COACHING JAKO WYRAZ OTWARTOŚCI NA POTRZEBĘ ROZWOJU PACJENTA CHOREGO ONKOLOGICZNIE

COACHING AS AN ANSWER TO THE NEEDS FOR DEVELOPMENT OF CANCER PATIENTS

Justyna Deręgowska

Katedra Pedagogiki
Collegium Da Vinci w Poznaniu

DOI: http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.42

STRESZCZENIE

Zagadnienie choroby nowotworowej ze względu na jej wielowymiarowość, uciążliwość leczenia oraz niepokojące prognozy dotyczące częstości jej występowania jest zagadnieniem, na które spogląda się obecnie nie tylko z perspektywy nauk medycznych, lecz także z perspektywy jednostkowej.
Choroba nowotworowa bowiem to wydarzenie krytyczne w życiu człowieka. Aby je przezwyciężyć, musi on podjąć nowe formy aktywności, wprowadzić wiele zmian w swoim życiu, musi podjąć działania dopasowujące go i dostosowujące do nowej sytuacji. Choć najczęściej cierpienie wywołane przez chorobę i uciążliwy proces leczenia wykracza jednak poza próg emocjonalnej odporności chorego, konsekwencją czego jest niebezpieczny dla jego życia kryzys psychologiczny, biografie indywidualne niektórych chorych pozwalają spojrzeć na chorobę nowotworową także z perspektywy wydarzenia o charakterze rozwojowym, jako na punkt zwrotny w życiu, czynnik inicjujący szczególną potrzebę zmiany i rozwoju. W tym obszarze coaching, jako element wsparcia i metoda pracy z chorym, której główną intencją jest rozwój i realizacja celów człowieka, może okazać się niezwykle skuteczny. Bowiem praca za pomocą metody coachingu z chorym na nowotwór wspomóc może podniesienie jakości jego życia i spowodować, że w efekcie stanie się on aktywnym uczestnikiem procesu własnego zdrowienia i własnego rozwoju osobistego.

SŁOWA KLUCZOWE: chory onkologicznie, jakość życia, rozwój, coaching.

ABSTRACT

Due to its multidimensionality, difficulty in treatment and worrying prognoses as well as the frequency of occurrence, cancer remains an issue which is currently viewed not only in the perspective of medical science, but from the point of view of how individuals perceive the disease.
Being diagnosed with cancer is a critical event in the life of an individual. In order to overcome it, new forms of activity must be taken up, many changes in the current lifestyle must be introduced in order to adjust and adapt the person to the new difficult situation. Despite the fact that suffering caused by the disease as well as the troublesome therapy and treatment reach far beyond the adaptive and emotional abilities of the patient, which causes a dangerous psychological crisis, there have been quite a few individual cases which allow us to approach cancer as a situation of development, as a turning point which can initiate the need for change and development. Coaching as an element of support and a method of working with the patient whose main intention is to develop them as a person and help them reach their personal goals might prove extremely effective in this area. Coaching a cancer patient might improve their life quality and turn the individual into an active participant of their own healing and personal development.

KEYWORDS: cancer patient, life quality, development, coaching.

Wstęp

Mimo ogromnego postępu medycyny choroby nowotworowe ciągle stanowią ogólnoświatowy, nierozwiązany problem. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podaje, że rocznie na świecie notuje się prawie 11 milionów nowych zachorowań na te choroby, a według przewidywań w roku 2020 ma być ich nawet o 50% więcej [1].

W Polsce na nowotwory złośliwe rocznie zapada 130 tys. osób. Rocznie też z ich powodu umiera 85 tys. Polaków. Są one drugą pod względem częstości występowania przyczyną zgonów w Polsce (pierwszą stanowią choroby układu sercowo-naczyniowego). Wyleczonych w Polsce zostaje średnio tylko 30% chorych. Dla porównania: w Stanach Zjednoczonych jest to ponad 60%, a w Europie Zachodniej – prawie 50%. Jak wskazują specjaliści, o takim stanie rzeczy decydują niższa niż na Zachodzie świadomość dotycząca tego, jak zapobiegać nowotworom, lekceważenie pierwszych objawów i zbyt późne zgłoszenie się do lekarza, a także brak skutecznych leków i terapii [2]. Co niepokojące, aż 80% przypadków nowotworów złośliwych w Polsce wykrywanych jest już w stadium zaawansowanym [3].

Ze względu na niepokojący wymiar zjawiska kwestię walki z chorobami nowotworowymi uznaje się obecnie

na polu medycyny za kwestię niezwykle ważną. Zagadnienie choroby nowotworowej jednak, biorąc pod uwagę jej charakterystykę, specyfikę jej leczenia i bio-psycho-społeczne, wymagające odpowiedniego wsparcia funkcjonowanie chorego, jest sprawą bardzo złożoną i wymaga spojrzenia także z innych niż medyczna perspektyw – wymaga podejścia interdyscyplinarnego.

Celem niniejszego opracowania jest wskazanie, jak istotne w kontekście podnoszenia jakości życia chorych na nowotwory jest wsparcie społeczne i jakie w świetle tego zastosowanie może mieć praca z nimi metodą coachingu. Pacjenci onkologiczni bowiem, mimo cierpienia, jakie niesie choroba, często chcą się rozwijać, realizować swoje plany, zamierzenia i cele. Coaching, którego główną intencją jest właśnie rozwój i realizacja celów człowieka, może okazać się w tym niezwykle skuteczny.

