut.

Haiglas olev patsient peab langetatama otsuse, kas lasta ennast opereerida või mitte, ja teie kolleeg on mures, sest ta pole saanud mehelt selget vastust. „Iga kord, kui ma küsin, ta murdub ja hakkab nuuksuma. Kas sina ei võiks temaga rääkida?“

ARST (psühholoog, sotsiaaltöötaja, arst, öde, nõustaja): Te ütlesite, et muretsete, sest võibolla tuleb operatsioonile minna.

PATSIENT: Muretsema pole õige sõna, see on nii keeruline. Ma ei teagi, kust alustada.

ARST: Ja see vaevab. [„lause lõpetamine“]

PATSIENT: Eile öösel ma peaaegu üldse ei maganud, muretsesin. (*Hakkab nuuksuma.*)

” Iga peegeldus on lühikokkuvõte momendil toimuvast.

” Kuulaja sõnastab omapoolse hüpoteesi, mida patsient öelduga mõtles, et seda pisut teiste sõnadega talle tagasi öelda... ja siis läheb huvitavaks. Patsient kas kinnitab või lükkab hüpoteesi ümber.

” Patsiendid ongi teie õpetajad. Iga kord, kui proovite peegeldamist, saate kohe tagasisidet, kui täpne te olite. Aja jooksul muutute järjest osavamaks.

ARST (*Ullatab vaikides taskuräti.*): Igasugused mõtted tikuvad pähe.

PATSIENT: Pole minu meele nii viisi nutta.

ARST: See on oluline asi.

PATSIENT: Jah, isegi väga. (*Nuuksub edasi.*)

ARST: Tundub väga oluline otsus, mis te peate langetama, ükskõik, kumma variandi kasuks siis.

PATSIENT: Nii ongi, iga päevaga aina lähemal ja lähemal sellele, millal pean otsustama.

ARST: Aga kergemaks ei muutu. [jätkab lauset äraarvamisega]

PATSIENT: Häda on selles, et kui see operatsioon tuleb, siis mind võibolla pole pärast enam kauaks. See on suur risk. Nii mulle lihtsalt öeldigi, vaat mis.

ARST: Ja kui operatsiooni ei tuleks, siis ka poleks lihtsam.

PATSIENT: Teate, mitte päris nii, vaadake, see on aja küsimus. Nad ütlevad, et mul on võibolla jäänud elada ainult mõni kuu ja ainus, mida ma kindlalt tean, on see, et ma tahaks selle aja olla koos perega.

ARST: See ongi teie jaoks praegu kõige olulisem.

PATSIENT: Te peaksite mu poega nägema (*naerab*), kes ütleb, et ma olen ikka seesama vana kelm, midagi polevat muutunud, isegi kui arvatakse, et ma olen nii haige, nii haige.

ARST: Mõnikord tunnete end jälle normaalselt.

PATSIENT: Temaga koos olla on lahe, aga siis jälle... pole kusagile pääsu, ausalt.

ARST: Tunnete end nagu lõksus.

PATSIENT: Jah, nii see on. Laman siin ja mõtlen, et kui õige võtaks selle operatsiooni ette, siis jälle mõtlen, kuidas see võib halvasti minna, ja siis püüan enam üldse mitte mõelda.

ARST: Te ei tea täpselt, mis teha.

PATSIENT: Mõnikord jälle mõtlen, et teie oletegi need inimesed, kes te opereerite ja ma ju peaksin teid usaldama.

ARST: Kui operatsioon oleks ära olnud ja hästi läinud, siis oleks see hea tulemus.

PATSIENT: Ma arvan, et ma ikka lähen lõikusele, aga mul võtab veidi aega, et selle mõttega harjuda. Ma siis annan teada.

ARST: Teil läheb natuke aega, et otsustada see operatsiooni asi ära.

PATSIENT: Ma otsustan üsna varsti.

ARST (*annab natuke pikema resümee öeldust*): Vaatame, kas ma sain aru, mida te mulle rääkisite. Andke mulle märku, kui ma midagi vahele jätan. See pole kerge otsus mitte kellegi jaoks. Ükskõik, millise tee te valite, jääb alati risk, et teid pole perekonnale enam kauaks. Teile öeldi, et ilma operatsioonita elaksite vaid mõned kuud, aga operatsioon on samuti risk. Otsustamine muudkui läheneb, aga teil on veel vaja aega, et asi läbi mõelda. Te tunnete end eriti hästi, kui näete peret, te mõtlete nende peale sama palju kui enda peale.

PATSIENT: Nii ongi. Tegelikult mulle polegi vaja rohkem informatsiooni, ja ega

teie seda otsust minu eest nagunii teha ei saa. Aga oli lihtsalt hea teiega seda arutada.

Pöörake tähelepanu peegeldatud sõnadele. Esiteks, need kõik on pigem nendingud kui küsimused. Kuulaja ei küsi: „Kas te mõtlesite seda, et...?” Kui kuulaksite seda vestlust lindilt, siis märkaksite, et kuulaja hääles puudub täielikult küsiv toon. See tundub algul võõrastav, kuid ainult teile, mitte patsiendile. Pigem nendingute kui küsimuste vormis antud peegeldus on patsiendile mugavam ja ta jätkab juttu. Patsient on rohkem nõus üksikasjadesse laskuma, kui te ütlete:

” *Kuulaja hääles puudub täielikult küsiv toon.*

„Te muretsete sellepärast.” [küsiv toon puudub]
pigem kui:
„Kas te olete sellepärast mures?” [küsival toonil]

Pange ka tähele, et kuulaja oskuslikud vastused peegeldavad vahel asja sisu, mida patsient küll täpselt ei öelnud, kuid mida ta mõtles või arvas. Peegeldus ei pea olema täpselt see, mida inimene on öelnud. Mõnikord võib teemaga edasi minna, pakkuda välja järgmise oletatava veel väljaütlemata lause, selle asemel, et korrata eelmist.

Kokkuvõtmise kunst

Eelnevas näites kogus tervishoiutöötaja kokku patsiendi antud teemad ja tegi nendest kokkuvõtte. Teatud mõttes on iga niisugune peegeldus lühikokkuvõtte momendil toimuvast, kuid niimoodi, kokkupanduna, oli see tagasivaade kogu vestlusest, resümee. On omaette oskus kokkuvõtet teha, valida, mida sellesse panna. Selles peatükis anname mõned konkreetset juhised, mida peaks kokkuvõtte sisaldama, kui MI käigus kasutatakse kuulamist. Toodud näites noppis tervishoiutöötaja välja patsiendi tõstatatud peateemad.

” *Pigem nendingute kui küsimuste vormis antud peegeldus on patsiendile mugavam ja ta jätkab juttu.*

Kokkuvõtted on kasulikud mitut moodi:

- Hea kokkuvõtte näitab ilmekalt, et olete tähelepanelikult kuulanud ja meelde jätanud, mida patsient ütles. See on juba iseenesest positiivne sõnum, mis võib kinnitada töötavat suhet.
- Kokkuvõtte esitamine sunnib teid kilde pildiks kokku korjama ning veenduma, ega midagi olulist pole välja jäänud. Seda saate kontrollida küsides

kokkuvõtte järel „Midagi veel?”

- Kokkuvõtte võimaldab patsiendi öeldust teatud aspektid üle rõhutada ja vajadusel alla joonida. See on eriti kasulik juhendava stiili puhul.
- Kokkuvõtte järel on kerge suunda muuta. See on positiivne viis kuulamise-ga otsad kokku tõmmata ja asuda järgmise ülesande juurde.

Küsimine ja kuulamine

Kuigi küsimine ja kuulamine esindavad kaht erinevat kommunikatsioonivahendit, sobivad nad loomult kokku ning täiendavad teineteist. Terapeutiline lähene-mine, mida nimetatakse kliendikeskseks või isiksusekeskseks nõustamiseks ning mille võttis kasutusele psühholoog Carl Rogers, põhinebki eeskätt küsimise ja kuulamise oskuslikul kooslusel. See on loomulik kombinatsioon ka tervishoius kasutamiseks.

Suurema osa inimeste jaoks on küsimine peegeldamisest lihtsam. Selle tulemusel, isegi kui tervishoivõõtjad üritavad olla head kuulajad, on tavaline, et nad esitavad küsimusi reas, kas vähese või üldse ilma peegeldava kuulamiseta seal vahel.

Anname kolm praktilist soovitusi, mida küsida *kuulamise ajal*.

1. Püüdke küsida pigem avatud kui suletud küsimusi.
2. Püüdke mitte küsida kahte küsimust järjest.
3. Püüdke anda vähemalt kaks peegeldust iga küsimuse kohta.

Selle tulemusena peaks kujunema niisugune rütm, et avatud küsimusele järg-neb patsienti peegeldav kuulamine. Näiteks:

ARST (õde, põetaja, podiaater): Niisiis jalad teevad valu. Rääkige sellest.

PATSIENT: Mõnikord valutab nii kõvasti, et mul on raske käia. Ma pean tööl trepist üles ja alla käima ja see on väga raske.

ARST: Ja see valu on tegelikult pidev, iga päev. [peegeldus, oletus]

PATSIENT: Üldiselt jah. Nädalavahetustel valutab vähem, kui ma tööl ei ole.

ARST: Nädalavahetustega on siis erinev lugu. [peegeldus]

” *Kuulates püüdke anda vähemalt kaks peegeldust iga küsitud küsimuse kohta.*

PATSIENT: Jaa, ma ütlesin, et kui ma ei ole tööl ja saan olla rohkem kodus.

ARST: Milliseid jalatseid te nädalavahetusel kannate? [suletud küsimus]

PATSIENT: Tavaliselt lahtise kannaga susse või käin paljajalu majas ringi.

ARST: Siis on tunne parem. [peegeldus]

PATSIENT: Mu jalad on ikka valusad, aga mitte nii. Aga kui ma laupäeva õhtul välja lähen, siis panen jalga kotsaga kingad.

ARST: Kõrge kotsaga, kõrgemad kui tööil kannate. [peegeldus]

PATSIENT: Võibolla natuke jah, aga kannan kotsakingi tööil ka.

Mõned kuulamisega seotud probleemid

Põhjaliku kuulamisega, milles on tunda siirast soojust ja huvi, on raske midagi halba teha. Kui aga peegeldused on liiga sarnased patsiendi öeldule või on neis liiga palju otsesest kordamist, võib vestlusest kujuneda ringjoonel tammumine.

Kummatigi on kuulamisel oma varjuküljed, ja neid märkate üsna kiiresti. Enamik inimesi kohtab kvaliteetset kuulamist nii harva, et nad on selle järele näljas. Kui nad kohtavad kedagi, kes võtab kuulamiseks aega, kuuleb ja mõistab, on see nii tänuväärne kogemus, et nad võivad sõna otseses mõttes tundide kaupa rääkida. Me leiame, et tervishoiutöötajatele on see patsientide ära kuulamise seisukohalt suur probleem. Mure on mõistetav, kuid õnneks ka lahendatav. Enamik arste oskab konsultatsiooni meeldivalt lõpetada, kui selleks saabub aeg. Lõpetav kokkuvõte on üks neid võimalusi. Võib ka lihtsalt tõtt öelda: „Täna, et seda mulle rääkisite.

Teie jutt aitas mul palju paremini olukorrast aru saada. Ma tahaksin meeleldi veel kuulata, aga nüüd keegi ootab ja ma ei taha inimesi ootama panna. Jätkame, kui te järgmine kord tulete.”

Mõned tervishoiutöötajad kardavad, et kui nõ kork pudelilt tõmmata, voolab kõik üle. „Kui ma patsiente niimoodi kuulama hakkam, siis ega nad minu kabinetis endast välja ei lähe? Lõpuks pole ma ju psühholoog.” Nagu alati, on probleem ajapuuduses. Võib juhtuda, et inimest liigutab pisarateni kaastundlik kuulaja, kes leiab kasvõi natuke aega, et teda mõista. Küsimus on tasakaalus. Ei saa heaks kiita patsiendi kuulamata jätmist ega seda, kui te ajast kinni ei pea ja muud vajalikud asjad tegemata jätate. Patsiendidki ei taha ilmtingimata oma hirme, viha, kurbust ja nõrdimust suurtes annustes läbi elada.

Kuulamisele pühendatud aja kliiniline väärtus korvab meie arvates džinni pudelist välja laskmisega seotud ohud. Viitasime kuulamise tervendavale väele ja positiivsele mõjule arsti ja patsiendi suhetes. Kuulamine rikastab teie tööd. Häid kuulajaid leidub harva, isegi killuke kvaliteetset kuulamist avab teie eest patsientide rikkaliku kogemustepagasi. Vähestel on see privileeg – jagada väga paljude inimestega nende intiimset sisemaailma. Isegi üks selline kogemus võib anda muidu nii tavalisele päevale erilise sära. Õnnestunud kuulamine ei rikasta mitte ainult kuulajat, kes on saaja rollis, vaid ka andjat.

” *Tulemuslikud ja viisakad variandid kuulamise lõpetamiseks:*

- *Võtke jutt kokku, nagu te aru saite ja muutke teemat.*
- *Õelge ausalt, kui aeg on piiratud.*
- *Tunnustage kuuldu väärtust.*

KUULAMINE MI-S

Peegeldav kuulamine, üks kuulamisostkustest, võib üllatavalt tõhusalt muutumisele kaasa aidata. Kui meie raamat inspireerib teid heaks kuulajaks saama, siis on

” *MI-s võib see, mida te patsiendile tagasi peegeldate, avaldada mitmesugust mõju.*

see oluline kingitus ka teistele. Saavutanud hea taseme peegeldavas kuulamises, võite muutada kuulamise osas edaspidi teadlikumaks ja sihipärasemaks, säilitades samal ajal soojuse ja siira huvi, mis on hea kuulamisostkuse keskmeks. MI-s võib see, mida te patsiendile tagasi peegeldate, avaldada mitmesugust mõju. Järg-

nevalt arutleme, mida peegeldada ja miks, kui eesmärgiks on anda tuge tervisekäitumise muutmiseks.

Valige, mida peegeldada

Kuulanud kasvõi mõned hetked, märkate juba, et teil tuleb ühte-teist otsustada. Läbielatud rääkides annab patsient teile laias valikus teavet. Pole võimalik seda kõike tagasi peegeldada. Millised märkused välja noppida ja mille järgi otsustada? Vaadake, kuidas kuulaja avab vestlusesse kutsudes ukse ning seejärel kuulab äie tähelepanuga.

ARST (või lasteõde): Teie poja käsi paraneb. Ma sidusin haava ja see peaks nüüd kiiresti paranema. Teetanusevaktsiin kehtib ja õde lõpetab muud vajalikud protseduurid kõrvalkabinetis. Aga te mainisite, et poja käitumine teeb muret. Meil on veel paar minutit järgmise patsiendini aega, nii et rääkige palun täpselt.

PATSIENT (ema): Ta ei taha hästi sõna kuulata. Kodused tööd, söömine, magamine, kõik käib suure sõjaga. Ta ei püsi rahulikult paigal ja mõnikord nagu ei vaataks üldse ette, mida ta teeb. Täpselt nagu praegu, kui ta käe katki tegi. Ta ei vaadanud ette, kuhu ta läheb ja jooksis vastu plankaeda, kus see roostes nael püsti oli. Ma ei tea, mitu korda ma olen mehele öelnud, et ta aia ära parandaks. [Millist osa siit tagasipeegeldamiseks valida?]

ARST: Teil on raske temaga hakkama saada. [peegeldus]

PATSIENT: Jah, ja me ei suuda abikaasaga kokku leppida, kuidas teda distsiplineerida. Mees annab talle laksu, aga minu arust on see vale. Me oleme viimasel ajal palju tülitšenud.

ARST: Teie ja teie mees. [peegeldus]

PATSIENT: Jah. (*Pisarad.*) Palun vabandust, doktor. Viimasel ajal on väga raske olnud. Ma olen kuulnud tähelepanu puudulikkuse ja hüperaktiivsuse häirest. Ühel poisil tema klassist on see diagnoositud, ma mõtlen, et äkki on see meie pojalt ka.

Minut kuulamist on andnud tulemuseks palju teemasid, mille hulgast valida. Kas peaks keskenduma ema stressile, kodutöö- ja magamaminekutülidele, murele tähelepanuvõime puudumise või liigse aktiivsuse pärast, kehalisele karistamisele või hoopis abikaasade konfliktile? Kuidas otsustada, mida tagasi peegeldada?

Sellel konkreetsel juhul oleks kasulik liikuda kuulamiselt edasi vestluse sihi seadmisele küsivas stiilis, nagu 4. peatükis kirjeldatud. Praegune vestlus aga näitas, kui sageli peab kuulav arst valima peegeldamise erinevate võimaluste vahel. MI-s on abiks mõned otsuse langetamise reeglid.

Peegelda vastupanu

Muutuste suhtes ambivalentse inimesega rääkides puutute paratamatult kokku vastupanuga, status quo'd toetavate argumentidega. Parandamisrefleks lükkaks need tulemuslikult vastu argumenteerides ümber ja seaks patsiendi asjad korda. Kuid nagu eelpool kirjeldatud, kui te asute muutusi kaitsma, siis hakkab ambivalentne patsient vastuargumente otsima. Temas on sisimas esindatud nii poolt- kui ka vastuargumendid, kuid ta loobub vastuseisust, kui te peegeldate tagasi ilma hinnangut andmata. Isegi kui ta ei loobu, saate ikkagi parema pildi sellest, miks ta on tõrges. Üks tüüpiline näide tööst liigselt alkoholi tarvitava patsiendiga.

ARST: Rääkige mulle palun oma joomistest. [avatud küsimus]

PATSIENT: Eks ma joon enamasti iga päev, aga mitte nii hirmus palju, tõesti.

ARST: Te joote üsna mõõdukalt. [peegeldus]

PATSIENT: Ma täpselt ei tea... Ma kannan päris hästi, rohkem kui paljud teised.

ARST: Te võite juua päris palju, aga see ei paista teist välja. [peegeldus]

PATSIENT: Õige. Võin päris palju korraka juua.

ARST: Ja seda te mõnikord teetegi. [peegeldus, lause jätkamine]

PATSIENT: Seda küll. Võtan viis-kuus õlut peale tööd.

ARST: [Siinkohal tahaks parandamisrefleks ägedalt sekkuda, kuid arst jääb juhendava stiili juurde, et näha, kuhu asi välja viib.] Mida te ise arvate sellises koguses alkoholitarbimisest? [avatud küsimus]

PATSIENT: Ma tõesti ei mõtle selle üle eriti.

ARST: Mõnikord mõtlete, aga mitte tihti. [peegeldus]

PATSIENT: Tjah, mõnikord mõtlen. Ma jään vanemaks ja peaksin vähem võtma.

ARST: Milliseid vaevusi olete täheldanud? [avatud küsimus]

PATSIENT: Maovalusid on nagu olnud viimasel ajal ja mulle tundub, et hommi-
kuti ma pole enam alati nii terane. Aga ärge saage minust valesti aru, mul ei ole joomisega probleemi.

ARST: See pole teile probleeme tekitanud. [peegeldus]

PATSIENT: Päris nii ma ei ütleks...

Kiusatus käskivale stiilile üle minna on suur ning see poleks ka vale. Arstilt

” *Ambivalentsetel patsientidel on sisimas esindatud nii poolt- kui ka vastuargumendid ja nad loobuvad sageli vastuseisust, kui te lihtsalt peegeldate.*

saadud selge teave ja nõuanne võib olukorda muuta. Näiteks võite patsiendiga rääkida ohutu joomise piiridest (6. peatükk, teavitamine) Siiski kutsume teid üles kasutama peegeldamist vastusena patsiendi tõrksusele. Väga sageli toob patsient ise välja argumendid, mida ka teie oleksite kasutanud.

Muutustejutu peegeldamine

Käskiva stiili korral on enamasti tervishoiutöötaja see, kes näitab, milline peaks muutus olema. Juhendavas stiilis aga on selleks patsient. Muutustejutt saab alguse ja te asute seda peegeldama.

4. peatükis arutasime küsimuste esitamise strateegiat – milliste küsimuste esitamine annaks vastuseks muutustejutu. Avatud küsimused kutsuvad esile segu muutustejutust ja teistest väljendusvahenditest. Meenutage varem selles raamatus loodud pilti metsalagendikust. Te vaatate lilli ja nopite mõned neist. Teiste sõnadega: muutustejutt (soovi, võime, põhjuse, vajaduse, pühendumuse ja meetmete võtmise väljendus) on see, mida te eriti soovite tagasi peegeldada. Muutustejuttu kuuldes noppige see välja ja peegeldage patsiendile. Järgnevas näites on patsiendi muutustejutt tähistatud *poolpaksus kursiivkirjas*. Kohtades, kus kuulaja rakendab tagasipeegeldavat kuulamist, on märgitud *[P]*.

ARST (audioloog): Nüüd, härra Sanchez, oleme teid uurinud ja leidnud mõned kindlad sagedused, kus te kuigi hästi ei kuule. Ilmselt just neid sagedusi märkas ka teie naine. Kuulmislanguus on teie eas tavaline. Aga sagedused, mida te ei kuule, viitavad võimalusele, et lisaks normaalsele vananemisele võib olla veel mõni põhjus. Närviimpulsside juhtivuse test oli korras. Kas olete olnud mürarikas keskkonnas ja millal viimati?

PATSIENT: Noorena käisin märki laskmas ja me ei kasutanud alati kõrvatroppe. Ka mootorrattaga sõitsin, ja sõidan vahel praegugi, need ka mürisevad.

ARST: Te olete olnud valju müra sees püssi lastes ja mootorrattaga sõites. Tsikliga sõidate praegu ka. *[P]* Mis veel?

PATSIENT: Kasutan mootorsaagi ja aias lehepuhurit. Need ka teevad müra.

ARST: Õigus. Ja kõrvaklappe te igakord ei kanna. *[P]*

PATSIENT: Tööriistadega töötades mitte kunagi.

ARST (Paneb vastu kiusatusele kohe öelda, miks oleks vaja kõrvaklappe kanda ja jätkab peegeldamisega): Te pole seda oluliselt pidanud. *[P]*

PATSIENT: Ma pole selle peale tulnud. Ega see lärm nüüd nii vali ka pole, või kuidas?

ARST [teavitab]: Ma soovitan alati, kui müra on üle 50 detsibelli kõrvu kaitsta. Teie saag ja lehepuhur on kindlasti üle selle piiri. Aga muidugi on iga kord

kõrvaklappide pähe panek tülikas. [P – kuulaja läheb vastupanuga kaasa, ei väljenda mittenõustumist]

PATSIENT: *Ega see nüüd vast nii suur tüli ka pole. Kui see on tähtis asi, eks siis saab hakkama.*

ARST: Nii et kannaksite kõrvaklappe, kui mõtleksite, et see on oluline. [P]

PATSIENT: *Jah, kannaksin.* [võime, mitte veel pühendumine]

ARST: Asi on selles, et te pole mõelnud, et klapid aitavad. [P]

PATSIENT: Ma arvan, et ma lihtsalt ei muretsenud, ei mõelnud sellele.

ARST: Teate, kui me nüüd sellest koos mõtleme, lubage ma küsin teilt millistes situatsioonides on kuulmislangu teile siiani kõige rohkem ebameeldivusi põhjustanud? [See avatud küsimus püüab esile tuua patsiendi enda motivatsiooni käitumist muuta.]

PATSIENT: Ega ei olegi eriti. *Ainult naine saab pahaseks, kui ma ei kuule teda.* [põhjus]

ARST: Ta ärritub natuke. [P] Mis veel?

PATSIENT: *Piinlik on, kui ei saa teise jutust aru ja pead mitu korda üle küsima. Seda on nüüd viimasel ajal rohkem juhtunud.* [põhjus]

ARST: Mitu korda. [P]

PATSIENT: Eriti siis, kui inimene räägib aktendiga või oleme kärarikas restoranis.

Mõnikord teen näo, et sain aru, kui ka

teist korda ka ei kuule, mida öeldi. Vahel ma ei küsigi üle ja siis ma ei saagi kõigest aru. See mulle ei meeldi. [põhjus ja soov]

ARST: Ütlesite, et teie naise arvates oleks teil vaja kuulmisaparaati ja et te mõtlete ise ka nii. [P]

PATSIENT: Ei, see oleks piinlik. Ma ei taha ringi käia, aparaat kõrvas.

ARST: Teile ei meeldi see, kuidas kuuldeaparaat välja näeb. [P – pigem ikka vastupanuga kaasa liikudes, vastuvaidlemise asemel]

PATSIENT: Sellega näed vana välja ja lisaks on nendega tüli, patareid ja nii edasi.

Mõnikord nad kriiksuvad ja huilgavad avalikus kohas, siis inimesed vaatavad.

ARST: Kõlab nii, et te loodate, et ei pea kunagi seda kandma. [P]

PATSIENT: *Noh, ilmselt varem või hiljem läheb vaja,* aga parem siis hiljem. [vajadus]

ARST: Teid huvitab, kuidas säilitada see kuulmine, mis teil alles on. [P]

PATSIENT: *Jah, kindlasti.* [pühendumise alustamine käitumismuutuseks]

ARST: Näib, et te ei kanna müra sees kõrvaklappe mitte sellepärast, et te pole klappide kandmisele kunagi mõelnud, vaid teil on piinlik. [P]

PATSIENT: *Jah. Ma võin neid kanda küll, kui see aitab mul ilma kuuldeaparaadita hakkama saada.* [võime]

ARST: Seda tasuks teil teha, tundub, et on hea lahendus. [P]

PATSIENT: *Ma kindlasti hakkkan.* [pühendumine]

” Kuuldes muutustejuttu, noppige see välja ja peegeldage patsiendile tagasi.

Ambivalentsuse läbitöötamine

Milleks kulutada aega patsiendi enda muutumismotivatsioonide peegeldamiseks? Sellepärast, et eluviisimustritel on seesmine inertsus ja need püüavad muutumata püsida. Eelnev käitumine ennustab edasist käitumist. Me pole käitumismuutuste osas pessimistlikud, sest näeme neid kogu aeg. Ent kui miski käitumismustrit ei nihuta, siis jätkub kõik vanaviisi.

Kas poleks siiski põhjendatud seada patsient vastamisi oma käitumise tagajärgedega, sundida ta kasvõi jõuga alla andma ja muutuma? Kuigi see kõlab loogiliselt, on niisugune lausrünnak tegelikult pigem kaeviku kaevamine väljakunenud käitumise kaitseks, kui positsioonide nihutamine (näiteks suitsetamise puhul). Kui peegeldavat kuulamist rakendada juhendava stiili juures, ilmneb käitumismuutus tõenäolisemalt.

Ambivalentsus võib kujutada endast porist heinamaad. Inimene võib porri mõneks ajaks kinni jääda. Nagu eelpool oli juttu, mõeldakse tavaliselt ühele põhjusele, miks oleks hea midagi muuta, siis aga mõeldakse vastukaaluks muutuse

” *Kui peegeldavat kuulamist rakendada juhendava stiili juures, ilmneb käitumismuutus tõenäolisemalt.*

halvast küljest ja seejärel lõpetatakse üldsel teemal mõtlemine. Juhendavas stiilis kuulamine aitab inimesel jätkata rääkimist ja liikuda edasi muutuse poole. Te aitate inimesel mõtteid koos hoida ja süveneda muutuse põhjustesse (ja soovi, võimesse, vajadusse), selle asemel et kõikuda edasi-tagasi poolt- ja vastu-

argumentide vahel ning siis sootuks loobuda.

Kuidas see juhtub? Kui peegeldada tagasi midagi, mida inimene ise on öelnud, väljendab see huvi ja kutset, et inimene räägiks rohkem ja üksikasjalikumalt. Kui teie näitate üles ülimalt huvi ja keskendute inimese enda motiividele käitumise muutmisel (lilled aasal), saab inimene julgust juurde asjasse süüvida ja motivatsiooni suurendada.

Ei saa ajas ette vaadata ja näha, millised lilled tärkavad. Aga kui te küsite ja kuulate, siis õitsele nad puhkevad. Kui te esitate küsimusi, mis kutsuvad esile muutustejutu, sõnastab patsient ise enda muutumismotiivid ja kuuleb nii iseend neid välja ütlemas ja analüüsimas. Kui peegeldada tema enda muutustejuttu, kuuleb ta teid ütlemas jälle (natuke teiste sõnadega) sedasama, mida ta ise on välja öelnud ja ta jätkab süvenemist. Nii pannakse alus kuulamise kasutamiseks veel ühel moel, et muutuste toimumisele kaasa aidata.

Kokkuvõtteid: Lillekimp

Pidage meeles, et kuulates tuleb aeg-ajalt inimese öeldu kokku võtta. MI-s on kokkuvõtetel eriti tähtis funktsioon, sest neis sisaldub inimese enda muutumismotivatsioon. Te nopite lilli ehk patsientide muutustejutte kimbuks kokku ja ulatate

kimpe neile pidevalt tagasi. Eriti hea on, et inimene kuuleb omaenda motiive kokku kogutuna. Võimalik, et nii juhtub üldse esimest korda. See erineb tavapärasest ambivalentsuse paigal püsivast protsessist – üks argument muutmise poolt, teine vastu ja sellega ongi protsess sulgunud.

Sellest tulenevalt peate ära tundma muutusteju tu lille, kui seda märkate (3. peatükk). MI käigus kasutatakse küsimist muutusteju tu (ja lõpuks pühendumise) esiletoomiseks, kuulamist kasutatakse muutusteju tu valikuliseks peegeldamiseks ja kokkuvõtete tegemiseks. Siin on näide kokkuvõttest, mis järgnes eelpool kirjeldatud kuulmiskabineti õe konsultatsioonile.

ARST: Vaatame, kas ma sain teist õigesti aru, härra Sanchez. Teil on kuulmises lüngad ja te ütlesite, et olete elu jooksul sageli müra sees olnud. Sellel võib oma osa olla. Olete märganud, et teil on raskem inimestest aru saada, eriti kui nad räägivad aktsendiga või kärarikkas kohas. Mõnikord peate paluma inimesi juttu korrata üks või kaks korda ja see ei meeldi teile. See on ühtlasi olnud mõningase hõõrumise põhjuseks teie ja teie naise vahel, sest ta läheb närviliseks, kui peab end kordama. Ta arvab, et võibolla peaksite kasutama kuuldeaparaati, aga seda te tõesti praegu ei taha. Te häbeneksite seda, see teeks teid vanemaks ja sellega kaasneb tüütut askeldamist. Te arvate, et kunagi läheb teil seda abivahendit ilmselt vaja, aga te soovite seda edasi lükata nii kaugele kui võimalik. Niisiis, te soovite säilitada olemasolevat kuulmist nii hästi kui võimalik ja nii kaua kui võimalik, enne kui tuleb aeg hankida kuuldeaparaat. Õige?

” *Kuulates tuleb aegajalt inimese öeldu kokku võtta. MI-s on kokkuvõtetest eriti tähtis funktsioon, sest neis sisaldub inimese enda muutumismotivatsioon.*

PATSIENT: Just täpselt! Teie kuulmisel pole häda midagi. (*Muigab*)

ARST: Nüüd peate hoolitsema oma kuulmise eest ja kasutama kõrvaklappe, kui olete müra sees. See kaitseb teid edasisest kuulmise kahjustumisest, probleemide ja piinlikkustunde süvenemisest. Kas te kavatsete nii teha?

PATSIENT: Jah, ma hakkan kõrvaklappe kasutama. [pühendumine]

ARST: Tore! Kõlab mõistlikult. Kas saan teid selle juures kuidagi aidata? Kas mingi info võiks kasuks tulla – kõrvaklappide kohta, kuidas aru saada, millal tuleks neid kanda, midagi niisugust? [Küsib luba teavitamiseks, mida vaatleme järgmises peatükis.]

KOKKUVÕTE

Selles peatükis kirjeldasime põhjalikumalt kuulamist, rõhuasetusega kuulamise võimalustel juhendavas stiilis. See on praktiline oskus, mis nõuab tähelepanelikkust, kannatlikkust ja võimet võtta patsiendi kogemusi kokku napis hästi valitud sõnastuses. Te teete tegelikult midagi väga lihtsat – kuulate ja peegeldate tagasi, kuid patsient hindab detailidele tähelepanu pööramist ja nüansitunnetust. See annab neile vabaduse jõuda otsusele käitumismuutust puudutavas ambivalentses olukorras.

6. PEATÜKK

TEAVITAMINE

Teavitamine on arvatavasti kõige sagedamini kasutatav vahend tervishoiukommunikatsioonis, see on konsultatsiooni lahutamatu osa. Käesolev peatükk algab üldisemate teavitamise seisukohtadega ning seejärel käsitleb selle kasutamise võimalusi MI raames.

MÕNED ÜLDISED TÄHELEPANEKUD

Teavitamist kasutatakse väga paljudes erinevates situatsioonides. Siin on mõned näited:

- Ütlema, mis on juhtunud
- Seletama, mis juhtub või mis võib juhtuda
- Selgitama, mida miski tähendab
- Halbade uudiste teatamiseks
- Andmete edastamiseks
- Informeeritud nõusoleku taotlemiseks
- Mingi tegevuse valdamiseks, näiteks kuidas kasutada mingit meditsiinisadet
- Nõuandmiseks

„Mõned patsiendid näivad kuulavat, teistele tuleb üha üle korrata, kuid nad ei paista ikka aru saavat.” Kui raske võib olla patsientidele teabe andmine? Kahjuks on juhtumeid, kus see ülesanne ebaõnnestub. Te annate näiliselt täiesti selged instruksioonid, kuid patsient ei täida ettekirjutusi või ei ilmu järgmisele vastuvõtule. Seletate, mis mingi protseduuriga kaasneb või võib kaasneda, kuid hiljem on patsient rahulolematu ja kaebab, et te ei selgitanud talle korralikult olukorda. Paljud tervishoiualased kohtuvaidlused on tingitud kommunikatsioonihäiretest. Tihti ei sobitu jagatud teave patsiendi lootuste ja ootustega. „Nii et te ei anna mulle selle vastu midagi?” ütleb patsient pärast pikka seletust, kuidas tema probleemi

puhul toimida. „Kas te ei teegi midagi?”

Terve mõistus soovib olla sõbralik ja jagada teavet selgel ning konkreetsetel viisil. Aastakümnete jooksul kogutud teavitamist ja patsiendi kuuletumist puudutavad uurimused on tuvastanud mõned olulised detailid, mida teavitamisel silmas pidada. Ärge koormage patsienti teabega; jagage lihtsat teavet osade kaupa; olge

” *Teavitamisprotsess võib minna untsu, ja vahel lähebki. Võite anda pealtnäha täiesti selgeid instruksioone, kuid patsient ei lähe apteegist rohtu ostma või ei ilmu järgmisele vastuvõtule.*

ettevaatlik tehniliste terminite ja erialase kõnepruugi kasutamisel; kontrollige, kas patsient on aru saanud jne. Tervishoiutöötajad, kellel on vähesed või olematud teadmised sellest, kuidas parandada oma teavitamisoskusi, järgivad tihti neid juhiseid, kuid avastavad seejärel, et olukord muutub kiiresti keerulisemaks.

Patsiendid ei pruugi olla valmis kuulama seda, mida teil on öelda ja vahel nad ei nõustu teiega teabe olulisuse osas. Nad on pärit teisest

kultuurist, neil on teine taust, teine emakeel – suur hulk tegureid võib mõjutada nende huvi ja võimet teie antud infost aru saada. Nende tegurite hulka võivad kuuluda järgmised:

- *Hämming.* Te annat teavet, aga patsient on ikka segaduses või hämmeldunud. Kas põhjus on teavitamise protsessi kiiruses, patsiendi kognitiivses funktsioneerimises, tema suhtumises teisse, teie kasutatud sõnades või milleski muus?
- *Passiivsus.* Tundub, et kõik läheb hästi, kuni vaatate hoolikamalt patsienti, kes istub klaasistunud silmadega passiivselt toolil ja ootab, millal te oma jutuga valmis saate. Tihti nõuavad teie kohustused, et annaksite patsientidele hulga teavet. Näiteks, kui peate teavitama patsiente meditsiinilis-õiguslikel või muudel olulistel teemadel. Võib juhtuda, et teabe esitamise ajal olete ise veidi hajevil või rahutu, tunnete end survestatuna või tüdinult. Sellistes olukordades jäävad kergelt märkamata märgid, et patsient on end „välja lülitanud”, võib juhtuda, et seletuse käigus olete patsiendi tähelepanu kaotanud. Võite keset teavitamist avastada, et patsient ei kuula teid enam.
- *Kõrgendatud emotsioon.* Teavitustöö on lihtsam, kui konsultatsioon kulgeb rahulikult ning teil on aega mõelda ja korralikku tööd teha. Kõrgendatud emotsioon teis või patsiendis võib seda kõike muuta. Patsiendid võivad olla vihased, hirmunud või murelikult ootusärevad. Teie võite olla ajahädas, mures, väsinud või ärritatud. Kõrgendatud emotsionaalsus tõkestab mõistmist.
- *Tuju ja hajevilolek.* Depressioonis patsiendid ei pruugi kuulata ja mõista, mida te täpselt ütlete. Teised võivad olla hiljutiste sündmuste või murede tõttu hajevil ja seetõttu on nende keskendumisvõime häiritud. (Sama võib muidugi juhtuda ka teiega.) Patsiendi võimet aru saada ja meelde jätta võivad mõjutada alkohol, vanus, ravimid või uimastid.

Suhte piires töötamine

Edukas suhtlemine ei hõlma üksnes tehniliste teadmiste edasiandmist, vaid ka muid inimestevahelisi oskusi. Suhe, isegi kui see kestab vaid mõne minuti, toetub teavitamise tuumale. Teised kaks vahendit – küsimine ja kuulamine – on samuti vajalikud, et säilitada toimiv kontakt patsiendiga, kelle mured, püüded ja kimbatused väljenduvad konsultatsiooni käigus erinevalt ning mõjutavad teie tööd. Fraas „teabe andmine” on väga ebatäpne väljend selle kohta, mis tegelikult toimub. Täpsem on öelda „teabevahetus”. Süüvitakse nii enda kui ka patsiendi arusaamise parandamisesse ja probleemile lahenduse leidmisesse. See on kahepoolne protsess.

Siin on mõned praktilised juhised teabevahetuse parandamiseks.

” Suhe, isegi kui see kestab vaid mõne minuti, toetub teavitamise tuumale.”

Vähendage hoogu ja te edenete kiiremini

Mida läbematumalt end tunnete, seda väiksem on tõenäosus, et olete võimeline patsientide esitatud väljakutseid mõistma ja neile väljakutsetele reageerima. Levinud ja arusaadav tendents on lülitada sisse „autopiloot” ja teha lihtsalt ära elementaarne, andes patsientidele vaid seda teavet, mille ütlemist peate oma kohuseks. Kui aeglustate pisut tempot ja loote teie mõlema jaoks võimaluse olla peegeldav, avastate, et niisugused väikesed vaikusehetked on väga kasulikud patsiendile ruumi ja teile endale aja andmiseks, et saaksite otsustada, kuidas oleks parem teavet edasi anda.

” Fraas „teabe andmine” on väga ebatäpne väljend selle kohta, mis tegelikult toimub. Täpsem on öelda „teabevahetus”.

Õigemad otsused säästavad aega. Teie küsimused ja hoolikalt valitud infokillud loovad tõsiseltvõetavuse tunde, millele patsiendid tähelepanu pööravad. Üks meist (Rollnick) käis koos oma mureliku abikaasaga ambulatoorsel vastuvõtul. Sünnitusabi- arst teostas läbivaatuse ja tegeles kõigi murede ja küsimustega *sujuvalt* kulgenud 10-minutilise vastuvõtu jooksul. Tundus, nagu oleks konsultatsioon kestnud palju kauem. Tema käitumisviisi oli aeglane ja läbimõeldud. Üks kolleeg kirjeldas sellist lähenemisviisi justkui sundimatult vee peal liuglevat parti või luike, kelle jalad samal ajal veepinna all kõvasti tööd teevad. Oskuslik teavitamine on väga oluline detail akušööri repertuaaris.

Ta on inimene, mitte andmekandja

Tänapäeva kiirustavas maailmas on sellest põhimõttest igapäevapraktikas nii lihtne mööda vaadata, et ilmse tõsiasja üle kordamise risk väärrib küünlaid. Heasoov-

lik katse „ühendust saada” ja „panna neid mõistma” nii, et teave „pärale jõuaks”, loob tihti ebaõnnestunud mulje patsiendist kui passiivsest infovastuvõtjast. Sageli jääb märkamata tervishoiutöötajate märkimisväärne oskus anda teavet nii, et räägitu sobituks veatult patsiendi isiklike vajadustega.

Võtke arvesse patsiendi laiemaid prioriteete

Teie mured on vältimatult seotud teie erialaga, kuid patsiendi prioriteedid on palju laiemad. Tema peab saanud teabe integreerima oma igapäevaellu ja seda ka rakendama. Mis teie jaoks on lihtsalt teave, võib patsiendi jaoks tähendada palju enamat. Piisab, kui tunnustate seda tõsiasja, ja tulemus võib sellest muutuda olulisel määral. Kuidas sobitub teie antud teave patsiendi elu ja väljavaadetega?

Positiivsed sõnumid loevad

Tervishoius võib teabe jagada headeks ja mitte-nii-headeks uudisteks. Näiteks, kui teavitata patsienti uuest diagnoosist, on arvatavasti tegemist seguga murettekitavast teabest ja mõnedest positiivsetest sõnumitest. Kuidas leida nende kahe vahel tasakaalu? Mõned tervishoiutöötajad kardavad, et positiivsed teated võivad „karmid tõsiasjad läikiva lakikihiga katta” ja sel viisil ohustada otsekohesust. Samas võib tõeste positiivsete teadete lisamine tegelikult hoopis suurendada patsiendi suutlikkust karme fakte taluda. Vaatleme erinevusi järgneva kahe näite vahel:

„Kui te jätkate suitsetamist, on teil üha raskem hingata.”

„Kui te jätate suitsetamise maha, läheb teie hingamine tõenäoliselt kergemaks.”

Võtke arvesse edastatava teabe hulka

Erinevad inimesed soovivad erinevat teavet. Kui ees on kirurgiline protseduur, siis soovivad osad patsiendid pisisajadeni ülevaadet, kuidas täpselt see toimub. Nad tahavad teada, mida oodata, ja saanud rohkelt infot, rahunevad. Euroopa ja Ameerika mõnedes arstipraksistes on kasutusel videoraamatukogud üksiksajaliku filmimaterjaliga tavalisematest protseduuridest ja patsient võib videoid soovi korral laenutada. Teised patsiendid tahavad teada nii vähe kui võimalik ja liigne teavitamine võib neid hirmutada. Sellisel juhul on mõttekas patsiendilt küsida, kui informeeritud ta soovib olla. Kui palju ta konkreetse teema kohta juba teab? Mida ja kui detailselt ta tahaks teada? Seda, kas teavet tagasi hoida või üksikasjalikult jagada, ei saa te ise määrata. Uurige välja, mida patsient soovib.

