proLékaře.cz | 12.11.2026

Adherence k léčbě z pohledu psychologa

Adherence to treatment according to the psychologist

Šárka Slabá

Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

✉ **PhDr. Šárka Slabá, Ph.D.** | sarka.slaba@vfn.cz

Kľúčové slová/Klíčová slova
adherence
kompliance
intervence
motivační rozhovory

Key words
adherence
compliance
motivational talks
intervention

Abstrakt
Nejčastějšími příčinami morbidity a mortality jsou v současnosti chronická multifaktoriální onemocnění a stále častěji se v souvislosti s léčbou těchto nemocí zmiňuje termín adherence. Léčba většiny chorob je totiž závislá na aktivní spolupráci pacienta s lékařem: ne/užíváním léků počínaje, přes ne/dodržování režimových doporučení a celkovou změnou životního stylu konče. Bylo zvykem hodnotit neúspěchy terapie pouze sníženou kompliancí na straně pacienta, což vyplývalo ze zažité role lékaře jakožto autority téměř absolutní. V současné době se v medicíně již více realizuje model, podle něhož je pacient pro lékaře partnerem a je spoluzodpovědný za průběh léčby na základě všech dostupných informací, které mu lékař předá. K tomu, aby byla léčba co nejefektivnější, je tedy nutné vytvářet terapeutický vztah mezi lékařem a pacientem, a nikoli pouze pacienta „léčit".

Doručené do redakcie/
Doručeno do redakce/
Received 10. 1. 2017
Prijaté po recenzii/
Přijato po recenzi/
Accepted 1. 2. 2017

Abstract
The most common causes of morbidity and mortality have currently been chronic multifactorial diseases, in connection with the treatment of which the term adherence has been mentioned quite frequently. The treatment of most diseases is dependent on the active cooperation between the patient and the doctor. It begins with (non)use of the medication as well as (non) keeping the regime recommendations and ends with an overall change of the lifestyle. It used to be rather common to evaluate the failures of therapy only by the reduced compliance on the part of the patient. It was ingrained in the role of the doctor as almost absolute authority. Currently, a model of the patient being a partner to the doctor and being co-responsible for the treatment on the basis of all the available information provided by the doctor has been realized. To increase the effectiveness of treatment, it is necessary to create a therapeutic relationship between the doctor and the patient and not only "cure" the patient.

Úvod

Adherenci k léčbě se v současné době věnuje velká pozornost a seznam onemocnění, u nichž na míře adherence k léčbě závisí celý efekt terapie, se neustále rozšiřuje. Nicméně můžeme říci, že způsob, jak pacient přistoupí k léčbě své nemoci, ovlivňuje terapii všech nemocí, a to i těch nejbanálnějších. Prvním termínem popisujícím míru spolupráce pacienta s lékařem byl termín kompliance. Jeho první definice jej popisují jako rozsah, ve kterém pacientovo chování koresponduje s předepsanou léčbou – zejména se očekávalo, že se pacient bude řídit předepsanou léčbou pouze pasivně. Toto pojetí však bylo posléze kritizováno, protože se zdálo, že pacient je pouze podřízený lékaři a že tento projekt postrádá aktivní zapojení samotného pacienta do péče o své vlastní zdraví. Světová zdravotnická organizace (WHO) pak tedy definovala v roce 2003 nový termín – adherence, která je vnímána jako rozsah, v němž se chování jedince vzhledem k užívání léků, dodržování stravovacích návyků nebo realizování změn v životním stylu shoduje s odsouhlasenými doporučeními zdravotníka. Adherenci můžeme chápat jako míru, do jaké pacient doporučení zdravotníka dodržuje (farmakologická i nefarmakologická), přičemž plán léčby vznikl na základě dohody mezi pacientem a lékařem, čímž se pacient stává klíčovou osobou v péči o své zdraví. Právě tím, že efekt léčby je v rukou pacienta, bývá

proLékaře.cz | 12.11.2026

adherence k léčbě velmi variabilním faktorem [1]. Podle dostupných poznatků je zřejmé, že podpora adherence k léčbě sice přispívá k dosažení optimálních výsledků terapie, zlepšení kvality života pacientů i snížení nákladů na zdravotní péči, ale i přes tyto skutečnosti je odhadováno (dle WHO), že až 50 % pacientů vykazuje nonadherenci k chronické terapii [2]. Cílem tohoto článku je vysledovat ovlivňující faktory a pokusit se nastínit možnosti zlepšení.

Faktory ovlivňující adherenci k léčbě

Na adherenci k léčbě má klíčový vliv hned několik faktorů – podívejme se na ně poněkud podrobněji.