Choroba nowotworowa jako krytyczne wydarzenie w życiu człowieka – wielowymiarowość zjawiska

Chorobę nowotworową ze względu na jej specyfikę traktuje się obecnie jako chorobę przewlekłą. Stanowią o tym przede wszystkim długi czas jej trwania, stan zdrowia pacjenta wymagający regularnej kontroli, opieki i nadzoru, konieczność wyłączenia chorego z dotychczasowego rodzaju prowadzonej aktywności lub zmniejszenie stopnia jej intensywności, a także możliwość pojawienia się niepełnosprawności spowodowanej zmianami patologicznymi w organizmie [4].

Chorobę nowotworową uznaje się też za wydarzenie krytyczne w życiu człowieka. Jest to bowiem sytuacja trudna i nieprzewidywalna, o charakterze przełomowym, której nagłe wystąpienie powoduje wytrącenie człowieka z jego normalnego funkcjonowania i zmianę dotychczasowego trybu jego życia. Choroba ta stwarza zagrożenie nie tylko dla zdrowia, ale i dla życia człowieka. Przyczynia się do zmiany ról społecznych pełnionych przez niego, inicjuje lęk i stres psychologiczny, a w skrajnych przypadkach – również reakcje patologiczne. Konsekwencje zmagania się z chorobą zawsze mają odzwierciedlenie w funkcjonowaniu biologicznym organizmu chorego, w jego funkcjonowaniu społecznym, a także w wewnętrznych jego przeżyciach, procesach poznawczych i reakcjach emocjonalnych. Zarówno sama choroba, jak i długotrwała, skomplikowana terapia onkologiczna naruszają dotychczasową równowagę chorego z samym sobą i otoczeniem. Powodują, że „ciąg jego życia zostaje przerwany, a w obliczu nowej sytuacji najczęściej nie wie on, jak się do niej ustosunkować, jakie podjąć formy aktywności, aby sobie z nią poradzić i aby ją przezwyciężyć" [5]*.

Jak wynika z badań, reakcje człowieka dorosłego na pojawiającą się w jego życiu chorobę stanowią zazwyczaj charakterystyczny cykl składający się z kilku etapów, od tzw. szoku, poprzez rozpacz, pomniejszanie wpływu choroby na życie, zwątpienie w siebie, akceptację przyszłości, dokonywanie prób nowych sposobów działania i poszukiwanie sensu zdarzenia, aż do tzw. integracji [6].

W pierwszym etapie następuje ujawnienie zdarzenia w życiu człowieka – przekazana mu zostaje niepomyślna diagnoza. Najczęściej u chorego pojawiają się wtedy charakterystyczne reakcje zaprzeczania i niedowierzanie, przy czym stan ten wywołany jest przede wszystkim nagłością zdarzenia i uświadomieniem sobie negatywnego wpływu choroby na dalsze życie. W etapie drugim u chorego pojawia się rozpacz, po czym najczęściej zaczyna on poddawać sytuację choroby ocenie wtórnej i usiłuje doszukać się mniejszego, niż przewidywał, jej wpływu na swoje dalsze życie. Następnie charakterystyczne u chorego staje się zwątpienie w siebie, zwane również fazą depresji, które objawia się smutkiem, niepokojem, gniewem lub apatią. W kolejnym etapie chory uwalnia się zwykle od swojej przeszłości, co pozwala na akceptację przyszłości i zmian, jakie muszą nastąpić w jego życiu, przy czym podkreśla się, że jest to okres przewartościowania ważnych dla chorego spraw. W etapie piątym zazwyczaj zaczyna on już eksperymentować z dokonywaniem innych niż dotychczasowe wyborów i kształtuje swą nową tożsamość. Charakterystyczna dla tego etapu jest zmiana nastroju u chorego na bardziej optymistyczny, najczęściej też zaczyna być aktywny poznawczo, poszukuje znaczenia choroby w swoim życiu. Ostatni etap stanowi tzw. integrację, czyli wbudowanie całego procesu zmian, jakie z powodu choroby zaszły w życiu człowieka, w dalsze jego funkcjonowanie.

Mając na względzie powyższe, dodać należy, iż charakterystyczne etapy radzenia sobie z sytuacją choroby występują u większości pacjentów, jednak czas ich trwania oraz kolejność występowania mogą być różne, co uwarunkowane jest indywidualnymi cechami chorego, jego wewnętrznymi i zewnętrznymi zasobami oraz

* Zgodnie z podejściem systemowym, dotyczącym związku między chorobą członka rodziny a sytuacją całego systemu rodzinnego, chorobę nowotworową traktuje się jako doświadczenie egzystencjalne o szczególnym znaczeniu nie tylko dla samego chorego, ale również dla całej jego rodziny. Między rodziną a chorobą zachodzą wzajemne relacje. Rodzina bowiem wywiera wpływ na radzenie sobie z chorobą, a to zwrotnie wpływa na funkcjonowanie systemu rodzinnego. Choroba najczęściej wyznacza zmianę sytuacji, w jakiej funkcjonowała dotychczas cała rodzina. Dochodzi do przeformowania jej charakterystyki wewnętrznej, a modyfikacje zachodzące w strukturze rodzinnej powodują napięcie emocjonalne i zachwianie równowagi rodziny.

szeroko pojętym wsparciem, które jest mu udzielane. Co ważne, zawsze też odpowiedzią na wydarzenie krytyczne – chorobę – jest silny stres. Spowodowany jest on przede wszystkim świadomością powagi sytuacji i utraty kontroli nad własnym życiem, a także poczuciem bezradności oraz koniecznością podporządkowania się rygorystycznej terapii. Co więcej, u pacjenta onkologicznego stres związany jest też z lękiem. Na każdym etapie leczenia nowotworu bowiem, jak też po zakończeniu leczenia, pojawić się może nawrót choroby czy mogą zostać zlokalizowane nowe ogniska w postaci przerzutów nowotworowych. Poza tym sam sposób postrzegania przez człowieka zdarzenia krytycznego i wiążące się z tym nasilenie stresu, a także okres, który upływa, zanim poradzi on sobie z tym wydarzeniem, zależą od wcześniejszych jego doświadczeń w radzeniu sobie z trudnościami. Zwykle jednak okres przystosowania się do nowej, wyznaczonej chorobą sytuacji wynosi od 4 do 6 tygodni [6].

