

Handleiding Training en Educatie van de peritoneale dialysepatiënt



Leren het leven anders in te richten

*DEEL3 Achtergrond
informatie m.b.t. het
geven van een training*

Deel 3: Achtergrondinformatie m.b.t. het geven van een training

3.1 Zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden

3.1.2. Inleiding

Ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg

In de huidige gezondheidszorg wordt veel gesproken over “zelfmanagement van patiënten”, “de patiënt aan het roer” en “empowerment”. Naast zelfmanagement wordt in de recente literatuur ook gesproken over gezondheidsvaardigheden. Dit is een complex van vaardigheden (waaronder bijvoorbeeld geletterdheid) dat nodig is om informatie over ziekte en gezondheid te kunnen verkrijgen, te begrijpen en te gebruiken bij gezondheid gerelateerde beslissingen. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie, de WHO, is laaggeletterdheid een belangrijke oorzaak van ongelijkheid in gezondheid. Zelfmanagement staat inmiddels midden in de belangstelling maar over gezondheidsvaardigheden wordt er tot nu toe veel minder gepubliceerd. Een aantal ontwikkelingen binnen en buiten de gezondheidszorg geeft aanleiding tot de toegenomen aandacht voor zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden.

Nadruk op autonomie

In de laatste decennia is meer nadruk komen te liggen op individualiteit en autonomie. Mensen streven naar zelfontplooiing en de vrijheid om hun leven te leiden volgens persoonlijke principes en overtuiging. De moderne mens beschikt zelf over zijn leven en maakt zijn eigen keuzes. Dat verandert niet als iemand chronisch ziek wordt. Patiënten proberen een balans te zoeken tussen hoe ze hun leven willen leiden en wat de ziekte van hen eist. Hoe beter de patiënt deze balans kan bewaren, hoe hoger de kwaliteit van leven zal zijn. Het zoeken naar deze balans is in essentie zelfmanagement. Een groot deel van de bevolking is hiertoe in staat. Onderzoek van het NIVEL onder chronisch zieken toont aan dat ongeveer 30% van de chronisch zieken (nog) niet in staat is een actieve rol op zich te nemen. Dat betekent dat mensen onvoldoende capaciteiten hebben om adviezen over de gezondheid, gezondheidsrisico's of folders hierover, te interpreteren. Gerichtte zelfmanagementondersteuning is hier dus op zijn plaats.

Toch zal er altijd een groep patiënten bestaan die niet in staat is goed voor zichzelf te zorgen en de regie over te nemen. Mensen kunnen te ziek zijn om voor zichzelf te zorgen. Ook psychische aandoeningen of geestelijke vermogens kunnen bijdragen aan een onvermogen tot zelfregie. Het is zaak deze groepen te herkennen en ook voor hen persoonlijke en passende zorg te realiseren, uitgaand van de persoonlijke beleving van ziekte en gezondheid.

Chronische aandoeningen

Een andere ontwikkeling in de maatschappij is de verwachting dat het aantal mensen met een chronische aandoening verder zal stijgen. Dit gaat gepaard met een verminderd aantal beschikbare zorgverleners door o.a. vergrijzing. De druk zal toenemen op chronisch zieken om deel te blijven nemen aan het arbeidsproces. Ook dit verlangt een goede balans tussen leven en ziekte. Om in de toekomst hoogwaardige zorg aan de vele chronisch zieken te kunnen bieden, zal een samenspel tussen een kundige zorgverlener en een goed geïnformeerde, actieve patiënt nodig zijn.

De impact voor de mens is groot wanneer een chronische aandoening wordt vastgesteld. Het is immers een aandoening die niet te genezen is en waar men dus mee moet leren leven. Het gaat niet om een tijdelijk incident dat je weer te boven kunt komen. Het gaat om een hele verzameling kleine tot grotere ongemakken, die telkens weer van de patiënt verlangt dat hij zich aanpast aan een nieuwe situatie. De patiënt wordt dagelijks geconfronteerd met de ziekte. Dit vraagt om inventiviteit van de patiënt, maar ook van de eventuele partner, kinderen, ouders, vrienden en de betrokken zorgverleners. Het is belangrijk dat de patiënt hierbij de regie heeft. Zo krijgt hij de zorg die bij hem past, op een manier die bij hem past. Dat maakt de zorg voor alle partijen aangenamer. Door zelfmanagement is de patiënt in staat om de regie te houden over zijn eigen gezondheid, ziekte en behandeling. Het heeft een positief effect op zijn kwaliteit van leven.

3.1.2 Zelfmanagement

Er zijn inmiddels vele definities van zelfmanagement beschreven. Vaak vanuit een eigen invalshoek. Het College van Zorgverzekeringen (CVZ) legt in hun definitie van zelfmanagement de nadruk op wat je als zieke moet doen voor een succesvolle behandeling van je ziekte. Er wordt geen aandacht besteed aan het samenspel tussen zorgverlener en patiënt om tot een goed resultaat te komen.

Andere definities sluiten hier weer beter op aan, zoals die van de Initiatiefgroep Zelfmanagement: 'Zelfmanagement is de verzameling van kennis, gedrag, activiteiten en hulpmiddelen waarmee mensen met een chronische ziekte beter regie behouden op hun leven en, op maat gesteund door professionals, mede richting geven aan hoe zorg en behandeling worden ingezet ten behoeve van zijn/haar kwaliteit van leven. Zelfmanagement kan, indien op een juiste manier toegepast, leiden tot een betere kwaliteit van leven, betere zorg en kostenreductie'.

Bij zelfmanagement probeert een patiënt zodanig met zijn ziekte om te gaan dat hij het leven kan leiden zoals dit het beste past. Hiervoor doorloopt hij een cyclisch probleemoplossend proces met daarin verschillende fases. De patiënt moet in staat zijn om:

- een probleem te onderkennen
- het belangrijk te vinden om er een oplossing voor te bedenken
- zelf initiatief te nemen
- een actieplan te maken
- het actieplan uit te voeren
- het actieplan te evalueren
- het actieplan bij te stellen op basis van de evaluatie

Zelfmanagement is een cyclisch probleemoplossend proces dat, indien de patiënt voldoende geloof in eigen kunnen heeft, uiteindelijk kan leiden tot permanente gedragsverandering.

Mate van zelfmanagement

Niet alle patiënten zullen met dezelfde intensiteit naar zelfmanagement streven. Er zal verschil zijn in leeftijd, leefsituatie, cultuur, werksituatie, ziektebeleving en lichamelijke capaciteiten.

