



Sabina Krawniak

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach
Pracownik Biura Współpracy z Gospodarką i Absolwentami,
doktorantka w Katedrze Zarządzania Organizacjami
sabina.krawniak@ue.katowice.pl

COACHING DLA PACJENTA – INNOWACYJNA METODA ZARZĄDZANIA W OCHRONIE ZDROWIA

Streszczenie: Coraz częściej w anglojęzycznej literaturze przedmiotu można znaleźć publikacje dotyczące procesów coachingowych w ochronie zdrowia. Zaprezentowane badania pokazują różne sposoby wprowadzenia coachingu dla osób chorych. Coaching jest pomocny w osiąganiu celów zdrowotnych, identyfikacji barier, szukaniu rozwiązań problemów zdrowotnych, odkrywaniu przekonań oraz mocnych stron chorych. Coaching może być skierowany do osób chorujących na różne jednostki chorobowe, choć literatura przedmiotu koncentruje się na chorobach nowotworowych i cukrzycy. Badania stosowane na grupie osób chorych na cukrzycę to przede wszystkim sesje coachingowe poprzedzone badaniem ankietowym i wynikami badań lekarskich. W chorobach nowotworowych coaching skupia się na dobrostanie psychicznym, fizycznym i emocjonalnym. Celem opracowania jest przedstawienie badań, w których użytą metodą badawczą jest eksperyment coachingu osób ze zdiagnozowaną cukrzycą typu I.

Słowa kluczowe: coaching, ochrona zdrowia, innowacja, choroby przewlekłe, komunikacja, zarządzanie w ochronie zdrowia.

JEL Classification: M45.

Wprowadzenie

Coaching jest narzędziem uniwersalnym, mającym zastosowanie w każdej dziedzinie życia, w której istnieje możliwość ustalenia celu oraz rozwoju. Coaching w ochronie zdrowia, przeprowadzony wśród pacjentów, jak i personelu medycznego, może prowadzić do zmiany zachowań zdrowotnych.

Zagadnienia coachingu medycznego/zdrowia poruszane są w anglojęzycznej literaturze przedmiotu w zastosowaniu do jednostek chorobowych, grup pacjentów, a także personelu medycznego. Pokazywane jest jego zastosowanie

w odniesieniu do diagnozowania, prewencji i codziennego życia z chorobą, a także w zakresie zmiany stylu życia prowadzącej do poprawy zdrowia. Coaching zyskuje również rangę jako metoda nauczania w świecie medycznym. Celem niniejszego opracowania jest prezentacja celów i narzędzi coachingu medycznego oraz wyników badań dotyczących jego stosowania w odniesieniu do dwóch jednostek chorobowych. Dalszym celem jest przedstawienie, opartych na eksperymencie, wyników badań własnych zorientowanych na określenie korzyści z interwencji coachingowej dla pacjentów ze zdiagnozowaną cukrzycą typu I.

1. Pojęcie coachingu

Słowo *coach* pochodzi najprawdopodobniej od słowa oznaczającego wygodne pojazdy kołowe (*koczi*), produkowane w węgierskiej miejscowości, a *coaching* – od usługi świadczonej tym pojazdem. Później, w slangu oksfordzkim coachingiem nazywano usługę świadczoną na rzecz studentów w celu bezpiecznego przejścia przez sesję egzaminacyjną. W tabeli 1 przedstawiono trzy kategorie, w które można ująć definicję coachingu.

Tabela 1. Kategorie definicji coachingu

Kategoria	Elementy definicji
Historyczna	– proces nauczania, – poprawa umiejętności w wyniku instruktażu, – pomoc w uczeniu, – rozwój zdolności, – rozmowa, – współpraca pomiędzy coachem a coachee (osoba w procesie coachingowym)
Alternatywna	Interwencja spełniająca co najmniej kilka kryteriów: – rozwój, – celowość, – prowadzenie w formie rozmowy, – partnerstwo, – feedback, – nastawienie na generowanie rozwiązań, – krótkotrwałość, – systematyczność i przekraczanie wewnętrznych ograniczeń u coachee
Klasyczna	Ma na celu wskazanie szerszego pojęcia i wyróżnienie na tym tle pojęcia definiowanego; w przypadku coachingu szerszym pojęciem jest rozwój, celowość, partnerstwo, proces, komunikacja, autorefleksja

Źródło: [Wujec, 2012, s. 5-14 – z modyfikacjami].

Definicja coachingu, według International Coach Federation (ICF), skupia się na interaktywnym procesie, pomocnym w rozwoju oraz polepszeniu efektów działania [Budzisz, 2011, s. 86]. W jego trakcie następuje skierowanie uwagi na:

- rozwiązanie,
- wzmocnienie poczucia skupienia,
- zwiększenie świadomości,
- poprawę relacji,
- wzmocnienie motywacji,
- elastyczność,
- efektywność.

Elementy te są wskazywane jako zalety wynikające z procesu coachingowego [Starr, 2005, s. 10-11, 191-192].

W odróżnieniu od coachingu, mentoring jest oparty na wykorzystywaniu gotowych wzorców i procedur. Charakteryzuje go ściśle określona metoda uczenia oraz jasno określony cel. Natomiast doradztwo skupia się na określonym wyborze metod postępowania, w którym podejmowane działanie zależy od klienta. Coach opiera się na doświadczeniu i odkryciu obszarów umiejętności do rozwoju [Bennewicz, 2011, s. 26]. Mentor przede wszystkim jest demonstratorem postaw oraz przekazuje wiedzę z własnego doświadczenia. Doradca i mentor, w przeciwieństwie do coacha, to eksperci w dziedzinie, w której prowadzony jest proces. Coach nie daje gotowych rozwiązań ani nie doradza, jak należy rozwiązać problem, w przeciwieństwie do doradcy i mentora. Coachingu nie należy utożsamiać z psychoterapią, której celem jest zrozumienie przyczyn problemu i jego konsekwencji, skupienie się na przeszłości. Coaching koncentruje się bardziej na teraźniejszości i przyszłości. W odróżnieniu od szkolenia, nie uczy, a jedynie uświadamia coachee co do posiadanych umiejętności i reprezentowanych wartości. Szkolenie skupia się natomiast na wiedzy teoretycznej i przećwiczeniu w bezpiecznych warunkach tej wiedzy w praktyce [Thorpe, Clifford, 2011, s. 22].

