

Motivační rozhovor s pacientem o změně rizikového chování

PhDr. Jan Soukup, doc. MUDr. Hana Papežová, CSc.

Univerzita Karlova v Praze, 1. LF a VFN, Psychiatrická klinika

Klíčová slova

**komunikace • změna chování •
compliance • motivace • motivační
rozhovory • odpor**

Metoda popsaná v tomto článku je jednou z možností komunikace s pacienty o změně jejich návyků a životního stylu a o možnostech zvyšování compliance s léčbou. Vychází z práce S. Rollnicka, P. Masonové a C. Butlera⁽¹⁾ a využívá některé prvky motivačních rozhovorů^(2–5). Mezi rizikové způsoby chování patří nevhodné stravovací návyky, kouření, nadměrné užívání alkoholu, nedostatek tělesného pohybu či potíže s pravidelným užíváním léků. Metodu lze využít nejen k podpoře zdravějšího životního stylu, ale také při práci s chronicky nemocnými pacienty (diabetes, srdeční onemocnění) a v komunikaci o prakticky jakékoli jiné změně způsobu chování.

Jak se mění připravenost ke změně chování

Na základě rozboru charakteristik motivace lze rozlišit několik fází připravenosti ke změně chování.^(6, 4) V rané fázi rizikové chování buď potíže nepřináší, nebo si člověk souvislosti svého chování s potížemi neuvědomuje či nepřipouští. Velká část pacientů se nachází ve

fázi další, souvislosti jsou jim celkem jasné a uvažují o možné změně chování. Nejsou ovšem ještě zdaleka rozhodnutí, prožívají silnou ambivalenci. Ve fázi třetí je už člověk rozhodnutý, že uskuteční některé kroky ke změně a připravuje plán na jejich uskutečnění. Ve fázích dalších začne naplánovanou změnu uskutečňovat a bojuje s nástrahami, aby ji udržel. Pohyb mezi fázemi může být směrem kupředu, kdy se připravenost ke změně zvyšuje, či nazpět při relapsu. Podle fáze, v jaké se pacient nachází, se mění jeho potřeby a schopnost využít lékařem nabízené způsoby pomoci.

Míra připravenosti ke změně chování má dva hlavní aspekty:

- význam, jaký člověk změně připisuje,
- víru v možnost jejího uskutečnění.

Význam či důležitost změny chování souvisí s otázkou „Proč?“ – *k čemu mi to je dobré?, co mě to bude stát?, co tím získám?, proč o tom uvažovat?, jak moc doopravdy chci?* Pokud bude rozpor mezi současným stavem (např. vysoký krevní tlak) a přáním pacienta (nežít ve strachu z infarktu) dostatečný, nebude pochybovat o své chuti tento stav změnit. Může ovšem pochybovat o tom, že se mu žádoucí změny (omezit kouření a tučná jídla) podaří uskutečnit. Důvěra v možnost změny souvisí s otázkou „Jak?“ – *mám na to?, jak to dokážu?, jak si poradím s ...?, může se to*

podařit.⁽¹⁾ Mezi časté příčiny nedůvěry v možnost změny patří opakovaná selhání („už jsem zkoušel tolikrát přestat kouřit“) nebo pocit, že rozdíl mezi současným a žádoucím stavem je příliš velký, namáhavý a časově náročný. Také pacient často nevěří vlastním schopnostem vytrvat, být úspěšný nebo snášet nepohodlí a reakce okolí na své odlišné chování.