Zelfmanagement betekent niet dat de patiënt alles zelf moet doen. De patiënt neemt de regie in het eigen zorgproces en stelt eigen doelen. Hierbij wordt uitgegaan van de kracht van de patiënt; de patiënt neemt een actieve rol waar hij dat wil en kan. Een gelijkwaardige relatie tussen patiënt en zorgverlener, met onderling vertrouwen en respect, is van fundamenteel belang. Het is overigens niet mogelijk om niet aan zelfmanagement te doen. Ieder mens doet in een bepaalde mate aan zelfmanagement. Regie houden of overdragen is beiden het managen van een situatie. Het is dus de vraag hoe adequaat of intensief het zelfmanagement is bij een patiënt.

Zelfmanagementvaardigheden zijn niet bij iedereen even sterk ontwikkeld, maar kunnen wel worden aangeleerd. Voor de patiënt zijn dat ziekte specifieke kennis en vaardigheden, vertrouwen in eigen kunnen en het vermogen tot zelfontplooiing. Patiënten moeten weten wat hun ziekte inhoudt, hoe het zorgaanbod in elkaar zit en wat ze zelf kunnen doen om ziektecomplicaties te voorkomen of te beheersen. Dit vraagt om inzicht en motivatie. Essentieel hierbij is de patiënt de mogelijkheid te bieden om de regie te nemen in het eigen zorgproces. Iedere patiënt zal dit op zijn eigen manier doen.

De zorgverlener zal de focus leggen op het delen van kennis en benadrukken wat de patiënt wel kan, in plaats van niet kan. Verplicht niets, maar creëer de maximale voorwaarden voor iedereen die meer zelf wil en kan doen. Daarnaast moet er oog zijn voor de omgeving van de patiënt, die een stimulerende dan wel beperkende rol speelt bij het realiseren van zelfmanagement.

Iedereen heeft een bepaalde mate van zelfmanagement. Het is niet mogelijk niet te managen.

3.1.3 Empowerment en self-efficacy

Zelfmanagement leert de patiënt om zijn problemen te omschrijven, een keuze te maken uit de mogelijke oplossingen en een actieplan te maken om tot verandering te komen. Empowerment (geloof in eigen **kracht**) en self-efficacy (geloof in eigen **kunnen**) zijn hierbij belangrijk. Zelfmanagement houdt in dat niet alleen de zorgverlener, maar juist de patiënt een belangrijke rol vervult in de alledaagse zorg voor zijn eigen ziekte.

Empowerment

Empowerment gaat uit van de intrinsieke (eigen) motivatie van de patiënt. De patiënt wordt gestimuleerd zelf verantwoordelijkheid te dragen. Het is een methode om mensen te helpen het leven te leven dat ze het liefst willen. Empowerment kan gevoelens van machteloosheid vervangen door geloof in eigen kracht. Het stelt de patiënt in staat eigenmachtig te beslissen en te handelen. Het geeft het gevoel controle te hebben

over de eigen situatie, het zorgt voor vertrouwen in de eigen capaciteiten om iets te bereiken en geeft het gevoel dat men er zelf voor kiest. De zelfredzaamheid van de patiënt wordt gestimuleerd.

Om te kunnen werken vanuit empowerment is een patiëntgerichte benadering nodig, intellectuele bagage en een ruime praktische ervaring in de omgang met mensen. Maar ook wordt van de hulpverlener een sterk ontwikkelde intuïtie en empathisch vermogen verwacht. Empowerment vraagt van de hulpverlener een andere rol, van hulpverlener naar coach, van deskundige naar facilitator.

Self-efficacy

Onder self-efficacy verstaan we de overtuiging en het vertrouwen dat iemand heeft om adequaat, efficiënt en succesvol te handelen in een bepaalde situatie (het geloof in eigen kunnen). Self-efficacy bepaalt in belangrijke mate het (zelfmanagement) gedrag. Self-efficacy kan worden gestimuleerd of beïnvloed vanuit een aantal bronnen:

- *Eerder behaalde successen*

Wanneer men ziet dat er met het eigen gedrag succes wordt geboekt (een doel bereikt), zal men overtuigd raken dat men de volgende keer weer in staat is succes te behalen. Het stellen van haalbare doelen zal de self-efficacy versterken. Het niet halen van doelen ondermijnt de self-efficacy.

- *Voorbeeldgedrag van anderen*

Wanneer men ziet dat anderen succes behalen (een doel bereiken) met bepaald gedrag, zal men overtuigd raken dat men met dat gedrag ook zelf in staat zal zijn een bepaald succes of doel te behalen.

- *Verbale overtuiging*

Verbale terugkoppeling (zoals een peptalk) draagt bij aan het idee dat men een bepaald doel zal behalen door het ondernemen van bepaalde acties. Zorgverleners zijn bedreven in het verbaal overtuigen, maar het sociale netwerk heeft veel invloed. (Dit kan ook negatief bijdragen aan de self-efficacy, bijvoorbeeld wanneer een familielid niet achter de gekozen behandelvorm staat.)

- *Reacties van het lichaam*

Bijvoorbeeld moe worden of zich beter voelen, draagt negatief of positief bij aan het vertrouwen van de patiënt. Het gevoel van self-efficacy wordt door deze informatiebronnen versterkt of verzwakt. Hoe hoger het gevoel van self-efficacy, hoe groter de motivatie tot handelen. Wie gelooft in zijn eigen vaardigheid zal meer zijn best doen, terwijl wie niet gelooft, sneller zal opgeven.

Mensen met een sterk gevoel van self-efficacy:

- bekijken uitdagende problemen als taken die moeten worden beheerst
- ontwikkelen diepere belangstelling voor hun ziekte en behandeling en zijn meer betrokken
- herstellen sneller van tegenslagen en teleurstellingen

Mensen met een zwak gevoel van self-efficacy:

- vermijden uitdagende taken
- denken dat moeilijke taken en situaties buiten hun mogelijkheden liggen
- zijn gefocust op eigen tekortkomingen en negatieve uitkomsten
- verliezen snel het vertrouwen in persoonlijke vaardigheden

Kwaliteit van leven

Ziekte en behandeling zijn verweven met kwaliteit van leven. Een optimale kwaliteit van leven is voor elke patiënt anders. De patiënt bepaalt wat kwaliteit van leven voor hem betekent. Dit noemen we belevingsgerichte zorg. De patiënt bepaalt wat de standaard is en is zelf verantwoordelijk voor zijn doen en laten. De zorg wordt opgezet rond de vraag: Wat wil de patiënt bereiken? De patiënt moet daarin gesteund worden door een multidisciplinair zorgteam dat op één lijn zit en door mensen uit de eigen omgeving. Het (gedeeltelijk) zelf managen doen patiënten al vaak via hun dieet, of het aanpassen van activiteiten. Dit draagt bij aan het bereiken van een optimale gezondheidstoestand en een betere kwaliteit van leven.