Vnější prostředí

Zásadní vliv na adherenci má rodina a sociální opora pacienta. Pokud je pacient obklopen starostlivými členy rodiny, kteří jsou ochotni na sebe vzít i část zodpovědnosti za dodržování doporučení, pak je pravděpodobnost pacientovy adherence vyšší než v případě, že je pacient na vše sám. Důležitou roli hraje také sociální a finanční podpora, protože např. léky, nehrazené terapeutické výkony, materiál (senzory) či doprava ke specialistům bývají mnohdy finančně náročné. Lékař by tudíž měl s těmito faktory při sestavování léčebného plánu počítat, aby se nestávalo, že pacient neužívá léky jen proto, že doplatky na ně jsou tak vysoké, že si je nemůže dovolit. Mezi faktory vnějšího prostředí patří také náhled společnosti na chorobu – hlavně u psychiatrických poruch je adherence snížena již jen tím, že se lidé o pacientově nemoci „nesmějí dozvědět", takže chodí méně na kontroly, neužívají předepsané léky a podobně.

Léčba

V současné době již přestává stačit, že lékař určí diagnózu a předepíše léky. Je třeba si uvědomit, že nároky nemocných stoupají, což je způsobeno skutečností, že pacienti mají přístup k širokému spektru informací, kterých aktivně využívají a vytvářejí si vlastní názor na léčbu své nemoci. Lékař má vést s pacientem nad získanými informacemi diskusi a především by měl odborník tyto informace uvést do správného kontextu. Dále se na míře adherence také podílejí vlastnosti léku, o jejich možných nežádoucích účincích by měl být pacient poučen a být připraven je zvládnout. S nonadherencí v oblasti léčby souvisí nutnost monitorování, složitější dávkovací režimy a dokonce i forma a vzhled léku [3].

Onemocnění

Nemoc samotná je vnímána jako další kritický prvek adherence, která je nižší u chronických chorob, u nichž léčba jen udržuje nemoc pod kontrolou, než při onemocněních akutních. Což je logické, protože zátěž a zodpovědnost chronického pacienta je trvalá a bez možnosti se zcela vyléčit. S tím je potřeba počítat hlavně při edukacích, u nichž by mělo být snahou nalézt s pacientem konsenzus léčebného plánu, který nemusí být vždy plně efektivní, ale jeho dodržování bude pro pacienta reálné. U psychiatrických a neurologických onemocnění může být příčinou nonadherence snížený či chybějící náhled na jeho závažnost a na nezbytnost přesně dodržovat doporučení k léčbě [4]. Adherenci také mohou snižovat kognitivní dysfunkce spojené s onemocněním – nejčastější příčinou nonadherence je zapomínání. Tuto překážku lze ale v současném přetechnizovaném světě vyřešit např. mobilními aplikacemi či různými pomůckami, jako je např. budík apod.

Pacient

Překvapivě malá souvislost byla odhalena mezi adherencí a množstvím informací, které pacienti mají o svém onemocnění – více znalostí nevede automaticky ke zvýšení adherence; naopak, přemíra informací vede k jejímu snížení [3]. Nárůst tohoto jevu můžeme sledovat s dostupností internetu. Dnes se běžně stává, že pacient v ordinaci lékaře nemá žádné dotazy ohledně nemoci a doporučení, protože ví, že si doma vše vyhledá sám. To je jistě dobře, protože tím podporuje aktivní roli při péči o své zdraví, nicméně ne všechny z těchto informací jsou kvalitní, relevantní a na profesionální úrovni. Ty pak značně ovlivňují samotného pacienta, což se může na spolupráci při léčbě negativně odrazit. Pacient se často není schopen v informacích vyznat a většinou se zaměří jen na upozornění na nežádoucí účinky léčby. Stejně zavádějící mohou být pro pacienta i informace na příbalových letácích. Snahu o sebevzdělávání je tak u pacienta potřeba podpořit, jelikož tím prokazuje zájem o svou nemoc, ale je třeba předat mu správné zdroje, diskutovat s ním, podat mu veškeré informace a poskytnout možnost volby, aby nedošlo k absolutnímu převzetí zodpovědnosti za léčbu pacientem, a lékař se tak nestal jen pasivním přihlížejícím.

Významným faktorem na straně pacienta je také jeho věk. Ve stáří je snížena schopnost člověka pochopit, respektovat, realizovat a dodržovat doporučení zdravotníků. Důležitou roli v aktivním přístupu pacienta má také léková forma, jednoduchost léčebného plánu a srozumitelnost doporučení. Starší nemocný musí léčebný plán dostatečně pochopit a fyzicky zvládnout. Nonadherence je obvykle častější hlavně z důvodu polymorbidity a polyfarmacie.

