

o naše vlastní: jsme ochotni se nad nimi zamyslet do větší hloubky. Naopak, pokud nám podává informace, byť zásadní pro naše přežití, někdo, komu nevěříme, máš mozek se jimi zabývá povrchně a stejně tak povrchně je ukládá do paměti. Nedivme se, že i ty nejlepší rady některých lékařů nedostávají sluchu a následování pacienti.

Chceme-li si získat důvěru pacienta, **klíčovým předpokladem** je, že mu věříme. Věříme, že je (sám) schopen zvládnout, co před ním stojí a co po něm vyžaduje léčebná kúra. Když říkáme věřit, tak to znamená **opravdu věřit**, nejen jen tak, slovně. Pacient okamžitě pozná, jak je to doopravdy.

Abychom **opravdu věřili** potřebujeme **naslouchat** světu pacienta, být všímaví k tomu, co nám sděluje o sobě a svém světě. Pacientův svět je zcela originální, do značné míry odlišný od našeho. Byl vytvořen v průběhu života zejména zkušenostmi, poznáváním, ovlivňováním ze strany okolí i vlastního prožívání. Pacient vždy bude jednat pouze ve svém vlastním světě, protože jiný nezná. Naše názory, rady mu pak připadají často jako „knížecí rady“: „Vám se to říká!“

Když se zajímáme o vidění problému, situace ze strany pacienta, leccos můžeme pochopit, získáváme jeho důvěru a také hlubší chápání toho, co mu navrhujeme. Pak se může nad našimi radami zamyslet a najít si vlastní způsob, jak je vnést do svého života a řídit se jimi. Proto je tak důležité, abychom byli méně imperativní a více kooperativní. Snažili se co nejvíce vtáhnout do změny jeho života samotného pacienta. Jak? **Vhodné otázky** na to, jak on sám uvažuje nad svým léčením, nad dodržováním léčebných postupů, kúry, co on sám a jak chce dělat pro své zdraví. Jeho představy jsou pro něj obvykle důležitější než naše, byť vědou podložené rady. Větší a dlouhodobější dopad na zdraví pacienta bude mít zvýšení denního počtu kroků o 100/den než to, že se pacient bude snažit 1–2 týdny denně ujit 10 000 kroků a pak zjistí, že na to nemá čas, že ho to vlastně nebaví a že to vše dělal „pro lékaře“.

Je užitečné po diskusi získat vlastní **konkrétní závazek** pacienta plnit to, na co sám přistoupil, přišel (a je v souladu s léčebnými procesy, kúrou). Během příštího setkání se k plnění tohoto závazku vracíme a zjišťujeme, jak si vedl. V případě, že se s pacientem dohodneme na, byť dílčí, změně životního stylu, je dobré naplánovat další kontrolu (třebas i telefonickou) časněji, stejně jako když titrujeme medikaci na srdeční selhání. Ptáme se na fakta, co se mu dařilo, kde už je pokrok. Užijte si hodně ocenění: **chválit, chválit, chválit, chválit**.

Nemusíme se tolik (pokud vůbec) věnovat tomu, kde a proč neuspěl. To je minulost a ta se nebude už nikdy opakovat. Naopak bývá smysluplné, aby se pacient zamyslel nad sebou, nad tím, co se o sobě, o svém přístupu ke svému zdraví a zvládnání nových denních rutin, naučil, dozvěděl. Mnohdy je taková diskuse zdrojem cenných poznání a posílení motivace pokračovat. Zjišťuj, že jejich „boj“ nemusí být až tak marný a beznadějný. Zdůrazňujeme **úspěchy pacientů. Zaměření na úspěch vede v mozku k vyplavení dopaminu a k libým pocitům**.

LITERATURA

1. Lieberman DE. The Story of the Human Body: Evolution, Health, and Disease 2013, New York, NY: Pantheon Books.
2. Kerschbaum E, Nussler V. Cancer Prevention with Nutrition and Lifestyle. *Visc Med*, 2019; 35(4): p. 204–209.

Takto bude mít pacient dvojí radost z toho, co dosáhl. A příjemné prožitky bude chtít zopakovat.

Při poskytování zpětné vazby můžeme pomoci pacientům také změnit úhel pohledu na to, co (ne)dosáhli (tzv. reframing). Např. obézní pacient, který se po prodělaném infarktu myokardu rozhodne kromě zhubnutí přestat kouřit. Přichází po měsíci na kontrolu a stěžuje si, že i když na sobě intenzivně zapracoval, píše si jídelníček, snížil denní příjem kalorií, pravidelně chodí (denně ujde 12 000 kroků), ale hmotnost se ne a ne hnout. Ujištění, že už jen fakt, že vydržel nekouřit, je úžasný a pro pacienta „strašně moc“ pozitivní. A to, že nepřibral (jak by se dalo při zanechání kouření očekávat), je také velký úspěch. Pomůžeme tím pacientovi odvrátit pozornost od domnělého neúspěchu (nezhubl jsem) k pohledu na jeho úspěchy (nekouřím a nepřibírám na váze).

V případech, že se pacientovi až tak nedařilo plnit své vlastní závazky, stačí takovou situaci „**normalizovat**“ – je normální, že se nám všechna předsevzetí nedaří plnit. Zejména pokud jde o změnu životního stylu, máme před sebou náročný úkol. K jeho zvládnutí potřebujeme hodně pozornosti a plnou kapacitu našeho mozku. Když jsme unaveni nebo pod vlivem negativních emocí, snadno selžeme. Nikdo není 100% a náš mozek má své vrtochy. Jedno selhání zdaleka neznamená marný boj.

Změna životního stylu je běh na dlouhou trať v délce měsíců, ba i roků. Pokud se zaměříme pouze na konečný výsledek, lehce spadneme do beznaděje, pocitu marnosti. Abychom si udrželi hlavu vztyčenou, dostatečnou motivaci a víru v úspěch, je vhodné odměňovat se **krátkodobými odměnami**, které však samozřejmě nejdou proti dlouhodobým cílům. Dovolit si dopřát něco, co máme rádi, těšit nás, dokáže zpestřit a prosvětlit náš život. K tomu, abychom změnili svůj životní styl, se nemusíme oddávat asketismu, ale žít plný život (pouze bez toho, co nám tolik škodí).

V každodenní praxi se můžeme setkat i s pacienty, u kterých kromě našeho doporučení ke změně životního stylu je nutné přizvat psychologa či psychiatra. Např. mezi pacienty po akutním infarktu myokardu má až polovina pacientů mírné až středně významné známky deprese. I když jim výše zmíněnými přístupy poskytujeme podporu, tak zaléčení deprese včetně odborně vedené psychoterapie již patří do rukou specialistů.

Závěr

Ovlivnění životního stylu představuje základní kámen v léčbě mnoha metabolických onemocnění. Pomoci pacientům s dosažením kýžených změn je v moci každého zdravotníka. Výsledky sice nejsou okamžité, nicméně jsou komplexní a dlouhodobé. Pro detailnější informace o motivaci při změně životního stylu odkazujeme čtenáře např. na knihu **Bez potu** (4). Věřme našim pacientům, že se dokáží změnit, možná že ne dnes, možná ne zítra, třeba až časem, ale potenciál v nich je – ve všech.

3. Åkesson A et al. Low-Risk Diet and Lifestyle Habits in the Primary Prevention of Myocardial Infarction in Men: A Population-Based Prospective Cohort Study. *Journal of the American College of Cardiology*, 2014; 64(13): 1299–1306.

4. Segar ML. No sweat: how simple science of motivation can bring you a lifetime of fitness 2015, New York: AMACOM.