

SODOBNI ANDRAGOŠKO-DIDAKTIČNI PRISTOPI V ZDRAVSTVENI VZGOJI

Andreja Kvas

Povzetek. Medicinske sestre/zdravstveni delavci v okviru primarne, sekundarne in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti sodelujejo v aktivnostih zdravstvene vzgoje. Njihova temeljna naloga je krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdravja in lajšanja trpljenja ljudi. Namen prispevka je predstaviti andragoško-didaktične pristope pri učenju odraslih s strani zdravstvenih delavcev, zlasti medicinskih sester, v procesu zdravstvene vzgoje. Glavni cilj zdravstvene vzgoje so spremembe načina življenja, izboljšanje zdravstvenega stanja, pomoč posameznikom, družinam in skupnostim, da s svojim ravnanjem in na lastno pobudo dosežejo optimalno zdravstveno stanje. Proces zdravstvene vzgoje je treba vedno v naprej načrtovati in skupaj z odraslim najti zanj najprimernejše aktivne učne oblike, učne in vzgojne metode dela ter primerne učne pripomočke.

UVOD

Pomembno je vedeti, da je zdravstvena vzgoja le eden od sedmih strateških pristopov v promociji zdravja. Ti pristopi so: zdravstveno sporočanje, vzgoja za zdravje / zdravstvena vzgoja, samopomoč oziroma vzajemna pomoč, spreminjanje organiziranosti v podporo zdravju, razvoj, dozorevanje in mobilizacija skupnosti v krepitvi za zdravje, zagovorništvo zdravja in razvoj politik za zdravje [1]. Zdravstvena vzgoja zajema kontinuum, vse od preprečevanja bolezni in promocije optimalnega zdravja, vključno z odkrivanjem bolezni, zdravljenjem, rehabilitacijo in dolgotrajno oskrbo [2]. Zavestno zgrajena priložnost za učenje vključuje različne oblike komunikacije, namenjene za izboljšanje zdravstvene pismenosti, vključno z izboljšanjem znanja in razvijanjem sposobnosti, ki so potrebne za zdravje posameznika in skupnosti [3]. Zdravstveno vzgojo izvajamo medicinske sestre/zdravstveni delavci na vseh treh ravneh zdravstvene dejavnosti: na primarni, sekundarni in terciarni in to za zdrave in bolne ljudi v vseh življenjskih obdobjih.

Glavni cilj zdravstvene vzgoje so spremembe načina življenja, izboljšanje zdravstvenega stanja, pomoč posameznikom, družinam in skupnostim, da s svojim ravnanjem in na lastno pobudo dosežejo optimalno zdravstveno stanje [4]. Pri tem je treba upoštevati to, da v procesu spremembe nezdravega vedenja odrasle osebe zdravstveni delavci nismo tisti, ki odločamo. Uspešnejše so tiste strategije, kjer se odrasla oseba odloča, kaj bo naredila glede spremembe vedenja [5]. Za uspešno spremembo nezdravega vedenja pa je treba skupaj z odraslim načrtovati potek učno-vzgojnega procesa. Pri tem je treba upoštevati, da za odrasle veljajo drugi didaktični pristopi kot za otroke in mladostnike. Odrasli že imajo neko predznanje in različne življenjske izkušnje, ki so nam zdravstvenim delavcem lahko v veliko

pomoč v učno-vzgojnem procesu. Avtor Merriam poudarja, da odrasli želijo vse nove ideje, znanje ali spretnosti razumeti skozi svojo življenjsko izkušnjo in jih preizkusiti v različnih življenjskih okoliščinah. Povezovanje novega učenja s prejšnjimi izkušnjami je že uveljavljen način dela z odraslimi [6].

Namen prispevka je predstaviti andragoško-didaktične pristope pri učenju odraslih/pacientov s strani zdravstvenih delavcev, zlasti medicinskih sester, v procesu zdravstvene vzgoje.