Esitage teavet hoolikalt

Esitage sõnum kergesti kättesaadaval viisil. Kui teabekandja on sõnaline, veenduge, et sõnad oleks patsiendile arusaadavad. Vältige lühendeid, mida tervishoiutöötajad väga armastavad. Kui saate, ärge kasutage tehnilisi termineid ja kui olete sunnitud neid kasutama, küsige patsiendilt, kas ta teab nende tähendust. Vältige sõnu, mida patsient võib pidada lapsikuteks. Kui kasutate kirjalikku materjali, siis peaks see vastama patsiendi haridustasemele, arusaamale, ajale ja ärevuse suurussele.

Mõnikord on sõnalised instruksioonid parimad, teinekord on aga parem kombineerida suulist teksti infomaterjalidega. Infovoldik, koduleht ja raamat sobivad täiendama algset sõnalist teavet. On patsiente, kes hindavad võimalust teie öeldud instruksioone salvestada. Arutage patsiendiga, milline infokandja või kombinatsioon erinevatest infokandjatest sobiks talle kõige paremini.

Kasutage teavitamist alati koos küsimise ja kuulamisega. Jälgige, kas sõnum jõuab teie patsientideni? Kas nad on teid kuulda võtnud? Kas nad saavad aru, mida te üritate öelda? Kuidas sobib teabe edastamise tempo patsientidele? Lihtne küsimus, näiteks „Kas seni on kõik arusaadav?“ aitab otsustada, kuidas jätkata.

Ettevaatlik käskimine

Käskivat stiili võib tavapraktikas väga edukalt teabevahetamiseks kasutada. See hõlmab enam kui ainult meeldivat ja arusaadavat olekut. Toimekatest vastuvõtukabinettidest leiab selle kinnituseks loendamatuid näiteid. See hõlmab ka tähelepanelikkust ning teie ja patsiendi meeoleolu ja vajaduste oskuslikku arvestamist.

” *Oskuslik teavitamine on midagi enam kui ainult meeldiv ja arusaadav suhtlemine. See hõlmab ka tähelepanelikkust ning teie ja patsiendi meeoleolu ja vajaduste läbimõeldud arvestamist.*

TEAVITAMINE MI-S

MI aluseks on juhendav stiil. Kompetentne juhendaja jagab põhjalikku teavet, aga teeb seda kindlal moel. Käesolevas osas toome välja spetsiifilised juhised, kuidas MI käigus teavitada.

Küsiges luba

Juhendava stiili kasutamise puhul on oluline esitada teavet patsiendi *nõusolekul*. Kui patsient pole valmis või ei soovi teavet saada, siis teabe andmine ei pruugi õnnestuda ja tekitab vastuseisu. Patsiendi autonoomia austamise printsiibist lähtu-

valt (2. peatükk) annab tervishoiutöötaja teavet ja nõu ainult siis, kui tal on selleks luba. On kolm viisi, kuidas nõusolekut saada.

” *Nõusoleku küsimisel on mitu head külge. Esiteks väljendab see otseselt austust patsiendi vastu ja kindlustab tema autonoomiat ning aktiivset kaasatust oma tervise eest hoolitsemisse. See rõhutab teie koostööl põhinevat suhet. Samuti vähendab see ka vastupanu.*

Esimene ja kõige lihtsam nõusoleku vorm – patsient *küsib* teilt ise teavet või nõu. Sellisel juhul on patsient teile ukse avanud. Mõnikord oleme siiski pisut ettevaatlikud ja küsime esmalt, mida patsient juba ise teab (informat-sioon) või mida patsient ise arvab, kuidas jätkata (nõuanne). Üldiselt kehtibki põhimõte, et teavitamine on oma õigel kohal, kui patsient on teilt seda palunud.

Teine viis on küsida teavitamiseks luba. See on sarnane enne sisenemist uksele koputamise-ga. Küsige, kas patsient on nõus, enne

kui teda teabe ja nõuannetega üle külvate.

„Kas teid huvitaks, mida teised patsiendid on sarnases olukorras teinud?”

„Kas teile sobib, kui räägin teile, mis mure mul seoses selle plaaniga on?”

„Veresuhkrutaset saab kontrolli all hoida mitut moodi. Kas te soovite neist rääkida või peaksime enne mõned muud teemad läbi arutama?”

„Kas ma tohin midagi soovitada?”

Nõusoleku küsimisel on mitu head külge. Esiteks väljendab see otseselt austust patsiendi vastu ja kindlustab tema autonoomiat ning aktiivset kaasahaaratust oma tervise eest hoolitsemisse. See rõhutab teie koostööl põhinevat suhet. Samuti vähendab see vastupanu. Patsiendilt loa küsimine teeb patsiendi teabe ja nõuande suhtes palju vastuvõtlikumaks. Veelgi enam, te võite ise saada olulist teavet. Kui patsiendi meelt muserdab midagi olulisemat, siis just sellisel viisil on tõenäolisem selle kohta teada saada.

Enamikes olukordades piisab nõusoleku saamiseks neist kahest viisist. Jääb veel harva esinev situatsioon, kus ollakse sunnitud teavet ja nõu andma ning „ei” vastusega pole võimalik leppida. Sellistel puhkudel on mitmeid võimalusi, mida teha:

- *Teatavaks tegemine.* Üks hea viis on rääkida lihtsalt tõtt. „Ma pean teile nüüd midagi ütlema.”
- *Tähtsad asjad kõigepealt.* Teine võimalus on patsiendilt küsida, kas alustate kohe või on patsiendil midagi, millest ta tahaks *kõigepealt* kõneleda. Nii annate märku, et varem või hiljem teavitata ja annate nõu, kuid see jätab patsiendile teatava vabaduseastme otsustada, millal.
- *Sissejuhatatus.* Veel üks hea võimalus on juhatada teavitamine või nõuandmine sisse märkusega, mis tunnustab otseselt patsiendi autonoomiat. Teadustamine, et patsiendil on õigus kõike, mida te kohe ütlete, eirata, paneb

neid millegipärast hoolikamalt kuulama, mida teil öelda on.

„Ma ei tea, kas see tundub teile loogiline või mitte...”

„See võib, aga ei pruugi teisse puutuda, aga...”

„Te võite mulle öelda, mida te sellest arvate...”

Muidugi võib neid kolme varianti kasutada ka koos:

„Mul on seoses teie plaaniga mure, mida te võite, aga ei pruugi jagada, kuid ma tunnen, et ma pean seda ütlema. Kas on sobiv, kui ma selgitan seda nüüd või on midagi, mida te sooviksite enne küsida?”

Ühel eelpool käsitletud kolmel viisil patsiendilt loa saamine on MI käigus toimuva teavitamise põhielement.

Pakkuge valikuid

Kui on võimalik, pakkuge patsiendile teavitamisel valikuid. See toetab patsiendi autonoomiat. Näiteks ütleb mägironimisinstruktor, kes peab aitama inimestel õppida ise otsuseid tegema: „Kui sa vaatad üles vasemale, näed teravatipulist kivi, mis võib olla ebakindel. Üks võimalus on küünitada end üles ja proovida sellest kinni saada. Teine võimalus on liikuda paremale, kust ulatud üle serva haarama. Milline variant tundub mõttekam?” Et aidata inimesel teadlikku otsust teha, kasutatakse eksperdi informatsiooni. Just seda peame silmas, kui räägime teavitamisest juhendava stiili teenistuses. Te ei õpeta, mida teha, vaid annate kasulikke, patsiendi vajadustega kohandatud valikuid.

„Sageli kardetakse, et füüsiline treening võib põhjustada uue südameataki. Mitte miski ei viita sellele, et ettevaatlikult treenimine oleks teile kahjulik. Küsimus on aga, mis teile sobib. Mõned patsiendid kõnnivad iga päev pikemaid vahemaid, mõned kasutavad kodus trenadžööri, teised tulevad siia ja kasutavad meie jõusaali. See on teie valida. Mis tunduks teile praegu mõttekam? Või on seda kõike teie jaoks hetkel korruga liiga palju?”

Eelnev on üldisem juhised selle kohta, kuidas pakkuda valikuid MI-s. Valikute üle arutledes pakkuge neid korruga mitu. Arutlemine korruga ainult ühe võimaluse üle viib ilmselt tupikusse. Pakute ühte võimalust ja patsient toob välja selle vead, seejärel esitate teise variandi ning patsient ütleb, miks see ei sobi. Ootamatult leiate end taas veenmise lõksust, kus teie argumenteerite muutuste poolt ja patsient vastu. Selle asemel pakkuge välja erinevad valikud ja paluge tal nende vahel valida. „Valige ükskõik missugune kaart” tekitab teistmoodi hoiaku kui „mida te arvate sellest võimalusest?”

Rääkige, mida teised teevad

Kui te annate teavet, mille tulemusena patsient peaks midagi kindlat tegema, siis rääkige, kuidas see on mõjutanud *teisi* patsiente, aga hoiduge otseselt viitamast, mida patsient peaks tegema. See on näide parandamisrefleksi vältimise kohta. Patsientidele jääb vabadus öelda, mis talle sobiks, tavaliselt teevad nad seda muutustejuu vormis. Teile jääb neutraalne positsioon. Teiste sõnadega – teie pakute ja patsient tõlgendab. Näiteks, kaks järgnevat lauset on erinevad:

” *Parandamisrefleksi vältimiseks rääkige, kuidas teave on mõjutanud teisi patsiente, aga ärge viidake otse, mida patsient peaks tegema. Nii jääb teile neutraalne positsioon. Teiste sõnadega – teie pakute ja patsient tõlgendab.*”

teile mõistlikum tundub?”

„On selge, et peate sööma vähem rasvast toitu ja samuti on suitsetamisest loobumine peamine prioriteet.” „Mõned teiega samas olukorras olevad patsiendid söövad vähem rasvast toitu, teised püüavad suitsetamist maha jätta. Mis

teile mõistlikum tundub?”

Teavitamise kaks strateegiat

*Kängi-kontrolli-kängi**

Õpetamises kasutatakse „kängi-kontrolli-kängi” meetod on kasutusel ka tervishoius patsientidele informatsiooni andmisel. See tähendab, et te annate mingi teabehulga, kontrollite, kas patsient sai aru, annate uue teabehulga jne. Selle lähenemisviisi väärtus seisneb kontrollimises, kas patsient on aru saanud, enne kui liigute uue infohulga juurde. Kõige sagedamini kasutatakse niisugust meetodit käskiva stiili puhul, kus „kontrollimise” faas on kasutusel vaid selleks, et näha, kas patsient on infost aru saanud. See sobib küllaltki hästi paljudesse olukordadesse. Käitumise

” *Kängi-kontrolli-kängi lähenemist kasutatakse kõige sagedamini käskiva stiili puhul, kus see sobib küllaltki hästi paljudesse olukordadesse. Seda saab siiski kasutada ka juhendavas stiilis.*”

muutmise ja juhendava stiili kasutamisel hõlmab „kontrollimine” aga rohkemat kui „Kas te saite aru?” küsimist. Pigem te peatute, et uurida patsiendi suhtumist. Mida arvab patsient sellest infohulgast? Kas on midagi, millest patsient päris täpselt aru ei saanud ja sooviks juurde küsida?

ARST: Nii. Teie jalgadel on osaline närvikahjustus ja võimalik, et tahate oma jalgade hoidmiseks ühtteist teha. Ma soovitan teil paljajalu mitte käia, kandke susse, isegi

* Känkimine (inglise k chunk) – psühholoogias ja mälu tehnikas kasutatav mõiste, tähendab infokogumite moodustamist, rühmitamist, koondamist ja organiseerimist.

kodus. Olge kuumas veega ettevaatlik. Kasutage paksemaid sokke ja uurige kord päevas ega teie jalgadel ei ole haavu, villo või teisi võimalikke vigastusi. Kasutage vajadusel peeglit, et näha taldade alla. [känkimine] Näete, ma olen teile nüüd päris palju soovitusi andnud. Kas need tunduvad teile mõistlikud? [kontrollimine]

PATSIENT: Jah, ma arvan küll.

ARST: Kas praegu on midagi, mida te tahate minult küsida? [kontrollib edasi]

PATSIENT: Te ütlesite, et ma pean olema kuumas veega ettevaatlik. Kas see tähendab, et ma ei tohiks käia soojas vannis? Kas kuum vesi on mu jalgadele kuidagi halb?

ARST: Hea, et te seda küsite. Ei, soe vesi ei ole halb. Aga mõnikord kasutatakse vannivee temperatuuri mõõtmiseks jalgu. See võib olla ohtlik. Olen näinud diabeeti põdevaid patsiente, kes on oma jalgu tugevalt kõrvetanud, enne kui nad on aru saanud, et vesi on liiga kuum. Jalad muutuvad tundetuks ja inimesed kõrvetavad ennast, enne kui nad arugi saavad. [känkimine] Kas see on arusaadav? [kontrollimine]

PATSIENT: Ah nii. See on selleks, et ma ei kõrvetaks oma jalgu, nii et ma sellest arugi ei saa. Selge. Ma olen ettevaatlik. Eks ma kasutan oma kätt või midagi.

ARST: Tore! Kui te peaksite leidma jala peal haava, villi või mõne muu vigastuse või kui teil on mõni muu mure oma jalgade pärast, tulge palun kohe minu vastuvõtule. [känkimine] Kas tulete? [kontrollimine]

PATSIENT: Jah. Ma ei taha oma jalgadega mingeid probleeme, seega pean neid iga päev kontrollima ja teile ütlema, kui ma midagi leian.

ARST: Nii, väga hea. Ja kas idee kanda paksu tallaga sokke on teile vastuvõetav? [kontrollimine]

Selline teabekildude vahele küsimuste esitamise rütm on hea mitmel põhjusel. Esiteks, sel viisil on patsiendid jätkuvalt ning aktiivselt endasse puutuvatesse küsimustesse kaasatud, isegi sel ajal, kui te teavitate. See kommenteerib kannatlikkust ja lugupidamist. See aitab ka tuvastada ja korrigeerida arusaamatusi, mida te muidu ei pruugi märgata. Liigagi tihti liigub teavitamine tervishoiu ühesuunaliselt, arstilt patsiendile. Patsient on surutud passiivseks vastuvõtjaks, mistõttu on lihtne jätta kahe silma vahele arusaamatuks jäämised ning ka muutumismotivatsioonide uurimine ja väljendumine on takistatud. Kängi-kontrolli-kängi meetod võib muuta informeerimise protsessi loengu asemel vestluseks, vähemalt sel juhul, kui „kontroll” tähendab tõesti patsiendi arusaamise ja seisukohtade kindlakstegemist.

Too esile – anna teavet – too esile

See fraas annab teistsuguseid juhiseid informatsiooni vahetamiseks ja ühildub rohkem MI põhimõtetega. See väärtustab patsientidelt info ammutamist – mida neil on vaja ja mida nad tahavad teada ning mis eriti oluline, mida uus info nende jaoks tähendab. Niisugune lähenemine rõhutab patsiendi aktiivset kaasatust oma tervise eest hoolitsemisse ja on mõeldud käitumise muutmiseks vajaliku motivatsiooni tõstmiseks. Too esile – anna teavet – too esile pole mõeldud lineaarse sammudereana, vaid pigem tsüklilise juhendamisprotsessina läbi infovahetuse. Kuigi too esile – anna teavet – too esile keerleb ümber teavitamise, nõuab see nii küsimist (tihti avatud küsimustega) kui ka kuulamist.

” *Keskenduge rohkem teabele, mitte oma tõlgendusele sellest, mida see patsiendile tähendada võib. Teabejagamise osana võite rääkida teiste patsientide kogemustest.*

Too esile – anna teavet – too esile alustab infovahetust avatud küsimuse püstitamisega, et asetada fookus teiepoolsele teavitamisele. Me soovime kahte esiletoova küsimuse üldtüüpi. Esiteks, „Mida te soovite kõige enam (millegi kohta) teada?” Sellisel juhul antakse patsiendile vaba voli rääkida, millise tema meelest kõige olulisema teema kohta ta rohkem teada soovib. Teiseks, „Mida te juba (selle millegi kohta) teate?” Viimasel küsimusel on

mitu eelist. See säästab aega ja väldib rääkimist sellest, mida patsient juba teab. See loob võimaluse parandada väärarusaamu, mida muul juhul ei pruugi märkata. See võimaldab patsiendil oma teadmisi sõnadesse panna ja toimib seeläbi muutustejutuna – patsient nendib vajadust tervisekäitumise muutmiseks ja võtab teadmiseks tagajärjed, kui muutust ei toimu.

Teine osa too esile – anna teavet – too esile tsüklis (ehk anna teavet), sisaldab kontrollitava suurusega infohulkade edastamist. Kui olete küsinud, mida patsient teada soovib, on luba teavitamiseks saadud. Teine avatud küsimus (ehk mida patsient juba teab?) viib sageli patsiendi palveni end teavitada, kuid kui kahtlete, võite lihtsalt küsida: „Kas te soovite, et ma räägin teile (millegi kohta)?” *Keskenduge rohkem teabele ja mitte oma tõlgendusele, mida see patsiendile tähendada võib.* Sellise info edastamise osana võite rääkida teiste patsientide kogemustest.

Kolmas too esile – anna teavet – too esile osa on jälle avatud küsimuse esitamine, et tuua esile patsiendi vastus infohulgale, mille te talle just andsite. Mõned variandid on:

„Mida te sellest arvate?”

„Mida see teie jaoks tähendab?”

„Mida te veel teada sooviksite?”

Erinevus käskiva stiili ja too esile – anna teavet – too esile raamistiku vahel

seisneb teie enda hoiakus. Kängi-kontrolli-kängi lähenemise mõte on enamasti selles, et teil kui eksperdil on teatav kogus informatsiooni, mida tahate patsiendile edasi anda. Kontroll-küsimused on selleks, et teha kindlaks, kas patsient mõistab, millest te räägite. Teie teavitata ja patsiendi ülesanne on sellest aru saada.

Too esile – anna teavet – too esile lähenemise mõte põhineb koostööl, mis sobib terisekäitumise muutuse teemal rääkimiseks. Teie ülesanne ei ole niivõrd mõelda, kuidas teave patsiendini viia, vaid pigem, kuidas aidata patsiendil sellest aru saada nii, et ta teeks häid ja püsivaid käitumisotsuseid. Selleks uurige välja patsiendi enda probleemid, olemasolevad teadmised ja tehke kindlaks, kui huvitatud on patsient enama teabe saamisest. Üks viis selles olukorras tasakaalu hoidmiseks

on pidada meeles, et teil on arvestatavaid kogemusi sellest, mis teiste patsientide puhul on samas olukorras häid tulemusi andnud. Aga ärge unustage, et teie patsiendid on tavaliselt eksperdid selles, mis nende enda puhul kõige paremini mõjub. Selle asjaolu meelespidamine võib olla väga suureks abiks. Täitke infolüngad ja vaadake, mida patsient sellest kõigest arvab.

Too esile – anna teavet – too esile lähenemine oli üks esimesi MI rakendusi. Me reklaamisime „tasuta konsultatsiooni alkoholitarbijaile, kes tahavad teada, kas alkohol on neile kahjulik”. Teadaandes sisaldus selge sõnum, et tegu ei ole ravi-programmiga; inimesel oli võimalus otsustada, mida, kui üldse, teha talle jagatud terviseteadega. Üllatavalt palju inimesi reageeris sellele „joodikute läbivaatusele”, mille käigus mõõdeti liigse joomise tõttu reeglina kõige varem kahjustuvaid füsioloogilisi ja psühholoogilisi funktsioone. Seejärel kohtus nõustaja patsiendiga ühe korra, andis teada läbivaatuse tulemused

ja võrdles neid nn keskmiste normidega. Selle asemel, et anda nõu ja öelda patsiendile, mida ta tegema peaks, palus nõustaja patsiendil endal tulemusi tõlgendada ning andis patsiendi

soovil lisateavet. Peaaegu kõik vastanud olid kõvad joojad ja neil esines juba kahjulikke tagajärgi. Juhusliku valiku alusel tehtud uuring näitas, et „joodikute läbivaatusel” käinud patsiendid vähendasid ilma edasise sekkumiseta märkimisväärses ulatuses joomist, võrreldes nendega, kes end läbivaatusele kirja panid, kuid polnud seda veel läbida jõudnud. Mõju avaldas ka viis, kuidas nõustaja tagasisidet esitas. Empaatiline too esile – anna teavet – too esile stiil toob patsientides kaks korda rohkem esile muutustejuttu ja poole vähem vastuseisu, võrreldes käskiva ja vastandava stiiliga. Mida rohkem nõustaja end patsiendile vastandas, seda tõenäolisemalt patsient hiljem joomist jätkas.

Arvestage ka erinevust „õpetliku momendi” ja „õppimisvõimaluse” vahel. Esi-

” *Teil on arvestatavaid kogemusi sellest, mis teiste patsientide puhul on samas olukorras häid tulemusi andnud. Aga teie patsiendid on tavaliselt eksperdid selles, mis nende enda puhul kõige paremini mõjub.*

” *Teie annate, patsient tõlgendab.*

mest käivitab teavet sisestav lähenemine, teist iseloomustavad mitmed too esile – anna teavet – too esile raamistikus peituvad omadused.

Hoiduge parandamisrefleksist

Teavitamise käigus on mõistlik oma parandamisrefleksi taltsutada. Mõned tervishoiutöötajad usuvad, et kui kedagi enne piisavalt hirmutada, siis võetakse kuulnud informatsiooni tõsisemalt. Kuid hirm on keeruline motivaator, hirmutaktika võib tagasilöögi anda. Tavaline reageering hirmutamisele on sulgumine, mille

” *On väga vähe tõendeid selle kohta, et inimesed muutuvad, kui panete neid end halvasti tundma (hirmunult, häbistatult, alandatult). Vastupidi, just toetav, kaastundlik ja empaatiline tervishoiutöötaja on kõige efektiivsem käitumise muutuse inspireerija.*

näiteks on patsiendid, kelle vastus oma tervist puudutavale halvale uudisele on esimesel võimalusel napsu võtmine või sigareti süütamine. Patsient, keda me intervjuerisime, ütles: „Iga kord, kui ma sinna lähen, räägib ta, kui kahjulik on suitsetamine, nagu oleks tegemist mõne uue hirmsa saladusega, aga ometi ma ju näen pakil olevat hoiatust iga kord, kui ma sigareti süütan.” On väga vähe tõendeid selle kohta, et inimesed muutuvad, kui panete neid end halvasti tundma (hirmunult, häbistatult, alandatult). Vastupidi, just toetav, kaastundlik ja empaatiline tervishoiutöötaja on kõige efek-

tiivsem käitumise muutuse inspireerija.

Teine parandamisrefleksiga kaasnev lõks on enneaegne fookus. Kiirustamine ja oma vaatenurga pealesurumine võib patsiendile tõrjuvalt mõjuda: „Te peate võtma prootonpumba inhibiitorit, et mao refluks kontrolli alla saada.” Mõned probleemid ei pruugi olla tõsised tervishoiutöötaja vaatenurgast, kuid nad on seda patsiendi meelest ja vastupidi. Paljudes situatsioonides tuleb parim lahendus patsiendilt ja mitte probleemi lahendamise kiirustavalt tervishoiutöötajalt: „Teate, tegelikult mulle ei meeldi ravimeid võtta, ma olen juba kaalus alla võtnud ja refluks ei vaevagi enam eriti.”

PRAKTILISED NÄITED

Siinkohal toome igapäevapraktikast mõned näited. Kängi-kontrolli-kängi lähemisviisi kasutatakse siin käskiva stiili puhul selleks, et näidata, kuivõrd seda võib rikkuda parandamisrefleks, kui räägime käitumise muutmisest, ning ka selleks, et luua tugev kontrast too esile – anna teavet – too esile lähenemisega.

Ravi järgimise soodustamine

Ravi järgimise uuringud on näidanud ravimi tarvitamist kirjeldava arusaadava selgituse olulisust ning vajadust arvestada patsiendi muresid. See on huvitav ülesanne eriti siis, kui aeg pressib peale ja te teate, et teil on vähe võimalust kontrollida ravi järgimist mõjutavaid tegureid (näiteks kultuurilised väärtused, sotsiaalsed tingimused, isiklikud harjumused, mälu) väljaspool vastuvõtukabinetti. Too esile – anna teavet – too esile raamistiku suund on tõsta teie võimet reageerida konstruktiivselt neile mõjutajatele. Hüpoteesi kohaselt paraneb raviskeemist kinnipidamine läbi juhendava stiili ja too esile – anna teavet – too esile kasutamise, sest see tõepoolest toob esile patsiendi enda motiveerituse nende probleemidega tegelemiseks.

Järgnevalt näide, mis illustreerib käskivas stiilis esitatud kängi-kontrolli-kängi meetodi ja juhendavas stiilis esitatud too esile – anna teavet – too esile strateegia omavahelist kontrasti.

Kängi-kontrolli-kängi

Meditsiinitöötaja: Õde, nõustaja, arst, farmakoloog või patsiendi tugiisik.

Kontekst: HIV-i/AIDS-i ravi.

ARST: Teie tervise seisukohalt on väga tähtis, et te võtaksite oma ravimeid korralikult. [kontrollimine] Kas te olete neid korralikult võtnud? [kontrollimine, suletud küsimus]

PATSIENT: Jah, väga raske on võtta kõike õigel ajal, aga ma tunnen end juba paremini, see on hea.

ARST: Te teate, et peate ravimeid iga päev täpselt õigel ajal võtma ja teil ei tohi ühtegi vahele jääda, isegi kui te ennast paremini tunnete. [kontrollimine] Kui tihti te ravimeid võtate? [kontrollimine, suletud küsimus]

PATSIENT: Jah, aga te mõistate, et see on raske. Kui mu ema näeb mind neid võtmas, siis ta saab aru, mis toimub. See oleks halb. Ta nimelt ei tea.

ARST: Võib olla saate ravimi võtmiseks vannituppa minna. [kontrollimine]

PATSIENT: Jah, aga mul on ka väike laps ja on palju sekeldamist, et teha kõike õigel ajal.

ARST: Kui tihti on ravimid vahele jäänud? [kontrollimine, suletud küsimus]

Kommentaar. Parandamisrefleksil on omad piirid, hoolimata mureliku meedikü headest kavatsustest. Mida rohkem te muretsete, seda kergem on sellesse lõksu langeda. Stiilimuutusega võib kängi-kontrolli-kängi lähenemisviisi loominguks konsultatsiooni sulandada. Vaatleme ka too esile – anna teavet – too esile strateegia kasutusviisi.

Too esile – anna teavet – too esile

Meditsiinitöötaja ja kontekst: sama, mis eelmises näites.

ARST: Mida te arvate ravimitest, mida te praegu võtate? [esiletoov, avatud küsimus]

PATSIENT: Ma võtan neid, nagu te käskisite.

ARST: Paljud teie olukorras olevad inimesed leiavad, et on raske kõiki neid ravimeid õigel ajal võtta. [teavitamine, mida teised teevad] Milline on teie meelest parim viis nende võtmiseks? Kuidas teie neid võtate? [esiletoomine, avatud küsimus]

PATSIENT: Ma üritan neid nii võtta, nagu te käskisite, aga see ei ole lihtne, kui mu ema on kogu aeg juures. Ta nimelt ei tea.

ARST: Kindlasti on raske saladust varjates õigeaegselt ravimeid võtta. [kuulamine]

PATSIENT: Täpselt nii. Ma ei saa talle praegu öelda. Kas see on suur probleem, kui mul mõned tabletid vahele jäävad?

ARST: Tegelikult see on probleem. Et need ravimid mõjuksid, peavad inimesed neid korralikult võtma ja on väga tähtis, et neid võetaks õigeaegselt. [teavitamine pärast patsiendi lubavat küsimust] Kas see tundub teile loogiline? [esiletoomine, avatud küsimus]

PATSIENT: Niisiis, ma pean neid ravimeid võtma kogu aeg, isegi, kui ma end paremini tunnen?

ARST: Täpselt nii, on väga oluline, et te võtaksite neid korralikult ka siis, kui te end juba paremini tunnete. [teavitamine] Milline oleks teile kõige sobilikum viis seda teha? [esiletoomine, avatud küsimus]

PATSIENT: Mu ema jälgib mind kogu aeg ja kui ma ütlen talle, et mul on HIV, on lugu halb. Ta võib mind isegi välja visata või mult lapse ära võtta.

ARST: Te pole veel valmis talle sellest rääkima. [kuulamine, vastuseisu peegeldamine]

PATSIENT: Ei, mitte veel. Ma ei tunne end veel nii tugevana.

ARST: Sellisel juhul mind huvitab, kuidas te sellega hakkama saate, et ravimeid õigel ajal võtta? [muutustejutu esiletoomine]

PATSIENT: Üks asi on see, et ma lähen rohu võtmise ajaks magamistuppa ja panen ukse kinni. [muutustejutu]

ARST: See kõlab nagu võimalus. Kas ma tohiks rääkida, mida mõned emad teevad? [loa küsimine teabe andmiseks, selgitamine, mida teised teevad]

Kommentaar. Teises näites kulus aega ehk minuti jagu rohkem. See ei tähenda sugugi, et konsultatsioon peaks venima hakkama. Enamik patsiente mõistab, et teil on kiire. Teil kulub paar minutit esile toomiseks ja teabe andmiseks, seejärel saate patsientide õeldu kokku võtta ning järgmise teema juurde siirduda. Kirjelatud juhtumi puhul võib selleks olla keerukus tema HIV-i teatavaks tegemisest lähedastele.

Analüüsivastustest teavitamine

Teine too esile – anna teavet – too esile raamistiku kasutamise näide on patsientide teavitamine analüüsivastustest. Võimalusi vastuseid arutada tuleb ette nii ägedate kui ka krooniliste haiguste ravis. Arutlustes on tihti vaja käsitleda ka ravimite võtmist, raviskeemist kinnipidamist ja tervisekäitumise muutmist. 2. peatükis oli näide 14-aastase Stefani juhtumist. Diabeedikliinikus saab ta oma vereanalüüsi tulemused arstilt, kes on siiralt mures ning veendunud, et tema antav informatsioon mängib suurt rolli Stefani tulevases heaolus ja tervislikus seisundis. Käskivas stiilis kasutatud kängi-kontrolli-kängi lähenemise puhul piirdub kõneaine tihti ainult sellega, mis meedikule huvi pakub. Tavaliselt tunnetab patsient sellise olukorra ära ning reageerib ka vastavalt.

Kängi-kontrolli-kängi

Meditsiinitöötaja: Arst või õde.

Kontekst: Diabeediravi.

Teema: Arst on veendunud, et analüüsivastustel on tervise seisukohalt oluline mõju.

ARST (sissejuhatava sõbraliku igapäevase vestluse järel): Nii, Stefan, kui tohib, lähme nüüd edasi vereanalüüsi vastuste juurde, mis just laborist tulid. Ma tean, et oleme sellest varem ka rääkinud, aga oluline on need vastused üle vaadata. Siis me saame teada, kuidas sul läheb. [känkimine] Teeme nii? [kontrollimine]

PATSIENT: Jah, okei.

ARST: Täna on näit 11,5. Seega, võrreldes eelmise korraga on see tõusnud. Vaatame, mis seis oli kolm kuud tagasi. Siis oli 9,2. Tõus on päris suur. [känkimine] Mõistad? [kontrollimine]

PATSIENT: Jep.

ARST: Nüüd peame rääkima, mis me olukorra parandamiseks teha saame, sest me ei taha, et sa vanemaks saades igasuguste probleemidega siia haiglasse sa-

tud. Mitte, et ma sind näha ei tahaks (naerab), aga sa saad aru, mida ma mõtlen. Analüüsivastus ütleb meile, et sinu diabeediga ei ole asjad korras. [känkimine] Mõistad, mida ma mõtlen? [kontrollimine]

PATSIENT: Aga..., jah, teate, ma püüan küll, ma süstin end nii, nagu te mul käskisite.

ARST: Kõige tähtsam on, et sa tõepoolest jälgiksid oma veresuhkru taset ja süstiksid insuliini neli korda päevas, nagu ma palusin. Eelmisel korral leppisime kokku, et sa kontrollid end rangemalt, sest siis on sul paremad võimalused vältida edaspidi probleeme silmade ja muude organitega. [känkimine]

PATSIENT: Ma saan aru, ma tõesti annan endast parima.

ARST: Siiski on tegu probleemiga. Analüüsi tulemused on halvenenud võrreldes eelmise korraga. [känkimine] Mõistad, mida see tähendab? [kontrollimine]

PATSIENT: Jah, seda vast vahel juhtub, ma arvan. Aga ma püüan.

Kommentaar: Selles näites ohverdab selgelt murelik ja ajahädas arst paar minutit kuulamisele ja usaldusliku suhte loomisele (kaasaminevas stiilis), et seejärel kohe kasutada teavitamisel sisendavat lähenemist. Parandamisrefleks võttis aga võimust ja patsient sulgus kohe alguses, kuna kohtumine sarnanes liialt koolidirektori kabineti külastusega. Kängi-kontrolli-kängi meetodit on võimalik tulemuslikumalt kasutada siis, kui „kontrolli” faasis rohkem kuulata. Too esile – anna teavet – too esile on tihti peale tulemuslikum.

Too esile – anna teavet – too esile

Meditsiinitöötaja ja kontekst: sama, mis eelmises näites.

ARST (pärasit sissejuhatavat kaasaminevas stiilis vestlust patsiendi igapäeva-asjadest): Ma tahaksin vereanalüüsi vastustest rääkida, kuid me võime enne rääkida ka muust sinu eluse ja diabeeti puutuvast. Kuidas sul kodus olukord on või koolis läheb? [lühike sihiseadmine]

PATSIENT: Okei. Koolis on piinlik, kui ma pean jalgpallitreenerilt luba küsima, kas ma võin platsilt ära minna, et midagi süüa.

ARST: Mäletan küll, et sulle meeldib jalgpall. Nii et siis on piinlik. [kuulamine]

PATSIENT: See on okei, sõbrad saavad aru, aga treener teeb sellest numbrit.

ARST: Ta teeb nii, et sina tunned end imelikult ja teistest erinevana. [kuulamine]

PATSIENT: Nojah. Ma siis püüan edasi mängida ja mitte välja teha.

ARST: See pole alati lihtne. [kuulamine]

PATSIENT: Suurem osa ajast on OK, aga mõnikord ma lihtsalt pean trenni pooleli jätma ja ta teeb sellest nii suure numbri ja mul on piinlik.

ARST: Kas sa arvad, et oleks kasu, kui ma ise treeneriga räägiksin? Või saad sa ise hakkama?

PATSIENT: Ei, saan ise.

ARST: Niisiis, mida sa soovid oma analüüsides teada? [esiletoomine]

PATSIENT: Ei midagi erilist, ma tean, et täna on tase kõrge.

ARST: Sa oled selle pärast natuke närvis. [kuulamine]

PATSIENT: Jah. (*Naerab närviliselt*)

ARST: Mis sa arvad, mis number seekord on, kui see oli 9,2 eelmisel korral?

PATSIENT: 10?

ARST: Veidi kõrgem.

PATSIENT: Nii halb?

ARST: 11,5. See on päris palju kõrgem kui tavaliselt. Sa olid väga tubli, kui püüdsid ennast paremini kontrollida. Mõned noored inimesed on leidnud, et paarist väikesest nõuandest on neile palju abi olnud, et veresuhkrutaset paremini kontrolli all hoida. [teavitamine]

PATSIENT: Nii.

ARST: Sa polegi väga üllatunud. Mida sa sellest järeldad? [esiletoomine]

PATSIENT: Ma pole õigesti söönud ja pole veresuhkrut väga kontrollinud. Mulle ei meeldi seda teha. Mulle ei meeldi minna kooli tualetti, et seda seal kontrollida.

ARST: Sa püüad diabeediga toime tulla ja samas normaalset elu elada. [kuulamine]

PATSIENT: Jah, ma tean, see on raske, ma ei saa kõige paremini hakkama ja mu söömine ei ole õige.

ARST: Sa mõistad ise ka, et sa pole enda eest piisavalt hästi hoolitsenud. [kuulamine] Kuidas ma saan sind aidata? [esiletoomine]

PATSIENT: Mida teie arvate...?

Kommentaar: Nüüd, kui patsiendi mured on sõnastatud ja vestluse keskmesse toodud, avaneb võimalus juhendada teda leidma mooduseid, kuidas kaaslastest eristumata oma olukorraga toime tulla. Lihtsaid lahendusi pole, kuid vestlus oli vähemalt häälestatud poisi vajadustele. Teavitamine oli siin tegevuse keskne osa.

Mida see teave *minu jaoks tähendab?*

Mõnikord leiavad patsiendid, et informatsiooni on neile piisavalt antud, kuid neile pole päris selge, mida see teave neile isiklikus plaanis tähendab. Siinkohal on kriitiliselt tähtis teie oskus esile tuua patsientide arusaam saadud teabest. Selleks piisab paarist minutist. Tehke nii: andke teavet ja innustage patsienti seda lahti mõtestama.

Meditsiinitöötaja: Arst või õde.

Kontekst: Esmatasandi arstiabi, kolesterooli analüüsi vastused.

Teema: Arsti meelest lihtsad lahendused tunduvad patsiendile rasked. Kuidas tuua lühikese konsultatsiooni käigus esile käitumist muutvaid otsuseid?

ARST: Niisiis, härra Brazier, teie kolesterooli analüüsi vastused on saanud ja tase on ikkagi kõrgevõitu. Et ma ei keskenduks ebavajalikule, tahaksin teada, kui palju te juba kõrge kolesterooli kohta teate ja mida te soovite juurde küsida? Kas arutame seda kohe praegu? [esiletoomine] Või leiate, et oleks parem, kui ma annan teile midagi enne lugeda ja siis arutame olukorra üle koos teie abikaasaga näiteks järgmisel korral?

PATSIENT: Ei, ma võin sellest praegu ka rääkida. Ma tean kolesteroolist tegelikult juba päris palju. Tuleb välja, et mu vend kontrollis ka oma kolesteroolitaset ja see oli samuti kõrge. Me siis otsisime koos internetist infot.

ARST: Seega te mõistate kõrge kolesterooliga kaasnevaid probleeme. Mis te arvate, mida analüüsitulemus teie puhul tähendab? [esiletoomine]

PATSIENT: Teate, ma pole päris kindel, mida nüüd kõige õigem teha oleks.

ARST: Mis teile täpsemalt segaseks jääb? [esiletoomine]

PATSIENT: Hea küll, tase on kõrge, aga kuidas ma seda madalamaks saan ilma suitsetamist maha jätmata ja toitumist muutmata? Või olen ma valesti aru saanud?

ARST: Ei, te olete õigesti aru saanud, need kaks asja muudaks palju. [teavitamine]

PATSIENT: Aga ma muretsen, kuidas mõjub suitsetamise maha jätmine minu toitumisele.

ARST: Seega te muretsete, et kui te suitsetamise maha jätate, siis võib kehakaal tõusta ja see ei ole hea. [kuulamine]

PATSIENT: Täpselt nii. Mu kaal hüppas üles, kui ma eelmisel aastal maha jätsin. Kas on parem, kui ma praegu jätan suitsetamise, isegi kui ma siis kaalus juurde võtan, või keskendun parem õigele toitumisele ja tegelen suitsetamisega hiljem?

ARST: Suitsetajatel, kelle kolesteroolitase on tõusnud, on kõrgenenud risk saada insulti või südameatakki, isegi kui nad toituvad õigesti. [teavitamine] Mida te sellest järeldate? [esiletoomine]

PATSIENT: Eks ma teadsin, et kuigi õige toitumine on oluline, siis suitsetamine on kahjulikum. Ja isegi kui ma võtan kaalus juurde, on suitsetamisega lõpu tegemine mulle kokkuvõttes parem. Kui nüüd aus olla, siis olen oma suitsetamisega juba tükk aega hädas olnud. Mu isa suri südameatakki. Hea küll, ta oli vana, aga nüüd, kui mu vennal avastati samuti kõrge kolesterool ja nüüd minul ka...

ARST: Ma võin teile rääkida teistest samas olukorras patsientidest, kuidas nemad suitsetamise maha jätsid. Kas see pakub huvi?

PATSIENT: Ma arvan küll.

Kommentaar: Esile toomise ja teavitamise vahel pendeldades juhib arst vestluse patsiendi muresid arvesse võttes käitumise muutmise suunas.

Lootusesõnum 60 sekundiga*

Igapäevapraktika näitab, et sageli on patsiendiga vaja väga paljust rääkida, samas ei tahaks ka käitumise muutmise teemat täiesti välja jätta. 1. peatükis rääkisime MI neljast põhiprintsiibist, neist neljas toetab optimistlikku hoiakut ja lootust muutustele. Isegi kui patsient ei ole muutusteks veel valmis, on abi ka sellest, kui lihtsalt räägite, mida ta võiks oma olukorras ette võtta. Te külvate lootuseseeme.

Meditsiinitöötaja: Arst või õde.

Kontekst: Esmatasandi arstiabi.

Teema: Depressioon ja eluviisimuutus. Mees, kes elab üksi ja töötab ametikohal, mida ta kirjeldab kui talumatut, tuleb arsti juurde väga halvast meeleolust. Ta nõustub võtma ravimeid ja tuleb järelkontrolli. Te arutate tema olukorda. Kuna ta on ka ülekaaluline, otsustate juhendavat stiili kasutades anda 60 sekundi jooksul nõu elustiili muutmiseks.

ARST: Ütlesite, et tunnete end väsinult. Kas tohin teilt küsida paar lühikest küsimust toitumise ja kehalise treeningu kohta? [esiletoomine]

PATSIENT: Hea küll.

ARST: Väikesed muudatused ja mõned uued harjumused aitavad meeleolule kaasa, samuti aitaks need kaasa ka kaalu langusele. See kaaluküsimus teeb mind hetkel tõesti murelikuks. [teavitamine] Need kõik on omavahel seotud, mõistate?

PATSIENT: Jah, ma saan aru.

ARST: See on tegelikult teie valik ja ma loodan, et te ei pane pahaks, et ma seda mainisin. Mind huvitab, kuidas te tegelikult sellesse suhtute? [esiletoomine]

PATSIENT: Ma saan aru, millest te räägite, kuid ma ei tea, hetkel on isegi see hea, kui ma suudan õigel ajal voodist tõusta ja päeva üle elada.

ARST: Päeva üle elamisele kulub palju energiat. Olgem ausad, mulle tundub, et ega teil pole ka palju valikuid. [kuulamine]

PATSIENT: Jah, kogu jõud läheb toime tulemisele... Ma ei näe seda kohta, kus muutusi teha...