Uitkomsten van zelfmanagement behoren te worden afgemeten aan de kwaliteit van leven van de patiënt en niet alleen aan de verbeterde gezondheid volgens medische maatstaven
--

Technologie

Moderne technologie maakt veel meer zorgdiensten toegankelijk. Ook het delen van informatie tussen professionals en patiënten via de moderne media neemt steeds meer toe. Veel patiënten ervaren internet als de ideale manier om informatie over hun ziekte te verkrijgen en op die manier hun gezondheid te reguleren en beheren. Privacy en werkbaarheid moeten wel gegarandeerd zijn. eHealth-middelen zoals zelfmonitoring, telemonitoring, internet, enz. zijn manieren om de patiënt te laten deelnemen aan het proces van informatievoorziening, preventie en behandeling. De patiënt wordt op deze manier een meer actieve deelnemer.

Moderne technologie en eHealth-middelen kunnen zelfmanagement ondersteunen en stimuleren.

3.1.4 Gezondheidsvaardigheden

Om goed staande te blijven in de huidige gezondheidszorg is het dus noodzakelijk dat de patiënt beschikt over specifieke vaardigheden:

- Functioneel: kunnen lezen en rekenen; zoeken op internet
- Communicatief: begrijpend lezen; abstract denken; reflecteren; hoofd- en bijzaken scheiden
- Kritisch: toepassen van informatie, ordenen, vooruitdenken

Al deze vaardigheden noemt men gezondheidsvaardigheden (health literacy). Werd in het verleden alleen gesproken over de mate van geletterdheid van patiënten, tegenwoordig wordt het begrip breder geïnterpreteerd en spreekt men over gezondheidsvaardigheden.

In Nederland worden gezondheidsvaardigheden volgens Fransen als volgt gedefinieerd:

Gezondheidsvaardigheden zijn de vaardigheden van individuen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen

De mate waarin iemand gezondheidsvaardig is wordt zowel bepaald door kenmerken van een persoon zelf als kenmerken van ons zorgsysteem. Geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, ervaren gezondheid, sociaal-economische status, kennis, vaardigheden, vertrouwen in eigen kunnen, cultuur en de sociale context waar iemand woont zijn voorbeelden van individuele factoren die van invloed zijn op de mate waarin iemand gezondheidsvaardig is.

Aan de kant van het zorgsysteem zijn de toegankelijkheid en organisatie van de zorg, de wijze waarop informatie wordt aangeboden en de wijze waarop er gecommuniceerd wordt door zorgverleners van invloed in hoeverre mensen voldoende gezondheidsvaardig zijn. Naarmate de zorg ingewikkelder en onoverzichtelijker is, stelt dit hogere eisen aan iemands gezondheidsvaardigheden.

Het betreft dus zowel het verkrijgen van toegang tot de gezondheidszorg, de communicatie binnen die gezondheidszorg, maar ook het veranderen van het gedrag op basis van de verkregen informatie. In dit laatste punt zien we een relatie met zelfmanagement. Laag ontwikkelde gezondheidsvaardigheden maken het bijna onmogelijke adequaat zelfmanagement uit te voeren. In dat licht beschouwd dient de aandacht van de verpleegkundige begeleiding voor een belangrijk deel gericht te zijn op het bevorderen van de gezondheidsvaardigheden bij onze patiënten.

Laaggeletterdheid

Taal en gezondheid hebben veel met elkaar te maken. De gezondheidssituatie van geletterde mensen is in veel opzichten beter dan die van mensen die moeite hebben met lezen en schrijven. Er zijn in Nederland circa 2.5 miljoen laaggeletterde mensen. Laaggeletterden missen veelal de vaardigheden goed om te gaan met informatie over gezondheid, ziekte en zorg. Zij hebben vaak ook lage gezondheidsvaardigheden. De gevolgen hiervan voor hun gezondheid zijn groot.

Als zorgprofessional ben je aangewezen op signalen in het persoonlijke contact. Een belangrijke aanwijzing voor beperkte gezondheidsvaardigheden is opleidingsniveau: tot mbo-niveau 1 of minder dan tien jaar onderwijs in het land van herkomst. Andere signalen zijn moeite met het vertellen van een chronologisch verhaal, vermijden van lees- en schrijfsituaties, ongemakkelijk of boos als er teveel vragen worden gesteld, te laat komen of op de verkeerde dag komen.

Zorgprofessionals herkennen beperkte gezondheidsvaardigheden niet altijd en kunnen denken dat een patiënt onverschillig is of ongemotiveerd voor een behandeling. Het punt is echter dat de patiënt onvoldoende of niet begrijpt wat de zorgverlener wil of vraagt, of zich niet kan voorstellen dat het advies 'meer bewegen' een relatie heeft met zijn zere knie.

De zorgprofessionals

Het begrip zelfmanagement omvat activiteiten waarmee de patiënt bijdraagt aan de zorg voor zijn ziekte, zoals zelfbehandeling en zelfmonitoring, het coördineren van de eigen zorg, effectief communiceren met zorgverleners en actief deelnemen aan besluitvormingsprocessen. Gezien de eisen die dit aan patiënten stelt, is duidelijk dat ondersteuning hierbij van groot belang is. De grootste belemmering voor het organiseren van goed zelfmanagement zit misschien wel tussen de oren van de zorgprofessionals. Zij zijn opgeleid om mensen beter te maken, terwijl een steeds groter wordende groep patiënten helemaal niet meer beter wordt. Maar ze zijn ook getraind om oplossingen aan te dragen en soms zelfs zorg over te nemen. Zorgprofessionals moeten de touwtjes laten vieren en de patiënt de ruimte geven. Het ondersteunen van zelfmanagement vraagt van de zorgverlener kennis en het vermogen deze kennis over te dragen, vaardigheden als coach van de chronisch zieke en wegwijzer naar voorzieningen.

Belangrijk is dat verpleegkundigen samen met patiënt vaststellen in hoeverre de patiënt in staat is tot zelfmanagement. En dat zij de patiënt helpen om die vaardigheden verder te ontwikkelen. Denk aan het probleemoplossend vermogen van de patiënt. Zijn inzicht in zijn ziekte. Het gebruik kunnen maken van hulpbronnen. En het daadwerkelijk ondernemen van actie.

Verder verschillen mensen nogal in de wijze waarop ze leren. Leren is een proces dat leidt tot gedragsverandering. We gaan anders denken of dingen anders doen door wat we geleerd hebben over bepaalde onderwerpen. Hulpmiddel hierbij kan zijn dat je weet wat de leerstijl van de patiënt is en wat je eigen leerstijl is.

Competenties bij training en educatie

Dialyseverpleegkundigen krijgen steeds meer de rol van coach in plaats van probleemoplosser. Belangrijke vaardigheden zijn:

- coachen
- kennis overdragen
- ondersteunen
- feedback geven
- volgen, meekijken en opnieuw proberen
- kunnen verwijzen naar voorzieningen
- kunnen anticiperen op veranderingen en nieuwe ontwikkelingen

Zelfmanagementondersteuning houdt nooit op. Maak een plan, voer uit, leer en stel bij.

Uiteindelijk slaagt zelfmanagement alleen als patiënt en zorgverlener met elkaar in contact blijven. Het effect van coachen tot zelfmanagement is het grootst als het door een multidisciplinair team wordt gedaan. De organisatie van de zorg moet reële kansen bieden aan zelfmanagement. Elk teamlid moet zelfmanagement hoog in het vaandel hebben staan.

Bij professionals is een visie op zorg vereist, waarbij de vraag van de patiënt en het ondersteunen van zelfmanagementvaardigheden centraal staan.

Zelfmanagement bij training en educatie

Bij het opstellen van het leerplan zijn onderstaande vragen voor de trainer van belang:

- Wat wil de patiënt zelf doen?
- Weet ik wie ik voor me heb?
- Waarom kiest de patiënt voor PD?
- Is de patiënt zelfredzaam?
- Gelooft de patiënt dat hij de behandeling kan leren?
- Welke leerstijl heeft de patiënt?
- Welke kennis heeft de patiënt al?
- Wat kan de patiënt op dit moment aan?
- Wil de patiënt op dit moment wel leren?
- Hoe gaat de patiënt dit inpassen in zijn leven?
- Wat moet of wil de patiënt ervoor opgeven?
- In hoeverre wil hij aan de manier van werken voldoen?
- Hoeveel discipline heeft de patiënt?
- Hoe lever ik maatwerk?

Voorbeelden van zelfmanagement zijn:

- CAPD/APD-behandeling zelf uitvoeren
- kennis van de principes van de behandeling
- bloeddruk en gewicht registreren en bij afwijkingen zelf actie ondernemen
- dieet en medicatie-inname zelf reguleren (denk aan fosfaatbinders)
- bij overgewicht sporten en zelf een diëtist inschakelen om afvallen mogelijk te maken
- laboratoriumuitslagen beïnvloeden door eetgewoonten aan te passen
- PD-wisseltijden zelf aanpassen aan de leefomstandigheden
- informatie verkrijgen via internet over voeding, medicijnen, transplantatie, behandeling, enz.
- het bijhouden van het eigen patiëntendossier
- indien nodig zelf bloedglucosewaarden controleren en insuline reguleren (volgens afspraak)

Referenties

Fransen, M. P., Stronks, K., & Essink-Bot, M. L. (2011). Gezondheidsvaardigheden: Stand van zaken. Afdeling Sociale Geneeskunde, Academisch Medisch Centrum Amsterdam

Fransen, M. P., Van Schaik, T. M., Twickler, T. B., & Essink-Bot, M. L. (2011). Applicability of internationally available health literacy measures in the Netherlands. *J Health Commun*, 16 Suppl 3, 134-149

Generiek model zelfmanagement "Kort en Krachtig", CBO 2010

<http://www.zelfmanagement.com>

Holmes, M., Bacon, T. J., Dobson, L. A., McGorty, E. K., Silberman, P., DeWalt, D., et al. (2007). Addressing health literacy through improved patient-practitioner communication. *N C Med J*, 68(5), 319-326

NPCF-CBO, L. A. Z. (2010). Verkennend onderzoek Zelfmanagement 2010

Twickler, T. B., Hoogstraaten, E., Reuwer, A. Q., Singels, L., Stronks, K., & Essink-Bot, M. L. (2009). Low literacy and limited health literacy require health care measures. *Ned Tijdschr Geneesk*, 153, A250

De Walt, D. A. (2007). Low health literacy: epidemiology and interventions. *N C Med J*, 68(5), 327-330

De Walt, D. A., Brouckou, K. A., Hawk, V., Brach, C., Hink, A., Rudd, R., et al. (2011). Developing and testing the health literacy universal precautions toolkit. *Nurs Outlook*, 59(2), 85-94

Zelfmanagement chronisch zieken, Zelf managen, maar niet alleen ... pleidooi voor een nationale visie zelfmanagement door chronisch zieken. Initiatiefgroep Zelfmanagement 14 april 2010

Zelfmanagement helpt zieke vooruit, *Medisch contact*, dec. 2009

Zelfmanagement programma NPCF-CBO, Landelijk actieprogramma Zelfmanagement 2009

<http://www.vilans.nl/Pub/Home/Ons-aanbod/Producten/Producten-Stappenplan-zelfmanagementondersteuning.html>

Nivel, 2012. Zelfmanagement van chronisch zieken, onderzoeksprogramma. Geraadpleegd april 2013 via <http://www.nivel.nl/zelfmanagement-van-chronisch-zieken>

Rademakers J. Kennissynthese. Gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend. Utrecht: Nivel 2014.

Heijmans M et al. Kennisvraag. Zorg op maat. Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden? Utrecht: Nivel 2016.

<https://www.lezenenschrijven.nl/over-laaggeletterdheid/themas/laaggeletterdheid-en-gezondheid>

<https://www.pharos.nl/factsheets/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden>

3.2 Leerstijlen

Het proces van leren kent verschillende fasen. Het verzamelen van informatie, het toetsen van nieuwe inzichten of het nadenken over dingen die je overkomen. Kennis moet worden opgenomen, verwerkt en toegepast. Mensen ontwikkelen zeer verschillende manieren om dit te doen; iedereen heeft een eigen leerstijl. Er is veel onderzoek gedaan naar leerstijlen. Er zijn diverse leerstijlmodellen ontwikkeld. Binnen deze handleiding worden de leerstijlen volgens Kolb gehanteerd. De theorie van Kolb gaat uit van verschillen in leerstijl bij het functionele leren, d.w.z. iets leren om er ook iets mee te kunnen doen.

Mensen verschillen in de wijze waarop ze leren, ze hebben een eigen leerstijl. Kennis en vaardigheden worden het best opgenomen indien het aangepast aan de leerstijl wordt gegeven.

