

# Adherence a motivace

Jan Soukup, Michal Raszka

*Motto: Nemyslete na to, co chcete říci pacientům, ale na to, co oni mohou říci vám.*

Adherence k léčbě je charakterizována jako míra shody mezi chováním pacienta, zahrnujícím braní doporučených léků a přijetí dalších zdravotních opatření, a doporučeními lékaře. Výzkumy se shodují na tom, že nedostatečná adherence stojí za zvýšenou morbiditou, mortalitou a celkovým zvýšením nákladů na léčbu zejména u chronických onemocnění jako diabetes, hypertenze, v psychiatrii schizofrenie, bipolární afektivní porucha či periodická depresivní porucha. Adherenci je možné vidět i jako ukazatel celkově odpovědného chování ke zdraví; např. Simpson a kol. (2006) ve své metaanalýze uvádějí, že dobrá adherence k prospěšné aktivní léčbě snížila mortalitu stejně jako dobrá adherence k placebo. Hlavním efektem snah o zvýšení adherence tedy není jen to, že pacient začne správně užívat léky (to je jen jeden z projevů), ale změna jeho celkového postoje a přístupu – k sobě, ke svému zdraví, k onemocnění, k léčbě a zdravotní péči. Příčin non-adherence, stejně tak jako důvodů adherence, je mnoho a nelze předem vše a u každého pacienta ošetřit; navíc se v průběhu léčby mohou měnit. Jinými slovy, lékař nemůže zajistit, že pacient léky bude brát; může sledovat kvalitu adherence a vytvářet podmínky umožňující její zvyšování (Vytřísalová, 2009). Tato kapitola je zaměřena na téma práce s vnitřní motivací, nemá za cíl podat přehled konkrétních postupů, jak řešit jednotlivé situace (např. jaké druhy medikace volit), ani zkoumat další způsoby motivace (odměny/incentiva, kontroly, různé formy nátlaku aj.), které také mohou být za určitých okolností účinné, byť obvykle ne dlouhodobě.

## 1. Mylné předpoklady o adherenci

V této části uvedeme některé předpoklady či očekávání, které lékař v kontaktu s pacientem může mít, mohou ovlivňovat jeho chování a komunikaci týkající se adherence a nemusí přitom odpovídat skutečnosti. Reflexe a korekce těchto automatických předpokladů může pomoci efektivněji na pacienta reagovat a neztrácet energii a náladu marnými snahami.

### Brát léky je normální

Podívejme se, jak vidí téma užívání léků pacient a jak může odpovědět na otázku, proč váhá s jejich užíváním nebo rovnou proč je neužívá:

- protože to chci zvládnout „sám“ a mít kontrolu nad svým životem
- protože to znamená, že nejsem normální
- protože mě štve, že bez nich nefunguju nebo naopak, kvůli nežádoucím účinkům prožívám frustraci (např. v sexuálním životě)
- protože mám pocit, že to nejsem já, když užívám léky
- protože se bojím užívat něco, co je „psycho“, atd.

Toto vše jsou srozumitelné důvody, proč váhat s užíváním léků. **Brát léky nelze považovat za něco normálního nebo automatického.**

### **Vysvětlování, doporučování a informování je racionální postup**

Obecně, jazyk není racionální, ani komunikace není racionální. Jazyk je primárně nástrojem vytváření a udržování vztahů, nikoli předávání objektivních informací (srov. např. převažující význam neverbální složky řeči nad složkou verbální). Opakování informací, které pacient zná, ale neřídí se podle nich, je iracionální chování (podobně jako se vosa snaží neustálým narážáním na sklo dostat skrz okno ven). Je výrazem naší vrozené emoční potřeby pomáhat, napravovat, nikoli promyšleným a efektivním chováním, které může mít na pacienta vliv (Miller, Rollnick, 2013; Soukup, 2014). **Opakování postupů, které sice někdy fungují, ale v daném případě evidentně a opakovaně selhávají, není racionální ani účinné.**

