

**Joanna Sułkowska¹, Ilona Kuźmicz², Iwona Malinowska-Lipień²,
Jakub Lickiewicz³, Marta Makara-Studzińska³, Tomasz Brzostek²**

¹ Doktorant w Zakładzie Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

² Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

³ Zakład Psychologii Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Znaczenie zastosowania porozumienia bez przemocy oraz coachingu w komunikacji z pacjentem

Importance of nonviolent communication and coaching in communication with patient

STRESZCZENIE

Celem artykułu jest zwrócenie uwagi na dwa podejścia dające szansę poprawienia komunikacji między personelem medycznym a pacjentem oraz jego bliskimi, opiekunami. Pierwsze z nich dotyczy zastosowania „porozumienia bez przemocy” zaproponowanego przez Marshalla Rosenberga. Drugie to wykorzystanie metod stosowanych w coachingu, o którym w kontekście promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej pisze Stephen Palmer oraz inni autorzy. W obu tych podejściach szczególną rolę odgrywa umiejętność przekazywania informacji zwrotnej, brak oceny oraz dostrzeganie emocji. Wydaje się, że zastosowanie obydwu tych podejść mogłoby się przełożyć nie tylko na polepszenie komunikacji, ale także wzrost wiedzy i satysfakcji pacjentów oraz osób bliskich ich otoczeniu w wyniku kontaktów z personelem medycznym.

Słowa kluczowe: komunikacja z pacjentem, porozumienie bez przemocy, coaching

ABSTRACT

The aim of this paper is to present two approaches which give an opportunity to enhance communication between medical personnel and patient and his relatives or caregivers. The first term concentrates on a „nonviolent communication” as proposed by Marshall Rosenberg. The second one, described by Stephen Palmer and other authors, uses coaching methodology in the context of health education and promotion. In both approaches the crucial role is played by several important psychological skills as: feedback, non-judgement and emotion detection. It seems that inclusion of these

both approaches could result in better communication and improves patient's and his relatives' or caregivers' knowledge and satisfaction resulting from contact with the medical personnel.

Key words: communication with patient, nonviolent communication, coaching

Wprowadzenie

Zastosowanie porozumienia bez przemocy oraz wykorzystanie metodologii stosowanej w coachingu może stanowić szansę poprawienia komunikacji pomiędzy personelem medycznym a pacjentem, jego bliskimi i opiekunami.

W komunikacji z pacjentem pojawia się wiele trudności, które utrudniają udzielenie odpowiedzi i podjęcie działań adekwatnych do potrzeb wyrażanych przez pacjentów. Na podstawie analizy dokumentacji przeprowadzonej przez Surmacką i Motykę (2015) zidentyfikowano szereg problemów zgłaszanych przez hospitalizowanych pacjentów, dotyczących między innymi: sposobu przekazywania informacji na temat kondycji zdrowotnej, niewystarczającego wsparcia, a nawet braku szacunku. Poprawna komunikacja, zarówno na poziomie werbalnym, jak i niewerbalnym, a także wiedza na temat mechanizmów obronnych pojawiających się u pacjentów mogą wpłynąć na usprawnienie przepływu informacji między personelem medycznym a pacjentem (Dobosiewicz i in., 2016). Prawidłowa komunikacja przekłada się na efektywne leczenie (m.in.: Kaczor i Michalak, 2010; Czerw i in., 2012).

Zgodnie z wynikami badań przeprowadzonych w grupie pacjentów przygotowywanych do wykonania zabiegu bronchoskopii, prawidłowy kontakt terapeutyczny przekładał się zarówno na zmniejszenie odczuwanego poziomu lęku, jak i poziomu stresu oraz wartości ciśnienia tętniczego krwi (Motyka, Dziubak i Hutniczak, 2015). W wyniku zastosowania właściwej komunikacji wykazano poprawę w zakresie świadomości i jakości życia w grupie pacjentów kierowanych do opieki hospicyjnej (Grądalski, Wesolek i Kleja, 2012). Niezbędnym elementem kontaktu jest

dostrzeżenie wielopłaszczyznowych potrzeb pacjentów oraz zapewnienie im holistycznej opieki (Kleja, Filipczak-Bryniarska i Wordliczek, 2010; Grądalski i Kochan, 2017). Należy podkreślić, iż najczęstszą niezaspokojoną potrzebą pacjentów będących u kresu życia jest skuteczna komunikacja z otoczeniem (Ventura i in., 2014).

Z powyższych spostrzeżeń wynika potrzeba, aby członkowie zespołów terapeutycznych posiadali i systematycznie doskonalili umiejętności w zakresie komunikacji (Kleja, Filipczak-Bryniarska i Wordliczek, 2010; Czerska, 2016; Serafin i Czarkowska-Pączek, 2016, Małcki i in., 2017). Problem ten dotyczy lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników ochrony zdrowia. Bowiem, jak wynika z badań przeprowadzonych przez Nowaczyk i in. (2016), efektywność komunikowania lekarzy zmniejsza się wraz ze stażem pracy. Inne analizy wskazują, iż rodziny pacjentów zwracają uwagę na potrzebę doksztalcania pielęgniarek w zakresie umiejętności komunikowania (Serafin i Czarkowska-Pączek, 2016).