Lékař

Adherence k léčbě je podmíněna důvěrou: lékař by měl umět naslouchat přání pacienta a společně s ním se pokusit nalézt optimální léčebný plán. Jen tak pacient pochopí svůj podíl na úspěchu léčby a přijme za ni zodpovědnost. Na správném návrhu plánu se podílí znalosti a zkušenosti lékaře a jeho schopnost tyto plány individualizovat. Lékař tak má nelehkou úlohu – při vytváření postupu léčby musí v krátkém čase vyhodnotit mnoho parametrů (od sociální situace, přes finanční možnosti, věk, kognitivní schopnosti, vedlejší účinky apod) a ještě k tomu prokázat vysokou míru empatie a komunikačních schopností,

proLékaře.cz | 12.11.2026

aby dokázal vytvořit atmosféru důvěry. Schopnost navázat s pacientem vztah je pro adherenci zásadní. Lékař by měl získat důvěru nemocného také tím, že i on sám bude vnímat jeho léčbu jako důležitou a prospěšnou, což platí především (ovšem nikoli pouze) o prvních týdnech terapie, kdy nemocný vnímá vliv terapie subjektivně nejcitlivěji, o léčbu se nejvíce zajímá a je vnímavější k instrukcím, pokud jsou jasné a srozumitelné. Lékař by měl v této době s pacientem více komunikovat a v případě, že pacientovi nějaký lék nebo doporučení plně nevyhovuje, měl by být schopen přehodnotit či upravit režim tak, aby jeho dodržování bylo pro pacienta přijatelné. Adherence nemocného by měla být prověřována při každé návštěvě. Pokud se lékař o užívání léku či dodržování režimu příliš nezajímá, může se pak pacient domnívat, že jeho terapii není přikládána velká váha a podle toho k léčbě taky sám přistupuje.

Jak podpořit adherenci [5]

- vyslechněte pacientův názor na léčbu, zjistěte obavy
- připravte léčebný plán ve spolupráci s pacientem
- dle možností zjednodušte léčebný režim
- o užívání medikace a doporučených postupech informujte stručně, jasně srozumitelně a opakovaně
- ověřte si, zda se pacient domnívá, že doporučené postupy zvládne
- doporučte užití pomůcek (dávkovače na léky, elektronický monitorovací systém, nařízený budík na určitou dobu)
- zdůrazněte výhody medikace a význam dodržování postupů pro zajištění nejlepšího efektu
- zjistěte, zda má pacient podporu mezi nejbližšími, a s jeho souhlasem zapojte do péče o zdraví pacienta i ostatní členy rodiny, pokud je třeba
- vyjádřete pochopení, má-li pacient s režimem jakýkoliv problém
- počítejte s tím, že u někoho adherence není možná – volte dle toho léčebnou strategii (např. léky s postupným uvolňováním, pouze základní doporučení změny životního stylu)

Jak pacienta přesvědčit, aby změnil přístup?

V terapii odvykání kouření bývá často využívána krátká intervence 5A. Domnívám se, že její využití může být mnohem širší a lze ji využít pro zvýšení efektivity léčebného plánu u všech nemocí.

Krátká intervence: 5A

- ask: ptejte se
- assess: posuzujte
- advise: poraďte
- assist: pomáhejte
- arrange: plánujte kontroly

Pro ty lékaře, kteří se chtějí této problematice věnovat více, lze doporučit metodu motivačních rozhovorů.

Motivační rozhovory

Motivační rozhovory jsou terapeutickým a komunikačním přístupem zaměřeným na podporu vnitřní motivace lidí při změně chování. Vychází z přístupu zaměřeného na klienta a zaměřuje se na zkoumání a řešení ambivalence související s procesy změny a rozhodování. Motivace je vnímána jako proměnlivá charakteristika významně ovlivnitelná terapeutem jak v pozitivním, tak v negativním směru. Předpokladem k úspěšné práci s motivací je schopnost empatického naslouchání, porozumění vnitřním motivacím pacienta, podpora jeho vlastních schopností a respekt k jeho autonomii [6].