### **Adherence je samozřejmá**

Jednou z našich potřeb je, abychom u pacienta pozorovali zlepšování zdravotního stavu. Počítáme s tím, že pokud pacient bude spolupracovat, bude mu lépe. Proto na tento aspekt v rámci terapeutického vztahu silně tlačíme, což jej ale narušuje. Efektivnější je pracovat s tím, že neposlouchat lékaře (stejně jako neposlouchat rodiče), je normální a běžné. Stejně tak je třeba počítat s non-adherencí, protože je také normální a běžná. Navíc je třeba dodat, že adherence není nikdy 0% nebo 100% – vždy se najde něco, co pacient dělá a dodržuje (zde je zajímavá otázka proč?) a co nedělá a nedodržuje (proč?). Realitě nejlépe odpovídá předpoklad, že pacient je ohledně adherence vždy více či méně ambivalentní. **Shrnuto, normální je ambivalence, tedy váhání ohledně léčby; adherence není automatická.**

### **Rozhodující je aktivita na straně lékaře**

– alespoň tak to může z některých doporučení týkajících se zvyšování adherence vypadat. Jednotlivé body, jak postupovat, začínají slovy: doporučte, navrhněte, zdůrazněte, vysvětlete, opakujte, připomínejte, ověřujte. Jako by lékař byl tím, kdo (nebo co) má dodat energii a aktivitu pacientovi, zároveň je v nich implicitně obsažen předpoklad, že lékař ví, co pacient potřebuje a jak by to měl dělat. Z tohoto úhlu pohledu je příčina non-adherence viděna na straně pacienta a úkolem lékaře je tuto příčinu odstranit, napravit. Pokud pacient adherentní není, může mít lékař pocit, že to je jeho selhání. To vede ke zvýšené snaze a výdeji energie (ještě více přesvědčování), obvykle s ještě horším výsledkem (pacient se stáhne nebo jde do konfliktu). Nakonec lékař rezignuje, dostavuje se hněv, únava, ztráta naděje, lékař si začne plnit víceméně jen svoje povinnosti, non-adherentní pacienty začíná vnímat spíše jako protivníky (od slova protivný) než jako někoho, kdo se má aktivně podílet na svojí úpravě a s kým má aktivně spolupracovat. Kruh se tím uzavírá, vytrácí se respekt – pacienta k lékařově expertíze, lékaře k pacientovi, jeho potřebám, možnostem, slabostem. Tím „špatným“, viníkem, se stává pacient. V oblasti zvyšování adherence tedy největším úkolem lékaře není znovu a lépe pacientovi něco vysvětlit (zdůraznit, doporučit ...), ale podněcovat pacientovu aktivitu a samostatnost. Žádoucí aktivita lékaře je ve směru ovlivňování své vlastní komunikace, tj. zkoušení a osvojení některých dalších možností, jak vést rozhovor s pacienty v různých situacích. **Pro léčbu a**

***adherenci k léčbě je rozhodující aktivita pacienta; úkolem lékaře je tuto aktivitu facilitovat, nikoli suplovat.***

### **Lékař má stejnou představu o cestě ke zdraví jako pacient**

V případě zlomené ruky bývají představy pacienta i lékaře o průběhu léčby a cílovém stavu podobné. V případě komplikovanějšího nebo dokonce psychického onemocnění se tyto představy mohou dost výrazně lišit. Adherence je přitom mírou shody mezi tím, co považuje za potřebné lékař a co dělá (a co chce) pacient. Automatická myšlenka, spojená s non-adherencí, je, že se pacient nechce léčit – možná má ale jen jinou představu o tom, co potřebuje, kam směřuje nebo čeho je schopen. ***Lékař a pacient se liší v tom, jak vnímají pacientovy potíže a jejich význam, jak rozumí tomu, co pacient potřebuje, jak si představují stav zdraví a jakou mají představu o cestě ke zdraví.***

Než zkoušet prorazit hlavou zeď (nebo na ni házet hrách) může být efektivnější ji obejít, byť to může zdánlivě vypadat jako delší cesta. Některé zde uváděné postupy mohou vyvolávat dojem, že jsou příliš časově náročné. Čím méně času ale na pacienta máme, tím méně si jej můžeme dovolit ztrácet intervencemi, které nejsou s daným pacientem v daný moment účinné.