Z drugiej strony istotne jest wzmocnienie zasobów pacjentów do walki z chorobą (m.in.: Motyka, 2007). Jak podkreśla Motyka: *W nowoczesnym modelu edukacji zdrowotnej należy zatem rozwijać taki styl myślenia, zgodnie z którym dla wywołania zmiany zachowań zdrowotnych, oprócz przekazu stosownych informacji, niezbędne są dodatkowe działania motywujące oraz skierowane na umacnianie zasobów osobistych edukowanej jednostki lub grupy. Wzmacnianie tych zasobów jest niezbędne dla przezwyciężenia stresu towarzyszącego każdej poważniejszej próbie zmiany dotychczasowego stylu życia, a ponadto dla podtrzymania wiary pacjenta, że jego wysiłek włożony w przestrzeganie nowych reguł i zasad postępowania przyniesie oczekiwane wyniki* (Motyka, 2007, s. 100).

Juczyński (2016) podejmując próbę wyjaśnienia, skąd osoby z nieuleczalną chorobą czerpią siłę do zmagania się z cierpieniem, proponuje koncepcję *mobilizacji osobistych potencjałów zdrowia*, której podstawy teoretyczne odwołują się do modelu *bio-psycho-społecznego zdrowia*, w którym ważne są dwa pojęcia, tj. *dynamicznej równowagi i potencjału zdrowia*. *Dążenia chorego człowieka do zaspokojenia trzech podstawowych potrzeb – poczucia wpływu na leczenie, potrzeby wsparcia społecznego oraz zachowania nadziei – są powiązane z mobilizacją potencjałów w wymiarach psychicznym, społecznym i duchowym* (Juczyński, 2016, s. 19).

Cel pracy

Celem tej pracy jest skierowanie uwagi na porozumienie bez przemocy oraz coaching jako podejścia dające szansę na poprawę komunikacji z pacjentem.

Rozwinięcie

Sztuka komunikacji werbalnej i pozawerbalnej

Prawidłowa komunikacja między personelem medycznym a pacjentem stanowi warunek skutecznego leczenia. Współcześnie ze względu na wzrost świadomości społeczeństwa obserwuje się wzrastającą potrzebę pacjentów uzyskiwania dużej ilości informacji na temat ich stanu zdrowia, przyczyn choroby, stosowanej terapii oraz rokowania (Czerw A. i in., 2012). Znaczna część pacjentów nie chce jedynie biernie uczestniczyć w terapii zaleconej przez lekarza, lecz chce brać aktywny udział w procesie diagnostycznym i terapeutycznym. Prawidłowa, skuteczna komunikacja interpersonalna pozwala każdemu pacjentowi zarówno w swoim środowisku, jak i podczas pobytu w szpitalu poczuć się podmiotem (współdecydem) procedur klinicznych, szczególnie tych, których obawia się i co do których sensowności, niezbędności i skuteczności może mieć wątpliwość, zwłaszcza gdy ich nie rozumie (Czerw i in., 2012). Proces

komunikacji jest nierozłącznym elementem pracy personelu medycznego. Spełnia on trzy podstawowe funkcje:

- informacyjno-diagnostyczną, której celem jest wzajemne porozumienie i zrozumienie, dzięki przekazywanej przez lekarza wiedzy o chorobie, jej przyczynach, leczeniu i zapobieganiu;
- perswazyjną, której celem jest wywarcie wpływu na reakcje pacjenta, jego zachowania bądź skorygowanie postaw, które nie sprzyjają leczeniu, powrotowi do zdrowia lub utrzymaniu zdrowia oraz
- terapeutyczną, której celem są zmiany stanu psychofizycznego pacjenta, zmierzające do pocieszenia i odprężenia, łagodzenia napięcia oraz pozytywne nastawienie emocjonalne (Barański i Piątkowski, 2002).

Pacjent oczekuje życzliwego potraktowania, zrozumienia oraz zainteresowania nim jako osobą. Kluczowym czynnikiem dla pacjenta jest poczucie bezpieczeństwa i zaufanie, którym może obdarzyć personel medyczny. Jedną z zasad umożliwiających skuteczne współdziałanie pracownika ochrony zdrowia oraz chorego jest stworzenie odpowiednich warunków do swobodnego przepływu informacji poprzez ułatwienie pacjentowi wypowiedzenia się i wysłuchanie go bez sprzeciwu, w skupieniu, zrozumieniu i akceptacji. Bezpośredni przekaz werbalny i pozawerbalny stanowi istotny warunek psychoterapeutyczny zarówno w sytuacjach ambulatoryjnych, jak i szpitalnych, zwłaszcza nacechowanych wysokim poziomem stresu i zagrożenia, np. w sytuacjach nagłych (Włoszczak-Szubzda i Jarosz, 2012). Komunikacja werbalna oparta jest na słowie i określa stosunek do drugiej osoby. Przejawem złego nawyku w komunikacji interpersonalnej jest brak okazywania zainteresowania rozmówcą oraz narzucanie swojej racji lub relacji, której nie rozumie lub też nie akceptuje.

Należy podkreślić, iż w procesie komunikowania ważną rolę odgrywają emocje oraz uczucia (Stachowiak, 2011). Dowiedziono, iż przyjęcie przez lekarza postawy empatycznej w procesie komunikowania zmniejsza poziom

lęku u pacjentów (Weiss i in., 2017). Komunikacja niewerbalna pozwala na wyrażenie emocji i uczuć. Ponadto reguluje ona interakcję, wpływa na jakość relacji, na lepsze zrozumienie przekazywanej treści przez odbiorcę i ostatecznie zatwierdza przekaz werbalny (Kaźmierczak, 2011; Stachowiak, 2011; Kaczor i Michalak, 2010).