Sytuacja chorego onkologicznie zawsze wymaga wprowadzenia wielu zmian w jego życiu. Musi on przewartościować swoje dotychczasowe schematy ewaluacyjne, musi dokonać restrukturyzacji swojego obrazu świata, a także zbudować nowy układ równowagi pomiędzy własną osobą a światem zewnętrznym. Chory musi więc podjąć działania dopasowujące i dostosowujące go do nowej sytuacji [7].

Podkreślić należy, iż decydujące dla osiągnięcia przystosowania do sytuacji choroby na każdym etapie jej leczenia jest szeroko rozumiane radzenie sobie, przez Lazarusa i Folkman [8] określane jako: „stale zmieniające się poznawcze i behawioralne, celowe wysiłki, mające na celu opanowanie zewnętrznych i wewnętrznych wymagań ocenianych przez osobę jako obniżające lub przekraczające jej zasoby", przy wskazaniu, iż radzenie sobie to konstelacja wielu czynności i myśli, determinowana przez sytuację, warunki, ograniczenia i czynniki osobowościowe chorego. Co istotne, ważny udział w radzeniu sobie z krytycznym wydarzeniem – chorobą nowotworową – mają moderatory stresu, do których zalicza się: zasoby osobiste o charakterze kompetencji zaradczych, zażyłość społeczną, posiadanie bliskich oraz oddanych przyjaciół, a także odpowiednie do potrzeb chorego wsparcie społeczne [9].

Konsekwencją natomiast nieradzenia sobie z sytuacją wyznaczoną chorobą może być pojawienie się kryzysu psychologicznego u chorego, przy czym niebezpieczeństwo to ujawnia się szczególnie wtedy, gdy rokowania są złe lub niejednoznaczne, a także wtedy, gdy następuje wyczerpanie się jego indywidualnych i środowiskowych zasobów.

Kryzys psychologiczny związany jest z indywidualnie ważnymi dla chorego wartościami, dążeniami i celami, przez co staje się zagrożeniem dla integralności osoby i jej tożsamości. Kryzys ten jest przejściowym stanem zaburzeń równowagi psychicznej, „ostrym rozstrojem emocjonalnym wpływającym na zdolność emocjonalnego, poznawczego i behawioralnego posługiwania się dotychczas stosowanymi sposobami rozwiązywania problemów, przy czym przy braku interwencji istnieje duże prawdopodobieństwo, że osoba będąca w kryzysie zastosuje negatywne rozwiązania z postępującą dezintegracją i patologizacją zachowania oraz z zagrożeniem własnego życia" [10]. Przejawia się w płaszczyznach: emocjonalnej (wstrząs emocjonalny, poczucie straty, pustki, winy i krzywdy, złość, bezradność i beznadziejność), biofizjologicznej (dezintegracja procesów fizjologicznych prowadząca do objawów somatycznych i fizjologicznych), poznawczej (upośledzenie i załamanie się zwykłej zdolności rozwiązywania problemów i podejmowania decyzji) i zachowania (niezdolność do pełnienia zwykłych funkcji życiowych, niemożność opanowania emocji) [10].

Warto też wskazać, że choć głównym uwarunkowaniem kryzysu psychologicznego jest wydarzenie krytyczne, to o jego rozwoju w dużej mierze decyduje charakterystyka subiektywnej interpretacji wydarzenia krytycznego przez konkretną jednostkę – to, jakie ono miało znaczenie dla niej i dla jej życia, a także samo przeżywanie wydarzenia, które może przekraczać jej możliwości i zdolności radzenia sobie [11].

Reasumując, podkreślić należy, że na podstawie tez psychologii biegu życia, założenia o ciągłości ludzkiej biografii i dynamicznego interakcjonizmu przyjmuje się, iż krytyczne wydarzenie może prowadzić do pojawienia się niebezpiecznego dla funkcjonowania jednostki kryzysu psychologicznego. Jednak, co niezwykle istotne, jednostka, próbując sprostać wyzwaniom tego wydarzenia, może też osiągnąć istotną dla jej funkcjonowania integrację wewnętrzną. Wydarzenie krytyczne bowiem, dając jej szansę wykorzystania różnorodnego repertuaru zachowań, tworzy dla niej możliwości rozwojowe, przez co procesy zarówno społeczne, jak i biograficzne traktowane są także jako czynniki determinujące rozwój jednostki. Mogą one powodować pojawienie się u niej nowych cech, które wpływać będą na jej rozwój oraz osobowościową i społeczną harmonizację jej funkcjonowania [12, 13].

Chory onkologicznie w sieci wsparcia społecznego

Analizując sytuację osoby zmagającej się z nowotworem, wskazać należy, jak ważne w kontekście jakości jej życia i radzenia sobie z tą ciężką sytuacją jest wsparcie społeczne.

Otóż obecnie nie ma ogólnie przyjętej definicji wsparcia społecznego. Najczęściej jest ono definiowa-

ne przez określenia tzw. operacyjne lub omnibusowe, gdzie uznaje się je za „pomoc dostępną dla jednostki w sytuacjach trudnych" lub „konsekwencję przynależności do sieci społecznych" [9], gdzie „wsparcie stanowią informacje skłaniające ją do wiary, że podlega opiece, jest szanowana oraz jest członkiem sieci komunikacji i wzajemnych zobowiązań" [14]. Kładąc nacisk na behawioralny lub procesualny charakter wsparcia, określa się je jako „zachowanie pomocne" [9] lub „zaspokojenie potrzeb w trudnych sytuacjach, gwarantowane przez osoby znaczące i grupy odniesienia" [15].