ARST: Te tahaksite, et teil oleks rohkem energiat, aga seda pole. [kuulamine]

PATSIENT: Täpselt nii.

ARST: Ühte-teist on võimalik ise ära teha, et enesetunne paraneks ja energiat juurde tuleks. Millal selleks õige hetk on, seda tunnete ise ära. Te olite nõus uuesti vastuvõtule tulema, aga nüüd pole te kindel, kuidas toitumist ja treeningut muuta. Ma ei taha sugugi, et te end süüdi tunneksite, kui te oma harjumusi ei muuda. Aega on, võib olla leiate võimaluse aru pidada mõne harjumuse muutmise osas, mis teile endale mõttekas tundub. Võime järgmisel korral sellest pikemalt rääkida ja ma teen omalt poolt kõik mis võimalik, et

* Täname dr Gary Rose'i ja dr Chris Durni abi eest selle dialoogi koostamisel.

teid sellest keerulisest perioodist üle aidata.

PATSIENT: Ma tänan teid väga.

Kommentaar. Kui te oleksite leidnud veel paar minutit, oleksite võinud esile kutsuda ja tundma õppida patsiendi motivatsiooni parandada toitumist ja teha harjutusi. Kuid kasvõi juba lootuseesemne külvamine on iseenesest hea.

TEIE KÄTES

Kaasaegne meditsiin keskendub tihti peamiselt patsientide teabega varustamisele ja teeb seda sageli viisil, mis käitumise muutused eos lämmatab. Patsientidele teabe tõhusamaks ja mõjusamaks edasiandmiseks püütakse leida uusi vahendeid ja tehnoloogiaid. Samal ajal võib vastus olla teie haardeulatuses – siduda oskuslik teavitamine kuulamisega ja tunda huvi patsiendi enda seisukohtade vastu. Vajaduse korral saate käskiva stiili asendada juhendava stiiliga. See eeldab, et te ei tunne ennast enam patsiendi käitumismuutuste eest vastutavana ning pigem aitate neil mõista (ja sõnastada) oma põhjused muutusteks. Ettekirjutus „te peate need muutused tegema” on tühi sõnakõlks, sest patsiendid pole kuidagi kohustatud tegema seda, mida neile öeldakse. Nad teevad valikuid. Teavitamine eksperdi positsioonilt on jätkuvalt MI oluline osa. Sellelt positsioonilt lähtudes aitate patsientidel ise endilt küsida: „Mida see teave minu jaoks tähendab? Milliseid muutusi ma pean tegema ja milliseid ma suudan teha?” Selles valguses on teavitamine tööpoolest võimas tööriist. Mida aktiivsemalt patsient arutluses osaleb, seda parem.

KOKKUVÕTE

See peatükk kirjeldas loogilisi põhimõtteid, kuidas kasutada teavet vastavalt MI heale tavale. Tutvustasime too esile – anna teavet – too esile raamistikku kui üht võimalust vestluse läbiviimiseks nii, et patsient oleks aktiivne osaleja käitumise muutmist puudutavate otsuste langetamise juures. III osas uurime, kuidas ühendada need oskused MI-ga (peatükid 7-9) ja kokkuvõtteks toome välja, kuidas sobitada seda meetodit patsiendile pakutavate üldisemat laadi teenustega (10. peatükk).

||| OSA

PANEME

PILDI

KOKKU

7. PEATÜKK

OSKUSTE LIITMINE

Siiani oleme uurinud, kuidas suhtlemisoskusi, mida te oma tavapraktikas kasutate (ehk siis küsimist, kuulamist ja teavitamist) saab kasutada patsientide juhtimisel käitumise muutmise poole. Me oleme ka arutlenud, kuidas parandamisrefleks ja käskiv stiil, mis on paljudes olukordades omal kohal, võivad anda tagasilööke, kui soovite, et patsient kaaluks käitumise muutmist. Juhendavale stiilile ümberlülitumine annab teile võimaluse uurida patsiendi *enda* motivatsiooni tervisekäitumise muutmiseks ja julgustab patsienti seda sõnastama. See ei pruugi võtta palju aega; see on lihtsalt teistsugune ja sageli palju tõhusam suhtlemismeetod, kui olukord nõuab käitumise muutmise julgustamist.

” *MI-s küsige patsientide enda soovide, võimete, põhjuste ja vajaduste kohta. Küsige, miks nad tahaksid muutuda, kuidas nad seda korraldaksid, mis on selle põhjus ja kui tähtis see neile on.*

Juhendava stiili kasutamisel MI-s seate sihi ja seejärel *küsite* konkreetsete asjade kohta (4. peatükk). Näiteks patsiendi enda soovi, võimet, põhjuseid ja vajadust muutuseks (suitsetamisest loobumise näide). Selle asemel, et patsientidelt küsida, miks nad pole suitsetamist maha jätanud, huvitute sellest, miks nad võiksid seda tahta, kuidas nad võiksid seda teha, millised oleksid nende põhjused selleks ja kui oluline see nende jaoks on.

Igale küsimusele järgneb *kuulamine*, mille puhul te peegeldate mõneti teiste sõnadega tagasi seda, mida patsient rääkis, ning võib-olla teete oletusi selle kohta, mis võib olla pinna alla peidus („lause jätkamine”, vt 5. peatükk). Te kuulate tähelepanelikult „lilli” – patsiendi enda soovide, võimete, põhjuste ja vajaduste avaldusi. Iga kord, kui mõnda neist kuulete, panete selle mällu tallele, ning seejärel ulatate need patsiendile kokkuvõtte „buketina” tagasi (5. peatükk). Te kasutate ka teavitamist, aga tõenäoliselt vähem kui harjumuspärasel praktikal. Juhendava stiili puhul teavitatakse siis, kui selleks on saadud luba ja sellega aidatakse patsiendil sõnastada saadud teabe tähendust (6. peatükk).

LOOVAD KOMBINATSIOONID

Keegi ei kasuta ainult ühte suhtlemisstiili. Konsultatsioon kujutab endast paindlikku liikumist küsimise, kuulamise ja teavitamise vahel. Järgnevalt vaatleme nende kolme põhioskuse omavahelisi kombinatsioone. Siinkohal pole eesmärgiks soovitada teil konsultatsiooni üles ehitamisel neid kombinatsioone juhtnöörideks pidada. Pigem tahame teid julgustada suhtlemisel erinevaid mustreid ära tundma.

Teavitamine ja küsimine

Meditsiinitöötaja: Õde, arst, nõustaja.

Kontekst: Traumaosakond.

Teema: Panna patsienti, noort naist, mõtlema alkoholi osast temaga juhtunud autoõnnetuses.

ARST (noore naise voodi kõrval): Me suutsime teie seisundi stabiliseerida, Heather, aga teil tuleb meie osakonda jääda veel paariks päevaks. Jätame teid seejärel veel arvatavasti mõneks päevaks haiglasse, kuni saame teid ohutult koju lubada. [teavitamine] Õelge mulle palun, kuidas avarii juhtus? [küsimine]

PATSIENT: Õnnetust ma ei mäleta. Ärkasin siin voodis, jalg kipsis. Ma mäletan, et istusin autosse. Me käisime peol, saime poistega kokku ja kui hakkasime koju minema, oli juba pärast keskööd. Ma polnud eriti palju joonud, ainult kaks-kolm õlut õhtu peale. Lisa läks rooli, ta oli vist ühe õlu võtnud (*nutab*).

ARST: Te mõlemad saite õnnetuses vigastada, aga teie vigastused on suuremad. Saatsime Lisa juba koju ja ta paraneb. Teil on jalaluu mitmest kohast murdunud ja on ka mitmeid põrutusi. Pärast kojusaamist tuleb teil paar kuud karkudega käia. [teavitamine] Kas ma saan teie heaks midagi teha? Kas teil valutab kusagilt? [küsimine]

PATSIENT: Ei valuta, ma olen rohtusid täis topitud. Aidake mul siit lihtsalt välja saada.

ARST: Me saadame teid koju nii ruttu kui võimalik. Ma olen sellist asja palju näinud, et inimesed sõidavad autos koos kellegagi, kes ei tohiks roolis olla. [teavitamine]

PATSIENT: Jah. Lisa poleks tohtinud roolis olla.

ARST: Kas te saite sellest siis aru, kui koos autosse istusite? [küsimine]

PATSIENT: Ma nagu teadsin küll. Ta jõi vist ühe õlu.

ARST: Ma olen teie pärast mures. Mitte vigastuste tõttu. Oleks võinud ka palju halvemini minna. Aga mis te arvate, kui paljud inimesed, kes siia on sattunud, tulevad aasta jooksul tagasi, jälle vigastatuna? [küsimine, lisaks lubadus teavitada]

PATSIENT: Ma ei tea. Ma ei usu, et eriti palju.

ARST: Umbes ühte inimest neljast näeme vähem kui aasta pärast uuesti siin trau-

maosakonnas. [teavitamine]

PATSIENT: Oi! Tõesti? Miks?

ARST: Inimesed, kes on joores peaga roolis, kipuvad ka muid riske võtma, aga kõige suurem risk on sattuda uude autoõnnetusse. Ja siin pole tegemist mitte ainult joores juhtidega. Need, kes sõidavad joores juhiga, nagu sinagi sõitsid, jõuavad siia sama kiiresti tagasi kui juhid. [teavitamine] Mida sa sellest arvad? [küsimine]

PATSIENT: Ma saan aru, tõepoolest.

Küsimine ja kuulamine

Vestlus Heatheriga jätkub, nüüd kombineerib küsimist ja kuulamist traumatoloog. Pidage meeles, et kuulamine, nagu 5. peatükis rääkisime, ei ole passiivne tegevus, kuulaja peegeldab aktiivselt tagasi, mida patsient talle räägib. Pange ka tähele, et peegeldamisprotsess ei piirdu sellega, mida patsient sõna-sõnalt ütles. Hea kuulamine sisaldab ka lause lõpetamist ja otsesõnu välja ütlemata mõtte aimamist.

ARST: Rääkige mulle palun veel sellest õnnetusest. [küsimine, avatud küsimus]

PATSIENT: Eile õhtul... see oli ikka eile õhtul, eks? Ma ei tahtnud eriti palju juua, võtsin ainult paar õlut.

ARST: Ainult kaks või kolm õlut, sest enesetunne polnud hea. [kuulamine ja oletus]

PATSIENT: Ei, mitte seda, et oleksin haige olnud või midagi sellist. Lihtsalt halb tuju oli.

ARST: Miks? [küsimine; avatud küsimus]

PATSIENT: Oma sõbra pärast. Tal on nüüd jama kaelas, sest ma kutsusin talle politsei. Ta lõi mind.

ARST: Ta lõi sind. [kuulamine]

PATSIENT: Umbes nii. Ta lõi ja lükkas ja ma hakkasin kartma.

ARST: Kas seda on varem ka juhtunud? [küsimine; suletud küsimus]

PATSIENT: Jah. Ta on mind varem ka löönud, aga mitte nii hullusti.

ARST: Asjad on läinud halvemaks ja see hirmutab sind. [kuulamine]

PATSIENT: Ta joob ka ja ta jõi sel õhtul, kui ta mind lõi. Ma ei teadnud, mis ta veel võib teha, nii et ma kutsusin politsei.

” *Kuulamine ei ole passiivne tegevus.*

Kuulaja peegeldab aktiivselt tagasi, mida patsient talle räägib. Hea kuulamine sisaldab ka lause lõpetamist ja otsesõnu välja ütlemata mõtte aimamist.

Kuulamine ja teavitamine

Nüüd kasutab arst kuulamise ja teavitamise kombinatsiooni.

ARST: Te tegite õigesti. Ma näen siin tüdrukuid, kes ei oska asjale õigel ajal piiri

panna. [teavitamine] Te otsustasite, et teie sõber on liiga kaugele läinud. [kuulamine]

PATSIENT: Me oleme tegelikult ikka koos, aga ta on minu peale vihane.

ARST: See on ilmselt hirmutav. [kuulamine]

PATSIENT: Et ta minu peale vihane on?

ARST: Ma arvan, et ta lõi teid ja on nüüd vihane, et te talle politsei kutsusite.

Selline asjade käik kipub korduma ja süvenema. See ei muutu. [teavitamine]

PATSIENT: Ma tean. Ma peaksin temast lahku minema ja leidma kellegi, kes mind paremini kohtleb.

ARST: Te olete selle peale mõelnud. [kuulamine]

PATSIENT: Tegelikult ma vaatasin eile baaris natuke ringi.

ARST: Tore oleks, kui te oma elu korda saaksite ja me teiega siin ruumides enam kohtuma ei peaks. Te olete päris ohtlikesse olukordadesse sattunud. [teavitamine]

PATSIENT: Jah, see oli nüüd äratuskella eest tõesti.

ARST: See pani teid mõtlema ja te arvate, et oleks aeg silmad lahti teha. [kuulamine]

Eelnev vestlus kuulub selgelt MI juhendava stiili juurde. Kuid mitte alati pole sellega tegemist, kuigi kasutatakse samu suhtlusvahendeid. Vaadake järgmist näidet, kus samuti kasutatakse küsimist, teavitamist ja kuulamist, aga skeptilises, käskivas stiilis.

Meditatsioonitöötaja: Arst, õde, füsioterapeut.

Kontekst: Südame taastusraviosakond või perearsti kabinet.

Teema: Patsiendi elulaad paigutab ta riskirühma.

ARST: Tere, härra Bell. Kolme kuu eest tegime teile südamelõikuse ja mul oli hea meel analüüside tulemusi näha. Tundub, et teie süda töötab hästi. [teavitamine] Aga ma näen teie haigusloost, et te ikka veel suitsetate. Kas on nii? [küsimine]

PATSIENT: Jah, suitsetan küll.

ARST: Aga see on probleem, sest, nagu te teate, on suitsetamine teie südamele kahjulik. [teavitamine] Te pole veel maha jätnud? Ma olen kindel, et teile on sellest räägitud? [küsimine]

PATSIENT: Raske on maha jätta. Ma olen püüdnud, tõesti olen, aga paistab, et ma ei suuda seda teha.

ARST: Kas te saate aru, et sellega kasvab teie risk infarkti saada? [küsimine]

PATSIENT: Ma olen peaaegu iga päev jalutamas käinud, nagu te ütlesite.

ARST: Peaaegu iga päev. [kuulamine] Aga ikkagi te suitsetate. Kuidas dieediga lood on, mida ma teile soovitasin? [küsimine]

PATSIENT: Mul on teie toitumissoovitused kodus olemas ja ma püüan paremini

toituda.

ARST: Aga kas te toitute nagu ma soovitasin? [küsimine]

PATSIENT: Osaliselt jah.

ARST: Kas te järgite seda dieeti? [küsimine]

PATSIENT: Ma olen mõnda retsepti proovinud, aga see ei maitse mulle ja niimoodi toiduvalmistamine nõuab palju tööd. Mul võtab natuke aega, et sellega ära harjuda.

ARST: Nii et te püüate, see on hea. [kuulamine] Ma soovitaksin veel mõnda muudatust, kui tahate terve olla. Te ei taha ju uut infarkti saada, ega?

PATSIENT: Ei taha.

ARST: Siis peaksite püüdma suitsetamise maha jätta, toituma nii, nagu ma soovitasin ja võimlema nii palju kui võimalik. [teavitamine]

Arst selles näites samuti küsib, teavitab ja kuulab, aga selle konsultatsiooni toon on kaugel MI juhendavast stiilist. Sellel on vaenulik toon, arst istub juhiistmel ning räägib patsiendile, mida teha ja milleks seda teha. Ehkki arst esitab küsimusi, võtab ta endale vastutuse muutuse toimumuse eest ega paista olevat huvitatud patsiendi enda suhtumistest. Esitatavad küsimused ei too välja patsiendi enda motiive käitumise muutmiseks. Arst kuulab vaid minimaalselt, piisavalt kaua, et kuulda patsiendi vastust ja sellele vastu vaielda.

Siit puudub patsiendi autonoomia austamine ja koostööle suunatud esilekutsuv stiil, mida on kirjeldatud 1. peatükis. Motiveeriva intervjuerimise „vaimususe” juurde käib, et kolm suhtlemismeetodit liituksid: juhendada, mitte peale käia; julgustada, mitte süüdistada; nõu anda, mitte dikteerida. Kui eesmärgiks on seatud muutus käitumises, on juhendav stiil märgatavalt tõhusam kui ettekirjutuste tegemine. Samuti on see arstile palju huvitavam ja nauditavam.

” *Kolm suhtlemismeetodit liituvad: juhendada, mitte peale käia; julgustada, mitte süüdistada; nõu anda, mitte dikteerida.*

AMBIVALENTSUSE LAHENDAMINE

Kuidas ambivalentsuse uurimine koostööle suunatud hoiakute toel käivitab käitumise muutmist? Patsient tabab asja olemust, kui me tema enda muutumismotivatsioonidest räägime ja neid tagasi peegeldame. Sellest võib mõelda, nagu kalduks kaalukeel või vajutataks lülitit. Kui vestleme muutuste tähtsusest, otsustavad patsiendid, et need on *tõepoolest* olulised. Patsiendid näevad, et muutused on võimalikud, kui nad sõnastavad ise põhjused, miks neid teha ja kuidas nende ettevõtmine võib õnnestuda. Tekib säde ja patsiendid otsustavad sisimas, et

käitumusmuutus võib lõppkokkuvõttes olla pingutust väärt. Nad on end piltlikult öeldes ise sisse rääkinud.

Tavaliselt ei kaasne sellega pasunahelisiid. Tegelikult te ei pruugigi märgata, et

” *Kui vestleme muutuste tähtsusest, otsustavad patsiendid, et need on tõepoolest olulised. Patsiendid näevad, et muutused on võimalikud, kui nad sõnastavad ise põhjused, miks neid teha ja kuidas nende ettevõtmine võib õnnestuda.*

midagi on juhtunud. Me oleme töötanud patsientidega, kelles juhendamise käigus ei paistnud midagi liikuvat, aga järgmisel korral tulid nad tagasi ja ütlesid, et on midagi muutnud. Üks arst jutustas meile järgneva loo:

„Olin korduvalt kohtunud patsiendiga, kes polnud aastaid töötanud ja oli depressioonis. Olin peaaegu kõike proovinud: ravimeid, nõuandeid, julgustanud teda kehakultuuriga tegelema, tööd leidma ja olema seltskondlikult

aktiivne. Midagi ei paistnud aitavat. Ta oli justkui kinni jäänud ja ka ma ise tundsin, et olen samamoodi kinni jäänud ja heitunud. Ise suurepäraselt mõistes, kui masendunud ma olen, vaatasin patsiendile otsa ja mõistsin, et tema tunneb end veel palju hullemini. Teadmata, mida veel ette võtta, peegeldasin teda lihtsalt: „Teil on sellest kõigest kindlasti kõrini.” Ta ütles vaid „Jah” ning oli sünye nagu alati, ja varsti ta lahkus kabinetist.”

„Mõne kuu pärast nägin teda jälle ühe väikese terviseprobleemiga seoses ning küsisin, kuidas tal üldiselt läheb. „Suurepäraselt!” ütles ta, näost särades. „Ma sain bussijuhina tööd ja tunnen end väga hästi!” Ma oleks äärepealt pikali kukkunud.

„Mis juhtus?” küsisin.

„Te ütlesite midagi eelmisel korral.” Mul polnud aimugi, mida ma olin öelnud, mis võis sellist mõju avaldada. „Kui ma teie kabinetist lahkusin, siis sain aru, et teil oli õigus: mul oli kõrini oma elust sellisena, nagu see on, ja ma pidin sellega midagi ette võtma. Ma nägin ajalehes kuulutust, et hakatakse välja õpetama bussijuhte ja helistasin neile. Nüüd ma töötan graafiku järgi ja tunnen end suurepäraselt.”

Pühendumise kuulamine

Selliseid üllatusi juhtub, aga pidage meeles, et patsiendiga rääkides tuleb silmas pidada teatud kindlaid märke. Muutuse võimalikule toimumisele viitab üks mõistlik ja usaldusväärne indikaator – pühendumise keel, nagu seda kirjeldasime 5. peatükis. See võib MI-d kasutades tekkida spontaanselt („Ma arvan, et proovin seda”), kuid on olemas ka võtted, kuidas hinnata inimese valmidust edasi liikuda. Kui olete patsiendile andnud kokkuvõtte tema enda sõnastatud muutumismotivatsioonist (soov, võime, põhjused, vajadus ja neist moodustatud „lillekimp”), , esitage üks lihtne küsimus, mille mõte on järgmine: „Mida te nüüd sellest arvate?”

Mida te kavatsete ette võtta?”

Seda võib küsida erineva rõhuasetusega. Kui tahate hinnata pühendumist, siis kasutage järgmisi väljendeid:

„Mida te ette võtate?”

„Mida te teha kavatsete?”

„Mida te olete valmis tegema?”

„Mida te olete mõelnud teha?”

See on erinev nendest küsimustest, mis pelgalt toovad välja soovi, võime, põhjused ja vajadused:

„Mida te tahate teha?” [soov]

„Mida te suudate teha?” [võime]

„Mida teil oleks vaja teha?” [vajadus]

Mõelge järgmise näite üle, mida jutustas meile üks kolleeg:

„Ma ravisin meest, kelle naine ähvardas tema juurest ära minna ja lapsed kaasa võtta, sest mees jõi. Ta oli perekonnale pühendunud inimene, tal läks äris hästi, aga aegajalt tuli tal peale joomatuur. Tema maksaproovid olid korras, välja arvatud kõrgeenenud GGT ensüüm, ja see on sageli esimene näitaja, mis alkoholi liigtarvitajatel tõuseb. Sellest hoolimata jätkas ta joomist, tegi seda iga päev ja muljetavaldavates kogustes. Kodus tuli sellest palju pahandust. Ma proovisin temaga motiveerivat intervjuerimist ja kuulsin temalt mitmeid muutustejuhtu teemasid. Kõige rohkem kartis ta naisest ja lastest ilma jääda. Ja ükskord, kui ta jälle sellest rääkis, teatas ta äkki vabatahtlikult: „Ma arvan, et peaksin joomise maha jätma.” Teda veel paar minutit kuulanud, tegin talle sellise kokkuvõtte:

„Kindlasti ei arva te ise, et olete alkohoolik või et teil võib olla alkoholiprobleem. Teie peamine mure on kodus, kus naisega on palju tülisid, peamiselt joomise pärast, aga mitte ainult. See oli teile paras hoop, kui ta ütles, et kavatseb ära minna ja lapsed kaasa võtta. Te ütlesite, et nende kaotamine oleks kõige halvem asi, mis teiega võib juhtuda. Olite päris üllatunud nähes, kui palju te joote, kui me kõik selle kokku arvutasime. Me saime aru ka sellest, et olete päris tihti hommikuti jääknähtudega autorooli istunud, arvestades seda, kui palju aega võtab õhtul joodud alkoholi lõhustumine. Ent üle kõige tahate te säilitada oma perekonda ja see on peamine põhjus, miks te siia tulite. Tundub, et te olete otsustanud joomise maha jätta, vähemalt umbes pooleks aastaks, ja vaadata, kuidas te end siis tunnete. Kas see on see, mida te tahate teha?”

„Ei,” ütles ta.

Ei! Ei? Pagan võtaks! Mu mõtted ajasid üksteist taga. Olin just teinud oma parima juhendamiskokkuvõtte, kasutades täpselt tema enda muutustejuttu, ja jõudnud selleni, mida ta oli mulle oma kavatsusest rääkinud. Kuidas ta võib nüüd „ei” öelda?

„Ei,” ütles ta jälle. „See ei ole see, mida ma *tahan* teha. See on see, mida ma *teen*.”

Ja ta tegigi.”

Kuuldud vastus on nagu teatud tasandil pühendumiskeel, signaal sisemisest valmisolekust. Täpsemalt, te kuulate, milleks patsient on valmis, mida ta tahab ja on võimeline tegema oma tervisekäitumise muutmiseks. Ärge teda tagant tõugake. Andke talle lihtsalt võimalus sinnamaani jõuda. Kui patsient pole veel täiesti valmis, siis taganttõukamine äratavastupanu. Kui teil on rohkem aega, siis jätkake soovi, vajaduse, põhjuste ja võime uurimisega ning jätkake uks avatuks. Kokkuvõtte räägitust võite alati jätta ka järgmiseks korra, kui jälle patsiendiga kohtute.

Te saate aru, et teie juhendav stiil õnnestub, kui patsiendid räägivad teiega meeeldi, kui nad väljendavad oma soove, võimet, põhjusi ja vajadust oma käitumist muuta. Hästi läbi viidud juhendav stiil avab patsientidele arusaamise, mida nad võiksid oma tervisele mõeldes muuta ning kuidas need sammud ka teoks teha. Arstid ei saa neid otsuseid patsientide eest ära teha, ehkki paljud seda ilmselt teeksid. Siiski on võimalik kulutada natuke aega, et korjata lilli ambivalentsuse aasal, ulatada lillekimp ja aidata patsientidel leida ise oma tee tervislikuma elu juurde.

Tõenäoliselt olete juhendava stiili kasutamist kaaludes mõelnud mõne patsiendi peale, kes „lihtsalt tahab, et talle öeldaks, mida ta peab tegema”. Sellised patsiendid on loomulikult olemas. Nad on hirmul ja on valmis, tahavad ja on võimelised tegema ükskõik mida, et terveks saada. Nad ei taha mitte nõustamist, vaid selgeid juhtnööre, mida nad saavad tervise taastamiseks või parandamiseks teha. Tulemus võib olla vastupidine soovitul, kui arutada pikalt küsimust „*miks* muutuda” patsiendiga, kes on juba otsustanud muutada. Kui keegi ütleb: „Ma pean suitsetamise maha jätma. Kuidas seda teha?”, siis on sobiv anda nõu kõige tõhusamate võimaluste kohta. Selge, et just seda patsient soovib. Ent on palju teisi patsiente, kes pole veel jõudnud tegudele pühenduda. Iga patsiendi kohta, kes ütleb: „Ma kavatsen suitsetamise maha jätta”, on vähemalt viis suitsetajat, kes pole selleni veel jõudnud. Teatud tasandini patsiendid teavad, et tervise huvides tuleb teha muutusi, aga...

KOKKUVÕTE

MI on mõeldud aitama enamikku neist patsientidest, kes on muutumismotivatsiooni osas seesiselt kahevahel. Järgmises peatükis toome selle kohta mõne näite. Seejärel räägime, kuidas saate parandada oma MI oskuseid (9. peatükk) ja raamatu lõpuosas selgitame, kuidas muuta elukvaliteeti ka väljaspool individuaalset konsultatsiooni (10. peatükk).

8. PEATÜKK

JUHENDAVA STIILI NÄIDISJUHTUMID

Siit peatükist leiate näidisjuhtumid meie kliinilisest praktikast. Need näitavad, kuidas juhendava stiili kasutamise võimalusi rakendada igapäevases praktikas. Kui teile meeldivad näidisjuhtumid, siis lugege edasi. Kui mitte, siis pole meil midagi selle vastu, kui jätkate lugemist 9. peatükist.

JUHTUM 1: „MUL KÕHT VALUTAB”

Koht: Üldhaigla palat.

Meditsiinitöötaja: Arst, nõustaja, õde, sotsiaaltöötaja, psühholoog, sõltuvustega tegelev spetsialist.

Konsultatsiooni pikkus: 4 minutit.

Teema: 52-aastane abielus naine on tulnud haiglasse kõhuvaluga ja ta oksendab verd. Arst täheldab seerumis kõrgeks tõusnud GGT väärtust (maksatsirroos, mille väärtus tõuseb sageli pideva alkoholitarvitamise tagajärjel) ja kahtlustab, et patsient tarvitab liigselt alkoholi. Arst on patsiendiga varem kohunud. Eesmärgiks on vältida uut haiglatesattumist ja parandada tervislikku seisundit, aga kuidas seda teemat tõstatada? Arst on just lõpetanud naise seisundi ülevaatuse ja jätkab...

ARST: Teie seisund ehmatas teid, aga ma loodan, et saate siin vähemalt puhata.

Teema avamine empaatilise avaldusega.

PATSIENT: Jah, tänan teid, enesetunne on juba natuke parem. Kodus ei saa ma üldse rahu. Kogu aeg sõida muudkui autoga, kiire, kiire, kiire, nagu sõjaväes oleks. Vaata laste järele, siis töö, tee süüa, mida iganes.

ARST: Te teete palju ja saate palju ära tehtud.

Kuulamine.

PATSIENT: Naljakas, et te nii ütlete. Tõsi ta on, mind kutsutakse superemaks ja tööl olen mina see, kes peab asjad korda ajama, kui teised lähivad stressist hulluks ja muudkui vaidlevad, kes peab seda või teist tegema ja kuidas me tähtajaks valmis saame.

ARST: Tahtsingi teilt teie eluviisi kohta küsida. Mõtlen, et kas siin võib olla seos teie kõhuvaluga. Kas võiksite sellest paar minutit rääkida?

Kiire sihi seadmine. Arst toob vestlusteemaks eluviisi üldisemalt. Loa küsimine.

PATSIENT: Räägime siis. Supernaine maandus ja-masse. Mis te arvate?

Esimene vihje muutustejutule.

ARST: Ma pole kindel. Toitumine, alkohol, liiga palju tööd ja tegemist? Ma pole kindel. Teie oskate seda paremini hinnata, aga tundub, et teie elutempo on rabelev ja liiga kiire.

Ainult kerge teavitamine. Toetab patsiendi autonoomiat ja naaseb tema eluviiside juurde.

PATSIENT: „Rabelev” pole õige sõna.

ARST: Teile ilmselt meeldib kiire elutempo.

Kuulamine, oletus.

PATSIENT: Mulle tõesti meeldib, kui asjad saavad tehtud. See on tore, ühe asja juurest kohe teise juurde.

ARST: Kas te mõnikord kiirteelt maha ka pöörate ja elu natuke rahulikumalt võtate?

Küsimine. Juhendav küsimus, kasutab kiirteel kihutamise metafoori.

PATSIENT: See on raske. Ilma naljata, nii palju on teha, ma lihtsalt ei saa lõdvalt võtta.

Ta tundub palju emotsionaalsem.

ARST: Mis on need asjad, mida te enda heaks teete?

Küsimine. Juhendav küsimus, püüab aru saada, milline roll siin alkoholil on.

PATSIENT: Õhtul, kui lapsed on voodis, vaatan vahel filmi ja avan veinipudeli. See on minu aeg. Ainus aeg, mis mul on, tõsiselt.

Ta toob sisse joomise teema tavalises igapäevases kontekstis.

ARST: See aitab teil õhtuti aega maha võtta ja võib-olla natuke lõõgastuda.

Kuulamine.

PATSIENT: Ja vahel nädalalõpul lähen ma koos sõpradega välja ja me teeme mõne dringi.

ARST: Joomine on teie jaoks lõõgastumise viis. Õelge mulle, kas te teate, kuidas alkohol võib maole mõjuda?

Kuulamine. Teabevahetus. Esiletoomine läbi küsimise.

PATSIENT: See võib söögiisu tekitada, nagu apetiit. Kas te arvate, et see on põhjuseks? Kas te räägite sellest?

Pisut kaitses.

ARST: Alkoholil võib olla selles oma osa. Ma märkasin teie vereproovis, et üks näitaja oli üle normaalse, üks maksanäitaja. Alkohol on sageli see, mis seda tõstab.

Teabevahetus. Teabeandmine.

PATSIENT: Tore! Ainus asi, mida ma endale luban ja te tahate selle ka ära võtta.

Kaitseseisundis.

ARST: Ma ei taha teha mingeid ennatlikke järeldusi, igal juhul on see teie valik, mida teha. Mina ei saa seda teie eest otsustada.

Väldib enneaegset fookust ja rõhutab valikuvabadust ning autonoomiat.

PATSIENT: Ma tahan lihtsalt normaalset elu. Ma tahan, et kõht ei valutaks, ja ma tahan siit välja saada.

ARST: Teil oli hetk tagasi tõsine tervisehäire. Mina tahan samu asju, mida teiegi. Et teil kõik kenasti läheks ja et te uuesti haiglasse ei satuks.

Kuulamine ja julgustamine.

PATSIENT: Aga see vereproov, mida te mainisite? See natuke hirmutab mind.

Küsimus annab loa teavitamiseks.

ARST: See on üks näitaja, mis läheb sageli üles inimestel, kes joovad rohkem, kui kehale sobib. Te olete üsna sale, mis tähendab, et väike kogus alkoholi mõjub teile tugevalt. Pealegi ei lõhusta naiste maks alkoholi sama hästi kui meestel.

Teabevahetus. Teabe andmine.

PATSIENT: Niisiis te ütlete mulle, et pean vähem alkoholi tarvitama?

ARST: See on teie otsustada, aga paistab, et seda teie keha ütleb. Pealegi võib stressirikas elu maole halvasti mõjuda ja kui siia lisada veel alkohol, siis ongi probleemid käes.

Rõhutab valikut ja autonoomiat. Teavitamine.

PATSIENT: Kuidas alkohol mõjutab?

Küsimus annab loa teavitada.

ARST: Alkohol ärritab söögitoru ja mao limaskesta. Kas olete kunagi paljast viina joonud ja kõrvetust tundnud?

Teavitamine.

PATSIENT: Ikka olen.

ARST: See kõrvetustunne tuleb alkoholist. Samuti vallandab see maohappe, mis suurendab söögiisu. See omakorda võib tuua kaasa uue mure, sest kui magu on juba stressi tõttu nõrk, siis võivad tekkida maohaavad. Mis te selle kohta arvate?

Teavitamine. Teabevahetus: tema isikliku arvamuse esiletoomine.

PATSIENT: Maohaavu küll ei taha. Kas te arvate, et mul on maohaavad?

Muutustejuht – põhjus midagi muuta.

ARST: Võivad olla. Proovidega saab selle kindlaks teha. Kui on nii, nagu te arvate, siis mida te teete?

Avatud küsimus.

- PATSIENT:** Ma arvan, et teil on mõnda rohtu, mida mulle anda. Aga ma mõtlen, et pean joomist vähemaks jätma, isegi kui mul pole maohaavu. *Muutustejuht (vajadus).*
- ARST:** Kui raske see teile oleks? *Juhendav küsimus – otsib muutustejuhtu (võime).*
- PATSIENT:** Mitte väga. Pean lihtsalt leidma mõne muu viisi, kuidas lõõgastuda. *Muutustejuht – võime.*
- ARST:** Nii et te suudaksite alkoholitarbimist vähendada, kui nii otsustate. Isegi sellest loobuda? *Peegeldav kuulamine. Suunav küsimus.*
- PATSIENT:** Ma pole kindel.
- ARST:** Miks te tahaksite seda vähendada või sellest loobuda? *Juhendav küsimus.*
- PATSIENT:** Oma tervise pärast! Paistab nii, nagu ma sööks ise oma magu ja mu maks pole enam normaalne. Ma arvan, et on aeg. *Muutustejuht.*
- ARST:** Mulle tundub ka nii. Mida te siis ette võtate? *Pühendumise küsimine.*
- PATSIENT:** Ma lihtsalt ei hoia enam kodus alkoholi, mis võib mind kiusatusse viia. Ma arvan, et nii ma ilmselt teengi. *Muutustejuht. Esimene märk pühendumusest.*

JUHTUM 2: KAITSTUD VAHEKORRA PROPAGEERIMINE

Järgmine näide võiks olla pärit kust maailmanurgast tahes. Seal, kus HIV-i ja AIDS-i haigestumise tase on kõrge, puutub arst kokku elu ja surma küsimusega mitte ainult patsientide, vaid ka patsientide seksuaalpartnerite puhul.

Kontekst: Patsientiderohke perearstikeskus piirkonnas, kus HIV-i ja AIDS-i haigestumise tase on kõrge.

Meditšiinitöötaja: Arst või õde.

Konsultatsiooni pikkus: 5 minutit.

Teema: Vastuvõtule tuleb mees, kellel on seksuaalsel teel edasiantav bakteriaalne infektsioon, ta vaadatakse läbi ja määratakse antibiootikumid. Arst räägib temaga HIV-positiivsusest ning võimalikest paljudest partneritest ja kondoomi kasutamise vajalikkusest. Patsient on 40ndates eluaastates mees, ta on vallaline, enamasti olnud töötu ja elab suure liikmete arvuga laiendatud perekonnas ühe suurlinna agulis. Arst kasutab peamiselt teabevahetust, et panna patsient kaitsmata vahekordade pärast muret tundma.

ARST: Hästi, ma arvan, et saame nakkusest jagu, kui võtate seda ravimit järgmised kümme päeva. Kas teete seda?

Pühendumise kohta küsimine.

PATSIENT: Muidugi.

ARST: Tore! Tähtis on ravim lõpuni tarvitada. Kas teile sobib, kui vestleme veel paar minutit? Mind huvitab lisaks sellele, et teid terveks ravida, ka see, et te edaspidi ka tervena püsiksite. Kas sobib?

Loa küsimine.

PATSIENT: Okei, muidugi. Millest te tahaksite rääkida?

ARST: Osa minu tööst on teile rääkida, kuidas vältida igasuguseid nakkusi, kaasa arvatud HIV ja AIDS. Mida te HIV-ist teate?

Sihi seadmine, keeruka teema tõstatamine. Küsimine (teabevahetus: esiletoomine).

PATSIENT: Kui sa selle saad, siis sured. Aga ma olen ettevaatlik. Ma lihtsalt see üks kord ei kasutanud kondoomi. No juhtub mõnikord.

ARST: Hästi! Nii et tavaliselt te kasutate kondoomi. Lihtsalt mõnikord juhtub, et ei kasuta, ja nüüd saite selle nakkuse. *Kinnitamine. Peegeldav kuulamine.*

PATSIENT: Ei vedanud, ma arvan. Ma just kohtasin seda tüdrukut ja ta ei paistnud haige olevat. Kes teab, kust ta selle sai.

ARST: See paneb teid mõtlema. Võib-olla tema ka ei teadnud. *Kuulamine.*

PATSIENT: Niisiis mul ei vedanud ja ma sain selle temalt. Seda juhtub.

ARST: Te olete juba mitu korda öelnud, et see on vedamise küsimus. Neid nakkusi on igal pool. *Kuulamine.*

PATSIENT: Jah, aga vaadake, varem pole mul selliseid probleeme olnud. Mul on oma kindel tüdruksõber, aga selle tüdrukuga oli lihtsalt üheöösuhe.

ARST: Ma loodan, et te ei pahanda, kui ma teilt neid asju küsin. Ma tõesti ei taha, et teil oleks ebamugav, kui ma esitan teile isikliku elu kohta küsimusi, aga ma tunnen teie tervise pärast muret. *Loa küsimine ja autonoomia austamine.*

PATSIENT: Ei, see on okei.

ARST: Nii et teil oli kaitsmata seksuaalvahekord ühe tüdrukuga ja teil on samal ajal oma kindel tüdruksõber. Millist kaitset te kasutate oma püsisuhtes? *Kuulamine. Küsimine.*

PATSIENT: Me kasutame alati kondoomi, või vähemalt peaaegu alati.

ARST: Vahel ei kasuta, aga enamasti kasutate. Hästi. Nüüd rääkige mulle, mida te teate sellest, kuidas kõige raskemad nakkused levivad – nagu HIV. *Kuulamine. Küsimine (teabevahetus: esiletoomine).*

PATSIENT: Jumal küll! Ärge tehke nalja. Kas te ar-

vate, et mul on AIDS?

ARST: Mul pole aimugi, kas te olete HIV-i nakatunud. Me võime proovi võtta, kui te täna siin olete ja tahate seda teha. Aga ma küsin, kas te teate, kuidas saadakse HIV ja AIDS.

*Enneaegse fookuse vältimine.
Valiku teadvustamine.
Veel enam esiletoomist.*

PATSIENT: No kui ei vea, siis jääd väga haigeks, ma olen seda näinud, aga ma ei ela sellist elu, ei maga räpaste plikadega.

ARST: Ma ei tea, kas teil on sellest aimu või kas see teile midagi tähendab, aga võin öelda, et HIV nakkus levib vaikselt just nende inimeste hulgas, kes näevad aastaid täiesti terved välja, enne kui nad haigeks jäävad. Nakkust võidakse edasi anda inimese enda teadmata. Mida te selle kohta arvate?

*Loa küsimine.
Teavevahetus: teabe andmine.
Teavevahetus.
Esiletoomine.*

PATSIENT: Ma olin ainult ühe öö selle uue tüdrukuga!

ARST: Ja te üldse ei muretse selle pärast.

Kuulamine, lause lõpetamine (ilma sarkasmitta).

PATSIENT: Võib olla ma tõesti peaksin siis hoolikam olema.

Esimene muutustejutt.

ARST: Aga kuidas?

Küsimine.

PATSIENT: Ma ei tohiks liiga palju teistega magada ja peaksin kindlasti kondoomi kasutama, kui ma seda teen.

Muutustejutt.

ARST: Vastab täielikult tõele, et suhe ühe partneriga vähendab riski. Nagu ka kondoomid, kui te neid iga kord kasutate. Kui tähtis see teile on?

*Teavitamine.
Muutustejutule kutsumine.*

PATSIENT: Ma ei tea.

ARST: Lubage ma küsin teilt järgmist. Skaalal ühest

kümneni, kus üks tähendab, et ei ole üldse tähtis ja kümme tähendab, et on erakordselt tähtis. Kui tähtsaks peate enda jaoks kondoomi kasutamist iga kord, ka siis, kui olete oma kindla tüdruksõbraga?

Tähtsuseskaala kasutamine.

PATSIENT: Ilmselt 8 või 9.

Muutustejutt.

ARST: Hästi. Teil on küll väikesed kahtlused, aga end kaitsta on teie jaoks väga tähtis. Ja te kaitsete ka teisi inimesi.

Peegeldav kuulamine.

PATSIENT: Jaa, ma loodan, et ma oma tüdrukule seda nakkust ei andnud. Ta saaks maruvihaseks.

ARST: Jah, nakkused levivad kiiresti ja vaikselt ka nende hulgas, kes näevad täiesti terved välja ja tunnevad end tervetena. Niisiis, pärast seda tüdrukut on teil olnud kaitsmata vahekord oma tüdruksõbraga.

*Teavitamine.
Kuulamine.*

PATSIENT: Jah, me kasutasime kondoomi, aga nendest pole ju alati abi, eks?

ARST: Need ei paku sajaprotsendilist kaitset, aga ikkagi nad kaitsevad.

Teavitamine.

PATSIENT: Ma loodan, et sellel teisel tüdrukul polnud HIV-i.

ARST: Mina samuti. Nakatumiseks piisab ainult ühest korrast. HIV-i test iseenesest on lihtne, vastused saab mõne aja pärast. Kas teeme selle ära?

