

# הגישה המוטיבציונית בקידום בריאות

תקציר:

התנהגויות הפוגעות בבריאות ודבקות נמוכה בטיפול תרופתי תורמות באופן משמעותי להגברת תדירות אשפוזים, תחלואה ותמותה. ארגוני בריאות מובילים בעולם משקיעים מאמץ רב במציאת אסטרטגיות יעילות לצורך ההתמודדות עם בעיות אלה, והגישה המוטיבציונית (Motivational interviewing) היא גישה מבוססת ראיות, שנועדה לגייס חולים לדבקות בטיפול למצבים בריאותיים רבים ולאיתוץ אורח חיים בריא. הגישה ממוקדת חולה, ומבוססת על עקרונות של שיתוף פעולה, הכרה באוטונומיה של החולה והפקת תכנים בראש ובראשונה מהחולה. נמצא, כי ככל שהחולה מבטא יותר מחויבות כלפי תוכנית הטיפול, כך גדל הסיכוי לשינוי התנהגותי בפועל. על כן, הגישה כוללת טכניקות הניתנות ללמידה, אשר מסייעות לחולה לדבר בעד יתרונות הטיפול ואיתוץ אורח חיים בריא יותר. בכך ניתן לסייע בשינוי אורח חייהם של חולים ובשיפור בריאותם, ולתרום למקצועיות ולתחושת הסיפוק של הרופא מעבודתו.

שאל לב־רן<sup>1</sup>  
אורי ניצן<sup>2</sup>

<sup>1</sup>המרכז לבריאות הנפש שלוותה, הוד השרון, והפקולטה לרפואה סאקלר, אוניברסיטת תל אביב, רמת אביב  
<sup>2</sup>המרכז לבריאות הנפש שלוותה, הוד השרון

מילות מפתח:  
:KEY WORDS

הגישה המוטיבציונית; קידום בריאות; ; דבקות בטיפול.  
Treatment adherence ; Motivational interviewing; Health care

## הקדמה

מחלות כרוניות הן נפוצות, יקרות, וגורמות לנטל אדיר של תחלואה ונכות במדינות רבות [1]. במדינות מפותחות, השילוב של אוכלוסייה עם תוחלת חיים הגדלה והולכת יחד עם קדמה טכנולוגית, מביא לעלייה בשכיחותן של מחלות עם השלכות ארוכות טווח [2]. קיים כיום מידע המעיד על ארבע התנהגויות הניתנות לשינוי אשר אחראיות ל-40% מהתמותה בארצות הברית: עישון; ברות (דיאטה) לא בריאה; היעדר פעילות גופנית; וצריכת יתר של אלכוהול [3]. עוד ידוע, שההתמדה בטיפול התרופתי כנגד מחלות כרוניות נמוכה באופן כללי ופוחתת באופן ניכר שישה חודשים מתחילת הטיפול; התנהגות זו תורמת באופן משמעותי להגברת תדירות האשפוזים, ולעלייה בשיעור התחלואה והתמותה [4].

על רקע זה, ארגוני בריאות מובילים משקיעים מאמץ רב במציאת אסטרטגיות יעילות להפיכת חולים עם מחלות כרוניות לשותפים פעילים, מודעים ומגויסים לטיפול. יישום האסטרטגיות נועד לסייע לחולים לשנות את התנהגותם, להשקיע ממצבם בטיפול במצבם הבריאותי [5], ובאופן זה גם לשפר את איכות החיים שלהם ולהאריך את תוחלת חייהם [6].

הגישה המוטיבציונית (Motivational interviewing) מהווה גישה מבוססת ראיות לגיוס לטיפול במצבים בריאותיים רבים. זוהי גישה קלינית הנושאת יתרונות רבים עבור חולים, קלינאים וארגוני בריאות כאחד. המטרה במאמרנו זה היא לסקור את עקרונות הגישה המוטיבציונית ואת יישומיה בקידום בריאות.