Wsparcie może być rozumiane jakościowo jako „poczucie zaspokojenia potrzeb społecznych podmiotu przez interakcje z osobami znaczącymi – uczucie przynależności, bezpieczeństwa i aprobaty" [16] lub ilościowo, w rozumieniu liczby osób w otoczeniu społecznym podmiotu, przy czym przyjmuje się, że ma ono służyć dobru innych, w związku z czym ma wartość dodatnią.

Teoretyczne analizy wsparcia społecznego wyróżniają dwie jego perspektywy, a mianowicie perspektywę strukturalną i funkcjonalną.

W pierwszej jest ono definiowane jako „obiektywne istniejące i dostępne sieci społeczne, które wyróżniają się od innych sieci tym, że poprzez fakt istnienia więzi, kontaktów społecznych, przynależności, pełnią funkcję pomocną wobec osób znajdujących się w trudnej sytuacji" [9]. Perspektywa funkcjonalna skupia się z kolei na interakcyjnym charakterze wsparcia i kładzie nacisk na jakość relacji społecznych, przy czym chodzi głównie o jakość psychologicznych i materialnych zasobów dostarczanych jednostce w wyniku jej interakcji z innymi [17].

W zależności od tego, co w toku interakcji wspierającej jest treścią wymiany społecznej, Sęk [9] wyróżnia wsparcie: emocjonalne, informacyjne, instrumentalne, rzeczowe, duchowe. Może ono przybierać postać indywidualną bądź zbiorową, profesjonalną bądź nieprofesjonalną.

Teoretyczne koncepcje funkcjonowania wsparcia społecznego wiążą się też z hipotezami efektu głównego i działania buforowego. Pierwsze z wymienionych koncepcji wskazują, że „wsparcie pełni rolę korzystną dla zdrowia i dobrostanu, gdyż niezależnie od stresu daje człowiekowi poczucie przynależności, które działa wzmacniająco" [18]. Hipoteza buforowa natomiast wskazuje, że w sytuacji silnego stresu istnienie i spostrzeganie wsparcia społecznego działa jak bufor wobec zagrożenia patologią [18].

Nawiązując do poruszonego w opracowaniu problemu, warto wskazać, iż wsparcie społeczne funkcjonuje niezależnie od wystąpienia krytycznego wydarzenia życiowego czy kryzysu, ale zapotrzebowanie na nie wzrasta gwałtownie w sytuacjach trudnych i odgrywa wtedy ono dużą rolę [19]. Uznaje się bowiem, o czym była już mowa wcześniej, że indywidualne reakcje jednostki w sytuacji wydarzenia krytycznego zależą nie tylko od natężenia stresu i aktualnej siły człowieka, ale też od oparcia emocjonalnego i możliwości pomocy ze strony struktury społecznej [20]. Wsparcie społeczne może działać na człowieka przeżywającego krytyczne wydarzenie życiowe ochraniająco, neutralizująco, wspomagająco w ramach procesu zdrowienia oraz w sposób zaradczy [14]. Jest więc czynnikiem zaliczanym do tzw. zasobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Co ważne, podstawowymi warunkami efektywności wsparcia jest adekwatny do potrzeb jednostki jego poziom i jakość. O jego skuteczności decyduje też uruchomienie wewnętrznych zasobów człowieka do radzenia sobie w sytuacji trudnej [19]. Zbyt silne wsparcie może obciążać jednostkę, może być powodem zmniejszania jej poczucia kompetencji do samodzielnego radzenia sobie z problemami, a nawet może prowadzić do zniesienia poczucia odpowiedzialności za ich rozwiązywanie. Co więcej, może być też powodem uzależnienia od pomocy [18].

Reasumując, chorzy zmagający się z chorobami nowotworowymi i ich bliscy to osoby wymagające wieloobszarowego, fachowego i odpowiedniego do potrzeb wsparcia, w tym wsparcia o charakterze informacyjnym, materialnym, emocjonalnym, instrumentalnym i duchowym. Uważa się też, że wsparcia potrzebującym powinny dostarczać w pierwszej kolejności naturalne grupy odniesienia. Nie mniej ważne jednak w kontekście charakterystyki choroby nowotworowej i jej leczenia jest wsparcie profesjonalne.

Niestety, jak wynika z badań, także badań własnych, pomimo istnienia w naszym kraju systemu wsparcia społecznego w postaci organizacji rządowych i samorządowych, uzyskanie pomocy przez chorych onkologicznie bywa niezmiernie trudne [21–23], szczególnie jeśli chodzi o fachową pomoc psychologiczną. O ile bowiem podczas leczenia szpitalnego pacjenci onkologiczni mają zwykle dostęp do takiej pomocy (bezpłatnej), o tyle w czasie leczenia ambulatoryjnego dostęp ten staje się niezwykle utrudniony, przez co jakość ich życia spada.

Psychoonkologia i jej rola w opiece nad pacjentem chorym onkologicznie i jego rodziną

Profesjonalną pomocą psychologiczną kierowaną do onkologicznie chorych i ich bliskich zajmują się obecnie specjalnie przygotowani do tego psychologowie, coraz częściej też psychoonkolodzy.