*Teavitamine.
Küsimine.*

PATSIENT: Oh paganat. Ma ei tea. Ma ei usu eriti, et mul see on.

ARST: Võib-olla ei olegi. Otsa vaadates ei saa kellegi kohta midagi öelda, ja inimene võib tükk aega terve paista, enne kui ta haigestub. Tänapäeval on palju paremaid ravimeid kui varem ja kui või-

*Paneb vastu kiusatusele vaielda.
Teavitamine.*

malikult varakult selgub, kas inimene on HIV-positiivne või ei, siis aitab see ravi kavandada.

PATSIENT: Ma arvan, et ma peaksin teadma.

Muutustejuht.

ARST: Hästi. Ma võtan vereanalüüsi ja annan teile aja, millal tagasi tulla. Siis räägime analüüsivastustest, mida need näitavad ja muust sellisest. Kokkuvõtteks, te olete kasutanud kondoomi, aga mitte iga kord. Te saite nakkuse sel korral, kui ei kasutanud, ja te loodate, et pole seda oma tüdruksõbrale edasi andnud. Ebameeldiv on sellele mõelda, aga te tahate teha HIV testi. Ja mida te arvate kondoomi kasutamisest?

Lühikokkuvõtte andmine.

Pühendumuse küsimine.

PATSIENT: Ma arvan, et pean neid kogu aeg kasutama.

Muutustejuht.

ARST: Ja kui kindel te olete, et nii ka teete?

Pühendumuse küsimine.

PATSIENT: Eks ma püüan. Ega see alati lihtne ei ole.

Mõõdukas pühendumine. „Ma püüan” räägib oma võimetes kahtlemisest.

ARST: Väga tore! Mul on hea meel. Võib-olla siis, kui te tagasi tulete, räägime neist kordadest ka, kui on raskem kondoomi kasutada.

Kinnitamine. Järgmise vestluse kavandamine, eesmärgiga tõsta patsiendi võimet keerulises oludes.

JUHTUM 3: SÜDAMEPROBLEEM

Kontekst: Südame taastusravikliinik. See vestlus võib toimuda ka perearsti kabinettis või statsionaarse patsiendiga.

Meditatsioonitöötaja: Õde, arst, terapeut, füsioterapeut, nõustaja, psühholoog.

Konsultatsiooni pikkus: Umbes 20 minutit.

Teema: Patsiendil oli kolm kuud tagasi südameinfarkt ja ta tuli järelkontrolli. Arst tahaks julgustada patsienti võtma ette mitmeid omavahel seotud käitumismuutusi nagu suitsetamisest loobumine, kehaline treening, toitumise muutmine või

alkoholi tarvitamise vähendamine. Patsient on rõõmsameelne, töötab ametnikuna, naudib elu (sigarettide, alkoholi ja hea toiduga!), tal on kodus vilgas pereelu ja kaks noorukieas last.

ARST: Kas võtame natuke aega ja vestleme sellest, kuidas teil kodus läheb, sest ka need asjad võivad südame tervist mõjutada. Olulised pole mitte ainult ravimid. Kas see sobib?

*Loa küsimine.
Sihiseadmise algus.*

PATSIENT: Jah, ma arvan, et olen ära teeninud loengu sellest, kui paha poiss ma olen ja et ma pean loobuma kõigest, mis mulle meeldib. (Naerab.)

ARST: Tegelikult, seda ma teha ei kavatse. Ma luban. See on täiesti teie teha, mida te tahate oma tervisega peale hakata. Ehkki näib, et te loodate, et tabletid teevad teie eest kogu töö ära.

Väldib kiusatust hakata eluviiside muutmist põhjendama, rõhutab autonoomiat, pakub kuulamist.

PATSIENT: Te ütlesite, et ma paranen hästi ja et see rohi tundub olevat õige.

ARST: Jah, muidugi, mul on hea meel näha, kui hästi te olete südamelõikusest paranenud. Nüüd on küsimus selles, mida teha, et vähendada teise infarkti riski ja nautida head elukvaliteeti. Ma annaksin teile mõned faktid ja arvud, mis teid võib olla üllatavad ja julgustavad. Aga hakatuseks vaatame laiemat pilti ja kuulame, mis on teie jaoks tähtis.

Teavitamine ja sihi-seadmine.

PATSIENT: Hästi. Mis te arvate, mida ma peaksin kõigepealt tegema?

Kutse.

ARST: Te peate seda tõesti ise otsustama. Teie vasutate oma elu eest. Me võime rääkida kehalistest harjutustest, suitsetamisest, toitumisest, vererõhu mõõtmisest, stressi vähendamisest, mediteerimisest või lihtsalt korralikust ravimite võtmisest. Mis teid huvitaks?

Ta loobub esialgsest kutsest, rõhutab autonoomiat ja seab sihi, pakkudes välja võimalikke teemasid, mille hulgast patsient saab valida.

PATSIENT: Kust te soovitate mul alustada?

Annab loa teavitada ja nõu anda.

ARST: Mul on tõepoolest teavet, mida ma võiksin teiega jagada, kui soovite, ja mul on oma arvamus selle kohta, millised muutused oleksid kõige vajalikumad. Aga te ilmselt juba teate. Mis te arvate, mida ma ütlen?

Ta pakub teavitamist ja nõu, aga püüab veel kord patsiendi arvamust esile tuua.

PATSIENT: Ma võin kihla vedada, et te käsitate mul kohe suitsetamine maha jätta.

Ja see õnnestub.

ARST: Ära arvasite! Ma tõepoolest usun, et suitsetamisest loobumine on üks selline asi, mis kõige selgemalt ja kõige kiiremini vähendaks enneaegse suremise riski. Mida te sellest arvate?

*Kinnitamine.
Teavitamine.
Võtmeküsimus juhendamise eesmärgil.*

PATSIENT: Suitsetamine on täielik osa minu elust.

ARST: Suitsetamine on teile valus teema, sellest on raske alustada.

Peegeldav kuulamine.

PATSIENT: Ma tean, et see on kahjulik, ja ma küsin, mida teie arvate.

Muutustejuht.

ARST: Teil on suitsetamise kohta oma arvamus, pole tähtis, mida teised arvavad.

*Kuulamine.
Väldib kiusatust võtta suitsetamisvastane hoiak.*

PATSIENT: Vaadake, ma kahtlustan, et kohe praegu suitsetamisest loobumist ei juhtu. Mul on niigi raske end jalule tagasi saada.

ARST: Suitsetamisest loobuda on teie jaoks praegu liiga raske ja teie eelistused on hetkel mujal.

Kuulamine. Seisab vastu kiusatusele võtta suitsetamisest loobumist pooldav hoiak.

PATSIENT: Õige, ma pean tööle tagasi minema, vähemalt mõneks tunniks nädalas. Ja ma tahan stressi leevendada, kui hakkab tavalist elu elama.

Muutustejuht.

- ARST:** See on praegu teie esmane huvi – tööle tagasi minna ja stressiga toime tulla. *Kuulamine.*
- PATSIENT:** Jah, ma tahan tööle tagasi minna. Kui nüüd täiesti aus olla, siis ma tunnen vahel, et kohe võib uus infarkt tulla ja nagu niuhti – olengi läinud. *Muutustejutt.*
- ARST:** Niisiis te tunnete, et vajate praegu lihtsalt puhkust. *Kuulamine.*
- PATSIENT:** Mitte päriselt. Ma ei puhka kogu aeg. Ma olen ringi käinud, teinud üht-teist, püüdnud natuke end liigutada. *Arsti oletus polnud täpne ja patsient parandab seda.*
- ARST:** Te püüate tasakaalu leida. *Kuulamine – püüab uuesti.*
- PATSIENT:** Jah, just! Tasakaalu.
- ARST:** Seega, siiani olete mulle rääkinud, et võtate ravimeid, puhkate pisut, aga püüate ka kehalisi harjutusi teha. Mis ongi südamele hea. Te teate, et suitsetamisest loobumine on üks tähtsamaid asju, mida saate südame heaks teha, aga see tundub praegu olevat võimatu. Ja te tahate tööle tagasi minna, vähemalt osalise tööajaga, nii ruttu kui võimalik. Te soovite oma elu jälle tasakaalu saada. Kas mul jäi midagi kahe silma vahele? *Kokkuvõte, rõhutab muutustejutu teemasid.*
- PATSIENT:** Mitte *jälle* tasakaalu. Mu elu pole enne seda infarkti kunagi eriti heas tasakaalus olnudki ja eks see andis ka tunda. Ma pole päris kindel, kust alustada. *Muutustejutt.*
- ARST:** Te märkisite ka stressi leevendamist. Kuidas te saaksite seda teha? *Küsimine.*
- PATSIENT:** Ma arvan, et infarkt andis mulle võimaluse seda teha. Ilmselt pean hakkama teatud asju teistele inimestele teha andma. Ma olen seda tüüpi, kes mõtleb alati: „Kui tahad, et mi-

dagi saaks õigesti tehtud, siis tee see ise ära.” Ja siis saan sellest, kui palju ma pean tegema, stressi.

ARST: Sellest oleks abi, kui te suudaksite oma me-nüüst mõne asja välja jätta.

Kuulamine.

PATSIENT: Nüüd hakkategi mulle dieedi kohta loengut pidama! (Naerab) Ei, mul on vaja hoopis teisi inimesi nende töös usaldada ja keskenduda sellele, mis on tõesti tähtis. Ma ei saa kõike kor-rapelt muuta.

Muutustejutt.

ARST: Kui saaksite seda teha ja oma koormust vä-hendada, siis oleks sellest abi.

Kuulamine.

See on konsultatsiooni võtmemoment, teatud mõttes teelahe. Mida teie järg-miseks ütleksite? Patsient on juba palju öelnud ja ta on siiras. Ilmselt tuleks teil veel veidi kuulata. Kuhu te vestluse juhiksite? Arvestades räägitut, võiksite kes-kenduda 1) tema järk-järgulisele tööle tagasi pöördumisele, 2) detailsema tree-ningkava koostamisele, 3) millal ta oleks valmis suitsetamisest loobuma, 4) stres-siga toimetulekule, 5) kohustuste delegeerimisele või 6) võtta uuesti üles mööda libisenud toitumisteema. Te võiksite vestlust sama hästi jätkata ka mõnel täiesti uuel teemal. Mis tahes nimetatud teema peegeldamine fokuseerib vestlust ja juhib selle kindlatesse rööbastesse. Seda me mõtlemegi juhendava stiili puhul kuulami-se all. Valik on teie, ja pole kaugeltki ükskõik, millise tee valite.

Järgnevalt proovib arst mitut suunda, ta järgib oma intuitsiooni, mis ütleb, et patsiendil ei tundu olevat midagi, mille *nimel* elada, välja arvatud ehk töö. See on põhiväärtuste uurimine. Arst mõtleb, et miks peaks patsient sel juhul üldse *taht-ma* tervise nimel muutusi teha? Mis teda selleks motiveeriks?

ARST: Teate, mulle meeldib väga teie mõte, et infarkt on teie jaoks võimalus teha muutusi ja mõelda, mis on tähtis. Kas tohin teilt küsida, mis on teie elus kõige tähtsamad asjad? Mille *nimel* te elate?

Kinnitamine.

Loa küsimine.

Avatud küsimus.

PATSIENT: See on hea küsimus. Minu pere. Tahan olla kindel, et mu lapsed võtavad elus õige suuna. Tegelikult tahaksin ma lapselaste jaoks olemas olla, kui nad tulevad. See oleks tore.

ARST: Teie töö, lapsed, võib-olla ükskord lapselapsed. Mis veel? Mis teile veel *tegelikult* korda läheb?

Kuulamine.

Avatud küsimus.

PATSIENT: Ma mõtlesin sellest haiglas olles. Mida ma tahan oma ülejäänud eluga ette võtta, kuni ma elus olen?

ARST: Jah. Mis see on, mida te teha tahate?

Avatud küsimus.

PATSIENT: Aidata teisi, oma peret ja nendega koos olla, saate aru, mis ma mõtlen?

ARST: See on teile tõesti tähtis, vajalik olla ja teisi aidata.

Kuulamine.

PATSIENT: Mõelda kellelegi teisele peale iseenda. Endale meelde tuletada, mille eest ma tänulik pean olema.

ARST: Teate, te justkui lööte särama, kui te sellest räägite.

Kuulamine.

PATSIENT: Ma pole selle peale mõelnud, aga on nii palju asju, mida ma võin oma pere ja teiste inimeste heaks teha, isegi klubis, kus ma vabatahtlikku tööd tegin.

Muutustejutt.

ARST: Me oleme juba paljudest asjadest rääkinud ja teil kujuneb päris hea nimekiri kõigest sellest, mis võib teie elu pikendada ja õnnelikumaks muuta. Kas nende teemade hulgas, mis ma teile enne andsin, on veel midagi, millest te vestelda tahaksite?

Kokkuvõte. Otsustab muuta suunda ja vadata, kas käitumismuutus sobiks üldpilti. Pöördub tagasi sihi seadmise juurde.

PATSIENT: Võib-olla dieet ja liikumine.

Küsib juhendava küsimuse.

ARST: Mis teile nende juures muret teeb?

PATSIENT: Midagi ei teegi nagu muret. Ma lihtsalt mõtlen, mida nendega peale hakata.

Arst valis sõna „mure”, aga see ei sobinud.

ARST: Seda on palju, mida te saaksite teha. Teha väikesi järkjärgulisi muutusi toitumises. Suurendada puuviljade ja aedviljade osa umbes viie peotäieni päevas. Võtta regulaarsesse päevaplaani kergem

treening. Kas midagi sellest oleks teostatav?

Küsimine.

PATSIENT: Võib-olla ehk harjutused, aga ma tõesti ei taha hakata kusagil spordisaalis käima. Ma ei taha teist infarkti saada!

Muutustejutt.

ARST: Kerge treening võib teile hästi mõjuda, aga spordisaal muidugi veel mitte. Milliseid füüsilisi harjutusi te praegu teete?

*Kuulamine.
Juhendav küsimus.*

PATSIENT: Ma ei tee neid piisavalt. Ma lihtsalt jalgutan paar korda nädalas. Vahel tekib mul sel ajal südames niisugune tunne, et hakkab muretsema, kas ma endale liiga ei tee.

ARST: See on üldine mure ja meie kogemuse kohaselt ei juhtu midagi, kui tehakse asju vähehaaval. Võime teil aidata koormuse tõstmiseks koostada järkjärgulise programmi. Kui tunnete, et olete valmis harjutusi tegema, saate meie osakonda treeningule tulla ja me võime algul teie südamerütmi jälgida, et veenduda treeningu ohutuses.

Teavitamine.

PATSIENT: See kõlab hästi. Aga ma arvan, et just jalutamine on mulle hea. Ma võin rohkem jalutada.

Muutustejutt.

ARST: Oluline on leida, mis teile hästi mõjub ja teie ellu sobib. Kui te omaette jalutades südames midagi imelikku tunnete, nagu te ennist mainisite, siis peatuge, puhake ja käituge nii, nagu oleme varem rääkinud.

Teavitamine.

PATSIENT: Hästi. Võib-olla lasen tõesti mõned mõõtmised teha, kui siia treeningule tulen.

Muutustejutt.

ARST: Tore! Seda saab korraldada. Me oleme täna igasugustel teemadel rääkinud. Aidake mul meelde tuletada. Ennekõike te leiate, et infarkt oli teile võimalus teha oma elus mõned kasulikud muutused ja seada asjad õigesse järjekorda. Te olete pühendunud oma tööle ja samuti perele ning tahate aidata lastel ja võib-olla ka lastelastel elu

Kokkuvõtte tegemine.

Esitab positiivsed motiivid.

alustada. Te soovite ka rohkem teisi aidata, kodus ja mujal, näiteks klubis. Selleks on tarvis muuta eluviise, ja teil on plaanis seda ka teha. Üks neist muutustest on see, et kui hakkate tööl käima, siis vähendate koormust ja leiate ehk ka teisi teid stressi vähendamiseks ja elu tasakaalu seadmiseks. Suitsetamisest räägime hiljem, sest praegu näib see olevat liiga raske muutus. Kui otsustate hiljem sellest loobuda, on mul häid nõuandeid. Te võtate korralikult ravimeid ja käite vahel jalutamas, aga kavatsete rohkem jalutada. Me saame teile korraldada järelevalve all kerge treeningkava, sellega võime kohe täna alustada. Tundub, et muutusi on palju. Ma ootan teid mõne kuu pärast tagasi, et näha, kuidas teil läheb, ja aitan kõigiti igasuguste muutuste tegemisel. Kas on nii? Jäi mul midagi mainimata?

PATSIENT: Tundub, et kõik on õige, mida te just ütlesite. Tunnen, et suund on mul õige ja ma saan ise ka midagi ära teha.

Räägib seejärel konkreetsetest muutustest, mida on juba arutatud.

Aktsepteerib ja mõistab olukorda suitsetamise osas, jätab ukse avatuks.

Kinnitamine.

Pühendumise küsimine. Muutustejutt.

Muutustejutt.

KOKKUVÕTE

Konsultatsiooni läbiviimiseks pole olemas „ühte ja õiget” teed. Kui leiate, et oleksite mõne koha peal teisiti talitanud, siis võtke seda kui tõuget olla ise oma konsultatsioonide käigus loominguiline. Meie eesmärk oli tuua näiteid MI kohta (ja see on keeruline, kui kasutada saab vaid kirjasõna) ning näidata, kuidas kasutati põhjendatult oskusi nagu kuulamine ja sihi seadmine. Järgmises peatükis käsitleme peenemaid nüansse, millele on vaja MI oskuste lihvimisel tähelepanu pöörata.

9. PEATÜKK

JUHENDAMISE TÄIUSTAMINE

JUHENDAMISEGA HARJUMINE

Juhendamine pole üksnes see, mida patsiendile öeldakse, vaid kuidas patsiendiga *ollakse*. Ühel vanglaametnikega läbi viidud MI treeningul tuli see hästi esile. Harjutused sujusid, kui osalised püsti seisisid, aga kui tuli juhendamise aeg, siis teatas üks neist: „Ma ei suuda seda püsti seistes teha, ma pean selle inimesega rääkimiseks istet võtma.”

MI kasutajate tavaline märkus on, et „see ei tundu loomulik”. Kahtlemata on selline töö patsientidega sageli väga erinev senisest praktikast, kus parandamisrefleksi järgitakse üksnes selleks, et kellelgi käskida midagi teha ja öelda talle, miks on vaja seda teha. Proovige juhendavat stiili kõigepealt kergemates olukordades, kus see tundub teostatav ja patsient on kaasa haaratud. Kogemuste lisandudes võite raskemate juhtumite juurde edasi liikuda.

Võib kuluda üksjagu aega, enne kui juhendav stiil hakkab tunduma loomulik. See sarnaneb autojuhtimise õppimisega. Esimest korda rooli taga olles tundsite end ilmselt väga kohmetuna ja see on mõistetav. Sõitsite aeglaselt, kõrgendatud tähelepanuga, püüdes mitte teisele sõidurajale kalduda. Pidite keskendumise tegevustele rooli taga ja samal ajal hoidma silma peal sellel, mis toimub väljaspool, et kellelegi mitte otsa sõita. Teil tuli mõelda, kuhu te sõidate ja pöörata tähelepanu üheaegselt mitmele asjale. Aga te ei loobunud autosõidu õppimisest, ehkki see teil esimest korda loomulikult välja ei kukkunud.

” *Proovige juhendavat stiili kõigepealt kergemates olukordades, kus see tundub teostatav ja patsient on kaasa haaratud.*

Kui te harjute mistahes uute oskustega, olgu autojuhtimise või juhendamise

puhul, siis pole enam vaja igale tegevusele eraldi nii pingsalt mõelda. Oskused muutuvad automaatseks ja te saate keskenduda valitud sihtpunktile, kuidas sinna jõuda ja mida teha siis, kui olete päralt jõudnud. Õppimine käib samamoodi ja juhendava stiiliga on sama lugu. Algul olete kohmetu, eriti siis, kui teie tegevust jälgitakse. Kas küsida avatud või suletud küsimus? Kas kuulata peegeldavalt? Algul on vajalik keskenduda täpselt juhtnööride järgimisele, kuid see segab teil sihtpunkti silmas pidamast. Aja jooksul muutub oskuste rakendamine mugavamaks ning annab teile rohkem vabadust. Teiste oskusliku juhendamise juures oluliste asjade märkamine läheb lihtsamaks.

Mõelge nüüd korraks sõiduõpetaja rollist. Ta võib ohu korral rooli haarata, aga üldiselt on tema ülesanne julgustada õppuri edusamme, nii vähe vahele segades kui võimalik. See sarnaneb teie rolliga patsiendi juhendamisel. Patsient on see, kes peab muutusi tegema, teie vähendate järk-järgult kontrolli.

Kui saate MI spetsiifiliste tehnikatega tuttavamaks, siis jätkub teil tähelepanu ka juhendamisprotsessi jälgimiseks. Teie tähelepanu võib liikuda konsulteerimise kolme aspekti vahel: suhe patsiendiga, mida patsient ütleb ja millises suunas edasi minna. Kogemuste lisandudes võite nende rollide vahel suhteliselt vabalt edasi-tagasi pendeldada. Järgnevalt toome näited neist kolmest protsessist.

Suhte jälgimine

Oskuse ja hea tulemuse baromeeter on see, kui õigesti te enda ja patsiendi suhet teadvustate. Suhte terane jälgimine aitab teil otsustada, kuidas jätkata. Küsige endalt: „Kuidas vestlus edeneb? Kuidas patsient reageerib? Kas ta tunneb end mugavalt või on äkki hirmul? Kas ma avaldan talle liiga suurt survet? Kas ma olen loomulik ja siiras?”

Olevikus püsimine

Psühhoterapeutid räägivad patsiendiga „hetkes olemisest”. Mõnel olulisel hetkel lükkate oma isiklikud soovid, tunded ja reaktsioonid kõrvale ja keskendute täie tähelepanuga patsiendi kogemustele. Mida paremini seda teha suudate, seda tõhusam on tõenäoliselt teie juhendav vastus, olgu selleks siis peegeldamine, hästi valitud küsimus või olulise teabe jagamine.

” *Patsiendi kogemuste aktsepteerimine pole sama mis nõustumine. See on suhteliselt vaba hinnangust, olgu siis positiivsest või negatiivsest, ja selles peitub teie võimalus olla hea juhendaja.*

Mõnede asjatundjate arvates on hooliv suhtumine juba iseenesest võimas mittespetsiifiline ravivahend. See viib empaatilise suhteni, mis vabastab isiku muutuseks. Kui patsiendid tunnetavad teiepoolset mõistmist, hakkavad asjad liikuma ja sageli järgnevad muutused. Patsiendi kogemuste aktsepteerimine pole sama mis nõustumine. See on suh-

teliselt vaba hinnangust, olgu siis positiivsest või negatiivsest, ja selles peitub teie võimalus olla hea juhendaja.

Pilk ettepoole

Vahel kandub teie tähelepanu sellele, mis suunas konsultatsioon liigub, kuidas see lõpeb ja muidugi – mis juhtub, kui patsient pöördub tagasi oma igapäevaellu. Sedamööda, kuidas vilumus kasvab, avastate, et suudate aimata, kuhu temaatika suundub, ning oskate ka takistustest vestluses tekkivate väikeste pauside ajal mööda hiilida. Neil hetkedel õpite leidma otseteid ehk esitama juhendavat küsimust või peegeldavat kuulamisavaldust, mis viib teid kõige lühemat teed pidi selleni, mis aitab patsienti ja hoiab ka aega kokku.

Kui usaldate kontrolli patsientide kätte, annate neile sellega rohkem ruumi rääkimiseks, mis omakorda jätab teile võimaluse keskenduda vestluse suunale. Selline kontrollist loobumine ei ole „kõik või mitte midagi”. Üks arst ütles pärast simuleeritud harjutust: „Ma saan aru. Pole vaja kontrolli pärast muretseda. Selle asemel, et püüda üht või teist asja läbi suruda, tuleb lihtsalt anda tuge, kuulata ja teha kokkuvõte.” Mõne aja pärast mõistate, et tegelikult te ei kaota võimet patsienti muutustele julgustada, pigem vastupidi. Juhendamine hakkab siis tunduma loomulik.

„Aga ma ei saa vastutusest lahti lasta”

Suur osa juhendamisoskustega seotud arutlusi viib meid tagasi isiku vastutuse juurde. „Kõik on väga hästi,” öeldakse vahel, „aga see on minu töö. Ma pean need teemad tõstatama. See on minu vastutus. Ma ei saa lasta lihtsalt neil endil otsustada!” See võib viia „kõik või mitte midagi” lõksu, mis sunnib tegema valikut käskimise või kaasamineku vahel. „Ma kas ütlen neile, mida teha [käsin] või jätan nad ise lahenduseni jõudma [lähen kaasa].” Käskimise ja kaasamineku vahelisele eikellegimaale jäämine tähendab vastutuse võtmist konsultatsiooni struktuuri ja suuna eest ning patsientide julgustamist, et nad käitumise muutmise osas oma lahendustega lagedale tuleks. Juhendamisoskuse paranedes suudate tunnetada, millal on õige aeg konsultatsiooniga edasi minna, teha kokkuvõtteid, muuta suunda või minna üle käskivale stiilile ja võtta uus teema. Patsiente kuulates püüdke keskenduda mitte sellele, mis selle aja jooksul juhtub, vaid kuidas mõista nende kahevahelolekut nii, et sellest oleks kasu. Eriti tõhusad on siin lühikesed peegeldamised või pikemad kokkuvõtted. Sageli võib mõneminuti-

” *Käskimise ja kaasamineku vahelisele eikellegimaale jäämine tähendab vastutuse võtmist konsultatsiooni struktuuri ja suuna eest ning patsientide julgustamist, et nad käitumise muutmise osas oma lahendustega lagedale tuleks.*

lisest vestlusest olla mõlemale osapoolle palju kasu õige suuna nägemisel. Selles mõttes olete teekonna kui terviku turvaja, suuresti nagu sõiduõpetaja. Patsient tegeleb aga käitumismuutuse motiivide ja strateegiatega. Hea teejuht rõhutab vabavabadust ning annab abi ja nõu siis, kui seda vajatakse.

TAKISTUSTE ÜLETAMINE

Juhendamise teel leidub alati takistusi. Oskuste paranedes õpite neid ületama mitte jõu või kavalusega, vaid selge sihi seadmisega, uudishimu ning siira hoole ja austusega patsientide võime vastu jõuda ise selgusele, mis on neile kõige parem. See on viljakas pinnas kuulamisoskuste kasutamiseks. Avanevad uued horisondid ning asjad tunduvad lihtsamad.

Üks MI juurtest kasvas välja arusaamast, et kui vestlus on raske, siis on ebaproduktiivne süüdistada selles patsienti. Kui suhe on kahjustatud, ja see on raskuste tekkides alati nii, siis mida saate teha selle parandamiseks ja sellise konstruktiivse vestluse taastamiseks, nagu me eelnevalt kirjeldasime?

Järgnev arutelu keskendub kolmele üksteisega mõneti kattuvatele vaatenurgale: patsiendi omale, tervishoiutöötaja omale ja nende kahe omavahelisele suhtele. Vahel annab signaali sellest, et kõik pole sugugi hästi, see, kuidas patsient reageerib (nt kaitseseisund) ja kuidas teie vastate (nt ärritus). Paindlikult ja loominguiliselt vastamine kannab häid vilju peaaegu kohe.

Patsiendid: nende võitlused

Patsiendid võivad oma olukorrast lähtuvalt olla segaduses, pettunud, kaitseseisundis, passiivsed või masendunud. Muutustest rääkimine võib olla raske ja kiusatus inimest sildistada ja süüdistada võib kahjustada teie parimaid kavatsusi kasutada juhendavat stiili. Vaatame näiteks järgmisi lugusid.

„Ma ei saa aru, miks ma pean ennast muutma?“

„Nad on täielikus eitusseisundis“ on fraas, mida võib kuulda sageli paljudes meditsiiniastutustes. Patsiendid tõmbuvad endasse, kui nad seisavad silmitsi püüetega panna neid muutuste peale mõtlema või nägema olukorra tõsidust. Kui kasutate sellises olukorras muutuste vajalikkuse kasuks rääkides käskivat stiili, võib muutuste suunas edenemine täielikult külmuda. Mida rohkem sundida kedagi millestki aru saama, seda rohkem ta vastupanu osutab ja ennast kaitseb. Kui mõtlete temaga kaasa ja selgitate sihi seadmise vormis välja (4. peatükk), mis on tema jaoks tähtis, siis eitusseisund sageli nõrgeneb ja te võite edu saavutada. Eitamine pole kellessegi sisse istutatud, see on reaktsioon, mis tekib inimestevahelise vest-

luse käigus teatud olukorras, sageli siis, kui kellegi enesehinnang on ohus.

Keeldumist muutuste arutamisest võib ette tulla isegi siis, kui kasutate juhendavat stiili, sest võib-olla olete enneaegselt keskendunud käitumise muutusele. Inimene, kellel on äsja olnud löikus või kes on raskes seisundis, võib olla oma mõtetest nii hõivatud, et ei taha või ei suuda aktsepteerida isegi oskuslikku ja hästimõeldud katset käitumise muutuse küsimust arutada. See on tavaline südamehaiguste, diabeedi ja kõigi krooniliste haiguste puhul. Midagi muud on tähtsam, või on patsiendi haiguskogemus varjatud kujul sees igas vestluses. Näiteks keelduvad mõned astmahaiged profülaktilisest ravist, sest nad ei jaga teie seisukohta probleemi olemuse osas. Kuulamine on võti, mis sellest ummikust päästab. Viis minutit selguse otsimist võib avada tee käitumise muutmisele ning hoida kokku palju aega ja arstivisiite.

” *Eitamine pole kellessegi sisse istutatud, see on reaktsioon, mis tekib inimestevahelise vestluse käigus teatud olukorras, sageli siis, kui kellegi enesehinnang on ohus.*

„Ma saan aru, mida te mõtlete, aga...”

Te olete juba nii palju saavutanud ja siis tuleb tagasilöökk. Saabub hetk, mil patsient muudab suunda ega taha rääkida muutustest, tema kaitsesse tõmbunud hääletoon väljendab otse vastupidist. Väikesed tagasilangused valmisolekus muutuste peale mõelda on loomulikud ja tavalised, kui patsient tunneb end ambivalentset. Selles punktis võib isegi teiepoolne väike muutuste ülerõhutamine tekitada vastureaktsiooni. Kui olete selleks valmis ja peate seda täiesti loomulikuks, siis jääte piisavalt rahulikuks ning leiate sobiva vastuse. Näiteks peegeldate inimese ambivalenttsuse mõlemaid pooli. Kannatlikkus ja selle pealtnäha irratsionaalse protsessi aktsepteerimine tavaliselt aitab.

” *Väikesed tagasilangused valmisolekus muutuste peale mõelda on loomulikud ja tavalised, kui patsient tunneb end ambivalentset.*

„Õelge mulle lihtsalt, mida ma teie arvates peaksin tegema?”

Mõned patsiendid vaatavad vastust otsides teie otsa. Võib-olla kasutavad tervishoiuasutuse teenuseid niimoodi inimesed, kes kuuluvad teatud ümbruskonda, kultuuri-, keele- või vanuserühma. Kui neid ei paista huvitavat oma ideedega välja tulla, siis on võimalik nende arvamuse esile kutsumiselt üle minna teabe ja nõuannete jagamisele, kõike seda juhendavas stiilis. Teete lihtsalt paar ettepanekut ja veendute, kas patsient sai aru, näiteks: „Kuidas see teile tundub?”

„Ma tõesti ei saa hakkama”

Patsient on üksildane, elab kehvades tingimustes, tal on vähe raha, tal on krooniline terviseprobleem (näiteks diabeet) ja nüüd tahate teie tõstatada käitumise muutmise teema. Te seisate silmitsi kõigi mittekuulamisega kaasnevate ohtudega. Väljendades, et mõistate tema olukorda ja kinnitades, et ta on tugev, sest saab selle kõigega hakkama, loote platvormi märksa täpsemaks sihi seadmiseks, mis hõlmab ka viise, kuidas ta saaks oma olukorras paremini toime tulla. Sageli järgneb sellele vestlus vajaliku käitumismuutuse teemal.

Muutuste tegemisega seoses ilmnevad raskused on sageli kahesuunalised. Siin kohtuvad teie ja patsiendi püüdlused. Nüüd räägime teie tunnetest juhendava nõustamise ajal, mis sageli takistavad edu saavutamist.

Tervishoiutöötaja: teie tunded

On väga tavaline, et erinevate patsientide vastu tekivad erinevad tunded. Mõned meeldivad rohkem, teised vähem. Nende olukord ja hoiakud teevad teid murelikuks, ärritavad teid, tüütavad või viivad koguni endast välja. Juhendamise käigus pole alati kerge rahu säilitada.

Ei saa loota, et jääksite oma igapäevatöö juures täiuslikult rahulikuks, samuti ei saa teist psühhoterapeuti, kes on harjunud jälgima tundeid ja nende mõju suhetele patsiendiga. Teie tunded võivad üle keeda ning teie enda emotsionaalne seisund mõjutab nõustamisprotsessi ja selle tulemust. Üks kogenud arst, kellega me koos töötasime, ütles nii: „Kui ma töötan autopiloodil ja olen veidi stressis, annan ma väsinud, automaatseid vastuseid.” Seejärel selgitas ta, kui oluline on teadvustada ja aktsepteerida oma tundeid: „Pärast paljusid aastaid olen õppinud märkama, mida ma igal ajahetkel tunnen. Naljakas, aga ma tunnen oma meeleolusid. Kui näen, et olen liiga pinges, et patsienti aidata, ei lähe ma sellest ärevusse, vaid lihtsalt võtan teadmiseks. Seejärel ma rahunen ja kohanen olukorraga.”

Püüdlused käitumist muuta

Ühed kõige tugevamad käitumise muutmise protsessi mõjutavad jõud on teie enda mõtted ja tunded selle kohta, mis võiks patsiendile kasulik olla. Me nimetame neid teie *püüeteks patsiendi käitumist muuta*. See on tavaline ja täiesti loomulik, aga kui te lasete oma püüdlustel konsultatsiooni üle domineerida, siis muutub patsientide autonoomia tunnustamine keerulisemaks ning neil on raskem ise otsustada, mis on neile kõige parem.

Te võtate üles teema käitumise muutmise ja tahate selles edu saavutada. *Tahtmisel*, et keegi end muudaks, on mitu aspekti. Valitsevad tugevad tunded – lootus, entusiasm, eesmärgikindlus, ärritus, viha ja isegi lootusetus võivad teie oskustelt lõivu võtta. Teadvustage endale, kuidas tunnete end enne konsultatsiooni

ja selle ajal ning see võib aidata teil paremaid tulemusi saavutada. Mõelge nende näidete üle, kus enamik arste *tahab*, et patsient muutuks:

- Ta on prostituut ja heroiniisõltlane ning võib lapse hooldusõigusest ilma jääda.
- Kui ta alkoholi pruukimist ei lõpeta, ütleb ta süda üles ja ta võib surra.

Tervishoiutöötajad peavad selliste patsientidega vesteldes sageli vaikset sise-monoloogi. Monoloog sisaldab seda, mida võiks nimetada arsti muutustejutuks. „Ma tahan teda aidata lõpuni aru saada ja oma elu muutma hakata.” [soov] „Ma arvan, et suudan siin midagi muuta.” [võime] „Ta peab tööpoolest eluviise muutma, sest laps kannatab.” [põhjus] „Ma pean selle teema jutuks võtma.” [vajadus] „Ma kulutan tema peale lisa-aega, sest ta vajab seda praegu.” [pühendumine] Need püüdlused võivad peegeldada sügavaid isiklike väärtusi: „Ma hakkasin seda tööd tegema sellepärast, et aidata nendesugustel inimestel oma elus muutusi teha.” Ka negatiivne külg on olemas: „Oh ei, see on lootusetu olukord. Ma ei tea, kust otsast alata.”

” *Kui te lasete oma püüdlustel konsultatsiooni üle domineerida, siis muutub patsientide autonoomia tunnustamine keerulisemaks ning neil on raskem ise otsustada, mis on neile kõige parem.*

Tervishoiuasutustes leidub küllaga inimesi, kes on olukorras, mida nende arst tahab muuta. Samal ajal soovib arst austada patsientide vabadust ise enda üle otsustada ja nii tekibki konflikt kahe tahtmise vahel. Siin on näide, kuidas see konflikt ilmneb kolleegidevahelises vestluses.

ARST A: „Ma tahan jõuda selleni, et see patsient muudaks oma toitumisharjumusi, et saaksime tema veresuhkru taset alandada.”

ARST B: „Aga sa ei saa panna teda midagi tegema. See on tema otsustada.”

See on küllalt tavaline, et arst näeb neid kahte vaatenurka samaaegselt. Teil on kõrged ootused käitumismuutuste osas ja samas te austate ka patsientide vabadust ise otsustada. Need ei ole tingimata vastandlikud seisukohad. Need kuuluvad käitumismuutusi esile kutsuvate konsultatsioonide delikaatsete väljakutsete hulka. Asjatundlik, kindla käega mägironimisinstruktor võib jälgida mägimatkaja pingutusi ja tahta väga, et kõik õnnestuks, aga ta annab endale aru, et ei saa kellegi teise eest tippu tõusta. Instruktori ja matkaja hästi toimiv koostöö põhineb sellel, et instruktor tagab ohutuse, lubab matkajal ise oma tee leida ja aktsepteerib tulemust kannatlikult ja lugupidavalt.

Mõnes olukorras pole püüdlused patsiendi käitumist muuta nii tungivad ja te tegelikult ei hooligi, kas inimene oma käitumist muudab või mitte. Sellist olukor-

da nimetatakse vahel *neutraalseks positsiooniks*.

- „Selle ravimi kasutamisega on nii ja naa. See on patsiendi otsustada, sest ravimi kasutamise poolt- ja vastuargumendid on omavahel tasakaalus.”
- „Ma näen, et tema jalgadega on probleeme, aga diabeedi kontrollimisel on temal hoopis teised prioriteedid. Ma pole selle vastu, et me praegu jalgadega ei tegele.”

Täpselt samamoodi, nagu saate hinnata patsiendi valmidust end muuta skaalal ühest kümneni, saate mõõta ka seda, kui väga te ise soovite, et patsient end muudaks. Üks tähistab neutraalset hoiakut ja kümme tähendab, et olete muutuse vajalikkuses sügavalt veendunud.

Kuidas see konsultatsiooni käigus aitab? Pelgalt teadmine, et teil on tugev soov patsiendis muutust esile kutsuda, peaks teil aitama tagasi tõmbuda. Eesmärgiks on vältida muutuste esilekutsumissoovi domineerimist patsiendiga suhtlemisel. Kui see ei õnnestu, siis varitsevad teid uued löksud. Siinkohal mõned näited.

Püüdlused käitumist muuta ja mõned levinud löksud

Mida tugevam on teie soov, et patsient muutuks, seda tähelepanelikum peaksite olema oma käitumise suhtes. Sellest pole midagi, kui tahate ja loodate, et patsient end muudab, aga tugevad emotsioonid selles osas võivad teis esile kutsuda parandamisrefleksi ja tekitada muid probleeme. Oma tunnete jälgimine on esimene samm. Seejärel peaksite olema tähelepanelik, et mitte taanduda reageerimismudelisse, millel pole juhendamiseiga palju ühist. Mõned näited.

KÄSKIMISSE TAANDUMINE

Vahel valite käskiva stiili mitte sellepärast, et teie meelest patsient ootab seda, vaid sellepärast, et tunnetate ise, kui oluline on muutumine patsiendi jaoks. Aeg surub peale või tahate kõigest hingest muutusi esile kutsuda ja kasutate seetõttu käskivat stiili. Tulemus on juhendamisest kaugel. See võib juhtuda vestluse esimestel hetkedel:

ARST (tundub otsustav): Nüüd ma küsin teilt, kas te olete midagi suitsetamisega ette võtnud, sest see on teie tervisele väga kahjulik.

PATSIENT (tõmbub kohe endasse): Varem, kui püüdsin suitsetamist maha jätta, ei tulnud see välja, nüüd ma lihtsalt lepin sellega.

LIIGA TUGEV VEENMINE

Teie soov muutuse tegemist ergutada võib viia teid veenmise-vastupanu löksu.

Mida rohkem veenate, seda rohkem paneb patsient vastu. Hea juhendaja ei ruttu kunagi liiga kaugele ette.

ARST (tunneb patsiendi pärast suurt muret): Kui te uimastite kasutamist ei lõpetate, siis jääte oma lapsest ilma. Kas olete mõelnud ravile minna?

PATSIENT: Minu probleem on raha, sellepärast ma tegelen nende meestega [prostitutsioon], et ennast ja last toita. Heroiin aitab mul seda taluda.

PATSIENDI PÄÄSTIMINE

Püüd patsienti päästa on samuti tavaline reaktsioon. See võib võtta erinevaid vorme, alates suurest innukusest, veenmisest ja palumisest kuni abipakkumiseni, isegi reeglite eiramiseni ja patsiendi kodu külastamiseni, raha pakkumiseni jne. Huvitaval kombel võib päästmine olla viimane asi, mida see inimene vajab, sest võite tahtmatult tugevdada tema rolli ohvrina, kes ootab teiepoolset lahendust. Lahkus võib minna liiga kaugele, eriti siis, kui see asendab tegevusi, milleks patsient ise võimeline oleks.

PATSIENDIGA NIISAMA KAASAMINEK JA EKSIMINE

Kui kedagi on tabanud halvad uudised või raske kaotus, tunnete talle kaasa. Te teate, et lihtsalt talle seltsiks olemisest võib palju abi olla. Samasugune muster võib ilmneda käitumismuutuste vestluses, kui teie tugev aitamissoov viib kuulamiseni [kaasaminek] ja te kaotate kontrolli vestluse suuna üle. Mõnel puhul, kui patsiendiga on arenenud suhe mitmete kohtumiste käigus, võib see mudel toimida paljude kuude või isegi aastate jooksul. Kui käitumise muutmine on üks võtmeküsimusi, siis on kasulik hoida vestluse suunda kontrolli all, küsides mõne juhendava küsimuse, kaotamata head suhet patsiendiga. Sihi seadmine võib olla tõhusaks vahendiks ja aidata teil mõlemal olukorda eemalt näha ning ühtlasi mõelda käitumise muutmise võimalustele. Olge selles osas patsiendiga avameelne – ka see võib aidata.

PATSIENTIDE TEABEGA ÜLEKOORMAMINE

Te olete mures, võib-olla pole teil eriti aega, niisiis te lihtsalt hakkate teavet andma. Teie olete ju professionaal, te teete korda parandamist vajavad asjad ja teabe jagamine on teie töövahend. Lisage sellele suur soov patsienti muuta ning teabe andmisest võib kergelt saada teabeuputus, mille alla jäänud passiivne patsient kaotab tähelepanu.