3.2.1 Leerfasen van Kolb

David. A. Kolb, leerpsycholoog en pedagoog uit Amerika, onderscheidt vier verschillende manieren van leren die als fasen binnen een cyclus van elkaar afhankelijk zijn. Deze 4 fasen zijn:

1. concreet ervaren (voelen)
2. waarnemen en overdenken (kijken)
3. abstracte begripsvorming (denken)
4. actief experimenteren (doen)

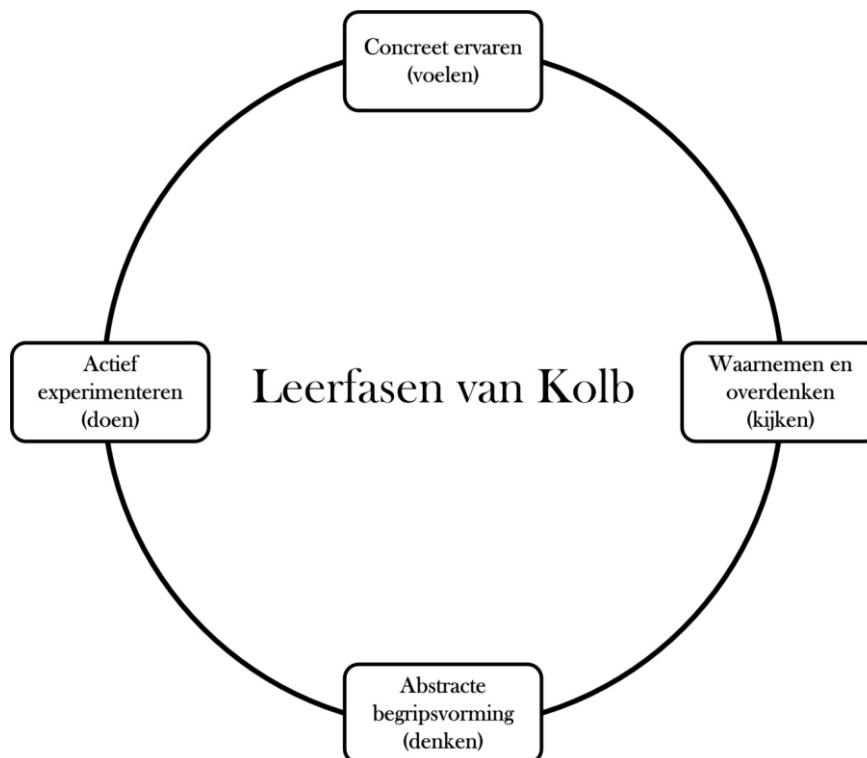
Als we iets meemaken (ervaring) is het belangrijk daarna onze ervaringen te overdenken (reflectie) en te veralgemeniseren (begripsvorming). We kunnen dan een aanpak bedenken hoe we een volgende overeenkomstige gebeurtenis kunnen aanpakken (experimenteren). Als we die nieuwe aanpak, dat geleerde gedrag, daadwerkelijk gebruiken, doen we nieuwe ervaringen op (concrete ervaring) waarover we weer kunnen nadenken (reflectie), zodat we nieuwe inzichten krijgen (begripsvorming).

Het leermodel is een cyclisch model: alle fasen volgen elkaar voortdurend op. Het is niet nodig altijd bovenaan de cirkel met een concrete ervaring te beginnen. Als we bijvoorbeeld voor het eerst een smartphone moeten bedienen, kunnen we op verschillende manieren proberen uit te vinden hoe het werkt. We kunnen allerlei knoppen indrukken (experimenteren) en kijken wat er gebeurt (ervaring en reflectie). We kunnen ook nadenken over wat we weten van gelijksoortige apparaten (reflectie) en zo een idee krijgen over de bediening (begripsvorming) en die dan toetsen in de praktijk (experimenteren). Een andere mogelijkheid is iemand vragen om voor te doen hoe het apparaat moet worden bediend (ervaring) zodat we zelf een beeld over de bediening kunnen vormen (reflectie, begripsvorming) en dat vervolgens uitproberen in de praktijk (experimenteren).

Bij een goede informatieoverdracht komen alle leerfasen aan de orde. Deze worden systematisch en altijd in dezelfde volgorde doorlopen (zie fig.1). We kunnen het leren in elke fase starten. Mensen hebben voorkeur voor een bepaalde fase en starten in deze fase hun leerproces. Dit noemen we de leerstijl.

In een goede informatieoverdracht wordt uitgegaan van de leerstijl van degene die de les krijgt. Als wordt begonnen met een andere leerstijl, dan zal dit (grote) gevolgen hebben voor de effectiviteit van het leermoment. Er bestaat een reële kans dat de les niet wordt begrepen of als oninteressant zal worden ervaren. Wanneer er fasen worden overgeslagen, daalt het leerrendement. Dit is te begrijpen: Een ervaring is waardevoller als erover is nagedacht, inzichten worden worden pas echt bruikbaar als ze zijn uitgetoetst (experimenteren) en getoetst (ervaring, reflectie).

Figuur 1. Leerfasen van Kolb



De SIG PD adviseert de leerstijlen van Kolb te volgen. Deze zijn gericht op het functionele leren.

In de leercirkel worden 4 fasen onderscheiden:

1. concreet ervaren (voelen)
2. waarnemen en overdenken (kijken)
3. abstracte begripsvorming (denken)
4. actief experimenteren (doen)

Ieder mens heeft zijn eigen voorkeur voor waar hij instapt in de leercirkel. Dit is zijn leerstijl.

Van daaruit worden alle fasen in de cirkel doorlopen.

Omschrijving van verschillende leerstijlen

De doener: Wil direct zien wat de praktische toepasbaarheid is van de aangereikte kennis, wil actief uitproberen en moet ruimte hebben om te oefenen. Experimenteert actief en gaat bij voorkeur zo snel mogelijk aan de slag. De doener leert het beste als er ruimte is om te oefenen, fouten te maken en het nog een keer te proberen.

De dromer: Heeft het liefst een open leersituatie waarin hij zijn eigen mening naar voren kan brengen. Hij wil graag nieuwe ervaringen opdoen en die vanuit verschillende invalshoeken bekijken. Observeert hoe anderen situaties of problemen aanpakken en bekijkt de situatie vanuit verschillende perspectieven voordat hij zelf aan de slag gaat.

De denker: Heeft het meest aan een werkwijze waarin problemen worden besproken waarvan hij de achtergronden kan onderzoeken. Hij wil nieuwe ideeën vormen en overdenken.

Hij geeft er de voorkeur aan om observaties te vertalen in hypothesen en theorieën. Hij is graag intellectueel bezig en werkt over het algemeen graag zelfstandig om eerst zelf een beeld van de theorie te vormen.

De beslisser: Geeft de voorkeur aan een gestructureerd programma met een informatief karakter. Hij vormt het liefst eerst begrip, wat daarna wordt toegepast in een oefensituatie. Heeft een voorkeur voor abstract conceptualiseren, waarbij wordt nagegaan in hoeverre eerdere ervaringen met de situatie overeenkomen (rode draad) en actief experimenteren, waarbij wordt gekeken of het geleerde kan worden toegepast in een andere context. Wil het liefst theorieën in de praktijk uitproberen. Hij neemt vaak initiatief.

Er is geen goede of slechte leerstijl. Een leerstijl zegt niets over het IQ van iemand. Het is de kunst om per patiënt de leersituatie aan te passen aan de leerstijl. Inzicht in de eigen leerstijl geeft meer inzicht in de wijze waarop leerstof wordt overgedragen. Wees dus bewust van de eigen leerstijl ten opzichte van die van de patiënt. Bijvoorbeeld een doener die een denker wat moet uitleggen. De denker zal niet willen uitproberen, maar wil uitleg krijgen of wat lezen over de handeling. Vaak heeft de patiënt echter meerdere leerstijlen en dus meerdere mogelijkheden voor werkvormen. Met andere woorden: combinaties zijn mogelijk.

3.2.2 Leerstijlen in de praktijk

De doener

Een doener zal het leuk vinden om zelf het APD-apparaat te ontdekken door op knoppen te drukken en te experimenteren (concreet ervaren). Door te kijken wat er gebeurt (waarnemen/overdenken) krijgt hij een idee hoe het apparaat werkt (begripsvorming). Dit probeert hij weer uit (experimenteren). Het woord doener zegt het al. Het gaat om het doen. Hij werkt doelgericht, is een sociaal persoon en wil tastbare resultaten zien. Een doener raakt graag betrokken bij een proces en voert graag plannen uit. Hij richt zich daarbij eerder op de informatie van anderen dan op zijn eigen analytische capaciteiten. Hij kan zich snel aan specifieke en concrete situaties aanpassen. De doener wil graag in het diepe springen van een praktische opdracht. Geen protocollen maar gewoon doen. Details en puntjes op de i zijn minder belangrijk. Hij is door enthousiasme en nieuwsgierigheid minder geneigd naar twijfel. De doener heeft als voorkeur te starten met concreet ervaren in de leercirkel. De doener leert begrijpen door te doen en te zien wat er gebeurt en gaan soms zonder nadenken aan het werk.

WEL DOEN:

- Behandel meerdere onderwerpen tijdens een trainingsdag. Blijf niet te lang op een onderwerp hangen. Beter kort en vaker een onderwerp behandelen.
- Zorg voor afwisseling in werkvormen en programma (discussie, rollenspel, breinbreker, actieve werkvormen).
- Humor en serieuze informatieoverdracht afwisselen.
- Opleiding in groepsverband.
- Patiënt actief laten meedoen en de ruimte geven om vragen te stellen of te anticiperen.
- Evalueer een taak achteraf en help hoofd- en bijzaken te onderscheiden.
- DVD kijken kan, maar samen met opleider en slechts korte stukjes. Dan een moment voor interactie over het onderwerp met de opleider.
- Puzzels; verschillende soorten en op verschillend niveau.
- Toets door middel van praktische oefening

NIET DOEN:

- Een heel strak en gestructureerd programma aanbieden.
- Hoorcolleges, theoretische uiteenzettingen, lezen, individueel en langdurig DVD kijken.
- Diep ingaan op de materie. Kennisoverdracht in grote lijnen is vaak genoeg.
- Alleen werken (bijvoorbeeld een voorbereidende huiswerkopdracht).
- Patiënt van tevoren zelf laten bepalen wat hij moet leren en achteraf evalueren wat hij geleerd heeft.

De dromer

Als een dromer een CAPD-wisseling moet leren zal hij eerst overdenken wat hij al weet, vragen stellen (waarnemen/overdenken), een idee proberen te krijgen over hoe het in zijn werk zal gaan (begripsvorming) en het dan in de praktijk uitproberen (experimenteren). Hij zal concreet ervaren hoe het gaat, dit weer overdenken, enzovoort.

Creativiteit is een kenmerk van de dromer, waarbij er ook de nodige ruimte moet zijn om ideeën te kunnen creëren. De dromer zoekt en verzamelt achtergrondinformatie en denkt eerst na voordat hij iets doet. Hij bekijkt een probleem vanuit veel standpunten en kan dan de verbanden tussen een aantal observaties snel leggen. Hij hoort of ziet graag verschillende visies op een probleem. Een dromer bezit een groot voorstellingsvermogen en is vooral bezig met concrete ervaringen. Hij is ongeduldig over kleinigheden. Hij ziet zaken in perspectief, ziet wat hij kan gebruiken. Genereert veel alternatieven maar is weinig actiegericht. Hij is voorzichtig en stelt definitieve keuzes graag eerst nog even uit om wat nieuwe alternatieven te bedenken. Kan dan door de bomen het bos niet meer zien. Daardoor neemt hij beslissingen

soms traag of wacht af hoe anderen de taak uitvoeren. De dromer heeft de voorkeur te starten met waarnemen/overdenken in de leercirkel.

WEL DOEN:

- Het onderwerp van te voren melden en thuis laten voorbereiden. Maar hierin sterke begrenzing aangeven, anders doet hij alles en ziet door de bomen het bos niet meer
- Dromers leren het best als de docent de leerstof met voorbeelden uitlegt.
- Bied verschillende visies en mogelijkheden aan om te vergelijken.
- Geef ruimte voor ideeën.
- Zorg voor visuele presentatie van leerstof.
- Vaak herhalen (gebruik van dummymateriaal)
- De indruk wekken dat de patiënt alle tijd heeft voor een opleiding. Meer tijd per onderwerp nemen en dus minder onderwerpen per keer behandelen
- Geef ruimte voor het uitwisselen van ervaringen en gevoelens.
- Ezelsbruggetjes en metaforen gebruiken
- Stimuleren en complimentjes geven
- DVD kan individueel, maar wel een begrenzing aangeven
- Tijd voor bezinning op de lesstof. Dit kan bijvoorbeeld door het onderwerp na te laten lezen in het lesboek.

NIET DOEN:

- Geen tijdsdruk geven of de patiënt voor het blok zetten.
- Patiënt op de voorgrond zetten in de groep
- Te weinig informatie geven om een oordeel te vellen
- Aangepaste instructies geven
- Van de hak op de tak springen.
- Het stellen van alleen open vragen (niet individueel noch in een groep).

De denker

Een denker die moet leren zijn huidpoort te verzorgen zal eerst willen weten wat dit nu eigenlijk is. Waarom handelingen moeten worden gedaan en de logica hierachter zoeken (denken). Hij wil de theorie bestuderen, er een mening over vormen, antwoorden zoeken op vragen, de praktische bruikbaarheid van de theorie overdenken alvorens hij deze gaat uitvoeren (doen). Door concreet te ervaren en daarna zijn ervaring te overdenken, evalueert hij de toepassing en bruikbaarheid van de theorie in praktijk (dromen). Daarna vergelijkt hij de praktijk met de theorie (denken), enzovoort.

Voor een denker ligt de nadruk op de (logische) samenhang tussen zaken. De denker is goed in logisch denken, analyseren en redeneren. Hij probeert algemene regels te ontdekken en leert het liefst uit boeken. De denker geeft aan theorie voorrang boven de feiten en laat zich moeilijk door concrete ervaring op andere gedachten brengen. Voor de denker staan nauwkeurigheid, logica en het denken in zuivere abstracte begrippen op de eerste plaats. Vanuit de (gemaakte) theoretische modellen probeert de denker richting de werkelijkheid te komen. Hij ontwikkelt theorieën en bedenkt hoe oplossingen uitgevoerd moeten worden, soms zonder oog voor de realiteit. Hij heeft moeite met het onderkennen en waarderen van gevoelens van zichzelf en van anderen. Hij werkt goed alleen en neemt weinig risico's.

WEL DOEN:

- Zorg voor orde en rust. Doe je dit niet, dan is de kans groot dat de patiënt je beschouwt als iemand van een lager niveau, minder slim
- Geef bij voorkeur individueel les
- Maak gebruik van schema's en modellen.
- Een lesboek is een prima basis voor de opleiding, duidelijk en gestructureerd. Wijk hier niet vanaf
- Diep op een onderwerp ingaan, het hoe en waarom uitleggen. En laten zoeken naar logica en verbanden.
- Gebruik een vraag en antwoordtechniek en discussie
- Van tevoren over het onderwerp laten inlezen
- De leerstof strak en gestructureerd aanbieden
- Op een bord tabellen, kolommen maken en structureren door bijv. streepjes te zetten bij een opsomming
- Zelf materie laten uitzoeken en dit dan laten vertellen/uitleggen aan de opleider. Individueel werk kan prima

NIET DOEN:

- Grapjes tijdens de informatieoverdracht. Dit leidt de denker af
- Snel schakelen tussen onderwerpen. Elk onderwerp vraagt om een introductie
- In groepen werken
- Alle theorie voorkauwen
- Dummymateriaal gebruiken. Het wijkt teveel af van de werkelijkheid

De beslisser

Een beslisser die zijn bloeddruk moet leren meten zal kijken hoe het voorgedaan wordt en dit herhalen (doen). Door de concrete ervaring te overdenken en met de theorie te combineren zal er begripsvorming ontstaan. Hierdoor zal hij meerdere toepassingen op de theorie bedenken (beslissen). De beslisser richt zich op het oplossen van problemen. Een beslisser wil vooral de praktische bruikbaarheid begrijpen van de leerstof die hij krijgt aangeboden. Hij wordt graag geconfronteerd met problemen waar één juiste oplossing voor gezocht kan worden. Zijn werkwijze is bij voorkeur doelgericht en planmatig. Stelt prioriteiten vast. Zal hierbij ook gemakkelijk kunnen delegeren of de regie weer uit handen kunnen geven. Houdt van een gestructureerd programma met informatief karakter. Hij werkt het liefst vanuit de theorie om zo te ontdekken hoe de praktijk in elkaar zit. Hij handelt graag vanuit abstracte ideeën die direct van toepassing zijn. In leersituaties wil hij de theorie meteen toepassen. Werkt goed onafhankelijk, maar neemt risico's door grote actiebereidheid. De beslisser heeft een voorkeur voor starten met actief experimenteren in de leercirkel. De beslisser leert begrijpen door te kijken en het na te doen.

WEL DOEN:

- Opleider leest/zegt voor en de patiënt voert het uit
- Zorg dat je een deskundige opleider bent (geloofwaardig)
- Presenteer de basiskennis duidelijk, op 1 manier uitlegbaar
- Zorg voor een duidelijk verband tussen theorie en praktijk
- Zelf conclusies laten trekken. Eerst laten luisteren, dan ruimte geven om na te denken en dan bespreken in de "hoe moet..." of "hoe doe....." vraagstijl
- Laat de patiënt zich bezighouden met praktische zaken, bijvoorbeeld actieplannen opstellen met een duidelijk eindresultaat, hoe om te gaan met ..., enz.
- Oefenbuik gebruiken
- Alleen functionele lesstof aanbieden en daar mag dan dieper op in worden gegaan
- DVD kan individueel of met de opleider.

NIET DOEN:

- Algemene informatie aanreiken die geen praktisch nut hebben voor de patiënt
- Te lang doen over een onderwerp
- Ongestructureerd de lesstof aanbieden

Uit de praktijk blijkt dat het goed werkbaar is om het lesprogramma op maar 2 leerstijlen te richten: de doener en de denker. De beslisser heeft veel overeenkomsten met de denker, de dromer met de doener

3.2.3 Test voor leerstijl

Om te achterhalen welke leerstijl iemand heeft, zijn er verschillende leerstijltesten te verkrijgen en ook op internet te vinden. Er bestaat ook een beknopte test met een snel resultaat die online kan worden ingevuld. Alleen geeft deze test de mate van de andere leerstijlen niet weer. Dat is wel belangrijke informatie voor een opleider.

GOOGLE: leerstijltest kolb (zoekterm) <http://www.thesis.nl>

Een redelijk eenvoudige manier om achter de leerstijl van iemand te komen is het stellen van de vraag hoe hij een nieuwe tent koopt.

De doener:

- de tent moet praktisch zijn
- gaat even in de tent liggen om te kijken of de tent lang/breed genoeg is
- is snel enthousiast over de tent en koopt deze ook

De dromer:

- doet er lang over om te kiezen welke tent het moet worden
- moet een goed gevoel hebben bij de tent

- koopt sneller dezelfde tent die kennissen ook hebben
- zet de tent thuis op, voor ermee op vakantie te gaan

De denker:

- heeft al vooronderzoek gedaan, bijvoorbeeld op internet
- de tent moet in alle opzichten perfect aansluiten bij de wensen en functionaliteit
- functionaliteit is belangrijker dan hoe deze eruit ziet
- de tent moet logisch op te zetten zijn

De beslisser:

- vraagt hulp bij het uitzoeken van de tent
- bekijkt meerdere tenten op basis van voordelen, bijvoorbeeld korte opzetduur, gewicht
- wil graag een keer zien dat de tent wordt opgezet, bijvoorbeeld in een instructiefilm

De PD-werkgroep adviseert de trainer eerst zelf de eigen leerstijl te bepalen, alvorens de te instrueren patiënt te testen. Vervolgens wordt de instructie aangepast aan de leerstijl van de patiënt

Referenties

Advisering door Ilse Mellema-Peper: Docent verpleegkunde en dialyseverpleegkundige.

De Bruin, H.P. et al., 2011. Leerboek dialyseverpleegkunde. Reed business, Amsterdam.

