pokochaj ciało
ocal życie

Katarzyna Kucewicz

Jak rozmawiać z pacjentem będącym w procesie redukcji masy ciała?

Broszura dla lekarzy, dietetyków, psychologów
i innych profesjonalistów zdrowia



mgr Katarzyna Kucewicz

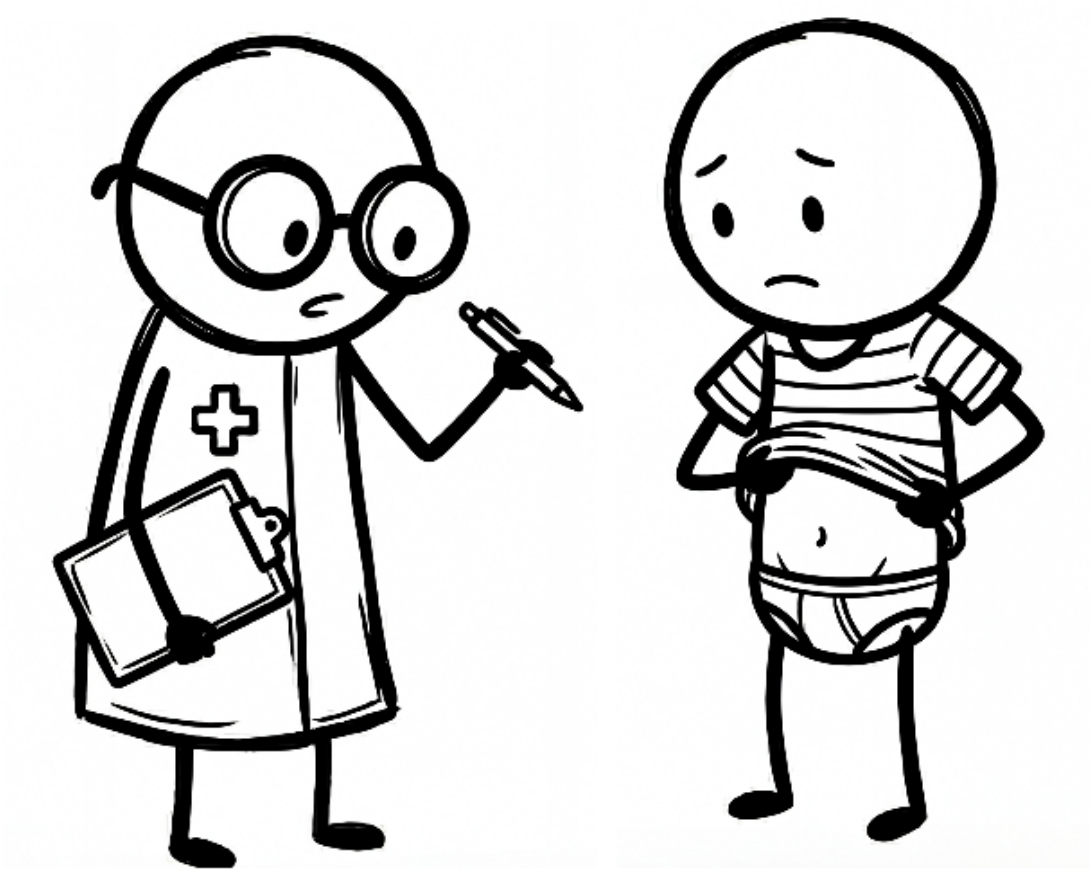
Psycholożka, psychoterapeutka. Od ponad 15 lat wspiera pacjentów borykających się z problemami emocjonalnymi, w tym z zaburzeniami odżywiania i trudną relacją z ciałem. Jej główną specjalizacją jest praca z osobami w trakcie redukcji masy ciała i leczenia choroby otyłościowej. Jest wykładowczynią, prelegentką na kongresach medycznych, trenerką i autorką bestsellerowej książki "Waga z głowy" oraz koncepcji czułej samodyscypliny. Sama zredukowała 80 kg, wychodząc kilka lat temu z otyłości olbrzymiej. Wierzy w to, że rola stabilnej psychiki i życzliwej relacji z ciałem ma wielkie znaczenie w drodze do celu.

Wstęp

Wizyty w gabinecie lekarskim przeważnie są krótkie i wymagają od specjalisty maksymalnego skupienia na pacjencie i jego objawach. Domyślamy się, jak trudne może być przekierowywanie uwagi na ton wypowiedzi i odpowiedni dobór słów, kiedy kolejka pacjentów piętrzy się za drzwiami gabinetu, a Państwo musicie bacznie przyjrzeć się danej osobie, zrozumieć, co jej dolega, przepisać odpowiednie leki, czy skierować na badania. Ciężka praca lekarza, wymagająca zarówno analizy jak i kreatywności, może być na tyle obciążająca, że specjaliści czasem nie zawracają sobie głowy, tym jakim tonem tonem mówią do pacjentów, jakimi słowami operują, jakie nazewnictwo stosują do opowiedzenia podopiecznym o ich diagnozie, na przykład choroby otyłościowej. Tymczasem to, co nierzadko dla pacjenta jest równie cenne jak prawidłowa diagnoza to miła atmosfera w gabinecie. Życzliwy, empatyczny lekarz, posługujący się zrozumiałym językiem może skraść serce i co najważniejsze- zaufanie pacjenta, który w następstwie często okazuje się bardziej skory do stosowania zaleceń, zdyscyplinowany, uważny, chętny do leczenia niż gdyby miał współpracować z lekarzem, który nim gardzi lub zachowuje lodowatą obojętność. Badania wskazują, że nieżyczliwe, opryskliwe wypowiedzi specjalistów, zrażają nie tylko do medyków, ale i do leczenia się w ogóle. Gabinetowa fatfobia[1], czyli zawstydzające docinki na temat masy ciała pacjentów, doświadczane są przez nich jako psychiczna przemoc, przeżycie urazowe, zniechęcające do badań, do profilaktyki, do szukania pomocy. To wielka szkoda zarówno dla chorych jak i dla systemu, bo z takim podejściem często trafia się do placówki za późno, w zaawansowanym stanie, co wymaga znacznie więcej pracy ze strony personelu, a czasem, jak wiadomo, zabrać może szanse na powrót do zdrowia.

Dlatego celem naszej kampanii i głównym celem tej broszury jest zachęcenie do przeformułowania swojego języka komunikacji z pacjentem na taki, który będzie zarówno wspierający proces leczenia jak i życzliwy, dający nadzieję na zdrowienie.