Vliv lékaře na motivaci pacienta

Odpor pacienta ke změně bývá často vnímán jako jeho problém, případně dokonce jako osobnostní rys či charakteristika nemoci („závislí lidé bývají v odporu, nechtějí si připustit svoje problémy“). Analýzy rozhovorů mezi lékaři a pacienty ale ukázaly, že odpor pacienta může být vyvolán tím, co a jak lékař říká. Podívejme se na následující příklady rozhovorů:

1. Lékař: *Měla byste do svého jídelníčku zařadit víc zeleniny a jíst méně tuků.*

Pacientka: *Můj muž ale zeleninu nejí a já nemám tolik času ani peněz vařit každému zvlášť.*

Lékař: *Když budete jíst jako doposud, zvyšuje se riziko srdečního onemocnění.*

Pacientka: *Já vím, ale vždyť já zase tak nezdravě nejím. Navíc u nás doma se jedlo stejně a podívejte, maminka ještě žije.*

Lékař: *Vaše výsledky testů ale ukazují, že s jídelnem nebude všechno v pořádku. Měla byste o své zdraví více pečovat.*

Pacientka: *To slyším skoro vždycky, když sem přijdu. Mám z toho pak doma výčitky, ale když...*

2. Lékař: *Měla byste do svého jídelníčku zařadit víc zeleniny a jíst méně tuků.*

Pacientka: *Můj muž ale zeleninu nejí a já nemám tolik času ani peněz vařit každému zvlášť.*

Lékař: **Není snadné připravit něco, aby to chutnalo vašemu muži a zároveň to obsahovalo méně tuků.**

Pacientka: *Není. Když nemá maso, nadává. Zkoušela jsem připravit něco lehčího, ale nechutnalo mu to.*

Lékař: **Je pro vás důležité, aby váš muž byl spokojený. Také tady vidíte, že výsledky vašich testů nejsou příliš příznivé.**

Pacientka: *Já vím. Nemám z toho radost. **Napadlo mě, že bych možná mohla zkusit...***

V obou případech si je pacientka vědoma souvislostí mezi stravou a zdravotním stavem. V prvním případě ale – přes dobře míněné rady lékaře – spíše hledá důvody, proč jídelní návyky nemůže změnit. Argumentuje, proč není třeba se tolik obávat a odchází frustrovaná a s pocitem, jestli má smysl vůbec k lékaři chodit a o něco se snažit. A lékař může mít po jejím odchodu pocity podobné. V případě druhém se dozvíme, že pacientka se už o změnu pokusila a proč se jí nepodařilo uskutečnit. Vyjadřuje také své skryté obavy a přemýšlí, co by ještě mohla zkusit. Její připravenost ke změně se zvyšuje. Ukázky ilustrují fakt, že **postoj pacienta ke změně je do určité míry také záležitostí interpersonální** a že lékař může tento postoj ovlivňovat.

Výzkumy také ukazují souvislost mezi vyjadřováním pacienta v průběhu rozhovoru a pravděpodobností jeho změny chování.

Změna je méně pravděpodobná, uvádí-li pacient důvody, proč je nevýhodná či obtížná, proč setrvat v současném stavu, když nechce vidět problémy, zlehčuje jejich závažnost, nepřijímá zodpovědnost, vyjadřuje pesimismus nebo nesouhlasí s návrhy lékaře (typické odpovědi „ano, ale...“).

A naopak, když pacient uznává nevýhody a rizika současného stavu, výhody změny, vyjadřuje optimismus ohledně možné změny či dokonce záměr ji uskutečnit, **pravděpodobnost úspěchu se zvyšuje.**

Odpor jako důsledek komunikačního stylu vzniká například, když pacient a lékař mají odlišný záměr či cíl – např. pacient chce předepsat určité léky, avšak lékař míní, že namísto je režimové opatření. Jindy odporem pacient reaguje na přístup typu: „*Já vím, co je pro vás nejlepší, poslouchejte mě*“, nebo v situaci, kdy lékař postupuje příliš rychle a plánuje, co dělat, přestože pacient ještě váhá. Zaručeným způsobem, jak posílit odpor, je zvýšit tlak na pacienta, který již v odporu je (na argument pacienta, proč něco nejde, použít silnější protiargument či dokonce na náznak agresivity v reakci pacienta také reagovat agresivně).