JAHT PROBLEEMIDELE JA NÕRKUSTELE

Suur tahtmine töö parimal moel ära teha ja tunne, et te teate, kus probleem end peidab, võib viia selleni, et unustate patsiendi vaatenurga sootuks ning asute käitumisprobleemi kallale niisuguse meelekindlusega, mis surub patsiendi kaitseseisundis seljaga vastu seinale. „Halva” käitumise nuhtlemine asendab võimaluse tuua esile patsiendi tugevad küljed ja püüdlused.

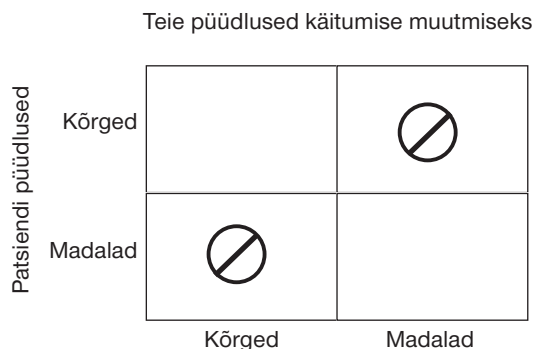
Teie positiivne püüdlus patsienti muuta võib peegeldada teatud hinnangut ja tõelist muret, aga võib tuleneda ka väljastpoolt antud reeglitest ja juhenditest. Viimatinimetatud saab edukalt kasutada, reeglid aga võivad sundida teid valvsalt oma tegevust jälgima. Meie eesmärk pole teist teha psühhoterapeuti, vaid lihtsalt õhutada teadvustama oma emotsionaalset reaktsiooni ning seda, kuidas see võib juhendamisprotsessi rööpast välja viia.

Käitumismuutuste konsultatsioonid on kombinatsioon teie ja patsiendi püüdlustest. Kuidas roolida neid konstruktiivselt, teel kõrvale kaldumata, on järgmine teema.

Suhe: kui eesmärgid on erinevad

Mõelge, kuidas nõustamine võiks kulgeda joonisel 9.1 toodud diagrammil näidatud olukorras. Kõige raskemad stsenaariumid on need, kus puudub sobivus püüdluste vahel (tähistatud hoiatusmärgiga).

Kui teie ja patsiendi vahel puudub kooskõla (tavaliselt on teie emotsionaalne soov muutusi esile kutsuda kõrge ja patsiendi püüdlused madalad), siis võib aeg kuluda kasutult, kui käitute nii, nagu seda sobimatust poleks olemas. Teile võib isegi tunduda, et püüate mittedobivust vähendada, andes patsiendile mõne õnnestunud tõuke või temaga ühel või teisel viisil manipuleerides. See kahjustab empaatiat ja patsiendi aktsepteerimist, mis kuuluvad MI põhiprintsiipide hulka. Abi võib olla olukorra analüüsist koos patsiendiga, sihi seadmine on just selleks loodud. Samasugust lähenemist kasutatakse ka vastupidistes olukordades, kus patsiendi püüdlused on kõrgel ja teie omad madalal. Näiteks, patsient tahab väga lõikuse tarvis eriarsti konsultatsioonile pääseda, aga teie pole veendunud, et see on vajalik. Mingil hetkel peab teil tekkima sel teemal avatud vestlus.



JOONIS 9.1. Püüdlused käitumist muuta.

Sihi seadmine

Vestluse sihi seadmine, mida tutvustasime 4. peatükis, on tavapärane strateegia, mida kasutatakse kompromissi saavutamiseks teie püüdluste ja eesmärkide ning patsiendi omade vahel. Mida rohkem tunnete vajadust oma püüdlusi patsiendile peale suruda, seda suurem on vajadus selge sihi seadmise järele.

„Ma tahan, et ta liiguks rohkem ja valmistuks tööle tagasi minekuks. Tema aga tahab minult lihtsalt järjekordset haiguslehte, et ei peaks tööle minema.”

„Ma tahan, et ta keskenduks suitsetamisest loobumisele, aga ta paistab arvat, et ravimite muutmise lahendab kõik!”

„Nüüd ta tahab uut saatekirja kompuuteringule, ehkki teab, et minu arvates peaks ta igapäevast stressi reguleerima, sest see tal ilmselt peavalu tekitabki.”

„Ta tahab üha rohkem valuvaigisteid, ja mina tahan, et ta rohkem liiguks.”

Hea kontakt on nende raskuste lahendamisel hindamatu väärtusega. 4. peatükis kirjeldasime struktureeritud võimalike vestlusteemade väljapakkumise protsessi, mis annab teile ja patsiendile võimaluse edaspidises kokku leppida. Ent keset konsultatsiooni võib võtta tarvitusele ka vähem struktureeritud sihi seadmise, et tuvastada teie ja patsiendi püüdluste erinevusi. Näiteks, neljanda äsjakirjeldatud näite korral, kus patsient tahab rohkem valuvaigisteid ja teie arvate, et kehakultuur mõjuks paremini, võib teha järgmist:

- Tehke kokkuvõtte patsiendi enesetundest ja sellest, kuidas te mõistate tema püüdlusi. See tugevdab kontakti ja tagab, et patsient ei tunne, nagu oleksite temast valesi aru saanud või ei pööraks tema vajadustele tähelepanu.
- Jätkake sihi seadmisega, näiteks:

„Läheme nüüd korraks tagasi ja vaatame, kuidas oleme edenenud. Me mõlemad tahame, et teil poleks valusid, see on kindel, ja me võime rääkida erinevatest võimalustest, kuidas seda saavutada. Võib võtta rohkem valuvaigisteid. Seda tahaksite teie, aga mina näen sellega seoses probleeme. Teine võimalus on teha kehalisi harjutusi, mida mina soovitan ja mille suhtes teil on omad kahtlused. Kuidas me siit siis jätkame? Kas mul on midagi kahe silma vahele jäänud?”

Ei ole soovitatav ette kirjutada, millises suunas niisuguse keerulise konsultatsiooni käigus liikuda. Siiski annab sihi seadmine teile rohkem vabadust, näiteks saate rääkida oma kahtlustest, mis puudutavad valuvaigisteid, eriti kui küsite selleks enne luba. Kui näitate üles muret patsiendi tervise pärast ja seate sihte, et olla avatud erinevatele püüdlustele, siis aitab see sageli ummikust kiiremini välja pääseda.

Raskemad konsultatsioonid, kus käskimine tundub ainuõige

Igapäevane töö sisaldab pingeid ja olukordi, mis võivad segadusse ajada nii teid kui ka patsienti. Ideaalis tahate tegutseda juhendavas stiilis, aga peate võtma ka teisi rolle, mille sageli määrab ära meditsiiniastutus, kus te parajasti töötate. See võib tähendada, et peate aeg-ajalt juhendamisesest loobuma ja suruma patsiendile peale teatud teemad.

Mõned näited.

- Tahate aidata hätta sattunud emal käitumist muuta. Talle võiks kasuks tulla rohkem sotsiaalset suhtlemist, vähem alkoholarvitamist ja laste käitumisprobleemidele uut moodi lähenemine. Samas on teie kohuseks pida silmas ka laste heaolu.

” *Ideaalis tahate tegutseda juhendavas stiilis, aga peate võtma ka teisi rolle, mille sageli määrab ära meditsiiniastutus, kus te parajasti töötate. See võib tähendada, et peate aeg-ajalt juhendamisesest loobuma ja suruma patsiendile peale teatud teemad.*

- Ameti tõttu peate üles võtma eluviiside muutmise teema viisil, mida ei ole lihtne ühitada juhendava stiiliga. On teatud asju, mida tuleb teha.

- Tunnete, et olete kohustatud hoiatama patsienti, et analüüsivastused viitavad väga selgelt vajadusele käitumist muuta.

- Patsiendil on komme saabuda vastuvõtule joobnult ja see kujutab endast selget ohtu teistele.

Kui ametikoht, roll või kliiniline hinnang sunnib teid kasutama käskivat stiili ning suruma patsiendile peale vestluse rasketel teemadel, siis kuidas saate seda kohustust ühitada juhendava stiiliga? Järgnevalt anname mõned nõuanded, kasutate selleks esimest näidet murelikust emast.

- Panustage konsultatsiooni alguses hea kontakti loomisse ja kuulamisele.
- Tehke väljakutse olemus nii endale kui ka patsiendile selgeks nii ruttu kui võimalik, ideaalis konsultatsiooni algul. Kujutage ette, nagu vahetaksite konsultatsiooni käigus kübarad, sellest metafoorist võib olla kasu. Kaaluge näiteks sellist lähenemist:

„Tähtis osa minu tööst on aidata teid mis tahes viisil, mis iganes teile sobib. Ma tahaksin sellega täna rohkem tegeleda. [„juhendavas stiilis kübar“]. Minu töö on ka teine osa. [„käskivas stiilis kübar“] See tähendab, et ma pean mõtlema, mis oleks lastele kõige parem. Niisiis, ma teen kord üht, kord teist tööd. Aga ma tahaksin alustada sellest, kuidas teid aidata, sest ma tean, et õnnelik ema tähendab õnnelikke lapsi.”

- Kui probleem kerkib konsultatsiooni käigus, siis võtke paus. Tehke kokkuvõtte sellest, kuhu te jõudnud olete, astuge koos patsiendiga paar sammu tagasi ja rääkige probleemist. Püüdke rääkida selgelt ja ausalt, hoolitsege, et lugupidamine patsiendi vastu oleks esikohal.
- Kui võimalik, alustage patsiendi muredest ja kasutage juhendavat stiili. Püüdke väljendada tunnustust ja näidata peegeldava kuulamise abil, et saate aru tema olukorrast, isegi kui on tegemist vaid mõne üksiku peegeldava kuulamise avaldusega.
- Eristage teineteisest selgelt juhendava ja käskiva rolli vahetumine. Seda me nimetamegi „kübarate vahetamiseks”. Püüdke nende rollide vahelisi erinevusi mitte hägustada ja ärge vahetage vestluse käigus rolle nii, et see ajaks patsienti segadusse. Näiteks võite öelda:

” *Eristage teineteisest selgelt juhendava ja käskiva rolli vahetumine. Seda me nimetamegi „kübarate vahetamiseks”. Püüdke nende rollide erinevusi mitte hägustada ja ärge vahetage vestluse käigus rolle nii, et see ajaks patsienti segadusse.*

„Ma rääkisin oma erinevatest tööülesannetest. Oleme nüüd teiega pikalt arutanud, kuidas te lastega paremini toime tuleksite ja rohkem kodust välja saaksite, teie enda vaimse tervise huvides. Nüüd vahetaksin ma hea meelega rolli ja räägiks ainult lastest, sest nende pärast on mul mure. Ma tahaksin teilt nende kohta küsida. Kas tohib?”

TEIE ENDA TERVIS

Kui tunnend end teiste inimeste muutumise eest vastutavana, võib see olla küllalt kurnav. Kui valdate MI juhendavat stiili juba paremini, siis märkate, et stress väheneb ja te õpite patsiendi eest hoolitsema ilma, et peaksite tingimata kandma endaga patsiendi käitumismuutuste ellu kutsumise rasket koormat.

” *Juhendamine kujutab endast habrast tasakaalu kahe seisundi vahel: tuleb olla patsiendile piisavalt lähedal, et teda mõista ja tema kogemustesse empaatiaga suhtuda, ja samas tuleb hoida oma ravijapositsioon sellest kõigest lahus.*

Niisugune ongi tervendav tasakaal – põleda, aga mitte läbi põleda. Üks kogunud lastearst ütles kord:

„Igal minu juurde tuleval perekonnal on oma lugu, ja iga lugu on huvitav ja erinev. Ma ei põle kunagi läbi, sest nende lood huvitavad mind. Samas patsientide andmelehtede ja toimikutega töötades hakkab mul igav, seal on mul oht läbi põleda.”

Mõningane vabanemine vastutustunde koorma alt toob esile hoopis uut laadi väljakutsed: teie hea töö võib teid viia lähemale muutusi kaaluva patsiendi kannatuste tuumale. Ka see mõjub kurnavalt. Juhendamine kujutab endast habrast tasakaalu kahe seisundi vahel: tuleb olla patsiendile piisavalt lähedal, et teda mõista ja tema kogemustesse empaatiaga suhtuda, samas tuleb hoida oma ravijapositsioon sellest kõigest lahus. Piibliloos taipab Mooses, mis on tema kutsumus, kui näeb põlevat põõsast: see leegitseb, aga ei põle ära.

VAADAKE OMA KONSULTATSIOONIDEGA TÖTT

Veel üks asi, mis võib teid parema juhendamisoskuse saavutamisel aidata, on oma konsultatsioonide salvestuste ülevaatamine (neid võib teha muidugi ainult patsiendi loal). Samamoodi analüüsib tehtut sportlane, kes vaatab videot oma sooritusest. Salvestuselt näete palju selgemini, mis läks õigesti ja mis valesti.

„Algul tundsin, et annan kogu kontrolli patsientidele ega suuda isegi enam ajakulu kontrollida, rääkimata sellega toimetulemisest, mida ma tahtsin teha ja pidin tegema. Siis vaatasin ühe konsultatsiooni salvestust ning märkasin avatud küsimust, mille olin esitanud. Mina kontrollisin olukorda, aga patsient liikus ikkagi edasi. Konsultatsioon oli täielikult muutunud. Ma ei teadnud seda enne, kui see oli juhtunud.”

OSKUSTE HARJUTAMINE IGAPÄEVAELUS

Enam ja lapse suhteid käsitlevas kirjanduses võib sageli kohata mõtet, et juhendamine on ilmselt universaalne ja loomulik suhtlusstiil, mis aitab lastel oma ümbusega tuttavaks saada. *Vanematoetusstruktuuri kasutamine* ehk *juhendav osalemine* on termin, mis kirjeldab, kuidas hea lapsevanem või tuutor loomulikult teel struktureerib vestluse nii, et lapse vajadusi ja võimeid arvestatakse. Oskuslik vanem või tuutor ei tee lapse jaoks liiga palju (käskimine) ega liiga vähe, jättes lapse nõutusse olukorda (kaasaminek). Oskuslik juhendamine annab paremaid õppimistulemusi.

Juhendamist saab õppida ka näiteks vestlusest sõbraga, kes räägib oma raskest otsusest. Sageli tekib tugev kiusatus sekkuda omapoolsete lahendustega, kasutades seejuures käskivat stiili. Kuulamine, küsimine, soovitamise, toetamine ja julgustamine on ilmselt palju kasulikumad ja tõhusamad. Elu lõpu poole on vanadel inimestel sageli vaja arutleda keeruliste probleemide üle. Millist kombinatsiooni kuulamisest, küsimisest ja teavitamisest kasutada? Siin pole reegleid, aga nende oskuste kasutamine juhendamisel on sageli tõhusam kui lihtsalt käskimine, kuidas peaks olukorda lahendama.

Kuulamist võib kasutada peaaegu igas vestluses, mitte ainult juhendamisel. Püüdes igapäevaelus peegeldamist kasutada, võite märgata, et sõnade otsimine peegeldamiseks kipub hajutama teie siirast huvi selle vastu, mida teine ütleb. Asi ongi nii, et algul tunnete end neid oskusi omandades kohmakana, aga ärge laske end häirida. Harjutage edasi, ja varsti ei tunne te enam nii puiselt ning võite hakata oma tegevuse vilju noppima.

Oskustele keskendumise taga on midagi tähtsat, midagi, mis ulatub teie tegevuse tehnilisest küljest kaugemale. Oskusliku kuulamise ja juhendamisega edastate sõnumi aktsepteerimisest, lootusest ja kaastundest. Seda ei saa saavutada kunstlikul teel. Teatud mõttes on aktsepteerimine, lootus ja kaastunne teie enda sisemised kogemused, aga neist pole kasu, kuni te neid patsientidele edasi ei anna. Võite need kuidagi ka otse välja öelda. „Ma hoolin.” „Ma arvan, et kõik läheb hästi.” Ent midagi eriti võimsat kaasneb kaastundliku, kuulava, juhendava stiiliga, mis annab lootust ja vestluskaaslase aktsepteerimist edasi mitte ainult sõnade, vaid kogu teie olemusega. Võimalik, et soov teisi tervendada on üks põhjustest, miks te selle ameti valisite. Oskus peegeldavalt kuulata ja koostöövaimus juhendada on üks parimaid viise näidata välja oma hoolimist ja tunnustust. Nende omaduste harjutamine parandab ka teie aktsepteerimis- ja kaasatundmisvõimet.

KOKKUVÕTE

See peatükk lõpetab ülevaate MI-st ja selle võimalikust kasutamisest igapäevases tervishoius pidevalt ettetulevates keerulistes olukordades. Järgmine, viimane peatükk, on pühendatud MI rakendustele laiemas kliinilises kontekstis.

10. PEATÜKK

LISAKS KONSULTATSIOONILE

Meie raamatu peamine eesmärk on määratleda ja kirjeldada ühte individuaalsete tervishoiukonsultatsioonide läbiviimise meetodit. Oleme julgustanud teid kasutama konsultatsioone selleks, et aidata patsientidel avastada muutusega seotud ambivalentseid tundeid, aga ka selleks, et maksimaalselt suurendada nende kontrolli oma tervisliku seisundi üle. Käesolevas peatükis toome teieni mõned näited, kus MI on suurepäraselt sisse sobitatud seda kasutavasse süsteemi. Loodetavasti selgub nendest näidetest, kui edukalt on MI lõimitav teiste patsientide vajadustele vastavate ning nendes käitumismuutust esile kutsuvate tervishoiuteenustega.

Iseenesestmõistetavalt on ka individuaalsete konsultatsioonide võimalused piiratud. Konsultatsioonidest väljapoole jäävad jõud, nii kliinikusisesed kui ka -välised, seavad patsiendi muutumisele takistusi. Sageli saavad patsientide püüdlustele parandada oma tervist ja eluviise saatuslikeks neid ümbritsevad majanduslikud ja sotsiaalsed tingimused. Teie tööd mõjutavad ka tervishoiusisesed jõud. Kui näiteks teenus või tervishoiusüsteem tugevdab patsiendi passiivsust, ei aita ka teie kõige suuremad jõupingutused patsiendis individuaalsete konsultatsioonide kaudu muutusi esile kutsuda.

„Järgmine palun! (Pärast tunniajalist ootamist rahvast täis ooteruumis). Tänan teid, proua Evans. Võtke end palun aluspesuni riidest lahti ja pange see kittel selga. Ma tulen tagasi ja vaatan teid läbi. Nõus? Pärast kohtute õega ja siis...”

Kui teie käitumise muutmise teemaline konsultatsioon patsiendiga leiab aset pärast sellist rutiini, on oluliselt raskem juhendamist edukalt rakendada. Juhendamise puhul on rõhk sellel, et patsient on see, kes aktiivselt arvestab oma võimalustega ja võtab endale ka vastutuse muutuste eest. Enamgi veel, kui paljud teie kolleegid ei pööra piisavalt tähelepanu koostööd eeldavale suhtlemisele patsientidega, võib teil tekkida kahtlus teie enda individuaalse nõustamistöö mõttekuses.

Nimetatud barjäärid tervishoiusüsteemis ja mujal mõjutavad teie patsientide motiveeritust tervisekäitumise muutmiseks. *Kas tervishoiusüsteemi on võimalik muuta nii, et takistused kaoksid? Kas praktiseerivad meedikud on suutelised oma igapäevatöös üle minema juhendavale stiilile?* Meie lähtekoht on, et me saame ja peame neid asju tegema. Meie eesmärk on määratleda tervishoiuteenuse muutusteks vajalikud tähised. Me teeme seda täie teadmise juures, et see süsteemide muutmise väljakutse on esitatud inimestele, kelle tervishoiualased teadmised ja kogemused on meie omadest kaugelt suuremad. Ent hoolikalt läbimõeldud muudatused nii tervishoiu praktikas kui ka süsteemis võivad oluliselt mõjutada konsultatsiooniruumides toimuvat ja muuta juhendava stiili kasutamist lihtsamaks ja mõjusamaks.

Allpool toodud juhud pärinevad reaalsest kliinilisest praktikast. Vestlesime MI-d mõnda aega kasutanud arstidega, õppisime põhjalikult tundma nii neid kui ka nende tööd. Juhtumite kirjeldused ja tsitaadid on ära toodud võimalikult originaalilähedaselt, vajadusel säilitades osalenute anonüümsust. Esimene näidete seeria keskendub süsteemis peituvate üldiste takistuste kõrvaldamisele, teine on pühendatud otseselt MI rakendamisele tervishoiusüsteemis.

TAKISTUSTE KÕRVALDAMINE MUUTUSTE TEELT

Kahes esimeses näites aitasid süsteemis läbi viidud muudatused teenust patsientidele kättesaadavamaks, mugavamaks ja nende vajadustele vastavamaks muuta, õhutasid neid tegema õigeid valikuid erinevate käitumismuutuste vahel. Enne muutuse teostamist tundus MI integreerimine süsteemi täiesti võimatuks, hiljem tervitas seda aga kogu personal.

1. Teenuse ümberkorraldamine

Koht ja probleem. Ambulatoorne võõrutuskliinik.

Eesmärgid. Parandada kohalkäimist, tõsta patsientide huvitatust probleemidega toime tulemisel, tõsta nende aktiivsust ravis osalemisel, vähendada narkootikumide kasutamist.

Varasem olukord

Programmis osalenud personal oli kompetentne ja püüdlik, kuid samas heitunud ja eneseusu kaotanud. Nad kohtusid päevast päeva inimestega, kelle elu oli kiskunud kiiva, kes olid sõltuvad alkoholist või narkootikumidest. Meditsiiniline personal pakkus kvaliteetset ambulatoorset detoksikatsiooniravi, millele järgnes

sealsamas võõrutusteraapia. Paljud patsiendid jätsid aga kokkulepitud ajal kohale ilmumata, mõned ei vaevunud tulema isegi esmasele vestlusele. Paljud detoksikatsiooni ja sissejuhatava vestluse läbinud keeldusid edasisest ravist. Mitmed neist sattusid uuesti haiglasse mitmeid kuid hiljem, taaskord ägedas seisundis. Personali hulgas valitses üldine pessimism ja abitustunne, patsiente peeti tänamatuks, jõhkrateks, tõrksateks, madalalt motiveerituteks ja eitusseisundis olevateks. Kaadri volavus oli suur, sagedased olid ka tööluusid. Personalisesed tülid olid igapäevased.

Vaadakem nüüd kirjeldatud olukorda sellest haiglast abi otsiva patsiendi silmadega. Telefonitsi polnud võimalik vastuvõtuaega kokku leppida, mistõttu abivajajad, enamasti vaesed inimesed, pidid juba kella kaheksaks hommikul registratuuri avamisajaks haiglasse saabuma. Haigla asus ladudepiirkonnas, lähimast ühistranspordiliinist pika jalutuskäigu kaugusel. Ühiskondlikku transporti kasutades võis haiglasse jõudmiseks kuluda tervelt kaks tundi. Registratuuri luuk kujutas endast sõna otseses mõttes tavalist akent seinas, mille taga askeldas haigla personal. Aken avanes koridori, mis oli talvisel ajal üsna hämar ja tihti külm. Koridoris oli kõigest neli või viis vana tooli, ülejäänud patsiendid olid sunnitud vastuvõtuaega seistes ootama. Nende silme ees edenes haigla igapäevane hommikune rutiin: tööle saabuv personal, politseinikud ja turvamehed, igapäevast metaadonisüsti saama tulnud patsiendid. Kella kaheksaks, registratuuri avamisajaks, oli tavaliselt juba moodustunud ootavatest inimestest järjekord. Registreerimisprotseduuri iseärasusi arvestades pääses vastuvõtule kõigest neli-viis inimest, teistel kästi oodata pärastlõunani või siis minna koju tagasi, et järgmisel päeval veel varem kohale tulla. Registratuuri akna taga valitses sageli morn ja kaootiline õhkkond.

Vastuvõtule pääsenud viidi ükshaaval kliinikusse. Mõnel tuli oma vastuvõtu oodata kaks tundi. Esmalt vaatas patsiendid üle õde, kes tutvus olukorraga ja pani kirja nende üldise tervisliku seisundi, tema otsustas ka, kas detoksikatsioon on vajalik. Seejärel vestles nendega umbes pool tundi ametnik, kes tegi kindlaks nende olukorra tööturul, maksujõulisuse ning esitas küsimusi tervisekindlustuse ja muude isikuandmete kohta – kas patsiendil on õigus kindlustusele või transporditoetusele jne. Kui patsiendid tunnistati abi saamiseks sobilikeks, sattusid nad teise ametniku jutule, kelle ülesandeks oli teatud kindlate vormide täitmine, milleks patsientidel tuli vastata paljudele vägagi isiklikele küsimustele.

Pärast kogu seda paberitööd määrati neile aeg orientatsioonigrupiga (O-grupp) ühinemiseks. O-gruppe oli kaks, need käisid koos korra nädalas ja nende ülesandeks oli patsientide ettevalmistamine raviks. O-grupid olid ka patsiente haiglaga siduvaks lüliks seni, kuni neile määrati aeg nõustajaga kohtumiseks ning patsiendi „motiveerituse” hindamiseks. O-grupis toimusid loengud ainete kuritarvitamise kahjulikkusest, näidati ka teemakohaseid filme. Enne nende määramist nõustaja juurde osalesid patsiendid keskmiselt neljal kuni kuuel koosviibimisel. Seejärel anti neile teada nende nõustaja nimi ning vastuvõtu aeg, millal tulla

ravi alustamiseks tagasi. Ainult õige väikesel osal registratuuriaknani jõudnud abivajajatest jätkus kannatust oodata ära nõustamise algus. Sihile jõudnute ravi sõltus täielikult nõustaja suvast.

Süsteemi muutused

Uus juhtkond tekitas uusi ressursse ja võimaluse luua selles süsteemis muutusi. Eesmärk oli rajada abivajajatele kättesaadav kliinik, kus patsiendid oleks teretunud ja mis pakuks kiiret ning tõhusat teenust võimalikult suurele abivajajate hulgale. Uuenenud, patsientidele orienteeritud abi osutamise mudeli kujundamiseks töötati välja seitse meetet:

1. *Viisakus.* Iga patsienti, külastajat, kolleegi koheldakse alati viisakalt, lugupidavalt.
2. *Koostöö.* Personali seovad ühised eesmärgid, mille saavutamiseks tehakse tõhusat koostööd. Koostöös on enamike eesmärkide saavutamine hõlpsam kui ükski.
3. *Panustamine.* Igal töötajal lasub teistega võrdne kohustus panustada ühisesse töösesse. Iga töötaja peab otsima teid oma isikliku panuse andmiseks ühiste eesmärkide saavutamisel.
4. *Kohusetundlikkus.* Iga töötaja suhtub oma ülesannetesse kohusetundlikult, püüdes anda endast parima, ning peab kinni töögraafikust ja järgib kõiki nõudeid.
5. *Kommunikatsioon.* Terves kliinikus on avatud suhtlemine. Mureküsimusi arutatakse ja asjaolusid kontrollitakse otse asjasse puutuvate isikutega.
6. *Ühendus.* Iga kliiniku allüksuse liige mõistab oma seotust organisatsiooni kui tervikuga ning on pühendunud ühise visiooni ja missiooni teostamisele.
7. *Kogukondlikkus.* Iga personali liige jagab ühist vastutust tööks vajaliku atmosfääri loomisel, heatasemelise teenuse osutamisel ja patsientide heaolutoetamisel.

Aasta jooksul tehti palju praktilisi muutusi. Sein, milles oli registratuuriaken, lõhuti maha, tekkis mugav, hea valgustusega ja köetud üldisest koridorist eraldatud ooteruum. Vastuvõtule tulnuid tervitati ja neile pakuti ooteajal kohvi. Arvele võtmine ja vastuvõtuaegade kinni panemine oli võimalik kogu päeva vältel. Avati ka kaebuste ja ettepanekute kast. Patsiente õhutati haiglat teavitama nii tekkinud probleemidest kui heast teenusest. Vastuvõtt toimus järjekorra alusel. Palju raviks vajalikust informatsioonist koguti ooteruumis täidetavate küsimustike kaudu. Nende täitmisel pakuti abi nii viletsa lugemisoskusega inimestele kui neilegi, kel oli raskusi küsimuste mõistmisel. Enam polnud esimene inimene, keda abivajaja haiglas kohtas, küsimusi küsiv juhtumikorraldaja, vaid kogenud vanemnõustaja,

kes pöördus nende poole järgmisel viisil: „Ma pean pärast küsima teie käest mõned küsimused, kuid algatuseks soovin ma teada, mis tõi teid täna siia? Rääkige palun, mis toimub?” Kirjeldatule järgnes pool tundi oskuslikku ärakuulamist, mille vältel saadi suurem osa teraapiaks vajalikust spetsiifilisest informatsioonist. Eesmärk oli tõsta muutmismotivatsiooni ja pakkuda teenust, millest oleks kasu ka juhul, kui see visiit jääkski patsiendi ainsaks külaskäiguks.

Kliinikus arendati välja rida erinevaid tõenduspõhise rühma- ja individuaalravi võimalusi, mida sai kasutada nii päevastel kui ka öhtustel aegadel. Vastuvõtuaega pikendati, suurendamata sealjuures kliiniku personali arvu. Orientatsioonigrupp lõpetas tegevuse, selle asemel anti kliinikusse võtmisel patsientidele teenuste loetelu koos selgitustega ning aidati neil valida teenust, mida nad soovisid ja vajasisid. Tehti kõik mis võimalik, et iga patsient saaks nõustaja ning võiks raviga alustada ühe nädala jooksul. Patsiendil oli sageli võimalik kohtuda oma nõustajaga juba kliinikusse võtmise või detoksikatsiooni ajal.

Muutuste mõju nii patsientidele kui personalile oli tähelepanuväärne. Ravist huvitatud patsientide arv kasvas oluliselt. Vähenes ka kaadri voolavus – need, kes eelistasid vana korda, lahkusid, nende asemele tulid aga uuendustega sammu pidavad töötajad. Patsientide madalas motiveerituses süüdistamise asemel hakkas personal suhtuma ambivalentsusesse ja motivatsiooniprobleemidesse kui nende tööga kaasnevatesse nähtustesse. Järgnenud võrdlev analüüs näitas teiste tunnustatud kliinikutega võrreldavaid suurepäraseid ravitulemusi.

Kogu selle loo tuum peitub jagatud väärtustes, isegi kui algne tõuge muutusteks tuli seoses juhtkonnavahetusega ja liikus ülevalt alla. Juhtkonnapoolne initsiatiiv pole teenuste ümberkujundamises määrav. Meil on kogemusi vaestest peredest pärit teismeliste diabeedihaigetega, kes eriti uuringutel ei käinud ning oma veresuhkrutaset ei kontrollinud. Nende puhul astus just teenindav meditsiiniline personal samme pakutavate teenuste parandamiseks. Esimene samm oli patsientide vajadustega tutvumine. Sellega kaasnes kliiniku vastuvõtuaegade nihutamine pärastlõunasele ajale, et abivajajatel oleks võimalik tulla vastuvõtule pärast õppetöö lõppu koolis või kolledžis. Nüüd hakkas tekkima oluline suhtumise muutus. Kliiniku personal ei näinud endas enam üksnes kaalukontrollijaid ja vere analüüsijaid, suhted patsientidega muutusid vabamaks. Esmatähtsaks muutus patsientide vajaduste rahuldamine. Nimetatud pisikeste muutuste läbiviimine tõi endaga kaasa kogu raviasutuse sisu muutuse. Nüüd tervitati noorukeid seal kliinikus küsimusega: „Kelle vastuvõtule te soovite täna esmalt pääseda?” Muutus kogu kliinikusisene atmosfäär, konsultatsioonide toon, ravikuuride määramise kord – kõik toimus sama skeemi kohaselt nagu varem kirjeldatud võõrutuskliinikus. Haiged ei jätnud enam vahele neile määratud konsultatsioone. Personal alustas ühistest väärtustest ja ühestainsast uuendusest. Järgnev näide demonstreerib, kui viljakaks võib osutuda sellise printsiibi järgimine.

2. Üksainus uuendus

Järgnev näide, mille kujunemist oleme mitmeid aastaid jälginud, pärineb ühelt arengumaalt. Ühes Aafrika suurimas õpetavas haiglas töötav personal seisib silmitsi peaaegu lahendamatu olukorraga – vaesuses vaevlevate patsientide vähene huvitatus eluohtlike haiguste ravist.

Koht ja probleem: HIV-i/AIDS-i põdevate laste nii ambulatoorne kui ka statsionaarne ravikeskus, raviskeemi mittejärgimine.

Eesmärgid: Suurendada patsientide huvitatus viirusvastasest ravist, tõsta laste emade majandusliku ja sotsiaalse integratsiooni astet, muuta programmi nii, et see suunaks patsiente tervemat elulaadi järgima.

Varasem olukord

Teenuse vajajatena registreerus rohkem kui 150 ema, kes pidid oma laste eluohtliku situatsiooni leevendamiseks neile regulaarset medikamentooset ravi pakkuma. Personal ei suutnud lapsevanemaid veenda ravi järgimise tähtsuses, ehkki ravi edukus olenes just igapäevasest regulaarsest ravimite tarbimisest. Ravis osalemise tase oli madal, mis mõjus demoraliseerivalt kogu personalile. Haigestumiste arv kasvas, nii emad kui lapsed nakatusid HIV-i ning haigestusid AIDS-i.

Ravi kadalipp algas emadele tavaliselt haigla pediaatriaosakonnas. Kui beebil või lapsel õnnestus akuutsest nakkusest hoolimata ellu jääda, suunati ta edasi ambulatoorsele ravile. Siis probleemid alles algasid. Emad ei pidanud kinni kokkulepitud arstiaegadest, nad ei suutnud mõista ravi regulaarsuse olulisust. Tundus keeruline teha emadele selgeks, kui tähtis on ravist kinni pidada. Emad ei tundunud millestki aru saavat. Massiliselt esines suhtlemisprobleeme, personal väitis, et emad on eitusseisundis. Väga vähestel lapsevanematel oli töökoht, enamasti olid neil elamiskõlbatud kodud ja nad pidasid transpordikulusid vastuvõttudel käimiseks liiga suurteks. Lisaks kõigele muule peeti nende kultuurikeskkonnas HIV-i nakatumist häbimärgiks. Kui pärast mõneajalist Lääne ravimite tarvitamist nende või laste tervislik seisund paranes, lõpetasid nad omavoliliselt ravitsükli, mis raskendas veelgi riigis valitsevaid meditsiini- ja tervishoiuprobleeme. Nagu üks õde ütles: „Kui emad vihastavad, siis teame, et meie ravi on olnud edukas, et meil on lootust.” Enamasti oli aga normiks siiski passiivne suhtumine. Retroviiruse vastane teraapia oli suhteliselt uus asi. Kuidas tõsta haigete ravis osalemise taset?

Süsteemi muutused

Muutusi teenuste planeerimises ja pakkumises kirjeldab vägagi hästi ühe ema loo jälgimine läbi teraapia. Kirjeldatav ema on sõna otseses mõttes puruvaene ja elab

suurlinna aguli armetus hütis koos kaheteistkümne omasugusega. Ta tuuakse koos väga haige lapsega kiirabiga haiglasse. Järgmised kaks nädalat veedab ta koos lapsega palatis ja tema ägeda hingamisteede viiruse all kannatava lapse seisund hakkab paranema. Varsti pärast haiglasse saabumist juhatatakse ema koridori teises otsas asuva ambulatoorse osakonna ooteruumi, kus teda ootab üks nõustajatest, kes kostitab teda kohvi ja võileivaga. Ooteruumis valitseb külaturu õhkkond. Seal istuvad emad lükivad pärleid niidi otsa. Laua keskel põleb küünel, mille leegis on võimalik läbi löigata nailonnööri, mida nad ehete valmistamiseks kasutavad. Uustulnuk kuuleb võimalikest töökohtadest. Ta jutustab teistele oma elust. Vastuvõtule pääsemise ja retroviiruse vastase ravimi manustamise järjekorda ootavad lapsed mängivad põrandal. Pealtnäha paistab nende tervis päris korras olevat.

Pärast lapse statsionaarist välja kirjutamist määratakse talle ambulatoorne ravi, emale teatatakse arsti vastuvõtuaeg. Talle antakse ka kotitais pärleid ja nailonnööri. Üks pikemalt haiglat külastav ema õpetab talle, kuidas valmistada konverentsidel kasutatavaid plastikust nimesildihoidjaid. Järgmisel nädalal on ta tagasi. Arst vaatab läbi nii tema kui ta lapse. Konsulteerimise käigus laieneb tema kaaspatsientidest koosnev tutvusringkond veelgi. Valveõde ostab temalt ära tema toodangu paremiku, selle müüb maha heategevusorganisatsioon.

Järgnevate kuude jooksul tutvustavad teised emad teda retroviiruse vastase teraapia iseärasustega. Sõpruse edenedes räägib ta, kui raske on tunnistada HIV-i nakatumist. Tal on alati võimalik vestelda mitteformaalses õhkkonnas privaatsetl mõne haiglas töötava nõustajaga, kellest nii mõnedki on ise HIV-i kandjad ja kes on end vabatahtlikult saatusekaaslaste abistamisele pühendanud. Esimese palga kulutab ta uute pärlite peale. Nüüd on tal pidev töö, ta külastab regulaarselt haiglat, kus tema nimele on avatud pangaarve.

„Nende inimeste elutingimusi on suisa võimatu ette kujutada,” ütles juhtiv pediatater. „Mina püüdsin seda teha, kuid tulutult.” Tagasi vaadates võib öelda, et muutused said alguse sügavast kaastundest nende inimeste vastu. Protsessi algatamiseks piisas vaid põgusast pilguheidust nende igapäevasesse ellu.

„Me tegelesime vaid probleemi ühe osaga,” märkis sama inimene mõni aasta hiljem, „patsientide tühi kõht mõjutab meie ravi efektiivsust. Kui me selles suhtes midagi ette ei võta, pole ka otsesel haiguste ravil mingit mõtet. Asja sisu on selles, et meie vastutus ei piirne vaid inimeste raviga. Otsustasime oma haiglas hakata läbi viima patsientide sotsiaalmajanduslikku rehabilitatsiooni.”

Üpris tagasihoidlik patsientidele transpordikulude katmiseks ja töö tagamiseks käivitatud uuendus päädis sotsiaalse isolatsiooni purustamisega. Lisaks aitas muudatus patsientidel üle saada oma tervisliku seisundi häbenemisest, mõista ravimehhanismide olemust ning ületada tervet hulka erinevaid isiklikke ja sotsiaalseid tõkkeid. Arstlike ettekirjutuste järgimise korral hakkas laste ravi üha enam meenutama ükskõik millise kroonilise haiguse (näiteks diabeedi) ravi, mitte nende surmaks ettevalmistamist. See positiivne kogemus on ära toodud teisteski allikates (www.kidzpositive.org). Kirjeldatud personal on praeguseks teinud

läbi rahvastiku etnilistele iseärasustele kohandatud sissejuhatava MI kursuse, mis ühtlasi delegeerib osa vastutusest ravi tulemuste eest patsientidele. Nõustajate professionaalne identiteet tugevneb, nad konsulteerivad kord nädalas pediaatri- tega ning hoiavad end interneti kaudu kursis analoogiliste probleemidega teistes Aafrika riikides (www.teampata.org).

Sellist laadi uuendused pole mingi uudis. Ainuüksi vastuvõtupunkti toomine haiglast abivajajatele lähemale võib olla oluline muudatus. Kahtlemata parandab inimeste elukvaliteeti ka kogu maailmas toimuv esmaabi kättesaadavuse kasv, es- maabi lähendamine abivajajatele ning ravi pidevuse tagamine. Võib tuua palju näi- teid, kus just kogukond on algatanud sotsiaal- ja arstiabi kvaliteedi tõstmise, selle kättesaadavamaks muutmise, tähtsate teemade lahti rääkimise ning isegi puudust kannatava elanikkonna majandusliku olukorra parandamise. Just kirjeldatud juh- tudel on kõige tõenäolisem suunata patsiente tervisekäitumise muutustele.

MI RAKENDAMINE

Eeltoodud näites avaldus MI kasutamine rohkem fundamentaalsemate teenuste paranemise kõrvalproduktina. Alljärgnevalt käsitletakse otseselt MI juurutamist üldisesse süsteemi. Esimeses näites toob MI-alane treening endaga kaasa lisa- muutusi teenuste osutamisel. Teises kasutati ühel arengumaal MI-d tervise-eden- duse raames veepuhastusprogrammis.

MI treening ja teised muutused

Koht ja probleem: Statsionaarne ja ambulatoorne südamehaigete taastusravi. Eesmärgid: Muuta programmi nii, et see õhutaks patsiente omaks võtma tervisli- kumat eluviisi, julgustada personali MI-d õppima, viia igapäevane rutiin ja prot- seduurid kooskõlla juhendava stiili põhimõtetega.

See lühike näide võimaldab teil lähemalt tutvuda süsteemis toimuvate muu- tustega ja nende muutuste läbiviimisel tekkida võivate raskustega. Järgnev peaks huvitama kõiki, kes töötavad koos perearstide ja eriarstidega.

Varasem olukord

Pärast intensiivravi tundusid patsiendid passiivsed, ehmunud ja mõnikord dep- ressiivsed, hoolimata sellest, kas nad vajasisid kirurgilist sekkumist või mitte. Nad olid harjunud, et neil kästakse tegeleda rohkem kehaliste harjutustega, pidada dieeti, jätta maha suitsetamine jne. Kui neil olid varem, enne haiglasse tulekut probleemid, siis nüüd olid neil järsku uued mured, millega võidelda. Patsientide

kultuuriline taust oli erinev. Pärast statsionaarist välja kirjutamist määrati neile haigla kardioloogiaosakonnas ambulatoorne taastusravi. Taastusravi algfaasis oli patsientide osalus kõrge, kuid paljud loobusid enne ravi lõppu.

Personali moraal oli madal, eelkõige kõrge töökoormuse pärast, aga ka seetõttu, et nad pidasid end vastutavaks patsientide käitumismudelite muutmise eest. Õdedest, psühholoogist, füsioterapeudist ja dietoloogist koosnev meeskond pakkus mitmefaasilist rehabilitatsiooniprogrammi, mis algas hinnangu andmisest üldisele tervislikule seisundile ja mille osadeks olid tervisehariduslike rühmade kokkusaamised, lõdvestustreening ning individuaalsed konsultatsioonid. Krooniliste tervisehädadega inimesi aidates asetati rõhk õpetamisele, kuidas teha tervislikumaid valikuid, millest enamik olid eluviisi muutused. Arste ühendasid selgelt ühised väärtused, kus põhiküsimuseks oli, kuidas aidata patsientidel leida maksimaalselt võimalusi oma tervise parandamiseks. Patsientide eluviisi oli vaja hädasti muuta ja see vastandus kõigele muule. Haridus, haridus ja veel kord haridus – oli kogu teenuse juhtmotiiviks. Ometi täheldati patsientide juures sageli vastupanu, eitusseisundit ja jäärapäisust. Kas olukorda on võimalik parandada pelgalt vestlusstiili muutest?