[1] Fatfobia- niechęć do pacjentów z chorobą otyłościową manifestowana złośliwymi docinkami, oceniającymi komentarzami, epitetami i niemerytorycznymi uwagami dotyczącymi masy ciała rozmówcy. Za fatfobiczne uważane są zarówno piętnujące określenia cielesności pacjenta "jest Pan gruby" jak i jego nawyków żywieniowych "po co Pani tyle żarła?".

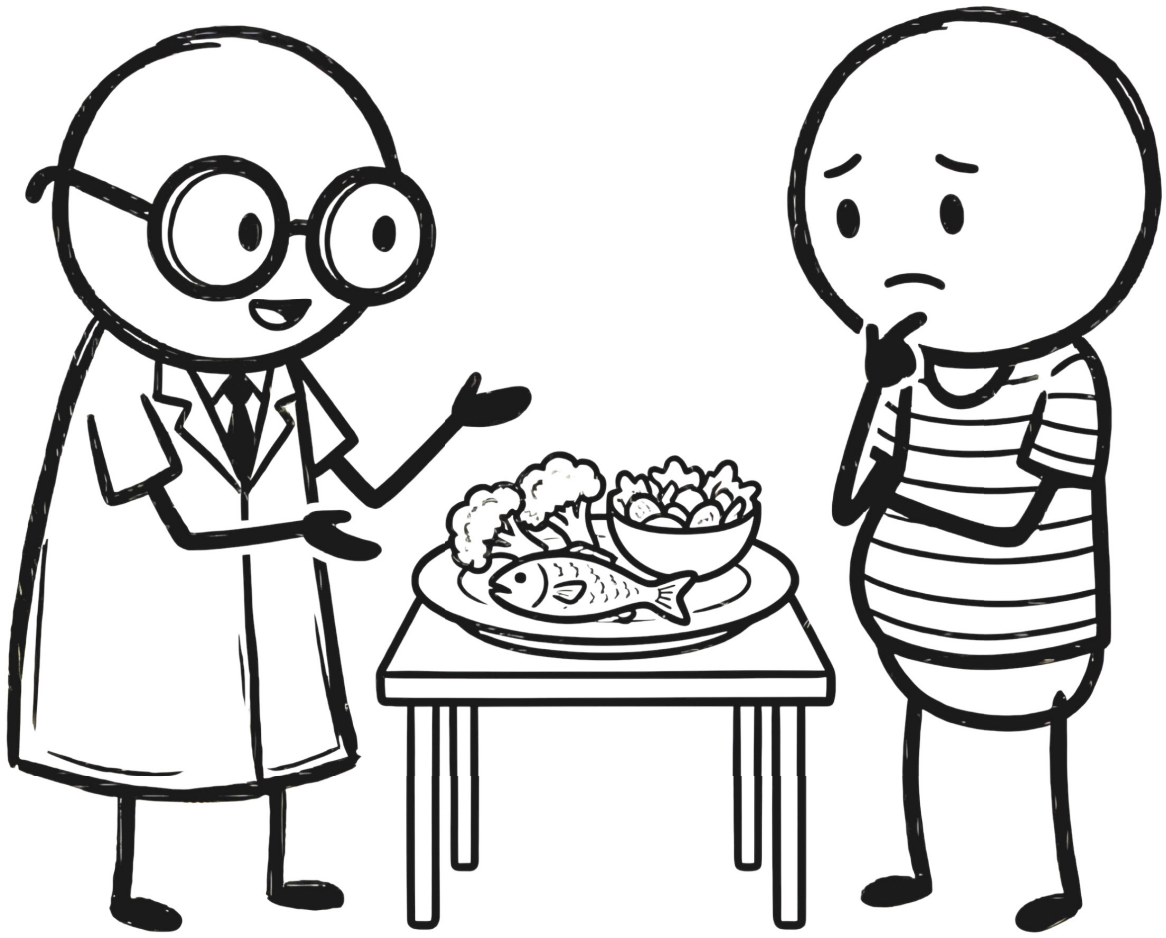


Rozmowa o wadze to rozmowa o wrażliwym aspekcie tożsamości pacjenta

Rozmowa o masie ciała dla wielu ludzi jest stresująca, wstydliwa, czasem upokarzająca. Nawet jeśli pacjenci robią dobrą minę do złej gry, gros z nich czuje stres i zakłopotanie gdy specjalista w sposób bezpardonowy zaczyna oceniać, krytykować ich aktualną sylwetkę. Osoby z wysoką masą ciała, nierzadko od lat stygmatyzowane, zwykle bardzo intensywne przeżywają fatfobiczne komentarze specjalistów, co zniechęca ich do podejmowania leczenia. Rozmowa o masie ciała rzadko kiedy dotyczy wyłącznie kilogramów. Dla wielu z nich to rozmowa o ciągnących się od lat próbach redukcji, wzlotach i upadkach, ale też o presji społecznej na perfekcyjny wygląd, czy doświadczeniu stygmatyzacji. Pacjenci nierzadko noszą w sobie przekonanie, że są sami sobie winni, że są dla innych ludzi odrażający. Kiedy skrzywdzony człowiek słyszy dodatkowo z ust specjalisty „ale się Pani upasła!" jego poczucie wartości i godności zostaje po raz kolejny poturbowane.

Badania pokazują, że pacjenci z wysoką masą ciała często czują się oceniani w systemie opieki zdrowotnej, a część z nich unika wizyt właśnie z powodu obawy przed poniżającą komunikacją. Dlatego rozmowa o redukcji masy ciała powinna zaczynać się nie od zaleceń, lecz od zbudowania przymierza z pacjentem, tak aby miał on poczucie, że nie jest obiektem drwin specjalisty.

Czy pacjent potrzebuje kolejnej osoby, która powie mu: „musisz schudnąć"? Nie! Potrzebuje specjalisty, który naprawdę zrozumie jego historię i będzie miał gotowość by pomóc mu bez uprzedzeń.

