

Ahmadullah Fathi & kolektív

Odvratiteľné riziká chorôb obehovej sústavy



Šťastie nemá na svojach útloné, ale...

EDUKÁCIA SESTROU

Ahmadullah Fathi & kolektív

Odvratiteľné riziká
chorôb obehovej sústavy

*Bez najskôr nutné, potom možné,
a odhazu zvládneš aj nemožné.*

František z Assisi

ISBN: 978-80-973660-0-1



9 788097 366001

Tlačiareň Kežmarok GG

© Odvratiteľné riziká chorôb obehovej sústavy, edukácia sestrou

Vedúci autorského kolektívu:

MUDr. Ahmadullah Fathi

Recenzenti:

doc. MUDr. Štefan Farský, CSc.

PhDr. Lukáš Kober, PhD., MPH

Vydavateľ:

Infodoktor, o.z.

Vydanie:

prvé

Ilustrácia obrázkov:

Sarah Fathiová

Grafická úprava:

PhDr. Eva Potočná, Marián Mereš

Tlač:

Tlačiareň Kežmarok GG spol. s r. o. Kežmarok

Táto odborná publikácia je určená sestram a iným zdravotníckym pracovníkom na edukáciu.

Všetky práva vyhradené. Žiadna časť tejto publikácie sa nesmie reprodukovať akýmkoľvek spôsobom, ani byť šírená (elektronicky, papierovo, fotograficky a pod.) bez písomného súhlasu vlastníka autorských práv. Poprad 2020

ISBN: 978-80-660-0-1

Zoznam autorov:

doc. MUDr. Mária Avdičová, PhD.

Regionálny úrad verejného zdravotníctva, Banská Bystrica

MUDr. Ľubomíra Fábryová, PhD.

Metabol KLINIK s.r.o., Ambulancia diabetológie, porúch látkovej premeny a výživy
Biomedicínske centrum SAV Bratislava

MUDr. Ahmadullah Fathi

PULSE medicine, s.r.o. Poprad, Ambulancia VLD Svit, Šuňava

PhDr. Zuzana Gavalierová

PULSE medicine, s.r.o. Poprad, Ambulancia VLD Svit, Šuňava

doc. MUDr. Katarína Gazdíková, PhD., MHA, MPH, mim. prof.

Katedra všeobecného lekárstva LF SZU v Bratislave

MUDr. Peter Marko, MPH

Ambulancia VLD, Veľká Lomnica

PhDr. Wioletta Mikuláková, PhD.

Katedra fyzioterapie, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove

doc. PharmDr. Daniela Mináriková, PhD. MSc

Farmaceutická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave

doc. MUDr. Peter Minárik, PhD., MSc

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o. Bratislava

Mgr. Petra Sekulová

LSPP Spišská Nová Ves, spol. s r.o. Ambulancia VLD

doc. MUDr. Mária Szántová, PhD.

III. interná klinika LF UK a UNB, Bratislava

PhDr. Andrea Ševčovičová, MPH

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., detašované pracovisko Rožňava

PhDr. Mgr. Ľubica Trnková, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., detašované pracovisko Rožňava
MEDILIFE centrum pre nutriterapiu Zvolen

Metodika edukácie kompetentným zdravotníckym pracovníkom

Ahmadullah Fathi, Zuzana Gavalierová

Hlavným predpokladom pre adekvátne sprostredkovanie konkrétnych informácií edukantovi je ovládanie teoretických východísk predmetu edukácie a jej metodiky. V prípade, ak sestra metodiku edukácie neovláda, môže sa cítiť neisto a frustrované.

Edukácia má nezastupiteľné miesto pri zmene vnímania a správania sa u jednotlivcov, rodín či komunit pri podpore, udržiavaní zdravia a predchádzaní chorôb. Každodenná prax však ukazuje, že je v ambulantnej sfére minimálne využívaná. Touto metodickou príručkou chcú autori zefektívniť proces edukácie tak, aby sa znížila jeho náročnosť a bol využiteľný v ambulantnej sfére. Základnými atribútmi edukácie v ambulantnej zdravotnej starostlivosti by mali byť štruktúrovanosť a ľahká realizovateľnosť.

Kompetentní zdravotnícki pracovníci majú mnohokrát problém správne osloviť pacienta k edukácii, alebo použiť vhodné argumenty na zmenu jeho postoja. Využívanie dotazníkov v edukačnej praxi je predpokladom pre jednoduchšie nadviazanie kontaktu s pacientom a rýchle získanie relevantných informácií o pacientovi. Dnešná ľahká dostupnosť množstva informácií z nerecenzovaných zdrojov predstavuje závažný problém pri edukácii pacienta, preto musí sestra disponovať presvedčivými argumentmi, ako aj ovládať spôsoby a postupy edukácie na základe medicíny založenej na dôkazoch (Evidence based medicine (EBM)). Táto odborná publikácia má za cieľ riešiť úskalia edukácie dospelých pacientov s odvráťiteľnými rizikovými faktormi CHOS kompetentnými zdravotníckymi pracovníkmi.

Faktory, ktoré ovplyvňujú dostupnosť samotnej edukácie sú nasledovné:

- Profesionálne kompetencie (legislatívna podpora).
- Vedomosti o klinickej jednotke (sústavné vzdelávanie, edukačné listy a štandardy).
- Čas a priestor (vyčlenené ordinačné hodiny pre edukáciu).
- Motivácia (finančné ohodnotenie).

Získavanie nových cieľových osôb, skupín

Depistáž v tomto kontexte znamená aktívne vyhľadávanie preventabilných rizík CHOS v populácii. Z psychologického hľadiska je pre edukáciu významným momentom schopnosť motivovať osoby či skupiny primerane ich zdravotnému stavu, vôľovej a rozumovej vyspelosti. Dôležité je vedieť získať jednotlivcov nielen pre konkrétnu edukačnú aktivitu, ale dosiahnuť aj to, aby zotrvali v celom edukačnom procese a tým sa minimalizovalo riziko relapsu. Klinická prax potvrdzuje, že edukovaný pacient má lepšiu compliance (súlad s odporúčaniami), adherenciu (miera, v akej konanie pacienta v procese

liečby zodpovedá pokynom lekára) a perzistenciu (vytrvalosť) k liečbe. Nápomocnými krokmi pri vyhľadávaní a identifikovaní osôb či skupín s odvrátiateľnými rizikovými faktormi CHOS sú:

- oslovenie formou predkladaného dotazníka,
- informovanie prostredníctvom motivačného rozhovoru,
- presvedčovanie v podobe argumentácie na základe EBM.

Cieľom edukácie je v prvom rade pozitívne ovplyvniť postoje pacienta k ochoreniu. Zvýšením úrovne vedomostí u pacienta o danom ochorení, o jeho rizikách a následkoch, môžeme očakávať dosiahnutie zlepšenia budúcej spolupráce. Najčastejšou príčinou nesprávne vedenej edukácie je predpoklad, že pacient je k edukácii motivovaný. Mnohokrát je však opak pravdou. Očakávame, že tento nedostatok bude možné odstrániť zavedením Transteoretického modelu (TTM) do edukačnej praxe. Táto forma edukácie ukladá kompetentným zdravotníckym pracovníkom, aby používali TTM počas celého edukačného procesu.

Transteoretický model

Voľba čo najvhodnejších postupov pri edukácii pacienta s cieľom dosiahnuť trvalú zmenu v jeho správaní (odnaučenie sa od problémového správania) predstavuje vážny problém v každodennej praxi. Medzi úspešné stratégie patrí TTM vychádzajúci z viacerých teórií psychoterapie a zmeny správania, ktorý bol uvedený do praxe profesormi psychológie Carlom DiClemente a Jamesom Prochaskom (univerzita Rhode Island, 1982). TTM zohľadňuje štyri základné aspekty: štádium zmeny, proces zmeny, rozhodovanie a pokušenie. Dôraz je kladený na proces rozhodovania sa jednotlivca vykonať želanú zmenu. Na základe intervencie prispôsobenej jednotlivým štádiám zmeny, sa zvyšuje šanca na úspech, a to ukončenie nežiaduceho správania. Výskumy poukazujú na to, že prístup pri terapii, ktorý nezohľadňuje jednotlivé štádia zmeny, môže pôsobiť kontraproduktívne, až spôsobiť odmietavý postoj k akejkoľvek požadovanej zmene správania. Tento psychoterapeutický model je úspešne využívaný pri liečbe závislosti fajčiarov. Pozostáva z piatich po sebe nasledujúcich štádií od pre-kontemplácie („pred-uvažovania“), keď človek nezvažuje zmenu správania a popiera problém, cez fázy kontemplácie, prípravy, akcie, až po štádium zotrvania, keď už úspešne pokračuje v zmene a predchádza relapsom. Jednotlivé štádia pozostávajú z procesov zmeny, ktoré pacient podstupuje. Pre aplikáciu v praxi je dôležité zistiť, v ktorom štádiu zmeny sa pacient nachádza a tomu prispôsobí ďalšie kroky a správne edukačné postupy. Jednotlivé štádia ponúkajú príležitosť pre aplikáciu vhodného, individuálne prispôbenaého terapeutického plánu, čo napomáha nielen ukončeniu problémového správania, ale aj predchádzaniu prípadným relapsom.

Budovanie terapeutického vzťahu

Lekár/Sestra (L/S) sa zameriava na prežívanie pacienta, počúva ho, pôsobí empaticky a komunikuje s porozumením jeho vnútorného prežívania. Ak je L/S stotožnený/á s názormi pacienta, pochváli ho. Ak nie, skúsi argumentovať EBM, aby si pacient uvedomil situáciu, realitu a následne prijal fakt, že potrebuje pomoc a vydal sa na cestu k želananej zmene. L/S aktívne vedie rozhovor k úmyselnej zmene problémového správania pacienta a jeho akceptácii rizika napr. pri neliečenej AH, fajčenie tabaku a expozície tabakovému dymu, DLP, nadhmotnosť/obezita, DM, nedostatočná konzumácia ovocia a zeleniny, nedostatok fyzickej aktivity, riziková konzumácia alkoholu. Ak pacient prejavuje odpor k snahám, L/S zmierňuje a ustupuje, aby predišli agresívnemu prístupu pacienta. Odpor z jeho strany je vnímaný ako očakávaný jav. L/S predkladá pacientovi dotazník pripravenosti na zmenu správania (stav motivácie).

Ciele rozhovoru s pacientom o zmene životného štýlu:

- Prvý rozhovor je kľúčový.
- Reakcia pacienta na negatívne dôsledky rizikového správania (popiera, mlčí, háda sa...).
- Uzavrieť dohodu v rozhovore, že pacient chce niečo aktívne urobiť.

Pre-kontemplácia (precontemplation)

Za najnáročnejšie štádium, v ktorom je esenciálna správne cieleňá edukácia pacienta, je považované prvé štádium. Pacient, ktorý sa dozvie diagnózu sa spočiatku bráni popieraním zistených faktov. Ochorenie si nepripúšťa a nachádza sa v štádiu pre-kontemplácie, ktoré je charakteristické ako: „Neznalosť je blaženosť“. Typickou črtou tohto štádia je nevoľa priznať si problém a absencia akejkoľvek tendencie či vôle zmeniť svoje správanie v nasledujúcich šiestich mesiacoch. V iných teóriách je pacient charakterizovaný ako rezistentný, nemotivovaný alebo nepripravený prijať pomoc. Nie preto, že nevidí riešenie, ale preto, že v tomto štádiu nevidí problém. Neprejavuje snahu si ochorenie priznať a hľadá dôvody a výhovorky, ako sa od skutočnosti odpersonalizovať, napr. „Výsledky nie sú moje, zle to vyšetrili, zopakujte odber, v laboratóriu nastala chyba, ja mám alkohol pod kontrolou, nefajčím až tak dlho, až tak veľa“, a pod. Aby sa títo pacienti mohli posunúť vpred, je potrebné, aby si svoj problém uvedomili, vzali do úvahy jeho negatívny dopad pre život a zhodnotili svoje seba-regulačné možnosti.

Kognitívna disonancia predstavuje podľa teórie L. Festingena rozpor medzi poznatkami človeka voči svojmu konaniu. Ide o prirodzenú vlastnosť, ktorá človeka motivuje k zmene a dosiahnutiu konsonancie (súladu informácií, ktorými človek disponuje a vlastného konania), zatiaľ čo u závislých pacientov dochádza k jej potláčaniu. Vedome popierajú informácie o nesprávnosti a rizikách svojho problémového správania, aby v ňom „bez výčitiek“ naďalej zotrvali. Častokrát nastáva situácia, že napriek edukácii a informovanosti

nedochádza k zmene rizikového správania u pacienta. Spôsobujú to tzv. „únikové cesty“ pred prehĺbovaním kognitívnej disonancie a prípadným vnútorným diskomfortom. Typickým príkladom je dlhoročný fajčiar, ktorý je poučený o riziku rakoviny pľúc. Aby redukoval vzniknutú disonanciu vedomia, že svojím konaním ohrozuje organizmus, môže:

1. zmeniť behaviorálne elementy (prestáť fajčiť, zameniť cigarety za tie s filtrom, ktoré považuje za menej škodlivé);
2. vytvorí si klamlivý sebareflexívny obraz, že nespadá do kategórie silných fajčiarov a tým svoje konanie nepovažuje za rizikové;
3. bagatelizovať zdroj informácie za nevedecký či zaujatý a tým poprie celú informáciu.

Uvedomenie si týchto mechanizmov popierania rizikového správania, môže hrať významnú úlohu pri predchádzaní redukcie kognitívnej disonancie inými cestami a nevôle ku zmene. Preto má správne ciele intervencia L/S nezastupiteľné miesto v procesoch zmeny.

Vo všeobecnosti ľudia preukazujú odpor voči zmenám, ktorý spravidla zodpovedá presvedčeniu o správnosti ich konania. Nastáva aj v situáciách, keď na dosiahnutie konsonancie a požadovanej zmeny sú potrebné príliš zásadné zmeny správania alebo chýba dostatočná motivácia k zmene. Aby človek konal v rozpore so svojimi zaužívanými postojmi, musí nové správanie pre neho predstavovať značné výhody, alebo mať dostatočnú racionalizáciu k zmene správania. Vo fáze pre-kontemplácie pacienti nemajú v úmysle počas nasledujúcich šiestich mesiacov podniknúť kroky smerom k zmene svojho rizikového správania. Esenciálne pre posun do ďalšieho štádia – kontemplácie, je prežitie, že ich správanie v nesúlade so zdravím predstavuje problém. Uvedomenie si negatív vlastného správania je prvým krokom k zmene. Tu je dôležité vzdelávanie zo strany kompetentných zdravotníckych pracovníkov, s cieľom prehĺbiť si vedomosti ohľadom škodlivých a ohrozujúcich javov, ktoré vyplývajú zo súčasného správania pacienta.

Kontemplácia (contemplation)

Druhé štádium je zvažovanie – kontemplácia. Charakteristické pre toto štádium je váhanie. Sprevádza ho uvedomenie si problému, avšak chýba rozhodnutie urobiť pre to akýkoľvek konkrétny krok. Pacient pomýšľa na zmenu, ale má ešte neurčitý postoj. Toto štádium je problematické v tom, že ľudia v ňom môžu uviaznuť na dlhšiu dobu, čo sa považuje za chronickú kontempláciu alebo behaviorálne otáľanie.

Pacient zvažuje pre a proti svojho problematického konania, a preto je v tomto štádiu dôležité prízvukovať výhody plynúce zo zmeny správania. Príkladom je obézny pacient, ktorý síce uzná, že by mal znížiť svoju hmotnosť, ale nemá na to čas ani možnosti. Človek v tomto štádiu väčšinou pozná celý rad dôvodov, prečo je jeho správanie škodlivé a mal by ho ukončiť, no napriek tomu pre to nič nekoná. Častokrát ľudia uviaznu v tejto fáze bez akejkoľvek významnej akcie k zmene, práve kvôli nevhodnému zapojeniu procesov zmeny.

Kontemplácia je charakterizovaná úmyslom pacienta zmeniť svoje rizikové správanie v nasledujúcich šiestich mesiacoch. Práve tu je podstatná náležitá argumentácia a po-

skytnutie pacientovi viditeľných, verifikovaných EBM dôkazov k správne rozhodnutiu. Cieľom je dosiahnuť zmenu v myslení a prežívaní vo vzťahu k svojmu problémovému správaniu, ako aj prehodnotenie svojho životného štýlu. Úlohou L/S je posilňovať pacientovu sebadôveru a pripomínať dôvody pre zmenu.

Rovnováha medzi ziskami a stratami vyplývajúcimi zo zmeny konania môže spôsobiť hlbokú ambivalenciu. Je to stav, keď pacient súčasne zažíva protichodné city – emócie. Prežíva zároveň city stenické, ktoré sú označované ako aktívne a zvyšujú aktivitu pacienta (napr. radosť, nadšenie, láska,) a city astenické, čiže pasívne, ktoré naopak aktivitu znižujú (napr. smútok, beznádej, zúfalstvo), ktoré majú za následok, že pacienti v tejto fáze stagnujú dlhý čas. Poradiť pacientovi v tejto fáze, čo má robiť, je zväčša neefektívne až kontraproduktívne. Rozhovor by mal byť zameraný najmä na tému výhod a nevýhod zmeny správania. Nesmieme však zabúdať na fakt, že uvažovanie pacienta o zmene nie je záväzné. Samotný vzhľad ešte nemusí bezpodmienečne predstavovať zmenu správania, čím sa L/S nechá často zmiastať.

Príprava (preparation)

Charakteristickými črtami štádia prípravy je úmysel pacienta vykonať zmenu v najbližšom období (uvádza sa 30 dní) a stanoviť si presný cieľ. Títo pacienti už zvyčajne niektoré významné kroky za posledný rok podnikli (majú akčný plán, napr. vstup do telocvične). Prvé dve štádiá pozostávajú z hľadania odhodlania a dôvodov k zmene, tretie štádium už predstavuje hľadanie postupov ako dosiahnuť požadovanú zmenu. Pacient je už častokrát poučený z predchádzajúcich neúspešných pokusov, preto správne mierená aplikácia procesov protipodmieňovania, manipulácie s následkami a ovládania podnetov napomáha obmedzeniu problematického správania, poprípade relapsu.

Až v tomto štádiu si jedinec nielen uvedomuje, že jeho správanie je rizikové, ale aj začína robiť drobné zmeny (napr. namiesto 30 cigariet fajčí 15 a pod). Na rozdiel od ďalšieho štádia – akcie, však nedosahuje kritériá konkrétnej akcie (úplne prestať fajčiť alebo znížiť svoju hmotnosť o 10 %). Dôležité je pacienta nielen pozorne počúvať, čo hovorí, ale aj sledovať, čo v skutočnosti vykonáva. Postupne sa posúva želaným smerom, preto v tomto štádiu zostavujeme ciele a plán procesu ďalšieho postupu. Zlomovým momentom v príprave na ďalšie štádium – akciu, je proces sebaoslobodenia. Jeho úzky súvis s konceptom self-efficacy („mám na to“) podľa Alberta Bandury, je práve v štádiu prípravy, keď začne prevládať nad pokušením vrátiť sa k problémovému správaniu. Pacient musí byť presvedčený o svojej autonómii a sile zmeniť vlastný život.

Úlohou L/S je podporovať, motivovať pacienta a pomôcť mu nájsť postupy na ceste k želanej zmene. Pre pacienta v rozhodovacej fáze je užitočné ponúknuť konkrétne kroky a spoločne sa zamerať na detaily plánu akcie. Presne definovaný cieľ a plán ďalšieho postupu hrajú kľúčovú úlohu v štádiu prípravy.

1. V tejto fáze L/S v spolupráci s pacientom plánuje ďalšie kroky vedúce k želanej zmene (Pri AH: „redukcia soli na 5 mg denne, pitný režim, najlepšie čistá neperlivá ne-

mineralizovaná voda 1,5–2 litre denne, pravidelné meranie TK v domácom prostredí...“.
Pri obezite: „redukcia hmotnosti o 3–5 kg za mesiac, zvýšenie fyzickej aktivity minimálne 3–5 krát týždenne po dobu minimálne 30 minút...“).

2. L/S prizýva pacienta na edukačné programy podľa rizikového správania, ktoré je potrebné zmeniť s cieľom prehĺbiť úroveň vedomostí a zručností pacienta.

3. L/S na pacienta príliš nenalieha, ale ani nie je pasívny.

4. Návyk je správanie s komplexom sociálnych vzťahov, emócií, činností až rituálov spojených s miestami, ľuďmi, dennou dobou, naladením pacienta. Zväčša je udržiavaný a posilňovaný dlhšie obdobie života a ťažko sa mení jedným rozhodnutím.

5. Zmena vyžaduje nielen rozhodnutie, ale najmä dlhodobé učenie sa novému správaniu a mysleniu. Ak pacient v učení vytrvá, tak si vytvorí a zároveň osvojí nové návyky, ktoré budú jeho novým životným štýlom.

6. Motivácia pacienta urobiť zmenu je nevyhnutná na dosiahnutie zmeny, ale zďaleka nepostačuje na to, aby ju bol pacient schopný uskutočniť.

7. To, že sa pacient rozhodne urobiť zmenu, ale nakoniec nič neurobí, obvykle nie je spôsobené nízkou motiváciou, ale tým, že nevie, ako má postupovať, aby návyk zmenil a vytrval v novom správaní.

8. Urobiť zmenu vyžaduje naučiť sa, ako robiť nové veci a vyhýbať sa starému, škodlivému správaniu a mysleniu. Urobiť zmenu je ľahšie, ak má pacient pravidelnú a dlhodobú podporu skupiny pacientov s rovnakým problémom a/alebo odborného sprievodcu.

9. Zmena je dlhodobý proces a má obvykle vzdialený/ťažký cieľ. Tento proces je potrebné rozložiť do časovo krátkych, čiastkových a uskutočniteľných krokov a cieľov (z pohľadu pacienta).

10. Je nevyhnutné dať pacientovi behaviorálne, tzn. opisné a konkrétne kroky. Nepomáhajú odporúčania typu: Neprejedajte sa! (to je to, čo nemá robiť, a nie čo má robiť), ani: Vstúpte do seba!, Správajte sa zodpovednejšie! (príliš vágne a odsudzujúce osobu).

11. Pomenovanie konkrétnych krokov, čo robiť: Napr. pri Obezite: L/S: „Keď pôjdete do kaviarne na kávu a koláč, môžete si dať iba kávu, prípadne nesladené nápoje, čaj. Ak predsa len neodoláte, skúste to kompenzovať potom chôdzou, bicyklovaním, poklusom, skúste si dať 2–3 kolá okolo bytovky, len sa hýbte aspoň 30 minút a pod. (Návrh konkrétnych okamžite uskutočniteľných riešení).“

Akcia (action)

Štvrté štádium je činnosť/akcia. V tomto štádiu má pacient presný plán a zanalyzované prekážky, ktoré sa počas procesu zmeny môžu vyskytnúť. Charakterizuje ho konkrétna zmena pacientovho životného štýlu a zvyčajne trvá 3 až 6 mesiacov, pokiaľ dôjde k osvojeniu si novovzniknutých vzorcov správania. V tomto štádiu je potrebné pacienta podporovať, pochváliť a pomôcť mu dosiahnuť presne stanovené ciele. Úlohou L/S je

snažiť sa udržiavať pacientovu motiváciu k zmene. Lekár preberá rolu vonkajšieho monitorovacieho nástroja a kontroly pacientových akcií.

Nie všetky modifikácie správania sa považujú už za konkrétnu akciu, napr. u fajčiarov je to úplná abstinencia, u obéznych to predstavuje schudnúť 10 % pôvodnej hmotnosti a pod.

Priebeh štádia akcie môžu narušiť rôzne faktory:

- Kognitívne – očakávanie zlyhania a prerušenia abstinencie.
- Behaviorálne – vystavenie sa pokušeniu.
- Emocionálne – depresie alebo stresová záťaž.
- Enviromentálne – nedostatok podpory od partnera, problémové správanie v okolí.

Tieto faktory často potencionálne vedú k relapsu. Preto je dôležité aplikovať maximálne efektívnu stratégiu s individuálnym prístupom k jednotlivcovi, ako aj cielene zapojiť procesy zmeny, napr. protipodmieňovanie, manipulácie s následkami a ovládanie podnetov.

Zotrvanie (maintenance)

Piate štádium nastáva v prípade, že zmena správania trvá dlhšie ako 6 mesiacov. Charakteristické je tým, že jedinec pracuje na prevencii proti relapsu. Rastúca sebadôvera („self-efficacy“) je sprevádzaná znižovaním pokušenia k relapsu. Ide o špecifický druh sebadôvery, keď sa pacient vyrovná aj s vysoko rizikovými situáciami a odolá pokušeniu k relapsu. Pacient dodržiava rady lekára, akceptuje a pravidelne užíva lieky, dodržiava nefarmakologickú liečbu. Zotrvanie sa nedá považovať za statické štádium. Preto, ak sa raz niekto stane abstinentom, tak ide o doživotné štádium zmeny správania, v ktorom relaps, aj keď minimálne, stále predstavuje riziko. Úlohou L/S je nachádzať postupy zabraňujúce relapsu, objektívne zhodnotiť podmienky, ktoré môžu podnecovať návrat k problémovému správaniu a pracovať na ich odstraňovaní.

Relaps (relapse)

Relaps predstavuje regresiu z vyššieho štádia na nižšie. Sprevádza každý pokus o zmenu správania. TTM chápe relaps ako neoddeliteľnú súčasť procesu. Považuje ho skôr za pravidlo ako výnimku a na ceste ku komplexnej zmene správania, napr. pri obezite alebo fajčení dochádza spravidla k 3–5 relapsom. K relapsu môže dôjsť kedykoľvek, dokonca aj u dlhoročných abstinentov, ktorí majú tendenciu „otestovať“ svoju pevnú vôľu. Avšak odpoveď neurotransmitterových systémov zodpovedných za závislosť je aj po dlhodobej abstinencii nadpriemerná, čo zapríčini relaps najmä u drogozo závislých a fajčiarov, keď aj jedna cigareta/dávka vyvolá dostatočne silný podnet, prípadne až návrat k problémovému správaniu. Štádia akcie a zotrvania sú najrizikovejšie z hľadiska výskytu relapsov, čo je často sprevádzané pocitom rezignácie. Špirálový model znázorňuje, že pokiaľ dôjde k relapsu, tak návrat na cestu zmeny je zo štádia kontemplácie resp. prípravy, nie od úplného začiatku (pre-kontemplácie).

V každom štádiu dominujú jednotlivé **procesy zmeny**, počas ktorých dochádza k ich systematickej a efektívnej aplikácii. Proces conciousness raising (zvyšovanie uvedomenia) prevláda v začiatkových štádiách a reprezentuje procesy ovplyvnené skúsenosťami. stimulus control (kontrola podnetov) zodpovedá behaviorálnym procesom prevládajúcim v neskorších štádiách.

Správne načasovanie využitia procesov k jednotlivým štádiám maximalizuje ich efekt v terapii.

Tabuľka 1 Využitie procesov k jednotlivým štádiám

PRE-KONTEPLÁCIA	KONTEPLÁCIA	PRÍPRAVA	AKCIA	ZOTRVANIE
zvyšovanie vedomia, dramatická úľava, prehodnotenie okolia	seba-prehodnotenie	seba-prehodnotenie	ovládanie následkov protipodmieňovanie, ovládanie podnetu	

Pre úspech terapie je veľmi dôležitý pocit, že sa človek stáva tým, kým chce byť. Zotrvanie v novom životnom štýle je najúčinnejšie, pokiaľ osvojenie si nového správania predstavuje pre pacienta (ako aj jeho blízke okolie) vyššie sebahodnotenie.

Procesy zmeny

Pojem proces zmeny zodpovedá aktivitám, ktoré ľudia konajú s úmyslom zmeny správania, myslenia či emócie, týkajúcich sa určitého spôsobu života (životného štýlu).

Ako nástroje psychoterapie vychádzajú z viac ako 400 postupov, ktoré vedú k zmene správania a jej udržaniu. Jednotlivé postupy sa odlišujú najmä orientáciou na psychoanalýzu (zvyšovanie pacientovho sebauvedomenia) alebo kognitívno-behaviorálnu terapiu (fókus na konkrétne akcie pacienta) ako hlavný nástroj zmeny. Preto autori James Prochaska a Carlo DiClemente vybrali na základe porovnávacích štúdií jednotlivých psychoterapeutických metód 10 procesov zmien. Skúsenostné procesy zmeny sú využívané najmä v prvých štádiách (pre-kontemplácia, kontemplácia, príprava), zatiaľ čo v neskorších štádiách (akcia, zotrvanie) dominujú behaviorálne procesy.

Skúsenostné procesy

- Zvyšovanie vedomia (consciousness raising): Zodpovedá rastúcemu uvedomovaniu si následkov problémového správania. Aby pacient pochopil, že jeho správanie je v rozpore s jeho zdravím, intervencia zahŕňa edukáciu, spätnú väzbu, konfrontáciu, bi-

bliografiu a mediálne kampane. Uvedenie si negatív svojho správania je prvým krokom na ceste k zmene.

- Katarzia/dramatická úľava (dramatic relief): Predstavuje emočné precitnutie, ktoré nastane po náhlom uvedení si rizík problémového správania. Zapojenie a zintenzívnenie emočnej reakcie, napr. obrázkami poškodených orgánov fajčením, má väčší dopad na vnímanie problémového správania a vôľu po náprave, než len varovné nápisy. Ak terapiou docielime priamy prejav emócií, dôjde k odstráneniu vnútorného tlaku (somatizácie psychického nepokoja vyvolaného kognitívnou disonanciou) a vymiznutiu vonkajších symptómov.
- Sebaprehodnocovanie (self-reevaluation): Zahŕňa kognitívne a afektívne zhodnotenie samého seba. Často ide o zlomový zážitok, pri ktorom si človek uvedomí rozpor medzi vlastnou predstavou o svojej osobe s realitou. Konkrétne kroky sebaprehodnotenia pozostávajú z vyjasnenia si hodnôt a stanovien si životných priorít.
- Prehodnotenie okolia (environmental-reevaluation): Pacient si uvedomí vplyv svojho zlozvyku aj vo vzťahu k svojmu okoliu (negatívne následky na zdravie pasívnych fajčiarov v jeho okolí).
- Sociálne oslobodenie (social-liberation): Zmeny v spoločnosti prinášajúce alternatívy a priestor pre zmenu správania. Príkladom je možnosť voľby zdravšieho jedla v lokálnej jedálni pre obézneho pacienta, čo pre neho predstavuje lepšie podmienky pre udržanie afinity k zdravému životnému štýlu.

Behaviorálne procesy zmeny

- Sebaoslobodenie (self-liberation): Možnosť voľby cesty k požadovanej zmene správania je dôležitou súčasťou procesu. Konzultáciou s pacientom by mu mali byť ponúknuté aspoň tri nové alternatívy, aby sa predišlo dileme alebo tlaku. Ak sa podarí v pacientovi podnieť túžbu po hľadani nových možností a tým rozšíriť repertoár reakcií na podnety z okolia, sprostredkujeme u neho pocit sebaoslobodenia, ako ďalšieho kroku na ceste k zmene. Príkladom je obézny človek, u ktorého doma sa všetci nezdravo stravujú a bude mu predstretá alternatíva, aby prebral úlohu varenia a tým zlepšil podmienky pre svoju cestu k zmene.
- Protipodmieňovanie (counter conditioning): Samotné rozhodnutie pacienta dosiahnuť zmenu nezaručuje vyvolanie požadovanej terapeutickkej zmeny. Často slúžia jedlo a cigarety ako „copingové stratégie“ – prostriedok na zvládanie záťažových situácií. Protipodmieňovanie predstavuje zmenu podmienenej reakcie na podnet, napr. v stresových situáciách bude namiesto prejedania sa novou reakciou fyzická aktivita alebo meditácia. Účinnou formou protipodmieňovania je nikotínová liečba, pretože naučí fajčiara, že podobný účinok sa dá dosiahnuť aj bez cigariet.
- Ovládanie podnetov (stimulus control): Pozostáva z minimalizovania podnetov spojených so zlozvykom, napr. pri tabakovej závislosti je to z odstránenia zásob cigariet, ako aj popolníkov, hrnčeka, z ktorého pil kávu, keď fajčil a podobne...

- Manipulácia s následkami (reinforcement management): Následky vyvolané určitým správaním dokážu významne ovplyvniť, či sa v budúcnosti dané správanie bude opakovať. Pre fajčiara by to mohla byť ponuka, že za každý deň bez fajčenia ušetrí určitý finančný obnos. U človeka pokúšajúceho sa schudnúť by manipulácia predstavovala, že následok tréningu by nebolo fyzické utrpenie, ale príležitosť stretnutia sa so sympatickými ľuďmi v skupine.
- Nápomocný vzťah (helping relationship): Ide o blízku osobu, ktorá je oporou a podporou pacienta v jednotlivých štádiách zmeny. Či už ide o vypočutie si problémov v ťažkom psychickom rozpoložení počas počiatkových fáz abstinencie, alebo podpory pri chudnutí spoločnými fyzickými aktivitami.