Pokud lékař vnímá tyto charakteristiky a snaží se snižovat množství negativních, pesimistických či vyhýbavých výroků pacienta a naopak podporovat výroky angažované, pozitivní, zvyšuje pravděpodobnost úspěšné a vzájemně uspokojivé práce. Výskyt takových výroků také může brát jako okamžitou zpětnou vazbu na svůj styl komunikace.

Úlohy lékaře v rozhovoru o změně chování

Základní úlohy lékaře v rozhovoru s pacientem o změně jeho chování shrnuje Obr.⁽¹⁾ Všechny uvedené kroky často nejsou ani možné, každý lékař si je může tvořivě přizpůsobit svým časovým možnostem, potřebám a situaci.

1. Navažte dobrý pracovní kontakt (raport)

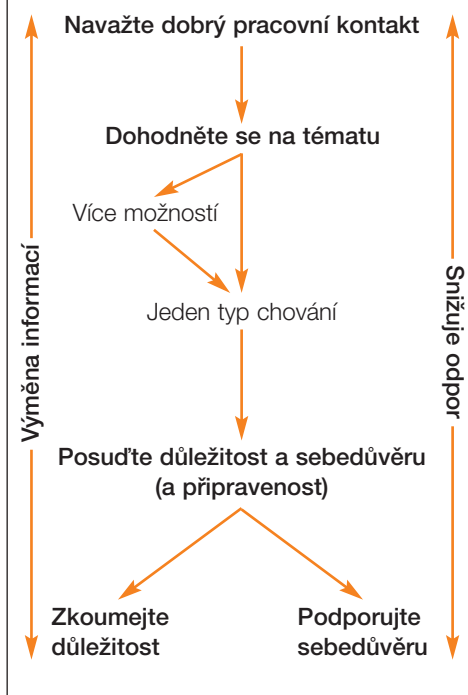
Vhodné jsou otázky, které lékaři pomáhají lépe pacientovi porozumět. Mezi účinné postupy patří **kladení otevřených otázek**, které nevybízejí ke stručné odpovědi („Jak...“, „Co...“, „Proč...“ apod.), **shrnutí toho nejdůležitějšího**, co bylo řečeno, a **reflexe řečeného s cílem ověřit si, zda správně rozumíme** (např. viz výše – reakce lékaře ve druhém rozhovoru). Další možností je zeptat se pacienta, jak vypadá jeho obvyklý den. Pracovní vztah se tím značně upevňuje a často se tak lze dozvědět mnoho informací i o problémovém chování. Na pacienta orientovaný přístup v komunikaci^(3, 7, 8) se v ideálním případě prolíná celým rozhovorem.

2. Dohodněte se na tématu rozhovoru

Problémové chování má více aspektů a v každém z nich může být pacient v jiné fázi změny. Je ale obtížné efektivně pracovat na více změnách najednou. Pacientovi dáme možnost určit, co je nyní prioritou pro něj, co potřebuje probrat. Častou příčinou špatné spolupráce bývá určení tématu lékařem a předčasné zaměření pozornosti na určitý aspekt. Lékař má vyjadřovat skutečný zájem o to, jak pacient své potíže vnímá a vysvětluje. Pokud se ukáže, že pacient chce učinit kroky ke změně, lékař se ujistí, zda se jimi chce nyní zabývat:

„O čem byste se chtěl bavit dnes? Můžeme se věnovat kouření, cvičení, jídlu nebo pití, což

Obr. – Základní úlohy lékaře při rozhovoru o změně chování⁽¹⁾



jsou věci, které mají vliv na vaše uzdravení z infarktu. Co myslíte vy? Třeba považujete za důležité něco jiného.“

„Které možnosti, jak ovlivnit svůj krevní tlak, byste se dnes nejráději věnoval?“

I když lékař ví, že je třeba bavit se o určitém tématu a pacientovi je jasné, co tímto tématem bude, je nutné zachovat způsob komunikace. Místo výroků typu „Měl byste...“ (udílení rad, co by pacient měl a neměl) poukázat na výhody, které by změna chování mohla přinést a vyjádřit zájem o názor pacienta. Nabízí se téma k diskusi a potenciálně citlivá otázka nutnosti změny zůstává otevřená:

„Změna (cvičení, abstinence od kouření či alkoholu) vede u některých pacientů ke zlepšení (výkonnosti, zmírnění únavy, zlepšení soustředění). Můžeme se tomu chvíli věnovat? Co si o tom myslíte?“

Nejlepším předpokladem pro konstruktivní dialog o citlivých tématech je skutečný zájem o pacienta a dobrý pracovní vztah.