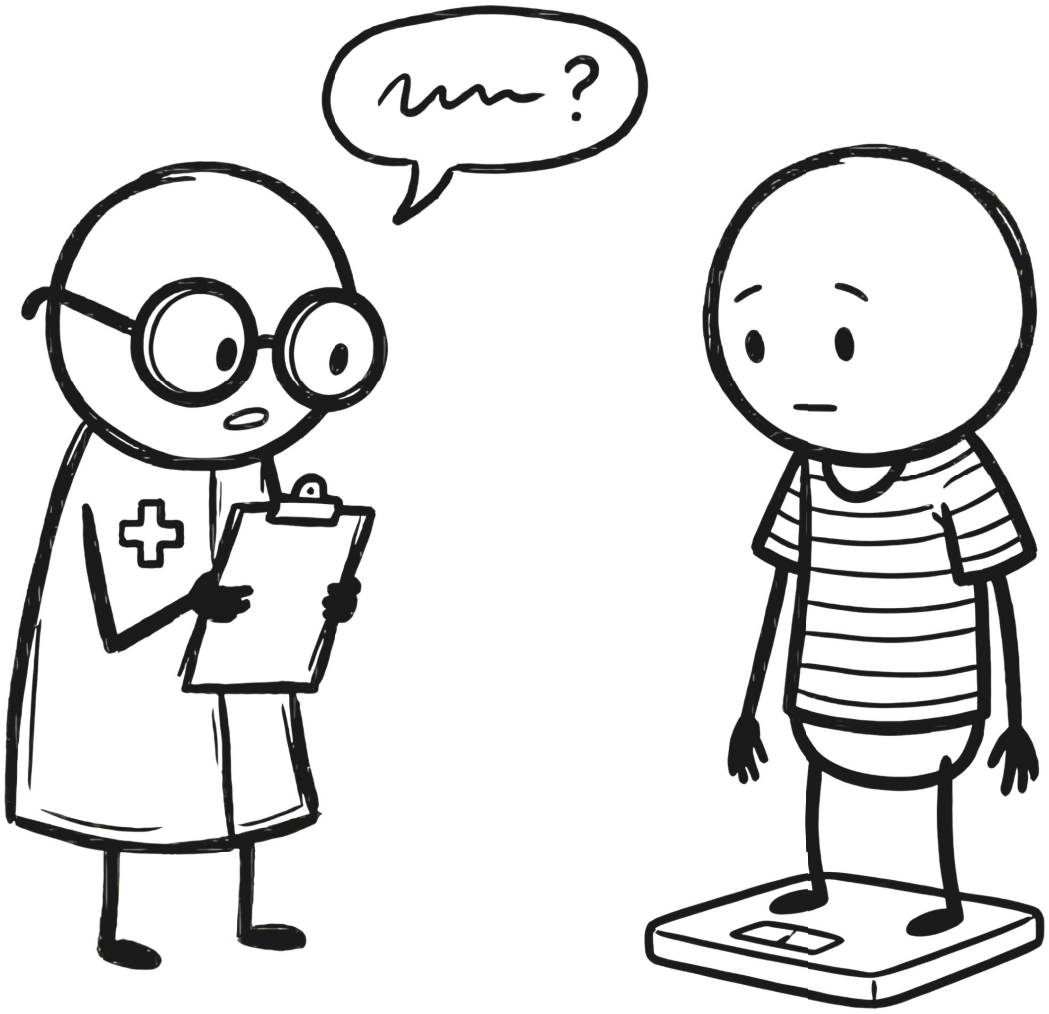


Najpierw zapytajmy pacjenta o zgodę

Rozmowa o chorobie otyłościowej, choć trudna, wcale nie musi przebiegać w napięciu i być źródłem dyskomfortu dla pacjenta. Jedna z najprostszych i najbardziej skutecznych strategii komunikacyjnych, otwierających drogę do ciepłego, życzliwego dialogu, brzmi następująco: zacznij rozmowę z pacjentem, prosząc go w uprzejmy sposób o pozwolenie na wymianę informacji o wadze. Proponujemy, aby wywiad z pacjentem poprzedzić pytaniem:

- „Czy nie ma Pan/Pani nic przeciwko temu, żebyśmy pochylili się nad tematem redukcji masy ciała?"
- „Jak się Pan/Pani czuje ze swoją obecną masą ciała?" „Czy wysoka masa ciała przysparza Panu/Pani trudności?"
- „Czy chciałby Pan, żebyśmy zajęli się tematem redukcji masy ciała?"

Dlaczego te pytania są tak sformułowanie? Bo ich celem jest sprawienie by pacjent zobaczył swoją sprawczość i miał poczucie kontroli sytuacji i odpowiedzialności za proces. Krytykowanie pacjenta, ośmieszanie go i patrzenie na niego jak na niesforne dziecko jest nieskuteczne i długoterminowo nie działa. Redukcja masy ciała to długi, żmudny proces, który wymaga dojrzałego podejścia i decyzji pacjenta, że bierze on na siebie część odpowiedzialności za proces leczenia. To dojrzałe podejście trzeba w człowieku wzbudzić, a nie je uśpić rodzicielskim pouczaniem. Dlatego zachęćmy pacjenta życzliwymi, kulturalnymi pytaniami, dającymi mu możliwość wycofania się, jeśli na daną chwilę nie ma do nas na tyle zaufania by dyskutować o swojej masie ciała. Im spokojniej rozmawiamy o wadze, tym osoba bardziej się otwiera i jest z nami po prostu szczera.



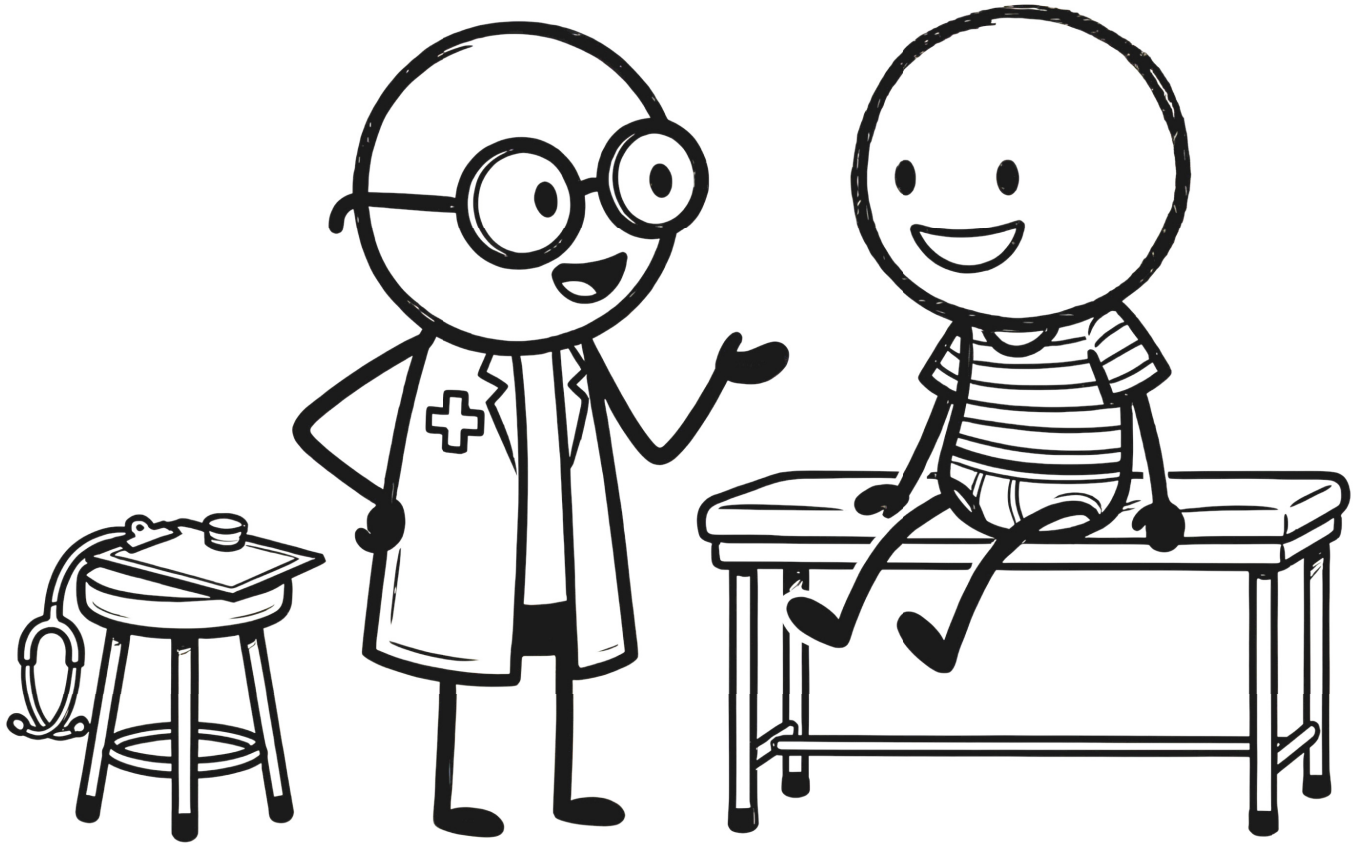
Pacjent nie znaczy tyle ile wyświetla waga w gabinecie

