

Role motivace v léčbě obezity

Šárka Slabá

Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN Praha

Motivace pacienta hraje zásadní roli v úspěchu léčby obezity, a to nejen při zahájení změn, ale především při jejich dlouhodobém udržení. Článek shrnuje aktuální poznatky o motivačních procesech u osob s obezitou, popisuje bariéry a faktory ovlivňující motivaci z pohledu teorie sebeurčení a behaviorálních věd. Zaměřuje se na praktické strategie, jak s pacienty o změně efektivně komunikovat, jak posilovat jejich vnitřní motivaci a jak přistupovat k relapsu jako k součásti léčebného procesu. Důraz je kladen na mezioborovou spolupráci a na potřebu systematického posilování motivace v průběhu celé terapie. Podpora motivace by měla být standardní součástí klinické praxe, nikoli samostatnou aktivitou.

Klíčová slova: behaviorální přístupy, komunikace, motivace, multidisciplinární přístup, obezita.

The role of motivation in obesity treatment

Patient motivation plays a key role in obesity treatment, not only at the initiation of lifestyle changes but particularly in their long-term maintenance. This article summarizes current knowledge about motivational processes in individuals with obesity, outlining common barriers and influencing factors through the lens of self-determination theory and behavioral science. It focuses on practical strategies for effective patient communication, enhancing intrinsic motivation, and managing relapse as a normal part of treatment. Emphasis is placed on interdisciplinary collaboration and the need for ongoing motivational support throughout the therapeutic process. Motivational support should be integrated into all stages of obesity treatment.

Key words: behavioral approaches, communication, motivation, multidisciplinary care, obesity.

Úvod

Obezita představuje chronické, recidivující onemocnění, které významně zvyšuje morbiditu a mortalitu a zásadně zatěžuje zdravotní systém. Léčba obezity představuje dlouhodobý a komplexní proces, a přestože léčebné možnosti včetně farmakoterapie a bariatrie prodělaly výrazný pokrok, efektivita intervencí zůstává zásadně limitována adherencí a dlouhodobou spoluprací pacientů (1). Jednou z hlavních determinant úspěchu léčby je **motivace pacienta ke změně chování**, jejíž absence je nejčastějším důvodem selhání. Motivace je dynamický proces, který ovlivňuje rozhodnutí pacienta ke změně životního stylu, přijetí léčebných doporučení a jejich dlouhodobé dodržování. Zvláště u chronických onemocnění, jako je obezita, motivace pacienta hraje klíčovou roli v dlouhodobé úspěšnosti léčby obezity. Motivace není pevně danou vlastností, ale **dynamickým a ovlivnitelným procesem**, který podléhá celé řadě vnitřních i vnějších faktorů – od neurobiologických predispozic až po charakter terapeutického vztahu (2). V praxi

však často narážíme na nízkou připravenost pacientů měnit životní styl, neochotu spolupracovat a časté relapsy.

Motivace v léčbě chronických onemocnění – specifika u obezity

Motivace je v psychologii chápána jako proces, který iniciuje, směřuje a udržuje cílené chování. V kontextu chronických onemocnění se nejedná o jednorázové rozhodnutí, ale o **dlouhodobou připravenost k sebekontrolě, vytrvalosti a ochotě nést náklady změny**.

Obezita je specifická tím, že:

- je silně stigmatizována a často vnímána jako „selhání vůle“, což oslabuje autonomní motivaci,
- přináší pouze pozvolnou a zprostředkovanou zpětnou vazbu (např. zlepšení glykemie po 3 měsících diety),
- její léčba vyžaduje trvalé úsilí bez jasného časového horizontu „uzdravení“.

- 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 závislostí 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 redukují na „nedostatek vůle“ (10).

Zásadním předpokladem motivace k akci i vytrvání při překážkách je **sebeúčinnost (self-efficacy)**. Pojem **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-

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 zvládání 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

tyto relapsy předvídat, normalizovat a zpracovávat je bez morálního hodnocení, vykazují delší dobu udržení změn (16). V tomto ohledu je velmi efektivní zapojení dalších odborností – nutričního terapeuta, psychologa či farmaceuta – kteří pomáhají pacientovi udržet motivaci v mezidobí mezi lékařskými kontrolami (18).

