

- je často spojena s psychiatrickou komorbiditou (deprese, úzkosti, poruchy příjmu potravy), která motivaci dále oslabuje.

Moderní neurovědy ukazují, že u části pacientů s obezitou dochází k narušení funkce mozkových okruhů odměny (dopaminergní systém), což snižuje schopnost regulovat impulzivní příjem potravy a snižuje reaktivitu na přirozené posílení (3). To ztěžuje aktivaci a udržení vnitřní motivace k abstinenci od přejídání nebo změně životního stylu.

Teoretická východiska práce s motivací

Teorie self-determinace

Rozlišuje vnitřní (autonomní) a vnější (kontrolovanou) motivaci. Podle této teorie Deciho a Ryana (4) je pro dlouhodobé udržení zdravého chování klíčové, aby byly naplněny tři psychologické základní potřeby:

- **Autonomie** (pacient má pocit, že se rozhoduje svobodně)
- **Kompetence** (věří, že dokáže změnu zvládnout)
- **Sounáležitost** (má podporu od blízkých či odborníků)

Výzkumy ukazují, že autonomní motivace (např. vnitřní důvody, jako zlepšení kvality života) je silnější prediktor dlouhodobého udržení změny než motivace vnější (např. tlak okolí nebo zdravotní varování) (5).

Z hlediska dlouhodobé adherence je nejstabilnější vnitřní nebo integrovaná motivace. Cílem zdravotníka není „přesvědčit pacienta“, ale **vytvářet prostředí, ve kterém se může autonomní motivace rozvinout** – prostřednictvím respektu, podpory, partnerského vztahu a možností volby.

Model změny chování

Tento model Prochasky a DiClementa (6) popisuje změnu chování jako **proces, nikoli jednorázové rozhodnutí**. Lidé se nacházejí v různých fázích připravenosti ke změně a je důležité přizpůsobit intervenci dané fázi.

Fáze změny chování:

1. **Předuvědomění (precontemplation)** – pacient změnu nechystá, nevidí problém.
2. **UVědomění (contemplation)** – pacient vnímá problém, ale není rozhodnutý.
3. **Příprava (preparation)** – pacient plánuje změnu, podniká první kroky.
4. **Akce (action)** – aktivně mění chování.
5. **Udržení (maintenance)** – snaží se udržet změnu a předejít relapsu.
6. **Relaps** – návrat ke starému chování; není selhání, ale součást cyklu změny.

Každá fáze vyžaduje jiný typ intervence. Například pacient ve fázi uvědomění potřebuje podporu při zvažování výhod a nevýhod změny, zatímco pacient ve fázi akce potřebuje posilování konkrétních dovedností. Mnoho lékařů chybně očekává, že pacienti přijdou do ordinace připraveni k akci. Ve skutečnosti je většina pacientů ve fázi **kontemplace nebo přípravy**, a proto **je nutné pracovat nejprve s motivací, nikoliv rovnou předepisovat plán**.

Motivační rozhovory

Motivační rozhovor je technika vedení rozhovoru, která pomáhá pacientům nalézt a zesílit jejich vlastní motivaci k léčbě. Byl vyvinut Millerem a Rollnickem (7) a je široce využíván v oblasti léčby závislosti a chronických onemocnění včetně obezity.

Principy:

- **Empatie** – lékař projevuje porozumění světu pacienta.
- **Rozpoznání ambivalence** – pacienti často zároveň chtějí a nechtějí změnu. Motivační rozhovor pomáhá tyto protichůdné pocity prozkoumat bez odsuzování.
- **Podpora autonomie** – pacient je považován za experta na vlastní život a rozhodnutí.
- **Vyvolávání změny** – namísto vnucování se motivace generuje skrze dialog.

Významným faktorem je také délka a intenzita intervencí – krátké rady mají nižší efektivitu než pravidelné a cílené rozhovory s dobře vyškoleným personálem. Metaanalýzy ukazují, že motivační rozhovor zvyšuje adherenci a podporuje redukci hmotnosti (8). Efektivita se zvyšuje při opakovaných intervencích a v kombinaci s behaviorálními strategiemi.

Kognitivní a emoční bariéry

Ve snaze porozumět nízké motivaci pacientů k redukci hmotnosti je třeba identifikovat faktory, které působí jako **bariéry vůči změně**. Tyto faktory mohou být vnitřní (osobnostní rysy, předchozí zkušenosti) nebo vnější (životní okolnosti, sociální podmínky).

Pacienti často trpí **nízkou sebedůvěrou**, naučenou bezmocí („stejně mi to nikdy nešlo“) a **kognitivním zkreslením**, například „všechno nebo nic“ („když jsem porušil dietu, nemá smysl pokračovat“). Dlouhodobé diety často vedly k **jojo efektu**, což u části pacientů vyústilo ve **vzdání se aktivního přístupu**.

Nedávná studie (9) upozorňuje, že stigmatizace osob s obezitou lékaři a zdravotníky může významně snižovat ochotu pacientů aktivně se účastnit léčby a může vést k vyhublému chování. Mnozí pacienti s obezitou mají negativní zkušenosti se zdravotníky, kteří jejich problém redukuje na „nedostatek vůle“ (10).

Zásadním předpokladem motivace k akci i vytrvání při překážkách je **sebeúčinnost (self-efficacy)** označuje přesvědčení jednotlivce, že je schopen ovlivnit své chování a zvládat obtížné situace. Nízká sebeúčinnost je běžná u pacientů s obezitou, především v důsledku opakovaných neúspěšných pokusů o redukci hmotnosti (11). Tito pacienti mohou ztrácet víru, že „tentokrát to bude jiné“, což je významný demotivující faktor.

Podpora sebeúčinnosti je tedy jedním z klíčových cílů terapeutické práce. Efektivní jsou techniky jako stanovování dílčích cílů, pozitivní zpětná vazba, validace snahy i malých pokroků a rozbor situací, kdy se pacientovi něco podařilo (12).

Kapacitu pacienta investovat čas a energii do změny také významně snižuje nízký socioekonomický status, pracovní zatížení, péče o rodinu nebo absence podpory partnera. Dalšími faktory, které ovlivňují schopnost změny, jsou obezitogenní prostředí, automatizované stra-