W komunikacji klinicznej na linii pacjent – medyk ogromne znaczenie ma język, jakim rozmawiamy o otyłości. Często lekarze dzielą się na trzy grupy. Jedna to ci, którzy bezpardonowo stawiają kawę na ławę, stosując jednak niewybredne epitety raniące pacjenta. Druga to ci, którzy nie wiedzą, jak powiedzieć o otyłości, żeby nie urazić, więc nie mówią wcale lub mówią półsłówkami, jedynie drukując piramidę żywieniową i wręczając ją pacjentowi bez słowa. Trzecia to ci, którzy z otwartością i szacunkiem wchodzą z pacjentem w rozmowę na temat E66, czyli jego choroby.

Marzymy o tym, by każdy pacjent czuł się zaopiekowany i miał szansę porozmawiać ze swoim medykiem o otyłości w poczuciu bezpieczeństwa i godności. Wiemy jednak, że aby to nasze marzenie mogło się ziścić, nie wystarczy tylko zamienić słowa na odpowiednie, ale trzeba też zmienić swoje myślenie o otyłości i raz na zawsze pozbyć się błędnego założenia, że jest to lenistwo, głupota czy abnegacja pacjenta. Założenia, które nie dość, że rani, to jeszcze absolutnie kłóci się ze współczesną wiedzą medyczną dotyczącą tej choroby.

Na całym świecie za ogólnoprzyjętą normę komunikacji z pacjentem ceni się stosowanie stylu „people-first language", czyli języka, który oddziela człowieka od choroby i stawia jego godność na pierwszym miejscu. Technicznie oznacza to, że zamiast mówienia „jest Pan otyły, gruby", mówimy „zmaga się Pan z chorobą otyłościową", „boryka się Pan z otyłością", „Pana BMI wskazuje na tzw. chorobę otyłościową III stopnia". Zamiast sformułowania: „musi Pan schudnąć", używamy bardziej fachowego „zachęcam do redukcji masy ciała". I kolejne zamiast: „chyba znowu ma Pan/Pani jojo", podsumowujemy: „Rozumiem, że dosięgnął Panią nawrót choroby otyłościowej".

Należy pamiętać, by w profesjonalnej rozmowie unikać słów żargonowych, potocznych, obraźliwych i zastępować je fachowym słownictwem medycznym. To sprawia, że pacjent przestaje czuć zażenowanie i poczucie winy; nie odtwarzamy tym samym jego podwórkowych, fatfobicznych wspomnień. Badania pokazują, że potoczne określenia czy sformułowania są przez pacjentów odbierane jako silnie stygmatyzujące – np. kiedy pacjent słyszy pogardliwe: „Proszę mniej żreć!", czuje wstyd, jest urażony i chce jak najszybciej wyjść z gabinetu. Natomiast neutralne sformułowania, takie jak „problem z wysoką masą ciała" czy „wysokie BMI", są akceptowane znacznie lepiej i tworzą atmosferę kulturalnej rozmowy, a to sprzyja owocnej współpracy.



Jak mówić, żeby pacjent posłuchał?

Badania z udziałem pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej pokazują, że lekarze stosujący elementy tzw. „dialogu motywacyjnego" podczas wizyty osiągają lepsze wyniki redukcji masy ciała u pacjentów niż ci stosujący styl konfrontacyjny. Niestety konfrontowanie to najbardziej popularna forma rozmowy z pacjentem, a równocześnie najmniej skuteczna.

Konfrontowanie jest zazwyczaj oceniane przez pacjentów jako „brutalne" i zniechęcające. To słowa w rodzaju: „Umrze Pan, jak się nie zacznie zdrowo odżywiać", „jak chce Pani, taka gruba, donosić ciążę?", „jest Pan / Pani potwornie gruba, musi Pani zacząć się ruszać, bo padnie Pani na zawał". Konfrontacje stresują, straszą i odbierają nadzieję, czyli prędzej napędzają pacjenta do objadania się niż do leczenia!

Co mówić zamiast używania oceniających zwrotów? Niestety nie ma jednej uniwersalnej metody komunikacji zachęcającej pacjenta do podjęcia leczenia choroby otyłościowej, ale są sposoby, które według badań oceniane są jako skuteczne jeśli chodzi o wzbudzenie długoterminowej motywacji. Najpopularniejszy z nich nosi właśnie nazwę „dialog motywujący" - to podejście rozwinięte przez psychologów zdrowia wiele lat temu. Główna idea dialogu motywującego jest taka, że zamiast nakłaniania pacjenta do zmiany stylu życia lepiej jest pomóc mu odnaleźć osobistą motywację do leczenia. Aby pacjent sam dostrzegł, co jest jest dla niego dobre, pomocne może być zadbanie o 4 następujące elementy w rozmowie:

1. **Stworzenie empatycznego otoczenia**, w którym pacjent będzie czuł się rozumiany i nieoceniany.