Pärast

Meeskonna psühholoogist juht näitas vanemõele artiklit MI-st. Koos otsustati, et meeskonnas kulutatakse liiga palju aega patsientide prioriteetide äraotsustamisele nende eest, selle asemel, et lasta otsustada neil endil. Liiga palju pressiti peale nõuannete ja erinevate haridusprogrammidega. Ehk õnnestub konsultatsioonide külastatavust tõsta, õpetades meeskonnaliikmetele uut suhtlemisstiili? Koos organiseeriti kahepäevane MI-alane treening. Oli olemas selge suund, kuhu liikuda, kuid mis tempos ja milline pidi tulemus olema, jäi esialgu selgusetuks. See tekitas ebakindlust. Meeskonna jaoks oli see esimene tööväliline kohtumine. Seni oli koos arutatud ainult konkreetseid jooksvaid tööalaseid probleeme.

Kaheks päevaks katkestati teenuse pakkumise. Neliteist töötajat kogunes maamajja grupitreeningule. Esmalt tegid nad tutvust treeningueelse simulatsiooniga, kus näitlejad esinesid tüüpiliste vastuvõtule saabunud patsientidena. Enamik töötajatest polnud varem MI-st midagi kuulnud, uudne oli neile ka vastuvõtutule eettulevate olukordade läbimängimine. Üleminek käskivalt suhtlemisstiililt juhendavale osutus sama raskeks kui otseste küsimuste asendamine patsientide kuulamisega ning kuuldust raviks vajaliku informatsiooni väljanoppimine. Ees seisva muudatuse peamine probleem paistis olevat vastutuse osaline üleminek ravijalt patsiendile.

Siis sekkus reaalsus. Kliinilise praktika igapäevatempo ei jätnud paljudele arstidele muud nähtavat võimalust peale standardse õpitud lähenemise soovitada patsientidele, miks ja mida nad peaks muutma. MI juurutamine praktikas tundus olevat tõsine väljakutse. Treeningul õpitud polnud sugugi lihtne meeles pidada.

Kõrvaltvaatajate abita, nendega nõu pidamata oli väga raske üle saada vanadest harjumustest. Mõned töötajad tulid sellega siiski üpris ladusalt toime. Üks neist ütles: „Teinekord tuleb mul patsiendiga vesteldes pähe – jah! See oli nüüd tõeline MI. Ja ma mõtlen, et peaksin sagedamini nii tegema. Püüan teadlikumalt MI-d rakendada.” Teine töötaja jutustas, et mõned südameosakonna töötajad, kes ei kuulunud temaga ühte meeskonda, pärisid talt, nähes teda patsiendiga suhtlemas, miks ta ei nõua haigetelt resoluutselt suitsetamise mahajätmist ning rämpstoidust loobumist. Tema arvates on patsiendid tüdinud nende voodi päitsis seisvatest inimestest, kes ähvardavad neid surmaga, juhul kui nad ei täida kriipsupealt eeskirjutusi. Üks õdedest märkis kokkuvõtvalt: „Sellest, kas olete käitunud õigesti või valesti, annab märku patsiendi reaktsioon – heatahtlik või hukkamõistev. Reaktsiooni äratabamine on omaette küsimus ja nõuab suurt tähelepanelikkust.”

Puhkeruumis kohvitassi taga muutuste edasist kava arutades sooviti edaspidi korraldada lühemaid intensiivtreeninguid ja kohtumisi MI-s kogenenud kolleegidega. Vajalikuks peeti ka kohtumistel tehtud ülestähenduste lugemist ja salvestuste läbikuulamist, üksteise konsultatsioonide külastamist ning kindla küsimustiku alusel isiklike konsultatsioonide hindamist. Kuid treeningu organiseerinud ja selles õhinal osalenud juhtivtöötajad polnud ettepanekutega nõus. Nad käisid välja hoopis tõsisema plaani – muuta kogu teenuse kultuuri, et uurida koos, milline teenuse viis soodustab ja milline takistab käitumuslike muudatuste läbiviimist.

MEESKONNA KOOSOLEKUD

Meeskonnale anti võimalus korraldada kahetunniseid koosolekuid, kus arutada, millised muutused teenuse pakkumises soodustavad ja millised takistavad käskiva suhtlemisstiili asendamist juhendavaga. Tegelikult soovis koosoleku moderaator teada, milliseid muutusi soovivad meeskonnaliikmed läbi viia, et seejärel juhtida nende tähelepanu kahele teemale – läbivaatusele ja gruppidele. Kolme kuu jooksul toimus viis koosolekut, milles osalejad täheldasid jõudsat progressi. Algselt tundus kogu uuendustega seotu ähmasena. Kui aga osalejad märkasid oma töötulemuste paranemist tänu ühistele jõupingutustele, jõudsid nad ka üksmeelele muutuste suhtes. See omakorda suurendas nende igapäevase töö innovatiivsust ja üksteise toetamist. Aruteludel kasutati järjest vabamalt terminit *kultuuri muutus*, järjest tolerantsemalt suhtuti ka isiklikesse ja professionaalsetesse erinevustesse. Nagu tunnistas üks programmis osalenu: „Nüüd pärivad kolleegid mult raskustesse sattudes telefonitsi või e-mailitsi nõu.”

LÄBIVAATUSPROTSEDUURI MUUTMINE

Esmakordsel kohtumisel patsiendiga toimus kõigepealt põhjalik läbivaatus, milleks kulus keskmiselt pool tundi. Läbivaatusel oli kombeks suhelda patsiendiga käskivas stiilis, vajaliku informatsiooni ammutamiseks täideti mitmed ankeedid.

Algselt leiti meeskonna koosolekul, et muutuste juurutamine patsientide läbivaatuses on vägagi keerukas, sest enamikule töötajaist tundus, et küsimustikud määravad ära kogu suhtlemisstiili ja patsientidel jääb üle ainult olukorrale reageerida. Eesmärgiks oli aga patsientide läbivaatuse muutmise vähem formaalseks, et see sarnaneks pigem kahe inimese vestlusele ja patsiendil tekiks seega võimalus osaleda käitumise muutmise protsessis.

Küsitluste läbiviimise korras tehti olulisi muudatusi. Lisati mõned küsimused, mis andsid patsiendile võimaluse avaldada arvamust oma südamehaiguse põhjuste kohta. Oluline oli teada saada, millised on patsientide püüdlused eluviisi muuta. Mõned faktilised küsimused jäeti vestluse lõppu. Eelduseks oli, et kui patsient on läbivaatusel piisavalt aktiivne, saadakse vastused neile küsimustele vabas vestluses. Uus ankeet koostati sellisel, et ülevaatus meenutaks patsiendile vaba vestlust. Samas jäi arstile võimalus esitada patsiendile lisaküsimusi, juhul kui mõned olulised küsimused olid jäänud vastusetu. Seejärel täideti ankeet.

Nii muutus läbivaatusprotsess mõlemale suhtluspartnerile huvitavamaks. Üks töötajaist kommenteeris seda järgnevalt: „Mind hämmastasid lood, mida rääkisid inimesed, kellel on olnud stenokardia umbes 20 aastat, kuid nende arusaamine oma haigusest on sageli äärmiselt kummaline.”

Teine nentis: „Minu arust on uus läbivaatusviis äärmiselt tõhus. Pärides patsiendilt, mis on tema arust haiglasse pöördumise põhjus, saab palju olulist informatsiooni. Varasemat ankeeti kasutades polnud võimalik sellist teavet saada. Oluline on patsientidelt küsida ka seda, mis neile kõige enam muret valmistab – sageli pole see sugugi seotud südameprobleemidega. Infarkt tundub abikaasa tõsise haiguse või narkootikumisõltlaseks muutunud lapse kõrval väiksema probleemina. Tausta uurimine võimaldab jõuda lähemale haiguse põhjustele ning see seab ka konteksti paika – nad tulevad meie vastuvõtule, kuid neile ei ole see nii huvitav, kui võiks arvata. Uuest läbivaatusviisist on palju abi.”

Inimese tunnetamine tervikuna, kaasa arvatud tema nägemus ees ootavatest võimalikest eluviiside muutusest, kergendab hilisemate konsultatsioonide läbiviimist. Mõned väidavad, et kirjeldatud läbivaatusviis nõuab rohkem aega. Samas vaieldakse sellele vastu, nimetades nurisejaid venivillemiteks.

PATSIENTIDE ÕPETAMISE RÜHMAD

Meeskond korraldas iganädalasi eriteemalisi „vestlusrühmi”. Otsustati loobuda pelgalt PowerPointi esitlustest ja muuta probleemide käsitlemiskorda – märgiti maha juhised, mil viisil anda vastuseid patsientide esitatud küsimustele, arvestades nende asjakohaseid tähelepanekuid. Täiesti uudne oli viimane avatud formaadiga kohtumine, kus käsitleti MI-st lähtuvalt käitumismuutustega seotud raskusi.

Rühmad andsid arstidele võimaluse paaris töötada. Vähem struktureeritud formaadi üks probleem oli kiusatus vastata kõigile patsiente huvitavatele küsimustele. Puuduse hüvitas aga kuhjaga patsientide suurem huvitatus ja osalusaktiivsus.

„See pole lihtne, üldsegi mitte. Olen harjunud informatsiooni edastamisega ning loengu lõpul esitatud küsimustele vastamisega. Uudne kohtumiste läbiviimise viis meenutab aga pigem avatud foorumit. Kuid teate, mis? Minu arvates on patsientidel uuendustest palju kasu. Hoopis rohkem inimesi käib välja oma ideid. Kui keegi seda teha julgeb, järgnevad talle peagi teised. Vestluses löövad kaasa needki patsiendid, kellest seda kõige vähem oodata oli... Fantastiline! Tundub, et sellise käsitusviisi juures huvituvad nad pakutud informatsioonist enam. Selle asemel, et publiku ees seistes informatsiooni edastada, püüame jõuda patsientide vajadusteni, mis pole sugugi alati sellised, nagu meie arvame. Tunnen, et olen muutunud patsientide suhtes kaastundlikumaks, elan nende muredele kaasa. Just nimelt.”

Esimestel kuudel õppis meeskond, millal rühmavestluste käigus on kõige õigem esitada teatud küsimusi. Ravimite kasutamisest rääkides on eriti omal kohal küsimused nende tähtsuse ja usaldatavuse kohta (4. peatükk). Poolt ja vastu strateegia (4. peatükk) kasutamine on tulemusrikas kogu vestluse ajal, kuid eriti oluline on see füüsilistest harjutustest rääkides. „Tähtis on täita lüngad patsientide arusaamades füüsilistest harjutustest. 90% patsientidest ei pea jalutamist üldse mingiks eriliseks harjutuseks.” Tagasiside kohta märkis üks õde aga järgnevat: „Uus suhtlusviis tegi lõpu patsientide poputamisele. Me laseme neil välja tulla oma arvamustega ning pakume omapoolseid soovitusi ja lahendusi. Lõplik tegevus kujuneb mõlema osapoolse soovitustest.”

Muutused programmi ühes osas kutsusid esile muutused selle teistes osades. Nagu tunnistas üks arst: „Olen katsetanud MI-d grupis, rakendasin seda ka individuaalkonsultatsioonis. Üks justkui täiendab teist.” Lõpptulemusena puudutasid muutused neidki haigla töötajaid, kes polnud ise otseselt MI programmiga seotud: „Mõned kolleegid, kes treeningutel ei osalenud, hakkasid uut suhtlemisviisi rakendama, kui kuulsid selle edukusest treeningu läbinutelt.”

Aasta hiljem toimunud vestlustes tunnistasid meeskonnaliikmed, et MI-s võrdsest ebakompetentsete inimeste kaasamine treeningutesse võrdsustas nad omavahel ning muutis koostöö sujuvamaks. Nendevahelised ametialased sidemed tugevnesid. Praktiliste ülesannete läbimängimine ei vastanud kõigi arusaamistele õppimisest. Üks õde tunnistas: „Ma ei kannatanud silmaotsaski rühmatreeninguid, kus inimestest hinnanguid ja arvamusi välja pressiti. Kuid mulle meeldib MI idee.”

Kommentaariid

Hea tahtmise ja loova lähenemisega on võimalik oluliselt parandada teenuse kvaliteeti ning kergendada patsientide käitumise muutusi. Käitumismustri muutust peegeldab kõige paremini protsessi järk-järgulisus. Tähelepanu keskendub küsimustele, *miks* ja *kuidas* leiavad aset muutused käitumises. Toodud näites ei toodud grupitreeningud ja meeskonnakoosolekud päeavalgele mitte ainult seda, mida teha, vaid ka seda, *miks* see muutus vajalik on. Aluseks oli personali soov parandada pakutavat teenust ning edendada patsientide käitumuslikke muutusi. Ebakindluse ja kõhklustega leppimine, reaalse eesmärkide püstitamine, edusammude tajumine sõltuvad kõik iga üksiku meeskonnaliikme soovist muuta oma suhtlemisstiili, mis omakorda eeldab meeskonna juhtidelt hoolivust ja juhendava juhtimisstiili rakendamist. Selle tulemusel muutub kogu meeskonna suhtlemisstiil juhendavaks:

„Minu jaoks on oluline suhtuda igasse inimesse kui isiksusse ning uurida välja, miks on tema jaoks oluline paremas vormis olla. Olgu selleks siis kodused tööd või soov joosta maratoni. Väga suur kasu on teadmisest, milised on patsientide tegelikud vajadused ja mida nad oma vajaduste nimel on valmis tegema. See on aidanud mul suhtuda neisse kui isiksustesse.”

Viimastel aastatel on hakatud rühmatreeningutes üha rohkem kasutama MI-d. Tabelis 10.1 on ära toodud üldisemad juhised MI rakendamiseks. Tabeli on koostanud kaks kolleegi, kes on rakendanud MI-d paljudes keerulistes olukordades.

MI ja rahvatervishoiu edendamine

Kogu arengumaailmas kujutab endast suurt tervishoiuprobleemi puhta joogivee kättesaadavus, just joogivees sisalduvate mikroorganismide põhjustatud kõhulahutus on sealsetes riikides kuni viieaastaste laste peamine surma põhjus. Samas eksisteerivad lihtsad ja odavad veepuhastusmeetodid, mis alandaksid märkimisväärselt ohtlikust joogiveest põhjustatud haigestumisi ja surmajuhtumeid. Enim levinud meetod õhutamiseks sealsetes regioonides elavaid perekondi puhastama vett on nn „*miks*” ja „*kuidas*” informatsioon. Mitmel põhjusel jääb aga selline harival teabel põhinev elustiili muutmisele õhutatav strateegia ebaefektiivseks.

Mõnes Sambia regioonis valitses kirjeldatud olukord. Probleemi lahendamiseks korraldas dr Angelica Thevos koos kolleegidega originaalse eksperimendi, mille nad viisid läbi kahes külas, kus puudusid nii veevarustus kui kanalisatsioon ja kus tõrguti kasutamast vee puhastamiseks kloori. Kümnest tervishoiu edendamise vabatahtlikust moodustati kaks viieliikmelist rühma. Kontrollrühm jätkas ühes külas tööd vanade meetoditega (infovoldikud, pabertahvliga ettekanded)

ning tutvustas seal vee kloorimise protseduure, teise rühma liikmed tegid aga läbi veepuhastusprobleemidele kohandatud viietunnise MI-treeningu, kus oma koht oli ka rollimängudel.

Järgneva kaheksa kuu jooksul kasutati gruppide töö hindamiseks lihtsat, kuid kindlat meetodit – loendati kummaski paigas maha müüdnud kloori lahuse pudelite arvu. Selgus, et külas, mida teenindasid MI-treeningu läbi teinud vabatahtlikud, oli kloori läbimüük kaks kuni neli korda kõrgem kui teise rühma territooriumil ($p < .001$)*. Ühe uurimuse põhjal on raske teha fundamentaalseid järeldusi. Näiteks võib selgusetuks jääda, mida tervishoiutöötajad veepuhastust propageerivate vestluste käigus tegelikult tegid. Mõlemad näited, nii südamehaigete rehabilitatsiooni meeskond kui ka veepuhastus Sambias, annavad alust arvata, et treenerid, teadlased kui arstid on võimelised iseseisvalt uurima, hindama ja juurutama MI printsiipidel ja praktilikal põhinevaid tehnikaid. Läbiviidud uurimuste loetelu leiata järelsõna lisast B.

TABEL 10.1. Juhised juhendava stiili kasutamiseks rühmades

Põhimõtted

Võtke lisaks koostöö põhiprintsiipidele, esilekutsumisele ja autonoomia austamisele (1. peatükk) arvesse järgnevaid, rühmatöökäsi välja töötatud võimalusi:

Vältige lõkse

- Ärge viige rühmas paralleelselt läbi mitmeid individuaalseid konsultatsioone.
- Vältige küsimus-vastus sessioone, mida juhite teie – ekspert.
- Ärge laske rühmal minna liiga laialivalguvaks ega ka liiga tõsiseks.

Kuldreeglid

- Pidage meeles oma eesmärgi – koondada kõigi tähelepanu ühele teemale ning kindlustada üksteist toetav hoiak.
- Ühildage individuaalsed lood teemaga ja teiste kogemustega. Tooge välja patsiendi loo sügavam sisu ning käsitlege seda laiemalt. Vilunud moderaator kujundab vahelesegamise ümbersuunamiseks.
- Julgustage vaiksemaid ja ohjake kõvahäälsid. Näiteks võite paluda vaiksematel võtta kokku mingi osa rühmavestlustest ning arutleda, kuidas see nende probleemiga ühtib. Jutukamaid rühmaliikmeid võib paluda võtta kokku oma tähelepanekud ning sõnastada küsimus grupele.
- Viige negatiivne koosmõju miinimumi. Osalejad võivad anda liialt teistele nõu, rünnata neid nende silmnähtava „eitusseisundi” tõttu või end välja vabandada, et vältida muutusi. Ärge laske negatiivsetel koosmõjudel üle

* Thevos A. K, quick R. E. & Yanduli V. (2000). Application of motivational interviewing to the adoption of water disinfection practices in Zambia. Health Promotional International, 15(3), 207-214.

pea kasvada. Säilitage empaatia ja toetav hoiak, kuid sekkuge kohe, kui rühmatöö võtab negatiivse suuna. Paluge osalejatel sõnastada oma nõuanne „mis on minu puhul töötanud” vormis.

- Hoidke rühma fookust muutumismotivatsiooni suurendamisel, lootuse kasvatamisel ja muutusest tingitud koormatustunde vähendamisel. Ärgelaske rühmal kujuneda psühhoteraapia- või kurtmissessioonideks.

Teemad ja strateegiad

- *Mineviku edu.* Keskendumine osalejate saavutustele aitab kaasa enesehinnangu taastamisele ning õhutab loovusesädet muutuste elluviimiseks.
- *Ambivalentsus.* Keskendumine osalejate muutusega seonduvatele segastele tunnetele aitab kaitsehoiakut vähendada ja valmistab neid samas ette muutust algatama ja tagasilööke ära hoidma.
- *Väärtused.* Muutumismotivatsiooni saab tõsta, toetades osalejaid uurimises, kuidas nende praegune käitumine klappib nende põhiväärtustega. See aitab neil leida oma sisemist suunataju, millele toetuda, kui status quo ähvardab võimust võtta.
- *Ettepoole vaatamine.* Selle asemel, et juba kujunenud mustri alusel sundida osalejaid vastumeelselt oma mineviku tagasilööke tunnistama ja neid uurima, aidake osalejatel ette kujutada paremat tulevikku, mis võib positiivselt mõjutada nii rühmasiseseid suhteid kui ka nende muutumispingutusi.
- *Tugevate külgede avastamine.* Osalejates tugevate külgede esile toomine suurendab eneseusku ja enesekindlust ning aitab neil leida muutuste elluviimist soodustavaid sisemisi ressursse. Kogenud rühmades võivad juhid soovitada osalejatel üksteise tugevaid külgi iseloomustada. Sellest võib kujuneda üsna jõuline ja toetav kogemus.
- *Muutuse kavandamine.* Arutluste ja töölehtede kasutamine muutuste kavandamisel üksi, paarikaupa või suure rühmana aitab ähmast motivatsiooni muundada konkreetseks plaaniks, mis omakorda aitab muutust algatada ja sellest kinni pidada. Julgustage osalejaid pühendumata mingile väikesele muutusele, selle asemel et luua ähmane hiigelpaan. Küsige järgmisel rühmasessioonil, kuidas see pühendumine on kulgenud.
- *Tähtsuse ja enesekindluse uurimine.* Tähtsuse ja enesekindluse skaala kasutamine, et uurida osalejate suhtumist oma plaanidesse, aitab osalejatel näha nende muutumispüüdlustele kaasa aitavaid või neid takistavaid sisemisi kognitiivseid ja emotsionaalseid elemente.

Märkus: Koostatud koos dr Karen Ingersolli ja dr Chris Wagneriga. Kasutatud autorite loal.

KOKKUVÕTE

Eelnevad näited illustreerivad tervishoiuteenuste süsteemis patsientide heaolu ja käitumise muutmise edendamiseks väljaspool individuaalseid kabinetikonsultatsioone läbi viidud muudatusi. Õnneliku kokkusattumusena eksisteerib seos siin peatükis kirjeldatud patsientide jõustamise programmi ja MI kasutamise vahel. Neist esimene muudab teise kasutamise kergemaks. Mõlemad vajavad õnnestumiseks pidevat tähelepanu ning mõlemas on kaasatud tervishoiutöötajad, kes reageerivad loovalt patsientide probleemidele ning suhtuvad patsientidesse austusega, annavad neile lootust, õpetavad neile paindlikkust ja erinevaid oskusi nii konsultatsiooni ajal ja kui väljaspool seda. Üks asi on oma patsiendiga rääkida, ilmutada enesevalitsust ja sallivust ning usaldada patsiendi võimet ise õigeid otsuseid langetada. Hoopis teine asi on pakkuda teenust, kus nendest väärtustest ja oskustest peetakse kollektiivselt kinni.

Ühesõnaga, julgustame teid seda koostööl põhinevat empaatilist juhendavat stiili oma praktikas proovima ning mõtlema loovalt, kuidas oleks võimalik tervishoiusüsteemis rakendada patsienti jõustavat lähenemist. Väga paljude tänapäeva terviseprobleemide puhul on nii ennetuse kui ka ravi juures patsiendi käitumise muutmisel määrav osa. Arstidel on kontroll küll protseduuride ja retseptide üle, kuid neil puudub kontroll patsientide käitumise üle, mille puhul on vaja rakendada rohkem koostööl põhinevat lähenemist. MI on tihti tõhus käitumismuutuste esilekutsuja seal, kus õpetamine ja veenmine on läbi kukkunud. MI ei pruugi olla iga arsti lemmikroog, aga kui teile see meeldib, siis võite seda terve elu oma töös kasutada. Lõpetame raamatu lühikese ja praktilise järeلسõnaga ning kahe lisaga, mis sisaldavad informatsiooni õppimise ja uurimistöö kohta.

JÄRELSÕNA

MÕNED TEEVIIDAD JA JUHTNÕÖRID

MI ÕPPIMINE

MI oskuse omandamine on keerulisem ja rahuldustpakkuvam kui lihtsalt mõne uue tehnika õppimine. Siin on tegu fundamentaalsema õppimisprotsessiga, mille käigus harjute mugavalt juhendavale stiilile ümber lülituma, laskma lahti parandamisrefleksist ja selle asemel usaldama patsientide elutarkust. Kui MI stiilis lähenemisele ümberlülitumine läheb juba sujuvalt, siis ootab teid ees palju uut, mida juurde õppida.

Teeme asja pisut lihtsamaks – jagame õppimisprotsessi kolmeks faasiks.

Esimene faas: sujuv stiilivahetus

Siin mõistate erinevusi stiilide (käskiv, juhendav ja kaasaminev) vahel ja ka seda, kuidas kolm põhioskust (küsimine, kuulamine ja teavitamine) varieeruvad nii kvaliteedi kui ka kvantiteedi osas (2. peatükk). Märkate, mis toimub patsientidega, kui te ühelt stiililt teisele liigute ja õpite seda tegema sujuvalt ja loomulikult. Juhendava stiili puhul püüdke säilitada kontroll konsultatsiooni suuna üle, kuid jätke patsiendi hooleks välja öelda, miks ja kuidas ta muutuda võiks. See vabastab teid pidevast koormast olla muutuste tegemise eest vastutav.

Harjutage tavakonsultatsioonide ajal nelja juhtpõhimõtte (suruda maha parandamisrefleks, mõista ja õppida tundma patsiendi motivatsioone, kuulata empaatiaga, jõustada patsienti (1. peatükk)) sõnastamist. Valige sobiv hetk, lülituge ümber juhendavale stiilile ja andke mõista, et te ei kiirusta patsiente tagant ega paku lahendusi (suruda maha parandamisrefleks), et tahate neid kuulates teada, kuidas nad muutusesse suhtuvad (mõista patsiendi motivatsioone) ning et te usute nende võimesse leida lahendusi (jõustada patsienti). Kaaluge praktiliste abivahendite kasutamist, nagu näiteks sihi seadmise kaart või valmisoleku skaala (4. peatükk), mis aitaksid selgitada, millest patsient rääkida soovib ja kui valmis ta

on muutusteks. Kasutage rohkem avatud küsimusi (4. peatükk). Arstid avastavad tihti, et nad saavad juhendavale stiilile üle minnes hoopis teistsuguseid vastuseid, ning seda juba õppimisprotsessi alguses. Harjutamise viljad küpsevad üsna peatselt ja mõnikord omandavad konsultatsioonid varasemast hoopis erineva tooni.

Varases faasis on veel üks väga kasulik tehnika – kokkuvõte (5. peatükk). Kui lähete üle juhendavale stiilile, muutub patsient reeglina jutukamaks ja ütleb ainult minuti või kahe jooksul väga palju. See võib olla koormav. Võib tunduda, et olete kaotanud kontrolli nii aja kui ka vestluse suuna üle. Tehke öeldust patsiendile kokkuvõte. Leiate peagi, et patsiendid oskavad seda hinnata ning on võimelised teie soovile vastavalt suunda muutma.

Teie edusammudest annab märku tunne, et erinevate stiilide vahetamine ei kujuta endast enam erilist jõupingutust, vaid on lihtne normaalse vestluse osa. Selline kogemus julgustab teid edasi õppima.

Teine faas: juhendamisoskus paraneb

Niipea kui olete juhendava stiili väärtuslikkusega kohenenud, suureneb ka teie vilumus selle kasutamisel. Töotate välja ajasäästlikud viisid sihi seadmiseks (4. peatükk). Nii tagate, et patsient on „pardal” ja teievaheline suhe usalduslik. Moodustage käitumismuutuse kohta lihtsaid avatud küsimusi (4. peatükk) ja põimige vestlusesse kuulamist kinnitavaid fraase (5. peatükk). Harjutage öeldust pikemate kokkuvõtete tegemist, julgustage edasiliikumist ja muutke vajadusel suunda (5. peatükk). Kõige selle käigus säilitage uudishimu ja kannatlikku meelt ning suruge maha parandamisrefleks. Õnneks näevad arstid märkimisväärseid muutusi juba käitumismuutust puudutavate konsultatsioonide käigus, kui nad proovivad kasvõi ainult mõnda neist võtetest – näiteks avatud küsimuste esitamist, peegeldamist, kokkuvõtte tegemist.

Kolmas faas: MI oskuste lihvimine

Kui üleminek juhendavale stiilile läheb sujuvalt ja te teate, kuidas põhilisi oskusi kasutada, on jäänud veel lihvimine. Nagu varem kirjeldatud, õpite kuulama ja osalema patsientide muutustejuhtudes, mis on teile märguandeks, et olete õigel teel. Patsientidest saavad teie õpetajad. Teil kujuneb välja valik avatud küsimusi, mis aitavad käitumismuutuse vestlust alustada ning kutsuda esile muutustejuhtu. Mida lihtsamad need küsimused on, seda parem. Peagi tunnete patsientide öeldus ära rikkaliku valiku muutustejuhte. Märkate, mis juhtub, kui näitate patsientidele vahetult, et neid kuulsite. Püüdke peegeldada patsientide jutu erinevaid elemente, eriti neid, mis puudutavad muutustejuhtu. Harjutage pikemate muutustejuhtu kokkuvõtete tegemist, kasutades patsientide oma väärtuste ja püüdluste keelt.

Treeningute ja uurimuste käigus oleme leidnud, et MI hea tava hulka kuulub mitmeid isiklikke lähenemisviise. Kuigi me tutvustame samadelt alustelt lähtuvat

juhendavat stiili, kasutab igaüks meist kolmest MI-d oma praktikas erinevalt. Just kolmandas faasis kujundate endale sobiva MI, leiate, mis teie käes kõige paremini töötab, et patsientides käitumismuutusi esile kutsuda.

KONSULTEERIMISE JUHTNÖÖRID

Kuigi iga MI kasutaja tegevuses esineb sarnaseid mustreid, näiteks konkreetsed signaalid, mille peale kasutaja tavaliselt ühelt stiililt või teemalt teisele lülitub, ei ole olemas kaht ühesugust konsultatsiooni. Konstruktiivses konsultatsioonis patsiendiga, kes on just saanud halbu uudiseid, kasutaks enamik arste alguses kaasminevat stiili ning seejärel küsiks, kas patsiendil on küsimusi. Hea tava juhised võib koostada piirini, kus juhtnöörides sisalduv paindlikkus võimaldab arvestada iga konsultatsiooni ja selles osalejate unikaalsust.

Käitumise muutuse konsultatsiooni kõige tähtsam element, mida oleme ka siin raamatus rõhutanud, on vestluse *vaimsus*, kus patsiendi muutumise põhjuste esile toomiseks kasutatakse juhendavat stiili.

Mõned arstid on kirjeldanud teatud olukordades tekkivat tardumust: kõik sujub hästi, kuni ühel hetkel nad enam ei tea, mida edasi teha. Juhtnöörid, millest nad meetodi vaimus kinni peavad, osutuvad ühel hetkel ebapiisavateks, et ummikust välja aidata. Kas konkreetsemast juhiseist oleks abi?

Koostasime ühe sellise juhtnööride rea, hoolimata kahtlustest, et võime niimoodi tahtmatult propageerida käitumismuutuse konsultatsiooni jaoks eeskirjapõhist lähenemist. Juhised on meelega jäetud üldsõnalisteks. Põhiline sõnum on see, et tuleb säilitada konsultatsiooni vaimsust, mida on siin raamatus palju rõhutatud.

1. Leppige fookuse osas kokku

Looge usalduslik suhe. Edu aluseks on lihtne tähelepanek – mida sõbralikum ja toetavam on õhkkond, seda enam tunneb patsient, et teda mõistetakse, ning seda edukam on nii konsultatsioon kui ka sellele järgnev muutus.

Seadke siht (4. ja 9. peatükk). Kui ainult üks harjumus on oluline (näiteks suitsetamine), siis üldjuhul on ülesanne selge. Te avate teema ja küsite luba sellest rääkida. Kui on mitu omavahel seotud harjumust, mida tuleks käsitleda, tehke patsiendile ettepanek kaaluda neid erinevaid võimalusi (4. peatükk), pöörates tähelepanu tema eelistustele ja muutumisvalmidusele. Samas rääkige ausalt oma seisukohtadest. Jõudke kokkuleppele, millisele käitumisharjumusele te keskendute.

Rõhutage oma konsultatsiooni suhtumise vaimsust (1. peatükk). Lihtsad sõnumid võivad olla väga mõjusad. Samuti aitavad nad patsiendile arusaadaval viisil juhendavale stiilile liikuda. Näiteks võivad üks või kaks selge sisuga lauset anda edasi küllalt palju: „Minu töö ei ole teile õpetada, mida muuta, vaid pigem juhendada. Aidata teil ise otsusele jõuda, teiste patsientidega saadud kogemusi appi võttes. Alguses tahaksin ma aru saada, mida te tegelikult muutusest arvate, kas sobib nii?”

2. Uurige välja ja püstitage muutumismotivatsioon

See ongi käitumismuutuste üle peetavate arutelude tuum, mille käigus te kuulate muutustejuttu, kutsute patsiente avardama arusaama sellest, miks ja kuidas nad peaks muutuma. Vestluseks on olemas erinevaid võimalusi:

Vahetage informatsiooni (6. peatükk). Too esile – anna teavet – too esile raamistikku kasutades võib muutumismotivatsiooni tõstmiseks palju ära teha.

Esitage kasulikke juhendavaid küsimusi (4. peatükk). Kombineerige neid peegeldava kuulamisega (5. peatükk), tehke kindlaks, mida patsient tunneb ja pakuge erinevaid võimalusi, sama ajal jälgides teraselt käitumismuutuse ja patsiendi põhiväärtuste seost.

Kaaluge korrastatud strateegiate kasutamist (4. peatükk). Näiteks „plussid ja miinused” ning „tähtsuse ja eneseusu hindamine” on loodud selleks, et anda võimalus patsiendi oma motivatsioonil muutustejutus esile tulla (muutustejutt).

3. Tehke saavutatust kokkuvõte

Selleks on järgmised võimalused:

Tehke pikk kokkuvõte (5. peatükk). Seejärel küsige patsiendilt, milline võiks olla järgmine samm.

Pöörduge tagasi sihi seadmise juurde (4. peatükk). Selgitage välja saavutatud edusammud ja leppige edasises kokku.

Mõelge üks samm ette. Tooge selgelt välja kõik tulevikuplaanid, milles olete patsiendiga kokku leppinud (näiteks järgmine visiit, kindla ja saavutatava eesmärgi nimel tegutsemine).

LISA A

LISAKS MOTIVEERIVAST INTERVJUEERIMISEST

„Kas te võiksite tulla ja õpetada meile lõunapausi ajal natuke motiveerivat intervjuerimist? Lõuna on ravimifirma poolt.” Niisugused kutsed on sagedased, ning tundub, et motiveerivast intervjuerimisest on valesti aru saadud kui kiirest trikist, mida on võimalik pitsat süües mõne minuti jooksul ära õppida. Tegelikult on MI kompleksne kliiniline oskus, mis kujuneb ja täieneb töökogemuse suurenedes ning on võrreldav male-, golfi- või klaverimängu õppimisega. On väga ebatõenäoline, et ühetunnine loeng või päevapikkune treening tooksid kaasa erilise vilumuse. MI juhendav stiil ei ole tehnika, vaid kliiniline meetod, kindel viis, kuidas patsientidega suhelda.

Kui MI on justkui male-, golfi- või klaverimäng, võib MI-st lugemisest, kuumamisest või vilunud arstide videote vaatamisest parimal juhul ainult mõningal määral kasu olla. Juhendavale stiilile ümberlülitumist kui põhioskust on võimalik igapäevapraktikas harjutada, kuna patsiendi kohese reaktsiooni nägemine loob võimaluse selle oskuse parandamiseks. Parim meetod MI õppimiseks ongi just igapäevases konsulteerimistöös vilumuse omandamine.

Väga ennatlik on oodata, et treeningul osalenud tervishoiutöötajad oleks kohe MI tehnikas vilunud. Me oleme püüdnud. Ühe uurimuse käigus viisime MI-d õppida soovinud tervishoiutöötajatega juhuvaliku alusel läbi ühe viiest koolitusviisist. Ühele rühmale saatsime oma raamatu (Miller & Rollnick, 2002) ja valiku treeningvideotest (Miller, Rollnick & Moyers, 1998) ning palusime neil võimalikult palju iseseisvalt õppida. Neli kuud hiljem ei olnud nende oskused paranenud (Miller, Yahne, Moyers, Martinez & Pirritano, 2004). Oskuste paranemine oli minimaalne ka teises rühmas, kellele andsime sama materjali ning kes läbisid lisaks kahepäevase kliinilise treeningu dr Milleriga (vrd Miller & Mount, 2001). MI oskus täienes ainult neil juhtudel, kui lisati kas süstemaatiline soorituste tagasiside, isiklike oskuste treenimine või mõlemad. See on ka loogiline, sest tagasiside ja

eksperdi läbiviidud treening ongi parim viis keeruliste oskuste omandamiseks. Patsientide vastukaja läbivaatamisel selgus, et ainuke rühm, kelle juures ilmnes oskuste märkimisväärne paranemine, oli rühm, kes sai lisaks koolitusele nii tagasisidet kui ka praktilist treeningut (Miller jt, 2004).

Seega me ei eelda, et käesoleva raamatu lugemine teid MI-s asjatundjaks teeks, siin ei aitaks palju ka sissejuhataav loeng või treening, kuigi see oleks hakatuseks muidugi päris hea. Seda meetodit saab õppida praktiseerides olukorras, kus on võimalik saada ka tagasisidet. Ilma tagasisideta praktikast pole eriti abi, see võib lihtsalt kujundada halbu harjumusi. See on nagu sisselülitamata süntesaatoril mängimine. Te võite tunda end klahve vajutamas, kuid tulemust kuulmata rahulolu (või rahulolematust) ei teki.

ABIVAHENDID ÕPPIMISEL

Heaks abiks on võimalus suhelda MI-s vilunud tervishoiutöötajatega, kellegagi, kes tunneb seda ala paremini kui teie. Te peate kindlasti ka ise MI-d praktiseerima, kuid lühiajalised eksperdi juhendatud treeningtsüklid on suureks toeks. Et teid aidata, on juhendajal vaja jälgida, kuidas te praktiseerite (näiteks vaadata salvestust). Täpselt samuti, nagu tennisetreener peab teid väljakul nägema või klaveriõpetaja peab teid mängimas kuulma. Paljud tervishoiusüsteemid on palganud selleks MI-s vilunud juhendaja või koolitanud kellegi oma töötajatest vastavale tasemele. Tema roll majasisese treenerina on aidata ülejäänud töötajatel arendada ja parandada oma kliinilisi oskusi. Ühekordsest treeningust erineb see küllalt suurel määral, sest treening toimub pidevalt pikema aja jooksul. Teised süsteemid ja programmid, kus majasisene ekspert puudub, on moodustanud samaväärsed konsultatsiooni- ja tugirühmad, kus kohtutakse regulaarselt, et arutada MI-d ning kuulata üksteise kogemusi.

Veel üheks võimaluseks on tuua üheks korraks või regulaarselt arstidele appi eksperdist juhendaja, kes aitaks neil nende oskusi süvendada. Kordusvisiidid annavad arstidele võimaluse õpitud oskusi treeningute vahelisel ajal järele proovida ning tekkinud küsimuste ja probleemidega juhendaja jutule minna. Üks nimekiri MI juhendajatest asub aadressil www.motivationalinterview.org, seal on toodud ka selle kliinilise meetodi õppimiseks sageli kasutatavate harjutuste kirjeldus.

Nagu me raamatus korduvalt mainisime, on teie käsutuses veel üks usaldusväärne tagasiside allikas – teie patsiendid. MI kasutamise käigus annavad teie patsiendid teada, kuidas te hakkama saate. Näiteks peegeldava kuulamise puhul. Teie patsient avaldab midagi isiklikku ning te annate oma parima, et vastata peegeldava kuulamise väitega (7. peatükk). Otsest tagasisidet saate kahel erineval moel. Esiteks, patsient ütleb teile, kas teie peegelduse sisu oli õige:

PATSIENT: Viimasel ajal on tuju vilets.

ARST: Meeleolu on kurb.

PATSIENT: Jah, ma ei suuda seda hästi seletada, aga mõnikord hakkab niisama põhjusega nutma.

Või:

PATSIENT: Ei, mitte just kurb. Nagu üksildane tunne on.

Mõlemal juhul saate tagasisidet, sealjuures ka oma peegelduse täpsuse kohta. Teiseks, kui patsient jätkab juttu, läheb teemasse sisse ja toob kuuldavale rohkem infot, siis on tõenäoline, et te toimite õigesti.

Veel üks tähtis tagasiside allikas on patsientide muutustejutt (5. peatükk). Alguses küsite ja kuulate, mida patsient arvab soovist, võimest, vajadusest ja põhjustest muutuda. Nopite neid „lilli”, peegeldate ja korjate need kokkuvõtte-kimpu, mille ulatate tagasi patsiendile. Kui see õnnestub teil hästi, kuulete vastuseks pühendumist kinnitavaid lauseid (5. peatükk), nagu „ma teen” ja „ma hakkan”. Need annavad märku vaimsest protsessist, mis enamasti, kuigi mitte alati, viib välja käitumise muutmiseni.

Seega, konsultatsioonide käigus patsientide räägitud jutust saate tagasisidet, kuidas teil MI õppimine edeneb. Alguses võib sellest aru saamine konsultatsiooni ajal olla keeruline ja see on üks põhjus, miks oleks hea mõnda konsultatsiooni (loomulikult patsiendi looga) salvestada ning hiljem salvestusi kas üksi, koos juhendajaga või kolleegidega üle vaadata. Treenerid analüüsivad salvestusi, kasutades struktureeritud kodeerimissüsteemi, mis annab rohkelt spetsiifilist informatsiooni. Mitmed sellised süsteemid on avaldatud trükis (Lane et al., 2005; Madson, Campbell, Barrett, Brondino & Melchert, 2005; Miller & Mount, 2001; Moyers, Martin, Catley, Harris & Ahluwalia, 2003; Moyers, Martin, Manuel, Hendrickson & Miller, 2005; Rosengren, Baer, Hartzler, Dunn & Wells, 2005).

Mis peamine, MI-i oskuste arendamine võtab aega. Seda ei omandata lugemise või pealtvaatamise abil või ühe treeninguga. Algas võib minna aeglaselt, nagu iga teise keerulise oskuse puhul. Võtke seda kui pikaajalist õppeprotsessi, mida toetab võimaluse piires nii tagasiside kui treenimine. See on oskus, mida saate täiustada seni, kuni te oma tööd teete.

TREENERID

On see nüüd hea või halb, aga me pole omalt poolt teinud ainsatki katsset piirata MI õpetamist või kasutamist. Hetkel ei eksisteeri ametlikku akrediteeritud viisi selle kliinilise meetodi treeneriks saamiseks. Küll aga on aga olemas organisatsioon,

mille eesmärk on MI õpetamise kvaliteedi edendamine – motiveeriva intervjuerimise treenerite võrgustik (MINT – www.motivationalinterview.org). MINT-i kodulehel on pidevalt täienev kirjanduse loetelu, laialdaselt informatsiooni ning asukohajärgne nimekiri liikmetest, kes näiteks 2007. aastal andsid treeninguid 27 keeles. Kodulehel ja tasuta ilmub ka MINT Bulletin.