2. Cele coachingu medycznego (coachingu zdrowia)

Coach zajmujący się zdrowiem nie musi być pracownikiem ochrony zdrowia. Jednocześnie jego wiedza oraz znajomość specjalistycznego słownictwa na podstawowym poziomie może być przydatna w komunikowaniu się, w szczególności pomiędzy personelem medycznym a coachee. Coaching medyczny (zdrowia, dietcoaching) skupia się na celach związanych ze zdrowiem, powiąza-

nym z codziennym życiem. Coaching medyczny jest wysoce efektywny, gdy skupia się na:

- odkrywaniu mocnych stron,
- sposobach osiągania celów,
- rozwiązywaniu konkretnych problemów,
- zarządzaniu poznawczymi i emocjonalnymi barierami.

Dla zmiany zachowania koncentracja na samym przekazywaniu wiedzy o zdrowiu i leczeniu jest niewystarczająca. Uzupełnienie jej coachingem, jako metodą osiągania celów oraz nauką o samopoznaniu, pozwala osiągnąć zdecydowanie lepsze wyniki. Coach medyczny to osoba, która profesjonalnie prowadzi interakcje z coachee, jest skupiona na słuchaniu i pomaganiu w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych oraz podejmowaniu najtrafniejszych decyzji [Wong-Rieger, Rieger, 2013, s. 41-44]. Coach to osoba [Sacco, Morrison, Malone, 2004, s. 115]:

- nieoceniająca,
- empatyczna,
- przygotowana do dyskusji na temat osiągania celów zdrowotnych,
- wzmacniająca motywację do przestrzegania zaleceń lekarskich,
- zachęcająca do podjęcia wysiłku.

Coaching może być wsparciem w szczególności dla osób chronicznie chorych, przede wszystkim dzięki skupieniu uwagi na indywidualnej sytuacji oraz użyciu specyficznych umiejętności coachingowych. Pozwala uzyskać korzyści przedstawione na rys. 1.

Niemieccy ubezpieczyciele zdrowotni przeprowadzili badania na temat telefonicznego coachingu medycznego, według których aż 80% badanych było zadowolonych z udziału w nim. Jedna trzecia badanych uważała, że coaching wpłynął na opóźnienie pogorszenia się stanu zdrowia, a ich samopoczucie się polepszyło. Wyniki mogą sugerować, iż coaching jest potrzebny, gdyż wypełnia lukę pomiędzy wiedzą a zmianą behawioralną. Jednocześnie w wyniku badań stwierdzono konieczność ściślejszej współpracy pomiędzy coachem a lekarzem. Coaching, jako podejście w warunkach tej współpracy, może być przydatne we wspieraniu coachee w codziennych zachowaniach zdrowotnych [Härter i in., 2012, s. 622-633].



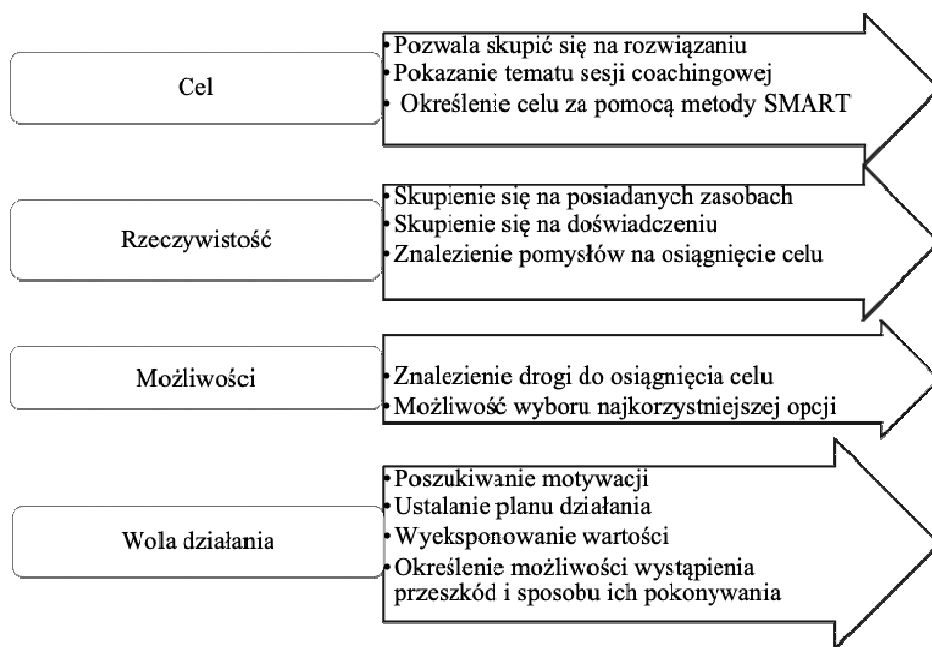
Rys. 1. Korzyści z coachingu dla pacjentów

Źródło: [Deregowska, 2016, s. 431].

Coaching zdrowia stanowi więc połączenie edukacji zdrowotnej oraz promocji zdrowia z narzędziami coachingowymi, skupionymi na dobrostanie indywidualnym i osiągnięciu celów zdrowotnych. Wypełnia on lukę pomiędzy wiedzą a działaniem. Nie jest natomiast leczeniem chorób ani podejmowaniem decyzji zdrowotnych za pacjenta. Ważne jest zachowanie rozdzielnosci pomiędzy personelem medycznym, coachem a pacjentem, gdyż każdy z tych podmiotów ma do spełnienia inną rolę. Coacha, tak samo jak lekarza, obowiązuje zasada dyskrecji [Lipscomb, 2006, s. 801-803].

3. Narzędzia stosowane w coachingu w ochronie zdrowia

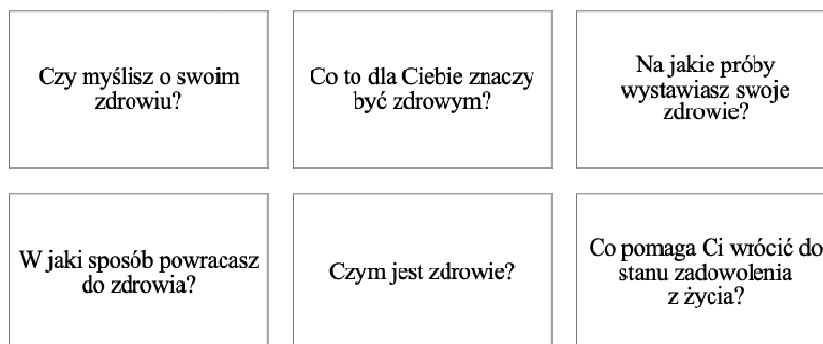
Jednym z najczęściej wymienianych narzędzi coachingowych jest model GROW (Goal, Reality, Options, Will) opracowany przez Johna Whitmore'a. Przedstawione na rys. 2 elementy tworzą strukturę sesji coachingowej [Kukulska, 2016, s. 32].



Rys. 2. Model GROW według J. Whitmore’a

Źródło: [Passmore, 2012, s. 121-134; Kukulska, 2016, s. 32].

Im bardziej doświadczony coach, tym bardziej zrutynizowane stosowanie modelu GROW. W coachingu medycznym pytania zadawane są w temacie związanym ogólnie z pojęciem zdrowia na początku procesu, a później następują konkretniejsze pytania dotyczące szczegółowych i indywidualnych celów zdrowotnych. Rysunek 3 prezentuje pytania często rozpoczynające proces coachingu medycznego, a ich zadawanie zależy w dużej mierze od przebiegu sesji coachingowej.

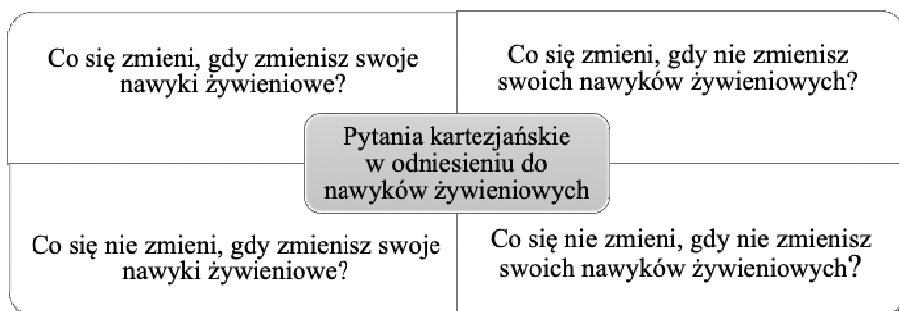


Rys. 3. Pytania w coachingu medycznym

Źródło: [Mijakoska, 2012, s. 47].

Wiedza o zdrowych nawykach, o własnych emocjach i możliwych konsekwencjach podejmowanych bądź niepodjęmowanych zachowaniach zdrowotnych stanowi komponenty rozwoju i zmiany w coachingu zdrowia [Mijakoska, 2012, s. 47]. Coaching zdrowia skupia się na obszarze fizycznym (sen, oddychanie, otoczenie, odżywianie, aktywność fizyczna), emocjonalnym (poznawanie i zarządzanie emocjami, obserwowanie reakcji na sytuacje), intelektualnym (mechanizmy psychologiczne wpływające na postrzeganie zdrowia, poczucie wpływu na swoje życie, podejście do zmiany, pozytywne i mierzalne określanie celów zdrowotnych) oraz duchowym (poczucie wewnętrznej koherencji, sprawczości). Wszystkie cztery obszary pomagają w zarządzaniu własnym zdrowiem oraz w realizacji celów w określonym obszarze. Wybór jednego z tych obszarów rozpoczyna proces zmiany [Zubrzycka-Nowak, Rybczyńska, 2013, s. 35-77].

W znalezieniu motywacji oraz przewidzeniu konsekwencji swoich przyszłych zachowań pomocne mogą się okazać tzw. pytania kartezjańskie (por. rys. 4).



Rys. 4. Pytania kartezjańskie w coachingu zdrowia

Źródło: [Mijakoska, 2012, s. 82].

Tego typu analiza konkretnego zachowania pomaga w podjęciu ww. decyzji, jednocześnie pozwalając na wygenerowanie większej liczby pomysłów ukie-
runkowanych na osiągnięcie celu [Mijakoska, 2012, s. 82].

Coach w pracy z pacjentem powinien zastosować techniki aktywnego słuchania, ocenić i dopasować interwencje do stanu pacjenta, zwiększyć gotowość do zmiany za pomocą równowagi decyzyjnej, określić cel za pomocą metody SMART, a także pomóc w identyfikacji barier i opracować z coachee plan działania [Wong-Rieger, Rieger, 2013, s. 41-44].

4. Przykłady badań na temat wpływu coachingu na pacjentów – studium literatury przedmiotu

4.1. Cukrzyca

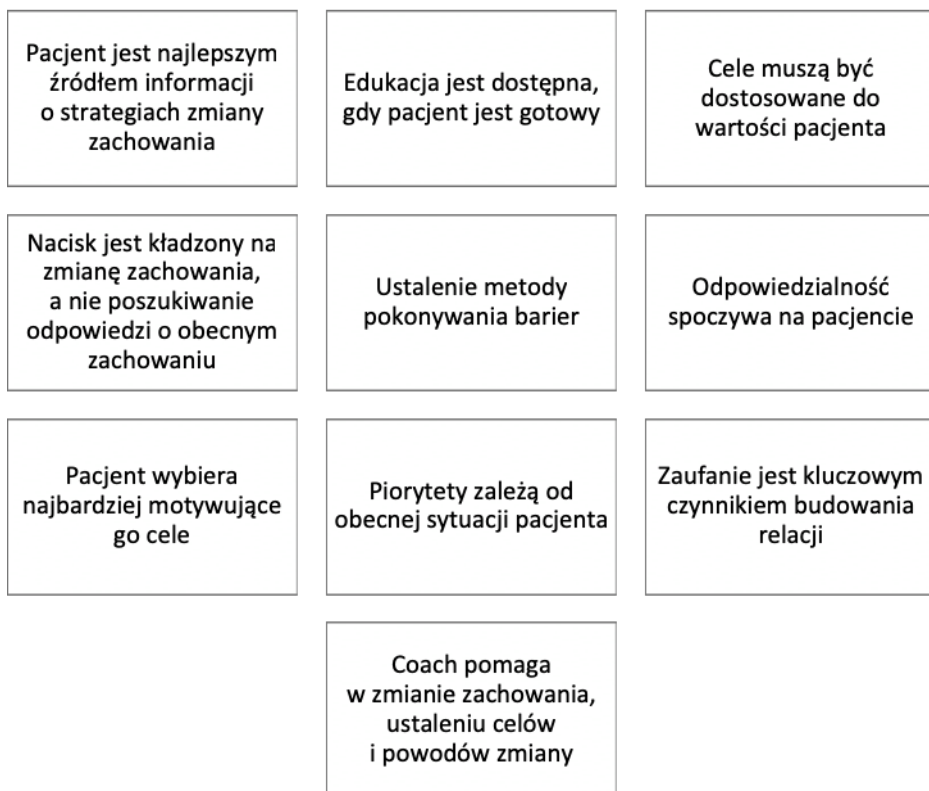
Jedną z najczęściej wybieranych jednostek chorobowych do badania wpływu coachingu na chorych jest cukrzyca. Poniżej zaprezentowano przykładowe interwencje coachingowe skierowane wobec osób chorych na cukrzycę.

Na Uniwersytecie Południowej Florydy został przeprowadzony, trwający 6 miesięcy, proces coachingowy dla osób z cukrzycą typu 1, za pomocą 15-minutowych sesji. Sesje te miały konkretną strukturę i były prowadzone przez studentów psychologii. Coachowie byli pomostem pomiędzy personelem medycznym a pacjentami. Unikali oni udzielania medycznych porad, co pokazuje, iż coach nie musi posiadać wiedzy medycznej. W badaniu wybrano coachów, zamiast pielęgniarek, ze względu na ich lepsze podstawy wiedzy o psychice człowieka oraz niższe koszty pracy związane z ich zaangażowaniem. Ponadto stanowili oni lepszą alternatywę niż kontakt pacjenta z komputerem. Badani przyjęli założenie, iż po odpowiednim szkoleniu oraz superwizji studenci psychologii mogą efektywnie podnosić wiedzę specjalistyczną personelu medycznego w celu poprawy jakości opieki nad osobami z cukrzycą. Struktura badania skierowanego do osób chorych na cukrzycę typu 1 przedstawiała się następująco:

- przed rozpoczęciem sesji coachingowych (wypełnienie ankiety dotyczącej obszarów samopomocy zasługujących na uwagę, co było pomocne w określeniu specyficznych barier, wzorców zachowania pacjentów oraz głównych celów);
- sesje coachingu – telefoniczny, 15-minutowy kontakt z pacjentem przez 6 miesięcy (przez pierwsze 3 miesiące raz w tygodniu, przez kolejne 3 miesiące dwa razy w miesiącu):
 - rozpoczęcie sesji – określenie celu rozmowy,
 - informacja na temat tygodniowego poziomu glukozy we krwi,
 - praca dotycząca celów związanych z: badaniem poziomu glukozy we krwi, odżywianiem, aktywnością fizyczną, stresem oraz innymi aktywnościami, na których rzadziej skupiają się osoby chore (badania wzroku, wizyty u dentysty), a mających wpływ na zdrowie chorego. Po tym następowała praca związana z identyfikacją barier i możliwościami ich pokonywania, a także wzbudzania motywacji;
- po sesjach coachingowych sprawdzany był poziom HbA1c (średni poziom glukozy przez okres 3-4 miesięcy) i porównywany z poziomem przez sesjami oraz z grupą kontrolną, nieuczestniczącą w coachingu.

Badania pokazują, iż poziom HbA1c u każdego pacjenta, który ukończył proces coachingowy spadł, a w grupie kontrolnej tylko u jednego pacjenta spadł, a u reszty – wzrósł. To pokazuje, iż program coachingowy może efektywnie wpływać na spadek poziomu HbA1c u pacjentów chorych na cukrzycę, mogą zmniejszyć się koszty leczenia oraz zwiększyć zasięg pomocy chorym [Sacco, 2004, s. 114-117].

Akceptacja choroby, zwiększenie motywacji, wprowadzenie nowych nawyków zdrowotnych mogą być elementami pracy, na które ma wpływ coaching. Wong-Riger i Rieger na podstawie badań przeprowadzonych wśród 56 pacjentów z cukrzycą typu II określili elementy programu wsparcia z udziałem coachingu medycznego. Rysunek 5 wskazuje na elementy budowania relacji tak ważnej w procesie coachingu zdrowia.



Rys. 5. Program wsparcia

Źródło: [Wong-Riger, Rieger, 2013, s. 41-44].

Program ten może służyć jako benchmark.

4.2. Choroby nowotworowe

W jednej z interwencji coachingowych, skierowanych do pacjentów onkologicznych, została stworzona platforma internetowa skupiająca się na dobrostanie psychicznym, fizycznym oraz emocjonalnym. Ponadto pomaga ona skupić się na celach, radzić sobie ze stresem, motywuje, dodaje pewności siebie, nadziei. Platforma koncentruje się na codziennych aktywnościach (spaniu, jedzeniu, pracy, aktywności i spotkaniach, zażywaniu leków, psychicznych i poznawczych treningach, higienie osobistej), zdrowych nawykach oraz pomocy coacha w osiągnięciu celów i rozwiązaniu problemów. Wirtualny coach – na podstawie zgromadzonych danych od pacjenta – udziela informacji zwrotnej i informuje o możliwych rozwiązaniach problemu, opierając się na dostępnych testach związanych ze snem, bólem, relacjami międzyludzkimi, depresją, elementami poznawczymi, zmęczeniem oraz chemioterapią. Zaczynając od psychoedukacji oraz informacji o zdrowych nawykach, wskazuje on możliwe rozwiązania występującego problemu, po czym monitorowane są postępy pacjenta, a w przypadku dalszych problemów rozważane są ich przyczyny i wdrażane nowe rozwiązania i nawyki. Program ma na celu zmienić nieprawidłowe nawyki oraz poprawić jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową [Kyriazakos i in., 2018, s. 50-59].

Osoby chore na nowotwory zmagają się nie tylko z fizycznymi dolegliwościami, ale również z psychicznymi. Niektóre przypadki osób chorych wskazują na charakter rozwojowy choroby [Deręgowska, 2016, s. 431].

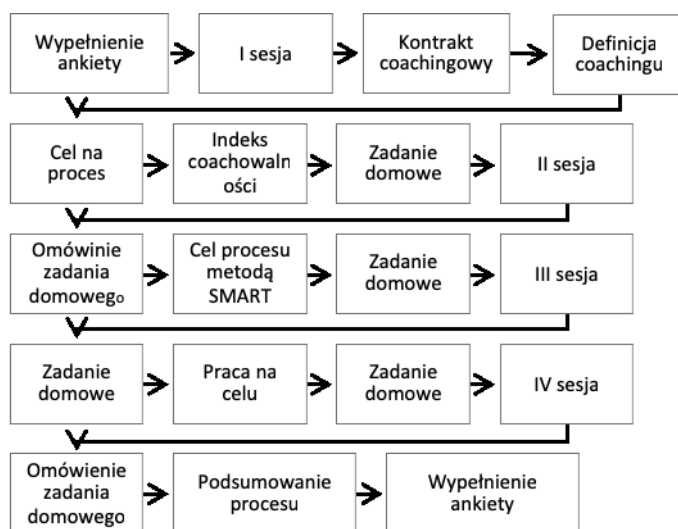
Coaching wspiera proces podejmowania decyzji przez osoby chore. Badania przeprowadzone na grupie osób chorych na raka prostaty wykazały, iż w przypadku zastrzeżeń dotyczących wdrażania profilaktycznych rozwiązań w badaniu tego typu raka, coaching może być pomocny w podejmowaniu decyzji poprzez wsparcie i komunikowanie się z osobami chorymi. Wprowadzenie procesu z elementami coachingu obejmuje ocenę potrzeb pacjenta, dostarczenie informacji o ryzyku zwiększonym z brakiem profilaktyki i jej zaletach, potwierdzenie zrozumienia komunikatu w formie pytań, odwołanie się do wartości i możliwości wsparcia. Badani wskazali na bariery wprowadzenia nowych pracowników oraz koszty związane z podnoszeniem wiedzy i zatrudnieniem. Kolejne bariery to brak znajomości struktury szpitali, niskie poczucie skuteczności i zaangażowania pacjentów, a także ograniczenia czasowe [Ilica i in., 2017, s. 1-6].

5. Korzyści z interwencji coachingowej – wyniki badań własnych

Celem własnego badania, przeprowadzonego wśród pacjentów ze zdiagnozowaną cukrzycą typu I, było wykazanie, czy zdalny proces coachingowy wpływa na zachowania zdrowotne. Proces zakończyło 8 osób z grupy badanej oraz 5 osób z grupy kontrolnej. Od pierwszej do ostatniej sesji coachingowej miało 6 tygodni. Przed przystąpieniem do pierwszej sesji coachee wypełniał autorski kwestionariusz i ten sam kwestionariusz został wypełniany po ostatniej sesji. Grupa kontrolna w tym samym czasie również wypełniała kwestionariusz ankiety. Grupa badana i kontrolna została podzielona za pomocą rzutu monetą. Dobór grupy był celowy, a do kryteriów doboru należało:

- zdiagnozowana cukrzyca typu I,
- wiek – nie mniej niż 18, a nie więcej niż 35,
- chorowanie na cukrzycę typu I nie krócej niż rok i nie dłużej niż 15 lat.

Metodą badawczą była interwencja coachingowa w modelu eksperymentalnym. Rysunek 6 prezentuje zastosowaną procedurę badawczą.



Rys. 6. Proces interwencji coachingowej w eksperymencie

Źródło: [Krawniak, 2016, s. 58-90].

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) stworzony przez Zygryda Ju-czyńskiego bada zachowania zdrowotne w ciągu ostatniego miesiąca. W IZZ badany zaznacza odpowiedź określającą częstotliwość (prawie nigdy, rzadko, od czasu do czasu, często, prawie zawsze) wykonywania danej czynności należącej do następujących kategorii:

- pozytywne nastawienie psychiczne,
- zachowania profilaktyczne,
- prawidłowe nawyki żywieniowe,
- praktyki zdrowotne.

Narzędzie posiada również normy stenowe dla populacji polskiej, pozwalające określić rodzaj przeważających zachowań zdrowotnych (prozdrowotne, mieszane, antyzdrowotne). Acceptance of Illness Scale (AIS), czyli utworzona przez Zygryda Juczyńskiego 5-stopniowa skala akceptacji choroby, składa się z 5 pytań. Im wyższy wynik, tym wyższy poziom akceptacji choroby. Ankieta własna została stworzona na potrzeby badania. Składała się z 12 pytań otwartych oraz 2 zamkniętych. Pytania dotyczyły nawyków żywieniowych oraz zachowań zdrowotnych.

W trakcie I sesji zostawał zawarty kontrakt coachingowy, który składał się z omówienia specyfiki coachingu, zobowiązań, jakie ma coach i coachee, oraz ustalenia wstępnego celu. W czasie zawierania kontraktu były również ustalane daty kolejnych spotkań i forma kontaktu pomiędzy nimi. Każdy z coachee również odpowiadał na kilka pytań, które składały się na Indeks Coachowalności. Pod koniec pierwszej sesji coachee wyznaczał sobie zadanie domowe, najczęściej dotyczyło ono zrobienia jednej małej rzeczy lub wdrożenia jednego zachowania, które charakteryzowało się przeciętnym stopniem trudności. Zadania domowe dotyczyły wdrożenia jednego nawyku, który przybliżał coachee do osiągnięcia celu, m.in. picie 6 szklanek wody dziennie, ugotowania jednej nowej, służącej zdrowiu potrawy i wyliczenia dla niej Wymienników Węglowodanowych i Białkowo-Tłuszczowych, ustawienia przypomnienia w telefonie dotyczącego pomiaru co 3 godziny poziomu glukozy we krwi, wieczorne przygotowywania wyżywienia do pracy na kolejny dzień. Druga sesja zaczynała się od omówienia zadania domowego. Później każdy z coachee został przeprowadzony przez model GROW i każdy cel został ustalony metodą SMART. Pod koniec spotkania coachee wyznaczał sobie zadanie, które charakteryzowało się większym stopniem trudności niż na poprzedniej sesji. Trzecia sesja zaczynała się również od zadania domowego, które najczęściej wymagało dłuższego omówienia. Później w zależności od tematu, poziomu motywacji i wielu innych czynników każdy z coachee pracował na innej technice coachingowej. Do tych technik należały m.in.: pytania kartezyjańskie, metoda Walta Disneya, skalowanie. Pod koniec trzeciej sesji coachee zadawał sobie zadanie domowe. Czwarta sesja zaczynała się od omówienia zadania domowego, a także całego procesu. Pod koniec sesji każdy z badanych wypełniał IZZ, AIS oraz autorską ankietę.

W IZZ najmniej punktów respondenci otrzymali w kategorii „prawidłowe nawyki żywieniowe”, co się bardzo zmieniło po sesjach coachingowych, gdyż tam aż pięciu badanych otrzymało największą ilość punktów wśród wszystkich kategorii. Przed sesjami coachingowymi najwięcej respondentów otrzymało największą liczbę punktów w kategorii „praktyki zdrowotne”, do której zaliczają się takie zachowania, jak: umiejętność odpoczynku, nieprzepracowywanie się, czy kontrola wagi ciała.

Tabela 2. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych przed i po procesie coachingowym

Respondent	Przed	Po
1	1	4
2	2	4
3	3	3
4	5	7
5	8	7
6	8	8
7	4	5
8	8	10

Źródło: Badania własne.

W tabeli 2 zaprezentowane są również wyniki stenowe, które uzyskały osoby z grupy badanej przed i po procesie coachingowym. Wyniki interpretuje się następująco:

- sten od 1 do 4 zachowania antyzdrowotne,
- sten od 5 do 6 zachowania mieszane,
- sten od 7 do 10 zachowania prozdrowotne.

Tylko jedna z ośmiu osób, które zostały przebadane testem IZZ, uzyskała wynik niższy po procesie niż przed, jednocześnie nie wpłynęło to na zmianę kategorii zachowań. Trzy osoby przed sesjami coachingowymi charakteryzowały się zachowaniami prozdrowotnymi, zaś po sesjach ta liczba zwiększyła się do czterech badanych. Zachowaniami antyzdrowotnymi charakteryzowały się cztery osoby, po sesji coachingowej ilość osób zmniejszyła się o jedną osobę. Jedna osoba przed sesjami charakteryzowała się zachowaniami mieszanymi, jednocześnie po sesji jej zachowania były prozdrowotne.

Połowa badanych charakteryzowała się antyzdrowotnymi zachowaniami, a 37% prozdrowotnymi, pozostałe 13% to zachowania mieszane przed sesjami coachingowymi. Po sesjach połowa badanych charakteryzowała się prozdrowotnymi zachowaniami, a 37% antyzdrowotnymi. Tabela 3 prezentuje wyniki AIS przed i po zakończeniu procesu coachingowego.

Wśród trzech osób akceptacja choroby po sesjach coachingowych uległa zmniejszeniu, zaś u czterech uległa zwiększeniu, jedna osoba przed i po sesjach uzyskała ten sam wynik.

U ostatniego badanego widać znaczący wzrost akceptacji choroby aż o 27 pkt. Hipoteza związana ze wzrostem akceptacji choroby została zweryfikowana pozytywnie (test kolejności par Wilcoxona $p < 0,05$ – rozkłady różnią się istotnie).

Różnice pomiędzy grupą badaną a grupą kontrolną stawały się istotne po zakończeniu sesji coachingowych. W grupie badanej więcej osób spożywa 4 i 5 posiłków dziennie, częściej zwracana jest uwaga na wymienniki węglowodanowe i indeks glikemiczny. Jednocześnie grupa badana rzadziej smaży potrawy i częściej doprawia je solą.

Tabela 3. AIS przed i po procesie coachingowym

Respondent	Przed	Po
1	24	18
2	33	38
3	19	21
4	38	30
5	37	40
6	38	37
7	22	22
8	12	39

Źródło: Badania własne.

Badania przed i po dla grupy kontrolnej zostały zaprezentowane w poniższej tabeli. Badania te dotyczyły nawyków żywieniowych związanych z choro-
waniem na cukrzycę, a także subiektywną ocenę swoich nawyków i wiedzy na temat żywienia w cukrzycy.

Tabela 4. Nawyki żywieniowe grupy badanej i kontrolnej

Nawyki żywieniowe	Grupa badana	Grupa kontrolna
3 posiłki dziennie	25%	80%
4 posiłki dziennie	38%	0%
5 posiłków dziennie	38%	20%
Liczenie wymienników węglowodanowych	75%	60%
Zwracanie uwagi na indeks glikemiczny potraw	38%	20%
Niezwracanie uwagi na indeks glikemiczny potraw	12%	60%
Częste smażenie potraw	0%	25%
Doprawianie potraw solą	25%	20%

Źródło: Badania własne.

Badania przed i po dla grupy kontrolnej zostały zaprezentowane w poniższej tabeli. Badania te dotyczyły nawyków żywieniowych związanych z choro-
waniem na cukrzycę, a także subiektywnej oceny swoich nawyków i wiedzy na
temat żywienia w cukrzycy.

Tabela 5. Nawyki żywieniowe przed i po procesie coachingowym

Nawyki żywieniowe	Przed	Po
Wymienniki węglowodanowe	62%	75%
Zwracanie uwagi na indeks glikemiczny	38%	38%
Niezwracanie uwagi na indeks glikemiczny	25%	12%
Częste smażenie potraw	25%	38%
Czasami smażenie potraw	38%	25%
Częste dosalanie potraw	38%	25%
Czasami dosalanie potraw	62%	50%
Zachowania antyzdrowotne (IZZ)	50%	38%
Zachowania prozdrowotne (IZZ)	38%	50%
Bardzo dobra ocena nawyków żywieniowych	0%	12%
Dobra ocena nawyków żywieniowych	50%	75%
Bardzo dobry stan wiedzy na temat żywienia w cukrzycy	0%	25%
Przeciętny stan wiedzy na temat żywienia w cukrzycy	38%	12%
Dobre stosowanie się do zaleceń lekarskich	25%	62%
Stosowanie zamienników cukru	50%	25%

Źródło: Badania własne.

Ilość posiłków spożywana przed i po sesjach coachingowych nie zmieniła się. Prezentowane wyżej wyniki pokazują wzrost prozdrowotnych zachowań żywieniowych i spadek zachowań szkodzących zdrowiu osób z cukrzycą typu I po sesjach coachingowych.

Ankieta służyła do porównania wszystkich elementów przed i po sesjach coachingowych oraz grupy badanej z grupą kontrolną. W grupie badanej wzrastał poziom wiedzy o cukrzycy oraz nawykach żywieniowych. Regularność posiłków oraz liczenie wymienników poprawiła się po sesjach coachingowych w grupie badanej. Na podstawie porównania grupy badawczej i kontrolnej stwierdzono istotne różnice w zwracaniu uwagi na wartość glikemiczną potraw, rzadsze smażenie i doprawianie potraw solą. Prezentowane badania odnosiły się do zachowań zdrowotnych osób ze zdiagnozowaną cukrzycą typu I i wpływu sesji coachingowych na te zachowania. Ilość zachowań zdrowotnych wśród osób chorych na cukrzycę typu I zwiększyła się po sesjach coachingowych, jednocześnie zmniejszyła się ilość zachowań antyzdrowotnych.

Zachowania prozdrowotne	Zachowania antyzdrowotne
• Unikanie przeziębień • Wystarczająca ilość odpoczynku i snu • Przestrzeganie zaleceń lekarskich • Kontrolowanie wagi ciała • Regularne badania lekarskie • Uregulowane życie rodzinne i towarzyskie • Pozytywne myślenie • Spożywanie około 5 posiłków dziennie • Utrzymywanie około 3 godzinnych odstępów pomiędzy posiłkami • Spożywanie owoców i warzyw • Liczenie Wymienników Węglowodanowych, Białkowych i Tłuszczowych • Pieczenie potraw • Duszenie potraw • Grillowanie potraw • Spożywanie surowych potraw • Doprawianie potraw ziołami	• Nadmierny wysiłek fizyczny • Palenie tytoniu • Przepracowywanie się • Przeżywanie silnych stresów, depresji • Spożywanie przetworzonych pokarmów • Rozgotowywanie potraw • Smażenie potraw • Doprawianie potraw solą • Doprawianie potraw cukrem

Rys. 7. Zachowania prozdrowotne i antyzdrowotne

Źródło: Badania własne.

Sesje coachingowe poruszały najczęściej tematy związane ze zmianą nawyków żywieniowych. Celem przede wszystkim było regularne spożywanie posiłków i ich planowanie pod względem kalorycznym, składu, makroelementów i pory spożywania. Sesje coachingowe pomogły uświadomić osobom chorym, że mają wpływ na poziom glukozy we krwi. W większości cele na proces coachingowy odnosiły się do wprowadzania nowego, prozdrowotnego nawyku, który w przyszłości miałby zastąpić obecny. Przełom następuje po drugiej sesji coachingowej i po zadaniu domowym, które charakteryzowało się większym stopniem trudności i dłuższym czasem wykonania. W trakcie trzeciej sesji najczęściej badani mieli poczucie zbliżania się do wyznaczonego przez siebie celu.

Badania, jako że miały charakter pilotażowy, można rozszerzyć. Na pewno jedną z ważniejszych zmian jest długość trwania i ilość sesji coachingowych. Proces powinien być zdecydowanie dłuższy, aby można było popracować nad

tworzeniem kilku nowych nawyków trwalszych w dłuższej perspektywie czasowej. Wiele z badań dotyczących coachingu medycznego skupiają się również na wskaźnikach medycznych, takich jak poziom glukozy we krwi, poziom hemoglobiny, ciśnienie tętnicze, waga ciała, wskaźnik BMI i stosunek obwodu tali do bioder. Ważne byłoby również rozszerzenie badań na inne jednostki chorobowe, takie jak cukrzyca typu II, cukrzyca ciążowa, czy choroby autoimmunologiczne. Ważne jest, aby były to jednostki chorobowe, w których istotne są zachowania zdrowotne związane z odżywianiem, aktywnością fizyczną i profilaktyką. Zdalny proces może mieć wpływ na zachowania zdrowotne osób ze zdiagnozowaną cukrzycą typu I [Krawniak, 2016, s. 58-90].

Działania związane z zastosowaniem sesji coachingowej wśród pacjentów mogą zmienić ich zachowania zdrowotne, a to może wpłynąć na mniejsze koszty ich leczenia. Koszty bezpośrednie cukrzycy (dane NFZ za 2013 r.) to 4 326 116 981 zł (około 6% całego budżetu NFZ), z czego połowa pokrywa koszty powikłań. Wyliczenia te nie obejmują jednak pośrednich kosztów związanych z nieobecnością pracownika, spadkiem jego produktywności lub nawet udzielaniem świadczeń rentowych. „Strategia Prewencji i Leczenia Cukrzycy w Polsce 2015-2025” wskazuje na takie działania, jak zmniejszenie problemu otyłości, edukacja zdrowotna, profilaktyka badań w celu szybszego wykrywania ryzyka cukrzycy. Jednym z elementów działania jest wsparcie i poradnictwo dietetyczne, do którego również można dołączyć metody i narzędzia coachingowe. Mają one na celu właściwe stosowanie się do zaleceń lekarskich, edukację związaną z wiedzą na temat żywności, sportu, farmakoterapii, a także podtrzymywaniem motywacji do stosowania się do tej wiedzy.

Badania pokazują, iż istnieje konieczność wprowadzenia zmian w nawykach żywieniowych, ponieważ brak wiedzy na temat diety w cukrzycy wpływa na brak poprawy w stanie zdrowia [www 1].

W działaniach związanych ze wsparciem i poradnictwem zawodowym innowacyjnym narzędziem może być więc coaching medyczny jako metoda, której podstawą jest osiąganie celów, budowanie świadomości i nawyków żywieniowych.

Podsumowanie

Spadek poziomu HbA1c, wzrost akceptacji choroby, zmiana nawyków żywieniowych (m.in. zwracanie uwagę na indeks glikemiczny potraw, rzadsze smażenie i doprawianie potraw solą) to ukazane w artykule korzyści z coachingu medycznego zastosowanego wśród osób chorych na cukrzycę. Coaching

w ochronie zdrowia coraz częściej zaczyna pojawiać się jako odpowiedź na problemy komunikacyjne pomiędzy personelem medycznym a pacjentami i warto byłoby tę innowacyjną metodę – z uwagi na przynoszone przez nią korzyści – doskonalić.

Literatura

- Bennewicz M. (2011), *Coaching i mentoring w praktyce*, G+J Gruner + Jahr Polska, Warszawa.
- Budzisz B. (2011), *Istota coachingu*, „Economy and Management”, nr 2.
- Deręgowska J. (2016), *Coaching jako wyraz otwartości na potrzebę rozwoju pacjenta chorego onkologicznie*, „Pielęgniarstwo Polskie”, nr 3(61).
- Härter M., Dwinger S., Seebauer L., Simon D., Herbarth L., Siegmund-Schultze E., Temmert D., Bermejo I., Dirmaier J. (2012), *Evaluation of Telephone Health Coaching of German Health Insurants with Chronic Conditions*, „Health Education Journal”, No. 72(5).
- Ilica D., Murphya K., Collins V., Holdena C. (2017), *Coaching to Support Men in Making Informed Choices about Prostate Cancer Screening: A Qualitative Study*, „Patient Education and Counseling” [in press].
- Krawniak S. (2016), *Wpływ sesji coachingowych na zmianę zachowań żywieniowych osób ze zdiagnozowaną cukrzycą*, Śląski Uniwersytet Medyczny – praca magisterska w Zakładzie Psychologii.
- Kukulska M. (2016), *Coaching jako innowacyjna metoda w zarządzaniu zasobami ludzkimi* [w:] A.A. Wadlewski, A. Modliński (red.), *Innowacyjne działania w obszarze zarządzania i marketingu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Kyriazakos S., Valentini V., Cesario A., Zachariae R. (2018), *FORECAST – A Cloud-based Personalized Intelligent Virtual Coaching Platform for the Well-being of Cancer Patients*, „Clinical and Translational Radiation Oncology”, No. 8.
- Lipscomb R. (2006), *Health Coaching: A New Opportunity for Dietetics Professionals*, „American Dietetic Association”, No. 106.
- Mijkoska U. (2012), *Diet coaching*, Samo sedno, Warszawa.
- Passmore J. (2012), *Coaching doskonały Przewodnik profesjonalny*, Muza, Warszawa.
- Sacco W., Morrison A., Malone J. (2004), *A Brief, Regular, Proactive Telephone “Coaching” Intervention for Diabetes Rationale, Description, and Preliminary Results*, „Journal of Diabetes and Its Complications”, No. 18.
- Starr J. (2005), *Coaching*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Thorpe S., Clifford J. (2011), *Podręcznik coachingu*, Rebis, Poznań.
- Wong-Rieger D., Rieger F. (2013), *Health Coaching in Diabetes: Empowering Patients to Self-Manage*, „Canadian Journal of Diabetes”, No. 37.
- Wujec B. (2012), *Geneza i definicja coachingu*, „Coaching Review”, nr 1/2012(4).

Zubrzycka-Nowak M., Rybczyńska K. (2013), *Coaching zdrowia*, GWP, Gdańsk.

[www 1] <http://cukrzyca.ippez.pl/cukrzyca2/wp-content/uploads/2017/08/Cukrzyca-2025.pdf> (dostęp: 30.06.2018).

COACHING FOR THE PATIENT – AN INNOVATIVE MANAGEMENT METHOD IN HEALTH CARE

Summary: More and more often in the English-language literature on the subject, you can find publications on coaching processes in health care. The presented research shows different ways of introducing coaching for the people with disease. Coaching is helpful in achieving health goals, identifying barriers, seeking solutions to health problems, discovering patients beliefs and strengths. Coaching can be directed to people suffering from various disease entities, while the literature focuses on cancer and diabetes. The research used on the group of people with diabetes is primarily a coaching session preceded by a questionnaire survey and the results of medical examinations are attached to them. In cancer, coaching focuses on mental, physical and emotional well-being. The aim of the study is to present research in which the research method used is the coaching experiment of people diagnosed with type I diabetes

Keywords: coaching, health care, innovation, chronic diseases, communication, management in health care.