2. **Wzmacnianie rozbieżności**, czyli pomoc pacjentowi w tym, by zobaczył, czy naprawdę jego aktualny styl życia mu służy, czy jest na pewno zgodny z jego wartościami, czy aby na pewno mu odpowiada? Czy wręcz przeciwnie, jest tu rozbieżność, pacjent żyje tak, jak wcale nie chce i widzi, że jego wybory żywieniowe w gruncie rzeczy wcale mu nie służą.

3. **Podążanie za oporem**, czyli traktowanie oporu, niechęci pacjenta, jako informacji, z którą warto dyskutować i szukać rozwiązań, a nie traktować jako przeszkody nie do pokonania. Opór to nie tylko jawne negowanie, ale też „wymówki" pacjenta w rodzaju: "nie mam czasu na redukcję", "mi się to na pewno nie uda, bo nie umiem gotować", "nie lubię ćwiczyć", "nie będę truć się lekami".

4. **Wzmocnienie poczucia sprawczości, żeby** osoba borykająca się z otyłością uwierzyła, że zmiana jest możliwa, że istnieje realna szansa na poprawę jej stanu zdrowia, że może dużo zdziałać, że lekarz w nią wierzy, nawet jeśli wielokrotnie już podejmowała nieudane próby redukcji.

Specjaliści dialogu motywującego proponują 4 proste narzędzia dla podtrzymania dobrej rozmowy z pacjentem i wzmacniania jego motywacji. Pomagają zbudować rozmowę opartą na partnerstwie zamiast hierarchii.

Pytania otwarte

Pytania zamknięte jak sama nazwa wskazuje zamykają nam dialog, bo zwykle są pytaniami, na które odpowiedź to proste TAK/NIE. Pytanie otwarte zaś zachęca rozmówcę do dłuższej wypowiedzi. Takie dopytywanie pozwala pacjentowi swobodnie opowiedzieć swoją historię, a specjaliście wyciągnąć z niej kluczowe informacje potrzebne do postawienia prawidłowego rozpoznania i ustalenia właściwej ścieżki leczenia. Przykłady takich pytań: „Co sprawiło, że właśnie teraz chce Pan zredukować masę ciała?" „Jak wcześniej wyglądała Pani relacja z jedzeniem?" „Jakie okoliczności sprawiły, że przybrała Pani na wadze po długim okresie utrzymywania prawidłowego BMI?" „Co ma Pani na myśli mówiąc o tym, że zajada stres?"

Docenienie wysiłku

Pacjenci zgłaszający się do specjalistów często mają wrażenie, że robią za mało, albo niewystarczająco dobrze. Często biorą na siebie całą odpowiedzialność za proces zdrowienia i są źli, że ich wysiłki nie przynoszą zamierzonych efektów szybko. Warto jest empatycznie wspierać, dostrzegać drobne zmiany, doceniać nawet mikro modyfikacje stylu życia by dać odczuć podopiecznemu, że stoimy po jego stronie, rozumiemy jego trud i kibicujemy mu. Docenianie wysiłku tworzy pogłębioną więź na linii lekarz- pacjent. Jest to ważne, bo powoduje wzmocnienie motywacji i wiary w siebie pacjenta. Jak doceniać jeśli nie bardzo potrafimy to robić? Zachęcamy by używać sformułowań w stylu: „Widzę, że wiele razy próbowała Pani wprowadzać zmiany.", „Wiem, że redukcja masy ciała w okresie menopauzy jest trudnym zadaniem", „To duży krok, że zaczyna Pani wychodzić na codzienne spacery", „Jestem z Pani dumny, że odstawiła Pani ulubione energetyki, musiało to Panią sporo kosztować".

Odzwierciedlanie

Odzwierciedlenie to komunikat, którym potwierdzamy, że to co powiedział pacjent zostało przez nas zrozumiane. Działa lepiej od standardowego „acha, rozumiem", ponieważ sprawia, że rozmówca naprawdę czuje się wysłuchany i zobaczony. Odzwierciedlamy, gdy swoimi słowami próbujemy nazwać to co usłyszeliśmy. Robi się to po to by dokładnie zrozumieć pacjenta i jego stan emocjonalny, by obie strony miały taką samą wizję współpracy, by specjalista rozumiał świat wewnętrzny podopiecznego, bo nie zawsze słowa znaczą to samo dla lekarza i pacjenta. Odzwierciedlanie pozwala pacjentowi poczuć, że lekarz go rozumie, że podąża za jego tokiem myślenia. Specjalista odzwierciedla, kiedy mówi np. „Brzmi, jakby największym wyzwaniem był brak czasu na gotowanie." „Słyszę, że nawrót otyłości bardzo Pana przygnębił i zniechęcił", „Czy dobrze rozumiem, że Pani motywacją do redukcji jest głównie troska o swoją płodność?"

Podsumowywanie

Podsumowanie rozmowy służy temu, aby ustalić z pacjentem konkretny plan działania i skoncentrować jego uwagę na poszczególnych zadaniach, a nie ogólnych wytycznych w rodzaju „proszę zdrowo jeść i trochę się poruszać". Chodzi o to, by pacjent poczuł sprawczość, nadzieję i to, że ma zasoby, aby zacząć radzić sobie z chorobą otyłościową np. „Czy dobrze rozumiem, że chce Pan zacząć od zmniejszenia ilości jedzonych słodyczy do jednego batonika dziennie i większej ilości ruchu, czyli 150 min tygodniowo?" „Czy wobec tego możemy się tak umówić, że plan minimum to: leki, 5000 kroków dziennie i dieta o kaloryczności 1900 - 2000 kcal?"

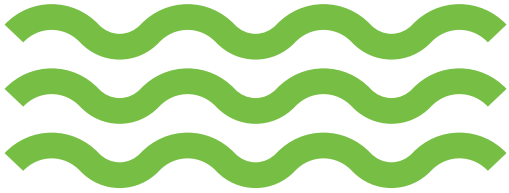
Pamiętajmy: każdy pacjent ma swoją indywidualną drogę