Sama psychoonkologia jako interdyscyplinarna dziedzina medycyny zajmuje się psychologicznymi aspektami choroby nowotworowej. Jej rozwój w krajach europejskich przypada na lata 80. XX wieku, a zainte-

resowania oscylują wokół specjalistycznych szkoleń, nauki i prowadzenia badań. Podstawowym przyjętym w psychoonkologii kryterium jest jakość życia, przez co głównym jej celem jest poprawa opieki psychosocjalnej nad pacjentem onkologicznym. Psychoonkologia skupia się więc przede wszystkim na obciążeniach psychospołecznych chorego onkologicznie oraz na subiektywnych i obiektywnych, psychosomatycznych i psychoterapeutycznych jego potrzebach w okresie leczenia i rehabilitacji, przez co działania samych psychoonkologów ukierunkowane są na usuwanie i łagodzenie psychologicznych konsekwencji choroby nowotworowej i jej leczenia zarówno u pacjenta, jak i jego bliskich. Najczęściej są to działania doradcze i interwencyjne zorientowane na teraźniejszość i niedaleką przyszłość, przy czym od niedawna w ramy psychoonkologii włączone zostały także metody terapii ze wskazaniem na aspekt radzenia sobie ze stresem [24].

Mając na względzie metody pracy o charakterystyce doradztwa i interwencji z pacjentem onkologicznym, należy wskazać, iż przede wszystkim pomagają one choremu w odreagowaniu emocji, w związku z czym przydatne są w łagodzeniu jego cierpienia oraz w skonfrontowaniu go z rzeczywistością. Służyć ma to przede wszystkim przeciwdziałaniu tendencjom do zaprzeczania i zniekształcania, „uporządkowaniu" wraz z pacjentem jego sytuacji, sformułowaniu najważniejszego w tym momencie dla chorego problemu, a także dokonaniu oceny jego dotychczasowych sposobów radzenia sobie i stworzeniu planu pomocy [25]. Co ważne, działania te, jeśli istnieje taka potrzeba, są działaniami dyrektywnymi, podejmowane są też tak szybko, jak to możliwe i z dużą intensywnością.

Warto podkreślić, że sama interwencja jako złożona działalność przebiegająca na płaszczyznach psychologicznej, medycznej i środowiskowej ma charakter *stricte* praktyczny. W sytuacji pracy z pacjentem onkologicznym bowiem, szczególnie gdy zostaje ona podjęta tuż po diagnozie, w trakcie leczenia szpitalnego bądź gdy pacjent jest objęty opieką paliatywną, najbardziej wartościowe dla chorego są właśnie konkretne działania [25].

Tak więc interwencja kierowana do chorego onkologicznie, podejmowana najczęściej przez psychoonkologa, jest działaniem kompleksowym, intensywnym, ale też ograniczonym w czasie. Do pewnego stopnia pomaga przywrócić mocno zakłóconą równowagę psychiczną chorego i sprzyja jego samodzielnemu radzeniu sobie z zaistniałą sytuacją. Na tle długoterminowego procesu zmagania się z chorobą i jej konsekwencjami może ona przeciwdziałać trwałym negatywnym ich następstwom. Co warte podkreślenia, najczęściej poprzedza też dalsze i głębsze oddziaływania psychologiczne i dlatego traktuje się ją jako istotny rodzaj pomocy psychologicznej [26, 27].

Metoda coachingu w pracy z pacjentem onkologicznym

Choć świat życia chorego onkologicznie jest niepowtarzalny i zawsze też interpretowany w sposób indywidualny, przez pryzmat jego własnych doświadczeń i emocji, to sama choroba nowotworowa powszechnie traktowana jest jako wydarzenie krytyczne w życiu człowieka i najczęściej rozpatruje się ją jako zdarzenie stwarzające ryzyko zaburzeń, jako czynnik prowadzący do kryzysu.

Rzeczywiście, dla wielu chorych przebieg choroby nowotworowej i proces jej leczenia wykraczają poza próg ich emocjonalnej odporności, co prowadzi do poważnego w konsekwencjach kryzysu psychologicznego. Niemniej jednak biografie indywidualne niektórych chorych pozwalają spojrzeć na nią także z perspektywy wydarzenia o charakterze rozwojowym (np. działalność „Amazonek" czy osób zakładających fundacje na rzecz chorych onkologicznie). Choroba nowotworowa, jako punkt zwrotny w życiu tych osób, stała się czynnikiem inicjującym chęć i potrzebę rozwoju, a więc procesu wzrostu i uczenia się, zdobywania wiedzy, umiejętności i zachowań, a także modyfikowania tego, czym dysponowały.

Nie zawsze jednak, na co trzeba zwrócić uwagę, osoby, które mają potrzebę rozwoju, samodzielnie potrafią dążyć do realizacji swych celów. Wiele z nich, w tym także wielu chorych nowotworowo, potrzebuje w tym odpowiedniego wsparcia, które może im dać praca metodą coachingu.

Coaching jako metoda pracy służąca rozwojowi i realizacji celów wyłonił się w latach 60. XX wieku ze sportu. W kolejnym 20-leciu znalazł swoje zastosowanie w świecie biznesu, aby potem bardzo szybko ulec zróżnicowaniu, upowszechnieniu i stać się popularną metodą rozwoju osobistego. Obecnie istnieje wiele odmian coachingu, które czerpią wpływy z różnych dziedzin, w tym także z doradztwa i psychologii.