Krachtig leren; leerstijlgericht leren. Geraadpleegd op 18 oktober 2009 via onderwijsmaakjesamen.nl

Leerstijltest Kolb. Geraadpleegd op 27 januari 2011 via www.Thesis.nl

Leerstijltest Kolb. Geraadpleegd op 27 januari 2011 via www.narrare.nl/com/pages/over_narrare/popup/test.html

Plas, C. Workshop leerstijlen; aandacht voor verschillen. Geraadpleegd op 27 januari 2011 via aanmelden.noordhoff.nl/pabo/leerstijlen.pdf

Riemann A. & Casal M. C., 2009, Peritoneal Dialysis, A guide to clinical practice. EDTNA – ERCA

Wat is een leerstijl. Geraadpleegd op 27 januari 2011 via ontwerpatelier.nl/etalage/pages/ActiefLeren/Leomonasa/leerstijlen

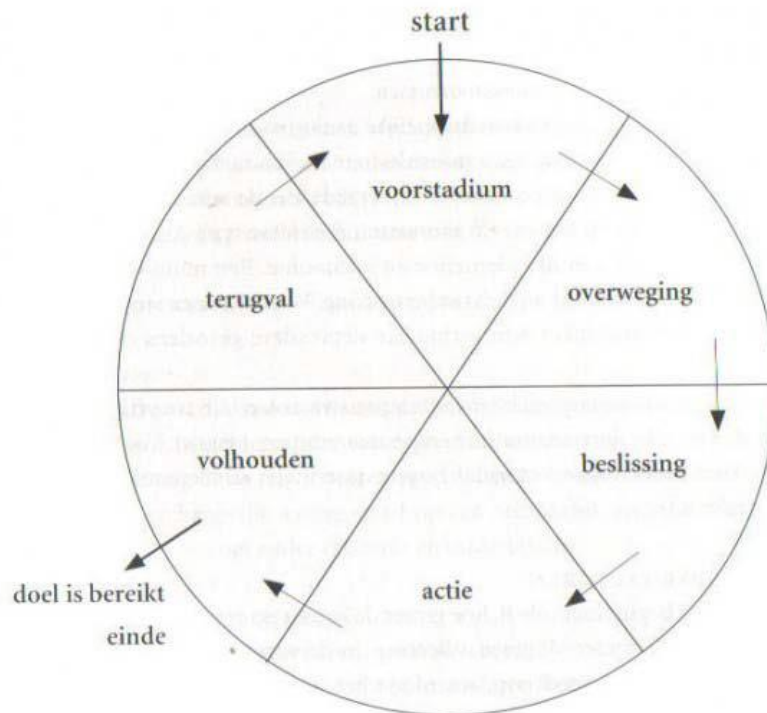
3.3 Het leerproces

Om te trainen of getraind te worden is het belangrijk inzicht te hebben in het leerproces en het proces van gedragsverandering.

3.3.1 Gedragsverandering

Degene die getraind gaat worden doorloopt een aantal stadia om zijn gedrag te veranderen, om zo het geleerde te kunnen toepassen. Voor de beschrijving van deze gedragsverandering wordt veelal gebruik gemaakt van het model voor gedragsverandering van Prochaska en Diclemente (1983).

Figuur 2: Model voor gedragsverandering



De volgende stadia van verandering worden onderscheiden:

Voorbeschouwing/voorstadium: De te trainen persoon is zich nog niet bewust van de andere mogelijkheid en heeft er daarom nog niet serieus over nagedacht. In dit stadium is het van belang om (op een positieve manier) aandacht te vragen voor het thema, door de voorgestelde verandering op een objectieve manier te bespreken: feiten geven.

Overpeinzing/overweging: De gesprekspartner denkt na over het voorstel, maar aarzelt nog. Voor- en nadelen worden afgewogen. Belangrijk is om samen met de betrokkene de voor- en nadelen te bespreken/onderzoeken. Let op: Hierbij is een open en luisterende houding belangrijk. Of iemand iets als een voor- of nadeel beschouwt, hangt af van zijn eigen kijk op de zaak.

Beslissing/voorbereiding: De gesprekspartner besluit of deze het voorgestelde gedrag gaat proberen of niet. Wil men ervaring opdoen? Dit gebeurt sneller als duidelijk is dat een keer proberen nog niet wil zeggen dat men er voorgoed aan vast zit.

Actie: Als blijkt dat het nieuwe gedrag het gewenste resultaat oplevert, zal men het gedrag willen voortzetten. De kans op terugval is nog aanwezig, dus het is belangrijk om regelmatig te checken of alles nog steeds naar wens verloopt.

Consolidatie ofwel gedragsbehoud/volhouden: De verandering in de manier van werken is bereikt en moeilijkheden worden al dan niet weerstaan.

Terugval: Men valt terug in het oorspronkelijke gedrag. Creëer een situatie waarin praten over een terugval mogelijk is: Welke knelpunten zijn er en kunnen die worden opgelost. En ga opnieuw het proces van overpeinzing, beslissing en actie aan. Het model voor gedragsverandering van Prochaska en Diclemente (1983) kan worden gebruikt bij de training van dialysepatiënten om inzicht te krijgen in de benodigde gedragsveranderingen van de patiënt bij het aanleren van de handelingen.

3.3.2 Leerprocessen

Leren is het tot stand brengen van nieuw gedrag, een actief proces waarbij het nieuwe gedrag in verschillende situaties kan worden vertoond. Kolb heeft verschillende leerstijlen beschreven die zowel voor de trainer als de patiënt kunnen gelden. Een andere benadering kan zijn dat een patiënt een visuele instelling heeft en gebruik wordt gemaakt van zichtbare hulpmiddelen als afbeeldingen, tekeningen, video, TV of computer. Ook kan er sprake zijn van een auditieve instelling waarbij lesstof wordt aangeboden door vragen stellen, discussie en vertellen. Daarnaast wordt gesproken over een kinesthetische instelling waarbij de lesstof op tastbare (tastzin) en manipuleerbare wijze wordt aangeboden. Hall heeft in haar artikel domeinen benoemd waarbinnen het leerproces plaatsvindt. Onderdelen van dit leerproces zijn het cognitieve proces in de hersenen waarbij de leerstof wordt opgeslagen en geautomatiseerd, het psychomotorische proces dat gaat over de uitvoering van de handelingen en het affectieve proces waarbij de behandeling zijn plekje moet krijgen in het leven van de dialysepatiënt.

Niet alle aangeboden stof zal even goed worden onthouden of worden verplaatst naar het langetermijngeheugen. Het resultaat is niet altijd nieuw gedrag. De leerpiramide van Bales (1996), hoewel niet wetenschappelijk onderbouwd, laat zien wat welke lesmethode bijdraagt aan het leerproces.

Figuur 3 De leerpiramide



Referenties

Google afbeeldingen voor de leerpiramide van Bales (1996)

Hall G., Bogan A., Dreis S., Duffy A., Greene S., Kelly K. et al. New directions in peritoneal dialysis patient training. *Nephrology Nursing Journal* 2004; 31(2):149-154, 159-1963.

Motiverende gespreksvoering, cursusmateriaal Leren Activeren, NIZW, 2002:

http://www.steunpunt.be/_steunpunt/Documents/www.steunpunt/Thema/Thuisloos/Toolkit_teksten_herankering/03_Handout_Achtergrondinformatie_Motiverende%20gespreksvoering.doc

Prochaska, J.O. and Diclemente, C.C.. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 51(3), Jun 1983, 390-395.