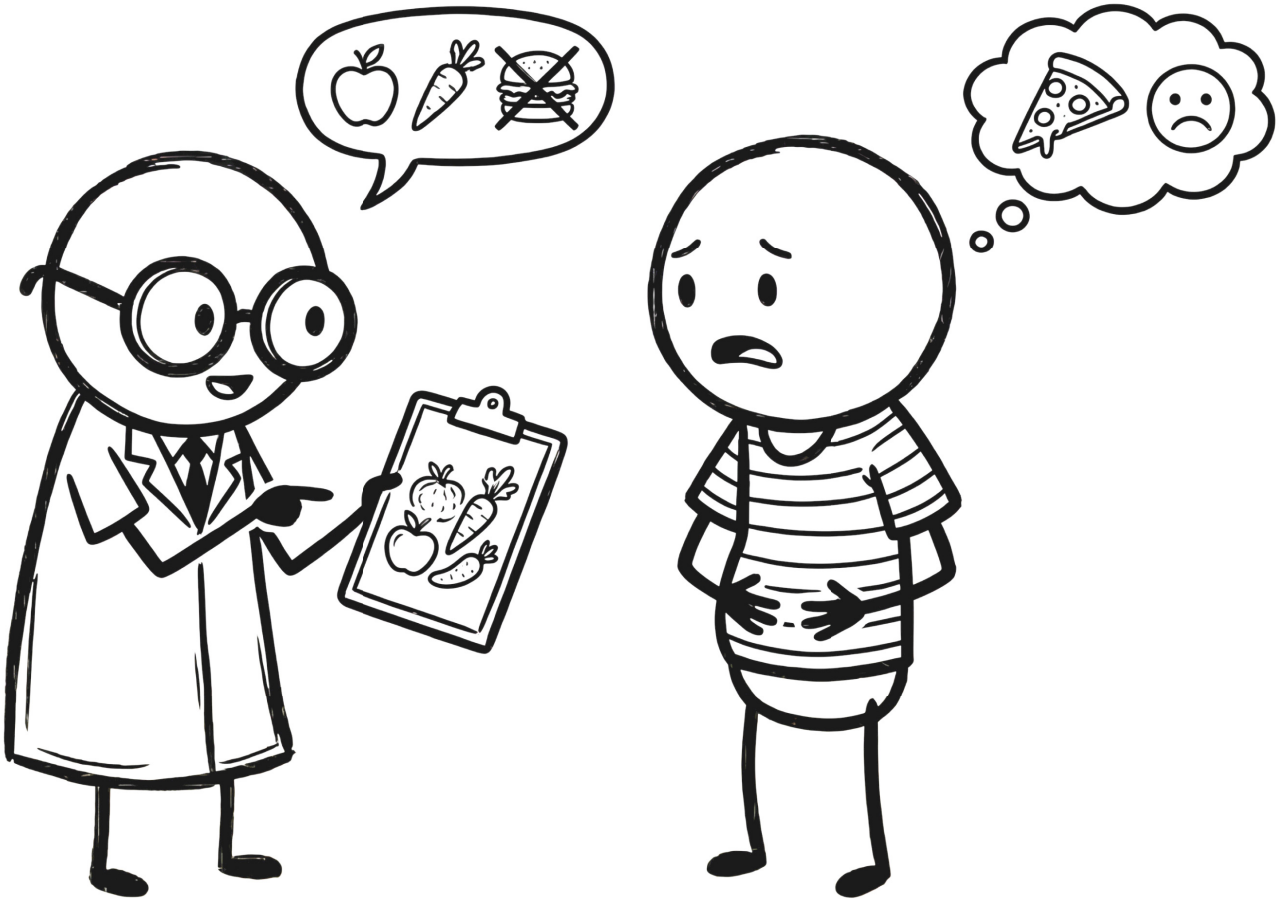
Jedna z najważniejszych zasad pracy z osobami redukującymi masę ciała brzmi:
Każdy pacjent ma swoją ścieżkę redukcji masy ciała. Specjalista zna fizjologię, strategie medyczne, dietetyczne, treningowe czy psychologiczne. Ale jeden pacjent objada się ze stresu, inny ma bardzo niestabilny tryb życia, trzeciego będą gubić nawyki jeszcze z dzieciństwa. Pacjenci mają bardzo różne historie chorowania, nie wszystkie są związane z hedonistycznym objadaniem się, często jest wręcz przeciwnie, otyłość, np. idzie w parze z doświadczeniem depresji, samotności czy traumy.

Pacjenci mają także różnorakie zasoby psychologiczne do tego, by z sukcesem trzymać się założonego planu. Dla jednego pacjenta, przykładowo, odstawienie czekolady może być prostym zadaniem, dla innego będzie to najtrudniejsze na świecie, choć np. pizzę i inne włoskie specjały odstawił od razu. Część pacjentów z zapałem podejmuje aktywność

fizyczną, a inni mogą mieć opór miesiącami przed włączeniem ćwiczeń do codziennej redukcyjnej rutyny. Jedni pacjenci będą koić nerwy jedzeniem, a inni jeść z nudów. To ważne by słuchać i - jeśli pacjent kategorycznie czegoś nie chce (np. chodzić na basen, albo jeść warzyw) - nie tłumaczyć mu na każdej wizycie, że pływanie jest bardzo zdrowe a bez warzyw nici z redukcji. Warto nie tylko patrzeć na otyłość, ale i słuchać historii choroby i w razie konieczności odsyłać pacjenta po wsparcie psychologiczne, psychiatryczne, czy coachingowe.

Nowoczesne podejście do leczenia otyłości zakłada wspólne podejmowanie decyzji i uszanowanie potrzeb pacjentów. Tak by pacjent nie miał poczucia, że dostał wytyczne, zalecenia i wraca do domu, tylko aby czuł, że jest odpowiedzialny za współtworzenie planu redukcji swojej masy ciała. Że też ma tu coś do powiedzenia, a jego zdanie ma znaczenie. To pacjent jest kapitanem na swoim statku, a medyk (a w zasadzie cała grupa osób wspierająca leczenie) jest jak mapa wskazująca jak płynąć i na co uważać.





Jak rozmawiać o celach pacjenta, aby proces redukcji nie jawił się jako wejście na Kilimandżaro?

Często osoby z otyłością mają przed sobą trudne zadanie. To zwykle nie 5 kg, 10 kg, a znacznie więcej kilogramów do zredukowania, co może być przytłaczające dla psychiki pacjentów. Sama liczba 30 kg, 40 kg czy 60 kg do „zrzucenia" brzmi dla wielu tak groźnie i nierealistycznie, że już na starcie się poddają. Dlatego zamiast skupiania się na wyliczaniu pacjentowi ile ma do zredukowania, lepiej jego uwagę skierować na konkretne wytyczne, jak może krok po kroczku dochodzić do prawidłowego BMI i zmieniać już na zawsze styl życia. Warto zmienić narrację pacjenta z nastawienia na wynik na nastawienie na proces - że to proces jest ważny, że każde zrzucenie grama jest już ulgą dla kręgosłupa czy obolałych stóp. Warto dać pacjentowi odczuć, że waga łazienkowa nie jest jedynym miernikiem sukcesu, że z medycznego punktu widzenia najważniejsze są parametry np. morfologiczne, które mówią o tym jak bardzo organizm odczuwa ulgę, kiedy masy jest mniej.