3. Posuďte důležitost změny, důvěru v možnost jejího uskutečnění a připravenost pacienta k ní

Když víme, čím se v konzultaci budeme zabývat, je užitečné odhadnout, jakou důležitost pacient změně připisuje a jak vidí svoje šance ji provést. Vnímá-li pacient změnu jako významnou (chce např. přestat kouřit), ale nevěří, že je schopen ji úspěšně uskutečnit, bude náš další postup vyžadovat jiné strategie než v případě, kdy nepochybuje, že by změnu byl schopen provést, ale nepřisuzuje jí dostatečnou důležitost („Přestat pít bych mohl kdykoli, ale nevidím to jako problém.“). Vycházíme z toho, co již víme, nebo se můžeme přímo zeptat, jak moc je pro pacienta **změna důležitá**. Když si nejsme jisti, lze využít sebehodnotící stupnice:

„Jaké máte právě teď pocity ohledně (možné změny)?“, „Jak je pro vás osobně důležitá (změnu uskutečnit)?“, „Představte si takové měřítko. Kdyby 0 znamenala ‚není vůbec důležitá‘ a 10 byla ‚je pro mě velmi důležitá‘, kam byste sám sebe na stupnici umístil?“

Podobně lze zkoumat míru sebedůvěry.

Jakým způsobem vést rozhovor dál, na co se zaměřit?

– Je-li **míra důležitosti nízká**, soustředte na ni.

– Zaměřte se na ten aspekt (důležitost či důvěra), který má nižší hodnotu, zvláště je-li mezi oběma velký rozdíl.

– Jsou-li oba zhruba na stejné úrovni, začněte s důležitostmi.

– Jsou-li důležitost i důvěra nízké, zvažte, zda jiné téma není pro pacienta důležitější. Sdělte tento svůj pocit pacientovi.

Průběžné monitorování **celkové připravenosti pacienta ke změně** v průběhu rozhovoru je dobrým základem. Přecenění připravenosti snadno může vést k odporu a snižuje pravděpodobnost úspěchu.

A. Zkoumejte důležitost změny

Cílem rozhovoru není, aby se pacient zavázal ke změně, ale především prozkoumat význam, který pro něj dané chování má, a pomoci

mu o změně uvažovat. Strategie, které lze použít, se odvíjejí od pacientem uváděné míry důležitosti změny (0–10 z 10bodové stupnice).

– Je-li pacientem vnímaná důležitost velmi nízká (0–2/10), je možná nejlepší téma změny pro tuto chvíli opustit.

– Je-li důležitost vyšší (např. 5/10), lze využít otázku: „Proč jste na 5 a ne na 1?“. Je pravděpodobné, že pacient uvede některý důvod ke změně. A dále se můžete zeptat: „Co by se muselo stát, abyste se posunul z 5 na 7 nebo dokonce na 8?“, „Co vám v tom brání?“.

– Další možností v případě 5/10 je zkoumat výhody a nevýhody současného stavu či chování (více a méně dobré či příjemné věci). Pokud pacient uvažuje o nějaké změně, lze se zeptat, jaké výhody a nevýhody by taková změna přinesla. V obou případech shrneme uvedené pozitiva a negativa, pokud možno slovy, která použil sám pacient.