Tähtis on vahet teha MI *kohta* peetavatel loengutel (näiteks mõni tutvustav kursus) ning meetodi enda kliinilise treeningu vahel. Meie seisukoht on selline, et kompetentne MI treener peaks ka ise selle meetodi kasutamises pädev olema. MINT-i veebilehel on ülevaade pealkirjaga „Mida oodata erineva pikkusega ja erinevat tüüpi treeningutelt?” mis annab hea ülevaate treenerilt nõutavatest oskustest. Seal leiab ka käsiraamatu erinevates kombinatsioonides rakendatavate harjutuste nimekirjaga, mida MINT-i koolitajad kasutavad.

Kui otsite treenerit, siis MINT-i veebileht on hea koht, kust alustada.* MINT pakub aeg-ajalt treeneritele kolmepäevaseid eritreeninguid, mille organisatsiooni liikmed on läbinud ning mis annab uutele treeneritele võimaluse astuda MINT-i liikmeks. Loomulikult ei taga see treening iseenesest treenerile temalt oodatavat pädevust. Kui otsite treenerit või konsultanti, küsige võimalikelt kandidaadidelt, kui palju neil on teie valdkonnas töötamise kogemust ning hankige informatsiooni varasemate treeningute kohta, mida nad on läbi viidud.

* Eest treenerite kohta saate infot Eesti Motiveeriva Intervjuerimise Treenerite Assotsiatsiooni (EMITA) kodulehelt www.emita.ee. Seal leiate Eestis tegutsevate treenerite nimed ja CV-d.

KIRJANDUST MI TREENINGUTEST

- Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C., Knipsky, A., & Hochstein, D. (2004). Strength of client commitment language improves with therapist training in motivational interviewing. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(5), 74A.
- Baer, J. S., Rosengren, D. B., Dunn, C. W., Wells, W. 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.
- Bennett, G. A., Roberts, H. A., Vaughan, T. E., Gibbins, J. A., & Rouse, L. (2007). Evaluating a method of assessing competence in motivational interviewing: A study using simulated patients in the United Kingdom. *Addictive Behaviors*, 32, 69–79.
- Broers, S., Smets, E. M. A., Bindels, P., Evertsz, F. B., Calff, M., & DeHaes, H. (2005). Training general practitioners in behavior change counseling to improve asthma medication adherence. *Patient Education and Counseling*, 58, 279–287.
- Brug, J., Spikmans, F., Aarsen, 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, P. J., DaSilva, J. D., Vaughan, B. L., & Knight, J. R. (2006). Training high school counselors in the use of motivational interviewing to screen for substance abuse. *Substance Abuse*, 26, 31–34.
- Byrne, A., Watson, R., Butler, C., & Accoroni, A. (2006). Increasing the confidence of nursing staff to address the sexual health needs of people living with HIV: The use of motivational interviewing. *AIDS Care*, 18, 501–504.
- DeJonge, J. M., Schippers, G. M., & Schaap, C. P. D. R. (2005). The Motivational Interviewing Skill Code:

- Reliability and a critical appraisal. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 1–14.
- Doherty, Y., Hall, D., James, P. T., Roberts, S. H., & Simpson, J. (2000). Change counselling in diabetes: The development of a training programme for the diabetes team. *Patient Education and Counseling*, 40(3), 263–278.
- Handmaker, N. S., Hester, R. K., & Delaney, H. D. (1999). Videotaped training in alcohol counseling for obstetric care practitioners: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 93, 213–218.
- Lane, C., Huws-Thomas, M., Hood, K., Rollnick, S., Edwards, K., & Robling, M. (2005). Measuring adaptations of motivational interviewing: The development and validation of the Behavior Change Counseling Index (BECCI). *Patient Education and Counseling*, 56, 166–173.
- Lane, C., Johnson, S., Rollnick, S., Edwards, K., & Lyons, M. (2003). Consulting about lifestyle change: Evaluation of a training course for specialist diabetes nurses. *Practical Diabetes International*, 20, 204–208.
- Levin, F. R., Owen, P., Stinchfield, R., Rabinowitz, E., & Pace, N. (1999). Use of standardized patients to evaluate the physicians in residence program: A substance abuse training approach. *Journal of Addictive Diseases*, 18(2), 39–50.
- Madson, M. B., & Campbell, T. C. (2006). Measures of fidelity in motivational enhancement: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 67–73.
- Madson, M. B., Campbell, T. C., Barrett, D. E., Brondino, M. J., & Melchert, T. P. (2005). Development of the Motivational Interviewing Supervision and Training Scale. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 303–310.
- 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, 457–471.
- Miller, W. R., Moyers, T. B., Arciniega, L. T., Ernst, D., & Forcehimes, A. (2005). Training, supervision and quality monitoring of the COMBINE study behavioral interventions. *Journal of Studies on Alcohol (Suppl. 15)*, 188–195.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., Rollnick, S., & Moyers, T. B. (1998). *Motivational interviewing [Videotape series]*. Albuquerque: University of New Mexico.
- 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, 1050–1062.
- Mounsey, A. L., Bovbjerg, V., White, L., & Gazewood, J. (2006). Do students develop better motivational interviewing skills through role-play with standardized patients or student colleagues? *Medical Education*, 40, 775–780.
- Moyers, T. B., Martin, T., Catley, D., Harris, K. J., & Ahluwalia, J. S. (2003). Assessing the integrity of motivational interventions: Reliability of the motivational interviewing skills code. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 177–184.
- Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., Hendrickson, S. M. L., & Miller, W. R. (2005). Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 19–26.
- Ockene, J. K., Wheeler, E. V., Adams, A., Hurley, T. G., & Hebert, J. (1997). Provider training for patient-centered alcohol counseling in a primary care setting. *Archives of Internal Medicine*, 157, 2334–2341.
- Pierson, H. M., Hayes, S. C., Gifford, E. V., Roget, N., Padilla, M., Bissett, R., et al. (2007). An examination of the motivational interviewing treatment integrity code. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(1), 11–17.
- Prescott, P., Opheim, A., & Bortveit, T. (2002). The effect of workshops and training on counselling skills. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 5, 426–431.
- Rollnick, S., Kinnersley, P., & Butler, C. (2002). Context-bound communication skills training: Development of a new method. *Medical Education*, 36(4), 377–383.
- Rosengren, D. B., Baer, J. S., Hartzler, B., Dunn, C. W., & Wells, E. A. (2005). The Video Assessment of Simulated Encounters (VASE): Development and validation of a groupadministered method for evaluating clinician skills in motivational interviewing. *Drug and Alcohol Dependence*, 79,

321–330.

- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., Borch-Johnsen, K., & Christensen, B. (2006). An education and training course in motivational interviewing influence: GPs' professional behaviour. *British Journal of General Practice*, *56*, 429–436.
- Schoener, E. P., Madeja, C. L., Henderson, M. J., Ondersma, S. J., & Janisse, J. J. (2006). Effects of motivational interviewing training on mental health therapist behavior. *Drug and Alcohol Dependence*, *82*, 269–275.
- Thrasher, A. D., Golin, C. E., Earp, J. A., Tien, H., Porter, C., & Howie, L. (2005). Training general practitioners in behavior change counseling to improve asthma medication adherence. *Patient Education and Counseling*, *58*, 279–287.
- Tober, G., Godfrey, C., Parrott, S., Copello, A., Farrin, A., Hodgson, R., et al. (2005). Setting standards for training and competence: The UK alcohol treatment trial. *Alcohol and Alcoholism*, *40*, 413–418.
- Velasquez, M. M., Hecht, J., Quinn, V. P., Emmons, K. M., DiClemente, C. C., & DolanMullen, P. (2000). Application of motivational interviewing to prenatal smoking cessation: Training and implementation issues. *Tobacco Control*, *9*(Suppl. 3), 36–40.
- Welch, G., Rose, G., Hanson, D., Lekarczyk, J., Smith-Ossman, S., Gordon, T., et al. (2003). Changes in motivational interviewing skills code (misc) scores following motivational interviewing training for diabetes educators. *Diabetes*, *52*(Suppl. 1), A421.

LISA B

KIRJANDUSE NIMEKIRI TEEMADE KAUPA

ALKOHOLI / PÜHHOAKTIIVSETE AINETE KURITARVITAMINE

- Adamson, S. J., & Sellman, J. D. (2001). Drinking goal selection and treatment outcome in out-patients with mild–moderate alcohol dependence. *Drug and Alcohol Review*, 20, 351–359.
- Agostinelli, G., Brown, J. M., & Miller, W. R. (1995). Effects of normative feedback on consumption among heavy drinking college students. *Journal of Drug Education*, 25, 31–40.
- Allsop, S., Saunders, B., Phillips, M., & Carr, A. (1997). A trial of relapse prevention with severely dependent male problem drinkers. *Addiction*, 92, 61–74.
- Alwyn, T., John, B., Hodgson, R. J., & Phillips, C. J. (2004). The addition of a psychological intervention to a home detoxification programme. *Alcohol and Alcoholism*, 39, 536–541.
- Anton, R. F., Moak, D. H., Latham, P., Waid, L. R., Myrick, H., Voronin, K., et al. (2005). Naltrexone combined with either cognitive behavioral or motivational enhancement therapy for alcohol dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25, 349–357.
- Anton, R. F., O'Malley, S. S., Ciraulo, D. A., Couper, D., Donovan, D. M., Gastfriend, D. R., et al. (2006). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence. The COMBINE study: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 295, 2003–2017.
- Aubrey, L. L. (1998). Motivational interviewing with adolescents presenting for outpatient substance abuse treatment. Unpublished doctoral dissertation, University of New Mexico.
- Babor, T. F. (2004). Brief treatments for cannabis dependence: Findings from a randomized multisite trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 455–466.
- Baer, J. S., Garrett, S. B., Beadnell, B., Wells, E. A., & Peterson, P. L. (in press). Brief motivational intervention with homeless adolescents: Evaluating effects on substance use and service utilization. *Psychology of Addictive Behaviors*.
- Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Blume, A. W., McKnight, P., & Marlatt, G. A. (2001). Brief intervention for heavy-drinking college students: 4-year follow-up and natural history. *American Journal of Public Health*, 91, 1310–1316.
- Baer, J. S., Marlatt, G. A., Kivlahan, D. R., Fromme, K., Larimer, M., & Williams, E. (1992). An experimental test of three methods of alcohol risk-reduction with young adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 974–979.
- Bailey, K. A., Baker, A. L., Webster, R. A., & Lewin, T. J. (2004). Pilot randomized controlled trial of a brief alcohol intervention group for adolescents. *Drug and Alcohol Review*, 23(2), 157–166.
- Baker, A., Boggs, T. G., & Lewin, T. J. (2001). Randomized controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. *Addiction*, 96, 1279–1287.
- Baker, A., Lee, N. K., Claire, M., Lewin, T. J., Grant, T., Pohlman, S., et al. (2005). Brief cognitive-behav-

- journal interventions for regular amphetamine users: A step in the right direction. *Addiction*, 100, 367–378.
- Ball, S. A., Todd, M., Tennen, H., Armeli, S., Mohr, C., Affleck, G., et al. (2007). Brief motivational enhancement and coping skills interventions for heavy drinking. *Addictive Behaviors*, 32, 1105–1118.
- Barnett, N. P., Tevyaw, T. O., Fromme, K., Borsari, B., Carey, K. B., Corbin, W. R., et al. (2004). Brief alcohol interventions with mandated or adjudicated college students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 77, 49–59.
- Battjes, R. J., Gordon, M. S., O'Grady, K. E., Kinlock, T. W., Katz, E. C., & Sears, E. A. (2004). Evaluation of a group-based substance abuse treatment program for adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 123–134.
- Bellack, A. S., Bennett, M. E., Gearon, J. S., Brown, C. H., & Yang, T. (2006). A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 63, 426–432.
- Bennett, G. A., Edwards, S., & Bailey, J. (2002). Helping methadone patients who drink excessively to drink less: Short term outcomes of a pilot motivational intervention. *Journal of Substance Use*, 7, 191–197.
- Bernstein, J., Bernstein, E., Tassiopoulos, K., Heeren, T., Levenson, S., & Hingson, R. (2005). Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 49–59.
- Bien, T. H., Miller, W. R., & Burroughs, J. M. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, 347–356.
- Booth, R. E., Corsi, K. F., & Mikulich-Gilbertson, S. K. (2004). Factors associated with methadone maintenance treatment retention among street-recruited injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 74, 177–185.
- Borsari, B., & Carey, K. B. (2000). Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 728–733.
- Breslin, C., Li, S., Sdao-Jarvie, K., Tupker, E., & Ittig-Deland, V. (2002). Brief treatment for young substance abusers: A pilot study in an addiction treatment setting. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 10–16.
- Brown, J. M., & Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 211–218.
- Brown, T. G., Dongier, M., Latimer, E., Legault, L., Seraganian, P., Kokin, M., et al. (2006). Group-delivered brief intervention versus standard care for mixed alcohol/other drug problems: A preliminary study. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24, 23–40.
- Budney, A. J., Higgins, S. T., Radonovich, K. J., & Novy, P. L. (2000). Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcome during treatment for marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1051–1061.
- Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T. L., Farentinos, C., et al. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. *Drug and Alcohol Dependence*, 81, 301–312.
- Carroll, K. M., Easton, C. J., Hunkele, K. A., Neavins, T. M., Sinha, R., Ford, H. L., et al. (2006). The use of contingency management and motivational/skills-building therapy to treat young adults with marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 955–966.
- Carroll, K. M., Libby, B., Sheehan, J., & Hyland, N. (2001). Motivational interviewing to enhance treatment initiation in substance abusers: An effectiveness study. *American Journal on Addictions*, 10, 335–339.
- Cisler, R. A., Barrett, D. E., Zweben, A., & Berger, L. K. (2003). Integrating a brief motivational treatment in a private outpatient clinic: Client characteristics, utilization of services and preliminary outcomes. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 21(3), 1–21.
- Collins, S. E., & Carey, K. B. (2005). Lack of effect for decisional balance as a brief motivational intervention for at-risk college drinkers. *Addictive Behaviors*, 30, 1425–1430.
- Connors, G. J., Walitzer, K. S., & Dermen, K. H. (2002). Preparing clients for alcoholism treatment: Effects on treatment participation and outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1161–1169.

- Copello, A., Godfrey, C., Heather, N., Hodgson, R., Orford, J., Raistrick, D., et al. (2001). United Kingdom Alcohol Treatment Trial (UKATT): Hypotheses, design and methods. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 11–21.
- D'Angelo, M. (2006). A comparative study of motivational interviewing and traditional treatment approach on movement along stages of change, treatment completion, compliance with aftercare plan, and length of abstinence. Unpublished doctoral dissertation.
- Davidson, D., Gulliver, S. B., Longabaugh, R., Wirtz, P. W., & Swift, R. (2007). Building better cognitive-behavioral therapy: Is broad-spectrum treatment more effective than motivational-enhancement therapy for alcohol-dependent patients treated with naltrexone? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68, 238–247.
- Davis, T. M., Baer, J. S., Saxon, A. J., & Kivlahan, D. R. (2003). Brief motivational feedback improves post-incarceration treatment contact among veterans with substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 69, 197–203.
- Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., et al. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 197–213.
- Dennis, M., Scott, C. K., & Funk, R. (2003). An experimental evaluation of recovery management check-ups (RMC) for people with chronic substance use disorders. *Evaluation and Program Planning*, 26, 339–352.
- DeWildt, W., Schippers, G. M., Van den Brink, W., Potgeiter, A. S., Deckers, F., & Bets, D. (2002). Does psychosocial treatment enhance the efficacy of acamprosate in patients with alcohol problems? *Alcohol and Alcoholism*, 37, 375–382.
- Dunn, C. W., & Ries, R. (1997). Linking substance abuse services with general medical care: Integrated, brief interventions with hospitalized patients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23, 1–13.
- Dzaldowski, A., & London, M. (1999). A cognitive behavioural intervention in the context of methadone tapering treatment for opiate addiction: Two single cases. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 308–323.
- Emmen, M. J., Schippers, G. M., Bleijenberg, G., & Wollersheim, H. (2005). Adding psychologist's intervention to physicians' advice to problem drinkers in the outpatient clinic. *Alcohol and Alcoholism*, 40, 219–226.
- Feldstein, S. W. (2007). Motivational interviewing with late adolescent college underage drinkers: An investigation of therapeutic alliance. Unpublished doctoral dissertation, University of New Mexico.
- Floyd, R. L., Sobell, M., Velasquez, M. M., Ingersoll, K., Nettleman, M., Sobell, L., et al. (2007). Preventing alcohol-exposed pregnancies: A randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 32, 1–10.
- Foote, J., Deluca, A., Magura, S., Warner, A., Grand, A., Rosenblum, A., et al. (1999). A group motivational treatment for chemical dependency. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17, 181–192.
- Gil, A. G., Wagner, E. F., & Tubman, J. G. (2004). Culturally sensitive substance abuse intervention for Hispanic and African American adolescents: Empirical examples from the Alcohol Treatment Targeting Adolescents in Need (ATTAIN) project. *Addiction*, 99, 140–150.
- Gray, E., McCambridge, J., & Strang, J. (2005). The effectiveness of motivational interviewing delivered by youth workers in reducing drinking, cigarette and cannabis smoking among young people: Quasi-experimental pilot study. *Alcohol and Alcoholism*, 40, 535–539.
- Grenard, J. L., Ames, S. L., Wiers, R. W., Thush, C., Stacy, A. W., & Sussman, S. (2007). Brief intervention for substance use among at-risk adolescents: A pilot study. *Journal of Adolescent Health*, 40(2), 188–191.
- Handmaker, N. S., Hester, R. K., & Delaney, H. D. (1999). Videotaped training in alcohol counseling for obstetric care practitioners: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 93, 213–218.
- Handmaker, N. S., Miller, W. R., & Manicke, M. (1999). Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 285–287.
- Heather, N., Rollnick, S., Bell, A., & Richmond, R. (1996). Effects of brief counselling among heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug and Alcohol Review*, 15, 29–38.
- Hester, R. K., Squires, D. D., & Delaney, H. D. (2005). The drinker's check-up: 12-month outcomes of

- a controlled clinical trial of a stand-alone software program for problem drinkers. *Journal of Substance Abuse*, 28, 159–169.
- Hickman, M. E. (1999). The effects of personal feedback on alcohol intake in dually diagnosed clients: An empirical study of William R. Miller's motivational enhancement therapy. Unpublished doctoral dissertation.
- Holder, H. D., Cisler, R. A., Longabaugh, R., Stout, R. L., Treno, A. J., & Zweben, A. (2000). Alcoholism treatment and medical care costs from Project MATCH. *Addiction*, 95, 999–1013.
- Ingersoll, K., Floyd, L., Sobell, M., Velasquez, M. M., Baio, J., Carbonari, J., et al. (2003). Reducing the risk of alcohol-exposed pregnancies: A study of a motivational intervention in community settings. *Pediatrics*, 111, 1131–1135.
- Ingersoll, K. S., Ceperich, S. D., Nettleman, M. D., Karanda, K., Brocksen, S., & Johnson, B. A. (2005). Reducing alcohol-exposed pregnancy risk in college women: Initial outcomes of a clinical trial of a motivational intervention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, 173–180.
- John, U., Veltrup, C., Driessen, M., Wetterling, T., & Dilling, H. (2003). Motivational intervention: An individual counselling vs a group treatment approach for alcohol-dependent in-patients. *Alcohol and Alcoholism*, 38(3), 263–269.
- Juarez, P., Walters, S. T., Daugherty, M., & Radi, C. (2006). A randomized trial of motivational interviewing and feedback with heavy drinking college students. *Journal of Drug Education*, 36, 233–246.
- Kadden, R. M., Litt, M. D., Kabela-Cormier, E., & Petry, N. M. (2007). Abstinence rates following behavioral treatments for marijuana dependence. *Addictive Behaviors*, 32, 1220–1236.
- Kahler, C. W., Read, J. P., Stuart, G., Ramsey, S. E., & McCrady, B. S. (2004). Motivational enhancement for 12-step involvement among patients undergoing alcohol detoxification. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 736–741.
- Karno, M. P., & Longabaugh, R. (2004). What do we know? Process analysis and the search for a better understanding of Project MATCH's anger-by-treatment matching effect. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 501–512.
- Kelly, A. B., Halford, W. K., & Young, R. M. (2000). Maritally distressed women with alcohol problems: The impact of a short-term alcohol-focused intervention on drinking behaviour and marital satisfaction. *Addiction*, 95, 1537–1549.
- Knight, J. R., Sherritt, L., Van Hook, S., Gates, E. C., Levy, S., & Chang, G. (2005). Motivational interviewing for adolescent substance use: A pilot study. *Journal of Adolescent Health*, 37, 167–169.
- Kranzler, H. R., Wesson, D. R., & Billot, L. (2004). Naltrexone depot for treatment of alcohol dependence: A multicenter, randomized, placebo-controlled clinical trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 1051–1059.
- Kuchipudi, V., Hobein, K., Fleckinger, A., & Iber, F. L. (1990). Failure of a 2-hour motivational intervention to alter recurrent drinking behavior in alcoholics with gastrointestinal disease. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 356–360.
- Labrie, J. W., Lamb, T. F., Pedersen, E. R., & Quinlan, T. (2006). A group motivational interviewing intervention reduces drinking and alcohol-related consequences in adjudicated college students. *Journal of College Student Development*, 47, 267–280.
- Labrie, J. W., Pederson, E. R., Lamb, T. F., & Quinlan, T. (2007). A campus-based motivational enhancement group intervention reduces problematic drinking in male college students. *Addictive Behaviors*, 32, 889–901.
- Lapham, S. C., Chang, I. Y., & Gregory, C. (2000). Substance abuse intervention for health care workers: A preliminary report. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 27, 131–143.
- Larimer, M. E., Turner, A. P., Anderson, B. K., Fader, J. S., Kilmer, J. R., Palmer, R. S., et al. (2001). Evaluating a brief alcohol intervention with fraternities. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 370–380.
- Leontieva, L., Horn, K., Haque, A., Helmkamp, J., Ehrlich, P., & Williams, J. (2005). Readiness to change problematic drinking assessed in the emergency department as a predictor of change. *Journal of Clinical Care*, 20, 251–256.
- Lincourt, P., Kuettel, T. J., & Bombardier, C. H. (2002). Motivational interviewing in a group setting with mandated clients: A pilot study. *Addictive Behaviors*, 27, 381–391.
- Longabaugh, R., Wirtz, P. W., Zweben, A., & Stout, R. L. (1998). Network support for drinking, Alcoholics Anonymous and long-term matching effects. *Addiction*, 93, 1313–1333.

- Longabaugh, R., Woolard, R. E., Nirenberg, T. D., Minugh, A. P., Becker, B., Clifford, P. R., et al. (2001). Evaluating the effects of a brief motivational intervention for injured drinkers in the emergency department. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 806–816.
- Longshore, D., & Grills, C. (2000). Motivating illegal drug use recovery: Evidence for a culturally congruent intervention. *Journal of Black Psychology*, 26, 288–301.
- Longshore, D., Grills, C., & Annon, K. (1999). Effects of a culturally congruent intervention on cognitive factors related to drug-use recovery. *Substance Use and Misuse*, 34, 1223–1241.
- Maisto, S. A., Conigliaro, J., Mcneil, M., Kraemer, K., Conigliaro, R. L., & Kelley, M. E. (2001). Effects of two types of brief intervention and readiness to change on alcohol use in hazardous drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 605–614.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Dimeff, L. A., Larimer, M. E., Quigley, L. A., et al. (1998). Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: Results from a 2-year follow-up assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 604–615.
- Marques, P. R., Voas, R. B., Tippetts, A. S., & Beirness, D. J. (1999). Behavioral monitoring of DUI offenders with the alcohol ignition interlock recorder. *Addiction*, 94(12), 1861–1870.
- Marsden, J., Stilwell, G., Barlow, H., Boys, A., Taylor, C., Junt, N., et al. (2006). An evaluation of a brief motivational intervention among young Ecstasy and cocaine users: No effect on substance and alcohol use outcomes. *Addiction*, 101, 1014–1026.
- Martin, G., Copeland, J., & Swift, W. (2005). The adolescent cannabis check-up: Feasibility of a brief intervention for young cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, 207–213.
- McCambridge, J., & Strang, J. (2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: Results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*, 99, 39–52.
- McCambridge, J., & Strang, J. (2005). Deterioration over time in effect of motivational interviewing in reducing drug consumption and related risk among young people. *Addiction*, 100, 470–478.
- McCambridge, J., Strang, J., Platts, S., & Witton, J. (2003). Cannabis use and the GP: Brief motivational intervention increases clinical enquiry by GPs in a pilot study. *British Journal of General Practice*, 53(493), 637–639.
- Miller, W. R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455–461.
- Miller, W. R., Sovereign, R. G., & Krege, B. (1988). Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-up as a preventive intervention. *Behavioural Psychotherapy*, 16, 251–268.
- Miller, W. R., Toscova, R. T., Miller, J. H., & Sanchez, V. (2000). A theory-based motivational approach for reducing alcohol/drug problems in college. *Health Education and Behavior*, 27, 744–759.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., & Tonigan, J. S. (2003). Motivational interviewing in drug abuse services: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 754–763.
- Mitcheson, L., McCambridge, J., & Byrne, S. (2007). Pilot cluster-randomized trial of adjunctive motivational interviewing to reduce crack cocaine use in clients on methadone maintenance. *European Addiction Research*, 13, 6–10.
- Monti, P. M., Colby, S. M., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., Myers, M., et al. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 989–994.
- Morgenstern, J., Irwin, T. W., Wainberg, M. L., Parsons, J. T., Muench, F., Bux, D. A., Jr., et al. (2007). A randomized controlled trial of goal choice interventions for alcohol use disorders among men who have sex with men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 72–84.
- Mullins, S. A., Suarez, M., Ondersma, S. J., & Page, M. C. (2004). The impact of motivational interviewing on substance abuse treatment retention: A randomized controlled trial of women involved with child welfare. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(1), 521–558.
- Murphy, J. G., Benson, T. A., Vuchinich, R. E., Deskins, M. M., Eakin, D., Flood, A. M., et al. (2004). A comparison of personalized feedback for college student drinkers delivered with and without a motivational interview. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 200–203.
- Murphy, J. G., Duchnick, J. J., Vuchinich, R. E., Davison, J. W., Karg, R. S., Olson, A. M., et al. (2001). Relative efficacy of a brief motivational intervention for college student drinkers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(4), 373–379.

- Noonan, W. C. (2001). Group motivational interviewing as an enhancement to outpatient alcohol treatment. Unpublished doctoral dissertation, University of New Mexico.
- Ondersma, S. J., Svikis, D. S., & Schuster, C. R. (2007). Computer-based motivational intervention for post-partum drug use: A randomized trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 32, 231–238.
- Peterson, P. L., Baer, J. S., Wells, E. A., Ginzler, J. A., & Garrett, S. B. (2006). Short-term effects of a brief motivational intervention to reduce alcohol and drug use among homeless adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 254–264.
- Project MATCH Research Group. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7–29.
- Project MATCH Research Group. (1997). Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction*, 92, 1671–1698.
- Project MATCH Research Group. (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1300–1311.
- Project MATCH Research Group. (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Treatment main effects and matching effects on drinking during treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 631–639.
- Project MATCH Research Group. (1998). Matching patients with alcohol disorders to treatments: Clinical implications from Project MATCH. *Journal of Mental Health*, 7, 589–602.
- Project MATCH Research Group. (1998). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research*, 8, 455–474.
- Reid, S. C., Teesson, M., Sannibale, C., Matsuda, M., & Haber, P. S. (2005). The efficacy of compliance therapy in pharmacotherapy for alcohol dependence: A randomized controlled trial. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 833–841.
- Richmond, R., Heather, N., Kehoe, L., & Webster, I. (1995). Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking. *Addiction*, 90, 119–132.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Martin, R. A., Colby, S. M., Myers, M. G., Gulliver, S. B., et al. (2004). Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: Effects on substance use outcomes. *Addiction*, 99(7), 862–874.
- Rosenblum, A., Cleland, C., Magura, S., Mahmood, D., Kosanke, N., & Foote, J. (2005). Moderators of effects of motivational enhancements to cognitive behavioral therapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31, 35–58.
- Saitz, R., Palfai, T. P., Cheng, D. M., Horton, N. J., Freedner, N., Dukes, K., et al. (2007). Brief intervention for medical inpatients with unhealthy alcohol use: A randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 146, 167–176.
- Sanchez, F. P. (2001). A values-based intervention for alcohol abuse. Unpublished doctoral dissertation, University of New Mexico.
- Saunders, B., Wilkinson, C., & Phillips, M. (1995). The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction*, 90, 415–424.
- Schneider, R. J., Casey, J., & Kohn, R. (2000). Motivational versus confrontational interviewing: A comparison of substance abuse assessment practices at employee assistance programs. *Journal of Behavioral Health Services Research*, 27, 60–74.
- Secades-Villa, R., Fernande-Hermida, J. R., & Arnaez-Montaraz, C. (2004). Motivational interviewing and treatment retention among drug user patients: A pilot study. *Substance Use and Misuse*, 39(9), 1369–1378.
- Sellman, J. D., Sullivan, P. F., Dore, G. M., Adamson, S. J., & MacEwan, I. (2001). A randomized controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 389–396.
- Senft, R. A., Polen, M. R., Freeborn, D. K., & Hollis, J. F. (1997). Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. *American Journal of Preventive Medicine*, 13, 464–470.
- Sinha, R., Easton, C., Renee-Aubin, L., & Carroll, K. M. (2003). Engaging young probation-referred marijuana-abusing individuals in treatment: A pilot trial. *American Journal on Addictions*, 12(4), 314–323.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., Leo, G. I., Agrawal, S., Johnson-Young, L., & Cunningham, J. A. (2002). Promoting self-change with alcohol abusers: A community-level mail intervention based on natu-

- ral recovery studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 936–948.
- Spirito, A., Monti, P. M., Barnett, N. P., Colby, S. M., Sindelar, H., Rohsenow, D. J., et al. (2004). A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *Journal of Pediatrics*, 145, 396–402.
- Stein, L. A. R., & Lebeau-Craven, R. (2002). Motivational interviewing and relapse prevention for DWI: A pilot study. *Journal of Drug Issues*, 32(4), 1051–1069.
- Stein, L. A. R., Colby, S. M., Barnett, N. M., Monti, P. M., Golembeske, C., & Lebeau-Craven, R. (2006). Effects of motivational interviewing for incarcerated adolescents on driving under the influence after release. *American Journal of Addictions*, 15(Suppl. 1), 50–57.
- Stein, L. A. R., Colby, S. M., Barnett, N. P., Monti, P. M., Golembeske, C., Lebeau-Craven, R., et al. (2006). Enhancing substance abuse treatment engagement in incarcerated adolescents. *Psychological Services*, 3, 25–34.
- Stein, M. D., Anderson, B., Charuvastra, A., Maksad, J., & Friedman, P. D. (2002). A brief intervention for hazardous drinkers in a needle exchange program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 23–31.
- Stephens, R. S., Roffman, R. A., & Curtin, L. (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 898–908.
- Stephens, R. S., Roffman, R. A., Fearer, S. A., Williams, C., & Burke, R. S. (2007). The marijuana check-up: Promoting change in ambivalent marijuana users. *Addiction*, 102, 947–957.
- Stockwell, T., & Gregson, A. (1986). Motivational interviewing with problem drinkers: Impact on attendance, drinking and outcome. *British Journal of Addiction*, 81(5), 713.
- Supplee, P. D. (2005). The importance of providing smoking relapse counseling during the postpartum hospitalization. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 34, 703–712.
- Thevos, A. K., Roberts, J. S., Thomas, S. E., & Randall, C. L. (2000). Cognitive behavioral therapy delays relapse in female socially phobic alcoholics. *Addictive Behaviors*, 25(3), 333–345.
- Thevos, A. K., Thomas, S. E., & Randall, C. L. (2001). Social support in alcohol dependence and social phobia: Treatment comparisons. *Research on Social Work Practice*, 11(4), 458–472.
- Walker, D. D., Roffman, R. A., Stephens, R. S., Wakana, K., Berghuis, J. P., & Kim, W. (2006). Motivational enhancement therapy for adolescent marijuana users: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 628–632.
- Walters, S. T., Bennett, M. E., & Miller, J. H. (2000). Reducing alcohol use in college students: A controlled trial of two brief interventions. *Journal of Drug Education*, 30, 361–372.
- White, H. R., Morgan, T. J., Pugh, L. A., Celinski, K., Labovie, E. W., & Pandina, R. J. (2006). Evaluating two brief substance-use interventions for mandated college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 67, 309–317.
- Zywiak, W. H., Longabaugh, R., & Wirtz, P. W. (2002). Decomposing the relationships between pretreatment social network characteristics and alcohol treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(1), 114–121.

ASTMA / COPD

- Broers, S., Smets, E. M. A., Bindels, P., Evertsz, F. B., Calff, M., & DeHaes, H. (2005). Training general practitioners in behavior change counseling to improve asthma medication adherence. *Patient Education and Counseling*, 58, 279–287.
- de Blok, B. M., de Greef, M. H., ten Hacken, N. H., Sprenger, S. R., Postema, K., & Wempe, J. B. (2006). The effects of a lifestyle physical activity counseling program with feedback of a pedometer during pulmonary rehabilitation in patients with COPD: A pilot study. *Patient Education and Counseling*, 61(1), 48–55.
- Schmaling, K. B., Blume, A. W., & Afari, N. (2001). A randomized controlled pilot study of motivational interviewing to change attitudes about adherence to medications for asthma. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8, 167–172.

AJUKAHJUSTUS

- Bell, K. R., Temkin, N. R., Esselman, P. C., Doctor, J. N., Bombardier, C. H., Fraser, R. T., et al. (2005). The effect of a scheduled telephone intervention on outcome after moderate to severe traumatic brain injury: A randomized trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86, 851–856.
- Bombardier, C. H., & Rimmele, C. T. (1999). Motivational interviewing to prevent alcohol abuse after traumatic brain injury: A case series. *Rehabilitation Psychology*, 44, 52–67.

SÜDAME-VERESOOKONNA TERVIS / KÕRGVERERÕHUTÕBI

- Beckie, T. M. (2006). A behavior change intervention for women in cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21, 146–153.
- Brodie, D. A., & Inoue, A. (2005). Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 518–527.
- McHugh, F., Lindsay, G. M., Hanlon, P., Hutton, I., Brown, M. R., Morrison, C., et al. (2001). Nurse-led shared care for patients on the waiting list for coronary artery bypass surgery: A randomised controlled trial. *Heart*, 86(3), 317–323.
- Ogedegbe, G., & Chaplin, W. (2005). Motivational interviewing improves systolic blood pressure in hypertensive African Americans [Abstract]. *American Journal of Hypertension*, 18, A212.
- Ogedegbe, G., Schoenthaler, A., Richardson, T., Lewis, L., Belue, R., Espinosa, E., et al. (2007). An RCT of the effect of motivational interviewing on medication adherence in hypertensive African Americans: Rationale and design. *Contemporary Clinical Trials*, 28, 169–181.
- Riegel, B., Dickson, W., Hoke, L., McMahon, J. P., Reis, B. F., & Sayers, S. (2006). A motivational counseling approach to improving heart failure self-care: Mechanisms of effectiveness. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21, 232–241.
- Scales, R. (1998). Motivational interviewing and skills-based counseling in cardiac rehabilitation: The Cardiovascular Health Initiative and Lifestyle Education (CHILE) study. Unpublished doctoral dissertation, University of New Mexico.
- Scales, R., Lueker, R. D., Atterbom, H. A., Handmaker, N. S., & Jackson, K. A. (1997). Impact of motivational interviewing and skills-based counseling on outcomes in cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 17, 328.
- Watkins, C. L., Anton, M. F., Deans, C. F., Dickinson, H. A., Jack, C. I., Lightbody, C. E., et al. (2007). Motivational interviewing early after acute stroke: A randomized, controlled trial. *Stroke*, 38, 1004–1009.
- Woollard, J., Beilin, L., Lord, T., Puddey, I., MacAdam, D., & Rouse, I. (1995). A controlled trial of nurse counselling on lifestyle change for hypertensives treated in general practice: Preliminary results. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology*, 22, 466–468.
- Woollard, J., Burke, V., & Beilin, L. J. (2003). Effects of general practice-based nurse-counselling on ambulatory blood pressure and antihypertensive drug prescription in patients at increased risk of cardiovascular disease. *Journal of Human Hypertension*, 17, 689–695.
- Woollard, J., Burke, V., Beilin, L. J., Verheijden, M., & Bulsara, M. K. (2003). Effects of a general practice-based intervention on diet, body mass index and blood lipids in patients at cardiovascular risk. *Journal of Cardiovascular Risk*, 10, 31–40.

HAMBARAVI

- Skaret, E., Weinstein, P., Kvale, G., & Raadal, M. (2003). An intervention program to reduce dental avoidance behaviour among adolescents: A pilot study. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 4, 191–196.
- Weinstein, P., Harrison, R., & Benton, T. (2004). Motivating parents to prevent caries in their young children: One-year findings. *Journal of the American Dental Association*, 135(6), 731–738.
- Weinstein, P., Harrison, R., & Benton, T. (2006). Motivating mothers to prevent caries: Confirming the beneficial effect of counseling. *Journal of the American Dental Association*, 137, 789–793.

DIABEET

- Channon, S., Smith, V. J., & Gregory, J. W. (2003). A pilot study of motivational interviewing in adolescents with diabetes. *Archives of Disease in Childhood*, 88(8), 680–683.
- Clark, M., & Hampson, S. E. (2001). Implementing a psychological intervention to improve lifestyle self-management in patients with type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling*, 42, 247–256.
- Hokanson, J. M., Anderson, R. L., Hennrikus, D. J., Lando, H. A., & Kendall, D. M. (2006). Integrated tobacco cessation counseling in a diabetes self-management training program: A randomized trial of diabetes and reduction of tobacco. *Diabetes Educator*, 32, 562–570.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., Borch-Johnsen, K., & Christensen, B. (in press). Effect of the motivational interview on measures of quality care in people with screen detected type 2 diabetes: A one-year follow-up of a RCT. *British Journal of General Practice*.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., Borch-Johnsen, K., & Christensen, B. (in press). A RCT study: Effect of “motivational interviewing” on beliefs and behaviour among patients with type 2 diabetes detected by screening. *Scandinavian Journal of Public Health*.
- Smith, D. E., Heckemeyer, C. M., Kratt, P. P., & Mason, D. A. (1997). Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM: A pilot study. *Diabetes Care*, 20, 52–54.
- Trigwell, P., Grant, P. J., & House, A. (1997). Motivation and glycemic control in diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 307–315.
- Viner, R. M., Christie, D., Taylor, V., & Hey, S. (2003). Motivational/solution-focused intervention improves HbA1c in adolescents with type 1 diabetes: A pilot study. *Diabetic Medicine*, 20(9), 739–742.
- West, D. S., DiLillo, V., Bursac, Z., Gore, S. A., & Greene, P. G. (2007). Motivational interviewing improves weight loss with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 30, 1081–1087.

TOITUMINE / RASVAD

- Berg-Smith, S. M., Stevens, V. J., Brown, K. M., Van Horn, L., Gernhofer, N., Peters, E., et al. (1999). A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents. *Health Education Research*, 14, 399–410.
- Bowen, D., Ehret, C., Pedersen, M., Snetselaar, L., Johnson, M., Tinker, L., et al. (2002). Results of an adjunct dietary intervention program in the women’s health initiative. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(11), 1631–1637.
- Bowen, D. J., Beresford, S. A. A., Vu, T., Fend, Z. D., Tinker, L., Hart, A., et al. (2004). Baseline data and design for a randomized intervention study of dietary change in religious organizations. *Preventive Medicine*, 39, 602–611.
- Brug, J., Spikmans, F., Aartsen, C., Breedveld, B., Bes, R., & Fereira, 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, 8–12.
- Fuemmeler, B. F., Masse, L. C., Yaroch, A. L., Resnicow, K., Campbell, M. K., Carr, C., et al. (2006). Psychosocial mediation of fruit and vegetable consumption in the Body and Soul effectiveness trial. *Health Psychology*, 25, 474–483.
- Mhurchu, C. N., Margetts, B. M., & Speller, V. (1998). Randomized clinical trial comparing the effectiveness of two dietary interventions with hyperlipidaemia. *Clinical Science*, 95, 479–487.
- Resnicow, K., Campbell, M. K., Carr, C., McCarty, F., Wang, T., Periasamy, S., et al. (2004). Body and soul: A dietary intervention conducted through African-American churches. *American Journal of Preventive Medicine*, 27, 97–105.
- Resnicow, K., Coleman-Wallace, D., Jackson, A., Digirolamo, A., Odom, E., Wang, T., et al. (2000). Dietary change through black churches: Baseline results and program description of the Eat for Life trial. *Journal of Cancer Education*, 15, 156–163.
- Resnicow, K., Jackson, A., Blissett, D., Wang, T., McCarty, F., Rahotep, S., et al. (2005). Results of the Healthy Body Healthy Spirit trial. *Health Psychology*, 24, 339–348.
- Resnicow, K., Jackson, A., Wang, T., De, A. K., McCarty, F., Dudley, W. N., et al. (2001). A motivational interviewing intervention to increase fruit and vegetable intake through Black churches: Results of

- the Eat for Life trial. *American Journal of Public Health*, 91, 1686–1693.
- Resnicow, K., Taylor, R., Baskin, M., & McCarty, F. (2005). Results of Go Girls: A weight control program for overweight African-American adolescent females. *Obesity Research*, 13, 1739–1748.
- Richards, A., Kettelmann, K. K., & Ren, C. R. (2006). Motivating 18 to 24-year-olds to increase their fruit and vegetable consumption. *Journal of the American Dietetic Association*, 106, 1405–1411.
- Wen, D. B., Ehret, C., Pedersen, M., Snetselaar, L., Johnson, M., Tinker, L., et al. (2002). Abstract results of an adjunct dietary intervention program in the Women's Health Initiative. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(11), 1631–1637.
- West, D. S., DiLillo, V., Bursac, Z., Gore, S. A., & Greene, P. G. (2007). Motivational interviewing improves weight loss with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 30, 1081–1087.
- Woollard, J., Burke, V., Beilin, L. J., Verheijden, M., & Bulsara, M. K. (2003). Effects of a general practice-based intervention on diet, body mass index and blood lipids in patients at cardiovascular risk. *Journal of Cardiovascular Risk*, 10, 31–40.