Jeśli pragniemy pomówić z pacjentem o celach redukcyjnych warto posiłkować się do tego dobrą strategią behawioralną, którą najlepiej obrazuje model SMART. Model ten to taka sugestia jakie powinny być cele pacjenta stawiane sobie podczas leczenia. SMART to skrót od:

Specific – czyli cele powinny być konkretne,
Measurable – czyli powinny być też mierzalne,
Achievable – oraz osiągalne,
Realistic – a także realistyczne,
Time-based – i określone w czasie.

Jeśli chodzi o redukcję masy ciała, nierzadko specjaliści udzielają bardzo ogólnikowych porad: „proszę się zdrowiej odżywiać", „proszę wprowadzić więcej ruchu", „proszę zadbać o siebie". Znacznie lepszym komunikatem do pacjenta jest konkretne zdanie, które będzie można łatwo rozliczyć przy kolejnej wizycie: „Przez najbliższe 2 tygodnie proszę zamieniać słodzone napoje na wodę" albo: „Przez najbliższy miesiąc proszę wdrożyć zasadę 100 minut spontanicznej aktywności fizycznej tygodniowo, takiej jak: sprzątanie, spacer z psem, prace w ogrodzie".

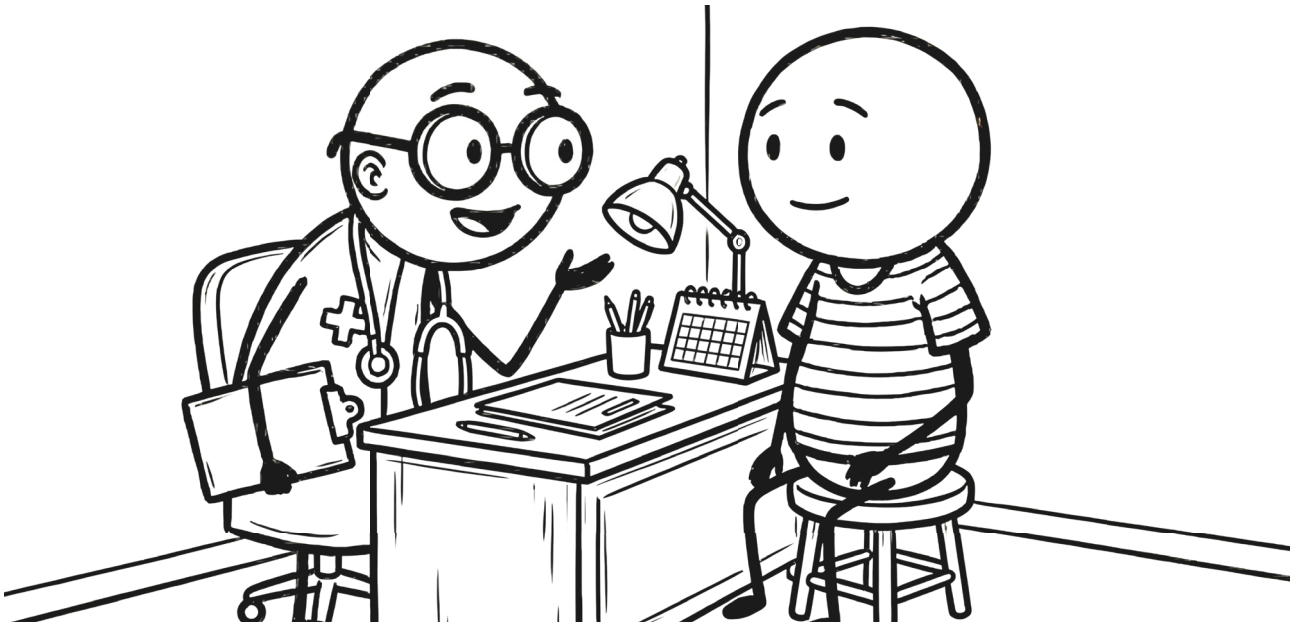
Zakończenie

W procesie redukcji masy ciała relacja na linii pacjent - specjalista odgrywa olbrzymią rolę. Najlepsze strategie dietetyczne nie zadziałają bez jednego elementu: zaufania pomiędzy pacjentem a lekarzem. To relacja terapeutyczna decyduje, czy pacjent wróci na kolejną wizytę, będzie szczerze mówił o trudnościach, niepowodzeniach i poprosi o pomoc, zanim się podda. Dlatego rozmowa o redukcji masy ciała powinna być partnerska. Tak, aby pacjent czuł się potraktowany podmiotowo, wysłuchany i zrozumiany.

Gros pacjentów ma za sobą bardzo nieprzyjemne doświadczenia z kontaktami z personelem medycznym. Nieprzyjemne, złośliwe komentarze pozostawiają piętno na psychice pacjentów, którzy mogą reagować wycofaniem, bagatelizowaniem, albo agresywną postawą wynikającą z lęku przed ponownym upokorzeniem. Warto jest pamiętać o tym wspierając proces leczenia. Bo w redukcji nie tylko chodzi o to, by pacjent osiągnął prawidłowe BMI, ale by równocześnie jego zdrowie psychiczne było coraz lepsze, podobnie jak samoocena. Dobra kondycja psychiczna w redukcji, pozytywne nastawienie do procesu leczenia, a wręcz polubienie tego, jest tak ważne bowiem dziś już wiemy, że redukcja to zmiana stylu życia nie na moment a na zawsze. Pacjent już do końca życia będzie musiał zachować przecież uważność na to, co je i w jakich ilościach. Dlatego jego pozytywne nastawienie i życzliwy wspierający lekarz to kluczowe by cały proces leczenia i bycia w zdrowiu był udany.

7 uniwersalnych zasad dobrej rozmowy o redukcji masy ciała

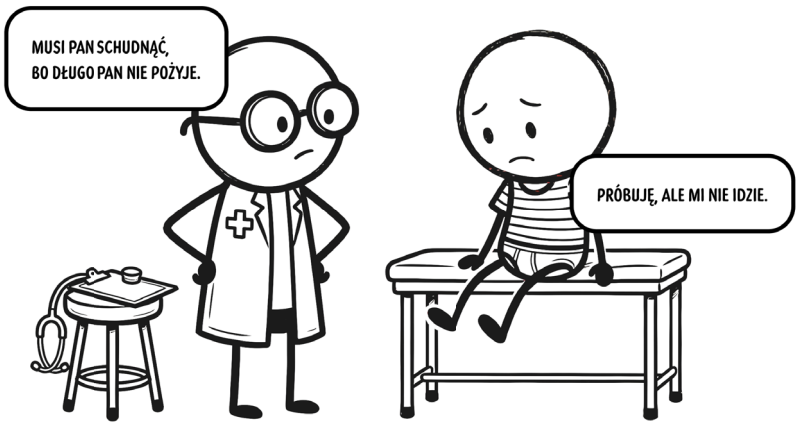
1. Najpierw oparta na szacunku relacja, potem profesjonalne zalecenia.
2. Zapytaj pacjenta o zgodę na rozmowę o masie ciała.
3. Używaj języka neutralnego i wolnego od stygmatyzacji.
4. Stosuj motywujące komunikaty.
5. Zadawaj pytania otwarte i słuchaj uważnie.
6. Wspólnie ustalaj realistyczne cele.
7. Wzmacniaj poczucie sprawczości pacjenta.