## שינוי התנהגותי בתחום הבריאות

שינוי התנהגות הוא אתגר גדול שלמימוש דרושים זמן, מאמץ והניעה (מוטיבציה). אמביוולנטיות כלפי שינוי התנהגותי היא בעיה מוכרת במסגרות בריאותיות רבות [7]. אופן ההתנהלות המסורתית של אנשי מקצועות בריאות כולל עידוד לאורח חיים בריא ולשיתוף פעולה עם תוכניות טיפול, על ידי מתן עצות (עם או ללא ניסיונות שכנוע ישירים) בנוגע לשינוי ההתנהגותי [8]. במחקרים הודגם, כי יעילותה של התנהלות כזו בהבאה לשינוי התנהגותי נמוכה [9],

וקיימות ראיות לכך שחולים רבים אינם מעוניינים בקבלת עצות בנוגע לאורח חייהם, כשאלו נתפשים על ידם כהוראות מפי "הרופא הפטרנליסטי" [10]. על כן, התנהלות המבוססת על מתן עצות והוראות עלולה להתפתח לכדי עימות לא יעיל, שבו הרופא שם דגש על יתרונות השינוי, מבלי להכיר במחירים המיידים של השינוי עבור החולה, בעוד החולה מתייחס בעיקר להשפעות והמחירים המיידים של השינוי תוך מזעור הרווחים העתידיים [8]. הסכנה בשיח מסוג זה היא שהחולה יפתח התנגדות לטיפול המוצע לו או שההתנגדות הראשונית שלו לטיפול תגבר [11].

קיימות ראיות לכך, שגישה ממוקדת-חולה מניבה תוצאות טובות יותר בנוגע לדבקות בטיפול ושינוי התנהגותי מאשר גישות אחרות [12]. עקרונות הגישה ממוקדת החולה כוללים תפיסה של מפגש רופא-חולה כ"מפגש בין מומחים" (החולה כמומחה בחייו שלו, והרופא כמומחה בתחום הרפואה), כאשר החולה הוא שותף פעיל בשיח המרבה לדבר ולבטא את תפיסותיו במהלך המפגש עם הרופא [8].

## הגישה המוטיבציונית

הגישה המוטיבציונית התפתחה מתחום הטיפול בהתמכרויות ונוסחה על ידי זוג הפסיכולוגים **מילר ורולניק**. הגישה ממוקדת החולה נתמכת בממצאים אמפיריים רבים [13] ומהווה חלק מתוכניות קידום בריאות רבות [14]. הגישה המוטיבציונית כבר מיושמת כיום בתחומים כמו שינוי ברות (דיאטה), ירידה במשקל, הגברת פעילות גופנית, דבקות בטיפול תרופתי, הפסקת עישון ועוד [15-17]. התערבויות המבוססות על הגישה המוטיבציונית מוצאות את מקומן במסגרות רפואיות רבות, ובכללן במסגרות של רפואה ראשונית [18], מחלקות אשפוז [19] וחדרי מיון [20].

הגישה המוטיבציונית מוגדרת כ"גישה ממוקדת מטופל", מכוונת מטרה, להגברת הניעה פנימית לשינוי על ידי חקירה ופתרון של אמביוולנטיות" [11]. נקודת המוצא היא, שהניעת המטופל היא מידת מוכנותו לשינוי ברגע נתון, ולא תכונת האישיות שלו, אשר משתנה לאורך זמן ובתלות במצב, וכי ניתן להשפיע על ההניעה ולתעל אותה לכיוון מסוים. "היעדר הניעה לשינוי" אינה נתפסת כתכונה מובנית של החולה, אלא כביטוי לאמביוולנטיות כלפי שינוי

מנבאת שינוי התנהגותי בפועל [25], ועל כן, מטרת יחסי הגומלין בין הרופא לחולה היא לסייע לחולה להתבטא באמצעותה.

לעומת זאת, עימות עם החולה "המתנגד" נתפס כמצב אשר מגביר את התנגדותו, וממריץ אותו לתת ביטוי לחלקים המתנגדים לטיפול ולשינוי. התבטאויות המייצגות התנגדות לשינוי קרויות בגישה המוטיבציונית "התנגדות" או "שפת קיבעון", ונמצא כי הן מקטינות את הסיכוי לשינוי התנהגותי בפועל [26].

התנגדות מצד החולה נתפסת כתמרור אזהרה המורה לרופא לשנות את אופן התנהלותו. במקום להתעמת עם החולה המתנגד, ומתוך הכרה בכך שניתן לעודד השקפות שונות מבלי להתעמת, בגישה המוטיבציונית "זורמים עם התנגדות", במטרה להשיב את ההרמוניה לאינטראקציה הטיפולית, וכך להגביר את הסיכוי לגייס את החולה לטיפול. הדבר נעשה בעזרת מגוון של טכניקות הכוללות שיקופים, הדגשת אוטונומיה, הבניה מחדש של הסיטואציה ועוד.