Ruben i in. (2017) wykazali, że komunikacja niewerbalna ma związek z pozytywnymi skutkami zdrowotnymi, takimi jak zwiększona tolerancja bólu (Ruben, Blanch-Hartigan i Hall, 2017). Odgrywa także znaczącą rolę w budowaniu zaufania w relacji między dostawcami opieki a pacjentem i ma kluczowe znaczenie dla wysokiej jakości opieki (Lorié i in., 2017) i satysfakcji pacjentów (Mast, 2007). W przypadku braku spójności między komunikatem werbalnym a niewerbalnym większa wiarygodność zostaje przypisana temu drugiemu. Kaźmierczak (2011) wskazuje, że pacjenci skupiają się na przekazie niewerbalnym lekarza, zwłaszcza w sytuacji gdy uważają, że nie jest on z nimi szczerzy. Co więcej, lekarze, którzy wykazują wrażliwość na przekaz niewerbalny pacjentów wyrażający ich emocje, są oceniani przez nich lepiej od tych, którzy wykazują się mniejszą wrażliwością (Kaczor i Michalak, 2010). Analizy Kraft-Todd i in. (2017) potwierdzają, iż lekarze wykazujący empatyczne zachowanie niewerbalne odbierani są nie tylko jako bardziej ciepłi, ale też jako bardziej kompetentni.

Wielu autorów wskazuje również na znaczenie akceptacji oraz adekwatnego spostrzeżenia (zarówno siebie, jak i pacjenta), otwartości, autentyczności oraz empatii (m.in.: Motyka, 1999; Makara-Studzińska, 2012; Mudyń, 2016). Umiejętność przekazywania, jak również rozumienia emocji komunikowanych niewerbalnie związana jest ze zdolnością do zaspokojenia potrzeb pacjentów dotyczących społeczno-emocjonalnych aspektów leczenia. Sugeruje się również, iż umiejętność kodowania i dekodowania przekazów niewerbalnych może wpływać na zdolność empatycznego odnoszenia się w relacji terapeutycznej (Kaźmierczak, 2011).

Zgodnie z koncepcją komunikacji terapeutycznej zaproponowaną przez Motykę (2011; 2013), istotna jest zarówno empatia, jak i asertywność, które dają możliwość lepszego zrozumienia pacjenta i sytuacji, w której się znalazł. Autor podkreśla, że: *uruchomienie lub uzupełnienie osobistych zasobów pacjenta można uznać za zasadniczy mechanizm psychologiczny uzyskiwania pożądanych zmian w funkcjonowaniu pacjenta* (Motyka, 2013, s. 18). Motyka (2015) oraz Zarzycka i in. (2016) wskazują na znaczenie empatii i asertywności w kontekście pracy pielęgniarek. Poziom empatii oraz asertywności pielęgniarek pracujących na oddziale psychiatrycznym nie różnił się w porównaniu z pielęgniarkami pracującymi na innych oddziałach w zakresie obu wymienionych powyżej zmiennych (Motyka, 2015). Wnioskiem płynącym z tychże badań był postulat prowadzenia szkoleń dotyczących komunikowania się z pacjentem, ze szczególnym uwzględnieniem pielęgniarek, których staż pracy jest niewielki (Motyka i Motyka, 2015). Podobna konkluzja wyłania się z przeglądu literatury przeprowadzonego przez Zarzycką wraz z zespołem (2016). Autorzy wskazują, że empatia pielęgniarek podwyższa jakość opieki oraz relacji pomiędzy pacjentem i pielęgniarką (Zarzycka i in., 2016).

Szereg autorów wskazuje, że pracownicy ochrony zdrowia, a szczególnie pielęgniarki, są narażeni na agresję ze strony pacjentów (m.in.: Jurczak, Włoś, Wieder-Huszla, Branecka-Woźniak i Grochans, 2015). Zgodnie z wynikami badań przeprowadzonych w grupie personelu pielęgniarskiego pracującego w szpitalach psychiatrycznych na terenie województwa lubuskiego, prawie każdy uczestnik badania doświadczył w trakcie swojej pracy agresji (werbalnej lub fizycznej), najczęściej była to agresja psychiczna, przykładowo: groźby, szantaż (Jurczak i in., 2015). W profesjach medycznych istnieje duże ryzyko pojawienia się wypalenia zawodowego (Kowalczyk i in., 2011), na które zgodnie z definicją zaproponowaną przez Maslach i Leitera (2016) składa się: (1) obniżenie poczucia własnych osiągnięć, (2) wyczerpanie emocjonalne oraz (3) poczucie cynizmu

i zdystansowania się do wykonywanej pracy. Zjawisko to dotyczy często pielęgniarek (Gottlib i in., 2017). Wśród polskich pielęgniarek, badanych przy użyciu *Maslach Burnout Inventory*, występuje średni poziom wypalenia zawodowego (Wilczek-Rużyczka i Zaczyk, 2015).

Oprócz negatywnych konsekwencji dla pracujących, przejawiających się w wypaleniu zawodowym czy chorobach somatycznych, na które zapada personel, agresja wobec personelu wpływa także w bezpośredni sposób na jakość opieki medycznej. Powoduje ona bowiem niechęć do pracy z pacjentem oraz większą dbałość o własne bezpieczeństwo, najczęściej nawet kosztem samego chorego (Lanctôt, Guay, 2014). Mimo że pielęgniarki często postrzegają agresję jako „część swojej pracy”, tym niemniej w reakcji na kontakt z trudnymi zachowaniami chorych u członków personelu pojawiają się emocje takie jak: złość, frustracja, bezsilność, poczucie bezradności, uraza czy negatywne nastawienie do pacjenta (Bimenyimana, 2009; Chambers, 2015). W pewnych sytuacjach personel może nawet przejawiać zwrótnie agresję wobec chorych jako chęć odwetu za doznane krzywdy (Chambers, 2015). Takie niewłaściwe reakcje są skutkiem przemęczenia, stresu i obniżonej satysfakcji z pracy (Zampieron, Galeazzo, Turra, 2010). W skrajnych przypadkach dochodzi do absencji, zmiany miejsca pracy lub całkowitego odejścia z pielęgniarstwa (Edward i Ousey, 2014). Lanctôt i Guay (2014) wskazują również na związek agresji pacjentów z przejawami zespołu stresu pourazowego.

