

KESAN LATIHAN STRATEGI KAUNSELING ADAPTASI *MOTIVATIONAL INTERVIEWING* (AMI) TERHADAP KAUNSELOR PELATIH

Puteri Hayati Megat Ahmad · Md Shuaib Che Din · Chua Bee Seok

Terbitan atas talian: 1 Jun 2013

© Pusat Pengajian Psikologi dan Pembangunan Manusia, 2013

Abstrak Kajian *Motivational Interviewing* secara berterusan telah menunjukkan hasil yang positif dalam pelbagai seting dan populasi tetapi tidak banyak kajian yang memfokuskan kepada latihan kaunselor dalam konteks budaya berbeza. Kajian eksperimen-kuasi ini bertujuan untuk melihat kesan latihan strategi kaunseling Adaptasi *Motivational Interviewing* dibina ke atas kaunselor pelatih. Instrumen kajian yang digunakan adalah *Counseling Response Questionnaires*, *Confidence and Knowledge Scale* dan *Motivational Interviewing Treatment Integrity*. Seramai 112 kaunselor pelatih terlibat dibahagikan kepada kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan. Dapatan kajian secara keseluruhan menunjukkan wujudnya perbezaan yang signifikan kesan latihan (respon empati, keyakinan melaksanakan kaunseling dan Kemahiran (*Motivational Interviewing*) antara kumpulan rawatan dan kumpulan kawalan. Bagaimanapun, strategi latihan ini gagal meningkatkan penguasaan kemahiran subjek kepada tahap kecekapan kecuali bagi kemahiran respon refleksi-kompleks. Kajian ini menyumbang kepada perkembangan AMI dalam konteks pelbagai budaya serta mengutarakan model latihan strategi AMI di Malaysia.

Kata Kunci Adaptasi · *Motivational Interviewing* · Latihan · Kesan · Latihan · Kemahiran · Kaunselor Pelatih

Abstract Studies on *Motivational Interviewing* have continuously yielded positive results in various settings and populations, but not many studies have focused on counselor's training in different cultural contexts. The aim of this quasi-experimental study is to identify the effects of counseling strategy training Adaptation *Motivational Interviewing* on counselor trainees. Instruments used were *Counseling Response Questionnaire*, *Confidence and Knowledge Scale* and *Motivational Interviewing Treatment*

Integrity. Around 112 counselor trainees were involved in this study and they were divided into treatment and control groups. Overall results showed that there were significant differences in effects of training (empathy response, confidence and *Motivational Interviewing* skills) between the treatment group and the control group. However, this training strategy failed to improve the skills of the subject to the level of proficiency, except for the complex-reflection response. This study contributes towards the development of *Motivational Interviewing* theory in cross-cultural contexts and promotes a model of AMI strategy training in Malaysia.

Keywords Adaptation · *Motivational Interviewing* Training · Training · Effects · Skills · Trainee Counselor

Pengenalan

Adaptasi *Motivational Interviewing* (AMI) adalah satu strategi kaunseling yang semakin diterima serta antara pendekatan kontemporari paling popular dan dominan (Simoneau & Bergeron, 2003) dalam menjana motivasi klien semasa rawatan. Ia adalah strategi yang menekankan perubahan klien berasaskan prototaipnya *Motivational Interviewing* (MI). MI dan AMI berorientasikan pemusatan klien, mempunyai andaian, semangat, prinsip dan tujuan yang serupa diandaikan mampu menjana perubahan tingkah laku klien secara sukarela mengikut satu ketetapan pusingan tahap-tahap perubahan yang dikemukakan oleh Prochaska dan Norcross (2004).

Dewasa ini, AMI sering dikaitkan dengan rawatan penagihan dan intervensi utama rawatan penyalahgunaan bahan (Hettema, Steele, & Miller, 2005). Malah AMI dianggap pendekatan rawatan paling banyak mempunyai bukti empiris berkaitan keberkesanan rawatan selain daripada Latihan Kemahiran Tingkah Laku Kognitif (Burke, Arkowitz, & Dunn, 2002) dan sebagai kaedah membawa perubahan

Puteri Hayati Megat Ahmad (✉) · Chua Bee Seok
Sekolah Psikologi dan Kerja Sosial
Universiti Malaysia Sabah
88450 Kota Kinabalu, Sabah
Email: puteri@usm.edu.my

Md Shuaib Che Din
Kolej Universiti Insaniah (Alor Setar)

(Arkowitz, Westra, Miller, & Rollnick, 2008). Kini AMI bertambah luas penggunaannya, merangkumi masalah lain seperti rawatan perubahan tingkah laku (Miller & Rollnick, 2002), penjagaan kesihatan (Rollnick, Miller, & Butler, 2008) dan masalah psikologi seperti kebimbangan dan kemurungan (Arkowitz et al., 2008). Di samping itu, AMI juga terbukti sebagai satu pendekatan bersifat kos efektif (Project MATCH Research Group, 1997).

Melalui kajian lepas, ada beberapa kekuatan AMI yang dikenalpasti. Antaranya ialah kesesuaian penggunaan AMI dalam pelbagai latar dan populasi kerana ia berdasarkan prinsip umum tingkah laku manusia (Hettema et al., 2005), sesuai diaplikasikan untuk populasi yang mengelak rawatan dan yang menghadapi masalah motivasi (Heather, 2005). Ia adalah intervensi singkat menyebabkan kurang kos rawatan (Burke, Arkowitz & Menchola, 2003; Miller & Rollnick, 2002). AMI boleh dilaksanakan secara efektif oleh ahli klinikal bukan pakar (Dunn et al., 2001). AMI boleh dilaksanakan secara bersendirian atau gabungan dengan terapi lain untuk pengekalan dan keakuran rawatan (Burke et al., 2003; Hettema et al., 2005) dan kesan hasil rawatan AMI sepadan dengan pelbagai strategi rawatan lain (COMBINE Study Research Group, 2003). Dalam konteks multibudaya pula, AMI adalah strategi yang memenuhi keperluan terapi semasa apabila dua sifat utama AMI iaitu sifat *'transrational'* dan *'atrorational'* berupaya mengatasi masalah bias dan nilai latar masyarakat asal ketika teori itu tercipta. Sifat *'transrational'* membolehkan strategi AMI ini diterima pakai dalam semua teori kontemporari masa kini, merentasi batasan negara dan budaya sementara sifat *'atrorational'* atau neutral menerangkan bahawa ia tidak terikat dengan nilai tempat ia dilahirkan, menjadikan AMI sangat sesuai digunakan di negara bukan barat seperti di Malaysia dan juga negara-negara yang lain.

Motivational interviewing (MI) adalah strategi kaunseling pemusatan klien bersifat direktif bagi menjana motivasi intrinsik untuk berubah melalui penerokaan dan penyelesaian ketidakpastian (Miller & Rollnick, 2002). Banyak adaptasi telah dilakukan ke atas MI (Miller et al., 2008), kerana itu ketulenan aplikasi MI sangat sukar untuk dipastikan kecuali jika ia dijalankan oleh peminanya sendiri. Justeru itu, adaptasi *Motivational Interviewing* (AMI) dan bukan MI tulen (MI) telah berterusan digunapakai sebagai rawatan dalam kajian terkini (Hettema et al., 2005). Puteri Hayati (2012) mendefinisikan AMI sebagai protaip dari MI, satu strategi ringkas berdasarkan prinsip dan semangat tertentu, gabungan MI tulen dengan teknik bukan MI, mengandungi maklumbalas, dijalankan oleh individu bukan pakar dalam bidang penyalahgunaan bahan apabila rawatan bertujuan untuk perubahan tingkah laku secara sukarela.

Sejak diperkenalkan 26 tahun yang lalu banyak kajian telah dijalankan sehingga melebihi 200 eksperimen (Miller & Rose, 2009) termasuk kajian berbentuk meta-analisis (Burke et al., 2003; Burke, Dunn, Atkins, & Phelps, 2004; Erickson, Gerstle, & Feldstein, 2005; Hettema et al., 2005, Osborn, 2006; Rubak, Sandbaek, Lauritzen, & Christensen, 2005; Vasilaki, Hosier, & Cox, 2006; Madson, Loignon, & Lane, 2009). Berdasarkan kajian meta-analisis ini, banyak pandangan tentang kelemahan dan saranan telah dikemukakan berkaitan latihan AMI. Walaupun intervensi AMI didapati berkesan dalam pelbagai masalah tingkah laku, banyak kajian telah mengabaikan perkara penting dalam latihan. Hampir keseluruhan pengkaji meta-analisis bersetuju bahawa isu

kelemahan latihan ahli terapi yang menjejaskan keutuhan strategi AMI. Antaranya, tidak berpandukan manual atau tiada manual langsung (Burke et al., 2004) dan ketiadaan diskripsi terperinci prosedur perjalanan latihan (Burke et al., 2002; Burke et al., 2004; Madson, 2005). Untuk menangani kelemahan ini, Rollnick (2001) menyarankan pentingnya pengenalpastian kemahiran ahli terapi yang telah dilatih (Burke et al., 2003). Oleh itu, kajian latihan berkaitan penguasaan kemahiran khusus AMI dalam kalangan terapis perlu dijalankan kerana penguasaan kemahiran ini berkaitan dengan hasil positif klien (Miller, Hendrickson, Venner, Bisono, Daugherty, & Yahne, 2008).

Sehingga kini, berdasarkan ketiadaan sorotan literatur dan jurnal yang ditemui berkaitan latihan AMI di Malaysia, dapat disimpulkan bahawa belum wujud satu panduan atau protokol khusus bagi penghasilan strategi AMI di Malaysia atau kajian seumpama ini dijalankan, kecuali satu kajian berkaitan aplikasi AMI dalam kalangan penagih di PUSPEN (Puteri Hayati, 2012). Kurangnya perhatian terhadap pendekatan ini di Malaysia dapat diramal bagi sesuatu strategi yang baru seperti AMI. Oleh itu secara spesifiknya, objektif kajian ini ialah mengenalpasti kesan latihan strategi AMI (penguasaan respon empati, keyakinan melaksanakan kaunseling dan kemahiran AMI yang dibina ke atas kaunselor pelatih).

Metod

Responden

Seramai 112 orang kaunselor pelatih (35 orang lelaki dan 77 perempuan) dipilih dengan menggunakan persampelan bertujuan kerana pemilihan subjek berdasarkan ciri-ciri tertentu iaitu sekurang-kurangnya lulus gred B dalam kursus PT21103 Kemahiran Menemuduga dan Membuat Pemerhatian, keupayaan responden menghantar rakaman sesi kaunseling sebelum dan selepas latihan serta kumpulan rawatan menghadiri latihan selama dua hari. Subjek kajian terdiri dari kaunselor pelatih sepenuh masa Program Psikologi Kaunseling di Universiti Malaysia Sabah dan dibahagikan kepada kumpulan rawatan (menjalani latihan) dan kumpulan kawalan (tidak menjalani latihan).

Alat Ujian

Alat ujian yang digunakan adalah *Counseling Response Questionnaires*, CRQ (Ernst, 2007), *Confidence and Knowledge Scale* (CKS; Poirier, Clark, Cerhan, Pruthi, Geda, & Dale, 2004) dan *Motivational Interviewing Treatment Integrity*, MITI 3.0 (Moyers, Martin, Manuel, Miller, & Ernst, 2007) bagi mengukur kemahiran AMI. Kesemua alat ujian ini mempunyai indeks kebolehpercayaan yang tinggi iaitu masing-masing 0.783, 0.767 dan 0.635. CRQ digunakan untuk mengukur respon empati oleh subjek berdasarkan senario yang diberikan. Respon subjek diberi kadaran berdasarkan skala Likert lima mata. Semakin tinggi kadaran, semakin tinggi kemahiran respon empati. CKS pula digunakan untuk mengukur keyakinan melaksanakan kaunseling berdasarkan skala Likert, skala 1, "sangat tidak yakin", skala 5, "sangat yakin" dan semakin tinggi skor, semakin tinggi keyakinan serta sebaliknya. MITI mengandungi dua komponen iaitu skor keseluruhan dan kiraan tingkah laku di mana skor didapati melalui penelitian *rater* terhadap 30 minit segmen rakaman sesi kaunseling. Skor kemahiran kadar keseluruhan didapati melalui koding untuk tanggapan holistik yang mencirikan interaksi keseluruhan berdasarkan skala 1 adalah

“rendah” dan 5 adalah “tinggi”. Bagi komponen kiraan tingkah laku (kenyataan keakuran MI, soalan terbuka, soalan tertutup, refleksi mudah, refleksi kompleks), kiraan berdasarkan kekerapan kemahiran berlaku. Kekerapan tersebut akan memberi skor terhadap kemahiran AMI yang kemudiannya ditukarkan kepada skor tahap kecekapan berdasarkan formula yang ditentukan dalam manual MITI. Skor ini juga digambarkan dengan Tahap Kecekapan Rendah (TKR), Tahap Kecekapan Awal (TKA) dan Tahap Kecekapan (TK).

Prosedur kajian

Kajian ini dijalankan dengan menggunakan kaedah kuasi-eksperimen dengan rekabentuk ujian pra-pasca. Pengukuran data pra didapati melalui pengisian soal selidik dan rating terhadap rakaman sesi kaunseling yang telah dijalankan oleh subjek kajian sebelum mengikuti latihan, manakala data pasca pula didapati selepas subjek menjalani latihan. Data pra dikenali sebagai data sebelum latihan manakala data pasca dikenali sebagai data selepas latihan.

Oleh kerana latihan strategi AMI ini kali pertama dijalankan di Malaysia, maka manual latihan tersebut perlu memenuhi aspirasi dan kesesuaian Malaysia. Kepentingan menggunakan manual disokong oleh Miller dan Mount (2001). Penyediaan manual serta penggunaannya dalam latihan adalah satu kaedah paling mudah bagi penyebaran rawatan berasaskan bukti dan cara untuk memperbaiki praktis kaunselor. Berdasarkan cadangan pengkaji AMI yang lain

serta pendapat Hettema dan rakan-rakan (2005), penjelasan tentang proses dan prosedur latihan dibahagikan kepada fasa awal latihan (pemilihan, penambahbaikan elemen dan bahan latihan, kriteria kaunselor pelatih, penyediaan manual MITI dan latihan *rater*), fasa semasa latihan (pengendali latihan, rakaman sesi kaunseling, kaedah, tempoh dan masa latihan) dan fasa akhir latihan (proses pemberian rating). Pembinaan manual dan pemilihan elemen latihan telah dilakukan berasaskan beberapa manual sedia ada seperti Manual SAMHSA (2006), Manual MET (Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik, 1992), MIA: STEP (2006) dan Manual MINT (2006) serta pandangan pengkaji seperti Hettema dan rakan-rakan (2005), Miller dan Moyers (2006) dan Miller dan Rollnick (2002). Kandungan elemen latihan merangkumi aspek penting AMI iaitu konsep asas dan kemahiran yang diperlukan agar selaras dengan kemahiran keakuran MI (MIA: STEP, 2006). Latihan telah dijalankan ke atas kaunselor pelatih selama dua hari (12 jam). Latihan mengandungi tujuh slot dan pelaksanaan latihan dilakukan melalui penyampaian secara kuliah (Slot Satu, Dua dan Lima) manakala Slot Tiga, Empat, Enam dan Tujuh dilaksanakan melalui bengkel kemahiran.

Jadual 1

Tahap Kecekapan kumpulan rawatan selepas latihan

	Min atau peratus	Tahap Kecekapan	Tahap TKR - Tahap Kecekapan Rendah TKA - Tahap Kecekapan Awal TK - Tahap Kecekapan
Kemahiran Kadar Keseluruhan	3.719	TKA	TKR: di bawah 3.5,
Menentukan Fokus	3.071	TKR	TKA: 3.50-3.99
Empati	3.161	TKR	TK : 4.0 -5.0
Kemahiran Keakuran AMI	83.263%	TKR	TKR : Di bawah 90 % TKA : 90 %-90.99 % TK : 100 %
Kemahiran Respon Soalan Terbuka	53.326%	TKA	TKR : Di bawah 50 % TKA : 50.0 % - 69.9% TK : 70 % ke atas
Kemahiran Respon Refleksi – Kompleks	57.721%	TK	TKR : Di bawah 40 % TKA : 40.0 % -49.9% TK : 50 % ke atas
Kemahiran Respon Refleksi – Soalan	0.646	TKR	TKR : Di bawah 1 TKA : 1 TK : 2

Keputusan

Berdasarkan jadual 1 didapati kemahiran menentukan fokus, empati, kemahiran keakuran MI dan kemahiran respon refleksi-soalan berada di Tahap Kecekapan Rendah, (TKR). Dua kemahiran MI lain (kadar keseluruhan, kemahiran respon soalan terbuka) berada pada Tahap Kecekapan Awal (TKA) dan hanya kemahiran respon refleksi-kompleks berada pada tahap Kecekapan (TK). Sebagai rumusan, strategi latihan

AMI yang dibina masih tidak dapat meningkatkan kecekapan subjek ke Tahap Kecekapan (TK) kecuali kemahiran respon refleksi-kompleks.

Analisis ujian-t (jadual 2) dibawah digunakan untuk mengenalpasti perbezaan kemahiran sebelum dan selepas rawatan bagi kumpulan rawatan. Dapatan menunjukkan wujudnya perbezaan dalam semua kemahiran kecuali kemahiran menentukan fokus. Min kemahiran menentukan fokus sebelum latihan ($M=2.839$, $SP=1.276$) dan selepas

latihan ($M=3.071$, $SP=1.331$, $t(55)=-0.955$, $k>0.05$) tidak berbeza.

Analisis ujian-t (jadual 3) digunakan untuk mengenalpasti perbandingan antara kumpulan (rawatan dan kawalan) selepas latihan. Dapatan menunjukkan wujudnya perbezaan dalam

semua kemahiran kecuali kemahiran menentukan fokus. Min kemahiran menentukan fokus kumpulan rawatan ($M=3.071$, $SP=1.333$) dan min kumpulan kawalan ($M=2.875$, $SP=0.935$, $t(55)=-0.903$, $k>0.05$) tidak berbeza.

Jadual 2

Min kemahiran kumpulan rawatan sebelum dan selepas latihan

Kesan latihan	N	Min	SP	t	k
Respon Empati					
Sebelum		8.536	2.123		
Selepas	56	20.661	2.745	-27.066	0.001*
Keyakinan					
Sebelum		25.196	3.429		
Selepas	56	32.643	3.153	-13.311	0.001*
Kemahiran Kadar Keseluruhan					
Sebelum		2.945	0.684		
Selepas	56	3.719	0.634	-6.171	0.001*
Kemahiran Menentukan Fokus					
Sebelum		2.839	1.276		
Selepas	56	3.071	1.331	-0.955	0.344
Kemahiran Empati					
Sebelum		2.661	0.668		
Selepas	56	3.161	0.709	-4.501	0.001*
Kemahiran Keakuran MI					
Sebelum		50.138	28.331		
Selepas	56	83.263	15.737	-8.318	0.001*
Kemahiran Soalan Terbuka					
Sebelum		44.266	16.149		
Selepas	56	53.326	16.239	-3.088	0.003*
Kemahiran Respon Refleksi-Kompleks					
Sebelum		46.838	21.206		
Selepas	56	57.721	21.406	-3.109	0.003*
Kemahiran Respon Refleksi-Soalan					
Sebelum		0.408	0.301		
Selepas	56	0.646	0.469	-3.523	0.001*

* $k < 0.05$, dua hujung

Jadual 3
Min kemahiran antara kumpulan kawalan dan rawatan selepas latihan

Kesan latihan	N	Min	SP	t	k
Respon Empati					
Kump Rawatan	56	20.661	2.745	25.387	0.001*
Kump Kawalan	56	9.304	1.916		
Keyakinan Laksana Kaunseling					
Kump Rawatan	56	32.643	3.153	9.835	0.001*
Kump Kawalan	56	26.839	3.091		
Kemahiran Kadar Keseluruhan					
Kump Rawatan	56	3.719	0.634	8.364	0.001*
Kump Kawalan	56	2.678	0.682		
Kemahiran Menentukan Fokus					
Kump Rawatan	56	3.071	1.333	0.903	0.369
Kump Kawalan	56	2.875	0.935		
Kemahiran Empati					
Kump Rawatan	56	3.161	0.708	6.219	0.001*
Kump Kawalan	56	2.250	0.837		
Kemahiran Keakuran MI					
Kump Rawatan	56	83.263	15.737	9.090	0.001*
Kump Kawalan	56	51.477	20.906		
Kemahiran Soalan Terbuka					
Kump Rawatan	56	53.326	16.239	4.477	0.001*
Kump Kawalan	56	39.518	16.400		
Kem. Respon Refleksi- Kompleks					
Kump Rawatan	56	57.721	21.406	3.239	0.002*
Kump Kawalan	56	43.321	25.471		
Kemahiran Respon Refleksi–Soalan					
Kump Rawatan	56	0.646	0.469	4.546	0.001*
Kump Kawalan	56	0.303	0.316		

*k < 0.05, dua hujung

Perbincangan

Dapatan kajian menunjukkan bahawa latihan AMI melalui bengkel dua hari telah berjaya meningkatkan kesan latihan yang dikehendaki. Strategi rawatan AMI berorientasikan pemusatan klien mudah diterima, tidak bertentangan dengan nilai dan pegangan kaunselor pelatih yang mana sejajar dengan data demografik kajian yang menunjukkan 67.9% subjek kumpulan rawatan adalah pemegang orientasi humanistik. Kemahiran menentukan fokus adalah kemahiran memberi tumpuan kepada tingkah lakuyang mahu diubah dan penggunaan kemahiran ini secara kerap membawa

“... a 2- to 3-day initial workshop led by a proficient MI trainer is likely to provide only an introduction to the basic style and spirit of MI, first steps toward learning reflective listening, and an ability to recognize change talk...”

(Arkowitz & Miller, 2008, p.19)

peningkatan penentangan klien semasa rawatan. AMI adalah kemahiran berdasarkan semangat dan prinsip yang

bertentangan dengan kemahiran menentukan fokus dan oleh itu penguasaan tinggi dalam kemahiran menentukan fokus tidak menggambarkan penguasaan kemahiran AMI yang baik (Moyers et al., 2007). Ini menjelaskan mengapa kemahiran menentukan fokus tidak berbeza antara sebelum dan selepas latihan bagi subjek kumpulan rawatan. Perbezaan kemahiran selepas latihan dalam kajian ini turut disokong oleh kajian terdahulu, misalnya perbezaan respon empati oleh Miller et al. (2004), keyakinan melaksanakan kaunseling oleh Poirier et al. (2004), Byrne et al. (2006), Goggin et al. (2010) dan Martino et al. (2007) serta kemahiran MI seperti kajian Miller et al. (2004) dan Madson et al. (2009).

Walaupun terdapatnya peningkatan kemahiran selepas latihan oleh kumpulan rawatan, namun latihan ini tidak dapat memberi kemahiran ‘tahap kecekapan’ (tahap kecekapan tertinggi) AMI seperti yang diharapkan. Beberapa penjelasan boleh dikaitkan misalnya, latihan dua hari hanya member kemahiran asas AMI sahaja dan tidak mencukupi bagi membentuk tahap kecekapan tinggi.

Kedua, latihan AMI ini tidak memasukkan elemen penyeliaan dan menurut Miller dan Mount (2001), bengkel

tanpa susulan hanya mendatangkan perubahan dalam praktis AMI di peringkat minima sahaja. Mempelajari AMI atau kemahiran baru memerlukan latihan dan maklumbalas berterusan (Miller et al., 2004) kerana AMI bukanlah satu teknik atau kaedah yang boleh dikuasai dengan mudah tetapi satu strategi kinikal yang kompleks (Hetteema et al., 2005). Dapatan ini mengesahkan bahawa kecekapan AMI tidak diperolehi menerusi bengkel latihan semata-mata tetapi memerlukan praktis dengan maklumbalas dan latih tubi yang berterusan (Miller et al., 2004) iaitu merupakan ciri rawatan berasaskan bukti (Miller et al., 2006). Bagi penguasaan kemahiran AMI yang baik, subjek sepatutnya mendengar kembali sesi rakaman yang telah dijalankan sendiri dan kemudiannya membuat rating berdasarkan instrumen MITI (Moyers et al., 2005) tetapi kaedah ini dalam latihan AMI ini. Justeru itu, kekurangan dari aspek kaedah latihan adalah alasan munasabah mengapa kemahiran subjek kumpulan rawatan tidak mencapai Tahap Kecekapan (TK) seperti yang diharapkan.

Selain itu, tahap kecekapan subjek juga dikaitkan dengan pengendali latihan ini. Latihan ini telah dijalankan oleh pengkaji sendiri dan faktor kepakaran jurulatih juga menjadi penyumbang kepada dapatan kajian ini. Hetteema et al. (2005) menjelaskan semua kajian yang dijalankan di makmal oleh pengasas MI (W. R. Miller) menghasilkan saiz kesan lebih tinggi berbanding kajian yang dijalankan di tempat lain. Situasi ini berlaku kemungkinan disebabkan kesan jurulatih itu sendiri (Luborsky et al., 1999) sebagaimana dalam kajian ini. Walaupun segala prosedur latihan telah dipatuhi oleh jurulatih namun masih tidak dapat menyamai ketepatan menyampaikan latihan seperti mana yang dijalankan oleh pengasas MI.

Kesimpulan

Fokus kajian ini adalah melihat kesan latihan strategi AMI yang dibina ke atas kaunselor pelatih. Dapatan menunjukkan bahawa latihan dua hari selama 12 jam telah membawa perbezaan kemahiran kaunselor pelatih (kumpulan rawatan) namun penguasaan kemahiran secara umum masih berada di Tahap Kecekapan Rendah dan Awal. Kajian ini telah berjaya mengutarakan satu strategi latihan AMI yang boleh diguna pakai bagi melatih kaunselor di Malaysia, namun ia perlu diubahsuai dari aspek kaedah latihan agar tahap kemahiran yang dikuasai dapat dipertingkatkan. Strategi latihan yang dibina ini diharap menjadi perintis kepada mana-mana pengkaji yang berminat untuk mendalami strategi AMI ini pada masa hadapan.

Rujukan

- Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R., & Rollnick, S. (2008). *Motivational interviewing in treating psychological problems*. New York: Guilford Press.
- Burke, B. L., Arkowitz, H., & Dunn, C. (2002). The efficacy of motivational interviewing and its adaptations. in W. R. Miller & S. Rollnick. *Motivational Interviewing: Preparing people for change* (pp. 217-250). New York: Oxford University Press.
- Burke, B., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis

- of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 843–61.
- Burke, L. B., Dunn, W. D., Atkins, D. C., & Phelps, J. S. (2004). The emerging evidence base for motivational interviewing: A meta-analytic and qualitative inquiry. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 18*(4), 309-322.
- Byrne, A., Watson, R., Butler, C., & Accoroni, A. (2006). Increasing the confidence Of nursing staff to address sexual needs of people living with HIV: The use of motivational interviewing. *Aids Care, 18*, 501-504.
- COMBINE Study Research Group. (2003). Testing combined pharmacotherapies and behavioral interventions in alcohol dependence: Rationale and methods. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 27*, 1107–1122.
- Dunn, C., DeRoo, L., & Rivara, F. (2001). The use of brief intervention adapted from motivational interviewing across behavioural domains: A systematic review. *Addiction, 96*, 1725-1742.
- Erickson, S. J., Gerstle, M., & Feldstein, S. W. (2005). Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents, and their parents in pediatric health care settings: a review. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 159*, 1173-1180.
- Ernst, D. (2007). *Motivational interviewing and health coaching: A quantitative and qualitative exploration of intergration*. Unpublished Doctoral Dissertation. University of New Mexico.
- Goggin, K., Hawes, S. M., Duval, E. R., Spresser, C. D., Martinez, D. A., Lynam, I., Barnes, A., Hinton-Dampf, A. M., Murphy, M. E., Marken, P. A., & Catley, D. (2010). Instructional design and assessment: A motivational interviewing course for Pharmacy student. *American Journal of Pharmaceutical Education, 74*(4), article 70.
- Heather, N. (2005). Motivational interviewing: Is it all our clients need? *Addiction Research and Theory, 13*(1), 1–18.
- Hetteema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 91–111.
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J. S., & Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparison of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*(1), 95-106.
- Madson, M. B. (2005). *Psychometric evaluation of a supervisor feedback measure with motivational interviewing: Reliability and validity of the Motivational Interviewing Supervision and Training Scale (MISTS)*. Unpublished Doctoral Dissertation. Marquette University.
- Madson, M. B., Loignon, A. C., & Lane, C. (2009). Training in motivational interviewing: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*, 101-109.
- Manual of SAMHSA. (2006). *Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment*. US Department of Health and Human Services. www.kap.samhsa.gov. Dicitak Mei 15, 2009

- Martino, S., Haeseler, F., Belitsky, R., Pantaloon, M., & Fortin, A. H. (2007). Teaching Brief motivational interviewing to year three medical students. *Medical Education, 41*, 160-167.
- MIA-STEP. (2006). *Motivational Interviewing assessment: Supervisory tools for enhancing proficiency*. A product of the NIDA-SAMHSA. Northwest Frontier Addiction Technology Transfer Center Department of Public Health and Preventive Medicine. Oregon: Oregon Health and Science University.
- Miller, W. R., Hendrickson, S. M. L., Venner, K., Bisono, A., Daugherty, M., & Yahne, C. E. (2008). Cross-cultural training in motivational interviewing. *Journal of Teaching in the Addictions, 7*(1), 4-14.
- 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. (2006). Eight stages in learning motivational interviewing. *Journal of Teaching in the Addictions, 5*, 3-17.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people to change*. (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist, 64*, (6), 527-537.
- Miller, W. R., Sorensen, J. L., Selzer, J., & Brigham, G. (2006). Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions. *Journal of Substance Abuse Treatment, 31*, 25-39.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, (6), 1050-1063.
- Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. C. (1992). *Motivational Enhancement Therapy Manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence* (Vol. Project MATCH Monograph Series, Vol. 2). Rockville, Maryland: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Motivational Interviewing Network of Trainers, MINT. (2006). *Motivational interviewing resource for trainers*.
- 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.
- Moyers, T. B., Martin, T. Manuel, J. K., Miller, W. R., & Ernst, D. (2007). Revised Global Scales: *Motivational Interviewing Treatment Integrity 3.0* (MITI 3.0). University of New Mexico, Center on Alcoholism, Substance Abuse and addiction (CASAA).
- Osborn, L. D. (2006). *A meta-analysis of controlled clinical trials of the efficacy of motivational interviewing in dualdiagnosis population*. Doctoral Dissertation. Wright Institute Graduate School of Psychology.
- Poirier, M. K., Clark, M. M., Cerhan, J. H., Pruthi, S., Geda, Y. E., & Dale, L. C. (2004). Teaching motivational interviewing to first-year medical students to improve counseling skills in health behavior change. *Mayo Clinic Proc, 79*, 327-331.
- Prochaska, J., & Norcross, J. (2004). *System of psychotherapy; A transtheoretical analysis* (5th ed.). New York: Wadsworth.
- Project MATCH Research Group. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH post treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcoholism, 58*, 7-29.
- Puteri Hayati, M. A. (2012). *Motivational Interviewing: Pembinaan latihan adaptasi Motivational Interviewing (AMI), kesan latihan strategi AMI ke atas kaunselor pelatih dan pengaruh elemen budaya ke atas kesan latihan*. Disertasi kedoktoran falsafah yang tidak diterbitkan. Universiti Malaysia Sabah.
- Rollnick S. (2001). Comments on Dunn et al.'s "The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review". Enthusiasm, quick fixes and premature controlled trials. *Addiction, 96*(12), 1769-70; discussion 1774-1775.
- Rollnick, S. Miller, W. R., & Butler, C. (2008). *Motivational Interviewing in Health Care*. New York: Guilford Press.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice, 55*, 305-312.
- Simoneau, H., & Bergeron, J. (2003). Factors affecting motivation during the first six weeks of treatment. *Addictive Behaviors, 28*, 1219-1241.
- Vasilaki, E., Hosier, S., & Cox, W. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analysis review. *Alcohol and Alcoholism, 4*, 328-335.