בנוסף, מתוך הכרה בכך שלא די ברצון חזק לביצוע שינוי, אלא גם

נדרשת תחושת מסוגלות עצמית, מושם דגש בגישה המוטיבציונית על תמיכה במסוגלות זו. תמיכה זו נשענת פעמים רבות על הצלחותיו של החולה לבצע שינוי בעבר, בין אם באותו תחום ובין אם בתחומים אחרים. גם בהקשר זה, בהתאם ליסוד של "הפקת תכנים מהמטופל", מזמינים את המטופל לבטא את הצלחות העבר שלו ואת התנאים שסייעו להצלחות אלה.

### טכניקת הגישה המוטיבציונית

הטכניקות הבסיסיות המשמשות את הרופא בעבודתו על פי עקרונות הגישה המוטיבציונית כוללות שאילת שאלות פתוחות, מתן חיזוקים לחולה, יישום הקשבה משקפת מיומנת וניסוח סיכומים של דברי החולה. הטכניקות מיושמות נעשה

באופן ברירני (סלקטיבי), במטרה לעודד שפת שינוי מצד המטופל. טכניקות אלה עולות בקנה אחד עם ממצאי מחקרים שונים, שהראו כי התנהגויות מצד הרופא המבטיחות תוצאים טובים ביותר עבור החולים כוללות אמפתיה; אמירות תמיכה; עידוד; הסברים; התייחסות לרגשות החולה; הקשבה לחולה; סיכומים של דברי החולה; חיזוקים חיוביים; וביטוי כוונותיו של החולה על ידו לקראת סוף הפגישה [27].

בהתערבות על פי הגישה המוטיבציונית, הרופא אינו זה הטוען בעד השינוי, ואינו זה שמנסה לשכנע את המטופל לשתף פעולה עם תוכנית הטיפול, בעוד שהחולה מצדו מסביר מדוע אינו מעוניין או מסוגל ליטול את הטיפול או לשנות הרגלי חיים. במקום זאת, תפקידו של הרופא על פי גישה זו הוא לעודד את החולה, תוך יישום טכניקות מוגדרות, ולדבר על אותם חלקים בתוכו שבגללם הוא מעוניין לשנות את אורח חייו או את מידת דבקו בטיפול.

ככל שהחולה יטען יותר בעד שיתוף פעולה עם הטיפול ושינוי הרגלי חיים, יבטא תחושת מסוגלות לביצוע השינוי, ובעיקר יתחייב לביצוע השינויים המומלצים, כך יגדל הסיכוי לשינויים אלו יתרחשו בפועל [25].

וכדבר שניתן להשפיע עליו. בניגוד לגישות ממוקדות חולה אחרות, לגישה המוטיבציונית יש אלמנט בולט של הנחיה לעבר שינוי התנהגותי. במילים אחרות, לצד קבלת זכותו של המטופל לא לבצע את השינוי, קיים מרכיב מהותי של הניעתו לעבר ביצוע השינוי. לשם כך, הגישה מגדירה מטרה ברורה, רוח טיפולית מסוימת, עקרונות מנחים וטכניקות הניתנות ללמידה.

### המטרה בבסיס הגישה המוטיבציונית

המטרה בבסיס הגישה המוטיבציונית היא הניעה לשינוי התנהגותי. שינוי זה יכול להתבטא בקידום אורח חיים בריא (הפסקת עישון, הגברת פעילות גופנית, וכו'), דבקות בטיפול תרופתי, צריכה מופחתת של סמים ואלכוהול, הגעה לפגישות מעקב ועוד.