ZDRAVSTVENA VZGOJA

Zdravstvena vzgoja ni samo širjenje informacij ljudem, temveč je tudi spodbujanje motivacije, spretnosti in zaupanja, ki krepijo zdravje ljudi. Poleg tega ljudi uči o osnovnih socialnih, ekonomskih in okoljskih razmerah, ki lahko vplivajo na njihovo zdravje [3]. Je sestavni del vsakodnevnega dela zdravstvenih delavcev, tudi zdravnikov [1]. Ključno vlogo v procesu zdravstvene vzgoje pa ima medicinska sestra, saj največ časa preživi s pacientom. Je tista, ki prepozna trenutek, ko je pacient sposoben in motiviran za učenje. V procesu zdravstvene vzgoje naj bo pacient v aktivni vlogi, kar pomeni, da aktivno sodeluje v procesu pridobivanja novega znanja, spretnosti in veščin. V proces zdravstvene vzgoje naj medicinske sestre vključujejo aktivne učne oblike, učne in vzgojne metode dela, ob uporabi primernih učnih pripomočkov [7].

Glavni karakteristiki zdravstvene vzgoje sta prostovoljno sodelovanje posameznika in ugotavljanje njegove lastne zdravstvene prakse. Posameznik ne sme dobiti občutka, da ga hočemo medicinske sestre/zdravstveni delavci v nekaj prepričati za vsako ceno [8]. Proces učenja in pridobivanja izkušenj mora biti načrtovan skupaj s odraslim/pacientom, z uporabo različnih metod, kot so individualno učenje, svetovanje in spodbujanje k spremembi vedenja in razvad [9]. Cilj zdravstvenovzgojnega delovanja je večidel spreminjanje že ustaljenih, pogosto tudi vpeljevanje novih življenjskih navad in ravnanj (vedenji), ki bodo prispevala k boljšemu zdravstvenemu stanju konkretnega posameznika [10].

VZGOJA ZA ZDRAVJE

Vzgoja za zdravje je pomemben in nepogrešljiv del promocije zdravja. Je aktivni proces učenja ob upoštevanju lastnih izkušenj in socialnoekonomskih dejavnikov. Namen vzgoje za zdravje je informirati in motivirati posameznika ali skupino k skrbi za svoje zdravje [11]. V njej sodelujemo vsi, od matere, ki neguje otroka, prek vzgojiteljic v vrtcih, učiteljic in učiteljev v šolah, pa

vse do delodajalcev in novinarjev s sporočili v medijih [1] ter zdravstvenih delavcev.

Vzgoja za zdravje deluje bolj na populacijski ravni kot na ravni posameznika. Pojem vzgoja za zdravje se prepleta s pojmom zdravstvene vzgoje [1, 12, 13]. Koncept vzgoje za zdravje izhaja iz biopsihosocialnega modela zdravja, koncept zdravstvene vzgoje pa iz biomedicinskega modela zdravja. Oba koncepta pa se do določene mere prekrivata [1]. Biomedicinski model zdravja ali model bolezni se v celoti usmerja zgolj na bolezen. Biopsihosocialni model zdravja pa je multifaktorski model zdravja in bolezni; številni in raznoliki biološki, psihološki in socialni dejavniki zdravja in bolezni so v stalni in vzajemni medsebojni zvezi [14].

EDUKACIJA

Termin edukacija pacientov vedno pogosteje uporabljajo zdravstveni delavci, in to na vseh treh ravneh zdravstvene dejavnosti. Najpogosteje ga uporabljajo kot sinonim za zdravstveno vzgojo, za nekatere pa pomeni celo več kot zdravstvena vzgoja (razumejo jo kot nadpomenko). Ob tem je treba poudariti, da termin edukacija različno razlagajo tudi strokovnjaki s področja izobraževanja, andragogike, pedagogike in didaktike, od koder smo ga prenesli na področje zdravstva. Uporabljajo ga tudi strokovnjaki na psihološkem in sociološkem področju, v zadnjih nekaj letih pa tudi na področju zdravstva (npr. edukacija pacientov, edukacija zdravstvenih delavcev, zdravstveni delavci kot edukatorji ipd.). Vsi strokovnjaki z omenjenih področij dela termin edukacija razumejo na različne načine; enim pomeni vzgojo in izobraževanje, drugim samo vzgojo, tretjim samo izobraževanje, četrtem zdravstveno vzgojo itd. [7].