– Vyjadřuje-li pacient starosti nebo obavy pramenící z jeho chování, lze je blíže prozkoumat nebo můžeme zkoušet téma sami otevřít: „Co vám na vašem chování dělá největší starosti?“. Pozorné naslouchání opět zakončíme shrnutím. Na jeho závěr lze položit otázku: „Jak to vidíte?“.

B. Podporujte sebedůvěru

Sebedůvěra bývá ovlivněna dosavadními úspěchy a neúspěchy. Pokud se pacient již několikrát bezúspěšně o změnu pokusil, sebedůvěra bude nízká. Důvěru v možnost uskutečnění změny oslabuje příliš velký rozdíl mezi současným a cílovým stavem. Naopak pozitivní vliv má zážitek vlastního úspěchu, možnost sledovat úspěchy jiných a vidět, že změna je možná.

Úloha lékaře v procesu budování sebedůvěry pacienta spočívá v uznání a ocenění sebemenších úspěchů, v pomoci přerátovat neúspěchy, hledat poučení pro příští pokusy o změnu a stanovit si konkrétní a dosažitelné cíle. K tomu lze využít následující strategie:

– Prožívá-li pacient silnější ambivalence, lze se např. pouze zmínit o tématu a o možnostech určitých kroků. Téma je vhodné nechat otevřené, nesnažit se přimět pacienta k nějakým závazkům, dát mu čas.

– Podobně jako u práce se stupnicí důležitosti lze využít otázky vycházející z udávané míry sebedůvěry: „Proč jste uvedl 4 a ne méně?“, „Co by vám pomohlo se posunout o kousek výše?“ (opačně formulovaná otázka, tj. „proč jste uvedl 4 a ne více?“ vede k hledání důvodů, proč změna možná není).

– Můžeme pomoci pacientovi sestavit seznam možností, které přicházejí v úvahu, jejich výhody a nevýhody, a nechat jej, aby si vybral, která mu vyhovuje. Měl by cítit, že pokus se může podařit, ale v případě neúspěchu jsou další možnosti.

– Lze se také zaměřit na úspěchy a neúspěchy z minulých pokusů. Oceňme vytrvalost, s jakou se pacient o změnu pokouší a pokusme se nalézt, v čem se lišil jeho nejúspěšnější pokus od těch ostatních. Hledáme i drobné známky toho, že změna je za určitých podmínek možná. Ptejme se, jaké okolnosti mohly způsobit neúspěch a jak se jim příště vyhnout.

Přecenění sebedůvěry a tlak na hledání řešení může vyvolat odpor, stejně tak jako přehlédnutí, že pacient nevnímá změnu jako dostatečně důležitou. **Stejně riziko přináší i přílišná aktivita lékaře, snaha hledat řešení za pacienta nebo předčasně zaměřená pozornost na jedno řešení.**

4. Výměna informací

Tento proces se prolíná celým rozhovorem. Cílem je, aby výměna informací byla vzájemná, nejen lékař sděluje a zjišťuje, co ho zajímá, ale i pacient má mít prostor říci, co považuje za potřebné a mít pocit, že může ovlivnit průběh a téma rozhovoru. **Nejefektivnější je taková informace, na kterou se pacient sám zeptá.** Jedna ze strategií, jak maximalizovat efekt vzájemné výměny informací, má tři kroky:

1. Zeptejte se pacienta, co by chtěl vědět;
2. Poskytněte mu informace neutrálním způsobem, např.: „Některým lidem se osvědčilo...“, „Existují tyto možnosti...“.
3. Nechte pacienta, aby sám posoudil, jaký význam pro něj informace mají: „Jak to na vás působí?“, „Co z toho vám připadá zajímavé?“.

Jinou možností je zeptat se, jak vypadá **typický pacientův den**. To může trvat přibližně 5 minut, lze tak ovšem získat množství cenných informací, aniž bychom kladli řadu otázek

za sebou. Navíc tato technika významně **posiluje pracovní vztah**. Podmínkou úspěchu je mít zájem, nechat pacienta mluvit a nepátrat po příliš podrobných nebo citlivých detailech.