Přístup, který popisujeme, vychází z metody motivačních rozhovorů (Miller, Rollnick, 2013; Soukup, 2014). Motivační rozhovory patří mezi doporučené evidence-based postupy americké psychiatrické asociace. Jde o komunikační přístup zaměřený na zvyšování vnitřní motivace ke změně chování prostřednictvím zkoumání a řešení ambivalence. Má základní dvě složky – technickou (tzv. evokace řeči změny, viz níže) a vztahovou; obě mají vliv na efektivitu přístupu, ta je tedy neoddělitelná od osoby, která rozhovor vede, tj. lékaře (Miller, Moyers, 2017). Specificky nabízejí MR cestu v situacích, které nás nutí pacienta konfrontovat, kdy máme chuť rezignovat nebo přerušit kontakt.

Uznáváme, že je mnoho pacientů, kteří jsou velkou výzvou pro naši trpělivost a odbornost, stojí nás mnoho energie, a které nelze namotivovat. Obvykle proto, že to, co se po nich chce, je v příliš velkém rozporu s tím, co chtějí nebo co dokážou, nebo proto, že jste jako lékař – přes všechnu vaši snahu – součástí systému, se kterým má pacient špatné zkušenosti a vnímá jej (i vás) jako protivníka. I v takové situaci však tento přístup nabízí minimálně prostor pro zlepšení spolupráce v budoucnosti (snižuje míru konfrontace a riziko rezignace), zvyšuje spokojenost lékaře a snižuje riziko vyhoření (tím, že se snižuje množství kontraproduktivně vynaložené námahy).

## **2. Co víme o motivaci - vybrané aspekty**

a) Možná nejdůležitějším poznatkem ohledně motivace je, že její míra není stálá, ale proměňuje se, a to i v rámci jednoho setkání s lékařem. Motivaci je možné ovlivnit směrem nahoru, ale i dolů; míra spolupráce a aktivity a úroveň motivace tedy není dána jen pacientem, ale i lékařem a jejich vzájemným vztahem.

b) Velký vliv na průběh rozhovoru má na straně lékaře potřeba pomáhat, která se projevuje jako tendence radit, konfrontovat a tlačit na změnu, a na straně pacienta tzv. reaktance, vrozená potřeba chránit si svoji vnitřní svobodu (volit, rozhodovat se), jejímž nejčastějším projevem je výrok „ano, ale...“. Rozhovor, ve kterém se obě tyto tendence potkají, pak vypadá tak, že lékař radí a navrhuje, pacient říká, proč to či ono nejde, případně se z respektu před autoritou stáhne a jen poslušně mlčí.

Rizikem takového vývoje rozhovoru je, že lidé obecně mají tendenci udělat to, co říkají, že udělají, a nedělat to, o čem říkají, že nechtějí nebo že to nejde. Postup lékaře, který u pacienta vyvolává obhajování („ano, ale“), snižuje pravděpodobnost změny, tedy i adherence.

c) Non-adherence nemusí znamenat, že se pacient cítí dobře nebo že se nechce léčit, nemusí znamenat nedostatek informací, a nemusí znamenat, že se s pacientem nedá nic dělat. Takzvaná rezistence je viditelná špička ledovce, kterou obvykle tvoří špatné zkušenosti, nedostatek zdrojů a obavy z budoucnosti.

d) Vědomosti samy o sobě nejsou dostatečné ke změně chování pacientů (Gajdošík, 2017) – jen edukace tedy nestačí. Motivace ke změně vychází především z vnitřních hodnot člověka, ze smyslu, který v léčbě a adherenci k léčbě vidí.

e) Intervence ke zvýšení adherence k medikaci u schizofreniků mohou být efektivnější, jsou-li zaměřené na postoje týkající se samotné léčby než na celkový náhled na onemocnění (Beck et al., 2011). Náhled tedy není nezbytný.

### **3. „Nemá náhled, nechce se léčit a basta“ – hodnocení motivace a potřeb pacienta**

Přesně odhadnout, kdo a do jaké míry (resp. v jakém ohledu) bude adherentní, není možné, tedy ani jaká intervence bude v daném případě nejspíše účinná. Shuler (2014) ve svém výzkumu uvádí devět potenciálních překážek v adherenci u pacientů trpících schizofrenií: 1) potíže s pamětí, 2) potíže s dodržováním režimu užívání léků, 3) pacientův strach z medikace, 4) nežádoucí účinky léků, 5) popření nemoci, 6) stigma z užívání léků, 7) nedostatek důvěry k lékaři, 8) nedostatek sociální podpory, 9) jiné překážky adherence, výše neuvedené. Dodejme, že všechny uvedené oblasti mají jak objektivní složku (např. reálné nežádoucí účinky), tak subjektivní (chci/dokážu je překonávat?); tj. souvisejí s motivací. Intervence vždy zahrnuje jak praktickou část (např. rady, jak danou překážku zvládat, změnu formy užívání léků apod.), tak část motivační. Sem patří způsob, jakým jsou rady poskytnuty, způsob, jakým jsou osloveny emoce a myšlenky pacienta, celková vztahová atmosféra, která mezi lékařem a pacientem panuje, a evokace důvodů, potřeb, hodnot a cest ke změně (tzv. řeči změny). Bývá užitečné sledovat, zda potíže s adherencí spočívá spíše v tom, že pacient danou věc nepovažuje za dostatečně důležitou (je ambivalentní ohledně smyslu), nebo ji za důležitou považuje, ale nevidí cestu, jak ji uskutečňovat (je ambivalentní ohledně svých schopností), a tomu přizpůsobit intervenci.

### **4. Intervence**

Předpokládá se, že efektivita motivačních rozhovorů má tři složky: a) vyhnutí se nevhodným reakcím; b) technická složka (hlavně evokace řeči změny); c) vztahová složka. O významu vztahu, který je charakterizován partnerstvím, akceptací, empatií a důrazem na hledání pozitiv (protože úspěch motivuje více než neúspěch), jsme již psali, podívejme se blíže na další dvě složky. Pak se podíváme, jak se tyto principy odrážejí v postupu, jak poskytovat rady a informace, a na schéma rozhovoru.

#### 4.1 Čemu se v rozhovoru vyhnout

Obecně – nedělat věci, které zhoršují vztah, snižují důstojnost, urážejí; neopakovat věci, které nefungují; vyhnout se konfrontaci, autoritativnímu jednání. I jedna taková reakce může vyvolat znejistění, stažení se, ztrátu důvěry, a náprava nebývá snadná.

#### 4.2 Evokace řeči změny: co chceme slyšet, co nechceme slyšet, a proč

Když někdo řekne, že něco udělá, cítíme, že se to stane s větší pravděpodobností, než kdyby řekl, že to neudělá. Výzkumy ukazují, že skutečně to, co klienti o změně říkají, předpovídá jejich chování, a navíc, že pracovník může ovlivnit, co klient říká (Moyers et al., 2009). Výroky, jejichž výskyt souvisí se zvyšující se motivací ke změně, a jejichž výskyt **zvyšuje** motivaci, se nazývají řeč změny (z angl. change talk) a patří sem:

- přání nebo potřeba změnu uskutečnit: „Musím chodit do práce.“
- nevýhody současného stavu: „Mám velké úzkosti.“
- výhody, které by změna přinesla: „Žena by se mi nebála svěřovat děti.“
- možnosti, jak změnu uskutečnit: „Pomohlo by mi, kdyby mi to někdo připomínal.“
- podniknuté kroky: „Ptal jsem se známého z léčby, jakou má zkušenost s ...“
- vyjádření závazku nějaký krok na cestě ke změně uskutečnit: „Zítra zajdu za ...“

Positivní vztah k medikaci závisí na tom, jestli pacient cítí, že její užívání podporuje dosahování osobních cílů. Úlohou lékaře je pomoci pacientovi vidět souvislost jeho aktuálního chování a případné změny s tím, co považuje za hodnotné, potřebné, co mu dává smysl. Technika, které se využívá, je tzv. evokace řeči změny, kdy – zjednodušeně – vedeme rozhovor tak, aby se u pacientů řeč změny vyskytovala. Můžeme využít otázek, jako: Proč by pro vás mohlo mít smysl léky užívat?, Co nejlepšího může užívání léků přinést?, Co se vám kdy osvědčilo?, Co nebo kdo by vám mohl pomoci?, apod. Užitečné jsou i další techniky, zvláště reflexe (sdělení, jak rozumím podstatě toho, co mi pacient právě řekl) a afirmace (pojmenování pokroků, snahy, odvahy pacienta; více viz např. Soukup, 2014).

Co slyšet nechceme, je opak řeči změny, tj. výroky, ve kterých pacient zpochybňuje nebo snižuje význam změny, vyzdvihuje výhody současného stavu, vyjadřuje neochotu či bezmoc; velmi často jde o výroky typu „ano, ale...“. V jejich důsledku totiž míra motivace v průběhu rozhovoru **klesá**. Zvláště nevýhodné je, znamenají-li, že pacient lékaři nebo léčbě oponuje nebo se hněvá (Sijercic, 2016). Vztahový nesoulad („odpor“) vzniká jako vedlejší produkt tlaku lékaře na změnu (rady, přesvědčování) v situaci, kdy je pacient ohledně této změny ambivalentní – neví, zda se daným směrem vydat nebo není na další krok ještě připravený (Westra, 2012).

#### 4.3 Poskytování rad a informací

Říká se, že dobrá rada je nad zlato, a zároveň, že dobrá rada potěší nejvíc toho, kdo ji říká. Na obou rčenicích je kus pravdy a je velkou dovedností lékaře poznat, kdy která z nich v rozhovorech s pacienty právě platí, a umět pro svoje rady připravit „úrodnou půdu“; jinými slovy zajistit, aby pacienti radu přijali a řídili se podle ní, a pokud to nejde, tak si ji nechat pro sebe. Vybrali jsme si téma poskytování rad a informací, abychom ukázali, jak se na něm odráží výše uvedené poznatky a doporučení.

Nejprve se podívejme na to, proč bývá složité i dobře míněnou radu přijmout:

- omezuje autonomii a pocit kompetence
- aktivizuje reaktanci (automatická reakce na potřebu pomáhat)
- nevychází z porozumění aktuálním potřebám a možnostem
- dotyčný ji zná (říkat někomu něco, co ví, může být až ponižující, rozhodně neuctivé)
- dotyčný ji nepotřebuje, nechce nebo není schopen slyšet (např. při silnějších emocích); atd.

Vidíme, že proces poskytování rad je velmi vztahově komplikovaný a nástrahy číhají na každém kroku. Následující doporučený postup může vypadat složitěji, nicméně zvyšuje efektivitu práce a přináší do vztahu lékař – pacient větší spokojenost. Má tři kroky:

1) Evokujte (ptejte se) – tato část sestává ze tří otázek, připravujeme „půdu“ pro radu:

- zjistěte, co už o tématu pacient ví: Co o tomto už víte? Jaké s tím máte zkušenosti?
- a co by ho zajímalo: Co by vás v této souvislosti nejvíc zajímalo? Jaká informace nebo nápad by vám teď pomohla?
- požádejte o svolení: Mohl bych vám k tomu něco říci? Nevím, jestli by vás to zajímalo, ale něco mě napadlo. Souhlasil byste, kdybych vám to řekl?

2) Podělte se o radu či informaci – stručně, jen to nejdůležitější, ujistit pacienta, že může nesouhlasit:

- radu poskytněte neosobně a dejte na výběr cca 3 možnosti: Některým lidem se osvědčuje...; Existují tyto možnosti...; Nevím, zda vám to bude připadat užitečné, ale...; Co byste mohla zkusit, pokud byste chtěla, je...

3) Evokujte (zeptejte se), co si o tom pacient myslí, co si z toho bere, jak to hodnotí apod.:

- Jak to na vás působí? Co z toho vás zaujalo?

Vidíme, že i v procesu poskytování rad je většinu času aktivní pacient, nikoli lékař! Lékař poradí až ve chvíli, kdy si je jistý, že pacienta rada zajímá a že ji nezná nebo není schopen vymyslet, a hned po jejím poskytnutí se zeptá, co si o tom pacient myslí. Může se ovšem stát, že lékař nebude mít co pacientovi poradit, protože zjistí, že to už ví nebo že stojí o něco jiného. Uvedený postup maximalizuje aktivitu pacienta (lékař spíše evokuje), respektuje požadavky na kvalitu vztahu a pomáhá ošetřit rizika s poskytováním rad spojená; odpověď „ano, ale...“ by se téměř neměla vyskytovat. Zároveň pomáhá neztrácet čas a energii vysvětlováním již vysvětleného.