### רוח הגישה המוטיבציונית

"הרוח הטיפולית" של הגישה מושתתת על יסודות של שיתוף פעולה, הכרה באוטונומיה של החולה והפקת תכנים ממנו. "שיתוף פעולה" פירושו שהרופא עובד יחד עם החולה, תוך הימנעות מעימות עמו. הדבר ניכר באופן ההתנהלות של הרופא מול החולה, כמי שפועל להשגת יעד משותף, ולא כ"עומד מנגד" המבקר את החולה על אורח חייו או מורה לו כיצד לנהוג. "הכרה באוטונומיה" פירושה, שהרופא זוכר כי החולה הוא זה שמקבל בסופו של דבר החלטות בנוגע לחייו, וכי עצם ההכרה של אדם את עצמו כמקבל החלטות (פעיל) מסייעת בהתפתחותו העצמית. התפתחות זו עשויה, בסופו של דבר, להגביר גם את תחושת המסוגלות שלו לבצע את השינוי הרצוי [21]. "הפקת תכנים מהחולה" מתייחסת לכך שהרופא שם לו למטרה להפיק מתוך החולה את הדאגות שלו בנוגע למצבו הגופני ואת הפתרונות האפשריים להן. הדבר כרוך בהכרה בכך שהחולה מומחה בחייו שלו, וכפי שניסח זאת הפילוסוף הצרפתי **בלז פסקל**: "אנשים משתכנעים לרוב מהסיבות שגילו בעצמם, ולא מאלו שעלו במוחם של אחרים" [22].

מסוגלותו של קלינאי לעבוד על פי רוח הגישה ניתנת למדידה [23], וקיימות ראיות לכך שהיא מנבאת שיתוף פעולה מצד החולה ומשפיעה באופן פעיל על תוצאת הטיפול [24].

### עקרונות הגישה המוטיבציונית

#### העקרונות המנחים של הגישה המוטיבציונית כוללים:

1. הבעת אמפתיה.
2. עידוד אי התאמה.
3. זרימה עם התנגדות.
4. תמיכה במסוגלות עצמית.

לאמפתיה מקום מרכזי ביותר בגישה המוטיבציונית. הגישה מושתתת על קבלה של החולה וזכותו לבחור את דרכו, ועל ההכרה בכך שאמביוולנטיות כלפי שינוי היא נורמאלית ואוניברסאלית.

מתוך עמדה אמפאיתית זו, ומתוך הכרה בכך שהחולה אינו "מתנגד" לתוכנית הטיפול או לשינוי בהרגלי חיים, אלא אמביוולנטי כלפיהם, תפקידו של הרופא הוא לזהות ולעודד אי התאמות בין התנהגותו הנוכחית של החולה לבין ערכיו ומטרותיו העתידיות כפי שהוא מצהיר עליהן. הדבר מוביל את החולה עצמו לדון באי התאמות אלו, ולטעון בעד שיתוף פעולה עם הטיפול ואימוץ אורח חיים בריא יותר. הצהרות החולה בעד שינוי ובנוגע למחויבות לשינוי, נקראות בגישה המוטיבציונית "שפת שינוי". נמצא, כי שפת שינוי זו

## שיחה לדוגמה

להלן שיחה לדוגמה ברוח הגישה המוטיבציונית בין רופא משפחה לחולה ששוחרר מאשפוז על רקע כאבים בבית החזה, כאשר ברקע גורמי סיכון מרובים, ביניהם השמנת יתר, רמת שומנים גבוהה בדם ועישון סיגריות. החולה הפגין רמת מוכנות ראשונית נמוכה לשינוי אורח חיים או "התנגדות" לטיפול. לאחר חלק מן האמירות, מצוינים בסוגריים עקרונות או טכניקות התערבות האופייניים לגישה המוטיבציונית שהוזכרו לעיל:

**רופא:** "הייתי רוצה לדבר על כמה מהדברים שיכלו לתרום לכאבים בבית חזה שבגללם אושפזת, ודרכים אפשריות לשנות אותם. זה מקובל עליך?" (בקשת רשות מהמטופל)

**חולה:** "כן, אבל תשמע, מאז שזה קרה הילדים עושים לי את המוות – תפסיק לעשן, תפסיק לאכול – כאילו אני הולך למות מחר. מספיק – אין לי כוח לשמוע עוד מזה עכשיו".

**רופא:** "אתה רוצה שיניחו לך קצת" (הקשבה משקפת).

**חולה:** "אין לי כוח לשמוע על זה כל הזמן. אז מה, עכשיו תגיד לי שאני צריך לשנות מיליון דברים?"

**רופא:** "אני מבטיח שאת זה לא אעשה. רק אתה תוכל להחליט מה לעשות בנוגע לבריאות שלך, אבל הייתי שמח לעלות כמה דברים" (עומד בפיתוי של להתווכח בעד השינוי, מדגיש אוטונומיה).

**חולה:** "תשמע, אפילו אני מבין שאני לא חי בצורה כל כך בריאה".  
**רופא:** "אתה מודע בעצמך לחלק מהסכנות שבסגנון החיים שלך. למה לדוגמה?" (הקשבה משקפת, הפקת תכנים מהמטופל).

**חולה:** "אני יודע שאני שמן, או לפחות שהשמנתי בשנים האחרונות, שאמרת לי לקחת את התרופה הזו לכולסטרול ולא לקחת, שהסיגריות בטח לא עושות לי טוב, שאני לא עושה ספורט. לא חסר. עכשיו בטח תגיד לי שהדבר הכי חשוב הוא שאני אפסיק לעשן!"

**רופא:** "צודק! אני מאמין שהפסקת עישון היא כנראה הדבר שיכול להיות לו הכי הרבה השפעה על הבריאות שלך. אבל מה אתה חושב לגבי זה?" (הפקת תכנים מהמטופל).

**חולה:** "אני חושב שאין סיכוי בעולם כרגע. לא איך שאני עובד עכשיו. פשוט לא בא בחשבון".

**רופא:** "להתחיל בעישון זו בעיה עבורך. זה קשה כרגע" (הקשבה משקפת).

**חולה:** "כן, ועוד הזכרת דיאטה, פעילות, עוד כמה דברים. זה להפוך את כל החיים כרגע, זה לא ריאלי".

**רופא:** "זה באמת הרבה דברים להתייחס אליהם בבת אחת. הייתי רוצה שנקבע יחד במה כדאי להתרכז – הזכרת פעילות גופנית, עישון, כולסטרול גבוה, השמנת יתר. מכל הדברים שהזכרת, ממה נראה לך הכי מציאותי להתחיל?" (קביעת סדר יום משותף).

**חולה:** "תראה, אני לחוץ בעבודה כל הזמן, אני לא רואה את עצמי מפסיק לעשן כרגע, וגם לא עושה ספורט או דיאטה – לעומת זאת אני לא מתנגד לקחת תרופות".

**רופא:** "עוד מוקדם עבורך לחשוב על לעשות שינויים בדיאטה או להתחיל לעשות פעילות גופנית, אבל אתה מעוניין לטפל בכולסטרול. מה אתה יודע על הסכנות שבכולסטרול?" (הקשבה משקפת, הפקת תכנים מהמטופל).

**חולה:** "לא יודע, אומרים שזה לא בריא, אבל גם לאחי יש את זה, והוא בריא כמו שור".

**רופא:** "מה שאנחנו יודעים היום הוא שכולסטרול גבוה הוא גורם סיכון למחלות לב, שיחד עם גורמי סיכון אחרים מעלים באופן משמעותי את הסיכון לסתימות בעורקים, ולכן שפחות חמצן יגיע ללב. זה מה שקרה לך כשהגעת לאשפוז – לא הגיע מספיק חמצן

ללב, וזה גם מה שקורה בהתקף לב" (מסירת מידע).

**חולה:** "אז כדי להוריד את זה צריך לקחת תרופות?"

**רופא:** "כן, ואני ארשום לך טיפול תרופתי להורדת הכולסטרול. אתה מכיר, או שמעת, על צורות נוספות להפחתת הכולסטרול?" (הפקת תכנים מהמטופל).

**חולה:** "אשתי אומרת לי שאם אני אוכל פחות דברים שמנים זה יעזור".

**רופא:** "נכון, גם דיאטה יכולה להוריד את רמת הכולסטרול. יש סוגי מזון שיש בהם יותר כולסטרול ושכדאי לאכול אותם באופן מתון".

**חולה:** "אין לי בעיה להקפיד קצת, אבל רק לא איזה דיאטה שאני לא אוכל לעמוד בה".

**רופא:** "אז אם אסכם את מה ששוחחנו עליו היום – נמאס לך מזה שאומרים לך כל הזמן כמה אתה צריך לשנות דברים, ומצד שני גם אתה מודאג ממה שקרה לך, והיית רוצה להתחיל ממקום פשוט יחסית – הכולסטרול. אתה מעוניין להתחיל טיפול תרופתי, ומוכן לשקול שינוי בהרגלי אכילה, בתנאי שהוא יהיה סביר" (סיכום).

**חולה:** "כן, בדיוק".

**רופא:** "אז אני ארשום לך את התרופה להורדת הכולסטרול. מה עוד היית רוצה לעשות כרגע בנוגע לדברים ששוחחנו עליהם?" (הפקה מהמטופל).