Z drugiej strony nagle zachorowanie lub uraz na ogół występuje w najmniej oczekiwanym momencie, w konsekwencji pacjent dodatkowo jest obciążony silnym stresem emocjonalnym związanym ze znalezieniem się w trudnej i niespodziewanej sytuacji. Ponadto w przypadkach chorób przewlekłych, ze względu na ograniczone środki finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), terminy wizyt bywają bardzo odległe. Warunki pracy i ograniczone środki finansowe mogą generować czasowe ograniczenia wykonywania procedur, do których pacjent jest uprawniony,

a które nie wynikają ze złej woli personelu medycznego. Takie sytuacje niejednokrotnie przekładają się na napięcie, stres czy też złość ze strony pacjenta lub jego bliskich skierowane do personelu medycznego pierwszego kontaktu. W takich sytuacjach prawidłowa komunikacja stanowi warunek *sine qua non* zmniejszenia ryzyka wystąpienia agresji.

Porozumienie bez przemocy i coaching

Porozumienie bez przemocy (PBP) jest koncepcją zaproponowaną przez Marshalla Rosenberga (Rosenberg, 2003). Jest stosowana w kontekście mediacji (Rosenberg, 2003; Larson, 2009), rozwiązywania konfliktów (m.in.: Rosenberg, 2008; Mudyń, 2014). Mudyń (2016) wskazuje na uniwersalne znaczenie koncepcji empatii. Porozumienie bez przemocy nazywane jest także „językiem serca” (Rosenberg, 2003). Autor koncepcji podkreśla, że *fundamentem PBP są pewne umiejętności posługiwania się mową i innymi narzędziami porozumienia, pomagające nam nawet w niesprzyjających okolicznościach zachować człowieczeństwo* (Rosenberg, 2003, s. 13). Elementami składającymi się na to podejście, są: (1) spostrzeżenie, (2) uczucia, (3) potrzeby oraz (4) prośba. Stosowanie PBP podzielone jest na dwie fazy, pierwsza jest związana ze *szczerem wyrażaniem siebie*, a druga z *empatycznym odbiorem*, obydwie możliwe są dzięki czterem wymienionym wcześniej składnikom (Rosenberg, 2003). Aby zilustrować to podejście, poniżej zamieszczono tabelę 1, w której zestawiono komunikat niezgodny i zgodny z tym podejściem.

Przykładowy dialog pomiędzy dwojgiem osób, w którym widoczne jest zastosowanie tego podejścia mógłby brzmieć następująco:

Sytuacja ma miejsce w przyszpitalnym parku, w którym dochodzi do spotkania dwóch pacjentów. Pacjent 1 – z zaawansowaną przewlekłą chorobą obturacyjną płuc – siedzi na ławce znajdującej się w odległości około 100 metrów od szpitala. Pacjent 2 wyszedł ze szpitala różnym krokiem i zajął miejsce obok siedzącego tam już od jakiegoś czasu

Tabela 1. Różnica pomiędzy komunikatem zgodnym i niezgodnym z PBP

Komunikat niezgodny z PBP	Musi Pani jeść 4–5 posiłków dziennie.
Komunikat zgodny z PBP	Aby wspomóc leczenie cukrzycy, należy zadbać o to, by zjadła Pani 4–5 razy dziennie. Częste i regularne posiłki wpływają pozytywnie na metabolizm. Dodatkowo sprzyjają utrzymaniu prawidłowego stężenia glukozy we krwi oraz przekładają się na ogólną poprawę kondycji zdrowotnej. <i>Komentarz: Propozycja zachęcająca do zastosowania, wskazująca, dlaczego warto ją stosować.</i>

Źródło: Przykład własny na podstawie koncepcji Rosenberga (2003)

Pacjenta 1 i nie zważając na jego obecność zapalił papierosa.

Pacjent 1: *Dzień dobry. Jest Pan tu pacjentem?*

Pacjent 2: *Dzień dobry. Skierowali mnie tu na badanie, bo kaszlę.*

Pacjent 1: *Aha, ja też kaszlę, jest mi duszno i ciężko mi się oddycha, czy mógłbym mieć do Pana prośbę?*

Pacjent 2: *Jaką?*

Pacjent 1: *Od lat choruję na płuca i ostatnio byłem operowany. Duszność wzmaga się, kiedy poczuję dym, zwłaszcza gdy ktoś blisko mnie pali. Dzisiaj pierwszy raz wyszedłem, aby zaczerpnąć trochę świeżego powietrza, niestety po zabiegu nie mogę dużo chodzić. Ledwo przeszedłem te 100 metrów i nie bardzo mam siłę, by pójść dalej i szukać innego miejsca. Czy*

zechciałby Pan mi pomóc i nie palić tutaj? Byłoby mi lżej oddychać.

Pacjent 2: *Wie Pan, jestem zdenerwowany tymi badaniami i strasznie mi się chce palić.*

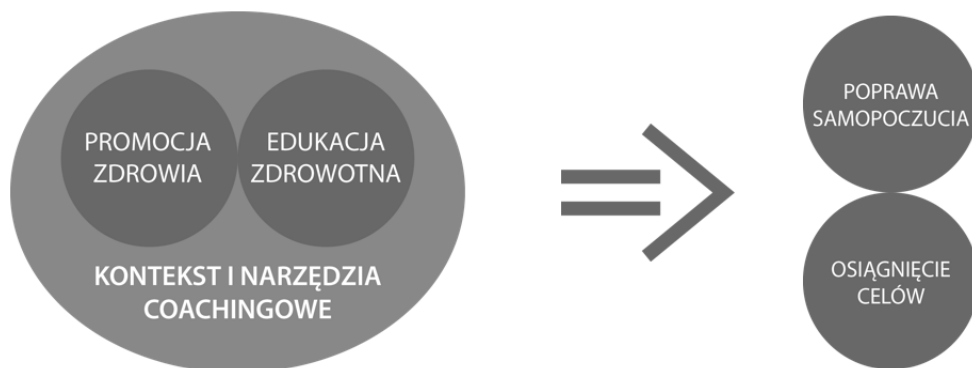
Pacjent 1: *Ja też kiedyś paliłem i było mi trudno rzucić, ale już nie palę, więc rozumiem, jaką może Pan czuć chęć zapalenia. Ale naprawdę ciężko mi się oddycha.*

Pacjent 2: *Rozumiem Pana, zgaszę papierosa.*

Pacjent 1: *Bardzo Panu dziękuję. Doceniam to, tym bardziej że wiem, że dla mnie kiedyś też to nie było łatwe.*

Komentarz: Kiedy zamiast oceny formułujemy spostrzeżenie, łatwiej nawiązać nić porozumienia. Sprzyja temu również uważne słuchanie rozmówcy, które zarazem pozwala na lepsze zrozumienie postawy, zachowania

Rycina 1. Definicja coachingu zdrowia w ujęciu Palmera, Tubbsa i Whybrow (2003)



Pomysł własny, wykonanie grafiki: Katarzyna Szporna

i emocji danej osoby. Mimo że jest to trudne, w jakimś stopniu „wchodzimy w buty” drugiego człowieka. Dzięki temu podejściu poznajemy potrzeby i wartości drugiej osoby, tym samym zwiększając szansę na wypracowanie rozwiązania nawet w początkowo trudnej sytuacji – przy zachowaniu wzajemnego szacunku uczestników.

W procesie opieki nad pacjentem oprócz poprawnego komunikowania się istotne znaczenie odgrywa wzmocnienie jego motywacji do zastosowania się do zaleceń terapeutycznych. W tym kontekście obiecujący wydaje się tzw. coaching zdrowia, którego wybraną definicję przedstawiono na rycinie 1.

O stosowaniu coachingu w opiece nad pacjentem w literaturze polskiej wspomina się dosyć rzadko (Deręgowska, 2016), w kontraście do literatury zagranicznej (McGloin i in., 2015; Palamara i in., 2015; Djuric i in., 2017; Oliveira i in., 2017). Temat zaczyna być jednak coraz częściej zauważany w kontekście poprawy jakości opieki, ze szczególnym uwzględnieniem zróżnicowanych potrzeb pacjentów. Przykładowo Deręgowska (2016, s. 437) pisze, że *podjęcie pracy z chorym na nowotwór z wykorzystaniem metody coachingu traktować można jako odpowiedź na potrzebę rozwoju pacjenta*. W literaturze zagranicznej wśród różnych korzyści dla podopiecznych wymienia się: poprawę radzenia sobie z chorobą (McGloin i in., 2015), polepszenie aktywności fizycznej (Djuric i in., 2017; Oliveira i in., 2017) oraz przestrzeganie diety (Djuric i in., 2017). Badania wskazują na skuteczność coachingu w odniesieniu do poprawy wartości niektórych parametrów medycznych, np. Patja i in (2012) wykazali istotne różnice w zakresie rozkurczowego ciśnienia tętniczego krwi, ale nie uzyskali ich w odniesieniu m.in. do obwodu talii czy kontroli stężenia glukozy. Natomiast w odniesieniu do personelu medycznego uzyskano wyższą odporność na stres (Schneider, Kingsolver i Rosdahl, 2014), a także ograniczenie występowania wypalenia zawodowego (Palamara i in., 2015).

Badania wskazują na pozytywne efekty zastosowania coachingu w kształtowaniu

umiejętności komunikacyjnych lekarzy (Wuensch i in., 2017) oraz na uzyskanie poprawy komunikacji pomiędzy pacjentem a lekarzem (Alders, Smits, Brand i van Dulmen, 2017).

Aby zilustrować to podejście, poniżej zamieszczono przykładowy dialog, który mógłby się pojawić w trakcie sesji coachingu zdrowia:

Coach: Proszę się przez moment zastanowić, do czego mógłby Pan przyrównać swoje zdrowie. Jeśli miałby Pan dokończyć takie zdanie: *Moje zdrowie jest jak...*, to jaki byłby ciąg dalszy?

Pacjent: Trudne pytanie... Zazwyczaj nie porównuję swojego zdrowia do niczego, ale... moje zdrowie przypomina mi czasem takie opuszczone domostwo...

Coach: Proszę opowiedzieć o tym domostwie.

Pacjent: Wie Pani, taki stary dom, w którym dawno nikt nie sprzątał, niby się to wszystko trzyma, ale gdzieś tam są jakieś pajęczyny, kłęby kurzu, rysy.

Coach: Jakie emocje budzi w Panu to porównanie?

Pacjent: Z jednej strony trochę przykre, bo szkoda takiego domu, ale z drugiej strony można wszystko wysprzątać i naprawić, by to domostwo odzyskało swój dawny blask. Trzeba się tylko za to zabrać.