Pojem je v slovenski prostor vpeljal Pediček leta 1994 in ga opredelil kot proces vzgoje in izobraževanja, ker naj bi samo podajanje znanja in v skladu s tem spodbujanje učenja vsebovalo tudi oblikovalno razsežnost. Avtorici Lesar in Peček-Čuk se sprašujeta, ali lahko pojem edukacija vpeljemo tudi na druga področja družbenega življenja, kjer je proces vzgoje zelo živ, vendar ne tako strukturiran in ciljno naravnani kot v šoli. Sprašujeta se, ali je mogoče reči, da starši doma otroke educirajo [15].

ANDRAGOŠKO-DIDAKTIČNI PRISTOPI

V procesu zdravstvene vzgoje je zelo pomembno, da zna medicinska sestra/zdravstveni delavec izbrati primerne andragoško-didaktične pristope. Gre za razumevanje dveh terminov, andragogika in didaktični pristopi [16]. Andragogika je znanstvena disciplina, ki raziskuje izobraževanje odraslih

kot intencionalno dejavnost in učenje odraslih kot priložnostno, izkušensko učenje. V njej raziskujemo vzgojo, izobraževanje in učenje odraslih [17]. Danes obstajajo trije načini razumevanja termina andragogika: je veda o razumevanju (teorija) in spodbujanju (praksa) vseživljenjskega (*lifelong*) in širše (*lifewide*) izobraževanja odraslih; označuje poseben sklop teoretičnega in praktičnega razumevanja, ki temelji na humanističnem konceptu samousmerjanja in neodvisnosti učiteljev in učencev odraslih ter na spodbujanju samostojnega učenja; je akademska disciplina (*academic discipline*), razvita kot univerzitetni študij [18].

Močno se prepletata tudi termina izobraževanje in učenje. Pri izobraževanju je ospredju pridobivanje znanja, spretnosti, navad, itn., proces praviloma poteka uradno (ni pa nujno), je opredeljen s cilji, normiran, strukturiran, predmetno usmerjen, organiziran od zunaj. Pri učenju pa je poudarjen antropološki kontekst in postavlja v ospredje posameznika ter temelji na njegovih potrebah in lastni dejavnosti; to pa pomeni, da v procesu niso upoštevane tudi družbene potrebe. Učenje poteka povsod, zajema vse položaje, okoliščine in priložnosti; vsebine se prepletajo in niso tako načrtno usmerjene na predmet [19]. Za učenje, v primerjavi z izobraževanjem, je značilno, da traja vse življenje in zahteva aktivno vlogo posameznikov.

Pojem in izraz didaktika sta grškega izvora. V njem se steka vrsta pojmov, npr. *didactos* (učljiv), *didaskaleion* (šola, razred), *didaskein* (učiti, poučevati), *didaskalos* (učitelj/ica) [20]. Didaktika je teorija in praksa učenja in poučevanja. Njena naloga je ponuditi učiteljem/zdravstvenim delavcem in učencem/pacientom praktične smernice za ravnanje pri poučevanju in učenju. Didaktika se ukvarja z naslednjimi vprašanji: kdo se uči, kaj, od koga, kdaj, s kom, kje, kako, s čim in zakaj se uči [21]. In na vsa ta vprašanja si mora odgovoriti medicinska sestra/zdravstveni delavec, preden se loti učenja in poučevanja zdravih ali bolnih odraslih oseb.

ZNAČILNOSTI UČENJA ODRASLIH

Učenje odraslih se precej razlikuje od učenja otrok in mladostnikov. Z andragoškega vidika je odrasel tisti, ki se ob drugih socialnih vlogah vrača v organizirano izobraževanje, nadaljuje svoje izobraževanje samostojno ali se uči kako drugače [17]. V procesu učenja je odrasla oseba odgovorna za učenje, odgovornost učitelja/zdravstvenega delavca pa je vodenje odraslih skozi proces učenja [22]. Pomembno je, da medicinske sestre/zdravstveni delavci odrasle osebe spodbujamo, da uporabijo svojo lastno presojo in sposobnosti za sprejemane odločitve, in ne da se mi odločamo namesto njih.