Jednotlivé procesy vedúce k zmene prebiehajú mnohokrát súčasne a najmä v takzvaných „zlomových situáciách“, ktoré sú rozhodujúcim faktorom prechodu do ďalšieho štádia zmeny. James Prochaska uvádza ako príklad situáciu, keď jeden z jeho klientov šiel v silnom daždi do škôlky po svoje deti, ktoré ho čakali vonku. Cestou si uvedomil, že mu došli cigarety a tak sa pre nich zastavil v obchode. Vo chvíli, keď uvidel svoje premoknuté deti, dospel k rozhodnutiu, že prestane fajčiť (prechod zo štádia pre-kontemplácie do prípravy). Tento zlomový bod v jeho postoji spustil naraz viacero procesov zmeny. Príbeh jasne zobrazuje proces sebaaprehodnotenia, keď si uvedomil, že je bezohľadný fajčiar, čo predstavovalo rozpor s jeho sebaobrazom starostlivého otca. Tu došlo taktiež k zapojeniu samotnej *kognitívnej disonancie* ako motivácie k zmene. Okrem toho táto situácia vyvolala katarziu/dramatickú úľavu, keď svojim neohľadupným správaním voči vlastným deťom vydesil sám seba. Uvedomením si závažnosti a intenzity svojej závislosti na nikotíne sa uskutočnil proces zvyšovania vedomia (consciousness raising).

Integrácia štádií a procesov zmeny

Štádia zmeny sa dajú chápať ako určité časové rozpätie na vykonávanie úmyselnej zmeny, ktoré zodpovedá aktuálnym postojom, zámerom a správaniu jednotlivca v cykle zmeny. Časové trvanie jednotlivých štádií je maximálne individuálne, avšak každé štádium je charakteristické špecifickými procesmi zmeny a plnením úloh. Účinná zmena správania závisí od uskutočňovania správnych vecí (procesov) v správnom čase (štádiu).

Tabuľka 2 Integrácia štádií a procesov zmeny

ŠTÁDIUM ZMENY	PROCES ZMENY		ROZHODOVANIE	POKUŠENIE
	Behaviorálne	Skúsenostné		
Pre-kontemplácia	Seba-oslobodenie	Zvyšovanie vedomia	Pre	Sociálna situácia
Kontemplácia	Proti-podmieňovanie	Katarzia/ dramatická úľava	Proti	Návyk/Túžba
Príprava	Ovládanie podnetov	Seba-prehodnotenie		Negatívne vplyvajúce situácie
Akcia	Nápomocný vzťah	Sociálne oslobodenie		
Zotrvanie	Manipulácia s následkami	Prehodnotenie okolia		

Štruktúrovaná edukácia

Štruktúrovaná a cieleňá edukácia vymedzuje rozsah starostlivosti pre jednotlivca s odvrátiteľnými rizikovými faktormi CHOS a tým robí edukáciu ako ošetrovateľský proces v ambulantnej sfére kvalitnejšou a dostupnejšou.

Systém kvality v zdravotníctve môžeme definovať ako súhrn štruktúry organizácie, jednotlivých zodpovedností, procedúr, procesov a zdrojov, ktoré sú potrebné k sústavnému zlepšovaniu kvality zdravotníckych služieb. Ich konečným cieľom je zlepšovanie zdravotného stavu, zvyšovanie kvality života a spokojnosť obyvateľov, ktorým je starostlivosť poskytovaná. Systém kvality tak zahŕňa celý proces tvorby postupov, zberu informácií, stanovenie štandardov a hodnotenia výsledkov toho, čo v zdravotníctve organizujeme ako zdravotnú starostlivosť a zdravotnícke služby.

Edukačný štandard ako nástroj systému kvality poskytovanej starostlivosti zaručuje, že odvedená práca je podľa vopred prijatých pravidiel, znižuje riziká pochybenia a zefektívňuje procesy a hodnotenia výsledkov. Edukačné listy poskytujú sestram recenzované informácie, ktoré prehľbia úroveň ich vedomostí s prínosom kvality starostlivosti o pacienta.

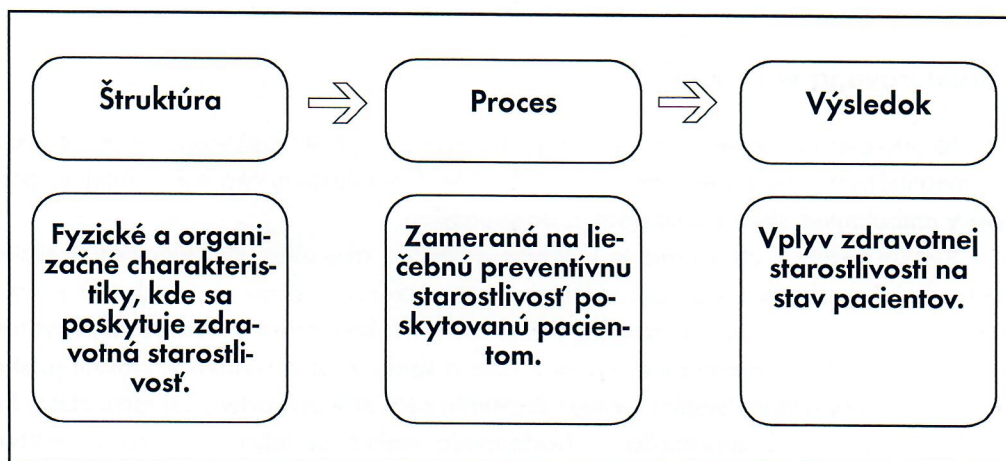
Slovenská republika v Národnom programe kvality na roky 2009-2012, v bode „Starostlivosť o zdravie“ (NPK 2009-2012, s. 5) vytýčila strategické ciele, ktorými sú:

1. zabezpečovať prevenciu a dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre všetky sociálne a vekové vrstvy obyvateľstva,
2. podporovať organizácie pri zavádzaní normy Systém manažérstva bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci (Occupational Health and Safety Assessment Specification OHSAS 18 001),
3. zvyšovať kvalitu starostlivosti o pacienta,

4. skvalitňovať liečbu podľa medzinárodných protokolov a usmernení,
5. zabezpečovať prevenciu rizík, úrazov a negatívnych prejavov,
6. metrologické zabezpečenie zdravotníckych prístrojov a zariadení,
7. vytvárať a implementovať príslušné národné štandardy v rámci systému manažérstva kvality poskytovaných služieb zdravotnej starostlivosti.

Profesor verejného zdravotníctva Avedis Donabedian definoval kvalitnú zdravotnú starostlivosť ako starostlivosť, pri ktorej možno očakávať maximálny prínos pre pacientove zdravie a ak je získaný prospech v porovnaní s nákladmi vyšší vo všetkých fázach procesu.

Donabedianský model kvality zdravotnej starostlivosti stanovuje kritériá celkového hodnotenia kvality poskytovanej starostlivosti.



Obrázok 1 Donabedianský model kvality zdravotnej starostlivosti

Štruktúra:

- Kompetentný zdravotnícky pracovník (L/S, ktorí majú legislatívnu podporu).
- Miesto (ambulancia, prirodzené domáce prostredie).
- Materiálno-technické vybavenie.
- Finančné zabezpečenie.

Proces:

- Meranie správnosti postupu (ako postupovať).
- Diagnostické výkony.
- Liečebné a preventívne výkony.
- Meranie efektívnosti.
- Úroveň vedenia dokumentácie.

Výsledok:

- Spokojnosť pacienta.
- Účasť na následnej spolupráci.
- Vedomostná zručnosť, želaná úmyselná zmena.

Štruktúra edukačného procesu

A. Krátka (rýchla) úvodná intervencia (P2, P3): U pacienta s novozistenou AH sa zisťuje jeho stav motivácie a orientačná úroveň jeho vedomostí, respektíve zručností (pozri prílohu 1). L/S oslovuje jednotlivcov a stanovuje priority podľa naliehavosti klinického stavu.

B. Diagnóza (P3, P4): Sestra metódou ošetrovateľského procesu určí diagnózu.

- E 100 Nedostatok informácií.
- E 101 Riziko deficitu informácií.
- E 102 Nezáujem o informácie.
- E 103 Nedostatok vedomostí.
- E 104 Riziko nedostatku vedomostí.

C. Plánovanie (P5): Sestra prispôsobí edukáciu aktuálnym potrebám pacienta, navrhuje a plánuje spolu s pacientom a rodinnými príslušníkmi zdravotné a sociálne riešenie problému.

Problém 1: **AH** – edukácia individuálna: Sestra určí miesto, čas a pomôcky na edukáciu. Edukačné listy (teoretické východiská pre edukáciu P1) v trvaní 15–20 minút.

Problém 2: **Fajčenie** – edukácia skupinová: Sestra určí miesto, čas a pomôcky na edukáciu. Edukačné listy v trvaní 15–20 minút.

Problém 3: **DLP** – edukácia skupinová: Sestra určí miesto, čas a pomôcky na edukáciu. Edukačné listy v trvaní 15–20 minút.

Problém 4: **Nadhmotnosť/obezita** – edukácia skupinová: Sestra určí miesto, čas a pomôcky na edukáciu. Edukačné listy v trvaní 15–20 minút.

Problém 5: **DM** – edukácia skupinová: Sestra určí miesto, čas a pomôcky na edukáciu. Edukačné listy v trvaní 15–20 minút.

Problém 6: **Vplyv výživy na zdravie** – edukácia skupinová: Sestra určí miesto, čas a pomôcky na edukáciu. Edukačné listy v trvaní 15–20 minút.

Problém 7: **Nedostatočná fyzická aktivita** – edukácia skupinová: Sestra určí miesto, čas a pomôcky na edukáciu. Edukačné listy v trvaní 15–20 minút.

Problém 8: Riziková konzumácia alkoholu – edukácia skupinová: Sestra určí miesto, čas a pomôcky na edukáciu. Edukačné listy v trvaní 15–20 minút.

D. Štruktúrovaná edukácia per se (realizácia) (P6):

Problém 1: **Novozistená AH** – edukácia individuálna: Sestra určí miesto, čas a po-

môcky na edukáciu. K edukácii používa edukačné listy (teoretické východiská pre edukáciu P1) v trvaní 15–20 minút pre každý edukačný list. Napr. pri AH využije Edukačný list s názvom Motivačná intervencia (Edukačný list č.1). Pri správnej technike merania TK využije Edukačný list č.1c: Správna technika merania TK v domácom prostredí a pod.

V prípade, že L/S zistí ďalší problém napr. fajčenie stanoví Problém 2: Fajčenie a postupuje ako pri probléme 1.

Po stanovení všetkých problémoch, ktoré pacient má, L/S reaguje na názory a postoje edukovanej osoby:

a) ak je sestra stotožnená s názormi a postojmi edukovaného, mala by nasledovať jeho pochvalu;

b) ak sestra nie je stotožnená s názormi a postojmi edukovaného, mala by nasledovať argumentácia faktmi EBM;

E. Validácia a hodnotenie vo vzore TTM (V1–V9): Sestra posúdi stupeň vedomostí, zručností a stav jeho motivácie podľa modelu TTM;

F. Dokumentácia (Š4), (P5), (V9): Sestra vedie dokumentáciu v štruktúrovanej podobe podľa prílohy 7.

Príklad:

- Zistíte, v akom štádiu sa pacient nachádza.
- Zistíte, či pripúšťa zmenu vo svojom doterajšom správaní sa.
- Zistíte, či plánuje...
- Preskúmajte, aké argumenty dáva pre a proti (bilancia v rozhodovaní).

Procesná mapa: Graficky prehľadne popisuje všetky procesy a činnosti hierarchicky usporiadané v edukačnom procese, a je vizuálnou reprezentáciou hraníc procesu a hlavných krokov procesu zaručujúcou jeho kvalitu. Procesná mapa je neustále predmetom analýzy a auditu.

Tabuľka 3 Štandard edukačnej starostlivosti

Kritériá štruktúry	Š1 Kompetentný zdravotnícky pracovník.
	Š2 Ambulancia, prirodzené domáce prostredie.
	Š3 Pomôcky.
	Š4 Dokumentácia o realizovanej edukácii.
	Š5 Finančné zabezpečenie edukácie.
Kritériá procesu edukácie	P1 Získanie vedomostí o samotnej klinickej jednotke, ktorej sa edukácia týka.
	P2 Získanie údajov od pacienta, rodiny, komunity (anamnéza...).
	P3 Získanie údajov vlastným pozorovaním a vyšetrením.
	P4 Sestra diagnostikuje v TTM.
	P5 Sestra určí stratégiu/plánuje.
	P6 Sestra intervenuje/realizuje.
	P7 Sestra hodnotí.
	P8 Sestra zaznamenáva.
Kritériá výsledné	V1 Sestra ovláda teoretické východiská pre edukáciu.
	V2 Sestra získala údaje.
	V3 Sestra vyšetřila pacienta.
	V4 Sestra zaradila pacienta podľa TTM.
	V5 Sestra využíva prislúchajúci edukačný list.
	V6 Pacient získal vedomosti a zručnosti.
	V7 Sestra vykonala zápis do dokumentácie, podpísala sa.

Š - štruktúrne opatrenia; P - proces edukácie; V - výsledné kritéria

Diagnóza: Nedostatok vedomostí o domácom meraní TK u dospelého pacienta s AH.

P1 Získanie vedomostí o samotnej klinickej jednotke, ktorej sa edukácia týka, napr. o AH sestra získa vedomosti: definícia, klasifikácia, etiopatogenéza, klinický obraz, farmakologická a nefarmakologická liečba, správna technika merania TK.

P2 Získanie údajov od pacienta, rodiny, komunity (anamnéza...).

P3 Získanie údajov vlastným pozorovaním a vyšetrením (meranie fyziologických funkcií, podľa Vyhlášky č. 364/2005 MZ SR, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom. §1 písm. e: edukáciou v ošetrovateľstve a edukáciou v pôrodnej asistencii, poskytovanie potrebných vedomostí a nácvik zručností súvisiacich s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti a starostlivosti v pôrodnej asistencii...).

P4 Sestra stanovuje diagnózu a diagnostikuje v TTM.

Sestra zistí stav motivácie, pacientove postoje a vedomosti k danej problematike.

Sestra reaguje na názory a postoje edukovanej osoby:

- a) ak je sestra stotožnená s názormi a postojmi edukovaného, nasleduje pochvala,
- b) ak sestra nie je stotožnená s názormi a postojmi edukovaného, nasleduje argumentácia faktmi EBM.

P5 Sestra určí stratégiu/plánuje: Plánovanie je východiskom pre všetky ostatné manažérske činnosti sestry v edukačnom procese v ošetrovatelstve. Znamená prispôbiť edukáciu aktuálnym potrebám pacienta, navrhovať a plánovať spolu s pacientom a rodinnými príslušníkmi zdravotné a sociálne riešenie problému, sestra určuje intervenčnú stratégiu a stanovuje priority pre potreby pacienta:

- a) sestra stanovuje priority podľa klinického stavu a naliehavosti,
- b) sestra zaradí pacienta do edukačného programu:
 - individuálneho,
 - skupinového.

P6 Sestra intervenuje/realizuje v stanovenom rozsahu podľa edukačných listov. Štruktúrovaná edukácia per se je učebná osnova a plán pozostávajúci z postupných jednotlivých vopred definovaných, po sebe nasledujúcich krokov, ktoré nám umožnia audit procesu edukácie. Sestra využíva vizualizáciu na prezentáciu argumentov či tréning techniky:

- a) základná,
- b) rozšírená,
- c) reedukačná.

P7 Sestra hodnotí.

Sestra zistí stav motivácie pacienta, jeho postoje a vedomosti k danej problematike. Sestra zvolí vhodné argumenty a fakty (odpovede na predpokladané otázky).

Sestra vyzýva edukovaného, či má nejaké otázky, poskytne k dispozícii samovzdelávacie materiály do nasledujúceho edukačného sedenia (obrázky, letáčiky, kontakty...).

Sestra plánuje ďalšie edukačné sedenie.

Sestra ukončí edukačné sedenie.

P8 Sestra zaznamenáva.

Sestra vedie dokumentáciu, v ktorej zaznamená stav motivácie (TTM), tému a posúdi úroveň získaných vedomostí a zručností.

V1 Sestra ovláda pokyny pre riadenie jednotlivých ovplyvniteľných RF.

V2 Sestra získala údaje od pacienta a rodinného príslušníka (zákonného zástupcu).

V3 Sestra vyšetrila pacienta.

V4 Sestra zaradila pacienta podľa TTM do štádia TTM.

V5 Sestra používa Edukačné listy podľa TTM.

V6 Pacient získal vedomosti a zručnosti.

V7 Sestra vykonala zápis do dokumentácie, podpísala sa (P5).

Úskalím edukácie kompetentným zdravotníckym pracovníkom je zisťovanie, v ktorom motivačnom štádiu TTM sa pacient momentálne nachádza a z toho vyplývajúce zaradenie pacienta do určitého stupňa. Podľa stupňa zadefinovania pacienta prispôbiť edukáciu, kde využíva svoje teoretické a praktické skúsenosti.

Tabuľka 4 Kontrolný list auditu edukačného plánu

	Kontrolné kritériá	Hodnotenie	Áno	Nie
Štruktúra	Š1 Vykonal edukáciu kompetentný zdravotnícky pracovník?	Audítor	1	0
	Š2 Bola edukácia realizovaná v ambulancii/doma?			
	Š3 Boli použité adekvátne pomôcky?			
	Š4 Je dokumentácia vedená správne?			
	Š5 Bola edukácia hradená?			
Proces	P1 Ovláda sestra teoretické východiská pre edukáciu?	Audítor		
	P2 Bola odobratá anamnéza?			
	P3 Vyšetřila sestra pacienta?			
	P4 Stanovila diagnózu v TTM?			
	P5 Zohľadnila sestra potreby pacienta?			
	P6 Postupovala sestra podľa P3-P6?			
	P7 Vyhodnotila sestra edukáciu?			
	P8 Zaznamenala sestra štruktúrovane dokumentáciu?			
Výsledok	V1 Pozorovala sestra, či je pacient motivovaný?	Sestra		
	V2, V3 Získala sestra relevantné údaje?	Sestra		
	V4 Pochopil pacient dôležitosť potreby spolupráce?	Pacient		
	V5 Mal pacient vedomosti/zručnosti podľa edukačného listu?	Pacient		
	V6 Nastala u pacienta želaná zmena?	Sestra		
	V6 Nastala želaná zmena?	Pacient		
	V7 Je zapísaná a podpísaná dokumentácia?	Audítor		
	V4,V5,V6, V7 Náhľad do vedenej štruktúrovanej dokumentácie.			

Zoznam použitej literatúry:

CINGÖZBAY, B. Y., ISILAK, Z., TOKATLI, A., UZUN, M. Letters to the Editor. *Anatolian Journal of Cardiology* 11, 2011; 467

DiCLEMENTE, C. C., PROCHASKA, J. O., FAIRHURST, S. K., VELICER, W. F., VALESQUES, M. M., ROSSI, J. S. The processes of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991; 59, 295-304

EROL, S., ERDOGAN, S. Application of a stage based motivational interview in approach to adolescent smoking cessation: The Transtheoretical Model-based study. *Patient Education and Counseling* 72, 2008; 42-48

GAVALIEROVÁ, Z., FATHI, A. Artériová hypertenzia u dospelých pacientov - intervencia sestrou. In *Sestra*, 2019; 1-2/2019, s.18-22. ISSN 1335-9444

GLADKIJ, I. et al. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003; 380 s. ISBN 80-7226-996-8

KOYUN, A., EROGLU, K. *The Stages of Change Model (The Transtheoretical Model) and Smoking Cessation Guide Prepared by Stages*. Ankara: Palme Publishing, 2013;

MADAR et al. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada Publishing, 2004; s.248. ISBN 80-247-0585-0

MILLER, W. R., ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování*. 2013; Tiskov: SCAN

NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia. 1996;

PROCHASKA, J. O., DiCLEMENTE, C. C., NORCROSS, J. C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1992; 1102-1114

PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Praha: Grada Publishing. 1999;

PROCHASKA, J. O., DiCLEMENTE, C. C., NORCROSS, J. C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1998; 1102-1114

PROCHASKA, J. O., DiCLEMENTE, C. C. *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries or therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin. 1984; / cit podle PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Praha: Grada Publishing

PULVIRENTI, L., DIANA, M. Drug dependence as a disorder of neural plasticity: focus on dopamine and glutamate. *Neurosci Rev*, 2001; 12:41-59.

VELICER, W. F., PROCHASKA, J. O., FAVA, J. L., ROSSI, J. S., REDDING, C. A., LAFORGE, R. G., et al. Using the transtheoretical model for population - based approaches to health promotion and disease prevention. *Homeostasis in health and disease*. 2000; 40, 174 - 195.

VYHLÁŠKA 306/2005 Z.z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 30. júna 2005, ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz. Dostupné na: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2005/306/20050715>