**חולה:** "אולי תפנה אותי למישהי שתעזור לי בעניין הדיאטה, אבל כמו שאמרת, משהו שבאמת יעזור, ולא שיגידו לי לאכול גזר וחסה כל היום".

**רופא:** "משהו שיהיה מציאותי בשבילך. אני אפנה אותך לדיאטנית שלנו כאן בסניף, ואציין בדיוק את מה שאתה אומר עכשיו. הייתי שמח להזמין אותך למעקב בעוד חודש, לראות איך הולך. מה דעתך?"

במהלך השיחה הועלו כמקובל גורמי הסיכון למחלות לב, אך חשוב מכך, החולה היה שותף פעיל לשיחה הנוגעת למצבו הבריאותי. הרופא לא הסתיר את עמדתו השלילית בנוגע לעישון, אך גילה עניין אמיתי באותן מטרות שהחולה תפס כאפשריות וסייע בהצבת מטרות ראשוניות מציאותיות עבור החולה. בהמשך, תוך מעקב, יוכל הרופא בדרך זו להעלות אפשרויות נוספות לשינויים באורח החיים של החולה.

אחד החששות של רופאים בנוגע לשיחה בנושא שינוי התנהגותי הוא שהדבר יגזול זמן רב. לשם כך פותחו עיבודים של הגישה המוטיבציונית המותאמים למפגשים קצרים במסגרת רפואית [28]. רופאים שעברו הכשרה של מספר ימים בגישה המוטיבציונית, דיווחו על כך שהם שינו את התנהלותם המקצועית היומיומית, העריכו כי הגישה המוטיבציונית יעילה מאופן מסירת מידע "מסורתי", ומסרו שעבודה בגישה המוטיבציונית אינה גוזלת זמן רב יותר מהתערבות "רגילה" [29].

## לסיכום

הגישה המוטיבציונית מהווה גישה מבטיחה בתחום קידום הבריאות, אשר יש לה השלכות רבות לעבודתו של הרופא במסגרת רפואה ראשונית, מחלקות אשפוז בבתי חולים ובחדרי מיון. למרות שמוצאה מתחום ההתמכרויות, נעשה כיום שימוש רב בגישה בתחום קידום הבריאות, בניסיון להגביר שיתוף פעולה ודבקות בטיפול מצד החולים. הגישה עולה בקנה אחד עם תפיסתן העכשווית של מערכות בריאות רבות הרואות צורך בגיוס החולה כשותף פעיל בבניית תוכנית טיפול וביישומה. היא מעניקה לרופא אסטרטגיות מוגדרות הניתנות ללמידה ואמצעים להתאים את

אורח חייהם של החולים ולתרום למקצועיות ותחושת הסיפוק של הרופא מעבודתו.

**מחבר מכותב: שאול לב־רן**

המרכז לבריאות הנפש שלוותה, הודו השרון  
 הפקולטה לרפואה סאקלר, אוניברסיטת תל אביב  
 ת.ד. 94 הודו השרון  
**טלפון:** 09-7478500  
**פקס:** 09-7478628  
**דוא"ל:** shauli.levran@gmail.com

אופי ההתערבות למידת המוכנות של החולה לשינוי. עם זאת, הגישה המוטיבציונית אינה רק אוסף של טכניקות תקשורת; היא גישה המסייעת ליצור אווירה המאפשרת שינוי, אשר מדגישה את הצורך בהקשבה והפקת תכנים מפי המטופל. למרות ההבטחה הגלומה בגישה המוטיבציונית, עדיין יש צורך בעריכת מחקרים מבוקרים בתחומי בריאות רבים, אשר תימדד בהם יעילות הגישה בהבאה לשינוי התנהגותי בפועל. כמו כן, יש צורך במחקר שייבדק בו אילו מהמרכיבים השונים של הגישה המוטיבציונית חיוניים במיוחד ביחסי הגומלין של רופא-חולה. את אלה יהיה צורך להנחיל לציבור הרופאים, על מנת לסייע בשינוי