V odraslosti se kažejo nekatera področja, na katerih učinkovitost narašča (npr. socialne sposobnosti, presojanje), na drugih področjih sposobnosti upadajo (npr. pozornost, spomin) [17]. V odraslosti začneta pešati sluh in vid, pojavijo se spremembe v živčno-mišičnem sistemu, zaradi tega prihaja do podaljšanja odzivnega časa [17, 23]. To pomeni, da starejši pacienti potrebujejo daljši čas, da razumejo podana navodila in, da se odzovejo na postavljena vprašanja [23]. Intelektualne sposobnosti se od 20. do 60. leta ne zmanjšujejo, zmanjša se le hitrost. Odraslim in starejšim je treba dati le dovolj časa za reševanje problemov, saj »kompenzirajo« upad hitrosti z razmislekom [17].

Učenje odraslih je zahteven in zapleten proces: odrasli imajo za sabo veliko več življenjskih izkušenj kot otroci in mladostniki. Na podlagi teh izkušenj imajo odrasli tudi različne pristope do samega učenja. Samo učenje je zanje lahko velika grožnja in povzroči zelo velik napor [24] zaradi slabih preteklih izkušenj, ki izvirajo še iz šolskih dni. Pridobivanje novih znanj in veščin pa jim je lahko tudi velik izziv in veselje. Pomembno je, da medicinske sestre/zdravstveni delavci v učno-vzgojnem procesu izhajamo iz potreb in želja odraslih/pacientov.

V učno-vzgojnem procesu odraslih oseb/pacientov je treba upoštevati tudi, da v odraslem obdobju upade sposobnost selekcije nepomembnih dražljajev, zato odrasli pogosto manj pomembne informacije za dosego nekega cilja upoštevajo z enako zavzetostjo kot pomembnejše informacije. Zaradi tega nastaja tako imenovana »mentalna navlaka«, presežek manj pomembnih informacij v delovnem spominu. Res pomembne informacije se tako težje kodirajo v dolgoročni spomin, učenje pa je posledično manj učinkovito [25]. Raziskave kažejo, da se odrasli najraje učijo v manjših skupinah, kjer se počutijo enakopravne in v katerih svoje probleme in dileme razrešujejo na podlagi dialoga in iskanja skupnih rešitev. V taki skupini deluje učitelj/zdravstveni delavec kot enak med enakimi in ima predvsem vlogo posrednika, mentorja in usmerjevalca [26].

Warries in Peters sta razvila uporaben model, ki ga sestavlja pet determinant uspešnega učenja odraslih [22] in ga lahko uspešno uporabimo tudi za učenje zdravih ali bolnih ljudi. ARCS akronin (*attention, relevance, confidence, satisfaction*), ki zajema pozornost – pridobiti moramo pozornost udeležencev; pomembnost – prepričati jih moramo, da je to prava vsebina za njih; zaupanje – zastavljeni cilji morajo biti udeležencem /odraslim dosegljivi; in zadovoljstvo – učenje mora zadovoljiti njihovo potrebo [22].

UPORABA MOTIVACIJSKEGA INTERVJUJA V PROCESU ZDRAVSTVENE VZGOJE ODRASLIH

Motivacijski intervju je svetovalna tehnika, ki veča motivacijo posameznika za spremembo problematičnih (nezdravih) vedenj [27, 28]. Motivacijski intervju kot svetovalna tehnika vključuje krepitev posameznikove motivacije za spremembo s štirimi vodilnimi načeli: spodbujanje posameznika k samostojnosti, razumeti posameznikovo lastno motivacijo, empatično poslušanje in spodbujati posameznika, mu dajati moč [29].

S pomočjo motivacijskega intervjuja lahko medicinska sestra/zdravstveni delavec v procesu komunikacije oceni pripravljenost odraslega/pacienta za spremembo, mu pomaga pri vstopu v naslednjo fazo procesa spreminjanja ter ga usmerja in vodi skozi proces spreminjanja [30–32]. Je tehnika, ki osvetljuje ambivalenco odraslega/pacienta glede spreminjanja in njegove argumente »za« in »proti« [30, 31, 33, 34]. Z motivacijskim intervjujem medicinska sestra/zdravstveni delavec pomaga ambivalentnemu odraslemu/pacientu, da sprejme pomembne življenjske odločitve. Za ambivalentne odrasle/paciente je značilno, da imajo težave pri sprejemanju odločitev [30, 31]. Motivacijski intervju je predvsem način kako pomagati odraslim/pacientom prepoznati in nekaj storiti za njihove sedanje in potencialne težave [35].

Osnovna predpostavka motivacijskega intervjuja je, da se bo sprememba zgodila, če je odrasel/pacient pripravljen nanjo [33]. Med glavne komponente motivacijskega intervjuja sodijo ocena pripravljenosti na spremembo, dajanje povratne informacije (npr. v obliki pohvale, spoštovanja, razumevanja; spodbujanja odraslega/pacienta v procesu uvajanja sprememb), izogibanje odporu, pogajanje za cilje in strategije, soočanje z ambivalenco, določanje stopnje pomembnosti spremembe, ocena posameznikovega zaupanja v lastno sposobnost za spremembo [37].

NAČRTOVANJE ZDRAVSTVENO-VZGOJNE ETAPE

Ko smo s pomočjo motivacijskega intervjuja pridobili podatke o pripravljenosti odraslega za spremembo nezdravega vedenja (npr. kajenje, nezdrava prehrana, telesna nedejavnost, itd.) začnemo skupaj z odraslim/s pacientom načrtovati zdravstveno-vzgojno etapo. Zdravstveno-vzgojna etapa je sistematično in namerno organiziran proces, katerega cilj je učenje in vzgoja odraslega/pacienta. Pri sodobni zdravstveno-vzgojni etapi skušamo zmanjšati delež poučevanja, to je aktivnost medicinske sestre/zdravstvenega delavca in zvečati delež učenja, to je smotrne aktivnosti odraslega/pacienta. Poskrbimo, da bodo odrasli/pacienti v zdravstveno-vzgojni etapi čim več odkrivali in manj posnemali nas medicinske sestre/zdravstvene delavce.

Skupaj z odraslim/s pacientom postavimo cilje, ki jih želimo doseči pri odraslem/pacientu v okviru zdravstveno-vzgojne etape. Posebej pozorni smo na naslednje:

1. katere konativne, kognitivne in psihomotorične cilje naj odrasel/pacient doseže (Bloomova taksonomija);
2. kako bomo organizirali proces uresničevanja zastavljenih ciljev in
3. kako bomo preverili, kako so odrasli/pacienti cilje dosegli.

Bloom je taksonomijo kot podlago za načrtovanje ciljev zasnoval na treh področjih: kognitivno področje, konativno (afektivno) področje in psihomotorično področje. Skupine ciljev so razvrščene hierarhično, od nižjih stopenj proti višjim. Poznavanje: poznavanje posameznih dejstev, postopkov, teorij; razumevanje: usvojeno poznavanje postopkov in teorij znati povedati s svojimi besedami; uporaba: pridobljeno znanje se z enega znanega svoja prenese na drugega; analiza: cilj je dosežen na tej stopnji, če odrasel zna razčleniti pojav ali zakonitost na posamezne dele in poiskati jasne medsebojne povezave; sinteza: sposobnost združevanja znanja v logično celoto; vrednotenje: cilj na tej najvišji stopnji je dosežen, ko je odrasel sposoben oblikovati in utemeljiti vrednostno sodbo o neki rešitvi, izdelku, postopku, teoriji ipd. [38].

Na osnovi postavljenih ciljev (kognitivnih, konativnih in psihomotoričnih) medicinska sestra/zdravstveni delavec skupaj z odraslim/pacientom pripravi vsebino zdravstveno-vzgojne etape. Nato načrtuje katere učne oblike, učne in vzgojne metode in učne pripomočke bo uporabila v zdravstveno-vzgojni etapi. Pomembno je, da sproti preverja razumljivost posredovanega znanja. Pazi, da preverjanja ne izvaja na način kot se to dela v izobraževalnih inštitucijah; testi, spraševanje ipd., saj lahko pri odraslih/pacientih obudi slabe izkušnje iz »šolskih klopi«, poleg tega si ti ne želijo, da so medicinske sestre/zdravstveni delavci v vlogi »klasičnega učitelja«. Pristop medicinske sestre/zdravstvenega delavca naj bo zaupen, spoštljiv, sodelujoč, enakovreden in skrben. Pri tem je pomemben prvi vtis in dajanje pozitivnih sporočil; biti zgled, se zavedati svojega vpliva na druge ter imeti dovolj znanja in veščin za soočanje z nepričakovanim [39]. Zelo pomembno je tudi, da odrasel/pacient dobi povratno informacijo glede ravni znanja (raven prepoznavanja, reprodukcije, razumevanja, ustvarjalnega ali kreativnega znanja), spretnosti in veščin, ki jih je pridobil tekom učno-vzgojnega procesa.

ZAKLJUČEK

Zdravstvena vzgoja je disciplina, ki se naslanja na spoznanja različnih ved, kot so andragogika, pedagogika, didaktika, psihologija in sociologija, vendar ostaja v okviru zdravstvenih strok, saj črpa svoja načela v procesih pri

zdravem in bolnem človeku. S pomočjo zdravstvene vzgoje odrasel/pacient vso pridobljeno znanje razume, razjasni svoja stališča ali oblikuje nova, spozna nove vrednote in jih spoštujejo ter je pozoren na svoje vedenje povezano z zdravjem.

Ne pozabimo, da se proces zdravstvene vzgoje začne že z izbiro primernega prostora. Prostor naj bo svetel, zračen, prostoren, opremljen s primernim pohištvom in didaktičnimi pripomočki (plakati, modeli, sheme, razne brošure, zloženke, knjige, itd.). V prostoru naj medicinske sestre/zdravstvenega delavca, v času izvajanja zdravstvene vzgoje, nihče ne moti, npr. zvonjenje telefona, sodelavci in drugi pacienti. Odraslemu/pacientu se je treba posvetiti v trenutku, ko ta vstopi v prostor. Uvodno srečanje začne s pozdravom in predstavitvijo sebe, razlago namena obiska in pridobivanjem informacij s strani odraslega/pacienta. Sledi postavitev ciljev, izdelava načrta, izvajanje načrta in vrednotenje zdravstvene vzgoje. Odrasel/pacient naj vedno dobi tudi pisno gradivo (npr. zloženke, brošure, knjižice), ki ga medicinska sestra/zdravstveni delavec vnaprej obrazloži in mu da možnost postavitve dodatnih vprašanj in razlage. Vse kar se dogaja pri in z odraslim/s pacientom, je treba sproti primerno dokumentirati.

LITERATURA

1. Zaletel-Kragelj L, Eržen I, Premik M. Uvod v javno zdravje. Ljubljana; Univerza v Ljubljani, Katedra za javno zdravje 2007: 168–70, 174–9, 208–9, 288–92, 305–7.
2. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: Theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass 2008: 11–4.
3. World Health Organization. Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies: a foundation document to guide capacity development of health educators. Regional Office for the Eastern Mediterranean 2012: 13.
4. Edelman CL, Mandle CL. Health promotion. 6 th edition. Missouri: Mosby 2006.
5. Rash ME. Simulating Health Promotion in an Online Environment. Journal of Nursing Education 2008; 47(11): 515–7.
6. Merriam SB. Adult Learning Theory for the Twenty-First Century. New Directions for Adult and Continuing Education 2008; 119: 93–8.
7. Kvas A. Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo? In: Kvas A (editors). Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2011; 33–48.
8. Green L, Kreuter M. Health promotion planning: an educational and environmental approach. Palo Alto, California: Mayfield Publishing 1991.
9. Sluijs EM, Knibbe JJ. Patient compliance with exercises: different theoretical approaches to short-term and long-term compliance. Patient Education Counseling 1991;17:191–204.
10. Naidoo J, Wills J. Public health and health promotion: developing practice. 2nd edition. United Kingdom: Gail Wright 2005.
11. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Vzgoja za zdravje. Dostopno na: http://www.ivz.si/Mp.aspx_ni=78&pi=6&_6_id=39&_6_PageIndex=0&_6_groupId=2&_6_newsCategory=IVZ+kategorija&_6_action>ShowNewsFull&pi=78-6.0. (10. 9. 2015).

12. Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2005: 5–12.
13. Kvas A. Vzgoja za zdravje kot del vseživljenjskega učenja. In: Pandel Mikuš R, Kvas A (ur.). Oblikovanje celostnega pristopa k ohranjanju in kreptivi zdravja : prehrana, gibanje in pozitivna samopodoba: strokovni seminar, Ljubljana, november 2006. Ljubljana: Strokovno združenje nutricionistov in dietetikov, 2006: 59–67.
14. Rakovec – Felser Z. Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja: razumeti in biti razumljen. 1. Natis. Maribor: Založba Pivec 2009: 28–34.
15. Lesar I, Peček-Čuk M. Pojem »edukacija« – rešitev ali poglobitev zadreg pri opredeljevanju vzgoje in izobraževanja. In: Javrh P (editors). Vseživljenjsko učenje in strokovno izrazje. Ljubljana: Pedagoški inštitut 2008: 95–107.
16. Kvas A. Andragoško-didaktični pristopi pri zdravstveni vzgoji bolnikov s srčnim popuščanjem In: Kvas A, Kaučič BM, Majcen Dvoršak S, et al., eds. Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2009: 233C.
17. Ličen N. Uvod v izobraževanje odraslih: izobraževanje odraslih med moderno in postmoderno. Ljubljana: Filozofska fakulteta; oddelek za pedagogiko in andragogiko 2006:37–51.
18. Govekar Okoliš M, Ličen N. Poglavja iz andragogike. Ljubljana: Filozofska fakulteta 2008: 25–34.
19. Jelenc Krašovec S, Jelenc Z. Andragoško svetovalno delo. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete 2009: 12–25.
20. Blažič M, Ivanuša Grmek M, Kramar M, Strmčnik F. Didaktika. Novo mesto: Visokošolsko središče, Inštitut za raziskovalno in razvojno delo 2003: 5–45.
21. Jank W, Meyer H. Didaktični modeli. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo 2006: 20–35.
22. Žarkovič Adlešič B. Kdo so izobraževalci, ki usposablajo učitelje. Andragoška spoznanja 2010; 16(3): 10–21.
23. Štemberger Kolnik T. Opolnomočenje pacienta s kronično boleznijo. In: Kvas A (editors). Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: Zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2011: 119–27.
24. Egger G, Spark R, Donovan R. Health promotion strategies and methods. 2 nd., edition. Australia: McGraw-Hill 2005: 80–2.
25. Kuran M. Multimedijski pristopi k poučevanju ranljivih skupin. In: Javrh P, Kuran M, eds. Temeljne značilnosti odraslih: priročnik za učitelje. Ljubljana: Andragoški center Republike Slovenije, 2012: 206–23.
26. Quigley A. Rethinking literacy education: The critical need for practice-based change. San Francisco: Jossey-Bass 1997.
27. Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? Behavioural and Cognitive Psychotherapy 1995; 23 (4): 325–334.
28. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing, preparing people to change addictive behavior. New York: The Guildford Press 2002.
29. Hall K, Gibbie T, Lubman DI. Motivational interviewing techniques, Facilitating behaviour change in the general practice setting 2012 ;41 (9): 660–7.
30. Britt E, Hudson SM, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. Patient Education Counseling 2004;53 (2): 147–55.
31. Gual A, Anderson P, Segura L, Colom J. Alcohol and primary health care: Training program on identification and brief interventions. Barcelona 2005.
32. Ellis C. Motivational interviewing: Fostering behavioral change in older clients. CSA Journal 2014; 58: 28–31.

33. Dunn C, Deroo L and Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction* 2001; 96(12): 1725–42.
34. Resnicow K, Dikorio C, Soet JE, Borrelli B; Hecht J. Motivational interviewing in health promotion: it sounds like something in changing. *Health Psychology* 2002; 21 (5): 444–51.
35. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Brit J General Practice* 2005; 55(513): 305–12.
36. Duran LS. Motivating health: strategies for the nurse practitioner. *J Am Assoc Nurse Pract* 2003; 15(5): 200–5.
37. Emmons KM, Rollnick S. Motivational interviewing in health care settings: opportunities and limitations. *Am J Preventive Med* 2001; 20(1): 68–74.
38. Rutar Ilc Z. Pristopi k poučevanju, preverjanju in ocenjevanju. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo, 2004.
39. Kemm J, Close A. *Health promotion. Theory & Practice*. London: Macmillan, 1995.