Przykładowe dialogi: jak rozmawiać z pacjentem w procesie redukcji masy ciała

Jak powinno wyglądać rozpoczęcie rozmowy o redukcji masy ciała:

❌ Konfrontacja



Rozmowa często kończy się oporem, pacjent wychodzi sfrustrowany.

✅ Empatyczne partnerstwo



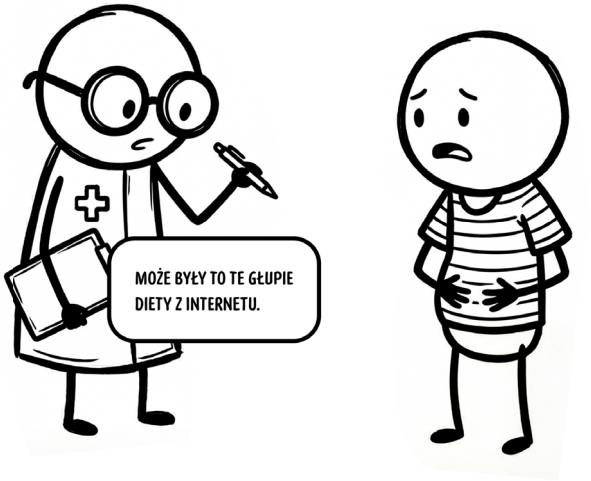
Taka rozmowa zaczyna się od empatycznego, podmiotowego podejścia do pacjenta i potraktowania go po partnersku.

Jak rozmawiać z wyraźnie zrezygnowanym pacjentem?

Pacjent:

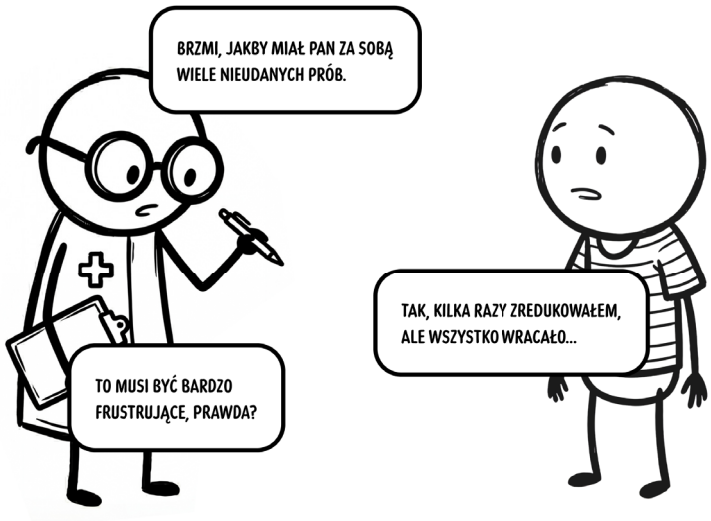
„Próbowałem wszystkich diet, ale waga ani drgnie” (to jedno z najczęstszych zdań w gabinecie.)

❌ Konfrontacja



Pacjent słyszy: *sam jesteś sobie winien.*

✅ Empatyczne partnerstwo



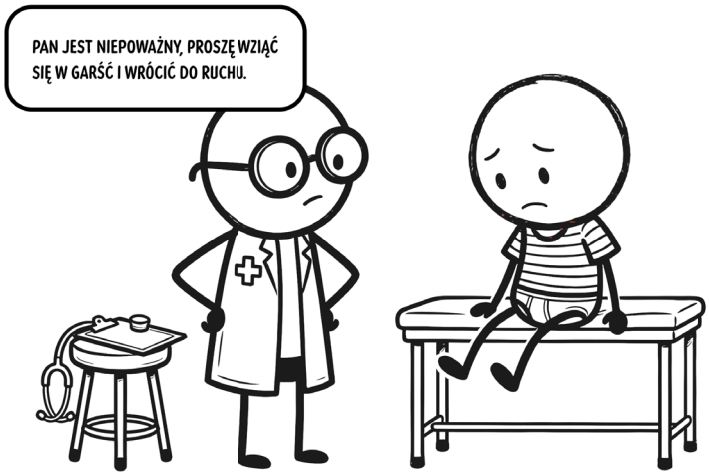
Pacjent czuje się **zrozumiany,** a nie oceniony.

Co zrobić, kiedy pacjentowi spada motywacja?

Pacjent:

„W zeszłym miesiącu robiłem 10.000 kroków, ale tej zimy przestałem spacerować”

❌ Konfrontacja



✅ Empatyczne partnerstwo



Takie pytania pomagają **odkrywać strategie, które już działały i mogą zainspirować pacjenta do szukania rozwiązań**.

Co zrobić, kiedy pacjent oczekuje nierealistycznych efektów?

Pacjent:

„Chciałbym schudnąć 25 kg w trzy miesiące."

❌ Konfrontacja



✅ Empatyczne partnerstwo



To pozwala utrzymać zapał pacjenta, a jednocześnie pomaga mu urealnić oczekiwania wobec procesu redukcji masy ciała.

Źródła i polecane lektury:

- Ciesielska, M. (2021). Bez liczenia i ważenia. Zdrow(sz)y styl życia na własnych zasadach. Wydawnictwo Pełne Czasu.
- Kucewicz, K. (2024). Waga z głowy. Rebis.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2025). Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie i rozwoju. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Rosengren, D. B. (2021). Rozwijanie umiejętności w dialogu motywującym. Podręcznik praktyka z ćwiczeniami (wyd. 2). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Sankowska-Dobrowolska, A., & Poniatowska, O. (2026). Lżej. Jak mądrze i skutecznie korzystać z leków GLP-1 oraz zmienić nawyki na lepsze. Znak Literanova.
- Witaszek, T. (2026). Waga zmiany.



pokochaj ciało
ocal życie

www.pokochajcialoocalzycie.pl