Z hlediska farmakologické léčby (např. GLP-1 agonisté) je nutné, aby očekávání pacienta byla reálně nastavena – ani účinný lék nemůže nahradit změnu chování. Naopak kombinace behaviorálních technik a moderní farmakoterapie se ukazuje jako nejefektivnější přístup.

Význam motivace se neomezuje jen na vstupní fázi léčby, ale je **zásadní pro udržení změn**, prevenci relapsu a dlouhodobé adherence. Proto je doporučováno pravidelné hodnocení a posilování motivace v každém kontaktu s pacientem.

Závěr

Motivace pacienta je proměnlivá, dynamická a ovlivnitelná – nikoli daná nebo fixní. V léčbě obezity hraje zásadní roli, přičemž její absence by neměla být důvodem k rezignaci na léčbu. Právě cílená práce s motivací umožňuje překlenout často frustrující zkušenosti pacientů a vytvořit prostor pro reálnou změnu. Lékaři, kteří rozumí psychologickým aspektům obezity, dokáží nejen přesněji identifikovat bariéry změny, ale také vhodně přizpůsobit formu komunikace, podpořit pacientovu autonomii a navrhnout realistické intervence. Vzhledem k narůstajícímu využití farmakoterapie je klíčové, aby behaviorální podpora nezůstala v pozadí. **Podpora motivace není samostatná terapeutická oblast, ale součást každého efektivního kontaktu s pacientem s obezitou. Práce s motivací by tak měla být standardní součástí klinické praxe léčby obezity.**

PROHLÁŠENÍ AUTORŮ: Prohlášení o původnosti: Publikace byla zpracována s využitím uvedené literatury a nebyla publikována ani zaslána k recenznímu řízení do jiného média. **Střet zájmů:** Žádný. **Financování:** Ne. **Poděkování:** N/A. **Registrace v databázích:** N/A. **Projednání etickou komisí:** N/A.

LITERATURA

1. Bray GA, Kim J, Wilding JPH. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev.* 2016;18(7):715-723.
2. Teixeira PJ, Carraça EV, Marques MM, et al. Motivation, self-determination, and long-term weight control. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2020;17(1):2.
3. Volkow ND, Koob GF, McLellan AT. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *N Engl J Med.* 2015;374(4):363-371.
4. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness. New York: Guilford Press; 2017.
5. Ng JYY, Ntoumanis N, Thøgersen-Ntoumani C, et al. Self-determination theory applied to health contexts. *Perspect Behav Sci.* 2019;42(1):91-108.
6. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(3):390-395.
7. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motivační rozhovory v praxi: pomoc lidem změnit se. Přel. Bartoš M. Praha: Portál; 2013.
8. Martins RK, McNeil DW. Review of motivational interviewing in promoting health behaviors. *Clin Psychol Rev.* 2019;70:51-62.
9. Puhl RM, Himmelstein MS, Pearl RL. Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *Am Psychol.* 2021;76(9):1301-1313.
10. Hebl MR, Xu J. Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient. *Int J Obes (Lond).* 2019;43(2):242-250.
11. Warziski MT, Sereika SM, Styn MA, Music E, Burke LE. Changes in self-efficacy and dietary adherence: predictors of weight loss success. *Appetite.* 2021;156:104984.
12. Schwarzer R, Luszczynska A, Ziegelmann JP, Scholz U, Lippke S. Social-cognitive predictors of physical exercise adherence: three longitudinal studies in rehabilitation. *Health Psychol.* 2016;25(1):54-65.
13. Farpour-Lambert NJ, Baker JL, Hassapidou M, et al. Childhood obesity: causes, consequences, and management. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2018;6(4):251-260.
14. Donnelly JE, Blair SN, Jakicic JM, et al. Mental health comorbidities in obesity management. *Obes Rev.* 2022;23(3):e13393.
15. Michie S, Ashford S, Snihotta FF, et al. A refined taxonomy of behavior change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviors: the CALO-RE taxonomy. *Psychol Health.* 2020;25(11):1479-1498.
16. Čadová E, Mareček J, Novák P, et al. Efektivita krátkých behaviorálních intervencí v léčbě obezity. *Prakt Med.* 2023;21(1):14-19.
17. Rubino D, Abrahamsson N, Davies M, et al. Effect of weekly semaglutide on weight loss in adults with overweight or obesity. *Lancet.* 2022;397(10270):971-984.
18. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, et al. European guidelines for obesity management in adults. *Obes Facts.* 2023;16(2):67-82.