Jak motivační rozhovor probíhá? Základem je navázání vztahu. Je vhodné využít otevřených otázek, které vyžadují širší odpovědi a nutí pacienta přemýšlet o odpovědi. Takto otevřený rozhovor by měl lékaři pomoci porozumět pacientovi, jeho obavám a názorům. Po navázání vztahu a zjištění požadovaných informací dochází k výběru tématu, o kterém se bude aktuálně hovořit. Problémové chování (to, které snižuje adherenci k léčbě) obvykle mívá celou řadu aspektů. Pacient se tak v rámci prioritizace může podílet na pořadí uskutečňovaných změn v souvislosti s léčebným procesem. Častou příčinou špatné spolupráce bývá určení tématu lékařem a předčasné zaměření pozornosti na vybraný aspekt. Důležitým faktorem v uskutečňování změn je také sebedůvěra pacienta, jejíž míru ovlivňují dosavadní úspěchy a neúspěchy v předchozí léčbě. Úloha lékaře v procesu budování sebedůvěry pacienta spočívá v uznání a ocenění sebemenších úspěchů. Průběžné sledování odporu pacienta a snaha o jeho snížení jsou další úkoly lékaře – odpor pacienta ke změně bývá často vnímán jako jeho problém, případně dokonce jako osobnostní rys. Analýzy rozhovorů mezi lékaři a pacienty ale ukázaly, že odpor pacienta může být vyvolán také tím, co a jak lékař říká: příkladem může případ, kdy se názor na průběh léčby u pacienta a lékaře liší (pacient chce předepsat léky, lékař doporučí pouze režimová opatření). Dále se odpor také formuje v situaci, v níž lékař plánuje a postupuje velmi rychle, zatímco pacient ještě není rozhodnutý či s postupem léčby smířený. Nejčastější příčiny odporu jsou pak absolutní vyloučení pacienta z rozhodování o léčebném plánu, nesprávné zhodnocení připravenosti ke změně a reakce na nátlak [7]. Nejúčinnějším způsobem jak se odporu vyhnout je být empatický, pozorný, sledovat, co se s pacientem děje, naslouchat mu a podporovat ho.

Závěr

Již od dob starověkého Řecka se setkáváme s konceptem kalokagathie, tj. jednoty zdravého těla a ducha (ve zdravém těle zdravý duch). V těchto dobách byla péče o obě součásti člověka hlavně v rukou jeho samotného, vyžadovala tedy přirozeně aktivní přístup. Je možné, že právě to bylo důvodem, proč lidé snadněji dosahovali rovnováhy (a to i negativní). V současné době však medicína sice umí

proLékaře.cz | 12.11.2026

výrazně pomoci tělu, ale nedaří se jí srovnatelně posouvat ke zdraví i duši. Ze zkušenosti můžeme říci, že návrat těla ke zdraví bývá většinou významně snazší (i díky lékům) než současné uzdravení duše. Doporučení a postupy, které vedou k udržení zdravého těla, se však někdy dostávají do sporu s představou nemocného o smysluplném životě. Vstupuje tak do hry i kvalita života. Například někteří pacienti trpící obezitou tvrdí, že pokud začnou držet dietu a už se nikdy nebudou moci dosyta najíst, přestanou se cítit dobře. Mnozí z nich raději zůstanou obézní (nemocní), než by o ten příjemný pocit přišli, a to přestože vědí, že obezita jejich tělu škodí. Je to názorný příklad toho, jak duševní rovnováha a rovnováha tělesná nemusí být nutně v souladu. Na to, jak se jí snažit dosáhnout, existuje jediné řešení: všechna léčebná doporučení dávat na základě předchozího rozhovoru (dialogu) s pacientem. Nejdůležitější ingrediencí celého přístupu je partnerství, respekt, opravdový zájem o pacienta a jeho vidění své nemoci.

Literatura

1. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO 2003. Dostupné z WWW: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>.

2. Bankovská Motlová L. Nonadherence k léčbě. Přednáška v rámci doktorského studia.

3. Mansoor SM, Krass I, Aslani P. Multiprofessional interventions to improve patient adherence to cardiovascular medications, J Cardiovasc Pharmacol Ther 2013;18(1): 19–30. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1074248412442001>.

4. Miller WR, Rollnick S. Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování. Sdružení SCAN: Tišnov 2004. ISBN 8086620093.

5. Rosner F. Patient noncompliance: causes and solutions. Mt Sinai J Med 2006; 73(2): 553–559.

6. Stotland NL. Improving patient compliance by understanding some etiologies of non-compliance. Primary Care Update for OB/GYNS; 10(3): 116–119.

7. Soukup J, Papežová H. Motivační rozhovor s pacientem o změně rizikového chování. Dostupné z WWW: <http://motivacnirozhovory.cz/Soukup%20MI%20postgrad.med.pdf>.

8. Vrablík M. Adherence a možnosti jejího ovlivnění. Medicína pro praxi 2013; 10(11–12): 369–371