



Cystic Fibrosis Collaborative Adherence Resources & Education

Adherence a způsoby jejího řízení *v péči o cystickou fibrózu*

CF CARE je plně financováno společností Vertex Pharmaceuticals (Europe) Limited. Obsah byl připraven a vyvinut řídicí komisí s logistickou a redakční podporou sekretariátu CF CARE, ApotheCom. Společnost Vertex měla možnost zkontrolovat správnost obsahu a nástrojů.

**Léky nepůsobí u pacientů,
kteří je neužívají.**

C. Everett Koop, M.D.

Tento obsáhlý zdroj byl vyvinut řídicí komisí skládající se z mezinárodních odborníků na cystickou fibrózu (CF) a popisuje techniky motivačního rozhovoru (MR), které mohou představovat účinný rámec pro větší otevřenost pacientů vůči dosažení změn ve svém chování.

Tento zdroj zkoumá problémy s adherencí k léčbě CF a také principy a strategie MR. Jeho cílem je poskytnout vám znalosti a dovednosti, které vám pomohou zlepšit vaši individuální praxi v oblasti MR, a poskytnout vám relevantní podklady pro témata diskutovaná v pěti modulech MR. Tyto moduly si můžete stáhnout na webu www.cfcare.net.

OBSAH

1	Úvod	1
1.1	Zátěž a výzvy při léčbě cystické fibrózy	1
1.2	Důsledky suboptimální adherence	2
2	Adherence u CF	2
2.1	Faktory spojené s adherencí	2
2.1.1	Individuální faktory	2
2.1.2	Systémové faktory	5
2.1.3	Faktory související s léčbou	6
2.2	Měření adherence	6
2.3	Intervence	8
2.3.1	Navázání kontaktu a spolupráce: s pacientem navažte vztah založený na spolupráci	8
2.3.2	Hodnocení	9
2.3.3	Vyjednávání	10
2.3.4	Motivace	11
2.3.5	Plán	12
2.3.6	Sledování a kontrola	13
3	Motivační rozhovor (MR) a změna chování	14
3.1	Pozadí MR	14
3.2	Teorie MR	15
3.2.1	Hlavní zásady MR	15
3.3	Strategie MR	16
3.3.1	Vyjadřování empatie reflektivním nasloucháním	16
3.3.2	Rozvíjení rozporu mezi cíli/hodnotami a aktuálním chováním	19
3.3.3	Přizpůsobování se rezistenci namísto přímé konfrontace	21
3.3.4	Podpora vnímání vlastní účinnosti a zvyšování sebejistoty	24
4	Jak se stát advokátem adherence při léčbě CF (klíčové dovednosti a chování)	26
4.1	Pochopení důležitosti komunikace	26
4.2	Porozumění týmovým faktorům a intervencím	26
4.2.1	Komunikace a spolupráce	27
4.2.2	Adherence	27
4.2.3	Spolupráce s rodinami	27
4.2.4	Uvedení do praxe	27
4.3	MR založený na důkazech	28
4.4	Rozvoj dovedností při výuce a podpoře ostatních	29
5	Použitá literatura	30

1 ÚVOD

1.1 Těžkosti a překážky při léčbě cystické fibrózy

U cystické fibrózy (CF) došlo k důležitému rozvoji léčebných postupů a strategií léčby, díky čemuž se výrazně zlepšil zdravotní stav pacientů s CF. Je všeobecně známo, že se zlepšilo přežití (Burgel a kol., 2015), což lze alespoň částečně přičíst včasné a agresivní léčbě. Věk dožití se u jedinců s CF narozených ve 21. století následkem toho zvýšil až na 55 let, a to i přesto, že v léčbě základní genetické vady nedošlo k výraznějšímu pokroku (Dodge a kol., 2007). Je to ovšem podmíněno užíváním množství léků a terapií, které pro pacienty všech věkových skupin a jejich příbuzné zůstávají i nadále složité a náročné nejen časově (Ziaian a kol., 2006; Sawicki a kol., 2009). Členové multidisciplinárních týmů (MDT) zabývajících se léčbou CF mají často s pacienty a jejich rodinami dlouhodobý (a místy také intenzivní) vztah. Tým musí poskytovat péči, která je holistická a soustředěná na potřeby pacienta/rodiny, s cílem pomoci lidem s CF dosáhnout rovnováhy mezi optimální léčbou a kvalitou života (Quality of Life, QoL) (Duff a Oxley, 2014). I když je tato filozofie péče klinickými lékaři i pacienty ochotně přijímána, realita je taková, že stále komplexnější režimy léčby představují pro pacienty a jejich rodiny stále větší zátěž. To může vést k non-adherenci (Sawicki a Tiddens, 2012; Bregnballe a kol., 2011) a nižší způsobilosti podávání terapie, přičemž oba tyto faktory mohou narušovat zdravotní výsledky léčby. (Sawicki a Tiddens, 2012).

Existuje mnoho systematických a popisných prací zabývajících se adherencí k léčbě u populace s CF. Výhody a nevýhody optimální adherence k léčbě CF a její souvislost s rostoucí kumulativní zátěží péče v průběhu celého života jedince ovšem rozebírá jen několik málo prací.

„Adherence“ je upřednostňovaný pojem, který popisuje, jak se chování pacientů v oblasti zdravotní péče shoduje se schválenými doporučeními klinických pracovníků (dalšími pojmy jsou „soulad“, a „úroveň chování v oblasti péče sama o sebe“) (Duff a Latchford, 2010). Správná adherence se těžko definuje, ale optimální adherence téměř všeobecně zahrnuje užívání správné léčby správným způsobem ve správný čas.

Je známo, že se adherence k léčbě liší v závislosti na složitosti léčebného režimu a způsobu jejího hodnocení (Quittner a kol., 2000). U dětí s CF se uvádí velmi nízká adherence k doporučeným výživovým opatřením: kolem 20 %. Pouze 47 % mladistvých s CF uvedlo, že dodržují režim CPT podle předpisu. (Quittner a kol., 2000; Anthony a kol., 1999). U dospělých s CF, kteří mají oproti mladším pacientům častěji náročnější léčebné režimy, se míra adherence jeví jako příznivější, pokud léčba přináší okamžitý přínos a pacientům je umožněno zvolit si stupeň léčby (Duff a Latchford, 2010).

Elektronické měření adherence k antibiotické léčbě ve formě aerosolu hlásilo velmi nízké výsledky, přičemž jedna studie naznačuje míru nižší než 40 % (Latchford a kol., 2009). To vyvolává značné obavy vzhledem k tomu, že nebulizátory hrají zásadní úlohu v aplikaci léků a že jejich použití časem dramaticky vzroste, vezmeme-li v úvahu počet terapií vyvíjených v projektech organizace Cystic Fibrosis Foundation (2017), které budou pravděpodobně ve formě aerosolu (Duff & Latchford, 2010).

1.2 Důsledky suboptimální adherence

Optimální adherence velmi úzce souvisí s lepšími výsledky a sníženým rizikem hospitalizace (Osterberg a Blaschke, 2005). Bylo zjištěno, že suboptimální adherence je nejčastější příčinou selhání léčby (Quittner a kol., 2008), což vede ke špatným zdravotním výsledkům (Eakin a kol., 2011). Jednoznačně souvisí s neúspěšnou léčbou, nižší QoL, sníženou výchozí funkcí plic a vyšší morbiditou a je prediktivním faktorem pozdější potřeby léčby intravenózními antibiotiky (Duff a Latchford, 2010; Quittner a kol., 2008; DiMatteo a kol., 2002; Osterberg a Blaschke, 2005; Briesacher a kol., 2011; Eakin a kol., 2011). Zlepšení adherence je dnes také jednou z nejdůležitějších psychosociálních výzev v péči o pacienty s CF.

2 ADHERENCE U CF

2.1 Faktory spojené s adherencí

Proměnné, které mají vliv na míru adherence v mnoha terapeutických oblastech, jsou stále jasněji definovány (Duff a Latchford, 2010).

Patří mezi ně:

- individuální faktory,
- systémové faktory,
- faktory související s léčbou,
- problémy s měřením adherence.

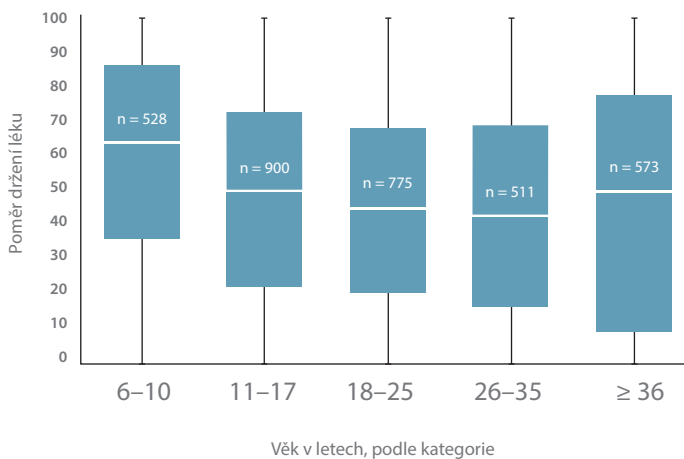
2.1.1 Individuální faktory

2.1.1.1 Věk

V minulosti se zdálo, že potíže s adherencí narůstají počínaje 10. rokem života a dosahují vrcholu kolem 16. roku (Duff a Latchford, 2010). Nicméně s narůstajícím se zlepšujícím se zdravím v současné kohortě dospívajících pacientů, kteří současně vyžadují méně péče, se vrchol začíná posouvat do mladé dospělosti (Duff a Oxley, 2014; Quittner a kol., 2014), jelikož již přesvědčení o „nutnosti léčby“ není konfrontováno se zhoršujícím se zdravím stejnou měrou jako dříve (Duff a Oxley, 2014). Tento trend je patrný v analýze průřezových údajů o adherenci podle věku z nedávné studie pacientů starších 6 let s diagnózou CF a předepsanou chronickou plicní medikací, která byla identifikována z databáze komerčních prohlášení od ledna 2005 do června 2011 (Riekert, 2012; Quittner a kol., 2014). Údaje jasně naznačují, že adherence (hodnocená na základě poměru držení léku (Medication Possession Ratio, MPR; pro více informací viz bod 2.2) je mezi dětmi na nejvyšší úrovni. Adherence klesá u dospívajících

a u dvacátníků a třicátníků pokles dále pokračuje. U pacientů starších 36 let je pozorováno opětovné zvýšení adherence (obr. 1). Vzhledem k průřezové povaze údajů lze zvýšení adherence v této věkové skupině přičíst tzv. efektu přeživšího nebo vlivu jedinců, u nichž bylo onemocnění diagnostikováno pozdě (Riekert, 2012; Quittner a kol., 2014).

Obr. 1. Adherence podle věku



Upraveno podle Quittnera a kol., 2014. Copyright © 2014 American College of Chest Physicians.

Nicméně, ať už jde o dospívající mládež či mladé dospělé, konflikt s rodiči zůstává jádrem suboptimální adherence. Neshody ohledně léčby se obvykle poprvé objevují, když se u mladých lidí začínají rozvíjet vlastní představy, hodnoty a cíle ohledně zdravotní péče, které jejich rodiče (Hafetz a Miller, 2010) nebo členové MDT pro CF často nesdílejí. Odmítnutí zapojit se do léčby CF může mít významný dopad na zdravotní stav postižených jedinců (Dziuban a kol., 2010). Rodiče, kterým se dařilo léčbu dobře kontrolovat, mohou

pociťovat silnou úzkost, když se jejich dospívající pokouší převzít odpovědnost za léčbu. Specifické vlivy projevující se na adherenci u dospívajících zahrnují: znalost onemocnění, postoj ke kontrole onemocnění, vnímání vlastní účinnosti, vnímanou závažnost onemocnění, optimismus, styl zvládání zátěžových situací, rodinné faktory, podpora a charakteristika léčebného režimu (Bucks, 2009). Mezi chování, které představuje překážky pro léčby související s věkem, patří: zapomínání užít lék, prokrastinace, špatná organizovanost (např. nedostatek času) a nedostatek znalostí (např. pacient neví, co dělat, což může být běžné, i když důvody mohou být složitější a nemusí být jen následkem nedostatku informací). Mezi konkrétní bariéry u dětí patří vzdorovité chování, problémy s organizováním času, nežádoucí účinky (např. chuť) a potíže s polykáním pilulek (Modi a Quittner, 2006). U dospívajících a mladých jedinců jsou nejčastějšími překážkami nedostatek času, zapomnětlivost a neochota užívat léky na veřejnosti (George a kol., 2010; Dziuban a kol., 2010; Bregnballe a kol., 2011). Kromě toho v této skupině existuje potenciální souvislost mezi počtem oznámených překážek a (i) vnímanou zátěží pramenící z léčby a (ii) úrovní adherence (Bregnballe a kol., 2011).

2.1.1.2 Pohlaví

Nedávná studie o rozdílech v adherenci u mladých pacientů s CF ve věku 10–21 let zjistila, že dívky uváděly významně nižší adherenci k některým aspektům léčebného režimu CF (Patterson a kol., 2008). Výsledky naznačují, že dívky léčebný režim CF dodržují méně (celková adherence, vykašlávání, potraviny s vysokým obsahem tuků a užívání léků/pilulek) a od péče o sebe sama jsou častěji odrazovány. Dívky navíc

častěji než chlapci hlásily zátěž spojenou s onemocněním (včetně emoční a fyzické zátěže) a obavy. U chlapců bylo hlášeno významně vyšší sebehodnocení než u dívek, přičemž tento parametr je spojován s lepší adharencí. Údaje naznačují, že život s CF má na dospívající dívky větší emoční dopad než na chlapce (Patterson a kol., 2008).

Další důležité faktory specifické pro pacienta, které ovlivňují adharenci a mohou představovat další překážky ve změně přístupu, jsou popsány níže.

2.1.1.3 Přesvědčení

Komplexní přezkoumání faktorů ovlivňujících dodržování terapeutických pokynů z pohledu pacienta ukázalo, že když se pacienti domnívají, že jsou náchylní k onemocnění nebo komplikacím s ním spojeným, nebo pokud se domnívají, že tyto faktory mohou mít závažné následky pro jejich zdraví nebo účinnost a přínosnost léčby, je jejich adharence dobrá (Jin a kol., 2008). Přesvědčení o léčbě u dospívajících s CF představuje až 50% odchylku v pacientem hlášené adharenci (Bucks a kol., 2009). U dospělých nesmíme podceňovat důležitost identifikování chybných přesvědčení (např. „čím déle dokážu novou léčbu oddálit, tím lépe“, „měl bych si léčbu šetřit, dokud ji nebudu opravdu potřebovat“).

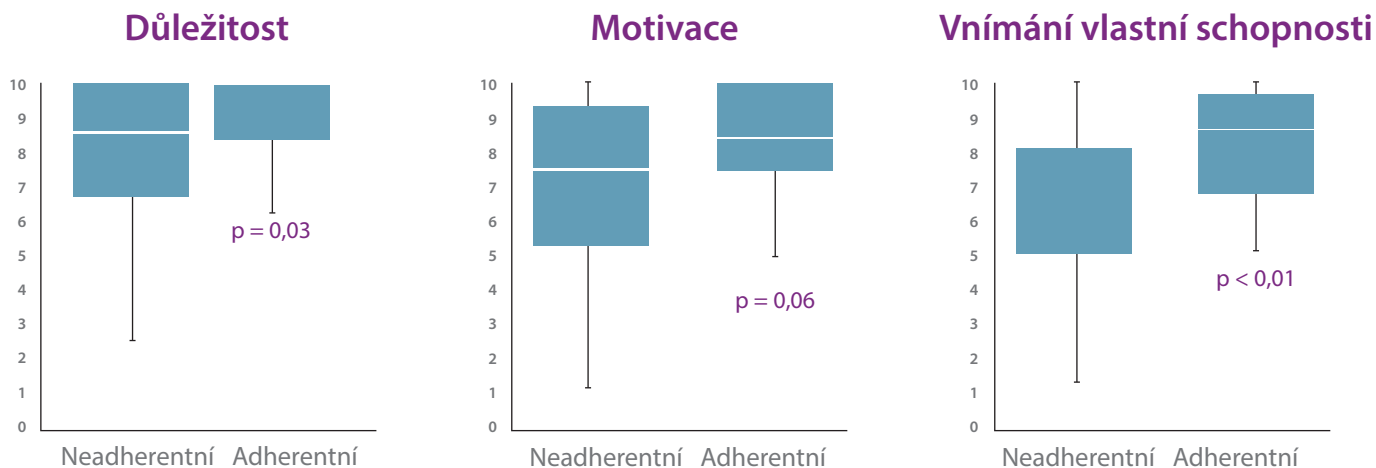
Přesvědčení o tom, co by měl pacient dělat, jsou ovlivněna hodnotami pacienta („Jak moc je pro mě správné užívání léků důležité?“), typem osobnosti („Co jsem dělal v minulosti?“), subjektivními normami, tj. společenským tlakem („Co si ostatní myslí, že mám dělat – můj lékař, přátelé, maminka atd. – a jak moc mi na tom záleží?“) a vnímáním vlastní

schopnosti, tj. sebejistotou („Kdybych chtěl/a, dokážu se změnit?“). Můžeme to shrnout jako (i) co se od pacienta očekává? a (ii) jak důležité to pro pacienta je?

Názory na léčbu jsou zásadní. Ty byly popsány jako hledání rovnováhy mezi vlastními potřebami (např. „Jak moc to potřebuji?“) a obavami (např. „Budu mít nějaké nežádoucí účinky?“) (Horne a Weinman, 1999). Motivace zahájit léčbu a vytrvat v ní je orámována obavami a potřebami (Horne a Weinman, 1999), kdy jsou úsudky o osobní potřebě dané léčby („nezbytnosti“) ovlivněny strachem z možných nežádoucích účinků („obavami“). Metaanalýzy ukazují, že suboptimální adharence úzce souvisí s pochybnostmi o osobní potřebě léčby a dalšími obavami (Bucks a kol., 2009; Horne, 2005).

Nedávná studie prokázala rozdíly v názorech pacientů o překonávání překážek a dodržování léčby: konkrétně v důležitosti léčby, motivaci k léčbě a ve vnímání vlastní schopnosti překonat překážky. Údaje naznačují, že pacienti, kteří pokyny dodržují, měli výrazně vyšší vnímání důležitosti a vyšší motivaci k léčbě než pacienti, kteří pokyny nedodržují. Bylo zjištěno, že vnímání vlastní schopnosti je velmi silným faktorem adharence, kdy pacienti, kteří pokyny dodržují, hlásí vyšší míru sebedůvěry ohledně vlastní schopnosti překonávat překážky při dodržování léčby než pacienti, kteří léčbu nedodržují (obr. 2; Riekert, 2012).

Rozdíly v názorech o léčbě pacientů, kteří jsou adherentní a kteří jsou neadherentní



Upraveno podle Riekertové, 2012.

2.1.1.4 Znalosti a porozumění

Ačkoli všeobecné znalosti o CF přímo nesouvisí s mírou adherence, porozumění konkrétní léčbě se považuje za důležité (Kettler a kol., 2002). Někteří pacienti a jejich rodiny nemají pro adherenci potřebné znalosti či dovednosti, někteří se rozhodli informace potlačit v rámci svého stylu zvládání závažných situací, zatímco jiní se považují za znalé a pokyny dodržují, ale učiní informované rozhodnutí léčbu podle pokynů nedodržovat, jelikož mají odlišné cíle léčby než jejich lékaři (Duff a Latchford, 2010).

2.1.2 Systémové faktory

Rodiny pacientů jsou obvykle hlavními zdroji podpory. Na pacienta mají velký vliv. Mezi péčí o CF a fungováním rodiny existuje vzájemný vztah. Již více než dvě desetiletí je známo, že efektivní komunikace a organizační dovednosti v kombinaci s rodinami, které řeší potřeby všech svých členů, jsou spojeny s lepšími zdravotními výsledky. Naopak dysfunkční rodiny a stres mají škodlivý dopad (Duff a Oxley, 2014). Rodinné neshody, nadměrné zapojení a špatná komunikace jsou u dětí spojeny s problémy s adherencí. Předpokládá se, že to negativně ovlivňuje zdravotní výsledky CF, a to kvůli neschopnosti rodiny optimalizovat adherenci

k léčbě (Patterson a kol., 1993). Užitečným konceptem, který je ve vztahu k rodinné dynamice třeba mít na paměti, je napětí mezi odstředivou a *dostředivou* silou. Normální tendence dospívajících mají vůči nukleární rodině odstředivý efekt – dospívající touží odejít a stát se nezávislymi. Pokud má dospívající chronické onemocnění, dochází však k opačnému účinku (tzv. *dostředivému* efektu), který vede k pokračující závislosti na rodičích, úzkostem rodičů a problémům ponechávat dospívajícímu volnost ve stěžejním období vývoje, kdy je zásadní snaha o získání nezávislosti a její dosažení.

Nadměrná angažovanost rodičů nebo partnerů je vždy hluboce zakořeněná v pocitech úzkosti a viny. Systematická analýza ukázala, že rodiče, zejména matky, mají tendenci ke zvýšeným psychickým problémům, zejména úzkostem (Berge a Patterson, 2004). V britském rameni studie The International Depression/anxiety Epidemiology Study (TIDES-UK) rodiče vyplňovaly dvě měřítka úzkosti a deprese. Údaje z obou měření ukázaly, že více než pětina respondentů uváděla střední až závažnou úzkost, přičemž se odhadovaná míra deprese pohybovala mezi 5 a 28 % v závislosti na použitém měření (Duff a kol., 2014).

Kořeny rodičovské úzkosti je třeba prozkoumat hlouběji, ale téměř jistě zahrnují: návštěvy kliniky, čekání na výsledky běžných kultivačních a spirometrických vyšetření a identifikaci nových bakteriálních kolonií vyžadujících hospitalizaci. Rodičovské povědomí o bakteriálních nákazách (např. *Pseudomonas aeruginosa*) může vést k přehnanému vnímání nebezpečí nebo dalším nedorozuměním a k omezení společenských aktivit dítěte na úkor kvality života (Ullrich a kol., 2002).

2.1.3 Faktory související s léčbou

Jak je uvedeno v části 1.1, složitost režimu může ovlivnit úroveň adherence. Obecně je adherence horší, pokud režim:

- je obtížný nebo komplikovaný;
- je časově náročný;
- neposkytuje žádnou okamžitou zpětnou vazbu, která by pacienta informovala o tom, že léčbu užívá správně;
- nemá žádný okamžitý přínos;
- má negativní důsledky;
- zasahuje do soukromí a CF „zviditelňuje“.

Úkoly, které zaberou mnoho času, se často odkládají (pro jednotlivce může být těžké udržet si nadšení, pokud se očekává, že něco bude muset dělat v dohledné budoucnosti po delší dobu). Některé faktory jsou méně nápadné: pro jednotlivce může být obtížné něco dělat, když nedostává okamžitou zpětnou vazbu o tom, zda léčbu užívá správně (nebo zda z toho vůbec má nějaký prospěch). Například zubní pasty jsou navrženy tak, že získáte svěží pocit v ústech, který vyvolává pocit, že jsou prospěšné.

2.2 Měření adherence

Přesné měření adherence je velmi důležité, protože údaje budou sloužit k informování a podpoře pacientů při léčebných postupech. Proměnlivé a nespolehlivé techniky měření (např. vlastní hlášení, počítání lahviček a vyzvednutí předpisu) jsou důležité faktory, které způsobují nekonzistenci v uváděných mírách adherence. I v případech, kdy je pacientovo pochopení jak nemoci, tak léčebného plánu uspokojivé, je přesné měření míry adherence (vyjádřené v procentech užití předepsané léčby) metodologicky obtížné.

Běžně uváděné problémy souvisejí s vlastním hlášením, kdy respondenti používají různé časové měřítka či odpovídá více respondentů (např. rodiče a děti). I když elektronické monitorování je považováno za spolehlivější, úmyslné vyhazování léků a nepřesná technika zařízení mohou výsledky stále zkreslovat (Duff a Latchford, 2010). S výjimkou technologie Adaptive Aerosol Technology™ (Denyer a Nikander, 2010), která elektronicky zaznamenává použití nebulizátorů pouze při vdechování, nebyl dosud pro CF vyvinut žádný zlatý standard hodnocení (Quittner a kol., 2008).

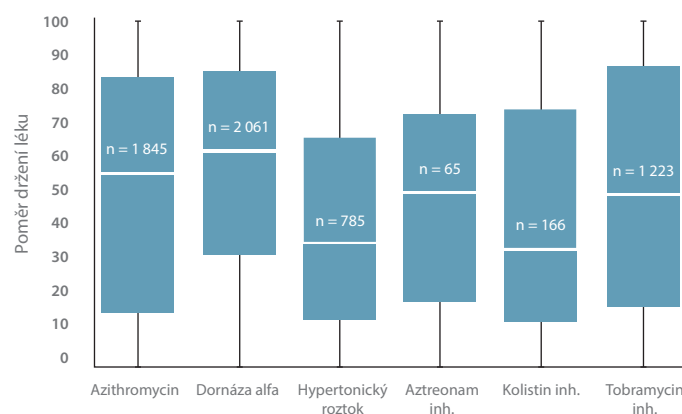
Pro lékaře, kteří se o adherenci svých pacientů zajímají, je proto zásadní dodržovat stávající pravidla nejlepší možné praxe. Ty zahrnují (i) měření znalostí o onemocnění a léčbě, porozumění onemocnění a plánu léčby a faktorům, které brání adherenci na úrovni jednotlivce i rodiny (ii) zavedení komplexních plánů léčby s písemnými kopiemi pro pacienty a rodiče, (iii) triangulace údajů použitím nejméně dvou způsobů hodnocení (např. každodenního zápisu

do deníku a elektronického monitorování) s následným prozkoumáním shody mezi dvěma nebo více výsledky, mezi nimiž elektronická data mají přednost, a (iv) provádění výzkumu pomocí regresního nebo hierarchického lineárního modelování k zohlednění chyb a rozptylu měření (Quittner a kol., 2008).

Ve Spojených státech je stále oblíbenějším způsobem měření adherence MPR. Když pacient užije všechny dostupné léky, ale nové předepsání nebo doplnění léku odkládá, nemá již žádné další léky k dispozici. MPR je poměr počtu dnů, po které má pacient medikaci k dispozici, vydělený celkovým počtem dnů, po které byl pacient pozorován. Pacient s dokonalým dodržováním pokynů by tedy měl mít MPR 1,0 nebo 100 %. U většiny stavů se adherence obvykle měří po dobu 12 měsíců (Kozma a kol., 2013). U CF se MPR stává užitečným způsobem, jak získat přesný odhad adherence, přičemž bylo prokázáno, že se liší v závislosti na léku. Tato odchylka byla prokázána v nedávné studii, která na velkém vzorku pacientů s CF hodnotila míru adherence při užívání plicní medikace a její souvislost s charakteristikami pacientů. U každého pacienta byl vypočítán MPR pro každý lék v průběhu 12měsíčního období (Quittner a kol., 2014). Obr. 3 ukazuje variace MPR u různých léků na plicní onemocnění analyzovaných v této studii (Quittner a kol., 2014).

V praxi je také přínosné, když má lékař k dispozici užitečné nástroje, které mu umožní zjistit, *jak se pacientům léčba daří* na základě jejich vlastního hodnocení. Lze se jednoduše zeptat, ale použití stručných pomůcek se zdá být užitečnější. Vyvinuli jsme nástroj nazvaný Stručná škála pro hodnocení adherence (Brief Adherence Rating Scale, BARS), který využívá tří vizuálních analogových škál týkajících se

Obr. 3. Změna dodržování pokynů u jednotlivých léků na plicní onemocnění



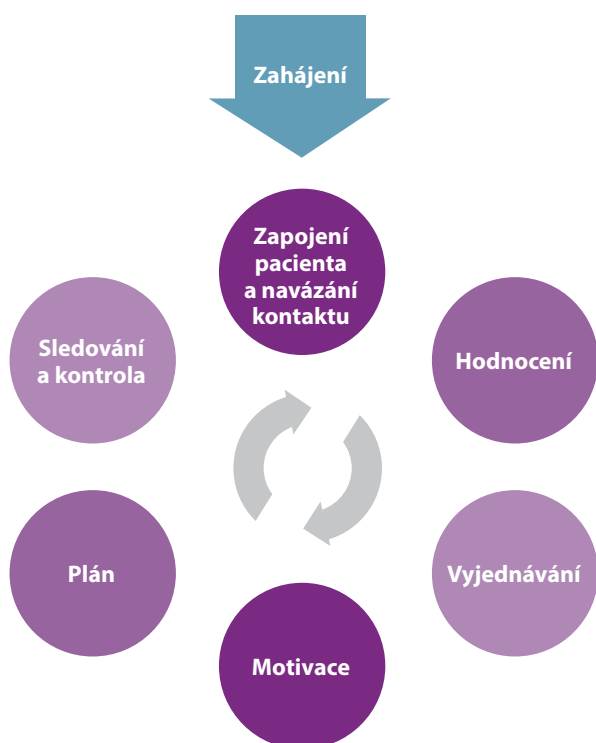
Upraveno podle Quittnera a kol., 2014. Copyright © 2014 American College of Chest Physicians.

pacientova pocitu, jak dobře se mu v léčbě celkové daří, zda je pro něj léčba jednoduchá a zda si myslí, že potřebuje něco změnit. Tento nástroj je určen spíše jako pobídka k diskusi než jako spolehlivé měřítko, lze jej ale snadno použít k zahájení konverzace nebo sledování změny v průběhu času. Nástroj Stručná škála pro hodnocení adherence naleznete v příložené sadě nástrojů pro adherenci. Abychom vám při diskusích s pacienty dále pomohli, vyvinuli jsme také nástroj nazvaný vizuální analogová škála pro adherenci a non-adherenci (Visual Analogue Scale for Adherence and Non-Adherence, VASANA). Tento nástroj lze použít ke sledování toho, jak dobře pacienti užívají konkrétní léky, a může pomoci zaměřit se v diskusi na léky, s nimiž mají pacienti problémy. Nástroj VASANA je k dispozici na webových stránkách CF CARE (www.cfcare.net).

2.3 Intervence

Práce prováděná s pacienty na zvýšení jejich adherence se skládá ze šesti klíčových fází, které jsou popsány v částech 2.3.1 až 2.3.6. Tyto fáze musejí probíhat v kontextu běžných návštěv kliniky a oddělení, nikoli během samostatných konzultací.

Obr. 4. Šest klíčových fází procesu pomoci pacientům zvýšit adherenci



2.3.1 Navázání kontaktu a spolupráce: s pacientem navažte vztah založený na spolupráci

Intervence začínají diskusí. Aby však lékař mohl s pacientem efektivně diskutovat o potenciálně citlivých tématech, musí existovat pocit propojení a navázaného kontaktu. Data

naznačují, že v období od srpna 2006 do července 2007 byly problémy s komunikací druhou nejčastější stížností u NHS (Healthcare Commission, 2008). Možná to není překvapivé vzhledem k tomu, že lékaři často podceňují, kolik interakcí a diskusí pacienti chtějí (Ong a kol., 1995). Při hodnocení národních školicích programů komunikačních dovedností v onkologické péči bylo zjištěno, že se lékaři na pacienty více zaměřují a v průběhu následného hodnocení se jejich empatie s pacientem v klinickém prostředí zvyšuje až o 69 % ve srovnání s počátečním výchozím stavem (Fallowfield a kol., 2002).

V oblasti péče o pacienty s CF se z toho lze v mnohém poučit a ukazuje se, že investování času do rozvoje dobrých komunikačních dovedností se při zapojování pacientů několikanásobně vrací. Základem dobré komunikace je naslouchání. Naslouchání a porozumění napomáhají získat od pacientů při konzultacích maximum klinických informací. Je důležité si uvědomit, že dobré naslouchání není pasivní proces a zahrnuje více než jen tiché sezení. Aktivní naslouchání vede k aktivnímu zapojení pacientů do zdravotní péče a ke skutečné spolupráci se zdravotníky. Také to vede k upřímnějšímu a ve výsledku užitečnějšímu dialogu. Aktivního naslouchání dosáhnete tak, že budete naslouchat a vnímat:

- obsah zprávy a
- pocity řečníka
- bez přerušování a
- bez odsuzování.

Optimální reakci pak popisuje výraz „OARS“

(Miller a Rollnick, 1991):

- Otevřené otázky (**Open-ended questions**): Na tyto otázky nelze odpovědět jedním slovem nebo frází. Například místo otázky: „Pijete rád/a?“ se lékař může zeptat: „Jaké máte pocity ohledně pití alkoholu?“
- Ujištění (**Affirmations**): Lékař může podpořit a komentovat pacientovy silné stránky, jeho motivaci, záměry a pokrok. Udržování morálky je opravdu důležité, zejména pokud po pacientovi chceme, aby učinil náročný krok, jako například úspěšné zvládnání léčby, kdy bude důležitým faktorem sebedůvěra.
- Reflektivní naslouchání (**Reflective listening**): Lékař může ukázat, že pacientovi naslouchá a rozumí mu tím, že bude reflektovat, co pacient říká. Existují různé způsoby, jak to provést, od jednoduchého (reflektování toho, co bylo právě řečeno, možná s pozměněním několika slov) až po složitější (reflektování významu toho, co bylo řečeno – nebo alespoň toho, jak jsme řečenému porozuměli).
- Shrnutí (**Summaries**): Shrnutí toho, o čem se diskutovalo, může být opravdu užitečné. Poskytuje pěknou přestávku v konverzaci předtím, než se vydá jiným směrem. Spojení různých úvah může mít také velmi silný efekt – může například ukázat různé způsoby, kterými jedinec popsal své obavy.

Ve vztahu s pacientem založeném na skutečné spolupráci mohou lékaři vést otevřenou a upřímnou diskusi.

Pacientovi průběžně poskytujeme další informace a znalosti a podporujeme pacienta v tom, aby byl sám schopen rozhodovat o věcech, které se ho týkají. Při takových interakcích mají pacienti pocit, že mají léčebný režim pod určitou kontrolou. Mají dostatek informací a znalostí o CF, které jim umožňují diskutovat s týmem z informované perspektivy.

Spolupráce je klíčem k úspěchu. Bez ní nebudou mít k týmu dostatečnou důvěru, aby se mu svěřili, jak se skutečně vyrovnávají se svou léčbou a jak dobře se jim daří dodržovat pokyny. Je také méně pravděpodobné, že budou věřit a řídit se radami.

Důležitost navázání smysluplné komunikace s pacienty prostřednictvím reflektivního naslouchání a důkladného aplikování OARS naleznete v části 3.3.1.

2.3.2 Hodnocení

Dobré hodnocení se nezaměřuje pouze na současné chování ovlivňující adherenci, i když i to je důležité. Hodnocení by mělo zahrnovat všechny faktory, které mohou mít na chování ovlivňující adherenci vliv. Úplné hodnocení by obecně mělo:

- zjistit současné chování,
- zjistit aktuální znalosti,
- zjistit aktuální názory,
- prozkoumat roli pacientovy rodiny/přátel/partnera/partnerky,
- prozkoumat zdroje,
- prozkoumat překážky/pomocníky,
- podrobně prozkoumat všechny problémové situace.

2.3.3 Vyjednávání

Jak bylo uvedeno v předchozích částech, je důležité zvážit, jak lze terapeutický vztah nejlépe využít ke zlepšení adherence. Zásady skutečné spolupráce mají za následek:

- otevřené a upřímné konverzace,
- naslouchání a porozumění aktivně zapojenému pacientovi,
- získávání klíčových sdělení.

Efektivní diskuse a vyjednávání léčebného plánu se může uskutečnit jen ve vztahu založeném na skutečné spolupráci.

Lékaři v týmech CF často čelí následujícím dilematům:

1. „Není dosažení kompromisu rizikové, pokud přistoupíme na snížený léčebný režim s nadějí, že dosáhneme bodu, kterého se pacient dokáže držet?“
2. „Je lepší, když bude pacient dodržovat léčbu jednou denně každý den nebo léčbu dvakrát denně, ale nepravidelně?“
3. „Kolik léčby musí pacient dodržovat, aby se mu nepřitížilo?“
4. „Je přijatelné užívat 50 % předepsané léčby, pokud se dosáhne kontroly příznaků?“

I když týmy CF nesou klinickou zodpovědnost a nemohou

snížený režim zjevně ignorovat, musí být tato pozice vyvážena realistickým hodnocením toho, co bude pacient po propuštění z hospitalizace nebo opuštění kliniky skutečně dodržovat.

V mnoha případech bude nutné s pacientem toto dilema sdílet. Diskuse by mohla být zahájena pomocí následujícího přístupu:

„Jako váš lékař mám povinnost poskytovat vám co nejlepší péči a poradit vám ohledně léčebného plánu, který toho dosáhne. Rozumím ovšem tomu, že říkáte, že dodržování tohoto plánu je pro vás právě teď tak obtížné, až je neproveditelné. Jakým směrem *se teď můžeme vydat?*“

Při vyjednávání je třeba vzít v úvahu tři věci

S kým musíme vyjednat?	Pacienti, rodiče, pečovatelé, partneři, sourozenci
Co potřebujeme vyjednat?	Pouze ty aspekty léčby, které pacient nedodržuje optimálně.
Kdy vyjednáváme?	Když je jisté, že pacient má dobré znalosti a porozumění předmětné léčby. Když tradiční pokus o podporu pacienta při dodržování pokynů selhal.

2.3.4 Motivace

Myšlenka změny visí ve vzduchu, ale rozhodnutí samozřejmě spočívá na pacientovi. Jsme si vědomi toho, že pro jednotlivce je vždy jednodušší možností zůstat stejný, zejména pokud je změna, nad kterou uvažujeme, obtížná a znamená konfrontaci s děsivými nebo znepokojujícími myšlenkami o nemoci.

Víme, že je vždy lepší pomoci pacientům, aby si na řešení přišli sami, než aby jednali na základě návrhu ze strany klinického pracovníka. Jak by se tedy měl lékař pokusit vyřešit předsudky ohledně udržování *stávajícího* stavu? Lékař může tento problém vyřešit tím, že pomůže pacientům prozkoumat všechny jejich myšlenky a pocity ohledně volby, zda se změnit či nikoli. V zásadě to bude znamenat konfrontaci mezi nekompatibilními či nekonzistentními názory. Teorie „kognitivní disonance“ je užitečným konceptem k pochopení tohoto procesu. Termín „kognitivní disonance“ navrhl Leon Festinger (Festinger L., 1957), aby popsal situaci, kdy existují dvě nekompatibilní tvrzení, která nemohou být obě pravdivá.

Rozporující tvrzení, například když se někdo domnívá, že by měl něco dělat, ale nedělá to (např. přestat kouřit), způsobuje, že se lidé cítí nepříjemně, a pokud se s nimi zachází správným způsobem, lze je využít jako hybné činitele změny.

Ke zjištění rozporů mezi myšlenkami a chováním pacientů je třeba použít schopnost aktivního naslouchání (to se často označuje jako „rozvíjení rozporu“). To umožňuje posoudit, jak důležité je podle pacientů to, aby se změnili (tj. zvýšili svou adherenci), a jak jsou si s dosažením změny jistí. Ve skutečnosti si toho jsou většinou pacienti vědomi, ale někteří tíhnou k tomu, aby o věcech, které nedělají (ale měli by), nepřemýšleli, stejně jako o věcech, které způsobují, že se cítí provinile nebo nepříjemně.

Rozvíjení rozporu mezi cíli nebo hodnotami pacienta a jeho současným chováním je podrobněji probráno v části 3.3.2.

2.3.5 Plán

Když se jednotlivec rozhodne se změnit, může o úspěchu nebo neúspěchu rozhodnout stanovený plán. Prvním krokem během fáze plánování je stanovení cílů. Je lákavé stanovit si neurčité cíle, např. „užiju všechny své léky“ nebo „prostě se zlepším“. Pokud však cíle nejsou jasné, může se změna ukázat jako problematická a úspěch téměř jistě nebude možné posoudit. Nejlepší jsou takové cíle, které dodržují kritéria „SMART“:

- specifická (S)pecific),
- měřitelnost (M)easurable),
- dosažitelnost (A)ttainable),
- relevance (R)elevant),
- časová omezenost (T)ime-bound).

SMART umožňuje jednoznačně definovat cíle, které budou měřitelné s přijatelnou mírou jistoty, realistické, přizpůsobené záměrům pacienta a dosažitelné v přiměřeném časovém rámci. Stojí za to poznamenat, že obvykle je nejlepší začít malými přípravnými kroky, aby se sebedůvěra pacienta mohla postupně zvyšovat.

Po odsouhlasení cílů lze dokončit plán změny. Sepsání plánu změny pacienta zaváže ke změně a připomene mu důvody, proč chce změnu provést. Pomůže se pacientům soustředit na to, co budou ve skutečnosti dělat, a také jim pomůže zvážit faktory, které mohou změnu usnadnit (nebo znesnadnit). Obecně platí, že lidé mají větší pravděpodobnost dodržet věci, které si zapíší, čímž učiní svůj závazek o něco formálnější.

Vyvinuli jsme nástroj Individuální léčebný plán (Individual Treatment Plan, ITP), který může pacientům pomoci převzít kontrolu nad svou léčbou a překonat překážky v dodržování adherence k léčbě. Tento vzorový dokument naleznete na webových stránkách CF CARE (www.cfcare.net).

Klíčem k úspěšné změně je plánování. Ačkoli může být většina lidí netrpělivých pro provedení změny, pokus o změnu bez přípravy pravděpodobně povede k selhání. Druhým nejčastějším důvodem selhání je to, že se vůbec nezačne. Dokonce i když je rozhodnutí učiněno, je snadné odkládat začátek.

Kdykoli se někdo začne měnit, je velmi pravděpodobné, že se po cestě setká s překážkami. Tyto překážky mohou zpozdit nebo zastavit proces změny nebo i zcela zabránit jeho zahájení. Užitečnou strategií, která pacientům pomáhá překonávat překážky, je přijmout plán uskutečnění záměru (Implementation Intention Plan, IMP). Výzkumy ukazují, že použití této jednoduché techniky může mít střední až velký vliv na míru dosažení cílů (Gollwitzer a Sheeran, 2006; Gollwitzer a Sheeran, 2008).

IMP pomáhá pacientům připravit akční plán pro případné překážky ke změně. Trávit čas předvídáním toho, jaké překážky by to mohly být, je samo o sobě užitečné, tato technika ovšem také zahrnuje generování možných řešení. Nejdůležitější je, aby byly překážky a jejich řešení zapsány ještě před pokusem o změnu, což znamená, že je řešení dobře připraveno ještě před tím, než se problém vyskytne. Překážky a řešení je třeba napsat ve formátu, který neponechává žádné pochybnosti o tom, co se stane:

„Pokud se stane _____, udělám _____.“

Během procesu plánování budou pro pacienta velmi užitečné zkušenosti a znalosti lékaře. Je důležité, aby se lékař vyvaroval toho, že bude pacientům říkat, co mají dělat, „z pozice odborníka“. Namísto toho by se měl pacienta zeptat, zda by mu pomohlo, kdyby věděl, co jiní pacienti považují za užitečné. „Provádění“ je velmi vhodný popis tohoto procesu – poradenství, naslouchání a přizpůsobení se potřebám pacienta.

Cílem každé změny chování je zajistit, aby bylo rutinní, takže se chování stane automatickým (habituálním). V prvních dnech by se cílové chování mohlo záměrně přidat k již zavedeným zvyklostem tak, aby se začlenilo do každodenních činností nebo rutiny. Případně lze použít určité podněty jako připomínky pro pacienta. Mezi příklady takových podnětů patří:

- alarm na mobilním telefonu, nálepky, umístění léků na místo, kde budou na očích;
- chování začleněné do stávajících návyků nebo sekvence chování použité jako podnět (např. čištění zubů);
- využití přátel/rodiny/partnera/partnerky (jak si určí pacient) jako zdroje podpory a připomenutí.

Další užitečnou technikou je povzbudit pacienta, aby si představil možné problémy a to, že se s nimi bude úspěšně vypořádávat pomocí předem naplánovaných reakcí, na kterých se společně dohodnete. Díky procesu vizualizace je mnohem pravděpodobnější, že se s nimi pacient bude lépe vyrovnávat i v reálném životě.

Jak bylo uvedeno dříve, je důležité pamatovat na to, jak důležitou roli hrají pacientovy názory. Může se stát, že tyto názory budou vyvstávat během fáze plánování, takže je nejlepší být připraven je s pacientem probrat.

Posledním tipem je pozitivní posílení. Všeobecně rozšířeným mýtem je, že nejsilnější způsob, jak dosáhnout změny chování, je hrozba trestu. Ve skutečnosti je ovšem mnohem silnějším podnětem pozitivní posílení a lze jej efektivně využít při pomáhání pacientovi naplánovat změnu. Je vhodné, aby lékař trávil čas stanovením toho, co by pacienti mohli udělat, aby se odměnili, pokud uspějí ve změně – způsob a čas, kdy se může pacient odměnit, by měly být jasně jmenovány. Užitečné je také vše zaznamenávat. Je důležité, aby pacient odměny skutečně využíval, jelikož jen tak dojde k asociování

chování s odměnou. Nejeftivnější formy pozitivního posílení jsou ty psychologické, protože dávají pacientovi pocit, že má vše pod kontrolou a že dělá správnou věc, a zároveň mu dodávají hrdost a sebevědomí. Na druhou stranu většina z nás také reaguje na více materiální odměňování (ať už se jedná o nakupování či čokoládu!).

2.3.6 Sledování a kontrola

Poslední fází je sledování toho, co se stane poté, kdy pacient zahájí změnu. Je důležité stanovit čas, kdy bude pokrok zhodnocen, kdy se zamyslíte nad dosaženými úspěchy a případně upravíte plán, pokud nebude fungovat. Především je důležité udržet si morálku, a i nadále se soustředit na změny. Změna není snadná a často vyžaduje několik pokusů, aby se dostavil úspěch.

Když lidé dosáhnou změny, někdy to zapomenou ocenit. Někdy reagují komentáři jako „to nebylo nic výjimečného – měl jsem to udělat už před lety“. Může to být proto, že mají pocit viny, že potřebovali cizí podporu, aby se mohli změnit. V těchto situacích je důležité proces normalizovat – připomenout pacientům, že mnozí lidé mají se změnami potíže, a poukázat na to, jak dobře se jim změna daří. Pokud lékař naplánoval odměnu, měl by se ujistit, že ji pacient skutečně využil.

Nejlepším způsobem, jak zajistit, aby pacient pokračoval ve změnách, je pomoci mu, aby se sám přesvědčil o pozitivním účinku změn.

3 MOTIVAČNÍ ROZHOVOR (MR) A ZMĚNA CHOVÁNÍ

3.1 Pozadí MR

Motivační rozhovor je intervence určená pro situace, kdy pacient potřebuje provést změnu chování, ale sám si tím není jistý, což někdy může vést až k nepřátelskému postoji vůči myšlence na změnu. Vychází z koncepce, že prvním krokem každé konzultace je zahájení konverzace. Poté využívá konkrétní strategie k tomu, aby tento rozhovor směřoval ke změně.

Pozadí MR spočívá v léčbě lidí, kteří měli problémy s alkoholem. Tradičním přístupem bylo konfrontovat člověka s následky jejich problémového pití alkoholu, protože panovala představa, že dokud si problém nepřipustí, nikdy se nezmění.

Když se to však dělo, lidé, kteří byli konfrontováni, se bránili tím, že odmítali, že by měli problém. Není to překvapivé, vzhledem k tomu, že pro lidi není snadné slyšet, že jsou alkoholici, kteří si ničí vlastní život. Mnoho z nich reagovalo tak, že byli k problému hluší a poradcům jejich argumenty vyvraceli („Nepiju o nic víc, než kdokoli jiný...“). Pro poradce pak bylo lákavé svádět vinu na pacienty a tvrdit, že „nemají pevnou vůli“ nebo „nemají motivaci“.

První práci, která se MR zabývala, sepsal psycholog Bill Miller v Novém Mexiku (1983), který čerpal z vlastní klinické praxe. Na rozdíl od převažujícího názoru navrhl, že místo toho, aby se popírání považovalo za nedostatek pevné vůle nebo

motivace k vyřešení problému, může být užitečnější na něj nahlížet jako na výsledek situace při poradenském sezení, tj. odporu a popření následkem konfrontace.

Bill Miller dále navrhl řadu způsobů, jak se poradce může pokusit vyhnout konfrontaci, což položilo základy MR (Miller, 1983). MR byl dále rozvíjen ve spolupráci s psychologem Stephenem Rollnickem, klinickým psychologem původně z Jižní Afriky, který poté pracoval se závislostmi ve Velké Británii. Stephen Rollnick chápal, jak je tento přístup relevantní v přístupu k nastavení fyzického zdraví, zejména ke změně životního stylu a pozdějšího dodržování pokynů. Bill Miller a Stephen Rollnick od té doby dále spolupracovali na první knize o MR a mnoha dalších publikacích (např. Miller a Rollnick, 1991; Rollnick a Miller, 1995; Rollnick a kol., 2007).

„Nasměrování, styl poradenství zaměřený na klienta pro vyvolání změny chování tím, že klientům pomáhá zkoumat a řešit ambivalenci.“

(Rollnick a Miller, 1995)

Někdy se může zdát zvláštní, že MR je popisován zároveň jako zaměřený na pacienta a direktivní, jelikož přístupy zaměřené na pacienta tradičně nejsou direktivní. Přesto je to dobrý popis, protože cílem intervence je povzbudit pacienta, aby změnil své chování.

3.2 Teorie MR

3.2.1 Hlavní zásady MR

Ačkoli má MR kořeny v klinické praxi, je nyní zřejmé, že hlavní principy MR mají velmi dlouhou historii. Lze je shrnout do šesti obecných zásad:

Zásada 1: Lidem by se nemělo říkat, co mají dělat

I když lékař poskytuje správné rady, většina lidí obecně nedodrží pokyny jen proto, že jim to bylo zkrátka řečeno. Pokud lidé necítí, že mají možnost volby, chtějí dělat cokoli, co jim bylo řečeno, aby nedělali – aby prokázali, že mají stále svobodnou vůli. Tento fenomén je popsán jako „teorie reaktance“ a vyvinul ji Jack Brehm v roce 1966.

Zásada 2: Naslouchání

Pokud lékař nedokáže poslouchat a zapojit pacienty do konverzace, je nepravděpodobné, že by se pacient změnil. Tato část MR má své kořeny v poradenství zaměřeném na pacienty dle návrhu Carla Rogerse, který argumentoval, že změnu lze usnadnit tím, že terapeut používá nedirektivní styl, je empatický, upřímný ve své snaze porozumět, vřelý ve svých odpovědích a po většinu času je tím, kdo naslouchá (Rogers, 1975).

Zásada 3: Pacient by měl sám říci lékaři, že se potřebuje změnit

Nejlepší věc, která se může stát, je, když pacient sám řekne lékaři, proč by se měl změnit. Pokud to pacient řekne sám, aniž by se o tom nejdříve zmínil lékař, jde o mnohem silnější aspekt. Silnější bývají také důvody ke změně – pokud někdo

něco dělá proto, že si o tom sám myslí, že je to správně, je pravděpodobnější, že to uskuteční, než kdyby to dělal, aby potěšil někoho jiného.

Zásada 4: Kognitivní disonance

Jak bylo uvedeno v části 2.3.4, kognitivní disonance byla navržena Leonem Festingerem (1957) jako rys situace, ve které lidé mají problém rozhodnout se pro změnu, což jim způsobuje nepříjemné pocity – pokud se s nimi zachází správně, mohou být hybným činitelem změny.

Kognitivní disonance je velmi silný fenomén, se kterým se všichni setkáváme. Odkazuje na ni MR (nebo na související koncept ambivalence) s cílem využít pochopení jejích principů k povzbuzení změny. Pokud se na kontrast mezi dvěma volbami upozorní, lidé pocítují nutkání vyřešit střet tím, že si vyberou.

Zásada 5: Lidé se před pokusem o změnu musí cítit sebejistě

I když jsou pacienti přesvědčeni o nutnosti změny, pokud se necítí sebejistě, je málo pravděpodobné, že se o změnu skutečně pokusí. V horším případě se můžou cítit i depresivně, když si tuto obtížnou situaci uvědomí. Pokud je sebevědomí vysoké, pacienti se budou cítit sebejistěji a mnohem pravděpodobněji uspějí. MR výslovně zdůrazňuje nutnost udržet si vysokou morálku.

Zásada 6: Rozpolcenost je normální

Pro lidi je normální, že si nejsou jistí tím, co mají dělat, zejména pokud je volba obtížná nebo zahrnuje obtížnou změnu.

3.3 Strategie MR

„Motivační rozhovory mají praktické zaměření. Motivační rozhovor spíše využívá strategie přesvědčování než nátlaku, podpory než konfrontace. Tazatel provádějící motivační rozhovor si musí udržet silný smysl účelu, jasnou strategii a dovednosti pro dosažení tohoto účelu, jakož i smysl pro správné načasování zásahu konkrétními způsoby v rozhodných okamžicích.“

(Miller a Rollnick, 1991, str. 51–52).

Čtyři klíčové strategie MR jsou (Miller a Rollnick, 1991):

- 1. vyjadřování empatie reflektivním nasloucháním,**
- 2. rozvíjení rozporu mezi cíli/hodnotami a aktuálním chováním,**
- 3. přizpůsobování se odporu namísto přímé konfrontace,**
- 4. podpora vnímání vlastní účinnosti a optimistického náhledu.**

Lékaři, kteří si osvojili motivační rozhovor jako preferovaný styl, zjistili, že v raných fázích léčby je užitečné zejména použití metody OARS (otevřené otázky, ujištění, reflektivní naslouchání a shrnutí nastíněné v části 2.3.1) a vyvolání sebemotivačních prohlášení (kdy pacient sám vyjadřuje své obavy a úmysly, na rozdíl od pokusu přesvědčit pacienta o nezbytnosti změny).

3.3.1 Vyjadřování empatie reflektivním nasloucháním

Prvním cílem lékaře při práci s pacientem je zahájení konverzace. I když lékař může mít o pacienta obavy, zejména když je změna chování naléhavě nutná, rychle nasazené intervence mohou být k ničemu, pokud lékař reflektivně nenaslouchá. Nezáleží na tom, zda má systém zdravotní péče přístup k nejlepší dostupné léčbě; pokud se pacient nedostaví na další návštěvu, nemůže z ní mít prospěch. Jedná se o obtížnou situaci, ale většinou je důležitější, aby lékaři spolupracovali s pacienty tak, aby s větší pravděpodobností reagovali na to, co jim lékaři říkají, a k lékařům se vraceli, než aby lékaři jen procházeli úplný seznam věcí, které je třeba provést.

Lze mluvit o tom, že rozhovory fungují na dvou úrovních. Na první (povrchní) úrovni jsou interakce zdvořilé, formální a stagnující. Na druhé, hlubší úrovni si lékaři udělají čas, aby zjistili, co pacient prožívá a jak se cítí. První úroveň popisuje většinu konzultací, ke kterým v klinickém prostředí dochází. Pro velkou většinu případů je to dostačující. Někdy však první úroveň k pochopení problémů pacientů nestačí a nemůže jim pomoci. Druhá úroveň popisuje rozhovory, které lidé mají se svými blízkými a dalšími lidmi, kterým důvěřují. Pokud existuje významný problém, který brání adherenci, je nepravděpodobné, že by byl zmíněn v klinickém prostředí, pokud se konverzace neposune na hlubší úroveň.

Většina lidí dokáže vést rozhovory na hlubší úrovni a aspoň občas je vedeme všichni. Nicméně lékaři na klinice obvykle používají způsob interakce, který udržuje rozhovor na

povrchnější úrovni. To je velmi dobrý způsob, který umožňuje lékařům se soustředit a efektivně využívat čas. Někdy si však lékař musí dát svolení k využití své přirozené dovednosti posunout rozhovor s pacientem na hlubší úroveň, aby mu mohl pomoci vyřešit problémy s adherencí.

Lékař může využít celou řadu dovedností, aby se pacient cítil pohodlně a dokázal se mu otevřít, aby cítil pochopení, pokud se mu svěří s náročnějšími emocemi. Toho lze dosáhnout pomocí OARS.

Otevřené otázky

Otevřené otázky jsou velmi užitečné pro zahájení konverzace a snižují vliv předpokladů týkajících se stavu pacienta nebo jeho pocitů. Niže jsou uvedeny některé příklady otevřených a uzavřených otázek:

Uzavřená otázka	Otevřená otázka
Používáte nebulizátor?	Řekněte mi, co vás sem dnes přivádí?
Myslíte si, že je dobrý nápad, abyste používal/a nebulizátor pravidelně?	Co si myslíte o možnosti pravidelného používání nebulizátoru?
Použil/a jste dnes nebulizátor?	Povězte mi, jak nebulizátor používáte během typického týdne.
Baví vás kouřit?	Co si myslíte o kouření?
Jak jste tento týden užíval/a léky ve srovnání s uplynulým týdnem: častěji, méně nebo přibližně stejně?	Jak jste během uplynulého týdne užíval/a léky?
Kdy jste naposled použil/a nebulizátor?	Povězte mi o vašem posledním použití nebulizátoru.

Ujištění

Ujištění pomáhají udržet morálku, což zvyšuje pravděpodobnost, že dojde k pokusu o změnu. Je důležité, aby povzbuzování a podpora lékaře byly upřímné, jelikož to může významně ovlivnit průběh konverzace. Jedním ze způsobů, jak toho dosáhnout, jsou vyjádření, která zdůrazňují silné stránky pacienta:

např.

„Ne každému se podaří přestat kouřit, jako se to podařilo vám.“

Reflexivní naslouchání

Reflexivní naslouchání znamená proces reflektování toho, co pacient říká. Reflexe může být jednoduchá a intuitivní – například reflektování hlavního obsahu sdělení (**reflexe obsahu**). Toto je nejjednodušší reakce na odpor: žádný odpor – opakování vyjádření pacienta neutrální formou. Ukážete tím, že pacienta berete na vědomí a jeho názor má cenu a že mu nasloucháte. Například:

Pacient: „Posledních pár týdnů pro mě bylo docela těžkých.“

Zdravotnický pracovník: „Zdá se, že se věci nevyvíjejí zrovna dobře.“

Reflexe ovšem může být také komplexní a mít silný účinek, například reflektováním něčeho, co bylo řečeno dříve v konverzaci a má to vliv na to, co právě pacient říká lékaři (**reflexe významu**). Jedná se o účinný způsob, jak pomoci pacientovi mluvit a přemýšlet o věcech, jako je změna chování.

Například:

Pacient: „Braní léků mi šlo tak dobře, ale pak jsem toho měl dost a celý víkend jsem si je nevezl.“

Zdravotnický pracovník: „Cítíte se rozzlobený, protože máte pocit, že jste se sám v sobě zklamal.“

Reflexe významu dává lékaři příležitost posunout konverzaci k smysluplnějším tématům a ukázat pacientovi, že mu lékař naslouchá a rozumí. Tato technika se může jevit jako riskantní, ale pokud ji budeme používat správně, nevyhnutelně povede k hlubšímu porozumění. I když se lékař zmýlí, pacient obvykle řekne, co se ve skutečnosti děje.

Další formou reflexe je **zesílená reflexe**, kdy lékař přehání to, co pacient právě řekl, pokud je pacient zvláště negativní a zdá se, že konverzace na nějakém bodě uvízla. Tato technika s sebou nese větší riziko, ale pokud se provádí správně, může být velmi účinná a vést k přehodnocení ze strany pacienta.

Existuje další způsob, který může být při správném použití velmi užitečný: **oboustranná reflexe**. To znamená, že lékař reflektuje různá kontrastní tvrzení pacienta v takovém pořadí, aby poslední vyřčená věc vedla ke konverzaci o změně. Nejlépe si to lze ukázat na příkladu:

- **Pacient:** „Vím, že bych se měla postarat o to, abych užívala své léky, ale zkrátka si nedovedu představit změnu.“

Tendence je reflektovat tímto způsobem:

- **Zdravotnický pracovník:** „Takže říkáte, že chápete potřebu vyřešit to, jak užíváte léky, ale v tuto chvíli si nedovedete představit, že je opravdu užíváte.“

Typická odpověď může být:

- **Pacient:** „Ne, v současné době ne, je to prostě příliš obtížné.“

Nyní zvažte pořadí, ve kterém lékař reflektoval na obě tvrzení. Co by se stalo, kdyby lékař změnil pořadí a ukončil dotaz pozitivnějším tvrzením?

Například:

- **Pacient:** „Vím, že bych se měla postarat o to, abych užívala své léky, ale zkrátka si nedovedu představit změnu.“
- **Zdravotnický pracovník:** „Takže říkáte, že si v tuto chvíli nedovedete představit, že léky opravdu užíváte, ale chápete, že je třeba to řešit.“
- **Pacient:** „Ano, vím, že je to opravdu důležité a musím s tím něco udělat.“

Tímto způsobem je pro lékaře možné změnit celý tón následujícího rozhovoru. Jedním ze způsobů, jak si to může lékař vyzkoušet, je použít frázi „Takže na jedné straně“ a „ale na druhé straně“, když lékař začne používat oboustranné reflexe.

- **Zdravotnický pracovník:** „Takže na jedné straně říkáte, že si v tuto chvíli nedovedete představit, že léky opravdu užíváte, ale na druhé straně chápete, že je třeba to řešit.“

Shrnutí

Shrnutí znamená, že lékař vybírá různá tvrzení, které pacient řekl, a prezentuje je zpět ve stručném shrnutí. Přestože se shrnutí jeví jako jednoduchá technika, může být překvapivé zjistit, jak účinné může být aktivní vyjádření a reflektování toho, co někdo řekl. Někdy to opravdu přináší zajímavé postřehy.

Poslední postup, přeformulování, nabízí lékaři posunout se dál než jen reflektovat to, co pacient řekl, a přeformulovat jeho tvrzení z jiné perspektivy – například upozornit pacienta, který má velmi negativní pohled na vlastní minulé úspěchy, na jisté pozitivní aspekty. „Přeformulování potvrzuje platnost klientových hrubých pozorování, ale nabízí jejich novou interpretaci.“

(Miller a Rollnick, 1991)

3.3.2 Rozvíjení rozporu mezi cíli/hodnotami a aktuálním chováním

Jakmile je konverzace zahájena, je úkolem lékaře pomoci pacientovi zamyslet se nad změnou. Lékař se může ptát, zda je nutné používat techniky, které se zaměřují na změnu, vzhledem k tomu, že téma změny bude pravděpodobně během rozhovoru s pacientem zmíněno. Toto je platná obava, ale v situacích, kdy je změna doprovázena emocí – například když uvažování o zvýšení adherence k užívání léku přivodí zvýšené myšlenky na následky onemocnění a nedodržování pravidel – je obvykle přirozenou tendencí člověka snažit se o tom nepřemýšlet.

V tomto kontextu je úlohou lékaře nastolit rovné podmínky a snažit se zajistit, aby probíhala upřímná diskuse o důsledcích změny a nezměnění se. Lékař by měl pamatovat, že:

„Když čelíme volbě mezi změnou názoru a dokázáním, že změna není třeba, téměř každý se začne věnovat dokazování.“

John Galbraith

Mnoho technik, které mohou být v této situaci užitečné, je navrženo tak, aby zvýšily povědomí o problému, a zaměřují se na nesoulad mezi přesvědčením a cíli – mezi tím, co by pacienti chtěli dělat (nebo co si myslí, že by měli dělat), a tím, co skutečně dělají. Lidé to již často vědí, ale snaží se o tom nepřemýšlet.

Lékaři jsou schopni tohoto cíle dosáhnout prostřednictvím shrnutí. Se svolením pacienta může lékař začlenit objektivní hodnocení, jako jsou výsledky testů nebo deníky. Pokud se lékař rozhodne tato objektivní hodnocení použít, měl by věnovat čas prozkoumání dopadů výsledků hodnocení a nadále se soustředit na hlavní cíl, tj. shrnutí. Jedna technika používaná při léčbách závislostí je, že lékař s pacientem vyplní „deník pití alkoholu“: lékař poskytne pacientovi list papíru s vyznačenými dny a společně vyplní množství alkoholu, které si pacient myslí, že v předcházejícím časovém období vypil. Lékař pak pacienta požádá, aby množství sečetl, a zeptá se, zda je výsledek pro pacienta překvapivý. Tuto techniku lze přizpůsobit mnoha dalším situacím, včetně adherence.

MR zahrnuje používání škálovacích otázek. Ty se zaměřují na dvě věci (které jsou pro změnu zásadní), které společně představují „přípravenost“:

- **Důležitost** („Vím, že bych se měl/a změnit.“)
- **Sebejistota** („Vím, že se mohu změnit.“)

Lékař by se měl zeptat na důležitost – tj. jak je na stupnici od 0 do 10 pro pacienta v daném okamžiku důležité, aby se změnil? Následuje podobná otázka ohledně sebejistoty v tom, že se může změnit.

Přemýšlení o změně

Chování, o kterém si myslíte, že byste ho mohl/a změnit:

Důležitost

Jak důležité je pro vás nyní toto chování změnit?

S pomocí x, prosím, na následující stupnici ohodnoťte, jak důležité je toto chování změnit, kdy 0 znamená „vůbec není důležité“ a 10 znamená „nejdůležitější ze všeho“.

0 ————— 10

Sebejistota

Kdybyste se rozhodl/a své chování změnit právě dnes, jak moc si věříte, že by se vám to povedlo?

Své přesvědčení, prosím, vyznačte na následující stupnici pomocí x, kde 0 znamená „vůbec tomu nevěřím“ a 10 znamená „jsem o tom silně přesvědčený/přesvědčená“.

0 ————— 10

Vizuální analogové škály mohou být velmi užitečné; téma konverzace okamžitě zaměřují na přítomnost a mohou zdůraznit potenciální překážky pro změnu dlouho předtím, než se skutečně objeví. Poté, co požádáte pacienta, aby ohodnotil důležitost a sebejistotu, se může lékař zeptat „co byste potřeboval/a, abyste se dostal/a na hodnotu X?“, kde X je hodnocení o něco vyšší, než jaké pacient uvedl.

V jistých ohledech lze MR považovat za pomůcku pro ty, kteří se rozhodují, zda své chování změnit. Metafora škál je užitečná. Úkolem lékaře je pomoci pacientům zvážit výhody a nevýhody změny a povzbudit je, aby byli otevření

a upřimní při rozhodování se pro změnu. Užitečná technika spočívá v tom, že se výhody a nevýhody jasně vyjádří pomocí mřížky (rozhodovací matice; viz níže), kterou lze vyplnit spolu s pacientem a která uvádí výhody a nevýhody toho zůstat stejný nebo se změnit. Díky této mřížce lze diskutovat o výhodách, které změna přináší, i o tom, co změna bere. Jde o důležitou a upřimnou techniku. Pokud se o záporech nemluví, pacient na ně stejně bude myslet – většina lidí má velmi dobré důvody, proč se nezměnit. Tato mřížka však také umožňuje diskutovat o výhodách změny. S mřížkou se doporučuje pracovat tak, že se nejdříve proberou přínosy toho, když pacient zůstane stejný, poté záporny toho, když zůstane stejný, poté záporny toho, když se změní, a nakonec přínosy toho, když se změní.

Rozhodovací matice

	<i>Nic nezměním.</i>	<i>Změním se.</i>
<i>Výhody</i>		
<i>Nevýhody</i>		

Jak již bylo zmíněno dříve v diskusi o kognitivní disonanci, u lidí existuje tendence co nejrychleji uzavřít obtížnou volbu a MR se snaží tuto diskusi udržet v chodu, což činí změnu mnohem pravděpodobnější. Lékař by měl mít na paměti, že je to třeba provádět citlivě.

3.3.3 Přizpůsobování se odporu namísto přímé konfrontace

Když se v konverzaci objeví téma změny, musí být lékař připraven na určitý stupeň odporu. Jedná se o pochopitelnou a běžnou reakci. Vyhýbání se konfrontaci ji jistě zmírňuje, neznamená to ovšem, že zcela zmizí.

Důležitým faktorem je, aby lékař věnoval pozornost používaným slovům. S jistou praxí je pro lékaře obecně snadné rozpoznat slova, která naznačují, že pacient přemýšlí o změně, a slova, která naznačují, že o ní nepřemýšlí – nebo se jí brání. Mezi příklady rezistence – neboli status quo – patří: argumentování, přerušování, popírání a ignorování.

Výzkumy ukazují, že silná diskuze o změně, zejména na konci sezení, bývá spojena s následnými změnami. Lékař musí dávat pozor na prvky zachycené pod zkratkou „DARN“ (Miller, 2004):

- touha (**D**esire),
- schopnost (**A**bility),
- důvod (**R**eason),
- potřeba (**N**eed).

Může se však stát, že místo slov DARN je lékař konfrontován s rezistencí. Špatná adherence může být také záměrná, i když to nemusí být zjevné – pacient si možná uvědomuje potřebu změny, ale příliš se jí bojí na to, aby ji považoval za relevantní možnost. V takových případech si musí lékař s pacientem, jakmile s ním naváže dobrý vztah, promluvit o problémovém chování (tj. špatné adherenci). Lékař může s pacientem jednat na přímo, ale neměl by mu říkat, co má dělat („je to v pořádku, když si teď promluvíme o léku?“).

Jakmile tato konverzace začne, lékař bude pravděpodobně konfrontován s některými otřepanými myšlenkami a frázemi, které představují odpor ke změně. To se dá očekávat: jedná se o obtížné téma, o kterém již pacient patrně několikrát předtím uvažoval. Je to také velmi citlivé téma a pacient pravděpodobně rozvinul schopnosti, jak své obavy odsunout na okraj.

Zvládání tohoto odporu je jednou z nejužitečnějších dovedností, které může lékař rozvíjet. Jistá úroveň rezistence je rysem mnoha konzultací. Koneckonců velmi málo pacientů chodí rádo do nemocnice, aby byli poučováni o tom, co musejí dělat, a rezistence při představě dlouhodobého léčebného režimu je zcela pochopitelná.

Je důležité, aby lékař zajistil, že rezistence neutne diskusi o změně předčasně. Přirozenou reakcí většiny lidí na

rezistenci je snaha argumentovat, přesvědčit nebo naopak problém úplně ignorovat. Zvládání rezistence je přitom podobné tomu, když se snažíme zabránit tomu, abychom dostali v autě smyk. Musíme odolat přirozené tendenci prudce dupnout na brzdu a strhnout volant a místo toho musíme opatrně ubrat plyn a „vyrovnávat odpor“.

Jak by měl lékař na rezistenci reagovat? Je běžné (ale nejužitečnější), že lékař reaguje tak, že se snaží pacienta přesvědčit o tom, že se mýlí. Velmi praktický způsob, jak na problém nahlížet, je následující: lékaři se musí vyhnout „opravovacímu reflexu“, tedy nutkání, že musíme druhé opravit, když se mýlí, a poradit jim, pokud za ně cítíme zodpovědnost. V klinických situacích může být tato tendence velmi silná. Bohužel, když se použije, téměř vždy to vede k nejužitečným odpovědím typu „ano, ale...“.

Je mnoho příkladů rezistence, z nichž mnohé bude lékař znát:

Nesouhlas	„Ano, ale...“
Podceňování	„Už jsem to vyzkoušel.“
Přerušování	„Ale...“
Odvádění pozornosti	„Vím, že chcete, abych si čistil/a dýchací cesty, ale všiml/a jste si, že jsem přibral/a 3 kila? Musíte uznat, že se svou váhou odvádím skvělou práci!“
Neochota	„Nechci muset dělat ještě tohle.“
Obviňování	„Není to moje chyba. Kdyby moji rodiče...“
Dohadování se	„Jak to víte?“
Zpochybňování	„Moje současná léčba nemá na moji plicní funkci vliv.“
Minimalizace	„Nemám zas tak velkou podváhu.“
Pesimismus	„Snažím se dělat věci lépe, ale zdá se, že nic nepomáhá.“
Výmluvy	„Vím, že bych měl/a jíst více kalorií, ale s mou prací se nikdy nezastavím a je pro mě těžké si plnohodnotné jídlo připravit a pak si k němu sednout.“
Ignorování	

Termín „vyrovnávat odpor“ se v MR používá k popisu toho, kdy tazatel nereaguje přesvědčováním, ale udělá krok stranou, a naopak podnítl další konverzaci. MR uvádí, že by lékaři měli připustit, že ambivalence je při rozhodování o změnách – což vede k jistému odporu vůči změnám – naprosto normální. Pokud tak lékař učiní, okamžitě to zmírní odpor. Lékař může případně použít přeformulování a reflektivní naslouchání, aby podpořil diskuzi a ukázal, jaké má pacient další možnosti.

Klíčové principy vyrovnávání odporu:

- Na odpor by se nemělo reagovat konfrontací.
- Mělo by se využít empatie a reflektivního naslouchání.

- Tvzení by měla být přeformulována.
- Ambivalence by měla být považována za normální.

Je důležité, aby lékař pamatoval na to, že pacienty nesmí popisovat jako rezistentní, protože to vyvolává konfrontaci. Místo toho by měl lékař rozhovor směřovat ke zvážení alternativ a nechat pacienty, aby sami viděli neslučitelnost vlastních cílů se současným chováním. V tomto případě je úlohou lékaře vyslovit obě strany tohoto vnitřního problému.

Pokud pacient naznačí ochotu zvážit změnu, může s ním lékař probrat alternativy. I poté, co se pacient rozhodne pro změnu, obvykle existuje mnoho způsobů, jak jí dosáhnout.

Strategie	Příklad
Jednoduchá reflexe	Pacient: „Nebulizátor nehodlám začít v nejbližší době používat.“ Lékař: „Myslíte si, že by vám teď nijak nepomohl.“
Zesílená reflexe	Pacient: „Nevím, proč si máma dělá starosti, užívám většinu svých léků.“ Lékař: „Takže by si maminka vůbec neměla dělat starosti?“
Oboustranná reflexe	Pacient: „Vím, že chcete, abych začal/a užívat všechny své léky, to ale neudělám!“ Lékař: „Nechcete o léčbě mluvit, i když vidíte, že je to velký problém.“
Změna zaměření	Pacient: „Nemůžu zůstat doma a používat nebulizátor, když jsou všichni mí kamarádi venku!“ Lékař: „Teď trochu předbíháme, nyní se bavíme o vašich obavách ohledně medikace. Mohli bychom si promluvit o tom, jak nebulizátor zapadá do vašeho životního stylu později?“
Souhlas s obratem	Pacient: „Proč se všichni pitvají v tom, že nepoužívám nebulizátor? Taky byste chtěl být radši pořád venku, kdyby vás s tím vaše rodina obtěžovala.“ Lékař: „To je dobrý argument. Není to jednoduše jen o tom, že nepoužíváte nebulizátor. Souhlasím s tím, že bychom neměli nikoho obviňovat. Zdá se, že se to týká celé rodiny.“
Přeformulování	Pacient: „Máma mě pořád otravuje s nebulizátorem.“ Lékař: „Zdá se, že si maminka opravdu dělá starosti, i když to vyjadřuje způsobem, který vás rozčiluje. Možná jí můžeme pomoci naučit se, jak vám své obavy sdělit užitečnějším způsobem.“

3.3.4 Podpora vnímání vlastní schopnosti a zvyšování sebejistoty

Když je pacient odhodlán provést změnu, nedostatek důvěry ve vlastní schopnosti může vyvolat velkou frustraci – pacient nyní chápe potřebu změny, ale připadá mu, že jí není schopen. V nejhorsím případě to může ještě zvýšit pacientovy problémy. MR se proto výslovně zaměřuje na zvýšení sebejistoty a vnímání vlastní schopnosti. Jedním ze způsobů, jak toho dosáhnout, je, aby lékaři pacienti a jejich volbu důsledně respektovali. Pokud rozhodnutí o změně přijde ze strany pacienta, okamžitě bude jeho úsudek sebejistější, než kdyby byla změna uložena zvenčí.

Hlavním principem MR je, že jednotlivci přebírají odpovědnost za své vlastní činy. To je důležité, pokud je třeba změnu pevně zakořenit, v klinickém prostředí to ovšem může být obtížné, zejména pokud jde o zdraví pacienta. Je však také důležité vzít v úvahu, že pokud rozhodnutí změnit chování nevychází od pacienta, jakákoli změna chování má tendenci být pouze krátkodobá. Respekt k pacientovi přispívá ke zvýšení jeho sebevědomí a může umožnit diskusi o skutečném cíli změny chování.

Při diskusi o cílech s pacienty existuje mnoho technik, které může lékař použít ke zvýšení pacientova vnímání vlastní schopnosti a jeho šancí na úspěch. Jednou z technik je hledání minulých úspěchů. Pokud má pacient špatnou náladu nebo trpí úzkostí, často vidí minulé události velmi negativním pohledem. Přeformulování těchto myšlenek může být užitečné. Při diskusi o praktických úvahách týkajících se změny chování může lékař použít techniky k větší kreativitě celého procesu, jako je například řešení problémů nebo brainstorming:

- vytvoření seznamu možností společně s pacientem (lékař může přijít s vlastními návrhy, jako například s technikami, které vyzkoušeli ostatní pacienti);
- vybídnutí pacienta k ohodnocení seznamu;
- pacient si pak může vybrat preferovanou možnost.

Je také důležité, aby lékaři byli realističtí a terapeutické sezení propojili se situacemi v reálném životě – jakkoli dobře připravený plán nebude mít žádný nebo jen malý přínos, pokud bude nerealistický; lékař by měl například stanovit spíše menší než větší cíle. Pacient se může rozhodnout, že si přeje, aby se sezení zúčastnili i další lidé, kteří mohou být pro realizaci změn v chování důležití, jako jsou přátelé nebo příbuzní.

Hodnocení na škále, které bylo popsáno výše, může být užitečným nástrojem, stejně jako stanovení cílů: stanovení explicitních, realistických cílů a rozdělení velkých cílů na menší a zvládnutelnější kroky. Užitečné může být použití jednoduchého vzorce zaměřeného na cíle a strategie. Jejich sepsání je důležité – fungují jako připomínka a podporují větší pocit odhodlání a závazku ke změně.

Někdy může existovat praktická pomoc, kterou pacienti potřebují; například znalost některé dovednosti, kterou jim může lékař vysvětlit, např. nějakou novou dovednost, na které potřebují pracovat.

Vyvolání vlastní motivace je důležitou součástí zvyšování vnímání vlastní schopnosti. Lze identifikovat čtyři typy motivačních prohlášení (Miller a Rollnick, 1991):

- Kognitivní rozpoznání problému (např. „Asi je to vážnější, než jsem si myslel.“)
- Afektivní vyjádření obavy ohledně vnímaného problému (např. „To, co se mi děje, mi opravdu dělá starosti.“)
- Přímý nebo naznačený záměr změnit chování (např. „Musím s tím něco udělat.“)
- Optimismus ohledně schopnosti se změnit (např. „Vím, že když se budu snažit, opravdu to dokážu.“)

Některé strategie pro získávání motivačních prohlášení zahrnují:

- rozpoznání problému (např. „Proč si myslíte, že se jedná o problém?“),
- obavy (např. „Co na vašem způsobu užívání léků dává vzniknout obavám vašim nebo vašich blízkých?“),
- záměr ke změně (např. „Kdybyste byli 100% úspěšní a věci fungovaly přesně tak, jak byste chtěl/a, co by se podle vás změnilo?“),
- optimismus (např. „Co vás podporuje v tom myslet si, že pokud se rozhodnete se změnit, tak to dokážete?“).

4 JAK SE STÁT ADVOKÁTEM ADHERENCE PŘI LÉČBĚ CF (KLÍČOVÉ DOVEDNOSTI A CHOVÁNÍ)

4.1 Pochopení významu komunikace

V péči o pacienty s CF závisí dosažení předpokládané délky života na úspěšné adherenci pacientů a s tím spojeným chováním navzdory jejich zátěži léčbou. Pro mladé lidi mohou být konzultace složité, jelikož mohou mít odlišný pohled na péči než jejich rodiče, což podkopává úspěšnou komunikaci. Přístup zaměřený na pacienty a na spolupráci při konzultacích a řízení léčby se stává upřednostňovaným způsobem péče (Dwamena a kol., 2012; Stewart a kol., 2003; Duff a Latchford, 2010). To odráží kulturní změnu v očekávaném vztahu mezi pacientem a zdravotnickým odborníkem a nově se objevující důkazy, že přístupy zaměřené na pacienty jsou spojeny se zvýšenou spokojeností a lepšími zdravotními výsledky v porovnání s tradičními konzultacemi vedenými odborníky (Mead a Bower, 2002; Duff a Latchford, 2010).

Souvislost mezi pacientem, který dodržuje doporučení lékaře, a komunikačními dovednostmi lékaře je v literatuře dobře dokumentována. Způsob, jakým lékař s pacientem komunikuje, ovlivňuje výsledek péče. Patří sem také spokojenost pacientů, jejich zdravotní stav, vybavování si informací a adherence. V letech 1949 až 2008 byla provedena metaanalýza studií za účelem zjištění, zda existuje celkově pozitivní korelace mezi komunikací s lékařem a adherencí pacienta. Metaanalýza navíc zkoumala výsledky studií, které zkoumaly, zda školení lékařů v komunikačních dovednostech mělo vliv na adherenci ze strany pacientů. Zolnierak a Dimatteo (2009) zjistili, že:

- ze 106 korelačních studií všechny kromě dvou prokázaly pozitivní korelaci mezi komunikací lékaře a adherencí pacienta;
- pravděpodobnost, že pacient bude adherentní, byla 2,1krát vyšší u těch, jejichž lékař byl dobrým komunikátorem;
- z 21 experimentálních intervencí mělo školení lékaře na adherenci pacientů pozitivní vliv;
- pravděpodobnost, že pacient bude adherentní, byla 1,62krát vyšší, pokud lékař absolvoval školení komunikačních dovedností.

4.2 Pochopení týmových faktorů a intervencí

Týmy sdělují pacientovi svá očekávání. Pokud tým nastoluje kulturu, ve které je dobrá adherence normou, a pacienta podporuje v tom, aby toho dosáhl, sociální normy centra CF a očekávání pacientů se mění. Dobrým příkladem je centrum Minnesota CF Center ve Fairview, University of Minnesota Amplatz Children's Hospital, v Minneapolis. Toto středisko připoutalo pozornost veřejnosti, když se zakládající ředitel centra, pediatr Warren Warwick, stal předmětem článku „The Bell Curve“, který byl publikován v časopisu *The New Yorker* (Gawande, 2004). Tým minnesotského centra použil přístup, kdy sdělil, že očekává 100% adherenci, a zároveň zdůraznil, že k dosažení tohoto cíle je potřeba společné úsilí. Kromě aktuální péče se tým zaměřil na:

- rozvoj dobrých komunikačních dovedností;

- pravidelné sdělování vysokých očekávání ohledně adherence;
- upřímný partnerský vztah mezi týmem a pacientem, pokud je zjištěn problém, a kreativní a flexibilní řešení problémů.

4.2.1 Komunikace a spolupráce

- Minnesotské centrum připustilo podstatný problém spojený se zdravotnickým prostředím, který spočívá v tom, že pacienti a zdravotničtí pracovníci používají slova rozlišným způsobem. Zdůraznili srozumitelnost a důležitost jasného sdělování informací („je nebezpečné se cokoli domnívat... všem domněnkám naslouchejte a vždy si o nich promluvte“) a důležitost informování o rizicích, což pacientům pomáhá porozumět a činit informovaná rozhodnutí. Zdůrazňují význam získání kvalitních informací od pacientů/rodin v rámci upřímného rozhovoru.

4.2.2 Adherence

Minnesotské centrum otevřeně uznává realitu pacientovy adherence a výzev s ní spojených, přičemž bere v úvahu vysoké nároky na čas a úsilí a non-adherenci považuje za normální. Nenápadným, ale velmi chytrým způsobem mluví o non-adherenci jako o pacientově „experimentování“.

Při veškeré komunikaci neustále zdůrazňují důležitost adherence a kladou velmi vysoké nároky na tým, pacienta a rodinu.

„Pokud se personál CF o experimentování pacientů nezajímá nebo jim nenaslouchá... je těžké zlepšit léčbu... a dochází k výraznému zlomu ve společné bitvě proti CF.“

4.2.3 Spolupráci s rodinami

Minnesotské centrum podporuje čestné a otevřené vztahy s pacienty a očekává, že tyto vztahy budou reciproční („Budete muset tvrdě pracovat, aby tato spolupráce byla úspěšná.“).

4.2.4 Uvedení do praxe

I když mnoho intervencí ohledně adherence pacienty vede jediný lékař, pro týmy existuje velmi dobrá příležitost, jak svůj přístup ke skupině pacientů přeformulovat. Například:

1. Přijetí minnesotských principů
2. Při práci s dětmi staršího školního věku s nimi buďte při klinické konzultaci chvíli o samotě. Cílem je vybudovat u mladých lidí důvěru, že s lékaři mohou mluvit o samotě, a zapojit je do konverzace o jejich zdravotní péči.
3. Identifikace pacientů, jejichž adherence je trvale problematická (a u kterých selhaly počáteční pokusy o řešení). Vytvoření pravidelné (virtuální) „kliniky adherence“, která proběhne nejméně jednou měsíčně. Může ji vést poradce, ale řídit by ji měl advokát adherence, kdy by mělo proběhnout posouzení poznámek k případům skupiny pacientů. Skupina zaměstnanců, která vede „kliniky adherence“, by se měla skládat z co nejmenšího počtu členů širšího týmu CF a její složení by mělo být co nejkonzistentnější (včetně psychosociálního profesionála, pokud je k dispozici).
4. Vytvoření systému „klíčového pracovníka“, přičemž advokát adherence bude klíčovým pracovníkem. Tento systém lze integrovat do „kliniky adherence“ nebo může probíhat nezávisle v rámci širšího týmu CF. Advokát adherence poté ponese odpovědnost za zavádění podnětů adherence.

Lze shrnout, že tyto povinnosti budou zahrnovat: diskuzi a pochopení problémů souvisejících s adherencí, vytvoření vztahu založeného na skutečné spolupráci, stanovení a odsouhlasení cílů léčby a spolupráci a podporu pacienta v jeho úsilí o změnu mezi návštěvami kliniky a hodnoceními.

4.3 MR založený na důkazech

Ti, kdo se podílejí na vývoji MR, se o hodnocení zajímají od začátku. Vzhledem k tomu, že byl nejprve přijat pro léčbu problémů s alkoholem, rané práce se zajímají zejména o tuto oblast. Přezkoumání 11 klinických hodnocení MR publikovaných v roce 1997 dospělo k závěru, že se jedná o účinný, efektivní a adaptabilní terapeutický styl (Noonan a Moyers, 1997).

Tento závěr potvrdily i novější studie a MR je nyní zavedenou metodou léčby v případě drogových a alkoholových závislostí a je stále oblíbenější i v řadě jiných oborů, včetně změny životního stylu a dodržování pokynů u chronických onemocnění. S tím, jak se počet klinických hodnocení MR zvýšil, zvýšila se i příležitost statisticky sdružovat různé výsledky a vytvářet metaanalýzy. Metaanalýza MARMITE (Meta-Analysis of Research on Motivational Interviewing Treatment Effectiveness) (Hettema a kol., 2005) zahrnovala 72 klinických hodnocení získaných z oblastí zahrnujících nadměrnou konzumaci alkoholu (31), zneužívání drog (14) a spolupráci při léčbě (5). Celkem se klinických hodnocení zúčastnilo 14 267 účastníků léčených MR. Průměrná délka MR nabízených v těchto studiích byla pouze 2,2 hodiny. Nepřekvapuje, že zkoušející lékaři zjistili, že účinnost MR

se mezi různými studiemi značně lišila, ale byli schopni dojít k závěru, že při přidání MR k aktivní léčbě dochází k masivním a trvalým účinkům. Dále poznamenali, že MR zvyšuje retenci léčby, adherenci k léčbě a motivaci vnímanou personálem.

Nedávná analýza (Lundahl a kol., 2013) zjistila významnou mírnou výhodu MR (pravděpodobnost výskytu 1,55). Podobně jako ve výsledcích Hettemy a kol. (2005) se účinnost v různých studiích lišila. Například nebyla prokázána užitečnost při léčbě poruch příjmu potravy, ale MR vykazoval obzvláštní příslib při snižování virového zatížení HIV. Souhrnně lze říci, že MR měl robustní přínos napříč moderátory, jako jsou místo dodání a charakteristika pacienta, a byl účinný při krátkých intervencích.

Předchozí hodnocení Lundahl a kol. (2010) přineslo několik zajímavých poznatků, včetně toho, že účinky MR mohou být dlouhotrvající i po krátké intervenci a že odborné pozadí osoby, která MR provádí, ho nijak neovlivňuje (tj. nemusí to být psycholog).

Souhrn literatury týkající se CF byl přezkoumán Duffem a Latchfordem (2010), kteří zjistili, že v současné době existuje mnoho vysoce kvalitních studií zahrnujících dospělé a dětské populace v řadě klinických oblastí, včetně diabetu a HIV, a práce u pacientů s CF stále probíhají. Bylo také provedeno hodnocení školení týmu CF v oblasti MR (Duff a Latchford, 2013), které ukázalo trvalé výsledky učení a změny v praxi. Celkově je zřejmé, že MR je přinejmenším velmi slibnou intervencí.

4.4 Rozvoj dovedností v oblasti výuky a podpory ostatních

Pochopení, jak připravit a poskytnout školení, může advokátům adherence umožnit vytvářet účinné a efektivní školicí programy v centru CF a rozvíjet důvěru v hodnocení výsledků učení.

Používají lékaři vůbec MR? Pravděpodobně ne. Studie rutinních konzultací zjistily, že bez školení lékaři MR nepoužívají (Moran a kol., 2008), takže školení je nutné.

Jedním z nebezpečí při vedení krátkého semináře MR bez následného pokračování je to, že se lékaři po školení po krátké době od MR „odtrhnou“ a přestanou ho používat, i když mohou věřit v opak. Ve skutečnosti došlo „k naočkování proti dalšímu školení“ (Miller a Mount, 2001). Proto je nezbytné, aby se lékařům dostávalo správného školení a podpory.

Klíčové prvky, které by měly být součástí školení MR, jsou již zavedené. Zpráva Health Foundation (2011) shrnuje osvědčené postupy při školení MR. Naznačuje, že i poměrně krátké školení může mít dlouhodobé účinky, ale odborníci potřebují pokročilejší a delší školení, aby „mohli uplatnit některé složitější aspekty“. Pokud jde o organizaci, je klíčové:

- zaměření na základní filozofii a dovednosti,
- přiměřené trvání umožňující zakotvení dovedností,
- příležitosti k procvičení prostřednictvím hraní rolí,
- příležitosti pro průběžnou zpětnou vazbu a dohled.

Předchozí práce poskytující školení v oblasti MR pro týmy CF se řídila podobnými pokyny, kromě posledního (Duff a Latchford, 2013).

5 POUŽITÁ LITERATURA

- Anthony H, Paxon S, Bines J, Phelan P. Psychosocial predictors of adherence of nutritional recommendations and growth outcomes in children with cystic fibrosis. *J Psychosom Res* 1999;47:623–634.
- Berge JM, Patterson JM. Cystic fibrosis and the family: a review and critique of the literature. *Fam Syst Health* 2004;22:74–100.
- Bregnballe V, Schiøtz PO, Boisen KA, Pressler T, Thastum M. Barriers to adherence in adolescents and young adults with cystic fibrosis: a questionnaire study in young patients and their parents. *Patient Prefer Adherence* 2011;5:507–515.
- Brehm JW. A Theory of Psychological Reactance. New York: Academic Press, Inc.; 1966.
- Briesacher BA, Quittner AL, Saiman L, Sacco P, Fouayzi H, Quittell LM. Adherence with tobramycin inhaled solution and health care utilization. *BMC Pulm Med* 2011;11:5.
- Bucks RS, Hawkins K, Skinner TC, Horn S, Seddon P, Horne R. Adherence to Treatment in Adolescents with Cystic Fibrosis: The Role of Illness Perceptions and Treatment Beliefs. *J Pediatr Psychol* 2009;34:893–902.
- Burgel PR, Bellis G, Oleson HV, Viviani L, Zolin A, Blasi F, Elborn JS. Future trends in cystic fibrosis demography in 34 European countries. *Eur Respir J* 2015; 46: 133–141.
- Cystic Fibrosis Foundation. Drug Development Pipeline. 2017. Dostupné na: <https://www.cff.org/Trials/Pipeline>. [cit. říjen 2017]
- Denyer J, Nikander K. The I-neb Adaptive Aerosol Delivery (AAD) System. *Medica Mundi* 2010;54:54–58.
- DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care* 2002;40:794–811.
- Dodge JA, Lewis PA, Stanton M, Wilsher J. Cystic fibrosis mortality and survival in the UK: 1947–2003. *Eur Respir J* 2007;29:522–526.
- Duff AJA, Abbott J, Cowperthwaite C, Sumner C, Hurley MA, Quittner AL, TIDES-UK Group. Depression and anxiety in adolescents and adults with cystic fibrosis in the UK: A cross-sectional study. *J Cyst Fibros* 2014;13:745–53.
- Duff AJA, Latchford GJ. Motivational Interviewing for Adherence Problems in Cystic Fibrosis. *Pediatr Pulmonol* 2010;45:211–220.
- Duff AJA, Latchford GJ. Motivational interviewing for adherence problems in cystic fibrosis; evaluation of training healthcare professionals. *J Clin Med Res* 2013;5:475–480.
- Duff AJA, Oxley H. Psychological aspects of CF. Bush A, Bilton D, Hodson M (eds). Hodson and Gedde's Cystic Fibrosis. 3. vydání. London: Taylor Francis; 2014.
- Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, Lewin S, Smith RC, Coffey J, Olomu A, Beasley M. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:CD003267.
- Dziuban EJ, Saab-Abazeed L, Chaudhry SR, Streetman DS, Nasr SZ. Identifying barriers to treatment adherence and related attitudinal patterns in adolescents with cystic fibrosis. *Pediatr Pulmonol* 2010;45:450–458.

- Eakin MN, Bilderback A, Boyle MP, Mogayzel PJ, Riekert KA. Longitudinal association between medication adherence and lung health in people with cystic fibrosis. *J Cyst Fibros* 2011;10:158–164.
- Fallowfield LJ, Jenkins VA, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves, R. Efficacy of a Cancer Research UK communications skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002;359:650–656.
- Festinger L. *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press; 1957.
- Gawande A. Annals of Medicine: The Bell Curve – What happens when patients find out how good their doctors really are? *The New Yorker*; Publikováno 6. prosince 2004. Dostupné na: <https://www.newyorker.com/magazine/2004/12/06/the-bell-curve>. [cit. říjen 2017]
- George M, Rand-Giovannetti D, Eakin MN, Borrelli B, Zettler M, Riekert KA. Perceptions of barriers and facilitators: Self-management decisions by older adolescents and adults with CF. *J Cyst Fibros* 2010;9:425–432.
- Gollwitzer PM, Sheeran P. Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Adv Exp Soc Psychol* 2006;38:69–119.
- Gollwitzer PM, Sheeran P. Implementation intentions. Health behavior constructs: Theory, measurement and research. Cancer Control and Population Sciences. National Institutes of Health; 2008. Dostupné na: https://cancercontrol.cancer.gov/brp/research/constructs/goal_intent_attain.pdf. [cit. říjen 2017]
- Hafetz J, Miller VA. Child and parent perceptions of monitoring in chronic illness management: a qualitative study. *Child: Care, Health Dev* 2010;36:655–662.
- Health Foundation. Evidence scan: Training professionals in motivational interviewing. Listopad 2011. Dostupné na: <http://www.health.org.uk/sites/health/files/TrainingProfessionalsInMotivationalInterviewing.pdf>. [cit. říjen 2017]
- Healthcare Commission. Inspecting Informing Improving – Spotlight on complaints: A report on second-stage complaints about the NHS in England. Duben 2008. K dispozici na: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20090104012205/http://healthcarecommission.org.uk/_db/_documents/5632_HC_V18a.pdf. [cit. říjen 2017]
- Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol* 2005;1:91–111.
- Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res* 1999;47: 555–567.
- Horne R, Weinman J, Barber N, Elliott R, Morgan M. Concordance, Adherence and Compliance in Medicine Taking – Report for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation Research and Development, 2005. Dostupné na: http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1412-076_V01.pdf. [cit. říjen 2017]

- Jin J, Sklar GE, Sen Oh VM, Li SC. Factors affecting therapeutic compliance: a review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag* 2008;4:269–286.
- Kettler LJ, Sawyer SM, Winefield HR, Greville, HW. Determinants of adherence in adults with cystic fibrosis. *Thorax* 2002;57:459–464.
- Kozma CM, Dickson M, Philips AL, Meletiche DM. Medication possession ratio: implications of using fixed and variable observation periods in assessing adherence with disease-modifying drugs in patients with multiple sclerosis. *Patient Prefer Adherence* 2013;7:509–516.
- Latchford G, Duff AJA, Quinn J, Conway SP, Conner M. Adherence to nebulised antibiotics in cystic fibrosis. *Pat Educ Couns* 2009;75:141–144.
- Lundahl BW, Kunz C, Brownell C, Tollefson D, Burke BL. A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Res Soc Work Pract* 2010;20:137–160.
- Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, Rollnick S. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns* 2013;93:157–168.
- Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns* 2002;48:51–61.
- Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Beh Psychotherapy* 1983;11:147–172.
- Miller WR. Toward a theory of motivational interviewing. 2004. K dispozici na adrese: www.motivationalinterviewing.org/sites/default/files/MItheory.ppt. [cit. říjen 2017]
- Miller WR, Mount KA. A small study of training in motivational interviewing. Does one workshop change clinician and patient behavior? *Behav Cogn Psychother* 2001;29:457–471.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour*. New York NY: Guilford Press; 1991.
- Modi AC, Quittner AL. Barriers to treatment adherence for children with cystic fibrosis and asthma: what gets in the way? *J Pediatr Psychol* 2006;31:846–858.
- Moran J, Bekker H, Latchford G. Everyday use of patient-centred, motivational techniques in routine consultations between doctors and patients with diabetes. *Patient Educ Couns* 2008;73:224–231.
- Noonan WC, Moyers TB. Motivational interviewing: a review. *J Subst Misuse* 1997;2:8–16.
- Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1995;40:903–918.
- Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *N Engl J Med* 2005;353:487–497.
- Patterson JM, Budd J Goetz DR, Warwick WJ. Family correlates of a 10-year pulmonary health trend in cystic fibrosis. *Pediatrics* 1993;91:383–389.
- Patterson JM, Wall M, Berge J, Milla C. Gender differences in treatment adherence among youth with cystic fibrosis: Development of a new questionnaire. *J Cyst Fibros* 2008;7:154–164.

- Quittner AL, Drotar D, levers-Landis CE, Seider D, Slocum N, Jacobsen J. Adherence to medical treatments in adolescents with cystic fibrosis: the development and evaluation of family-based interventions. Drotar D (ed). *Promoting adherence to medical treatment in chronic childhood illness; concepts, methods and interventions*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2000. 383–407.
- Quittner AL, Modi AC, Lemanek KL, levers-Landis CE, Rapoff MA. Evidence-based assessment of adherence to medical treatments in pediatric psychology. *J Ped Psychol* 2008;33:916–936.
- Quittner AL, Zhang J, Marynchenko M, Chopra PA, Signorovitch J, Yushkina Y, Riekert KA. Pulmonary medication adherence and healthcare utilization in cystic fibrosis. *Chest* 2014 (in press). doi: 10.1378/chest.13-1926.
- Riekert KA. Adherence ... Where's the APP for that? Ústní prezentace na 26. konferenci North American Cystic Fibrosis Conference, 11.–13. října 2012, Orlando, FL, USA. K dispozici na adrese: www.nacconference.org/art/plenaryarchives/2012%20Riekert.pdf. [cit. duben 2014]
- Rogers C. Empathic: An unappreciated way of being. *Couns Psychol* 1975;5:2–10.
- Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behav Cogn Psychother* 1995;23:325–334.
- Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Motivational interviewing in health care*. New York NY: Guilford Press; 2007.
- Sawicki GS, Sellers DE, Robinson WM. High treatment burden in adults with cystic fibrosis: challenges to disease self-management. *J Cyst Fibros* 2009;8:91–96.
- Sawicki GS, Tiddens H. Managing treatment complexity in cystic fibrosis: challenges and opportunities. *Pediatr Pulmonol* 2012;47:523–533.
- Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centred medicine: Transforming the clinical method*. 2. vydání. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2003.
- Ullrich G, Wiedau-Görs S, Steinkamp G, Bartig HJ, Schulz W, Freihorst J. Parental fears of Pseudomonas infection and measures to prevent its acquisition. *J Cyst Fibros* 2002;1: 122–30.
- Ziaian T, Sawyer MG, Reynolds KE, Carbone JA, Clark JJ, Baghurst PA, Couper JJ, Kennedy D, Martin AJ, Staugas RE, French DJ. Treatment burden and health-related quality of life of children with diabetes, cystic fibrosis and asthma. *J Paediatr Child Health* 2006;42:596–600.
- Zolnierok KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Med Care* 2009;47:826–834.