Nie ma jednej obowiązującej definicji coachingu, istnieje natomiast wiele sposobów jego rozumienia. Dla przykładu Wilczyńska i wsp. [28] przedstawiają coaching jako „proces wzmacniający indywidualny, stały i kompleksowy rozwój kompetencji człowieka" i wskazują, że „inspiruje on i pomaga budować wartościowe postawy, rozwijać nowe strategie zachowań oraz osiągać zamierzone cele i rezultaty, sprawiając jednocześnie, że osoba lepiej wykorzystuje swoje umiejętności i naturalne zdolności, staje się bardziej kreatywna i zyskuje większą motywację". McAdam [29] z kolei coaching określa jako „proces, w którym coach pracując z klientem, używa umiejętności słuchania i zadawania pytań w taki sposób, aby umożliwić mu wymyślenie rozwiązań jego problemów". Dla Granta [30] coaching to „współpracujący, zin-

dywidualizowany, ukierunkowany na cel i zorientowany na rezultaty proces ułatwiający zmianę poprzez wspieranie samoukierunkowanego uczenia się i osobistego rozwoju opierającego się na dowodach i przez włączenie etycznej praktyki". Thorpe i Clifford [31] wskazują, że dotyczy on rozwoju i wykraczania ponad poziom, na jakim się człowiek obecnie znajduje, podkreślając, że jest to „pomoc danej osobie we wzmacnianiu i udoskonalaniu działania poprzez refleksję nad tym, jak stosuje konkretną umiejętność i/lub wiedzę". Sednem coachingu natomiast, jak podaje Clutterbuck [32], jest rozmowa, „dialog, który odbywa się między coachem a klientem, w kontekście jasno określonych celów, przy czym jest to rozmowa, dzięki której w krytycznych momentach można spojrzeć na problem z różnych perspektyw i rozważyć rozmaite strategie działania".

Choć sposoby definiowania coachingu oscylują od wskazań, iż jest to zbiór określonych technik i narzędzi, aż po rozbudowane teorie, w których przedstawiony jest on jako koncepcja filozoficzna, całościowa wizja myślenia i działania [33], obecnie najczęściej podkreśla się, że jest to jeden ze sposobów realizowania potrzeby rozwojowej człowieka, jedna z metod, którą można wykorzystywać do wspierania zmiany. Dodatkowo wskazuje się, że jako specyficzny interaktywny proces i działanie skoncentrowane na osobie, skupiające się na pomocy w wykorzystaniu jej potencjału, coaching ma silne bezpośrednie oddziaływanie na jej motywację i funkcjonowanie. Dzięki niemu bowiem możliwe staje się przeformułowanie problemu na cel, a przez to też łatwiejsza staje się optymalizacja działań danej osoby. Efektywniej też może ona korzystać ze swoich zasobów.

Mając na względzie powyższe, podstawowe korzyści, jakie chory może uzyskać z coachingu na poziomie indywidualnym, to przede wszystkim poprawa samoświadomości i autorefleksji, lepsza motywacja i zaangażowanie w określone działania, rozwój osobisty, poprawa jakości życia, w tym też poprawa w sferze relacji międzyludzkich (np. z rodziną), a także uzyskanie wiedzy na temat swoich indywidualnych potrzeb i umiejętności wykorzystywania swojego potencjału w sposób efektywny. Nie bez znaczenia mogą być też wewnętrzna radość i optymizm, odwaga i motywacja, niezbędne do realizowania marzeń oraz umiejętność wyciągania wniosków i dobrych rozwiązań w konkretnej sytuacji.

Podstawowym zadaniem coacha natomiast jest pomoc choremu w omijaniu jego własnych barier i ograniczeń, które stoją na drodze do wyznaczonego celu. Co istotne, podczas coachingu następuje koncentracja na rozwiązaniu, a nie na poszukiwaniu przyczyn problemów. Promuje się też rozwój nowych strategii myślenia i działania.

W coachingu z chorym onkologicznie stosować można formy pracy indywidualnej, grupowej i zespołowej. Wykorzystywane mogą być też wszystkie dostępne narzędzia coachingowe, w tym narzędzia badania potrzeb rozwojowych (np. formularze informacji opisowych i skali zmian, kwestionariusze odpowiedzi zogniskowanych i indywidualnych strategii działania, diagram autoanalizy), narzędzia organizacji procesu (np. model GROW, model CARE, krzywa Fishera), narzędzia budowania relacji (np. kontrakty indywidualne, werbalne sposoby słuchania, czarno-biała lista zachowań), narzędzia tworzenia wizji i wyznaczania celów (np. karta SMART, piramida poziomów logicznych, linie czasu, koło rozwojowe), narzędzia pracy z motywacją i wartościami (np. karty przekonań i wartości oraz odkrywania motywacji, piramida motywacji), narzędzia twórczego myślenia (np. trzy role Walta Disneya, twórcza wizualizacja siebie, skrzynka morfologiczna), narzędzia refleksji (np. okno Johari, perspektywa 3D, mapa sytuacyjna), narzędzia przełamywania impasu (np. wewnętrzny krytyk, plan realisty, barometr relacji), narzędzia ewaluacji procesu (np. dziennik rejsu, formularz zewnętrznej informacji zwrotnej, diagram przemiany), a także inne narzędzia do stosowania w dowolnym momencie procesu i sytuacji (np. fundamenty domu, karty czasu, szkatułka zdrowia) [34]. Przy różnorodności i wielowymiarowości stosowanych w coachingu narzędzi każde jest bogate poznawczo i emocjonalnie.