5. Snížení odporu

Průběžné sledování pacientova odporu a snaha o jeho snížení jsou další úkoly lékaře. **Tři nejčastější příčiny odporu jsou:**

1. zbavení pacienta možnosti rozhodování, autonomie;
2. nesprávné zhodnocení důležitosti, sebedůvěry a připravenosti ke změně;
3. reakce na nátlak nebo na argumenty pacienta nátlakem, protiargumenty, obranou.

Nejúčinnějším způsobem, jak se odporu vyhnout, je být pozorný, sledovat, co se děje a naslouchat. Když se rezistence objeví, změňte směr rozhovoru, snažte se ji neposilovat. Lze také využít následující strategie:

– **Zdůrazněte pacientovu osobní volbu** a kontrolu nad tématem rozhovoru i nad konečným rozhodnutím: „Ve vaší situaci lze dělat to a to. Je ale skutečně jen na vás, pro co se rozhodnete.“, „Možná, že vás tohle téma už unavuje. Co je pro vás teď důležité?“.

– Ověřte si, jak pacient důležitost změny a možnost jí uskutečnit vnímá a přizpůsobte tomu rozhovor.

– Snažte se pacienta pochopit, dát mu najevo, že rozumíte, jak se cítí, proč se zlobí, že to je v jeho situaci pochopitelné. Lze využít reflektivních reakcí (zopakování právě řečeného, parafrázování, vystižení pocitů pacienta, přerámování – posun významu). Takové reakce mohou začínat slovy: „Takže vy...“, „Cítíte, že...“, apod. (blíže viz⁽³⁾).

Ukované reakce na odpor pacienta možná neodpovídají běžnému a zažitému způsobu reagování. Jsou ale možnostmi, jak dovést rozhovor jinam než tam, kde možná v posledních letech pro pacienta s neúprosnou pravidelností končil – třeba ve slušném mlčení, vyhýbání se konfliktním tématům, roztrpčení, ztrátě naděje.

Závěr

Tento příspěvek shrnuje některé možnosti, jak vést rozhovor s pacientem o změně jeho rizi-

kového chování. Uváděné strategie a principy vycházejí převážně z teorie motivačních rozhovorů a jsou přizpůsobené potřebám lékařské praxe. Lze je rozvíjet a přizpůsobovat konkrétním potřebám, jsou však pouze orientační. Nejdůležitější ingrediencí celého přístupu je partnerství, respekt, opravdový zájem o pacienta a jeho vidění světa.

Literatura

1. **ROLLNICK, S., MASON, P., BUTLER, C.** *Health Behavior Change*. London : Churchill Livingstone, 1999, 225 p.
2. **MILLER, WR., ROLLNICK, S.** *Motivational Interviewing. Preparing people for change*. New York : The Guilford Press, 2nd ed., 2002, 428 p.
3. **MILLER, WR., ROLLNICK, S.** *Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov : Sdružení SCAN, 2003, 311 s.

4. **PAPEŽOVÁ, H.** *Motivační terapie u poruch příjmu potravy*. Česká a Slovenská psychiatrie, 2000, 96, č. 8, s. 397–401.
5. **PAPEŽOVÁ, H., UHER, R.** *Motivační terapie u poruch příjmu potravy II. Klinické ukázky a nástroje*. Česká a Slovenská psychiatrie, 2002, 98, č. 1, s. 28–32.
6. **DICLEMTE, CC.** *Motivační rozhovory a fáze změny*. In **MILLER, WR., ROLLNICK, S.** *Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov : Sdružení SCAN, 2003, s. 175–184.
7. **PAVLÁT, J.** *Lékařská konzultace a spolupráce v léčbě (compliance)*. Česká a Slovenská psychiatrie, 1998, 94, č. 8, s. 470–474.
8. **PAVLÁT, J.** *Přehled zásad a kroků komunikace lékaře a pacienta*. Praktický lékař, 1999, 79, č. 9, s. 538–540.

e-mail: