

vovací návyky a nízká fyzická aktivita (13). Změna chování je náročný proces, který vyžaduje určitou míru psychické a organizační stability.

**Komorbidity jako depresivní porucha, úzkostné poruchy, ADHD či poruchy příjmu potravy** (zejména záchvatovitě přejídání) jsou časté a vyžadují specifický přístup. Podle metaanalýzy (14) se u pacientů s obezitou a zároveň depresivní poruchou dosahuje nižší adherence, vyšší míry relapsu a kratší doby udržení změn.

## Klinické strategie podpory motivace: co může dělat lékař

Motivace pacienta není zcela v rukou lékaře, ale lékař může ovlivnit **klíčové proměnné**: prostředí, komunikaci, strukturu plánu a oporu v krizových momentech.

### Vytváření bezpečného prostoru

- Aktivní naslouchání, absence hodnocení, otevřenost k obtížím pacientů.
- Ověření očekávání pacienta: „Co byste považoval(a) za úspěch v horizontu 3 měsíců?“
- Uznání předchozích snah a výdrže.

### Stanovování dílčích a dosažitelných cílů

Cíle musí být měřitelné, dosažitelné, pozitivně formulované, časově vymezené a pacientem akceptované. Krátkodobé úspěchy posilují pocit kompetence a zvyšují motivaci pokračovat (15). Dlouhodobé cíle (např. „zhubnout 20 kg“) jsou často demotivující, pokud nejsou doprovázeny konkrétními a zvládnutelnými kroky. Stanovujeme cíle typu:

- 5% redukce hmotnosti během 12 týdnů,
- zvýšení počtu kroků na 6 000 denně,
- vymizení večerního přejídání 5x týdně.

### Zpětná vazba a pozitivní posilování

Udržování kontaktu a pozitivní posilování během kontrol zvyšuje adherenci. Podle systematického přehledu (16) již 10minutové strukturované konzultace 1x za 3 týdny zvyšují míru adherence až o 35 %. (Pravidelné kontroly s hodnocením pokroku (nejen hmotnosti), e-mailová nebo telefonická podpora, využití digitálních aplikací nebo mobilních připomínek).

### Využití behaviorálních technik

- Vedení **stravovacích a pohybových deníků** – přináší zpětnou vazbu a strukturu.
- **Sebehodnocení** a práce s posilováním pozitivních změn.
- Techniky zvládnání relapsu – relaps není selhání (plán B, krizové scénáře).

Novější studie ukazují, že farmakologická léčba může nejen zlepšit výsledky redukce hmotnosti, ale zároveň zvyšovat motivaci k behaviorální změně tím, že přináší včasné pozitivní výsledky (17).

### Klinické kazuistiky v praxi

Příklad 1: Pacientka, 42 let, s BMI 38, se opakovaně snažila zhubnout, avšak posledních šest měsíců bez úspěchu. Lékař zahájil léčbu přímým nasazením GLP-1 agonisty, aniž by předtím zmapoval její motivaci ke

změně. Po dvou měsících byla léčba ukončena s konstatováním, že „neměla žádný efekt“. Analýza: V tomto případě chybělo důkladné vyšetření motivace pacientky a práce s jejími očekáváními. Pacientka přistupovala k léčbě s očekáváním pasivního účinku léku a nebyla připravena aktivně měnit své chování. Nedostatek doprovodných behaviorálních intervencí vedl k neúspěchu léčby.

Příklad 2: Muž, 57 let, BMI 35, s hypertenzí a prediabetem, vstoupil do léčby ve fázi kontemplace, tedy kdy si byl vědom problému, ale nebyl ještě rozhodnut změnit životní styl. Lékař nejprve zmapoval jeho obavy a vysvětlil mu vztah mezi tělesnou hmotností a zdravotním stavem. Společně pak definovali plán drobných, postupných změn. Po šesti měsících dosáhl pacient 7% redukce tělesné hmotnosti. Analýza: Úspěch této léčby spočíval v respektování hodnot pacienta, aktivní spoluúčasti a pozitivním posilování jeho pokroků.

## Doporučení pro klinickou praxi

Doporučení	Praktická aplikace
Zmapujte fázi motivace	Jednoduchou otázkou: „Jak připraven(a) se cítíte něco změnit?“
Pracujte s očekáváním	Zjistěte, co pacient od léčby očekává a co je pro něj realistické
Respektujte autonomii	Nabídněte možnosti, ne direktivní příkazy
Využívejte behaviorální podpůrné prvky	Deníky, konkrétní cíle, zpětná vazba
Pracujte v týmu	Zapojení nutričního terapeuta, psychologa, farmakologická podpora
Vyhýbejte se moralizování a stigmatizaci	Pozitivní, partnerský přístup podporuje motivaci

## Diskuze

Motivace k redukci hmotnosti je zásadním předpokladem úspěšné léčby obezity. Současný výzkum však potvrzuje, že motivace pacientů s obezitou není pouze otázkou vůle, ale komplexní výsledek interakce biologických, psychologických a sociálních faktorů (14). Zkušenosti z praxe ukazují, že i pacienti s velmi nízkou motivací mohou pozitivně reagovat na vhodně vedenou podporu, pokud je přístup lékaře empatický, strukturovaný a orientovaný na spolupráci.

U části pacientů může být dominantní bariérou **nízké vnitřní očekávání úspěchu** v kombinaci s frustrací z minulých neúspěchů. Jiní pacienti se potýkají s dezinterpretací zdravotních rizik – vnímají nadváhu jako „osobní nedostatek“ místo jako chronické onemocnění. Z výzkumů také vyplývá, že **stigmatizující přístup** zdravotníků (byť i nevědomý) vede ke ztrátě důvěry, úzkosti a vyhýbavému chování pacientů (9).

Důležitým faktorem, který ovlivňuje motivaci, je i **časová perspektiva pacienta** – pokud pacient očekává rychlé a radikální výsledky, je riziko zklamání vyšší. Edukace o postupném charakteru změny a definování realistických cílů je proto klíčová. V tomto kontextu se ukazuje jako velmi přínosná **motivace založená na vnitřních hodnotách pacienta** – například schopnost aktivně fungovat v rodině, zlepšení mobility nebo snížení medikace.

Další významnou oblastí je **práce se selháním** – léčba obezity je cyklický proces a relapsy jsou časté. Pacienti, u kterých je možné