Na szczególną uwagę w kontekście coachingu zespołowego chorych onkologicznie zasługuje stosowana przez wielu już psychoonkologów metoda Action Learning, której twórcą jest prof. Reginald Revans. Jest to metoda, która służyć ma rozwiązywaniu różnych problemów chorych, doskonaleniu ich umiejętności, planowaniu działań i ich modyfikacji oraz rozwijaniu kompetencji z określonego obszaru. Zapraszanych do pracy w zespole jest kilku pacjentów (od pięciu do ośmiu). Spotkania stałych zespołów organizowane są w równych odstępach czasowych (np. raz w miesiącu), w zależności od potrzeb uczestników, przy czym zespołowi zawsze towarzyszy moderator (zwykle psychoonkolog lub coach), który dba o przebieg procesu. Podczas każdego spotkania wszyscy uczestnicy mają możliwość przeanalizowania swojego zachowania i swojego indywidualnego problemu. Ich analiza dokonywana jest na forum zespołu, co prowadzi do wyłonienia się wiedzy wspomagającej poprawę umiejętności uczestników, poprawy jakości ich przyszłych zachowań i rozwiązania problemów, słowem – do poprawy jakości ich życia.

Warto wskazać, iż w pracy zespołowej metodą Action Learning obowiązują określone zasady. Po pierwsze członkowie zespołu (chorzy onkologicznie) pracują nad problemami realnymi i każdy ma pra-

wo do przedstawienia swojego własnego stanowiska wobec omawianych problemów. Po drugie uczestnicy zobowiązani są do wdrażania przyjętych podczas pracy zespołowej zobowiązań i każdy też jest odpowiedzialny za samodzielne realizowanie swoich wyzwań. Po trzecie podczas pracy zespołowej wszyscy uczestnicy są aktywni, co wpływa m.in. na atmosferę bezpieczeństwa i jest wyrazem zaufania w zespole [35].

W przypadku pracy z chorymi onkologicznie na pracę metodą Action Learning warto zwrócić uwagę szczególną, ponieważ z racji tego, że zespół tworzą osoby zmagające się podobnymi problemami, już sama tylko wymiana doświadczeń w zespole stwarza możliwości rozwoju osobistego każdego z uczestników. Ponadto pracę przy wykorzystaniu tej metody traktować można nie tylko jako pracę nad rozwojem i zmianą, lecz także jako swoistą grupę wsparcia. Co ważne, z dużym powodzeniem metoda ta może być też stosowana w pracy z personelem leczącym i opiekującym się pacjentami onkologicznymi.

Na zakończenie dodać należy, że choć zmiana i rozwój w życiu człowieka są czymś powszechnym, a podstawowe wartości i przekonania towarzyszące pracy coachingowej dotyczą tego, że każdy człowiek może się rozwijać pod warunkiem, że tego chce i jest na to gotowy, to podkreślić należy, że często proces zmiany może być trudny, stresujący lub nawet bolesny. Do pracy nad zmianą osoba powinna więc przystępować w sposób świadomy, przy czym nie mniej ważny jest też jej stan psychiczny. Kwestia ta w szczególności dotyczy chorych onkologicznie. Nie każdy bowiem, zmagając się z tak ciężką chorobą, gotowy jest do pracy nad realizacją swoich celów i zmianą. Nie każdy też etap choroby jest odpowiednim okresem do podjęcia pracy metodą coachingu.

Pamiętać należy, że o tym, kiedy i czy w ogóle zaistnieje możliwość wykorzystania tej metody, zawsze będzie decydował sam chory, choć nie bez znaczenia w tej kwestii są także odpowiednia wiedza, umiejętności, kompetencje, intuicja, wnikliwość i wrażliwości specjalisty – osoby wspierającej chorego.

Podsumowanie

Pojawienie się choroby nowotworowej w życiu człowieka wywołuje zakłócenia w dotychczasowym schemacie jego życia i życia jego najbliższych. Zwykle po szoku, jakiego doznaje on w momencie przekazania mu niepomyślnej diagnozy, uruchamiać zaczyna różne mechanizmy radzenia sobie. Ponieważ jednak istnieje duża zależność zdolności do radzenia sobie z sytuacją choroby od oparcia emocjonalnego i możliwości uzyskania pomocy w relacjach społecznych, powinno być mu dostarczone adekwatne do jego potrzeb wsparcie społeczne. Zawsze też powinno ono być uwarunkowane cechami złożonej sytuacji, w jakiej znajduje się chory, a mianowicie: przebiegiem i etapem choroby, aktualnym miejscem leczenia chorego, jego psychofizycznym stanem, wiekiem, a także czynnikami osobowościowymi i aktualnymi warunkami ekonomicznymi.

Obok wielu zróżnicowanych metod, form i rodzajów wsparcia pacjenta zmagającego się z chorobą nowotworową proponuje się wykorzystywanie metody coachingu. Metoda ta, prowadzona zarówno indywidualnie, jak i zespołowo, wspierać może chorego w zdobywaniu wiedzy i umiejętności niezbędnych do nabywania pewności siebie, tak aby w efekcie stał się on aktywnym uczestnikiem procesu własnego zdrowienia i rozwoju. Pomagać mu może w drodze do osiągnięcia pełni dobrostanu i poprawy jakości życia.

Podjęcie pracy z chorym na nowotwór z wykorzystaniem metody coachingu traktować można jako odpowiedź na potrzebę rozwoju pacjenta. Ważne jest jednak, aby praca ta zawsze opierała się na zrozumieniu wzajemnych związków między biologicznym, psychicznym i społecznym funkcjonowaniem chorego, a także na zrozumieniu istoty choroby nowotworowej i niebezpieczeństw, jakie ona za sobą niesie.