Coach: Trzeba?

Pacjent: No wie Pani, warto, bo jednak ma to duże znaczenie, szkoda zaniedbywać taką ważną rzecz.

Coach: Jaka to wartość?

Pacjent: Zdrowie przecież to jest najważniejsze, bez niego ciężko cokolwiek zrobić.

Coach: Czego Pana uczy to porównanie?

Pacjent: Że chcę zadbać o swoje zdrowie, by nie było takim opuszczonym domostwem. Bo przecież wystarczy utrzymywać w nim porządek.

Komentarz: Zastosowanie metafory pozwoliło pacjentowi spojrzeć na swoje zdrowie z innej perspektywy, umożliwiło również wydobyć i wyartykułować jego wartości. Istotne jest, aby coach nie oceniał porównania zaproponowanego przez pacjenta, tylko dopytał, jakie to ma znaczenie dla niego.

Tabela 2. Porozumienie bez przemocy i coaching: podobieństwa i różnice

	Porozumienie bez przemocy	Coaching
Podobieństwa	brak oceny, etykietowania dostrzeganie emocji dostarczanie informacji zwrotnej uważne słuchanie	
Różnice	Koncentracja na komunikacji, dostrzeżeniu potrzeb, emocji, zadbanie o jakość kontaktu, troska o drugiego człowieka	Koncentracja na zasobach, wartościach, potrzebach, emocjach, ale także wypracowaniu drogi do osiągnięcia celu przez osobę zainteresowaną

Opracowanie własne na podstawie: Rosenberg, 2003; Palmer i Whybrow, 2007; Mukoid, 2016; Mudyń, 2016; Kodeks Etyczny International Coach Federation

Metafora daje pacjentowi szansę na lepsze zrozumienie siebie.

W tabeli 2. przedstawiono podobieństwa i różnice pomiędzy metodą oddziaływania coachingu i porozumienia bez przemocy.

Podsumowanie

Należy podkreślić, iż istnieje potrzeba dalszej weryfikacji skuteczności coachingu w kontekście poprawy komunikacji między pacjentem a personelem medycznym, ze względu na to, że analizując przeglądy systematyczne oraz wyniki badań koncentrujących się na tym zagadnieniu, można odnaleźć zarówno takie, z których wynika, że coaching może przekładać się na poprawę komunikacji (Alders i in., 2017; Wuensch i in., 2017), jak również takie, w których tego efektu nie zaobserwowano (Seiler i in., 2017). Podobnie jest z wynikami dotyczącymi wpływu na zmiany w zakresie poprawy parametrów medycznych.

Warto zwrócić uwagę, że poprawna komunikacja przekłada się na korzyści zarówno dla pacjentów, ich osób bliskich, opiekunów, jak i zwrotnie personelu oraz instytucji świadczącej usługi zdrowotne. Spojrzenie na przyczyny zachowania pacjenta oraz personelu medycznego przez pryzmat zaspokojonych lub niezaspokojonych potrzeb, w przeciwieństwie do poszukiwania źródeł w cechach charakteru czy też intencjach partnerów interakcji,

pozwała na większą empatię u obu stron. Potrzeby mogą być w danym momencie zaspokojone lub nie, lecz nie powinno to wpływać na jakość dalszej relacji. Zarówno w porozumieniu bez przemocy, jak i w coachingu komunikacja jest wolna od etykietowania. Dostrzeżenie w pacjencie, osobach mu bliskich, jak i w przedstawicielach wykonujących zawody medyczne – po prostu – drugiego człowieka może się przyczynić do autentycznej obustronnej akceptacji, co w konsekwencji skutkuje poprawą porozumienia i zbudowaniem relacji (Levinas, 1991; Majewska, 2015). Warto przypomnieć słowa Carla Rogersa: (...) *Kiedy zostają wysłuchany i usłyszano, potrafię na nowo zrekonstruować swoją wizję świata, aby dalej żyć. Zaskakujące jest to, jak sprawy, które wydają się nie do rozwiązania, okazują się rozwiązywalne, kiedy ktoś słucha* (Siegel, Donoghue, 2013, s. 15).

Bibliografia

- Alders I., Smits C., Brand P., van Dulmen S. (2017). Does patient coaching make a difference in patient-physician communication during specialist consultations? A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 100, 5, 882–896.
- Barański J., Piątkowski W. (red.) (2002). *Zdrowie i choroba: wybrane problemy socjologii*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT.
- Bimenyimana E., Poggenpoel M., Myburgh C., Van Niekerk V. (2009). The lived experience by psychiatric nurses of aggression and violence from

- patients in a Gauteng psychiatric institution. *Curationis*, 32, 3, 4–13.
- Chambers M., Kantaris X., Guise V., Välimäki M. (2015). Managing and caring for distressed and disturbed service users: The thoughts and feelings experienced by a sample of English mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 5, 289–297.
- Czerska I. (2016). Relacje lekarz – pacjent a wybrane teoretyczne modele relacji w kontekście dehumanizacji medycyny. *Handel Wewnętrzny*, 5, 365, 37–45.
- Czerw A., Religioni U., Matuszna A., Lesiak K., Olejnik A., Śniadała D. (2012). Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych. *Hygeia Public Health*, 47, 3, 247–53.
- Dereęowska J. (2016). Coaching jako wyraz otwartości na potrzebę rozwoju pacjenta chorego onkologicznie. *Pielęgniarstwo Polskie*, 3, 61, 431–438.
- Djuric Z., Segar M., Orizondo C., Mann J., Faison M., Peddireddy N., Paletta M., Locke A. (2017). Delivery of Health Coaching by Medical Assistants in Primary Care. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 30, 3, 362–370.
- Dobosiewicz A.M., Zmaczyńska T., Podhorecka M., Zukow W. (2016). Rola skutecznej komunikacji chory-personel medyczny w procesie leczenia pacjenta hospitalizowanego = The role of effective communication between patient and medical staff in the process of inpatient care treatment. *Journal of Education, Health and Sport*, 6, 9, 789–796.
- Edward K.L., Ousey K., Warelow P., Lui S. (2014). Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 23, 12, 653–659.
- Gotlib J., Panczyk M., Zarzeka A., Iwanow L., Samoliński Ł., Belowska J. (2017). Wypalenie zawodowe w grupie pielęgniarek – przegląd aktualnego polskiego piśmiennictwa naukowego. *Pielęgniarstwo Polskie*, 1, 63, 125–130.
- Grądalski T., Wesołek E., Kleja J. (2012). Terminal Cancer Patients' Informed Consent for Palliative Care Admission and Their Quality of Life. *Journal of Palliative Medicine*, 15, 8, 847.
- Grądalski T., Kochan K. (2017). Oczekiwania głównych opiekunów chorych niezdolnych do wyrażenia woli u kresu życia. *Palliative Medicine/Medycyna Paliatywna*, 9, 1, 21–29.
- Juczyński Z. (2016). Zmaganie się z nieuleczalną chorobą – mobilizacja osobistych potencjałów zdrowia. *Sztuka Leczenia*, 1, 19–29.
- Jurczak A., Włoś A., Wieder-Husza S., Branecka-Woźniak D., Grochans E. (2015). Problem agresji pacjentów wobec pracowników ochrony zdrowia. *Pielęgniarstwo XXI Wieku*, 4, 53, 39–43.
- Kaczor M., Michalak A. (2010). Przychodzi pacjent do lekarza... czyli psychologiczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem. *Sztuka Leczenia*, 1–2, 51–58.
- Każmierczak A. (2011). Wpływ komunikacji z personelem medycznym na doświadczanie choroby przez pacjentów. *Homo Communicativus*, 1, 6, 133–140.
- Kleja J., Filipczak-Bryniarska I., Wordliczek J. (2010). Komunikacja w opiece paliatywnej. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 4, 2, 81–85.
- Kodeks Etyczny International Coach Federation, źródło: <https://icf.org.pl/o-icf/2960-2/>, dostęp: 23.10.2017.
- Kowalczyk K., Zdańska A., Krajewska-Kułak E., Łukaszyk C., Van Damme-Ostapowicz K., Klimaszewska K., Rozwadowska E. (2011). Stres w pracy pielęgniarek jako czynnik ryzyka wypalenia zawodowego. *Problemy Pielęgniarstwa*, 19, 3, 307–14.
- Kraft-Todd G.T., Reiner D.A., Kelley J.M., Heberlein A.S., Baer L., Riess H. (2017). Empathic nonverbal behavior increases ratings of both warmth and competence in a medical context. *PLoS one*, 12, 5, e0177758.
- Lancôt N., Guay S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*, 19, 5, 492–501.
- Larsson L. (2009). *Porozumienie bez przemocy w mediacjach*, Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Levinas E. (1991). *Etyka i Nieskończony. Rozmowy z Philippem Nemo*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Papierskiej Akademii Teologicznej w Krakowie.
- Lorié Á., Reiner D.A., Phillips M., Zhang L., Riess H. (2017). Culture and nonverbal expressions of empathy in clinical settings: a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 100, 3, 411–424.
- Majewska M. (2015). Słowo też jest lekiem, czyli o komunikacji lekarza z pacjentem. *Zeszyty Prasoznawcze*, t. 58, 2, 222, 224–237.
- Makara-Studzińska M. (2012). Specyficzne sytuacje komunikacji z pacjentem i jego rodziną. *Komunikacja z pacjentem*. Lublin: Wydawnictwo Czelej, 89–120.
- Małecki Ł., Stalmach-Przygoda A., Górski S., Kocurek A., Skrzypek A., Kowalska B., Nowakowski M. (2017). Wprowadzenie całościowego kursu

- komunikacji medycznej dla studentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. *Sztuka Leczenia*, 1, 73–84.
- Maslach C., Leiter M.P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15, 2, 103–111.
- Mast M.S. (2007). On the importance of nonverbal communication in the physician–patient interaction. *Patient Education and Counseling*, 67, 3, 315–318.
- McGloin H., Timmins F., Coates V., Boore J. (2015). A case study approach to the examination of a telephone-based health coaching intervention in facilitating behaviour change for adults with Type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 9–10, 1246–1257.
- Motyka H. (2007). Wzmacnianie zasobów osobistych pacjenta z cukrzycą wyzwaniem dla edukacji zdrowotnej. *Sztuka Leczenia*, t. XV, 3–4, 99–104.
- Motyka M. (1999). *Pielęgnowanie a pomoc psychiczna w chorobie*. Warszawa: Centrum Edukacji Medycznej.
- Motyka M. (2011). *Komunikacja terapeutyczna w opiece ogólnomedycznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Motyka M. (2013). Znaczenie komunikacji terapeutycznej z pacjentem. *Sztuka Leczenia*, 3–4, 17–24.
- Motyka M., Dziubak M., Hutniczak K. (2015). Wpływ rozmowy terapeutycznej na przebieg badania bronchoskopii. *Sztuka Leczenia*, 3–4, 9–20.
- Motyka H., Motyka K. (2015). Empatia i asertywność pielęgniarzek w opiece nad pacjentami chorymi psychicznie w opiece nad pacjentami chorymi somatycznie. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 4, 53, 20–23.
- Mudyń K. (2014). „Porozumienie bez przemocy” jako metoda przezwycięzania sytuacji kryzysowych i zapobiegania konfliktom. *Kryzysy i ich przezwycięzanie, problemy interwencji i pomocy psychologicznej*. Kubacka-Jasiecka D., Mudyń K. (red.). Toruń: Adam Marszałek, 215–231.
- Mudyń K. (2016). Potęga i mądrość empatii. Porozumienie bez przemocy Marshalla B. Rosenberga i jego koncepcja natury ludzkiej. *Sztuka Leczenia*, 2, 31–41.
- Mukoid E. (2016). *Coachbook. Sesja 1*. Instytut Komunikacji i Rozwoju Mukoid.
- Nowaczyk K., Stanisic M.G., Rzepa, T. (2016). Staż pracy i płeć lekarza a efektywność komunikowania się z pacjentem. *Medycyna Rodzinna*, 19, 2, 55–58.
- Oliveira J.S., Sherrington C., Amorim A.B., Dario A.B., Tiedemann A. (2017). What is the effect of health coaching on physical activity participation in people aged 60 years and over? A systematic review of randomised controlled trials. *Br J Sports Med*, bjsports-2016.
- Palamara K., Kauffman C., Stone V.E., i in. (2015). Promoting Success: A Professional Development Coaching Program for Interns in Medicine. *Journal of Graduate Medical Education*, 7, 4, 617–623.
- Palmer S., Tubbs I., Whybrow A. (2003). Health coaching to facilitate the promotion of healthy behaviour and achievement of health-related goals. *International Journal of Health Promotion and Education*, 41, 3, 91–93.
- Palmer S., Whybrow A. (2007). *The handbook of coaching psychology*, Hove: Routledge.
- Patja K., Absetz P., Auvinen A., Tokola K., Kytö J., Oksman E., Kuronen R., Ovaska T., Harno K., Nenonen M., Wiklund T., Kettunen R., Talja M. (2012). Health coaching by telephony to support self-care in chronic diseases: clinical outcomes from The TERVA randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 12, 147.
- Rosenberg M.B. (2003). *Porozumienie bez przemocy. O języku serca*. Warszawa: Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza sp. z o.o.
- Rosenberg M.B. (2008). *Rozwiązywanie konfliktów poprzez porozumienie bez przemocy. Marshall B. Rosenberg w rozmowie z Gabriele Seils*. Warszawa: Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza sp. z o.o.
- Ruben M.A., Blanch-Hartigan D., Hall J.A. (2017). Nonverbal communication as a pain reliever: The impact of physician supportive nonverbal behavior on experimentally induced pain. *Health Communication*, 32, 8, 970–976.
- Serafin L., Czarkowska-Pączek B. (2016). Komunikacja z pacjentem u kresu życia w praktyce pielęgniarstwa-przebieg doniesień zagranicznych. *Palliative Medicine/Medycyna Paliatywna*, 8, 1, 49–50. 2p.
- Schneider S., Kingsolver K., Rosdahl J. (2014). Physician coaching to enhance well-being: a qualitative analysis of a pilot intervention. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 10, 6, 372–379.
- Seiler A., Knee A., Shaaban R., Bryson C., Paadam J., Harvey R., ..., Lagu T. (2017). Physician communication coaching effects on patient experience. *PLoS one*, 12, 7, e0180294.
- Siegel M.E., Donoghue P.J. (2013). *Sztuka słuchania. Klucz do udanych relacji*. Kraków: Wydawnictwo WAM.

- Stachowiak M. (2011). Wpływ komunikacji z personelem medycznym na doświadczanie choroby przez pacjentów. *Homo Communicativus*, 1, 6, 45–49
- Surmacka J., Motyka M. (2015). Problemy w komunikacji klinicznej z pacjentem hospitalizowanym. *Problemy Pielęgniarstwa*, 23, 3, 386–391.
- Weiss R., Vittinghoff E., Fang M.C., Cimino J.E., Chasteen K.A., Arnold R.M., ..., Anderson W.G. (2017). Associations of Physician Empathy with Patient Anxiety and Ratings of Communication in Hospital Admission Encounters. *Journal of Hospital Medicine*, 12, 10, 805.
- Wilczek-Rużyczka E., Zaczyk I. (2015). Wypalenie zawodowe polskich pielęgniarek – metaanaliza badań. *Hygeia Public Health*, 50, 1, 9–13.
- Włoszczak-Szubbda A., Jarosz M.J (2012). Rola i znaczenie komunikacji w relacji lekarz – pacjent – rodzina. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 18, 3, 206–211.
- Wuensch A., Goelz T., Ihorst G., Terris D.D., Bertz H., Bengel J., ..., Fritzsche K. (2017). Effect of individualized communication skills training on physicians' discussion of clinical trials in oncology: results from a randomized controlled trial. *BMC Cancer*, 17, 1, 264.
- Ventura A.D., Burney S., Brooker J., Fletcher J., & Ricciardelli L. (2014). Home-based palliative care: a systematic literature review of the self-reported unmet needs of patients and carers. *Palliative Medicine*, 28, 5, 391–402.
- Zampieron A., Galeazzo M., Turra S., Buja A. (2010). Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *Journal of Clinical Nursing*, 19, (15–16), 2329–2341.
- Zarzycka D., Ślusarska B., Dobrowolska B., Deluga A., Trojanowska A., Bartoń E. (2016). Empatia w pielęgniarstwie. Założenia, praktyka i jej empiryczne uwarunkowania. *Pielęgniarstwo XXI Wieku*, 3, 56, 33–38.