KODUVÄGIVALD

- Kennerley, R. J. (2000). The ability of a motivational pre-group session to enhance readiness for change in men who have engaged in domestic violence. Unpublished doctoral dissertation.
- Kistenmacher, B. R. (2000). Motivational interviewing as a mechanism for change in men who batter: A randomized controlled trial. Unpublished doctoral dissertation, University of Oregon.

TOPELTDIAGNOOS (PÜHHOAKTIIVSETE AINETE TARVITAMISEST TINGITUD HÄIRED JA PSÜÜHIKAHÄIRED)

- Baker, A., Bucci, S., Lewin, T., Kay-Lambkin, F., Constable, P. M., & Carr, V. J. (2006). Cognitive-behavioral therapy for substance use disorders in people with psychotic disorders: Randomized clinical trial. *British Journal of Psychiatry*, 188, 439–444.
- Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., et al. (2002). Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services. *Addiction*, 97(10), 1329–1337.
- Barrowclough, C., Haddock, G., TARRIER, N., Lewis, S. W., Moring, J., O'Brien, R., et al. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1706–1713.
- Brown, R. A., Ramsey, S. E., Strong, D. R., Myers, M. G., Kahler, C. W., Lejuez, C. W., et al. (2003). Effects of motivational interviewing on smoking cessation in adolescents with psychiatric disorders. *Tobacco Control*, 12(Suppl. 4), 3–10.
- Carey, K. B., Carey, M. P., Maisto, S. A., & Purnine, D. M. (2002). The feasibility of enhancing psychiatric outpatients' readiness to change their substance use. *Psychiatric Services*, 53, 602–608.
- Daley, D. C., Salloum, I. M., Zuckoff, A., Kirisci, L., & Thase, M. E. (1998). Increasing treatment adherence among outpatients with depression and cocaine dependence: Results of a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1611–1613.
- Daley, D. C., & Zuckoff, A. (1998). Improving compliance with the initial outpatient session among discharged inpatient dual diagnosis clients. *Social Work*, 43, 470–473.
- Graeber, D. A., Moyers, T. B., Griffith, G., Guajardo, E., & Tonigan, J. S. (2003). A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Community Mental Health Journal*, 39, 189–202.
- Haddock, G., Barrowclough, C., TARRIER, N., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., et al. (2003). Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse: 18-month outcomes of a randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 183, 377–378.
- Hulse, G. K., & Tait, R. J. (2002). Six-month outcomes associated with a brief alcohol intervention for adult in-patients with psychiatric disorders. *Addiction*, 21, 105–112.
- Hulse, G. K., & Tait, R. J. (2003). Five-year outcomes of a brief alcohol intervention for adult in-patients

- with psychiatric disorders. *Addiction*, 98, 1061–1068.
- Kavanagh, D. J., Young, R., White, A., Saunders, J. B., Wallis, J., Shockley, N., et al. (2004). A brief motivational intervention for substance misuse in recent-onset psychosis. *Drug and Alcohol Review*, 23, 151–155.
- Kreman, R., Yates, B. C., Agrawal, S., Fiantdt, K., Briner, W., & Shurmer, S. (2006). The effects of motivational interviewing on physiological outcomes. *Applied Nursing Research*, 19, 167–170.
- Martino, S., Carroll, K. M., Nich, C., & Rounsaville, B. J. (2006). A randomized controlled pilot study of motivational interviewing for patients with psychotic and drug use disorders. *Addiction*, 101, 1479–1492.
- Martino, S., Carroll, K. M., O'Malley, S. S., & Rounsaville, B. J. (2000). Motivational interviewing with psychiatrically ill substance abusing patients. *American Journal on Addictions*, 9, 88–91.
- Santa Ana, E. J. (2005). Efficacy of group motivational interviewing (GMI) for psychiatric inpatients with chemical dependence. Unpublished doctoral dissertation.
- Swanson, A. J., Pantaloni, M. V., & Cohen, K. R. (1999). Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually-diagnosed patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 630–635.
- Tapert, S. F., Colby, S. M., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., Myers, M. G., et al. (2003). Depressed mood, gender, and problem drinking in youth. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 12(4), 55–68.
- Zuckoff, A., Shear, K., Frank, E., Daley, D. C., Seligman, K., & Silowash, R. (2006). Treating complicated grief and substance use disorders: A pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 205–211.

TOITUMISHÄIRED / ÜLEKAAL

- Dunn, E. C., Neighbors, C., & Larimer, M. (2006). Motivational enhancement therapy and self-help treatment for binge eaters. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 44–52.
- Feld, R., Woodside, D. B., Kaplan, A. S., Olmsted, M. P., & Carter, J. C. (2001). Pretreatment motivational enhancement therapy for eating disorders: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 393–400.
- Long, C. G., & Hollin, C. R. (1995). Assessment and management of eating disordered patients who over-exercise: A four-year follow-up of six single case studies. *Journal of Mental Health*, 4, 309–316.
- Pung, M. A., Niemeier, H. M., Cirona, A. C., Barrera, A. Z., & Craighead, L. W. (2004). Motivational interviewing in the reduction of risk factors for eating disorders: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 35(4), 396–397.
- Smith, D. E., Heckemeyer, C. M., Kratt, P. P., & Mason, D. A. (1997). Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM: A pilot study. *Diabetes Care*, 20, 52–54.
- Treasure, J. L., Katzman, M., Schmidt, U., Troop, N., Todd, G., & De Silva, P. (1999). Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: First phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 405–418.

ERAKORRALINE MEDITSIIN / TRAUMAD / VIGASTUSTE ENNETAMINE

- Dunn, C., Drosch, R. M., Johnston, B. D., & Rivara, F. P. (2004). Motivational interviewing with injured adolescents in the emergency department: In-session predictors of change. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32(1), 113–116.
- Johnston, B. D., Rivara, F. P., & Drosch, R. M. (2002). Behavior change counseling in the emergency department to reduce injury risk: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 110, 267–274.
- Schermer, C. R., Moyers, T. B., Miller, W. R., & Bloomfield, L. A. (2006). Trauma center brief interventions for alcohol disorders decrease subsequent driving under the influence arrests. *Journal of Trauma*, 60, 29–34.
- Zatzick, D., Roy-Byrne, P., Russo, J., Rivara, F., Drosch, R., Wagner, A., et al. (2004). A randomized ef-

fectiveness trial of stepped collaborative care for acutely injured trauma survivors. *Archives of General Psychiatry*, 61(5), 498–506.

PEREKOND / SUHTED

- Cordova, J. V., Scott, R. G., Dorian, M., Mirgain, S., Yeager, D., & Groot, A. (2005). The marriage check-up: An indicated preventive intervention for treatment-avoidant couples at risk for marital deterioration. *Behavior Therapy*, 36, 301–309.
- Kelly, A. B., Halford, W. K., & Young, R. M. (2000). Maritally distressed women with alcohol problems: The impact of a short-term alcohol-focused intervention on drinking behaviour and marital satisfaction. *Addiction*, 95, 1537–1549.
- Naar-King, S., Wright, K., Parsons, J. T., Frey, M., Templin, T., Lam, P., et al. (2006). Healthy choices: Motivational enhancement therapy for health risk behaviors in HIV-positive youth. *AIDS Education and Prevention*, 18, 1–11.
- O'Leary, C. C. (2001). The early childhood family check-up: A brief intervention for at-risk families with preschool-aged children. Unpublished doctoral dissertation.
- Rao, S. O. (1999). The short-term impact of the family check-up: A brief motivational intervention for at-risk families. Unpublished doctoral dissertation.
- Slavert, J. D., Stein, L. A. R., Klein, J. L., Colby, S. M., Barnett, N. P., & Monti, P. M. (2005). Piloting the family check-up with incarcerated adolescents and their parents. *Psychological Services*, 2, 123–132.
- Uebelacker, L. A., Hecht, J., & Miller, I. W. (2006). The family check-up: A pilot study of a brief intervention to improve family functioning in adults. *Family Process*, 45, 223–236.

HASARTMÄNGUD

- Hodgins, D. C., Currie, S. R., & el-Guebaly, N. (2001). Motivational enhancement and selfhelp treatments for problem gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 50–57.
- Hodgins, D. C., Currie, S., el-Guebaly, N., & Peden, N. (2004). Brief motivational treatment for problem gambling: A 24-month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 293–296.
- Kuentzel, J. G., Henderson, M. J., Zambo, J. J., Stine, S. M., & Schuster, C. R. (2003). Motivational interviewing and fluoxetine for pathological gambling disorder: A single case study. *North American Journal of Psychology*, 5(2), 229–248.
- Wulfert, E., Blanchard, E. B., Freidenberg, B. M., & Martell, R. S. (2006). Retaining pathological gamblers in cognitive behavior therapy through motivational enhancement: A pilot study. *Behavior Modification*, 30, 315–340.

TERVISEDENDUS / LIIKUMINE / VORMISOLEK

- Bennett, J. A., Lyons, K. S., Winters-Stone, K., Nail, L. M., & Scherer, J. (2007). Motivational interviewing to increase physical activity in long-term cancer survivors: A randomized controlled trial. *Nursing Research*, 56, 18–27.
- Brodie, D. A., & Inoue, A. (2005). Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 518–527.
- Butterworth, S., Linden, A., McClay, W., & Leo, M. C. (2006). Effect of motivational interviewing-based health coaching on employees' physical and mental health status. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11, 358–365.
- Elliot, D. L., Goldberg, L., Duncan, T. E., Kuehl, K. S., & Moe, E. L. (2004). The PHLAME firefighters' study: Feasibility and findings. *American Journal of Health Behavior*, 28, 13–23.
- Elliot, D. L., Goldberg, L., Kuehl, K. S., Moe, E. L., Breger, R. K., & Pickering, M. A. (2007). The PHLAME (Promoting Healthy Lifestyles: Alternative Models' Effects) firefighter study: Outcomes of two models of behavior change. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49, 204–213.
- Harland, J., White, M., Drinkwater, C., Chinn, D., Farr, L., & Howel, D. (1999). The Newcastle Exercise

- Project: A randomised controlled trial of methods, to promote physical activity in primary care. *British Medical Journal*, 319, 828–832.
- Hillsdon, M., Thorogood, N., White, I., & Foster, C. (2002). Advising people to take more exercise is ineffective: A randomised controlled trial of physical activity promotion in primary care. *International Journal of Epidemiology*, 31, 808–815.
- Hudec, J. C. (2000). Individual counseling to promote physical activity. Unpublished doctoral dissertation.
- Kolt, G. S., Oliver, M., Schofield, G. M., Kerse, N., Garrett, N., & Latham, N. K. (2006). An overview and process evaluation of Telewalk: A telephone-based counseling intervention to encourage walking in older adults. *Health Promotion International*, 21, 201–208.
- Ludman, E. J., Curry, S. J., Meyer, D., & Taplin, S. H. (1999). Implementation of outreach telephone counseling to promote mammography participation. *Health Education and Behavior*, 26, 689–702.
- Moe, E. L., Elliot, D. L., Goldberg, L., Kuehl, K. S., Stevens, V. J., Breger, R. K. R., et al. (2002). Promoting healthy lifestyles: Alternative models' effects (PHLAME). *Health Education Research*, 17(5), 586–596.
- Thevos, A. K., Kaona, F. A. D., Siajunza, M. T., & Quick, R. E. (2000). Adoption of safe water behaviors in Zambia: Comparing educational and motivational approaches. *Education for Health* (joint issue with the Annual of Behavioral Sciences and Medical Education), 13, 366–376.
- Thevos, A. K., Olsen, S. J., Rangel, J. M., Kaona, F. A. D., Tembo, M., & Quick, R. E. (2002–2003). Social marketing and motivational interviewing as community interventions for safe water behaviors: Follow-up surveys in Zambia. *International Quarterly of Community Health Education*, 21, 51–65.
- Thevos, A. K., Quick, R. E., & Yanjuli, V. (2000). Motivational interviewing enhances the adoption of water disinfection practices in Zambia. *Health Promotion International*, 15, 207–214.
- Valanis, B., Whitlock, E. E., Mullooly, J., Vogt, T., Smith, S., Chen, C. H., et al. (2003). Screening rarely screened women: Time-to-service and 24-month outcomes of tailored interventions. *Preventive Medicine*, 37(5), 442–450.
- Valanis, B. G., Glasgow, R. E., Mullooly, J., Vogt, T. M., Whitlock, E. P., Boles, S. M., et al. (2002). Screening HMO women overdue for both mammograms and Pap tests. *Preventive Medicine*, 34, 40–50.
- van Vilsteren, M. C., de Greef, M. H. G., & Huisman, R. M. (2005). The effects of a low-to-moderate intensity pre-conditioning exercise programme linked with exercise counselling for sedentary haemodialysis patients in the Netherlands: A randomized clinical trial. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 20, 141–146.
- Wilhelm, S. L., Stepan, M. B., Hertzog, M., Rodehorst, T. K., & Gardner, P. (2006). Motivational interviewing to promote sustained breastfeeding. *Journal of Obstetrical, Gynecological, and Neonatal Nursing*, 35, 340–348.

HIV / AIDS

- Aharonovich, E., Hartzenbuehler, M. L., Johnston, B., O'Leary, A., Morgenstern, J., Wainberg, M. L., et al. (2006). A low-cost, sustainable intervention for drinking reduction in the HIV primary care settings. *AIDS Care: Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 18, 561–568.
- Baker, A., Heather, N., Wodak, A., Dixon, J., & Holt, P. (1993). Evaluation of a cognitive behavioral intervention for HIV prevention among injecting drug users. *AIDS*, 7, 247–256.
- Carey, M. P., Braaten, L. S., Maisto, S. A., Gleason, J. R., Forsyth, A. D., Durant, L. E., et al. (2000). Using information, motivational enhancement, and skills training to reduce the risk of HIV infection for low-income urban women: A second randomized clinical trial. *Health Psychology*, 19, 3–11.
- Carey, M. P., Maisto, S. A., Kalichman, S. C., Forsyth, A. D., Wright, E. M., & Johnson, B. T. (1997). Using information, motivational enhancement, and skill training to reduce the risk of HIV infection for low-income urban women: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 531–541.
- Dilorio, C., Resnicow, K., McDonnell, M., Soet, J., McCarty, F., & Yeager, K. (2003). Using motivational interviewing to promote adherence to antiretroviral medications: A pilot study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 14(2), 52–62.

- Golin, C. E., Earp, J. L., Tien, H. C., Stewart, P., Porter, C., & Howie, L. (2006). A 2-arm, randomized, controlled trial of a motivational interviewing-based intervention to improve adherence to anti-retroviral therapy (ART) among patients failing or initiating ART. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 42, 42–51.
- Kalichman, S. C., Cherry, C., & Browne-Sperling, F. (1999). Effectiveness of a video-based motivational skills-building HIV risk-reduction intervention for inner-city African American men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 959–966.
- Knight, J. R., Sherritt, L., Van Hook, S., Gates, E. C., Levy, S., & Chang, G. (2005). Motivational interviewing for adolescent substance use: A pilot study. *Journal of Adolescent Health*, 37, 167–169.
- Koblin, B., Chesney, M., Coates, T., & Team, E. S. (2004). Effects of a behavioural intervention to reduce acquisition of HIV infection among men who have sex with men: The EXPLORE randomised controlled study. *Lancet*, 364, 41–50.
- Naar-King, S., Wright, K., Parsons, J. T., Frey, M., Templin, T., Lam, P., et al. (2006). Healthy choices: Motivational enhancement therapy for health risk behaviors in HIV-positive youth. *AIDS Education and Prevention*, 18, 1–11.
- Parsons, J. T., Rosof, E., Punzalan, J. C., & DiMaria, I. (2005). Integration of motivational interviewing and cognitive behavioral therapy to improve HIV medication adherence and reduce substance use among HIV-positive men and women: Results of a pilot project. *AIDS Patient Care and STDs*, 19, 31–39.
- Patterson, T. L., Semple, S. J., Fraga, M., Bucardo, J., Davila-Fraga, W., & Strathdee, S. A. (2005). An HIV-prevention intervention for sex workers in Tijuana, Mexico: A pilot study. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 27, 82–100.
- Picciano, J. F., Roffman, R. A., Kalichman, S. C., Rutledge, S. E., & Berghuis, J. P. (2001). A telephone based brief intervention using motivational enhancement to facilitate HIV risk reduction among MSM: A pilot study. *AIDS and Behavior*, 5, 251–262.
- Robles, R. R., Reyes, J. C., Colon, H. M., Sahai, H., Marrero, C. A., Matos, T. D., et al. (2004). Effects of combined counseling and case management to reduce HIV risk behaviors among Hispanic drug injectors in Puerto Rico: A randomized controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 145–152.
- Samet, J. H., Horton, N. J., Meli, S., Dukes, K., Tripps, T., Sullivan, L., et al. (2005). A randomized controlled trial to enhance antiretroviral therapy adherence in patients with a history of alcohol problems. *Antiviral Therapy*, 10, 83–93.
- Stein, M. D., Anderson, B., Charuvastra, A., Maksad, J., & Friedman, P. D. (2002). A brief intervention for hazardous drinkers in a needle exchange program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 23–31.
- Thrasher, A. D., Golin, C. E., Earp, J. A. L., Tien, H., Porter, C., & Howie, L. (2006). Motivational interviewing to support antiretroviral therapy adherence: The role of quality counseling. *Patient Education and Counseling*, 62, 64–71.

RAVI / RAVIPLAANI JÄRGIMINE

- Aliotta, S. L., Vlasnik, J. J., & Delor, B. (2004). Enhancing adherence to long-term medical therapy: A new approach to assessing and treating patients. *Advances in Therapy*, 21, 214–231.
- Bennett, J. A., Perrin, N. A., & Hanson, G. (2005). Healthy aging demonstration project: Nurse coaching for behavior change in older adults. *Research in Nursing and Health*, 28, 187–197.
- Berger, B. A., Liang, H., & Hudmon, K. S. (2005). Evaluation of software-based telephone counseling to enhance medication persistency among patients with multiple sclerosis. *Journal of the American Pharmacists Association*, 45, 466–472.
- Broers, S., Smets, E. M. A., Bindels, P., Evertsz, F. B., Calff, M., & DeHaes, H. (2005). Training general practitioners in behavior change counseling to improve asthma medication adherence. *Patient Education and Counseling*, 58, 279–287.
- Hayward, P., Chan, N., Kemp, R., & Youle, S. (1995). Medication self-management: A preliminary report on an intervention to improve medication compliance. *Journal of Mental Health*, 4, 511–518.
- Kreman, R., Yates, B. C., Agrawal, S., Fiandt, K., Briner, W., & Shurmur, S. (2006). The effects of motiva-

- tional interviewing on physiological outcomes. *Applied Nursing Research*, 19, 167–170.
- Robles, R. R., Reyes, J. C., Colon, H. M., Sahai, H., Marrero, C. A., Matos, T. D., et al. (2004). Effects of combined counseling and case management to reduce HIV risk behaviors among Hispanic drug injectors in Puerto Rico: A randomized controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 145–152.
- Rose, J., & Walker, S. (2000). Working with a man who has Prader–Willi syndrome and his support staff using motivational principles. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 293–302.

VAIMNE TERVIS

- Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R., & Rollnick, S. (Eds.). (2008). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*. New York: Guilford Press.
- Humphress, H., Igel, V., Lamont, A., Tanner, M., Morgan, J., & Schmidt, U. (2002). The effect of a brief motivational intervention on community psychiatric patients' attitudes to their care, motivation to change, compliance and outcome: A case control study. *Journal of Mental Health*, 11, 155–166.
- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., & David, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 312, 345–349.
- Kemp, R., Kirov, G., Everitt, B., Hayward, P., & David, A. (1998). Randomised controlled trial of compliance therapy: 18-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 172, 413–419.
- Ludman, E., Simon, F., Tutty, S., & Von Korff, M. (2007). A randomized trial of telephone psychotherapy and pharmacotherapy support for depression: Continuation and durability of effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 257–266.
- Murphy, R. T., & Cameron, R. P. (2002). Development of a group treatment for enhancing motivation to change PTSD syndrome. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 308–316.
- Simon, G., Ludman, E. J., Tutty, S., Operskalski, B., & Von Korff, M. (2004). Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292, 935–942.
- Westra, H. A., & Phoenix, E. (2003). Motivational enhancement therapy in two cases of anxiety disorder: New responses to treatment refractoriness. *Clinical Case Studies*, 2(4), 306–322.

ÕIGUSRIKKUJAD

- Harper, R., & Hardy, S. (2000). An evaluation of motivational interviewing as a method of intervention with clients in a probation setting. *British Journal of Social Work*, 30, 393–400.
- Mann, R., & Rollnick, S. (1996). Motivational interviewing with a sex offender who believed he was innocent. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, 127–134.
- Marques, P. R., Voas, R. B., Tippetts, A. S., & Beirness, D. J. (1999). Behavioral monitoring of DUI offenders with the alcohol ignition interlock recorder. *Addiction*, 94(12), 1861–1870.
- Sinha, R., Easton, C., Renee-Aubin, L., & Carroll, K. M. (2003). Engaging young probation-referred marijuana-abusing individuals in treatment: A pilot trial. *American Journal on Addictions*, 12(4), 314–323.
- Slavert, J. D., Stein, L. A. R., Klein, J. L., Colby, S. M., Barnett, N. P., & Monti, P. M. (2005). Piloting the family check-up with incarcerated adolescents and their parents. *Psychological Services*, 2, 123–132.
- Stein, L. A. R., Colby, S. M., Barnett, N. P., Monti, P. M., Golembeske, C., Lebeau-Craven, R., et al. (2006). Enhancing substance abuse treatment engagement in incarcerated adolescents. *Psychological Services*, 3, 25–34.
- Stein, L. A. R., & Lebeau-Craven, R. (2002). Motivational interviewing and relapse prevention for DWI: A pilot study. *Journal of Drug Issues*, 32(4), 1051–1069.

VALU

Ang, D., Kesavalu, R., Lydon, J. R., Lane, K. A., & Bigatti, S. (in press). Exercise-based motivational interviewing for female patients with fibromyalgia: A case series. *Clinical Rheumatology*, 26.

SEKSUAALKÄITUMINE

Kiene, S. M., & Barta, W. D. (2006). A brief individualized computer-delivered sexual risk reduction intervention increases HIV/AIDS preventive behavior. *Journal of Adolescent Health*, 39, 404–410.

Mann, R., & Rollnick, S. (1996). Motivational interviewing with a sex offender who believed he was innocent. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, 127–134.

Orzack, M. H., Voluse, A. C., Wolf, D., & Hennen, J. (2006). An ongoing study of group treatment for men involved in problematic Internet-enabled sexual behavior. *Cyberpsychology and Behavior*, 9, 348–360.

Peterson, R., Albright, J., Garrett, J. M., & Curtis, K. M. (2007). Pregnancy and STD prevention counseling using an adaptation of motivational interviewing: A randomized controlled trial. *Perspectives on Sexual Reproductive Health*, 39(1), 21–28.

Yahne, C. E., Miller, W. R., Irvin-Vitela, L., & Tonigan, J. S. (2002). Magdalena pilot project: Motivational outreach to substance abusing women street sex workers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(1), 49–53.

KÕNE / VOKAALTERAAPIA

Behrman, A. (2006). Facilitating behavioral change in voice therapy: The relevance of motivational interviewing. *American Journal of Speech–Language Pathology*, 15, 215–225.

TUBAKAS

Ahluwalia, J. S., Nollen, N., Kaur, H., James, A. S., Mayo, M. S., & Resnicow, K. (2007). Pathway to health: Cluster-randomized trial to increase fruit and vegetable consumption among smokers in public housing. *Health Psychology*, 26, 214–221.

Ahluwalia, J. S., Okuyemi, K., Nollen, N., Choi, W. S., Kaur, H., Pulvers, K., et al. (2006). The effects of nicotine gum and counseling among African American light smokers: A 2 × 2 factorial design. *Addiction*, 101, 833–891.

Baker, A., Richmond, R., Haile, M., Lewin, T. J., Carr, V. J., Taylor, R. L., et al. (2006). A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention among people with a psychotic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1934–1942.

Boardman, T., Catley, D., Grobe, J. E., Little, T. D., & Ahluwalia, J. S. (2006). Using motivational interviewing with smokers: Do therapist behaviors relate to engagement and therapeutic alliance? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 329–339.

Borelli, B., Novak, S., Hecht, J., Emmons, K., Papandonatos, G., & Abrams, D. (2005). Home health care nurses as a new channel for smoking cessation treatment: Outcomes from Project CARES (Community-Nurse Assisted Research and Education on Smoking). *Preventive Medicine*, 41, 815–821.

Brown, R. A., Ramsey, S. E., Strong, D. R., Myers, M. G., Kahler, C. W., Lejuez, C. W., et al. (2003). Effects of motivational interviewing on smoking cessation in adolescents with psychiatric disorders. *Tobacco Control*, 12(Suppl. 4), 3–10.

Butler, C. C., Rollnick, S., Cohen, D., Bachmann, M., Russell, I., & Stott, N. (1999). Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: A randomized trial. *British Journal of General Practice*, 49, 611–616.

Chan, S. S., Lam, T. H., Salili, F., Leung, G. M., Wong, D. C., Botelho, R. J., et al. (2005). A randomized controlled trial of an individualized motivational intervention on smoking cessation for parents of sick children: A pilot study. *Applied Nursing Research*, 18, 178–181.

- Cigrang, J. A., Severson, H. H., & Peterson, A. L. (2002). Pilot evaluation of a population-based health intervention for reducing use of smokeless tobacco. *Nicotine and Tobacco Research*, 4(1), 127–131.
- Colby, S. M., Barnett, N. M., Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Weissman, K., Spirito, A., et al. (1998). Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: A preliminary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 574–578.
- Colby, S. M., Monti, P. M., & Tevyaw, T. O. (2005). Brief motivational intervention for adolescent smokers in medical settings. *Addictive Behaviors*, 30, 865–874.
- Curry, S. J., Ludman, E. J., Graham, E., Stout, J., Grothaus, L., & Lozano, P. (2003). Pediatric-based smoking cessation intervention for low-income women: A randomized trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157, 295–302.
- Emmons, K. M., Hammond, S. K., Fava, J. L., Velicer, W. F., Evans, J. L., & Monroe, A. D. (2001). A randomized trial to reduce passive smoke exposure in low-income households with young children. *American Academy of Pediatrics*, 108, 18–24.
- Ershoff, D. H., Quinn, V. P., Boyd, N. R., Stern, J., Gregory, M., & Wirtschafter, D. (1999). The Kaiser Permanente prenatal smoking-cessation trial: When more isn't better, what is enough? *American Journal of Preventive Medicine*, 17, 161–168.
- Gariti, P., Alterman, A., Mulvaney, F., Mechanic, K., Dhopes, V., Yu, E., et al. (2002). Nicotine intervention during detoxification and treatment for other substance use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28, 673–681.
- George, T. P., Ziedonis, D. M., Feingold, A., Pepper, W. T., Satterburg, C. A., Winkel, J., et al. (2000). Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1835–1842.
- Glasgow, R. E., Whitlock, E. E., Eakin, E. G., & Lichtenstein, E. (2000). A brief smoking cessation intervention for women in low-income planned parenthood clinics. *American Journal of Public Health*, 90, 786–789.
- Haug, N. A., Svikis, D. S., & DiClemente, C. C. (2004). Motivational enhancement therapy for nicotine dependence in methadone-maintained pregnant women. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 289–292.
- Helstrom, A., Hutchinson, K., & Bryan, A. (2007). Motivational enhancement therapy for high-risk adolescent smokers. *Addictive Behaviors*, 32, 2404–2410.
- Hokanson, J. M., Anderson, R. L., Hennrikus, D. J., Lando, H. A., & Kendall, D. M. (2006). Integrated tobacco cessation counseling in a diabetes self-management training program: A randomized trial of diabetes and reduction of tobacco. *Diabetes Educator*, 32, 562–570.
- Hollis, J. F., Polen, M. R., Whitlock, E. P., Lichtenstein, E., Mullooly, J., Velicer, W. F., et al. (2005). Teen Reach: Outcomes from a randomized controlled trial of a tobacco reduction program for teens seen in primary medical care. *Pediatrics*, 115, 981–989.
- Horn, K., Dino, G., Hamilton, C., & Noerachmanto, N. (2007). Efficacy of an emergency department-based teenage smoking intervention. *Prevention of Chronic Disease*, 4, A08.
- Kelley, A. B., & Lapworth, K. (2006). The HYP program: Targeted motivational interviewing for adolescent violations of school tobacco policy. *Preventive Medicine*, 43, 466–471.
- Luna, L. (2005). The effectiveness of motivational enhancement therapy on smoking cessation in college students. Unpublished doctoral dissertation.
- Nollen, N. L., Mayo, M. S., Sanderson Cox, L., Okuyemi, K. S., Choi, W. S., Kaur, H., et al. (2006). Predictors of quitting among African American light smokers enrolled in a randomized, placebo-controlled trial. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 590–595.
- Okuyemi, K., Cox, L. S., Nollen, N. L., Snow, T. M., Kaur, H., Choi, W. S., et al. (2007). Baseline characteristics and recruitment strategies in a randomized clinical trial of African American light smokers. *American Journal of Health Promotion*, 21, 183–189.
- Okuyemi, K. S., James, A. S., Mayo, M. S., Nollen, N., Catley, D., Choi, W. S., et al. (2007). Pathways to health: A cluster randomized trial of nicotine gum and motivational interviewing for smoking cessation in low-income housing. *Health Education and Behavior*, 34, 43–54.
- Okuyemi, K. S., Thomas, J. L., Hall, S., Nollen, N. L., Richter, K. P., Jeffries, S. K., et al. (2006). Smoking cessation in homeless populations: A pilot clinical trial. *Nicotine and Tobacco Research*, 8, 689–699.
- Pbert, L., Osganian, S. K., Gorak, D., Druker, S., Reed, G., O'Neill, K. M., et al. (2006). A school nurse–

- delivered adolescent smoking cessation intervention: A randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 43, 312–320.
- Persson, L. G., & Hjalmarson, A. (2006). Smoking cessation in patients with diabetes mellitus: Results from a controlled study of an intervention programme in primary healthcare in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24(2), 75–80.
- Richter, K. P., McCool, R. M., Catley, D., Hall, M., & Ahluwalia, J. S. (2005). Dual pharmacotherapy and motivational interviewing for tobacco dependence among drug treatment patients. *Journal of Addictive Diseases*, 24, 79–90.
- Rigotti, N. A., Park, E. R., Regan, S., Chang, Y., Perry, K., Loudin, B., et al. (2006). Efficacy of telephone counseling for pregnant smokers: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 108, 83–92.
- Rohsenow, D. J., Martin, R. A., Monti, P. M., Abrams, D. B., Colby, S. M., & Sirota, A. D. (2004). Brief advice versus motivational interviewing for smoking with alcoholics in treatment [Abstract]. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 76A.
- Smith, S. S., Jorenby, D. E., Fiore, M. C., Anderson, J. E., Mielke, M. M., Beach, K. E., et al. (2001). Strike while the iron is hot: Can stepped-care treatments resurrect relapsing smokers? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 429–439.
- Soria, R., Legido, A., Escolano, C., Yeste, A. L., & Montoya, J. (2006). A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *British Journal of General Practice*, 56, 768–774.
- Steinberg, M. L., Ziedonis, D. M., Krejci, J. A., & Brandon, T. H. (2004). Motivational interviewing with personalized feedback: A brief intervention for motivating smokers with schizophrenia to seek treatment for tobacco dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 723–728.
- Stotts, A. L., DeLaune, K. A., Schmitz, J. M., & Grabowski, J. (2004). Impact of a motivational intervention on mechanisms of change in low-income pregnant smokers. *Addictive Behaviors*, 29, 1649–1657.
- Stotts, A. L., DiClemente, C. C., & Dolan-Mullen, P. (2002). One-to-one: A motivational intervention for resistant pregnant smokers. *Addictive Behaviors*, 27, 275–292.
- Supplee, P. D. (2005). The importance of providing smoking relapse counseling during the postpartum hospitalization. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 34, 703–712.
- Tappin, D. M., Lumsden, M. A., Gilmour, W. H., Crawford, F., McIntyre, D., Stone, D. H., et al. (2005). Randomised controlled trial of home based motivational interviewing by midwives to help pregnant smokers quit or cut down. *British Medical Journal*, 331, 373–377.
- Thyrian, J. R., Freyer-Adam, J., Hannover, W., Roske, K., Mentzel, F., Kufeld, C., et al. (2007). Adherence to the principles of motivational interviewing, clients' characteristics and behavior outcome in a smoking cessation and relapse prevention trial in women postpartum. *Addictive Behaviors*, 32, 2297–2303.
- Thyrian, J. R., Hannover, W., Grempler, J., Roske, K., John, U., & Hapke, U. (2006). An intervention to support postpartum women to quit smoking or remain smoke-free. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 51, 45–50.
- Town, G. I., Fraser, P., Graham, S., McSweeney, W., Brockway, K., & Kirk, R. (2000). Establishment of a smoking cessation programme in primary and secondary care in Canterbury. *New Zealand Medical Journal*, 113, 117–119.
- Valanis, B., Lichtenstein, E., Mullooly, J. P., Labuhn, K., Brody, K., Severson, H. H., et al. (2001). Maternal smoking cessation and relapse prevention during health care visits. *American Journal of Preventive Medicine*, 20(1), 1–8.
- Wakefield, M., Oliver, I., Whitford, H., & Rosenfeld, E. (2004). Motivational interviewing as a smoking cessation intervention for patients with cancer: Randomized controlled trial. *Nursing Research*, 53, 396–405.
- Winickoff, J. P., Hillis, V. J., Palfrey, J. S., Perrin, J. M., & Rigotti, N. A. (2003). A smoking cessation intervention for parents of children who are hospitalized for respiratory illness: The stop tobacco outreach program. *Pediatrics*, 111(1), 140–145.
- Woodruff, S. I., Conway, T. L., Edwards, C. C., Elliott, S. P., & Crittenden, J. (2006). Evaluation of an Internet virtual world chat room for adolescent smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 32, 1769–1786.
- Ziedonis, D., Harris, P., Brandt, P., Trudeau, K., George, T., Rao, S., et al. (1997). Motivational enhance-

ment therapy and nicotine replacement improve smoking cessation outcomes for smokers with schizophrenia or depression. *Addiction*, 92, 633.

INDEKS

- Arst, näidisjuhtumid** (*Practitioner*) lk 36-41, 59-60, 68, 80, 82-84, 86-87, 88-93, 103, 107-113, 118-121, 127-141, 150-151
- Ambivalentesus** (*Ambivalence*) lk 48-49, 56, 72-73, 92, 121-122, 147, 163, 173
- Analüüsivastused** (*Test results*) lk 109-111, 136, 154
- Autonoomia** (*Autonomy*) lk 20-21, 32, 56, 100-101, 121, 127-129, 132, 136, 148-149, 172
- Avatud küsimus** (*Open questions*) lk 58-63, 68-69, 74-75, 79, 82, 86, 89-91, 104, 108, 119, 129, 140, 156, 176
- Enneaegne fookus** (*Premature focus*) lk 66, 106, 128, 133
- Esilekutsumine** (*Evocation*) lk 20-21, 23, 32, 49, 56, 69-71, 121, 147, 150, 159, 172, 176
- Esiletoomine** (*Elicit*) lk 22, 26, 29, 43, 54, 104-114, 128-129, 131-133, 137, 178
- Hindamine** (*Assessment*) lk 71-73, 178
- HIV/AIDS** (*HIV/AIDS*) lk 11, 107, 131-133, 164
- Juhendav stiil, juhendamine** (*Guiding style*) lk 25-27, 29-36, 40, 42, 47, 56, 70, 90, 99, 101-102, 107, 113-114, 117, 120, 121, 124, 126-142, 143-148, 154-156, 157, 159-160, 172-173, 175-178, 179
- Juhendav küsimus** (*Guiding question*) lk 66, 68-70, 73, 151, 178
- Kaasaminev stiil** (*Following style*) lk 25, 27, 29-30, 34-36, 38-40, 42, 79, 110, 145, 151, 157, 177
- Kokkuvõte** (*Summary*) lk 74, 82-83, 85-87, 92-93, 117, 122, 123-124, 135, 138-141, 145, 154, 155, 176, 178, 181
- Konsultatsioon** (*Consultation*) lk 19-20, 23-24, 26, 28, 33-34, 40, 42, 48, 58-59, 61-63, 66-67, 70, 78-79, 83, 87, 95-97, 108-111, 118, 121, 126-142, 145, 148-156, 159-163, 167, 172, 175-178, 181
- Kuulamine** (*Listening*) lk 23, 25-28, 33-43, 49-50, 56, 61, 66, 69, 77-94, 97, 99, 104, 108-114, 117-122, 124, 127-142, 145-148, 151, 155, 157, 167, 175-178, 180
- Kuulamise teetõke** („*Roadblock*” to listening) lk 80
- Käitumise muutmine** (*Behavior change*) alates lk 15
- Kängi-kontrolli-kängi** (*Chunk-check-chunk*) lk 102-103, 109-110
- Käskiv stiil** (*Directing style*) lk 27-31, 34-39, 42-43, 48, 62, 70, 78-79, 89-90, 99, 102, 104-05, 107, 109, 114, 117, 145-146, 150, 155, 157, 168, 175
- Küsimine** (*Asking*) lk 25, 33-43, 55, 57-65, 78, 80, 86, 97, 99-100, 102, 104, 117-121, 127-142, 157
- Küsimus-vastus lõks** (*Question-answer trap*) lk 62
- Loa küsimine** (*Asking permission*) lk 100-101, 109, 127-139
- MI „vaimsus”** („*Spirit*” of MI) lk 20-21, 121, 177-178
- Mittemotiveeritud patsient** (*Unmotivated patient*) lk 19-20
- Motiveeriva intervjuueerimise treenerite võrgustik** (*Motivational Interviewing*)

Network of Trainers (MINT)) lk 11, 182

Motiveeriv intervjuerimine (MI) (*Motivational interviewing (MI)*) alates lk 15

Muutustejutt (*Change talk*) lk 41, 49-51, 54-56, 68-73, 90-92, 105, 108, 124, 129-142, 176, 178, 181

Parandamisrefleks (*Righting reflex*) lk 21-22, 69, 71, 89, 102, 106-110, 117, 143, 150, 175-176

Patsiendi jõustamine (*Empowering the patient*) lk 21, 24, 69, 174

Peegeldamine (*Reflecting*) lk 81-83, 85-93, 97, 108, 117, 119, 121-122, 130-139, 144-145, 155, 157, 176, 178, 180-181

Põhioskused (*Core skills*) lk 25, 35, 38, 40, 47, 118, 175

Põhjused (*Reasons*) lk 51-55, 69-70, 74, 90-92, 117, 122-124, 128-129, 149, 181

Pühendumine (*Commitment*) lk 51, 53-55, 69, 74, 90-93, 122-124, 130-142, 149, 181

Ravi, raviplaani järgimine (*Medical adherence*) lk 18-19, 32-34, 38, 42, 47, 66, 107-109, 131-142, 160, 164

Rutiinne hindamine (*Routine assessment*) lk 62-65, 71

Sihi seadmine (*Agenda setting*) lk 65-67, 89, 127-142, 146, 148, 151-154, 175-176, 178

Skaala (*Ruler, Rating scale*) lk 70-75, 133-134, 150, 173, 175

Soov (*Desire*) lk 47, 50-56, 69-71, 74, 90-92, 117, 122-124, 149, 181

Soov, võime, põhjus, vajadus (*Desire, ability, reason, need (DARN)*) lk 50-56, 69

Suhtlemisoskused (*Communication skills*) lk 25, 32, 33

Suletud küsimus (*Closed questions*) lk 57-63, 68, 86, 107, 119, 144

Suruda maha parandamisrefleks, mõista ja õppida tundma patsiendi motiivatsioone, kuulata empaatiaga, jõustada patsienti (*Resist, understand, listen, empower (RULE principles)*) lk 21, 56, 69, 175

Tagasiside (*Feedback*) lk 56, 83, 105, 181

Teavitamine, informeerimine (*Informing*) lk 25, 33-43, 56, 62, 78, 93, 95-114, 117-141, 157, 175

Tervisedendus (*Health promotion*) lk 166, 171

Too esile – anna teavet – too esile (*Elicit–provide–elicit*) lk 104-110, 178

Treenerid (*Trainers*) lk 172, 181-182

Vaikus kuulamises (*Silence in listening*) lk 43, 81, 97

Vajadus (*Need*) lk 27, 51-56, 69, 74, 90-92, 117, 122-124, 130, 149, 181

Vanematoetusstruktuur, juhendav osalemine (*Scaffolding, guided participation*) lk 157

Vastupanu (*Resistance*) lk 49, 62, 89-91, 100, 124, 146, 150, 167

Võime (*Ability*) lk 51-56, 69, 74, 90-92, 117, 122-123, 130-142, 149, 181

Võtmeküsimused (*Key questions*) lk 74, 137

Raamatus „**MOTIVEERIV INTERVJUEERIMINE TERVISHOIUS**” tutvustatakse rahvusvaheliselt ja ka Eestis üha enam kasutamist leidvat suhtlemismeetodit – motiveerivat intervjuerimist (MI) – praktilisel ja teaduspõhisel viisil. See raamat on suunatud ennekõike neile, kes töötavad, õpetavad või omandavad haridust tervishoiusüsteemis ning kes oma tööd tehes puutuvad kokku eluviiside ja harjumuste muutust vajavate patsientidega. Patsientide aitamisega tegelevad inimesed näevad sageli olukordi, kus hoolimata väga ilmsest vajadusest oma tervise nimel midagi ette võtta jäädakse passiivseks ega muudeta oma väljakujunenud harjumusi.

Miks inimesed ei muutu? Kuidas teie saate aidata neil muutuda? Need on põhilised küsimused, millele sellest raamatust vastuseid leiate. MI on paindlik töövahend, mille meditsiinisüsteemis töötavad spetsialistid (arstid, õed, nõustajad jpt) saavad appi võtta oma patsientide muredele lahendusi otsides. Pole tähtis, kas probleemiks on suitsetamine või alkoholi tarvitamine, ebatervislik toitumine või vähene liikumine, raviskeemi jälgimine või suuhügieen. Osutub, et kindlate ettekirjutuste asemel on palju tõhusam muutuste allikas patsientide isiklike põhjuste, soovide, vajaduste ja vastuolude esiletoomine. Võib juhtuda, et seda raamatut lugedes ja oma senist praktikat analüüsites kogete samaaegselt nii äratundmisrõõmu kui ka väljakutset edasiarenemiseks. Kindlasti aga leiate siit kasulikke juhiseid oma töö tõhustamiseks.

INGA KARTON

psühholoog,
õppejõud,
motiveeriva intervjuerimise treener



Tervise Arengu Instituut

National Institute for Health Development



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti tuleviku heaks