Piśmiennictwo

1. Walewska E, Ścisło L. Wspomaganie walki z bólem nowotworowym. Prz Urol. 2006; 7/5 (39).
2. Wojcieszek A, Lorenc A. Możesz wygrać z rakiem. Skoczów: HIZOP; 2003.
3. Kowalczyk JR. Onkologia dziecięca w Polsce – osiągnięcia i wyzwania, http://www.brpd.gov.pl/szczyt/prof.j.kowalczyk.htm (data dostępu: 15.10.2015).
4. Antoszewska B. Dziecko z chorobą nowotworową – problemy psychopedagogiczne. Kraków: Impuls; 2006.
5. Teusz G. Młodzież studencka wobec krytycznych wydarzeń życiowych. W: Piorunek M (red.). Młodzież w świecie współczesnym. Poznań: Rys; 2004. 171.
6. Adamczak M. Krytyczne zdarzenia życiowe a radzenie sobie z nimi. W: Waligóra B (red.). Elementy psychologii klinicznej. Poznań: Wyd. UAM; 1985.
7. Sęk H. Wybrane zagadnienia psychoprofilaktyki. W: Sęk H (red.). Społeczna psychologia kliniczna. Warszawa: PWN; 1993.
8. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984. 19.
9. Sęk H. Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu. W: Kubacka-Jasiecka D, Lipowska-Teutsch A (red.). Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej. Kraków: Wyd. ALL; 1997.
10. Sęk H (red.). Wypalenie zawodowe – przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. Warszawa: PWN; 2000. 149.
11. Sęk H. Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu. W: Kubacka-Jasiecka D, Ostrowski TM (red.). Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby. Kraków: Wyd. UJ; 2005.
12. Brzezińska A. Społeczna psychologia rozwoju. Warszawa: Scholar; 2000.
13. Piorunek M. Stres w biografii człowieka. W: Głowacka MD (red.). Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe. Poznań: Wolumin; 2000.

14. Pommersbach J. Wsparcie społeczne a choroba. Prz Psychol. 1988; 31; 503–525.
15. Kubacka-Jasiecka D. Kryzys emocjonalny i interwencja kryzysowa – spojrzenie z perspektywy zagrożenia Ja i poczucia tożsamości. W: Kubacka-Jasiecka D, Ostrowski T (red.). Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby. Kraków: Wyd. UJ; 2005. 93.
16. Pommersbach J. Wzór zachowania „A" a wsparcie społeczne i gotowość do korzystania z pomocy. Prz Psychol. 1990; 2; 353.
17. Sęk H, Cieślak R. Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: Sęk H, Cieślak R (red.). Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Warszawa: PWN; 2006.
18. Sęk H. O wieloznacznych funkcjach wsparcia społecznego. W: Cierpiałkowska L, Sęk H (red.). Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia. Poznań: Wyd. Fundacji Humaniora; 2001.
19. Kawula S. Wprowadzenie. W: Kantowicz E (red.). Wsparcie społeczne w różnych układach ludzkiego życia. Olsztyn: GLOB; 1997.
20. Wysocka-Pleczyk M. Psychologiczna problematyka grup samopomocy na przykładzie klubów „Amazonek". W: Kubacka-Jasiecka D, Lipowska-Teutsch A (red.). Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej. Kraków: Wyd. UJ; 1997.
21. Tojza A. Opieka i wsparcie udzielane dziecku z chorobą nowotworową. W: Marzec-Holka K (red.). Pomoc społeczna, praca socjalna. Bydgoszcz: Wyd. Akademii Bydgoskiej; 2003.
22. Deręgowska J. Dziecko z chorobą nowotworową w rodzinie. Diagnoza. Wsparcie. Poznań: WSNHiD; 2010.
23. Deręgowska J. Kobieta z chorobą nowotworową piersi w sieci wsparcia społecznego. Kontekst jakościowy. Now Lek. 2012; 3.
24. Dorfmuller M. O historii i rozwoju psychoonkologii. W: Dorfmuller D, Dietzfelbinger H (red.). Psychoonkologia. Diagnostyka. Metody terapeutyczne. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2011.
25. Badura-Madej W. Problematyka utraty, osierocenia i żałoby w praktyce interwencji kryzysowej. W: Badura-Madej W (red.). Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Katowice: Wyd. Nauk. Śląsk; 1999.
26. Sęk H. Wybrane zagadnienia psychoprofilaktyki. W: Sęk H (red.). Społeczna psychologia kliniczna. Warszawa: PWN; 1993.
27. Słowik P. Rola psychologicznej interwencji w kryzysie wywołanym przez chorobę somatyczną i hospitalizację. W: Kubacka-Jasiecka D, Mudyń K (red.). Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna. Toruń: Wyd. Adam Marszałek; 2005.
28. Wilczyńska M, Nowak M, Kućka J, Sawicka J, Sztajerwald K. Moc coachingu. Gliwice: Helion; 2013. 19.
29. McAdam S. Coaching kadry kierowniczej. Dopasowanie usług coachingowych do kontekstu i potrzeb przedsiębiorstwa. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2011. 19.
30. Grant AM. A personal perspective on professional coaching and the development of coaching psychology. Int Coaching Psychol Rev. 2006; 1: 13.
31. Thorpe S, Clifford J. Podręcznik coachingu. Poznań: Rebis; 2013. 17.
32. Clutterbuck D. Coaching zespołowy. Poznań: Rebis; 2009. 17.
33. Sidor-Rządkowska M. Profesjonalny coaching. Warszawa: Wolters Kluwer Business; 2012.
34. Marciniak ŁT, Rogala-Marciniak S. Zbiór narzędzi wspierania rozwoju. Warszawa: Wolters Kluwer Business; 2013.
35. Weinstein-Fitzgerald K. Action learning. Warszawa: Petit; 1999.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.11.2015
Artykuł przyjęty do publikacji: 03.04.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Justyna Deręgowska
ul. Na Uboczu 20
60-115 Poznań
tel. kom.: 509 703 116
e-mail: deregowscy@gmail.com
Katedra Pedagogiki
Collegium Da Vinci w Poznaniu