#### 4.4 Schéma rozhovoru

Na závěr se podívejme se na možné schéma vedení rozhovoru ke zlepšení adherence (upraveno z Vrblík, 2013). Jednou z podmínek toho, aby pacient byl aktivní, je, že lékař jeho aktivitu očekává a dává mu k ní prostor. To je zprostředkováno skutečným zájmem a pozorností, kterou lékař pacientovi věnuje, a důrazem na evokaci (odpovědi „nevím“ jsou obvykle známkou nedostatečně dobře vybudovaného vztahu):

- Zeptejte se, co už o podstatě onemocnění a principu léčby pacient ví. Vysvětlete nebo doplňte to, co neví nebo co je nepřesné.
- Zeptejte se, co ví o smyslu a důležitosti léčby. Co by ho v tomto ohledu ještě zajímalo?
- Zeptejte se, jaké má zkušenosti s dodržováním léčby. Dále, co ví o důsledcích non-adherence v tomto konkrétním případě, případně co by ho v této souvislosti zajímalo. Je-li to třeba,

požádejte o svolení jej o tom informovat a učíte tak; buďte struční a dejte si pozor, aby to neznělo jako vyhrožování. Zeptejte se ho, co si o tom myslí.

- Věnujte se obavám; zeptejte se, jaké má pacient obavy a co by mu pomohlo je zmírnit, co by potřeboval. Uznejte jejich opodstatněnost z pohledu pacienta. Pokud nabídnete informaci/poučení, vždy se zeptejte, jak to na pacienta působí, co si z toho bere. Monitorujte je v následujících setkáních.
- Odpovězte na otázky, případně pacienta vybídnete nebo mu s doptáváním pomozte – někteří pacienti se často neptají, přesto jim mnoho věcí nemusí být jasných.

## **Literatura:**

Beck EM, Cavelti M, Kvrđic S, et al. Are we addressing the ‚right stuff‘ to enhance adherence in schizophrenia? Understanding the role of insight and attitudes towards medication. *Schizophr Res.* 2011; 132: 42–49.

Gajdošík J. Adherencia k liečbe – dôležitá súčasť dosiahnutia účinku terapie pri chronických ochoreniach. *Athero Rev.* 2017; 2(1): 15-19.

Miller WR, Moyers TB. Motivational interviewing and the clinical science of Carl Rogers. *J Consult Clin Psych.* 2017; 85(8): 757-766.

Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing. Helping people change.* 3rd ed. New York, Guilford, 2013.

Moyers TB, Martin T, Houck J, et al. From In-Session Behaviors to Drinking Outcomes: A Causal Chain for Motivational Interviewing. *J Consult Clin Psych.* 2009; 77(6): 1113–1124.

Shuler KM. Approaches to improve adherence to pharmacotherapy in patients with schizophrenia. *Patient Prefer Adherence.* 2014; 8: 701-714.

Sijercic I, Button ML, Westra HA, et al. The Interpersonal Context of Client Motivational Language in Cognitive Behavioural Therapy. *Psychother.* 2016; 53(1): 13–21.

Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ.* 2006; 333: 15.

Soukup J. *Motivační rozhovory v praxi.* Praha, Portál, 2014.

Vrablík M. Adherence a možnosti jejího ovlivnění. *Med praxi.* 2013; 10(11–12): 369–371.

Vytřísalová M. Adherence k medikamentózní léčbě – známá neznámá. *Remedia* 2009; 19: 225–230.

Westra HA, Aviram A, Connors L, et al. Therapist emotional reactions and client resistance in cognitive behavioral therapy. *Psychother.* 2012; 49(2): 163-72. (doi: 10.1037/a0023200)

**Originál tohoto článku: Soukup, J., Raszka, M.: Adherence a motivace. In: Raboch, J. et al.: Duševní zdraví a životní styl. Psychiatrie životním stylem. Praha, Mladá fronta, 2019.**