**ביבליוגרפיה**

1. Pomerleau J, Knai C & Nolte E, The burden of chronic disease in Europe. In: Nolte E and McKee M (Eds.), Caring for people with chronic conditions. A health systems perserspective. UK, Open University Press, 2008: 15-42.
2. Yach D, Hawkes C, Gould C & Hofman K, The global burden of chronic diseases. JAMA, 2004; 291: 16-22.
3. Mokdad A, Marks J, Stroup D & Gerberding J, Actual causes of death in the United States. JAMA, 2004; 291: 1238-1245.
4. Osterberg L & Blaschke T, Adherence to medication. N Engl J Med, 2005; 353: 487-497.
5. Lorig KR, Hurwicz ML, Sobel D & al, A national dissemination of an evidence-based self-management program: a process evaluation study. Patient Educ Couns, 2005 ;59:69-79.
6. UK department of Health, Raising the profile of long term conditions care. A compendium of information. 2008, London: UK Department of Health.
7. Rollnick SR, Heather N & Bell A, Negotiating behavior change in medical settings: the development of brief motivational interviewing. J Ment Health, 1992; 1: 25-37.
8. Butterworth SW, Influencing patient adherence to treatment guidelines. J Manag Care Pharm, 2008 ;14 (6 Suppl B):21-4.
9. Rollnick S, Kinnerlesley P & Stott N, Methods of helping patients with behaviour change. BMJ, 1993; 307: 188-190.
10. Stott NCH & Pill RM, "Advise yes, dictate no": patient's views on health promotion in consultation. Fam Pract 1990; 7:125-131.
11. Miller WR & Rollnick SR, Motivational interviewing: preparing people to change behavior. New York: Guilford Press; 1991.
12. Hahn SR, Patient-centered communication to assess and enhance patient adherence to glaucoma medication. Ophthalmology. 2009 ;116 (11 Suppl):S37-42.
13. Martins RK & McNeil DW, Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. Clin Psychol Rev, 2009;29:283-293.
14. Abramowitz SA, Flattery D, Franses K & al, Linking a motivational interviewing curriculum to the chronic care model. J Gen Intern Med, 2010 ;25 (Suppl 4):S620-6.
15. Foltz SC & Nelson ME, Reducing cardiovascular disease risk in sedentary, overweight women: strategies for the cardiovascular specialist. Curr Opin Cardiol, 2010;25:497-501.
16. Cooperman NA, Parsons JT, Chabon B & al, The development and feasibility of an intervention to improve HAART adherence among HIV-positive patients receiving primary care in methadone clinics. J HIV AIDS Soc Serv, 2007; 6:101-120.
17. Hettema JE & Hendricks PS, Motivational interviewing for smoking cessation: A meta-analytic review. J Consult Clin Psychol, 2010 ;78:868-884.
18. Sim MG, Wain T & Khong E, Influencing behaviour change in general practice - Part 2 - motivational interviewing approaches. Aust Fam Physician, 2009;38:986-989.
19. Bock BC, Becker BM, Niaura RS & al, Smoking cessation among patients in an emergency chest pain observation unit: outcomes of the Chest Pain Smoking Study (CPSS). Nicotine Tob Res, 2008; 10:1523-31.
20. Walton MA, Chermack ST, Shope JT & al, Effects of a brief intervention for reducing violence and alcohol misuse among adolescents: a randomized controlled trial. JAMA, 2010 ;304:527-535.
21. Ryan RM & Deci EL, Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. Am Psychol, 2000; 55: 68-78.
22. Blaise Pascal, Pensees, 1669.
23. Madsen MB & Campbell TC, Measures of fidelity in motivational enhancement: A systematic review. J Subst Abuse Treat, 2006; 31: 67-73.
24. Moyers TB, Martin T, Christopher PJ & al, Client language as a mediator for motivational interviewing efficacy: where is the evidence? Alcsms Clin Exp Res, 2007; 31: 40-47.
25. Apodaca TR & Longabaugh R, Mechanisms of change in motivational interviewing: a review and preliminary evaluation of the evidence. Addiction, 2009;104:705-715.
26. Beutler LE, Moleiro C & Talebi H, Resistance in psychotherapy: what conclusions are supported by research? J Clin Psychol, 2002; 58: 207-217.
27. Beck R, Daughtridge R & Sloane P, Physician-patient communication in the primary care office: A systematic review. J Am Board Fam Pract, 2002; 15: 25-38.
28. Rollnick S, Miller WR & Butler C, Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior. New York: The Guilford Press; 2008.
29. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T & al, An educational and training course in motivational interviewing influence: GP's professional behavior - Addition Denmark; Br J Gener Pract, 2006; 56: 429-437.